

Aus der Psychosomatischen Klinik Windach

Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

Chefarzt: Dr. med. Götz Berberich

## ***Externe Validierung des Fragebogens zur SEFP***

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alica Stephanie Frenz

aus

München

Jahr

2021

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. habil. Dr. med. Michael Zaudig

Mitberichterstatter: PD Dr. med. Andrea Jobst-Heel

Prof. Dr. Gerd Laux

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter: Dr. med. Götz Berberich

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 22.07.2021





# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	IX
Tabellenverzeichnis.....	X
Abkürzungsverzeichnis .....	XI
Zusammenfassung .....	XIII
1. Einleitung.....	1
2. Allgemeines zu Persönlichkeitsstörungen .....	3
2.1. Definition einer Persönlichkeitsstörung .....	3
2.1.1. Historische Entwicklung des Begriffs Persönlichkeitsstörung .....	4
2.1.2. Prävalenzen .....	17
2.1.3. Komorbiditäten.....	21
2.2. Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen .....	22
2.2.1. Persönlichkeitsstörungen im ICD-10 .....	23
2.2.2. Persönlichkeitsniveau in der OPD: OPD-Strukturachse .....	25
2.2.3. Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 – Das kategoriale Modell.....	27
2.2.4. Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 – Das Alternative Modell.....	29
2.3. Hürden bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen .....	35
2.3.1. Schwierigkeiten durch die Eigenschaften von Persönlichkeitsstörungen .....	35
2.3.2. Kategoriale Diagnostik vs. Dimensionale Diagnostik .....	37
2.3.3. Das alternative Modell im DSM-5 als Weiterentwicklung .....	39
3. Fragestellung und Zielsetzung .....	43
3.1. Hypothesen.....	44
3.1.1. Hypothese 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Summenwerten von SEFP-S und OPD-SFK.....	44
3.1.2. Hypothese 2: Die entsprechenden Dimensionen des SEFP-S und des OPD-SFK zeigen jeweils einen Zusammenhang untereinander .....	45
3.1.3. Hypothese 3: Das Überschreiten eines Cut-off Wertes im ADP-IV zeigt einen Zusammenhang mit dem Überschreiten des Cut-off Wertes im SEFP-S .....	47
3.1.4. Hypothese 4: Der Summenwert des ADP-IV hängt mit dem Summenwert des SEFP-S zusammen .....	48
4. Methoden und Studiendesign.....	49

4.1.	Messinstrumente.....	49
4.1.1.	SEFP-S .....	49
4.1.2.	OPD-SFK .....	51
4.1.3.	ADP-IV .....	52
4.2.	Psychosomatische Klinik Windach.....	53
4.3.	Akquise und Befragung der Teilnehmer/Teilnehmerinnen.....	54
4.4.	Erhebung der Daten.....	55
4.5.	Vorgehen und Statistische Verfahren.....	57
5.	Ergebnisse .....	59
5.1.	Deskriptive Daten.....	59
5.1.1.	Stichprobenbeschreibung .....	59
5.1.2.	Deskriptive Testdaten der Fragebögen.....	62
5.2.	Hypothesenauswertung .....	64
5.2.1.	Hypothese 1 .....	65
5.2.2.	Hypothese 2.....	69
5.2.3.	Hypothese 3.....	82
5.2.4.	Hypothese 4.....	85
6.	Diskussion.....	89
6.1.	Diskussion der deskriptiven Daten.....	89
6.2.	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 1.....	93
6.3.	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 2.....	96
6.4.	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3.....	98
6.5.	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 4.....	100
7.	Fazit.....	101
8.	Limitationen.....	103
9.	Ausblick auf weitere Forschung .....	105
9.1.	Einführung des ICD-11 .....	105
9.2.	Zukünftige Fragestellungen.....	106

Literaturverzeichnis.....	107
Anhang .....	129
Affidavit .....	137
Danksagung.....	138



## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 2.1:</b> Kriterium A: Bereiche des Funktionsniveaus.....	30
<b>Abbildung 4.1:</b> Ablauf Befragung. ....	56
<b>Abbildung 5.1:</b> Q-Q-Plot SEFP-S-Gesamt. ....	65
<b>Abbildung 5.2:</b> Histogramm SEFP-S-Gesamt. ....	66
<b>Abbildung 5.3:</b> Q-Q-Plot OPD-SFK-Gesamt. ....	67
<b>Abbildung 5.4:</b> Histogramm OPD-SFK-Gesamt. ....	67
<b>Abbildung 5.5:</b> Q-Q-Plot SEFP-S Identität. ....	69
<b>Abbildung 5.6:</b> Histogramm SEFP-S Identität. ....	70
<b>Abbildung 5.7:</b> Q-Q-Plot SEFP-S Selbststeuerung. ....	70
<b>Abbildung 5.8:</b> Histogramm SEFP-S Selbststeuerung. ....	71
<b>Abbildung 5.9:</b> Q-Q-Plot SEFP-S Empathie. ....	71
<b>Abbildung 5.10:</b> Histogramm SEFP-S Empathie. ....	72
<b>Abbildung 5.11:</b> Q-Q-Plot SEFP-S Nähe. ....	72
<b>Abbildung 5.12:</b> Histogramm SEFP-S Nähe. ....	73
<b>Abbildung 5.13:</b> Q-Q-Plot OPD-SFK-Selbst.....	74
<b>Abbildung 5.14:</b> Histogramm OPD-SFK-Selbst.....	75
<b>Abbildung 5.15:</b> Q-Q-Plot OPD-SFK-Beziehung.....	75
<b>Abbildung 5.16:</b> Histogramm: OPD-SFK-Beziehung. ....	76
<b>Abbildung 5.17:</b> Q-Q-Plot OPD-SFK-Kontakt.....	76
<b>Abbildung 5.18:</b> Histogramm OPD-SFK-Kontakt. ....	77
<b>Abbildung 5.19:</b> Q-Q-Plot ADP-IV-Gesamt. ....	85
<b>Abbildung 5.20:</b> Histogramm ADP-IV-Gesamt. ....	86

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 2.1:</b> Einschätzung des Strukturniveaus gemäß OPD-2.....	26
<b>Tabelle 2.2:</b> Domänen und Facetten im alternativen Modell des DSM-5.....	33
<b>Tabelle 3.1:</b> Theoretische Zuordnung der Subskalen von SEFP-S und OPD-SFK.....	46
<b>Tabelle 4.1:</b> Morey 2017 Standardabweichung Werteliste für LPFS-SR. ....	50
<b>Tabelle 5.1:</b> Skalenmittelwerte SEFP-S. ....	62
<b>Tabelle 5.2:</b> Skalenmittelwerte OPD-SFK. ....	62
<b>Tabelle 5.3:</b> Skalenmittelwerte ADP-IV. ....	63
<b>Tabelle 5.4:</b> Test auf Normalverteilung Gesamtwert SEFP-S. ....	65
<b>Tabelle 5.5:</b> Test auf Normalverteilung Gesamtwert OPD-SFK. ....	66
<b>Tabelle 5.6:</b> Korrelation Summenwerte SEFP-S und OPD-SFK. ....	68
<b>Tabelle 5.7:</b> Nicht-parametrische Korrelation nach Spearman-Rho: Gesamtwerte SEFP-S und OPD-SFK. ....	68
<b>Tabelle 5.8:</b> Test auf Normalverteilung Subskalen SEFP-S. ....	69
<b>Tabelle 5.9:</b> Test auf Normalverteilung Subskalen OPD-SFK. ....	74
<b>Tabelle 5.10:</b> Theoretische Zuordnung der Subskalen von SEFP-S und OPD-SFK.....	78
<b>Tabelle 5.11:</b> Korrelation der Subskalen SEFP-S mit OPD-SFK. ....	79
<b>Tabelle 5.12:</b> Nicht-parametrische Korrelation nach Spearman-Roh Subskalen SEFP-S und OPD-SFK. ....	81
<b>Tabelle 5.13:</b> Kreuztabelle ADP-IV PS und SEFP-S Cut-off. ....	83
<b>Tabelle 5.14:</b> Chi-Quadrat-Test ADP-IV PS und SEFP-S Cut-off. ....	84
<b>Tabelle 5.15:</b> Test auf Normalverteilung Gesamtwert ADP-IV.....	85
<b>Tabelle 5.16:</b> Parametrische Korrelationen Gesamt SEFP-S und ADP-IV.....	87
<b>Tabelle 6.1:</b> Stichprobe Morey Werte LPFS. ....	90

## Abkürzungsverzeichnis

PS	Persönlichkeitsstörung
SEFP	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit
SEFP-S	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit – Selbstbeurteilungsfragebogen
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
OPD-SF	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Struktur- fragebogen
OPD-SFK	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Selbst- beurteilungsfragebogen Kurzversion
ADP-IV	Assessment of DSM-IV Personality Disorders
APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders)
DSM-IV-TR	Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen DSM-IV – Textrevision
ISR	ICD-10 Symptomrating
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)



## Zusammenfassung

*Fragestellung:* Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gestaltet sich in der Praxis häufig schwierig. Vor allem der Übergang von der kategorialen Diagnostik zu einer dimensional diagnostik ist Gegenstand aktueller Forschung. In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst die Hypothese untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des *Selbstbeurteilungsfragebogens der Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* (SEFP-S) (Müller, 2019) des DSM-5 sowie dessen Subskalen mit dem Gesamtwert und den Subskalen der *Kurzversion des Selbstbeurteilungsfragebogens für die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD-SFK) (Ehrenthal et al., 2015) gibt. Anschließend fand eine Überprüfung des Zusammenhangs des SEFP-S mit dem *Selbstbeurteilungsfragebogen des Assessment of DSM-IV Personality Disorders* (ADP-IV) (Doering et al., 2007), statt. Hier wurde zunächst überprüft, ob das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung im ADP-IV einen Zusammenhang mit dem Überschreiten des Cut-off-Wertes im SEFP-S zeige. Darauf wurde der Zusammenhang des ADP-IV mit dem Gesamtwert des SEFP-S formuliert.

*Methoden:* Zur Überprüfung fand an einer klinischen Stichprobe in der psychosomatischen Klinik Windach anhand 115 stationärer Patienten/Patientinnen eine Datenerhebung mittels der Fragebögen SEFP-S, OPD-SFK wie ADP-IV, statt. Die Hypothesenüberprüfung erfolgte anschließend mittels Korrelationen nach Pearson und Spearman-Rho sowie Chi-Quadrat-Test mit dem Programm SPSS.

*Ergebnisse:* Bei der statistischen Überprüfung fanden sich hohe Korrelationen zwischen den Gesamtwerten des SEFP-S und dem OPD-SFK. Die Subskalen beider Fragebögen, insbesondere in den entsprechenden Dimensionen, zeigten sich ebenfalls hoch korreliert. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung im ADP-IV und der Zusammenhang mit einem niedrigen Funktionsniveau zeigte sich statistisch als signifikant. Die Summenwerte des ADP-IV und des SEFP-S zeigten sich ebenfalls hoch korreliert. Die Hypothesen konnten somit bestätigt werden.

*Diskussion:* Die vorliegende Arbeit konnte einen Zusammenhang zwischen einem niedrigen Funktionsniveau, gemessen mit dem SEFP-S und einem niedrigem Strukturniveau, gemessen mit dem OPD-SFK, feststellen. Dies bestätigt zahlreiche bereits durchgeführte Studien bezüglich dieser Fragestellung. Die Korrelation der Subskalen lässt einen deutlichen Zusammenhang der Konstrukte Funktionsniveau und Strukturniveau der Persönlichkeit vermuten. Auch der Zusammenhang mit dem ADP-IV ist deutlich festzustellen, wobei der ADP-IV hier eher als diagnostisches Instrument zum Ausschluss einer Persönlichkeitsstörung genutzt werden kann. Generell konnte ein positiver Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gemäß ADP-IV Kriterien und einem niedrigen Funktionsniveau im SEFP-S festgestellt werden. Erwartungsgemäß wurden mittels ADP-IV häufiger auffällige Werte erzielt, als mit dem SEFP-S. Dies bestätigt, dass mittels ADP-IV häufig überdiagnostiziert wird, weshalb dieser Fragebogen, wie oben erwähnt, als diagnostisches Ausschlussverfahren genutzt werden kann. Durch den nachgewiesenen Zusammenhang der beiden Fragebögen, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die ADP-IV Kriterien sich ebenfalls, zumindest teilweise, in der Diagnostik des Funktionsniveaus widerspiegeln.

# 1. Einleitung

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung liegt bei ca. 11% (Fiedler, 2018), im klinischen Alltag der Psychiatrie sogar bis zu über 50% (Bohus et al., 1999). Bei der Betrachtung dieser Zahlen, wird deutlich, welche Bedeutsamkeit ein Diagnosesystem für Patienten/Patientinnen, die klinische Arbeit und Forschung in diesem Bereich, hat. Ein System, welches einerseits in der Handhabung im klinischen Setting umsetzbar erscheint, also nicht zu kompliziert gestaltet ist und andererseits explizit genug differenziert, um der Vielfalt und Komplexität dieses Themas gerecht werden zu können. Diese und weitere Anforderungen an ein Diagnosesystem sind immer wieder Anlass zu Diskussionen der Forschung. Erschwerend kommen verschiedene Auffassungen zwischen den unterschiedlichen theoretischen Strömungen in der Persönlichkeitspsychologie, Psychodiagnostik und Psychotherapie hinzu. Sie alle formulieren eigene Herangehensweisen, Entstehungstheorien und Behandlungsansätze für diese Störungsbilder.

Persönlichkeit muss immer im Kontext der kulturellen, sozialen und gesellschaftlichen Umgebung beurteilt werden. Doch ab wann ist eine Persönlichkeit „gestört“? Ab wann ist sie nur bezüglich bestimmter Merkmale stark ausgeprägt? Bereits bei der oberflächlichen Betrachtung dieser Fragen scheint es offensichtlich, dass die Übergänge hier fließend sind, zumal die Empirie die kategoriale Einteilung in „vorhanden“ und „nicht vorhanden“ nicht unterstützt (Haslam et al., 2012). Dennoch sind viele aktuelle Diagnosemanuale kategorial ausgerichtet. Diese Kategorien erscheinen obligat, bedarf es doch in der Medizin, der Behandlung, der Weitergabe von Informationen, sowie zum Beispiel bei der Rechtfertigung der Behandlungsindikation vor Versicherungen, einer kurzen prägnanten Beschreibung des „Problems“.

Mit der 2013 erschienen Auflage des DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 2013*) hat erneut ein Forscherteam versucht, sich dieser Problemstellung anzunähern. Im DSM-5 findet sich nun sowohl die abgeänderte Version des vorherigen Diagnosesystems aus dem DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2005), sowie ein alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen, das sich in Abschnitt III bei „In Entwicklung befindliche Instrumente und Modelle“ befindet. Dieses alternative Modell beinhaltet sowohl kategoriale als auch dimensionale Ansätze und dient hiermit als Hybridmodell, um bisherige Schwächen und Fehlerquellen innerhalb der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu minimieren.

Diesem neuartigen Diagnosesystem wurde eine Studie gewidmet, für die, in der Psychosomatischen Klinik Windach, verschiedene Fragebögen von insgesamt 115 Patienten/Patientinnen einbezogen wurden. Der innerhalb des Diagnosemanuals zum DSM-5 verwendete Begriff *Funktionsniveau der Persönlichkeit* zeigt sich bereits in diversen Studien, (z.B.: (Zimmermann, 2014a)), eng verwandt mit dem psychoanalytischen Begriff des Strukturniveaus. Eines der bekanntesten Diagnosemanuals aus der psychoanalytischen Richtung ist hier die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD). Deshalb wurden mittels der eben genannten Studie zum einen Zusammenhänge, zum anderen Unterschiede zwischen den bisher etablierten Fragebögen der verschiedenen Manuale, untersucht. Zur Anwendung kamen der OPD-SFK (OPD-Strukturfragebogen-Kurzversion), aus der tiefenpsychologisch und analytisch fundierten Psychotherapie, der ADP-IV (Assessment of DSM-IV Personality Disorders), der dem DSM-IV zuzuordnen ist sowie der SEFP-S (Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit-Selbstbeurteilungsfragebogen), aus dem alternativen Modell im DSM-5.

Es konnte die bisherige Annahme, dass der SEFP-S Ähnlichkeiten zu dem bereits etablierten Fragebogen OPD-SFK besitzt und dass Funktionsniveau und Strukturniveau einander ähnelnde Konstrukte darstellen bestätigt werden. Ebenso zeigte sich ein Zusammenhang mit dem bisher im DSM-IV angewandten ADP-IV. Der SEFP-S könnte jedoch durch den neuen mehrschrittigen Ansatz eine empirisch fundierte detailliertere Überprüfung zulassen, als der bisherige Stand der Diagnostik.

Zunächst soll auf den Begriff Persönlichkeitsstörungen an sich, die vielfältigen historischen Entwicklungen, Prävalenzen und Komorbiditäten eingegangen werden. Anschließend werden die aktuelle Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Debatten um die Anwendbarkeit sowie Nützlichkeit, der fehlenden empirischen Belegbarkeiten der aktuellen Diagnosemanuals und die Hürden bei der Diagnosestellung, welche sich durch grundlegende Eigenschaften des Krankheitsbildes sowie durch die derzeitigen Diagnosemöglichkeiten ergeben, beleuchtet. Im Weiteren wird dann auf die Studiendurchführung, Hypothesen sowie Ergebnisse und ihre Diskussion eingegangen. Als Abschluss folgt ein Ausblick auf weitere mögliche zukünftige Fragestellungen.

## 2. Allgemeines zu Persönlichkeitsstörungen

Um Persönlichkeitsstörungen zu beschreiben, benötigt es zuerst eine Definition des Wortes Persönlichkeit an sich.

### 2.1. Definition einer Persönlichkeitsstörung

Fiedler und Herpertz beschreiben Persönlichkeit in Ihrem Buch folgendermaßen: „Jeder Mensch hat seine ganz eigene und unverwechselbare Art und Weise zu denken, zu fühlen, wahrzunehmen und auf die Außenwelt zu reagieren. Die individuellen menschlichen Eigenschaften stellen eine einzigartige Konstellation von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen dar, die man als Persönlichkeit bezeichnet“ (Fiedler & Herpertz, 2016). Persönlichkeit scheint also mit Individualität zusammenzuhängen, ebenso spielen Gefühle, Verhaltensweisen in der Interaktion mit der Umwelt, sowie das Denken an sich, eine Rolle. Die Begriffe Temperament, welcher sich auf Antrieb und Emotionalität bezieht und Charakter, womit langfristige Einstellungen und Handlungsmuster gemeint sind, zeigen sich hier eng verwandt (vgl. Fiedler & Herpertz, 2016, S. 35; Saß, 2018).

Die Definition einer Persönlichkeitsstörung dagegen, beschreibt die American Psychiatric Association (1994) folgendermaßen: „ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten [...], das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt.“

Wenn nun Persönlichkeit individuell ist, stellt sich in der klinischen Praxis häufig die Frage, ab wann eine Persönlichkeit als pathologisch einzustufen ist. In den meisten Diagnosemanualen gibt es hierfür mehr oder weniger festgelegte Kriterien, wie z.B. subjektives Leiden. (Leibing & Doering, 2006). Strittig zeigt sich jedoch die immer wiederkehrende Frage, ob Persönlichkeitsstörungen lediglich in „vorhanden“ und „nicht vorhanden“ eingeteilt werden können, was dem bisher häufig angewandten kategorialen Ansatz, der meist mit Cut-off Werten in Fragebögen arbeitet, entsprechen würde. Ebenso kann die Einteilung in klare Entitäten wie zum Beispiel einer narzisstischen oder einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung bei einem so vielseitigen, individuellen und ineinander verzahnten Konstrukt wie das einer Persönlichkeit, oder eben einer Störung ebendieser, zu Schwierigkeiten führen. Auf diese Problematik wird im Verlauf dieser Arbeit noch tiefgreifender eingegangen.

Persönlichkeit im heutigen Sprachgebrauch bezeichnet häufig auffällige, besonders deutlich ausgeprägte Merkmale einer Person (vgl. Saß, 2018, S. 4). Jedoch werden viele assoziierte Begrifflichkeiten sowohl für normale als auch für pathologische Ausmaße verwendet. Früher wurde der Begriff Psychopathie oftmals gleichbedeutend mit dem Begriff Persönlichkeitsstörung verwendet (Haug & Kind, 2008). Eine klare Einteilung und Grenzfestlegung jedoch, könnte zu einer Vermeidung von Missverständnissen maßgeblich beitragen.

Die Geschichte der Entwicklung des Persönlichkeits- sowie des Persönlichkeitsstörungsbegriffs zeigt sich vielseitig, stetig im Wandel und heterogener Natur, weshalb die historischen Abläufe nur mit einer gewissen Randunschärfe darzustellen sind. Innerhalb der letzten Jahre entstanden zahlreiche Theorien bezüglich der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen, sowie zahlreiche Versuche der Einteilung, um eine bessere Diagnostik zu etablieren. Der Wechsel zwischen kategorialen, dimensional, empirischen und ätiologisch abgeleiteten Einteilungen ist bisher nicht abgeschlossen und weiterhin Gegenstand zahlreicher Diskussionen.

Im Folgenden soll nun auf die wichtigsten Strömungen bezüglich der Entwicklung des Persönlichkeitsstörungsbegriffs eingegangen werden.

### 2.1.1. Historische Entwicklung des Begriffs Persönlichkeitsstörung

Um die Konzepte von Persönlichkeitsstörungen, sowie die zahlreichen Versuche der Einteilung, zu verstehen, soll nun ein kurzer Überblick über deren Geschichte und den Begriff Persönlichkeit an sich geschaffen werden.

Es finden sich erste Abhandlungen über Persönlichkeit schon in der chinesischen und griechischen Philosophie. Konfuzius vermutete die Persönlichkeit sei abhängig vom Blut und den darin enthaltenen Substanzen. Ebenso mutmaßte er, sei diese wandelbar mit dem Alter (Crocq, 2013). 371 v.Chr., in Griechenland, fand erstmals eine Art kategoriale Einteilung, anhand verschiedener Verhaltensmuster, ihren Platz. Als „diagnostisches Manual“ dienten je circa 10 verhaltenstypische Beispiele (Crocq, 2013). In Westeuropa hingegen, intensivierte sich die Beschreibung von Persönlichkeit erst im 17ten bis 18ten Jahrhundert (Crocq, 2013). Ebenfalls in dieser Zeit wurden die Begriffe Temperament und Persönlichkeit, in das um 1751 bis 1772 von Diderot und d'Alembert herausgegebene Werk „Encyclopedic“ aufgenommen (Crocq, 2013). Ausschlaggebend als Erklärung für den Begriff „Temperament“ zeigte sich die Beschreibung von Galen, die auf den Theorien von Hippokrates fußte. Temperament galt hier als natürliche Voraussetzungen eines Individuums, es sei also angeboren. Durch verschiedene Zusammensetzungen der Körperflüssigkeiten eines Menschen, ergaben sich hier vier verschiedene, kategorial eingeteilte Typen. Ein Mensch sei somit entweder phlegmatisch, sanguinisch,

melancholisch oder choleric (Crocq, 2013). Diese Theorie der Beeinflussung durch Blut und Körpersäfte zeigte sich bis ins 18te Jahrhundert beständig, als wichtiges Modell für die Erklärung unterschiedlicher Persönlichkeiten (Crocq, 2013). So besteht diese Nomenklatur ebenfalls in den Theorien von Kant (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 58) weiter. Im 18ten Jahrhundert, im Oxford English Dictionary, tauchte dann der Begriff „personality“ auf, der benutzt wurde um ebenjene Merkmale hervorzuheben, die eine Person von einer anderen unterscheiden würden (Crocq, 2013).

#### *2.1.1.1. Psychiatrische Entwicklung*

Es wird davon ausgegangen, dass Pinel (1745-1826) der erste Autor war, der die Persönlichkeitsstörung als psychiatrischen Begriff prägte (Crocq, 2013). Er bezeichnete sie als „manie sans délir“, die betroffene Person schien für den Betrachter keinerlei kognitive Einschränkungen oder delirante Symptome aufzuweisen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 54). Esquirol (1772-1840), ebenfalls aus Frankreich, erweiterte diesen Begriff und benannte die „monomanie raisonnée“, die er am Beispiel einiger klinischer Fälle beschrieb (Crocq, 2013). Hierbei ging er auf „dissoziale Verhaltensweisen und einige Delikttypen“ ein (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 55). Prichard (1768-1848) entwickelte diese Ideen weiter und versuchte dissoziale Verhaltensmuster durch die Frage der willentlichen Steuerungsfähigkeit bezüglich ihrer Schuldfähigkeit einzuteilen. Er prägte den Begriff der „moral insanity“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 62). Der aus Frankreich stammende Morel, auf den der bekannte Begriff der Degenerationslehre zurückzuführen ist, sah 1857 die Delinquenz als erblich an (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 55). Seine Theorien, die ätiologisch von schädlichen Umwelteinflüssen und Vererbungstheorien, die sich von Generation zu Generation aggravieren sollten, ausgingen, zeigten sich besonders folgenreich (Saß, 2018, S. 5).

Unter diesem Einfluss wagte sich in Deutschland Julius Ludwig August Koch als Erster an die Einteilung von Persönlichkeitsstörungen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 56). Seine Abhandlung der „Psychopathischen Minderwertigkeiten“ (1891-1893) trägt auch heute zu der immer noch vorhandenen negativen Behaftung von Persönlichkeitsstörungen bei (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 56).

Die Bezeichnung „Psychopathie“ war schon recht früh in der Psychiatrie gebräuchlich und bezog sich zunächst auf die Gesamtheit psychischer Störungen. Sie avancierte dann jedoch mit der Monografie von Koch über die „Psychopathischen Minderwertigkeiten“ (1891-1893) innerhalb weniger Jahre weltweit zum psychiatrischen Oberbegriff für Persönlichkeitsstörungen. (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 56).

Im 19ten und frühen 20ten Jahrhundert ergaben sich Neuerungen bezüglich der Einschätzung, wann eine Persönlichkeit als pathologisch zu beurteilen sei: Die neuen Denker aus der psychologischen Richtung, arbeiteten hierfür mit Stufen, Gradeinteilungen und Dimensionen (Crocq, 2013). Hier seien die Europäer Ribot, Heymans und Lazursky zu nennen (Crocq, 2013). Ribot (1839-1916) teilte Charaktertypen ein. Seiner Einschätzung nach gab es Primärtypen, die sich wiederum in Subtypen unterteilten. Er ging davon aus, dass Charakter von Kindheit an lebenslang stabil bleibt und die Intelligenz einen großen Einfluss ausübt (Crocq, 2013). Eine weitere wichtige Entwicklung lieferte dann Heymans (1857-1930), ein niederländischer Professor für Philosophie und Psychologie der zusammen mit Wiersma (1858-1940) eine dimensionale Einteilung der Persönlichkeit entwickelte (Crocq, 2013). Sie gingen von drei bipolar angeordneten Dimensionen aus, durch die sich schließlich acht Persönlichkeitstypen zuordnen ließen (Crocq, 2013). Lazursky (1874-1917), ein Psychologe aus St. Petersburg, beschrieb ein „Funktionsniveau“, das wiederum inferior, intermediär und superior ausgebildet sein konnte und sich im Zusammenspiel des Individuums mit seiner Umwelt zeigt (Crocq, 2013).

Kraepelin (1856 – 1926) führte in den psychiatrischen deutschsprachigen Raum des frühen 20ten Jahrhunderts die „Psychopathischen Persönlichkeiten“ ein (Saß, 2018, S. 6). Psychopathie zeigte sich hier wieder als unscharf definierter Begriff. Er wurde sowohl generell für psychische Störungen im Allgemeinen benutzt, als auch für Persönlichkeitsstörungen an sich (Saß, 2018, S. 6). Auch Kraepelin bemerkte, ebenso wie die heutige Diskussionsthematik, dass es eine große Schnittmenge zwischen „normalen“ und pathologischen Zügen gibt und bemängelte die scheinbar willkürlich festgelegte Grenze für das Vorliegen dieser Störung (Crocq, 2013). Kretschmer postulierte eine Konstitutionstypologie, die auf Theorien von Galen und Kant fußte und den Körperbau als Indikator für Charaktereigenschaften und der Neigung zu bestimmten psychischen Erkrankungen identifizierte (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 57–60).

Schneiders (1887 – 1967) „psychopathische Persönlichkeiten“ etablierten 1923 einige grundlegende Ideen, die auch heute einen wichtigen Einfluss in die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zeigen (Leibing & Doering, 2006). So prägt seine „deskriptive Typologie [...] alle späteren Einteilungsversuche bis hin zur 10. Auflage der ‚Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme‘ (ICD-10) und DSM-IV“ (Berberich & Zaudig, 2015). Er beschreibt zehn Kategorien: hyperthymische, depressive, selbstunsichere, wiederum unterteilt in ängstliche und zwanghafte, fanatische, geltungsbedürftige, stimmungslabile, explosible, gemütslose, willenlose und asthenische Typen (Saß, 2018, S. 6). Er bezog in seine Diagnostik ein, dass entweder das Individuum selbst, oder die Umwelt unter der Störung leiden würden (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 60). Ebenfalls bemängelte er

den Fehler, Persönlichkeitsstörungen als Extremvarianten normaler Persönlichkeitsausprägungen charakterisieren zu wollen – ähnlich zu der heute neu entbrannten Diskussion um das alternative Modell im DSM-5 (Crocq, 2013) –, da die klinisch relevanten Persönlichkeitsstörungen in einem solchen Modell nicht adäquat abgebildet werden würden. Ebenso wie Kraepelin, ging Schneider von angeborenen Voraussetzungen der jeweiligen Person als Entstehungserklärung aus, fasst diese jedoch in weniger wertende Begrifflichkeiten (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 60) und postulierte diese ebenfalls als „primär charakterologische Spielarten und keine, eine forensische Exkulpierung rechtfertigenden Krankheiten“ (Berberich & Zaudig, 2015). Schneiders Ansätze besitzen weiterhin einen großen Einfluss auf das heutige Verständnis und die Einteilung von Persönlichkeitsstörungen.

Bereits 1882 versuchte die britische *Royal Medico-Psychological Association* ein Diagnosesystem zu etablieren. Dieses System wurde jedoch nie angenommen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 64). Bedeutsame Theorien dieser Zeit waren jene Kraepelins. So fußten die Konzepte der *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 64), aus der sich später die *American Psychiatric Association* entwickelte, auf Kraepelins Ansätzen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 64). 1913 arbeitete ebenjene Gesellschaft ein Schema aus, das in den USA nur unzureichend akzeptiert und teilweise gänzlich abgelehnt wurde (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 64). Weit später, 1948, wurde zu der bereits bestehenden *International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)* in der 6. Auflage ein neues Kapitel hinzugefügt: die Sektion V, die „Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders“ beinhaltet (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 64). Jedoch wurde auch diese Einteilungsmöglichkeit im nationalen Einsatz nicht akzeptiert. Problematisch zeigten sich die ätiologischen Ansätze zur Einteilung, die bei vielen Psychiatern aus unterschiedlichen theoretischen Schulen, zu Widerständen führten (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 65). 1952 veröffentlichte die *American Psychiatric Association* das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, bei dessen Entwicklung auch Psychiater beteiligt waren, die zur Entwicklung des Kapitels V im ICD-6 maßgeblich beigetragen hatten (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 64–65).

Eine weitreichende Neuerung kam dann mit der Entwicklung des DSM-III der *American Psychiatric Association* ab Mitte der 1970er Jahre (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 68). Die Einflüsse der Antipsychiatriebewegung und der Labeling-Kritik während der 1960er und 1970er Jahre, die insbesondere die Stigmatisierung sowie die medizinisch geprägte Diagnostik kritisierten, wirkten so weitreichend, dass sowohl die damalige ICD-10 (Dilling et al., 1993/1993) sowie das DSM-III (APA - American Psychiatric Association, 1980) ihre Nomenklatur änderten und statt Begrifflichkeiten wie „Psychopathie“ und „Soziopathie“ den Begriff der

„Persönlichkeitsstörung“ verwendeten (Fiedler & Herpertz, 2016). Ebenso wurde die Beurteilung insgesamt objektiver und weniger vom Diagnostiker selbst, als durch bestimmte vorbeschriebene Verhaltensmuster der Patienten abhängig (Fiedler & Herpertz, 2016).

### 2.1.1.2. *Psychoanalytische Entwicklung*

Die Definition, Einteilung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen sind durch die zahlreichen verschiedenen Strömungen der Psychoanalyse seit vielen Jahren stark ausdifferenziert.

Bei Freud zeigt sich der Begriff des neurotischen Charakters (Freud, 1900a/1981). Wilhelm Reich führt dann den Begriff der Charakterneurose ein (Reich, 1925), Fenichel entwickelte den Begriff weiter und kam zu der Bezeichnung „Charakterstörung“ (Fenichel, 1931/1967b) und zeigt sich hier semantisch nah am Begriff Persönlichkeitsstörung.

In der Psychoanalyse geht der Begriff Persönlichkeitsstörung von einer Beeinträchtigung der Struktur aus (Berberich & Zaudig, 2015). Für Freud bedeutete dies, seinem Instanzenmodell folgend (Ich, Über-Ich, Es), die Organisiertheit der Psyche und der Dynamik ebendieser Organisiertheit (Freud, 1933a/1979, 1900a/1981). Der Charakter sei beständig, gleichzeitig jedoch durch die Verarbeitung von Triebkonflikten dynamisch (Hoffmann, 1979), was am ehesten auf einen dimensionalen Ansatz Freuds schließen lässt. Abraham, ein Schüler Freuds, beschrieb die Verhaltensmuster und Charakterzüge als Ergebnis der Verarbeitung von Impuls und Abwehr (Abraham, 1969).

Schließlich entwickelt Freud die Theorie des Ich in seinem Werk „Das Ich und das Es“ (Freud, 1923b/1976) weiter und setzt den Charakter und dessen Störung in Bezug zum Ich, dessen Qualität, Ausgestaltung und „Fähigkeit sich mit Trieb, Gewissen und der Außenwelt auseinanderzusetzen“ (Berberich, 2018a, S. 17). Reich (1925) und Fenichel (1967a, 1945) führten erstmals typologische Ansätze in die psychoanalytische Charakterologie ein (Berberich, 2018a, S. 17). Bei Schultz-Hencke (1968, 1970) wird der Charakter einerseits kategorial, im Sinne der Triebkonfliktbearbeitung, andererseits jedoch dynamisch und damit dimensional im Zusammenspiel mit den Umgebungsbedingungen beschrieben. Er unterscheidet in eine schizoide, depressive, zwanghafte und hysterische Ausgestaltung (Schultz-Hencke, 1951/1970).

Hartmann formulierte im Rahmen der Ich-Psychologie die Theorien Freuds weiter aus und beschrieb eine, im Verlauf, von Triebimpulsen unabhängige Charakterentwicklung, im Sinne von autonomen Ich-Apparaten (Hartmann, 1939). Dieser dimensionale Ansatz setzt für das Ich drei essentielle Aufgaben voraus: die Binnenregulation, die Selbstorganisation des Ich, sowie die Adaption nach außen (Hartmann, 1939). Hierdurch soll das Individuum zu Intentionalität, Strukturierung der Objektbeziehung und (Selbst-)Reflexivität befähigt werden. Diese

Funktionen zeigen sich als maßgeblich für ein hohes Strukturniveau und können bei mangelnder Entwicklung zu Schwierigkeiten in verschiedensten Bereichen wie der Affektregulation, der Impulskontrolle sowie der Bedürfnisbefriedigung durch Andere führen (Bellak et al., 1973; Blanck & Blanck, 1974).

Bellak und Hurvich (1969) prägten diesbezüglich die Begriffe „Ich-Stärke“ und „Ich-Schwäche“, und beschrieben damit den strukturellen Reifegrad einer Person. Lange Zeit wurden Persönlichkeitsstörungen von der Psychoanalyse als schwer behandelbar eingestuft (Heim & Westen, 2014), was unter anderem an Behandlungshindernissen wie Stimmungsschwankungen, häufig mangelnder Introspektionsfähigkeit, fehlender Einsicht und Bearbeitungsfähigkeit sowie der Einteilung von Bezugspersonen in „nur gut oder nur böse“ (Kernberg, 1993) festgemacht wurde.

Melanie Klein vermutete die Ätiologie der strukturellen Defizite in frühkindlichen Entwicklungen und ungünstigen Mutter-Kind-Erfahrungen (Klein, 1946). Durch diese Schwierigkeiten in der Beziehung zwischen Mutter und Kind entwickeln die Betroffenen ihrer Theorie nach, eine Unfähigkeit, die Polaritäten eines Charakters gleichzeitig in einer Person zu vereinen. So seien diese nur gut oder böse und können, um die seelische Homöostase zu sichern, nicht in einem Individuum zusammengeführt werden. Durch ihre Ansätze veränderte sich das theoretische Verständnis und die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen maßgeblich (Berberich, 2018a, S. 19). Ihre Theorien wurden jedoch auch heftig kritisiert. Unter anderem fehle hier der Zusammenhang mit der Ich-Funktion sowie mit strukturellen Einschränkungen, so Rudolf (2006).

Als Weiterentwicklung nahm die Objektbeziehungstheorie in den 1960er Jahren an Bedeutsamkeit zu. Diese beinhaltet die Theorie von Selbst- und Objektrepräsentanzen, worunter intrapsychische Abbildungen wichtiger Bezugspersonen sowie die intrapsychische Sicht auf sich selbst innerhalb von Beziehungen zu verstehen sind. Kernberg formulierte hier eine grundlegende Theorie, die sich aus verschiedensten theoretischen Modellen wie den kleinianischen, den Ich-psychologischen sowie denen der britischen Middle-Group und der amerikanischen Objektbeziehungstheorie zusammen setzt (Kernberg, 1984, 1993). Kernberg vereint genetische, psychodynamische und phänomenologische Erklärungsansätze (Kernberg, 1993). Die Vertreter des Ansatzes gehen davon aus, dass von Verhaltensweisen auf Erlebensmuster und damit auf die psychische Struktur der betreffenden Person geschlossen werden kann (Kernberg, 1984). Die amerikanische Objektbeziehungstheorie besagt „im Wesentlichen, dass die Grundeinheiten der intrapsychischen Strukturen Konstellationen von Selbstbildern, Objektbildern und Affektdispositionen sind, die spezifische, durch solche Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten repräsentierte internalisierte Objektbeziehungen reflektieren“ (Kernberg, 1985). Aus diesen

Einheiten setzen sich wiederum die komplexeren Strukturen „wie das Ideal-Selbst, die Ideal-Objekte und schließlich das Ich, das Über-Ich und das Es“ (Berberich, 2018a, S. 19) zusammen. Kernberg entwickelte sein Konzept der Persönlichkeitsorganisation immer weiter und beschrieb hier verschiedene Schweregrade. Von leichten bis schweren Defiziten lassen sich hier die normale, die neurotische Persönlichkeitsorganisation, das hohe und niedrige Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation sowie die psychotische Persönlichkeitsorganisation nennen (Kernberg, 1984; Rohde-Dachser, 1995). Es zeigen sich bestimmte Kategorien mit typologischer Ausgestaltung, bei gleichzeitig dimensionalen Ansätzen bezüglich der Organisiertheit es Ich.

Auf Ebene der neurotischen Persönlichkeitsorganisation nennt Clarkin et al. (2008) die zwanghafte Persönlichkeitsstörung: die Abwehrmechanismen sind reifer, das Selbst sowie die sozialen Interaktionen stabiler. In das Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ordnet Kernberg mehrere Persönlichkeitsstörungen ein (Kernberg, 1984). Der Begriff Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist unbedingt vom Begriff Borderline-Persönlichkeitsstörung abzugrenzen. Auf hohem Borderline-Persönlichkeitsorganisations-Niveau lassen sich die ängstlich-vermeidende, die abhängige, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung ansiedeln. Individuen mit hohem Borderline-Persönlichkeitsorganisations-Niveau sind durchaus fähig einer längerfristigen Anstellung nachzugehen oder ihre beruflichen Ziele zu verfolgen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die paranoide, die schizoide, die schizotype und die antisoziale Persönlichkeitsstörung werden dem niedrigen Borderline-Persönlichkeitsorganisations-Niveau zugeordnet (Kernberg, 1984). Hier zeigen sich die Defizite in Lebensbereichen wie Arbeit und Freizeit und bezüglich des Selbst- und Fremdempfindens deutlicher, symptomatisch sind unter anderem „eine Identitätsdiffusion, ein Überwiegen von Teilobjektbeziehungen und primitive Abwehrmechanismen, chaotische Objektbeziehungen, unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche, wie fehlende Angsttoleranz, mangelnde Impulskontrolle und geringe Sublimierungsfähigkeit, sowie eine Über-Ich-Pathologie mit infantilem oder unreifem Wertesystem oder antisozialen Zügen.“ (Berberich, 2018a, S. 20) (vgl. Kernberg, 1997) Die Abwehr bei der hohen und niedrigen Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist unreif und primitiv (Kernberg, 1984) und nutzt Mechanismen wie beispielsweise Spaltung, primitive Dissoziation oder projektive Identifikation, wodurch Beziehungen idealisiert oder stark abgewertet werden oder Selbstanteile der Person mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation auf das Gegenüber projiziert werden, wodurch Interaktionen und Beziehungen zu solchen Personen erschwert werden (Clarkin et al., 2008).

Die Bindungstheorie von John Bowlby (1982), die verschiedene Bindungstypen innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung definierte, sowie die „Theory of Mind“ führten zu der Mentalisierungstheorie, aus der sich ebenfalls eine Therapierichtung, die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie, entwickelte (Fonagy et al., 2004). Durch Bindungserfahrungen zu Bezugspersonen entstehen, laut der Bindungstheorie Bowlbys, verschiedene Bindungsmuster. Diese Muster reichen von einem sogenannten sicheren Bindungsmuster, über ein vermeidendes oder abweisendes Bindungsmuster, ein ängstlich-ambivalentes, oder später verstricktes, hin zu einem desorganisierten Bindungsmuster. Nicht-sichere Bindungsmuster können folglich zu dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmustern führen. Seither setzte eine Vielzahl von Veröffentlichungen die theoretischen Ansätze der desorganisierten Bindung und der Mentalisierung in Bezug zu Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman & Fonagy, 2003; Holmes, 2003). Meyer und Pilkonis (2008) konnten Zusammenhänge der verschiedenen Bindungsmuster und Persönlichkeitsstörungen finden. So seien zum Beispiel bei der histrionischen, der Borderline- sowie der abhängigen Persönlichkeitsstörung verstrickte Bindungsmuster vorhanden, bei der vermeidenden Persönlichkeitsstörung sei es hingegen eher eine ängstliche Bindung (Meyer & Pilkonis, 2008). Trotz hoher Korrelation einer unsicheren Bindung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, kann durch diesen Zusammenhang jedoch nicht die gesamte Dynamik oder Phänomenologie dieser Störung erklärt werden, zudem sei dieser Bindungstyp weit verbreitet (Berberich, 2018a, S. 20).

Werden jedoch diese theoretischen Ansätze mit dem Mechanismus der Mentalisierung in Zusammenhang gebracht, erklärt sich dieses Phänomen genauer. Vor dem Hintergrund der Mentalisierungstheorie wird davon ausgegangen, dass die betreffende, in diesem Fall gesunde Person befähigt ist, sowohl bei sich selbst, als auch bei anderen, das Verhalten auf mentale Zustände zurückzuführen. Dieser Fähigkeit liegt zentral der Mechanismus der Affektspiegelung durch die Bezugspersonen in der Kindheit zugrunde. Sei dieser unzureichend oder dysfunktional abgelaufen, könne dies zu schwerwiegenden psychischen Folgen im Bereich der Selbst- und Fremdwahrnehmung führen, wie es zum Beispiel bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Fall sei (Euler & Schultz-Venrath, 2014). Die Mentalisierungsbasierte Therapie soll nun die Mentalisierung und damit auch die Affektregulation fördern, ohne auf Übertragung, unbewusste Konflikte oder den Bezug der Störung zur Vergangenheit einzugehen (Bateman & Fonagy, 2004).

Seit 1996 zeigt sich die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im deutschsprachigen Raum als wichtiges Diagnosesystem der heutigen Praxis (vgl. Kapitel 2.2 *Diagnostik von*

*Persönlichkeitsstörungen*). Der Arbeitskreis zur OPD wurde 1992 gegründet (Dahlbender & Tritt, 2011). Mittels der OPD ist es dem/der UntersucherIn möglich, eine reliable und valide Strukturdiagnostik der Persönlichkeit durchführen (Arbeitskreis OPD, 2006). Im Gegensatz zu der Diagnostik im ICD und DSM bezieht die OPD nicht nur rein phänomenologische Diagnostik mit ein (Dahlbender & Tritt, 2011), sondern „verfolgt das Ziel, die symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegenden psychodynamischen Dimensionen zu erweitern“ (Arbeitskreis OPD, 2014) und soll auch dem therapeutischen Arbeiten dienen (Arbeitskreis OPD, 2014, S. 28). In dem multiaxialen Diagnosesystem bezieht sich die *Achse 4: Struktur* auf die Diagnostik des Persönlichkeitsniveaus. „Struktur wird als funktionale Beziehung des Selbst zu den Objekten definiert, d. h. zwischen dem Individuum und seinen relevanten mitinteragierenden Bezugspersonen („signifikanten anderen“). In repetitiven Interaktionen zwischen Kind und Betreuungspersonen entwickeln sich in enger Verflechtung die Struktur des Selbst und die der Objektbeziehungen.“ (Dahlbender & Tritt, 2011). Eine strukturelle Störung entsteht durch ein Entwicklungsdefizit in der Reifung und Integration der Struktur. Hierdurch kann die betroffene Person bestimmte zwischenmenschliche und innerpsychische Funktionen nicht zuverlässig oder gar nicht abrufen, wodurch sich die Vulnerabilität unter krisenhaften Umständen erhöht oder die Regulationsmechanismen eventuell sogar dauerhaft gestört sind (Rudolf, 2013). Dies führt wiederum zu Schwierigkeiten im Umgang mit sich (z.B. Impulsen, Emotionen, Zielen, Identität) sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Hier sahen Rudolf und Jakobsen (2004) einen wichtigen Therapieansatz und entwickelten die Strukturbezogene Psychotherapie. In dieser Therapieform wird explizit der Aufbau fehlender struktureller Fähigkeiten fokussiert. Der/Die TherapeutIn stellt kein Übertragungsobjekt dar und deutet ebenfalls keine Übertragungseffekte (Berberich, 2018a, S. 21) und versucht in der Therapie „strukturelle Funktionen wie Affekterleben und -kommunikation sowie Steuerungs- und Regulationsfähigkeiten“ (Berberich, 2018a, S. 21) zu fördern.

Der Ansatz der Dimensionierung, der ursprünglich bereits auf Reich (1925, 1933) zurückzuführen ist, hat sich in der Psychoanalyse jedoch nie vollumfänglich festigen können. Der Wunsch nach klaren Entitäten scheint auch unter Psychoanalytikern groß zu sein (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 99). Der bisherige Begriff „Charakter“ in der Psychoanalyse scheint zunehmend dem moderneren Begriff der „Persönlichkeit“ zu weichen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 99).

Die historische Entwicklung der psychoanalytischen Theorien zu Persönlichkeitsstörungen zeigt sowohl kategoriale, als auch dimensionale Ansätze. Kategorial werden diese im Rahmen

von Triebkonflikten sowie der Organisiertheit psychischer Strukturen und einer typologisch beschriebenen Charakterstruktur umfasst. Dimensional werden „ein Defizit der Handlungsregulation im Inneren (Ich-Schwäche), der intrapsychischen und interpersonellen Regulationsfunktionen, jedoch auch der Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit beschrieben“ (Berberich, 2018a, S. 21).

#### 2.1.1.3. Entwicklung der Kognitiv Behavioralen Konzepte

In der Verhaltenstherapie wurden erste Schritte in Richtung Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erst in den 1970er Jahren gemacht (Berberich, 2018a, S. 22). Zuvor stand der Akzeptanz dieses Krankheitsbildes eine rein situationsgebundene, als Reaktion verstandene, Erklärung von Verhalten im Wege. Später wurden hier sich wiederholende Lernvorgänge, die dann kognitiv verarbeitet werden und somit zu einer bestimmten Ansicht des Selbst und der Umwelt führen, als Erklärungsmodell herangezogen (Bandura, 1986). Beck und Freeman (1999) entwickelten hier für jede Persönlichkeitsstörung spezifische Schemata, die jeweils Reaktionen, Handlungs- und Verhaltensweisen sowie die Sicht auf sich selbst, die Mitmenschen und die Welt beschreiben. Die dysfunktionalen Verhaltensmuster seien somit bestimmten Wahrnehmungs- und Bewertungsfehlern sowie ebenfalls dysfunktionalen Überzeugungen von sich oder der Umwelt geschuldet.

Millon, ein US-amerikanischer Psychologe verfolgte einen entwicklungstheoretischen Ansatz, der, aus ätiologischer Sicht schulenübergreifend, die bisherige Forschung am besten in sich vereint (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 149). Millon und Everly (1985) beschrieben neben prädisponierenden biologischen Faktoren, vier Entwicklungsstufen. Erfahrungen innerhalb dieser Stufen seien für die Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen ausschlaggebend.

Millon selbst ging von einem Polaritäten-Modell aus, das sich an Bedürfnissen orientiert (Millon, 1996). Diesem Modell liegen einige Grunddimensionen, im Sinne von Polaritäten, zugrunde, anhand derer Persönlichkeit charakterisiert werden kann. Die Dimensionen *selbst versus andere* beschreiben die Fähigkeit, aus sich selbst heraus angenehme Gefühle zu erleben oder diese nur aus der Interaktion mit anderen Menschen erleben zu können. Die Dimensionen *Lustgewinn versus Schmerzvermeidung* beschreiben die Neigung der betreffenden Person aktiv angenehme Situationen aufzusuchen oder Situationen, die mit unangenehmen Gefühlen verbunden sind zu vermeiden. Durch *aktiv versus passiv* wird beschrieben, ob das Individuum auf eigene Initiative hin, Bedingungen verändert oder ob es dazu neigt, auf Ereignisse lediglich zu reagieren (Trautmann-Sponsel et al., 2003). Der Mensch muss, laut Millon (1996), lernen, sich innerhalb dieser, teilweise auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinender Bedürfnisse, zu

bewegen. Dieser Ansatz zeigt wiederum die dimensionale Herangehensweise Millons, der sich hierfür bereits 1990, bei der Entwicklung des Kapitels über Persönlichkeitsstörungen im DSM-5, zu dem er maßgeblich beitrug, ausgesprochen hatte (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 149). Seine zwei Dimensionen der Beziehung und der Struktur (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 150) zeigen sich sogar heute in dem alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5, wobei die Task-Force der DSM-5 „sich wieder einmal auf die Vereinfachung mittels eindimensionaler Beurteilung beschränkt“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 150) hat. Er entwickelte ebenfalls das *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*, das in seiner dritten Generation heute zu den am häufigsten eingesetzten diagnostischen Instrumenten gehört (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 187).

Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie widmete sich verstärkt dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen. Vor allem sei hier die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan zu nennen (Linehan, 1996). Linehan beschreibt in ihrem Lehrbuch, dass bestimmte Defizite in „Skills“, also in den intrapsychischen und interpersonellen Fertigkeiten, unter anderem dysfunktionale Verhaltensmuster, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Schwierigkeiten die Aufmerksamkeit nach emotionaler Aktivierung erneut zu fokussieren (Heim & Westen, 2014), bedingen.

Die DBT befasst sich hauptsächlich mit der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der Schematherapie zeigt sich diese ebenfalls als Mittelpunkt des Therapiekonzepts (Young et al., 2008). Die Schematherapie geht davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen durch Beziehungserfahrungen entstehen. Sie stellt eine Weiterentwicklung der Theorien Becks (Beck & Freeman, 1999) dar, kombiniert psychodynamische, verhaltenstherapeutische sowie weitere Therapieformen und integriert unter anderem bindungstheoretische und emotionsfokussierte Ansätze (Young et al., 2008).

Generell verwendet die Verhaltenstherapie zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen meist psychiatrische Diagnosesysteme (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 241) wie das des DSM, was hauptsächlich an der bis dato geringen verhaltenstherapeutischen Forschung bezüglich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen liegt. Therapeutisch schließen sich dann oftmals spezifisch ausgearbeitete Behandlungsmanuale für die jeweilige Persönlichkeitsstörung an (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 241), wie zum Beispiel die oben erwähnte DBT.

#### 2.1.1.4. Konzepte der Persönlichkeitspsychologie

Innerhalb der Geschichte der Persönlichkeitspsychologie zeigen sich viele verschiedene Modelle, Ansätze, Strömungen und Theorien. Übergeordnete Modelle beinhalten verschiedene Paradigmen. Diese wiederum unterteilen sich in Strömungen welche ihrerseits wieder in Theorien aufgeteilt sind (Rauthmann, 2017a). Zu den bekanntesten Begriffen der Persönlichkeitspsychologie zählen die Paradigmen. Diese wechselten sich ab, koexistierten oder wurden gänzlich verworfen und werden in veraltete, klassische und moderne Paradigmen eingeteilt (Rauthmann, 2017a). Zu den veralteten Paradigmen zählt Rauthmann (2017b) das psychodynamische, welches auf unbewusste Motive und Triebe sowie deren Auswirkungen auf das Handeln eingeht sowie das lerntheoretische Paradigma, das Verhalten in Bezug zur Lerngeschichte setzt. Die klassischen Paradigmen beinhalten das humanistische, wodurch die Einzigartigkeit einer Person durch die individuelle Lerngeschichte berücksichtigt wird, das kognitive, mit Ansätzen zu Interpretations- und Informationsverarbeitungsprozessen und das dispositionale Paradigma, bei dem Wert auf die eigene Sicht auf das Selbst und die Identität gelegt wird. Zu den modernen Paradigmen zählen das biologische, mit Erklärungen der Persönlichkeit durch biologische Ansätze wie zum Beispiel Genetik, Hormone und Anatomie, sowie das transaktionale Paradigma, bei dem das Zusammenspiel von Mensch und Umwelt und zum Beispiel die Entwicklung fokussiert werden (Rauthmann, 2017a). Im Folgenden wird auf die für diese Arbeit wichtigsten Ansätze eingegangen.

Die Persönlichkeitspsychologie wendete sich von den ätiologisch orientierten Ansätzen, wie zum Beispiel denen der psychodynamischen Richtung ab, fokussierte sich mehr auf einen dimensional Unterschied zwischen „normalen“ und „pathologischen“ Ausprägungen von Eigenschaften und richtete somit die Aufmerksamkeit mehr auf Persönlichkeitsmerkmale, sogenannte „Traits“. Diese Richtung der Psychologie setzte mehr auf eine akademische, zu Forschungszwecken genutzte Herangehensweise und verfolgte primär keinen therapeutischen Ansatz. Jedoch gewannen die hierdurch generierten Daten in der Therapieforschung mehr und mehr an Bedeutung. Gordon Allport (1937), der Begründer der Trait-Theorie, vermutete bei beobachtbarem Verhalten eine davon ableitbare Persönlichkeitseigenschaft.

Eysenck, ein deutschstämmiger britischer Psychologe, versuchte Persönlichkeitsfaktoren der Persönlichkeitsstruktur mittels Faktoranalysen auf zwei oder drei zu reduzieren. Dieser Ansatz war in der Differenziellen Psychologie jedoch umstritten. Der Ansatz, dass es fünf grundlegende Faktoren der Persönlichkeit gebe, wurde wiederkehrend von vielen Forschern in diversen Studien unterstützt. Einen der bekanntesten Ansätze stellt das 5-Faktoren-Modell der Persönlichkeit von McCrae und Costa (1992), welches lexikalisch empirisch durch Faktorenanalysen

begründet ist, dar. Fünf Faktoren der Persönlichkeit ließen sich solchermaßen extrahieren: *Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit*. Diese fünf Faktoren sind weiter unterteilt in Facetten, die eine genauere Beschreibung der Persönlichkeit zulassen. Auch das alternative Modell im DSM-5 hängt konzeptionell mit dem 5-Faktoren-Modell zusammen (vgl. 2.2.4.2 *Kriterium B* )

Eine weitere bedeutsame Alternative zum 5-Faktoren-Modell stellt das zunächst dreidimensionale, später siebendimensionale psychobiologische Modell der Persönlichkeit von Cloninger (1987a) dar. Er geht von drei Temperamentsdimensionen aus, die er mit Neurotransmittern in Zusammenhang bringt. Die erste sei die „Verhaltensaktivierung“ („novelty seeking“) (Cloninger, 1987a), die sich durch die Wirkung des Neurotransmitters Dopamin erklärt. Als zweite Dimension wird hier die „Schadensvermeidung“ („harm avoidance“) (Cloninger, 1987a) mit der Verbindung zu Serotonin beschrieben. Als Grundlage der „Belohnungsabhängigkeit“ („reward dependence“) (Cloninger, 1987a) sieht er Norepinephrin. Später erweitert er seine Theorien. Nun seien es vier genetisch prädisponierte Temperamentsdimensionen, wobei sich zu den oben genannten noch die Dimension der „Beharrlichkeit“ („persistence“) (Cloninger, 1987a) einreicht. Hinzu kommen drei „epigenetische“, durch Umwelterfahrungen beeinflusste Persönlichkeitsdimensionen: „Selbstbezogenheit“ („self directedness“) (Cloninger, 1987a), „Selbsttranszendenz“ („self transcendence“) (Cloninger, 1987a) sowie „Kooperativität“ („cooperativeness“) (Cloninger, 1987a; Fiedler & Herpertz, 2016, S. 146–147).

Die Traitmodelle mit wenigen, hochabstrahierten Traits zeigen die Möglichkeit, auf hohem Abstraktionsniveau, Persönlichkeit zu beschreiben. Jedoch reichen die Möglichkeiten dieser Traitmodelle nicht aus, Persönlichkeitsstörungen phäno- oder genotypisch differenziert zu skizzieren (Berberich, 2018a, S. 25). Sie beschreiben keine Verhaltens- oder Denkmuster im Umgang mit sich selbst oder Anderen, was jedoch im klinischen Alltag von Belang sein könnte. Innerhalb der letzten Jahre zeigt sich nun zunehmend, dass diese hochabstrahierten Traits durch ausdifferenzierte und im Kontext der klinischen Forschung relevantere Facetten ergänzt werden (Berberich, 2018a, S. 25).

Den Trait-Ansätzen gemein, ist das Fehlen klar festgelegter Grenzen. Sie verstehen Persönlichkeitsstörungen als Extremausprägungen der Traits, was jedoch eine Einteilung für den klinischen Gebrauch schwierig macht.

### 2.1.2. Prävalenzen

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen schwankt in unterschiedlichen Studien deutlich. Dies ist nicht verwunderlich, liegen die grundlegenden Änderungen bezüglich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erst wenige Jahrzehnte zurück. Erst seit 1980, mit dem DSM-III, werden Persönlichkeitsstörungen einzeln epidemiologisch gefasst. Seit dem DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) werden sogenannte Gleichzeitigkeitsdiagnosen zugelassen, was die Prävalenzdaten nochmals veränderte. Da seit 1991 die ICD-10 (Dilling et al., 1993/1993) zur Diagnostik hinzu kam, muss nun noch auf die unterschiedlichen Ergebnisse durch verschiedene Diagnosemanuale geachtet werden.

Vor 1980 gelangen epidemiologische Studien zu Prävalenzraten von 5 bis 10%, bezogen auf das Gesamt aller Persönlichkeitsstörungen. So fand Bremer (1951) in Norwegen 9,4%, Essen-Möller (1956) kam in Schweden auf 6,4% und Langner und Michael (1963) erhoben in den USA 9,8%. Als Ausnahmen seien hier die Studie von Nielsen und Nielsen (1977) zu nennen, die in Dänemark eine Prävalenz von 2,4% fanden, sowie eine deutsche Studie von Schepank et al. (1984), die für die Bevölkerung in Mannheim eine Prävalenz von 5,5% erhoben, wobei sie mittels des damals gültigen ICD-8 diagnostizierten.

Mittlerweile existieren zahlreiche Studien, die anhand heutiger Klassifikationssysteme eine bessere Einschätzung der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen erlauben.

Bohus et al. (1999) schätzen die Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen, den Diagnosekriterien des DSM-IV und ICD-10 folgend, in der Allgemeinbevölkerung auf 11%. Bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten gehen sie von über 50% aus.

Die American Psychiatric Association (2013) schätzte die Gesamtprävalenz irgendeiner Persönlichkeitsstörung auf 9,1%, die Prävalenz für Cluster A Persönlichkeitsstörungen auf 5,7%, Cluster B betrug hier 1,5% und Cluster C 6% (Falkai & Wittchen, 2015, S. 884). Für einzelne Persönlichkeitsstörung gibt die APA (2013) ebenfalls Prävalenzen an: So beschreibt sie für die Narzisstische Persönlichkeitsstörung 0-6,2%, und für die Zwanghafte 2,1-7,9%.

Im DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 2013) befinden sich Prävalenzangaben der Allgemeinbevölkerung zu einzelnen Persönlichkeitsstörungen, die auf der Nationalen Komorbiditätsstudie (NCS) beruhen: Für die Paranoide Persönlichkeitsstörung bestünde eine Prävalenz von 2,3%, die Schizoide betrage 4,9%, die Schizotype 4,6%, die Antisoziale 0,2-3,3%, die Borderline- Persönlichkeitsstörung 1,6-5,9% und die Dependente Persönlichkeitsstörung betrage 0,6%.

Torgersen (2014b) konstatierte in einer Übersicht unterschiedlicher US-amerikanischer und Nordeuropäischer Studien, drei davon innerhalb Deutschlands, in zehn der dreizehn Studien

eine Prävalenzrate von 10,0% bis 15,5%. Als Klassifikationssystem diene jeweils das DSM-III-R oder das DSM-IV und die Studien erfolgten in urbanen Gegenden, anhand nicht-klinischer Stichproben. Mit Ausnahme einer Studie wurden jeweils teilstrukturierte oder strukturierte Interviews, zumeist das SKID-II, genutzt. Bezüglich spezifischer Persönlichkeitsstörungen kam auch Torgersen (2014b) zu dem Ergebnis, dass Cluster C Persönlichkeitsstörungen mit 2,6% bis 9,1% am häufigsten vorkommen, Cluster A Prävalenzen liegen den Ergebnissen zufolge zwischen 1,6% und 3,8% und Cluster B Prävalenzen betragen 0,5% bis 4,5%. Ebenfalls zeigt die Übersicht, dass die Ängstlich-Vermeidenden und die Zwanghaften Persönlichkeitsstörungen mit durchschnittlich 2,5% am häufigsten vorkommen. Mit ungefähr 1,5% folgen hier die Paranoiden, Borderline-, Antisozialen und Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörungen. Die Dependenten, Schizoiden, Schizotypischen und Histrionischen Persönlichkeitsstörungen kamen je auf circa 1%. Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung, falls sie überhaupt einbezogen wurde, lag meist unter 1%.

Die deutsche *Greifswalder Familienstudie* untersuchte 411 Personen und deren erwachsene Kinder mittels SKID-II und dem SCL-90 (Symptom Checkliste 90) und fand eine Prävalenz von 11,2% für alle Persönlichkeitsstörungen bei den Eltern und 14,7% für deren 20-jährige Kinder (Barnow et al., 2010). Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen wiesen häufiger ebenfalls Persönlichkeitsstörungen auf, wobei Störungsbilder aus dem Cluster-B besonders häufig familiär übertragen zu werden scheinen.

Loranger et al. (1994) führten kurze Zeit nach Erscheinen der ICD-10 (Dilling et al., 1991/1993) eine Studie zur Einschätzung der sog. „administrativen“ bzw. „behandelten“ Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Kliniken durch. Diese wurde, unterstützt von der WHO, weltweit in insgesamt elf Ländern an 716 Patienten/Patientinnen mittels der *International Personality Disorder Examination* (IPDE) erhoben, das sowohl die Kriterien der ICD, als auch die des DSM enthält. Nach ICD Kriterien fand sich eine Prävalenz von 39,5%. Nach DSM Kriterien hingegen 51,1%, was unter anderem daran liegt, dass im DSM-III-R fünf Persönlichkeitsstörungen mehr diagnostizierbar sind, als im ICD-10 (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 211). Die Borderline-Störung zeigt sich als die am häufigsten vorkommende Persönlichkeitsstörung (14,5-14,9%). Anschließend folgen, in absteigender Reihenfolge, die Selbstunsicher-Vermeidende (11-15,2%), die Histrionische (4,3-7,1%) und die Dependente (4,5-4,6%).

Konermann et al. (2006) fanden in ihrer klinischen Studie, die insgesamt 49984 Patienten aus 17 psychosomatischen Kliniken einschloss, bei insgesamt 13044 Patienten/Patientinnen (26,1%) die Diagnose mindestens einer Persönlichkeitsstörung. Die jeweiligen Behandler diagnostizierten gemäß den Leitlinien der ICD-10. Die Emotional-Instabile

Persönlichkeitsstörung zeigte sich hier mit 5,6% als häufigste Persönlichkeitsstörungsdiagnose. Mit 3,5% folgte die Abhängige Persönlichkeitsstörung und mit 3,0% die Ängstlich-Vermeidende. 5% fielen auf die Diagnose „andere spezifische Persönlichkeitsstörung“ und 3,3% auf die Kombinierte Persönlichkeitsstörung.

Aktuelle Studien anhand klinischer Populationen wurden von Torgersen (2014a) zusammengefasst. Auch hier zeigt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 28,5%, die Ängstlich-Vermeidende mit 22 bis 25% und die Dependente mit 13 bis 15% am häufigsten. Folgend, in absteigender Reihenfolge, treten Histrionische (8 bis 10%), Zwanghafte (6 bis 11%), Paranoide (6 bis 10%), Schizotypische (ca. 6%), Narzisstische (5 bis 10%) und sehr selten die Schizoiden Persönlichkeitsstörungen (1 bis 2%) auf.

An diesen Daten lässt sich erkennen, dass es gehäuft die emotional-instabilen, die dependenten und die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen sind, die therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, wohingegen die eher introvertierten Menschen wohl versuchen, ihre Problemen alleine zu bewältigen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 212).

Bezüglich der Lebenszeitprävalenzen kommt Torgersen (2014b) auf 28 bis 32% für eine Persönlichkeitsstörung generell, und auf 3 bis 4% für eine spezifische (Torgersen, 2014a). Auch scheinen junge Menschen ein höheres Risiko für das Auftreten einer Antisozialen, Histrionischen, Schizotypischen, Borderline-, oder Dependente Persönlichkeitsstörung zu haben (Torgersen, 2014a). Für die anderen Persönlichkeitsstörungen konnten hier anhand der Daten keine Auffälligkeiten bezüglich der Altersverteilung gefunden werden (Torgersen, 2014a).

Roberts und DelVecchio (2000) kommen zu dem Ergebnis, dass die Impulsivität bei Borderline- bzw. antisozialer Persönlichkeitsstörung in Nachuntersuchungen kaum mehr diagnostiziert werden konnte und „immer wieder findet sich der Hinweis, dass insbesondere die Antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung im höheren Lebensalter kaum mehr diagnostizierbar (sprich: nicht mehr auffindbar) sind“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 222). Anders scheint es sich bei Ängstlich-Vermeidenden, Zwanghaften und Schizotypischen Persönlichkeitsstörungen zu verhalten. So würden sich diese mit zunehmenden Alter eher verschlechtern (Roberts & DelVecchio, 2000). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen diverse weitere Studien (Oldham & Skodol, 2013; Paris & Zweig-Frank, 2001; Stevenson et al., 2003).

Bei der Geschlechterverteilung konnten laut Skodol (2014) keine empirischen Unterschiede gefunden werden. Lediglich die Antisoziale Persönlichkeitsstörung zeige laut einer systematischen Recherche von Oltmanns und Powers (2014) eine höhere Prävalenz bei Männern. Hier lassen sie jedoch die Frage offen, ob es nicht generelle Unterschiede in Persönlichkeitseigenschaften zwischen Männern und Frauen seien, aufgrund derer manche Studien hier keine Unterschiede feststellen konnten. Bezüglich der Histrionischen und der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung könnte es eventuell einen Genderbias geben, da diese durch Beurteiler als genderspezifische Stereotypen gedeutet werden könnten (Fiedler & Herpertz, 2016). So zeigen sich im DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) 50% bis 75% der Diagnosen Narzisstischer Persönlichkeitsstörungen bei Männern. Gleichmaßen sei es bei der Paranoiden, der Schizoiden, der Zwanghaften sowie der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Anders verhält es sich bei der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die mit 75% gehäuft bei Frauen auftrete (Falkai & Wittchen, 2015). In klinischen Settings werden die Histrionische und die Dependente Persönlichkeitsstörung häufiger an Frauen vergeben, in anderen Studien seien jedoch trotzdem keine signifikanten Unterschiede vorhanden (Falkai & Wittchen, 2015). Gleichmäßig über beide Geschlechter verteilt sei die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Falkai & Wittchen, 2015).

### 2.1.3. Komorbiditäten

Im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen häufen sich zusätzlich andere psychische Erkrankungen. Diese Komorbiditäten treten sowohl bezüglich Persönlichkeitsstörungen untereinander (Livesley, 2011; McGlashan et al., 2000; Skodol et al., 2011; Trull et al., 2014; Zimmerman et al., 2005), als auch mit anderen psychischen Störungen (Links et al., 2014; McGlashan et al., 2000; Zimmerman et al., 2005) auf. Bei bis zu 80% der Personen mit Persönlichkeitsstörungsdiagnose, treten eine oder mehrere weitere Persönlichkeitsstörungen auf (Zimmerman et al., 2005). Durch Neuerungen im DSM-III sowie im ICD-10 sind Diagnostiker nun dazu angehalten, mittels des Komorbiditätsprinzips, sämtliche vorliegenden psychischen Störungen zu diagnostizieren.

So konnten Brieger et al. (2003) mittels SKID-II bei 51% der 117 Patienten mit unipolarer Depression, Kriterien für eine komorbide Persönlichkeitsstörung, die zumeist aus dem Cluster C Spektrum stammt, finden. Bei den untersuchten 60 Patienten mit bipolarer Störung zeigten sich bei 38% die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt. Am häufigsten trat hier die Zwanghafte, Borderline-, Narzisstische und Vermeidende Persönlichkeitsstörung auf.

Herzog et al. (1992) fanden bei 27% von 210 Frauen die sich einer Essstörungstherapie unterzogen, mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Am häufigsten trat hier die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf.

Konermann et al. (2006) fanden in ihrer Studie bei circa 1,6% der Patienten mehr als eine Persönlichkeitsstörung. Weiter fanden Konermann et al. (2006) erhöhte Prävalenzraten von komorbiden anderen psychischen Störungen: Substanzabhängigkeiten zeigten sich häufig bei der Dissozialen Persönlichkeitsstörung mit 29,5%, bei der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung 24,9%. Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung waren es 22,5% und die Paranoide folgte mit 22,2%. Die Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung zeigte auffallend häufig (14,4%) das gleichzeitige Auftreten mit phobischen Störungen und bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung konnten bei 13,3% Komorbiditäten mit Zwangsstörungen gefunden werden. Bei 14,3 % der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen lag gleichzeitig eine Posttraumatische Belastungsstörung vor.

### 2.2. Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Es existieren mittlerweile zahlreiche Diagnosemanuale, die wiederum zahlreichen theoretischen Strömungen entspringen. Zu den wichtigsten zählen heute die ICD-10 (Dilling et al., 2015), die bald in einer neuen Auflage, der ICD-11 erscheinen wird, sowie das DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 2013), welches das dominierende Klassifikationssystem der USA darstellt.

Im europäischen Raum hat sich zudem die OPD (Arbeitskreis OPD, 2014), welche psychodynamisch fundiert ist, etabliert.

Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kann mittels zahlreicher Methoden erfolgen. Goldstandard ist weiterhin die klinische Konsensus-Diagnose von erfahrenen Untersuchern. Im wissenschaftlichen Bereich haben sich strukturierte Interviews durchgesetzt. Die wohl effizienteste und auch meistgenutzte Methode stellt die Selbsteinschätzung durch Fragebögen dar. Schwierigkeiten ergeben sich hier durch die bekannte häufig vorliegende Ich-Syntonie bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, wodurch sich die Wahrnehmung von sich und anderen der jeweiligen Person verzerrt (Huprich et al., 2011) und die Person eigene dysfunktionale Verhaltensmuster nicht zu erkennen vermag. Widiger und Samuel (2005) empfehlen Selbsteinschätzungsfragebögen als Screening-Verfahren zu verwenden und anschließend, bei Bedarf, weitere Methoden anzuwenden.

Eine weitere Möglichkeit zur Diagnostik bieten Fremdeinschätzungsfragebögen. Hierdurch wird es dem/der Behandelnden ermöglicht, Informationen zu erlangen, die durch die Befragung der betroffenen Person selbst eventuell nicht zugänglich sind. Ein mögliches Hindernis stellt jedoch die Auswahl der zu befragenden Individuen durch die behandelte Person dar, bei denen sich aus Loyalitätsgründen lückenhafte Angaben ergeben könnten (Leising et al., 2010). Durch die Hinzunahme mehrerer Fremdanamnesen kann es jedoch gelingen, die Interrater-Reliabilität zu erhöhen (Oltmanns & Turkheimer, 2006).

Expertenratings bieten häufig eine nur unzureichende Interrater-Reliabilität und Validität (Samuel & Bucher, 2017), die zum einen durch den/die Kliniker/Klinikerin selbst, seine Einschätzung und Vorurteile generiert werden und die zum anderen durch den, anhand des therapeutischen Settings, eingeschränkten Zugang zu Informationen, entstehen.

Letztlich werden strukturierte Interviews empfohlen (Widiger & Samuel, 2005), die eine höhere Interrater-Reliabilität aufweisen, da der/die KlinikerIn durch die Struktur der Interviews, jedes Merkmal einzeln abfragen kann, auf gewisse Fragen konkreter eingehen und das Verhalten der zu diagnostizierenden Person während des Interviews in die Diagnostik miteinbeziehen kann (Renk & Zimmermann, 2018, S. 122). Mittlerweile steht ein „*Strukturiertes Klinisches*

*Interview für das alternative DSM-5 Modell*“ (First et al., 2018) zur Verfügung, in dem mit zwei Modulen, die zunächst den Schweregrad und anschließend die Art der Persönlichkeitsproblematik erfassen, gearbeitet wird.

#### 2.2.1. Persönlichkeitsstörungen im ICD-10

Persönlichkeitsstörungen finden sich im ICD-10 im Kapitel V bei den sogenannten „F-Diagnosen“. (ICD-10, 1999). Das Kapitel V teilt sich in 10 einzelne Abschnitte auf (F0-F9).

Unter F6 finden sich die „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD-10, 1999). Kapitel F60, spezifische Persönlichkeitsstörungen, gliedert sich nun in 11 Unterdiagnosen (F60.0 – F60.8): Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0), Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1), Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3-), aufgeteilt in Impulsiver Typ (F60.30) und Borderline-Typ (F60.31), Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4), Anankastische (Zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5), Ängstliche (Vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6), Abhängige (Asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7), Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (F60.8), worunter auch die Narzisstische Persönlichkeitsstörung klassifiziert wird und die Diagnose Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet (F60.9). F61 enthält kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ICD-10, 1999).

Bevor jedoch eine spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, muss überprüft werden, ob überhaupt eine Störung der Persönlichkeit vorliegt. Dies geschieht im ICD-10 verbindlich vorab:

„G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben (<<Normen>>) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
4. Die Art des Umganges mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen

G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzureichend ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).

G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.

G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.

G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0 - F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.

G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden).“

*(Taschenführer Zur ICD-10-Klassifikation Psychischer Störungen, 2016, S. 234–235)*

Ein am ICD-10 orientiertes diagnostisches Instrument stellt zum Beispiel das semistrukturierte Interview IPDE (Loranger, 1988), welches als offizielles Instrument der WHO dient, dar.

### 2.2.2. Persönlichkeitsniveau in der OPD: OPD-Strukturachse

Das psychodynamische OPD- Diagnosesystem beinhaltet ein multiaxiales Vorgehen: Es ist in fünf Achsen aufgeteilt:

**Achse 1:** *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* bezieht sich auf die Art und die Schwere der Erkrankung, das soziale Umfeld des Patienten, seine Behandlungsmotivation und Persönlichkeitsmerkmale sowie die Arzt-Patienten-Beziehung (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 40).

**Achse 2:** *Beziehung* umfasst die Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung, also wie der Patient sich und andere wahrnimmt und wie andere den Patienten und sich im Kontakt mit ihm erleben (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 47–57).

**Achse 3:** *Konflikt* fasst aktuelle, teilweise durch die Umwelt mitbeeinflusste, sowie intrapsychische Konflikte (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 58–66).

**Achse 4:** *Struktur* beschreibt die „für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 73), welche sich in den Interaktionen widerspiegelt (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 73). Die Struktur wird durch sechs Fähigkeiten des Selbst beschrieben: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 73–74).

**Achse 5:** *Psychische und psychosomatische Störungen* umfasst die sogenannten F-Diagnosen der ICD-10 und soll auch eine Kompatibilität mit dem DSM-System beinhalten. Hier werden sowohl psychische, als auch psychosomatische Erkrankungen einbezogen (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 78).

Die Diagnostik des Persönlichkeitsniveaus (oder auch Struktur- oder Integrationsniveaus) befindet sich innerhalb der Achse 4: *Struktur* (Arbeitskreis OPD, 2014) und wird anhand eines psychodynamischen Interviews, das mit strukturierten Interviewstrategien angereichert ist, gefasst. In der OPD werden sechs Dimensionen der strukturellen Fähigkeiten beschrieben, diese sind wiederum in Unterdimensionen aufgegliedert. Auf einer siebenstufigen Skala wird anschließend das Strukturniveau abgeschätzt.

**Tabelle 2.1:** Einschätzung des Strukturniveaus gemäß OPD-2. (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 258)

Stufen	Integrations-niveau	Beschreibung laut OPD-2
1	gut integriert	„Relativ autonomes Selbst; strukturierter psychischer Binnenraum, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können; Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsgerechten Wahrnehmung des anderen; Fähigkeit zur Selbststeuerung; Empathiefähigkeit; ausreichend gute innere Objekte; zentrale Angst: die Zuneigung des Objekts zu verlieren.“
1,5		gut bis mäßig
2	mäßig integriert	„Die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver; selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen; Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen; Übersteuerung und eingeschränkte Selbstwertregulierung; Objektbilder sind auf wenige Muster eingengt; wenig empathiefähig; dyadische Beziehungen sind vorherrschend; zentrale Angst: das wichtige Objekt zu verlieren.“
2,5		mäßig bis gering
3	gering integriert	„Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch; Selbstreflexion fehlt; Identitätsdiffusion; Intoleranz für negative Affekte; Impulsdurchbrüche und große Kränkbarkeit; Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung; fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend; zentrale Angst: Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt.“
3,5		gering bis desintegriert
4	desintegriert	„Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werde durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert. Empathisches Objektwahrnehmen so gut wie unmöglich. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach). Zentrale Angst: symbiotische Verschmelzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen mit der Folge des Selbstverlustes.“

Mittlerweile liegen auch Selbstbeurteilungsfragebögen wie der OPD-SF (Schauenburg et al., 2012) und dessen Kurzversion OPD-SFK vor (Ehrenthal et al., 2015).

2.2.3. Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 – Das kategoriale Modell

Anders als im DSM-IV-TR wurde im DSM-5, welches im Mai 2013 in deutscher Fassung erschien (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 2013), dazu übergegangen, die Achsenstruktur aufzugeben. Persönlichkeitsstörungen, die vorher in Achse II zu finden waren, gesondert von anderen psychischen Störungen, werden nun diagnostisch auf einer Ebene mit den übrigen psychischen Störungen wie Depressionen und Ängsten eingeordnet. Das DSM-5 beschreibt Allgemeinkriterien, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, jedoch wird hier, im Gegensatz zum ICD-10 nicht das Vorliegen dieser Allgemeinkriterien zwingend gefordert, um eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können. Die Allgemeinkriterien stehen folgend beschrieben.

„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:

1. Kognition (d.h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren)
2. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
4. Impulskontrolle.
5. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

B. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

C. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

D. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

E. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung).“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 885)

Es können hier weiterhin insgesamt 10 verschiedene Persönlichkeitsstörungsdiagnosen, welche in drei Cluster eingeteilt sind, vergeben werden (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 71): Cluster A beinhaltet die Paranoide, Schizoide und Schizotypische Persönlichkeitsstörung, Cluster B fasst die Borderline-, Histrionische, Antisoziale und Narzisstische Persönlichkeitsstörung und in Cluster C finden sich die Vermeidende, Dependente und Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (Falkai & Wittchen, 2015).

Diagnostisch kommen verschiedene Fragebögen zum Einsatz. Häufig wird das „*Strukturierte Klinische Interview für die DSM-IV Persönlichkeitsstörungen*“, *SKID-II* (Wittchen et al., 1997), eingesetzt. Dies ist jedoch zeitaufwändig und muss aufgrund der hohen Anforderungen, zum Beispiel in Seminaren, vorab erlernt werden. Deshalb wurde der Selbsteinschätzungsfragebogen ADP-IV (Doering et al., 2007), der eine Einordnung in die Cluster-Systematik und die spezifischen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV erlaubt, entwickelt. Da sich jedoch einige Persönlichkeitsstörungsdiagnosen des DSM-IV nicht im DSM-5 befinden, kann dieser Fragebogen nur noch bedingt verwendet werden und sollte lediglich als Screening-Instrument genutzt werden.

#### 2.2.4. Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 – Das Alternative Modell

Im dritten Teil des DSM-5 findet sich ein weiteres Klassifikationsmodell: das Alternative Modell des DSM-5. Aufgrund zahlreicher Hürden und Konflikte bei der Umsetzung einer neuen diagnostischen Vorgehensweise, entschloss sich die APA-Task-Force zunächst dazu, dieses Modell weiterer Forschung zu überlassen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 72) und es somit im Teil III des Diagnosemanuals unterzubringen. Dem/Der Diagnostiker/Diagnostikerin wurde es freigestellt, nach welchem Manual er seine Diagnosen stellen möchte (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 72).

Zahlreiche diagnostische Ansätze die sowohl der Psychodynamik, als auch aus der Verhaltenstherapie und anderen Herangehensweisen entspringen, fließen in dieses Modell mit ein (Zimmermann et al., 2013). Als wichtigste Neuerung präsentiert sich die Vereinigung einer dimensional erfassenden Schweregrads und der beschriebenen Art der Persönlichkeitsproblematik (Zimmermann, 2014b). Das DSM-5-Alternativ-Modell stellt ein kategorial-dimensionales Hybridmodell dar. Die Anzahl der verschiedenen „Prototypen“ der Persönlichkeitsstörungen wurde drastisch reduziert. So wurde zum Beispiel die Histrionische Persönlichkeitsstörung gestrichen, da sie als „tot“ gilt (Grenyer, 2018), kaum mehr Inhalt von Forschung und Diagnostik ist und keine evidenzbasierte Therapiemethode existiert (Grenyer, 2018). Ebenso fehlen evidenzbasierte Methoden für die Diagnosen der Paranoiden, Schizoiden, und Dependenten Persönlichkeitsstörung (Berberich, 2018b), weshalb diese ebenfalls nicht übernommen wurden. Verblieben sind die Schizotype, Antisoziale, Borderline-, Narzisstische, Zwanghafte und die Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 71), welche aufgrund empirischer Daten sowie der klinischen Nützlichkeit ausgewählt wurden (Skodol et al., 2014). Sollte durch die Einschätzung des Funktionsniveaus eine Persönlichkeitsstörung vorliegen, die nicht durch die sechs Persönlichkeitsstörungen im Alternativ-Modell des DSM-5 beschrieben werden kann, wird eine Merkmalspezifische-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und anhand der vorliegenden Facetten beschrieben.

Im Folgenden werden die Kriterien (A-G) für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung dargestellt, wobei die entscheidende Rolle wohl der Diagnostik des Funktionsniveaus (Kriterium A) zukommt (Skodol et al., 2002).

### 2.2.4.1. Kriterium A:

Im ersten Schritt, Kriterium A, wird das Funktionsniveau einer Person anhand verschiedener Dimensionen ermittelt. Ab einer mittelgradigen Einschränkung im Funktionsniveau der Persönlichkeit kann vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden. Dies begründet sich in der Annahme, dass eine Persönlichkeitsstörung immer durch eine Einschränkung basaler adaptiver Fähigkeiten begründet ist (Livesley, 1998). Viele Theorien belegen die Annahme, dass der Kern von Persönlichkeitsstörungen in Störungen des Selbst und der interpersonellen Fähigkeiten liegt (Hopwood, Schade et al., 2013). Im DSM-5 sind diese Aspekte weiter unterteilt. Der Bereich *Selbst* wird unterteilt in die Fähigkeitsbereiche *Identität* und *Selbststeuerung*. *Interpersonelle Beziehungen* werden aufgegliedert in die Fähigkeitsbereiche *Empathie* und *Nähe* (Berberich & Zaudig, 2015).



**Abbildung 2.1:** Kriterium A: Bereiche des Funktionsniveaus (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1047).

Einschränkungen in diesen Bereichen werden anhand einer fünfstufigen Skala eingeschätzt, die von Stufe 0 (keine oder geringfügige Beeinträchtigung), Stufe 1 (leichte Beeinträchtigung), Stufe 2 (mittelgradige Beeinträchtigung), Stufe 3 (schwere Beeinträchtigung) bis Stufe 4 (extreme Beeinträchtigung) reicht. Zum ersten Mal wurde auch mit der Stufe 0 die Beschreibung eines ungestörten Funktionsniveaus vorgenommen. Durch dieses stufenweise Vorgehen, lässt sich zum Beispiel eine realistische, den Möglichkeiten des/der Patienten/Patientin entsprechende, Therapieplanung vornehmen und auch der Therapieerfolg einschätzen.

Die Fähigkeiten sowie ihre Beeinträchtigungen werden mittels der *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* (Zimmermann, Brakemeier et al., 2015) beschrieben und zugeordnet.

Das Konzept des *Selbst* beinhaltet sowohl Aspekte der eigenen Identität, als auch die Fähigkeit der Selbstlenkung. Bei einer starken Beeinträchtigung dieser Bereiche, zeigt sich folglich ein brüchiges Selbstbild mit unklaren Ich-Grenzen. Den Individuen fällt es schwer, beziehungsweise ist es kaum möglich, Gedanken von Handlungen zu unterscheiden, langfristig Ziele zu verfolgen und sich selbst und eigene Handlungen zu reflektieren. Bei interpersonellen Einschränkungen kann es den Individuen beispielsweise an Empathie mangeln, wodurch

zwischenmenschliche Interaktionen massiv beeinträchtigt werden, da die Fähigkeit sich in andere hineinzusetzen, ihr Handeln zu verstehen, eingeschränkt ist. Der/Die Betroffene erlebt Zwischenmenschliches als etwas Verwirrendes, schwer Einzuschätzendes, Beziehungen werden als unstet, unvorhersehbar und brüchig erlebt.

Jeder Fähigkeitsbereich ist in drei Teilbereiche unterteilt. Beispielsweise beinhaltet der Bereich *Empathie*, dass der/die Betroffene befähigt ist, a) zu Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer, b) zu Toleranz bezüglich unterschiedlicher Sichtweisen und c) zu dem Verständnis der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere befähigt ist (Zimmermann et al., 2013).

Zunächst konnte die Erfassung des Schweregrades der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus gemäß Kriterium A durch die SEFP nur anhand eines Experten Ratings erfolgen (Falkai & Wittchen, 2015). In ersten Studien konnte jedoch die zuverlässige Erfassung des Schweregrades analog zur SEFP mittels klinischen Interviews und der Zusammenhang mit den Diagnosen durch etablierte strukturierte Interviews gezeigt werden (Zimmermann, 2014a). Ebenso erwies sich die SEFP auch als Fremdeinschätzungsfragebogen für Informanten/Informantinnen als zuverlässig (Morey, 2018; Zimmermann, Böhnke et al., 2015). Mit dem STiP-5.1, das ein semi-strukturiertes Interview darstellt, liegt ein „valides, reliables und ökonomisches Interviewverfahren zur dimensionalen Erfassung von Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit für Forschung und klinische Praxis vor“ (Zetl et al., 2019).

Der Einsatz von Selbsteinschätzungsfragebögen wurde erst später realisiert, zunächst wurde empfohlen, das Funktionsniveau anhand verwandter Konstrukte zu messen, wie zum Beispiel mittels dem „*General Assessment of Personality Disorder*“ (Hentschel & Livesley, 2013).

Wie in Kapitel 2.2 Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bereits erwähnt, erfolgt die Einschätzung in der Praxis, aufgrund von Praktikabilität und Effizienz meist anhand von Selbsteinschätzungsfragebögen. Im Rahmen des Alternativen Modells erfolgt zunächst die Einschätzung des Funktionsniveaus als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, anhand des Selbstbeurteilungsfragebogens *Skala zur Einschätzung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit - Selbsteinschätzung*, kurz SEFP-S. Dieser steht erst seit kurzem in deutscher Sprache zur Verfügung und wurde aus dem englischen Fragebogen „*Level of Personality Functioning Scale – Self Report*“ (Morey, 2017a) übersetzt. Auf den SEFP-S wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch genauer eingegangen.

Das „*Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM-5-Modell, Modul I*“ (*SCID-AMPD Modul I*) (First et al., 2018) kann ebenfalls für die Diagnostik verwendet werden, wobei abzuwarten bleibt, ob es trotz hohem Zeitaufwand regelmäßig in der Praxis angewendet wird.

Der theoretische Ansatz zum Funktionsniveau der Persönlichkeit zeigt zahlreiche Bezüge zur psychoanalytischen Diagnostik, die traditionsgemäß Persönlichkeitsproblematiken anhand einer Einschränkung der Struktur, den basalen psychischen Fähigkeitsbereichen, festlegt (Thobaben & Soldt, 2007). Die SEFP wurde durch die Integration mehrerer aktueller dimensionaler Strukturkonzepte entwickelt (Bender et al., 2011). Hier kamen unter anderem Kernbergs Ansatz der Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1996) und Fonagys Mentalisierungskonzept (Fonagy et al., 2004) zum Tragen. In mehreren Untersuchungen ergaben sich große Schnittpunkte zur OPD-2 Strukturachse. Die verschiedenen Fähigkeitsbereiche der SEFP zeigten sich teilweise ähnlich zu den Strukturfacetten in der OPD (Berberich, 2014; Zimmermann et al., 2012). Auch in einer Studie, die mittels Videoaufzeichnungen klinische Interviews untersuchte, korrelierten beide Diagnosesysteme hoch (Zimmermann, Benecke et al., 2014).

Die Verhaltenstherapie liefert wenig Überschneidungen zum Ansatz des Funktionsniveaus. Am ehesten lassen sich diese in der vertikalen Makroanalyse des Verhaltens ausmachen. Zum Beispiel könnte sich in der Organismusvariable bezüglich Beziehungen ein Vermeidungsverhalten von Nähe finden (Sulz, 2011). Weitere Fähigkeitsbereiche finden sich in spezifischen Verhaltenstherapieansätzen wie der DBT (Linehan, 1996), die sich viel mit dem Fertigkeitensbereich der Impulskontrolle beschäftigt.

### 2.2.4.2. Kriterium B

Kriterium B verlangt das Vorliegen eines oder mehrerer problematischer Persönlichkeitsmerkmale (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1052).

In dem Modell existieren fünf Domänen, denen insgesamt 25 Facetten untergeordnet sind. Die Domänen lauten *Negative Affektivität*, *Verschlossenheit*, *Antagonismus*, *Enthemmtheit* und *Psychotizismus* und hängen laut Krueger und Markon (2014) mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit nach Costa und McCrae (1992) zusammen. Die Domäne *Enthemmtheit* beschreibt zum Beispiel die Unfähigkeit des Betroffenen Belohnungen aufzuschieben und aus Erfahrungen zu lernen, impulsive situations-, emotions- und gedankengesteuerte Verhaltensmuster und fehlende Berücksichtigung zukünftiger Konsequenzen (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1069). Den Domänen sind jeweils unterschiedlich viele Facetten zugeteilt, manche Facetten werden auch mehreren Domänen zugeordnet. Für die Facetten liegen ebenfalls kurze prägnante Beschreibungen vor, die es dem Untersucher erleichtern sollen diese zu überprüfen.

**Tabelle 2.2:** Domänen und Facetten im alternativen Modell des DSM-5. (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1068–1070)

DSM-5 Domänen	DSM-5 Facetten
<p><b>Negative Affektivität</b></p> <p>„Häufiges und intensives Erleben einer großen Bandbreite von starken negativen Emotionen und Affekten (z.B. Angst, Depression, Schuld/Scham, Besorgnis, Ärger) und ihrer behavioralen (z.B. Selbstverletzung) und zwischenmenschlichen (z.B. Abhängigkeit) Manifestationen“</p>	<p>Ängstlichkeit Perseveration Trennungsangst Unterwürfigkeit Emotionale Labilität Feindseligkeit Depressivität Misstrauen</p>
<p><b>Verschlossenheit</b></p> <p>„Vermeidung sozio-emotionaler Erfahrungen, sowohl durch Rückzug aus zwischenmenschlichen Interaktionen (von gelegentlichen oder alltäglichen Begegnungen über Freundschaften bis hin zu intimen Beziehungen) als auch durch eingeschränktes affektives Erleben und eingeschränkten affektiven Ausdruck, insbesondere durch begrenzte Fähigkeit, Freude zu empfinden“</p>	<p>Vermeidung von Nähe Sozialer Rückzug Depressivität Affektarmut Anhedonie Misstrauen</p>
<p><b>Antagonismus</b></p> <p>„Verhaltensweisen, die die Person in Widerspruch zu anderen bringen; übertriebenes Gefühl der eigenen Wichtigkeit und der damit einhergehenden Erwartung, besonders behandelt zu werden; kaltherzige Abneigung gegenüber anderen Personen; mangelnde Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gefühle anderer; Neigung, andere zugunsten einer Selbsterhöhung zu benutzen“</p>	<p>Neigung zur Manipulation Unehrlichkeit Grandiosität Suche nach Aufmerksamkeit Gefühlskälte Feindseligkeit</p>
<p><b>Enthemmtheit</b></p> <p>„Ausrichtung auf sofortige Belohnung; impulsives, durch momentane Gedanken, Gefühle und äußere Reize gesteuertes Verhalten; mangelnde Berücksichtigung früherer Lernerfahrungen oder zukünftiger Konsequenzen“</p>	<p>Neigung zu riskantem Verhalten Impulsivität Verantwortungslosigkeit Ablenkbarkeit Mangelnder Perfektionismus</p>
<p><b>Psychotizismus</b></p> <p>„Auftreten einer großen Bandbreite von kulturell unpassenden, seltsamen, exzentrischen oder ungewöhnlichen Verhaltensweisen und Gedanken, sowohl in formaler (z.B. Wahrnehmung, Dissoziation) als auch in inhaltlicher Hinsicht (z.B. Überzeugungen)“</p>	<p>Denk- und Wahrnehmungsstörungen Exzentrizität Ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse</p>

Die Diagnostik der problematischen Persönlichkeitsmerkmale kann mittels dem „*Persönlichkeitsinventar für DSM-5*“ (Krueger et al., 2012) durchgeführt werden, welches in zahlreichen Studien bereits validiert und dessen Zuverlässigkeit erwiesen wurde. Des Weiteren steht auch ein Fremdeinschätzungsbogen, das PID-5-IRF (Zimmermann et al., in Vorbereitung) zur Verfügung, welches jedoch wesentlich seltener zum Einsatz kommt (Renk & Zimmermann, 2018, S. 126). Für das PID-5 als auch das PID-5-IRF gibt es inzwischen Kurzversionen mit weniger Items. Das „*Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM-5-Modell, Modul II*“ ist derzeit noch nicht als deutsche Übersetzung erhältlich und bedarf vorerst Validierungsstudien.

### 2.2.4.3. Kriterien C,D,E,F,G

Die Kriterien C und D beinhalten Stabilität und Durchgängigkeit der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus in verschiedenen persönlichen und sozialen Situationen und ihre Stabilität seit der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter. Durch die Kriterien E bis G wird sichergestellt, dass die Symptome nicht durch eine andere psychische oder neurologische Erkrankung, als Resultat einer Einwirkung von außen, zum Beispiel Substanzmissbrauch oder Traumata, oder als altersentsprechende Entwicklungsphase beziehungsweise soziokulturelle Besonderheit verstanden werden können (Falkai & Wittchen, 2015).

### 2.2.4.4. Zuordnung zu spezifischen Persönlichkeitsstörungen

Als dritter Schritt schließt sich die Zuordnung der Kriterien A und B zu den sechs spezifischen Persönlichkeitsstörungskategorien an. Diese stellen, wie bereits in 2.2.4 Persönlichkeitsstörungen im DSM-5, beschrieben, die Antisoziale, Vermeidende, Borderline-, Narzisstische, Zwanghafte und Schizotypische Persönlichkeitsstörung dar. Kann das vorliegende Persönlichkeitsstörungsmuster nicht einer dieser Kategorien zugeordnet werden, erfolgt die Diagnose einer merkmalspezifisierten Persönlichkeitsstörung (PS-MS).

Die Auswahl der sechs Persönlichkeitsstörungen erfolgte anhand verschiedener Kriterien, wie beispielsweise Prävalenz, soziale negative Konsequenzen und Forschungsgrad (Skodol, 2012). Die Schwellenwerte der A-Kriterien sowie die Anzahl und Konstellation der B-Kriterien wurden ebenfalls empirisch ermittelt. Der Übergang vom DSM-IV Modell zum neuen Alternativen Modell des DSM-5 sollte insgesamt fließend erfolgen (Morey & Skodol, 2013).

### 2.3. Hürden bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Wie die Geschichte sowie die stete Weiterentwicklung von Manualen zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zeigen, gestaltet sich die Diagnostik kompliziert. Dem/Der Diagnostizierenden stehen einerseits Schwierigkeiten, welche die Patienten/Patientinnen an sich betreffen gegenüber, andererseits zeigen sich immer wieder massive Probleme, hinsichtlich der derzeit verfügbaren diagnostischen Einteilungsmöglichkeiten.

#### 2.3.1. Schwierigkeiten durch die Eigenschaften von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen, so vielfältig die verschiedenen Diagnosen sein mögen, stellen den Untersucher aufgrund einiger gemeinsamer Eigenschaften vor deutliche Schwierigkeiten eine klare Einschätzung vorzunehmen. Zum einen weisen Persönlichkeitsstörungen, im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen (z.B. Zwangsstörungen, Angststörungen) eine Ich-Syntonie auf. Dies bedeutet, der/die Patient/Patientin empfindet sein Handeln als stimmig und gerechtfertigt, seine Gedanken und Einstellungen wirken wie ein Filter. Im Gegensatz hierzu empfinden zum Beispiel Patienten/Patientinnen mit Zwangsstörungen ihre Zwangshandlungen meist Ich-dyston, also unpassend, können diese aus anderen Gründen jedoch nicht unterlassen. Bereits hier wird klar, dass es somit Individuen mit einer Persönlichkeitsstörung deutlich schwerer fallen muss und oftmals nicht möglich ist, eigenes Handeln als dysfunktional, somit als „Problem“ zu erkennen und dem Behandelnden zu beschreiben (Leibing & Doering, 2006). Diese Hürde könnte mit Hilfe von Fremdanamnesen reduziert werden, wofür jedoch in der Praxis oftmals fehlende Zeit innerhalb des Behandlungs- und hiermit Diagnoserahmens einen limitierenden Faktor darstellt. Ein anderer Weg, ein detailliertes Bild der Interaktionsproblematik des/der Patienten/Patientin zu erhalten, ist im Rahmen einer Einzeltherapie kaum möglich, dies zeigt sich im Gruppen-Setting sowie in der (teil-)stationären Therapie leichter, interagiert der/die Betroffene schließlich mit anderen Patienten/Patientinnen. Durch das klinische Setting lassen sich ebenfalls die Fluktuation der Symptomatik abschätzen und viele verschiedene Situationen beurteilen.

Auch gelingt es meist nicht, die Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung innerhalb eines Erstgesprächs zu erfassen, zum einen aufgrund der oben genannten Ich-Syntonie, zum anderen aufgrund der fluktuierenden Symptomatik, die sich je nach Situation und emotionalem Zustand der Person mehr oder weniger deutlich zeigt.

Die Patienten/Patientinnen kommen oftmals ratlos zur Therapie, mit hohem Leidensdruck unter anderem durch Beziehungsabbrüche, Konflikte und Arbeitsplatzschwierigkeiten. Vielen fällt es schwer eigene Anteile an diesen Konflikten, wenn sie die Diagnose einer

Persönlichkeitsstörung erhalten, zu erkennen und zu akzeptieren. Dies wiederum verstärkt die vorhandene Scheu von Therapeuten/Therapeutinnen, Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren, da dies insbesondere im ambulanten Rahmen durch eventuelle Kränkung, zu Beziehungsabbrüchen zum Therapeuten und damit zum Therapieabbruch führen kann. Dreh- und Angelpunkt der Behandlung ist somit eine stabile therapeutische Beziehung, die oftmals vor die fehlende Veränderungsmotivation der Betroffenen gestellt wird und eventuell zunächst mittels Motivationsarbeit ebendiese fördern muss (Fiedler & Herpertz, 2016). Einzig die Borderline-Störung scheint durch Behandelnde weniger zurückhaltend diagnostiziert zu werden (Leibing & Doering, 2006). Patienten/Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen rufen beim Behandler selbst mitunter starke emotionale Reaktionen hervor. Weiter scheidet meist die Kommunikation auf Metaebene, was dann oftmals den Auslöser für die Diagnosestellung darstellt (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 24). „Und in der Konsequenz bedeutet genau dies, dass die Diagnose einer »Persönlichkeitsstörung« zumeist die »persönlichkeitsbedingte« Unfähigkeit oder Beschränktheit der Betroffenen zur Einsicht in die eigenen charakterlichen Bruchstellen impliziert“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 24). Für die Betroffenen fühlt sich dieser Erklärungsansatz oftmals kränkend an, da sie selbst als das „Problem“ identifiziert werden, ihre Person und ihre Verhaltensmuster in Frage gestellt werden.

Fiedler und Herpertz (2016) betonen deshalb, dass zunächst die Indikation der Therapie der betroffenen Individuen geklärt werden sollte, da fehlende Therapiemotivation, fehlende Einsicht durch Ich-Syntonie, Lebensumstände und Befriedigung der Bedürfnisse innerhalb eines Therapiesettings zu einer Behinderung des Therapieprozesses führen können.

Durch den geschichtlichen Hintergrund der eher negativ konnotierten Bezeichnung als Psycho-pathie und der Stigmatisierung durch den Begriff einer Persönlichkeitsstörung scheuen viele Behandler diesen Begriff. Denn, wie Saß (2018) betont, „Neben diesen hervorgehobenen Eigenschaften hat dasselbe Individuum unendlich viele andere, und leicht wird übersehen, dass die Etikettierung einer bestimmten Persönlichkeitsstörung den falschen Anschein erwecken kann, als beziehe sie sich auf das Ganze oder zumindest das Wesentliche in der psychischen Erscheinung eines Menschen.“

### 2.3.2. Kategoriale Diagnostik vs. Dimensionale Diagnostik

Generell kann man zwischen einem kategorialen und einem dimensionalen Ansatz bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen unterscheiden. In der Medizin werden Patienten/Patientinnen meist anhand bestimmter Diagnosen, aus denen dann klar definierte Behandlungsabläufe folgen, eingeteilt. In der Psychologie nutzen die Therapeuten/Therapeutinnen öfter die Möglichkeit, Störungen anhand einer dimensional, meist bipolaren, Skala einzuschätzen (Cantwell & Rutter, 1994). Die Psychiatrie befasst sich weiter hauptsächlich mit der Pathologie von Persönlichkeit und findet ihren Platz daher hauptsächlich in der klinischen Arbeit. Die Einteilung von Persönlichkeitsstörungen erfolgt nosologisch, typologisch und charakterologisch (Saß, 1986). Die Psychologie, als Wissenschaft von Erleben und Verhalten, auf der anderen Seite, befasst sich meist mit der Typologie-Forschung mit den unterschiedlichen Anteilen der Persönlichkeit (Widiger & Sanderson, 1995). Jedoch fordern derzeit auch immer mehr Psychiater einen Wandel der rein kategorialen Diagnostik, hin zu mehr Dimensionalität (Westen & Shedler, 1999; Widiger & Sanderson, 1995).

Die zunehmende Annäherung der Fachgebiete durch ärztliche Psychotherapeuten und generell der Gebiete Psychiatrie sowie Psychosomatik, führt immer häufiger zu kontroversen Diskussionen. Aktuell zeigt sich klinisch die Dominanz der kategorialen Einteilung, betrachtet man die international wichtigsten Diagnosesysteme, die ICD-10 sowie den derzeitigen Ansatz im Hauptteil des DSM-5. Beide Herangehensweisen bieten Vor- und Nachteile.

Jedoch stellt sich zunehmend die Frage, ob der kategoriale Ansatz ein eine Persönlichkeit, bzw. Persönlichkeitsstörung, die sich stetig verändert und von Individuum zu Individuum extrem unterschiedlich präsentiert, abbilden kann. Die kategoriale Diagnostik bietet die Möglichkeit, Persönlichkeitsstörungen klar und verständlich zu beschreiben. Dies zeigt sich besonders im klinischen Alltag von großem Wert, da sich die Weitergabe von Informationen hierdurch zeit-effizient gestaltet. Ebenso scheint diese kurze, knappe Möglichkeit der Weitergabe von Diagnosen weniger anfällig für den Verlust von Informationen auf dem Weg der Vermittlung. Insbesondere in Akutsituationen erleichtert eine klare Diagnose die Einschätzung des/der Patienten/Patientin, der Gefährdung und somit des benötigten Umgangs des Behandelnden mit dem Patienten. Für Widiger (1991) präsentiert sich neben der Kommunizierbarkeit auch der Bekanntheitsgrad der kategorialen Diagnosen.

Gleichzeitig liegt auf der Hand, dass Persönlichkeit und ihre Störung meist nicht in eine klare Kategorie eingeordnet werden können. Ein und dieselbe kategoriale eingeteilte Persönlichkeitsstörung kann zu komplett heterogenen Typologien von Menschen führen (Clark, 1999; Widiger & Simonsen, 2005; Zaudig, 2018, S. 59), gibt es doch für jede Persönlichkeitsstörung, sowohl

in der ICD-10 als auch im DSM-5, eine Reihe von Merkmalen, von denen, durch den polytheistischen Ansatz, jeweils nur eine definierte Anzahl zutreffen muss um eine Persönlichkeitsstörung zu definieren. So kann ein und dieselbe Diagnose aus komplett unterschiedlichen Kriterien zusammengesetzt sein. Durch die fehlende Vorgabe eines bestimmten Vergabemusters können zwei Individuen, die dieselbe Diagnose erhalten, völlig unterschiedliche Verhaltens- und Denkmuster aufweisen. Dies schränkt wiederum den oben genannten Vorteil der einfachen Kommunizierbarkeit ein, da diese Randunschärfe zu komplett unterschiedlichen Pathologien führen kann.

Seit der Einführung des DSM-III (Zimmerman, 1989) wurde in zahlreichen Studien die hohe Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen belegt. Diese kommt nicht zuletzt dadurch zustande, dass einige Kriterien sich in den Kriteriensets mehrerer Persönlichkeitsstörungen befinden. Dies führt einerseits zur Diagnose mehrerer Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig, andererseits kann dies durch das Fehlen der geforderten Mindestanzahl positiver Kriterien einer spezifischen Störung zu Schwierigkeiten in der korrekten Diagnostik führen (Saß, 2018). Dies führt dann oft zur Diagnose einer „Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet“ (Verheul & Widiger, 2004) oder zu anderen, häufig unzutreffenden oder wenig aussagekräftigen Diagnosen.

Weiter lässt sich durch kategoriale Diagnostik keine Einteilung bezüglich des Schweregrades einer Persönlichkeitsstörung vornehmen. Eine Person ist somit entweder als „krank“ oder „nicht krank“ einzuteilen. So kann jemand mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, relativ funktionsfähig innerhalb eines beruflichen Kontextes agieren und lediglich im sozialen Bereich massive, subjektiv belastende Einschränkungen aufweisen und umgekehrt. Ein anderer jedoch, mit derselben Diagnose, kann in vielen weiteren Bereichen zusätzlich eingeschränkt sein, diese Einschränkungen auch entsprechend belastender wahrnehmen und trotzdem, rein diagnostisch, identisch kategorisiert sein. Personen, die nur knapp unterhalb der, wohl gemerkt willkürlich (Balsis et al., 2011), festgelegten Schwellenwerte für positive Kriterien liegen, „fallen“ gänzlich aus dem Diagnosesystem, was in einer niedrigen Interrater-Reliabilität mündet (Saß, 2018). Dies zeigt sich ebenfalls an der Häufigkeit der Verwendung der Diagnose „Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet“ (Verheul et al., 2007; Verheul & Widiger, 2004). Durch die Willkürlichkeit, die Überlappungen und die aufgezeigten Lücken in der derzeitigen kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sei die Nützlichkeit für eine optimale Therapieplanung eingeschränkt, so Widiger (2002).

Die dimensionale Diagnostik versucht meist auf Basis bipolar angeordneter Dimensionen eine Art Profil der Persönlichkeit zu erstellen. Sie ermöglicht eine weitaus detailliertere,

umfassendere und flexiblere Beschreibung einer Persönlichkeit. Hier, so Leibing und Doering (2006), lässt sich ein „Persönlichkeitsprofil“ erstellen.

Umso komplexer jedoch eine Beschreibung, desto schwieriger gestaltet sich wiederum ihre schnelle Weitergabe. Im klinischen Alltag jedoch ist eine möglichst knappe, schlichte Informationsübergabe oft von großem Wert, da hier oftmals nicht genügend Zeit für eine umfassende Weitergabe bleibt. So könnte laut Clark (2007) die dimensionale Diagnostik zu einer Verkomplizierung der Kommunikation in der Praxis führen.

Bei einer Befragung von Bernstein et al. (2007), bei der 400 Experten für Persönlichkeitsstörungen miteinbezogen wurden, gaben 74% der 96 der Experten, welche die Fragebögen komplettiert hatten, an, eine Änderung bezüglich der kategorialen Diagnostik zu befürworten. 80% sprachen sich für eine generell dimensionale Einteilung aus und 70% hielten eine Hybridkonstruktion aus Kategorien und Dimensionalität für wünschenswert.

### 2.3.3. Das alternative Modell im DSM-5 als Weiterentwicklung

KlinikerInnen und ForscherInnen sind sich jedoch darüber einig, dass das derzeit offizielle Klassifikationssystem des damaligen DSM-IV-TR als mangelhaft einzustufen sei (Bernstein et al., 2007; Skodol, 2012; Tyrer et al., 2015). Hauptkritikpunkte stellen unter anderem willkürlich festgelegten Schwellenwerte, niedrige Interrater Reliabilität, nicht-empirisch begründete Kriterien (Wright & Zimmermann, 2015), heterogene Darstellung der Diagnosen, fehlende Schweregrad-Einteilungen sowie teilweise überlappende Kriteriensets dar.

Nach langwierigen Diskussionen, ab wann eine Persönlichkeit als pathologisch einzustufen sei und ob dies anhand eines Kriteriums mehr oder weniger entschieden werden sollte, ist man nun im alternativen Modell des DSM-5 zu einem sowohl kategorialen, als auch dimensionalen Ansatz übergegangen, der beide Vorteile in sich vereinen soll. Es beinhaltet laut Waugh et al. (2017) wichtige Strukturelemente, kann Prozesse im Therapiefortschritt fassen und die dynamische Entwicklung von Persönlichkeit widerspiegeln – alles wichtige Grundpfeiler in kontemporären Behandlungsansätzen. Nach ersten Sorgen, der mehrschrittige Aufbau könnte zu kompliziert für die klinische Handhabung sein (Pilkonis et al., 2011; Tyrer, 2012; Zimmermann et al., 2012), belegen erste US-amerikanische Studien bereits eine in Teilen bessere oder zumindest zufriedenstellende Nützlichkeit, als das offizielle kategoriale Modell in Teil II des DSM-5 (Morey et al., 2014; Morey et al., 2015; Morey, Bender et al., 2013). Die klinische Handhabung im DSM-IV-TR wird als einfach und nützlich angegeben, ist jedoch im Kontext der geschichtlichen Anwendung dieses Manuals seit fast zwei Jahrhunderten einzuschätzen (Morey et al., 2014). In jeder anderen Hinsicht, der Kommunikation mit Patienten/Patientinnen,

Behandlungspläne, Verständlichkeit und der globalen Beschreibung der Person, zeigte sich das Alternativ-Modell des DSM-5 vorteilhafter. Sowohl PsychiaterInnen, als auch andere Experten in diesem Bereich bestätigten dies in fünf von sechs Vergleichen (Morey et al., 2014). Verlässliche Einschätzungen können laut Zimmermann, Benecke et al. (2014) mit keinem oder nur wenig Training durchgeführt werden.

Durch das mehrschrittige Vorgehen soll verhindert werden, dass BehandlerInnen, ohne zuvor Einschränkungen im Funktionsniveau, also Kriterium A, zu berücksichtigen, lediglich nach vordergründlich passenden Eindrücken idiosynkratische Diagnosen stellen (Fiedler & Herpertz, 2016). Die Dimensionalität, die sich durch die Schweregradeinteilung von eins bis fünf ergibt, ermöglicht eine Erfassung der Schwankungen des Schweregrades innerhalb der Lebenszeit und die Darstellung möglicher Therapieerfolge, insbesondere im Hinblick auf eine zielgerichtete Bearbeitung bestimmter Problembereiche (Fiedler & Herpertz, 2016). Dies ist für zukünftige detailliertere Forschung und Therapiemanuale unabdingbar. Durch die dimensionale Darstellung mittels gegenüberliegender Pole kann, laut Fiedler und Herpertz (2016), sowohl in Kriterium A, als auch in Kriterium B nicht nur eine defizitorientierte Diagnostik erfolgen, sondern eine ressourcenfördernde Therapieplanung ermöglicht werden. Dies könne laut Zimmermann et al. (2013) im Rahmen eines Persönlichkeitsprofils erfolgen. Theoretisch wäre auch an die Möglichkeit zu denken, bereits bei adoleszenten Patienten/Patientinnen eine Persönlichkeitsbeschreibung vorzunehmen, um etwaige problematische Persönlichkeitsmerkmale frühzeitig behandeln zu können, so Somma et al. (2016). Einer der Beweggründe für die damalige Entwicklung der ursprünglichen englischsprachigen LPFS (Level of personality functioning scale (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 2013)), der englischsprachigen Version des SEFP-S, war der Wunsch, eine bessere Kommunikation mit Betroffenen zu ermöglichen (Bender et al., 2011). Die Möglichkeit, mit der LPFS die Sicht des/der Betroffenen auf sich selbst und insbesondere auf Andere genauer zu verstehen, liefert eine neuartige Option die interpersonellen Schwierigkeiten von Patienten/Patientinnen zu verstehen sowie in der Therapie zu berücksichtigen, wodurch sich letztlich auch die therapeutische Beziehung festigen und der langfristige Outcome verbessern könnte (Bender et al., 2011). Auch Bender et al. (2018) unterstreichen mehrfach die klinische Nützlichkeit und Notwendigkeit der Erfassung des Funktionsniveaus von Patienten/Patientinnen.

Die Einteilung der Funktionen der Persönlichkeit in Selbst und Andere, wie sie im alternativen Modell des DSM-5 getroffen wird, ist in vielen Diagnoseansätzen üblich. Für Hopwood, Wright et al. (2013) ist insbesondere der interpersonelle Funktionsbereich entscheidend. Hier sehen sie die Hauptmanifestationsebene für Persönlichkeitspathologien, was sich auch in den meisten

Therapieansätzen, die sich hauptsächlich aus interpersonellen Interventionen zusammensetzen, widerspiegelt (Hopwood, Wright et al., 2013).

Pincus (2018) sieht das Kriterium A des alternativen Modells des DSM-5 aufgrund der globalen, bereichsübergreifenden Einschätzung des Funktionsniveaus, das dem Konstrukt der interpersonellen Theorie entspreche, gut integrierbar in verschiedene Persönlichkeitsmodelle (Krueger & Markon, 2014).

Für Simonsen und Simonsen (2014) repräsentiert das alternative Modell eine gute Auswahlmöglichkeit der passenden Therapieform für die jeweiligen Schwierigkeiten der Betroffenen.

Laut Krueger und Markon (2014) ist die Faktorenstruktur des alternativen Modells über Methoden, verschiedene Sprachen und Stichproben hinweg robust, das Modell zeige Zusammenhänge mit zahlreichen bestehenden dimensional Modellen und die Unterschiede der Merkmalsfacetten seien über die Zeit relativ stabil. Zudem bestätigen mehrere Studien, dass eine Abbildung der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen aus dem Teil II des DSM-5 durch das alternative DSM-5 Modell größtenteils möglich ist, was eine substantielle Kontinuität zwischen den Diagnosesystemen vermuten lässt (Morey et al., 2016; Rojas & Widiger, 2017).

Widiger et al. (2018) vermuten einen übergeordneten Zusammenhang des Kriterium A und B, was weiterer Forschung bedarf. Sie empfehlen eine Persönlichkeitsdiagnostik mit der Erfassung normativer Traits, wie es zum Beispiel im Big-Five-Modell zum Tragen kommt.

Der Zusammenhang mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit nach Costa und McCrae (1992) wird jedoch kontrovers diskutiert (Morey, Krueger et al., 2013). So sehen Gore und Widiger (2013) die Domänen in Kriterium B als entgegengesetzte Pole der Big-Five, was Pocnet et al. (2018) größtenteils bestätigen (Zimmermann, Masuhr et al., 2014). Watson et al. (2013) sehen ebenfalls einige Zusammenhänge. Für Zimmermann, Masuhr et al. (2014) besteht diesbezüglich weiterer Forschungsbedarf. Kotov et al. (2017) belegt eine zumindest ausreichende Faktorenstruktur der fünf Domänen.

Für Livesley (2010) besteht Anlass zur Kritik am Alternativen Modell hauptsächlich bezüglich der weiterhin fehlenden theoretischen Einbettung der Diagnostik, Schwierigkeiten bei der Typisierung sowie der hohen Komorbidität der unterschiedlichen Entitäten und fehlende Praktikabilität in der Praxis, aufgrund des mehrschrittigen Vorgehens.

In zukünftiger Forschung könnten weitere Einschränkungen des Modells entstehen. So stellen Yalch und Hopwood (2016) die Vollständigkeit der Facetten des Kriterium B des alternativen Modells in Frage, Zimmermann, Böhnke et al. (2015) sehen eine eventuelle empirische Unschärfe bezüglich der Unterscheidung zwischen Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit in Kriterium A und problematischen Persönlichkeitsmerkmalen in Kriterium B.

Eaton et al. (2011) stellen die Notwendigkeit der Persönlichkeitsstörungskategorien im Hybridmodell in Frage. Sie diskutieren, ob diese Entitäten lediglich als Kompromiss im Übergang der verschiedenen Modelle dienen sollen oder ob sie valide diagnostische Einheiten repräsentieren.

Sicherlich jedoch wird die Abbildung von dynamischen Persönlichkeitsanteilen wie tägliche oder situative Schwankungen innerhalb der kohärenten Einbettung individueller Unterschiede in die Persönlichkeitsdiagnostik eine große Herausforderung sein (Hopwood et al., 2015).

Ob das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 eine geeignete Neuerung und Verbesserung der bisherigen diagnostischen Möglichkeiten darstellt, benötigt vorerst weiterer Forschung und praxisnaher Anwendung, die eine genauere Beurteilung dieser Fragestellung erlauben.

### 3. Fragestellung und Zielsetzung

Wie bereits in 2.3 *Hürden bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen* erwähnt, ergeben sich bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zahlreiche Schwierigkeiten, die durch die derzeitigen diagnostischen Möglichkeiten, mittels verschiedener theoretischer Ansätze, nicht gelöst werden konnten. Die Ansicht, dass Persönlichkeitseigenschaften sich auf einem Kontinuum bewegen (Walton et al., 2011) ist weit verbreitet, die klinische Handhabung dieser Herangehensweise jedoch eingeschränkt. Der neuartige Ansatz des alternativen DSM-5 Hybridmodells liefert nun eine Option in dieser Richtung. Zum einen besteht mit der Einschätzung des Funktionsniveaus, gemäß Kriterium A, ein dimensionaler Ansatz, ähnlich dem bereits etablierten Strukturniveau gemäß OPD, andererseits liefert es eine kategoriale Einteilungsmöglichkeit, wie bisher klinisch etabliert. Nicht ausreichend untersucht ist aber die Frage, ob oder inwieweit die Einschätzung nach dem Alternativen DSM-5-Modell mit den etablierten Möglichkeiten der kategorialen Diagnostik nach DSM-IV-TR/ DSM-5 Teil II sowie mit der dimensionalen Einschätzung des Persönlichkeitsniveaus nach OPD übereinstimmt. Deshalb wurden in dieser Studie Hypothesen, die sich auf die etablierten Fragebögen OPD-SFK und ADP-IV im Vergleich mit dem neu eingeführten Fragebogen SEFP-S beziehen, entwickelt. So beziehen sich die Hypothesen zum einen auf den Vergleich der Gesamtkonstrukte des OPD-SFK und des SEFP-S, mittels der Überprüfung der Summenwerte, sowie der verschiedenen Dimensionen untereinander und zum anderen auf die Überprüfung des Zusammenhangs des SEFP-S mit der bisherigen Diagnostik mittels ADP-IV gemäß dem Hauptteil des DSM-5.

### 3.1. Hypothesen

Die Entwicklung der Hypothesen erfolgte anhand der Fragestellung und Zielsetzung der Studie. Zur Hypothesenüberprüfung wurden die Selbsteinschätzungsfragebögen SEFP-S, OPD-SFK und ADP-IV auf ihre Zusammenhänge untersucht.

#### 3.1.1. Hypothese 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Summenwerten von SEFP-S und OPD-SFK

Es besteht die Annahme, dass zwischen den Konstrukten Funktionsniveau und Strukturniveau ein Zusammenhang besteht. „Die qualitative Inhaltsanalyse zeigt deutliche Ähnlichkeiten bis hin zu begrifflichen Übereinstimmungen der SEFP mit der Strukturachse der OPD-2.“ (Berberich, 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch weitere Studien (Zimmermann et al., 2012; Zimmermann, Altenstein et al., 2014) Beide Ansätze beschreiben Fähigkeiten der Persönlichkeit, die in Bereichen des Selbst und Anderen liegen und schreiben verschiedene Schweregrade der Einteilung vor. Deshalb soll mittels dieser Hypothese der Zusammenhang der Summenwerte des SEFP-S und OPD-SFK überprüft werden. Dies soll mittels einer Korrelation der Summenwerte beider Fragebögen ermittelt werden.

3.1.2. Hypothese 2: Die entsprechenden Dimensionen des SEFP-S und des OPD-SFK zeigen jeweils einen Zusammenhang untereinander

Aufgrund der Ähnlichkeiten der Konstrukte Funktionsniveau und Strukturniveau, sowie der sich ähnelnden Beschreibung der Persönlichkeitsfunktionen (vgl. 3.1.1 Hypothese 1: *Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Summenwerten von SEFP-S und OPD-SFK*) soll mittels dieser Hypothese der Zusammenhang zwischen den Subskalen des SEFP-S und den Subdimensionen des OPD-SFK ermittelt werden. Dazu wird eine Korrelation der entsprechenden Subskalen berechnet. Zuvor werden die Subskalen anhand theoretischer Überlegungen einander zugeteilt:

Der SEFP-S kann in vier Subskalen unterteilt werden. Diese beinhalten die Bereiche *Identität*, *Selbststeuerung*, *Empathie* und *Nähe*. Der OPD-SFK wird in drei Subdimensionen unterteilt, die die Bereiche *Selbst*, *Beziehung* und *Kontakt* umfassen. Diese Subskalen wurden, wie oben bereits erwähnt, durch Faktorenanalysen aus der Langversion des OPD-SF entwickelt. Durch theoretische Überlegungen, die sich am konzeptionellen Inhalt der Subskala-Items orientierten, wurden in dieser Studie den Subskalen des SEFP-S passende Subdimensionen des OPD-SFK zugeordnet.

Der Bereich *Identität* im SEFP-S beinhaltet die Fähigkeit sich selbst von anderen abzugrenzen und eine große Varianz an verschiedenen Emotionen wahrzunehmen und zu regulieren (Zimmermann et al., 2013). Hier zeigt sich am ehesten die Subskala *Selbst* des OPD-SFK passend. Diese wurde aus den Subskalen *Identität*, *Selbstreflexion*, *Affektdifferenzierung* und *Affekttoleranz* des OPD-SF entwickelt (Ehrenthal et al., 2015) und umfasst somit ebenfalls im weitesten Sinne das Selbst, die stabile Einschätzung der eigenen Person und den Umgang mit Emotionen.

Der Subskala *Selbststeuerung* (SEFP-S) wurde ebenfalls die Subdimension *Selbst* (OPD-SFK) zugeordnet. *Selbststeuerung* beinhaltet die Fähigkeit die eigene Person und ihr Handeln zu hinterfragen, das Verhalten an soziale Maßstäbe und im Sinne der Zielverfolgung anzupassen (Zimmermann et al., 2013).

Die Subskala *Empathie* (SEFP-S) zeigt bei theoretisch hergestellten Übereinstimmungen am ehesten eine Passung mit den Subdimensionen *Beziehung* und *Kontakt* (OPD-SFK). Empathie beschreibt, dass der Betroffene die Motive, das emotionale Erleben anderer und den Einfluss eigener Handlungen auf andere versteht (Zimmermann et al., 2013). *Beziehung* und *Kontakt* beinhalten Aspekte der *Selbst-Objekt-Differenzierung* und der realistischen *Objektwahrnehmung* (beides *Beziehung*) und der Antizipation (*Kontakt*) aus dem OPD-SF.

Der Subskala *Nähe* (SEFP-S) wurde die Subdimension *Kontakt* (OPD-SFK) zugeordnet. *Nähe* beschreibt den Wunsch eine Bindung zu anderen Menschen einzugehen, diesen nahe zu sein, stabile Beziehungen über längere Zeiträume aufrechtzuerhalten und in einem wertschätzenden und respektvollen Umgang zu interagieren (Zimmermann et al., 2013). In die Subdimension *Kontakt* (OPD-SFK) wurden die Subdimensionen *Selbstwertregulation* und *Kontaktaufnahme* aus dem OPD-SF integriert, die wiederum deutliche Überschneidungen mit dem Inhalt der Subskala *Nähe* (SEFP-S) zeigen. Bei beiden geht es im Grunde um den Umgang mit anderen Menschen und die zwischenmenschliche Beziehung.

Der Übersichtlichkeit halber wurde im Folgenden noch eine Tabelle der Zuordnungen erstellt.

**Tabelle 3.1:** Theoretische Zuordnung der Subskalen von SEFP-S und OPD-SFK.

SEFP-S	OPD-SFK
Identität	Selbst
Selbststeuerung	Selbst
Empathie	Beziehung, Kontakt
Nähe	Kontakt

Anschließend wird die Übereinstimmung dieser Zuteilung anhand der ermittelten Korrelationskoeffizienten überprüft.

Es besteht die Annahme, dass die Subskalen der Fragebögen SEFP-S (Identität, Selbststeuerung, Empathie, Nähe) sowie OPD-SFK (Selbst, Beziehung, Kontakt) in den entsprechenden Skalen zusammenhängen.

3.1.3. Hypothese 3: Das Überschreiten eines Cut-off Wertes im ADP-IV zeigt einen Zusammenhang mit dem Überschreiten des Cut-off Wertes im SEFP-S

Anhand der Studie von Renn (2006) wurden Cut-off Werte der dimensional Skala des ADP-IV ermittelt, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR bei der betreffenden Person vorliegt, erhöht ist. Eine solche Schwelle lässt sich im SEFP-S ebenfalls, durch eine Abweichung von 1,5 Standardabweichungen vom Mittelwert, die Morey (2017a) in seiner Studie ermittelt hatte, finden. In beiden Fragebögen existiert somit ein Schwellenwert, der eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung markieren soll.

Bei der Hypothesenformulierung wurde die Annahme verfolgt, dass bei formalem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mittels ADP-IV Testung, ein niedriges Funktionsniveau vorliegen müsste, da nach dem alternativen Modell für Persönlichkeitsstörungen das Vorliegen eines niedrigen Funktionsniveaus eine Voraussetzung für eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose darstellt.

Zur Überprüfung der Hypothese wird eine Datenauswertung mittels Kreuztabelle sowie eine Signifikanzüberprüfung mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

Es besteht die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen einem Überschreiten mindestens eines Cut-off-Wertes im ADP-IV und dem Überschreiten des zuvor festgelegten Cut-off Wertes im SEFP-S vorliegt.

3.1.4. Hypothese 4: Der Summenwert des ADP-IV hängt mit dem Summenwert des SEFP-S zusammen

Es kann davon ausgegangen werden, dass Anzahl und Schweregradausprägungen von Persönlichkeitspathologien, welche sich in der dimensionalen Auswertung des ADP-IV widerspiegeln könnten, sich auch als Einschränkungen des Funktionsniveaus im SEFP-S präsentieren könnten. Aufgrund dessen, wurde die Annahme verfolgt, dass hohe Summenwerte im ADP-IV eventuell hohe Summenwerte im SEFP-S bedeuten könnten.

Um die Hypothese, dass es einen Zusammenhang der Summenwerte des ADP-IV und des SEFP-S gibt, zu überprüfen, wird die Korrelation der beiden genannten Summenwerte berechnet.

Überprüft wird die Annahme eines positiven Zusammenhangs der jeweiligen Gesamtwerte.

## 4. Methoden und Studiendesign

Die Studie fand an der psychosomatischen Klinik Windach im Rahmen einer Kooperation der Universität Kassel mit der Klinik Windach statt. Die Daten wurden durch die drei Mitglieder der Arbeitsgruppe, die jeweils verschiedene Fragestellungen verfolgten, erhoben. In der vorliegenden Arbeit soll der Zusammenhang der Fragebögen verschiedener Diagnosemanuale untersucht werden.

### 4.1. Messinstrumente

In vorliegender Studie wurden insgesamt drei verschiedene Selbsteinschätzungsfragebögen angewendet: der SEFP-S, der dem neuen Alternativen Modell des DSM-5 entstammt, der OPD-SFK aus der psychodynamischen Diagnostik und der ADP-IV, der sowohl im DSM-IV-TR, als auch weiterhin im Hauptteil des DSM-5 zum Tragen kommt. Sowohl der OPD-SFK, als auch der ADP-IV stellen etablierte Fragebögen in der Diagnostik von Persönlichkeitsniveaus bzw. -störungen dar.

#### 4.1.1. SEFP-S

Der Selbsteinschätzungsfragebogen SEFP-S (Müller, 2019), der aus der englischen Originalversion ins Deutsche übersetzt wurde, entspricht der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik im Teil III des DSM-5, dem alternativen Modell. Hierfür diente die englische Originalversion von Morey (Morey, 2017a), der LPFS-SR (*Level of Personality Functioning Scale Self Report*) als Grundlage. Dieser Fragebogen erfasst das Funktionsniveau der Persönlichkeit, im alternativen Modell des DSM-5, nach Kriterium A (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 2013). Der Selbsteinschätzungsfragebogen besteht aus 80 Items, deren Beantwortung zwischen zwölf und fünfzehn Minuten in Anspruch nimmt (Renk & Zimmermann, 2018, S. 124). Diese Items können auf einer vierstufigen Likert-Skala, die von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“ reicht, beantwortet werden (Müller, 2019). Je ein bis zwei Items, die als Aussagen formuliert sind, wiederum repräsentieren je eine Schweregradeinschätzung von Störungen im Funktionsniveau und orientieren sich an den im DSM-5 formulierten Ankerpunkten, also Identität, Selbststeuerung, Nähe und Empathie, der Kernfunktionen der Persönlichkeit. Je nach entsprechendem Schweregrad erhielten die Items eine Gewichtung, um sie in der Auswertung, die bei der deutschen und englischen Version identisch durchgeführt wird, zu verwenden (-0,5 = keine Beeinträchtigung, +0,5 = geringe Beeinträchtigung, 1,5 = mittelgradige Beeinträchtigung, 2,5 = starke Beeinträchtigung, 3,5 = extreme Beeinträchtigung)

(Morey, 2017a). Die zuvor fünfstufig eingeteilten Itemrohre werden mit der jeweiligen Gewichtung multipliziert. Dann werden die Werte addiert, um den entstandenen Wert der jeweiligen Subskala zuzuordnen oder als Gesamtwert zu betrachten (Morey, 2017b) und. Die Subskalen zeigen sich untereinander als hoch korreliert, entsprechend dem theoretischen Gesamtkonstrukt des Funktionsniveaus (Morey, 2017a).

Morey (2017a) zeigte an einer US-amerikanischen Stichprobe eine hohe interne Konsistenz der Gesamtskala der LPFS-SR, bei Cronbachs  $\alpha=.969$ . sowie der Subskalen bei Cronbachs  $\alpha .816-.891$  (Morey, 2017a). Auch die konvergente Validität mit dem „General Assessment of Personality Disorder“ erwies sich mit  $r=.85$  als hoch. Zur deutschen Version, der SEFP-S stehen weiterhin Validierungsstudien aus.

Um eine Einordnung vornehmen zu können wurden anhand einer nicht-klinischen Stichprobe Referenzwerte mittels Standardabweichungen ermittelt. Eine Standardabweichung über dem Durchschnitt weist auf subklinische Symptome hin, ab 1,5 Standardabweichungen seien klinisch relevante Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus der Persönlichkeit zu erwarten, so Morey (2017a). Die Werte von Morey (2017a) sind in der folgenden Tabelle 3 dargestellt:

**Tabelle 4.1:** Morey 2017 Standardabweichung Werteliste für LPFS-SR.

	<b>Gesamtwert</b>	<b>Identität</b>	<b>Selbststeuerung</b>	<b>Empathie</b>	<b>Nähe</b>
<b>Durchschnitt</b>	232.4	75.8	53.4	39.1	64.1
<b>+1,0 SD</b>	308.8	101.0	73.6	53.3	87.1
<b>+1,5 SD</b>	347.1	113.6	83.7	60.5	98.6
<b>+2 SD</b>	385.3	126.2	93.7	67.6	110.1

Der Fragebogen SEFP-S kann auf der Website der Universität Kassel unter folgendem Link frei heruntergeladen werden:

[https://www.uni-kassel.de/fb01/fileadmin/datas/fb01/Institut\\_fuer\\_Psychologie/Dateien/Dif-fPsy/Fragebögen/SEFP-S\\_02.pdf](https://www.uni-kassel.de/fb01/fileadmin/datas/fb01/Institut_fuer_Psychologie/Dateien/Dif-fPsy/Fragebögen/SEFP-S_02.pdf)

## 4.1.2. OPD-SFK

Die 12-Item-Kurzversion (OPD-SFK) des originalen OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF) dient, als Screening-Instrument, zur Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD. Der OPD-SFK wurde aus dem originalen OPD-SF, welcher ein „reliables und valides Selbsteinschätzungsinstrument zur Abbildung struktureller Einschränkungen“ (Ehrenthal et al., 2015) darstellt, entwickelt. Die Ausgangsversion, der OPD-SF präsentiert sich mit 95 Items wesentlich umfangreicher. Die Likert-Skala des OPD-SFK reicht von 0=trifft gar nicht zu; 1= trifft eher nicht zu; 2=teils/teils; 3= trifft eher zu; 4= trifft völlig zu. Für die Auswertung werden den jeweiligen Subskalen bestimmte Itemwerte zugeordnet und diese anschließend zu einem Summenwert addiert. Der Gesamtwert kann somit von 0-48 reichen.

Nachdem Faktorenanalysen durchgeführt wurden, wurden drei Subskalen ermittelt: *Selbstwahrnehmung*, *Beziehungsmodell* und *Kontaktgestaltung* (Ehrenthal et al., 2015). Hierbei erzielte man „akzeptable bis gute Fit-Statistiken bei TLI und CFI sowie grenzwertig akzeptable Werte bei RMSEA (TLI = 0.93; CFI = 0.95; RMSEA [90%-CI] = 0.10 [0.09–0.11] (siehe Abb.1). Die interne Konsistenz aller Items zusammengenommen war hoch (Cronbachs  $\alpha = 0.87$ )“ (Ehrenthal et al., 2015, S. 268). Ebenso zeigte sich eine hohe Korrelation der drei Subskalen untereinander. Deshalb weisen Ehrenthal et al. (2015) darauf hin, diese nicht als getrennt voneinander aufzufassen. Aufgrund seiner Kürze und akzeptabler psychometrischer Kennwerte eignet sich der OPD-SFK gut als Screeninginstrument (Ehrenthal et al., 2015). Jede Subskala besteht aus 4 Items, wodurch Werte von 0-16 pro Subskala erreicht werden können. Die Subskala *Selbstwahrnehmung* besteht aus 4 Items der Bereiche *Selbstreflexion*, *Identität*, *Affekttoleranz* und *Affektdifferenzierung*. Die Skala *Beziehungsmodell* beschreibt mit den zugehörigen 4 Items Schwierigkeiten in den Bereichen *Internalisierung*, *realistische Objektwahrnehmung* und *Selbst-Objekt-Differenzierung* und die Skala *Kontaktgestaltung* repräsentiert Items die Einschränkungen in den Bereichen *Selbstwertregulation*, *Affektmitteilung*, *Kontaktaufnahme* und *Antizipationsfähigkeit* beschreiben (Ehrenthal, 2014).

Ehrenthal et al. (2015) ermittelte in verschiedenen Stichproben unterschiedliche Normwerte: Die Originalstichprobe zum OPD-SF teilten sie in verschiedene Stichproben ein (Konstruktionsstichprobe zur Entwicklung des OPD-SFK und Überprüfungsstichprobe) und untersuchten die Unterschiede im OPD-SFK Summenwert: stationäre Patienten, (M=26.49, SD=8.73), Patienten in ambulanter Therapie oder auf der Suche danach (M = 21.05; SD = 8.73) und Probanden (M = 15.41; SD = 7.71). Weiter ermittelten sie Werte für Personen mit einer (Verdachts-)Diagnose einer Persönlichkeitsstörung M=27.65, SD=9.10 und Personen ohne Persönlichkeitsstörung M=24.30, SD=9.28 (Ehrenthal et al., 2015). Die neu entwickelte Kurzversion

wurde anschließend an einer weiteren unabhängigen Stichprobe einer psychosomatischen Rehaklinik (N=210) geprüft (M= 21.82, SD=9.93) (Ehrenthal et al., 2015).

### 4.1.3. ADP-IV

Der Selbsteinschätzungsfragebogen ADP-IV, ermöglicht mit seinen 94 Items, sowohl eine kategoriale, als auch eine dimensionale Einteilung von Persönlichkeitsstörungen nach dem DSM-IV (Doering et al., 2007). Bei der Validierung des Fragebogens ergab sich eine „befriedigende Reliabilität“ (Doering et al., 2007), mit einem mittleren Cronbach  $\alpha$  von .76, bei einer Range von .65-.87 (Doering et al., 2007). Die mittlere Retest-Reliabilität lag bei .79, mit einer Range von .37-.88 (Doering et al., 2007). Die Persönlichkeitsstörungsdiagnosen werden hier in Cluster eingeteilt (Cluster A: sonderbar-exzentrisch, Cluster B: dramatisch-emotional, Cluster C: ängstlich-furchtsam). Die Beantwortung der „Trait“-Items erfolgt auf einer 7-stufigen Skala (1=überhaupt nicht bis 7=ganz sicher), kreuzt der/die Teilnehmer/Teilnehmerin hier 5 oder mehr an, wird eine zusätzliche „Distress“-Skala abgefragt, die wiederum 3-stufig ist. Die „Distress“-Skala bezieht das subjektive Leid des Teilnehmenden mit ein, welches sowohl in den ICD-10-sowie den DSM-5-Diagnosekriterien beinhaltet ist. Hieraus ergibt sich nun die Möglichkeit eine dimensionale und kategoriale Einteilung zu erhalten. Bei der dimensional Einteilung werden die einzelnen „Trait“-Items zu einem Score addiert. Bei der kategorialen Einteilung bestehen zwei Algorithmen: „das Item wird positiv bewertet, wenn der Trait-Score fünf oder mehr und der Distress-Score zwei oder mehr beträgt ( $T > 4$  und  $D > 1$ ); (2) das Item wird positiv bewertet, wenn der Trait-Score sechs oder mehr und der Distress-Score zwei oder mehr beträgt ( $T > 5$  und  $D > 1$ ).“ (Doering et al., 2007). „Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Reliabilität und Validität der deutschen Version des ADP-IV vergleichbaren Instrumenten ebenbürtig und zum Teil überlegen sind“ (Doering et al., 2007). Doering et al. (2007) hoben insbesondere die Vorteile der Distress-Skala, der dimensional Diagnostik und der relativ geringen Itemanzahl hervor. Doering et al. (2007) empfehlen den Algorithmus  $T > 4$  und  $D > 1$  als Screening-Instrument zu verwenden, den Algorithmus  $T > 5$  und  $D > 1$  „eher für Forschungszwecke“ (Doering et al., 2007) einzusetzen. Die dimensionale Diagnostik lässt durch die Ermittlung von Cut-off-Werten mittels Receiver Operated Curves (ROC) eine kategoriale Einteilung zu.

Der Fragebogen ADP-IV kann unter folgendem Link auf der Website der Universität Wien frei heruntergeladen werden:

[https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV\\_fragebogen.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV_fragebogen.pdf)

#### 4.2. Psychosomatische Klinik Windach

Die Studiendurchführung fand an der Psychosomatischen Klinik Windach, Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, statt. Die Klinik Windach wurde 1976 als erste verhaltenstherapeutische Klinik im deutschsprachigen Raum eröffnet. Die Klinik verfügt derzeit über 177 stationäre Therapieplätze in Windach. Im Ballungsraum München kamen zudem 50 teilstationäre Therapieplätze in der Tagesklinik Westend, die 2007 ergänzend angeschlossen wurde, hinzu (Suiter, 2018).

Das Konzept der Behandlung beruht auf multimodalen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen und wird sowohl in Gruppentherapien, als auch in Einzeltherapien durchgeführt. Als Behandlungsschwerpunkte listet die Klinik Depressionen, Burn-out, Angststörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, chronische Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen im jungen Erwachsenenalter auf. Auf den Stationen existieren schwerpunktspezifische Gruppen, stationsübergreifend können die Patientin in weitere Gruppentherapien eingeteilt werden und es existieren freie Gruppenangebote. Die Aufenthaltsdauer beträgt je nach Störungsbild durchschnittlich sechs bis zwölf Wochen. Als Kontraindikationen für eine Aufnahme werden auf der Klinikwebsite Suchterkrankungen, schwere Selbstverletzungen, Demenz, akute Suizidalität sowie akute Psychosen aufgelistet.

### 4.3. Akquise und Befragung der Teilnehmer/Teilnehmerinnen

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden von den Studienleitern/Studienleiterinnen rekrutiert und anschließend im Rahmen der Einwilligungserklärung aufgeklärt. Bei der Rekrutierung wurden bereits vorab die sprachlichen und kognitiven Möglichkeiten sowie die psychische Stabilität der Patienten/Patientinnen, in Zusammenarbeit mit den behandelnden Therapeuten/Therapeutinnen, eingeschätzt, zwei in diese Kriterien nicht passende Patienten/Patientinnen wurden in diesem Schritt bereits von der Studie ausgeschlossen. Um die Umsetzbarkeit der Durchführung der Studie zu gewährleisten, wurden eine Nachbetreuung bei Überforderungserleben oder durch die Befragung ausgelöste Krisen sichergestellt. Das Team der betreffenden Stationen wurde für die Auswahl der Teilnehmer/Teilnehmerinnen über den Ablauf und Inhalt der Studie aufgeklärt. Bei der Aufklärung der Patienten/Patientinnen wurde direkt ein passender Termin vergeben, an dem die Online-Befragung stattfinden sollte.

Für die Online-Erhebung wurde ein jeweils zugeteiltes Büro in der Klinik verwendet. Während der Zeit der Bearbeitung an dem zugewiesenen Computer stand durchgehend ein Mitglied der Untersuchungsleitung für eventuelle Fragen zur Verfügung. Abschließend fand nach jedem Termin eine Einschätzung des psychischen Zustands wegen eventueller Belastungen durch die Fragebögen durch den Untersuchungsleiter statt. Hier war es den Teilnehmenden ebenfalls möglich eigene Eindrücke und Anmerkungen zu den Fragebögen zu äußern. Für Rückfragen und genauere Informationen seitens der teilnehmenden Patienten/Patientinnen sowie dem Klinikpersonal, insbesondere den Therapeuten/Therapeutinnen der jeweiligen Patienten, standen die Mitglieder der Arbeitsgruppe im weiteren Verlauf der Therapiezeit in der Klinik zur Verfügung. Der Termin für die Fragebögen dauerte circa 60 Minuten und erfolgte unter durchgehender Betreuung. In diesem Termin wurden die Teilnehmer/Teilnehmerinnen zuerst über die Datenschutzbestimmungen und den Inhalt der Studie aufgeklärt und anschließend fand das Ausfüllen der Online-Fragebögen statt. Zur Gewährleistung einer genauen Aufklärung der Patienten, wurde den Teilnehmern/Teilnehmerinnen zusätzlich noch eine gedruckte Patienteninformation ausgehändigt.

Die erhobenen Daten wurden wöchentlich ausgewertet sowie den jeweiligen behandelnden Therapeuten und den Patienten für die weitere Behandlung des/der Teilnehmers/Teilnehmerin zur Verfügung gestellt.

#### 4.4. Erhebung der Daten

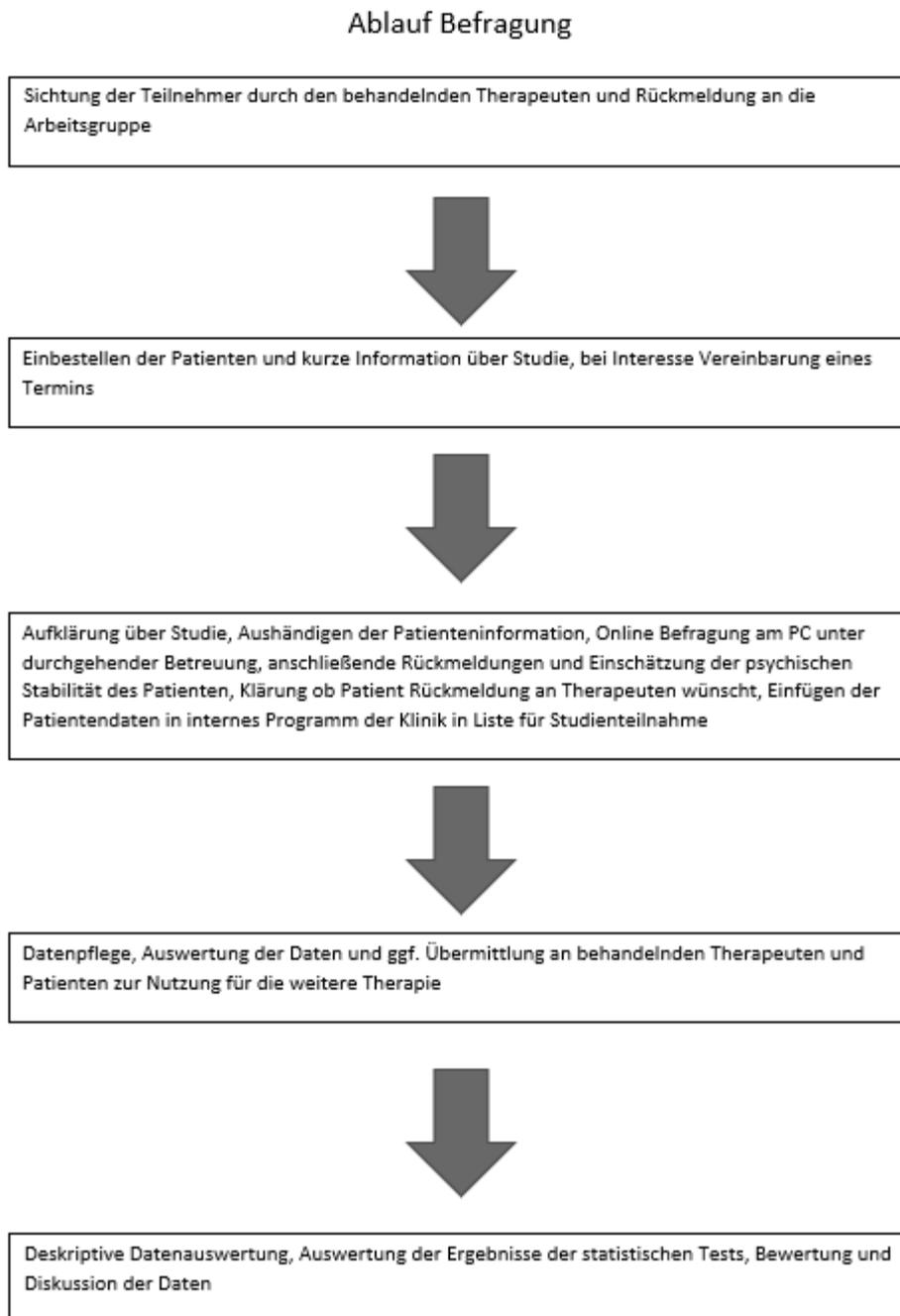
Der Erhebungszeitraum begann am 21.06.2018 und endete am 19.10.2018. Die soziodemographischen Daten für die Beschreibung der Stichprobe wurden im Rahmen der Basisdokumentation und -diagnostik in der Klinik Windach durch die PsyBaDo-PTM (von Heymann & Tritt, 2018) erhoben. Dieser Datensatz der Basisdokumentation dient der internen und externen Qualitätssicherung und beinhaltet circa 200 verschiedene Variablen, die unter anderem soziodemographische, störungsbezogene, ergebnisbezogene und prozessbezogene Variablen darstellen.

Mehrmals wöchentlich tauschte sich die Arbeitsgruppe über Organisation und Durchführung aus. Die Fragebögen SEFP-S und OPD-SFK wurden im Rahmen einer Online-Umfrage mit dem Programm LimeSurvey der LimeSurvey GmbH erhoben. Die Fragebögen ADP-IV (Doe-ring et al., 2007) und ISR (Fischer et al., 2010) werden in der Klinik Windach als Basisdiagnostik durchgeführt. Es wurden insgesamt 120 Patienten/Patientinnen rekrutiert.

Um die Datenschutzrechte einzuhalten und genau zu überprüfen, sowie die ethischen Grundlagen für die klinische Anwendung der Fragebögen und der Studiendurchführung zu gewährleisten, wurde ein Antrag bei der Ethik-Kommission der Universität Kassel, durch Frau Winter, gestellt, der am 12.06.2018 bewilligt wurde und sich im Kapitel *Anhang* befindet. Ebenfalls wurden in diesem Rahmen eine Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung für die Teilnehmer/Teilnehmerinnen an der Studie erstellt, die in diesem Zuge ebenfalls geprüft wurden. Bezüglich der EDV-technischen Organisation, wurde die IT-Abteilung der Klinik Windach miteinbezogen, die die Benutzung des Programms LimeSurvey der LimeSurvey GmbH ermöglichte. Begleitend zur Aufklärung der Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurde eine Patienteninformation erstellt.

In die Studie wurden, in Absprache mit den jeweiligen Behandlern, alle Patienten/Patientinnen die sich ab Beginn der Studie in der Klinik Windach stationär auf Station 1 oder 7 befanden und als ausreichend psychisch stabil eingeschätzt wurden, einbezogen.

Im Rahmen der Studie zog ein/eine Teilnehmer/Teilnehmerin die Einwilligung zurück, sodass die Daten von der Online Plattform LimeSurvey direkt wieder gelöscht wurden. Eine weitere Person sagte während der Aufklärung zu, nahm dann jedoch aufgrund persönlicher Belastungen nicht an den Online-Fragebögen teil. Ein weiterer Ausschluss von der Studie erfolgte aufgrund des Verdachts auf mangelnde kognitive Fähigkeiten.



**Abbildung 4.1:** Ablauf Befragung.

#### 4.5. Vorgehen und Statistische Verfahren

Die ausgewerteten Daten der Fragebögen wurden aus dem Programm LimeSurvey in Microsoft Excel exportiert. Anschließend wurden die Daten gesichtet und eine Auswertungsmatrix erstellt. Daraufhin fand eine statistische Auswertung mit dem Programmpaket IBM SPSS Version 26 für Windows statt. Die deskriptiven Daten der Untersuchungsmethoden und des Patientenkollektivs wurden unter anderem mittels Häufigkeitstabellen, Kreuztabellen, Kreisdiagrammen und Histogrammen dargestellt. Mit Korrelationsanalysen nach Pearson und Spearman wurden die Zusammenhänge der kardinalskalierten Variablen und mittels Kreuztabellen die Häufigkeiten der nominalskalierten Variablen dargestellt und anschließend zur Signifikanzüberprüfung einem Chi-Quadrat-Test unterzogen. Falls möglich wurden die Ergebnisse zusätzlich in SPSS mit der *Bias corrected and accelerated* Bootstrapping Methode mit 1000 Stichproben berechnet. Grundsätzlich wurde von einem 95% Konfidenzintervall (Signifikanzniveau  $\alpha=.05$ ) ausgegangen. Wenn bei den Daten von einem 99% Konfidenzintervall (Signifikanzniveau  $\alpha=.01$ ) ausgegangen wurde, so ist dies gesondert angegeben.



## 5. Ergebnisse

Im Folgenden findet die deskriptive Beschreibung der Stichprobenteilnehmer/Stichprobenteilnehmerinnen sowie der Fragebögen statt. Darauf folgen die Ergebnisse der Hypothese 1, 2, 3 und 4, an die sich die Diskussion der Ergebnisse anschließt.

### 5.1. Deskriptive Daten

Die Teilnehmerzahl der Studie betrug insgesamt 120 Patienten. Fünf der 120 Datensätze waren jedoch nicht komplett, oder gar nicht vorhanden und wurden deshalb im Nachhinein von der Datenanalyse ausgeschlossen. Gründe hierfür waren unter anderem vorzeitige Entlassungen aus der Klinik oder auch das Nicht-Erscheinen zur Studie bzw. des Ausfüllens der Fragebögen.

Die folgenden Berechnungen beziehen sich folglich auf die Gesamtstichprobe von 115 Patienten/Patientinnen.

A Priori wurde zur Auswahl der benötigten Teilnehmerzahl eine Teststärkenberechnung mit dem Programm G-Power (Faul et al., 2007) durchgeführt. Hierzu wurde von einem mittleren Zusammenhang bei  $r=.3$  ausgegangen. Auf Grundlage dieser Annahmen wurde eine Stichprobengröße von 115 Personen ermittelt. Bei der Verarbeitung der erhobenen Daten wurden dann erneut Effektstärkenberechnungen durchgeführt.

Für die Stichprobengröße  $N=115$  beträgt die Teststärke der errechneten Korrelationen Werte zwischen .98 bis 1, wodurch von einer hohen Teststärke/Power der Testverfahren auszugehen ist.

#### 5.1.1. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe mit  $N=115$  Personen setzte sich aus 50 männlichen (43,5%) und 64 (55,7%) weiblichen Teilnehmern und Teilnehmerinnen zusammen. Eine Person gab als Geschlecht „anders“ an (0,9%).

Das Alter der Patienten/Patientinnen reichte von 18 bis 75 Jahren. Der Mittelwert lag bei 40,6 und der Median bei 41 Jahren. Bei der Verteilung zeigen sich zwei Spitzen bei 18 bis 25 Jahren sowie bei 45 bis 60 Jahren.

91 Personen (79,1%) gaben an, kinderlos zu sein. 10 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (8,7%) hatten ein Kind, weitere 10 (8,7%) zwei Kinder. Zwei Patienten/Patientinnen gaben an, drei Kinder zu haben (1,7%) und wiederum 2 hatten fünf Kinder (1,7%).

Bezüglich des Schulabschlusses gab eine Person (0,9%) an, sich noch in der Schulausbildung zu befinden. Eine weitere (0,9%) habe einen Sonderschulabschluss absolviert. 8 Personen

(7,0%) haben die Hauptschule ohne qualifizierenden Hauptschulabschluss beendet, 14 (12,2%) beendeten die Hauptschule mit qualifizierendem Hauptschulabschluss. Einen Realschulabschluss besaßen 40 (34,8%), über ein Abitur oder Fachabitur verfügten 49 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (42,6%). 2 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (1,7%) gaben als Abschluss einen sonstigen Abschluss an.

15 Patienten/Patientinnen (13,0%) befanden sich noch in Ausbildung, 46 (40,0%) haben eine Lehre, 8 (7,0%) eine Fachschule, 6 (5,2%) die Meisterlehre abgeschlossen. 26 Testpersonen (22,6%) verfügten über einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss und 3 (2,6%) gaben einen sonstigen Abschluss an. 11 Patienten/Patientinnen (9,6%) verfügen über keinen Abschluss.

Unter den Teilnehmern/Teilnehmerinnen gaben 20 Personen (17,4%) an, weniger als ein Jahr keinen/keine Partner/Partnerin zu haben. 35 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (30,4 %) waren langfristig, über ein Jahr, ledig. 4 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (3,5%) gaben wechselnde Partnerschaften an. In einer festen Partnerschaft und zusammenlebend, traf für 44 Personen (38,3%) zu und 12 (10,4%) haben eine feste Partnerschaft, lebten mit diesem jedoch nicht zusammen in einem Haushalt.

59 Personen (51,3%) waren zum Zeitpunkt der Erhebung ledig. 38 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (33,0%) waren verheiratet oder in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft und lebten zusammen. 3 (2,6%) der 115 Personen waren verheiratet oder in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft und lebten getrennt. 11 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (9,6%) waren geschieden und 4 (3,5%) verwitwet.

Bei der Variable „ambulante Vorbehandler“ konnten die Daten einer Person nicht ausgewertet werden. Gründe dafür könnten ein technischer Fehler oder auch die fehlende Beantwortung durch den/die Patienten/Patientin sein. Von den verbleibenden 114 Patienten/Patientinnen gaben 25 (21,7%) an, keine ambulanten Vorbehandlungen erhalten zu haben. Bei 46 (40,0%) betrug die Anzahl eine Vorbehandlung, bei 23 (20,0%) zwei, bei 12 (10,4%) drei, bei 4 (3,5%) vier, bei 2 (1,7%) fünf, bei einer Testperson (0,9%) sechs ambulante Vorbehandlungen und bei einer Weiteren (0,9%) mehr als sechs (bis zu zwölf) ambulante Vorbehandlungen. Die Dauer der ambulanten Vorbehandlungen betrug bei 13 Personen (11,3 %) bis zu 5 Stunden. 29 Personen (25,2 %) gaben an, 6-25 Stunden Vorbehandlungen wahrgenommen zu haben und 43 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (37,4 %) hatten 26-300 Vorbehandlungen erhalten. Die Dauer der Vorbehandlungen betrug bei 11 Teilnehmern/Teilnehmerinnen (9,6 %) 161-300 Stunden und 3 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (2,6 %) hatten bereits über 300 Stunden Vorbehandlungen

wahrgenommen. 16 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (13,9 %) der Studie waren noch nie in Behandlung gewesen.

67 Testpersonen (58,3 %) befanden sich noch nie zuvor in einem psychotherapeutischen stationären Aufenthalt, bei 23 Personen (20 %) lag ein stationärer Aufenthalt in der Vergangenheit vor. 10 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (8,7 %) hatten zwei stationäre Aufenthalte, 6 Personen (5,2 %) drei, eine Person (0,9 %) vier Aufenthalte. Drei Teilnehmer/Teilnehmerinnen (2,6 %) gaben an, bereits fünf Mal in stationärer Therapie gewesen zu sein, während je ein Teilnehmer/Teilnehmerin (0,9 %) sechs und sieben Aufenthalte zählte. Zwei Personen (1,7 %) gaben 8 Aufenthalte an und bei einer (0,9 %) lag diese Zahl bei 12 stationären Voraufenthalten.

Bei der Variable „Teilstationäre Aufenthalte“ gaben 104 Testpersonen (90,4 %) an, noch keinen Aufenthalt gehabt zu haben. Bei zwei Personen (1,7 %) lag diese Zahl bei 1, bei einer Testperson (0,9 %) bei zwei Aufenthalten. Vier Personen (3,5 %) hatten 6 teilstationäre Aufenthalte hinter sich, zwei Personen (1,7 %) 8 Aufenthalte. Je eine Person (0,9 %) hatte 10 und eine 13 teilstationäre Behandlungen erhalten.

51 Testpersonen (44,3 %) hatten vor Aufnahme noch nie eine Medikation mit Psychopharmaka erhalten während 18 Testpersonen (15,7 %) bis zu drei Monate medikamentös unterstützt wurden. Bei 13 Personen (11,3 %) betrug die medikamentöse Psychopharmakotherapie eine Dauer von 3-6 Monaten und bei 6 Personen (5,2 %) 7-12 Monate. 27 Personen (23,5 %) gaben an, über ein Jahr Psychopharmaka eingenommen zu haben.

Bei der Variable „Erwerbstätigkeit“ konnte ebenfalls der Datensatz einer Testperson nicht gewertet werden, weshalb die Beschreibung wieder auf 114 Patienten/Patientinnen ausgelegt ist. Hier gaben 47 Testpersonen an, in Vollzeit zu arbeiten, wohingegen 12 Personen in Teilzeit arbeiteten. Einem Minijob gingen 3 Patienten/Patientinnen (2,6%) nach und 2 Personen (1,7%) gaben als Tätigkeit an, innerhalb der Familie mitzuhelfen. 15 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (13,0%) befanden sich in einer Ausbildung oder Umschulung und 14 (12,2%) waren arbeitslos gemeldet. Eine dauerhafte Berufsunfähigkeitsrente bezogen 2 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (1,7%), eine zeitbefristete bezogen 4 Personen (3,5%), 6 Personen (5,2%) befanden sich in Frührente oder Altersrente und eine Person (0,9%) bezog (Teil)Rente und war weiterhin beschäftigt. Zwei Testpersonen (1,7%) gaben an, anderweitig ohne Beruf tätig zu sein und 6 (5,2%) gaben bei der Auswahl „anders“ an.

## 5.1.2. Deskriptive Testdaten der Fragebögen

Es wurden die Fragebögen SEFP-S, OPD-SFK sowie ADP-IV erhoben. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Stichprobe mit N=115.

**SEFP-S****Tabelle 5.1:** Skalenmittelwerte SEFP-S.

<b>Skalenmittelwerte SEFP-S</b>					
	<b>Identität SEFP-S</b>	<b>Selbststeuerung SEFP-S</b>	<b>Empathie SEFP-S</b>	<b>Nähe SEFP-S</b>	<b>Gesamtwert SEFP-S</b>
<b>Mittelwert</b>	98,922	71,487	39,726	77,170	287,304
<b>Standardfehler des Mittelwerts</b>	2,2834	1,7103	1,0142	1,9748	6,2219
<b>Median</b>	97,500	71,500	37,000	76,500	281,000
<b>Std.-Abweichung</b>	24,4864	18,3410	10,8757	21,1769	66,7227
<b>Minimum</b>	50,0	34,5	23,0	40,5	155,5
<b>Maximum</b>	155,5	125,0	73,5	130,5	472,0

Der Mittelwert für die Subskala Identität im SEFP-S betrug 98,92, für Selbststeuerung 71,49, für Empathie 39,73, für Nähe 77,17 und für den Gesamtwert 287,30. Cronbachs Alpha der Gesamtskala lag bei .92. Cronbachs Alpha der Subskala Selbststeuerung lag bei .77, der Subskala Identität bei .81, der Subskala Empathie lag bei .57 und der Subskala Nähe lag bei .75.

**OPD-SFK****Tabelle 5.2:** Skalenmittelwerte OPD-SFK.

<b>Skalenmittelwerte OPD-SFK</b>				
	<b>Selbst OPD-SFK</b>	<b>Beziehung OPD-SFK</b>	<b>Kontakt OPD-SFK</b>	<b>Strukturturniveau gesamt OPD-SFK</b>
<b>Mittelwert</b>	7,40	9,19	7,84	24,43
<b>Standardfehler des Mittelwerts</b>	,408	,372	,373	,976
<b>Median</b>	8,00	9,00	8,00	26,00
<b>Std.-Abweichung</b>	4,377	3,987	3,997	10,468
<b>Minimum</b>	0	0	0	3
<b>Maximum</b>	16	16	16	46

Die Mittelwerte der Subskalen des OPD-SFK betrug bei der Subskala Selbst 7,40, Beziehung 9,19, Kontakt 7,84 und der Mittelwert des Gesamtwertes des OPD-SFK betrug 24,43. Cronbachs Alpha der Gesamtskala lag bei .88.

## ADP-IV

**Tabelle 5.3:** Skalenmittelwerte ADP-IV.

	Minimum	Maximum	Mittelwert		Std.-Abweichung	Median
	Statistik	Statistik	Statistik	Std.-Fehler	Statistik	
SUM_PAR	7	47	22,37	,879	9,424	21,00
SUM_SZ	7	44	19,25	,745	7,992	18,00
SUM_ST	9	52	24,93	,947	10,156	24,00
SUM_VER	7	47	25,49	1,051	11,267	28,00
SUM_DEP	8	50	25,70	,997	10,690	26,00
SUM_ZW	10	48	28,89	,744	7,980	29,00
SUM_AS	8	41	15,94	,756	8,108	13,00
SUM_BDL	10	64	34,30	1,180	12,658	32,00
SUM_HIS	8	46	23,18	,851	9,126	21,00
SUM_NAR	9	51	23,27	,786	8,431	21,00
CL_A	23	128	66,56	2,219	23,795	65,00
CL_B	35	171	96,69	3,024	32,431	91,00
CL_C	25	136	80,08	2,376	25,482	84,00
Gesamt	83	397	243,32	6,896	73,953	244,00

Der Mittelwert der Gesamtskala des ADP-IV lag bei 234,32. Für den ADP-IV wurde Cronbachs Alpha nicht ermittelt. Der ADP-IV ist Teil der Basisdiagnostik in der Psychosomatischen Klinik Windach. Die Auswertung der Einzel-Items erfolgt durch einen Computer-Algorithmus im klinikinternen System, weshalb auf die Einzelwerte der Stichprobe nicht zugegriffen werden konnte. Da der ADP-IV ein bewährtes Messinstrument im klinischen Setting darstellt, ist von ausreichenden Werten auszugehen.

### 5.2. Hypothesenauswertung

Zunächst erfolgt die Prüfung der Fragebögen auf Normalverteilung. Dies geschieht zuerst statistisch mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und Shapiro-Wilk-Test. Darauf folgt die graphische Beurteilung auf Normalverteilung mittels QQ-Plots der Fragebögen sowie Histogrammen. Normalverteilte Daten stellen eine Voraussetzung für die Korrelation nach Pearson dar. Sind die Daten nicht normalverteilt, erfolgt eine Korrelationsberechnung nach Spearman. Weiter folgt die Darstellung der Skalenmittelwerte der Fragebögen.

Die Hypothesenüberprüfung der Hypothesen 1,2 und 4 wurde mittels bivariater parametrischer Korrelation nach Pearson sowie nicht-parametrischer Korrelation nach Spearman-Rho in SPSS durchgeführt. Anhand der Daten und der Stichprobengröße  $N=115$  ist davon auszugehen, dass die Voraussetzungen für eine Berechnung mittels Pearson Korrelation gegeben sind (vgl. Eid et al., 2015, S. 235). Der Wert des Korrelationskoeffizienten kann von -1 bis 1 reichen. Je näher der Wert an einem dieser beiden Pole liegt, umso stärker ist die Korrelation, also der Zusammenhang der Variablen. Ist der Wert bei 0, liegt kein Zusammenhang vor.

Die Überprüfung von Hypothese 3 fand aufgrund nominalverteilter Daten mittels Kreuztabelle und Chi-Quadrat Test statt.

## 5.2.1. Hypothese 1

*Hypothese 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Summenwerten von SEFP-S und OPD-SFK*

Zunächst erfolgt die Prüfung der Datensätze auf Normalverteilung.

**Tabelle 5.4:** Test auf Normalverteilung Gesamtwert SEFP-S.

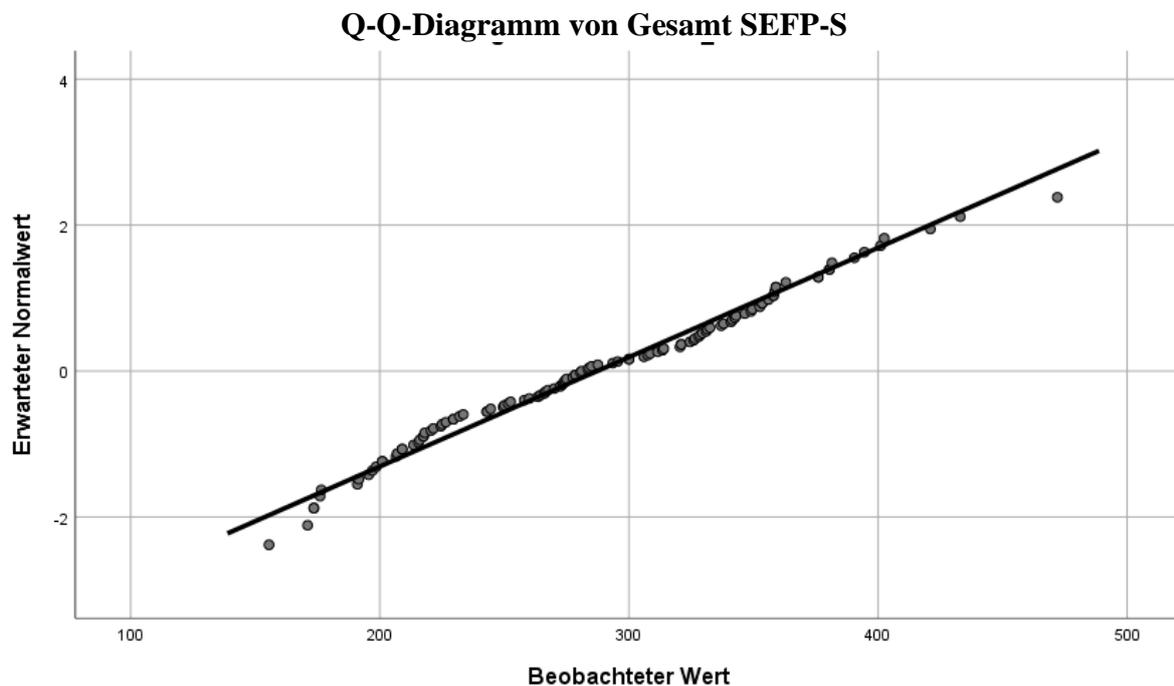
**Prüfung auf Normalverteilung: Gesamtwert-SEFP-S**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Gesamt_SEFP-S	,068	115	,200*	,982	115	,128

\*. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

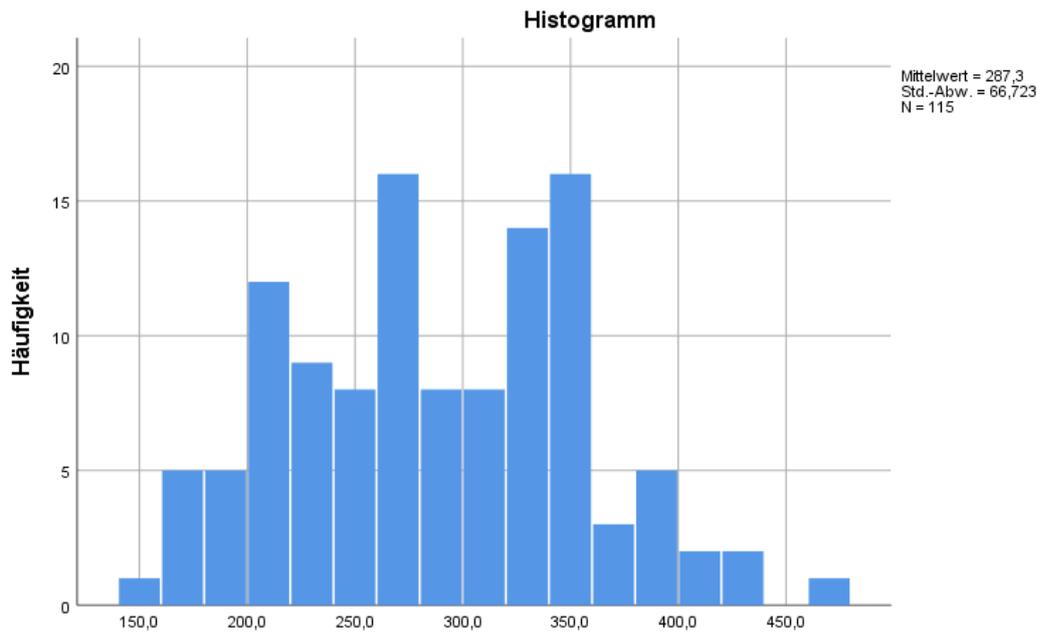
a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Die Variable SEFP-S Gesamtwert ist gemäß Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test normalverteilt,  $p > .05$ .



**Abbildung 5.1:** Q-Q-Plot SEFP-S-Gesamt.

**Gesamt SEFP-S**



**Abbildung 5.2:** Histogramm SEFP-S-Gesamt.

Anhand der graphischen Beurteilung des Q-Q-Plots kann die Normalverteilung der Daten des SEFP-S-Gesamtwertes angenommen werden. Die graphische Beurteilung mittels Histogramm zeigt Abweichungen von der Normalverteilung. Bei der Stichprobengröße von N=115 kann dennoch von normalverteilten Daten ausgegangen werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).

**Tabelle 5.5:** Test auf Normalverteilung Gesamtwert OPD-SFK.

**Prüfung auf Normalverteilung: Gesamtwert-OPD-SFK**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Struktur_OPD-SFK	,099	115	,008	,966	115	,005

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Gemäß Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test sind die Daten des OPD-Gesamtwertes nicht normalverteilt, da  $p < .05$ . Aufgrund der Stichprobengröße N=115 kann trotzdem von einer normalverteilten Stichprobe ausgegangen werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).

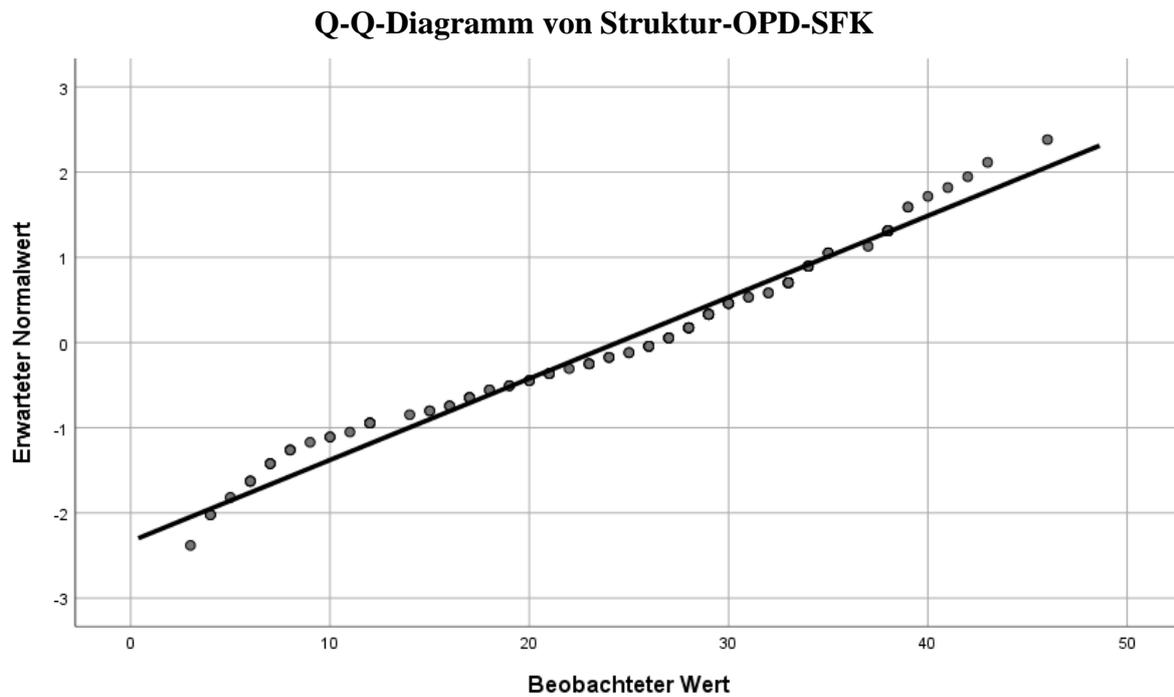


Abbildung 5.3: Q-Q-Plot OPD-SFK-Gesamt.

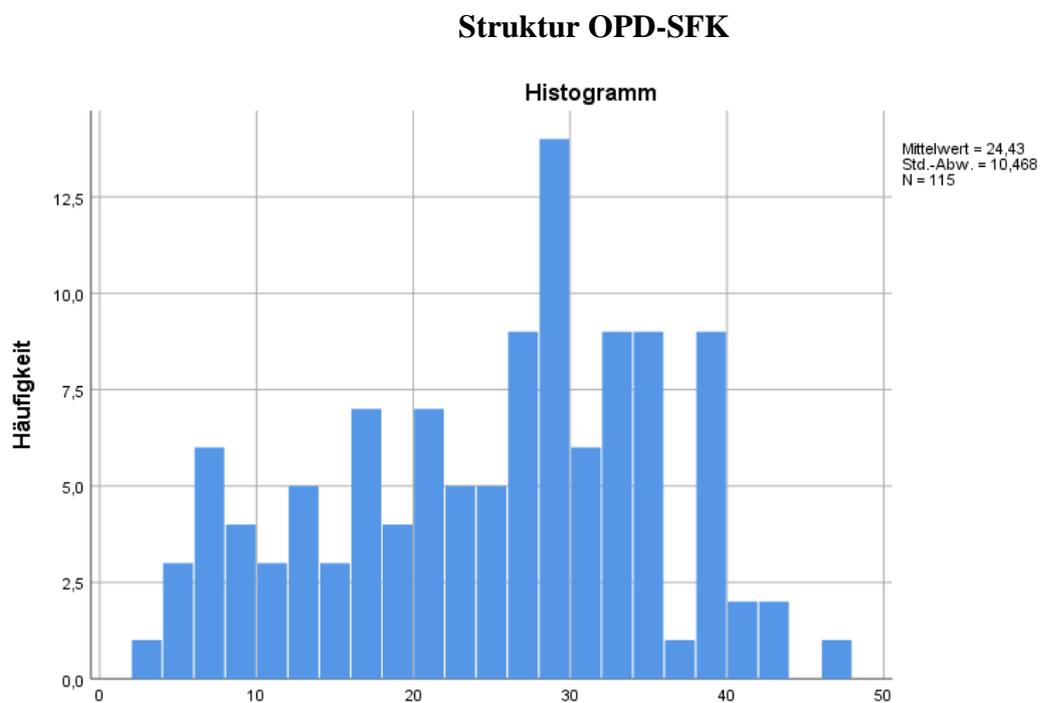


Abbildung 5.4: Histogramm OPD-SFK-Gesamt.

Die graphische Beurteilung auf Normalverteilung zeigt ebenfalls eine Abweichung der Daten. Aufgrund der Stichprobengröße  $N=115$  kann dies jedoch vernachlässigt werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).

**Hypothesenüberprüfung Hypothese 1:**

Zur Überprüfung der ersten Hypothese wurde eine parametrische Korrelation des Gesamtwertes des SEFP-S und des OPD-SFK berechnet. Die Berechnungen fanden auf einem 99% Signifikanzniveau statt ( $p < .001$ ). ( $N=115$ )

**Tabelle 5.6:** Korrelation Summenwerte SEFP-S und OPD-SFK.

<b>Korrelation Summenwerte SEFP-S und OPD-SFK</b>				<b>Strukturniveau gesamt OPD-SFK</b>	
Gesamtwert SEFP-S	Korrelation nach Pearson			,831**	
	Bootstrap <sup>c</sup>	Verzerrung		,000	
		Standard Fehler		,027	
		BCa 95% Konfidenzintervall	Unterer Wert		,779
			Oberer Wert		,876

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

c. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 1000 Bootstrap-Stichproben

Die SEFP-S Variable Gesamtwert korreliert mit der Variable Strukturniveau gesamt des OPD-SFK bei  $r=.83$ . Das 95% Konfidenzintervall reicht von .78 bis .88.

Zur Überprüfung der Ergebnisse, fand ebenfalls eine nicht-parametrische Berechnung auf einem 99% Signifikanzniveau ( $p < .001$ ) nach Spearman-Roh statt.

**Tabelle 5.7:** Nicht-parametrische Korrelation nach Spearman-Rho: Gesamtwerte SEFP-S und OPD-SFK.

<b>Korrelation nach Spearman-Rho: Gesamtwerte SEFP-S und OPD-SFK</b>				<b>Strukturniveau gesamt OPD-SFK</b>		
Spearman- Rho	Gesamtwert SEFP-S	Korrelationskoeffizient		,821**		
		Bootstrap <sup>c</sup>	Verzerrung		-,003	
			Standard Fehler		,038	
			BCa 95% Konfidenzintervall	Unterer Wert		,736
				Oberer Wert		,881

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

c. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 1000 Bootstrap-Stichproben

Die SEFP-S Variable Gesamtwert korreliert mit der Variable Strukturniveau gesamt des OPD-SFK bei  $r=.82$ . Das 95% Konfidenzintervall reicht von .74 bis .89

## 5.2.2. Hypothese 2

*Hypothese 2: Die entsprechenden Dimensionen des SEFP-S und des OPD-SFK zeigen jeweils einen Zusammenhang untereinander*

Zunächst erfolgt die Prüfung der Datensätze auf Normalverteilung.

**Tabelle 5.8:** Test auf Normalverteilung Subskalen SEFP-S.

**Prüfung auf Normalverteilung: Subskalen SEFP-S**

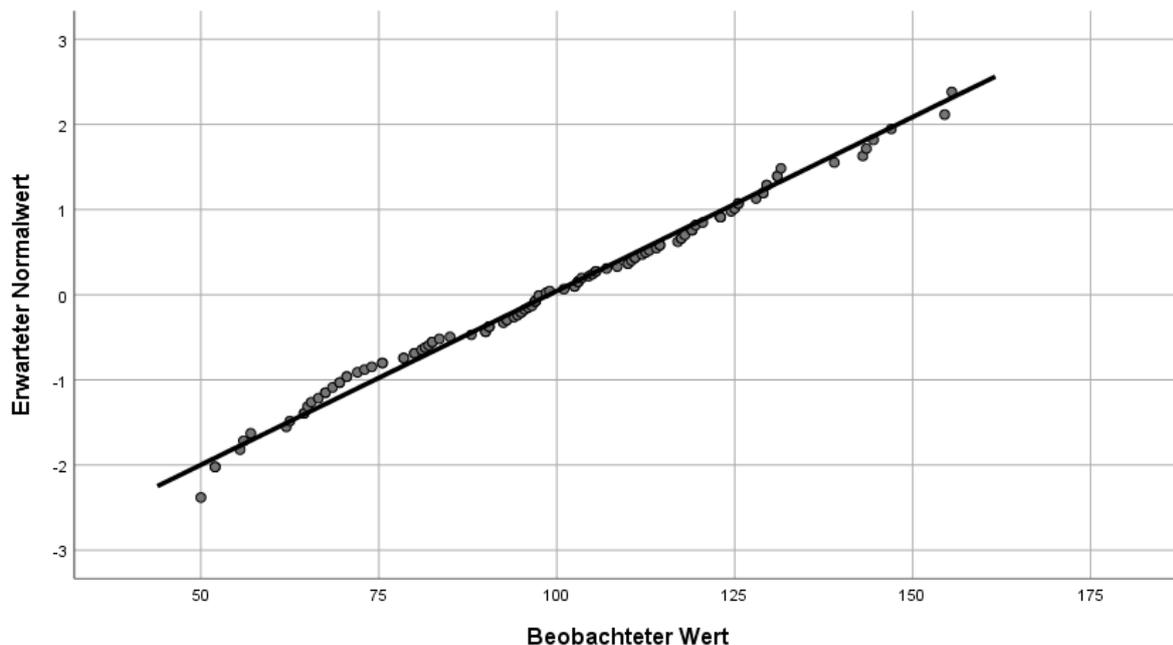
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Identität_SEFP-S	,051	115	,200*	,986	115	,273
Selbststeuerung_SEFP-S	,081	115	,062	,979	115	,073
Empathie_SEFP-S	,103	115	,004	,951	115	,000
Nähe_SEFP-S	,079	115	,078	,974	115	,024

\*. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Die Subskalen sind gemäß Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test, bis auf die Subskalen Empathie und Nähe ( $p < .05$ ), normalverteilt,  $p > .05$ . Bei den Subskalen Empathie und Nähe kann aufgrund  $N = 115$  trotzdem von normalverteilten Daten ausgegangen werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).

**Q-Q-Diagramm von Identität SEFP-S**



**Abbildung 5.5:** Q-Q-Plot SEFP-S Identität.

### Identität SEFP-S

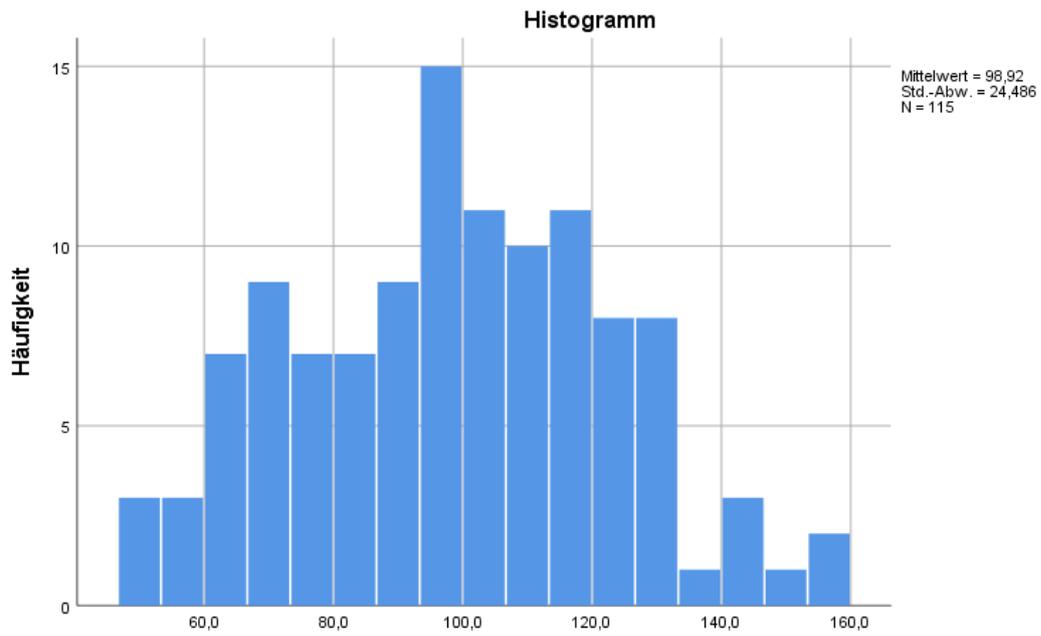


Abbildung 5.6: Histogramm SEFP-S Identität.

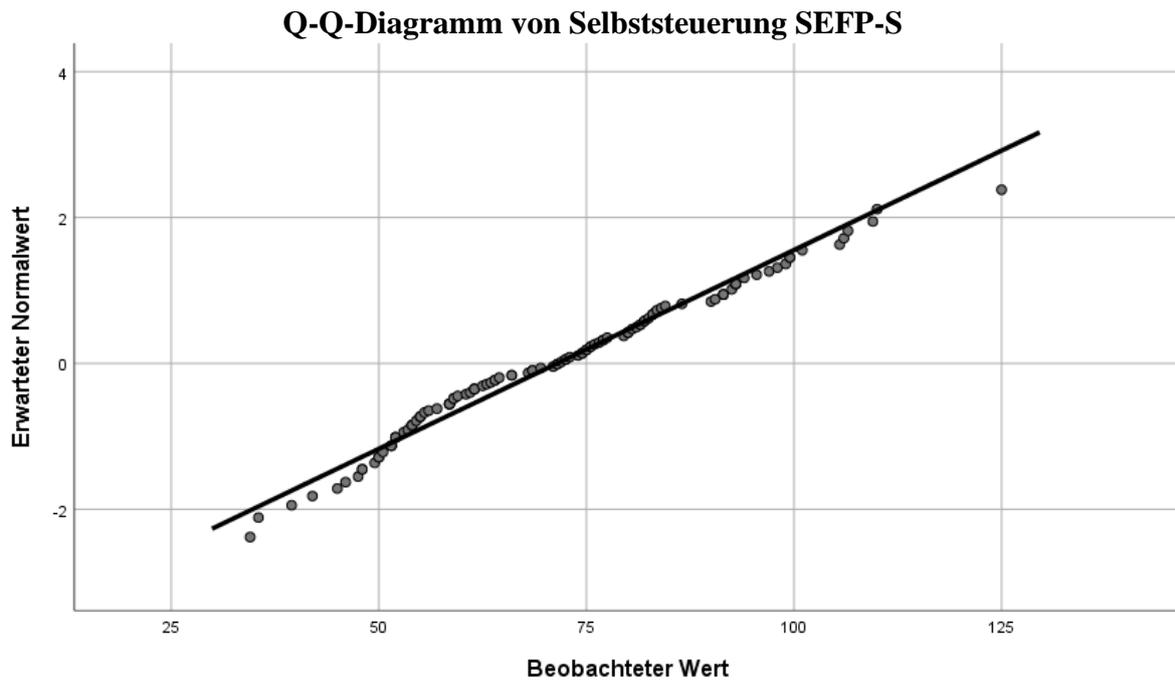


Abbildung 5.7: Q-Q-Plot SEFP-S Selbststeuerung.

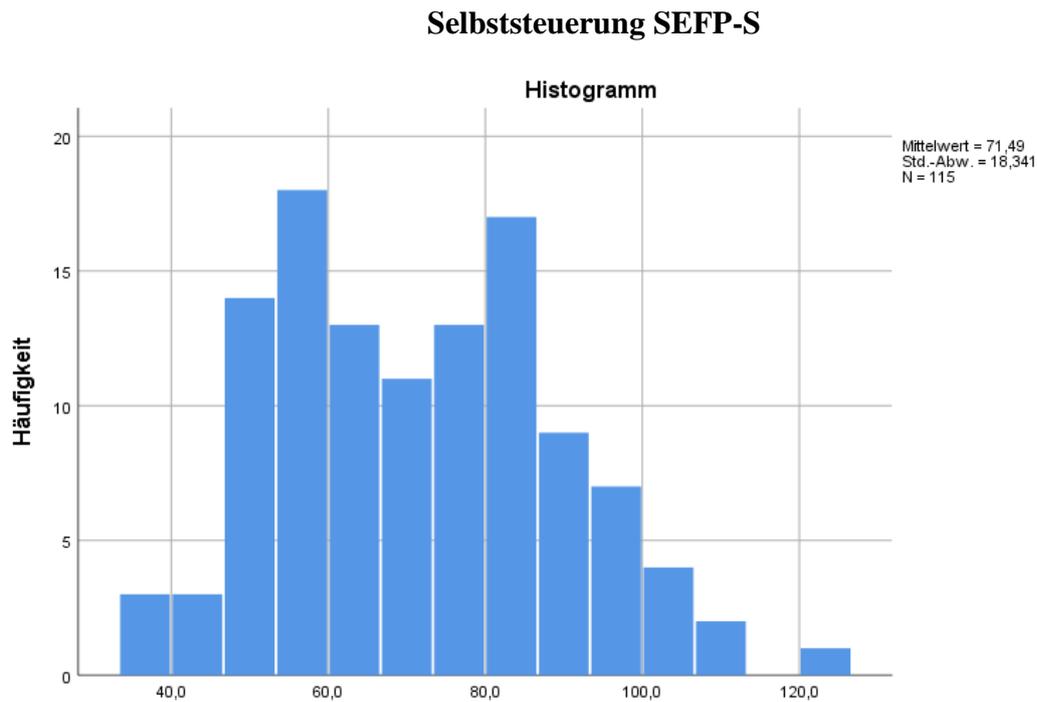


Abbildung 5.8: Histogramm SEFP-S Selbststeuerung.

Anhand der graphischen Beurteilung des Q-Q-Plots sowie des Histogramms kann die Normalverteilung der Subskalen Daten Identität und Selbststeuerung des SEFP-S angenommen werden.

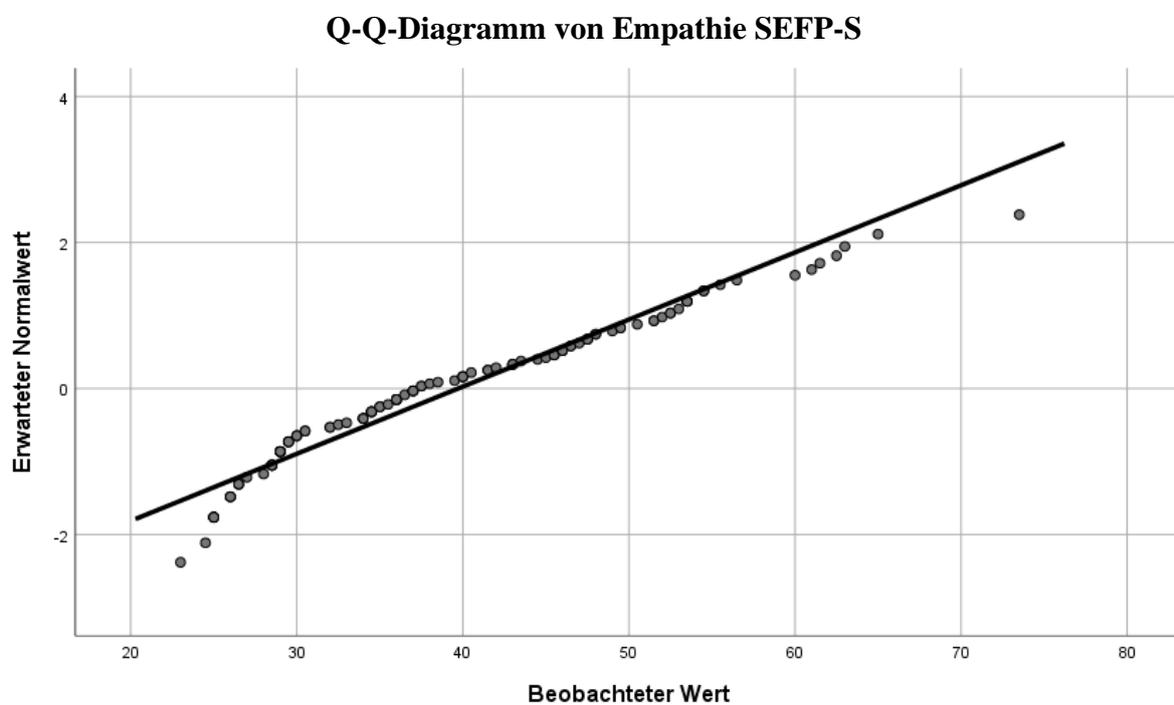


Abbildung 5.9: Q-Q-Plot SEFP-S Empathie.

### Empathie SEFP-S

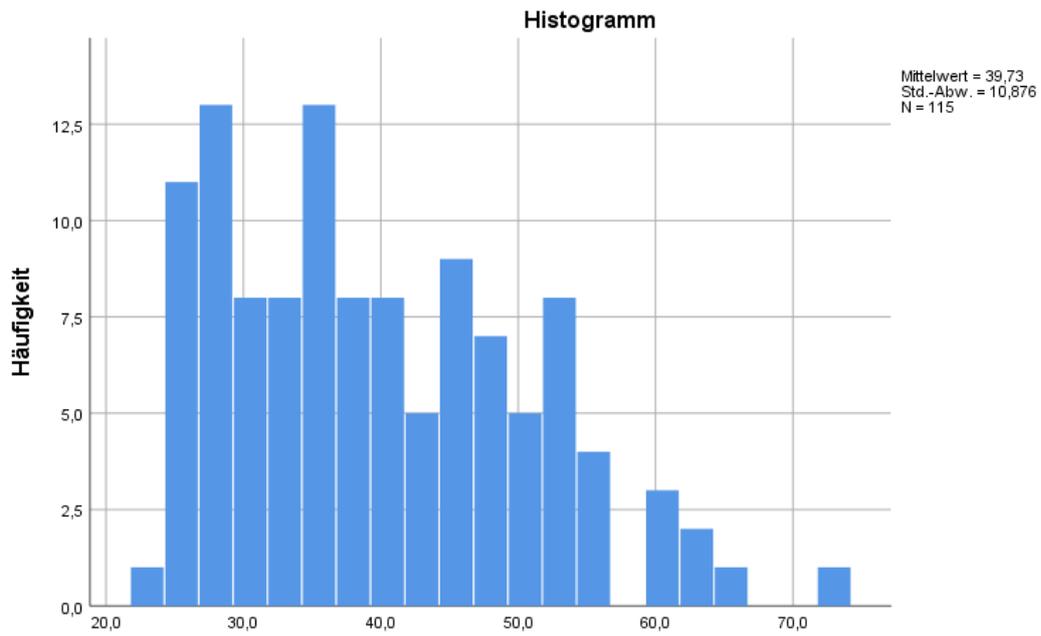


Abbildung 5.10: Histogramm SEFP-S Empathie.

### Q-Q-Diagramm von Nähe SEFP-S

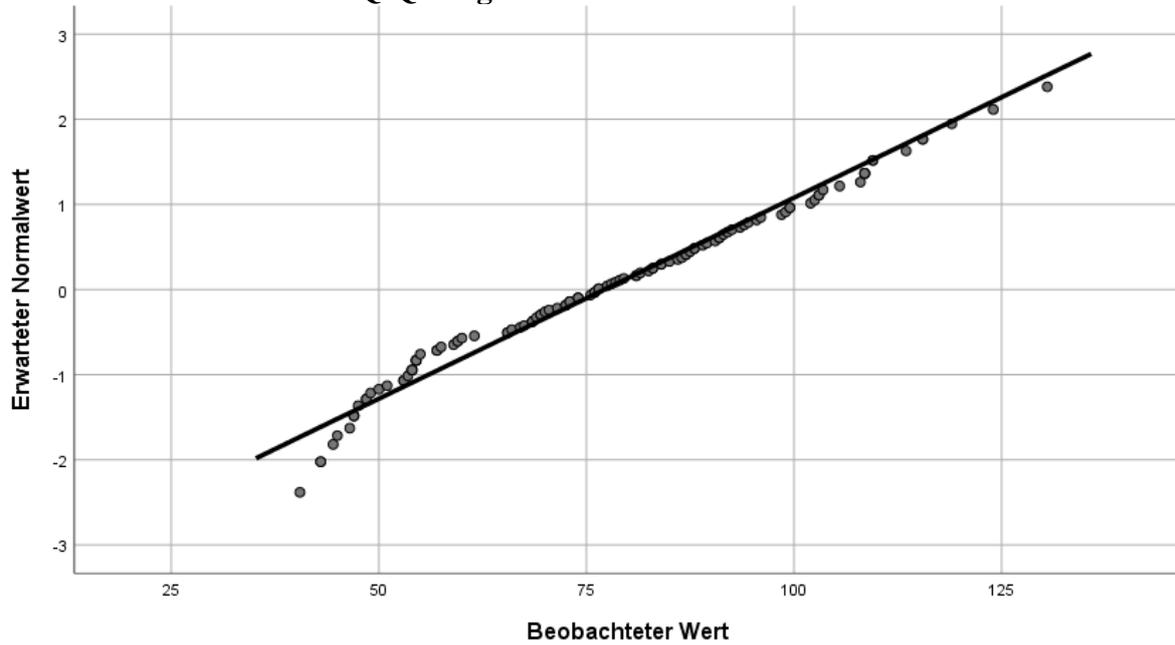
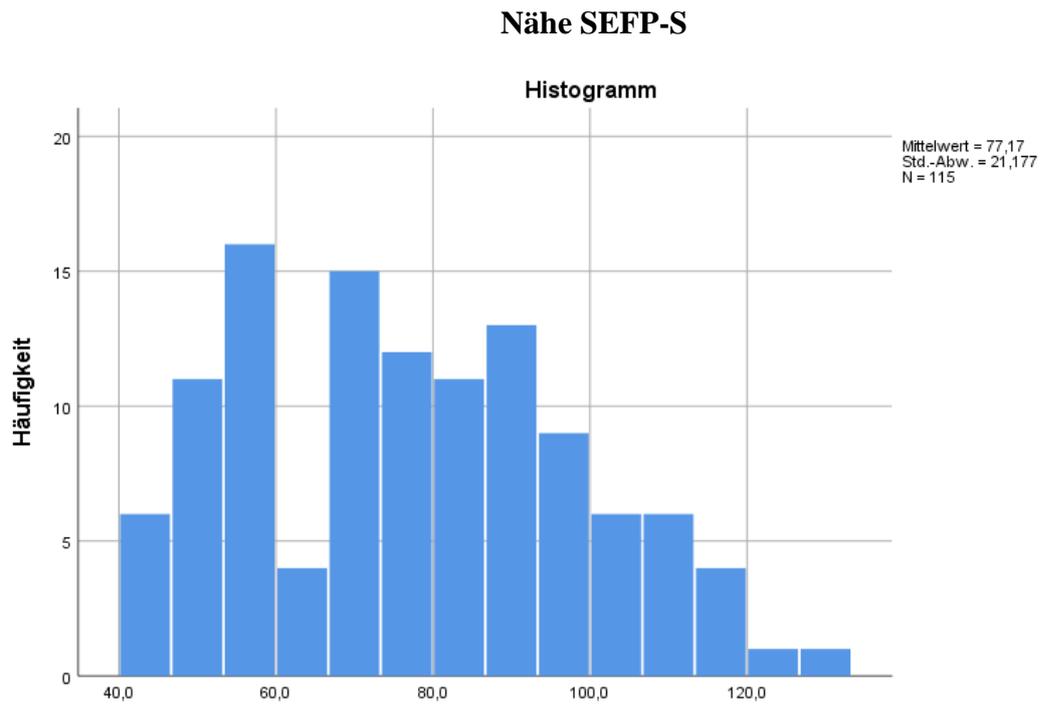


Abbildung 5.11: Q-Q-Plot SEFP-S Nähe.



**Abbildung 5.12:** Histogramm SEFP-S Nähe.

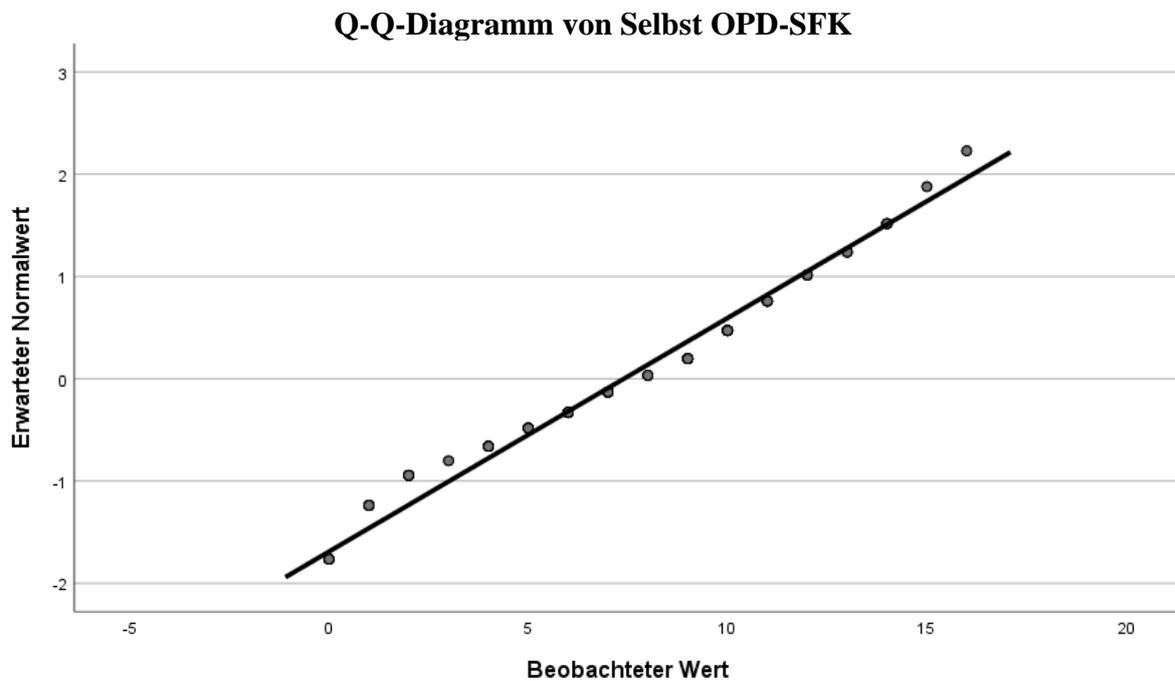
Die graphische Beurteilung auf Normalverteilung zeigt ebenfalls eine Abweichung der Daten. Aufgrund der Stichprobengröße  $N=115$  kann dies jedoch vernachlässigt werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).

**Tabelle 5.9:** Test auf Normalverteilung Subskalen OPD-SFK.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Selbst OPD-SFK	,112	115	,001	,959	115	,001
Beziehung OPD-SFK	,090	115	,023	,970	115	,012
Kontakt OPD-SFK	,109	115	,002	,970	115	,010
Struktur OPD-SFK	,099	115	,008	,966	115	,005

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Gemäß Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test sind die Daten der OPD-Subskalen nicht normalverteilt, da  $p < .05$ . Aufgrund der Stichprobengröße  $N=115$  kann trotzdem von einer normalverteilten Stichprobe ausgegangen werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).



**Abbildung 5.13:** Q-Q-Plot OPD-SFK-Selbst.

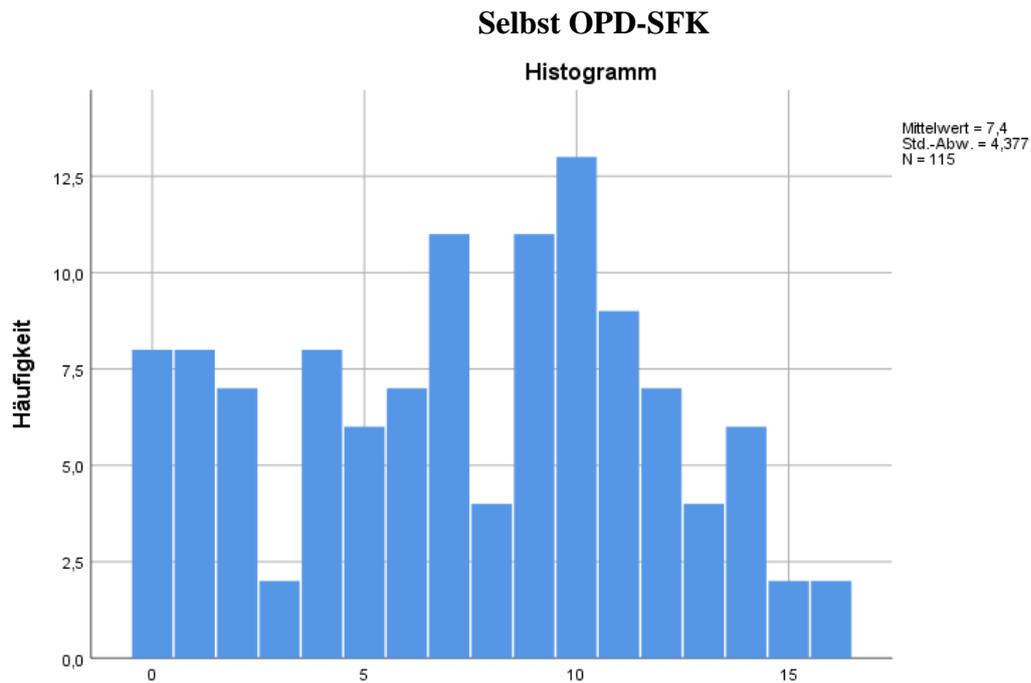


Abbildung 5.14: Histogramm OPD-SFK-Selbst.

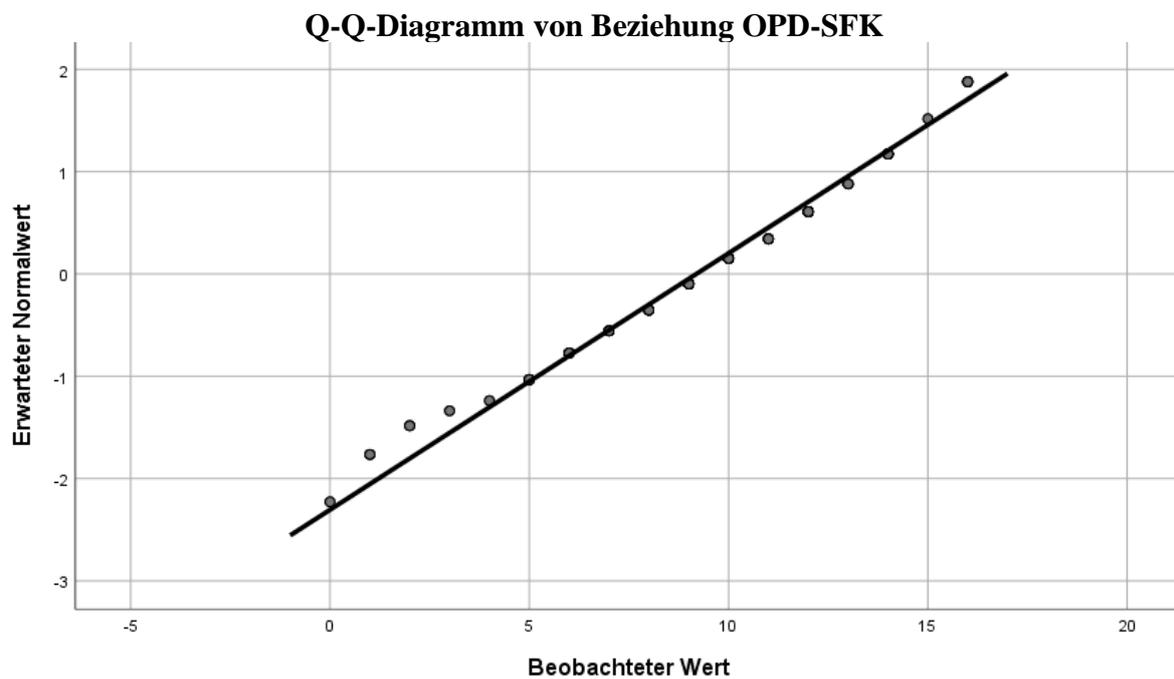


Abbildung 5.15: Q-Q-Plot OPD-SFK-Beziehung.

### Beziehung OPD-SFK

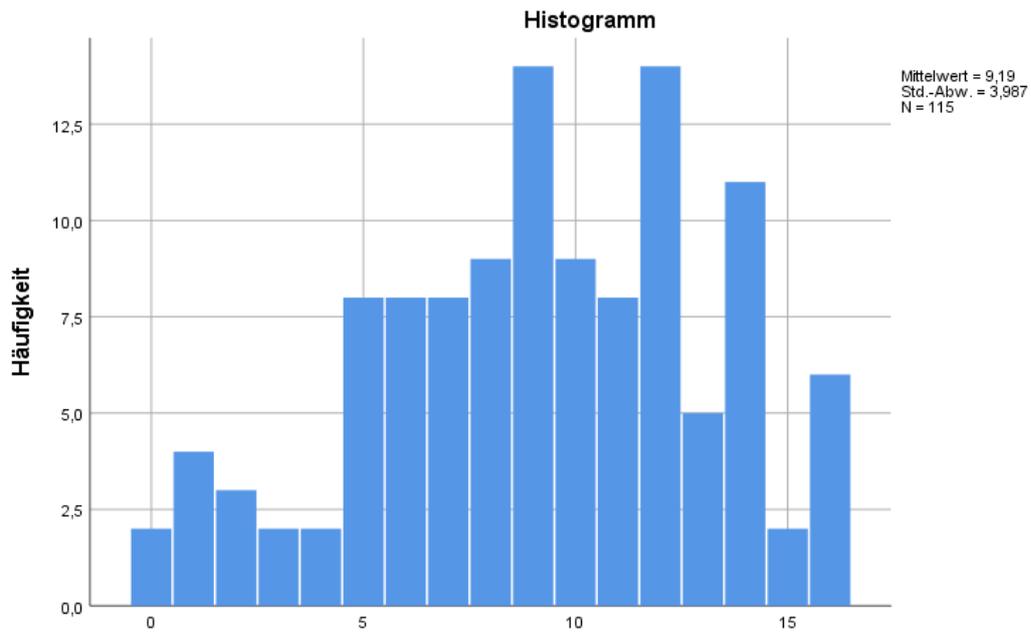


Abbildung 5.16: Histogramm: OPD-SFK-Beziehung.

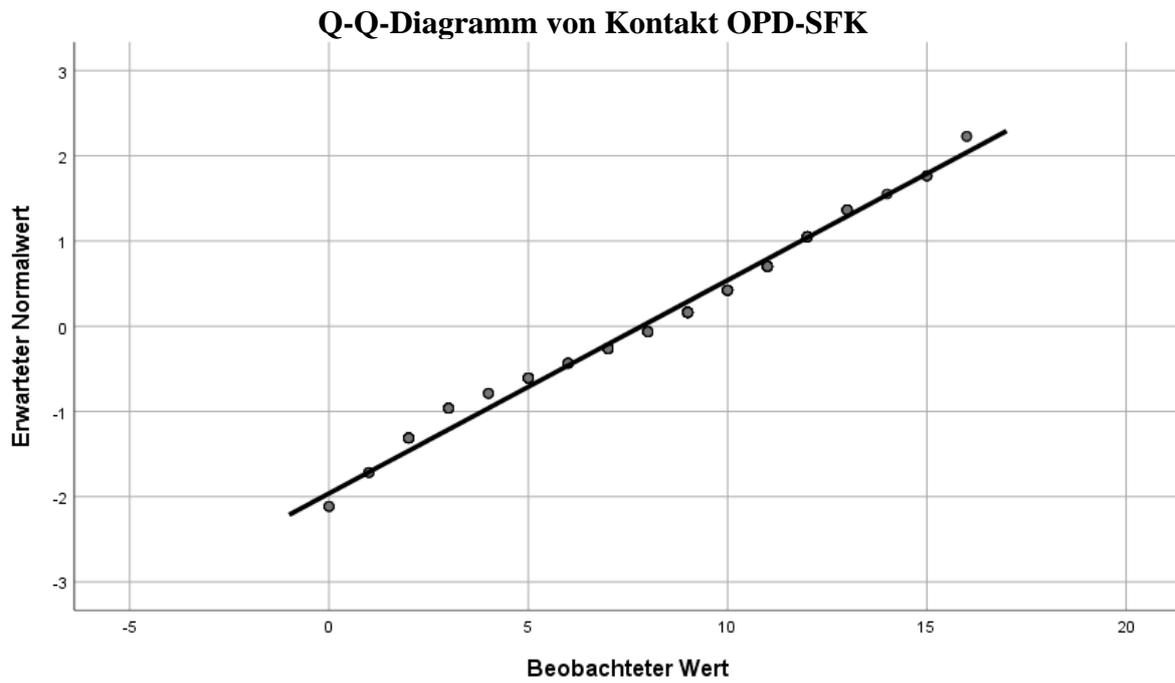
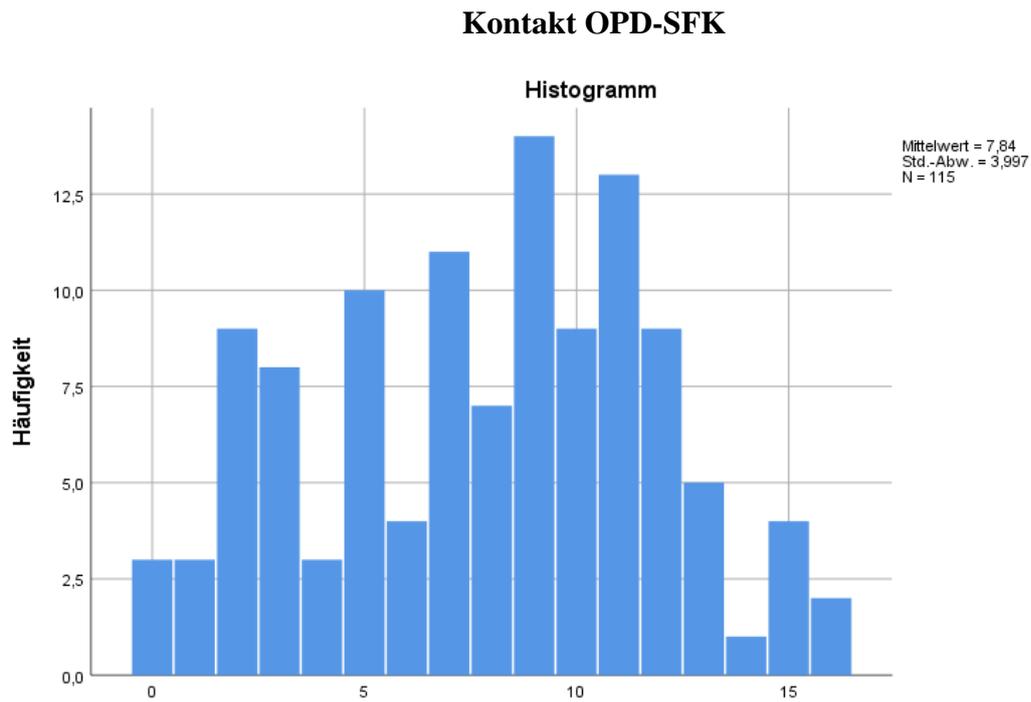


Abbildung 5.17: Q-Q-Plot OPD-SFK-Kontakt.



**Abbildung 5.18:** Histogramm OPD-SFK-Kontakt.

Die graphische Beurteilung auf Normalverteilung zeigt ebenfalls eine Abweichung der Daten. Aufgrund der Stichprobengröße  $N=115$  kann dies jedoch vernachlässigt werden (vgl. Eid et al., 2015, S. 235).

**Hypothesenüberprüfung Hypothese 2:**

Für die Korrelation der Subskalen wurde anhand theoretischer Überlegungen vorab eine Zuordnung der Subskalen zueinander vorgenommen. Das detaillierte Vorgehen hierbei ist in Kapitel 3.1.2 *Hypothese 2: Die entsprechenden Dimensionen des SEFP-S und des OPD-SFK zeigen jeweils einen Zusammenhang untereinander* ausformuliert. Der Übersichtlichkeit wegen, ist hier erneut die Tabelle über die Zuordnungen aufgeführt.

**Tabelle 5.10:** Theoretische Zuordnung der Subskalen von SEFP-S und OPD-SFK.

<b>SEFP-S</b>	<b>OPD-SFK</b>
Identität	Selbst
Selbststeuerung	Selbst
Empathie	Beziehung, Kontakt
Nähe	Kontakt

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine Korrelation nach Pearson der Subskalen des SEFP-S und des OPD-SFK durchgeführt (N=115). Die Berechnung fand ebenfalls auf einem 99% Signifikanzniveau ( $p < .001$ ) statt.

Tabelle 5.11: Korrelation der Subskalen SEFP-S mit OPD-SFK.

		Selbst	Beziehung	Kontakt	Struk-
		OPD-SFK	OPD-SFK	OPD-SFK	turniveau gesamt OPD-SFK
Identität SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,784**	,556**	,695**	,805**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	-,001	-,001	-,001	-,001
	Standard Fehler	,035	,056	,047	,029
	BCa 95% Kon- Unterer Wert	,711	,439	,589	,747
	fidenzintervall Oberer Wert	,847	,663	,780	,854
Selbststeuerung SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,652**	,409**	,631**	,669**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	-,001	,000	,001	,001
	Standard Fehler	,052	,075	,055	,049
	BCa 95% Kon- Unterer Wert	,539	,255	,515	,560
	fidenzintervall Oberer Wert	,747	,556	,740	,765
Empathie SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,555**	,582**	,586**	,677**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	,002	-,001	,001
	Standard Fehler	,067	,054	,058	,048
	BCa 95% Kon- Unterer Wert	,403	,476	,473	,573
	fidenzintervall Oberer Wert	,685	,692	,691	,776
Nähe SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,592**	,647**	,695**	,759**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	,000	-,003	-,001
	Standard Fehler	,069	,049	,044	,037
	BCa 95% Kon- Unterer Wert	,448	,546	,587	,682
	fidenzintervall Oberer Wert	,726	,741	,774	,825
Gesamtwert SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,745**	,616**	,745**	,831**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	-,001	,000	-,001	,000
	Standard Fehler	,044	,050	,040	,027
	BCa 95% Kon- Unterer Wert	,647	,512	,659	,779
	fidenzintervall Oberer Wert	,826	,711	,812	,876

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

c. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 1000 Bootstrap-Stichproben

Für die Auswertung der Korrelations-Ergebnisse ist der Korrelationskoeffizient nach Pearson von Bedeutung. Dieser erreicht bei den Korrelationen aller Subskalen untereinander Werte von .41 bis .78. In den zugeteilten Subskalen liegen die Korrelationskoeffizienten bei .58 bis .78 .

Zur Überprüfung der Ergebnisse, fand ebenfalls eine nicht-parametrische Berechnung auf einem 99% Signifikanzniveau ( $p < .001$ ) nach Spearman-Roh statt.

**Tabelle 5.12:** Nicht-parametrische Korrelation nach Spearman-Roh Subskalen SEFP-S und OPD-SFK.

			Selbst OPD-SFK	Bezie- hung OPD- SFK	Kontakt OPD- SFK	Struk- turniveau gesamt OPD-SFK
Spearman- Rho	Identität SEFP-S	Korrelationskoeffizient	,750**	,540**	,691**	,783**
		Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
		Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	-,004	-,002	-,001	-,003
		Standard Fehler	,049	,069	,058	,043
		BCa 95% Kon- fidenzintervall	,641	,384	,558	,685
		Unterer Wert Oberer Wert	,828	,664	,796	,852
Selbst- steue- rung SEFP-S	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	,638**	,410**	,644**	,668**
		Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	,000	,000	,000
		Standard Fehler	-,003	,001	,000	-,001
		BCa 95% Kon- fidenzintervall	,061	,087	,059	,058
		Unterer Wert Oberer Wert	,506	,211	,505	,537
		,743	,588	,759	,777	
Empa- thie SEFP-S	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	,561**	,589**	,608**	,690**
		Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	,000	,000	,000
		Standard Fehler	-,004	-,002	-,002	-,004
		BCa 95% Kon- fidenzintervall	,071	,070	,063	,059
		Unterer Wert Oberer Wert	,396	,448	,475	,569
		,680	,709	,720	,783	
Nähe SEFP-S	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	,577**	,645**	,699**	,752**
		Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	,000	,000	,000
		Standard Fehler	-,002	,000	-,003	-,003
		BCa 95% Kon- fidenzintervall	,073	,059	,048	,045
		Unterer Wert Oberer Wert	,416	,519	,589	,652
		,708	,753	,781	,830	
Gesamt- wert SEFP-S	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	,720**	,613**	,750**	,821**
		Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	,000	,000	,000
		Standard Fehler	-,004	-,002	-,002	-,003
		BCa 95% Kon- fidenzintervall	,054	,064	,046	,038
		Unterer Wert Oberer Wert	,596	,470	,639	,736
		,807	,730	,831	,881	

\*\* . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

c. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 1000 Bootstrap-Stichproben

Bei der Spearman-Korrelation reichen die Korrelationskoeffizienten aller Subskalen untereinander Werte von .41 bis .75. In den zugeteilten Subskalen liegen die Korrelationskoeffizienten bei .58 bis .75 .

### 5.2.3. Hypothese 3

*Hypothese 3: Das Überschreiten eines Cut-off Wertes im ADP-IV zeigt einen Zusammenhang mit dem Überschreiten des Cut-off Wertes im SEFP-S*

Aufgrund der Nominalskala der Fragenbeantwortung fanden eine Datenauswertung mittels Kreuztabelle und eine Signifikanzüberprüfung mittels Chi-Quadrat-Test statt. Der Chi-Quadrat-Test überprüft die stochastische Unabhängigkeit zweier Variablen und stellt einen Hypothesentest dar, überprüft also die Richtigkeit einer Hypothese (Eid et al., 2015, S. 317).

Zur Überprüfung, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Überschreiten eines Cut-off-Wertes im ADP-IV und einem niedrigen Funktionsniveau gibt, wurde die Variable „niedriges Funktionsniveau“ in eine nominalskalierte Variable umgewandelt. Die Variable galt bei Überschreiten des zuvor festgelegten Cut-off-Wertes im SEFP-S als vorhanden (1,5 Standardabweichungen vom Mittelwert in der Stichprobe von Morey (2017a)). Weiter wurde dann eine Kreuztabelle erstellt. Der statistisch signifikante Zusammenhang der Variablen soll mittels Chi-Quadrat-Test überprüft werden. Das Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung im ADP-IV wurde anhand der dimensional Einteilung ermittelt. Hierzu wurden die, mittels Receiver Operated Curves ermittelten, Cut-off-Werte in der dimensional Skala als kategoriale Einteilungsmöglichkeit verwendet. Eine Übersicht der Cut-off-Werte einer Arbeit von Renn (2006) findet sich im Anhang.

**Tabelle 5.13:** Kreuztabelle ADP-IV PS und SEFP-S Cut-off.

		Keine PS ADP-IV	Mindestens eine PS ADP-IV	Gesamt
Kein überschrittener Cut-Off SEFP-S	Anzahl	28	63	91
	Erwartete Anzahl	22,2	68,8	91,0
	% innerhalb von Cut_Off- SEFP-S Erfüllt	30,8%	69,2%	100,0%
	% innerhalb von PS_ADP- IV_mind_Eine	100,0%	72,4%	79,1%
	% der Gesamtzahl	24,3%	54,8%	79,1%
	Standardisiertes Residuum	1,2	-,7	
	Korrigierte Residuen	3,1	-3,1	
	Überschrittener Cut-Off SEFP-S	Anzahl	0	24
Erwartete Anzahl		5,8	18,2	24,0
% innerhalb von Cut_Off- SEFP-S Erfüllt		0,0%	100,0%	100,0%
% innerhalb von PS_ADP- IV_mind_Eine		0,0%	27,6%	20,9%
% der Gesamtzahl		0,0%	20,9%	20,9%
Standardisiertes Residuum		-2,4	1,4	
Korrigierte Residuen		-3,1	3,1	
Gesamt		Anzahl	28	87
	Erwartete Anzahl	28,0	87,0	115,0
	% innerhalb von Cut_Off- SEFP-S Erfüllt	24,3%	75,7%	100,0%
	% innerhalb von PS_ADP- IV_mind_Eine	100,0%	100,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl	24,3%	75,7%	100,0%

Bei der Auswertung der Daten (N=115) mittels Kreuztabelle haben 28 Patienten (24,3% der Gesamtzahl) weder den Cut-off-Wert im SEFP-S noch den Cut-off für irgendeine Persönlichkeitsstörung im ADP-IV überschritten. Von 87 Personen, die den Cut-off für irgendeine PS im ADP-IV überschritten hatten, haben 63 Personen (54,8% der Gesamtzahl) gleichzeitig nicht den Cut-off-Wert im SEFP-S überschritten. Ein Überschreiten des Cut-off-Wertes im SEFP-S, jedoch kein Cut-off-Wert im ADP-IV für irgendeine Persönlichkeitsstörung konnte bei 0 Testpersonen ermittelt werden. Insgesamt 24 Personen (20,9% der Gesamtzahl) überschritten sowohl den Cut-off-Wert im SEFP-S, als auch einen Cut-off-Wert im ADP-IV.

**Tabelle 5.14:** Chi-Quadrat-Test ADP-IV PS und SEFP-S Cut-off.

<b>Chi-Quadrat-Test</b>						
	<b>Wert</b>	<b>df</b>	<b>Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)</b>	<b>Exakte Signifi- kanz (2-seitig)</b>	<b>Exakte Signifi- kanz (1-seitig)</b>	<b>Punkt-Wahr- scheinlichkeit</b>
Chi-Quadrat nach Pearson	9,761 <sup>a</sup>	1	,002	,002	,000	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	8,162	1	,004			
Likelihood-Quotient	15,325	1	,000	,001	,000	
Exakter Test nach Fisher				,001	,000	
Zusammenhang linear-mit- linear	9,676 <sup>d</sup>	1	,002	,002	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	115					

- a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,84.
- b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet
- c. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.
- d. Die standardisierte Statistik ist 3,111.

Der p-Wert liegt bei  $p=0.002$  und ist somit kleiner als 0.05. Somit ist der Zusammenhang der Variablen als signifikant anzusehen. Der Chi-Quadrat-Wert liegt bei  $V=9,761$  und die Freiheitsgrade haben den Wert  $df=1$ . Der  $X^2$ -Test resultiert somit in einem Ergebnis von  $X^2(1)=9,761$ ,  $p=0.002$ . Es kann von einem statistisch signifikanten Zusammenhang der Variablen ausgegangen werden, da der Chi-Quadrat-Wert über dem Mindestwert in der Verteilungsfunktion bei einem Freiheitsgrad liegt (3,84) (Eid et al., 2015, S. 1034). Zudem zeigt auch der Exakte-Test nach Fisher eine Signifikanz der Werte auf einem 99% Niveau an.

## 5.2.4. Hypothese 4

*Der Summenwert des ADP-IV hängt mit dem Summenwert des SEFP-S zusammen*

Zunächst erfolgt die Überprüfung der Datensätze auf Normalverteilung.

**Tabelle 5.15:** Test auf Normalverteilung Gesamtwert ADP-IV.

**Prüfung auf Normalverteilung: Gesamtwert-ADP-IV**

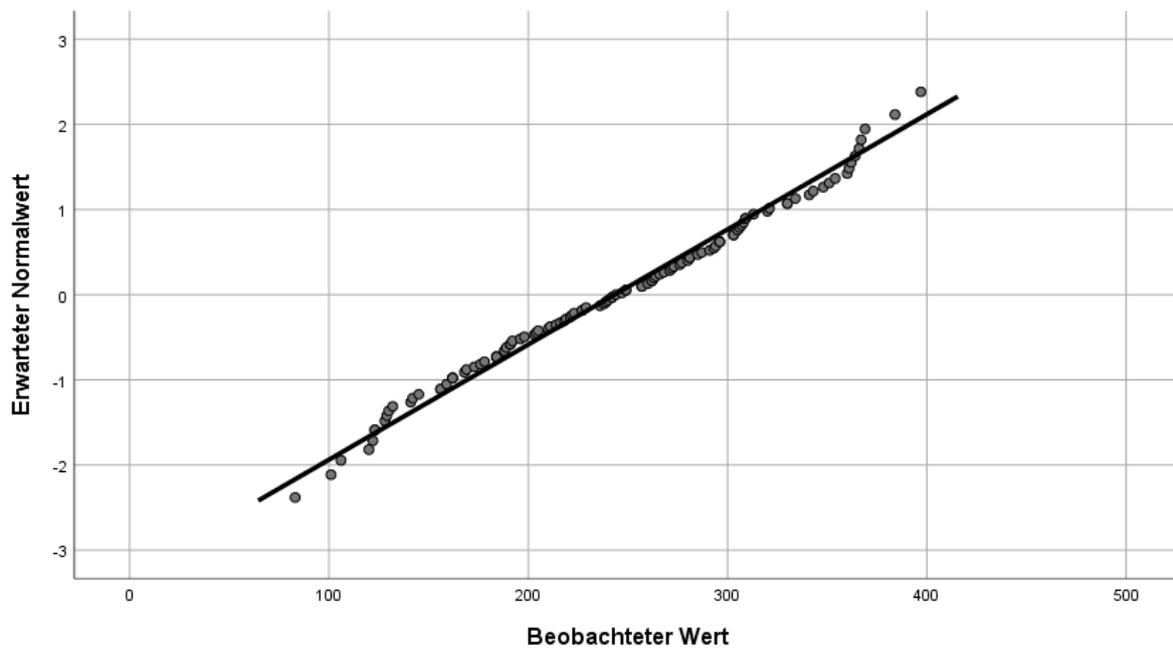
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Gesamtwert ADP-IV	,052	115	,200*	,983	115	,140

\*. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

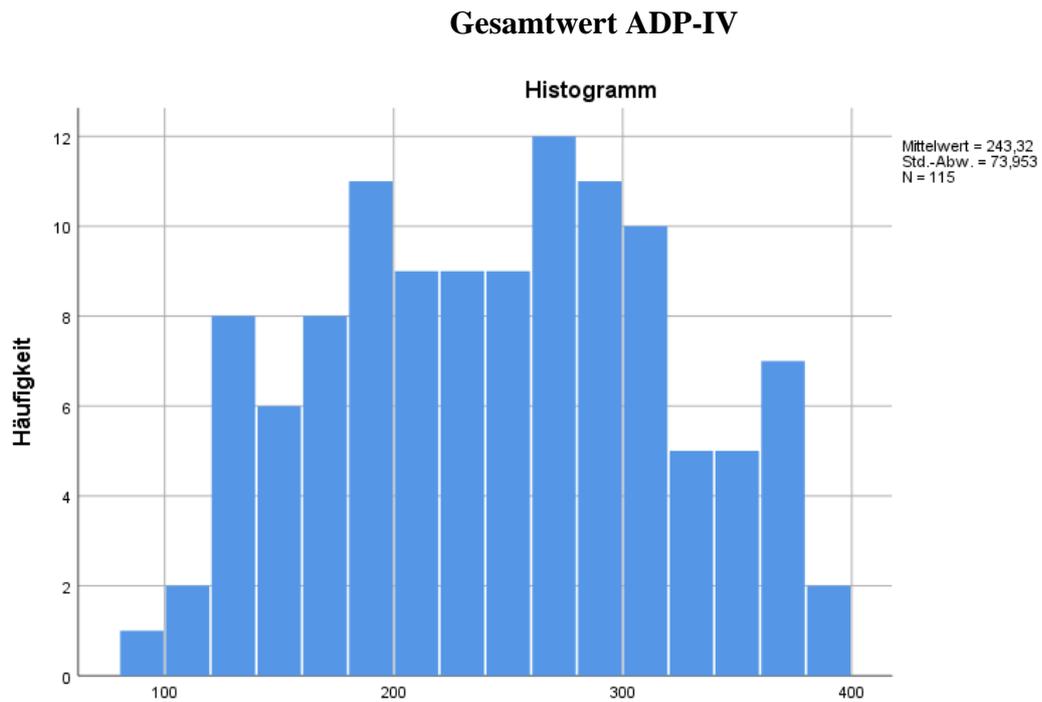
a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Die Variable ADP-IV Gesamtwert war gemäß Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test normalverteilt,  $p > .05$ .

**Q-Q-Diagramm von Gesamtwert ADP-IV**



**Abbildung 5.19:** Q-Q-Plot ADP-IV-Gesamt.



**Abbildung 5.20:** Histogramm ADP-IV-Gesamt.

Anhand der graphischen Beurteilung des Q-Q-Plots sowie des Histogramms kann die Normalverteilung der Daten des ADP-IV-Gesamtwertes ebenfalls angenommen werden.

### Hypothesenüberprüfung Hypothese 4:

Grundlage zur Hypothesenformulierung stellte die Überlegung dar, dass hohe Gesamtwerte im ADP-IV, welche sich aus den Subwerten der jeweiligen Persönlichkeitsstörungen berechnet und damit Auffälligkeiten der Persönlichkeit im Bereich mehrerer Arten von Persönlichkeitsstörungen anzeigen, Rückschlüsse auf ein niedriges Funktionsniveau liefern.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine Korrelation der Gesamtwerte des SEFP-S und des ADP-IV nach Pearson durchgeführt (N=115). Die Berechnung fand auf einem 99% Signifikanzniveau ( $p < .001$ ) statt.

**Tabelle 5.16:** Parametrische Korrelationen Gesamt SEFP-S und ADP-IV.

<b>Korrelation Gesamtwerte SEFP-S und ADP-IV</b>		<b>Gesamtwert ADP-IV</b>	
Gesamt_SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,829**	
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	Bootstrap <sup>b</sup> Verzerrung	,000	
	Standard Fehler	,030	
	BCa 95% Konfidenzintervall	Unterer Wert	,760
		Oberer Wert	,884

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

b. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 5000 Bootstrap-Stichproben

Der Gesamtwert des SEFP-S korreliert bei .83 ( $p < .001$ ) hoch mit dem Gesamtwert des ADP-IV.

Es fand zusätzlich eine nicht-parametrische Berechnung nach Spearman-Roh auf einem 99% Signifikanzniveau ( $p < .001$ ) statt (N=115). Die zugehörige Tabelle findet sich im Kapitel *Anhang*.



## 6. Diskussion

Bei den statistischen Analysen wurden mehr Daten berechnet, als in dieser Arbeit dargestellt wurden. Diese befinden sich aus Gründen der Vollständigkeit im Anhang.

### 6.1. Diskussion der deskriptiven Daten

#### **Diskussion der Stichprobe**

Die geschlechterspezifische Verteilung zeigt einen höheren Anteil weiblicher Teilnehmer (55,7%) an der Studie. In diesem Rahmen kann davon ausgegangen werden, dass die Verteilung der üblichen Geschlechtsverteilung in psychosomatischen Kliniken entspricht und dass es sich hier nicht um geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Studienteilnahme oder Behandlungsbedürftigkeit handelt. Die Geschlechtsverteilung entspricht etwa dem langjährigen Durchschnitt der Klinik Windach.

Der Mittelwert der Altersverteilung lag bei 40,6 und der Median bei 41 Jahren bei einer generellen Reichweite von 18 bis 75 Jahren. Den zwei Altersgipfeln in der Altersverteilung (jüngeres Erwachsenenalter und höheres Erwachsenenalter) liegt die Auswahl der Stationen die unter anderem die Schwerpunktstation der jungen Erwachsenen beinhaltet, zugrunde.

34,8 % der Teilnehmer/Teilnehmerinnen hatten einen Realschulabschluss und 42,6 % hatten ihren Schulabschluss mit Fachabitur oder Abitur beendet. Dies zeugt von einem hohen Bildungsniveau der Stichprobe.

21,3 % der Patienten/Patientinnen waren noch nie zuvor in ambulanter Therapie und für 58,3 % stellt der Aufenthalt zum Zeitpunkt der Befragung die erste stationäre Therapie dar. Dies ergibt für 78,3 % eine oder mehrere ambulante Vorbehandlungen und für 41,7 % eine oder mehrere stationäre Voraufenthalte. Dies stellt ein zu erwartendes Ergebnis dar, da die Patienten/Patientinnen entweder als Direktübernahme aus anderen Einrichtungen, meistens psychiatrischen Kliniken, aufgenommen werden oder von ambulanten Behandlern überwiesen werden.

## Diskussion der Testwert-Daten

### SEFP-S

Der Mittelwert der Skalen des SEFP-S Identität (M=98,9), Selbststeuerung (M=71,5), und Nähe (M=77,2) liegen über den Mittelwerten der Skalen bei Morey (2017a) (Identity M=75.8, Self-Direction M=53.4, Intimacy M=64,1), . Bei Empathie entspricht der Mittelwert (M=39,7) in etwa dem bei Morey (2017a) (Empathy M=39.1). Der Gesamt-Mittelwert der Stichprobe zeigt sich mit M=287,3 ebenfalls erhöht (LPFS-SR Total Score M=232.4) (Morey, 2017a).

Cronbachs Alpha der Stichprobe lag mit einem Wert von .92 etwas niedriger als der ermittelte Wert von Morey (2017a) (Cronbachs Alpha = .969), kann aufgrund der geringen Abweichung jedoch als zufriedenstellend gewertet werden.

**Tabelle 6.1:** Stichprobe Morey Werte LPFS. (Morey, 2017a)

	<b>Identity</b>	<b>Self-Direction</b>	<b>Intimacy</b>	<b>Empathy</b>	<b>Total-Score</b>
<b>Leslie C. Morey</b>	75,8	53,4	64,1	39,1	232,4
<b>Studienergebnisse</b>	98,9	71,5	77,2	39,7	287,3

Im Vergleich zur Studie von Morey (2017a), liegt der hier vorliegende Wert der Gesamtbeeinträchtigung in einem Bereich von +1SD des Durchschnittswertes und somit im subklinischen Bereich. Die Skalen Identität, Selbststeuerung und Nähe zeigen ebenfalls subklinische Beeinträchtigungen, während die Skala Empathie sich im Rahmen der Werte der nicht-klinischen Stichprobe von Morey (2017a) befindet.

Die Subskalen korrelieren untereinander hoch, was den Ergebnissen von Morey (2017a) entspricht. Die Werte lassen auf große inhaltliche Überschneidungen zwischen den Subskalen schließen. Hier zeigt sich die Subskala Identität mit der Subskala Selbststeuerung besonders hoch bei  $r=.82$  ( $p<.001$ ) korreliert. Die Subskalen Empathie und Nähe zeigen sich ebenfalls erwartungsgemäß sehr hoch korreliert (Pearsons  $p=.80$ ,  $p<.001$ ). Konstruktgemäß korrelieren die weiteren Subskalen untereinander ebenfalls sehr hoch bis hoch. So zeigen sich Identität mit Nähe bei  $r=.72$  ( $p<.001$ ) und Identität mit Empathie etwas niedriger bei  $r=.62$  ( $p<.001$ ) korreliert. Selbststeuerung zeigt sich sowohl mit Empathie (Pearsons  $p=.62$ ,  $p<.001$ ), als auch mit Nähe hoch korreliert (Pearsons  $p=.67$ ,  $p<.001$ ).

Bei der Korrelation der Subskalen mit dem Gesamtwert des SEFP-S zeigen sich generell hohe Werte, wobei jedoch der Gesamtwert besonders hoch mit der Subskala Identität korreliert (Pearsons  $p=.92$ ,  $p<.001$ ), während die Korrelation der anderen Subskalen des SEFP-S mit

dessen Gesamtwert von  $r=.82$  bis  $r=.89$  reichen. Eventuell stellt die Subskala Identität, die unter anderem Grenzen, Selbsterleben, die Regulation von Emotionen und die Stabilität des Selbstwertes beinhaltet, ein Hauptkriterium für Persönlichkeitsstörungen dar. Insbesondere die Stabilität des Selbstwertes, als auch die Regulation von Emotionen zeigen sich bei vielen der bisherigen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen als zentrale Kriterien. Auch hängt das Erleben des eigenen Selbst stark mit dem Umgang mit anderen zusammen. Ist eine Person in diesen Bereichen eingeschränkt, führt dies wahrscheinlich zu Schwierigkeiten in der Interaktion mit Mitmenschen und somit dann konsekutiv zu Problemen in der Beziehungsgestaltung. Legt man diesen Zusammenhang zugrunde, wären Kontaktschwierigkeiten zu einem Großteil konsekutiv auf die Identitätsproblematik zurückzuführen.

### **OPD-SFK**

Der Mittelwert des OPD-SFK ( $M=24,4$ ) innerhalb der Stichprobe liegt knapp über dem Wert von Ehrenthal et al. (2015) ( $M= 21,8$ ), der anhand von Patienten/Patientinnen einer psychosomatischen Rehaklinik erhoben wurde. Dieser höhere Wert lässt sich eventuell durch die Auswahl der Patienten/Patientinnen aus einem psychosomatischen (Akut-)Krankenhaus, aber auch aus der Jungen-Erwachsenen-Station erklären. Sevecke et al. (2011) berichten höhere Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter als im Erwachsenenalter. Hierdurch kann eventuell ebenfalls ein höheres Vorkommen im jungen Erwachsenenalter angenommen werden, wodurch sich der leicht erhöhte Wert erklären könnte.

### **ADP-IV**

Der Mittelwert des ADP-IV-Gesamtwertes ( $M=243,32$ ) liegt unterhalb des Mittelwertes einer psychiatrischen Stichprobe ( $M=258,32$ ) und über dem Mittelwert der flämischen Bevölkerungsstichprobe ( $M=182,16$ ) in einer Studie zur Validierung der englischen Version des ADP-IV von Schotte et al. (2004). Die Mittelwerte der einzelnen Persönlichkeitsstörungskategorien liegen in dieser Studie näher am Bereich der psychiatrischen Stichprobe. Ausnahme davon ist hier die schizotype Persönlichkeitsstörung, diese liegt zwischen dem Wertebereich der Bevölkerungsstichprobe und der psychiatrischen Stichprobe. Die Mittelwerte von Cluster B ( $M=99,69$ ) und Cluster C ( $M=80,08$ ) liegen ebenfalls näher an der psychiatrischen Stichprobe. Cluster A befindet sich im mittleren Wertebereich der Stichproben.

Die Mittelwerte der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen lagen allesamt innerhalb des Durchschnittsbereichs einer Patientenstichprobe einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in einer Studie von Renn (2006). In der Klinik Windach werden ein Großteil

der Patienten elektiv und geplant in die Klinik aufgenommen. Daher passen die Werte gut zu den in der Stichprobe ermittelten Werten. Die Mittelwerte für eine Bevölkerungsstichprobe zeigen sich in der Studie von Renn (2006) in den Bereichen schizotyp, vermeidend-selbstunsicher, dependent, zwanghaft und Borderline niedriger als in der Stichprobe der Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen. Patienten einer psychosomatischen Klinik weisen eine höhere Persönlichkeitsstörungsprävalenz auf als die Prävalenz innerhalb der Allgemeinbevölkerung (siehe *Kapitel 2.1.2 Prävalenzen*). Die restlichen Werte liegen innerhalb der Spannweite der Durchschnittswerte der Bevölkerungsstichprobe.

Die Übereinstimmung der Mittelwerte der Stichprobe dieser Arbeit mit den Mittelwerten von Cluster B und C in der psychiatrischen Stichprobe der Studie von Schotte et al. (2004), in die 659 Personen der flämischen Allgemeinbevölkerung und 487 psychiatrische stationäre Patienten mit einer hohen Prävalenz diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV einbezogen wurden, könnte der These von Fiedler und Herpertz entsprechen, in der sie den emotional-instabilen, dependenten und den ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen eine höhere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote zusprechen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 212). Ein Grund hierfür könnte der häufig stark ausgeprägte Leidensdruck der Borderline-Persönlichkeitsstörungen sein (Bohus & Schmahl, 2006). Hierfür spricht auch die hohe Anzahl psychotherapeutischer Angebote für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, wie das bereits erwähnte DBT-Programm (Bohus & Schmahl, 2006; Linehan, 1996).

## 6.2. Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 1

*Hypothese 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Summenwerten von SEFP-S und OPD-SFK*

Die Korrelation der Gesamtwerte der beiden Fragebögen ergab erwartungsgemäß einen hohen Wert ( $r=.83$ ,  $p<.001$ ). Dieses Ergebnis stellt einen positiven Zusammenhang der beiden Gesamtwerte dar. Zeigt sich also beim SEFP-S ein hoher Wert, kann ein ebenfalls hoher Wert im OPD-SFK erwartet werden. Für die Fragestellung dieser Arbeit bedeutet dies: liegt ein niedriges Funktionsniveau nach dem Alternativen DSM-5-Modell vor, liegt wahrscheinlich ebenso ein niedriges Strukturniveau nach Achse IV der OPD vor. Hierdurch bestätigt sich auch in dieser Arbeit die Vermutung einer hohen Übereinstimmung der beiden Konzepte, was bereits in verschiedenen Studien belegt wurde (Benecke et al., 2009; Zimmermann et al., 2013; Zimmermann, 2014a; Zimmermann, Dahlbender et al., 2015). Sowohl das Funktionsniveau, als auch das Strukturniveau unterscheiden in Fähigkeitsbereiche im *Selbst-* und im *Außenbezug*. Zimmermann et al. (2012) sehen eine Zuordenbarkeit der Funktionsniveaus des DSM-5 zu den Strukturniveaus des OPD und Zimmermann et al. (2013) ordnen beispielsweise eine „mittelgradige Beeinträchtigung (Level 2) auf der LPFS in etwa einem mäßig bis gering integrierten Strukturniveau (Level 2,5) nach OPD-2“ (Zimmermann et al., 2013) zu „und die LPFS-Fähigkeit zur Nähe wird durch die OPD-Facetten Bindungsfähigkeit, Interessenausgleich und Schutz von Beziehungen abgebildet“ (Zimmermann et al., 2013). Das neue Konzept im alternativen Modell für Persönlichkeitsstörung des DSM-5 nähert sich somit dem bereits etablierten psychodynamischen Konzept der OPD an.

Bei eingehender Untersuchung der Fragebögen OPD-SFK und SEFP-S fallen auch hier große Ähnlichkeiten auf: Die Skala zur Beantwortung der Fragen reicht beim OPD-SFK fünfstufig von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ und beim SEFP-S von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“. Im Unterschied zum SEFP-S besitzt der OPD-SFK einen „neutralen“ Wert („teils/teils“). Dennoch ähneln sich die Formulierungen und Abstufungen der Skalen deutlich.

Bei Betrachtung der einzelnen Items zeigen sich ebenfalls viele Ähnlichkeiten. So weist der SEFP-S beispielsweise das Item „Anderen Menschen nahe zu kommen, macht mich nur verletzbar und ist das Risiko eigentlich nicht wert.“ (Müller, 2019) und im OPD-SFK ist das Item „Wenn man andere zu nahe an sich heranlässt, kann das gefährlich werden.“ (Ehrenthal et al., 2015) integriert. Beide Items implizieren Angst vor Verletzung durch Andere. Ein weiteres Beispiel stellen die Items „Ich verstehe meine Gefühle und mein Verhalten kaum.“ (SEFP-S) (Müller, 2019) und „In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht

beschreiben könnte.“ (OPD-SFK) (Ehrenthal et al., 2015) dar, die beide auf Defizite im Selbst und das Verständnis von Emotionen abzielen.

Die OPD und somit auch der OPD-SFK fußen auf psychodynamischen Grundlagen und sind bisher vor allem im deutschsprachigen Raum verbreitet (Berberich, 2014). Der Ansatz der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung über das Vorliegen eines eingeschränkten Strukturniveaus wurde in der OPD schon vor fast 30 Jahren genutzt. Das Alternative Modell im DSM-5, mit seiner Diagnostik des Funktionsniveaus mittels der SEFP wurde aus mehreren Strömungen entwickelt. Hier fließen unter anderem Ansätze der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der Persönlichkeitspsychologie ein (Zimmermann, Brakemeier et al., 2015). Das Modell, das ursprünglich aus dem amerikanischen Sprachraum stammt, wird mittlerweile in der internationalen Fachöffentlichkeit rezipiert. Umso wichtiger ist es, die Zusammenhänge, aber auch die Unterschiede des bereits langjährig bestehenden OPD-SFK und des neuen Fragebogens, dem SEFP-S, darzustellen. Mit der vorliegenden Arbeit wurde die Vergleichbarkeit beider Systeme auf eine breitere empirische Basis gestellt.

Der Fragebogen SEFP-S ist mit 80 Items im Gegensatz zum OPD-SFK mit 12 Items wesentlich umfangreicher. An dieser Stelle muss berücksichtigt werden, dass die Werte dieser Studie auf Basis eines Fragebogens in Langversion (SEFP-S) und eines Fragebogens in Kurzversion (OPD-SFK) erhoben wurden. Das Studiendesign erfolgte unter Berücksichtigung organisatorischer Gegebenheiten und der Belastbarkeit der Patienten. Ehrenthal et al. (2015) konnten in ihrer Studie den OPD-SFK als geeignetes Screeninginstrument des OPD-SF bewerten, weshalb der Einsatz dieser verschiedenartigen Fragebogenformen aussagekräftige Ergebnisse liefert. Im OPD-SFK finden sich lediglich Items, welche maladaptive Muster beschreiben („Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.“ (Ehrenthal et al., 2015)), während der SEFP-S sowohl defizitär formulierte Items („Obwohl ich es versuche, gelingt es mir nicht, glückliche und stabile Beziehungen zu anderen Menschen aufrechtzuerhalten.“ (Müller, 2019)), als auch solche mit hervorgehobenen Fähigkeiten („Ich bin in der Lage, mich in vielen verschiedenen Situationen angemessen zu verhalten.“ (Müller, 2019)) aufweist. Durch die negativ gewichteten Skalenwerte im SEFP-S gleicht sich dies aber offenbar wieder aus.

Der SEFP-S und der OPD-SFK weisen durch ihre Ähnlichkeiten eine gewisse Redundanz auf, dennoch bietet die Diagnostik mittels der weiteren Achsen der OPD, neben den rein deskriptiven Verfahren wie die SEFP, zusätzlich eine Diagnostik der Konflikte und Beziehungen und kann somit zum Einen dem genaueren Verständnis der Aufrechterhaltung und Entstehung von Persönlichkeitsstörungen dienen (Henkel et al., 2018) und zum Anderen die Konflikte, die

durch die Persönlichkeitsstörung entstanden sind, evaluieren. Hierdurch könnten weitere Therapieverfahren und therapeutische Ansätze, die nicht nur auf das aktuelle Störungsbild ausgerichtet sind, sondern den spezifischen zugrundeliegenden Mechanismen jedes Individuums gewidmet sind, entstehen, was wiederum einer langfristigen Verbesserung der Persönlichkeitsfunktion dienen könnte. Die verfahrensübergreifende Annäherung kann der Weitergabe von Informationen zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und auch der Übertragbarkeit der psychodynamischen auf die psychiatrische Diagnostik dienen (Zimmermann et al., 2012), weshalb sowohl der OPD-SFK, als auch der SEFP-S wichtige Meilensteile in der forschungsadaptierten Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen darstellen.

### 6.3. Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 2

*Hypothese 2: Die entsprechenden Dimensionen des SEFP-S und des OPD-SFK zeigen jeweils einen Zusammenhang untereinander*

Insgesamt korrelieren alle Subskalen des SEFP-S mit allen Subskalen des OPD-SFK untereinander signifikant mittelhoch bis hoch. Die Korrelationskoeffizienten reichen von  $r=.41$  bis  $.78$ . Somit zeigt sich zusätzlich zu dem signifikanten Zusammenhang aus Hypothese 1 ein signifikanter Zusammenhang der Subskalen der beiden Konstrukte untereinander, was vermuten lässt, dass „die Skalen des OPD-SFK gut zum Konzept der LPFS des DSM-5“ (Ehrenthal et al., 2015) passen.

Im Folgenden wird mehrfach eine Vergleichsdarstellung des alternativen Modells im DSM-5 (SEFP) mit der Strukturachse der OPD-2 zur Diskussion herangezogen (Berberich, 2014). Übersetzungen stammen aus der LPFS und sind vom Autor selbst vorgenommen.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs von *Identität* (SEFP-S) mit *Selbst* (OPD-SFK) fand sich eine hohe Korrelation ( $r=.78$ ,  $p<.001$ ), was einen signifikanten Zusammenhang dieser beiden Konstrukte zeigt. Die Bereiche Selbst und Interpersonell der SEFP sind wiederum in je zwei untergeordnete Bereiche (Identität und Selbststeuerung sowie Empathie und Nähe) unterteilt (Berberich, 2014). Diese teilen sich wiederum in mehrere Subitems auf. In der OPD-2 teilen sich die Bereiche in Selbstdimensionen und Objektdimensionen auf, die wiederum Subitems beinhalten. So entspricht der Bereich Identität der SEFP einem Strukturitem (Identität) im Bereich Selbst des OPD (Berberich, 2014), wodurch sich der Zusammenhang gut erklären lässt.

Ebenso korrelierten die anderen Dimensionen des OPD-SFK deutlich niedriger mit der Subskala Identität des SEFP-S. Der Wert der Korrelation von *Identität* (SEFP-S) mit *Kontakt* (OPD-SFK) zeigt sich ebenfalls hoch ( $r=.70$ ,  $p<.001$ ). Beide Subskalen beinhalten als zentralen Teil das Konstrukt Selbstwert und damit selbstwertregulatorische Fähigkeiten.

Bei der Korrelation der Subskala *Selbststeuerung* (SEFP-S) mit den Subskalen des OPD-SFK zeigt sich der deutlichste Zusammenhang bei der Korrelation der Subskala *Selbststeuerung* (SEFP-S) und *Selbst* (OPD-SFK) ( $r=.65$ ,  $p<.001$ ). Ebenso zeigt sich jedoch ein hoher Wert der Pearson Korrelation bei *Selbststeuerung* (SEFP-S) und *Kontakt* (OPD-SFK) ( $r=.63$ ,  $p<.001$ ). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in die Subdimension *Kontakt* (OPD-SFK) auch der Bereich *Selbstwertregulation* mit eingeflossen ist, wodurch ein Teilbereich der *Selbststeuerung* aus dem SEFP-S miteinbezogen sein könnte.

Wie vermutet zeigen sich bei der Korrelation der Subskala *Empathie* (SEFP-S) mit den Subskalen *Kontakt* ( $r=.59$ ,  $p<.001$ ) und *Beziehung* ( $r=.58$ ) (OPD-SFK) hohe Korrelationskoeffizienten. Der Wert der Korrelation mit der Subskala *Selbst* ( $r=.56$ ,  $p<.001$ ) (OPD-SFK) lässt sich am ehesten durch die Verwandtschaft der beiden Subskalen über die Fähigkeit zur Reflexion über eigenes Handeln erklären. So ist im Fähigkeitsbereich *Empathie* der SEFP das Subitem *Antizipation* vorhanden, welches sich in der OPD-2 im Bereich Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs findet (Berberich, 2014). Eine Person die sich gut selbst reflektieren kann, kann auch die Auswirkung des eigenen Verhaltens auf Andere abschätzen.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs der Subskala *Nähe* (SEFP-S) mit der Subdimension *Kontakt* (OPD-SFK) ergibt sich ein hoher Wert von  $r=.70$  ( $p<.001$ ), was eine hohe Übereinstimmung der theoretischen Inhalte dieser Subskalen anzeigt. Ebenso ergibt sich ein hoher Wert bei der Korrelation von *Nähe* (SEFP-S) und *Beziehung* (OPD-SFK) ( $r=.65$ ,  $p<.001$ ), was ebenfalls auf eine hohe Übereinstimmung schließen lässt. Dies lässt sich durch den gemeinsamen konzeptuellen Ansatz von Beziehungserfahrungen und den Umgang mit Beziehungen erklären.

Interessant für zukünftige Fragestellungen präsentiert sich auch der Korrelationswert der Subskala Identität des SEFP-S mit dem OPD-SFK-Gesamtwert. Diese korrelieren bei  $r=.81$  miteinander, was einen ähnlich hohen Wert wie die Korrelation der Gesamtwerte der beiden Fragebögen ( $r=.83$ ) darstellt. Daraus ergibt sich die Vermutung, dass das Konstrukt der Subskala Identität zu einem Großteil das Konstrukt des Strukturniveaus repräsentieren könnte.

#### 6.4. Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3

*Hypothese 3: Das Überschreiten eines Cut-off Wertes im ADP-IV zeigt einen Zusammenhang mit dem Überschreiten des Cut-off Wertes im SEFP-S*

Die Überprüfung mittels Chi-Quadrat-Test zeigt einen statistisch signifikanten Zusammenhang der Variablen „mindestens eine Persönlichkeitsstörung im ADP-IV“ und „Cut-off-SEFP-S überschritten“.

Von 87 Teilnehmern/Teilnehmerinnen die im ADP-IV den Cut-off-Wert für mindestens eine PS überschritten (100%) hatten, lag bei 24 Personen (27,6%) zeitgleich ein überschrittener Cut-off-Wert des SEFP-S vor. 63 Personen (72,4%) hatten zwar im ADP-IV den Wert für eine PS überschritten, im SEFP-S den Cut-off-Wert jedoch nicht. Bei Fragebögen zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörung liege laut Doering et al. (2007) oftmals eine Neigung zur Überdiagnostik vor. So lässt sich dieses Ergebnis auch in der vorliegenden Arbeit gut erklären. Ebenso wie zahlreiche andere Fragebögen, darunter zum Beispiel das „Millon Multiaxial Inventory“ (Millon et al., 1994) und der SKID-II Screening-Fragebogen (Fydrich et al., 1997), kann der ADP-IV keine „befriedigende Übereinstimmungsvalidität mit kategorialen Interview-Diagnosen“ (Renn et al., 2008) liefern. Sie empfehlen, den ADP-IV als Screening-Instrument ergänzend zu weiterer Diagnostik zu verwenden. Er eignet sich, mit seinem negativ-prädiktiven Wert von über 99%, besonders gut dafür, das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung auszuschließen (Renn et al., 2008). Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung in der dimensional Auswertung des ADP-IV zeige sehr unzuverlässig an, ob wirklich eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, könne jedoch, bei Auffälligkeiten im klinischen Eindruck, „Erfolg versprechend für eine Screening-Diagnostik zum Ausschluss von Persönlichkeitsstörungen verwandt“ (Renn et al., 2008) werden.

Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es einige Überschneidungen der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen mittels der Kriterien des DSM-IV mit der Bestimmung des Funktionsniveaus mittels SEFP-S gibt. Allerdings lässt der geringe Überschneidungsgrad von nur 27,6% vermuten, dass doch große Unterschiede zwischen den Konstrukten Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV und der Diagnostik des Funktionsniveaus bestehen.

Darüber hinaus könnte dieses Teilergebnis zum einen, wie oben erwähnt, auf die mögliche Überdiagnostik mittels dem Fragebogen ADP-IV hinweisen, zum anderen auch auf einen höheren positiv-prädiktiven Wert des SEFP-S im Gegensatz zu den bisherigen etablierten Fragebögen. Das würde bedeuten, der SEFP-S kann bei auffälligen Werten sehr gut das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vorhersagen. Dies sollte in zukünftigen Untersuchungen zum

Vergleich der Ergebnisse des SEFP-S Fragebogen mit etablierten Interview-Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen überprüft werden.

### 6.5. Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 4

*Hypothese 4: Der Summenwert des ADP-IV hängt mit dem Summenwert des SEFP-S zusammen*

Der Korrelationskoeffizient nach Pearson ergibt einen hohen Wert ( $r=.83$ ,  $p<.001$ ) bei der Korrelation der Summenwerte des ADP-IV und des SEFP-S. Somit besteht ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang der beiden Variablen. Für die Fragestellung bedeutet dies: zeigt sich ein hoher Summenwert im ADP-IV, kann von einem hohen Summenwert, sprich einem niedrigen Funktionsniveau, im SEFP-S ausgegangen werden.

Ein möglicher Erklärungsansatz wäre ein Zusammenhang der Anzahl von Persönlichkeitsstörungskriterien mit einem niedrigen Funktionsniveau oder auch ein Zusammenhang der Ausprägungsstärke von Persönlichkeitsstörungskriterien mit einem niedrigem Funktionsniveau. Je mehr dysfunktionale Bereiche also im ADP-IV als vorhanden beantwortet werden, desto niedriger zeigt sich das Funktionsniveau der Persönlichkeit im SEFP-S. Daraus lässt sich schließen, dass sich eine Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit in beiden Fragebögen anhand der Gesamtscores widerspiegelt. Daran zeigt sich wiederum deutlich, dass das Funktionsniveau der Persönlichkeit umso niedriger liegt, umso mehr Bereiche der Persönlichkeitseigenschaften von Einschränkungen betroffen sind. Die Persönlichkeitsstörungen aus dem Teil II des DSM-5 zeigen, wie bereits in *3.1.4 Hypothese 4: Der Summenwert des ADP-IV hängt mit dem Summenwert des SEFP-S zusammen* beschrieben, zumindest in Teilen, einen deutlichen Zusammenhang mit den entsprechenden Traits im Kriterium B des alternativen Modells aus Teil III des DSM-5 (Anderson et al., 2014; Zimmermann et al., 2019). Zugleich liegen in weiteren Studien Hinweise vor, dass Kriterium A und Kriterium B des alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen hohe positive Korrelationen aufweisen (Caspi & Moffitt, 2018; Sharp et al., 2015; Widiger et al., 2019). Da die Traits des alternativen Modells zumindest teilweise in bestimmten Persönlichkeitsstörungen der bisherigen Diagnosen aus Teil II des DSM-5 wiederzufinden sind (Anderson et al., 2014) und Kriterium A und B, wie oben beschrieben, einen deutlichen Zusammenhang ausweisen, könnte der Zusammenhang des Gesamtwertes des ADP-IV mit dem Gesamtwert des SEFP-S damit erklärbar sein. Dieses Ergebnis spricht zusätzlich für den gewünschten fließenden Übergang der bisherigen Diagnostik in Teil II des DSM-5 zum neuen Alternativen Modell für Persönlichkeitsstörung. Eventuell könnte dann auch die Anzahl bisheriger Persönlichkeitsstörungsdiagnosen aus dem Teil II des DSM-5 auf Einschränkungen im Funktionsniveau hinweisen, was eine Fragestellung zukünftiger Forschungen darstellen könnte.

## 7. Fazit

Die Werte der Stichprobe decken sich mit vielen zuvor erhobenen Werten (Ehrenthal et al., 2015; Morey, 2017a) bezüglich OPD-SFK sowie SEFP-S, somit kann die Stichprobe als repräsentativ für ein klinisches Setting gewertet werden. Besonders hervorzuheben ist der starke Zusammenhang der Fragebögen SEFP-S und OPD-SFK, sowohl der Gesamtwerte, als auch der Subdimensionen, was die Nähe des Funktionsniveau-Konzepts zum Konzept des Strukturlevels unterstreicht. Ebenso wurde in dieser Studie, trotz einiger Unterschiede der Fragebögen, die erhoffte Übertragbarkeit der Ergebnisse psychodynamischer Diagnostik zu deskriptiven Verfahren bestätigt und die erhaltene Nähe zu bisherigen Forschungsinstrumenten der klassifikatorischen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV) aufgezeigt. Im klinischen Kontext erscheint das Beibehalten der bisherigen Diagnosen zunächst sinnvoll, ermöglichen sie doch eine einfache Weitergabe von Informationen, eine Möglichkeit der Orientierung für PatientIn und TherapeutIn und eine Abrechnungsklarheit gegenüber Krankenkassen. Ebenso sind viele aktuelle Therapieprogramme, so zum Beispiel die DBT-Therapie, auf spezifische Störungsbilder ausgelegt. Dieser Argumentation folgt, nach Bemänglung durch führende Gesellschaften, auch die ICD-11 und führte im aktuellen ICD-11 Vorschlag eine sechste Domäne durch das sogenannte Borderline-Muster ein (Berberich, 2019).

Auf der anderen Seite bietet ein Umdenken in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörung, hin zu einer Struktur- bzw. Funktionsniveaudiagnostik, die Möglichkeit bestehende Diagnosen an das vorliegende Störungsbild anzupassen, es also klarer abzubilden, Therapieprozesse auf die Problembereiche Selbst und Andere zu fokussieren und die Probleme der kategorialen Diagnostik, wie Komorbidität, Heterogenität und Diskontinuität zu überwinden.

Das zweischrittige Vorgehen stellt einen Meilenstein der Diagnostik dar. Eine Überprüfung des Funktionsniveaus als obligater Schritt auf dem diagnostischen Weg liefert eine sichere ganzheitliche Überprüfung der Einschränkungen der Persönlichkeit eines Individuums. Durch den zweiten Schritt der Zuordnung von Facetten, mittels Kriterium B, gelingt es, dass Patienten/Patientinnen, die bisher keiner der derzeit vorhandenen Kriteriensets von Persönlichkeitsstörungen zugeordnet werden konnten, nicht mehr durch das bisherige Raster fallen. Diese Zuordnung von Domänen und Facetten ermöglicht eine wesentlich detaillierte Beschreibung der Problematik und damit eine auf den/die Patienten/Patientin zugeschnittene Therapie. Zum Beispiel kann nun eine Person, die bisher die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung hatte, jedoch weitere Kriterien aus anderen Persönlichkeitsstörungen, wie zum Beispiel Ängste vor

Ablehnung in sozialen Situationen (Selbstunsicher-Vermeidende Persönlichkeitsstörung) oder Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert (Zwanghafte Persönlichkeitsstörung), umfassender therapiert werden, da diese Kriterien bis dato nicht in einer Diagnose aufgeführt werden konnten. Ebenso kann eine dem Strukturniveau angemessene Therapie, mit individuellen, ressourcenfördernden Interventionen besser auf den/die Patienten/Patientin zugeschnitten werden, was, wie bereits in 2.3.3 *Das alternative Modell im DSM-5 als Weiterentwicklung* beschrieben, als Persönlichkeitsprofil erfolgen könnte (Zimmermann et al., 2013). Frühzeitige Erkennung von problematischen Persönlichkeitsmerkmalen (Somma et al., 2016), bessere Therapeuten-Patienten-Kommunikation (Bender et al., 2011) und langfristig ein besseres Outcome (Bender et al., 2011) könnten anzustrebende Ziele sein. Die Erfassung des Funktionsniveaus stellt eine notwendige und nützliche Neuerung in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen dar (vgl. Bender et al., 2018).

## 8. Limitationen

Einschränkungen der Ergebnisse bestehen in der Auswahl der Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen, die sich lediglich auf stationäre Patienten/Patientinnen einer psychosomatischen Klinik beschränkt. Die Ergebnisse können also nicht auf eine nicht-klinische Population übertragen werden.

Eine interessante Fragestellung, die jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, wäre eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Art der Behandlungsdiagnosen und hohen Werten im SEFP-S. Ebenso wäre eine Untersuchung des Ausprägungsgrads der Symptombelastung und seiner Einflüsse auf die Ergebnisse des SEFP-S interessant gewesen.

In der Studie wurde der OPD-SFK verwendet, eine Kurzversion des Originalfragebogens. Die Zusammenhänge wurden, aufgrund des damaligen Entwicklungsstands, jedoch mittels dem SEFP-S untersucht. Mittlerweile existiert im englischen Sprachraum eine Kurversion der LPFS-SR, die LPFS-BF (Hutsebaut et al., 2016). In den Untersuchungen wäre es möglich gewesen, die Langversion des OPD-SFK, den OPD-SF zu verwenden, dieser wurde jedoch aufgrund der möglichen starken Belastung der Probanden/Probandinnen durch die Anzahl von Fragen, sowie aufgrund der bereits langjährigen Etablierung des OPD-SFK nicht verwendet. Der Ausschluss von Patienten, die nicht in die in *4.3 Akquise und Befragung der Teilnehmer/Teilnehmerinnen* genannten Kriterien gepasst haben, kann eine mögliche, jedoch wahrscheinlich als gering einzuschätzende, Einschränkung der Aussagekraft darstellen.



## 9. Ausblick auf weitere Forschung

### 9.1. Einführung des ICD-11

2011 wurden die Stimmen lauter, die eine Neuentwicklung des Kapitels für Persönlichkeitsstörungen forderten (Zimmermann et al., 2019). Seit 2014 befindet sich nun das Kapitel für Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 in Entwicklung (Herpertz, 2018). Im Mai wurde sie von der World Health Assembly (WHA72) (World Health Assembly, 2019) verabschiedet. Die Einführung des neuen Diagnosemanuals ICD-11 soll im Januar 2022 erfolgen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, o. J.). Nach ICD-11 soll im ersten Schritt das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung überprüft werden. Hierfür berücksichtigt sie maladaptive Muster von Kognitionen, Emotionen und Verhalten sowie Einschränkungen der Funktionen des Selbst, womit sich Ähnlichkeiten zum DSM-5 ergeben (Herpertz, 2018). Auch die Aufteilung des Konzepts Selbst in Funktionen der Bereiche Identität, Selbstwert, Selbstregulation und das Konzept der interpersonellen Beziehungen zeigt Ähnlichkeiten zum DSM-5. Das lang miteinbezogene Kriterium der Stabilität seit der Adoleszenz wird aufgegeben, da es sich in Studien als nicht haltbar erwies und gegen das Kriterium der Stabilität seit über zwei Jahren eingetauscht (Gunderson et al., 2011). Die Einschätzung des Schweregrades, kann mit dem Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD) erfolgen (Herpertz, 2018).

Der dritte Schritt wird in der ICD-11 optional angeboten: hier kann eine Überprüfung vorhandener Merkmalsdomänen erfolgen. Diese Merkmalsdomänen sind Negative Affektivität, Dissozialität, Enthemmung, Zwanghaftigkeit und Distanziertheit (Herpertz, 2018) und sollen eine „therapierelevante nähere Charakterisierung ermöglichen“ (Herpertz, 2018). Die Merkmalsdomänen entsprechen weitgehend denen des DSM-5, es fehlt die Domäne Psychotizismus, dafür enthält die ICD-11 jedoch die Domäne Zwanghaftigkeit (Herpertz, 2018). Lediglich die Borderline- Diagnose wird als Merkmalsdomäne beibehalten, aus gesundheitspolitischen und da sie sich grundlegend von den anderen Diagnosen unterscheiden soll (Herpertz, 2018).

Die ICD-11 mit ihrem Kapitel für die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung präsentiert sich laut Herpertz (2018) in der Handhabung einfacher als das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5, kann von nicht-spezialisierten Klinikern verwendet werden und ermöglicht eine Verlaufskontrolle, Risikoabschätzung und unnötige artifiziell erzeugte Komorbiditäten. Dies soll in zukünftigen Studien, insbesondere nach internationalen Anwendungen erneut evaluiert werden.

## 9.2. Zukünftige Fragestellungen

Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen befindet sich im Umbruch. Dieser Studie werden dementsprechend viele weitere folgen. Aufgrund der weiterhin bestehenden Uneinigheiten und Unsicherheiten werden diese Studien diverse Fragestellungen verfolgen müssen. Diese werden unter anderem die Unterscheidung zwischen pathologischen und „normalen“ Persönlichkeitsausprägungen fokussieren. Weitere Fragestellungen könnten die Faktorenstruktur der Instrumente zur Diagnostik des Funktionsniveaus und einen Vergleich zwischen DSM-5 und ICD-11 fokussieren. Ebenso wird sich die Forschung mit möglichen Wegen zu einer praktikablen und rationellen, dennoch validen Diagnostik befassen. Selbstbeurteilungsfragebögen stellen zunehmend ein beliebtes, praktikables und effizientes Beurteilungsinstrument dar, ihre Rolle innerhalb valider Diagnostik bleibt jedoch ebenfalls Gegenstand weiterer Forschung.

Bezüglich der Diagnostik im DSM-5 bleiben, neben den bereits oben gestellten Fragen, weitere zu klären: *Welche Rolle spielt das Konstrukt Identität für das Funktionsniveau einer Persönlichkeit? Kann der SEFP-S zuverlässig eine Verbesserung im Bereich des Funktionsniveaus unter psychotherapeutischer Behandlung erfassen? Welche Rolle spielt das Funktionsniveau für Outcome und Auswahl der Therapieform?* – Für diese Fragestellungen bedarf es unter anderem klinische Längsschnittstudien über einen längeren Behandlungszeitraum hinweg.

## Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1969). *Zur Charakterbildung auf der "genitalen" Entwicklungsstufe. Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften: 217-226.* Fischer.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. Aufl.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. Aufl.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. ed., text revision, 9. print). American Psychiatric Assoc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed.). American Psychiatric Publ.
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R. & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry research*, 216(3), 363–372. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.007>
- APA - American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. Aufl.). American Psychiatric Association.
- Arbeitskreis OPD. (2004). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual* (4., korrigierte Aufl.). Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung.* Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3., überarbeitete Auflage). Verlag Hans Huber.
- Balsis, S., Lowmaster, S., Cooper, L. D. & Benge, J. F. (2011). Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology. *Journal of personality disorders*, 25(1), 115–127. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.115>
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action.* Prentice-Hall.

- Barnow, S., Stopsack, M., Ulrich, I., Falz, S., Dudeck, M., Spitzer, C., Grabe, H.-J. & Freyberger, H. J. (2010). Prävalenz und Familiarität von Persönlichkeitsstörungen in Deutschland: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(09/10), 334–341. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1234047>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187–211. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.187.23439>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment (Oxford medical publications)*. Oxford University Press.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1999). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (4. Aufl.). Beltz Psychologie Verlagsunion.
- Bellak, L., Chassan, J. B., Gediman, H. K. & Hurvich, M. (1973). Ego functional assessment of analytic psychotherapy combined with drug therapy. *J Nerv Ment Dis*, 157(6), 465–469.
- Bellak, L. & Hurvich, M. (1969). A systematic study of ego functions. *J Nerv Ment Dis*, 148(6), 569–585.
- Bender, D. S., Morey, L. C. & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bender, D. S., Zimmermann, J. & Huprich, S. K. (2018). Introduction to the Special Series on the Personality Functioning Component of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Journal of personality assessment*, 100(6), 565–570. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1491856>
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W. & Doering, S. (2009). Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse [First results on the reliability and validity of the OPD-2 axis structure]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(1), 84–96. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.1.84>
- Berberich, G. (2014). Das alternative DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen. Ein Vergleich mit der Strukturachse der OPD-2. *Persönlichkeitsstörungen PTT*, 18, 29–45.

- Berberich, G. (2018a). Ideengeschichte und Konzepte in Psychoanalyse, Kognitiver Verhaltenstherapie und Persönlichkeitspsychologie. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hg.), *Persönlichkeitsstörungen: Update zu Theorie und Therapie* (S. 16–27). Schattauer.
- Berberich, G. (2018b). Kategorien, Verfahren, Programme- Evidenzbasierte Therapie im Überblick. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hg.), *Persönlichkeitsstörungen: Update zu Theorie und Therapie* (S. 400–411). Schattauer.
- Berberich, G. (2019). Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11. *Ärztliche Psychotherapie*, 14(1), 41–45. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/aep-14-1-41>
- Berberich, G. & Zaudig, M. (2015). Das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s11757-015-0322-7>
- Bernstein, D. P., Iscan, C. & Maser, J. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of personality disorders*, 21(5), 536–551. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.536>
- Blanck, G. & Blanck, R. (1974). *Ego Psychology: Theory and Practise*. Columbio University Press.
- Bohus, M., Stieglitz, R. D., Fiedler, P. & Berger, M. (1999). Persönlichkeitsstörungen. In M. Berger (Hg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 2006(49). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/53738/Psychopathologie-und-Therapie-der-Borderline-Persoenlichkeitsstoerung>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. Basic Books.
- Bremer, J. (1951). A social sychiatric investigation of a small community in northern Norway. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, 1–166 (62).
- Brieger, P., Ehrt, U. & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive psychiatry*, 44(1), 28–34. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50009>

- Cantwell, D. & Rutter, M. (1994). Classification: conceptual issues and substantive findings. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersou (Hg.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (3. Aufl.). Blackwell.
- Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *The American journal of psychiatry*, 175(9), 831–844.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>
- Clark, L. A. (1999). Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. In C. R. Cloninger (Hg.), *Personality and psychopathology*. (S. 219–244). American Psychiatric Publishing.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual review of psychology*, 58, 227–257.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie* (2., aktualisierte und neubearb. Aufl.). Schattauer.
- Cloninger, C. R. (1987a). A systematic method for the clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*(44), 573–588.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13.
- Crocq, M.-A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 147–153. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24174889>
- Dahlbender, R. W. & Tritt, K. (2011). Einführung in die OPD. *Psychotherapie*, 16(1), 28–39.  
<https://cip-medien.com/wp-content/uploads/03.Dahlbender.pdf>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (o. J.). *ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed.). (2013). American Psychiatric Publ.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien* (Nachdr., 16. - 30. Tsd). Huber. (Erstveröffentlichung 1991)

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber. (Erstveröffentlichung 1993)
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Hogrefe Verlag. <http://d-nb.info/1072777193/04>
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N., Schatz, D. S., Schotte, C., DeDoncker, D. & Schüssler, G. (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV) [Validation of the "Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)" Questionnaire]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(2), 111–128.  
<https://doi.org/10.13109/zptm.2007.53.2.111>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., South, S. C., Simms, L. J. & Clark, L. A. (2011). Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology: evidence that dimensions, but not prototypes, are robust. *Psychological medicine*, 41(6), 1151–1163.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291710001650>
- Ehrenthal, J. C. (2014). Strukturdiagnostik - Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. *Psychodynamische Psychotherapie*, 13, 103–114.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W. & Gierk, B. (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) [Development of a 12-item version of the OPD-Structure Questionnaire (OPD-SQS)]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61(3), 262–274.  
<https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.3.262>
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (Hg.). (2015). *Statistik und Forschungsmethoden: Mit Online-Materialien* (4., korrigierte auflage). Beltz.
- Essen-Möller, E. (1956). Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavia*, 1–160 (100).
- Euler, S. & Schultz-Venrath, U. (2014). Theorie und Praxis der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date*, 8(06), 393–407.  
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1387374>

- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Hogrefe.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fenichel, O. (1967a). *Hysterien und Zwangsneurosen: 3. unv. reprograf. Nachdruck*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. (Erstveröffentlichung 1931)
- Fenichel, O. (1967b). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen, Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. (Erstveröffentlichung 1931)
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton.
- Fiedler, P. (2018). Epidemiologie und Verlauf von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 85–94. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000344>
- Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7., vollständig überarbeitete Auflage). Beltz.
- First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. & Oldham, J. M. (2018). *User's guide for the SCID-5-AMPD: Structured clinical interview for the DSM-5 alternative model for personality disorders*. Module I. American Psychiatric Association Publishing.
- Fischer, H. F., Tritt, K., Klapp, B. F. & Fliege, H. (2010). Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten [Factor structure and psychometric properties of the ICD-10-Symptom-Rating (ISR) in samples of psychosomatic patients]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(8), 307–315. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214419>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta.
- Freud, S. (1976). *Das Ich und das Es* (8. Aufl., 235-289). Fischer. (Erstveröffentlichung 1923b)
- Freud, S. (1979). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (7. Aufl.). Fischer. (Erstveröffentlichung 1933a)

- Freud, S. (1981). *Die Traumdeutung* (6. Aufl.). Fischer. (Erstveröffentlichung 1900a)
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen: Interviewheft*. Hogrefe.
- Gore, W. L. & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 816–821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>
- Grenyer, B. F. S. (2018). Revising the diagnosis of personality disorder: Can it be single, clinical and factorial? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(2), 202–203. <https://doi.org/10.1177/0004867417741984>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A. & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hartmann, H. (1939). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Int Z Psychoanal Imago*, 24, 62–135.
- Haslam, N., Holland, E. & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological medicine*, 42(5), 903–920. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Haug, H.-J. & Kind, H. (2008). Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen. In H.-J. Haug & H. Kind (Hg.), *Psychiatrische Untersuchung: Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen in Praxis und Klinik* (7. Aufl., S. 77–83). Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Heim, A. K. & Westen, D. (2014). Theories of Personality and Personality Disorders. In J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Hg.), *Textbook of Personality Disorders* (2. Aufl., S. 13–38). American Psychiatric Publishing.
- Henkel, M., Zimmermann, J., Künecke, J., Remmers, C. & Benecke, C. (2018). Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 107–117. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000346>

- Hentschel, A. G. & Livesley, W. J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): factor structure, incremental validity of self-pathology, and relations to DSM-IV personality disorders. *Journal of personality assessment*, 95(5), 479–485.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2013.778273>
- Herpertz, S. C. (2018). Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11 [A new approach to classifying Personality Disorders]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 86(3), 150–155. <https://doi.org/10.1055/a-0576-7149>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M. & Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147–152.
- Hoffmann, S. O. (1979). *Charakter und Neurose: Ansätze zu einer psychoanalytischen Charakterologie*. Suhrkamp.
- Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 524–531.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01232.x>
- Hopwood, C. J., Schade, N., Krueger, R. F., Wright, A. G. C. & Markon, K. E. (2013). Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35(2).  
<https://doi.org/10.1007/s10862-012-9332-3>
- Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., Ansell, E. B. & Pincus, A. L. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of personality disorders*, 27(3), 270–295.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.270>
- Hopwood, C. J., Zimmermann, J., Pincus, A. L. & Krueger, R. F. (2015). Connecting Personality Structure and Dynamics: Towards a More Evidence-Based and Clinically Useful Diagnostic Scheme. *Journal of personality disorders*, 29(4), 431–448.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.4.431>
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F. & Schmitt, T. A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of Axis II personality disorders. *Journal of personality disorders*, 25(5), 557–570. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.557>
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. J. & Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the

- DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality disorders*, 7(2), 192–197. <https://doi.org/10.1037/per0000159>
- ICD-10 (1999).
- Kernberg, O. F. (1984). *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (1. Aufl.). Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1985). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* (2. Aufl.). Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Huber.
- Kernberg, O. F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 41(5), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s002780050037>
- Kernberg, O. F. (1997). *Wut und Hass.: Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Klett-Cotta.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein (Hg.), *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 109–126). Klett.
- Konermann, J., Hammerstein, A., Zaudig, M. & Tritt, K. (2006). Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. *Persönlichkeitsstörungen*, 10(1), 3–17.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K. E., . . . Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F. & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>

- Langner, T. S. & Michael, S. T. (1963). *Life stress and mental health: The midtown Manhattan study*. Free press Glencoe.
- Leibing, E. & Doering, S. (2006). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 51(3), 229–244. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0488-8>
- Leising, D., Erbs, J. & Fritz, U. (2010). The letter of recommendation effect in informant ratings of personality. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 668–682. <https://doi.org/10.1037/a0018771>
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien.
- Links, P. S., Ansari, J. Y., Fazalullasha, F. & Shah, R. (2014). The Relationship of Personality Disorders and Axis I Clinical Disorders. In T. A. Widiger (Hg.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of personality disorders* (S. 237–259). Oxford University Press.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 43(2), 137–147. <https://doi.org/10.1177/070674379804300202>
- Livesley, W. J. (2010). Confusion and Incoherence in the Classification of Personality Disorder: Commentary on the Preliminary Proposals for DSM-5. *Psychological Injury and Law*, 3(4), 304–313. <https://doi.org/10.1007/s12207-010-9094-8>
- Livesley, W. J. (2011). The Current State of Personality Disorder Classification: Introduction to the Special Feature on the Classification. *Journal of personality disorders*, 25(3), 269–278. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.269>
- Loranger, A. W. (1988). *International personality disorder examination (IPDE)*. Psychological Assessment Ressources. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511663215.005>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D. A. (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215–224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>

- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C. & Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256–264. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>
- Meyer, B. & Pilkonis, P. (2008). Bindungstheorie und Persönlichkeitsstörungen: konzeptuelle Zusammenhänge, empirische Ergebnisse und Behandlungsimplicationen. In B. Strauß (Hg.), *Bindung und Psychopathologie* (1. Aufl.). Klett-Cotta.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2. Aufl.). Wiley.
- Millon, T., Millon, C. & Davis, R. D. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory– III*. National Computer Systems.
- Millon, T. & Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. Wiley.
- Morey, L. C., Benson, K. T. & Skodol, A. E. (2016). Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychological medicine*, 46(3), 647–655. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002226>
- Morey, L. C. (2017a). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1302–1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
- Morey, L. C. (2017b). Supplemental Material for Development and Initial Evaluation of a Self-Report Form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pas0000450.supp>
- Morey, L. C. (2018). Application of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale by Lay Raters. *Journal of personality disorders*, 32(5), 709–720. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_305](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_305)
- Morey, L. C., Bender, D. S. & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(9), 729–735. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8>

- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J. & Skodol, A. E. (2015). Personality disorders in DSM-5: emerging research on the alternative model. *Current psychiatry reports*, 17(4), 558. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>
- Morey, L. C., Krueger, R. F. & Skodol, A. E. (2013). The hierarchical structure of clinician ratings of proposed DSM-5 pathological personality traits. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 836–841. <https://doi.org/10.1037/a0034003>
- Morey, L. C. & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of psychiatric practice*, 19(3), 179–193. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000430502.78833.06>
- Morey, L. C., Skodol, A. E. & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 123(2), 398–405. <https://doi.org/10.1037/a0036481>
- Müller, S. (2019). *SEFP-S*. Universität Kassel.
- Nielsen, J. & Nielsen, J. A. (1977). A census study of mental illness in Samsø. *Psychological medicine*(7), 491–503.
- Oldham, J. M. & Skodol, A. E. (2013). Personality and personality disorders, and the passage of time. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(8), 709–712. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.015>
- Oltmanns, T. F. & Powers, A. D. (2014). Gender and Personality Disorders. In T. A. Widiger (Hg.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of personality disorders* (S. 206–218). Oxford University Press.
- Oltmanns, T. F. & Turkheimer, E. (2006). Perceptions of Self and Others Regarding Pathological Personality Traits. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Hg.), *Personality and psychopathology* (S. 71–111). Guilford Press.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 42(6), 482–487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>

- Pilkonis, P. A., Hallquist, M. N., Morse, J. Q. & Stepp, S. D. (2011). Striking the (Im)Proper Balance between Scientific Advances and Clinical Utility: Commentary on the DSM-5 Proposal for Personality Disorders. *Personality disorders*, 2(1), 68–82.  
<https://doi.org/10.1037/a0022226>
- Pincus, A. L. (2018). An interpersonal perspective on Criterion A of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. *Current opinion in psychology*, 21, 11–17.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.035>
- Pocnet, C., Antonietti, J.-P., Handschin, P., Massoudi, K. & Rossier, J. (2018). The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 121, 11–18.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.005>
- Rauthmann, J. F. (2017a). Ansätze der Persönlichkeitspsychologie. In J. F. Rauthmann (Hg.), *Persönlichkeitspsychologie: Paradigmen – Strömungen – Theorien* (S. 25–62). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-53004-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-662-53004-7_2)
- Rauthmann, J. F. (Hg.). (2017b). *Persönlichkeitspsychologie: Paradigmen – Strömungen – Theorien*. Springer Berlin Heidelberg.
- Reich, W. (1925). *Der triebhafte Charakter*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse: Techniken und Grundlagen*. Selbstverlag.
- Renk, K. & Zimmermann, J. (2018). Diagnostische Verfahren zum alternativen DSM-5-Modell. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hg.), *Persönlichkeitsstörungen: Update zu Theorie und Therapie* (S. 120–131). Schattauer.
- Renn, D. (2006). *Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen: ADP-IV;: psychometrische Prüfung der deutschen Version* [, Leopold-Franzens Universität, Innsbruck].  
RIS.
- Renn, D., Höfer, S., Schüßler, G., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N. & Doering, S. (2008). Dimensionale Diagnostik mit dem Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(3), 212–226.

- Roberts, B. W. & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>
- Rohde-Dachser, C. (1995). *Das Borderline-Syndrom* (5. überarb. und erg.). Huber.
- Rojas, S. L. & Widiger, T. A. (2017). Coverage of the DSM-IV-TR/DSM-5 Section II Personality Disorders With the DSM-5 Dimensional Trait Model. *Journal of personality disorders*, 31(4), 462–482. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2016\\_30\\_262](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_262)
- Rudolf, G. (2006). Psychoanalytische Therapie struktureller Störungen.: Behandlung "as usual" oder strukturbezogene Modifikation. In A. Springer, A. Gerlach & A. M. Schlösser (Hg.), *Störungen der Persönlichkeit* (S. 93–112). Psychosozial-Verlag.
- Rudolf, G. (2013). Diagnostik struktureller Störungen. In G. Schneider & G. H. Seidler (Hg.), *Internalisierung und Strukturbildung.: Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Psychosozial-Verlag.
- Rudolf, G. & Jakobsen, T. H. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Schattauer.
- Samuel, D. B. & Bucher, M. A. (2017). Assessing the assessors: The feasibility and validity of clinicians as a source for personality disorder research. *Personality disorders*, 8(2), 104–112. <https://doi.org/10.1037/per0000190>.
- Saß, H. (1986). Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. *Der Nervenarzt*(57), 193–203.
- Saß, H. (2018). Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hg.), *Persönlichkeitsstörungen: Update zu Theorie und Therapie* (S. 3–15). Schattauer.
- Schauenburg, H., Dinger, U., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Horsch, L., Ehrental, J. & Grande, T. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF). In S. Doering & S. Hörz (Hg.), *Psychotherapie. Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (1. Aufl., S. 284–307). Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Schepank, H., Hilpert, H., Hönnmann, H., Janta, B., Parekh, H., Riedel, P., Schiessl, N., Stork, H., Tress, W. & Weinhold-Metzner, M. (1984). Das Mannheimer Kohortenprojekt - Die

- Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*(30), 43–61.
- Schotte, C. K. W., Doncker, D. A. M. D., Dmitruk, D., van Mulders, I., D'Haenen, H. & Co-syns, P. (2004). The ADP-IV Questionnaire: Differential Validity and Concordance with the Semi-Structured Interview. *Journal of personality disorders*, 18(4), 405–419.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2004.18.4.405>
- Schultz-Hencke, H. (1968). *Der gehemmte Mensch: Entwurf eines Lehrbuchs der Neo-Psychanalyse*. Thieme. (Erstveröffentlichung 1940)
- Schultz-Hencke, H. (1970). *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Thieme. (Erstveröffentlichung 1951)
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G., Petermann, F. & Krischer, M. K. (2011). Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 20(4), 256–264.  
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000063>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J. & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 387–398.  
<https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Simonsen, S. & Simonsen, E. (2014). Contemporary Directions in Theories and Psychotherapeutic Strategies in Treatment of Personality Disorders: Relation to Level of Personality Functioning. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 141–148.  
<https://doi.org/10.1007/s10879-014-9261-4>
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>
- Skodol, A. E. (2014). Manifestations, Assessment, and Differential Diagnosis. In J. M. Oldham & Skodol, Andrew E. Bender, Donna S. (Hg.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (2. Aufl., S. 131–164). American Psychiatric Publishing.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., Krueger, R. F., Verheul, R., Bell, C. C. & Siever, L. J. (2011). Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders*, 25(2), 136–169.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.136>

- Skodol, A. E., Bender, D. S. & Oldham, J. M. (2014). An alternative model for personality disorders: DSM-5 Section III and beyond. In J. M. Oldham & Skodol, Andrew E. Bender, Donna S. (Hg.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (2. Aufl., S. 511–544). American Psychiatric Publishing.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A. & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *159*(2), 276–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- Somma, A., Fossati, A., Terrinoni, A., Williams, R., Ardizzone, I., Fantini, F., Borroni, S., Krueger, R. F., Markon, K. E. & Ferrara, M. (2016). Reliability and clinical usefulness of the personality inventory for DSM-5 in clinically referred adolescents: A preliminary report in a sample of Italian inpatients. *Comprehensive psychiatry*, *70*, 141–151. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.006>
- Stevenson, J., Meares, R. & Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *160*(1), 165–166. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.165>
- Suiter, T. (2018). *Geschichte der Klinik Windach* (Nr. 11.08.2018). <https://klinik-windach.de/unsere-klinik/geschichte/>
- Sulz, S. K.S. (2011). Makro-Verhaltensanalyse. In M. Linden & M. Hautzinger (Hg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 223–226). Springer.
- Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper* (8., überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10-GM). (2016). Hogrefe.
- Thobaben, A. & Soldt, P. (2007). Charakterpathologie – Persönlichkeitsorganisationen – Strukturniveaus. *Forum der Psychoanalyse*, *23*(4), 330–342. <https://doi.org/10.1007/s00451-007-0328-7>
- Torgersen, S. (2014a). Epidemiology. In T. A. Widiger (Hg.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of personality disorders* (S. 186–205). Oxford University Press.
- Torgersen, S. (2014b). Prevalence, Sociodemographics, and Funktional Impairment. In J. M. Oldham & Skodol, Andrew E. Bender, Donna S. (Hg.), *The American Psychiatric*

- Publishing Textbook of Personality Disorders* (2. Aufl., S. 109–129). American Psychiatric Publishing.
- Trautmann-Sponsel, R. D., Eisenberg, A. & Berberich, G. (2003). Das Konzept der (Ängstlich-)Vermeidenen Persönlichkeitsstörung nach Th. Millon. *Persönlichkeitsstörungen*, 7(4), 223–234.
- Trull, T. J., Scheiderer, E. M. & Tomko, R. L. (2014). Axis II Comorbidity. In T. A. Widiger (Hg.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of personality disorders* (S. 219–236). Oxford University Press.
- Tyrer, P. (2012). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: a classification of personality disorders that has had its day. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(5), 372–374. <https://doi.org/10.1002/cpp.1810>
- Tyrer, P., Reed, G. M. & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Verheul, R., Bartak, A. & Widiger, T. A. (2007). Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). *Journal of personality disorders*, 21(4), 359–370. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.359>
- Verheul, R. & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of personality disorders*, 18(4), 309–319. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.4.309.40350>
- Psy-BaDo-PTM* (Version 4.13) [Computer software]. (2018). [https://www.iqp-online.de/wp-content/uploads/uploads/Basisdokumentation/BaDo4\\_13\\_2018\\_03\\_06.pdf](https://www.iqp-online.de/wp-content/uploads/uploads/Basisdokumentation/BaDo4_13_2018_03_06.pdf)
- Walton, K. E., Ormel, J. & Krueger, R. F. (2011). The dimensional nature of externalizing behaviors in adolescence: evidence from a direct comparison of categorical, dimensional, and hybrid models. *Journal of abnormal child psychology*, 39(4), 553–561. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9478-y>
- Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E. & Clark, L. A. (2013). Integrating normal and pathological personality: relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment*, 20(3), 312–326. <https://doi.org/10.1177/1073191113485810>

- Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L. & Wright, A. G. C. (2017). Psychological Assessment with the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional psychology, research and practice*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- Westen, D. & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *The American journal of psychiatry*, 156(2), 258–272. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.258>
- Widiger, T. A. (1991). Personality Disorder Dimensional Models Proposed for DSM-IV. *Journal of personality disorders*, 5(4), 386–398. <https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.4.386>
- Widiger, T. A. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Hg.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2. Aufl., S. 89–99). Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10423-006>
- Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., . . . Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of personality assessment*, 101(4), 345–355. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431>
- Widiger, T. A., Crego, C., Rojas, S. L. & Oltmanns, J. R. (2018). Basic personality model. *Current opinion in psychology*, 21, 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.007>
- Widiger, T. A. & Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*, 17(3), 278–287. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.278>
- Widiger, T. A. & Sanderson, C. J. (1995). Toward a dimensional model of personality disorders. In W. J. Livesley (Hg.), *Diagnosis and treatment of mental disorders. The DSM-IV personality disorders* (S. 433–458). Guilford Press.
- Widiger, T. A. & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of personality disorders*, 19(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID) ; Achse I und II : SKID-II. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe.

- World Health Assembly. (4. April 2019). *Eleventh revision of the International Classification of Diseases: Report by the Director-General*. World Health Assembly.  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_29-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_29-en.pdf)
- Wright, A. G. C. & Zimmermann, J. (2015). At the nexus of science and practice: Answering basic clinical questions in personality disorder assessment and diagnosis with quantitative modeling techniques. In S. K. Huprich (Hg.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (S. 109–144). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14549-006>
- Yalch, M. M. & Hopwood, C. J. (2016). Convergent, discriminant, and criterion validity of DSM-5 traits. *Personality disorders*, 7(4), 394–404. <https://doi.org/10.1037/per0000165>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann.
- Zaudig, M. (2018). Kategoriale Diagnostik nach ICD-10 und DSM-5. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hg.), *Persönlichkeitsstörungen: Update zu Theorie und Therapie* (S. 55–70). Schattauer.
- Zettl, M., Taubner, S., Hutsebaut, J. & Volkert, J. (2019). Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1) [Psychometric Evaluation of the German Version of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 69(12), 499–504.  
<https://doi.org/10.1055/a-1010-6887>
- Zimmerman, M. (1989). DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Nonpatient Sample. *Archives of General Psychiatry*, 46(8), 682. <https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1989.01810080012002>
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>
- Zimmermann, J. (2014a). Assessing the DSM-5 Level of Personality Functioning and the OPD Level of Structural Integration amounts to the same thing. *European Society for the Study of Personality Disorders (ESSPD) Newsletter*, 3, 9–10.

- Zimmermann, J. (2014b). Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, *15*(03), e1-e10. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1388629>
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S. & Benecke, C. (2012). Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. *Journal of personality assessment*, *94*(5), 522–532. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.700664>
- Zimmermann, J., Rek, K., Opoka, S., Krueger, R. F., Markon, K. E. & Leising, D. (in Vorbereitung). Bias and consensus in lay assessments of DSM-5 maladaptive personality traits: Exploring the effects of trait characteristics and assessment context.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., Spitzer, C., Benecke, C., Krueger, R. F., Markon, K. E. & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders*, *28*(4), 518–540. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_130](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_130)
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Krueger, R. F. & Leising, D. (2013). Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut*, *58*(5), 455–465. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-1009-1>
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M. & Leising, D. (2014). Assessing DSM-5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of personality assessment*, *96*(4), 397–409. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.852563>
- Zimmermann, J., Böhnke, J. R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K. & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in DSM-5. *Journal of abnormal psychology*, *124*(3), 532–548. <https://doi.org/10.1037/abn0000059>
- Zimmermann, J., Brakemeier, E.-L. & Benecke, C. (2015). Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, *60*(4), 269–279. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0033-8>
- Zimmermann, J., Dahlbender, R. W., Herbold, W., Krasnow, K., Turrión, C. M., Zika, M. & Spitzer, C. (2015). Der OPD-Strukturfragebogen erfasst die allgemeinen Merkmale einer

Persönlichkeitsstörung [The OPD structure questionnaire captures the general features of personality disorder]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(2), 81–83. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395626>

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. J. & Krueger, R. F. (2019). A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 21(9), 92. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>

Zimmermann, J., Masuhr, O., Jaeger, U., Leising, D., Benecke, C. & Spitzer, C. (2014). Maladaptive Persönlichkeitseigenschaften gemäß DSM-5: Zusammenhänge mit psychischer Belastung und ICD-10-Diagnosen in einer klinischen Stichprobe. *Persönlichkeitsstörungen*(18), 46–58.



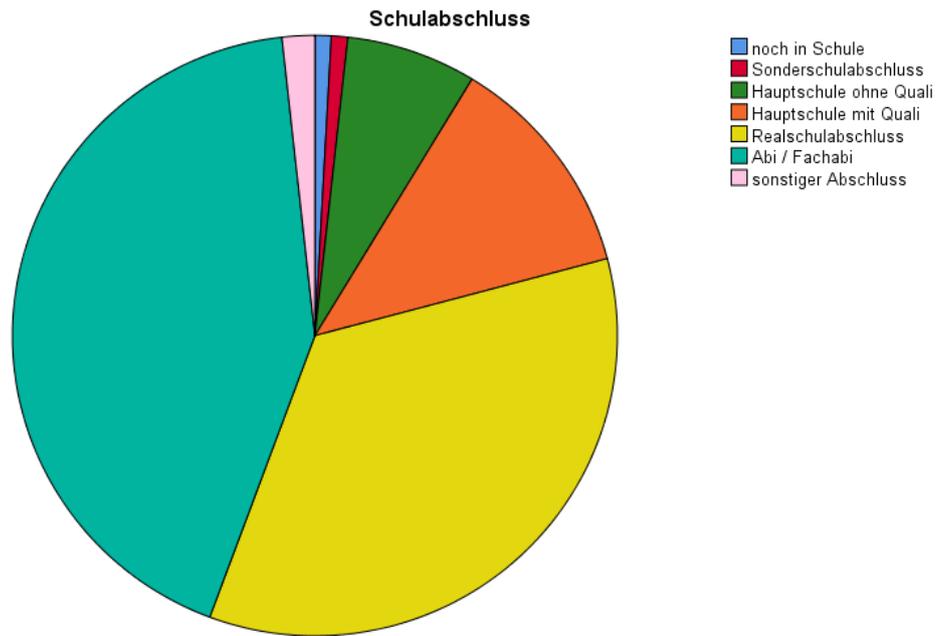
# Anhang

## Tabellenverzeichnis Anhang

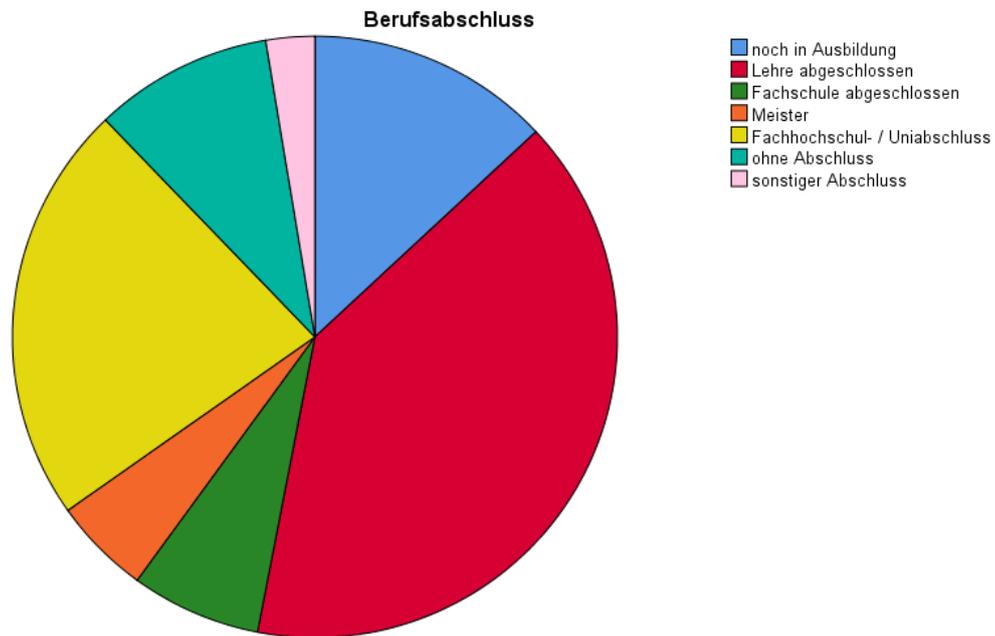
<b>Anhang Tabelle 1:</b> Spearman-Korrelation-SEFP-S und ADP-IV. ....	134
<b>Anhang Tabelle 2:</b> ADP-IV Cut-off Werte Studie Renn.....	134
<b>Anhang Tabelle 3:</b> Korrelation SEFP-S Skalen. ....	135
<b>Anhang Tabelle 4:</b> Anzahl PS ADP-IV.....	136

## Abbildungsverzeichnis Anhang

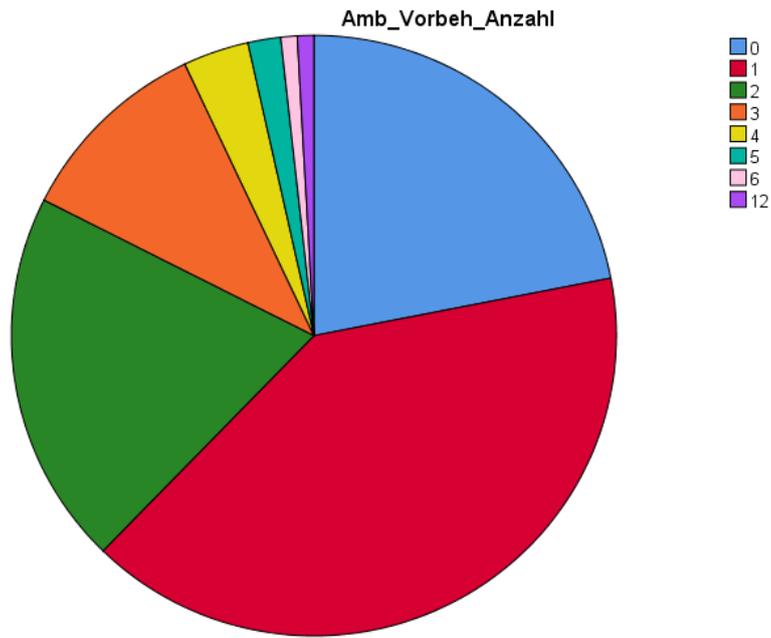
<b>Anhang Abbildung 1:</b> Schulabschluss. ....	130
<b>Anhang Abbildung 2:</b> Berufsabschluss.....	130
<b>Anhang Abbildung 3:</b> Ambulante Vorbehandlungen. ....	131
<b>Anhang Abbildung 4:</b> Geschlecht. ....	131
<b>Anhang Abbildung 5:</b> Erwerbstätigkeit. ....	132
<b>Anhang Abbildung 6:</b> Familienstand. ....	132
<b>Anhang Abbildung 7:</b> Partnersituation. ....	133
<b>Anhang Abbildung 8:</b> Histogramm Alter.....	133



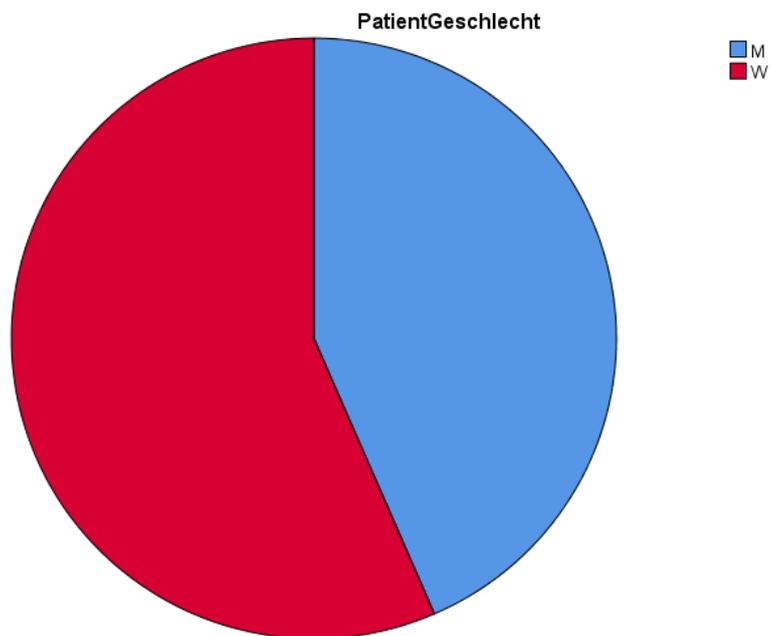
Anhang Abbildung 1: Schulabschluss.



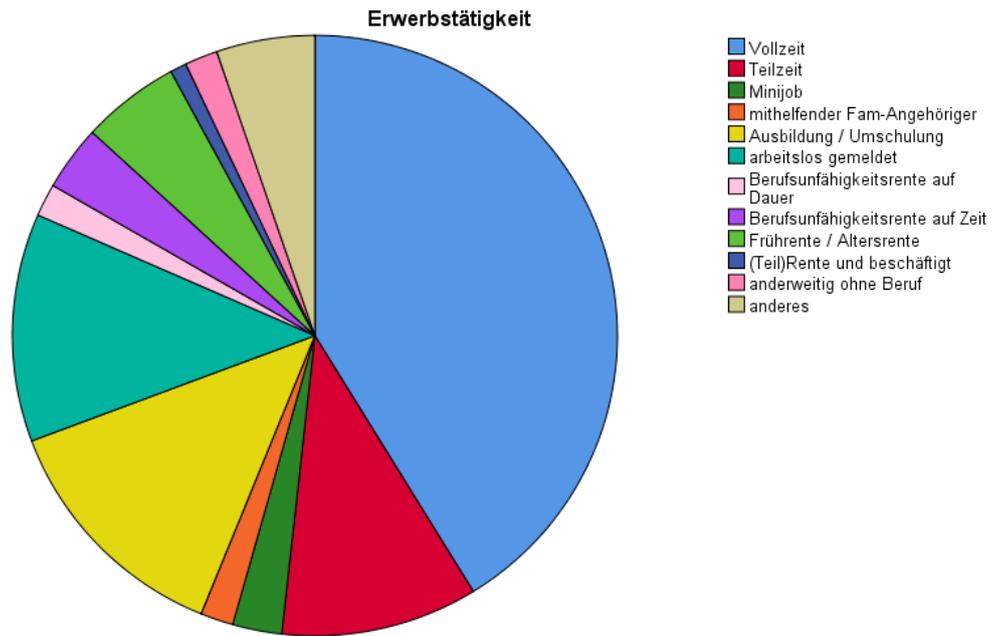
Anhang Abbildung 2: Berufsabschluss.



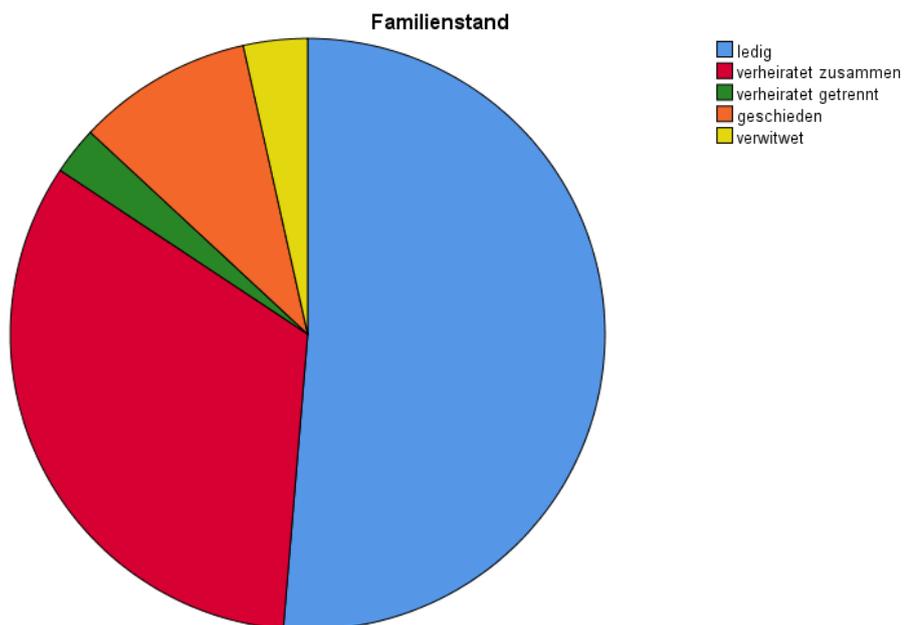
Anhang Abbildung 3: Ambulante Vorbehandlungen.



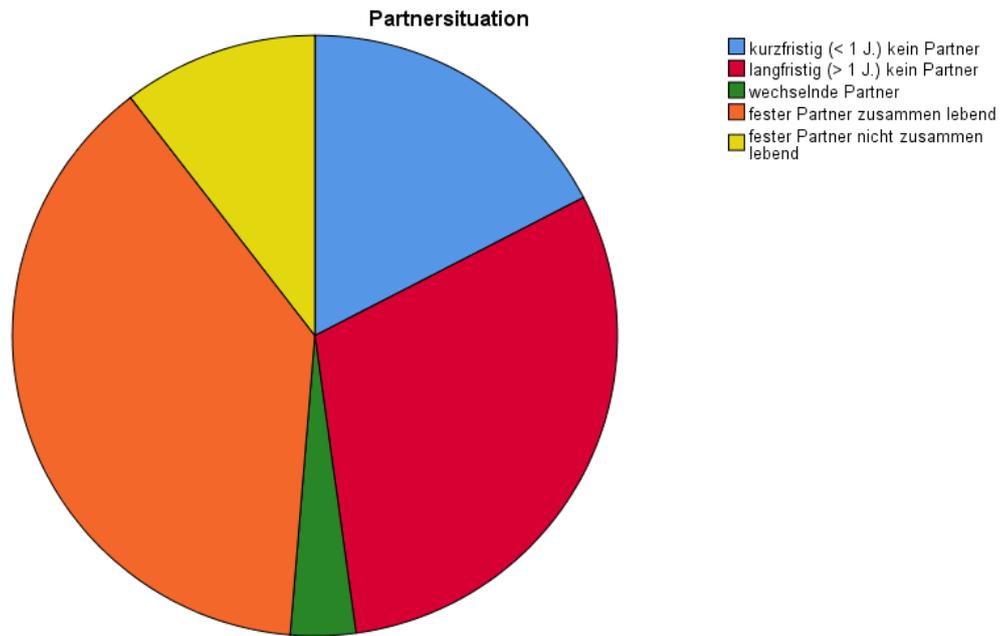
Anhang Abbildung 4: Geschlecht.



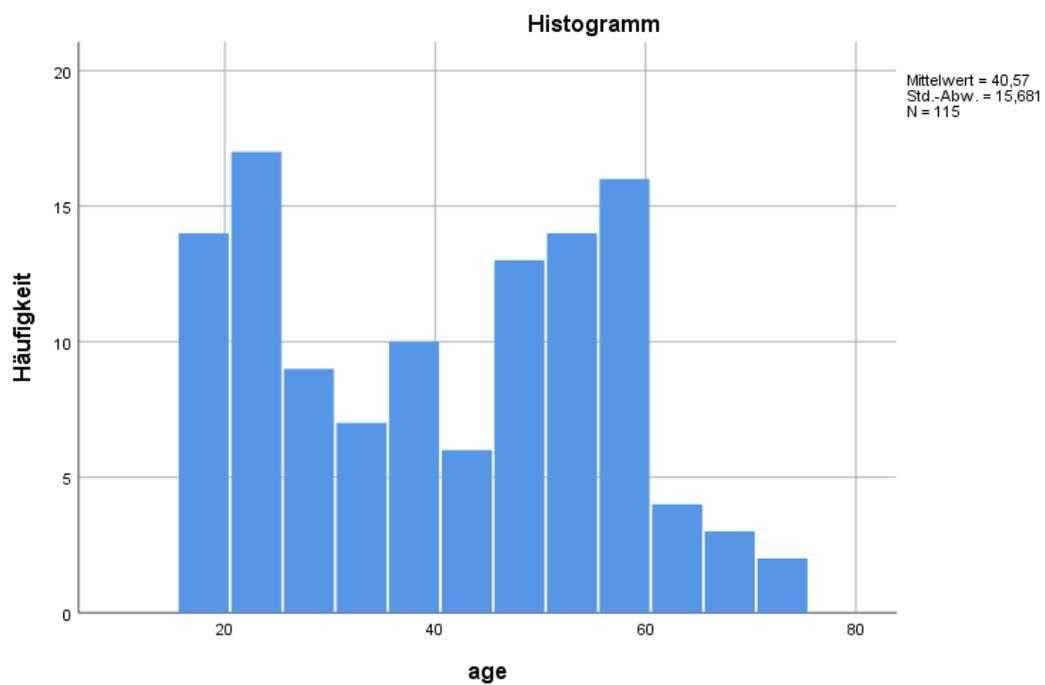
Anhang Abbildung 5: Erwerbstätigkeit.



Anhang Abbildung 6: Familienstand.



Anhang Abbildung 7: Partnersituation.



Anhang Abbildung 8: Histogramm Alter.

**Anhang Tabelle 1:** Spearman-Korrelation-SEFP-S und ADP-IV.

<b>Nicht-parametrische Korrelation Gesamt SEFP-S und ADP-IV</b>			<b>Gesamtwert ADP-IV</b>
Spearman-Rho	Gesamt_SEFP-S	Korrelationskoeffizient	,839**
		Sig. (2-seitig)	,000
		Bootstrap <sup>b</sup> Verzerrung	-,004
		Standard Fehler	,035
		BCa 95% Konfidenzintervall	
		Unterer Wert	,758
		Oberer Wert	,891

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

b. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 5000 Bootstrap-Stichproben

**Anhang Tabelle 2:** ADP-IV Cut-off Werte Studie Renn. (Renn, 2006)

<b>Cut-off-Werte Studie von Renn 2006</b>	
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Cut-off</b>
Paranoid	≥23
Schizoid	≥31
Schizotypisch	n.a.
Antisozial	≥20
Borderline	≥43
Histrionisch	≥29
Narzisstisch	≥26
Vermeidend-unsicher	≥29
Dependent	≥30
Zwanghaft	≥28

Anhang Tabelle 3: Korrelation SEFP-S Skalen.

		Identität SEFP-S	Selbst- steuerung SEFP-S	Empa- thie SEFP-S	Nähe SEFP-S	Gesamt- wert SEFP-S	
Identität SEFP-S	Korrelation nach Pearson	1	,821**	,623**	,722**	,923**	
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	0	,000	-,001	,002	,000	
	Standard Fehler	0	,028	,058	,045	,013	
	BCa 95% Kon- fidenzintervall	Unterer Wert	.	,755	,499	,626	,896
	Oberer Wert	.	,873	,740	,810	,948	
Selbststeuerung SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,821**	1	,619**	,666**	,889**	
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	0	-,003	,000	-,001	
	Standard Fehler	,028	0	,066	,053	,019	
	BCa 95% Kon- fidenzintervall	Unterer Wert	,755	.	,489	,550	,845
	Oberer Wert	,873	.	,739	,766	,924	
Empathie SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,623**	,619**	1	,796**	,815**	
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	-,001	-,003	0	,000	-,002	
	Standard Fehler	,058	,066	0	,032	,033	
	BCa 95% Kon- fidenzintervall	Unterer Wert	,499	,489	.	,723	,749
	Oberer Wert	,740	,739	.	,863	,869	
Nähe SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,722**	,666**	,796**	1	,895**	
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,002	,000	,000	0	,001	
	Standard Fehler	,045	,053	,032	0	,018	
	BCa 95% Kon- fidenzintervall	Unterer Wert	,626	,550	,723	.	,853
	Oberer Wert	,810	,766	,863	.	,931	

Gesamtwert SEFP-S	Korrelation nach Pearson	,923**	,889**	,815**	,895**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	
	Bootstrap <sup>c</sup> Verzerrung	,000	-,001	-,002	,001	0
	Standard Fehler	,013	,019	,033	,018	0
	BCa 95% Kon- fidenzintervall					
	Unterer Wert	,896	,845	,749	,853	.
	Oberer Wert	,948	,924	,869	,931	.

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

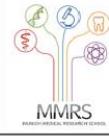
c. Sofern nicht anders angegeben, beruhen die Bootstrap-Ergebnisse auf 1000 Bootstrap-Stichproben

Anhang Tabelle 4: Anzahl PS ADP-IV.

**Anzahl Persönlichkeitsstörungen ADP-IV**

	Paranoid PS ADP	Schizoid PS ADP	Antisozial PS ADP	Border- line PS ADP	Histrio- nisch PS ADP	Narziss- tisch PS ADP	Unsic- h Verm.PS ADP	Depen- dent PS ADP	Zwang- haft PS ADP
N	54	8	31	34	31	36	56	45	71

# Affidavit



## Eidesstattliche Versicherung

Frenz, Alica Stephanie

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Externe Validierung des Fragebogens zur SEFP

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 24.07.2021

Ort, Datum

Alica Stephanie Frenz

Unterschrift Doktorandin

## Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei allen Personen, die mich in dieser Arbeit unterstützt haben, bedanken. Zuerst möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. med. habil. Dr. med. Michael Zaudig, für die Möglichkeit meine Dissertation unter seiner Leitung zu schreiben, danken.

Weiter gilt mein Dank der gesamten Psychosomatischen Klinik Windach, insbesondere meinem Betreuer Dr. med. Götz Berberich, der sich verantwortungsvoll und kontinuierlich um Anliegen meinerseits und der zeitnahen Fertigstellung dieser Dissertation gekümmert hat. Weiter bedanke ich mich bei Dr. Jürgen Konermann und Petra Kottek, die mich tatkräftig in der Erhebung der Daten und der technischen Umsetzung der Befragung unterstützten. Auch den Patienten, die so zahlreich und offen bei dieser Studie mitgemacht haben, möchte ich einen Dank aussprechen.

Ein großer Dank an meine Studienkolleginnen der Arbeitsgruppe Fr. Janina Winter und Fr. Stefanie Kaltenmarkner für die gute Zusammenarbeit. Insbesondere möchte ich mich hier bei Fr. Janina Winter für die zahlreichen unterstützenden Gespräche bedanken.

Meinem Partner Louis, für die Unterstützung in schwierigen Zeiten, die helfenden Gespräche und Tipps und den immerwährenden Glauben an mich, möchte ich ebenfalls danken.

Ebenso ein Dankeschön an meine Familie und meine Freunde, die in dieser Zeit regelmäßig ein offenes Ohr hatten.