

Aus der psychosomatischen Klinik Windach

Chefarzt: Dr. Götz Berberich

**Vergleich des Alternativen Modells des DSM-5 mit der
kategorialen Persönlichkeitsdiagnostik nach DSM-IV/DSM-5**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Stefanie Christine Kaltenmarkner

aus Burghausen

im Jahr 2022

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Michael Zaudig

Mitberichterstatter: PD Dr. med. Andrea Jobst-Heel
PD Dr. med. Kristina Adorjan

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. Götz Berberich

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 13.01.2022

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Zusammenfassung	10
1. Einleitung.....	11
2. Empirischer und theoretischer Hintergrund.....	13
2.1. Aktuell gültige Klassifikation des DSM-IV/ DSM-5	13
2.1.1 Allgemeine Kriterien zur Vergabe einer Persönlichkeitsstörung	14
2.1.2 Kriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen.....	15
2.1.3 Kritik an der aktuellen gültigen Klassifikation des DSM-IV/DSM-5.....	17
2.2 Alternatives (Forschungs-)Modell für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5.....	20
2.2.1 Kriterium A: Psychisches Funktionsniveau der Persönlichkeit	20
2.2.2 Kriterium B: Problematische Persönlichkeitsmerkmale	25
2.2.3 Kriterium C + D + E + F + G.....	32
2.2.4 Kategoriale Komponente des dimensional-kategorialen Hybridmodells des AMPD	33
2.2.5 Kritik am AMPD	34
3. Fragestellung	36
3.1 Hinführung zur Fragestellung.....	36
3.2 Hypothesen	37
4. Methodik.....	40

4.1 Studiendesign	40
4.2 Testinstrumente	42
4.2.1 Erhebung soziodemographischer Daten	42
4.2.2 Strukturiertes Klinisches Interview SKID-II	42
4.2.3 SEFP-SE (Selbsteinschätzungsfragebogen)	43
4.2.4 Persönlichkeitsinventar für DSM-5 (PID-5-100)	44
4.3 Statistische Auswertung	47
4.3.1 Statistische Erhebung der deskriptiven Daten und der dimensional erhobenen Hypothesen 1-3.	47
4.3.2 Statistische Erhebung der kategorial erhobenen Hypothese 4	47
4.3.2.1 Übereinstimmung pos. Kriterium A im SEFP-SE und PS im SKID-II	48
4.3.2.2 Vergleich einer kategorialen Übereinstimmung zwischen SKID-II und zugehörigem spezifischem Merkmalsprofil (Krit. B) im AMPD	48
4.3.2.3 Kategoriale Übereinstimmung DSM-IV (SKID-II) und AMPD (Kriterium A +B)	50
5. Ergebnisse	51
5.1 Soziodemographische Daten	51
5.2 Hypothesenüberprüfung	59
5.2.1 Ergebnisse der SKID-II Datenerhebung	59
5.2.2 Ergebnisse der SEFP-SE Datenerhebung	62
5.2.3 Ergebnisse der PID-5-100 Datenerhebung	65
5.2.4 Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung	67
5.2.4.1 Überprüfung der Hypothese 1	68
5.2.4.2 Überprüfung der Hypothese 2	68

5.2.4.3 Überprüfung der Hypothese 3	70
5.2.4.4 Überprüfung der Hypothese 4	71
6. Diskussion.....	76
6.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	76
6.2 Diskussion der Ergebnisse	76
6.2.1 Diskussion der deskriptivstatistischen Ergebnisse	76
6.2.2. Diskussion der Hypothesen	83
6.2.2.1. Problematik unterschiedlicher Modellkonstruktion	85
6.2.2.2. Hinweise für potentielle Optimierung des Kriterien Sets des AMPD für höhere kategoriale Vergleichbarkeit mit DSM-IV	93
6.2.2.3 Problematik der Cut-Off Setzung	102
7. Limitationen	105
8. Fazit und Ausblick	107
Literaturverzeichnis	109
Anhang.....	117
Abbildungsverzeichnis Anhang.....	118
Danksagung.....	138
Affidavit	139
Lebenslauf.....	140

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abbildung 1: Allgemeine Kriterien der Persönlichkeitsstörung nach DSM-5*
- Abbildung 2: Cluster A (exzentrisch)*
- Abbildung 3: Abbildung Cluster B (Impulsiv)*
- Abbildung 4: Abbildung Cluster C (ängstlich-vermeidend)*
- Abbildung 5: Diagnosekriterien der Selbstunsicher -Vermeidenden Persönlichkeitsstörung nach DSM-5*
- Abbildung 6: Kriterium A nach dem AMPD des DSM-5 mit Subskalen*
- Abbildung 7: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 0*
- Abbildung 8: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 1*
- Abbildung 9: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 2*
- Abbildung 10: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 3*
- Abbildung 11: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 4*
- Abbildung 12: Gegenüberstellung Domänen der BIG Five und maladaptive Domänen des DSM-5*
- Abbildung 13: Domänen und Facetten problematischer Persönlichkeitsmerkmale nach Kriterium B, Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen des DSM-5*
- Abbildung 14: Facetten der Domäne negative Affektivität*
- Abbildung 15: Facetten der Domäne Verschlossenheit*
- Abbildung 16: Facetten der Domäne Antagonismus*
- Abbildung 17: Facetten der Domäne Enthemmtheit*
- Abbildung 18: Facetten der Domäne Psychotizismus*
- Abbildung 19: Allgemeine Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung: Kriterium A und B*
- Abbildung 20: Merkmalsset der spezifischen Kategorien des AMPD*
- Abbildung 21: Algorithmus zur Erstellung einer Kategorie aus dimensional erhobenen Voraussetzungen im AMPD*
- Abbildung 22: Gegenüberstellung AvPD im DSM-IV und AMPD*
- Abbildung 23: Kreisdiagramm: Geschlechterverteilung der Stichprobe*
- Abbildung 24: Histogramm: Altersverteilung der Stichprobe*
- Abbildung 25: Kreisdiagramm: Art des Schulabschlusses innerhalb der Stichprobe*
- Abbildung 26: Kreisdiagramm: Partnersituation innerhalb der Stichprobe*
- Abbildung 27: Kreisdiagramm: Familienstand innerhalb der Stichprobe*
- Abbildung 28: Kreisdiagramm: Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate in Wochen*
- Abbildung 29: Kreisdiagramm: Anzahl der stationären Vorbehandlungen innerhalb der Stichprobe*

- Abbildung 30: Histogramm: Teilstationäre Vorbehandlungen-Anzahl
- Abbildung 31: Balkendiagramm: Teilstationäre Vorbehandlungen-Dauer
- Abbildung 32: Histogramm: Ambulante Vorbehandler-Anzahl
- Abbildung 33: Histogramm: Ambulante Vorbehandlung-Dauer
- Abbildung 34: Ambulante Vorbehandlung vor Aufnahme
- Abbildung 35: Kreisdiagramm: Pharmakotherapie vor Aufnahme innerhalb der Stichprobe
- Abbildung 36: Kreisdiagramm: Grad der Erwerbstätigkeit innerhalb der Stichprobe
- Abbildung 37: Kreisdiagramm: Einkommensquelle innerhalb der Stichprobe
- Abbildung 38: Häufigkeit der Anzahl erfüllter Kriterien-Gesamt SKID-II
- Abbildung 39: Häufigkeit mind. eine Persönlichkeitsstörung nach SKID-II
- Abbildung 40: Histogramm: Verteilung der PS nach SKID-II
- Abbildung 41: Balkendiagramm: Cut-Off SEFP-SE-erreicht
- Abbildung 42: SEFP-SE und SKID-II dimensional (nach Pearson)
- Abbildung 43: SEFP-SE und SKID-II kategorial
- Abbildung 44: Korrelation Kriterien im SKID-II und Mittelwert PID-5-100 nach Spearman Roh
- Abbildung 45: Kreisdiagramm: Häufigkeit PS im SKID-II
- Abbildung 46: Anzahl der Pat. mit pos. Kriterium A (Cut-Off-Werte: Morey 2017)
- Abbildung 47: Säulendiagramm: SKID-II zu SEFP-SE
- Abbildung 48: SKID-II Kategorial zu AMPD Kategorial
- Abbildung 49: SKID-II Kategorial und AMPD-Kategorial: Kriterium B
- Abbildung 50: SKID-II Kategorial und AMPD-Kategorial: Kriterium A+B
- Abbildung 51: Erklärungsversuche mangelnder Übereinstimmung auf kategorialer Ebene
- Abbildung 52: Korrelation der AvPD im DSM-IV mit zugehörigen Domänen im Kriterium B des AMPD
- Abbildung 53: Korrelation der AvPD im DSM-IV mit zugehörigen Facetten des Krit B im AMPD
- Abbildung 54: Dimensionale Vergleichbarkeit der Konzeptualisierung im DSM-IV und DSM-5
- Abbildung 55: Korrelationen Facette Anhedonie und Depressivität
- Abbildung 56: Operationalisierung der Facette Anhedonie und Depressivität im AMPD
- Abbildung 57: Korrelation der AvPD im DSM-IV mit der Facette Vermeidung von Nähe im AMPD
- Abbildung 58: Facette Vermeidung von Nähe im Kriterium B und in der Operationalisierung im PID-5

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Normwertetabelle: Skalenmittelwerte LPFS-S (Morey, 2017 b)

Tabelle 2: Deskriptive Statistik SKID-II

Tabelle 3: Erfüllte SKID-II Kriterien nach Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 4: Korrelationen der Subskalen SEFP-SE der Gesamtstichprobe N=75

Tabelle 5: Mittelwerte SEFP-SE Gesamt der Stichprobe (N=50)

Tabelle 6: Mittelwerte der SEFP-SE Subskalen der Stichprobe (N=50)

Tabelle 7: Referenzwerte SEFP-SE (Morey 2017 b)

Tabelle 8: Häufigkeitstabelle: Cut-Off SEFP-SE erreicht

Tabelle 9: Gesamt Facetten Mittelwert PID-5-100 innerhalb der Stichprobe

Tabelle 10: Domänenmittelwerte über Stichprobe

Tabelle 11: Facettenmittelwerte der 25 Facetten innerhalb Stichprobe

Tabelle 12: PID-5 Gegenüberstellung Facetten-Mittelwerte der Stichprobe zu Referenzprobe (Zimmermann, 2013)

Tabelle 13: Korrelation der AvPD im SKID-II mit Facetten im PID-5

Tabelle 14: PS im SKID-II zu Facette im AMPD

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADP-IV	Assessment of DSM-IV Personality Disorders
APA	America 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 Nummer vier, Textrevision
ISR	ICD-10 Symptomrating
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Drug Related Conditions
NCS-R	Replikation der Nationalen Komorbiditätsstudie in den U.S.A.
PID-5	Persönlichkeitsinventar für DSM-5
PS	Persönlichkeitsstörung
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen
LPFS:	Level of Personality Functioning Scale
AMPD:	Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen
AvPD:	Selbstunsicher Vermeidende Persönlichkeitsstörung
SEFP-SE	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit- Selbstevaluation
SEFP	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

ZUSAMMENFASSUNG

Fragestellung:

Das Alternative DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen (AMPD) erlaubt neben einer dimensionalen auch eine kategoriale Diagnostik. Unklar ist, ob sich hierdurch nach Typologie und Häufigkeit ähnliche Diagnosen ergeben wie nach dem bisherigen DSM-IV-Modell, welches auch in den Teil II des DSM-5 übernommen wurde. Damit stellt sich die Frage der Vergleichbarkeit von Diagnosen nach DSM-IV/DSM-5 und AMPD.

Methode:

In einer Stichprobe von 50 konsekutiv aufgenommenen Patienten einer psychosomatischen Klinik wurde das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV/DSM-5 durch das Strukturierte klinische Interview (SKID-II) und nach AMPD mittels des Selbstbeurteilungsbogens SEFP-SE (Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit-Selbstevaluation) sowie des Persönlichkeitsinventars für DSM-5 (PID-5) untersucht. Der statistische Zusammenhang der Diagnosen in den beiden Modellen wurde berechnet.

Ergebnis:

Es zeigen sich hohe Korrelationen bezüglich eines dimensional Zusammenhangs zwischen beiden Modellen sowohl hinsichtlich Kriterium A des AMPD ($r = 0.65$ bei $p < 0,01$) als auch Kriterium B des AMPD ($r = 0.63$ bei $p < 0,01$) mit den dimensional Werten des SKID-II. Auf Ebene der einzelnen Kategorien im AMPD und DSM-IV findet sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Modellen.

Diskussion:

Trotz guter Korrelation der dimensional Maße weisen die Ergebnisse auf deutliche Diskrepanzen der Diagnosen nach den beiden Modellen hin. Diese werden exemplarisch an einer Kategorie, der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung (AvPD) diskutiert.

1. EINLEITUNG

„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, S.22). Die Persönlichkeit eines Menschen spiegelt sich in vielerlei Lebenskontexten wieder. Menschliche Wahrnehmung und Verarbeitung, Reaktionsweisen und resultierende Entscheidungen werden von individuellen Eigenschaften bestimmt, was schließlich auch darüber entscheidet, in welcher Art und Weise Menschen in interpersonelle Interaktion treten. Sind diese Persönlichkeitseigenschaften wiederum sehr stark ausgeprägt und zum Teil maladaptiv und schränken die psychischen innerpersonellen Handlungsmöglichkeiten extrem ein, liegt dem Diagnostiker die Vermutung einer Persönlichkeitsstörung nahe, wodurch vor allem in Situationen hoher Anforderung schneller Grenzen eigener Belastbarkeit erreicht werden als dies bei gesunden Personen zu beobachten wäre. Obgleich im stationären Setting Menschen mit Persönlichkeitsstörungen einen nicht geringen Anteil des Patientenkollektivs darstellen, hielt man Persönlichkeitsstörungen über einen langen Zeitraum hinweg für kaum therapierbar, verbunden mit äußerst schwieriger und langwieriger therapeutischer Arbeit, denn, „eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, 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 Leiden und Beeinträchtigungen führt“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.883). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich eine auf der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen basierende Problematik, oftmals entweder ich-synton darstellt oder nicht reflektiert werden kann. Dies stellt hohe Ansprüche an die Therapie. Bereits die Diagnosestellung nach den geltenden Klassifikationssystemen der fünften Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5, Falkai & Wittchen, 2015) und der zehnten Ausgabe der Internationalen Klassifikationen Psychischer Störungen (ICD-10, Dilling et al., 2013) bringt große Unstimmigkeiten mit sich. Kliniker kritisieren, dass die diagnostischen Kategorien oft unzureichend und wenig „griffig“ sowie schwierig auf das einzelne Individuum anzuwenden und zudem stigmatisierend seien, da nicht nur einzelne Verhaltens- und Erlebnisepisoden als „störend“ bezeichnet würden, sondern eine Persönlichkeitsstörung immer auf die Person als Ganzes bezogen sei und somit eine Verallgemeinerung über konkretes Handeln hinaus bezeichnen würde (Fiedler & Herpertz, 2016). Dies

formulierte Karl Jaspers bereits 1913 mit den Worten: „Menschlich bedeutet die klassifikatorische Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht“ (Jaspers, K. (2013), zit. nach Fiedler & Herpertz, 2016). Zudem sei „die Annahme von kategorialen Unterschieden zwischen Personen mit Persönlichkeitsstörung und Personen ohne Persönlichkeitsstörung (mit Ausnahme der schizotypen Persönlichkeitsstörung) empirisch gesehen nicht haltbar“ (Haslam et al., 2012). Daher wurde sowohl in Praxis als auch Forschung die Suche nach neuen Modellen und Ansätzen zur Einordnung von Persönlichkeitsstörungen und spezifischen therapeutischen Ansätzen forciert. Die entworfenen Modelle sollten einer dimensionalen Abbildung von Ressourcen und Defiziten auf einer empirischer Datenbasis mehr Gewichtung verleihen. So „spricht Einiges dafür, dass Persönlichkeitsmerkmale kontinuierlich verteilt sind und fließende Übergänge in pathologische Ausprägungen bestehen“ (Zimmermann, 2014). Aufgrund dessen wurde im Teil III des DSM-5 das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen veröffentlicht (AMPD), welche eine neuartige kategorial-dimensionale Perspektive eröffnet. Hierbei erfolgt eine Analyse des Funktionsniveaus der Persönlichkeit und maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale.

Zunächst soll näher auf die aktuell gängige Diagnostik des DSM-IV sowie das Alternative Modell des DSM-5 eingegangen werden. Im Anschluss daran werden die Durchführung der Studie erläutert, woran sich die Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse anschließt.

2. EMPIRISCHER UND THEORETISCHER HINTERGRUND

Zunächst soll auf die Klassifikationsmodelle für Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV/DSM-5 eingegangen werden. Diese bilden neben dem ICD-10 (Dilling et al., 2013) die diagnostische Grundlage zur Klassifizierung psychischer Störungen. Diagnostische Klassifikationssysteme legen Kriterien, Diagnosen und Beschreibungen von psychischen Erkrankungen fest und werden somit dem Anspruch von Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit gerecht. Darüber hinaus helfen sie dem Betroffenen dabei, ein Verständnis der bestehenden Problematik zu etablieren. Dabei beeinflusst das für die USA geltende Diagnosemanual DSM die internationale psychologische Forschung und Weiterentwicklung des in Europa geltenden ICD stark, wofür die Arbeitsgruppe der American Psychological Association (APA) das DSM nach wissenschaftlichen Standards weiterentwickelt. Darüber hinaus existieren Arbeitsgruppen, die mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), von der das ICD verfasst wird, in einem dynamischen Austausch bezüglich der Erfassung psychischer Störungen stehen.

Im Folgenden sollen die empirischen sowie theoretischen Grundlagen der aktuellen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV/DSM-5 sowie des alternativen Forschungsmodells (AMPD) vorgestellt und die Fragestellung der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden.

2.1. AKTUELL GÜLTIGE KLASSIFIKATION DES DSM-IV/ DSM-5

Im DSM-5 findet sich das aktuell klinisch angewandte Klassifikationssystem für Persönlichkeitsstörungen des Vorgängers DSM-IV mit Textrevision (DSM-IV-TR) wieder, welches unverändert übernommen wurde. Dort wurden spezifische Persönlichkeitsstörungsdiagnosen anhand bestimmter Kriterien definiert. Im Folgenden soll darüber ein kurzer Überblick gegeben werden (ausführlich nachzulesen in der aktuellen Übersetzung des DSM-5 von Falkai und Wittchen (2015)). Eine erwähnenswerte Neuerung bezüglich des Klassifikationssystems für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 gegenüber DSM-IV liegt in der Abschaffung des Achsen-systems des DSM-IV-TR. Dies hat zur Folge, dass Persönlichkeitsstörungen nun diagnostisch auf gleicher Ebene wie die anderen psychischen Störungen angeordnet sind und nicht mehr separat erfasst werden (American Psychiatric Association, 2013).

Im DSM-5 findet sich eine Einteilung der Persönlichkeitsstörungen in drei Clustern nach ähnlichen Merkmalen (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.1 ALLGEMEINE KRITERIEN ZUR VERGABE EINER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Voraussetzung zur Vergabe einer spezifischen Persönlichkeitsstörung ist das Vorhandensein bestimmter allgemeiner Kriterien, welche im Folgenden aufgeführt sind:

- 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 lange 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).“

Abbildung 1: Allgemeine Kriterien der Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, S.885)

Das DSM-5 verweist in Kriterium D, wie in Abb. 1 ersichtlich, auf die unbedingte Notwendigkeit der differentialdiagnostischen Abklärung anderer psychischer Störungen, Persönlichkeitszüge/-akzentuierungen, psychotischer Störungen, Angst- und depressiver Störungen, Posttraumatischer Belastungsstörung sowie dem Ausschluss von Substanzkonsumstörungen und anderen medizinischen Krankheitsfaktoren (vgl. Kriterium E) (Falkai & Wittchen, 2015).

2.1.2 KRITERIEN DER SPEZIFISCHEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Die Darstellung der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 erfolgt auf der Grundlage von deskriptiven Ähnlichkeiten in Form einer Unterteilung in drei Hauptgruppen (Cluster). Das Cluster A enthält dabei die Persönlichkeitsstörungen Paranoid, Schizoid und Schizotyp. „Personen mit diesen Störungen wirken oft sonderbar oder exzentrisch.“ Cluster B setzt sich zusammen aus der Antisozialen, Boderline und der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung. „Personen mit diesen Störungen wirken oft dramatisch, emotional oder launisch.“ Cluster C setzt sich zusammen aus der Selbstunsicher-Vermeidenden, der Dependenden oder der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung. „Personen mit diesen Störungen wirken oft ängstlich oder furchtsam.“ Das Modell mit allen Beschreibungen findet sich im DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, S. 883-940). Prävalenzdaten, wie sie im DSM-5 angegeben sind, befinden sich in Klammern. Sie basieren, insofern vorhanden, auf Untersuchungen der 12 Monatsprävalenz von Daten der Replikation der Nationalen Komorbiditätsstudie in den U.S.A. (NCS-R) und der National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Falkai & Wittchen, 2015).

Im Folgenden findet sich eine kurze Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) mit einem das inhaltliche Spektrum zusammenfassenden Satz sowie der Darlegung des Mindestmaßes an geforderten Kriterien (Abb. 2-4).

<p>Schizoide Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 4,9 % NCS-R/ 3,1 % NESARC)</p> <p>„[Ein] (. . .) Muster von Distanziertheit in sozialen Kontakten und von eingeschränkter Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten im zwischenmenschlichen Bereich“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.883).</p> <p>→ Mindestens vier von sieben Kriterien müssen erfüllt sein</p> <p>Schizotype Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 3,9 % NESARC)</p> <p>Beschreibt Personen mit „starkem Unbehagen in nahen Beziehungen“, geprägt von „Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie von Eigentümlichkeiten des Verhaltens“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.883)</p> <p>→ Mindestens fünf von neun Kriterien müssen erfüllt ein</p> <p>Paranoide Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 2,3 % NCS-R/ 4,4 % NESARC)</p> <p>„Muster von Misstrauen und Argwohn und zwar in dem Sinne, dass die Motive anderer als böswillig ausgelegt werden“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.883).</p> <p>→ Mindestens vier von sieben Kriterien müssen erfüllt sein</p>
--

Abbildung 2: Cluster A (exzentrisch) (Falkai & Wittchen, 2015)

<p>Narzisstische Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 0 %-6,2 %)</p> <p>Beschreibt ein „Muster von Großartigkeitsgefühlen, einem Bedürfnis nach Bewundertwerden sowie mangelnder Empathie“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.884).</p> <p>→ Mindestens fünf von neun Kriterien müssen erfüllt sein</p> <p>Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 0,2% -3,3%)</p> <p>Hier findet sich „ein Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer“ (Falkai, 2015, S.883)</p> <p>→ Mindestens drei von sieben Kriterien müssen erfüllt sein</p> <p>Histrionische Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 1,84% NESARC)</p> <p>Beschreibt einen Personenkreis mit einem „Muster von übermäßiger Emotionalität und von Heischen nach Aufmerksamkeit“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.884).</p> <p>→ Mindestens fünf von acht Kriterien müssen erfüllt sein</p> <p>Borderline-Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 1,6% -20%)</p> <p>Es besteht ein Muster von „Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen im Selbstbild und in den Affekten sowie eine deutliche Impulsivität“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.883)</p> <p>→ Mindestens fünf von neuen Kriterien müssen erfüllt sein</p>

Abbildung 3: Cluster B (impulsiv) (Falkai & Wittchen, 2015)

<p>Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 2,4% NESARC)</p> <p>Beschreibt ein „tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen.“ (Falkai & Wittchen,2015, S. 922)</p> <p>→ Mindestens vier von sieben Kriterien müssen erfüllt sein:</p> <p>Dependente Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 0,6% NCS-R/ 0,49% NESARC)</p> <p>Beschreibt Personen mit „unterwürfigem und anklammerndem Verhalten, das in Beziehung zu einem übermäßigen Bedürfnis nach Umsorgtwerden, steht“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 884).</p> <p>→ Mindestens fünf von acht Kriterien müssen erfüllt sein</p> <p>Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (Prävalenz: 2,1-7,9%)</p> <p>Im Zentrum steht die kontinuierliche Beschäftigung mit „Ordnung, Perfektion und Kontrolle“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.884)</p> <p>→ Mindestens vier von acht Kriterien müssen erfüllt sein</p>
--

Abbildung 4: Cluster C (ängstlich-vermeidend) (Falkai & Wittchen, 2015)

Eine Kategorie, die Selbstunsicher-Vermeidende Persönlichkeitsstörung (AvPD) soll exemplarisch in ihrer Vollständigkeit in Abb. 5 aufgeführt werden.

<p>Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Diagnosekriterien nach DSM-5) (Prävalenz: 2,4% NESARC)</p> <p>Beschreibt ein „tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen.“</p> <p>Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Vermeidet aus Angst vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen.2) Lässt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie sich nicht sicher ist, dass er/sie gemocht wird.3) Zeigt Zurückhaltung in intimen Beziehungen, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden4) Ist stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden5) Ist aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt6) Hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen7) Nimmt außergewöhnlich ungern persönliche Risiken auf sich oder irgendwelche neuen Unternehmungen in Angriff, weil sich dies als beschämend erweisen könnte. (Falkai & Wittchen, 2015 S. 922-923)

Abbildung 5: Diagnosekriterien der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015)

Insgesamt beträgt die geschätzte Prävalenz für Cluster A nach Einordnung des nach DSM-5 geltenden kategorialen Klassifikationssystems der American Psychiatric Association (2013) für Persönlichkeitsstörungen 5,7%, für Cluster B 1,5% und Cluster C 6%. Es wird von einem häufigen gemeinsamen Auftreten von Störungen aus verschiedenen Clustern ausgegangen, da sich Persönlichkeitsstörungen jeglicher Kategorie bei 9,1% fanden (Falkai & Wittchen, 2015, S. 884). Weiterhin deuten Daten des National Epidemiologie Survey on Alcohol and Related Conditions von 2001-2002 darauf hin, dass „ca. 15% der erwachsenen US-Amerikaner an mindestens einer Persönlichkeitsstörung leiden“ (Falkai & Wittchen, 2015).

2.1.3 KRITIK AN DER AKTUELLEN GÜLTIGEN KLASSIFIKATION DES DSM-IV/DSM-5

Die kategoriale Klassifikation von PS nach DSM-IV/ DSM-5 wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Dabei wird der Wunsch nach einer Alternative mit höherer Validität und Reliabilität sowie besserer klinischen Nützlichkeit immer deutlicher.

So gilt die Annahme der zeitlichen Stabilität der Diagnosen in der gegenwärtigen Literatur als widerlegt (Morey et Hopwood, 2013). Vielmehr geht man inzwischen von einer Zeit- und Kontextvariabilität der Persönlichkeitsstörungen aus, also der Annahme, dass sich Persönlichkeit ein ganzes Leben lang verändern kann, und diese Änderungen von vielen Einflussfaktoren abhängig sind. „Auf jeden Fall sind Persönlichkeitsstörungen keine stabilen und unveränderbaren Eigenarten, wie dies in den Diagnosesystemen leider nach wie vor unterstellt wird“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S.222).

Darüber hinaus wird eine größtenteils beliebige Festlegung von diagnostischen Schwellenwerten kritisiert (Cooper et al., 2010). So existieren keine eindeutig empirisch bestätigten Cut-off-Werte, die zwischen „Normaler“ und „Abnormaler Persönlichkeit“ trennen (Oldham et Skodol, 2000). Die Konsequenzen dieser Problematik zeigen sich v.a. bei Personen, die sich in einem subklinischen Bereich zwischen den extremen Merkmalsausprägungen befinden (Clarkin et al., 2015). Darüber hinaus wird die mangelnde Integration von Befunden aus der Grundlagenwissenschaftlichen Persönlichkeitspsychologie v.a. hinsichtlich der dimensional Struktur von Unterschieden in der Persönlichkeit kritisiert (Widiger et Trull, 2007). Es existiert keine Skala zur Einschätzung des Schweregrads einer PS, wodurch sich Einschränkungen bezüglich Prognose und Behandlungsplanung ergeben (Crawford et al., 2011). Zudem ist eine Gewichtung nach Bedeutung der Kriterien in der kategorialen Klassifikation nicht vorgesehen (Davis et al., 1993).

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der faktoriellen Zuordnung der einzelnen Kriterien zu den zehn kategorialen Diagnosen, welche, ebenso wie die Schwellenwertsetzung, als nicht empirisch haltbar beschrieben wird (Wright et Zimmermann, 2013). Aus diesem Sachverhalt ergeben sich Einschränkungen im Bereich der konvergenten Validität (Heterogenitätsproblem) sowie der diskriminanten Validität (Komorbiditätsproblem). So werden mit dem kategorialen System nach DSM-IV/DSM-5 Personen mit unterschiedlichsten Kombinationsmöglichkeiten von Persönlichkeitseigenschaften innerhalb einer Kategorie vereint, d.h. Patienten mit gleicher Diagnose haben oftmals sehr unterschiedliche Persönlichkeitsproblematiken (Wright et al., 2013), was auf der Idee basierend, die Individualität des Menschen zu berücksichtigen, gleichzeitig jedoch infolge der vielen Subtypen innerhalb einer Diagnose diagnostische Zuordenbarkeit fragwürdig macht. So müssen bspw. fünf von neun Kriterien zur Vergabe einer Borderline PS erfüllt sein, was somit 151 verschiedene Kombinationen zulässt

(Skodol et al., 2002). Dies lässt Zweifel an einer validen Diagnose aufkommen, führt zu diagnostischer Unklarheit und erschwert schließlich einen Fokus auf einen Behandlungsschwerpunkt (Barnow et al., 2006). Weiter werden Komponenten, die sich eher an PS-Eigenschaften orientieren (z.B. Impulsivität), mit sich auf Verhaltensebene beziehenden Kriterien von Persönlichkeit (z.B. Suizidalität) gemischt (Barnow et al., 2006).

Infolge inhaltlicher Überlappung und mehrfacher Wiederholung kategorial klassifizierter Kriterien der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 mit Kriterien anderer psychischer Erkrankungen (im DSM-IV-TR Achse-I Störungen) sowie Kriterien anderer Persönlichkeitsstörungen ergibt sich ein Komorbiditätsproblem von Persönlichkeitsstörungen zu psychischen Erkrankungen (früher Achse-I Störungen) und zum anderen hohe Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander. So erreichen Patienten häufig die Kriterien für mehrere Persönlichkeitsstörungen (Zimmerman et al., 2005), was sich klinisch dahingehend auswirkt, dass bei PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung mit bis zu 80%iger Wahrscheinlichkeit auch noch eine oder mehrere weitere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden (Fiedler & Herpertz, 2016). Dementgegen fordert Kernberg schon im DSM-III die breite Repräsentativität und Differenzierbarkeit der individuellen Kategorien oder spezifischen Persönlichkeitsstörungen voneinander (Kernberg, 2015).

Eine weitere Problematik der kategorialen Klassifikation von PS im DSM-IV besteht darin, dass eine große Anzahl der Patienten ein individuelles Problemmuster aufweist, das keiner umschriebenen PS zuordenbar ist (Verheul et al., 2007). Folglich wird in der Literatur eine zu theoretische Darstellung von Persönlichkeit mittels Kategorien kritisiert. Livesley sieht allein in der Komplexität der menschlichen Persönlichkeit, welche im Widerspruch zu einer Verallgemeinerbarkeit durch psychologische Erklärungsmodelle, theoretische Konstrukte und vor Allem einer kategorialen psychiatrischen Klassifizierung steht, eine Erschwernis, die Persönlichkeit einer Person möglichst umfassend und konkret zu erfassen (Livesley, 2003). Kotov und Kollegen sehen in der Abbildung von Persönlichkeiten in kategorialen Modelle einen Verlust an Information über die spezifische Problematik der betroffenen Person und damit einhergehend eine Einschränkung für den therapeutischen Benefit (Kotov et al., 2017).

2.2 Alternatives (Forschungs-)Modell für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5

Das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen (AMPD) (Falkai & Wittchen, 2015) wurde im dritten Teil des DSM-5 als Forschungsmodell entwickelt mit der Idee eines kategorial-dimensionalen Hybridmodells, welches einerseits die Möglichkeit beinhaltet, dimensionale Aspekte der Persönlichkeit abzubilden und andererseits durch Beibehaltung von Kategorien einen Übergang zwischen dem aktuell gültigen System zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und einer dimensional Abbildung zu ebnet und greift damit folgenden Gedankengang Kernbergs auf: „Um maximale Effektivität im Licht unserer gegenwärtigen Kenntnis zur erreichen, müsste eine optimale Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen sowohl eine auf Kategorien hin orientierte Methode in Bezug auf verschiedene Typen von Persönlichkeitskonstellationen als auch eine auf Dimensionen hin orientierte Methode erhalten, die sich auf den Schweregrad dieser Störungen und auf die inneren Beziehungen zwischen den Subgruppen bezieht“ (Kernberg, 1984, S.141). Das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen setzt sich aus den Kriterien A-G zusammen. Diese stellen die diagnostischen Schritte zur Festlegung einer Persönlichkeitsstörung dar. Mit der Definition einer Persönlichkeitsstörung als Störung des Selbst und der interpersonellen Beziehung, greift es bspw. die Theorien von Hopwood et al., 2013 oder Luyten und Blatt, 2013 auf. Bei der Neustrukturierung der einzelnen Merkmale sollten zudem faktorenanalytische Methoden Priorität bekommen, womit sichergestellt werden sollte, dass sich die Zusammenfassung der einzelnen Merkmale zu übergeordneten diagnostischen Einheiten an deren empirischer Kovariation orientiert (vgl. Leising und Zimmermann, 2011).

2.2.1 Kriterium A: Psychisches Funktionsniveau der Persönlichkeit

„Die allgemeinen Merkmale von Persönlichkeitsstörung werden an Beeinträchtigung in bestimmten Fähigkeiten festgemacht, die zur Bewältigung der grundlegenden Herausforderungen des menschlichen Lebens wesentlich sind“ (Livesley, 1998). Damit beschreibt das psychische Funktionsniveau der Persönlichkeit im Alternativen Modell die Fähigkeiten und deren Störungen in den Selbst- und interpersonellen Funktionen, welche den Kern der Persönlichkeitspsychopathologie darstellen und anhand einer 5-stufigen Skala, der Level of Personality Functioning Scale (LPFS) operationalisiert wurden (Bender et al., 2011). Diese Skala basiert, wie Livesley schreibt, auf der Annahme, dass „der gemeinsame Nenner aller Persönlichkeitsstörungen im Bereich basaler adaptiver Fähigkeiten liegt“ (Livesley, 1998). Die LPFS

umfasst eine Liste mit Ankerpunkten, in der jede Fähigkeit auf jedem Funktionsniveau anhand von drei kurzen Textabsätzen beschrieben wird. Somit wird das Ausmaß der Fähigkeiten und Einschränkungen einer Person in unterschiedlichen Lebensbereichen bezogen auf ihre Persönlichkeit bestimmt, indem eine Einschätzung auf einem Kontinuum vorgenommen wird.

Das psychische Funktionsniveau wird dabei in den Persönlichkeitsfunktionen der Beziehung zum Selbst und der interpersonellen Beziehung untersucht. Der Bereich des Selbst untergliedert sich wiederum in die Subskalen Identität und Selbststeuerung. Der Bereich der Interpersonellen Beziehungen wird aus den Subskalen Empathie und Nähe gespeist. Abb. 6 zeigt eine Darstellung der Aufteilung der beiden Elemente.

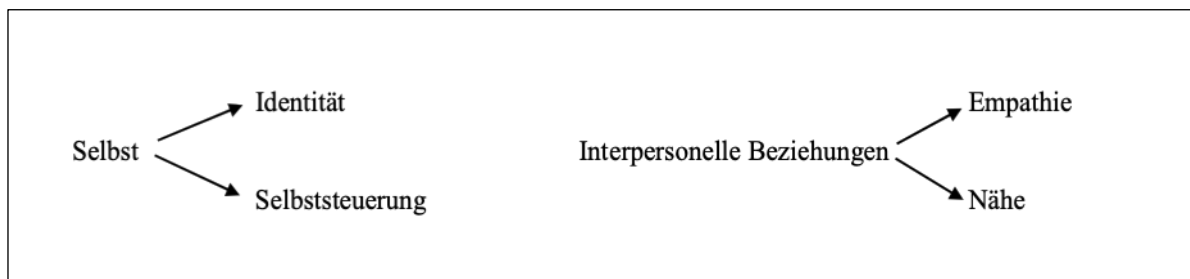


Abbildung 6: Kriterium A nach dem AMPD des DSM-5 mit Subskalen

Die Subskala Identität überprüft dabei die Möglichkeiten des Individuums differenziert wahrzunehmen und Emotionen zu regulieren und ermöglicht zudem eine Aussage darüber, inwieweit eine Person über ein stabiles Selbstwertgefühl und Selbstbild verfügt, das auch im Kontakt mit anderen abgegrenzt werden kann, und ob eine adäquate Selbsteinschätzung vorliegt.

Die Subskala Selbststeuerung beschreibt die Fähigkeiten einer Orientierung an konstruktiven und prosozialen Maßstäben des Verhaltens sowie das Verfolgen von kohärenten und sinnhaften kurz- und langfristigen Zielen. Zudem wird die Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion überprüft.

Die Subskala Empathie wird im DSM-5 folgendermaßen definiert: „Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer. Toleranz gegenüber unterschiedlichen Sichtweisen, Verstehen der Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1047).

Die Subskala Nähe impliziert, dass ein Individuum den Wunsch nach bedeutungsvollen und längerfristigen sozialen Beziehungen hat und auch fähig ist diese herzustellen, darüber hinaus auch in der Lage ist, Nähe zu anderen zuzulassen und einen wertschätzenden respektvollen Umgang mit anderen pflegen kann.

So überprüft also Kriterium A als erster Schritt der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nach dem Alternativen Modell Beeinträchtigungen in diesen genannten Bereichen und greift damit den Tatbestand auf, dass „die Strukturpathologie, die den verschiedenen kategorialen Diagnosen zugrunde liegt, häufig dieselbe ist“ (Hörz et al., 2010).

Aus den Ergebnissen wird im Anschluss das Funktionsniveau der Persönlichkeit auf der bereits erwähnten fünfstufigen Skala von null (keine bzw. geringe Beeinträchtigung), eins (leichte Beeinträchtigung), zwei (mittelgradige Beeinträchtigung), drei (schwere Beeinträchtigung) bis vier (extreme Beeinträchtigung) bestimmt. Die eben beschriebenen DSM-5 Ankerpunkte, die als Verhaltensbereich für jeden dieser Bereiche fungieren, finden sich in den folgenden Abbildungen (Falkai & Wittchen 2015, S. 1065-1070):

Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (0)

Ausmaß der Beeinträchtigung	Selbst		Interpersonelle Beziehungen	
	Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
<p>0</p> <p>Keine oder geringfügige Beeinträchtigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durchgängiges Bewusstsein eines eigenständigen Selbst; hält rollenadäquate Grenzen ein. - Stabiler und selbstregulierter positiver Selbstwert mit akkurater Selbsteinschätzung. - Ist in der Lage, eine ganze Bandbreite von Emotionen zu erleben, auszuhalten und zu regulieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verinnerlicht und verfolgt vernünftige Ziele, basierend auf einer realistischen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten. - Orientiert sich an angemessenen Verhaltensmaßstäben und erreicht in vielen Bereichen persönliche Erfüllung. - Kann eigenes Erleben reflektieren und auf konstruktive Weise interpretieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ist in der Lage, das Erleben und die Motive anderer in den meisten Situationen richtig zu verstehen. - Versteht und würdigt die Sichtweisen anderer, auch wenn er/sie diese nicht teilt. - Ist sich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere bewusst 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterhält im privaten und gesellschaftlichen Umfeld zahlreiche stabile und befriedigende Beziehungen. - Hat den Wunsch nach, und widmet sich einer Reihe von liebevollen, engen und auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen. - Strebt nach Kooperation und gegenseitigem Nutzen und reagiert flexibel auf verschiedene Ideen, Gefühle und Verhaltensweisen anderer.

Abbildung 7: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 0 (Falkai & Wittchen, 2015)

Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (1)

Ausmaß der Beeinträchtigung	Selbst		Interpersonelle Beziehungen	
	Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
<p>1</p> <p>Leichte Beeinträchtigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relativ intaktes Selbstgefühl, wobei die Klarheit von Grenzen etwas eingeschränkt ist, wenn starke Emotionen und psychische Belastung erlebt werden. - Selbstwert ist zeitweise reduziert, mit übermäßig kritischer oder etwas verzerrter Selbsteinschätzung. - Starke Emotionen können belastend sein, verbunden mit einer eingeschränkten Bandbreite des emotionalen Erlebens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Übermäßig zielstrebig, etwas blockiert im Setzen und Verfolgen eigener Ziele oder konflikthafter Umgang mit Zielen. - Kann unrealistische oder sozial unangemessene persönliche Maßstäbe haben, was die persönliche Erfüllung in einigen Bereichen einschränkt. - Kann eigenes Erleben reflektieren, überbetont aber möglicherweise einen bestimmten (z.B. intellektuellen, emotionalen) Aspekt der Selbstwahrnehmung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etwas eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu würdigen und zu verstehen; kann dazu tendieren, anderen unangemessene Erwartungen oder einen Wunsch nach Kontrolle zuzuschreiben. - Ist zwar in der Lage, andere Sichtweisen zu berücksichtigen und zu verstehen, tut dies aber nur widerwillig. - Ist sich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere nicht durchgängig bewusst. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ist in der Lage, im privaten und gesellschaftlichen Umfeld stabile Beziehungen einzugehen, jedoch mit einigen Einschränkungen bezüglich Tiefe und erlebter Zufriedenheit. - Hat die Fähigkeit und den Wunsch, enge und auf Gegenseitigkeit beruhende Beziehungen aufzubauen, kann aber Schwierigkeiten haben, dies auszudrücken und mitunter gehemmt sein, wenn starke Emotionen oder Konflikte auftreten. - Kooperation kann durch unrealistische Maßstäbe erschwert sein; etwas eingeschränkte Fähigkeit, die Ideen, Gefühle und Verhaltensweisen anderer zu respektieren oder darauf einzugehen.

Abbildung 8: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 1: (Falkai & Wittchen, 2015)

Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (2)

Ausmaß der Beeinträchtigung	Selbst		Interpersonelle Beziehungen	
	Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
<p>2</p> <p>Mittelgradige Beeinträchtigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Übermäßige Abhängigkeit von anderen bei der Definition der eigenen Identität; beeinträchtigte Wahrnehmung von Grenzen. - Vulnerabler Selbstwert, der von übertriebener Sorge um Bewertung durch andere geprägt ist, bei gleichzeitigem Wunsch nach Anerkennung. Gefühl von Unzulänglichkeit oder Unterlegenheit mit kompensatorisch überhöhter oder verringerter Selbsteinschätzung. - Emotionsregulation hängt von positiver Bewertung durch andere ab. Bedrohungen des Selbstwerts können starke Emotionen wie Wut oder Scham auslösen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziele sind meistens nicht selbst bestimmt, sondern ein Mittel, um Bestätigung von anderen zu erhalten; daher kann es ihnen an Kohärenz und/oder Stabilität mangeln. - Eigene Maßstäbe können unangemessen hoch sein (z.B. ein Bedürfnis, besonders zu sein oder anderen zu gefallen) oder niedrig sein (z.B. nicht mit vorherrschenden Werten übereinstimmen). Persönliche Erfüllung wird durch ein Gefühl von mangelnder Authentizität beeinträchtigt. - Eingeschränkte Fähigkeit, eigenes Erleben zu reflektieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Übermäßig empfindsam hinsichtlich des Erlebens anderer, aber nur im Hinblick auf dessen Relevanz für die eigene Person. - Übermäßig selbstbezogen; deutlich eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu würdigen, zu verstehen und alternative Sichtweisen zu berücksichtigen. - Ist sich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere generell nicht bewusst, schätzt diese Wirkung unrealistisch ein oder kümmert sich nicht darum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hat die Fähigkeit und den Wunsch, Beziehungen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld aufzubauen, diese können aber größtenteils oberflächlich sein. - Enge Beziehungen bestehen vor allem, um Bedürfnisse der Selbstregulation und des Selbstwerts zu befriedigen, verbunden mit der unrealistischen Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden. - Tendiert dazu, Beziehungen nicht als etwas Wechselseitiges anzusehen, sondern kooperiert vorrangig aus Eigennutz.

Abbildung 9: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 2 (Falkai & Wittchen, 2015)

Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (3)

Ausmaß der Beeinträchtigung	Selbst		Interpersonelle Beziehungen	
	Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
3 Schwere Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> - Schwach ausgeprägtes Gefühl von Autonomie/Urheberschaft; Erleben von mangelnder Identität oder innerer Leere. Die Definition von Grenzen ist schwach oder rigide: kann Überidentifikation mit anderen, Überbetonung der Unabhängigkeit von anderen, oder ein Schwanken zwischen beidem sein. - Fragiler Selbstwert, der von Ereignissen leicht beeinflusst wird, und ein Selbstbild, dem es an Kohärenz mangelt. Die Selbsteinschätzung ist wenig nuanciert: Selbstverachtung, Selbstverherrlichung oder eine unlogische, unrealistische Mischung aus beidem. - Emotionen können sich sehr schnell ändern oder es besteht ein chronisches, unveränderliches Gefühl der Verzweiflung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hat Schwierigkeiten, sich selbst Ziele zu setzen und/oder diese zu erreichen. - Eigene Maßstäbe für Verhalten sind unklar oder widersprüchlich. Das Leben wird als sinnlos oder gefährlich erlebt. - Deutlich eingeschränkte Fähigkeit, eigene mentale Prozesse zu reflektieren und zu verstehen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Fähigkeit, die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen anderer zu berücksichtigen und zu verstehen ist deutlich eingeschränkt; kann aber ganz bestimmte Aspekte des Erlebens anderer erkennen, insbesondere Verletzlichkeit und Leiden. - Generell unfähig, alternative Sichtweise zu berücksichtigen; fühlt sich durch Meinungsunterschiede oder abweichende Ansichten stark bedroht. - Verwirrung oder fehlende Bewusstheit hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere; häufig verwundert über das Denken und die Verhaltensweisen anderer, wobei destruktive Motive oft fälschlich anderen zugeordnet werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ein gewisser Wunsch nach dem Aufbau von Beziehungen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld ist vorhanden, aber die Fähigkeit zu positiver und dauerhafter Bindung ist deutlich beeinträchtigt. - Beziehungen basieren auf der festen Überzeugung, völlig auf die andere Person angewiesen zu sein und/oder auf Erwartungen von Verlassenwerden oder Missbrauch. Gefühle bezüglich enger Beziehungen mit anderen schwanken zwischen Angst/Zurückweisung und dem verzweifelten Wunsch nach Verbundenheit. - Wenig Gegenseitigkeit: andere werden vor allem unter dem Gesichtspunkt gesehen, welchen (positiven oder negativen) Einfluss sie auf die eigene Person haben; Bemühungen um Kooperation scheitern häufig am Erleben von Kränkungen durch andere.

Abbildung 10: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 3 (Falkai & Wittchen, 2015)

Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (4)

Ausmaß der Beeinträchtigung	Selbst		Interpersonelle Beziehungen	
	Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
4 Extreme Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> - Das Erleben eines eigenständigen Selbst und das Gefühl eigener Urheberschaft/Autonomie sind so gut wie nicht vorhanden oder um die Wahrnehmung von Verfolgung durch andere herum organisiert. Grenzen zu anderen sind unklar oder fehlen ganz. - Schwaches oder verzerrtes Selbstbild, das in Interaktionen mit anderen schnell bedroht ist; deutliche Verzerrungen und Verwirrung im Bereich der Selbsteinschätzung. - Emotionen passen nicht zum Kontext oder zum inneren Erleben. Hass und Aggression können dominierende Affekte sein, aber auch geleugnet und anderen zugeschrieben werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende Differenzierung zwischen Gedanken und Handlungen, so dass die Fähigkeit zur Zielsetzung schwer beeinträchtigt ist (Ziele sind unrealistisch oder inkohärent). - Eigene Maßstäbe für Verhalten sind so gut wie nicht vorhanden. Echte persönliche Erfüllung ist im Grunde unvorstellbar. - Tiefgreifende Unfähigkeit, eigenes Erleben konstruktiv zu reflektieren. Eigene Motive können verkannt und/oder als dem Selbst nicht zugehörig erlebt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgeprägte Unfähigkeit, das Erleben und die Motive anderer zu berücksichtigen und zu verstehen. - Die Sichtweisen anderer werden so gut wie gar nicht wahrgenommen (die Aufmerksamkeit ist völlig auf Bedürfnisbefriedigung und Schadensvermeidung fokussiert). - Soziale Interaktionen können verwirrend und verstörend sein. 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen ist aufgrund eines tiefgreifenden Desinteresses oder erwarteter Verletzungen eingeschränkt. Der Umgang mit anderen ist distanziert, chaotisch oder durchgängig negativ. - Beziehungen werden nahezu ausschließlich unter dem Gesichtspunkt wahrgenommen, ob sie Sicherheit bieten oder Schmerz und Leid verursachen können. - Zwischenmenschliches Verhalten beruht nicht auf Gegenseitigkeit, sondern ist auf die Befriedigung basaler Bedürfnisse oder auf die Vermeidung von Schmerz ausgerichtet.

Abbildung 11: Ausmaß der Beeinträchtigung: Stufe 4 (Falkai & Wittchen, 2015)

Mittels dieser Beschreibungen kann die Beeinträchtigung als globaler Parameter, also über alle vier Subskalen hinweg, beurteilt werden. Eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit (Stufe 2) gilt dabei als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Innovativ ist bei dieser Einteilung auch die Etablierung eines gesunden adaptiven Funktionsniveaus (Stufe 0), was eine direkte Beschreibung ungestörten Funktionierens im Bereich der Persönlichkeit abbildet, woraus sich anzustrebende neuartige Behandlungsziele mit wiederholten Neubewertungen des Therapieerfolgs anhand der darunterliegenden Stufen „in Richtung auf ein als gesund zu bezeichnendes Funktionsniveau“ anstreben lassen (Fiedler & Herpertz, 2016, S.75). Dies greift die Annahme Lorangers auf, dass Persönlichkeitsstörungen „Ausdruck Zeit- und situationsvariabler Persönlichkeitszüge oder Persönlichkeitseigenarten sind, welche sich dem Betrachter im Unterschied zu vielen andere Störungen möglicherweise nur langweilliger darstellen“ (Loranger, 1992). Aus diesem Grund folgert Loranger, dass Persönlichkeitsstörungen „lediglich wegen dieser Trägheit und Zögerlichkeit zum Beurteilerbias der scheinbaren Zeitstabilität und Kontextunabhängigkeit beitragen“ (Loranger et al., 1991).

2.2.2 Kriterium B: Problematische Persönlichkeitsmerkmale

Nachdem nun mit Kriterium A das Ausmaß der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit eingeschätzt wurde, soll sich nun im anschließenden Diagnostikschritt eine Untersuchung der maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale einer Person anhand von fünf Domänen mit jeweils zugehörigen Persönlichkeitsfacetten anschließen. Bei diesen fünf Domänen *negative Affektivität*, *Verschlossenheit*, *Antagonismus*, *Enthemmtheit* und *Psychotizismus* handelt es sich weitgehend um die negativen Pole der Persönlichkeitsmerkmale des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit nach Costa und Mc Crae (1992), welche sich aus den Faktoren Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zusammensetzen. Dieses Modell, welches in der persönlichkeitspsychologischen Grundlagenforschung gut etabliert ist (John et al., 2008), basiert auf einem explorativen faktorenanalytischen Ansatz. Hierbei wurden mittels lexikalischer Analyse Beschreibungen für Persönlichkeitseigenschaften ermittelt, welche letztendlich Faktoren zur Beschreibung der Persönlichkeit eines Menschen hervorbringen sollten. In Folge konnten diese in der Persönlichkeitsforschung gängigen fünf Charaktermerkmale der Persönlichkeit als Faktoren extrahiert werden. Es findet sich ein konzeptioneller Zusammenhang zwischen den Dimensionen des Alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen des DSM-5 und den Fünf-Faktoren nach

Costa und McCrae (1992). So entsprechen die ersten 4 Domänen des Kriteriums B den negativen d.h. sozial unerwünschteren Polen dieser Persönlichkeitsdimensionen: Emotionale Stabilität, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit. Im AMPD werden die negativen Bezeichnungen der Domänen ihren positiven Gegenpolen aus dem Big Five Modell gegenübergestellt (vgl. Abb.12). Der Zusammenhang zwischen Psychotizismus und Offenheit für Erfahrungen ist demgegenüber jedoch weniger eindeutig.

Big Five	DSM-5
Neurotizismus	Negative Affektivität
Extraversion	Verschlossenheit
Verträglichkeit	Antagonismus
Gewissenhaftigkeit	Enthemmtheit
Offenheit für neue Erfahrung	Psychotizismus

Abbildung 12: Gegenüberstellung Domänen der BIG Five und maladaptive Domänen des DSM-5

Im Folgenden sollen die 5 Domänen des Kriterium B des AMPD erläutert werden:

Die *Domäne Negative Affektivität* wird im DSM-5 beschrieben als starke und oft auftretende negative Gefühle mit entsprechenden dysfunktionalen behavioralen und interaktionellen Manifestationen, wie bspw. Selbstverletzung und Abhängigkeit (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 1068).

Die *Domäne Verschlossenheit* meint im Alternativen Modell eine generelle Vermeidung „sozio-emotionaler“ Erfahrungen sowohl durch Umgehen sozialer Situationen und Interaktionen als auch durch ein eingeschränktes affektives Spektrum, besonders bezüglich der Fähigkeit, Freude zu empfinden (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 1068).

Die *Domäne Antagonismus* beschreibt egozentrische und manipulative sowie andere Menschen zu eigenem Nutzen instrumentalisierende Verhaltensweisen aus einem Gefühl der Selbstüberhöhung, verbunden mit der Erwartungshaltung besondere Behandlung von der Umwelt zu erfahren. Basierend ist die Grundannahme, wichtiger als die soziale Umwelt zu sein, während andere Menschen und deren Bedürfnisse und Gefühle als nicht so bedeutsam erachtet werden bis hin zu kaltherziger Abneigung gegenüber anderen Personen (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 1069).

Die *Domäne Enthemmtheit* ist im DSM als impulsives, wenig kontrolliertes Verhalten ohne Berücksichtigung früherer Lernerfahrung oder zukünftiger Konsequenzen beschrieben (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1069).

Die *Domäne Psychotizismus* bezeichnet eine formal und inhaltlich ungewöhnliche und seltsam exzentrische Art des Denkens und Handelns (Falkai & Wittchen, 2015, S.1070).

Die eben beschriebenen fünf Domänen wurden weiter in 25 Facetten differenziert, welche aus einer Übersichtsarbeit zu existierenden Persönlichkeitsmodellen abgeleitet und anhand von Untersuchungen an Stichproben von Personen, die psychische Institutionen aufsuchten, weiterentwickelt wurden (vgl. Falkai & Wittchen, 2015 S.1047).

Die Domänen und Facetten wurden im DSM-5 durch Kurzbeschreibungen operationalisiert, die entsprechende zugrundeliegende diagnoseweisende Denk- und Verhaltensmuster beschreiben. Die Kurzbeschreibungen der Domänen, ihre Gegenpole sowie die Zuordnung der Facetten sind Abb. 13 zu entnehmen.

Domäne	Facetten nach DSM-5
<p>Negative Affektivität vs. Emotionale Stabilität</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“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1068)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Labilität - Ängstlichkeit - Trennungsangst - Unterwürfigkeit - Feindseligkeit - Perseveration - Depressivität - Misstrauen
<p>Verschlossenheit vs. Extraversion</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“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1068)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialer Rückzug - Vermeidung von Nähe - Anhedonie - Depressivität - Affektarmut - Misstrauen
<p>Antagonismus vs. Verträglichkeit</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“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1069)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Neigung zur Manipulation - Unehrllichkeit - Grandiosität - Suche nach Aufmerksamkeit - Gefühlskälte - Feindseligkeit
<p>Enthemmtheit vs. Gewissenhaftigkeit</p> <p>☞ „Ausrichtung auf sofortige Belohnung; impulsives, durch momentane Gedanken, Gefühle und äußere Reize gesteuertes Verhalten; mangelnde Berücksichtigung früherer Lernerfahrungen oder zukünftiger Konsequenzen“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1069)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwortungslosigkeit - Impulsivität - Ablenkbarkeit - Neigung zu riskantem Verhalten - Rigider Perfektionismus (Mangel an)
<p>Psychotizismus vs. Adäquatheit</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)“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1070)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse - Exzentrität - Denk- und Wahrnehmungsstörungen

Abbildung 13: Domänen und Facetten problematischer Persönlichkeitsmerkmale nach Kriterium B, Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen des DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015)

Um den Inhaltsbereich möglichst vollständig abzubilden und der empirischen Kovariation der Facetten gerecht zu werden, wurde in Kauf genommen, dass zwei Facetten jeweils als Negativkriterien einer Domäne fungieren. So ist die Facette „rigider Perfektionismus“ bspw. als Merkmal „geringer“ Enthemmtheit beschrieben. Ebenso stellt die Facette „Affektarmut“ ein Merkmal „geringer“ negativer Affektivität dar. Als weitere Besonderheit sind vier Facetten aus selbigem Grund jeweils zwei Domänen untergeordnet. Hierbei handelt es sich um die Facetten „Feindseligkeit“, welche sowohl der Domäne Antagonismus als auch der Domäne negative Affektivität zugeordnet sind als auch die Facetten „Depressivität“, „Misstrauen“ und „Affektarmut“, welche den Domänen negative Affektivität und Verslossenheit zugeordnet sind.

In den folgenden Abbildungen (Abb. 14-18) soll der Vollständigkeit halber ein kurzer Überblick über die 25 Facetten des AMPD gegeben werden:

DOMÄNEN (polare Gegensätze) und Facetten	Definitionen
NEGATIVE AFFEKTIVITÄT (vs. emotionale Stabilität)	Häufiges und intensives Erleben einer großen Bandbreite von starken negativen Emotionen und Affekten (z.B. Angst, Depression, Schuld/Scham, Besorgnis, Ärger) und ihre behavioralen (z.B. Selbstverletzung) und zwischenmenschlichen (z.B. Abhängigkeit) Manifestationen.
Emotionale Labilität	Instabilität des emotionalen Erlebens und der Stimmung; heftige Emotionen bzw. Affekte sind leicht stimulierbar, hochgradig intensiv und/oder unangemessen zu situativen Auslösern und Umständen.
Ängstlichkeit	Gefühle von Nervosität, Anspannung oder Panik als Reaktion auf verschiedene Situationen; häufige Sorge über negative Auswirkungen vergangener unangenehmer Erlebnisse und über mögliche negative Entwicklungen in der Zukunft; ängstliche Gefühle und Besorgnis bei Unsicherheit;
Trennungsangst	Angst vor dem Alleinsein durch Zurückweisung und/oder Trennung von wichtigen Bezugspersonen, basierend auf einem Mangel an Vertrauen in die eigene Fähigkeit, für sich selbst physisch und emotional zu sorgen.
Unterwürfigkeit	Anpassung des eigenen Verhaltens an tatsächliche oder wahrgenommene Interessen und Wünsche von anderen, sogar wenn dies den eigenen Interessen, Bedürfnissen oder Wünschen entgegensteht.
Feindseligkeit	Anhaltende oder häufige Gefühle von Ärger; Ärger oder Gereiztheit bereits bei geringfügigen Kränkungen und Beleidigungen; gemeines, gehässiges oder rachsüchtiges Verhalten. s. a. Antagonismus.
Perseveration	Verharren bei Aufgaben oder dabei, auf besondere Weise Tätigkeiten auszuführen, obwohl das Verhalten seit langem nicht mehr funktional oder effektiv ist; Fortführung desselben Verhaltens trotz wiederholten Scheiterns oder eindeutigen Gründen das Verhalten zu beenden.
Depressivität	s. Verslossenheit
Misstrauen	s. Verslossenheit
Affektarmut (Fehlen von)	Wenn eine Affektarmut vorliegt, bedeutet dies ein niedrigeres Niveau der Negativen Affektivität. s. „Verslossenheit“ für die Definition dieser Facette.

Abbildung 14: Facetten der Domäne Negative Affektivität (Falkai & Wittchen, 2015)

DOMÄNEN (polare Gegen-sätze) und Facetten	Definitionen
VERSCHLOSSENHEIT (vs. Extraversion)	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.
Sozialer Rückzug	Bevorzugung des Alleinseins gegenüber der Gemeinschaft mit anderen; Zurückhaltung in sozialen Situationen; Vermeidung sozialer Kontakte und Aktivitäten; fehlende Aufnahme von sozialem Kontakt.
Vermeidung von Nähe	Vermeidung von engen Beziehungen, Liebesbeziehungen, zwischenmenschlichen Bindungen und intimen sexuellen Beziehungen.
Anhedonie	Fehlen von Freude, Engagement oder Energie in Hinblick auf die Dinge des Alltagslebens; Beeinträchtigung in der Fähigkeit, Lust zu empfinden und sich für Dinge zu interessieren.
Depressivität	Niedergeschlagenheit, Sich-elend-Fühlen und/oder Hoffnungslosigkeit; Schwierigkeit, sich von solchen Stimmungen zu erholen; Pessimismus hinsichtlich der Zukunft; tiefgreifende Scham- und/oder Schuldgefühle; Gefühl der Minderwertigkeit; Suizidgedanken und suizidales Verhalten.
Affektarmut	Geringe affektive Reaktion auf erregende Situationen; Einschränkungen des emotionalen Erlebens und des emotionalen Ausdrucks; Gleichgültigkeit und Distanziertheit in üblicherweise emotional berührenden Situationen.
Misstrauen	Erwartung von und Sensibilität gegenüber Anzeichen für böse Absichten anderer oder Schädigung durch andere; Zweifel an der Loyalität und Treue anderer; Gefühle, von anderen schlecht behandelt, benutzt und/oder verfolgt zu werden.

Abbildung 15: Facetten der Domäne Verslossenheit (Falkai & Wittchen, 2015)

DOMÄNEN (polare Gegen-sätze) und Facetten	Definitionen
ANTAGONISMUS (vs. Verträglichkeit):	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.
Neigung zur Manipulation	Häufiges Anwenden von List, um andere zu beeinflussen oder unter Kontrolle zu halten; Einsatz von Verführung, Charme, Redegewandtheit oder Schmeichelei, um die eigenen Ziele zu erreichen.
Unehrllichkeit	Unaufrichtigkeit und Betrugerei; unzutreffende Selbstdarstellung; Ausschmückungen und Erfindungen beim Darstellen von Ereignissen.
Grandiosität	Überzeugung, anderen überlegen zu sein und besondere Behandlung zu verdienen; Selbstbezogenheit; Anspruchshaltung; herablassende Haltung anderen gegenüber.
Suche nach Aufmerksamkeit	Verhalten, das dazu dient, bemerkt zu werden und im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Bewunderung anderer zu stehen.
Gefühlskälte	Fehlende Betroffenheit hinsichtlich der Gefühle oder Probleme anderer; Mangel an Schulgefühlen oder Reue hinsichtlich negativer oder nachteiliger Wirkungen der eigenen Handlungen auf andere.
Feindseligkeit	s. negative Affektivität

Abbildung 16: Facetten der Domäne Antagonismus (Falkai & Wittchen, 2015)

DOMÄNEN (polare Gegensätze) und Facetten	Definitionen
ENTHEMMTHEIT (vs. Gewissenhaftigkeit)	Ausrichtung auf sofortige Belohnung; impulsives, durch momentane Gedanken, Gefühle und äußere Reize gesteuertes Verhalten; mangelnde Berücksichtigung früherer Lernerfahrungen oder zukünftiger Konsequenzen.
Verantwortungslosigkeit	Missachtung und mangelnde Einhaltung von finanziellen oder anderen Verpflichtungen oder Zusagen; fehlender Respekt vor und mangelnde Konsequenz bei Vereinbarungen und Versprechungen; Nachlässigkeit im Umgang mit dem Eigentum anderer.
Impulsivität	Handlungen erfolgen Hals über Kopf als unmittelbare Reaktion auf Auslöser; sie sind vom Augenblick bestimmt, ohne Plan oder Berücksichtigung der Folgen; Schwierigkeiten, Pläne zu entwickeln und zu verfolgen; Druckgefühl und selbstschädigendes Verhalten unter emotionalem Stress.
Ablenkbare	Schwierigkeit, sich auf Aufgaben zu konzentrieren und zu fokussieren; die Aufmerksamkeit wird durch unwesentliche Reize leicht abgelenkt; Schwierigkeit, zielgerichtetes Verhalten einschließlich der Planung und Beendigung von Aufgaben aufrecht zu erhalten.
Neigung zu riskantem Verhalten	Ausübung gefährlicher, risikoreicher und potenziell selbstschädigender Handlungen, ohne äußere Notwendigkeit und ohne Rücksicht auf mögliche Folgen; Mangel an Bewusstsein für die eigenen Grenzen und Verleugnung realer persönlicher Gefahr; leichtsinniges Verfolgen von Zielen ohne Beachtung des Ausmaßes des damit verbundenen Risikos.
Rigider Perfektionismus (Mangel an)	Rigides Beharren darauf, dass alles einwandfrei, perfekt und ohne Fehler oder Schwächen sein muss, einschließlich der eigenen Leistungen und der Leistungen anderer; Verzicht auf rechtzeitige Erledigung, um Korrektheit in jedem Detail sicherzustellen; Überzeugung, dass es nur einen richtigen Weg gibt, etwas zu tun; Schwierigkeiten, eigene Ideen und/oder Standpunkte zu verändern; Übermäßige Beschäftigung mit Details, Organisation und Ordnung. Ausgeprägter rigider Perfektionismus charakterisiert ein niedriges Niveau von „Enthemmtheit“.

Abbildung 17: Facetten der Domäne Enthemmtheit (Falkai & Wittchen, 2015)

DOMÄNEN (polare Gegensätze) und Facetten	Definitionen
PSYCHOTIZISMUS (vs. Adäquatheit)	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).
Ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse	Überzeugung, über ungewöhnliche Fähigkeiten zu verfügen, wie Gedankenlesen, Telekinese, Verschmelzung von Gedanken und Handlungen (thought-action-fusion), ungewöhnliches Erleben der Realität einschließlich halluzinationsähnlicher Phänomene.
Exzentrität	Eigenartige, ungewöhnliche oder bizarre Verhaltensweisen, Erscheinung und/oder Sprache; seltsame oder unberechenbare Gedanken; ungewöhnliche oder unpassende Äußerungen.
Denk- und Wahrnehmungsstörungen	Eigenartige oder ungewöhnliche gedankliche Prozesse und innere Erlebnisse einschließlich Depersonalisation, Derealisation und dissoziativen Erfahrungen; Erleben von gemischtem Schlaf-Wach-Status; Erleben von Gedankenkontrolle. .

Abbildung 18: Facetten der Domäne Psychotizismus (Falkai & Wittchen, 2015)

Das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen fordert also neben einem erfüllten Kriterium A mindestens eine problematische Persönlichkeitsdomäne oder Facette, um eine weitere Voraussetzung zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu erfüllen, wie die nachfolgende Abbildung zusammenfassend versinnbildlichen soll.

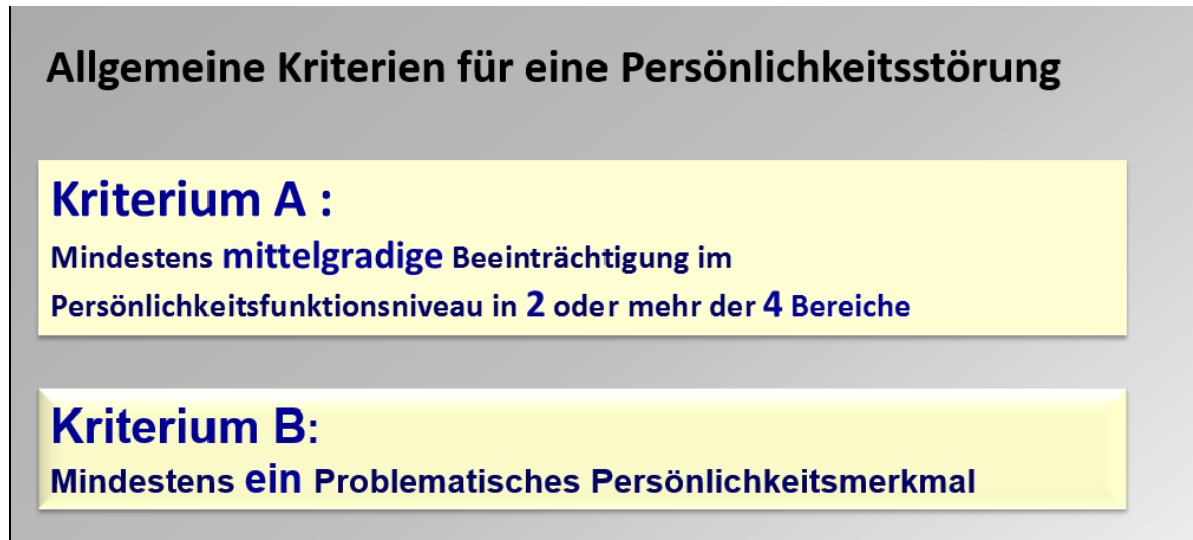


Abbildung 19: Allgemeine Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung: Kriterium A und B

2.2.3 Kriterium C + D + E + F + G

Die definitive Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung erfordert schließlich über das Vorhandensein der bereits beschriebenen Kriterien A und B hinaus das Vorliegen der Allgemeinkriterien C-G. Dabei werden die *relative Durchgängigkeit* und *relative Stabilität* der Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit und der individuellen Merkmale mittels der Kriterien C und D erfasst. Der Begriff „relativ“ spiegelt die Tatsache wider, dass alle außer den schwerstgestörten Persönlichkeiten zu einem gewissen Grad Anpassungsfähigkeit zeigen.

Die Kriterien E, F und G beschreiben darüber hinaus die differenzialdiagnostische Abgrenzung für Auffälligkeiten der Persönlichkeit. Hier soll überprüft werden, ob die Symptome „besser durch eine andere psychische Störung, die Wirkung einer Substanz oder eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors oder eine normale Entwicklungsphase (z.B. Adoleszenz, Alter) oder den soziokulturellen Hintergrund der Person erklärt werden“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.1048) oder separat davon zu betrachten sind und unter Beachtung der Kriterien A und B auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen.

2.2.4 KATEGORIALE KOMPONENTE DES DIMENSIONAL-KATEGORIALEN HYBRIDMODELLS DES AMPD

Im AMPD finden sich Kriterien-Sets für die Diagnosen einer Selbstunsicher-Vermeidenden, *Zwanghaften*, *Antisozialen*, *Borderline*, *Schizotypen* oder *Narzisstischen* Persönlichkeitsstörung, welche in der folgenden Abbildung aufgeführt wurden. Auch hier muss, wie im DSM-IV eine bestimmte Anzahl von B-Kriterien (Facetten) erfüllt sein, um die Diagnose vergeben zu können. Die B-Kriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen setzen sich (wie der folgenden Abbildung zu entnehmen) aus jeweils bestimmten Teilmengen der 25 Merkmalsfacetten zusammen, basierend auf Metaanalysen und empirischen Daten zu systematischen Beziehungen zwischen Merkmalen und DSM-IV Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 1047).

Borderline-PS	Narzisstische PS	Zwanghafte PS	Selbstunsichere PS	Schizotype PS	Antisoziale PS
1) Emotionale Labilität 2) Ängstlichkeit 3) Trennungsangst 4) Depressivität 5) Impulsivität 6) Neigung zu riskantem Verhalten 7) Feindseligkeit	1) Grandiosität 2) Suche nach Aufmerksamkeit	1) Rigider Perfektionismus 2) Perseveration 3) Vermeidung von Nähe 4) Affektarmut	1) Ängstlichkeit 2) Sozialer Rückzug 3) Anhedonie 4) Vermeidung von Nähe	1) Denk und Wahrnehmungstörung 2) Ungewöhnliche Überzeugungen 3) Exzentrität 4) Affektarmut 5) Sozialer Rückzug 6) Misstrauen	1) Neigung zur Manipulation 2) Gefühlskälte 3) Unehrlichkeit 4) Feindseligkeit 5) Neigung zu riskantem Verhalten 6) Impulsivität 7) Verantwortungslosigkeit
Mindestens 4 von 7 Kriterien müssen erfüllt sein	Beide Kriterien müssen erfüllt sein	Mindestens 3 von 4 Kriterien müssen erfüllt sein	Mindestens 3 von 4 Kriterien müssen erfüllt sein	Mindestens 4 Kriterien müssen erfüllt sein.	Mindestens 6 von 7 Kriterien müssen erfüllt sein
Mindestens ein Kriterium davon muss erfüllt sein: - Impulsivität - Neigung zu riskantem Verhalten - Feindseligkeit		Rigider Perfektionismus muss als Kriterium erfüllt sein	Ängstlichkeit muss als Kriterium erfüllt sein		

Abbildung 20: Merkmalsset der spez. Kategorien des AMPD (Tab. der Autorin nach Falkai & Wittchen, 2015)

Das AMPD verzichtet, wie hier ersichtlich wird, auf vier der Persönlichkeitsstörungen des aktuellen kategorialen DSM-IV-Modells: So finden sich die histrionische Persönlichkeitsstörung, die paranoide Persönlichkeitsstörung, die dependente Persönlichkeitsstörung und die schizoide Persönlichkeitsstörung nicht mehr im AMPD des DSM-5. Zudem existiert als Neuerung die Möglichkeit der Diagnose *Persönlichkeitsstörung-Merkmalsspezifiziert* mit der Nennung der spezifischen Domänen und Facetten der problematischen Persönlichkeitsmerkmale im Falle eines dem vorformulierten Kriterien Sets nicht zuordenbaren Persönlichkeitsprofils. Hierfür wird, ebenso wie bei den anderen Persönlichkeitsstörungen, eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung in mindestens zwei der Bereiche im Kriterium A, sowie mindestens eine Domäne oder Facette aus Kriterium B gefordert (vgl. Abb. 21).

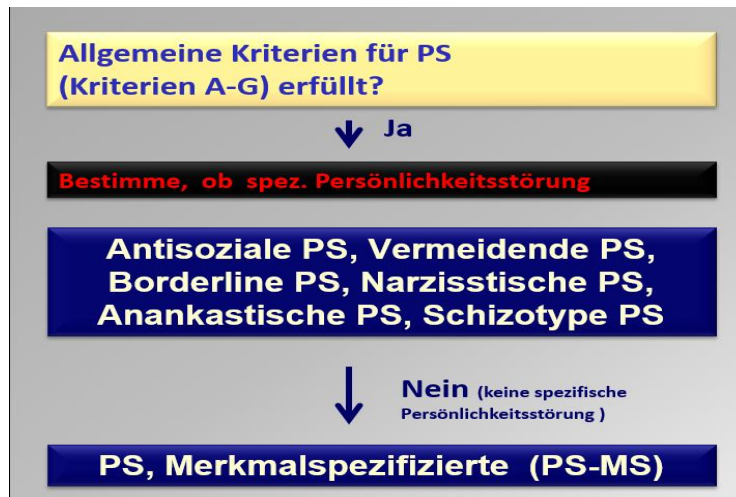


Abbildung 21: Algorithmus zur Erstellung einer Kategorie aus dimensional erhobenen Voraussetzungen im AMPD

In Anlehnung an die Vorgehensweise im kategorialen DSM-IV Modell soll im Folgenden dieses dimensional-kategoriale Hybridmodell des AMPD anhand der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung (AvPD) vorgestellt werden.

Die Kategorie der AvPD im Alternativen Modell des DSM-5 erfordert das Vorhandensein von mindestens drei der vier folgenden Persönlichkeitsfacetten: „Ängstlichkeit“, „Sozialer Rückzug“, „Vermeidung von Nähe“ und „Anhedonie“. Dabei muss die Facette „Ängstlichkeit“ zwingend im Kriterienset enthalten sein. Darüber hinaus können auch noch weitere Facetten, die zwar erfüllt, aber nicht Teil der diagnostischen Voraussetzungen sind, in die Diagnostik aufgenommen werden.

2.2.5 KRITIK AM AMPD

Die Neuerungen, die das AMPD mit sich bringt, werden in der Literatur kontrovers diskutiert:

Entgegen der Kritik mangelnder Evidenz des DSM-IV basieren die maladaptiven Eigenschaften des AMPD auf der Persönlichkeitsforschung des Big Five Models (John et al., 2008), welches als empirisch sehr gut abgesichert gilt und „mit Abstand über die stärkste Datenbasis verfügt“ (Zimmermann et al., 2013a).

Darüber hinaus bietet die Zusammensetzung des AMPD die Chance einer Zusammenführung verschiedener Traditionen von Therapie und Forschung und somit einen ganzheitlicheren Ansatz zur Erfassung von Persönlichkeitspathologie. So sieht Zimmermann das AMPD als Modell von „integrativem Potenzial“ durch Erzeugung zahlreicher Bezüge zu psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Diagnostik (Zimmermann et al., 2013a). So beinhaltet

die Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (Kriterium A) einen psychodynamisch favorisiertem Ansatz (Doering & Hörz, 2012), während die maladaptiven PS-Eigenschaften (Kriterium B) Ergebnisse grundlagenwissenschaftlicher Persönlichkeitsforschung widerspiegeln (Widiger et. Trull, 2007). Ein weiterer Vorteil des AMPD besteht in seiner erhöhten klinischen Nützlichkeit (Morey et al., 2014).

Demgegenüber findet das AMPD auch zahlreiche Kritiker (Livesley, 2013; Tyrer, 2012; Widiger, 2011; Zimmerman, 2012). So wird auch das AMPD dahingehend kritisiert, die Problematik der Komorbidität ebenso wenig zu lösen wie dies im DSM-IV der Fall sei. Zudem bestünden weiterhin Schwierigkeiten bezüglich der Kategorisierung und der Willkürlichkeit von Schwellenwerten (Zimmermann et al., 2015).

Darüber hinaus wird das AMPD in seinen diagnostischen Schritten für die Routinediagnostik als nicht praktikabel eingestuft (Livesley, 2010). Des Weiteren sehen Kritiker auch neue Probleme der Redundanz infolge einer inhaltlichen Überlappung von Kriterium A und B (Zimmermann et al., 2015). „So könnten z.B. viele der Inhaltsbereiche, die sich in der LPFS finden, ebenso gut als Persönlichkeitsfacetten formuliert werden oder umgekehrt“ (Zimmermann et al., 2013a).

Am kontroversesten wird am AMPD die Auswahl der PS-Typen diskutiert (Livesley, 2013; Tyrer, 2012). Die entscheidende Frage hierbei ist, inwiefern sich die sechs PS Typen auch empirisch durch Abbildung von Persönlichkeitsmerkmalen nachweisen lassen (Zimmermann et al., 2013a).

3. FRAGESTELLUNG

3.1 HINFÜHRUNG ZUR FRAGESTELLUNG

Das AMPD bietet Hoffnung auf die Chance einer „effizienteren Integration von Diagnostik, Therapieplanung und Prozess Monitoring“ (Zimmermann et al., 2013 a). Somit können sich die Merkmale, die das AMPD in ihrem Kriterium A und B abbildet, nachweislich auf den Erfolg psychotherapeutischer Therapie auswirken (Quilty et al., 2008) bspw. in Form einer Verknüpfung mit etablierten psychotherapeutischen Konzepten von PS wie der Arbeit mit dysfunktionalen Annahmen (Hopwood et al., 2013). Es könnten bestimmte Fähigkeitsbereiche oder Facetten als Behandlungsschwerpunkte herausgegriffen und systematisch bearbeitet werden und Veränderungen im Verlauf vermerkt werden (s. Arbeitskreis OPD 2006 für ein ähnliches Vorgehen). Langfristig könnten verstärkt Behandlungskonzepte für Patienten mit einem bestimmten Schweregrad der Beeinträchtigung oder Module zu bestimmten maladaptiven Facetten (Zimmermann et al., 2013a) entworfen werden und individualisiertere Therapie erfolgen.

Bislang nicht befriedigend geklärt ist die Frage nach der Vergleichbarkeit der beiden Modelle und damit die geforderte Gewährleistung diagnostischer Einheitlichkeit. Es ist also bisher unklar, ob sich im AMPD bezüglich Typologie und Häufigkeit ähnliche Diagnosen ergeben wie nach dem bisherigen DSM-IV-Modell. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf einen Vergleich des bisherigen kategorialen DSM-IV-Modells für Persönlichkeitsstörungen mit dem Alternativen DSM-5 Modell auf Ebene der Prototypen. Damit soll der Frage der Vergleichbarkeit von Diagnosen nach DSM-IV/DSM-5 und AMPD Rechnung getragen werden, was bspw. die Fragestellung beinhaltet, ob sich der emotional instabile Patient des DSM-IV auch in der Kategorie der emotional instabilen PS des AMPD wiederfindet. Könnte eine solche diagnostische Vergleichbarkeit nicht gewährleistet werden, hätte dies weitreichende Konsequenzen zur Folge. Was bedeutet es bspw. für einen Patienten nach jahrelanger therapeutischer Arbeit an der bestehenden PS nach DSM-IV plötzlich eine andersartige Persönlichkeitsstörung, oder womöglich keine oder eine zusätzliche PS diagnostiziert zu bekommen? Was bedeutet es für einen Patienten, sollte sich die Diagnose einer Selbstunsicher-Vermeidenden PS des DSM-IV bspw. plötzlich in eine Narzisstische PS im AMPD umwandeln und was bedeutet dies für den Therapeuten und die weitere gemeinsame Therapie?

Es ist vorstellbar, dass dies zu Irritationen bei Therapeut und Klient bezüglich bisheriger Diagnostik und Therapie führen würde, einhergehend mit potenziellem Vertrauensverlust in die therapeutische Kompetenz und den bisherigen Behandlungsschwerpunkt. Auch sind Gefühle zunehmender Unsicherheit und Orientierungslosigkeit auf Seiten des Klienten bezüglich alternativer Behandlungsschwerpunkte sowie eines möglichen Therapieerfolges denkbar. Daneben sind auch Folgen auf wirtschaftlicher Ebene vorstellbar. So hätte eine Divergenz in den Kategorien sowie der Häufigkeit von PS in beiden Modellen unterschiedliche Prävalenzen und ausgeprägte wirtschaftliche Konsequenzen zur Folge, verbunden mit denkbarer Neubewertung der Notwendigkeit stationärer Klinikaufenthaltsdauer sowie der Stundenzahl ambulanter Therapie und möglicher aufkommender Änderungen bezüglich bisher bestehender Zubilligung der Länge des Krankenhausaufenthaltes durch die Krankenkassen.

3.2 HYPOTHESEN

Basierend auf der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Hypothesen formuliert mit der Zielsetzung die Übereinstimmung der Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV/DSM-5 und nach dem AMPD des DSM-5 zu überprüfen. Dazu wurde das Ausmaß der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Instrumenten zur Erfassung des Kriteriums A (Beeinträchtigung im Funktionsniveau) und B (maladaptive Persönlichkeitseigenschaften) des Alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen und kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nach DSM-IV ermittelt. Es wurden sowohl die Selbsteinschätzungsinstrumente SEFP-SE, PID-5 als auch das Experten-Interview SKID-II hinsichtlich ihrer spezifischen Beziehungen zueinander betrachtet.

Hypothese 1

Der Grad der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit nach SEFP-SE korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der erfüllten Diagnosekriterien im SKID-II.

Es soll untersucht werden, ob in der Stichprobe ein positiver dimensionaler Zusammenhang zwischen dem Kriterium A des AMPD (überprüft durch SEFP-SE) und dem Ausmaß der Beeinträchtigung im kategorialen DSM-IV-Modell (überprüft durch dimensionale Auswertung des SKID -II auf Item-Ebene) nachgewiesen werden kann.

Die theoretische Annahme lautet also, dass sich die Schwere der Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit (SEFP-SE) direkt proportional zur Anzahl der positiv beantworteten Items (Kriterien) des SKID-II verhält, was bedeuten würde, dass ein Patient umso strukturell gestörter in seinem Funktionsniveau ist, je mehr Kriterien dieser im SKID-II erfüllt.

Hypothese 2

Der Grad der Beeinträchtigung des Funktionsniveau der Persönlichkeit nach SEFP-SE korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der erfüllten Störungskategorien im SKID-II (Persönlichkeitsstörungen-Diagnosen, z.B. Narzisstisch, Borderline)

Es soll untersucht werden, ob der vermutete dimensionale Zusammenhang aus Hypothese 1 weiterhin besteht, wenn der Grad der Beeinträchtigung im SEFP-SE anstelle der Kriterien im SKID-II in Relation zur Anzahl erfüllter Störungskategorien (z.B. Narzisstisch, Borderline etc.) des SKID-II gesetzt wird.

Die theoretische Annahme lautet, dass sich die Schwere der Beeinträchtigung im Funktionsniveau direkt proportional zur Anzahl erfüllter Störungskategorien (spezifische Persönlichkeitsstörungen) verhält.

Somit wird hypothetisch angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen dem aktuellen kategorialen DSM-IV Modell und Kriterium A des AMPD also neben der dimensionalen Ebene auch auf kategorialer Ebene des DSM-IV, ermittelt durch SKID-II, besteht. Das würde bedeuten, dass die Beeinträchtigung im Funktionsniveau der jeweiligen Persönlichkeit umso stärker ausgeprägt ist, je mehr Persönlichkeitsstörungen (Kategorien) im SKID-II erfüllt wurden, je höher also die Komorbidität ist.

Hypothese 3

Der Grad der Ausprägung der maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale (Facetten) im PID-5 korreliert signifikant positiv mit der Anzahl erfüllter Kriterien im SKID-II.

Die theoretische Annahme lautet, dass sich die Ausprägung der maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale des Kriteriums B des AMPD (ermittelt im PID-5-100) direkt proportional zur Anzahl erfüllter Kriterien im SKID-II verhält.

Hypothese 4

Die Diagnosekategorien der Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II korrelieren signifikant mit den gleich bezeichneten Diagnosekategorien nach AMPD, erfasst mit der SEFP-SE und dem PID-5-100 (kategoriale Übereinstimmung der Modelle).

Die theoretische Annahme lautet, dass sich die im SKID-II erhobenen Persönlichkeitskategorien des aktuell gültigen DSM-IV Modells in Häufigkeit und gleicher Typologie im AMPD wiederfinden.

Die Überprüfung und Diskussion der Hypothese 4 ist der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Die Hypothesen 1-3 sollen hierbei als wichtige, die Überprüfung dieser Hypothese vorbereitende Teilschritte erachtet werden.

4. METHODIK

Im Folgenden sollen Studienaufbau, verwendete Testungen und die statistische Auswertung beschrieben werden.

4.1 STUDIENDESIGN

In dieser Arbeit soll das Alternative Forschungsmodell der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik im Teil III des DSM-5, welches, wie bereits beschrieben, als dimensional-kategoriales Hybridmodell konstruiert wurde, mit der bisher gewohnten kategorialen Diagnostik des DSM-IV verglichen werden. Dazu wurde eine Studie in der psychosomatischen Klinik Windach durchgeführt. Das AMPD wurde dabei mittels zwei Selbsteinschätzungsfragebögen überprüft. Zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit wurde der vor kurzem übersetzte SEFP-SE-(Selbsteinschätzungs-)Fragebogen eingesetzt. Zur Erfassung der maladaptiven Persönlichkeitseigenschaften der Persönlichkeit wurde der gut validierte PID-5-100 Selbsteinschätzungsfragebogen verwendet. Das aktuell gültige kategoriale Modell des DSM-IV, welche Persönlichkeitsstörungskategorien erfasst, wurde anhand des SKID-II, eines strukturellen klinischen Interviews, erhoben. Über Korrelationsberechnungen wurden Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Messmethoden ermittelt.

Die Planung, Organisation und Umsetzung des Forschungsprojektes mit dem Titel *Persönlichkeitsstile*, ein Kooperationsprojekt der psychosomatischen Klinik Windach, Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, mit dem Institut für Psychologie, Fachgebiet klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Kassel wurde unter der ärztlichen Leitung von Dr. Götz Berberich vollzogen. Initial wurde ein Ethikantrag bei der Ethik-Kommission, Fachbereich Humanwissenschaften, der Universität Kassel gestellt. Darüber hinaus bestand eine Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Johannes Zimmermann an der psychologischen Hochschule Berlin, mit welchem Vorgehensweise und Rahmenbedingungen abgeglichen wurden. Innerhalb der Arbeitsgruppe in Windach wurden weitere Aspekte des Themas bearbeitet. Zu den Ergebnissen siehe Winter (2020) und Frenz (2021).

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach der Datenschutzgrundverordnung sowie die ethische Vertretbarkeit der Studie wurde über eine Ethik-Kommission geprüft und sichergestellt (siehe Anhang S. 136).

Für die Fragestellung dieser Arbeit wurde eine Stichprobe von 50 konsekutiv aufgenommenen Patienten der psychosomatischen Klinik Windach auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV/DSM-5 durch das Strukturierte klinische Interview (SKID-II) und nach AMDP mittels des Selbstbeurteilungsfragebogens SEFP-SE (Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit-Selbstevaluation) sowie des Persönlichkeitsinventars für DSM-5 (PID-5) untersucht. Der statistische Zusammenhang der Diagnosen in den beiden Modellen soll berechnet werden.

Zunächst erfolgte die Rekrutierung der Patienten sowie die Koordination der Termine. Zu Beginn des Patientenkontaktes wurden jedem Studienteilnehmer eine Patienteninformation sowie eine Einwilligungserklärung ausgehändigt (s. Anhang S. 130-135). Die Patienten wurden zu zwei Terminen geladen.

Der erste Termin wurde für das klinische Interview SKID-II vergeben. Die beiden Interviewer wurden im Vorfeld durch eine erfahrene Kollegin geschult. Dabei wurden die ersten beiden Interviews zur Gewährleistung einer möglichst hohen Interrater Reliabilität von beiden Interviewern gemeinsam geführt. Zudem fanden wiederholt Abgleiche zwischen den SKID-II Ergebnissen statt. Des Weiteren erfolgte ein reger mehrmals wöchentlich stattfindender Austausch zu Organisation und inhaltlichen Aspekten der SKID-II Testung.

Am zweiten Termin füllten die Patienten die Selbstauskunfts-Fragebögen SEFP-SE und PID-5-100 an einem PC aus. Die Drop Out Rate war mit 3 Personen relativ niedrig. Eine Person kam zwar zum ersten Termin, zog dann aber infolge Angabe hoher psychischer Belastung die Teilnahme zurück. Eine weitere Person wurde von der Untersuchungsleitung aufgrund des Eindrucks unzureichender kognitiver Kapazitäten nicht in die Studie aufgenommen. Eine dritte Testperson zog nach der Fragebogenteilnahme ihre Einwilligung zurück, infolgedessen die Daten direkt auf der Online-Plattform LimeSurvey gelöscht wurden. Es gab keine Abbrüche während der Testung.

4.2 TESTINSTRUMENTE

4.2.1 ERHEBUNG SOZIODEMOGRAPHISCHER DATEN

Die soziodemographischen Daten wurden im Rahmen der Basisdokumentation der Klinik erhoben, die von jedem Patienten zu bearbeiten ist. Die Daten wurden der Autorin von der Klinik zur Verfügung gestellt. Bei der Basisdokumentation handelt es sich um die Psy-BaDo-PTM4 des Institutes für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (IQP) in der Version 4.13 (Tritt & von Heymann 2018, <https://www.iqp-online.de/downloads/>).

Im Rahmen dieser Arbeit fanden folgende Variablen Berücksichtigung: Geschlecht, Partnersituation, Familienstand, Anzahl der Kinder, Schulabschluss, Berufsabschluss, Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate, Dauer und Anzahl der ambulanten, stationären und teilstationären Vorbehandlungen, pharmakologische Therapie vor Aufenthalt, Erwerbstätigkeit und Einkommen.

4.2.2 Strukturiertes Klinisches Interview SKID-II

Das SKID-II ist ein strukturiertes Interview, welches bereits im DSM-IV als Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, Axis II verfasst wurde (SKID-II; First et al., 1995), um Persönlichkeitsstörungen nach der Klassifikation im DSM mittels Experteneinschätzung durch den Kliniker zu erfassen (Deutsche Version: Fydrich et al., 1997). Da, wie bereits erwähnt, im DSM-5 keine Veränderungen bezüglich der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen vorgenommen wurden, ist es auch im DSM-5 gültig. Dem Interview geht ein Screening Fragebogen sowie ein freier Fragenteil voraus, bei welchem explorative Fragen vom Kliniker gestellt werden. In dem Interview wird jede Persönlichkeitsstörung anhand spezifischer Items, welche die Kriterien nach DSM-5 wiedergeben und sich je nach Störung in der Anzahl unterscheiden, separat geprüft. Die Codierung wird unterteilt in ? = unsicher/zu wenig Information, 1 = nein/nicht vorhanden, 2 = vorhanden, aber nicht kriteriumsmäßig, 3 = sicher vorhanden und kriteriumsmäßig (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997). Dabei werden alle Items positiv codiert. Anhand der definierten Fragen und gezieltem klinischen Nachfragen bei Unklarheiten durch den Kliniker wird eine reliable Diagnosestellung mittels der festgelegten Kriterien verfolgt. Die Grenzwerte (Cut-Offs) des SKID-II entsprechen dabei denen des DSM, so dass genau die definierten Kriterien des DSM überprüft werden. Das SKID-Testverfahren wurde in verschiedenen amerikanischen und deutschen Studien ausführlich mit befriedigen-

den psychometrischen Befunden hinsichtlich Reliabilität, Anwendbarkeit und Effizienz untersucht. Test-Retest-Reliabilitäten werden mit $r=.70$ und Interrater Reliabilitäten mit $r=.78$ beschrieben (Wittchen et al., 1997). Die Durchführungszeit des SKID-II für DSM-IV betrug ca. 100 Minuten, der Screening Fragebogen wurde nicht vorausgesetzt.

4.2.3 SEFP-SE (Selbsteinschätzungsfragebogen)

Der Selbsteinschätzungsfragebogen SEFP-SE (Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit-Selbstevaluation) ist eine erst kürzlich ins Deutsche übersetzte Version (Müller, 2018) des von Morey (2017a) als „Level of Personality Functioning Scale-Self Report“ (LPFS-S) in englischer Sprache entwickelten und validierten Testverfahrens, welches die Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit gemäß Kriterium A des Alternativen DSM-5-Modells misst (American Psychiatric Association, 2013). Die konkrete Operationalisierung des Kriteriums A durch den LPFS-S basiert auf der Interpretation und Vereinfachung von fünf psychodynamisch fundierten Ratingskalen (Bender et al., 2011) sowie psychometrischen Analysen von zwei Selbsteinschätzungsinstrumenten zum Funktionsniveau der Persönlichkeit (Morey et al., 2011). Der diagnostische Cut-off-Wert für das Vorliegen einer PS wurde empirisch bestimmt, so dass das Vorliegen einer PS Diagnose nach DSM-IV vorhergesagt werden kann (Morey et al., 2013.)

Der Test orientiert sich an den im DSM-5 definierten Ankerpunkten, welche sich in den Formulierungen der Items wiederfinden, welche die vier Fähigkeitsbereiche anhand der fünf bereits beschriebenen Funktionsniveaus unterschiedlichen Ausmaßes der Beeinträchtigung abprüfen. Der Test umfasst 80 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ („0“) bis „stimmt voll und ganz“ („3“) beantwortet werden. Die Items sind als Aussagen formuliert und entsprechen verschiedenen Schweregraden des Funktionsniveaus. Durch Gewichtung und Aggregation der Items kann die Beeinträchtigung in den vier Fähigkeitsbereichen, den Subskalen Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe von Kriterium A bestimmt werden (bis 0,5 = keine Beeinträchtigung, ab 0,5 = geringe Beeinträchtigung, 1,5 = mittelgradige Beeinträchtigung, 2,5 =starke Beeinträchtigung, 3,5 =extreme Beeinträchtigung) (Morey, 2017a). Dies erfolgt durch Multiplikation der Itemrohwerte mit der für jedes Item festgelegten Gewichtung, woraus sich Summenwerte ihrer jeweils zugehörigen Subskala ergeben (Morey, 2017b). Die Subskalen Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe korrelieren, dem Konstrukt entsprechend, hoch miteinander, da sie den übergeordneten Faktor Funktionsniveau der Persönlichkeit abbilden (Morey, 2017a). Zur deutschen Version

der SEFP-SE existieren noch keine Ergebnisse aus Validierungsstudien. Die Bearbeitung nimmt ca. 15 Minuten in Anspruch. Der SEFP-SE ist über die Homepage der Universität Kassel frei zugänglich (<https://www.uni-kassel.de/fb01/institute/psychologie/differentielle-psychologie/materialien.html>). Referenzwerte zur Einordnung der Skalenwerte wurden an einer nicht-klinischen Stichprobe ermittelt (n=306). Während der Bereich von +1 SD (Standardabweichung) einen Hinweis auf mögliche subklinische Symptome bietet, weisen Werte ab +1,5 SD auf eine mögliche klinisch signifikante Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit hin, ab welcher vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen wird (Morey, 2017a).

Die Referenzwerte sind in der nachfolgenden Tabelle (Morey, 2017b) dargestellt:

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

Tabelle 1: Normwertetabelle: Skalenmittelwerte LPFS-S (Morey, 2017b)

4.2.4 PERSÖNLICHKEITSINVENTAR FÜR DSM-5 (PID-5-100)

Das Persönlichkeitsinventar für DSM-5 (Krueger et al., 2012) ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der problematische Persönlichkeitsmerkmale gemäß Kriterium B des Alternativen DSM-5-Modells misst und auf dem Hintergrund bestehender Persönlichkeitsmodelle, insbesondere der Grundlage der Big Five (Costa & McCrae, 1992), von der DSM-5 Arbeitsgruppe R.F. Krueger und K.E. Markon als eigenes Modell maladaptiver PS Eigenschaften zur Operationalisierung des Kriterium B entwickelt wurde. Kriterium B sowie sein Bewertungsinstrument, der PID-5, greifen daneben auf viele weitere Modelle in der bestehenden Literatur zurück (bspw. Widiger und Simonsen, 2005, Clark, 2007, Krueger und Eaton, 2010). Die Taxonomie maladaptiver Persönlichkeitseigenschaften geht auf die Grundlage empirischer Analysen zurück (Zimmermann et al., 2013). 20 Studien belegen die Faktorenstruktur des

PID-5 und die psychometrische Güte (Krueger et al. 2012). So wurden bspw. die Faktorenstruktur des PID-5 sowie seine konvergente Gültigkeit durch Tim Bastiaens (2016) bestätigt. Bei der Entwicklung galt vor allem besonderes Augenmerk darauf, ein möglichst vollständiges Spektrum der maladaptiven Persönlichkeitseigenschaften abzudecken und die optimale Struktur anhand empirischer Daten zu entwickeln (Krueger et al., 2013). Dazu wurde mittels einer Literaturrecherche eine Liste von 37 klinischen Persönlichkeitsfacetten erstellt. In einer Validierungsstudie in drei Stichproben erfolgte die Konstruktion des PID-5 schrittweise anhand verschiedener psychometrischer Methoden, einer Kürzung und Optimierung auf 25 Facetten (Krueger et al., 2012). Diese wurden, einem iterativen Ansatz folgend, im Sinne der Item Response Theory zusammengestellt. Es enthält 220 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ („0“) bis „trifft genau zu“ („3“) beantwortet werden. Mithilfe der Items kann die Ausprägung der 25 Persönlichkeitsfacetten sowie die der fünf übergeordneten Persönlichkeitsdomänen Negative Affektivität, Verschlossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus bestimmt werden. Ein Item der Facette „Emotionale Labilität“ lautet z.B.: „Meine Gefühle ändern sich manchmal ohne bestimmten Grund.“ Zimmermann et al. (2014) konnten zeigen, dass die interne Konsistenz der Persönlichkeitsfacetten mit $\alpha = .73$ bis $\alpha = .95$ (durchschnittlich bei $\alpha = .86$) in einem guten Bereich lag. die konvergente Validität zwischen den fünf übergeordneten Domänen und den Domänen des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit war gut bis sehr hoch mit $r = .80$ für Neurotizismus und Negative Affektivität, $r = -.64$ für Extraversion und Verschlossenheit, $r = -.49$ für Verträglichkeit und Antagonismus sowie $r = .63$ für Gewissenhaftigkeit und Enthemmtheit. Lediglich zwischen Offenheit für Erfahrungen und Psychotizismus war die Korrelation mit $r = .18$ eher gering (Zimmermann et al., 2014). Es existieren zahlreiche Studien zu PID-5, die seine Faktorenstruktur und psychometrische Güte weitgehend bestätigen (Krueger et Markon, 2014). Neben der 220-Item Version gibt es kürzere Versionen mit 100 und 25 Items (z.B. Bach, Maples-Keller, Bo, & Simonsen, 2016). Innerhalb unserer Studie wurde der reduzierte Satz von 100 Items verwendet, um die Belastung für die TeilnehmerInnen möglichst gering zu halten. Maples et al konnte in einer großen Stichprobe von 1417 in psychologischer Behandlung befindlichen Patienten nachweisen, dass der reduzierte Satz von 100 Items nahezu identisch zu der 220 Items Version ist. „Die Gesamt-Ähnlichkeit der Korrelationsprofile war sehr hoch, die PID-5 Skalen mit vollständigem und reduziertem Artikelsätzen erzeugen ein Muster nahezu identischer Korrelation mit wichtigen externen Kriterien“ (Maples et al., 2015, Übersetzung durch d. Verf.).

Eine deutsche Übersetzung des PID-5-220 erfolgte durch Zimmermann (Zimmermann, Altenstein et al., 2014) und wurde in unserer Stichprobe verwendet. Zimmermann hat die deutschsprachige Version an einer nicht klinischen Stichprobe von 273 Patienten in einer Studie validiert (Zimmermann et al., 2014). Nach Rücksprache mit J. Zimmermann wurde unsere Stichprobe, um dem Anspruch maximaler Vergleichbarkeit möglichst zufriedenstellend Rechnung zu tragen, anhand der Referenzwerte der Daten dieser Studie (Zimmermann, 2014) ausgewertet. Die Auswertung der PID-5-100 Ergebnisse unserer Stichprobe erfolgte folgendermaßen: Jede der 25 Facetten wird im PID-5-100 durch vier Items beschrieben. Jedes Item erhält eine Punktzahl von 0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft eher nicht zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft genau zu. Die Werte der 4 Items innerhalb jeder Merkmalsfacette werden aufsummiert und in das entsprechende Feld „Facettenrohwert“ eingetragen. Im Anschluss werden Mittelwerte für jede Facette und Domäne berechnet, indem der Facettenrohwert der jeweiligen Facette durch die Anzahl der Items (4) dividiert wird. Höhere Mittelwerte weisen auf ausgeprägtere Dysfunktion in einer bestimmten Merkmalsfacette oder -domäne hin. Die Mittelwerte überführen die Rohwerte in eine 4-stufige Skala, die es dem Kliniker erlaubt, die Persönlichkeitsdysfunktion der Person mit Normwerten zu vergleichen (Referenzprobe aus der Studie von Zimmermann, 2014). Wenn z. B. alle vier Items innerhalb der „Anhedonie“-Facette als „trifft eher zu“ beurteilt würden, wäre der durchschnittliche Facettenwert $8/4 = 2$ und würde auf eine mittelgradig ausgeprägte Anhedonie hinweisen. Die Berechnung der Domänenmittelwerte erfolgte, indem jeweils drei Facettenwerte, die vorrangig zu einer bestimmten Domäne gehören, gemittelt wurden.

Wenn mehr als 25 % der Elemente innerhalb einer Merkmalsfacette unbeantwortet bleiben, konnte die entsprechende Facettenpunktzahl nicht verwendet werden. Folglich wurde das Patientenkollektiv angehalten, alle Items zu beantworten. Der Cut-Off für die Auswertung unserer Stichprobe orientierte sich an den Referenzwerten der Studie Zimmermanns (Zimmermann et al., 2014, Sample 1), welche sich folgendermaßen zusammensetzen: Mittelwert der jeweiligen Facette + 1 Standardabweichung. Berechnete Werte innerhalb unseres Studienkollektivs oberhalb dieses Bereiches gelten somit als „maladaptive Facette erfüllt“. Die Bearbeitung der 100-Item Version nahm zwischen 60 und 90 Minuten in Anspruch.

4.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Im Folgenden soll das statistische Vorgehen zur Erhebung der deskriptiven Daten sowie der Daten der Testungen erläutert werden als auch die statistische Überprüfung der Hypothesen dargelegt werden.

4.3.1 Statistische Erhebung der deskriptiven Daten und der dimensional erhobenen Hypothesen 1-3

Die für diese Untersuchung relevanten Daten setzen sich somit aus den Daten der Fragebögen SEFP-SE, PID-5, SKID-II, sowie den verfügbaren soziodemographischen Daten der Patienten zusammen. Diese Daten wurden in eine Excel Tabelle geschrieben. In den Excel Tools wurden die Fragebogenskalen errechnet. Nach Export dieser Tabelle in SPSS (SPSS 25) wurden die weiteren Berechnungen durchgeführt. Im SPSS Programm wurden die Variablen schließlich weiter aufgeteilt. Es wurden nominalskalierten Variablen für jeweils erfüllte Cut-Offs jeder erfassten Persönlichkeitsstörung (z.B. erfüllte Kriterien für zwanghafte Persönlichkeitsstörung, ja oder nein) und mindestens eine vorhandene Persönlichkeitsstörung (ja oder nein) im SKID-II erstellt. Daneben wurden die Werte des Gesamt LPFS sowie die errechneten Werte der Subskalen des LPFS und die ermittelten Facetten und Domänenmittelwerte des PID-5-100 eingetragen.

Die statistischen Verfahren sind:

Demographische Daten: Häufigkeitsberechnungen

Hypothese 1: Korrelationsberechnung nach Pearson

Hypothese 2: Korrelationsberechnung nach Pearson

Hypothese 3: Korrelationsberechnung nach Spearman Roh

Für alle erhobenen Berechnungen wurde von einem 95% Konfidenzintervall ausgegangen und einem Signifikanzniveau, welches bei $\alpha=.05$ lag. Zudem finden sich zusätzliche Vermerke, falls ein Signifikanzniveau mit $\alpha=.01$ geprüft wurde.

4.3.2 STATISTISCHE ERHEBUNG DER KATEGORIAL ERHOBENEN HYPOTHESE 4

Hypothese 4: Nonparametrische Korrelationsberechnung (Phi Koeffizient), da die Zellenhäufigkeiten zu gering waren. Für die erhobenen Berechnungen wurde ebenfalls von einem 95%

Konfidenzintervall ausgegangen und einem Signifikanzniveau, welches bei $\alpha=.05$ lag. Zudem finden sich zusätzliche Vermerke, falls ein Signifikanzniveau mit $\alpha=.01$ geprüft wurde.

Der Korrelationsberechnung gingen einige vorbereitende Schritte voraus.

Im Folgenden soll die statistische Vorgehensweise der Überprüfung der Hypothese 4 erläutert werden. Es wurde dreistufig vorgegangen:

4.3.2.1 ÜBEREINSTIMMUNG POS. KRITERIUM A IM SEFP-SE UND PS IM SKID-II

Zur Überprüfung einer Übereinstimmung zwischen der Variable „mindestens 1 Persönlichkeitsstörung im SKID-II“ und der Variable „Cut-Off LPFS erreicht“ wurde eine Kreuztabelle erstellt, welche SKID-II und SEFP-SE in Beziehung zueinander stellt. Konkret zielt diese Fragestellung darauf ab, wieviel der 50 Patienten mindestens eine Persönlichkeitsstörung (Cut-Off für PS erfüllt) im SKID-II und eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung im Funktionsniveau (Kriterium A erfüllt) haben. Eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung ist definiert durch das Erreichen des Cut-Offs des Summenwertes über den Gesamt SEFP-SE Wert und / oder mindestens zwei SEFP-SE Subskalen. Der Cut-Off wurde nach Morey (2017b) sowohl für den Gesamt SEFP-Wert als auch jede der vier Einzelskalen Identität, Selbststeuerung, Nähe und Intimität als 1,5 Standardabweichung einer nicht klinischen Stichprobe festgesetzt. In diesem ersten Schritt wurden die Häufigkeiten der potentiellen Vergabe einer Persönlichkeitsstörung zwischen beiden Modellen verglichen.

4.3.2.2 VERGLEICH EINER KATEGORIALEN ÜBEREINSTIMMUNG ZWISCHEN SKID-II UND ZUGEHÖRIGEM SPEZIFISCHEM MERKMALSPROFIL (KRIT. B) IM AMPD

Inwieweit die beiden Modelle in Typologie (kategorialer Zusammenhang) übereinstimmen soll im Folgenden überprüft werden. Die Fragestellung dabei lautet, ob sich die Störungskategorien des aktuellen DSM-IV Modells, also bspw. die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, wie sie aktuell im DSM-IV klassifiziert werden, im AMPD des DSM-5 wiederfinden. Dazu soll in einem ersten Schritt der Auswertung die Voraussetzung „Kriterium A im AMPD erfüllt“ innerhalb der Stichprobe ignoriert werden (zur Übereinstimmung bei Kriterium A und B siehe. 4.3.2.3). So wird im Folgenden ausschließlich Augenmerk auf eine Übereinstimmung spezifischer Störungskategorien im SKID-II mit zugehörigen spezifischen auffälligen problematischen Persönlichkeitsmerkmalen (Facetten, die den Cut-Off erreicht haben) im Kriterium B des AMPD innerhalb der gesamten Stichprobe gelegt. Dafür hat das AMPD, wie bereits dargelegt, eine für die jeweilige Kategorie typische Zusammenstellung problematischer

Persönlichkeitsmerkmale in einem spezifischen Kriterien-Set zusammengestellt. So existieren sechs spezifische Störungssets, also typische Kombinationen von auffälligen Facetten, ermittelt im PID-5 (vgl. Abb. 20).

Im Folgenden soll die Vorgehensweise am Beispiel der AvPD verdeutlicht werden, welche durch einen manuellen Abgleich beider Modelle nach folgendem Procedere erfolgte:

1.) Als Erstes erfolgte eine Betrachtung der SKID-II Ergebnisse des Patientenkollektivs. Zur Verdeutlichung soll das Procedere an einem beliebig gewählten Patienten der Stichprobe erklärt werden, er sei Pat XY genannt. Nachdem dieser Patient mindestens vier von sieben Kriterien einer selbstunsicheren PS nach DSM-IV erfüllt hatte, wurde infolge des Erreichens des Cut-Offs eine AvPD nach DSM-IV bei Pat XY vermerkt (siehe Abb. 22 links).

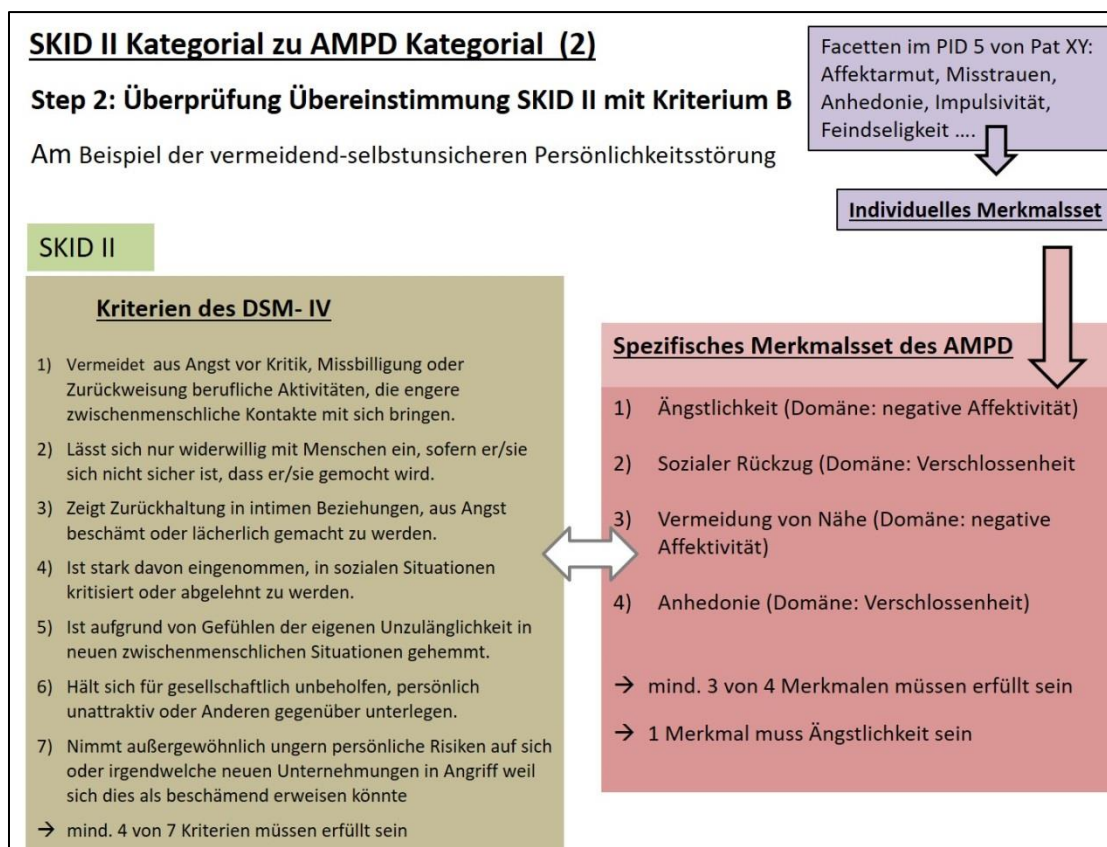


Abbildung 22: Gegenüberstellung AvPD im DSM-IV und AMPD (mod. nach Falkai & Wittchen, 2015)

2.) Danach erfolgt eine Betrachtung des individuellen Merkmalsprofils von Pat XY nach AMPD. So wurden die den Cut-Off erreichenden Facetten der insgesamt 25 Facetten in der PID-5 Testung von Patient XY notiert (vgl. Abb.22 rechts oben).

3.) Im Anschluss erfolgte ein Abgleich des soeben erstellten individuellen Merkmalprofils von Herrn XY mit dem spezifischen Kriterien-Set der selbstunsicheren PS des AMPD (vgl.

Abb. 22 rechts oben versus rechts unten). Falls eine ausreichende Anzahl definierter Merkmale für die Vergabe einer selbstunsicheren PS nach AMPD in der individuellen Facettenkombination von Herrn XY erfüllt war, wurde eine Übereinstimmung einer diagnostizierten AvPD nach DSM-IV sowie AMPD vermerkt.

Nach diesem Muster wurde für alle sechs Persönlichkeitsstörungen verfahren. Zur Überprüfung einer Übereinstimmung zwischen den Variablen einer bestimmten definierten Persönlichkeitsstörung im SKID-II und den Variablen derselben oder entsprechenden Persönlichkeitstypologie, ermittelt aus der im PID-5 erhobenen spezifischen Facettenkombination, wurde eine Häufigkeitstabelle erstellt, welche Aufschluss darüber geben soll, mit welcher Häufigkeit sich eine spezifisch im SKID-II diagnostizierte Persönlichkeitsstörung im spezifischen Kriterien-Set des Alternativen Modells wiederfindet. Komorbiditäten im SKID-II wurden dabei zugelassen. Kriterium A musste hierbei nicht erfüllt sein, so dass alle 50 Patienten in diese Testung eingeschlossen wurden.

4.3.2.3 KATEGORIALE ÜBEREINSTIMMUNG DSM-IV (SKID-II) UND AMPD (KRITERIUM A +B)

Im Folgenden soll ein Modellvergleich zwischen dem aktuell gültigen kategorialen DSM-IV Modell und dem Alternativen Modell des DSM-5 Teil III anhand der Stichprobe der 50 Patienten erhoben werden. Hier wird die Voraussetzung Kriterium A erfüllt (SEFP-SE Wert über Cut-Off im Gesamt SEFP und / oder mindestens zwei Subskalen) im Gegensatz zu Punkt 4. 3. 2.2 eingeschlossen.

Dazu sollen die Ergebnisse der SEFP-SE-Testung (erfülltes Kriterium A) innerhalb der Stichprobe mit den Ergebnissen der PID-5 Testung (erfülltes Kriterium B) kombiniert werden und kategoriale Diagnosen nach AMPD, wie soeben beschrieben, durch Abgleich mit den spezifischen Kriterien-Sets bestimmt werden. Anschließend soll eine Übereinstimmung mit dem aktuellen kategorialen Modell des DSM-IV untersucht werden. In diesem letzten Schritt wird final die Hypothese 4 überprüft, nämlich eine signifikante Korrelation der festgestellten Persönlichkeitsstörungs-Kategorien des AMPD des DSM-5 mit den im SKID-II ermittelten spezifischen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV Modells. Dies erfolgte aufgrund der geringen Zellenhäufigkeiten über die Berechnung des Phi Koeffizienten.

5. Ergebnisse

Im ersten Schritt soll eine deskriptive Analyse der erhobenen Daten erfolgen, welche die Grundlage aller ermittelten Ergebnisse und Interpretationen der Hypothesenüberprüfung darstellt und die Stichprobe aller Teilnehmer detaillierter beschreiben soll. Die Analyse der Daten im SPSS beinhaltet mehr Berechnungen als in dieser Arbeit vorgestellt wurden und ist dem Anhang zu entnehmen. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung erörtert.

5.1 Soziodemographische Daten

Das Projekt unserer Arbeitsgruppe beinhaltet eine Gesamtstichprobe von 150 Patienten, aus der eine Teilstichprobe von 50 Patienten für die hier vorliegende Studie verwendet wurde, von welcher sowohl Daten zur Online-Fragebogenerhebung (SEFP-SE und PID-5-100) als auch zu den SKID-II Interviews vorliegen.

Die Stichprobe N=50 setzt sich aus 26 männlichen und 24 weiblichen Patienten zusammen (vgl. Abb.23).

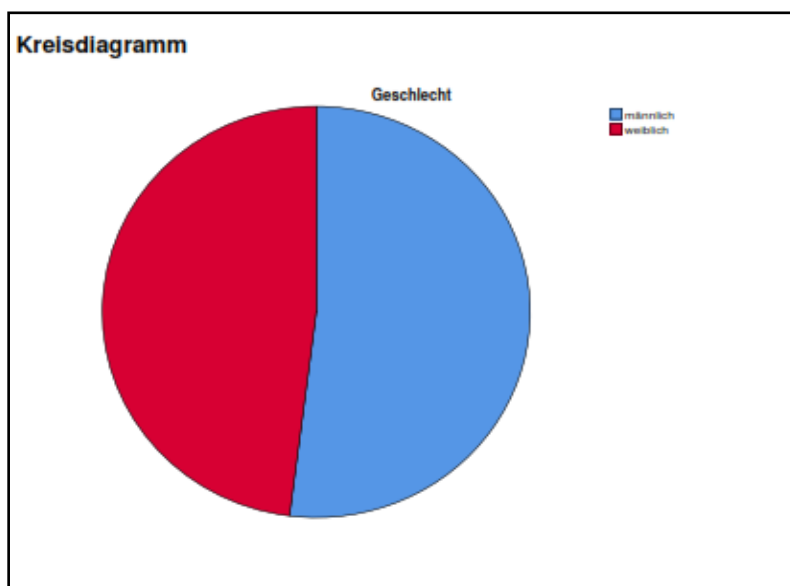


Abbildung 23: Kreisdiagramm: Geschlechterverteilung der Stichprobe

Hierbei liegt das Alter der Teilnehmer zwischen 18 und 73 Jahren, der Mittelwert liegt bei $M = 43,36$ Jahren, der Median bei $MD = 45,5$ Jahren (vgl. Abb. 24).

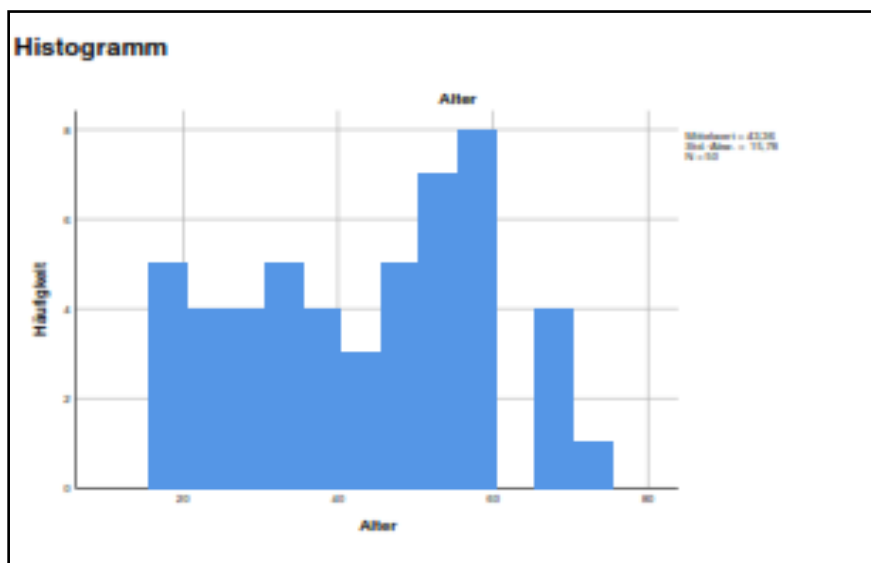


Abbildung 24: Histogramm: Altersverteilung der Stichprobe

Die Auswertung der Variable Schulabschluss ergab Folgendes: Der größte Anteil der Patienten, 22 Patienten, verfügten über Fachabitur oder Abitur, 17 Patienten über eine mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss und 7 Patienten über einen qualifizierenden Haupt-/Volksschulabschluss. Eine Person war noch in Schulausbildung befindlich, 3 Patienten hatten keinen qualifizierenden Haupt-/Volksschulabschluss (vgl. Abb. 25).

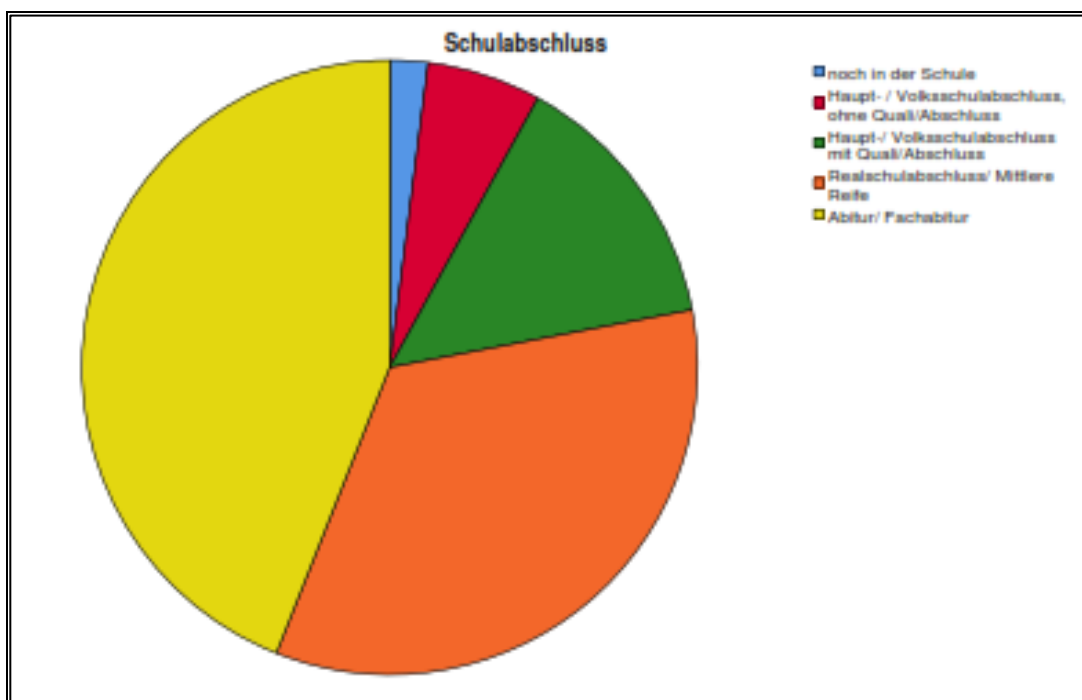


Abbildung 25: Kreisdiagramm: Art des Schulabschlusses innerhalb der Stichprobe

Hinsichtlich der Partnernvariablen ergab sich ein gemischtes Bild, bestehend aus 10 Testpersonen, die kurzfristig (seit weniger als einem Jahr) keinen Partner hatten, und 17 Testpersonen, seit über einem Jahr in keiner Beziehung befindlich. Wechselnde Partnerschaften gab eine Testperson an, 16 Testpersonen leben mit einem festen Partner zusammen, während 6 Testpersonen eine feste Liebesbeziehung, nicht zusammenlebend, angaben (vgl. Abb. 26).

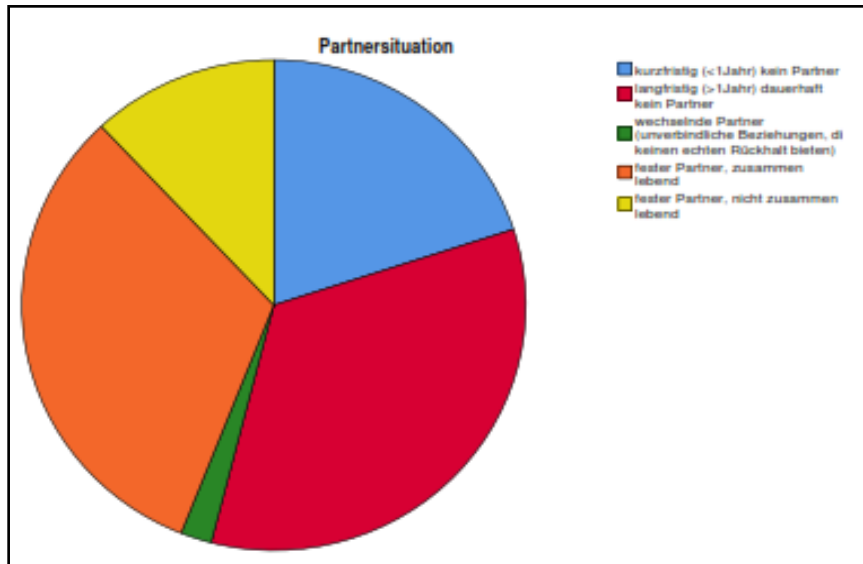


Abbildung 26: Kreisdiagramm: Partnersituation innerhalb der Stichprobe

Die Hälfte der Teilnehmer (25) gab den Status „ledig“ an, 14 Testpersonen (28%) in Ehe befindlich bzw. haben eine eingetragene Lebensgemeinschaft und leben mit ihrem Partner zusammen. 2 Testpersonen (4%) sind verheiratet/haben eine eingetragene Lebensgemeinschaft, leben aber getrennt, 7 Testpersonen (14%) sind geschieden, den Status „verwitwet“ gaben 2 Testpersonen (4%) an (vgl. Abb.27).

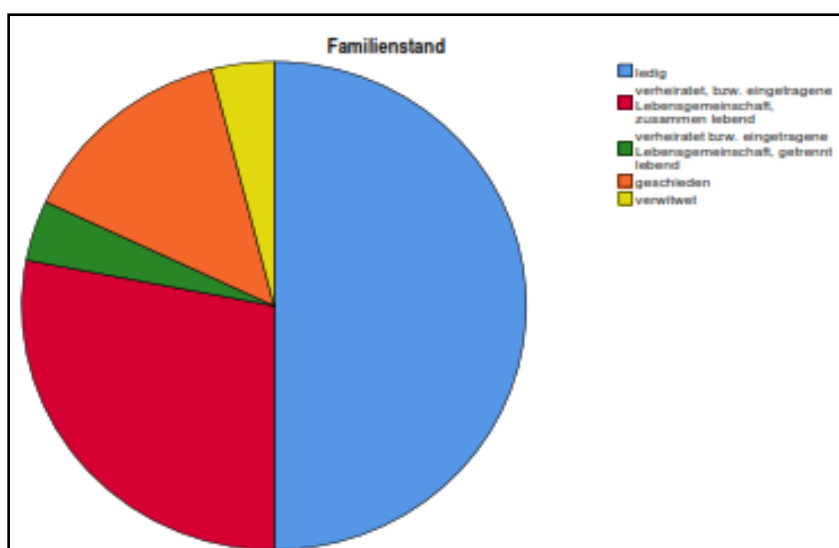


Abbildung 27: Kreisdiagramm: Familienstand innerhalb der Stichprobe

Hinsichtlich der Variable „Kinder“ gaben 41 Teilnehmer (82%) an, keine Kinder zu haben, während 5 Personen (10%) ein Kind, 3 Personen (6%) zwei Kinder und eine Person (2%) fünf Kinder hatten.

Die Arbeitsunfähigkeit (in Wochen), bezogen auf die Zeit innerhalb der letzten 12 Monate, beträgt im Mittel $M = 18,16$ ($MD = 11,0$) für $N=45$. Von 5 Patienten wurde diese Fragestellung nicht beantwortet (vgl. Abb.28).

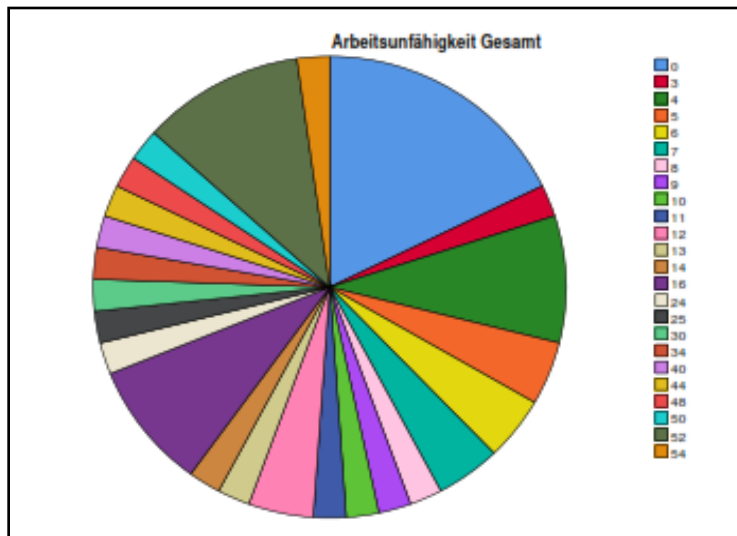


Abbildung 28: Kreisdiagramm: Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate in Wochen

Die Variable stationäre Vorbehandlung bildet sich folgendermaßen ab: 26 Patienten (52%) haben vor dem aktuellen Aufenthalt noch keine stationäre Behandlung beansprucht, 12 Patienten (24%) berichteten über einen stationären Aufenthalt, während 12 Patienten (24%) zwei oder mehrere stationäre Aufenthalte angaben. Hierbei variiert die Dauer der stationären Aufenthalte innerhalb eines Zeitraumes von zwei bis 118 Wochen (vgl. Abb. 29).

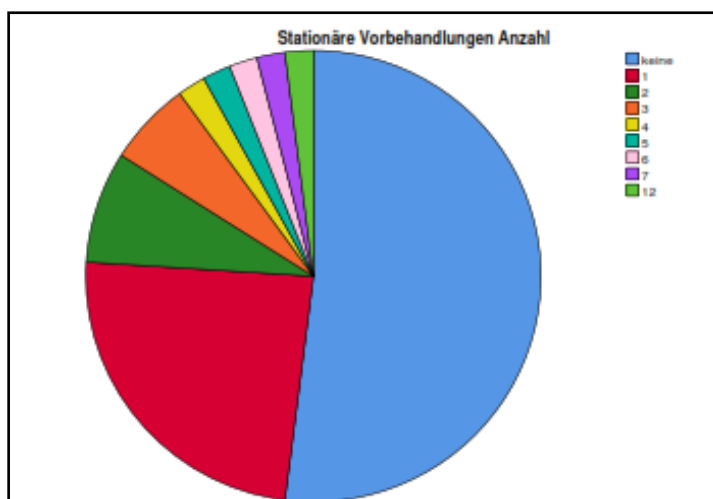


Abbildung 29: Kreisdiagramm: Anzahl der stationären Vorbehandlungen innerhalb der Stichprobe

Der Großteil der Patienten, 43 Personen (86%), gab an, noch nie in teilstationärer Behandlung gewesen zu sein, während 7 Patienten (14%) sich über einen Zeitraum von ein bis 13 Wochen in teilstationärer Behandlung befunden haben (vgl. Abb. 30, 31).

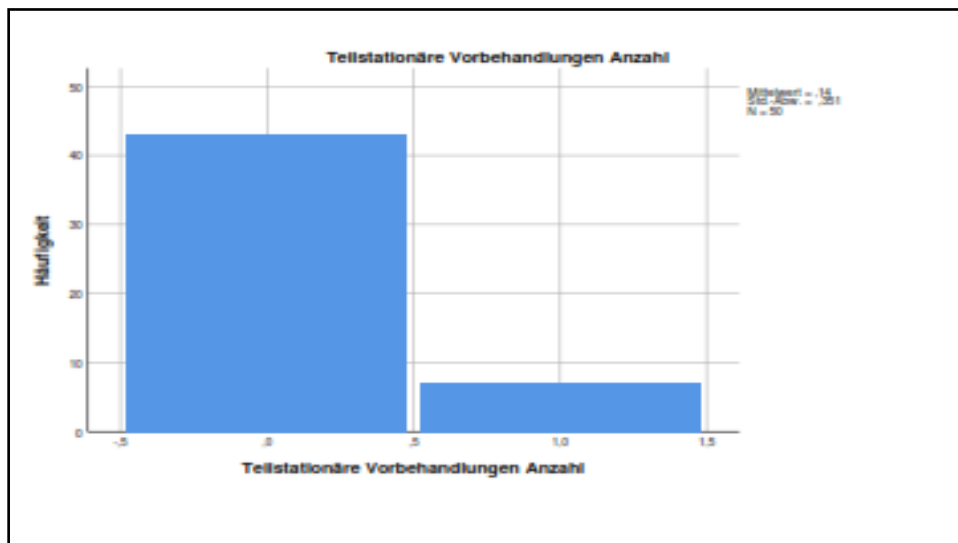


Abbildung 30: Histogramm: Teilstationäre Vorbehandlungen-Anzahl

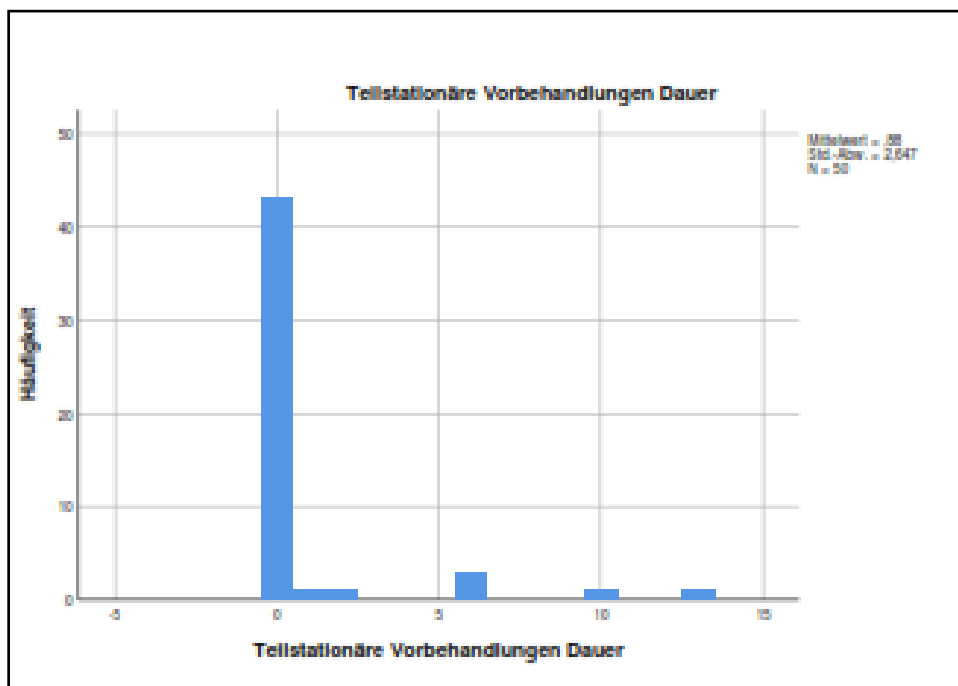


Abbildung 31: Balkendiagramm: Teilstationäre Vorbehandlungen Dauer

Bezüglich der Variable Anzahl ambulanter Vorbehandler gaben 3 Teilnehmer (6%) an, sich in keiner ambulanten Behandlung vor ihrem Aufenthalt in Windach befunden zu haben, 22 Personen (44%) hatten bereits eine ambulante Therapie, 12 Personen (24%) hatten zwei, 8 Patienten (16%) drei und 5 Patienten (10%) drei oder mehr (bis zu zwölf) ambulante Behandler (vgl. Abb. 32).

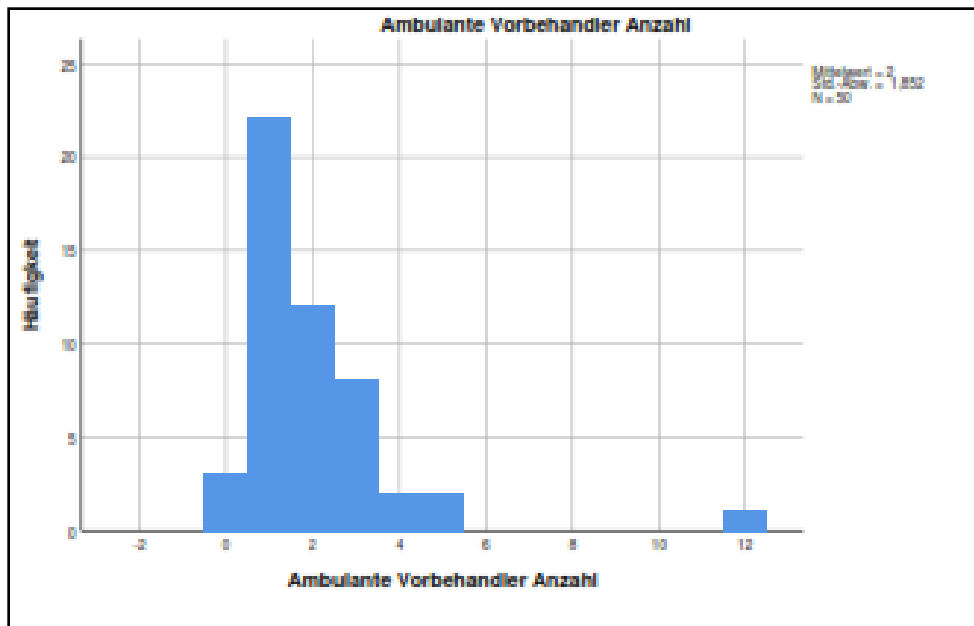


Abbildung 32: Histogramm: Ambulante Vorbehandler-Anzahl

Der Zeitraum der ambulanten Behandlungen erstreckte sich bei 2 Personen (4%) auf bis zu fünf Stunden, bei 15 Personen (30%) auf 6 bis 25 Stunden, bei 24 Teilnehmern (48%) auf 26 bis 160 Stunden und bei 7 Teilnehmer (14%) auf 161 bis 300 Stunden ambulante Psychotherapie (vgl. Abb.33).

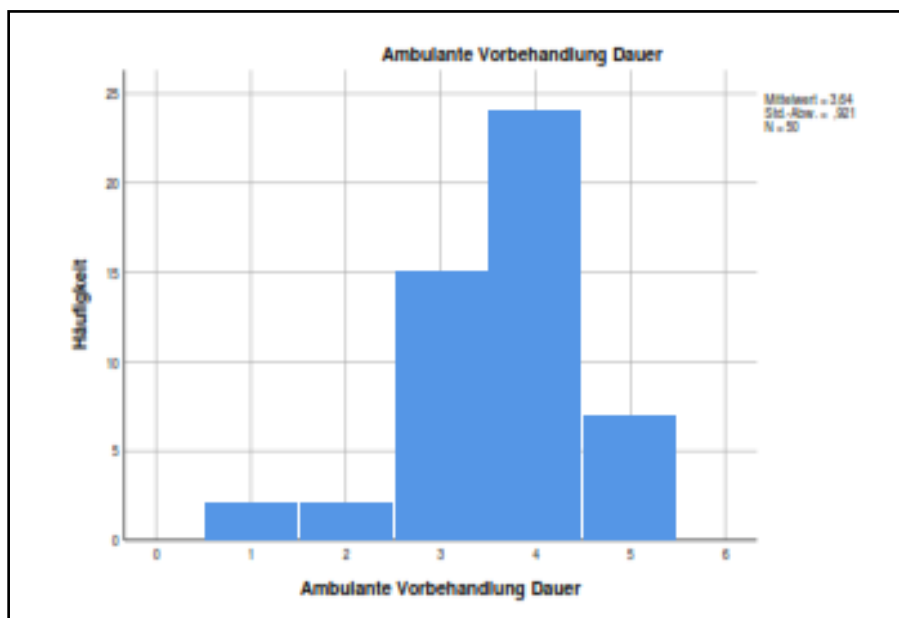


Abbildung 33: Histogramm: Ambulante Vorbehandlung Dauer

Eine ambulante psychotherapeutische Vorbehandlung hat bei 31 (62%) der 50 TeilnehmerInnen stattgefunden (vgl. Abb. 34).

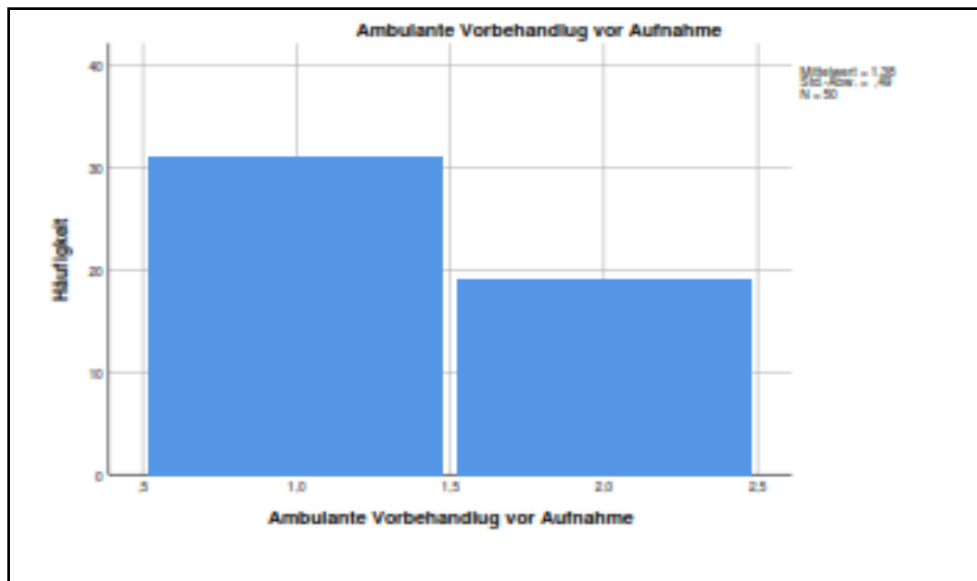


Abbildung 34: Ambulante Vorbehandlung vor Aufnahme

Bezüglich einer pharmakologischen Behandlung vor Aufnahme gaben 16 Patienten (32%) an keine solche gehabt zu haben, während 9 Patienten (18%) eine bis zu dreimonatige, 7 Patienten (14%) eine drei- bis sechsmonatige, und 4 Patienten (8%) eine sechs- bis zwölfmonatige Behandlung hatten. 14 Patienten (28%) gaben eine pharmakologische Therapie von mehr als einem Jahr an (vgl. Abb.35).

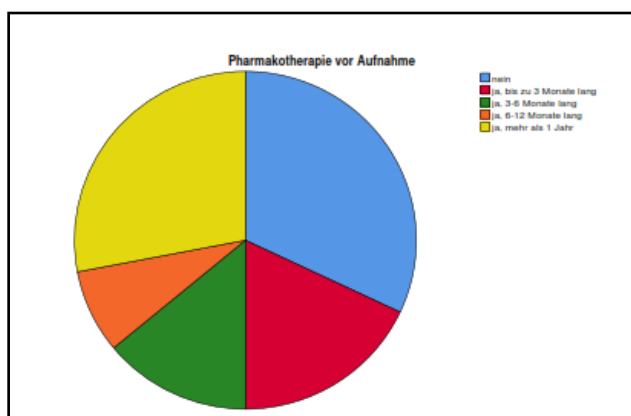


Abbildung 35: Kreisdiagramm: Pharmakotherapie vor Aufnahme innerhalb der Stichprobe

Bezüglich der Variable Erwerbstätigkeit (N = 49), verfügen 23 Personen (46%) über eine Vollzeit-Arbeitsstelle und 3 Patienten (6%) über eine Teilzeit-Arbeitsstelle. Eine Person (2%) gab an, eine Stelle auf dem zweiten Arbeitsmarkt/Minijob zu haben, 5 Personen (10%) befinden sich in Ausbildung oder Umschulung, während 3 Patienten (6%) als arbeitslos gemeldet waren. Eine Person erhält dauerhaft Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente (2%), 3 Personen (6%) Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente zeitlich begrenzt, 5 Personen (10%) Frührente, Altersrente oder Pension, eine Person (2%) Rente oder ist in Teilrente beschäftigt, 2 Personen (4%)

gaben „anderweitig ohne berufliche Beschäftigung“ an und 2 Personen (4%) gaben „Anderes“ an (vgl. Abb. 36).

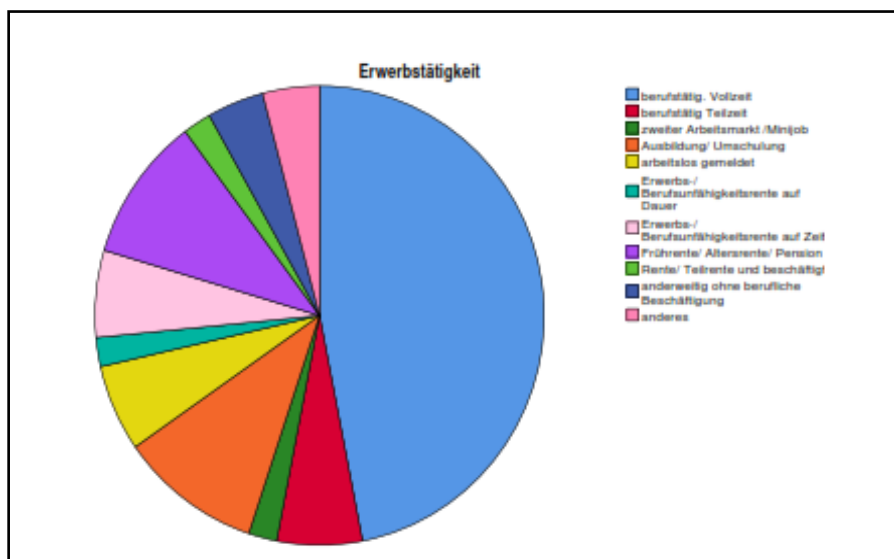


Abbildung 36: Kreisdiagramm: Grad der Erwerbstätigkeit innerhalb der Stichprobe

19 Patienten (38%) beziehen ihr Einkommen aus ihrer beruflichen Tätigkeit oder einem Stipendium, 3 Patienten (6%) erhalten Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente, 6 Patienten (12%) Altersrente und 9 Patienten (18%) Krankengeld. 2 PatientInnen (4%) gaben an, ihr Einkommen teilweise durch eigenes Aufkommen und teilweise durch Fremdaufkommen zu beziehen, während 5 Personen (10%) Einkommen durch Unterstützung von Eltern oder Verwandten, 2 Personen (4%) durch Unterhalt des Ehegatten oder Partners (auch bei Geschiedenen), eine Person (2%) durch Arbeitslosengeld I und eine Person (2%) durch Arbeitslosengeld II erhalten. 2 Personen gaben (4%) „Sonstiges“ an (vgl. Abb.37).

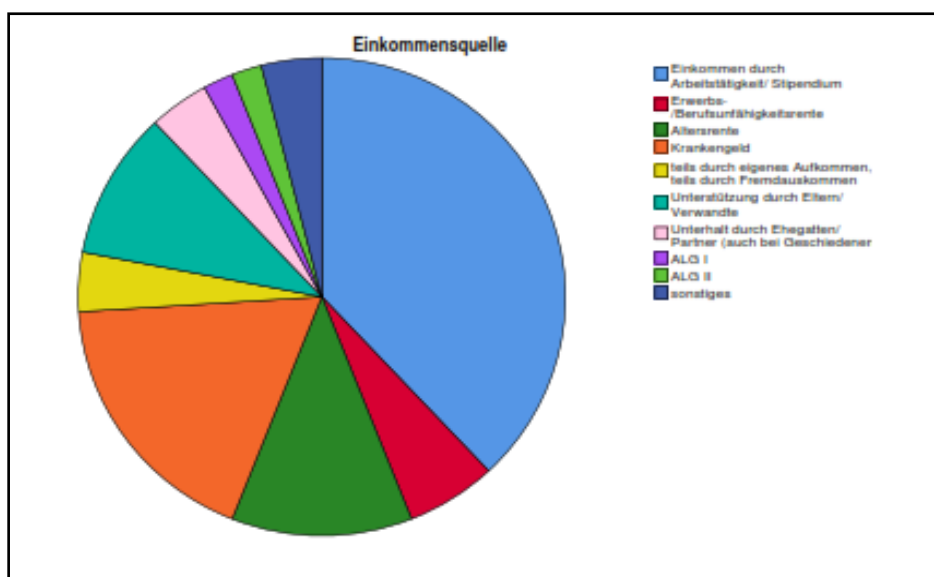


Abbildung 37: Kreisdiagramm: Einkommensquelle innerhalb der Stichprobe

5.2 HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

Nun sollen die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung vorgestellt werden. Dazu werden zunächst die Ergebnisse des Fragebögen SEFP-SE und PID-5 sowie des strukturierten klinischen Interviews (SKID-II) dargelegt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung präsentiert.

Die hier dargestellten Daten beziehen sich auf die Anzahl der Teilnehmer (N=50), die sowohl am SKID-II Interview als auch an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben (N=50).

5.2.1 ERGEBNISSE DER SKID-II DATENERHEBUNG

Dimensionale Auswertung:

Zunächst wurden die Daten des SKID-II ohne Berücksichtigung der Cut-Offs ausgewertet, um dimensionale Parameter (wie viele Kriterien wurden insgesamt erfüllt) in der Analyse zu berechnen. Die erfüllten Kriterien aller Persönlichkeitsstörungskategorien wurden summiert.

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, erfüllten die Patienten im Mittel 14,38 Kriterien über alle Persönlichkeitsstörungen hinweg (M = 14.38, SD = 9.63). 2 Patienten erfüllten 40 Kriterien, 4 Personen erfüllten keine Kriterien, wie sie im SKID-II kodiert werden (vgl. Abb. 38).

Alle SKID erfüllte Kriterien	Mittelwert		14,38	1,362
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	11,64	
		Obergrenze	17,12	
	5% getrimmtes Mittel		13,86	
	Median		14,50	
	Varianz		92,771	
	Std.-Abweichung		9,632	
	Minimum		0	
	Maximum		40	
	Spannweite		40	
	Interquartilbereich		12	
	Schiefe		,715	,337
	Kurtosis		,336	,662

Tabelle 2: Deskriptive Statistik SKID-II

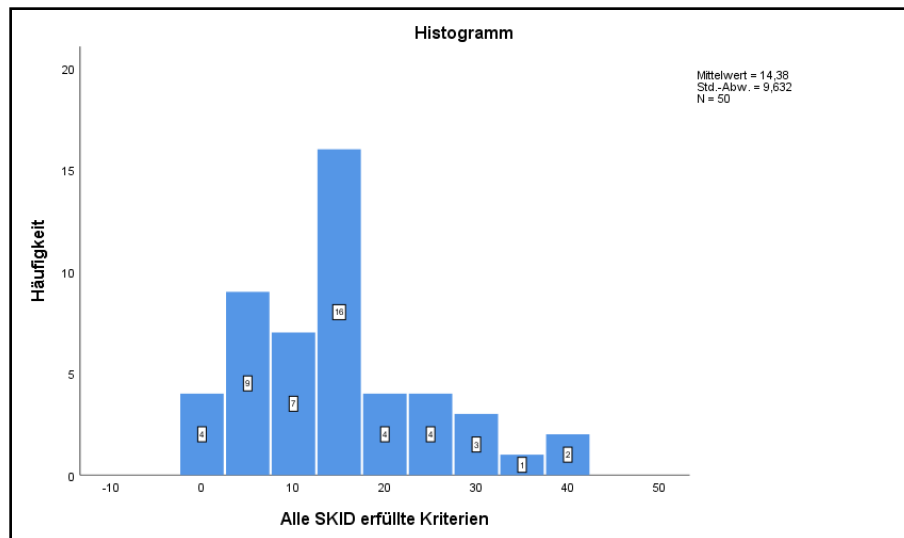


Abbildung 38: Häufigkeit der Anzahl erfüllter Kriterien Gesamt SKID-II

Die Häufigkeitsanalyse der Persönlichkeitsstörungskriterien des SKID-II (siehe nachfolgende Tabelle) ergab, dass die Kriterien der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung im Mittel am häufigsten erfüllt wurden ($M = 2.94$). Auch die Borderline-Kriterien wiesen einen höheren Mittelwert ($M = 2.28$) als die anderen Persönlichkeitsstörungskriterien auf. Demgegenüber verzeichnete die Stichprobe bezüglich der Schizotypen ($M = 0.64$) und Schizoiden ($M = 0.42$) Persönlichkeitsstörung im Mittel deutlich weniger erfüllte Kriterien. Die Kriterien der Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend (SSV KJ), die als Voraussetzung der Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im DSM-5 definiert sind (vgl. Falkai und Wittchen Kriterium C, S.903), wurden bei der dimensionalen Auswertung aufgrund der geringen Anzahl erfüllter Kriterien innerhalb der Stichprobe nicht berücksichtigt.

Antwortstatistik SKID-II erfüllte Kriterien						
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung	
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Std.-Fehler	Statistik
Selbstunsicher Krit SKID	50	0	7	1,78	,311	2,197
Dependent Krit SKID	50	0	6	1,38	,210	1,483
Zwanghaft Krit SKID	50	0	7	2,94	,272	1,921
Paranoid Krit SKID	50	0	7	1,58	,249	1,762
Schizotypisch Krit SKID	50	0	5	,64	,161	1,139
Schizoid Krit SKID	50	0	3	,42	,107	,758
Histrionisch Krit SKID	50	0	5	,96	,194	1,370
Narzisstisch Krit SKID	50	0	9	1,92	,334	2,363
Borderline Krit SKID	50	0	9	2,28	,343	2,425
Antisozial Krit SKID	50	0	4	,48	,146	1,035
SSV KJ	50	0	3	,34	,113	,798

Tabelle 3: Erfüllte SKID-II Kriterien nach Persönlichkeitsstörungen

Kategoriale Auswertung:

Zudem erfolgte eine nominalskalierte Variablenaufstellung, die Auskunft geben soll, ob eine Persönlichkeitsstörung nach SKID-II (also nach DSM-IV/DSM-5) vorliegt oder nicht. Hinsichtlich der Fragestellung, ob eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung vorliegt, wurden die Kriterien der SSV KJ als Bedingung berücksichtigt.

Insgesamt wurde bei 32 Patienten der 50 Patienten (64%) mindestens eine Persönlichkeitsstörung mit dem SKID-II festgestellt (vgl. Abb. 39).

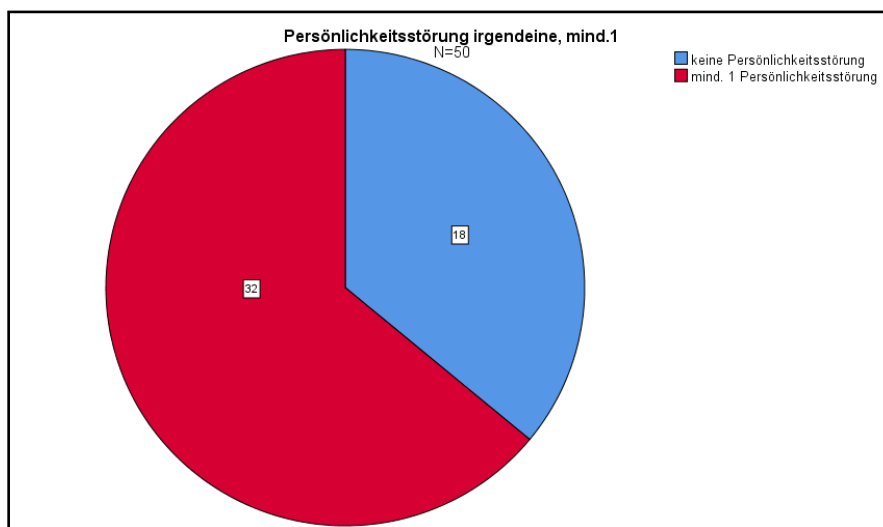


Abbildung 39: Häufigkeiten Mind. eine Persönlichkeitsstörung nach SKID-II

Der Cut-Off für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung wurde mit Abstand am häufigsten erfüllt (44%), darauffolgend war die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit einem Anteil von 26% vertreten. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, mit der Voraussetzung der Feststellung einer Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend (SSV KJ), wurde nur bei 2 Patienten festgestellt, während die schizotype Persönlichkeitsstörung innerhalb unseres Patientenkollektivs nicht vorzufinden war.

In der folgenden Abbildung sind die Häufigkeiten der einzelnen Kategorien aufgeführt. So ist die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bei 13 Teilnehmern (26%), die Borderline Persönlichkeitsstörung bei 9 Patienten (18%), die Narzisstische Persönlichkeitsstörung bei 8 Patienten (16%), die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung bei 22 Teilnehmern (44%), die Paranoide Persönlichkeitsstörung bei 11 Patienten (22%), die dependente Persönlichkeitsstörung bei einem Teilnehmer (2%), die Schizotype Persönlichkeitsstörung bei einer Person (2%) und die Histrionische Persönlichkeitsstörung bei 2 Patienten (4%) zu finden.

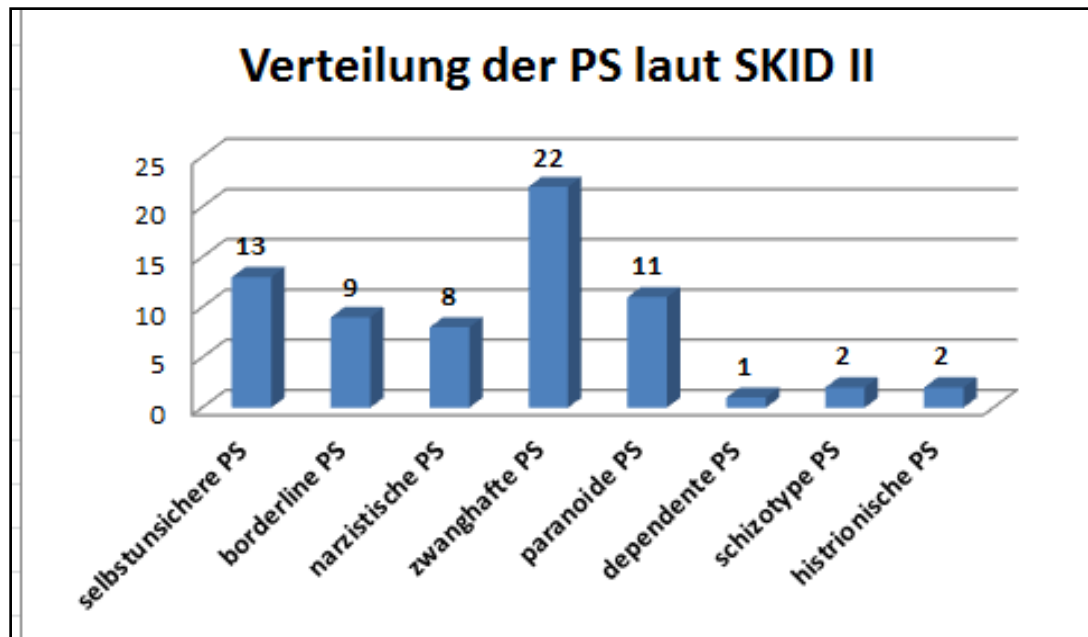


Abbildung 40: Histogramm: Verteilung der PS nach SKID-II

5.2.2 ERGEBNISSE DER SEFP-SE DATENERHEBUNG

Im Folgenden wird die SEFP-SE Datenerhebung hinsichtlich der Skalenmittelwerte und positivem Kriterium A über die Stichprobe (N=50) beschrieben. Die Subskalen der SEFP-SE korrelieren insgesamt auf einem hohen bis sehr hohem Niveau miteinander. Die Subskalen Identität und Selbststeuerung korrelieren entsprechend ihrer Konstruktion dabei etwas höher miteinander (Pearsons $r = .81$, $p < .001$) als mit den anderen Skalen. Genauso korrelieren Empathie und Nähe etwas höher miteinander als mit den anderen Skalen (Pearsons $r = .78$, $p < .001$) (vgl. Tabelle 4).

		Korrelationen Subskalen SEFP-SE (N=75)			
		Identität SEFP	Selbststeuerung SEFP	Empathie SEFP	Nähe SEFP
Identität SEFP	Korrelation nach Pearson	1	,812**	,560**	,677**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000
Selbststeuerung SEFP	Korrelation nach Pearson	,812**	1	,556**	,623**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000
Empathie SEFP	Korrelation nach Pearson	,560**	,556**	1	,775**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000
Nähe SEFP					

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

Tabelle 4: Korrelationen der Subskalen SEFP-SE der Gesamtstichprobe N=75

Skalenmittelwerte SEFP-SE Stichprobe

In den nachfolgenden Tabellen (Tabellen 5-7) sind die Mittelwerte der SEFP-SE Testung hinsichtlich des Gesamtwertes sowie innerhalb der jeweiligen Subskalen der Stichprobe sowie die Referenzprobe von Morey (Morey 2017b) abgebildet. Es wurde im Mittel ein Gesamtwert von 287 Punkten erreicht ($M = 278,25$, $SD = 63,2488$) mit einem Minimum von 173,5 und einem Maximum von 421,0. Im Vergleich zur nicht klinischen Referenzprobe von Morey (Morey, 2017b) befindet sich unsere Stichprobe im Mittel in einem Bereich zwischen dem Durchschnittswert und 1 Standardabweichung nach Morey, tendenziell näher an 1 Standardabweichung gelegen.

		Statistik	Std.-Fehler
Gesamt SEFP	Mittelwert	287,250	8,9447
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	269,275
		Obergrenze	305,225
	5% getrimmtes Mittel	287,300	
	Median	291,500	
	Varianz	4000,411	
	Std.-Abweichung	63,2488	
	Minimum	173,5	
	Maximum	421,0	
	Spannweite	247,5	
	Interquartilbereich	108,4	
	Schiefe	-,146	,337
	Kurtosis	-,923	,662

Tabelle 5: Mittelwerte SEFP-SE Gesamt der Stichprobe (N=50)

Skalenmittelwerte SEFP-SE Stichprobe						
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung	
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Std.-Fehler	Statistik
Identität SEFP	50	52,0	154,5	98,850	3,5790	25,3071
Selbststeuerung SEFP	50	45,0	109,5	72,290	2,3386	16,5366
Empathie SEFP	50	25,0	65,0	39,810	1,5971	11,2933
Nähe SEFP	50	40,5	119,0	76,300	2,9338	20,7451
Gesamt SEFP	50	173,5	421,0	287,250	8,9447	63,2488

Tabelle 6: Mittelwerte der SEFP-SE-Subskalen der Stichprobe (N=50)

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

Tabelle 7: Referenzwerte SEFP-SE (Morey,2017b)

Bezüglich der Subskalen konnte man das Mittel unserer Stichprobe folgendermaßen einordnen:

Identität: Der Mittelwert der Stichprobe liegt mit einem Wert von 98,850 knapp unter 1 Standardabweichung nach Morey. (Morey, 2017b) (M = 98,850; SD = 25,3071; Minimum = 52,0; Maximum = 145,5).

Selbststeuerung: Der Mittelwert der Stichprobe liegt mit einem Wert von 72,290 ebenfalls knapp unter 1 Standardabweichung nach Morey (Morey, 2017b) (M = 72,290; SD = 16,5366; Minimum = 45,0; Maximum = 109,5).

Empathie: Der Mittelwert der Stichprobe liegt mit einem Wert von 39,810 ziemlich direkt im Bereich des Durchschnittswertes nach Morey (Morey, 2017b) (M = 39,810; SD = 11,2933; Minimum = 25,0; Maximum = 65).

Nähe: Der Mittelwert der Stichprobe liegt mit einem Wert von 76,300 im mittleren Bereich zwischen dem Durchschnittswert und 1 Standardabweichung nach Morey (Morey, 2017b) (M = 76,300; SD = 20,7451; Minimum = 40,5; Maximum = 119,0).

Insgesamt liegt die Stichprobe im Mittel hinsichtlich der Beeinträchtigung im Funktionsniveau innerhalb der Bandbreite des klinisch unauffälligen bis subklinischen Bereichs (+1 SD). Der klinisch auffällige Bereich beginnt ab 1,5 SD.

Häufigkeit eines positiven Kriterium A im SEFP-SE in Stichprobe

Wie Abbildung 41 und Tabelle 8 zu entnehmen ist, erfüllten 13 von 50 Probanden den Cut-Off zur Vergabe einer mindestens mittelgradigen Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit von 1,5 Standardabweichung, bemessen anhand der Referenzprobe von Morey (Morey, 2017b), ab welchem nach dem AMPD eine Vergabe einer Persönlichkeitsstörung gefordert wird, während 37 Probanden den Cut-Off zur Vergabe einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllten.

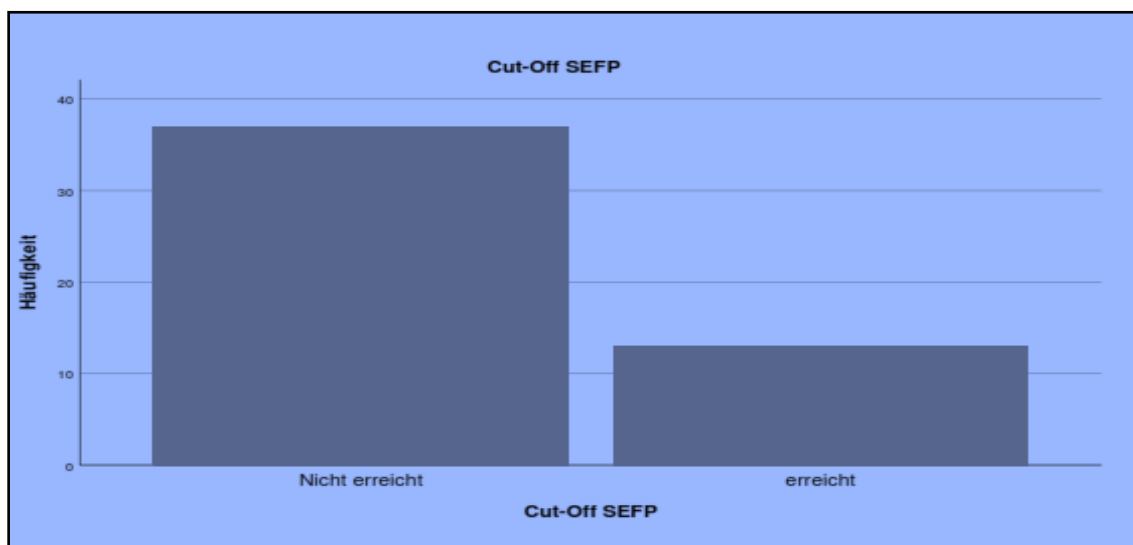


Abbildung 41: Balkendiagramm: Cut-Off SEFP-SE erreicht

Cut-Off SEFP		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nicht erreicht	37	74,0	74,0	74,0
	erreicht	13	26,0	26,0	100,0
Gesamt		50	100,0	100,0	

Tabelle 8: Häufigkeitstabelle Cut-Off SEFP-SE erreicht

5.2.3 ERGEBNISSE DER PID-5-100 DATENERHEBUNG

Im Folgenden soll der Mittelwert der Anzahl erfüllter Kriterien pro Facette der PID-5-100 Testung über alle 25 Facetten (Gesamt-Facettenmittelwert) sowie die Mittelwerte der einzelnen Facetten innerhalb der Stichprobe beschrieben werden.

Gesamt-Facettenmittelwerte der PID-5 Datenerhebung:

Gemittelt über alle 25 Facetten wurde ein Gesamt-Facetten-Mittelwert von 0,9608 innerhalb der Stichprobe erreicht ($M = 0,9608$; $SD = 0,37128$; Minimum = 0,18; Maximum = 1,94;), (vgl. Tabelle 9). Dieser Mittelwert liegt über dem Facetten-Mittelwert der nicht klinischen Referenzprobe Zimmermanns, welcher 0,89012 beträgt (Summe der 25 Facetten-Mittelwerte der nicht klinischen Stichprobe Zimmermanns/25), (modifiziert nach Zimmermann et al., 2014).

MW_PID	Mittelwert		,9608	,05251
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	,8553	
		Obergrenze	1,0663	
	5% getrimmtes Mittel		,9538	
	Median		,9700	
	Varianz		,138	
	Std.-Abweichung		,37128	
	Minimum		,18	
	Maximum		1,94	
	Spannweite		1,76	
	Interquartilbereich		,45	
	Schiefte		,219	,337
	Kurtosis		,272	,662

Tabelle 9: Gesamt Facetten Mittelwert PID-5-100 innerhalb der Stichprobe

Domänenmittelwerte der Stichprobe

Innerhalb des Patientenkollektivs lag der höchste Mittelwert erfüllter Kriterien pro Domäne in der Domäne Negative Affektivität mit einem Wert von $M = 1,2957$ ($SD = 0,62319$), gefolgt von einem Wert von 1,1651 bei der Domäne Enthemmtheit ($M = 1,1651$; $SD = 0,48166$), einem Wert von 0,9467 bei der Domäne Verslossenheit ($M = 0,9467$; $SD = 0,64052$) sowie einem Wert von 0,6583 bei der Domäne Antagonismus ($M = 0,6583$; $SD = 0,59274$). Der geringste Mittelwert war bei der Domäne Psychotizismus mit einem Wert von 0,5916 vertreten ($M = 0,5916$; $SD = 0,44392$), (vgl. Tabelle 10).

<i>Deskriptive Statistiken</i>			
	Mittelwert	Std.- Abweichung	N
Ges. Neg Affektivität	1,2967	,62319	50
Ges. Verslossenheit	,9467	,64062	50
Ges. Antagonismus	,6583	,59274	50
Ges. Enthemmtheit	1,1651	,48166	50
Ges. Psychotizismus	,5916	,44392	50

Tabelle 10: Domänenmittelwerte über Stichprobe

Facettenmittelwerte der Stichprobe

Die Mittelwerte der Anzahl erfüllter Kriterien pro Facette (Facettenmittelwerte) der Stichprobe sind der folgenden Tabelle zu entnehmen. Der höchsten Mittelwert innerhalb der

Stichprobe zeigte sich in der Facette Ablenkbarkeit mit einem Wert von $M = 1,5950$, gefolgt von der Facette Ängstlichkeit mit einem Wert von $M = 1,4250$, der Facette Trennungsangst mit dem Wert von $M = 1,4150$ und der Facette rigider Perfektionismus mit dem Wert von $M = 1,400$. Am geringsten waren die Mittelwerte folgender Facetten ausgeprägt: Ungewöhnliche Überzeugungen mit einem Wert von $M = 0,33$, gefolgt von der Facette Gefühlskälte mit einem Wert von $M = 0,375$ und der Facette Denk und Wahrnehmungsstörungen mit einem Wert von $M = 0,385$ (vgl. Tabelle 11).

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
Ängstlichkeit	50	,00	3,00	1,4250	,80536
Emotionale Labilität	50	,00	3,00	1,0500	,77427
Trennungsangst	50	,00	3,00	1,4150	,91836
Ges. Neg Affektivität	50	,33	2,67	1,2967	,62319
Anhedonie	50	,00	3,00	1,1350	,92335
Soz Rückzug	50	,00	2,50	,8650	,65506
Vermeidung v Nähe	50	,00	3,00	,8400	,82493
Ges. Verslossenheit	50	,00	2,17	,9467	,64062
Grandiosität	50	,00	3,00	,5650	,62436
Unehrlichkeit	50	,00	2,50	,5750	,74957
Neigung z. Manipulation	50	,00	2,50	,8350	,68253
Ges. Antagonismus	50	,00	2,08	,6583	,59274
Ablenkbarkeit	50	,00	3,00	1,5950	,77901
Impulsivität	50	,00	2,75	1,1650	,74507
Verantwortungslosigkeit	50	,00	2,00	,7350	,58119
Ges. Enthemtheit	50	,17	2,08	1,1651	,48166
Exzentrizität	50	,00	3,00	1,0600	,78986
Denk u Wahrnehmungsstörungen	50	,00	1,75	,3850	,45235
Ungewönl. Überzeug. u innere Erleb	50	,00	1,75	,3300	,42988
Ges. Psychotizismus	50	,00	2,00	,5916	,44392
Suche n Aufmerksamkeit	50	,00	3,00	1,1850	,79188
Gefühlskälte	50	,00	2,25	,3750	,64731
Depressivität	50	,00	3,00	,8900	,83477
Feindseligkeit	50	,00	2,50	1,0650	,69033
Perseveration	50	,00	2,50	1,0050	,61547
Affektarmut	50	,00	2,75	1,2950	,67705
Rigider Perfektionismus	50	,00	3,00	1,4000	,76931
Neigung z riskantem Verhalten	50	,00	2,75	,7800	,66937
Unterwürfigkeit	50	,00	2,50	1,2350	,79123
Misstrauen	50	,00	2,25	,8150	,63449

Tabelle 11: Facettenmittelwerte der 25 Facetten innerhalb Stichprobe

5.2.4 ERGEBNISSE DER HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Überprüfung der in dieser Arbeit formulierten Hypothesen vorgestellt werden:

5.2.4.1 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESE 1

Der Grad der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit nach SEFP-SE korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der erfüllten Diagnosekriterien im SKID-II.

Ergebnis der Überprüfung

An dieser Stelle wurde überprüft, ob ein dimensionaler Zusammenhang zwischen dem Kriterium A des Alternativen Modells (überprüft durch den SEFP-SE) und dem aktuellen DSM-IV-Modell (überprüft durch SKID-II) auf Kriterien-Ebene besteht (also auf Ebene der erfüllten Items). Die Korrelation von 0.645 nach Pearson bei $p < 0,01$ ergibt einen positiven signifikanten Zusammenhang. Das Ergebnis entspricht einer hohen Korrelation zwischen SKID-II und LPFS-S.

Damit konnte auf signifikantem Niveau nachgewiesen werden, dass die Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit umso stärker ist, je mehr Kriterien im SKID-II erfüllt wurden. Somit konnte ein hoher dimensionaler Zusammenhang auf Kriterien-Ebene des SKID-II (DSM-IV) und Kriterium A des AMPD nachgewiesen werden, was nachfolgende Abbildung zusammenfassend zeigt.

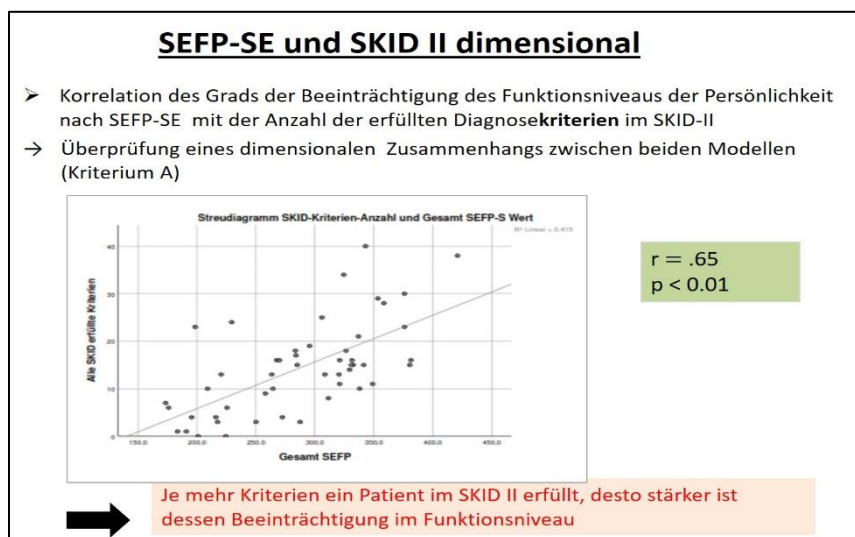


Abbildung 42: SEFP-SE und SKID-II dimensional (nach Pearson)

5.2.4.2 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESE 2

Der Grad der Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit nach SEFP-SE korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der erfüllten Störungskategorien im SKID-II.

Ergebnis der Überprüfung

Es wurde untersucht, ob der dimensionale Zusammenhang weiterhin besteht, wenn der Grad der Beeinträchtigung im SEFP-SE anstelle der Kriterien im SKID-II in Relation zur Anzahl erfüllter Störungskategorien (z.B. Narzisstisch, Borderline) des SKID-II gesetzt wird.

Die Korrelation von 0.485 nach Pearson bei $p < 0,01$ ergibt einen positiven signifikanten Zusammenhang. Das Ergebnis entspricht einer hohen Korrelation zwischen der Anzahl der erfüllten Persönlichkeitsstörungskategorien im SKID-II (hohe Komorbidität, meint das Nebeneinanderbestehen mehrerer verschiedenen Persönlichkeitsstörungen) und der Beeinträchtigung im Funktionsniveau im LPFS-S.

Zusammenfassend konnte somit gezeigt werden, dass die Anzahl der Persönlichkeitsstörungskategorien im SKID-II (Komorbidität) umso höher war, je ausgeprägter sich die Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit zeigte (siehe Abb. 43).

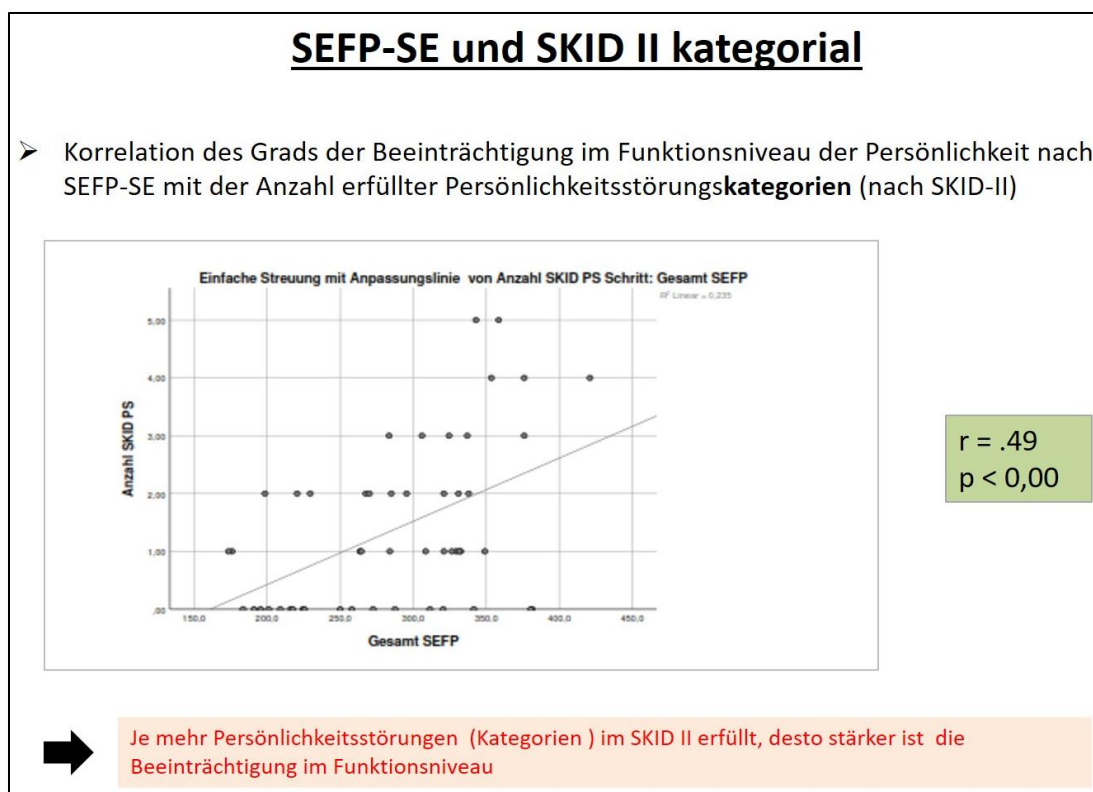


Abbildung 43: SEFP-SE und SKID-II kategorial

Die Hypothese verdeutlicht die „klinische Bedeutsamkeit“ der Hypothese 1. Aufgrund der geringeren Anzahl der Variablen (Kategorien statt Kriterien) ist der Korrelationskoeffizient folgerichtig etwas geringer als in Hypothese 1. Trotzdem bleibt auch bei Zusammenfassung

der Kriterien zu spezifischen Kategorien, also unter Hinzunahme eines Cut-Offs, ein Zusammenhang zwischen den Modellen (DSM-IV und Kriterium A des DSM-5) ersichtlich. Diese Ergebnisse sind auch so zu interpretieren, dass die SKID-II-Testung indirekt Aufschluss über das Funktionsniveau der hier vorliegenden Stichprobe gab, also neben der Qualität der Beeinträchtigung (Störungskategorie) auch Rückschlüsse über die Dimension der Beeinträchtigung gezogen werden können.

5.2.4.3 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESE 3

Der Grad der Ausprägung der maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale (Facetten) im PID-5-100 korreliert signifikant positiv mit der Anzahl erfüllter Kriterien im SKID-II.

Ergebnis der Überprüfung

Die Korrelation von 0,63 nach Spearman Rho bei $p < 0,01$ ergibt einen positiven signifikanten Zusammenhang. Das Ergebnis entspricht einer hohen Korrelation zwischen der Anzahl erfüllter Kriterien im SKID-II und auffälligen maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen.

Je mehr Kriterien im SKID-II erfüllt waren, desto stärker ausgeprägt waren die maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale im Kriterium B des AMPD (Mittelwerte im PID-5-100) (vgl. Abb.44).

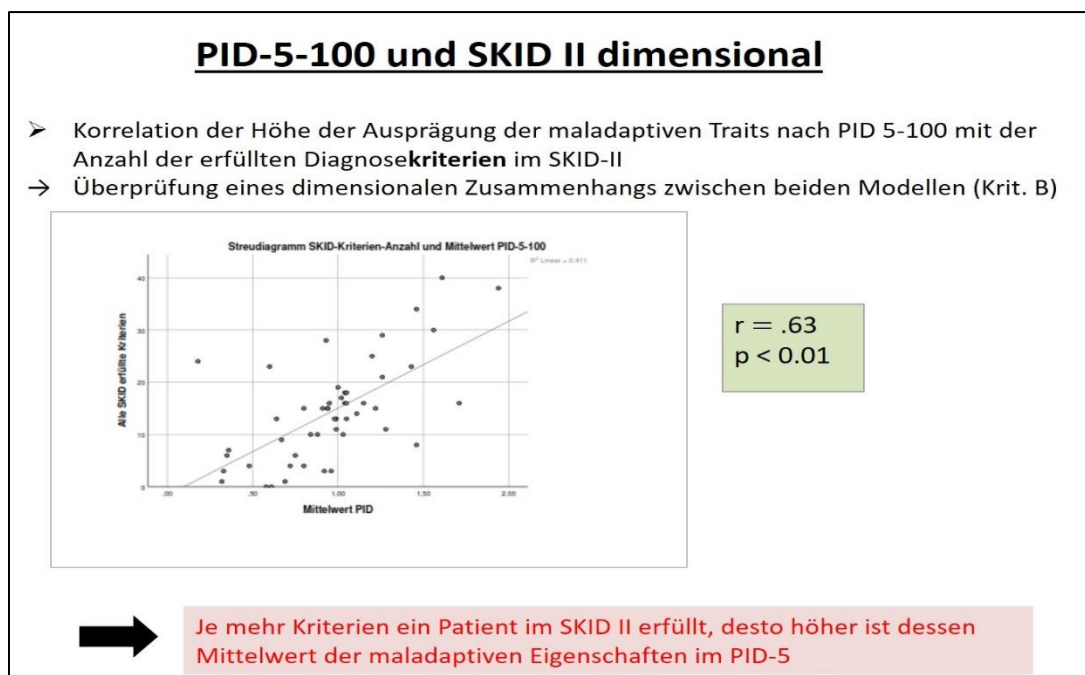


Abbildung 44: Korrelation Kriterien im SKID-II und Mittelwert PID-5-100 nach Spearman Rho

Insgesamt lässt sich also ein hoher dimensionaler Zusammenhang zwischen dem DSM-IV Modell und dem AMPD in beiden Elementen, Kriterium A und Kriterium B, feststellen.

5.2.4.4 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESE 4

Die Diagnosekategorien (PS) nach SKID-II korrelieren signifikant mit den gleich bezeichneten spezifischen Diagnosekategorien nach AMPD, erfasst mit dem SEFP-SE und dem PID-5-100.

Überprüft wurde also eine Übereinstimmung in Quantität und Typologie (kategorialer Zusammenhang) zwischen beiden Modellen innerhalb der Stichprobe

Ergebnis der Überprüfung

A) Übereinstimmung erfülltes Kriterium A im SEFP-SE und PS im SKID-II

Zuerst wurde untersucht, ob eine signifikante Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (positives Kriterium A des AMPD) mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im SKID-II korreliert. Für die Erfüllung eines positiven Kriteriums A mussten die Patienten eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit vorweisen. Wie bereits erwähnt, war bei 32 der 50 Patienten im SKID-II mindestens eine Persönlichkeitsstörung nachweisbar (vgl. Abb. 45).

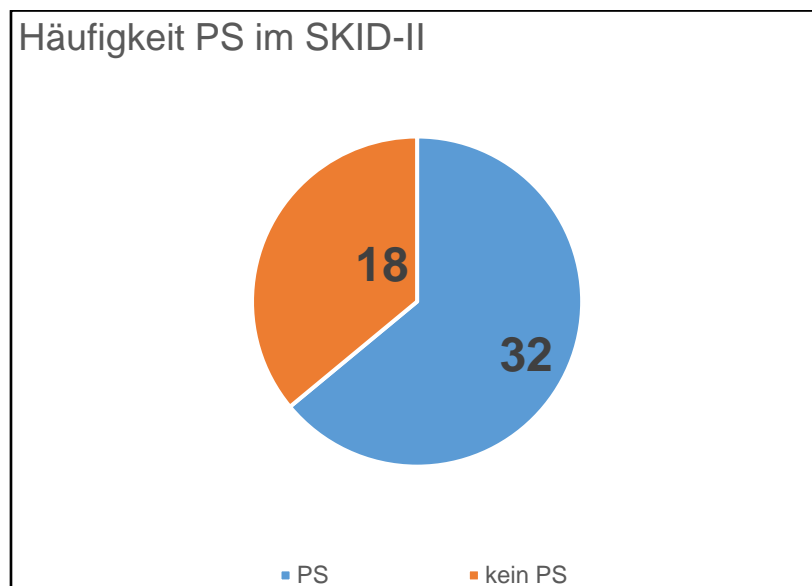


Abbildung 45: Kreisdiagramm: Häufigkeit PS im SKID-II

Im SEFP-SE zeigte sich bei 13 der 50 Patienten eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung im Funktionsniveau, also ein positives Kriterium A, welches die Voraussetzung einer Vergabe einer Persönlichkeitsstörung im AMPD darstellt (vgl. Abb. 46).

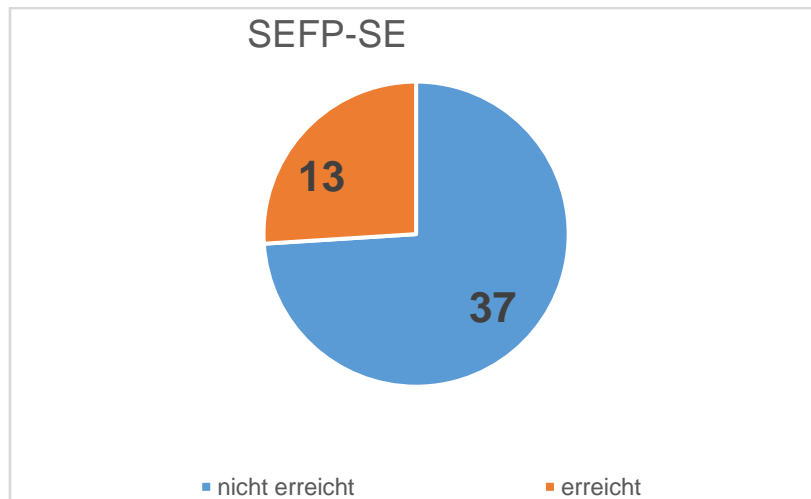


Abbildung 46: Anzahl der Pat. mit pos. Kriterium A (Cut Off-Werte: Morey; 2017)

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass das Kriterium A im SEFP-SE seltener über dem Cut-Off lag, als eine Persönlichkeitsstörung im SKID-II vergeben worden war. Von 32 Patienten mit mindestens 1 Persönlichkeitsstörung im SKID-II wurde bei 11 Patienten gleichzeitig eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung, sprich positives Kriterium A, erfüllt. Bei 21 Patienten hingegen wurde zwar im SKID-II mindestens eine PS erfüllt, im SEFP-SE hingegen das Kriterium A nicht erfüllt. Von 18 Patienten ohne Persönlichkeitsstörung im SKID-II zeigten 2 Patienten ein positives Kriterium A, während 16 Patienten auch im SEFP-SE kein positives Kriterium A erfüllten.

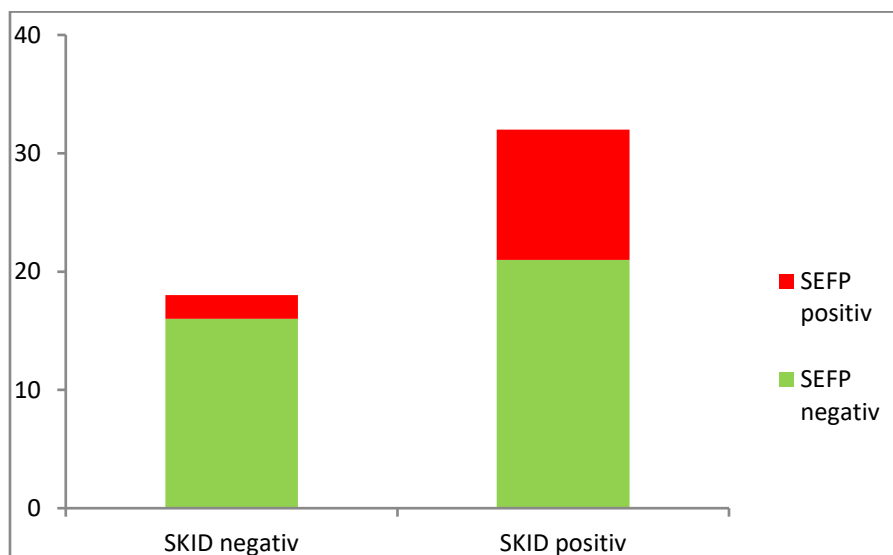


Abbildung: 47: Säulendiagramm: SKID-II zu SEFP-SE

Bereits hier wird deutlich, dass quantitative Unterschiede zwischen den beiden Modellen bestehen. Die Modelle unterschieden sich deutlich in der Häufigkeit der Vergabe (SKID-II)

bzw. der Voraussetzung der Vergabe (Krit. A des AMPD) einer Persönlichkeitsstörung (vgl. Abb. 48).

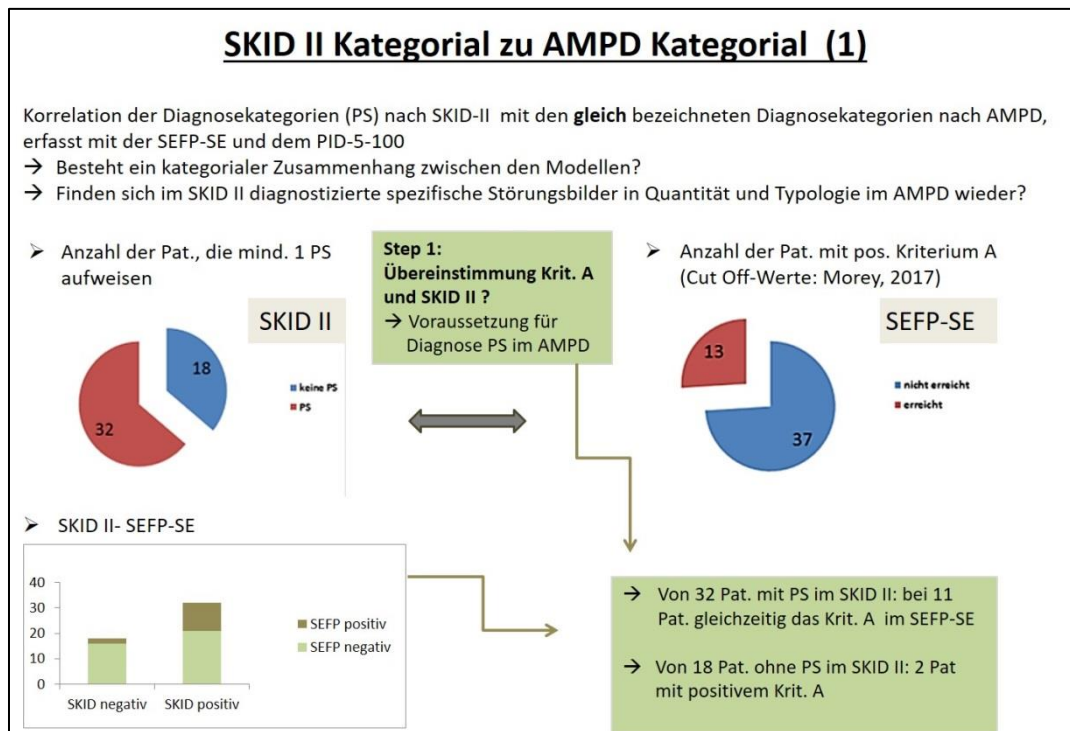


Abbildung 48: SKID-II Kategorial zu AMPD Kategorial

B) Kategoriale Übereinstimmung DSM-IV (SKID-II) und zugehöriges spezifisches Merkmalsprofil im Kriterium B des AMPD für gesamte Stichprobe (N=50).

Im Folgenden wurde, ungeachtet des Vorhandenseins eines Kriteriums A, eine Übereinstimmung der beiden Modelle in Typologie (kategorialer Zusammenhang) untersucht. Diesbezüglich wurde entgegen der Vorgabe des AMPD, das Vorhandensein eines positiven Kriteriums A innerhalb der Stichprobe, welche ja die Voraussetzung zur Diagnose einer PS im AMPD darstellt, vernachlässigt.

Es wurde also die Übereinstimmung spezifischer Störungskategorien im SKID-II mit zugehörigen auffälligen problematischen Persönlichkeitsmerkmalen im Kriterium B des AMPD innerhalb der gesamten Stichprobe beleuchtet. Konkret bedeutet das, inwiefern sich bspw. die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung des DSM-IV im spezifischen Kriterien-Set für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung des AMPD wiederfindet. Wie bereits beschrieben handelt es sich beim spezifischen Kriterien-Set des AMPD um eine für die jeweilige Störung typische Zusammensetzung problematischer Persönlichkeitsmerkmale (Kriterium B), also eine typische Kombination von auffälligen Facetten, ermittelt im PID-5-100.

Anhand dieses Vorgehens wurden alle sechs Persönlichkeitsstörungen des AMPD überprüft. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist nur ein geringer Zusammenhang zwischen den beiden Modellen auf kategorialer Ebene feststellbar. Die Korrelationen für die jeweiligen Störungskategorien sind nicht signifikant.

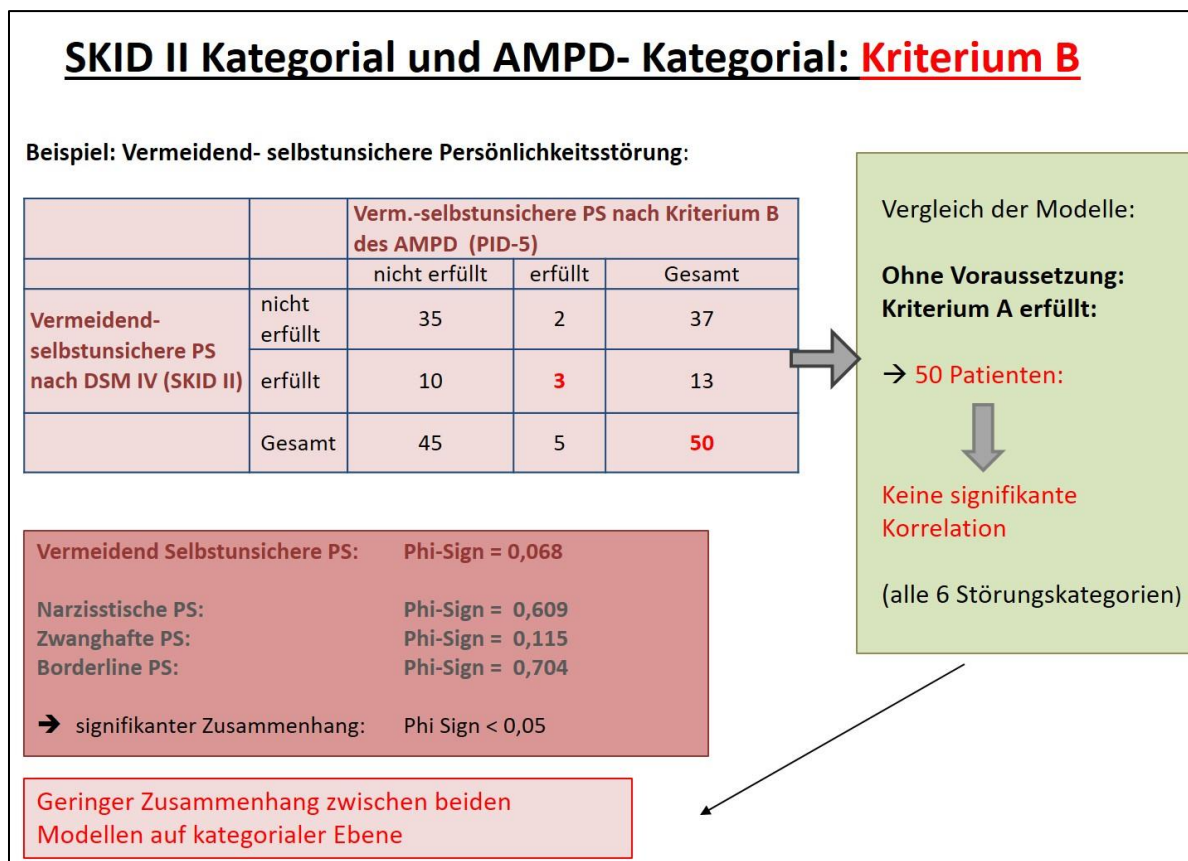


Abbildung 49: SKID-II Kategoriale und AMPD- Kategoriale: Kriterium B

C) Kategoriale Übereinstimmung DSM-IV (SKID-II) und AMPD (Kriterium A und spezifisches Merkmalsset des Kriterium B)

Im Folgenden wurde untersucht, wie hoch die kategoriale Übereinstimmung beider Modelle innerhalb des Patientenkollektivs mit erfülltem Kriterium A im AMPD ist. An dieser Stelle erfolgt nun also der direkte Vergleich des kategorialen DSM-IV Modells mit den spezifischen Kategorien des AMPD innerhalb unserer Stichprobe. Die Voraussetzung eines erfüllten Kriteriums A traf für 13 Patienten der Stichprobe zu.

Die Fragestellung lautete also: Finden sich bei diesen 13 Patienten Übereinstimmungen zwischen den Persönlichkeitsstörungsdiagnosen des DSM-IV (durch SKID-II getestet) und spezifischen aus ausgewählten Facetten zusammengesetzten „Merkmal-Sets“ des DSM-5 Teil III Hybridmodells (durch PID-5-100 getestet).

Wie man der folgenden Abbildung entnehmen kann, finden sich die Persönlichkeitsstörungen des bisherigen DSM-IV Modells auch bei Einschluss von Kriterium A, d.h. unter Berücksichtigung aller Kriterien (A und B) nur zu einem geringen Anteil im AMPD wieder.

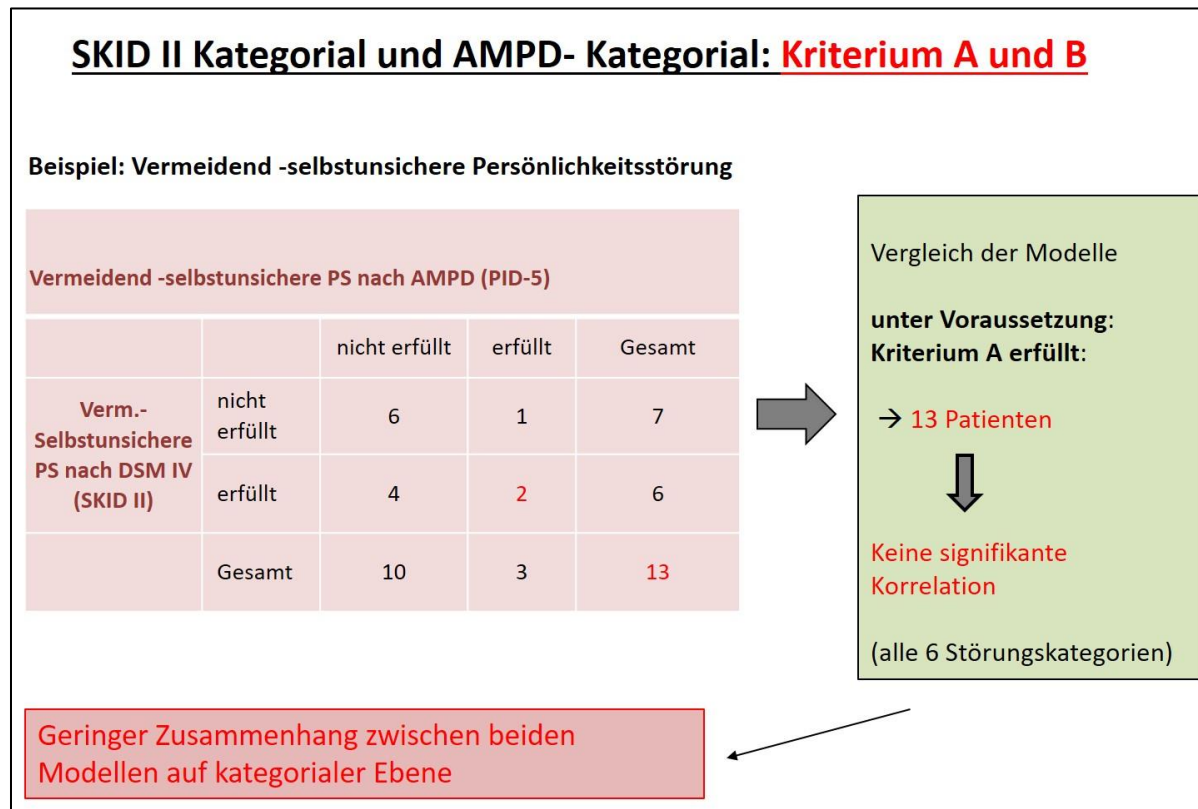


Abbildung 50: SKID-II Kategorial und AMPD-Kategorial: Kriterium A+B

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, fanden sich innerhalb dieses Patientenkollektivs keine signifikanten Korrelationen. Es konnte also zusammenfassend kein direkter Zusammenhang auf kategorialer Ebene zwischen den beiden Modellen abgeleitet werden. Allerdings ist dieses Studienergebnis aufgrund der viel zu geringen Stichprobe zu hinterfragen (s. Limitationen, Kapitel 7).

6. DISKUSSION

6.1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Wie bereits im Ergebnisteil eingehend beschrieben, konnte ein hoher dimensionaler Zusammenhang zwischen dem aktuellen DSM-IV/DSM-5-Modell und Kriterium A sowie Kriterium B des Alternativen DSM-5-Modells festgestellt werden. Damit konnte auf signifikantem Niveau nachgewiesen werden, dass sich das Ausmaß erfüllter Kriterien im DSM-IV unmittelbar im Grad der Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit wie auch im Ausmaß bestehender maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale im AMPD des DSM-5 widerspiegelt. Insgesamt lässt sich also ein hoher dimensionaler Zusammenhang zwischen dem DSM-IV-Modell und dem AMPD in beiden Elementen, Kriterium A und Kriterium B, feststellen.

Die hohe dimensionale Vergleichbarkeit der beiden Modelle ließ sich demgegenüber nicht auf kategoriale Ebene übertragen, d.h. die spezifischen Persönlichkeitsstörungskategorien des bisherigen DSM-IV-Modells finden sich trotz guter dimensionaler Vergleichbarkeit beider Modelle, welche anhand der Studienlage unterstützt werden kann, nur zu einem geringen Anteil in der Kategorialen Diagnostik des AMPD des DSM-5 wieder. Somit wurde die Hypothese 4 der vorliegenden Arbeit widerlegt, es konnte kein signifikanter Zusammenhang bezüglich der spezifischen Kategorien abgeleitet werden, die spezifischen Diagnosen des DSM-IV waren nicht in der kategorialen Diagnostik nach AMPD abbildbar.

6.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Im Folgenden sollen die vorgestellten Ergebnisse der Studie diskutiert werden. Hierbei soll insbesondere auf die Haupthypothese (Hypothese 4), welche den Kern dieser Arbeit darstellt, näher eingegangen werden und anhand der Kategorie der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung genauer hinterfragt werden. Aufgrund der für wissenschaftliche Forschung außerordentlich geringen Drop Out Rate ist keine maßgebliche Verfälschung der Ergebnisse zu erwarten.

6.2.1 DISKUSSION DER DESKRIPTIVSTATISTISCHEN ERGEBNISSE

Stichprobe:

Die Stichprobe setzte sich in etwa gleichem Anteil aus Männern und Frauen zusammen. Der Altersdurchschnitt der Teilnehmer zwischen 18 und 73 Jahren lag bei 43 Jahren mit einem Median von 45,5 Jahren. Es handelt sich insgesamt um eine relativ gleichmäßige Verteilung

mit einer Spitze zwischen 46 und 60 Jahren. Insgesamt setzte sich die Stichprobe größtenteils aus einem Patientenkollektiv mit hohem Bildungsstand zusammen. So verfügten 78% der PatientInnen über einen Realschulabschluss oder höherwertigen Abschluss. Der überwiegende Anteil des Patientenkollektivs (56%) hatte keinen festen Beziehungsstatus. Der Großteil der Patienten (82%) gab an keine Kinder zu haben. Ein Großteil der Studienteilnehmer befand sich in psychopharmakologischer Behandlung, wovon fast die Hälfte der Stichprobe eine pharmakologische Behandlung von über einem Jahr erhielt, was für eine Chronifizierung der bestehenden psychischen Symptomatik und damit einhergehender hoher psychischer Symptombelastung bei ca. 1/3 des Patientenkollektivs spricht. Es wurde bereits im Rahmen des Aufklärungsgespräches eine möglicherweise Studienergebnisse verfälschende kognitive Beeinträchtigung infolge der Psychopharmaka-Einnahme durch therapeutische Einschätzung ausgeschlossen. Bezüglich der Variable „Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte“ zeichnete sich eine Bandbreite ab. Während etwa die Hälfte des Patientenkollektivs bisher nicht die Möglichkeit eines stationären Aufenthaltes in Anspruch genommen hatte, gab rund 1/4 der Studienteilnehmer zwei oder mehrere stationäre Aufenthalte in der Vergangenheit an, mitunter bis zu einem Zeitraum von bis zu 118 Wochen, was auf eine große Spannbreite hinsichtlich bestehendem psychischen Leidensdrucks innerhalb des Patientenkollektivs, auch hinsichtlich der Beeinträchtigung im psychischen Funktionsniveau schließen lässt.

Fast die Hälfte des Patientenkollektivs (46%) befand sich in einer Vollzeit-Tätigkeit. Zudem waren rund 1/5 (18%) der Stichprobe in einem anderweitigen beruflichen Verhältnis oder einer berufsvorbereitenden Tätigkeit. Demgegenüber befand sich rund 1/3 der Stichprobe in einem Status ohne berufliche Tätigkeit. Auch hier könnte man anhand des Ausmaßes der Beeinträchtigung innerhalb der Funktionsfähigkeit im beruflichen Kontext eine starke Diskrepanz zwischen einer einerseits hohen Anzahl (2/3) mutmaßlich leichter psychisch belasteter Patienten mit möglicherweise relativ gutem Funktionsniveau gegenüber wenigen psychisch sehr stark belasteten Patienten mit sehr geringem Funktionsniveau innerhalb des Patientenkollektivs vermuten. Die Datenlage der Studie bezüglich der Arbeitsfähigkeit innerhalb des Patientenkollektivs unterstützt die im Mittel erreichte psychische Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit im subklinischen Bereich (+ max. 1 SD) im SEFP-SE sowie einen hohen Anteil von zwanghafter Persönlichkeitsstörung im SKID-II, welche in der Literatur (Kernberg, 2015) in Relation zu den übrigen Kategorien als höher strukturierte Persönlichkeitsstörung angesehen wird (vgl. Testwerte SKID-II und SEFP-SE).

Rund die Hälfte der Patienten bezogen ihre Einkommen entweder aus ihrer beruflichen Tätigkeit (38%) oder befanden sich bereits in Rente (12%), während die andere Hälfte (46%) des Patientenkollektivs finanzielle Unterstützung durch den Staat oder Angehörige benötigte.

31 TeilnehmerInnen befanden sich in ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlung, dennoch war es für 26, also etwa der Hälfte der PatientInnen, der erste stationäre Aufenthalt.

Testwerte:

Nun soll eine Diskussion der erhobenen Testergebnisse von SKID-II, SEFP-SE und PID-5 anschließen.

SKID-II:

Mehr als die Hälfte der 50 Teilnehmer (32) erreichten den Cut-Off für die Variable „mindestens eine Persönlichkeitsstörung“ im SKID-II. Dies ist in Anbetracht dessen, dass sich das Patientenkollektiv durch eine rein zufällige Auswahl von konsekutiv ausgenommenen Patienten zusammensetzte, also kein klinischer Verdacht auf das Vorliegen einer PS bestand, ein überraschend hoher Anteil. Das könnte als Hinweis gedeutet werden, dass im stationären psychotherapeutischen Setting Persönlichkeitsstörungen in hoher Zahl anzutreffen sind und klinisch, sei es bspw. aufgrund von Ängsten des Therapeuten vor Stigmatisierung seines Klienten oder ungenügender Fachkenntnis, unterdiagnostiziert werden.

Andererseits könnte man hier einwenden, dass sowohl der Testaufbau im SKID-II z.B. durch die Formulierung der im SKID-II gestellten Fragen oder auch der „quasi-dichotom“ aufgebauten Antwortkategorien (liegt nicht vor, subklinisch, liegt vor) zu Verfälschungen der Ergebnisse führen könnte. So bemängeln bspw. Boateng und Schalast, dass die Antwortkategorien möglicherweise nicht differenziert genug wiedergeben, welche Beeinträchtigungen in welchem Ausmaß bestehen, und verweisen vor allem auf die Tatsache, dass gerade das Ausmaß dimensionaler Natur ist (Boateng & Schalast, 2011).

Einen anderen kritischen Aspekt zeigen Hopwood, Morey und Kollegen auf. So merken sie hinsichtlich der zeitlichen Stabilität von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen an, dass man die Prävalenz aufgrund der ausgeprägten psychischen Beeinträchtigung von PatientInnen im stationären Setting im SKID-II überschätze und die Diagnose im weiteren Verlauf womöglich

nicht mehr treffend sein könnte. So wird möglicherweise der SKID-Interviewer auf einen akut „an diesem Tag“ besonders psychisch belasteten Menschen treffen, wodurch ein Beurteiler-Bias entstehen und somit die psychische Belastung „aus der Momentaufnahme“ fälschlicherweise höher eingeschätzt werden könnte (Hopwood, Morey et al., 2013). Die Tatsache, dass einerseits im SKID-II mehr als die Hälfte der PatientInnen die Kriterien für die Variable „mindestens eine Persönlichkeitsstörung“ erfüllen, gleichzeitig jedoch im SEFP-SE im Mittel eher Werte im subklinischen Bereich auftraten, unterstützt die Ergebnisse von Hopwood und Morey et al. (2013) unter der Voraussetzung, dass der SEFP-SE in geringerem Ausmaß durch den momentanen klinischen Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Testerhebung beeinflusst wird als der SKID-II. Es findet definitionsgemäß zur Einschätzung der kategorialen Diagnostik eine Trennung zwischen Störung und Nicht-Störung bzgl. der einzelnen Kriterien und bzgl. des Vorliegens des Cut-Offs statt. Hierdurch werden „Gesunde“ von „Kranken“ getrennt. Dieses Vorgehen der dichotomen Trennung wurde jedoch empirisch nicht bestätigt (Morey et al., 2015) und beinhaltet darüber hinaus das Risiko von weitreichendem Informationsverlust. Ein Beurteiler-Bias der Interviewer könnte zum einen möglicherweise durch ein Gender-Bias bei den diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen oder das Alter der TeilnehmerInnen und die Art der abgefragten Persönlichkeitsstörung bedingt sein. So stehen Borderline-Merkmale mehr mit Frauenstereotypen und narzisstische und antisoziale Merkmale mehr mit Männerstereotypen in Verbindung (vgl. Fiedler und Herpetz, 2016 S 193).

Ebenso könnte eine unzureichende Interraterreliabilität ursächlich für die hohe Zahl diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen im SKID-II sein, auch wenn wöchentliche Besprechungen in engem Austausch und vorherige Schulung der Interviewerinnen diesen Effekt bestmöglich abfedern sollten.

Diskussion über Häufigkeiten der SKID-II Ergebnisse

Wie im Vorhergehenden beschrieben, wurde die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung am häufigsten erfüllt (44%). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit früheren Prävalenzstudien von Persönlichkeitsstörungen wie etwa von Barnow et al. (2010). Die Häufigkeiten der anderen Persönlichkeitsstörungen in dieser klinischen Stichprobe (Barnow et al. 2010) decken sich nicht mit den hier vorgestellten empirisch erhobenen Prävalenzen. Möglicherweise spielt das Setting der erhobenen Stichprobe hierbei eine entscheidende Rolle. So ist die Borderline PS-Diagnose, dem klinischen Eindruck nach zu folgern, häufig in psychiatrischen

Einrichtungen vertreten, während bspw. die Antisoziale Persönlichkeitsstörungen eher im forensisch-psychiatrischen Kontext auffindbar ist. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Behandlungsschwerpunkte (z.B. Angststörungen, Zwangsstörungen, Burn-Out-Syndrome) der psychosomatischen Klinik Windach die Zusammensetzung der Art der Persönlichkeitsproblematik in der Stichprobe beeinflussen. So ist davon auszugehen, dass die Frequenz von zwanghaften sowie Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörungen schwerpunktbedingt erhöht sein könnte.

SEFP-SE

Insgesamt schien das Patientenkollektiv der Stichprobe in den Bereichen Identität, Selbststeuerung und Nähe der SEFP-SE Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit vorzuweisen, die im Mittel auf eine subklinische Problematik hindeuten (max. +1,0 SD). Auffällig dabei war, dass im Bereich Empathie durchschnittliche Werte innerhalb des Bereichs keinerlei Beeinträchtigungen im Funktionsniveau abgebildet wurden. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit der jeweiligen Kategorie der diagnostizierten SKID-II-Persönlichkeitsstörungen in dem Sinne, dass ein Großteil des Patientenguts auch im SKID-II häufiger Persönlichkeitsstörungen erfüllte, die nach Kernberg (1984) eher auf einem höheren Strukturniveau angesiedelt sind, wie bspw. die zwanghafte Persönlichkeitsstörung, und bei diesem Patientengut die Fähigkeit Empathie zu empfinden möglicherweise nicht so stark beeinträchtigt ist wie bei anderen Persönlichkeitsstörungen.

PID-5-100

Die Zuverlässigkeit des PID-5-220 wurde in einer großen Stichprobe psychiatrischer Patienten (Teil der DSM-5 Feldstudie) getestet, in welcher die PID-5 Domänen und Facetten akzeptable Reliabilitätskoeffizienten aufzeigten (Quilty et al., 2013). Darüber hinaus wurde die 5-Faktorenstruktur des dimensionalen Ansatzes bestätigt (Thomas et al., 2013) und eine hohe Konstruktvalidität des PID-5 belegt (Crego et al., 2015).

In der vorliegenden Stichprobe wurde, wie bereits beschrieben, die deutsche verkürzte Version des PID-5 mit 100 Items verwendet, welche eine hohe Übereinstimmung mit der Originalversion vorweist (Maples et al., 2015).

Ein Kritikpunkt diesbezüglich beinhaltet das Faktum, dass die Entwicklung des reduzierten PID-5 Tests (100 Items) anhand einer nicht klinischen Stichprobe erfolgt ist, möglicherweise

folglich nicht genug Befragte enthielt, die extreme Werte des Merkmals darstellten, d.h. Parametereinschätzungen nur für einen begrenzten Merkmalsbereich vorgenommen wurden. In der folgenden Tabelle findet sich eine Gegenüberstellung der Mittelwerte der 25 Facetten des Patientenkollektivs unserer Stichprobe zu den Referenzdaten Zimmermanns (Zimmermann et al., 2014).

Facette	Eigene Studie	Zimmermann et al. 2014	Differenz += höhere Dysfunktion in eigener Studie als bei Zimmermann - = Geringere Dysfunktion in eigener Studie als bei Zimmermann
Anhedonie	1,135	0,743	+ 0,392
Anxiousness	1,425	1,249	+ 0,176
Attention Seeking	1,850	1,117	+ 0,733
Callousness	0,375	0,214	+ 0,161
Deceitfulness	0,570	0,533	+ 0,037
Depressivity	0,890	0,537	+ 0,353
Distractibility	1,595	1,107	+ 0,488
Eccentricity	1,060	0,953	+ 0,107
Emotional Lability	1,050	1,138	-0,088
Grandiosity	0,5650	0,551	+ 0,014
Hostility	1,065	0,95	+ 0,115
Impulsivity	1,165	0,922	+ 0,243
Intimacy Avoidance	0,840	0,568	+0,272
Irresponsibility	0,735	0,583	+ 0,152
Manipulativeness	0,8350	0,783	+0,052
Perceptual Dysregulation	0,3850	0,438	-0,053
Perseveration	1,005	0,928	+ 0,077
Restrictive Affectivity	1,295	0,784	+ 0,547
Rigid Perfectionism	1,400	1,138	+ 0,262
Risk Taking	0,780	0,754	+ 0,026
Separation Insecurity	1,415	1,152	+ 0,263
Submissiveness	1,2350	1,324	-0,089
Suspiciousness	0,815	0,75	+0,065
Unusual Beliefs Exp.	0,330	0,539	-0,209
Withdrawal	0,865	0,606	+ 0,259

Tabelle 12: PID-5 Gegenüberstellung Facetten Mittelwerte der Stichprobe zu Referenzprobe (Zimmermann et al., 2014, Sample 1)

Wie der Tabelle 12 zu entnehmen ist, zeigten sich in Zusammenschau der 25 Facetten innerhalb unserer klinischen Stichprobe der psychosomatischen Klinik Windach erwartungskonform höhere Facettenmittelwerte als in der nicht klinischen Referenzprobe (Zimmermann et al., 2014), d.h. es bestand innerhalb des Patientenkollektivs eine stärkere Ausprägung maladaptiver Merkmale, folglich eine ausgeprägtere Dysfunktion hinsichtlich der Merkmalsfacetten (vgl. Tabelle 12, Ausmaß der stärker ausgeprägten Dysfunktion in Spalte „Bewertung“ mit + markiert). Davon abweichend fanden sich bei drei Facetten eine geringere Ausprägung an maladaptiven Merkmalen: Dabei handelt es sich um die Facetten „Emotionale Labilität“, „Unterwürfigkeit“ und „ungewöhnliche Überzeugungen und Erfahrungen“. So zeigte sich hinsichtlich der Facette „Emotionale Labilität“ innerhalb unseres Patientenkollektivs ein um 0,088 geringerer Facettenmittelwert, bezüglich der Facette „Unterwürfigkeit“ ein um 0,089 geringerer Facettenmittelwert und bezüglich der Facette „Ungewöhnliche Überzeugungen und Erfahrungen“ ein um 0,209 geringerer Facettenmittelwert innerhalb des Patientenkollektivs der Klinik als in die Referenzprobe (Zimmermann et al., 2014, Sample 1).

Die Tatsache, dass die Ausprägung der maladaptiven Facetten innerhalb des Patientenkollektivs vergleichsweise höher war als in einer nicht klinischen Referenzprobe (Zimmermann et al., 2014, Sample 1), durfte erwartet werden. Interessant war jedoch die geringere Ausprägung der Facetten „Emotionale Labilität“, „Misstrauen“ und „ungewöhnliche Überzeugungen und Erfahrungen“ innerhalb unserer Stichprobe im Vergleich zur Referenzprobe (Zimmermann et al., 2014, Sample 1). Ein Grund könnte in der unterschiedlichen Altersverteilung der beiden Studien liegen. Während sich das Patientenkollektiv unserer Stichprobe über eine breite Altersspanne von 18 bis 73 Jahren erstreckte, bestand das Patientenkollektiv der Referenzstichprobe aus Studenten jungen Alters. Zimmermann und Kollegen konnten in dieser Studie feststellen, dass Alter und Geschlecht Einfluss auf die PID-Skalenausprägung haben. So zeigten sich die Domänen Enthemmtheit und Negative Affektivität bei jüngeren Menschen stärker (Zimmermann et al., 2014). Wenn man die Zuteilung der drei geringer ausgeprägten Facetten unserer Stichprobe zu ihren zugehörigen Domänen betrachtet, zeigt sich, dass zwei der drei geringer ausgeprägten Facetten, die Facette „Emotionale Labilität“ und „Unterwürfigkeit“, der Domäne negative Affektivität entstammen, was die Aussage von Zimmermann und Kollegen unterstützt. Deren Erkenntnisse bezüglich bestehender Abhängigkeit der Ergebnisse von Einflussgrößen wie Alter und Geschlecht entsprechen ebenso wie die Erkenntnis, dass „Neurotizismus“ mit dem Alter ab- und „Gewissenhaftigkeit“ zunimmt,

der gut gesicherten persönlichkeitspsychologischen Grundlagenforschung, weshalb alters-spezifische Normwerte unerlässlich sind (Soto et al., 2011). In unserer Studie wurde nicht zwischen Geschlechtern und Alter unterschieden, was jedoch für eine exaktere Auswertung der Daten des PID-5 aufgrund der soeben genannten Effekte dieser beiden Einflussvariablen sinnvoll wäre.

6.2.2. DISKUSSION DER HYPOTHESEN

Wie bereits beschrieben, ließ sich in der vorliegenden Arbeit ein hoher dimensionaler Zusammenhang zwischen dem DSM-IV Modell und dem AMPD in beiden Elementen, Kriterium A und Kriterium B, feststellen, bei jedoch unzureichender Signifikanz auf kategoriale Ebene.

Im Folgenden soll zunächst ein Abgleich der in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse mit der aktuellen empirischen Datenlage erfolgen, welcher v.a. auf eine dimensionale Vergleichbarkeit beider Modelle abzielt und als grobes Maß zur Beurteilung einer möglichen kategorialen Vergleichbarkeit beider Modelle herangezogen wird.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstützen die in der Literatur vielfach beschriebenen Kritikpunkte am AMPD, welche sich mitunter auf eine ungenügend herausgearbeitete konsistente Theorie von Dimensionen und Kategorien bezieht (vgl. Livesley, 2013). Weiter bemerken Yam et al: „Obwohl wir allgemeine Unterstützung für Merkmale bei der Vorhersage traditioneller PS-Kriterien fanden, traten Probleme mit der Merkmalspezifität und Überschneidungen auf der Ebene der einzelnen Persönlichkeitsstörungen auf. Wir fanden auch Unterschiede in den Diagnoseraten zwischen den Systemen“ (Yam & Simms, 2014). Zimmermann und Kollegen (2014) konnten überdies Mängel bezüglich der direkten Vergleichbarkeit beider Systeme nachweisen. Dazu überprüften sie anhand einer klinischen Stichprobe von 273 stationären Patienten die Fragestellung, inwiefern DSM-5 maladaptive PS-Eigenschaften nach Kriterium B des AMPD mit von Therapeuten vergebenen, also klinisch erhobenen PS-Diagnosen (DSM-IV), zusammenhängen. Dazu wurden vier diagnostische Gruppen untersucht: Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Patienten mit Ängstlich-Vermeidender Persönlichkeitsstörung und Patienten mit „anderer Persönlichkeitsstörung“. Es konnte lediglich ein Zusammenhang zwischen bestimmten maladaptiven Merkmalen der Borderline-Störung (nicht wie gefordert dem vollständigen spezifischen Kriterien Set der Borderline PS) und der klinischen Borderline Diagnose erhoben werden. Bezüglich der drei anderen diagnostischen Gruppen konnte im

Unterschied dazu kein signifikanter Zusammenhang der Modelle bestätigt werden, was die Ergebnisse unserer Studie bezüglich der direkten Vergleichbarkeit der beiden Modelle empirisch kräftigt. Zimmermann und Kollegen konnten zeigen, dass trotz gewisser signifikanter Zusammenhänge beider Modelle die Facetten der jeweiligen Kategorie im AMPD entweder die PS-Diagnose des DSM-IV nicht vollständig widerspiegeln (Borderline PS) oder gar keine signifikanten Zusammenhänge hinsichtlich der anderen diagnostischen Gruppen erhoben werden konnten, was eine Vergleichbarkeit beider Systeme anzweifeln lässt (Zimmermann et al., 2014). An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass in dieser Studie die DSM-IV-PS-Diagnosen durch den klinischen Eindruck anstelle eines SKID-II Interviews, wie in unserer Studie, erhoben wurden, was evtl. eine relativierende Einflussgröße bezüglich der Aussagekraft zur Vergleichbarkeit unserer und Zimmermanns Ergebnisse darstellen könnte.

Insgesamt zeigte sich in der Literaturrecherche als sehr auffällig, dass die empirische Datenlage sehr weitläufig zu testende Zusammenhänge bezüglich der Herstellung einer Kontinuität der Persönlichkeitsstörung-Diagnosen im AMPD überprüft (z.B. Morey et al., 2015; Anderson et al., 2014; Yam & Simms, 2014). Dabei werden v.a. dimensionale Maße in Form von Korrelationen einzelner Facetten mit der DSM-IV PS-Diagnose zur Bewertung der Vergleichbarkeit der beiden Modelle herangezogen.

Dies erfolgt bspw. in Form von erhobenen Regressionsmodellen, die empirische Zusammenhänge zwischen den pathologischen Merkmalen des DSM-5-Abschnitts III und den Diagnosen der Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV/DSM-5 überprüfen. Regressionsmodelle werden konstruiert, um Merkmals-Störungsbeziehungen zu untersuchen. So finden sich in einer Vergleichsstudie von DSM-IV und AMPD von Morey und Kollegen (2015) bspw. erhebliche Korrelationen zwischen den pathologischen Merkmalen des AMPD mit den entsprechenden DSM-IV-Diagnosen mit einer durchschnittlichen Korrelation zwischen Facette und Persönlichkeitsstörung (Trait-Störungskorrelation) von 0,52. Darüber hinaus zeigten die zugewiesenen Merkmale in den meisten Fällen höhere Korrelationen als die Merkmale, die dieser Diagnose nicht zugeordnet waren (Morey et al., 2015).

Im Gegensatz zur hier vorliegenden Arbeit überprüfen solche Studien Zusammenhänge, wie eben erwähnt, sehr weitläufig. Dabei werden die Algorithmen zur Diagnosenstellung nach AMPD oder bestimmte Zusammensetzungen von Kriterien, wie es das spezifische Merkmalsset des Kriterium B des AMPD vorsieht, nicht berücksichtigt.

Demgegenüber orientiert sich die Fragestellung der vorliegenden Arbeit streng an den vorgegebenen Algorithmen des AMPD und erfordert eine vollständige kategoriale Übereinstimmung mit allen Implikationen des AMPD (Gewichtung von Facetten, genaues Kriterien-Set, etc.).

Empirisch dimensional gute Vergleichbarkeit bei kategorial mangelhafter Vergleichbarkeit belegten bspw. auch eine Studie von Yam und Simms (2014). Sie konnten zeigen, dass Persönlichkeitsmerkmale nach AMPD in der Regel die Anzahl der PS-Kriterien nach DSM-IV/DSM-5 voraussagen konnten, jedoch mit mangelhafter Spezifität. Zudem wurden Unterschiede in den Diagnoseraten zwischen den beiden Ansätzen identifiziert. Diese Ergebnisse unterstützen zwar den Ansatz des AMPD, identifizieren jedoch auch wichtige Bereiche, die einer Verfeinerung und künftiger Untersuchungen bedürfen, bevor Teil III des DSM-5 zu einem hybriden PD-Klassifizierungsansatz übergehen sollte (Yam & Simms, 2014). Ähnliches beschreiben auch Anderson und Kollegen (2014). So konnten auch sie dimensionale Zusammenhänge in dieser Studie bestätigen, was die Nutzung dimensionaler Merkmale bei der Bewertung von Persönlichkeitsstörungen unterstützt, ohne durch willkürliche Cut-Offs eingeschränkt zu werden. Sie verweisen auf die Notwendigkeit weiterer Arbeiten in dieser Richtung, um die Frage zu beantworten, ob der Versuch, die problematischen DSM-IV-Kategorien mit Merkmalsfacetten „neu zu erfinden“ wirklich die optimale Strategie ist (Anderson et al., 2014).

Im Folgenden sollen mögliche Ursachen der mangelnden kategorialen Vergleichbarkeit beleuchtet werden:

6.2.2.1. PROBLEMATIK UNTERSCHIEDLICHER MODELLKONSTRUKTION

Eine Ursache mangelnder kategorialer Vergleichbarkeit könnte in Unterschieden hinsichtlich der Modellkonstruktion des DSM-IV und AMPD des DSM-5 liegen. So wird bei genauerem Vergleich der Kriterien des DSM-IV und dem Kriterien-Set des Kriteriums B des AMPD deutlich, dass beide Modelle mitunter verschiedene Qualitäten messen.

Diesbezüglich soll im Folgenden die Abbildung einer exemplarisch gewählten Kategorie, der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung (AvPD), in den Konstrukten des DSM-IV und AMPD näher untersucht werden, welche die Autorin gewählt hat, da es sich hierbei um eine Persönlichkeitsstörung hoher Prävalenz handelt, welche zudem in einer Gesellschaft stetig wachsenden Leistungsanspruchs in allen Lebensbereichen hinsichtlich seines

Krankheitswertes und der Einschränkung der Lebensqualität des Betroffenen in den nächsten Jahren zunehmend an Relevanz gewinnen könnte. So wird die AvPD in der Literatur als die am meisten beeinträchtigende Persönlichkeitsstörung in Bezug auf die Lebensqualität (z.B. Ekselius et al., 2001) beschrieben, welche oft mit Konsequenzen wie Arbeitsplatzverlust, absichtlicher Selbstverletzung und Suizidgedanken einhergeht (Selbom et al., 2017). In Abb. 51 sind die Kriterien der AvPD im DSM-IV dem spezifischen Merkmalset der AvPD, im AMPD des DSM-5 gegenübergestellt.

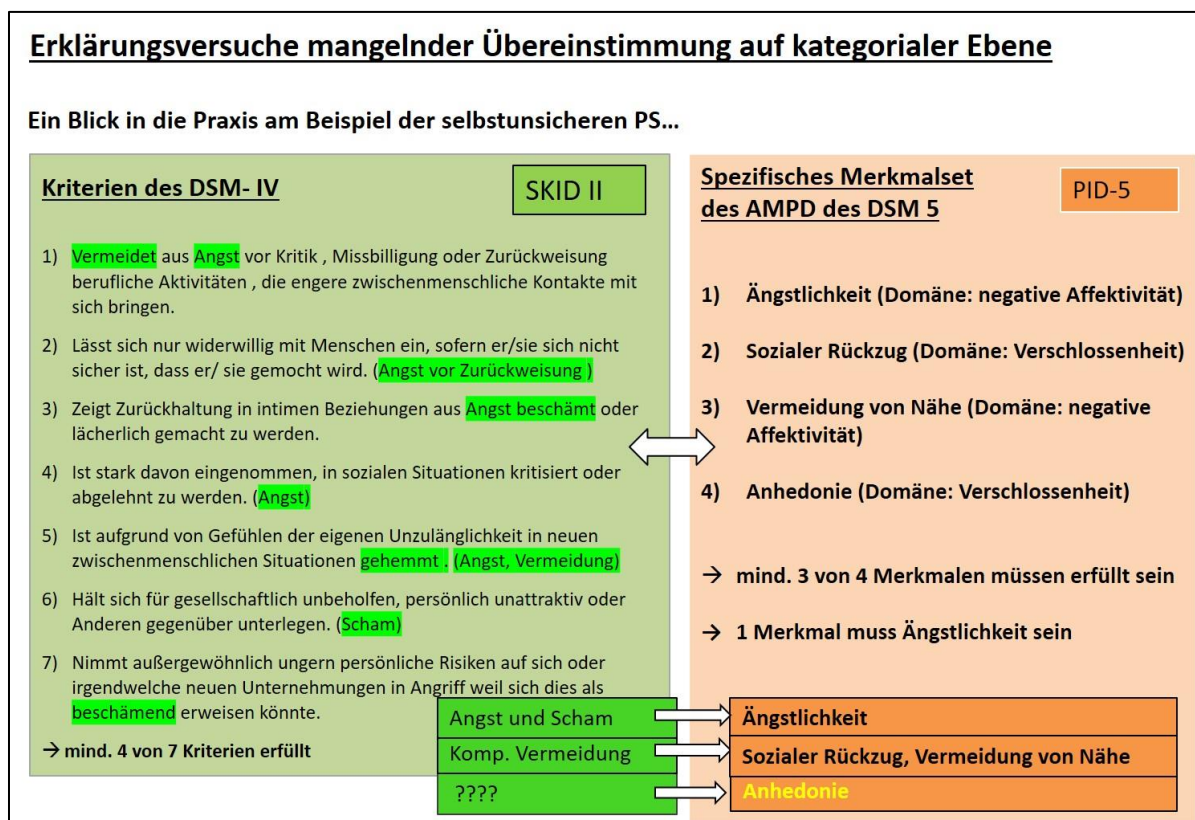


Abbildung 51: Erklärungsversuche mangelnder Übereinstimmung auf kategorialer Ebene (Falkai & Wittchen, 2015, bearb. durch d. Verf.)

Wie der Tabelle rechts zu entnehmen ist, speist sich das Kriterien-Set der AvPD im AMPD, aus den Merkmalen, „Ängstlichkeit“, „Sozialer Rückzug“, „Anhedonie“ sowie „Vermeidung von Nähe“. Die Facette „Ängstlichkeit“ muss hierbei definitiv erfüllt sein, daneben zwei der drei geforderten weiteren Merkmale. Die Facetten „Ängstlichkeit“ und „Vermeidung von Nähe“ sind den Domänen „negative Affektivität“ zugeordnet, die Facetten „Sozialer Rückzug“ und „Anhedonie“ der Domäne „Verslossenheit“. Im Vergleich dazu werden im SKID-II in den Items der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung primär Angst und Schammotive in Kombination mit kompensatorischem Vermeidungsverhalten abgeprüft. Angst und Scham im SKID-II entspricht der Domäne Negative Affektivität im PID-5.

Das kompensatorische Vermeidungsverhalten im SKID-II könnte man der Domäne Verschlussenheit zuordnen. Als zugehörige Facetten zu dieser Domäne werden beschrieben: „Sozialer Rückzug“, „Vermeidung von Nähe“, „Anhedonie“, „Depressivität“, „Affektarmut“ und „Misstrauen“. Diesbezüglich wäre jedoch nur „Sozialer Rückzug“ und evtl. „Vermeidung von Nähe“ entsprechend.

Definiert wird die Facette „Anhedonie“ im AMPD des DSM-5 Teil III (Falkai & Wittchen, 2015 S. 1069) folgendermaßen:

„Fehlen von Freude, Engagement oder Energie im Hinblick auf die Dinge des Alltagslebens. Beeinträchtigung in der Fähigkeit Lust zu empfinden und sich für Dinge zu interessieren“

In Anbetracht dieser Definition der Facette „Anhedonie“ als Ausdruck einer Form gewisser Lustlosigkeit und Interessenlosigkeit am Leben, stellt sich die Frage, ob die Facette „Anhedonie“ eine zusätzliche Qualität abprüft, welche den Kriterien der AvPD des DSM-IV nicht zu entnehmen ist. Dies hätte weitreichende Konsequenzen hinsichtlich einer kategorialen Vergleichbarkeit beider Systeme bei einem sehr eng definierten Kriterien-Set, bestehend aus einer definitiv geforderten Facette und zwei von drei wahlweise geforderten Facetten.

Versuche der Klärung durch zusätzliche weiterführende Analyse der Daten

Diese Erklärungsidee mangelhafter kategorialer Vergleichbarkeit der beiden Modelle aufgreifend, wurde eine Nachevaluation des Patientenkollektivs hinsichtlich der soeben genannten Fragestellung bezüglich der AvPD durchgeführt. Hierbei wurde die Korrelation der Kriterien der AvPD im SKID-II sowohl mit zugehörigen Domänen als auch Facetten des Kriteriums B im AMPD sowie beide Modelle auf konzeptioneller Ebene innerhalb des gesamten Patientenkollektivs verglichen.

Korrelation der Kriterien der AvPD im DSM-IV mit zugehörigen Domänen des Krit. B im AMPD

In der folgenden Abbildung ist die Korrelation der Kriterien der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung im SKID-II nach DSM-IV mit den 5 Domänen des Kriteriums B des AMPD innerhalb der Stichprobe (N=50) abgebildet. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, korrelieren die Kriterien der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung im SKID-II am höchsten mit den Domänen Negative Affektivität ($r = 0,51$) und Verschlussenheit ($r = 0,65$). Es bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass aus diesen beiden Domänen die Facetten des spezifischen Kriterien-Sets der Selbstunsicheren PS im AMPD zusammengesetzt werden, was darauf hinweist, dass

sich der zu erwartende Zusammenhang zwischen beiden Modellen auf Merkmalebene auch in der vorliegenden Studie abbildet. Es zeigt sich also ein ersichtlicher dimensionaler Zusammenhang zwischen den Kriterien der AvPD im SKID-II (DSM-IV) und den zugehörigen Domänen im Kriterium B des AMPD.

1) Korrelation der Selbstunsicheren PS im DSM- IV mit zugehörigen Domänen im Krit B des AMPD

		Selbstunsicher Krit SKID
Ges. Ne. Affektivität	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,512 ,000 50
Ges. Verschlossenheit	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,651 ,000 50
Ges. Antagonismus	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,070 ,627 50
Ges. Enthemmtheit	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,217 ,130 50
Ges. Psychotizismus	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,473 ,001 50

Neg. Affektivität	r = 0.51
Verschlossenheit	r = 0.65
Antagonismus	r = 0.07
Enthemmtheit	r = 0.21
Psychotizismus	r = 0.47

Spezifisches Merkmalset des AMPD der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung des DSM 5

- 1) Ängstlichkeit
- 2) Vermeidung von Nähe
- 3) Soz. Rückzug
- 4) Anhedonie

→ mind. 3 von 4 Merkmalen müssen erfüllt sein
→ 1 Merkmal muss Ängstlichkeit sein

Domäne Negative Affektivität (1, 2)
Domäne Verschlossenheit (3, 4)

Abbildung 52: Korrelation der AvPD im DSM-IV mit zugehörigen Domänen im Kriterium B des AMPD

Dieses Ergebnis entspricht annähernd der aktuellen Studienlage. So stellten Anderson et al bspw. fest, dass die AvPD am besten durch die Domäne Negative Affektivität vorhergesagt werden konnte (Anderson et al., 2014). Zudem konnte Hopwood et al. aufzeigen, dass die AvPD signifikant durch die Domänen Verschlossenheit und negative Affektivität vorhergesagt werden konnte (Hopwood et al., 2012).

Korrelation der AvPD im DSM-IV mit zugehörigen Facetten des Krit. B im AMPD

Im Folgenden wurde überprüft, ob dieser dimensionale Zusammenhang zwischen den Kriterien der AvPD im DSM-IV und dem störungsdefinierenden Kriterium B der AvPD auch auf Ebene der zugehörigen Facetten der AvPD im AMPD besteht. Es wurde also untersucht, ob die Facetten, die das spezifische Kriterien-Set der AvPD im AMPD definieren, in einem höheren Ausmaß mit den Kriterien der AvPD des DSM-IV korrelieren als die übrigen der insgesamt

25 Facetten. Diese Fragestellung soll in einem weiter annähernden Schritt die Vergleichbarkeit beider Systeme auf der Ebene der Kriterien, die der Kategorienbildung zu grunde liegen, also über eine Bestimmung dimensionaler Maße, überprüfen.

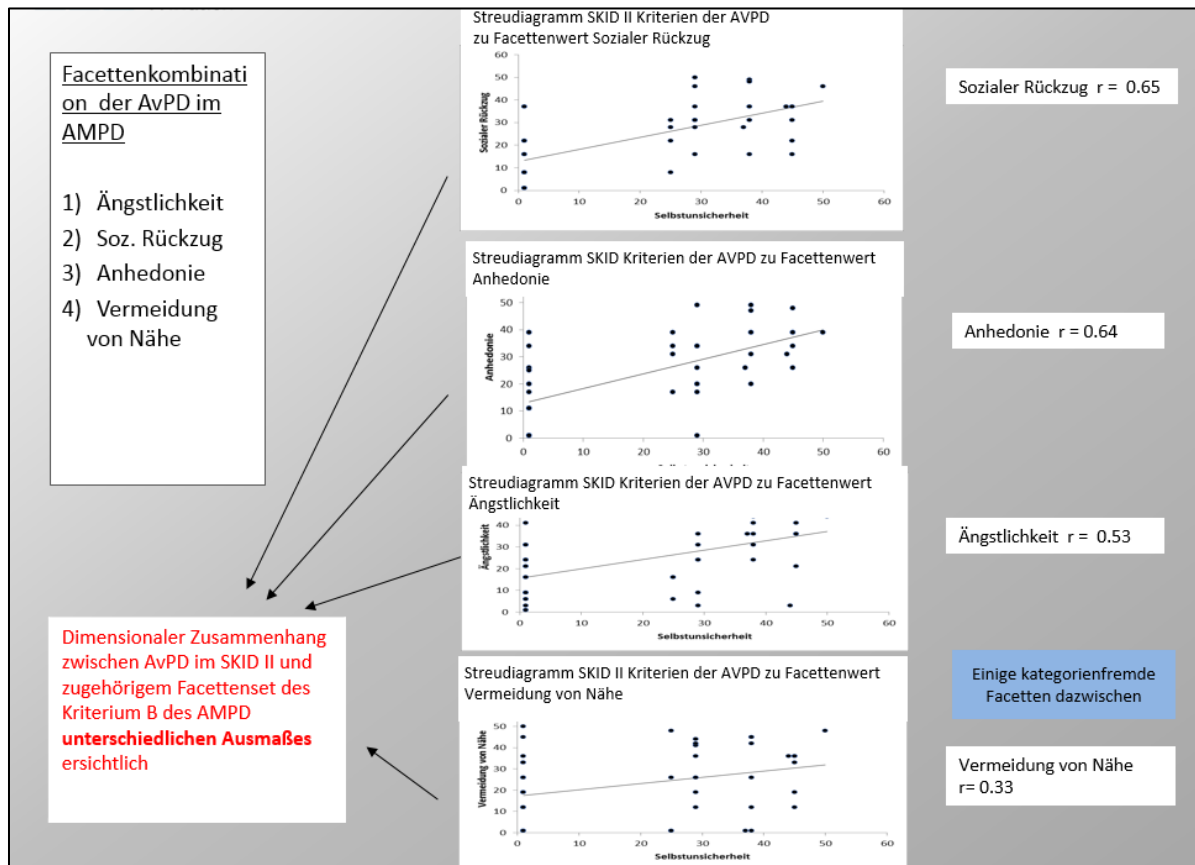


Abbildung 53: Korrelation der AvPD im DSM-IV mit zugehörigen Facetten des Krit. B im AMPD

Wie Abb. 53 zu entnehmen ist, ließ sich insgesamt ein signifikanter dimensionaler Zusammenhang zwischen den Kriterien der AvPD im DSM-IV und dem zugehörigen Facettenset des Kriteriums B des AMPD abbilden, wobei die störungsdefinierenden Facetten in unterschiedlichem Ausmaß korrelierten. Bezogen auf alle 25 Facetten des Kriteriums B korrelierten bis auf eine Ausnahme, der nicht AvPD spezifischen Facette „Depressivität“, drei der vier das spezifische Merkmalsset der AvPD definierenden Facetten am höchsten mit den Kriterien der AvPD des DSM-IV. Dabei handelte es sich um die Facetten „sozialer Rückzug“, „Anhedonie“ und „Ängstlichkeit“. Bezüglich der AvPD definierenden Facette „Vermeidung von Nähe“ zeigte sich hingegen eine deutlich geringere Korrelation ($r = 0.33$). So korrelierten innerhalb der 25 Facetten vier „nicht AvPD störungsdefinierende Facetten“ in höherem Ausmaß als die störungsspezifische Facette „Vermeidung von Nähe“ mit den Kriterien der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung im DSM-IV. Dabei handelt es sich um die Facetten „Emotionale Labilität“, „Perseveration“, „Exzentrizität“ sowie „Verantwortungslosigkeit“. Zusammenfassend

lässt sich also neben der bereits beschriebenen hohen Korrelation auf Domänenebene ebenfalls eine hohe Korrelation auf Facettenebene bestätigen, wenn auch mit Einschränkungen: Von den insgesamt 25 Facetten, die das Kriterium B des AMPD definieren, korrelieren drei der vier Facetten, die das spezifische Kriterien-Set der AvPD im AMPD speisen, bis auf eine nicht störungsdefinierende Ausnahme (Facette „Depressivität“) am höchsten mit den Kriterien der AvPD im DSM-IV. Dies ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Korrelation AvPD im DSM-IV mit Facetten im AMPD (DSM-5)

	AvPD (SKID-II)
Facette Ängstlichkeit (PID-5)	0,53
Facette Emotionale Labilität (PID-5)	0,387
Facette Trennungsangst (PID-5)	0,294
Facette Anhedonie (PID-5)	0,647
Facette Sozialer Rückzug (PID-5)	0,651
Facette Vermeidung von Nähe (PID-5)	0,331
Facette Grandiosität (PID-5)	0,075
Facette Unehrlichkeit (PID-5)	0,301
Facette Neigung zu manipulativem Verhalten (PID-5)	0,083
Facette Ablenkbarkeit (PID-5)	0,261
Facette Impulsivität (PID-5)	-0,151
Facette Verantwortungslosigkeit (PID-5)	0,368
Facette Exzentrizität (PID-5)	0,492
Facette Denk und Wahrnehmungsstörungen (PID-5)	0,243
Facette Ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse (PID-5)	0,034
Facette Suche nach Aufmerksamkeit (PID-5)	-0,381
Facette Gefühlskälte (PID-5)	0,264
Facette Depressivität (PID-5)	0,735
Facette Feindseligkeit (PID-5)	0,095
Facette Perseveration (PID-5)	0,405
Facette Affektarmut (PID-5)	0,322
Facette Rigider Perfektionismus (PID-5)	0,1
Facette Neigung zu riskantem Verhalten (PID-5)	-0,137
Facette Unterwürfigkeit (PID-5)	0,302
Facette Misstrauen (PID-5)	-0,013

Tabelle 13 :Korrelation der AvPD im SKID-II mit Facetten im PiD-5

Daraus lässt sich rückschließen, dass auch auf Facettenebene beide Modelle (DSM-IV und AMPD) Ähnliches abzubilden scheinen, wobei hier bei zunehmend detaillierterer Betrachtungsweise bereits Unterschiede in der Passung deutlich werden, welche sich auf kategorialer Ebene, wie bereits erwähnt, durch mangelnde Vergleichbarkeit abbilden werden.

Das Ergebnis entspricht annähernd früheren Studienergebnissen. So führten Selbom et al. eine Untersuchung der Kontinuität zwischen DSM-IV und AMPD hinsichtlich der AvPD durch.

Eine Fragestellung der Studie war dabei, welche Persönlichkeitsmerkmale die optimale Konstellation zur Operationalisierung der AvPD ergeben. Hierfür wurde die AvPD in einer Stichprobe von 454 Personen, die innerhalb der letzten zwei Jahre in psychiatrischer Behandlung waren, untersucht. Dabei wurden folgende Korrelationen zwischen dem Vorliegen einer AvPD im DSM-IV und dem zugehörigen Facettenset im AMPD berechnet: „Ängstlichkeit“ $r = 0.75$, „Sozialer Rückzug“ $r = 0.63$, „Anhedonie“ $r = 0.59$, „Vermeidung von Nähe“ $r = 0.48$. Wie hier also zu sehen ist, zeigten sich mit drei der vier vorgeschlagenen Merkmale (Sozialer Rückzug, Anhedonie, Ängstlichkeit) gute Korrelationen, d.h. drei der vier Hauptkriterien (B-Merkmale) waren starke Prädiktoren. Demgegenüber war die Facette „Vermeidung von Nähe“ gering mit der AvPD korreliert, so zeigten mehr als die Hälfte der anderen PID-5 Facetten ein höheres Ausmaß an Korrelation, was in Einklang mit den erhobenen Ergebnissen unserer Studie steht. Wenngleich die Ergebnisse die allgemeine Kontinuität und damit die Vergleichbarkeit zwischen DSM-IV und AMPD hinsichtlich der AvPD empirisch unterstützen, konnten dennoch hier auch einige unterschiedlich gute Passungen aufgezeigt werden (Selbom et al., 2017), welche sich letztlich auf die „kategoriale Vergleichbarkeit“ auswirken könnten. Das Ergebnis einer deutlich schlechteren Korrelation der Facette „Vermeidung von Nähe“ entspricht verschiedenen früheren Studienergebnissen. Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass die Facette „Vermeidung von Nähe“ wahrscheinlich eine geringere Rolle spielt als die anderen drei Merkmale (vgl. z.B. Hopwood et al., 2012; Anderson et al., 2014; Yam & Simms, 2014; Morey et al., 2016). Insgesamt zeigen Studien, dass die Diagnostik der AvPD im AMPD des DSM-5 von weiteren Forschungen und Revisionen auf der Merkmalebene profitieren kann (Selbom et al., 2017). Mögliche Ursachen für die deutlich schlechtere Korrelation der AvPD störungsdefinierenden Facette „Vermeidung von Nähe“ mit den Kriterien der AvPD im DSM-IV als die übrigen drei Facetten des spezifischen Kriterien-Sets der AvPD im AMPD sollen zu einem späteren Zeitpunkt erörtert werden. Erwähnenswert ist hierbei jedoch, dass die Facette „Anhedonie“, welche unter Punkt 6.2.2.1 von der Verfasserin der Arbeit in Frage gestellt wurde, innerhalb Studien (z.B. Selbom et al., 2017) sowie den hier vorgelegten Daten gut zu korrelieren scheint.

Korrelation der AvPD in Konzeptualisierung des DSM-IV mit Konzeptualisierung im AMPD

Im Folgenden soll über Domänen- und Facettenebene des Kriteriums B hinausgehend der dimensionale Zusammenhang beider Modellkonstruktionen (DSM-IV und Kriterium A + B des

AMPD) anhand der AvPD untersucht werden. Dies soll in Form einer Untersuchung der Korrelation der positiven Kriterien des DSM-IV (SKID-II) mit den positiven Kriterien der Komponenten des AMPD (Kriterium A + B) erfolgen (vgl. Abb. 54). Dieses Vorgehen lehnt sich an die Herangehensweise einer dimensional erhobenen Studie von Morey zur Bewertung der Vergleichbarkeit beider Modelle hinsichtlich der AvPD an (Morey et al., 2013). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen mit den Ergebnissen der Studie von Morey et al. (2013) im Folgenden verglichen werden. Zunächst soll die Methode kurz beschrieben werden: Es erfolgte eine Korrelationsberechnung der insgesamt durch den SKID-II ermittelten sieben Kriterien der AvPD im DSM-IV mit den sich aus Kriterium A und Kriterium B des AMPD zusammensetzenden acht Kriterien der AvPD im AMPD. Die acht Kriterien des AMPD setzen sich dabei aus den vier Kriterien des Kriterium A (Identität, Selbststeuerung, Nähe, Empathie) sowie aus den vier Kriterien des Kriterium B (Ängstlichkeit, Anhedonie, Sozialer Rückzug, Vermeidung von Nähe) zusammen. Dabei wurde der Algorithmus, welchen das AMPD fordert (unterschiedliche Gewichtung einer Facette und geforderte Anzahl der Facetten), aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit in dieser dimensional erhobenen Betrachtungsweise außer Acht gelassen.

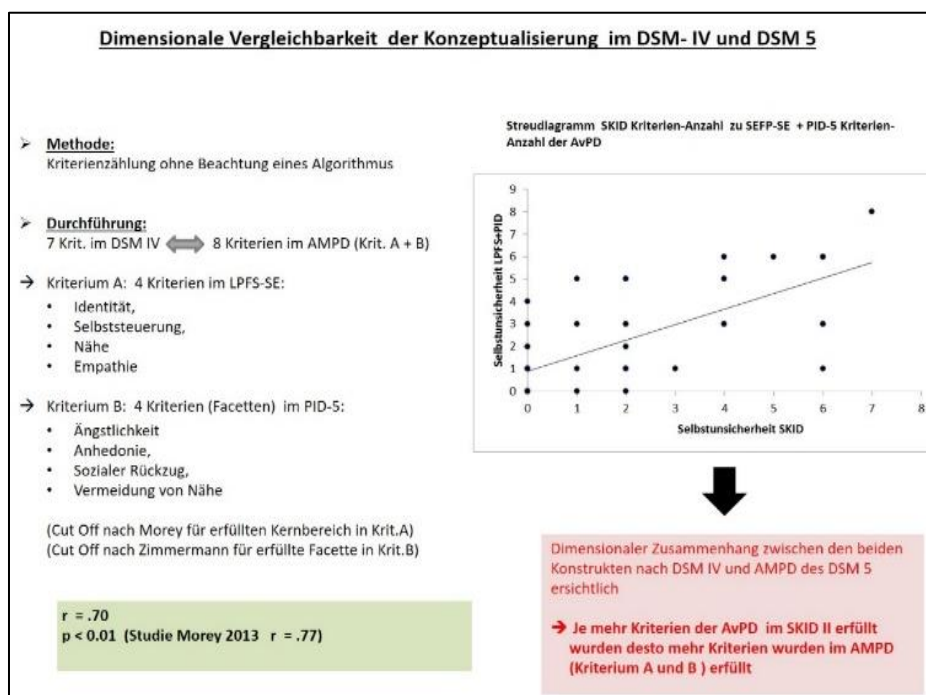


Abbildung 54: Dimensionale Vergleichbarkeit der Konzeptualisierung der AvPD im DSM-IV und DSM-5

Wie Abb. 54 zu entnehmen ist, ließ sich eine hohe dimensionale Vergleichbarkeit zwischen den Kriterien der AvPD im DSM-IV und dem AMPD des DSM-5 nachweisen. ($r = 0.70$ $p < 0.01$). Das bedeutet, je mehr Kriterien der AvPD im SKID-II erfüllt wurden, desto mehr Kriterien wurden auch im AMPD (Kriterium A + B), überprüft durch SEFP-SE und PID-5-100, erfüllt. Dieses Ergebnis entspricht annähernd den Studienergebnissen Moreys. Hier zeigte sich eine Korrelation von $r = 0.77$. Somit ist auch auf konzeptioneller Ebene beider Modelle ein starker dimensionaler Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten nach DSM-IV und AMPD des DSM-5 hinsichtlich einer ausgewählten Kategorie, der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung, sowohl in unseren Studienergebnissen als auch in der bestehenden Literatur ersichtlich

6.2.2.2. HINWEISE FÜR POTENTIELLE OPTIMIERUNG DES KRITERIEN SETS DES AMPD FÜR HÖHERE KATEGORIALE VERGLEICHBARKEIT MIT DSM-IV

Da sich in der statistischen sowie der inhaltlichen Betrachtung Auffälligkeiten ergeben haben, welche bspw. trotz prinzipiell hohem dimensionalen Zusammenhang beider Modelle Anhalte für die mangelnde kategoriale Vergleichbarkeit der beiden Modelle geben könnten, sollen im Folgenden einzelne Facetten der AvPD näher beleuchtet werden. So soll die Facette „Anhedonie“ sowie die Facette „Vermeidung von Nähe“ diskutiert werden.

Austausch der Facette Anhedonie durch die Facette Depressivität oder Ergänzung

Wie soeben beschrieben, zeigte sich beim Modellvergleich der Konstruktion der AvPD im DSM-IV und AMPD des DSM-5 innerhalb des Patientenkollektivs der Studie in Übereinstimmung mit der empirischen Datenlage, entgegen der unter 6.2.2.1 beschriebenen inhaltlichen Kritik an der Auswahl der Facette „Anhedonie,“ eine hohe statistische Legitimation der Wahl dieser Facette im Kriterien-Set der AvPD des AMPD. Um mögliche Erklärungen für diesen Sachverhalt zu gewinnen, wurde, wie bereits erwähnt, im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse über die in dieser Arbeit formulierten Hypothesen hinaus eine zusätzliche statistische Auswertung der Korrelationen zwischen der AvPD im DSM-IV und den 25 Facetten des Kriterium B des DSM-5 erhoben. Hierbei zeigte sich die höchste Korrelation zwischen der AvPD im SKID-II und der Facette „Depressivität“ ($r = 0.74$), einer nicht AvPD definierenden, unspezifischen Facette des Kriteriums B des AMPD (vgl. Abb.55).

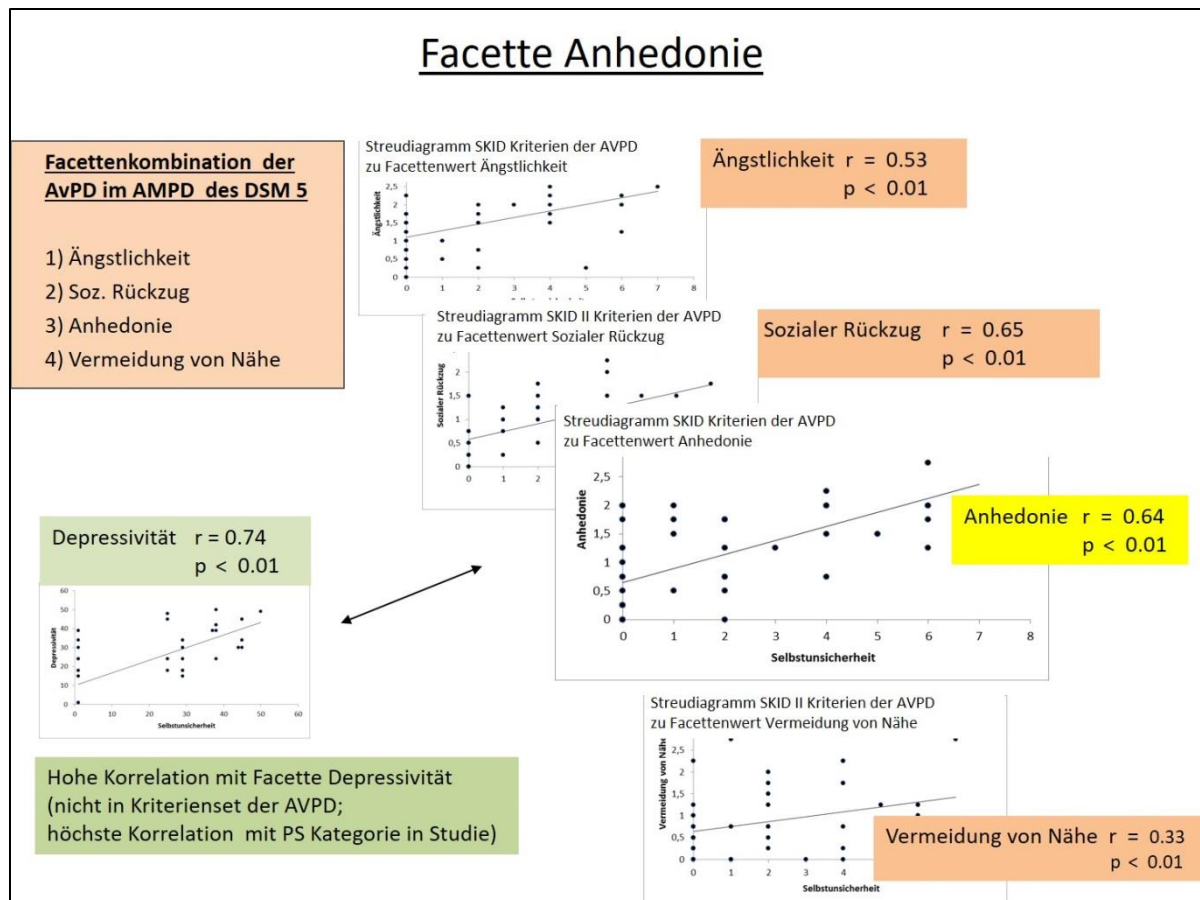


Abbildung 55: Korrelationen Facette Anhedonie und Depressivität

Darüber hinaus wurde ein Vergleich mit den anderen Störungskategorien erhoben, welcher zeigte, dass die Facette „Depressivität“ des AMPD in unserer Stichprobe mit deutlichem Abstand am höchsten mit der DSM-IV Kategorie AvPD korrelierte (vgl. Tabelle 14: Korrelation der Facette „Depressivität“ mit AvPD: $r = 0,735$; Borderline PS: $r = 0,491$, alle anderen Kategorien zeigten geringere Korrelationen).

Korrelation PS im DSM-IV mit Facetten im AMPD (DSM-5)

	Selbstunsichere PS (SKID-II)	Borderline PS (SKID-II)	Narzisstische PS (SKID-II)	Zwanghafte PS (SKID-II)	Schizotypische PS (SKID-II)	Antisoziale PS (SKID-II)
Facette Ängstlichkeit (PID-5)	0,53	0,221	-0,111	0,165	0,333	0,063
Facette Emotionale Labilität (PID-5)	0,387	0,468	0,181	0,441	0,416	0,277
Facette Trennungsangst (PID-5)	0,294	0,162	0,127	0,041	0,508	-0,007
Facette Anhedonie (PID-5)	0,647	0,411	0,061	0,223	0,402	0,184
Facette Sozialer Rückzug (PID-5)	0,651	0,391	0,009	0,201	0,328	0,242
Facette Vermeidung von Nähe (PID-5)	0,331	0,397	0,057	0,311	0,046	0,223
Facette Grandiosität (PID-5)	0,075	0,173	0,467	-0,091	0,255	0,188
Facette Unehrlichkeit (PID-5)	0,301	0,401	0,358	0,043	0,423	0,357
Facette Neigung zu manipulativem Verhalten (PID-5)	0,083	0,2	0,379	-0,03	0,299	0,155
Facette Ablenkbarkeit (PID-5)	0,261	0,348	0,058	0,229	0,4	0,099
Facette Impulsivität (PID-5)	-0,151	0,25	0,082	-0,069	0,176	0,321
Facette Verantwortungslosigkeit (PID-5)	0,368	0,411	0,024	-0,084	0,219	0,144
Facette Exzentrität (PID-5)	0,492	0,351	0,215	0,321	0,516	0,324
Facette Denk und Wahrnehmungsstörungen (PID-5)	0,243	0,073	0,134	0,227	0,226	0,019
Facette Ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse (PID-5)	0,034	0,275	0,104	0,162	0,242	0,184
Facette Suche nach Aufmerksamkeit (PID-5)	-0,381	-0,188	0,083	-0,192	0,041	-0,306
Facette Gefühlskälte (PID-5)	0,264	0,381	0,354	0,088	0,303	0,239
Facette Depressivität (PID-5)	0,735	0,491	0,117	0,334	0,466	0,17
Facette Feindseligkeit (PID-5)	0,095	0,351	0,195	0,23	0,328	0,234
Facette Perseveration (PID-5)	0,405	0,314	-0,006	0,344	0,28	0,18
Facette Affektarmut (PID-5)	0,322	0,338	0,149	0,224	0,06	0,109
Facette Rigider Perfektionismus (PID-5)	0,1	0,139	0,13	0,441	0,279	-0,074
Facette Neigung zu riskantem Verhalten (PID-5)	-0,137	0,23	0,279	-0,064	0,143	0,238
Facette Unterwürfigkeit (PID-5)	0,302	0,133	-0,223	0,112	0,181	-0,203
Facette Misstrauen (PID-5)	-0,013	-0,179	0,114	0,105	-0,015	0,008

Tabelle 14: PS im SKID-II zu Facette im AMPD

Dies legt den Schluss nahe, dass Personen mit einer hohen Anzahl erfüllter Kriterien der AvPD im SKID-II auch einen hohen Grad an Ausprägung der Facette „Depressivität“ besaßen, in einem weitaus höheren Maße als dies bei anderen Persönlichkeitsstörungskategorien der Fall war. Wenn man die Operationalisierung der Facette „Depressivität“ im Kriterium B des

AMPD genauer betrachtet (siehe Abb. 56) wird deutlich, dass sich die Facette „Anhedonie“ stark in der Facette „Depressivität“ wiederfindet. So ist es bspw. nachvollziehbar, dass eine Testperson, „welcher das Leben sinnlos vorkommt“ und „welche sich wertlos fühlt“ (Items der Facette „Depressivität“), „das Leben eigentlich nie genießen kann“ und „sich für nichts interessiert“ (Items der Facette „Anhedonie“), so dass sich die Frage stellt, ob die Facette „Anhedonie“ in so hohem Ausmaß korreliert, da sie einer weitläufigeren Beschreibung der Facette „Depressivität“ entspricht, so dass die Operationalisierung zu wenig trennscharf gewählt wurde (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 1069).

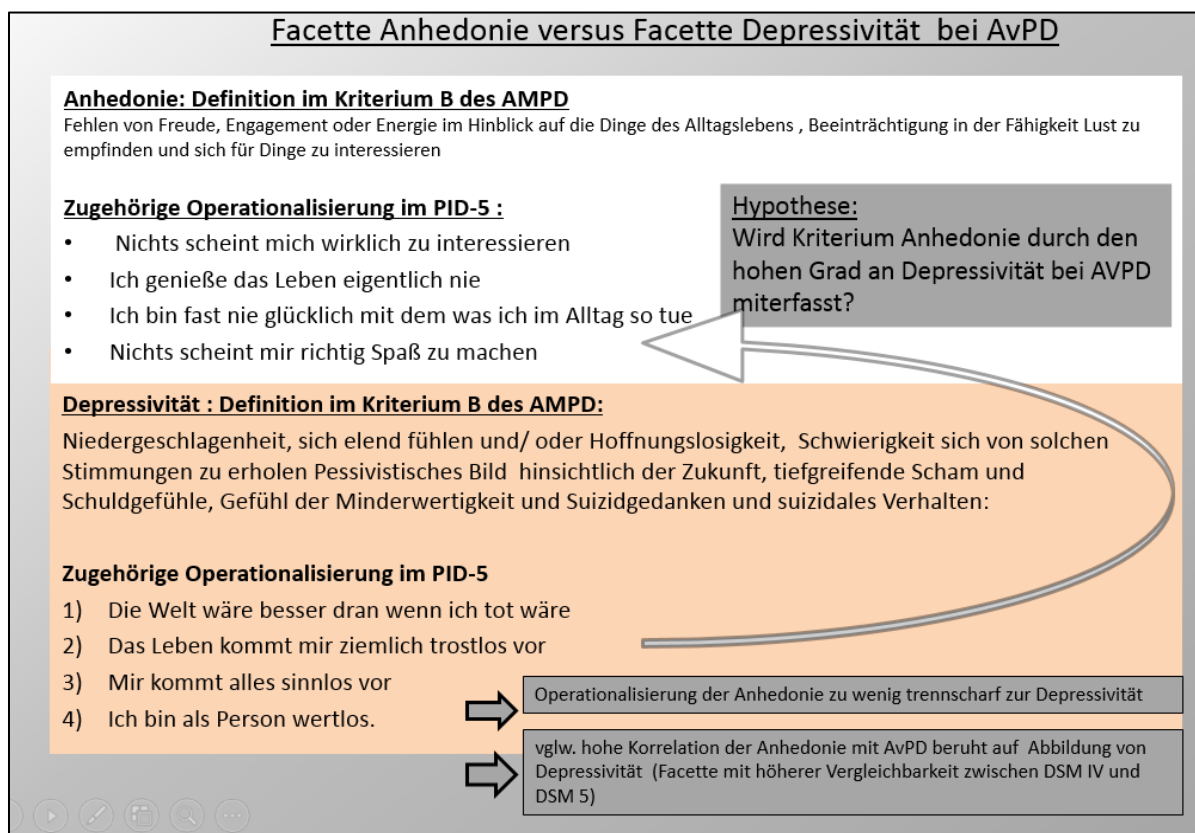


Abbildung 56: Operationalisierung der Facette Anhedonie und Depressivität im AMPD (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 1069) und (Krueger et al., 2012, bearbeitet durch d. Verf.)

Darüber hinaus stellt sich anhand der Ergebnisse der Stichprobe die Frage, ob die Facette „Depressivität“ den Typus der AvPD möglicherweise besser abbilden würde als die Facette „Anhedonie“. Schließlich zeigte die Facette „Depressivität“ innerhalb der Stichprobe sowohl die höchste Korrelation mit der DSM-IV Kategorie AvPD im Vergleich mit allen übrigen Facetten des AMPD als auch im Vergleich zu den übrigen DSM-IV PS-Kategorien. Die hohe Komorbidität der AvPD mit dem Krankheitsbild der Depression ist empirisch belegt und ist darin begründet, dass die Betroffenen aufgrund der Störung oftmals relativ isoliert sein

können und kein ausgedehntes unterstützendes soziales Netzwerk besitzen, das bei der Bewältigung von Krisen hilft, was infolge fehlender sozialer Ressourcen die Gefahr von Depressivität wiederum erhöht, so dass die Facette Depressivität folgerichtig unabdingbar mit der AvPD gekoppelt sein müsste (Verstärkerverlusthypothese nach Lewinsohn (Lewinsohn, P.M. (1974)); Falkai & Wittchen, 2015).

Dafür spricht auch, dass der AvPD zugrundeliegende Minderwertigkeits- und Insuffizienz-motive, wie im SKID-II beschrieben (vgl. „Gefühle der eigenen Unzulänglichkeit“, Kriterium 4 im SKID-II), keine unmittelbare Abbildung im Kriterien-Set der AvPD im AMPD finden, so dass sich auch hier die Frage stellt, ob die Facette „Depressivität“ in besserer Weise Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle abprüfen würde als die Facette „Anhedonie“.

In der Literatur herrscht diesbezüglich Uneinigkeit. So finden sich zum einen empirische Belege dafür, das Facettenset der AvPD um die Facette „Depressivität“ zu erweitern. Während in der Studie von Selbom und Kollegen (2017) die Facette „Anhedonie“ an einer Stichprobe von 337 in der Psychiatrie tätigen Ärzten, wie bereits erwähnt, signifikant belegt wurde und zugleich ähnliche Korrelationen mit der nicht spezifischen Facette „Depressivität“ (Selbom et al., 2017) festgestellt wurden, findet sich bei Fossati und Kollegen (2013) in einer Studie an 710 in einer italienischen Gemeinde lebenden Teilnehmern keine signifikante Bestätigung der Facette „Anhedonie“, sehr wohl aber der nicht der AvPD zugeteilten Facette „Depressivität“ (Fossati et al., 2013). Darüber hinaus unterstützt auch weitere Literatur konsequent die Facette „Depressivität“ zur Beschreibung der AvPD im AMPD (z.B., Morey et al., 2015; Lynam et al., 2012). Few et al. fanden heraus, dass die AvPD die einzige der sechs Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen des AMPD war, deren Vorhersage durch „nicht spezifische Merkmale“ wie die „Depressivität“ erhöht wurde (Few et al., 2013).

Demgegenüber finden sich jedoch auch kritische Haltungen in der Literatur hinsichtlich eines Austausches oder einer Ergänzung des Kriterien-Sets der AvPD um die Facette „Depressivität“. So gibt es, gleich wenn diese Anregungen von der DSM-5 Work Group prinzipiell anerkannt wurden, Bedenken hinsichtlich der diskriminierenden Gültigkeit der Diagnose der AvPD. Darüber hinaus vermutete man, dass die Einbeziehung des Merkmals „Depressivität“ sowohl in den Konzeptualisierungen der Borderline PS als auch der AvPD im AMPD die Komorbidität dieser Diagnosen artifiziell erhöhen würde (Few et al., 2013). Ähnliche Ein-

wände finden sich bei Selbom et al. (2017), welche der Empfehlung, die Facette „Depressivität“ in das Kriterienset der AvPD aufzunehmen, wegen ihrer Unspezifität gegenüber der AvPD kritisch entgegentreten. Als Begründung führen auch sie an, dass die Facette „Depressivität“ für mehrere Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline PS) relevant sei, folglich ihre Einbeziehung in das Kriterien-Set der AvPD dazu führen würde, die Problematik diagnostischer Überschneidungen zwischen PS zu verschärfen (Selbom et al., 2017). Dies deckt sich mit den Untersuchungen von Hopwood et al. (2012). So konnten sie nachweisen, dass eine Erweiterung der Merkmalsliste für das jeweilige Kriterien-Set der Persönlichkeitsstörungskategorien die Kontinuität zwischen einigen DSM-IV-Konstrukten und DSM-5 Merkmalen einerseits zwar verbessern könnte, diese Änderung jedoch zur einer erhöhten Anzahl diagnostischer Überschneidung, wie bereits im DSM-IV beschrieben, führt, d.h. eine Erhöhung der Kontinuität beider Modelle mit einer Verringerung der diskriminierenden Validität verbunden war (Hopwood et al., 2012).

Es wäre eine interessante Fragestellung weiterer Studien, mit einer größeren Patientenzahl anhand des Austausches der Facette „Anhedonie“ durch die Facette „Depressivität“ im Kriterien-Set zu überprüfen, ob einerseits bessere kategoriale Vergleichbarkeit zwischen beiden Modellen erreicht werden könnte und die Vorteile besserer kategorialer Vergleichbarkeit die damit verbundenen Nachteile erhöhter Komorbidität infolge reduzierter Trennschärfe der Persönlichkeitsstörungen überwiegen würden.

Hinweise zu einer potentiellen Optimierung der Operationalisierung des AMPD am Beispiel einer „treffenderen“ Umsetzung des DSM-5-Konstrukts (Schlechte Korrelation der Facette Vermeidung von Nähe).

Demgegenüber scheint die Facette „Vermeidung von Nähe“ eine deutlich geringere Korrelation mit den Kriterien der AvPD im SKID-II im Vergleich zu den anderen drei Facetten des spezifischen Kriterien-Sets der AvPD des DSM-5 zu haben. Auf diesen Sachverhalt soll im Folgenden eingegangen werden. In Abb. 57 ist die deutlich schlechtere Korrelation der Facette „Vermeidung von Nähe“ ($r = 0.33$) im Vergleich zu den Facetten „Ängstlichkeit“ ($r = 0.55$), „Sozialer Rückzug“ ($r = 0.65$) und „Anhedonie“ ($r = 0.64$) zur Erinnerung nochmals abgebildet.

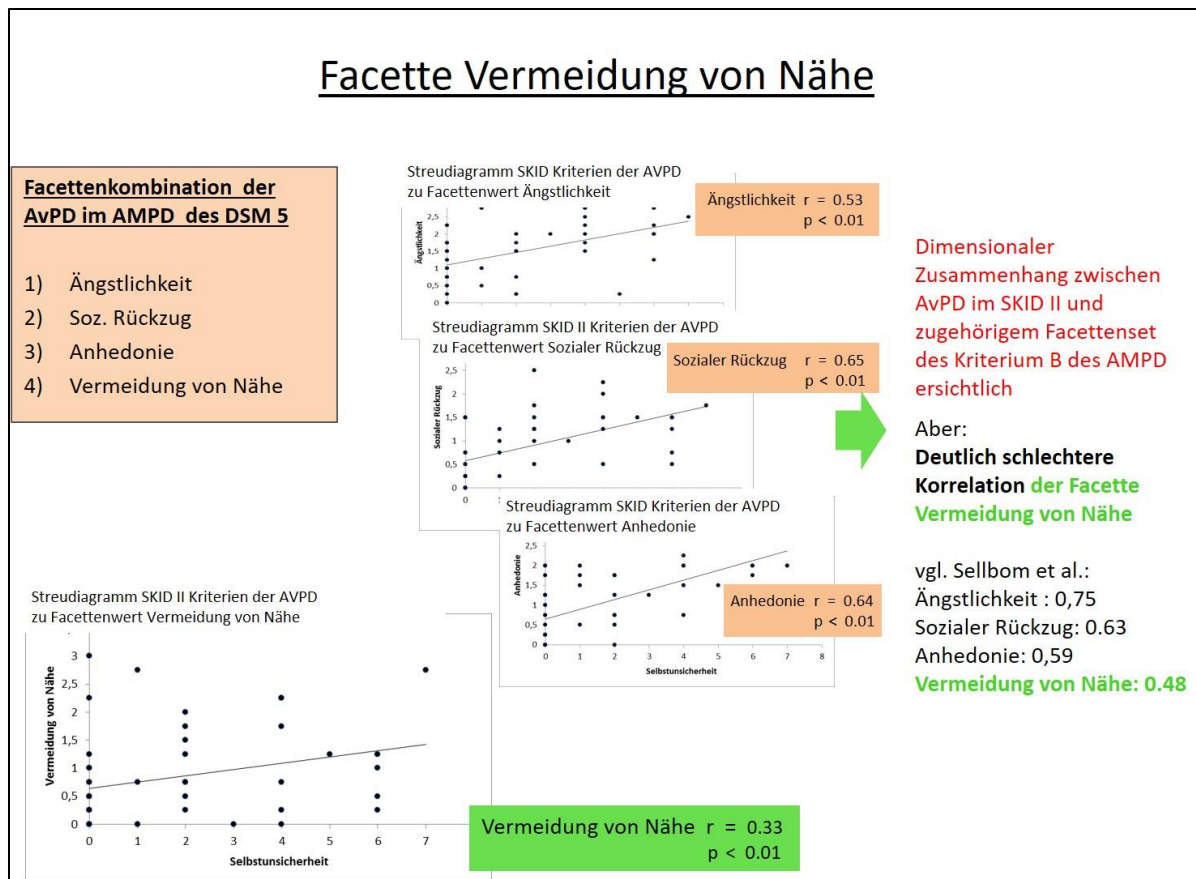


Abbildung 57: Korrelation der AvPD im DSM-IV mit der Facette Vermeidung von Nähe im AMPD

Im Folgenden soll eine mögliche Ursache hierfür diskutiert werden. Ein Grund hierfür könnte in der Operationalisierung der Facette „Vermeidung von Nähe“ im PID-5-100 liegen:

Die Definition der Facette „Vermeidung von Nähe“ im Kriterium B des AMPD lautet folgendermaßen:

„Vermeidung enger Beziehungen, Liebesbeziehungen, zwischenmenschlicher Beziehungen und intimer sexueller Beziehungen“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1068).

Ein Motiv der Vermeidung geht aus dem DSM-5 nicht hervor. (vgl. Abb. 58)

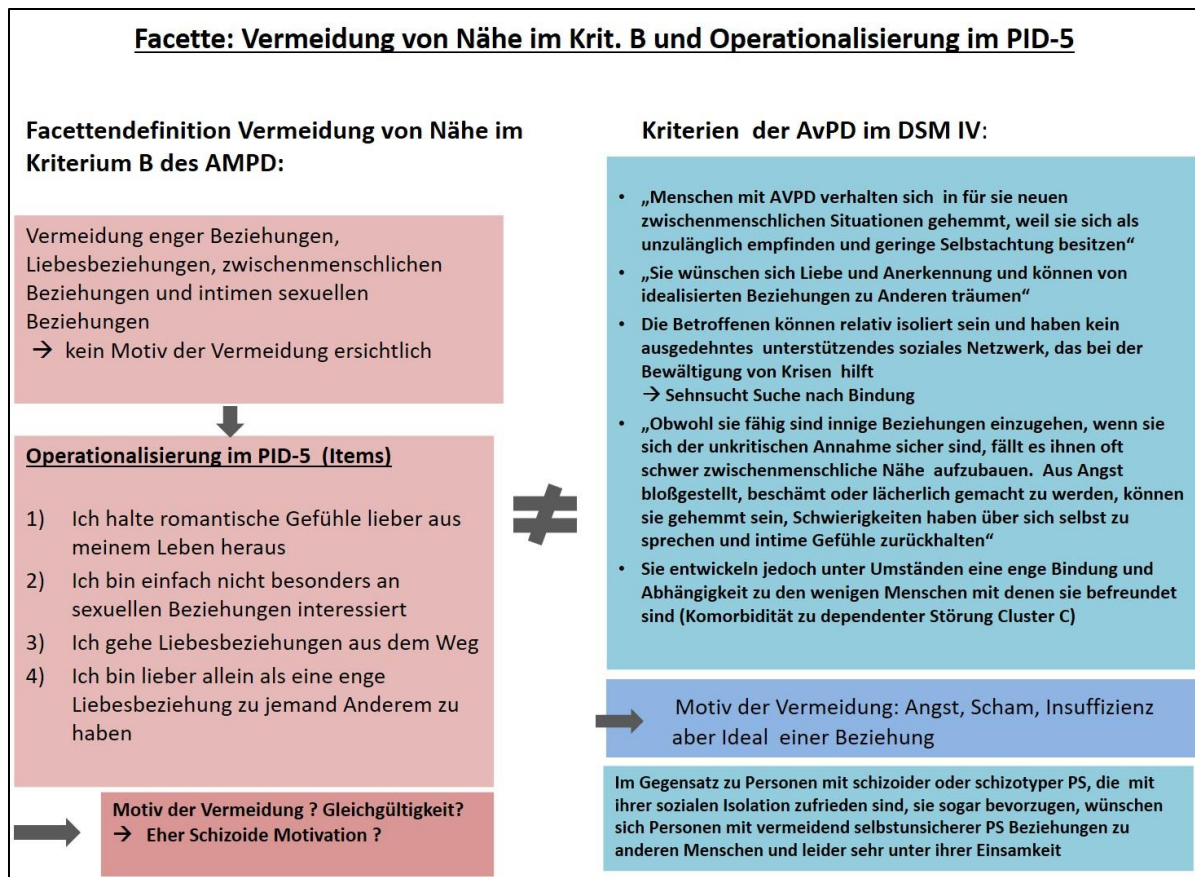


Abbildung 58: Facette Vermeidung von Nähe im Kriterium. B und in der Operationalisierung im PID-5 (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1068) und (Krueger et al., 2012), bearbeitet durch d. Verf.

Demgegenüber wird im DSM-IV (wie aus Abb. 58 rechts ersichtlich) ein solches Motiv klar definiert. So resultiert die Vermeidung kompensatorisch aus Angst-, Scham- und Insuffizienzgefühlen. Aus den Kriterien des DSM-IV geht deutlich hervor, dass ein intensiver „Wunsch nach Beziehung und Bindung“ besteht. So sehnen sich Menschen mit einer AvPD nach „Liebe und Anerkennung und können von idealisierten Beziehungen zu anderen träumen“ (Falkai, Wittchen et al., 2015). Stellt man diesem Sachverhalt nun die Operationalisierung der Facette „Vermeidung von Nähe“ des Kriteriums B im AMPD durch den PID-5-100 gegenüber, so wird deutlich, dass die Items des Fragebogens, im Gegensatz zur Definition der Facette im DSM-5 (kein Motiv genannt), eher ein gegensätzliches Motiv der Vermeidung formulieren, worin sich der Bindung suchende, sich aber unfähigühlende, von Insuffizienz geplagte e Prototyp des DSM-IV nicht direkt wiederfinden wird. Die Items sind vielmehr so konzipiert, dass die Vermutung naheliegt, dass sich in der Fragestellung des PID-5-100 des AMPD eher schizoide Charaktere angesprochen fühlen könnten. (vgl.: „Ich bin einfach nicht besonders an sexuellen Beziehung interessiert“ oder „Ich bin lieber alleine, als eine enge Liebesbeziehung zu jemanden zu haben“, Krueger et al., 2012). Dies könnte die vergleichsweise deutlich geringere Korrelation der Facette „Vermeidung von Nähe“ im Vergleich zu den anderen drei

störungsspezifischen Facetten der AvPD des AMPD mit den Kriterien des DSM-IV erklären. So sehen Spitzer und Williams (1980) im DSM-III die Unterscheidung zwischen den Kategorien der Schizoiden Persönlichkeitsstörung und der Persönlichkeitsstörung mit Vermeidungsverhalten in einem Defekt bezüglich Motivation und Fähigkeit zu emotionalem Engagement (Spitzer und Williams, 1980). Eine derartige motivationale Unterscheidung bleibt in der derzeitigen Operationalisierung der AvPD im AMPD ungeachtet. Überdies sei nebenbei darauf hingewiesen, dass diejenigen AvPD Patienten mit einer dependenten Komorbidität als Kompensationsstrategie der AvPD der aktuell geltenden Operationalisierung der Facette „Vermeidung von Nähe“ im PID-5 logischerweise am wenigsten beipflichten würden, was sich wiederum zusätzlich einschränkend hinsichtlich der Zielsetzung der Herstellung von Kontinuität in beiden Modelle auswirkt. In Anbetracht des streng gewählten Kriterien-Sets (strenge Cut-Off Setzung, Priorisierung von Facetten, geringe Anzahl von Facetten für Störung zulässig) wird ersichtlich, dass dies weitreichende Konsequenzen bezüglich einer kategorialen Vergleichbarkeit (bei prinzipiell hoher dimensionaler Vergleichbarkeit) mit sich bringt. Hier wäre eine Überarbeitung der Items des PID-5-100 zu überdenken, welche eine Umformulierung der Fragen beinhaltet, welche den expliziten Wunsch nach Bindung bei gleichzeitig bestehenden Motiven der Vermeidung wie Angst und Insuffizienzerleben abbildet.

Dieses Vorgehen wurde auch in der aktuellen Literatur empfohlen. So unterstützen Selbom et al. prinzipiell, das Merkmal „Vermeidung von Nähe“ als Indikator für die AvPD im AMPD beizubehalten, setzen jedoch hierfür eine Verbesserung der Operationalisierung voraus, indem die Nähe Problematik im Sinne der Formulierung einer Unfähigkeit, Nähe zuzulassen konkretisiert wird (Selbom et al., 2017).

Vorschläge weiterer alternativer Facetten im Kriterien-Set der AvPD in der Literatur

Der Vorschlag einer alternativen Facettenauswahl über das aktuell bestehende Kriterienset der AvPD hinaus findet sich in der Literatur zahlreich. So konnten Hopwood et al zeigen, dass, auch wenn die Kontinuität der AvPD-Diagnosen prinzipiell in dimensional Maßen im AMPD wiederhergestellt werden konnte, nicht vorgeschlagene Merkmale zusätzliche Informationen zur Vorhersage von AvPD Scores erbachten (Hopwood et al., 2012). Selbom und Kollegen (2017) schlagen überdies eine Erweiterung des Kriterien-Sets für die AvPD durch die Facette „Unassertiveness“ (mangelndes Durchsetzungsvermögen, Schüchternheit, Zögerlichkeit) vor

(Selbom et al., 2017). Darüber hinaus stellten Anderson et al fest, dass das Merkmal „Submissiveness“ (Unterwürfigkeit) die Vorhersage der AvPD im AMPD erhöhen würde (Anderson et al., 2014). Diese Ergebnisse zeigen eine allgemeine Unterstützung für das AMPD, jedoch auch, dass zusätzliche Forschung erforderlich ist, um diese Ergebnisse zu replizieren und eine Revision des Kriterien-Sets mit höherer Validität rechtfertigen zu können (Anderson et al., 2014).

Empirische Kritik an der Auswahl der Kriterien-Sets anderer PS-Kategorien im AMPD

Empirische Kritik an der Auswahl des Kriterien-Sets des AMPD besteht auch gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungskategorien. So untersuchten Bach und Selbom (2016) bspw. das Facettenset der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und konnten die Facetten „Emotionale Labilität“, „Depressivität“, „Misstrauen“ und „Risikobereitschaft“ als charakteristisches Merkmal im Patientenkollektiv der Patienten mit Borderline PS feststellen. Diese Merkmale stimmen jedoch nur teilweise mit dem vorgeschlagenen DSM-5 Merkmalsprofilen des AMPD überein. So wird die Facette „Misstrauen“ im Kriterien-Set des AMPD nicht überprüft, während zusätzliche Facetten wie „Impulsivität“, „Neigung zu riskantem Verhalten“ und „Feindseligkeit“ neben Facetten der Domäne negative Affektivität und Verslossenheit im Kriterien-Set aufgeführt werden. Sie stellen Überlegungen zu einer Änderung des Merkmalsprofil des Kriteriums B an, bspw. durch eine Ergänzung der Facette „Misstrauen“ sowie der Facette „kognitive Wahrnehmungsstörung“, und schlagen vor, die Zahl von Facetten der Domänen negative Affektivität und Verslossenheit zu verringern (Bach & Selbom, 2016). Dies soll exemplarisch die bestehende empirische Kritik an der Zusammensetzung des spezifischen Kriterien-Sets der Kategorien im AMPD über das in der vorliegenden Arbeit sehr ausführlich abgehandelte Beispiel der AvPD hinaus aufzeigen.

6.2.2.3 PROBLEMATIK DER CUT-OFF SETZUNG

Sobald sich die Fragestellung einer Kategorisierung ergibt, welche „krank“ von „gesund“ unterscheiden soll, stellt sich das Problem der Trennschärfe einer Cut-Off-Setzung. Fiedler bezeichnet die Kriterien der Störungskategorien des bisherigen DSM-IV-TR (bis DSM-5 Sektion II) als unscharf, da die Festlegung von Schwellenwerten nicht empirisch bestimmt worden sei. So entscheide ein mehr oder weniger erfülltes Kriterium darüber, ob eine Behandlungsnotwendigkeit der Störung gegeben ist oder nicht (Fiedler & Herpertz 2016, S 291).

Die Problematik der hinreichend in der Literatur (Zimmerman M, 1994; Nussbaum und Rogers, 1992) und angewandten klinischen Praxis diskutierten zu niedrigen Cut-Off-Setzung im SKID-II, welche keiner empirischen Grundlage entstammt, steht hier im Gegensatz zur Vermutung einer zu strengen Cut-Off-Setzung in der bisher nicht ausreichend validierten PID-5-100 Diagnostik sowie dem SEFP-SE (bisher existiert ausschließlich eine Referenzprobe in Form einer nicht klinischen Stichprobe nach Morey (Morey, 2017b)). Dies hat hinreichende Konsequenzen auf die Vergleichbarkeit beider Modelle. Wenn man bspw. die Abbildung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung in beiden System vergleicht, wird deutlich, dass im DSM-IV Kriterien im SKID-II ein sehr breites charakterliches Spektrum abdecken, so dass völlig unterschiedliche charakterlich strukturierte Personen innerhalb der Kategorie „Zwanghaftigkeit“ als positiv gewertet werden (hohe Kombinationsmöglichkeit), was eine große Heterogenität innerhalb einer Störungskategorie mit sich bringt (vgl. Zimmermann, 2013 a), während hingegen im AMPD im Kriterium B ausschließlich Personen mit erfüllten Facetten von „Perseveration“ und „Zwanghaftigkeit“ erfasst werden, also sehr viel weniger oft den Cut-Off für die Vergabe einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung erreichen werden, dafür jedoch bezüglich der geforderten Kategorie „Zwang“ homogener eingeordnet werden können.

Darüber hinaus bestehen auch auf Ebene der Kriterien-Sets der spezifischen Störungskategorien des AMPD einige Anfragen bezüglich der gewählten Cut-Off-Setzung. So könnte man die Hypothese anstellen, dass die spezifischen Kriterien-Sets des Kriteriums B des AMPD in Relation zu den störungsspezifischen Kriterien des DSM-IV vergleichsweise „eng“ definiert wurden, was sich bspw. in der Tatsache zeigt, dass im AMPD hierarchische Bedingungen erfüllt werden müssen (wie z.B. die Priorisierung einzelner Facetten, z.B. muss die Facette Ängstlichkeit voraussetzend erfüllt sein, um eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung vergeben zu können), während im DSM-IV (SKID-II) alle Kriterien gleich gewichtet werden. Dies hat wiederum weitreichende Konsequenzen für die kategoriale Vergleichbarkeit beider Systeme. Dies soll kurz an einer Fallkonstellation aus dem Patientenkollektiv der vorliegenden Studie veranschaulicht werden: Die Auswertung des Fallbeispiels ergab, dass die Facette sozialer Rückzug, welche nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie und der empirischen Datenlage als einzige Facette das im SKID-II beschriebene, der AvPD zugehörige Vermeidungsverhalten im PID-5 vergleichbar wiedergeben könnte, den Cut-Off ganz knapp nicht erreicht hatte. Somit konnte dieses Merkmal trotz überdurchschnittlicher Ausprägung als

nicht erfüllt gewertet werden. Darüber hinaus waren die übrigen Facetten der Domäne Verslossenheit wie bspw. „Vermeidung von Nähe“ im jeweiligen Merkmalsset nicht integriert, was bspw. auf eine nicht eindeutige Operationalisierung im PID-5 oder möglicherweise nicht ganz optimale Facettenauswahl (bspw. bessere Vergleichbarkeit der Facette Depressivität mit DSM-IV als Anhedonie) zurückzuführen sein könnte, so dass für diese Merkmale ebenfalls der Cut-Off nicht erreicht wurde. Somit ergibt sich auch aus diesen unter Punkt 6.2.2.2 beschriebenen „geringgradigen“ Ungenauigkeiten trotz guter dimensionaler Vergleichbarkeit ein entscheidendes Cut-Off Problem auf kategorialer Ebene bei nur wenigen, nicht 100% optimal ausgewählten Merkmalen.

Die starke Einschränkung des spezifischen kategoriendefinierenden Facettensets des Kriteriums B des AMPD erklärt sich aus dem Aufbau des AMPDs aus Kriterium A und B: So werden beispielsweise Merkmale des DSM-IV (SKID-II) bereits über das Funktionsniveau im Kriterium A überprüft und werden daher im Merkmalsset des Kriterium B nicht mehr abgefragt, womit eine sehr viel höhere Spezifität hinsichtlich einer Kategorie (strengere Cut-Off Setzung) einhergeht. So kritisieren Zimmermann et al. am AMPD eine inhaltliche Überlappung von Schweregrad (Kriterium A) und Art der Störung (Kriterium B). Viele der Inhaltsbereiche des LPFS könnten ebenso als Facetten formuliert werden oder umgekehrt, so dass die gleiche diagnostische Information erhalten ist (Zimmermann et al., 2013). So wird bspw. „Vermeidung enger Beziehungen“ sowohl im Kriterium A (Subskala: Nähe) als strukturelles Merkmal als auch als Persönlichkeitsmerkmal durch die Facette „Vermeidung von Nähe“ im Kriterium B abgeprüft.

7. LIMITATIONEN

Abschließend sollen einige Limitationen der Studie dargelegt werden.

Problematik unterschiedlicher Methodik der Datenerhebung:

Überdies wurden bei der vorliegenden Studie verschiedene Methoden der Datenerhebung gewählt, welche die abweichenden Ergebnisse zwischen den beiden Modellen mitbegründen könnten. So handelte es sich bei der Erhebung der Persönlichkeitsdiagnostik des DSM-IV, wie bereits erwähnt, um eine Fremdeinschätzung mittels Experten, während die Persönlichkeitsdiagnostik des AMPD durch zwei Selbsteinschätzungen vom Patienten selbst erhoben wurde. Fiedler und Herpertz sehen die Verwendung von Selbstratings mittels Fragebögen als Grundlage der Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen kritisch: „Da die Fragebogenerhebungen in aller Regel keine hohen Konkordanzen mit denen von SKID-II oder IPDE aufweisen, gilt die Regel, dass PS-Diagnosen nicht auf der Grundlage von Selbstratings mittels Fragebögen vergeben werden sollten“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 192). Es bestünde bei allen bisherigen Vergleichen hinsichtlich eines Einsatzes von Fragebögen versus Interviews, insbesondere bei einzelnen Störungsbildern, das Problem unzureichender Konstruktvalidierung und eher geringer Konkordanzen (vgl. Clark et al., 1997; Dittmann et al., 2001; Mc Dermuth & Zimmermann, 2005; Miller et al., 2012; Skodol, 2014). Probleme diesbezüglich zeichneten sich v.a. bei Patienten mit schweren psychischen Störungen und Komorbiditäten ab (Fiedler & Herpertz, 2016 S 192). Diesem Kritikpunkt an der Operationalisierung des AMPDs in Form von Selbsteinschätzungsfragebögen könnte durch Verwendung von Fremdratingmethoden bspw. durch den Einsatz eines SKID-II AMPD Interviews Rechnung getragen werden.

Ursachen abweichender Ergebnisse auf Patientenseite

Selbsteinschätzungen durch den Patienten könnten im Vergleich zu einer Experteneinschätzung abweichende Ergebnisse in milderer Schwere hervorbringen aufgrund Tendenzen zur Dissimulation. Ursachen könnten hierbei in geringem Leidensdruck, Angst vor Stigmatisierung, sozial erwünschtem Antwortverhalten sowie mangelnder Reflexionsfähigkeit und hohem Grad an Ich-Syntonie liegen. Die Fähigkeit und Bereitschaft, sich selbst zu beschreiben, ist sehr von der Introspektionsfähigkeit des Patienten abhängig, welche bei strukturell schwächeren Menschen wiederum deutlich weniger ausgeprägt ist.

Ebenso werden gegensätzliche Phänomene in der Literatur beschrieben. So verweist Fiedler darauf, dass bspw. dependente Züge in den Fragebogenstudien von Patienten selbst zumeist höher eingestuft wurden als im Fremdrating. Dies führt Fiedler auf einen Beurteiler Bias zurück. So scheinen sich dependente Personen möglicherweise im Interview kompetenter zu präsentieren, als sie sich selbst bezeichnen würden (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 192). Ähnlich scheint es sich bei der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung zu verhalten. „Auch hier erscheinen die zwanghaften Personen in Interviews eher akzeptierbar gewissenhaft mitarbeitend, während die Selbsteinschätzung ein Mehr an Ich-Dystonie (Störungseinsicht) signalisieren könnte“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S.192).

Ursachen abweichender Ergebnisse auf Therapeutenseite

Dem gegenüber sind Ursachen abweichender Ergebnisse auf Therapeutenseite zu nennen: Geschulte Interviewer gehen auf jedes einzelne Kriterium ein, stellen klärende Nachfragen. Dabei werden Informationen aus der Gesprächssituation mitberücksichtigt. In Anbetracht dieses Gesamtkontextes entscheidet schließlich der Interviewer, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Sollte innerhalb einer SKID-II Testung bspw. ein Kriterium (Item) vom Patienten verneint werden, was wiederum im Widerspruch zum klinischen Eindruck des Therapeuten stünde, würde der klinische Eindruck des Therapeuten stärkere Gewichtung erhalten, wodurch sich hier eine Diskrepanz bezüglich Selbst- und Fremdeinschätzung abzeichnen wird. Aus klinischer Erfahrung kann davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdrating umso höher ausfallen, je ich-synthoner die von außen vermutete Persönlichkeitsstörung subjektiv als funktionaler Stil erlebt wird.

Problematik geringer Stichprobengröße

Es steht außer Frage, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie aufgrund der kleinen Patientenzahl in ihrer Aussagekraft deutlich relativiert werden müssen. Daher wäre eine Wiederholung der Studie mit einem deutlich größeren Patientenkollektiv indiziert.

8. FAZIT UND AUSBLICK

Im Folgenden soll die vorliegende Arbeit mit einer zusammenfassenden Bewertung der Vergleichbarkeit des aktuellen kategorialen Modells des DSM-IV und des AMPD des DSM-5 sowie einer Einschätzung des klinischen Nutzens des AMPD abgeschlossen werden.

Bewertung der empirischen Vergleichbarkeit auf dimensionaler Ebene der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik

Die vorliegende Arbeit konnte eine hohe Vergleichbarkeit der beiden Modelle auf dimensionaler Ebene empirisch nachweisen, was sich sowohl auf die Korrelation des SKID-II mit der Beeinträchtigung in der Struktur (Kriterium A) als auch mit den maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen (Kriterium B) bezieht.

Bewertung der empirischen Vergleichbarkeit auf kategorialer Ebene der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik

Die Fragestellung einer direkten Abbildung derselben Diagnosen in beiden Systemen konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Dies wiederum bedeutet, dass ein eingeschränktes Potenzial besteht „ein gewisses Ausmaß an Kontinuität in der bisherigen Forschung und Praxis sicherzustellen“ (Morey und Skodol, 2013), was eine grundlegende Zielstellung des AMPDs war. Trotz guter dimensionaler Vergleichbarkeit beider Modelle bleibt das Dilemma der Persönlichkeitsdiagnostik des DSM-IV folglich auch im AMPD bestehen: „So bedarf es klassifikatorischer wie zugleich dimensionaler Festlegungen, in jedem Fall aber Festlegungen! Da nur sie eine vergleichbare Erforschung und Beurteilung sozial abweichender Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstörungen ermöglichen“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S.77). Bei direktem Vergleich der klassifikatorischen Festlegungen von DSM-5 und AMPD konnte jedoch keine signifikante Übereinstimmung hinsichtlich der jeweiligen Persönlichkeitsstörungskategorien aufgezeigt werden.

Bewertung der klinischen Relevanz für den Alltag

Darüber hinaus bleibt festzustellen, dass das AMPD, auch wenn es aufgrund seiner offenkundig mangelnden Praktikabilität und hohen Komplexität in der Kritik steht (Livesley, 2013), eine Innovation mit hohem individuellen klinischen Nutzen für Patient, Therapeut sowie gemeinsamen Therapieerfolg mit sich bringt. Vorschläge zu höherer Praktikabilität könnten bspw. darin liegen, die PID-5-25 Briefform, welche nur Domänen erfasst, als Screening Methode für den klinischen Gebrauch zu verwenden. Ein bedeutsamer klinischer Vorteil des

AMPDs besteht in seiner konsequenten Dimensionalisierung, womit es das ganze Spektrum an Schweregraden und spezifischen Erscheinungsformen, wie. z.B. „subklinische Formen“ von Persönlichkeitsstörungen, abdeckt, welche im klinischen Alltag die Regel sind (vgl. z.B. Westen und Arkowitz-Westen, 1998). Dies geht gleichzeitig mit einer geringeren Stigmatisierung bei hoher Prävalenz von subklinischen Persönlichkeitsproblemen einher. Durch Abstufungen der Schweregradskala ergeben sich darüber hinaus wichtige Hinweise für die Wahl der Behandlungsmethode. Durch die Einführung der Schweregradskala wird eine PS stärker unter dem Aspekt der Veränderbarkeit wahrgenommen, d.h. graduelle Verbesserungen im Laufe der Behandlung zeichnen sich direkt im Klassifikationssystem ab. Zudem bringt das AMPD den Vorteil der Diagnosemöglichkeit einer Trait-spezifischen PS mit sich, welche klinisch relevante Problembereiche deutlich informativer und effizienter abbildet als unspezifische Restkategorien der nicht näher bezeichneten PS im DSM-IV oder ICD 10. Somit zeigt sich eine Trait-basierte PS-Diagnostik auch klinisch nützlich ohne Vergabe einer PS-Diagnose (vgl. Harkness und Lilienfeld, 1997). Aus klinischer Sicht bietet die detaillierte Erfassung von 25 maladaptiven Facetten somit möglicherweise eine der „nützlichsten Neuerung des AMPD“ (Zimmermann et al., 2013a). Dennoch bleiben Anfragen aus klinischer Sicht: So stellt sich auch in Anbetracht der in dieser Arbeit beschriebenen Ergebnisse weiterhin die Frage der Betrachtungsweise von Persönlichkeitsstörungsdiagnostik als Zusammenspiel von Verhaltensweisen oder komplexeres Zusammenspiel verschiedener Mechanismen. So könne man die bestehende hohe Komorbidität und das Vorliegen variabelster maladaptiver Facetten als psychischen Kompensationsmechanismus von zugrunde liegenden Defiziten bewerten, welche sich erschwerend auf die Diagnostik auswirken. Dies lässt schließen, dass es für eine optimale Betrachtung der Persönlichkeitsdiagnostik überdies eines erweiterten Blickwinkels hinsichtlich Hypothesen über psychische Mechanismen und aufrechterhaltende Bedingungen bedarf, die den Mustern an Verhaltensweisen im Einzelfall zugrunde liegen. Denn eines scheint die vorliegende Arbeit klar zu belegen und knüpft an die Worte Zimmermanns an: „Es benötigt zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eine Sprache, die komplexer ist als die reine Verhaltensbeschreibung“ (Zimmermann et al., 2015).

LITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-5 (5. ed.). Washington, DC: 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 Res.*, 216 (3), 363-372. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.007
- Arbeitskreis OPD (2006) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2; das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Huber, Bern.
- Bach, B. & Sellbom, M., (2016). *Utility of DSM-5 Section III personality traits in differentiating borderline personality disorders from comparison groups*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evrpsy.2016.04.006>
- Bach, B., Maples-Keller, J.L., Bo, S., Bo, & Simonsen, E. (2016). The Alternative DSM-5 personality disorder traits criterion: A comparative examination of three self-report forms in a Danish population. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 124-135. <https://doi.org/10.1037/per0000162>
- Barnow, S. Herpertz, C. Spitzer, M. Dudeck. H.-J. Grabe & H.-J. Freyberger. (2006). *Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen*. DOI: 10.1055/s-2005-915593
- Barnow, S., Stopsack, M., Ulrich, I., Falz, S., Dudeck, M., Spitzer, C. et al. (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>
- Bastiaens T., Claes L., Smits D., De Clercq B., De Fruyt F., Rossi G., Vanwalleghem D., Vermote R., Lowyck B., Claes S. & De Hert M. (2016). The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders in a Clinical Sample *Assessment Vol 23*(1) 42-51 doi 10.1177/1073191115575069
- 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, 332-346.
- Boateng, S. & Schalast, N. (2011). Dimensionale versus kategoriale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (3), 145–153. <https://doi.org/10.1007/s11757-011-0118-3>
- Clark, L.A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder perennial issues and emerging conceptualization. *Annual review of Psychology* 58, 227-258.
- Clark, L.A., Livesley, W .J. & Morey, L. (1997) Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11, 205-231.
- Clarkin, J. F., Meehan, K. B. & Lenzenweger, M. F. (2015). Emerging approaches to the conceptualization and treatment of personality disorder. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56 (2), 155–167. <https://doi.org/10.1037/a0038744>

- Cooper L.D., Balsis S. & Zimmerman M. (2010). Challenges associated with a polythetic diagnostic system: criteria combinations in the personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (4), 886–895. <https://doi.org/10.1037/a0021078>
- Costa, P. T. & Mc Crae, R. R. (1992). Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4 (1), 5–13.
- Craford, M.J., Koldobsky, N., Mulder, R.T. & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders* 25 (3), 21–330. DOI 10.1521/pedi.2011.25.3.321
- Crego, C., Gore, W. L., Rojas, S. L. & Widiger, T.A. (2015). The discriminant and convergent validity of the Personality Inventory for DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6 (April 20, 2015) (Epub ahead of print).
- Davis, R.T., Blashfield, R.K. & McElroy Jr., R.A. (1993). Weighting criteria in the diagnosis of a personality disorder: a demonstration. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 319-322.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2013). Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10. Kap. V (F). *Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (9. Aufl.). Bern: Huber.
- Dittmann, V., Ermer, A. & Stieglitz, R.D. (2001). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In R.D. Stieglitz, U. Baumann & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 448-460). Stuttgart: Thieme.
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N. et al. (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53 (2), 111–128. <https://doi.org/10.13109/zptm.2007.53.2.111>
- Doering, S. & Hörz, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Strukturdiagnostik; Konzepte, Instrumente, Praxis*. Schattauer: Stuttgart.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001) Personality disorders in the general population: DSM- IV and ICD- 10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30 (2), 311-20. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00048-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00048-9)
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Few, L.R., Miller, J.D., Rothbaum, A., Meller, S., Maples, J., Terry, D.P. et al. (2013). Examination of the section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (4), 1057-1068. <https://doi.org/10.1037/a0034878>
- Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- First, M. B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. & Benjamin, L. (1995). *The structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SKID-II)*. Washington: American Psychiatric Press

- 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. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60 (8), 307-315. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214419>
- Fossati, A., Krueger, R.F., Markon, K.E., Borroni, S. & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM- IV personality disorders and psychopathologie in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20 (6), 689-708. <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
- Frenz, A. (2020). *Externe Validierung des Fragebogens zur SEFP*. Unveröffentlichte Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Fydrich, T., Renneberg, B. Schmitz, B. & Wittchen, H.U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview for DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen)-SKID-II*. Göttingen, Hogrefe.
- Harkness A.R., Lilienfeld, S.O. (1997), Individual differences science for treatment planning: personality traits. *Psychological Assessment*, 9, 349-360.
- 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>
- Hayes, A.F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach* (Methodology in the social sciences, Second edition). New York: The Guilford Press.
- Hopwood, C.J., Malone, J.C., Ansell, E.B., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. et al. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of personality disorders*, 25 (3), 305–320. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305>
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Donnellan, M.B., Samuel, D.B., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. et al. (2013). Ten-year rank-order stability of personality traits and disorders in a clinical sample. *Journal of personality*, 81 (3), 335–344. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00801.x>
- Hopwood, C.J., Aidan, G.C. Wright, Emily, B.A. & Aaron, L.P. (2013). The Interpersonal Core of Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, Vol. 27, (3), 270-295. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.270>
- Hopwood, C.J., Thomas, K.M., Markon, K.E., Wright, A.G.C., & Krueger, R.F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM- IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (2), 424-432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>
- Hopwood, C.J., Schade, N., Krueger, R.F. et al (2013). Connecting DSM5 personality traits and pathological beliefs: toward a unifying model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 35, 162–172. DOI 10.1007/s10862012-9332-3
- Jaspers, K. (2013). in Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

- John, O.P., Naumann, L.P. & Soto, C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy. In O.P. John, R.W. Robins & L.A. Pervin (Hrsg.). *Handbook of personality*, 114-158. New York: Guilford
- Kernberg, O. F. (1984). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Achenbach, T.M., Althoff, R.R., Bagby, R.M. et al. (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. et al. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*, 42 (9), 1879-90. Doi:10.1017/S0033291711002674
- Krueger R.F. & Eaton N.R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders : Theory Research and Treatment* 1, 97-118
- Krueger R.F. & Markon K.E. (2014). The role of the DSM.5 personality trait model in moving toward a quantitative end empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 447-501. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
- Leising D. & Zimmermann J. (2011). An integrative conceptual framework for assessing personality and personality pathology. *Rev Gen Psychol*, 15, 317-330
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds.): *The psychobiology of depression*. New York: Wiley
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirical based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W.J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In K.A. Phillips, M.B. First & H.A. Pincus (Hrsg.), *Advancing DSM. Dilemmas in psychiatric diagnosis*, 153–189. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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. (2013). The DSM-5 Personality Disorder proposal and future directions in diagnostic classification of Personality Disorders. *Psychopathology*, 46, 207-116.
- Loranger, A.W., Lenzenweger, M.F., Gartner, A.F., Susman, V.L., Herzig, J., Zammit, G.K., Gartner, J.D. Abrams, R.C. & Young, R.C. (1991). Trait state artifacts an the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720-727.
- Loranger, A.W. (1992). Are current self reports and interview measures adequate for epidemiological studies of personality disorders? *Journal of Personality Disorders*, 6 (4), 313-325.

- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: retrospect and prospect. *American Psychologist*, Vol 68(3), 172-183. <https://doi.org/10.1037/a0032243>
- Lynam D.R., Loehr A., Miller J.D. & Widiger T.A. (2012). A five factor measure of avoidant personality. *The FFAvA. J Pers Assess* 2012; 94 (5), 466-474. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.67788>
- Maples, J.L., Carter, N.T., Few, L.R., Crego, C., Gore, W.L., Samuel, D.B. & Miller, J.D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM -5. *Psychological Assessment* 27 (4), 1195-1210. Doi:10.1037/pas0000120
- Mc, M., Dermuth, W. & Zimmermann. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. In J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders*, 89-102. Washington, DC: The American Psychiatric Publishing, Inc.
- Miller, J. D., Few, L.R. & Widiger, T.A. (2012). Assessment of personality disorders and related traits: Bridging DSM-IV –TR and DSM-5. In T.A. Widiger (Eds.), *The Oxford handbook of personality disorders*, 108-142. Oxford University Press.
- 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/a003648>
- 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. & Skodol, A.E. (2013). Convergence between DSM-IV TR and DSM-5 Diagnostic Models for Personality Disorder: Evaluation of Strategies for Establishing Diagnostic Thresholds. *J Psychiatr Pract.*, 19 (3), 179-193. doi: 10.1097/01.pra.0000430502.78833.06
- Morey L.C, Berghuis, H., Bender, D.S. et al. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5 Part II Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess* 2011; 93, 347-353.
- Morey, L.C. & Hopwood, C.J. (2013). Stability and change in personality disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 9, 499–528. DOI 10.1146/annurev-clin psy-050212-185637
- 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*. <https://doi.org/10.1037/pas0000450.supp>
- 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., Benson K.T., & Skodol A.E. (2015). Relating DSM-5 Section III Personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychol Med* 2015 46, 647-655. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002226>

- Müller, S. (2018). *SEFP-SE Skalenzuordnung*. Kassel: Universität Kassel.
- Nussbaum D. & Rogers R. (1992). Screening psychiatric patients for Axis II disorders. *Can J Psychiatry* 37, 658-660.
- Oldham, J.M. & Skodol, A.E. (2000). Charting the future of axis II. *J Personal Disord* 2000, 14, 17-29.
- Podsakoff P.M., Mac Kenzie, S.B., Lee J. & Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Appl Psychol*, 88, 879-903.
- Quilty L.C., Fruyt, F. de, Rolland J. et al (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 108, 241–250. DOI 10.1016/j.jad.2007.10.022
- Quilty, L.C., Ayeaerst, L., Chmielewski, M., Pollok, B.G. & Bagby, R.M. (2013). The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, 20, 362-369.
- Sellbom, M., Carmichael, K.L.C. & Liggett, J. (2017). Examination of DSM-5 Section III avoidant personality disorder in a community sample. *Personal Ment Health*, 11 (4), 299-313. doi: 10.1002/pmh.1388
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002, 51, 936-950.
- Skodol, A.E. (2014). Manifestations, assessment, and differential diagnosis. In J.M Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (2nd ed., 131-164). Washington, DC: The American Psychiatric Publishing, Inc.
- Soto, C.J., John, O.P, Gosling, S.D & Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big five domains and facets in a large cross sectional sample. *J Pers Soc Psychol*; 100, 330-348.
- Spitzer, R. & Williams, J. (1980). Classification of mental disorder and DSM –III. In H.I.Kaplan, A.M. Freedom & B.J. Sadock (Hrsg.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry, III*. Baltimore (Williams & Wilkins), 1035-1072.
- Thomas, K.M., Yalch, M.M., Krueger, R.F., Wright, A.G., Markon, K.E. & Hopwood, C.J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personaliy trait facets and five –factor model trait domains. *Assessment* , 20 (3), 308-311.
- Tyrer, P. (2012). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: a classification of personality disorders that has had its day. *Clin Psychol Psychother* 19, 372–374. DOI 10.1002/cpp.1810
- Verheul, R., Bartak, A., Widiger, T.A. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *J Pers Disord* 21, 359–370. DOI 10.1521/pedi.2007.21.4.359
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). *Limitations of Axis II in Diagnosing Personality Pathology in Clinical Practice*. Published Online (1 Dec 1998). <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1767>

- Widiger, T.A., Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional model of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorder* 19, 110-130
- Widiger, T.A. & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol* 62, 71–83. DOI 10.1037/0003-066X.62.2.71
- Widiger, T.A. (2011). A shaky future for personality disorders. *Personal Disord* 2, 5467. DOI 10.1037/a0021855
- Winter, J. (2018). *Persönlichkeitsdiagnostik nach DSM-5 und Konzepte der psychischen Struktur*, Masterarbeit Universität Kassel
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID); Achse I und II : SKID-II. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wright, A.G.C., Hallquist, M.N., Morse, J.Q. et al (2013). Clarifying interpersonal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modeling. *J Pers Disord* 27, 125–143. DOI 10.1521/pedi.2013.27.2.125
- Yam, W.H. & Simms, L.J. (2014). Comparing criterion-and trait based personality disorder diagnoses in DSM -5. *Abnorm Psychol* 2014, 123 (4), 802-808. <http://doi.org/10.1037/s0037633>
- Zimmerman, M.A. (2012). Is there adequate empirical justification for radically revising the personality disorders section for DSM-5? *Personal Disord* 3, 444–457. DOI 10.1037/a0022108
- Zimmerman, M.A., Rothschild L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 162, 1911–1918.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing Personality Disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 51, 225- 245.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T. et al. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *J Pers Disord.*, 28 (4), 518-540. doi: 10.1521/pedi_2014_28_130
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D.S., Skodol, A.E., Krueger, R.F. & Leising, D. (2013 a). Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut* 58, 455-465.
- 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: Theorie und Therapie*, 18 (1), 46–58.
- Zimmermann, J., Brakermeier, E.L. & Benecke, C. (2015). Alternatives DSM-5 Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen Bezüge zur psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Diagnostik. *Psychotherapeut* 2015 Band 60, 296-278. Doi:10.1007/s00278-0150033-8
- Zimmermann, J. (2014). Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Die neuen Modelle in DSM-5 und ICD 11. *Psychotherapie im Dialog*, 15 (3), 16-20.

Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A. et al. (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica*, 59 (1), 3–16. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000076>

ANHANG**Tabellenverzeichnis Anhang**

Tabelle Anhang 1: Häufigkeiten Schulabschlüsse

Tabelle Anhang 2: Partnersituation Häufigkeiten..... VII

Tabelle Anhang 3: Kreuztabelle Persönlichkeitsstörung nach SKID-II erfüllt und Geschlecht..... XIII

Tabelle Anhang 4: Kreuztabelle mind. eine Persönlichkeitsstörung und Station.....XIV

Tabelle Anhang 5: Anzahl Kinder.....XIV

Tabelle Anhang 6: Schulabschluss.....XIV

Tabelle Anhang 7: Häufigkeit Dependente Persönlichkeitsstörung..... XV

Tabelle Anhang 8: Häufigkeit Zwanghafte Persönlichkeitsstörung..... XV

Tabelle Anhang 9: Häufigkeit Paranoide Persönlichkeitsstörung..... XV

Tabelle Anhang 10: Häufigkeit Schizotypische Persönlichkeitsstörung..... XV

Tabelle Anhang 11: Histrionische Persönlichkeitsstörung..... XV

Tabelle Anhang 12: Häufigkeit Narzisstische Persönlicheitsstörung.....XVI

Tabelle Anhang 13: Häufigkeit Borderline-Persönlichkeitsstörung.....XVI

Tabelle Anhang 14: Häufigkeit Antisoziale Persönlichkeitsstörung.....XVI

ABBILDUNGSVERZEICHNIS ANHANG

<u>Schaubild Anhang 1: Erfüllte Kriterien SKID-II Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung</u>	VIII
<u>Schaubild Anhang 2: Erfüllte Kriterien Antisoziale Persönlichkeitsstörung SKID-II</u>	VIII
<u>Schaubild Anhang 3: Erfüllte Kriterien SSV KJ SKID-II</u>	IX
<u>Schaubild Anhang 4: Erfüllte Kriterien SKID-II Borderline</u>	IX
<u>Schaubild Anhang 5: Erfüllte Kriterien SKID-II Narzisstische Persönlichkeitsstörung</u>	X
<u>Schaubild Anhang 6: Erfüllte Kriterien SKID-II Histrionische Persönlichkeitsstörung</u>	X
<u>Schaubild Anhang 7: Erfüllte Kriterien SKID-II Schizoide Persönlicheitsstörung</u>	XI
<u>Schaubild Anhang 8: Erfüllte Kriterien SKID-II Schizotypische Persönlichkeitsstörung</u>	XI
<u>Schaubild Anhang 9: Erfüllte Kriterien SKID-II Paranoide Persönlichkeitsstörung</u>	XII
<u>Schaubild Anhang 10: Erfüllte Kriterien SKID-II Zwanghafte Persönlichkeitsstörung</u>	XII
<u>Schaubild Anhang 11: Erfüllte Kriterien SKID-II Dependente Persönlichkeitsstörung</u>	XIII

TABELLE ANHANG 1: HÄUFIGKEITEN SCHULABSCHLÜSSE

		Schulabschluss			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	noch in der Schule	1	2,0	2,0	2,0
	Haupt- / Volksschulabschluss, ohne Quali/Abschluss	3	6,0	6,0	8,0
	Haupt- / Volksschulabschluss mit Quali/Abschluss	7	14,0	14,0	22,0
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife	17	34,0	34,0	56,0
	Abitur/ Fachabitur	22	44,0	44,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 2: PARTNERSITUATION HÄUFIGKEITEN

		Partnersituation			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	kurzfristig (<1Jahr) kein Part- ner	10	20,0	20,0	20,0
	langfristig (>1Jahr) dauerhaft kein Partner	17	34,0	34,0	54,0
	wechselnde Partner (unver- bindliche Beziehungen, die keinen echten Rückhalt bieten)	1	2,0	2,0	56,0
	fester Partner, zusammen le- bend	16	32,0	32,0	88,0
	fester Partner, nicht zusam- men lebend	6	12,0	12,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 3: KREUZTABELLE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG NACH SKID-II ERFÜLLT UND GESCHLECHT

			Geschlecht		
			männlich	weiblich	Gesamt
Persönlichkeitsstörung irgendeine, mind.1	keine Persönlichkeitsstörung	Anzahl	10	8	18
		% innerhalb von Geschlecht	38,5%	33,3%	36,0%
	mind. 1 Persönlichkeitsstörung	Anzahl	16	16	32
		% innerhalb von Geschlecht	61,5%	66,7%	64,0%
Gesamt		Anzahl	26	24	50
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

TABELLE ANHANG 4: KREUZTABELLE MIND. EINE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND STATION

			Station		
			Station 1	Station 7	Gesamt
Persönlichkeitsstörung irgendeine, mind.1	keine Persönlichkeitsstörung	Anzahl	9	9	18
		% innerhalb von Station	39,1%	33,3%	36,0%
	mind. 1 Persönlichkeitsstörung	Anzahl	14	18	32
		% innerhalb von Station	60,9%	66,7%	64,0%
Gesamt		Anzahl	23	27	50
		% innerhalb von Station	100,0%	100,0%	100,0%

TABELLE ANHANG 5: ANZAHL KINDER

		Anzahl_Kinder			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	41	82,0	82,0	82,0
	1	5	10,0	10,0	92,0
	2	3	6,0	6,0	98,0
	5	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 6: SCHULABSCHLUSS

		Schulabschluss			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	noch in der Schule	1	2,0	2,0	2,0
	Haupt- / Volksschulab- schluss, ohne Quali/Ab- schluss	3	6,0	6,0	8,0
	Haupt-/ Volksschulabschluss mit Quali/Abschluss	7	14,0	14,0	22,0
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife	17	34,0	34,0	56,0
	Abitur/ Fachabitur	22	44,0	44,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 7: HÄUFIKEIT DEPENDENTE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Dependente Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	49	98,0	98,0	98,0
	Cut-Off er- füllt	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 8: HÄUFIGKEIT ZWANGHAFT PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	28	56,0	56,0	56,0
	Cut-Off er- füllt	22	44,0	44,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 9: HÄUFIGKEIT PARANOIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Paranoide Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	39	78,0	78,0	78,0
	Cut-Off er- füllt	11	22,0	22,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 10: HÄUFIGKEIT SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Schizotypische Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	49	98,0	98,0	98,0
	Cut-Off er- füllt	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 11: HISTRIONISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Histrionische Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	48	96,0	96,0	96,0
	Cut-Off er- füllt	2	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 12 HÄUFIGKEIT NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Narzisstische Persönlichkeitsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	42	84,0	84,0	84,0
	Cut-Off er- füllt	8	16,0	16,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 13: HÄUFIGKEIT BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

		Borderline Persönlichkeitsstörung			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	41	82,0	82,0	82,0
	Cut-Off er- füllt	9	18,0	18,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

TABELLE ANHANG 14: HÄUFIGKEIT ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

		Antisoziale Persönlichkeitsstörung			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gül- tig	nicht erfüllt	48	96,0	96,0	96,0
	Cut-Off er- füllt	2	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

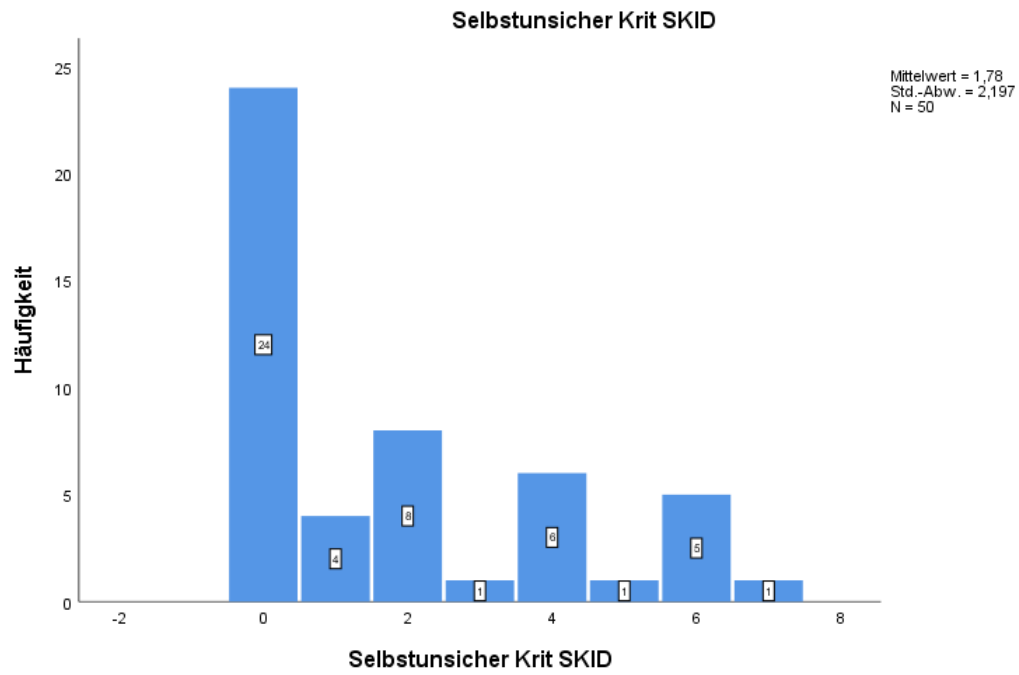


SCHAUBILD ANHANG 1: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II SELBSTUNSICHERE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

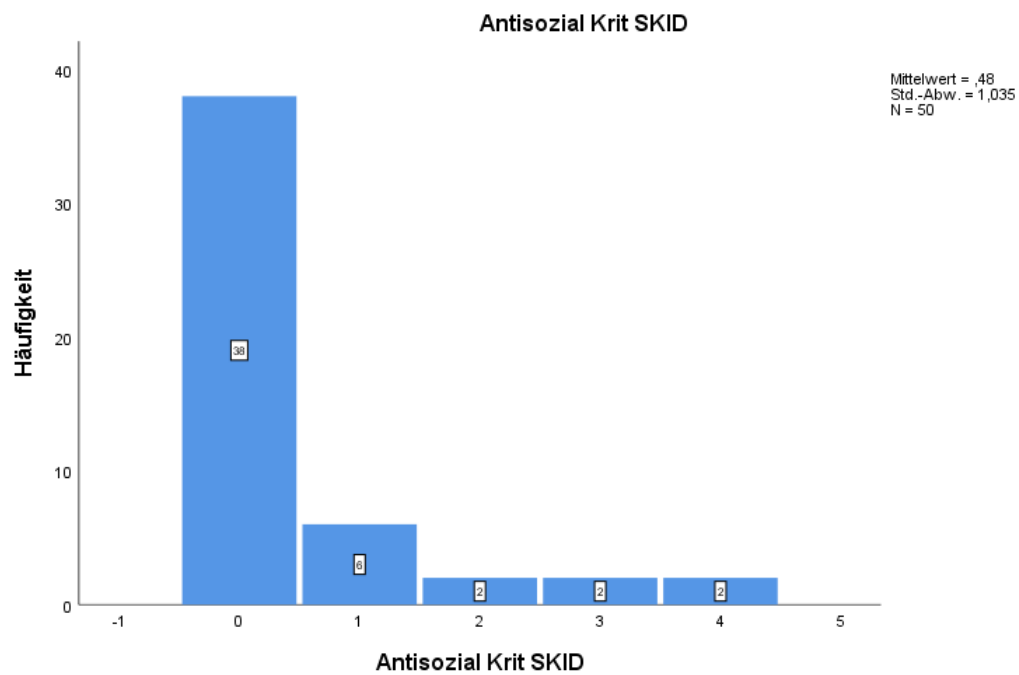


SCHAUBILD ANHANG 2: ERFÜLLTE KRITERIEN ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG SKID-II

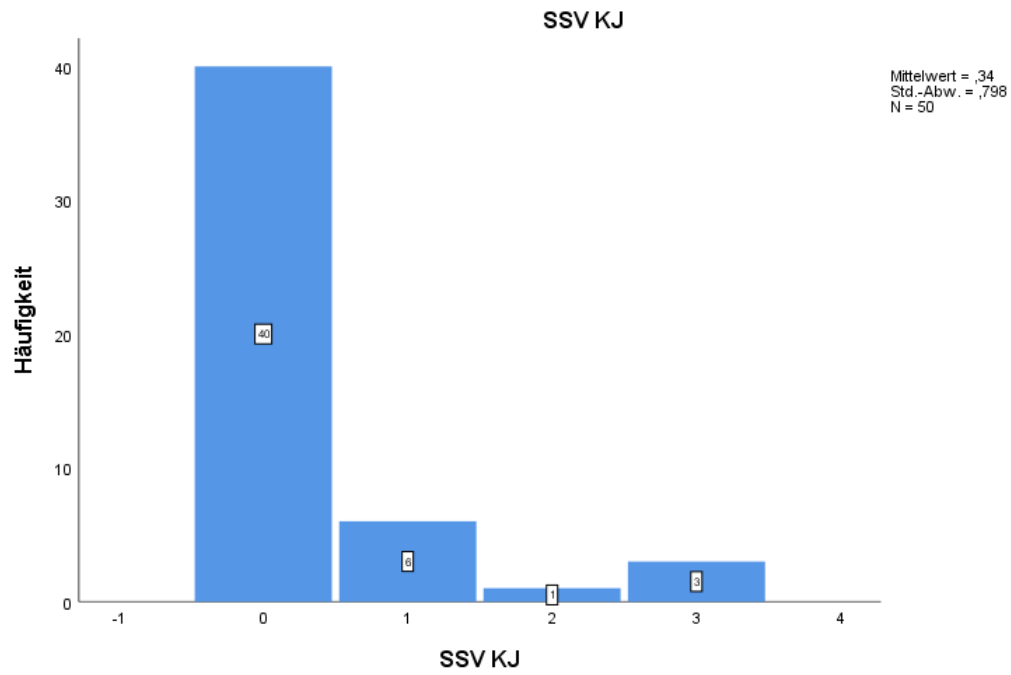


SCHAUBILD ANHANG 3: ERFÜLLTE KRITERIEN SSV KJ SKID-II

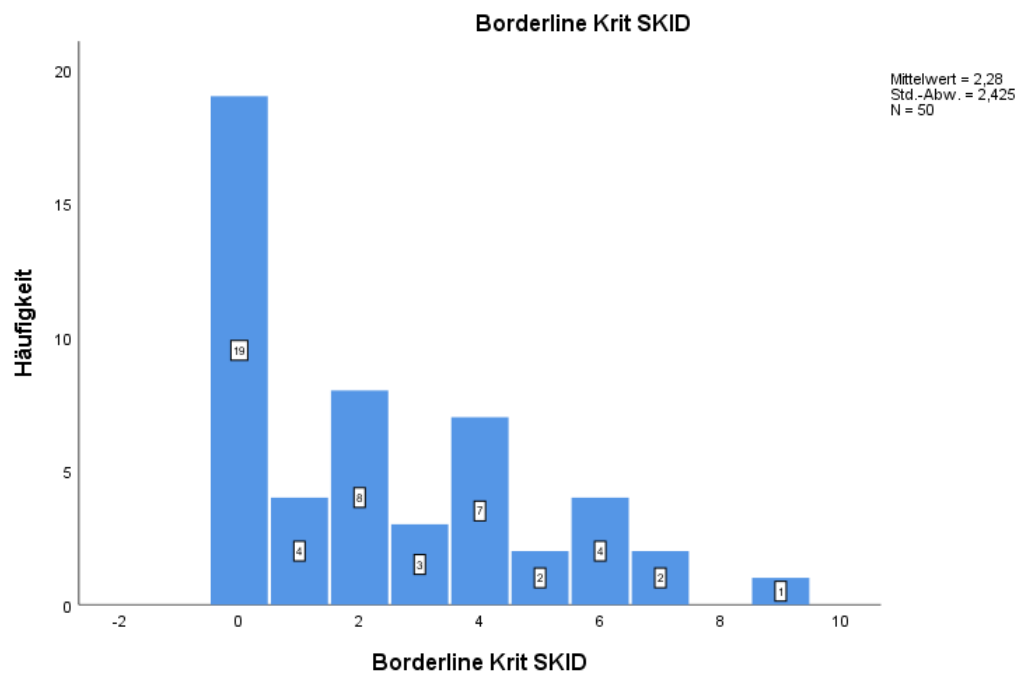


SCHAUBILD ANHANG 4: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II BORDERLINE

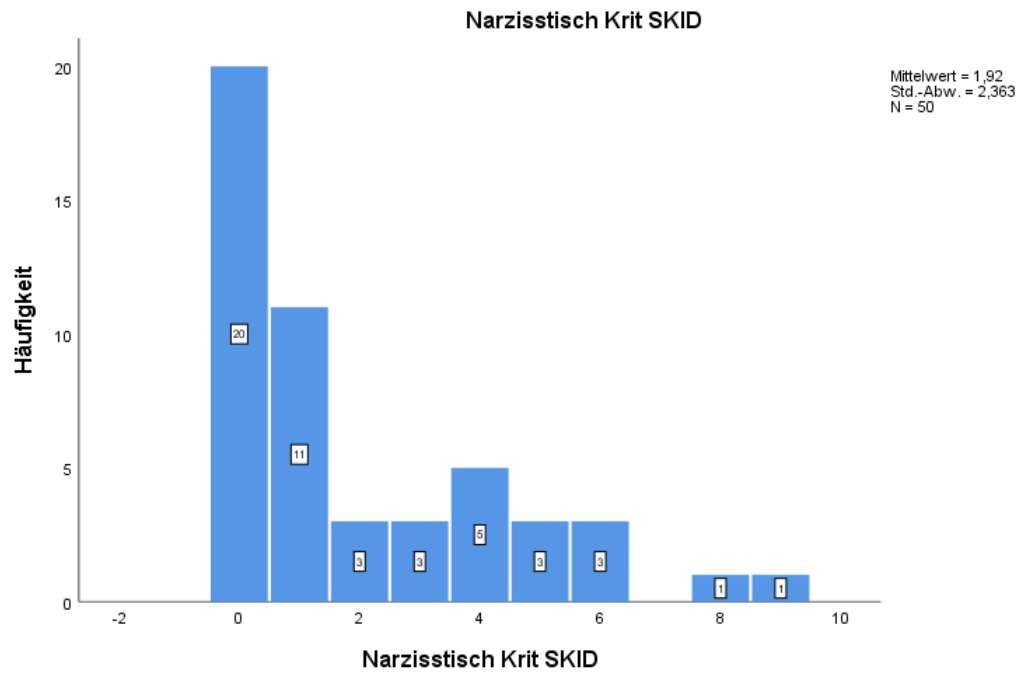


SCHAUBILD ANHANG 5: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II NARZISSISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

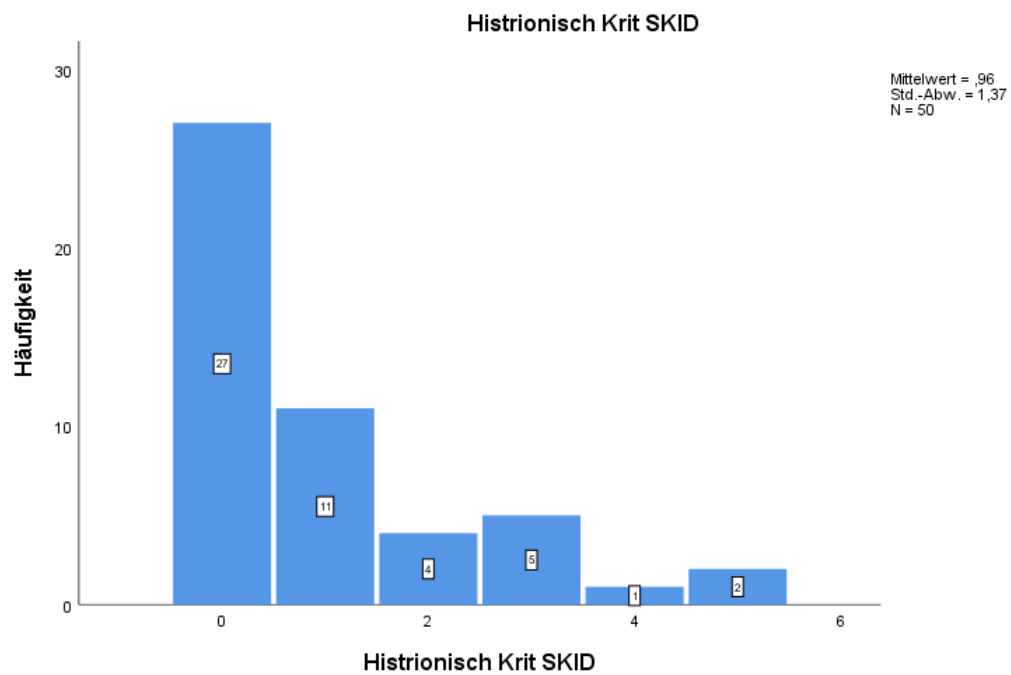


SCHAUBILD ANHANG 6: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II HISTRIONISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

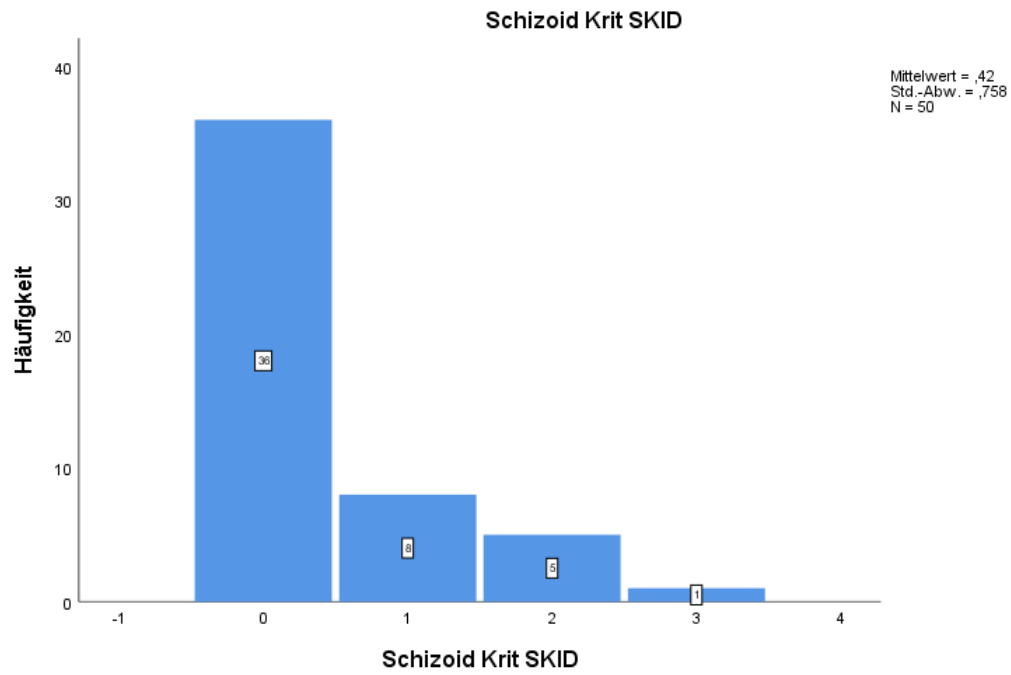


SCHAUBILD ANHANG 7: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II SCHIZOIDE PERSÖNLICKEITSSTÖRUNG

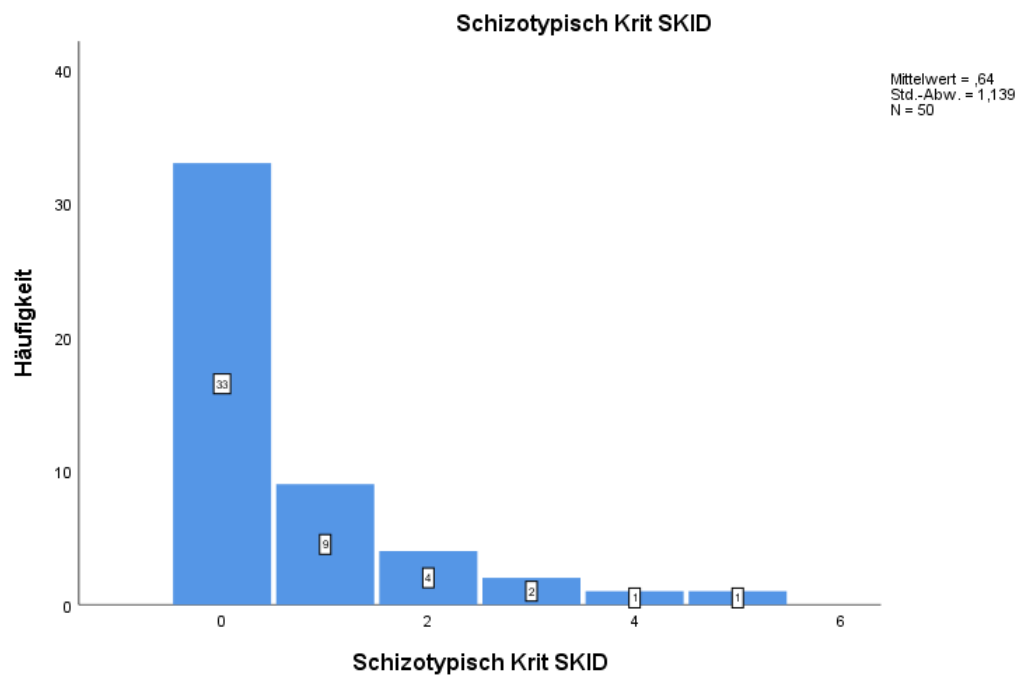


SCHAUBILD ANHANG 8: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICKEITSSTÖRUNG

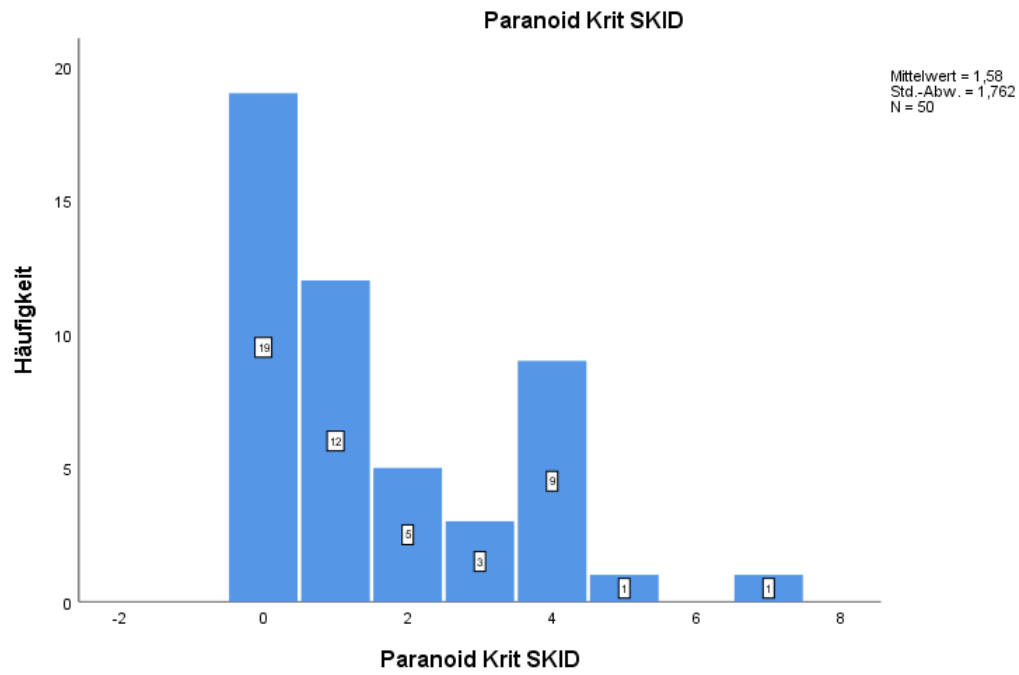


SCHAUBILD ANHANG 9: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II PARANOIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

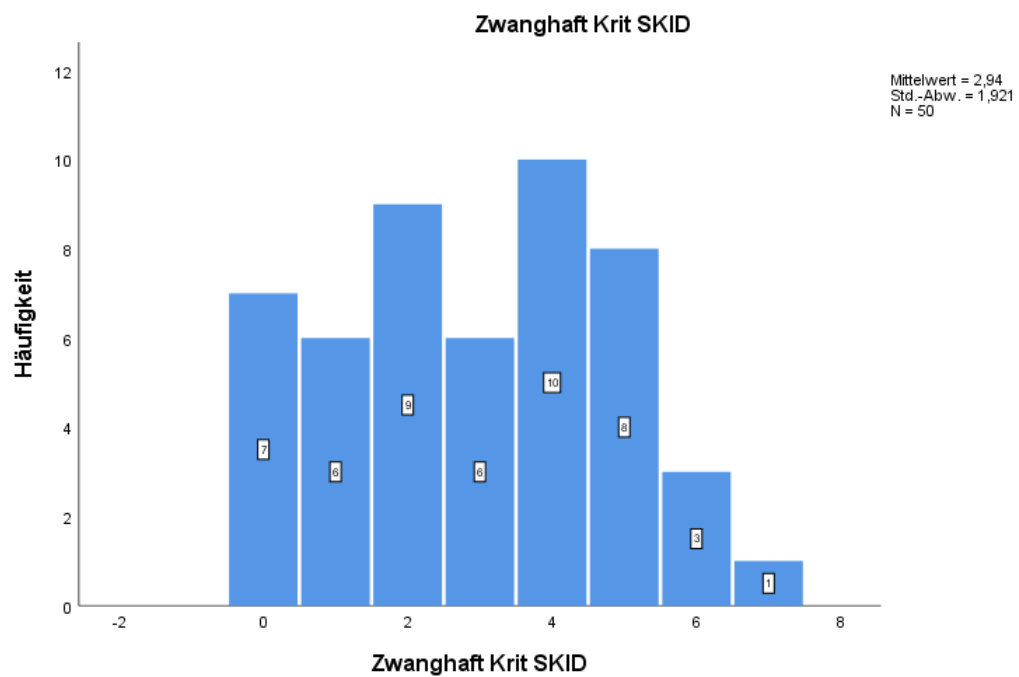


SCHAUBILD ANHANG 10: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II ZWANGHAFTE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

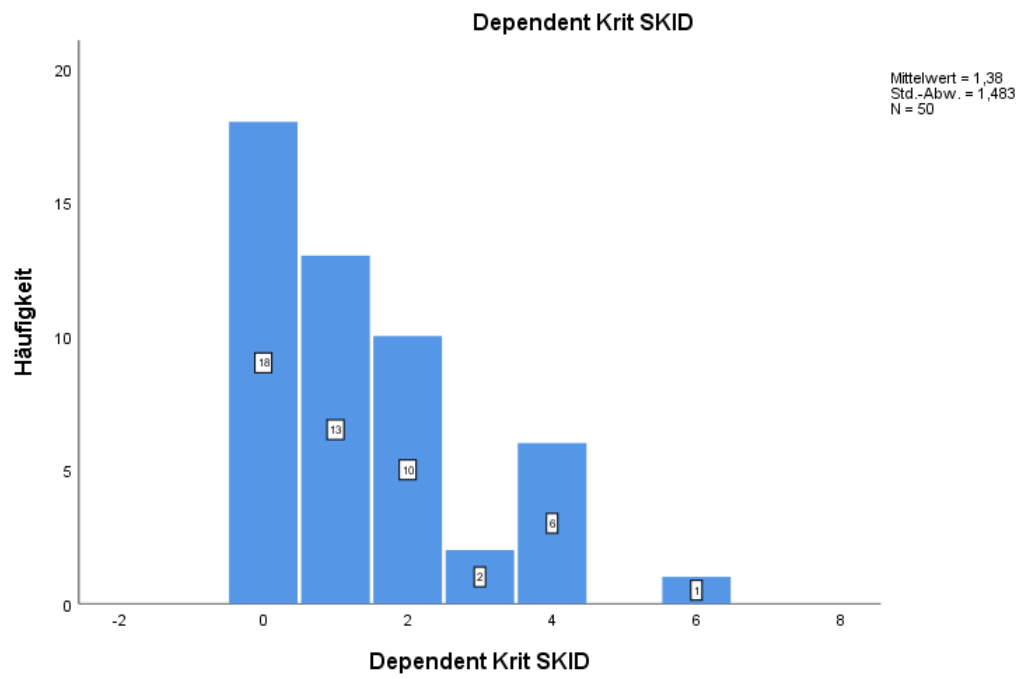


SCHAUBILD ANHANG 11: ERFÜLLTE KRITERIEN SKID-II DEPENDENTE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

U N I K A S S E L
V E R S I T Ä T



Info Studie ‚Persönlichkeitsstile‘

Liebes Stationsteam,

Im Rahmen einer Zusammenarbeit mit der Universität Kassel ist in den folgenden Monaten eine Studie auf verschiedenen Stationen der Klinik Windach geplant. Es werden mehrere Fragebögen abgefragt, die das Thema Persönlichkeitsstörungen betreffen. Hintergrund dafür ist eine psychometrische Prüfung des neu auf Deutsch übersetzten Selbsteinschätzungsfragebogens zur Erfassung der Skala des Funktionsniveaus der Persönlichkeit nach DSM-5, ein Teil eines neu vorgeschlagenen Modells zur differenzierteren Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Geplant ist, dass die Fragebogen-Erhebung in einem zugewiesenen Raum, computergestützt stattfindet und durch Janina Winter betreut wird. Mit einem Teil der Patienten, die die Fragebögen ausgefüllt haben, sollen außerdem SKID-II Interviews geführt werden. Diese werden von Stefanie Kaltenmarkner und Janina Winter durchgeführt.

Da wir eine möglichst große Stichprobe benötigen, sind wir bei der Rekrutierung der Patienten auf Unterstützung angewiesen und würden uns sehr freuen, wenn die Patienten bei Aufnahme dazu motiviert werden, an der Studie teilzunehmen!

Dazu wird es in Kürze einen kleinen Infotext für die Patienten geben, der dann ausgegeben werden kann. Teilnehmen können alle Patienten mit ausreichenden Deutschkenntnissen und hinreichend stabiler psychischer Verfassung.

Für Fragen stehen wir immer gerne zur Verfügung!

Stefanie Kaltenmarkner,

Alica Frenz,

Janina Winter (nwinter@student.uni-kassel.de)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

An der Klinik Windach wird in den kommenden Wochen in Zusammenarbeit mit der Universität Kassel eine Studie durchgeführt. Diese Studie beschäftigt sich mit dem Thema Persönlichkeit und hat zum Ziel die Individualität einer Person bestmöglich zu erfassen.

Dafür würden wir uns über Ihre Unterstützung freuen! Die Ergebnisse können Ihnen, wenn Sie möchten, im Rahmen Ihres Aufenthalts zum einen aufschlussreiche Einblicke in den eigenen persönlichen Stil geben und zum anderen auch hilfreiche Zusatzinformationen für die therapeutische Zusammenarbeit enthalten. Die Nutzung Ihrer Daten für wissenschaftliche Zwecke erfolgt selbstverständlich dann anonymisiert.

Es besteht entweder die Möglichkeit an einem Termin zur Fragebogenteilnahme oder an zwei Terminen zur Fragebogenteilnahme und einem persönlichen Interview teilzunehmen. Die Dauer des Fragebogens beläuft sich auf ca. 30-45 Minuten, die Teilnahme am Interview nimmt ca. 60-90 Minuten in Anspruch. Für eine Terminabsprache wird Sie Frau Kaltenmarkner kontaktieren.

Bei Fragen oder für weitere Informationen können Sie gerne Frau Kaltenmarkner, Frau Frenz und Frau Winter ansprechen.

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen! Vielen Dank!

Teilnahme gewünscht:

Ja Nein

Mit persönlichem Interview

Name: _____

Patientenaufklärung zur Teilnahme an der Studie**Persönlichkeitsstile (SEFP-SE)**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie!

Die Universität Kassel führt in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken, u.a. der Klinik Windach am Ammersee, eine Studie zum Thema Persönlichkeit durch. Bitte lesen Sie sich alles durch und bestätigen Ihre Einwilligung dann mit Ihrer Unterschrift.

Hintergrund und Ziel der Studie:

Unsere Persönlichkeit beeinflusst alle Lebensbereiche, wie wir den Kontakt mit anderen gestalten und auch wie wir uns selbst erleben. Die Annahme ist, dass unsere individuellen Eigenschaften auch beeinflussen, wie wir schwierige Situationen im Alltag erleben und wie wir mit ihnen umgehen. Das Wissen um diese Eigenschaften kann im Umgang mit schwierigen Situationen hilfreich sein. In dieser Studie sollen Daten zu Ihrem persönlichen Stil erhoben werden, um mehr Informationen über verschiedene persönliche Eigenschaften und Einstellungen zu erhalten. So können gegebenenfalls Rückschlüsse für eine ganz individuell abgestimmte Therapieplanung bei psychischen Erkrankungen gezogen werden und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen besser verstanden werden.

Ablauf der Studie:

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen, folgenlos widerrufen werden. Auch die Datenerhebung können Sie jederzeit folgenlos abbrechen. In der folgenden Studie werden Ihnen verschiedene Fragen zu Ihren Einstellungen und dem, wie Sie sich selbst und andere erleben, gestellt. Dies wird ungefähr eine Stunde beanspruchen.

Datenschutz:

Ihre Daten werden anonymisiert erhoben und nur zu Forschungszwecken EDV-gestützt verarbeitet und elektronisch gespeichert. Die Fragebogendaten werden dafür auf dem Server der Universität Kassel (Standort Kassel) und auf elektronischen Datenträgern gespeichert. Alle Mitarbeiter der Studie unterliegen der Schweigepflicht und behandeln Ihre Daten vertraulich. Die gesammelten anonymisierten Studiendaten aller Teilnehmer können dann für wissenschaftliche Darstellungen und Veröffentlichungen verwendet werden, lassen aber in keinem Fall Rückschlüsse auf Sie zu.

Diese Studie erfolgt unter Betreuung von Prof. Dr. phil. Cord Benecke und M.Sc. Psychologie Steffen Müller am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Kassel sowie der psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee unter der ärztlichen Leitung von Dr. Götz Berberich.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an die anwesende Untersuchungsleitung.

Sollten Sie noch weitere Fragen in Bezug auf die Studie haben, können Sie sich jederzeit an die Studienleitung (Prof. Dr. Cord Benecke; Universität Kassel, Institut für Psychologie; Tel: 0561 – 804 3630; e-mail: benecke@uni-kassel.de) wenden.

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Persönlichkeitsstile

Ich habe die Information und Einverständniserklärung gelesen und verstanden. Ich nehme freiwillig an der oben genannten Studie der Universität Kassel zur Persönlichkeit teil. Ich wurde schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt und alle meine Fragen wurden beantwortet.

Meine Daten unterliegen dem Datenschutz und werden nur anonymisiert zu Forschungszwecken veröffentlicht.

Ich gebe hiermit freiwillig meine Zustimmung zur Teilnahme an der Studie zur Persönlichkeit. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum	Name	Geburtsdatum
------------	------	--------------

Unterschrift d. Teilnehmers/Teilnehmerin

Patientenaufklärung zur Teilnahme an der Studie Persönlichkeitsstile (SEFP-SE)**Teil II****Bei Teilnahme an den Interviews:**

In einem Interview werden Ihnen noch weitere Fragen zu Ihrem Selbsterleben gestellt. Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen, auf elektronischen Datenträgern gespeichert und von wissenschaftlichen Mitarbeitern dieser Studie ausgewertet. Alle Mitarbeiter dieser Studie unterliegen der Schweigepflicht und verarbeiten und verwahren die Tonbandaufnahmen mit größter Sorgfalt, sodass alle geltenden Datenschutzrichtlinien eingehalten werden und Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden. Die Verarbeitung der Interviews erfolgt ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke. Sie können jederzeit Ihre Teilnahme am Interview, ohne Angabe von Gründen, folgenlos abbrechen und können jederzeit die Löschung Ihres Interviews verlangen. Eine spätere wissenschaftliche Darstellung und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert und erlaubt keine Rückschlüsse auf die einzelnen Teilnehmer.

Bei Teilnahme an den Interviews:

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass das mit mir geführte Interview zu Forschungszwecken auf Tonband aufgezeichnet, auf elektronischen Datenträgern gespeichert und ausgewertet wird.

Ort, Datum

Name

Geburtsdatum

Unterschrift d. Teilnehmers/Teilnehmerin

Universität Kassel · 34109 Kassel

Janina Winter

z.H. Prof. Dr. C. Benecke

Institut für Psychologie

- im Hause

Prof. Dr. Sigrid James

Fachgebiet: Theorien und Methoden der
Sozialpädagogik

Universität Kassel
Institut für Sozialwesen
Arnold-Bode-Str. 10
34127 Kassel

sigrid.james@uni-kassel.de
Telefon +49 561 804 2959

Studie: „Persönlichkeitsstile“

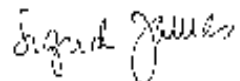
12.06.2018
Seite 1 von 1

Sehr geehrte Frau Winter,

die Ethik-Kommission des Fachbereichs Humanwissenschaften hat sich in ihrer Sitzung am 6. Juni 2018 mit Ihrer Studie befasst. Vielen Dank für das Einreichen der vorgeschlagenen Modifikationen. Die Studie kann nun als ethisch unbedenklich eingestuft werden.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit Ihrem Projekt.

Mit freundlichen Grüßen



Sigrid James

Vorsitzende der Ethikkommission FB01

DANKSAGUNG

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die an der Umsetzung der vorliegenden Promotionsarbeit beteiligt waren. Zunächst gilt mein Dank meinem Betreuer Herrn Dr. Götz Berberich sowie meinem Doktorvater Herrn Prof Dr. Dr. Michael Zaudig sowie meinen Forschungskolleginnen Janina Winter und Alica Frenz und allen weiteren KollegInnen der psychosomatischen Klinik Windach. Vielen Dank für die tatkräftige Unterstützung und die produktive und wertschätzende Zusammenarbeit, wodurch die Studie in diesem Rahmen umgesetzt werden konnte. Ein großer Dank gilt außerdem allen TeilnehmerInnen, ohne deren Bereitschaft und Offenheit die Studie nicht möglich gewesen wäre.

Affidavit



Promotionsbüro
Medizinische Fakultät

**Eidesstattliche Versicherung**

Kaltenmarkner, Stefanie Christine

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

Vergleich des Alternativen Modells des DSM-5 mit der Kategorialen Persönlichkeitsdiagnostik nach DSM-IV/DSM-5

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, 24.01.2021

Ort, Datum

Kaltenmarkner, Stefanie Christine

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand