

Aus dem  
Max-Planck-Institut  
für Psychiatrie München  
Direktorin: Prof. Dr. Dr. Elisabeth Binder

**Persönlichkeit im Kontext von Autismus und Alexithymie.  
Eine quantitative Analyse von autistischen und alexithymen Zügen  
als Prädiktoren verschiedener Persönlichkeitsmuster.**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Leonie Sophia Ilkay Weindel

aus  
Memmingen

Jahr  
2025

---

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Leonhard Schilbach

Mitberichterstatter: Prof. Dr. M. Noterdaeme

PD Dr. Andrea Jobst-Heel

Mitbetreuung durch die  
promovierte Mitarbeiterin: Dr. Laura Albantakis Ph.D.

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 24.07.2025

*Meinen Eltern*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Vorbemerkung</b> .....	<b>7</b>
<b>Hinweis zur gendergerechten Sprache</b> .....	<b>8</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>9</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>9</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>11</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>12</b>
<b>1. Einführung in die Thematik</b> .....	<b>13</b>
1.1 Das Konzept der Autismus-Spektrum-Störung .....	13
1.2 Das Konzept der Alexithymie .....	15
1.3 Das Konzept der Persönlichkeitsstörung .....	15
<b>2. Aktueller Forschungsstand</b> .....	<b>19</b>
2.1 Die Verbindung zwischen Autismus und Alexithymie .....	19
2.2 Zusammenhänge von Autismus und Persönlichkeitsstörungen .....	20
2.3 Die Bedeutung einer Alexithymie für Persönlichkeitsstörungen .....	21
2.4 Persönlichkeitsstörungen im Kontext von Autismus und Alexithymie .....	22
<b>3. Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen</b> .....	<b>23</b>
<b>4. Material und Methoden</b> .....	<b>26</b>
4.1 Messinstrumente .....	26
4.1.1 Beck Depression Inventory-II .....	26
4.1.2 Liebowitz Social Anxiety Scale .....	27
4.1.3 Autism-Spectrum Quotient .....	27
4.1.4 Toronto Alexithymia Scale .....	27
4.1.5 Assessment of DSM-IV Personality Disorders .....	27
4.2 Auswahl und Charakterisierung der Stichproben .....	29
4.2.1 Autist*innen und Nicht-Autist*innen .....	30
4.2.2 Kontrollgruppe .....	31
4.2.3 Persönlichkeitsstruktur der Gruppen .....	31
4.3 Statistische Verfahren .....	34
4.3.1 Generierung der Regressionsmodelle .....	34
4.3.2 Überprüfung der Voraussetzungen der Regressionsmodelle .....	37
4.3.2.1 Lineare Beziehung zwischen Prädiktoren und Outcome-Variable .....	37
4.3.2.2 Multikollinearität .....	38

4.3.2.3	Ausreißer .....	38
4.3.2.4	Linearität und Homoskedastizität der Residuen .....	38
4.3.2.5	Normalverteilung der Residuen.....	38
4.3.2.6	Unabhängigkeit der Residuen.....	39
4.3.2.7	Fazit der Überprüfung .....	39
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>40</b>
5.1	Schizoides Persönlichkeitsmuster .....	40
5.1.1	Gruppe ASS .....	40
5.1.2	Gruppe Nicht-ASS.....	41
5.1.3	Gruppe NT .....	42
5.2	Borderline-Persönlichkeitsmuster .....	42
5.2.1	Gruppe ASS .....	42
5.2.2	Gruppe Nicht-ASS.....	43
5.2.3	Gruppe NT .....	44
5.3	Narzisstisches Persönlichkeitsmuster.....	44
5.3.1	Gruppe ASS .....	44
5.3.2	Gruppe Nicht-ASS.....	45
5.3.3	Gruppe NT .....	46
5.4	Vermeidendes Persönlichkeitsmuster.....	46
5.4.1	Gruppe ASS .....	46
5.4.2	Gruppe Nicht-ASS.....	46
5.4.3	Gruppe NT .....	48
5.5	Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster .....	48
5.5.1	Gruppe ASS .....	48
5.5.2	Gruppe Nicht-ASS.....	49
5.5.3	Gruppe NT .....	50
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse .....</b>	<b>51</b>
6.1	Schizoides Persönlichkeitsmuster .....	52
6.2	Borderline-Persönlichkeitsmuster .....	52
6.3	Narzisstisches Persönlichkeitsmuster.....	52
6.4	Vermeidendes Persönlichkeitsmuster.....	53
6.5	Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster .....	53
<b>7.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>55</b>
7.1	Einordnung der Ergebnisse .....	55
7.1.1	Schizoides Persönlichkeitsmuster .....	55
7.1.2	Borderline-Persönlichkeitsmuster .....	56
7.1.3	Narzisstisches Persönlichkeitsmuster.....	57
7.1.4	Vermeidendes Persönlichkeitsmuster.....	57
7.1.5	Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster .....	58
7.1.6	Einfluss von Depression und Sozialer Phobie.....	58
7.2	Limitationen der Untersuchung und Ausblick.....	59

---

7.3	Bedeutung für die Praxis .....	61
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>63</b>
	<b>Anhang A: Ranges der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik.....</b>	<b>70</b>
	<b>Anhang B: Korrelationsanalysen .....</b>	<b>72</b>
	<b>Anhang C: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen.....</b>	<b>78</b>
	<b>Anhang D: Histogramme und P-P-Diagramme der standardisierten Residuen .....</b>	<b>83</b>
	<b>Anhang E: Dreischrittige multiple lineare Regressionsmodelle .....</b>	<b>93</b>
	<b>Danksagung.....</b>	<b>123</b>
	<b>Affidavit.....</b>	<b>124</b>
	<b>Publikationsliste.....</b>	<b>125</b>

## Vorbemerkung

Das Studiendesign der vorliegenden Arbeit orientiert sich an einer Vorgängerstudie von Albantakis et al., deren Ergebnisse 2020 in der Zeitschrift *Autism* unter dem Titel "Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder." veröffentlicht wurden. Die Autorin der vorliegenden Dissertation arbeitete bereits an der Vorgängerstudie mit und war als Ko-Autorin an der genannten Publikation beteiligt.

Teile der in dieser Dissertation dargestellten Untersuchung sowie wesentliche Ergebnisse wurden 2025 bereits in abgewandelter und komprimierter Form in dem wissenschaftlichen Artikel mit dem Titel "Alexithymic and autistic traits differentially predict personality disorder dimensions." in der Zeitschrift *Autism* veröffentlicht. Die Publikation basiert inhaltlich auf der vorliegenden Dissertation. Die Autorin der Dissertation war als Ko-Autorin an Konzeption, Datenerhebung und –analyse, Untersuchungen, Software, Erstentwurf sowie Überarbeitung des Manuskripts des entsprechenden Artikels beteiligt.

## **Hinweis zur gendergerechten Sprache**

Wenn möglich wird in der Dissertation das Gendersternchen\* verwendet, um non-binäre Personen und Geschlechtsidentitäten einzubeziehen. An einigen Stellen finden sich binäre Formulierungen, die nur „Frauen“ und „Männer“ oder die Adjektive „männlich“ und „weiblich“ voneinander abgrenzen. Dies ist der jeweiligen Datenlage geschuldet, die meist nur zwischen binären Geschlechtsidentitäten unterscheidet.

## Zusammenfassung

Persönlichkeitsstörungen (PS) spielen im Umfeld von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) des Öfteren eine Rolle, sei es als Komorbiditäten oder aufgrund einer Überlapung von Symptomen als mögliche Differentialdiagnosen. Das Konzept der Alexithymie wiederum bezeichnet Schwierigkeiten im Erkennen und Benennen der eigenen Emotionen und ist in der Allgemeinbevölkerung mit einer Rate von ungefähr 10% vertreten. Unter Autist\*innen ist die Häufigkeit deutlich höher, wobei die Literaturangaben stark schwanken. Die vorliegende Dissertation befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen autistischen und alexithymen Zügen sowie schizoiden, Borderline-, narzisstischen, vermeidenden und zwanghaften Persönlichkeitsmustern in drei Gruppen: bei Personen mit einer diagnostizierten ASS, Personen ohne ASS, jedoch mit einer anderweitigen sozialen Interaktionsstörung, sowie in einer neurotypischen Kontrollgruppe. Die interessierenden Zusammenhänge wurden mithilfe von multiplen linearen Regressionsanalysen untersucht. Autistische Züge zeigten sich als signifikanter Prädiktor für schizoide Persönlichkeitsmuster in der ASS-Gruppe sowie für zwanghafte Persönlichkeitsmuster in allen drei Gruppen. Alexithyme Züge stellten einen signifikanten Prädiktor für schizoide sowie für Borderline-Persönlichkeitsmuster in der Kontrollgruppe dar.

## Abstract

Personality disorders (PD) often play a role in the context of autism spectrum disorders (ASD), either as a comorbidity or due to an overlap of symptoms as possible differential diagnoses. The concept of alexithymia again refers to difficulties in identifying and describing one's own emotions and is represented in the general population at a rate of about 10%. Among autistic individuals, the prevalence is notably higher, although the literature varies widely. This thesis deals with the relations between autistic and alexithymic traits as well as schizoid, borderline, narcissistic, avoidant, and obsessive-compulsive personality patterns in three groups: individuals diagnosed with ASD, individuals without ASD but some other social interaction disorder, and a neurotypical control group. The associations of interest were examined using multiple linear regression analyses. Autistic traits significantly predicted schizoid personality patterns in the ASD group and obsessive-compulsive personality patterns in all three groups. Alexithymic traits represented a significant predictor of schizoid and borderline personality patterns in the control group.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Balkendiagramm der Mittelwerte der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik.....	32
Abbildung 2: Boxplot der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik .....	33
Abbildung 3: Übersicht der statistischen Modelle pro Gruppe und Persönlichkeitsmuster .....	36
Abbildung 4: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle A und B....	36

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Clustereinteilung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 .....	16
Tabelle 2: Kernelemente der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 .....	17
Tabelle 3: Übersicht Null- und Alternativhypothesen .....	24
Tabelle 4: Quantifizierung der interessierenden psychiatrischen Zustände .....	26
Tabelle 5: Charakterisierung der Gruppen.....	29
Tabelle 6: Mittelwerte der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik .....	31
Tabelle 7: Anteil der Proband*innen mit überschrittenem Cut-off-Wert in der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik (in %) .....	34
Tabelle 8: Generierung der Variablen.....	35
Tabelle 9: Voraussetzungen der multiplen linearen Regressionsmodelle .....	37
Tabelle 10: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Schizoides Persönlichkeitsmuster .....	41
Tabelle 11: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Borderline- Persönlichkeitsmuster .....	43
Tabelle 12: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Narzisstisches Persönlichkeitsmuster .....	45
Tabelle 13: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Vermeidendes Persönlichkeitsmuster .....	47
Tabelle 14: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster .....	49
Tabelle 15: Prädiktoren der Persönlichkeitsmuster.....	51
Tabelle 16: Hypothesenbezogene Übersicht der Ergebnisse .....	54

## Abkürzungsverzeichnis

ADHS.....	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung(en)
ADOS-2 .....	Autism Diagnostic Observation Schedule-2
ADP-IV.....	Assessment of DSM-IV Personality Disorders
ANOVA .....	Analysis of variance
AQ .....	Autism-Spectrum Quotient
ASD .....	Autism Spectrum Disorder
ASS.....	Autismus-Spektrum-Störung(en) / Autismus-Spektrum-Spezifik(en)
BDI-II.....	Beck Depression Inventory-II
DSM.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HFA.....	High-Functioning-Autismus
ICD .....	International Classification of Diseases
KS.....	Kolmogorov-Smirnov(-Test)
LFA .....	Low-Functioning-Autismus
LSAS.....	Liebowitz Social Anxiety Scale
MPI .....	Max-Planck-Institut
PD.....	Personality Disorder
P-P-Diagramm .....	Probability-Probability-Diagramm
PS.....	Persönlichkeitsstörung(en)
SKID-II .....	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-II: Persönlichkeitsstörungen
SW .....	Shapiro-Wilk(-Test)
TAS-20.....	Toronto Alexithymia Scale
ToM.....	Theory of Mind

# 1. Einführung in die Thematik

## 1.1 Das Konzept der Autismus-Spektrum-Störung

Die Geschichte des Konstrukts Autismus ist lang und durch vielfältige Herangehens- und Betrachtungsweisen gekennzeichnet. Während Eugen Bleuler 1911 den Begriff des Autismus noch mit einer „Loslösung von der Wirklichkeit zusammen mit dem relativen und absoluten Überwiegen des Binnenlebens“ [1] als eines der Hauptsymptome an Schizophrenie erkrankter Erwachsener einführte, stellte Leo Kanner 1943 in der Zeitschrift *Nervous Child* acht Kinder vor, die Symptome wie Störungen in der sozialen Interaktion, stereotype Verhaltensweisen und Sprachstörungen zeigten – er beschrieb das Bild des frühkindlichen Autismus als eigenständige Erkrankung [2, 3]. Auch Hans Asperger präsentierte fast zeitgleich 1944 in seiner Schrift *Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter* [4] die Fälle von vier Kindern, die unter anderem durch mangelnden Blickkontakt im Gespräch, Armut in Gestik und Mimik, Sprachstörungen, Defizite in der Aufmerksamkeit, mangelndes Empathievermögen, stereotype Verhaltensweisen und besondere Interessen auffielen. Allen gemeinsam war dabei eine normale bis überdurchschnittliche Intelligenz. Er übernahm den Begriff des „Autismus“ von Bleuler mit der Worterklärung „der Autistische ist nur ‚er selbst““. Bis zur Übersetzung ins Englische 1981 [5], mit der auch die Betitelung als Asperger-Syndrom einherging, blieb seine Arbeit jedoch weitgehend unbeachtet. [6]

Heute wird versucht sich mithilfe von Klassifikationssystemen wie der ICD (International Classification of Diseases) oder dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der Komplexität einer Autismusdiagnose zu nähern. Die ICD-10 unterscheidet hier bei den sogenannten Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84.-) unter anderem zwischen dem Frühkindlichen Autismus (F84.0), dem Atypischen Autismus (F84.1) und dem Asperger-Syndrom (F84.5). Der Frühkindliche Autismus geht mit qualitativen Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und der Kommunikation sowie mit stereotypen, repetitiven Verhaltensmustern, eingeschränkten Interessen und Aktivitäten einher. Diese veränderte Entwicklung manifestiert sich bereits vor dem dritten Lebensjahr. In Abgrenzung dazu verlaufen beim Asperger-Syndrom die kognitive sowie die frühe Sprachentwicklung altersgemäß bei gleichermaßen beeinträchtigter sozialer Interaktion und Auftreten von stereotypen Verhaltensweisen. Asperger-Patient\*innen zeigen im Vergleich zu Menschen mit einer anderen Autismusform einen höheren Intelligenzquotienten und häufig auf hohem Niveau ausgeprägte Sonderinteressen. Ein Atypischer Autismus wird dann diagnostiziert, wenn nicht alle Kriterien für einen Frühkindlichen Autismus erfüllt sind, beispielsweise die Symptome nach der Vollendung des dritten Lebensjahres auftreten oder nur zwei der drei Kernbereiche soziale Interaktion/Kommunikation/stereotype Verhaltensmuster erfüllt sind. [7-9]

In der aktuellen und fünften Version des DSM (DSM-5) werden die oben genannten ICD-10-Diagnosen Frühkindlicher Autismus, Atypischer Autismus sowie Asperger-Syndrom bzw. die DSM-IV-Diagnosen Autistische Störung (299.00) und Asperger-Syndrom

(299.80) [10] unter dem Oberbegriff der Autismus-Spektrum-Störung (F84.0) (ASS) zusammengefasst. Auf diese Weise kann einem Kontinuum von Symptomausprägungen eher Ausdruck verliehen werden. Sensitivität und Spezifität der Diagnose sollen so verbessert werden. Fließende Übergänge zwischen den Krankheitsbildern können berücksichtigt werden und verlangen keine starre Einteilung in einzelne Kategorien mehr. Zudem fließt auch vermehrt eine Berücksichtigung der Funktionalität und Beeinträchtigung von Betroffenen in verschiedenen Lebenskontexten ein. [11, 12] Auch die neueste Version der ICD (ICD-11) geht weg von der kategorialen Diagnostik hin zu einem Spektrumsbegriff des Autismus (6A02) mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden [13].

Ferner soll an dieser Stelle noch das Konzept des High-Functioning-Autismus (HFA) – abgegrenzt vom Low-Functioning-Autismus (LFA) – erwähnt werden. Dieses stellt keine Definition an sich dar, sondern soll Menschen mit Frühkindlichem Autismus und gleichzeitig durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz charakterisieren. [14, 15]

Die Prävalenz einer ASS in der Normalbevölkerung wird bei ungefähr 1% angenommen [16]. Aufgrund eines fehlenden fundierten Wissens wurden Störungen aus dem Autismus-Spektrum lange Zeit häufig verkannt. Nachdem das Asperger-Syndrom erst in den 1990er Jahren Einzug in die Klassifikationssysteme hielt, erhalten viele Autist\*innen ihre Diagnose heute erst im Erwachsenenalter. Dem geht oft ein langer Weg geprägt von nicht erfüllbaren gesellschaftlichen Erwartungen und daraus resultierenden multiplen Problematiken voraus. [14, 16] Nicht ohne Grund wird dieses Patient\*innen-Kollektiv auch als „lost generation“ bezeichnet [17].

Das Vorhandensein einer ASS oder zumindest einer sogenannten „autistischen Basisstruktur“ [16] (ein eher subsyndromaler Autismus, verglichen mit primären ASS weniger stark ausgeprägte autistische Züge), prädisponiert zudem für psychiatrische Komorbiditäten. Darunter finden sich Angst- und Zwangserkrankungen, depressive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), psychotische Episoden, Essstörungen u. v. m.. Auch die Begünstigung einer Entwicklung diverser Persönlichkeitsstörungen (PS) ist anzunehmen (s. Kapitel 2.2). Fehldiagnosen des Autismus als anderweitige psychiatrische Erkrankung oder ein nicht beachteter komorbider Autismus waren und sind immer noch oft die Folge. Wird bei einer Diagnosestellung eine primär zugrundeliegende ASS nicht erkannt und folglich nicht ins Therapiekonzept einbezogen, so kann dies weitreichende Auswirkungen auf Compliance und Behandlungserfolg der Patient\*innen haben. [6, 16, 18, 19] Ebenso ist das Wissen über häufige Komorbiditäten von Autist\*innen essentiell, zumal deren Entwicklung durch prophylaktisches Screening und Früh-Interventionen eventuell sogar verhindert oder verringert werden kann, da sich die komorbiden Störungen im Gegensatz zum Autismus meist erst im späteren Verlauf entwickeln. [20, 21]

Einen bedeutenden Punkt in der Auseinandersetzung mit Autismus bildet die sensible und aufmerksame Verwendung von Begrifflichkeiten. Betroffene sehen ihre Eigenschaften oft nicht als Störung und wünschen sich zurecht ein weniger defizitorientiertes Verständnis in Klinik, Wissenschaft und Gesellschaft. Dziobek und Stoll [14] weisen in die-

sem Kontext auf das Konzept der „Neurodiversität“ in Abgrenzung zum Begriff der „Störung“ hin. Eine solche Benennung repräsentiert eine neuronale Vielfalt mit verschiedenen Ausprägungen im Gegensatz zu einer starren Differenzierung zwischen „gesund“ und „krank“. Psychisch unauffälligen Personen wird hierbei das Adjektiv „neurotypisch“ zugewiesen, welches auch in der vorliegenden Arbeit Verwendung findet. Menschen mit besonderen psychischen Eigenschaften wie Autismus, ADHS etc. wird der Begriff „neurodivergent“ zugeordnet. Die gängige Bezeichnung aus den Klassifikationssystemen als Autismus-Spektrum-Störung kann diesem Ansatz folgend auch durch den Ausdruck der Autismus-Spektrum-Spezifität ersetzt werden. [14]

## 1.2 Das Konzept der Alexithymie

Das Konzept der Alexithymie wurde in den 1970er Jahren von Peter E. Sifneos [22] sowie John C. Nemiah et al. [23] entwickelt und umfasst Schwierigkeiten im Erkennen und Benennen der eigenen Emotionen. Es beinhaltet eine mangelnde Fähigkeit zur Differenzierung zwischen emotionalen und anderweitigen körperlichen Empfindungen, eine Neigung zu externalisiertem Denken und eine limitierte Vorstellungskraft. Ursprünglich stammt das Alexithymie-Konstrukt aus dem Kontext der Psychosomatik und wurde psychosomatischen Patient\*innen zugeschrieben. Mit der Zeit konnte jedoch gezeigt werden, dass auch Menschen außerhalb des psychosomatischen Behandlungsbereichs von einer Alexithymie betroffen sein können. Alexithyme Eigenschaften werden seither eher als dimensionale Persönlichkeitsmerkmale betrachtet. [24, 25]

Das Vorliegen einer Alexithymie prädisponiert u.a. für das Auftreten von somatoformen Störungen, Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen [26-29]. Aktuelle Forschung zeigt zudem über eine sogenannte Gefühlsblindheit hinausgehende Defizite in der Interozeptionsfähigkeit von Menschen mit Alexithymie, die auch nicht-affektive Zustände wie beispielsweise Hunger oder die Wahrnehmung der Körpertemperatur oder des eigenen Herzschlags betreffen [30-32]. Aus dem Mangel an Selbstwahrnehmung, sowohl psychischer als auch physischer Art, kann ein negatives und riskantes Gesundheitsverhalten entstehen, was sich in einer erhöhten Mortalitätsrate von Alexithymen niederschlägt [33].

Die Alexithymierate in der Allgemeinbevölkerung wird bei ca. 10 % angenommen [34].

## 1.3 Das Konzept der Persönlichkeitsstörung

„Normales“ von „nicht-normalem“ Verhalten zu unterscheiden und daraus die Diagnose einer PS abzuleiten ist problematisch und birgt viele Schwierigkeiten und Risiken, ähnlich den bereits thematisierten im Bereich des Autismus. Ab wann entsprechen ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Eigenschaften nicht mehr dem/denen der neurotypischen Bevölkerung?

DSM-5 und ICD-10 beschreiben PS folgendermaßen: PS stellen tiefgreifende, stabile, unflexible Erlebens- und Verhaltensmuster dar, die deutlich „von den Erwartungen der

soziokulturellen Umgebung abweich[t]en.“ [12] Dieses auffällige Verhalten zeigt sich besonders in folgenden Kontexten: Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung, Denken und zwischenmenschliche Beziehungen. Die Muster beginnen in der Kindheit oder Jugend, sind langanhaltend und manifestieren sich im Erwachsenenalter. Sie äußern sich „in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen“ [35] und wirken sich auf das soziale, berufliche und andere wichtige Funktionsniveaus aus. Es besteht ein deutlicher subjektiver Leidensdruck. Zudem lassen sich die Wesensmerkmale nicht durch andere psychische oder organische Störungsbilder oder eine Substanzeinnahme erklären. [12, 35, 36]

Um sich einer Klassifizierung der unterschiedlichen PS zu nähern, existieren verschiedene Ansätze, darunter der kategoriale mit starren Cut-Off-Werten und einer konkreten Einteilung der einzelnen PS sowie der dimensionale, der sich eine stufenfreie Beschreibung mit fließenden Übergängen und einem Nebeneinander von Persönlichkeitszügen darstellt. Letzterer wird häufig favorisiert, da sich der Kontinuum-Charakter von Persönlichkeitseigenschaften so besser erfassen lässt [37].

DSM-5 und ICD-10 geben spezifische Kategorien von PS vor, es ist jedoch auch möglich diese mit anderen Störungsbildern kombiniert zu diagnostizieren. Die ICD-11 revolutioniert diesen Ansatz und legt den Fokus auf die dimensionale Diagnostik: gänzlich weg von einzelnen Störungskategorien erfolgt nun die Bewertung des Schweregrades der PS mittels „der Bestimmung von Einschränkungen im Bereich des Selbst und der interpersonellen Funktionen“. [36] Auch im DSM-5 [12] wird in Teil III („In Entwicklung befindliche Instrumente und Modelle“) ein alternatives Hybridmodell zum traditionellen Ansatz vorgestellt, durch das PS anhand von „Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und durch problematische Persönlichkeitsmerkmale charakterisiert“ werden sollen. Es können dann spezifische PS abgeleitet werden, wodurch dimensionale und kategoriale Herangehensweise vereint werden.

Das DSM-5 teilt die PS in drei Cluster ein (s. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Clustereinteilung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5**

Cluster	Persönlichkeitsstörungen
A	paranoid, schizoid, schizotyp
B	antisozial, Borderline, histrionisch, narzisstisch
C	vermeidend-selbstunsicher, dependent, zwanghaft

Patient\*innen mit einer Cluster-A-PS werden oft als „sonderbar oder exzentrisch“ beschrieben, Patient\*innen aus Cluster B als „dramatisch, emotional oder launisch“ und Patient\*innen des Cluster C als „ängstlich oder furchtsam“ [12].

In Tabelle 2 werden die PS stichpunktartig anhand ihrer Kernelemente im DSM-5 vorgestellt. Abweichungen in der ICD-10 sind ebenfalls aufgeführt.

**Tabelle 2: Kernelemente der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5**

Persönlichkeitsstörung	Kernelemente	Abweichungen in Bezeichnung bzw. Kodierung nach ICD-10 [35]
Paranoide PS (F60.0)	Misstrauen, Argwohn, böswillige Auslegung der Motive anderer	
Schizoide PS (F60.1)	Distanziertheit, eingeschränkte emotionale Ausdrucksmöglichkeiten	
Schizotype PS (F21)	Unbehagen in nahen Beziehungen, Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung, eigentümliches Verhalten	
Antisoziale PS (F60.2)	Missachtung und Verletzung der Rechte anderer	Dissoziale PS
Borderline-PS (F60.3)	Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Affekten, hoher Grad an Impulsivität	Emotional instabile PS - Impulsiver Typ (F60.30) - Borderline-Typ (F60.31)
Histrionische PS (F60.4)	übermäßige Emotionalität, Heischen nach Aufmerksamkeit	
Narzisstische PS (F60.81)	Großartigkeitsgefühle, Bedürfnis nach Bewunderung, mangelnde Empathie	Sonstige spezifische PS, u.a. narzisstisch (F60.8)
Vermeidend-Selbstunsichere PS (F60.6)	soziale Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühle, Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung	Ängstliche (vermeidende) PS
Dependente PS (F60.7)	unterwürfiges und anklammerndes Verhalten, übermäßiges Bedürfnis nach Umsorgtwerden	Abhängige (asthenische) PS
Zwanghafte PS (F60.5)	starkes Bedürfnis nach Ordnung, Perfektion	Anankastische [zwanghafte] PS

Die Schizotype PS findet sich in beiden Klassifikationssystemen bei den Schizophrenie-Spektrum-Störungen. Die ICD-10 kodiert unter F60.8 Sonstige spezifische PS, hierunter fallen außer der Narzisstischen zusätzlich die Exzentrische, Haltlose, Passiv-aggressive, Psychoneurotische und Unreife Persönlichkeit(-sstörung).

Nach DSM-5 kann eine „Nicht näher bezeichnete PS“ vergeben werden, wenn bei gleichzeitigem Vorhandensein der allgemeinen Kriterien die Wesenszüge mehrerer PS auftreten, ohne jedoch die jeweils vollständigen Merkmale zu erfüllen. Die Diagnose ist ebenfalls für Verhaltensmuster möglich, die die allgemeinen Kriterien für PS erfüllen, deren zugehörige Form aber nicht im DSM-5 enthalten ist.

In der deutschen Allgemeinbevölkerung wird die Prävalenz von PS mit ungefähr 11% angenommen, wohingegen die Rate unter stationär-psychiatrischen Patient\*innen 40-50% beträgt. Am häufigsten kommen die Dependente, Antisoziale, Histrionische und

Borderline-PS vor (Prävalenz bis zu 3%), gefolgt von der Paranoiden und Vermeidend-Selbstunsicheren PS (bis zu 2%). Die Prävalenz der anderen PS liegt bei unter 1%. [36]

Die Dissertation orientiert sich bezüglich der PS-Bezeichnungen am DSM-5, da dieses häufig für Forschungsfragen verwendet wird. Für die „Vermeidend-Selbstunsichere“ PS wird der Übersichtlichkeit halber der Begriff „Vermeidende PS“ bevorzugt.

## 2. Aktueller Forschungsstand

### 2.1 Die Verbindung zwischen Autismus und Alexithymie

Beide Phänomene, sowohl Autismus als auch Alexithymie, sind mit Schwierigkeiten im emotionalen Wahrnehmen bzw. Verarbeiten assoziiert, wobei diese Problematik bei Autist\*innen meist eher auf das Gegenüber, bei Alexithymen dagegen auf das Selbst bezogen wird. Menschen mit einer ASS sind deutlich häufiger von Alexithymie betroffen als die neurotypische Bevölkerung, nämlich mit einer Rate von durchschnittlich etwa 50% [38]. Studien identifizierten alexithyme Züge zudem als Teil des "Broader Autism Phenotype", also gewissen Autismus-Merkmalen, die auch nahe Verwandte von ASS-Patient\*innen zeigen, die jedoch nicht im gleichen Maße ausgeprägt und einschränkend sind [39, 40]. Diese Prävalenzrate einer Alexithymie unter Autist\*innen erweist sich jedoch bei näherer Betrachtung je nach Studie als recht variabel: eine Metaanalyse von Kinnaird et al. [27] beschrieb eine Range von 33,3% bis 63%. Daraus lässt sich schließen, dass alexithyme Menschen eher eine Subgruppe innerhalb der ASS darstellen könnten, als dass alexithyme Symptome über das gesamte Autismus-Spektrum verteilt sind.

Der sogenannten Alexithymie-Hypothese zufolge könnte eher eine komorbide Alexithymie für die beeinträchtigte Empathiefähigkeit und Emotionswahrnehmung bzw. -interpretation von Autist\*innen verantwortlich sein als der Autismus an sich [31, 34]. Lombardo et al. [41] beschrieben, dass Menschen mit einer ASS große Schwierigkeiten sowohl im Bereich der Empathie als auch in selbstbezogener Kognition haben. Die Alexithymiewerte in der Studie waren u.a. negativ mit der Leistung im Reading the Mind in the Eyes-Test korreliert, in dem Bildern der Augenregion von Schauspieler\*innen die zugehörigen Gedanken und Gefühle zugeordnet werden. Dadurch soll die Fähigkeit zur Theory of Mind (ToM) überprüft werden, also die Fähigkeit dem Gegenüber oder sich selbst mentale Inhalte (Gedanken, Emotionen, Intentionen etc.) zuzuschreiben und dadurch ein bestimmtes Verhalten vorauszusagen. [42] Diese Fähigkeit könnte der Studie nach bei ASS-Patient\*innen durch eine gleichzeitig vorhandene Alexithymie beeinträchtigt sein. Auch Kinnaird et al. [27] identifizierten in für Alexithymie und ASS kontrollierten Studien erstere eher als Prädiktor für mangelnde mimische, verbale und musische Emotionserkennung als den Autismus. Eine fMRT<sup>1</sup>-Studie von Bird et al. [43] ergab einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Alexithymielevel und der Aktivität von empathiebezogenen Hirnarealen während des Beobachtens von Schmerzen beim Gegenüber; es trat hier kein Unterschied zwischen Autist\*innen und Kontrollgruppe auf, wenn für Alexithymie kontrolliert wurde. Schwächen von ASS-Patient\*innen im emotionalen und sozialen Wahrnehmen, Verarbeiten und Verhalten scheinen demnach von einer gleichzeitig vorhandenen Alexithymie bedingt zu sein [40]. Lombardo und Kolleg\*innen [41] erwähnten hier zur Bestätigung auch die sogenannte Simulationstheorie, nach der das Verständnis des Gegenübers durch das Nutzen von Informationen über sich

---

<sup>1</sup> funktionelle Magnetresonanztomographie

selbst funktioniert, aus denen ein Modell für die Perspektive des anderen generiert wird. Fremdwahrnehmung bedarf demnach einer intakten Eigenwahrnehmung. Relevant ist dies u.a. für die Praxis: Therapiekonzepte und Interventionen können durch Alexithymie erschwert werden, vor allem solche, die auf eine enge therapeutische Beziehung sowie eine tiefgehende emotionale Arbeit aufbauen [44]. Für Compliance und Therapieerfolg kann es deshalb wichtig sein alexithyme Züge zu identifizieren und Behandlungskonzepte gegebenenfalls anzupassen.

Auch in der Forschung spielt die wechselseitige Beziehung der beiden Konzepte eine Rolle. Alexithymie und Autismus können sich – sowohl für sich allein als auch bei gemeinsamem Auftreten – begünstigend auf die Entstehung von Depressionen, Angsterkrankungen und anderen psychiatrischen Zuständen auswirken. [17, 34, 45, 46] Albantakis et al. [45] identifizierten in diesem Kontext alexithyme Züge unter Autist\*innen als Prädiktor für depressive Symptome, autistische Eigenschaften dagegen als Prädiktor für eine soziale Phobie. Bei Patient\*innen mit einer sozialen Interaktionsstörung, aber keiner ASS, erwiesen sich beide Wesensmerkmale lediglich als Prädiktor für eine soziale Phobie. In einer neurotypischen Kontrollgruppe erklärten alexithyme und autistische Züge die Varianz sowohl von Depression als auch von sozialer Phobie. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz einer möglichen Beeinflussung von Ergebnissen in der Autismus-Forschung durch Alexithymie und andere Komorbiditäten. Auch Kinnaird et al. [27] empfahlen diesbezüglich eine Beachtung von Alexithymie als Kontrollvariable sowie darüber hinaus eine Auseinandersetzung mit weiteren möglichen Confoundern, speziell Angst und Depression, ebenso Berthoz und Kolleg\*innen [40].

## 2.2 Zusammenhänge von Autismus und Persönlichkeitsstörungen

Wie aus Kapitel 1.1 hervorgeht, bestand lange Zeit große Unwissenheit im Bereich der ASS. Neben einer Verkennung des Autismus wurden und werden häufig Fehldiagnosen abgeleitet, darunter Depression, Zwangsstörung, Schizophrenie, aber auch diverse PS. Den Patient\*innen wird hier beispielsweise eine Schizoide, Schizotype, Borderline-, Narzisstische, Zwanghafte, Vermeidende oder Dependente PS zugeschrieben, je nach im Vordergrund stehender Symptomatik. Der zugrundeliegende Autismus wird damit nicht nur fehlgedeutet bzw. nicht erkannt, sondern es folgt gegebenenfalls auch eine falsche Therapie. Medikamente und Psychotherapien schlagen nicht an und können negative Folgen hervorrufen. [6, 16] Eine exakte Differentialdiagnostik von Autismus und PS kann sich aufgrund von überlappenden Symptomatiken im Bereich der Störungen sozialer Interaktion und vielseitigen Komorbiditäten schwierig gestalten kann, so auch geschildert bei Rinaldi et al. [47]. Umgekehrt betrachtet beschrieben Strunz et al. [48] in einer klinischen Stichprobe von Proband\*innen, die sich auf Verdacht hin in einer Autismus-Ambulanz vorstellten, neben einer Depression/Dysthymie und einer Sozialen Phobie die Paranoide, Vermeidende und Narzisstische PS als häufigste Differenzialdiagnosen unter den Patient\*innen, bei denen letztendlich keine ASS festgestellt werden konnte.

Ein im Kindesalter nicht diagnostizierter Autismus und die daraus resultierenden multiplen sozialen Schwierigkeiten können gleichwohl einen prädisponierenden Faktor für die konsekutive Ausbildung von PS darstellen [47]. Diesem Denkansatz folgend konnten verschiedene Studien Zusammenhänge zwischen einer ASS bzw. einer autistischen Basisstruktur einerseits sowie PS andererseits finden. So fand eine aktuelle großangelegte Studie von Keller et al. [20] mit 500 Proband\*innen eine hohe Komorbidität der beiden Störungsbilder: 24% der Menschen mit ASS wiesen gleichzeitig eine PS auf. Als besonders häufig erwiesen sich hier die Paranoide sowie die Borderline-PS. Bereits in den Jahren zuvor hatte sich die Forschung in diese Richtung intensiviert. Lugnegård et al. [49] untersuchten Proband\*innen mit Asperger-Syndrom, darunter erfüllten 65% der Männer und 32% der Frauen die Kriterien für eine Cluster-A- oder Cluster-C-PS. Im Detail waren dies die Schizoide, Schizotype (Cluster A), Vermeidende und Zwanghafte (Cluster C) PS. Auch fielen gehäuft gewisse Persönlichkeitszüge auf, wenn nicht die vollständigen Kriterien für eine PS vorhanden waren, vornehmlich vermeidende, zwanghafte und schizoide, aber auch narzisstische und paranoide. Anckarsäter und Kolleg\*innen [50] konnten ebenso ein erhöhtes Vorkommen von Cluster-A- und -C-PS bei ASS-Patient\*innen zeigen; am häufigsten identifizierten sie hierbei eine Zwanghafte PS. Bei Strunz et al. [51] zeigten sich gleichermaßen die Zwanghafte und die Schizoide PS am häufigsten als komorbid. Esterberg et al. [52] näherten sich der Frage nach einer Komorbidität von der anderen Seite: Jugendliche mit Schizotyper PS wiesen vermehrt autistische Symptome in der Vergangenheit und auch zum Zeitpunkt der Studie auf, speziell im Bereich soziale Beeinträchtigung und außergewöhnliche Interessen bzw. außergewöhnliches Verhalten. Die Forschungsgruppe um Tebartz van Elst fand Hinweise auf ein gehäuftes gleichzeitiges Auftreten von Autismus und einer Borderline-PS [53, 54], ebenso wie zuvor Rydén et al. [55]. Auch Dudas und Kolleg\*innen [56] entdeckten eine Überlappung von autistischen Zügen und der Borderline-PS. Dell’Osso et al. [57] berichteten ein vermehrtes Auftreten autistischer Züge bei Menschen mit Borderline-PS und brachten diese zudem mit einer erhöhten Suizidalität in Verbindung.

An dieser Stelle muss ferner die generelle Frage in Forschung und Klinik erwähnt werden, ob und bis zu welchem Punkt bei Autist\*innen die Diagnose einer PS erfolgen sollte. Es wird diskutiert, ob die Persönlichkeitsentwicklung bei Menschen mit Autismus vergleichbar zu der von Menschen ohne Autismus verläuft und dementsprechend bei einer Abweichung von der „Norm“ eine PS diagnostiziert werden kann. In jedem Fall ist die Information über spezifische Persönlichkeitsmuster jedoch sicherlich auch unabhängig von einer Diagnosestellung von Nutzen. [58]

### **2.3 Die Bedeutung einer Alexithymie für Persönlichkeitsstörungen**

Die Forschung nimmt eine Assoziation zwischen Zügen von gewissen Persönlichkeitsstörungen und einer Alexithymie an. So beschäftigten sich Bach et al. [59] bereits in den 1990er Jahren mit dem Zusammenhang der beiden Symptomatiken und identifizierten

schizotype, dependente und vermeidende Persönlichkeitsdimensionen als positive Prädiktoren sowie histrionische Züge als einen negativen Prädiktor für eine Alexithymie. De Rick und Vanheule [60] untersuchten ein Sample von Patient\*innen mit einer Alkoholabhängigkeit sowie eine gesunde Kontrollgruppe: In der klinischen Gruppe konnten signifikante positive Zusammenhänge zwischen einer Alexithymie und schizoiden, vermeidenden sowie antisozialen Persönlichkeitszügen ausgemacht werden. Schizotype Merkmale dagegen waren hier negativ mit einer Alexithymie korreliert. Diese Ergebnisse ließen sich nicht auf das neurotypische Sample ausweiten, die Autor\*innen empfahlen hier eine Intensivierung der Forschung. Coolidge et al. [61] stellten eine positive Assoziation von Alexithymielevel und schizoiden, vermeidenden und paranoiden Eigenschaften fest. Die Histrionische PS war ebenfalls negativ mit Alexithymiewerten korreliert. Darüber hinaus zeigte sich ein Zusammenhang von alexithymen Zügen und depressiven Symptomen. Loas et al. [62] ermittelten die Vermeidende PS als Prädiktor für Alexithymie. Kılıç et al. [63] untersuchten eine Gruppe von Borderline-Patientinnen und fanden signifikant höhere Alexithymie-Werte als in der Kontrollgruppe. Auch hier erwiesen sich sowohl Alexithymie als auch Depression als Prädiktoren für eine Borderline-PS.

## **2.4 Persönlichkeitsstörungen im Kontext von Autismus und Alexithymie**

Nanchen et al. [54] konnten zeigen, dass Patientinnen mit einer Borderline-PS und gleichzeitig stark ausgeprägten autistischen Zügen signifikant höhere Alexithymie-Werte aufwiesen und größere Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen angaben als Borderline-Patientinnen mit niedrigem Autismus-Level. Die Schnittstelle Autismus/Alexithymie/PS stellt jedoch ein recht neues Forschungsfeld dar.

Die vorliegende Dissertation bewegt sich in genau diesem Kontext. Anhand des im Vorangehenden dargelegten Forschungsstandes liegt die Schlussfolgerung nahe, dass eine Komorbidität von Autismus, Alexithymie und PS sich wechselseitig in der jeweiligen Symptomatik beeinflussen kann. Eine Kenntnis von potentiellen Zusammenhängen und Unterschieden kann für Forschung, Diagnostik und Behandlung essenziell sein. Der folgende Teil der Arbeit beinhaltet eine Analyse von Prädiktoren verschiedener Persönlichkeitsmuster unter Fokussierung auf die Konzepte Autismus und Alexithymie.

### 3. Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen

Die anschließenden Ziele wurden in der Dissertation verfolgt: Im Feld der Konzepte Autismus und Alexithymie sollten Zusammenhänge bezüglich häufig assoziierter PS bzw. Persönlichkeitsmustern erfasst werden. Gängige Komorbiditäten sollten beachtet und als mögliche Confounder kontrolliert werden, speziell sollte hier das Augenmerk auf Depression und Sozialer Phobie liegen (s. Kapitel 2.1). Daneben sollten auch Alter und Geschlecht als demografische Merkmale im Studiendesign berücksichtigt werden. Die genannten Relationen sollten aufgrund der dimensionalen Verteilung von autistischen und alexithymen Zügen über das gesamte menschliche Spektrum [64, 65] bei verschiedenen Grundkonstitutionen überprüft werden: bei Personen mit einer diagnostizierten ASS, Personen ohne ASS, jedoch mit einer anderweitigen sozialen Interaktionsstörung, sowie in einem neurotypischen Kollektiv.

Die Auswahl der zu untersuchenden Persönlichkeitsmuster wurde anhand des in Kapitel 2.2 bis 2.4 behandelten aktuellen Forschungsstandes getroffen. Neben der Berücksichtigung der dort besprochenen Zusammenhänge wurde eine Abdeckung der drei Persönlichkeitscluster nach DSM-5 angestrebt. Basierend auf diesen Ansätzen sollte sich die Dissertation mit Einflussfaktoren für ein schizoides (Cluster A), Borderline- und narzisstisches (Cluster B) sowie vermeidendes und zwanghaftes Persönlichkeitsmuster (Cluster C) auseinandersetzen. Gerade die Schizoide, die Borderline- und die Vermeidende PS fanden sich in vorheriger Forschung sowohl im Umfeld von Alexithymie als auch von Autismus. Eine Zwanghafte PS wurde oft im Zusammenhang mit Autismus genannt, Alexithymie schien hier weniger eine Rolle zu spielen. Die definierenden Persönlichkeitszüge einer Narzisstischen PS werden zwar vordergründig oft auch Autist\*innen zugeschrieben, der aktuelle Forschungsstand wies hier jedoch eher auf die beiden Konstrukte als voneinander verschiedene Entitäten ohne wechselseitigen Einfluss hin. Auch eine Alexithymie stand mit einem Narzissmus eher in keinem Zusammenhang. (Vgl. auch [66])

Daraus ergab sich die folgende **Forschungsfrage**:

Haben autistische und/oder alexithyme Züge einen prädiktiven Wert für bestimmte Persönlichkeitsmuster?

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der anschließend aufgestellten **Null- und Alternativhypothesen** – jeweils geltend für alle untersuchten Gruppen – sowie den aufgrund des aktuellen Forschungsstandes erwarteten Ausgang der entsprechenden Untersuchungen.

Tabelle 3: Übersicht Null- und Alternativhypothesen

Persönlichkeitsmuster	Autismus/Alexithymie		
schizoid	Autismus	Nullhypothese	$H1Aut_0$ : Autistische Züge haben keinen prädiktiven Wert für schizoide Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H1Aut_1$ : Autistische Züge haben einen prädiktiven Wert für schizoide Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [17, 48-51]
	Alexithymie	Nullhypothese	$H1Alx_0$ : Alexithyme Züge haben keinen prädiktiven Wert für schizoide Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H1Alx_1$ : Alexithyme Züge haben einen prädiktiven Wert für schizoide Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [60, 61]
Borderline	Autismus	Nullhypothese	$H2Aut_0$ : Autistische Züge haben keinen prädiktiven Wert für Borderline-Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H2Aut_1$ : Autistische Züge haben einen prädiktiven Wert für Borderline-Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [17, 20, 53-56]
	Alexithymie	Nullhypothese	$H2Alx_0$ : Alexithyme Züge haben keinen prädiktiven Wert für Borderline-Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H2Alx_1$ : Alexithyme Züge haben einen prädiktiven Wert für Borderline-Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [63, 67]
narzisstisch	Autismus	Nullhypothese	$H3Aut_0$ : Autistische Züge haben keinen prädiktiven Wert für narzisstische Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H3Aut_1$ : Autistische Züge haben einen prädiktiven Wert für narzisstische Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Beibehalten der <b>Nullhypothese</b> , Verwerfen der Alternativhypothese [17, 48, 51, 68]

Persönlichkeitsmuster	Autismus/Alexithymie		
narzisstisch	Alexithymie	Nullhypothese	$H3Aix_0$ : Alexithyme Züge haben keinen prädiktiven Wert für narzisstische Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H3Aix_1$ : Alexithyme Züge haben einen prädiktiven Wert für narzisstische Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Beibehalten der <b>Nullhypothese</b> , Verwerfen der Alternativhypothese [59-61]
vermeidend	Autismus	Nullhypothese	$H4Aut_0$ : Autistische Züge haben keinen prädiktiven Wert für vermeidende Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H4Aut_1$ : Autistische Züge haben einen prädiktiven Wert für vermeidende Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [17, 49, 50]
	Alexithymie	Nullhypothese	$H4Aix_0$ : Alexithyme Züge haben keinen prädiktiven Wert für vermeidende Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H4Aix_1$ : Alexithyme Züge haben einen prädiktiven Wert für vermeidende Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [59-62]
zwanghaft	Autismus	Nullhypothese	$H5Aut_0$ : Autistische Züge haben keinen prädiktiven Wert für zwanghafte Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H5Aut_1$ : Autistische Züge haben einen prädiktiven Wert für zwanghafte Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Verwerfen der Nullhypothese, Annehmen der <b>Alternativhypothese</b> [17, 48-51, 69]
	Alexithymie	Nullhypothese	$H5Aix_0$ : Alexithyme Züge haben keinen prädiktiven Wert für zwanghafte Persönlichkeitsmuster.
		Alternativhypothese	$H5Aix_1$ : Alexithyme Züge haben einen prädiktiven Wert für zwanghafte Persönlichkeitsmuster.
		Erwartung	Beibehalten der <b>Nullhypothese</b> , Verwerfen der Alternativhypothese [59, 60]

## 4. Material und Methoden

Die relevanten Konstrukte Autismus, Alexithymie und Persönlichkeitsmuster sowie die möglichen Confounder Depression und Soziale Phobie wurden mithilfe von Fragebögen quantifiziert (s. Tabelle 4). Diese wurden von drei Gruppen bearbeitet: Patient\*innen mit einer klinisch gesicherten Autismus-Spektrum-Störung (Gruppe ASS), Patient\*innen mit einer sozialen Interaktionsstörung [70], jedoch ohne ASS-Diagnose (Gruppe Nicht-ASS), sowie einer neurotypischen Kontrollgruppe, bestehend aus psychisch unauffälligen Studienteilnehmenden (Gruppe NT). Das vorliegende Studiendesign wurde in Anlehnung an die Untersuchungen von Albantakis und Kolleg\*innen [45] generiert und findet sich im auf der Dissertation basierenden Artikel [66] in zum Teil abgewandelter/komprimierter Form wieder. Im Folgenden sollen die Messinstrumente, die Stichproben inklusive deren Persönlichkeitsstruktur sowie das statistische Verfahren der Untersuchung näher erläutert werden.

**Tabelle 4: Quantifizierung der interessierenden psychiatrischen Zustände**

Gemessenes Konstrukt	Fragebogen
Depression	BDI-II
Soziale Phobie	LSAS
Autismus	AQ
Alexithymie	TAS-20
Persönlichkeitsmuster	ADP-IV

### 4.1 Messinstrumente

Alle verwendeten Fragebögen sind Instrumente zur Selbstbeurteilung.

#### 4.1.1 Beck Depression Inventory-II

Mithilfe des Beck Depression Inventory-II (BDI-II) lässt sich die Schwere einer Depression beurteilen. Die Originalversion stammt von Beck et al. aus dem Jahr 1961 [71]. 1996 wurde eine revidierte und angepasste Fassung des Fragebogens veröffentlicht, angelehnt an die DSM-IV-Kriterien einer unipolaren Depression. [72, 73] 2006 erfolgte eine deutsche Übersetzung des BDI-II durch Kühner et al. [74]. Insgesamt werden 21 Symptome in 21 vierstufigen Items anhand ihres Auftretens in den vergangenen zwei Wochen abgefragt. Folgende Cut-offs sind relevant: 0-13 Punkte bedeuten keine oder eine minimale, 14-19 Punkte eine milde, 20-28 Punkte eine moderate und 29-63 Punkte eine schwere depressive Symptomatik [73].

### 4.1.2 Liebowitz Social Anxiety Scale

Die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) aus dem Jahr 1987 ist eine Skala zur Beurteilung des Schweregrades von sozialen Ängsten [75]. Es handelt sich hier um eine dimensionale Annäherung. Die LSAS besitzt 24 Items zu Ängsten und Vermeidungsverhalten in sozialen Situationen innerhalb der letzten Woche. Diese umfassen 13 Leistungs- und 11 Interaktionssituationen, die jeweils bezüglich Angst und Vermeidung auf einer Likert-Skala von 0 bis 3 (Angst: keine bis starke, Vermeidungsverhalten: nie bis fast immer) bewertet werden. Anschließend wird ein Gesamtscore gebildet. Ab einem Cut-off von 30 kann von einer möglichen Sozialen Phobie ausgegangen werden [76]. Neben der LSAS als Selbstbeurteilungs-Fragebogen (LSAS-SR) existiert auch eine Version als klinisch-strukturiertes Interview (LSAS-CA). [77, 78] Die deutsche Version der LSAS stammt von Stangier und Heidenreich [79].

### 4.1.3 Autism-Spectrum Quotient

Der Autism-Spectrum Quotient (AQ) wurde von Baron-Cohen et al. konzipiert [80] und stellt ein Messinstrument für autistische Züge bei normal bzw. überdurchschnittlich intelligenten Erwachsenen dar. Er erlaubt Scoring-Werte von 0 bis 50 und beinhaltet dabei 50 Fragen zu 5 verschiedenen autismusrelevanten Bereichen: soziale Kompetenz, Aufmerksamkeitswechsel, Detailfokussiertheit, Kommunikation und Fantasie. [81] Jedes Item besitzt vier Auswahlmöglichkeiten (ich stimme nicht zu/ich stimme eher nicht zu/ich stimme eher zu/ich stimme zu). Ursprünglich wurde ein Cut-off-Wert von 32 vorgeschlagen, um klinisch relevante autistische Züge festzustellen. Woodbury-Smith et al. diskutierten einen Cut-off von 26 [82]. Der AQ ermöglicht durch seinen Aufbau eine dimensionale Einschätzung autistischer Persönlichkeitsstrukturen. Freitag et al. übersetzten ihn ins Deutsche [81].

### 4.1.4 Toronto Alexithymia Scale

Die Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) existiert in ihrer Form seit 1994 [83], konzipiert von Bagby et al., und ist das am häufigsten verwendete Messinstrument der Selbstausskunft für alexithyme Züge, insbesondere auch bei Menschen mit einer ASS. Sie besteht aus 20 Items, die jeweils auf einer Likert-Skala mit Punkten von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft immer zu) bewertet werden. Die TAS-20 ist in drei Subskalen unterteilt: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen: 7 Items, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen: 5 Items, extern orientierter Denkstil: 8 Items. [84] Die Cut-off-Werte sind:  $\leq 51$ : keine Alexithymie, 52-60: mögliche Alexithymie,  $\geq 61$ : Alexithymie [85]. Von Bach et al. stammt die deutsche Version des TAS-20, übersetzt von Schmitz [26, 86].

### 4.1.5 Assessment of DSM-IV Personality Disorders

Mit dem Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV) fand ein Screeningfragebogen zur Selbsteinschätzung von PS Anwendung in der vorliegenden Arbeit. Er

stammt von Schotte et al. und wurde entwickelt, um der Überdiagnostizierung von PS mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten entgegenzuwirken. Diese führten die Autor\*innen auf die Fokussierung auf Persönlichkeitszüge im Gegensatz zur tatsächlichen Beeinträchtigung bzw. zum tatsächlichen Leidensdruck durch diese zurück [87]. Die Übersetzung ins Deutsche sowie die Validierung dieser Version erfolgte durch Doering et al. [88].

Der Fragebogen enthält 94 Items mit Aussagen passend zu den diagnostischen Kriterien für PS nach DSM-IV. Zusätzlich zur Abklärung der Cluster-A-, -B- und -C-PS, die den oben beschriebenen des DSM-V entsprechen, sind Items zur Depressiven sowie Passiv-aggressiven PS vorhanden, die als „Nicht näher bezeichnet“ betitelt werden. [89, 90] Die Depressive sowie die Passiv-aggressive PS finden im DSM-IV lediglich im Anhang B („Kriterienlisten und Achsen, die für weitere Forschung vorgesehen sind“) Erwähnung [10]. Im DSM-5 kommen sie nicht mehr vor. Die ICD-10 listet die Passiv-aggressive Persönlichkeit unter den Sonstigen spezifischen PS auf [35].

Für jedes Item existiert ein Trait- sowie ein Distress-Rating. Zuerst wird das Trait-Rating auf einer siebenstufigen Skala (Wie treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? 1=überhaupt nicht, 7=ganz sicher) eingeschätzt. Wird hier ein Wert  $>4$  gewählt, so ist zusätzlich auf einer dreistufigen Skala das Distress-Rating zu beurteilen (Hat diese Eigenschaft bei Ihnen oder anderen bereits zu Leid oder Schaden geführt? 1=überhaupt nicht, 3=ganz sicher).

Der ADP-IV-Fragebogen ermöglicht zur Auswertung sowohl eine kategoriale als auch eine dimensionale Vorgehensweise. Für die kategoriale existieren zwei verschiedene Scoring-Algorithmen.  $T > 4$  und  $D > 1$  wird eher für Screening-Zwecke benutzt, hier gilt ein Item als erfüllt, wenn das Trait-Item mit 5 oder mehr und das Distress-Item mit 2 oder mehr bewertet wurden. Für Forschungszwecke wird hingegen eher der strengere Algorithmus  $T > 5$  und  $D > 1$  verwendet, nach vergleichbarem Schema. Für jede DSM-IV-PS wird die Anzahl der erfüllten Items addiert und mit den entsprechenden Cut-offs abgeglichen. Die dimensionale Diagnostik sieht lediglich das Aufsummieren der einzelnen Trait-Scores für die jeweiligen PS vor. Es können zusätzlich noch Cluster-Summenscores sowie ein Gesamt-Summenscore gebildet werden. [91]

Die Abbildung der Distress-Einschätzung in der kategorialen Auswertung sowie die Möglichkeit einer insgesamt dimensional Herangehensweise machen den ADP-IV zu einem beliebten Screening-Instrument für PS. Doering et al. konnten zudem eine befriedigende Übereinstimmungsvalidität der dimensional Diagnostik mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse-II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II, [92]) nachweisen. Gerade die dimensionale Auswertung erlaubt eine genauere Erfassung eines Persönlichkeitsprofils jenseits von Schwellenwerten. [88] Die eher starre kategoriale Einteilung verhindert eine Berücksichtigung des Kontinuums psychiatrischer Zustände. Für die vorliegenden Untersuchungen wurde die dimensionale Herangehensweise zur Messung des Persönlichkeitsprofils gewählt, um der sich in Klinik und Forschung immer mehr durchsetzenden Betrachtungsweise anhand von Spektren gerecht zu werden.

Im Kontext des ADP-IV ist zwar von „PS“ die Rede, an dieser Stelle soll jedoch betont werden, dass durch die alleinige Anwendung des ADP-IV-Screenings keine Diagnosen einer PS gestellt wurden. Auch wenn Cut-off-Werte überschritten wurden, kann auf Grundlage des Fragebogens lediglich von gewissen Persönlichkeitsmustern ausgegangen werden. Es gilt also: Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung beziehen sich nicht auf gesichert diagnostizierte PS, sondern auf das dimensionale Ranking des ADP-IV und damit die jeweiligen zugrundeliegenden Kernelemente der PS, sprich Persönlichkeitszüge/-muster.

## 4.2 Auswahl und Charakterisierung der Stichproben

Dieses Kapitel präsentiert die Charakteristika der drei Gruppen ASS, Nicht-ASS und NT. Ferner wird auf deren mit dem ADP-IV erhobene Persönlichkeitsstruktur eingegangen. [66]

Tabelle 5 zeigt eine deskriptive Auswertung der Gruppen inklusive demografischer Merkmale und Resultaten der Fragebögen. Studienteilnehmende mit über 10% fehlenden Werten je interessierender Variable (AQ, TAS-20, BDI-II und LSAS) wurden von der Untersuchung ausgeschlossen, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden.

**Tabelle 5: Charakterisierung der Gruppen**

Variablen	ASS	Nicht-ASS	NT
N	89	51	84
Geschlecht: m/w	62/27	30/21	32/52
Mittelwert Alter in Jahren	34.80 (10.57)	34.76 (12.44)	25.82 (6.28) <sup>a</sup>
Mittelwert ADOS-2	6.80 (3.15) <sup>b</sup>	3.83 (2.903) <sup>c</sup>	-
Mittelwert AQ	36.95 (7.29)	32.44 (8.92)	14.70 (5.74)
Mittelwert TAS-20	62.92 (10.04)	59.46 (10.51)	43.56 (10.67)
Alexithymie (ja/nein)	52/37	25/26	5/79
Mittelwert BDI-II	17.63 (11.43)	22.80 (10.72)	4.92 (4.72)
Mittelwert LSAS	78.26 (25.76)	71.60 (27.72)	28.40 (16.57)

ASS: Patient\*innen mit gesicherter ASS; Nicht-ASS: Patient\*innen mit sozialer Interaktionsstörung, ohne ASS; NT: neurotypische Kontrollgruppe.

Standardabweichung in Klammern.

ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule-2.

Skalen der Fragebögen: AQ: 0-50; TAS-20: 20-100, Cut-off für Alexithymie  $\geq 61$ ; BDI-II: 0-63; LSAS: 0-144.

<sup>a</sup>1 fehlender Wert; <sup>b</sup>10 fehlende Werte; <sup>c</sup>15 fehlende Werte.

S. auch [45, 66].

### 4.2.1 Autist\*innen und Nicht-Autist\*innen

Die Proband\*innen der Gruppen ASS (N=89) und Nicht-ASS (N=51) erhielten ihre Diagnose bzw. den Ausschluss einer ASS in der „Ambulanz für Störungen der Sozialen Interaktion“ des Max-Planck-Instituts (MPI) für Psychiatrie München im Zeitraum von April 2015 bis Januar 2018. Im Rahmen des Diagnostikprozesses wurden die entsprechenden Fragebögen von den Patient\*innen ausgefüllt und in der Ambulanz ausgewertet. Im Anschluss erfolgte ein ärztliches/psychologisches Erstgespräch zur Anamneseerhebung sowie in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine Testung mithilfe des Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2) durch weitere unabhängige Untersuchende zur Unterstützung der Differentialdiagnostik. Diese wurde bei 115 von insgesamt 140 Proband\*innen der Gruppen ASS und Nicht-ASS durchgeführt.

Exkurs: Da der ADOS-2 nicht zu den Messinstrumenten der vorliegenden Untersuchung gehört, sondern für die Diagnosestellung herangezogen wurde, soll er in diesem Kapitel kurz erläutert werden. Der ADOS-2 ist ein semi-strukturiertes Testverfahren zur standardisierten Verhaltensbeobachtung, unterteilt in die Bereiche Kommunikation und Soziale Interaktion. Es existieren vier Module für Kinder bzw. Erwachsene sowie eines für Kleinkinder, deren Auswahl je nach Alter und expressivem Sprachniveau der zu testenden Person getroffen wird. Im vorliegenden Fall wurde das Modul 4 (für fließend sprechende ältere Jugendliche und Erwachsene) verwendet. Der Cut-off-Summenwert für eine ASS liegt bei 7, die Cut-offs für die Subskalen Kommunikation bzw. Soziale Interaktion betragen 2 bzw. 4. [93-95]

Nach der Durchführung eines cMRTs<sup>2</sup> zum Ausschluss einer organischen Genese der psychiatrischen Symptomatik erfolgte in einem Abschlussgespräch unter Zusammenschau der erhobenen Befunde sowie Heranziehen der Kriterien aus ICD-10 und DSM-V die Diagnose einer ASS bzw. deren Ausschluss [95]. Je nach Ergebnis dieses Diagnostikprozesses erfolgte die Zuteilung zu einer der Gruppen ASS bzw. Nicht-ASS.

Die Autist\*innen zeigten keine Anzeichen für eine intellektuelle Beeinträchtigung, weshalb sie als Personen mit HFA betrachtet wurden. (s. auch [45, 66]) Die erhobene Alexithymie-Rate der ASS-Gruppe entsprach mit ca. 58% den in Kapitel 2.1 dargelegten Daten der gegenwärtigen Forschung. Auch die im Vergleich zur Kontrollgruppe hohen Werte bezüglich Depression und Sozialer Phobie gingen mit den zuvor beschriebenen häufigen Komorbiditäten bei autistischer Struktur einher (s. Kapitel 1.1).

Die Patient\*innen der Nicht-ASS-Gruppe wiesen zwar erhebliche Defizite im Bereich der sozialen Interaktion auf, erfüllten jedoch nicht die standardisierten Kriterien der Klassifikationssysteme für eine ASS. So zeigten sie beispielsweise keine stereotypen Verhaltensweisen oder keine Spezialinteressen. Die Proband\*innen dieser Gruppe wurden als Menschen mit einer sozialen Interaktionsstörung, ausgenommen ASS, eingeordnet. Die Betrachtung von psychischen Erkrankungen als soziale Interaktionsstörungen, so bei Schilbach und Kolleg\*innen beschrieben, umfasst folgende Annahme: einerseits beeinflussen psychische Erkrankungen die Fähigkeit mit anderen Menschen in Kontakt treten

---

<sup>2</sup> kraniale Magnetresonanztomographie

zu können, andererseits können negative oder abwesende soziale Interaktionen das Auftreten von psychischen Erkrankungen begünstigen. [70, 96]

#### 4.2.2 Kontrollgruppe

Auch eine neurotypische Kontrollgruppe (Gruppe NT, N=84) wurde ins Studiendesign integriert. Diese bestand überwiegend aus Studierenden naturwissenschaftlicher Fächer, die sich der Unabhängigen Max-Planck-Forschungsgruppe für Soziale Neurowissenschaften des MPI für Psychiatrie München zur Verfügung stellten. Die Rekrutierung erfolgte vor allem über Aushänge und die Website des MPI. Bei den Proband\*innen der Kontrollgruppe zeigten sich keine Hinweise auf eine psychiatrische oder neurologische Erkrankung.

#### 4.2.3 Persönlichkeitsstruktur der Gruppen

Tabelle 6 beinhaltet die Mittelwerte der dimensional Diagnostik im ADP-IV der einzelnen Gruppen. Die angegebenen Cut-off-Werte stammen von der Medizinischen Universität Wien [97]. Für die Schizotyp PS liegt kein entsprechender Schwellenwert vor, so dass hierzu im Folgenden keine Angaben gemacht werden können.

**Tabelle 6: Mittelwerte der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik**

PS	Cut-off-Wert	ASS	Nicht-ASS	NT
paranoid	≥23	22.45 (8.68)	<b>27.10</b> (8.59)	16.75 (6.75)
schizoid	≥31	25.67 (6.41)	27.04 (5.95)	14.40 (6.60)
schizotyp	n.a.	34.03 (8.40)	36.27 (8.34)	17.88 (7.44)
antisozial	≥20	14.73 (6.78)	18.84 (7.27)	14.54 (6.33)
Borderline	≥43	28.48 (9.79)	36.45 (10.85)	23.23 (9.64)
histrionisch	≥29	17.82 (7.18)	22.69 (7.94)	18.86 (7.96)
narzisstisch	≥26	25.62 (9.38)	<b>28.35</b> (8.81)	21.13 (8.28)
vermeidend	≥29	<b>32.42</b> (8.22)	<b>33.35</b> (7.48)	16.57 (7.58)
dependent	≥30	25.13 (8.54)	26.84 (8.22)	17.73 (7.04)
zwanghaft	≥28	<b>33.47</b> (8.39)	<b>33.22</b> (8.17)	22.96 (8.61)
depressiv	≥29	25.72 (9.16)	28.73 (7.73)	16.39 (7.46)
passiv-aggressiv	≥25	20.80 (6.82)	23.73 (6.48)	15.45 (5.93)

Standardabweichung in Klammern.

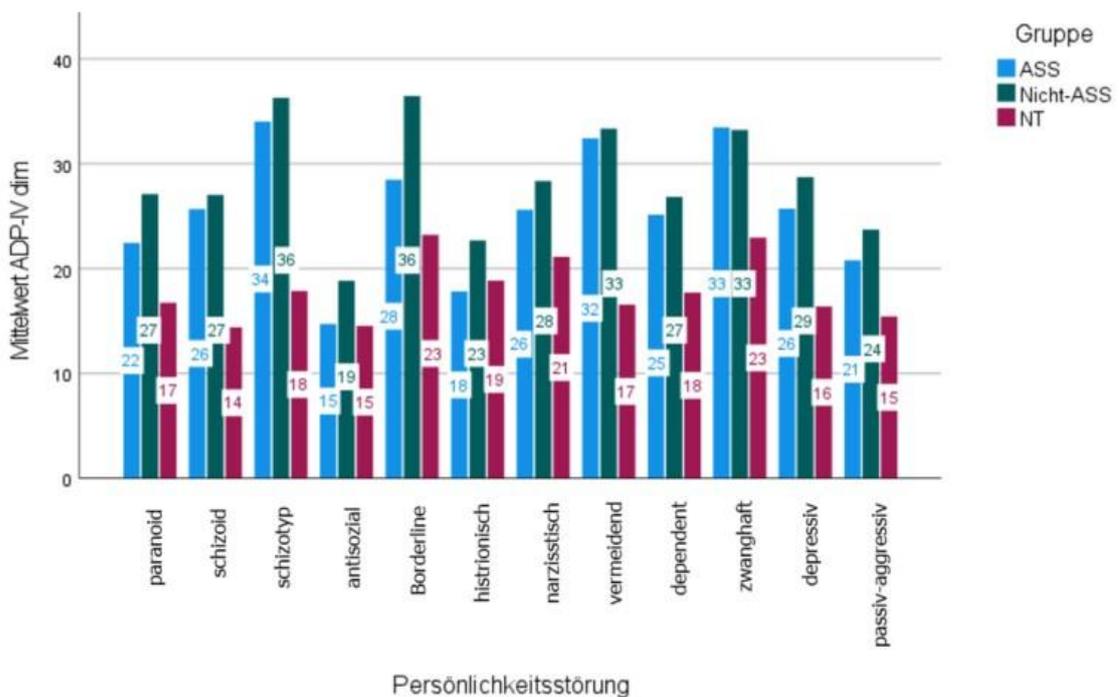
Überschrittene Cut-off-Werte sind **fett** markiert.

n.a.: nicht angegeben.

S. auch [66].

In der ASS-Gruppe lagen die Mittelwerte für die Vermeidende sowie die Zwanghafte PS über dem Cut-off-Wert, ab dem das PS-Screening positiv ausfällt. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der Forschung, nämlich dem vermehrten Auftreten von Cluster-C-PS bei

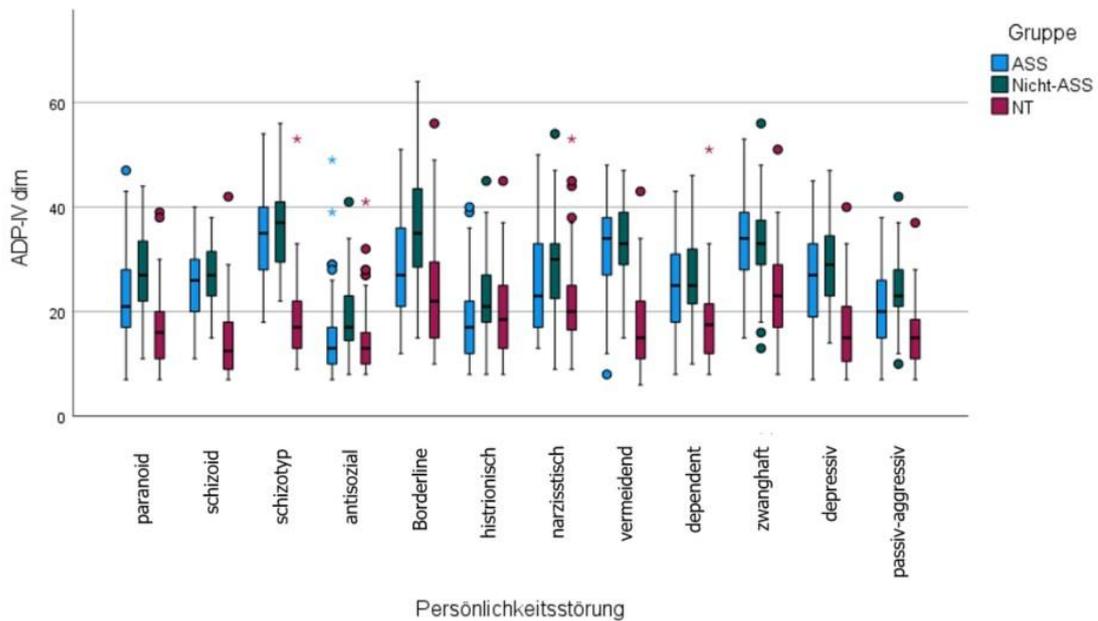
Autist\*innen. In der Gruppe Nicht-ASS wurde der jeweilige Cut-off der Paranoiden, Narzisstischen, Vermeidenden und Zwanghaften PS im Mittel überschritten. Dies ist ebenfalls erklärbar, da diese Gruppe aus Patient\*innen bestand, deren Persönlichkeitsmerkmale den Verdacht auf einen vorliegenden Autismus hervorriefen, welcher sich dann jedoch in der Ambulanz klinisch nicht bestätigte. Bis auf die Zwanghafte PS lagen die durchschnittlichen Werte aller PS stets über denen der Autist\*innen, was Hinweise auf ein auffälliges Persönlichkeitsprofil bekräftigt. Die Mittelwerte der neurotypischen Kontrollgruppe lagen, wie zu erwarten war, in keinem Fall über dem Cut-off-Wert für eine PS. Abbildung 1 visualisiert diese Sachverhalte, das Diagramm muss dabei unter Berücksichtigung der angegebenen Cut-off-Werte beurteilt werden. Abbildung 2 verdeutlicht mit einem Boxplot des ADP-IV-Scorings den dimensional Charakter der Verteilung von Persönlichkeitszügen. Auch hier muss die Beurteilung mithilfe der Cut-off-Werte erfolgen. Eine Auflistung der Ranges der dimensional ADP-IV-Diagnostik findet sich in Anhang A.



**Abbildung 1: Balkendiagramm der Mittelwerte der dimensional ADP-IV-Diagnostik**

ADP-IV dim: dimensionaler ADP-IV-Score.

Dimensionale Cut-off-Werte der PS: paranoid  $\geq 23$ , schizoid  $\geq 31$ , schizotyp n.a., antisozial  $\geq 20$ , Borderline  $\geq 43$ , histrionisch  $\geq 29$ , narzisstisch  $\geq 26$ , vermeidend  $\geq 29$ , dependent  $\geq 30$ , zwanghaft  $\geq 28$ , depressiv  $\geq 29$ , passiv-aggressiv  $\geq 25$ .



**Abbildung 2: Boxplot der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik**

Punkte kennzeichnen Werte  $> 1,5 \times \text{IQA}$  (Interquartilsabstand), Sternchen kennzeichnen Werte  $> 3 \times \text{IQA}$ .

ADP-IV dim: dimensionaler ADP-IV-Score.

Dimensionale Cut-off-Werte der PS: paranoid  $\geq 23$ , schizoid  $\geq 31$ , schizotyp n.a., antisozial  $\geq 20$ , Borderline  $\geq 43$ , histrionisch  $\geq 29$ , narzisstisch  $\geq 26$ , vermeidend  $\geq 29$ , dependent  $\geq 30$ , zwanghaft  $\geq 28$ , depressiv  $\geq 29$ , passiv-aggressiv  $\geq 25$ . S. auch [66].

Um die Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Gruppen noch näher zu beleuchten, zeigt Tabelle 7, welcher Anteil der Proband\*innen jeweils über dem dimensional Cut-off für eine PS lag. Mit Abstand am häufigsten war dies in der ASS-Gruppe bei der Zwanghaften (77.5%) und Vermeidenden PS (71.9%) der Fall. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden scorte bei der Paranoiden (46.1%) und der Narzisstischen PS (43.8%) über dem Cut-off-Wert. Auch der Cut-off für eine Depressive PS wurde recht oft (38.2%) überschritten. Diese Ergebnisse entsprechen den in den Kapiteln 1.1 und 2.2 dargelegten Erkenntnissen und bilden häufige komorbide PS sowie die Assoziation zwischen ASS und Depression ab.

In der Nicht-ASS-Gruppe wurde am häufigsten der Cut-off für die Zwanghafte PS überschritten (80.4%), gefolgt vom Cut-off für die Vermeidende (76.5%), die Paranoide (72.5%) und die Narzisstische PS (70.6%). Mit einigem Abstand zu den zuvor genannten schloss sich die Dependente PS (39.2%) an. Diese Sachverhalte erklären sich, wie zuvor dargelegt, durch das Persönlichkeitsprofil der Gruppe, die mit einem Verdacht auf eine ASS die Ambulanz aufsuchte und dementsprechende Eigenschaften zeigte.

Ein Drittel der Proband\*innen (33.3%) lag in der NT-Gruppe über dem Cut-off der Zwanghaften PS. Am zweithäufigsten wurde der Cut-off der Narzisstischen PS überschritten (23.8%), danach der der Paranoiden und Antisozialen PS (jeweils 17.9%). Hinsichtlich eines häufigen Vorkommens zwanghafter und narzisstischer Eigenschaften wick das neurotypische Kollektiv demnach von der Allgemeinbevölkerung (s. Kapitel 1.3) ab (s. auch Diskussion, Kapitel 7.2).

**Tabelle 7: Anteil der Proband\*innen mit überschrittenem Cut-off-Wert in der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik (in %)**

PS	ASS (N=89)	Nicht-ASS (N=51)	NT (N=84)
paranoid	46.1	72.5	17.9
schizoid	23.6	29.4	1.2
schizotyp	n.a.	n.a.	n.a.
antisozial	18.0	33.3	17.9
Borderline	10.1	27.5	2.4
histrionisch	7,9	19.6	8.3
narzisstisch	43.8	70.6	23.8
vermeidend	71.9	76.5	4.8
dependent	31.5	39.2	3.6
zwanghaft	77.5	80.4	33.3
depressiv	38.2	51.0	6.0
passiv-aggressiv	32.6	41.2	9.5

### 4.3 Statistische Verfahren

Um den Einfluss von autistischen und alexithymen Zügen auf die jeweiligen Persönlichkeitsmuster zu untersuchen wurden multiple lineare Regressionsmodelle generiert. Deren Aufstellung sowie die Überprüfung ihrer Voraussetzungen erfolgte nach dem Vorbild von Field [98]. Die statistische Auswertung der klinischen Daten erfolgte mit IBM SPSS 27.0 [99]. (s. auch [66] in abgewandelter Form)

#### 4.3.1 Generierung der Regressionsmodelle

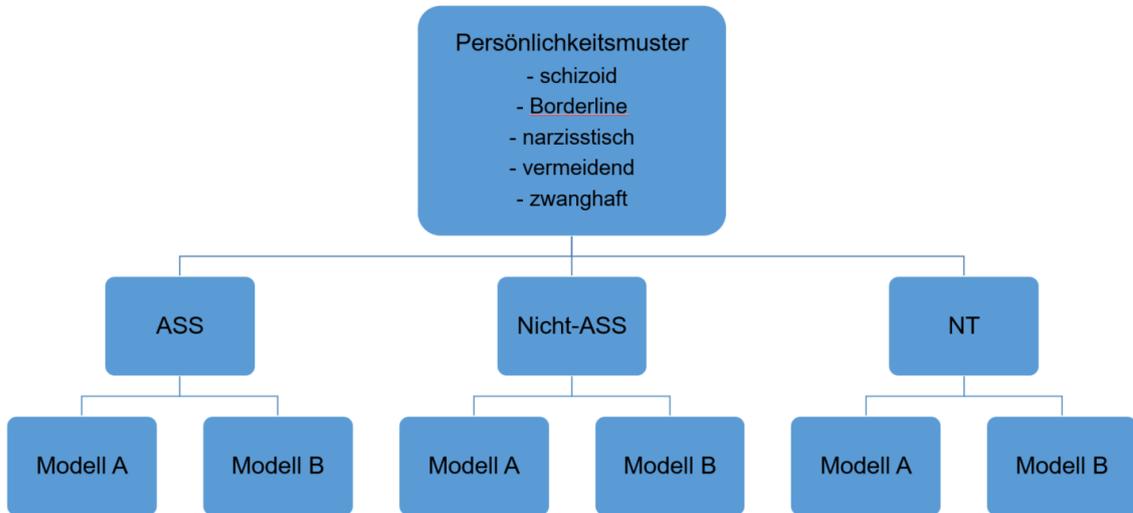
AQ (Autismus) und TAS-20 (Alexithymie) stellten die unabhängigen Variablen dar. Zusätzlich sollte auf den Einfluss der demografischen Merkmale Alter und Geschlecht sowie der gängigen Komorbiditäten, gemessen mit BDI-II (Depression) und LSAS (Soziale Phobie), kontrolliert werden. Der dimensionale ADP-IV-Score des jeweiligen Persönlichkeitsmusters bildete die abhängige Variable. (s. Tabelle 8)

**Tabelle 8: Generierung der Variablen**

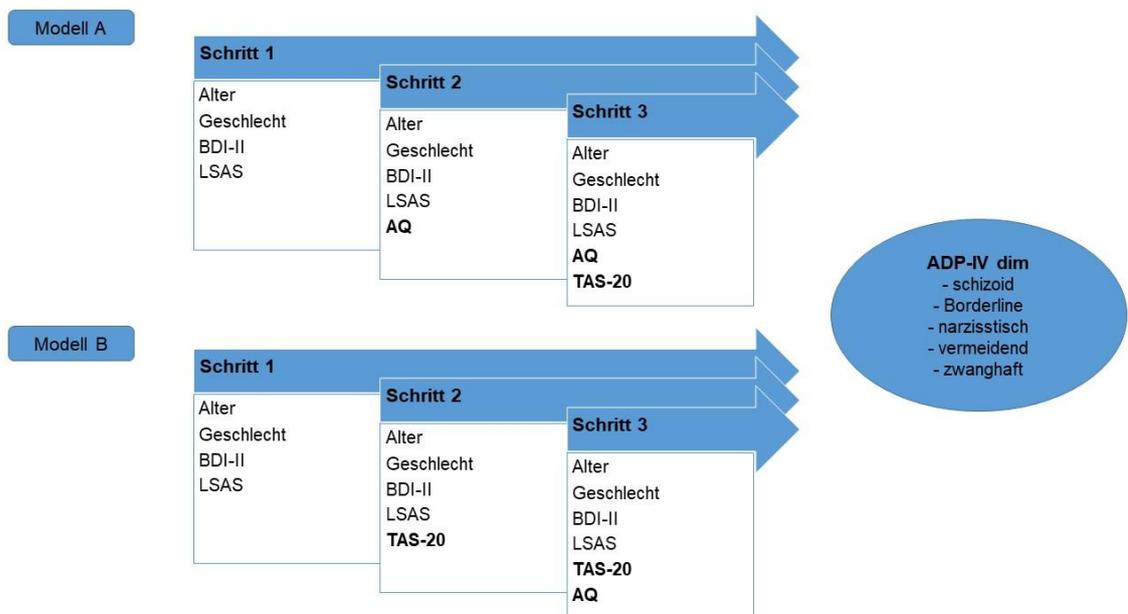
Name der Variable	Merkmal	Funktion
Alter	Alter	Kontrollvariable
Geschlecht	Geschlecht	Kontrollvariable
BDI-II	Depression	Kontrollvariable
LSAS	Soziale Phobie	Kontrollvariable
AQ	Autismus	unabhängige Variable
TAS-20	Alexithymie	unabhängige Variable
ADP-IV dim schizoid	schizoides Persönlichkeitsmuster	abhängige Variable
ADP-IV dim Borderline	Borderline-Persönlichkeitsmuster	abhängige Variable
ADP-IV dim narzisstisch	narzisstisches Persönlichkeitsmuster	abhängige Variable
ADP-IV dim vermeidend	vermeidendes Persönlichkeitsmuster	abhängige Variable
ADP-IV dim zwanghaft	zwanghaftes Persönlichkeitsmuster	abhängige Variable

ADP-IV dim: dimensionaler ADP-IV-Score.

Es wurde eine hierarchische Regression durchgeführt, die Reihenfolge des Eingebens der Variablen ins Modell beruhte hierbei auf vorheriger Forschung [31, 45, 100]. Demografische Daten sowie mögliche Confounder wurden im ersten Schritt ins Modell eingegeben: Alter, Geschlecht, BDI-II und LSAS. Im zweiten Schritt folgte der AQ, im dritten der TAS-20 (Modell A). Aufgrund einer teils moderaten Korrelation zwischen AQ und TAS-20 (s. Kapitel 4.3.2.2 und Anhang B), so auch vorbeschrieben bei Cook et al. [100], Shah et al. [31] und Albantakis et al. [45, 66], wurde jeweils eine zweite Regressionsanalyse durchgeführt, bei der der AQ im zweiten Schritt und der TAS-20 im dritten Schritt ins Modell eingegeben wurden (Modell B). Demnach wurden pro Persönlichkeitsmuster und Gruppe jeweils zwei multiple lineare Regressionsmodelle generiert (s. Abbildungen 3 und 4).



**Abbildung 3: Übersicht der statistischen Modelle pro Gruppe und Persönlichkeitsmuster**  
 Quelle: Eigene Darstellung.



**Abbildung 4: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle A und B**  
 Quelle: Eigene Darstellung.

### 4.3.2 Überprüfung der Voraussetzungen der Regressionsmodelle

Es erfolgte eine ausführliche Überprüfung der Voraussetzungen eines multiplen linearen Regressionsmodells, gesondert für die jeweiligen Persönlichkeitsmuster und die einzelnen Gruppen (vgl. [66]). Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 zusammengefasst und werden anschließend besprochen.

**Tabelle 9: Voraussetzungen der multiplen linearen Regressionsmodelle**

Persönlichkeitsmuster	Gruppe	Linearität Prädiktoren / Outcome	keine Multikollinearität	keine Ausreißer	Residuen →			
					Linearität	Homoskedastizität	Normalverteilung	Unabhängigkeit / keine Autokorrelation
schizoid	ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Nicht-ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	NT	✓	✓	✓	✓	×	(✓)	✓
Borderline	ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Nicht-ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	NT	✓	✓	✓	✓	×	×	✓
narzisstisch	ASS	✓	✓	✓	✓	×	×	✓
	Nicht-ASS	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓
	NT	✓	✓	✓	✓	×	×	✓
vermeidend	ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Nicht-ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	NT	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓
zwanghaft	ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Nicht-ASS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	NT	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓

✓: Kriterium erfüllt.

(✓): Kriterium teilweise erfüllt.

×: Kriterium nicht erfüllt.

#### 4.3.2.1 Lineare Beziehung zwischen Prädiktoren und Outcome-Variable

Die Linearität in der Beziehung zwischen unabhängigen Variablen und abhängiger Variable wurde mithilfe von Streudiagrammen bezüglich jedes Persönlichkeitsmusters und jeder Gruppe getestet und bestätigt.

#### 4.3.2.2 Multikollinearität

Zur Überprüfung einer eventuell vorhandenen Multikollinearität wurden Korrelationsanalysen durchgeführt. Laut Field sollte der Korrelationskoeffizient  $r$  nach Pearson Werte von 0.8 bzw. 0.9 nicht überschreiten. Dies traf in jedem Fall zu, dennoch ließen sich signifikante leichte bis moderate Korrelationen erkennen (s. Anhang B). Die Werte von Toleranz und VIF lagen jedoch stets unterhalb der Schwellenwerte (Toleranz > 0.2, VIF < 10), sodass das Vorliegen einer Multikollinearität ausgeschlossen werden konnte. Die bereits erwähnte teils moderate Korrelation zwischen AQ und TAS-20 zog die Generierung zweier verschiedener Regressionsmodelle A und B nach sich.

#### 4.3.2.3 Ausreißer

Die Identifikation von Ausreißern erfolgte durch eine Ermittlung der Cook-Distanzen. Werte < 1 können problematische Ausreißer anzeigen. Dies traf in keinem der Fälle zu, weshalb eine Verzerrung durch kritische Outlier als unwahrscheinlich angesehen werden konnte.

#### 4.3.2.4 Linearität und Homoskedastizität der Residuen

Anhand von Streudiagrammen von standardisierten geschätzten Werten vs. standardisierten Residuen wurden die Residuen grafisch auf Linearität und Homoskedastizität überprüft (s. Anhang C). In keinem Fall zeigten sich Kurvenformen, sodass von einer Linearität der Residuen ausgegangen werden konnte.

Trichterformen im Streudiagramm stellen Hinweise auf Heteroskedastizität der Residuen dar. Eine solche Form bildete sich über alle Persönlichkeitsmuster hinweg für die NT-Gruppe ab. Für das narzisstische Muster zeigte sich eine Trichterform auch in der ASS- und Nicht-ASS-Gruppe, sodass auch hier das Vorliegen von Heteroskedastizität angenommen werden musste.

#### 4.3.2.5 Normalverteilung der Residuen

Eine Normalverteilung der Residuen wurde mithilfe von Histogrammen und Probability-Probability-Diagrammen (P-P-Diagrammen) der standardisierten Residuen (s. Anhang D) sowie Kolmogorov-Smirnov (KS)- und Shapiro-Wilk (SW)-Tests der studentisierten Residuen untersucht, wobei letzterer eine größere statistische Power besitzt [101].

Für das schizoide Persönlichkeitsmuster ergaben Histogramme und P-P-Diagramme nur eine fragliche Normalverteilung in der NT-Gruppe. Laut KS-Test zeigten sich die Residuen der NT-Gruppe als nicht normalverteilt ( $p = .015$ ). SW-Tests stuften die Residuen aller drei Gruppen als normalverteilt ein (alle  $ps > .05$ ).

Bezüglich des Borderline-Persönlichkeitsmusters sprachen Histogramm und P-P-Diagramm für eine fehlende Normalverteilung in der NT-Gruppe, was sich im KS- ( $p = .001$ ) sowie SW-Test ( $p = .004$ ) bestätigte.

Bei der Untersuchung des narzisstischen Persönlichkeitsmusters ergaben Histogramme, P-P-Diagramme und KS- bzw. SW-Tests eine fehlende Normalverteilung in den Gruppen ASS (KS:  $p=.010$ , SW:  $p=.012$ ) und NT (KS:  $p=.200$ , SW:  $p=.002$ ).

Für das vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitsmuster lag in allen Gruppen laut Histogrammen, P-P-Diagrammen und KS- bzw. SW-Tests (alle  $ps>.05$ ) eine Normalverteilung der Residuen vor.

#### 4.3.2.6 Unabhängigkeit der Residuen

Eine Autokorrelation konnte als unwahrscheinlich angenommen werden, da die Fälle in keiner sinnvollen Reihenfolge vorlagen. Somit galt das Kriterium der Unabhängigkeit der Residuen als erfüllt.

#### 4.3.2.7 Fazit der Überprüfung

Die lineare Beziehung zwischen Prädiktoren und Outcome, das Ausschließen von Multikollinearität, das Fehlen relevanter Ausreißer, die Linearität und die Unabhängigkeit der Residuen konnten über alle Persönlichkeitsmuster und Gruppen hinweg bestätigt werden. Problematisch stellte sich allerdings das Vorliegen von Heteroskedastizität der Residuen in der NT-Gruppe bezüglich sämtlicher Persönlichkeitsmuster sowie in der ASS- und Nicht-ASS-Gruppe bezüglich des narzisstischen Musters dar. Als kritisch zu bewerten war zudem die fehlende Normalverteilung der Residuen in der NT-Gruppe beim schizoiden (je nach Test), Borderline- und narzisstischen Persönlichkeitsmuster sowie beim narzisstischen Persönlichkeitsmuster zusätzlich in der ASS-Gruppe. Um invalide Signifikanz-Tests und Konfidenzintervalle sowie eine mangelnde Generalisierbarkeit des Modells als Folgen zu verhindern und eine robuste Regression zu gestalten, wurde die statistische Auswertung daher mithilfe von Bootstrapping durchgeführt. Durch die Anwendung dieses Tools beruht eine valide Regressionsanalyse nicht auf den Annahmen von Normalität und Homoskedastizität [98].

## 5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalysen für alle fünf untersuchten Persönlichkeitsmuster ausführlich erläutert, aufgeteilt nach den drei untersuchten Stichproben. Die Aufstellung der Tabellen 10-14 erfolgte dabei nach Vorbild von Albantakis et al. [45, 66]. In angepasster Form wurden Teilergebnisse im auf der Dissertation beruhenden Artikel [66] veröffentlicht. Umfassende Tabellen zu den einzelnen Stufen der Regressionsmodelle inklusive Regressionskoeffizienten  $b$  mit Konfidenzintervallen, Standardfehlern, standardisierten Koeffizienten  $\beta$  und  $p$ -Werten sind im Anhang E aufgeführt.

### 5.1 Schizoides Persönlichkeitsmuster

Tabelle 10 zeigt die Daten der Regressionsmodelle A und B für das schizoide Persönlichkeitsmuster als abhängige Variable. Im Anhang E, S. 93-98, finden sich die zugehörigen Details der einzelnen Schritte. Sowohl Modell A als auch Modell B der ASS- und NT-Gruppe zeigten in der Berechnung von ANOVAs (Analyses of variance) in allen drei Schritten statistische Signifikanz (alle  $ps < .001$ ). Die Modelle der Nicht-ASS-Gruppe erreichten keine Signifikanz (alle  $ps > .05$ ).

#### 5.1.1 Gruppe ASS

In der ASS-Gruppe erhöhte das Hinzufügen des AQ ins Regressionsmodell (2A) die erklärte Varianz signifikant um 6.0%, mit AQ ( $b=0.25$ ,  $p=.002$ ), LSAS ( $b=0.07$ ,  $p=.008$ ) sowie Geschlecht ( $b=-4.26$ ,  $p=.001$ ) als signifikanten Prädiktoren eines Schizoiden Persönlichkeitsmusters. Der nachfolgende Einschluss des TAS-20 (3A) führte zu einem nicht-signifikanten Anstieg von  $R^2$  um 0.3%, wobei AQ ( $b=0.22$ ,  $p=.018$ ), LSAS ( $b=0.07$ ,  $p=.007$ ) und Geschlecht ( $b=-4.14$ ,  $p=.001$ ) signifikante Prädiktoren blieben.

Aus oben genannten Gründen (s. Kapitel 4.3) wurde eine weitere Regressionsanalyse durchgeführt, bei der die Reihenfolge des Eingebens von AQ und TAS-20 ins Modell getauscht wurde. Wurde der TAS-20 zuerst ins Modell eingeschlossen (2B), vergrößerte sich  $R^2$  nicht-signifikant um 2.6%. LSAS ( $b=0.09$ ,  $p=.002$ ) und Geschlecht ( $b=-3.88$ ,  $p=.044$ ) stellten in diesem Schritt signifikante Prädiktoren dar. Durch den AQ im Modell (3B) ergab sich ein signifikanter Anstieg der erklärten Varianz um 3.8%, jetzt zeigten sich wiederum AQ ( $b=0.22$ ,  $p=.018$ ), LSAS ( $b=0.07$ ,  $p=.007$ ) und Geschlecht ( $b=-4.14$ ,  $p=.001$ ) als signifikante Prädiktoren für eine schizoide Persönlichkeit.

Im Gegensatz zum Alexithymie-Level schienen bei den Autist\*innen autistische Züge eine Rolle für eine schizoide Persönlichkeit zu spielen. Zudem zeigte sich hier ein Einfluss von Sozialer Phobie.

**Tabelle 10: Dreistufige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Schizoides Persönlichkeitsmuster**

Gruppe	Schritt	Prädiktoren	$R^2$ (%)	$\Delta R^2$ (%)	Änderung in $F$	Sig. Änderung in $F$
ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	28.6	28.6	$F(4,84)=8.43$	<.001***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	34.6	6.0	$F(1,83)=7.64$	.007**
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	35.0	0.3	$F(1,82)=0.43$	.515
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	31.2	2.6	$F(1,83)=3.12$	.081
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	35.0	3.8	$F(1,82)=4.75$	.032*
Nicht-ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	15.9	15.9	$F(4,46)=2.17$	.087
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	16.8	0.9	$F(1,45)=0.49$	.486
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	17.0	0.2	$F(1,44)=0.13$	.724
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	15.9	0.0	$F(1,45)=0.02$	.900
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	17.0	1.1	$F(1,44)=0.60$	.445
NT	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	24.4	24.4	$F(4,78)=6.29$	<.001***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	28.0	3.6	$F(1,77)=3.87$	.053
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	33.2	5.1	$F(1,76)=5.84$	.018*
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	30.2	5.8	$F(1,77)=6.38$	.014*
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	33.2	3.0	$F(1,76)=3.38$	.070

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

$R^2$ : Multipler Determinationskoeffizient / Erklärte Varianz.

$F$ :  $F$ -Wert.

### 5.1.2 Gruppe Nicht-ASS

In beiden Modellen der Nicht-ASS-Gruppe führten weder AQ noch TAS-20 zu einer signifikanten Änderung in  $R^2$ . Lediglich der BDI-II hatte im finalen Modell einen signifikanten Einfluss auf das schizoide Persönlichkeitsmuster (3A/3B:  $b=0.17$ ,  $p=.034$ ). Insgesamt konnten die Ergebnisse für die Gruppe Nicht-ASS nicht als aussagekräftig gewertet werden, da die Prädiktoren der Modelle laut ANOVA eine schizoide Persönlichkeit nicht ausreichend erklären konnten.

### 5.1.3 Gruppe NT

In der neurotypischen Kontrollgruppe erhöhte das erstrangige Einfügen des AQ (2A)  $R^2$  nicht-signifikant um 3.6% mit dem LSAS ( $b=0.11$ ,  $p=.004$ ) als einzigem signifikanten Prädiktor einer schizoiden Persönlichkeit in diesem Schritt. Durch den Einschluss des TAS-20 (3A) konnte die erklärte Varianz signifikant um 5.1% vergrößert werden. Als signifikante Prädiktoren eines schizoiden Persönlichkeitsmusters ergaben sich im finalen Modell nun TAS-20 ( $b=0.17$ ,  $p=.027$ ), LSAS ( $b=0.09$ ,  $p=.017$ ) sowie Alter ( $b=0.26$ ,  $p=.045$ ).

Im Modell B der Kontrollgruppe erfolgte eine signifikante Änderung in  $R^2$  um 5.8% durch das Hinzufügen des TAS-20 im zweiten Schritt (2B), signifikante Prädiktoren für die schizoide Persönlichkeit waren hier TAS-20 ( $b=0.18$ ,  $p=.025$ ), LSAS ( $b=0.11$ ,  $p=.004$ ) und Alter ( $b=0.28$ ,  $p=.038$ ). Im anschließenden Schritt änderte der AQ im Modell (3B)  $R^2$  nicht-signifikant um 3.0%. TAS-20 ( $b=0.17$ ,  $p=.027$ ), LSAS ( $b=0.09$ ,  $p=.017$ ) und Alter ( $b=0.26$ ,  $p=.045$ ) blieben signifikante Prädiktoren der schizoiden Persönlichkeit.

In dem neurotypischen Kollektiv hatten demnach alexithyme Züge einen Einfluss auf schizoide Persönlichkeitsdimensionen. Zusätzlich waren auch sozialphobische Symptome von Relevanz.

## 5.2 Borderline-Persönlichkeitsmuster

In Tabelle 11 sowie Anhang E, S. 99-104, werden die Regressionsmodelle für das Borderline-Persönlichkeitsmuster dargestellt. In den ANOVAs konnte die statistische Signifikanz sämtlicher Modelle bestätigt werden (Gruppe ASS und NT: alle  $ps<.001$ , Gruppe Nicht-ASS: alle  $ps<.05$ ).

### 5.2.1 Gruppe ASS

In der Gruppe ASS führten weder AQ noch TAS-20 durch ihre Eingabe ins Modell A zu einer signifikanten Erhöhung der erklärten Varianz. Der BDI-II zeigte sich als einziger signifikanter Prädiktor eines Borderline-Persönlichkeitsmusters (2A:  $b=0.46$ ,  $p=.001$ ; 3A:  $b=0.41$ ,  $p=.001$ ).

Wurde der TAS-20 zuerst ins Modell integriert (2B), bedingte dies einen signifikanten Anstieg von  $R^2$  um 2.9%, auch hier bildete jedoch lediglich der BDI-II ( $b=0.42$ ,  $p=.001$ ) einen signifikanten Prädiktor. Auf Stufe 3 erhöhte der AQ im Modell (3B)  $R^2$  nicht-signifikant um 0.1%, mit wiederum nur dem BDI-II ( $b=0.41$ ,  $p=.001$ ) als signifikantem Prädiktor für ein Borderline-Persönlichkeitsmuster.

Folglich waren in der Gruppe der Autist\*innen sowohl autistische als auch alexithyme Züge von geringer Relevanz für ein Borderline-Persönlichkeitsmuster. Die Alexithymie-Variable im Modell verbesserte die erklärte Varianz nur in Abwesenheit der Autismus-Variable, wobei auch hier der TAS-20 an sich keinen signifikanten Prädiktor darstellte. Depressive Symptome zeigten sich dagegen als signifikanter Einflussfaktor.

**Tabelle 11: Dreistufige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Borderline-Persönlichkeitsmuster**

Gruppe	Schritt	Prädiktoren	$R^2$ (%)	$\Delta R^2$ (%)	Änderung in $F$	Sig. Änderung in $F$
ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	37.4	37.4	$F(4,84)=12.57$	<.001***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	37.7	0.3	$F(1,83)=0.35$	.555
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	40.4	2.7	$F(1,82)=3.75$	.056
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	40.4	2.9	$F(1,83)=4.05$	.047*
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	40.4	0.1 <sup>a</sup>	$F(1,82)=0.10$	.752
Nicht-ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	23.6	23.6	$F(4,46)=3.55$	.013*
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	27.4	3.8	$F(1,45)=2.34$	.133
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	29.0	1.7	$F(1,44)=1.03$	.315
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	26.9	3.3	$F(1,45)=2.05$	.160
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	29.0	2.1	$F(1,44)=1.31$	.258
NT	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	37.6	37.6	$F(4,78)=11.76$	<.001***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	37.9	0.2	$F(1,77)=0.30$	.585
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	43.2	5.4	$F(1,76)=7.16$	.009**
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	43.1	5.5	$F(1,77)=7.44$	.008**
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	43.2	0.1	$F(1,76)=0.13$	.717

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

$R^2$ : Multipler Determinationskoeffizient / Erklärte Varianz.

$F$ :  $F$ -Wert.

<sup>a</sup>Wert aufgerundet.

### 5.2.2 Gruppe Nicht-ASS

Bei den Nicht-Autist\*innen führte das Einfügen von AQ bzw. TAS-20 in keinem der Modelle zu einem signifikanten Anstieg von  $R^2$ . Über alle Modellstufen hinweg war der BDI-II der einzige signifikante Prädiktor von Borderline-Zügen (2A:  $b=0.35$ ,  $p=.019$ ; 3A:  $b=0.33$ ,  $p=.030$ ; 2B:  $b=0.33$ ,  $p=.034$ ; 3B:  $b=0.33$ ,  $p=.030$ ).

Autistische und alexithyme Züge spielten demnach in der Gruppe der Nicht-Autist\*innen keine Rolle für ein Borderline-Persönlichkeitsmuster. Auch hier schienen lediglich depressive Symptome relevant zu sein.

### 5.2.3 Gruppe NT

Durch die Integration des AQ als erstes ins Modell (2A) erhöhte sich in der NT-Gruppe  $R^2$  nicht-signifikant um 0.2%, einziger signifikanter Prädiktor war hier der BDI-II ( $b=1.12$ ,  $p=.001$ ). Durch zusätzliches Eingeben des TAS-20 (3A) konnte die erklärte Varianz signifikant um 5.4% gesteigert werden. Als signifikante Prädiktoren eines Borderline-Persönlichkeitsmusters zeigten sich nun TAS-20 ( $b=0.25$ ,  $p=.022$ ) und BDI-II ( $b=0.94$ ,  $p=.001$ ).

Auch nach Ändern der Eingabe-Reihenfolge erhöhte der TAS-20  $R^2$  signifikant um 5.5% (2B), wiederum mit TAS-20 ( $b=0.25$ ,  $p=.018$ ) und BDI-II ( $b=0.96$ ,  $p=.001$ ) als signifikanten Prädiktoren. Das Hinzufügen des AQ ins Modell (3B) erhöhte  $R^2$  nicht-signifikant um 0.1%, TAS-20 ( $b=0.25$ ,  $p=.022$ ) und BDI-II ( $b=0.94$ ,  $p=.001$ ) blieben signifikante Prädiktoren.

Alexithyme Züge stellten somit in der neurotypischen Kontrollgruppe einen Einflussfaktor für eine Borderline-Persönlichkeit dar, wohingegen autistische Züge irrelevant zu sein schienen. Zusätzlich spielten, wie auch in den anderen beiden Gruppen, depressive Symptome eine Rolle.

## 5.3 Narzisstisches Persönlichkeitsmuster

Die Daten für das narzisstische Persönlichkeitsmuster werden in Tabelle 12 sowie im Anhang E, S. 105-110, dargestellt. Die ANOVAs stuften die Modelle der ASS- und NT-Gruppe als statistisch signifikant ein (ASS: alle  $ps<.05$ , NT: alle  $ps<.001$ ), in der Nicht-ASS-Gruppe traf dies nicht zu (alle  $ps>.05$ ).

### 5.3.1 Gruppe ASS

Bei den Autist\*innen führten in beiden Modellen weder AQ noch TAS-20 zu einer signifikanten Änderung in  $R^2$ . Zudem konnte lediglich auf Stufe 2A der BDI-II ( $b=0.20$ ,  $p=.043$ ) als signifikanter Prädiktor für ein narzisstisches Persönlichkeitsmuster identifiziert werden.

Insgesamt betrachtet schienen die verwendeten Variablen eine narzisstische Persönlichkeit innerhalb der ASS-Gruppe nicht gut zu erklären. Einzig depressive Symptome zeigten sich, in Abwesenheit der Alexithymie-Variable, als relevanter Einflussfaktor.

**Tabelle 12: Dreistufige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Narzisstisches Persönlichkeitsmuster**

Gruppe	Schritt	Prädiktoren	$R^2$ (%)	$\Delta R^2$ (%)	Änderung in $F$	Sig. Änderung in $F$
ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	11.6	11.6	$F(4,84)=2.76$	.033*
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	13.7	2.1	$F(1,83)=2.03$	.158
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	15.9	2.1	$F(1,82)=2.06$	.155
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	15.4	3.8	$F(1,83)=3.72$	.057
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	15.9	0.4	$F(1,82)=0.42$	.517
Nicht-ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	6.9	6.9	$F(4,46)=0.85$	.500
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	10.4	3.5	$F(1,45)=1.77$	.190
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	12.4	2.0	$F(1,44)=1.00$	.322
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	10.6	3.7	$F(1,45)=1.85$	.180
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	12.4	1.8	$F(1,44)=0.92$	.342
NT	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	30.1	30.1	$F(4,78)=8.40$	<.001***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	30.4	0.3	$F(1,77)=0.32$	.575
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	30.4	0.0	$F(1,76)=0.00$	.949
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	30.1	0.0	$F(1,77)=0.00$	.983
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	30.4	0.3	$F(1,76)=0.32$	.575

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

$R^2$ : Multipler Determinationskoeffizient / Erklärte Varianz.

$F$ :  $F$ -Wert.

### 5.3.2 Gruppe Nicht-ASS

Weder im Modell A noch im Modell B konnte in der Nicht-ASS-Gruppe eine signifikante Erhöhung der erklärten Varianz erreicht werden. Zudem konnten keine signifikanten Prädiktoren ausgemacht werden. Da sich die Modelle auch insgesamt laut ANOVA nicht gut für die Erklärung der Daten eignen, kann keine verlässliche Aussage über die Beziehung von Autismus/Alexithymie und einer narzisstischen Persönlichkeit der Nicht-Autist\*innen getroffen werden.

### 5.3.3 Gruppe NT

Auch in der NT-Gruppe hatte die Eingabe von AQ bzw. TAS-20 in keinem Schritt eine signifikante Erhöhung von  $R^2$  zur Folge. BDI-II (2A:  $b=0.67$ ,  $p=.001$ ; 3A:  $b=0.67$ ,  $p=.001$ ; 2B:  $b=0.70$ ,  $p=.001$ ; 3B:  $b=0.67$ ,  $p=.001$ ) und LSAS (2A:  $b=0.12$ ,  $p=.037$ ; 3A:  $b=0.12$ ,  $p=.029$ ; 2B:  $b=0.13$ ,  $p=.012$ ; 3B:  $b=0.12$ ,  $p=.029$ ) stellten jedoch auf allen Stufen des Modells signifikante Prädiktoren für ein narzisstisches Persönlichkeitsmuster dar.

In der neurotypischen Gruppe spielten demzufolge depressive und sozial-phobische Symptome eine relevante Rolle bei der Vorhersage eines narzisstischen Persönlichkeitsmusters. Alexithyme sowie autistische Züge hatten keinen Einfluss.

## 5.4 Vermeidendes Persönlichkeitsmuster

Tabelle 13 und Anhang E, S. 111-116, zeigen die aufgestellten Modelle für das vermeidende Persönlichkeitsmuster. Alle Modelle wurden in den ANOVAs als statistisch signifikant identifiziert (alle  $ps < .001$ ).

### 5.4.1 Gruppe ASS

Bei den Autist\*innen konnte das Einfügen von AQ und TAS-20 ins Modell die erklärte Varianz auf keiner Stufe signifikant erhöhen. Sowohl BDI-II (2A:  $b=0.19$ ,  $p=.031$ ; 3A:  $b=0.17$ ,  $p=.044$ ; 2B:  $b=0.17$ ,  $p=.042$ ; 3B:  $b=0.17$ ,  $p=.044$ ) als auch LSAS (2A:  $b=0.18$ ,  $p=.001$ ; 3A:  $b=0.18$ ,  $p=.001$ ; 2B:  $b=0.18$ ,  $p=.001$ ; 3B:  $b=0.18$ ,  $p=.001$ ) zeigten sich jedoch durchgehend als signifikante Prädiktoren für ein vermeidendes Persönlichkeitsmuster.

Demnach schienen alexithyme und autistische Züge, im Gegensatz zu depressiven und sozialphobischen Symptomen, vermeidende Persönlichkeitsmuster in der ASS-Gruppe nicht ausreichend zu erklären.

### 5.4.2 Gruppe Nicht-ASS

In der Gruppe Nicht-ASS erhöhte sich  $R^2$  durch das Hinzufügen des AQ als erstes ins Modell (2A) signifikant um 8.0%. AQ ( $b=0.26$ ,  $p=.022$ ) und LSAS ( $b=0.13$ ,  $p=.010$ ) waren signifikante Prädiktoren eines vermeidenden Persönlichkeitsmusters. Der TAS-20 im Modell (3A) erhöhte  $R^2$  nochmals signifikant um 5.1%, jetzt war nur noch der LSAS ( $b=0.10$ ,  $p=.038$ ) signifikanter Prädiktor für vermeidende Persönlichkeitszüge.

Mit einer Umkehr der Reihenfolge ergaben sich folgende Ergebnisse: Durch den TAS-20 im Modell (2B) vergrößerte sich die erklärte Varianz signifikant um 9.1%, mit TAS-20 ( $b=0.26$ ,  $p=.018$ ) und LSAS ( $b=0.11$ ,  $p=.024$ ) als signifikanten Prädiktoren. Nach Hinzufügen des AQ (3B) stieg  $R^2$  nicht-signifikant um 4.0%, auch hier blieb auf Stufe 3 nur noch der LSAS ( $b=0.10$ ,  $p=.038$ ) signifikanter Prädiktor eines vermeidenden Persönlichkeitsmusters.

In der Gruppe der Nicht-Autist\*innen hatten sowohl alexithyme als auch autistische Züge einen relevanten Einfluss auf eine vermeidende Persönlichkeit, allerdings nur in Abwesenheit der jeweils anderen Variable. Daneben spielten sozialphobische Symptome eine Rolle.

**Tabelle 13: Dreischrittige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Vermeidendes Persönlichkeitsmuster**

Gruppe	Schritt	Prädiktoren	$R^2$ (%)	$\Delta R^2$ (%)	Änderung in $F$	Sig. Änderung in $F$
ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	49.4	49.4	$F(4,84)=20.50$	.000***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	49.6	0.2	$F(1,83)=0.41$	.526
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	50.6	0.9	$F(1,82)=1.51$	.222
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	50.6	1.2	$F(1,83)=1.94$	.167
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	50.6	0.0	$F(1,82)=0.00$	.978
Nicht-ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	37.9	37.9	$F(4,46)=7.02$	.000***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	45.9	8.0	$F(1,45)=6.62$	.013*
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	51.0	5.1	$F(1,44)=4.62$	.037*
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	47.0	9.1	$F(1,45)=7.77$	.008**
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	51.0	4.0	$F(1,44)=3.57$	.066
NT	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	35.7	35.7	$F(4,78)=10.84$	.000***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	37.5	1.8	$F(1,77)=2.19$	.143
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	39.6	2.1	$F(1,76)=2.64$	.108
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	38.1	2.4	$F(1,77)=2.98$	.088
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	39.6	1.5	$F(1,76)=1.87$	.175

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

$R^2$ : Multipler Determinationskoeffizient / Erklärte Varianz.

$F$ :  $F$ -Wert.

### 5.4.3 Gruppe NT

Weder TAS-20 noch AQ konnten in der neurotypischen Kontrollgruppe eine signifikante Änderung in  $R^2$  hervorrufen. Stattdessen zeigten sich in beiden Modellen auf Stufe 2 BDI-II (2A:  $b=0.43$ ,  $p=.030$ ; 2B:  $b=0.39$ ,  $p=.038$ ) und LSAS (2A:  $b=0.18$ ,  $p=.001$ ; 2B:  $b=0.18$ ,  $p=.001$ ) als signifikante Einflussfaktoren für ein vermeidendes Persönlichkeitsmuster. Auf Stufe 3 blieb jeweils nur noch der LSAS (3A:  $b=0.17$ ,  $p=.001$ ; 3B:  $b=0.17$ ,  $p=.001$ ) als signifikanter Prädiktor übrig.

In der neurotypischen Gruppe spielten folglich depressive und sozialphobische Symptome eine relevante Rolle für die Vorhersagbarkeit vermeidender Persönlichkeitsanteile, letztere dabei stärker. Alexithyme sowie autistische Züge waren nicht von Relevanz.

## 5.5 Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster

Einen Überblick über die Modelle zum zwanghaften Persönlichkeitsmuster gibt Tabelle 14, die Details finden sich in Anhang E, S. 117-122. Laut ANOVAs erwiesen sich alle Modelle des zwanghaften Persönlichkeitsmusters als statistisch signifikant (ASS: alle  $ps<.001$ , Nicht-ASS/NT: alle  $ps<.05$ ).

### 5.5.1 Gruppe ASS

Die Eingabe des AQ im ersten Schritt (2A) führte in der Gruppe ASS zu einer signifikanten Änderung der erklärten Varianz um 6.7%. AQ ( $b=0.35$ ,  $p=.001$ ) und LSAS ( $b=0.13$ ,  $p=.001$ ) waren hier signifikante Prädiktoren eines zwanghaften Persönlichkeitsmusters. Das anschließende Hinzufügen des TAS-20 ins Modell (3A) erhöhte  $R^2$  nicht-signifikant um 0.4%, wiederum mit AQ ( $b=0.30$ ,  $p=.016$ ) und LSAS ( $b=0.13$ ,  $p=.001$ ) als signifikanten Prädiktoren der zwanghaften Persönlichkeit.

Im Modell 2B änderte sich  $R^2$  durch den TAS-20 nicht-signifikant um 3.0%, nun mit TAS-20 ( $b=0.16$ ,  $p=.042$ ) und LSAS ( $b=0.16$ ,  $p=.001$ ) als signifikanten Prädiktoren. Auf Stufe 3B produzierte der AQ im Modell einen signifikanten Anstieg der erklärten Varianz um 4.2%, jetzt zeigten sich wiederum AQ ( $b=0.30$ ,  $p=.016$ ) und LSAS ( $b=0.13$ ,  $p=.001$ ) als signifikante Prädiktoren eines zwanghaften Persönlichkeitsmusters.

Für die Varianz der zwanghaften Persönlichkeit waren in der Gruppe der Autist\*innen autistische und sozialphobische Symptome relevant. Alexithyme Züge stellten lediglich in Abwesenheit der Autismus-Variable im Modell einen signifikanten Prädiktor dar (2B).

**Tabelle 14: Dreistufige hierarchische lineare Regressionsmodelle: Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster**

Gruppe	Schritt	Prädiktoren	$R^2$ (%)	$\Delta R^2$ (%)	Änderung in $F$	Sig. Änderung in $F$
ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	32.1	32.1	$F(4,84)=9.93$	<.001***
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	38.8	6.7	$F(1,83)=9.16$	.003**
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	39.2	0.4	$F(1,82)=0.54$	.464
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	35.0	3.0	$F(1,83)=3.77$	.055
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	39.2	4.2	$F(1,82)=5.66$	.020*
Nicht-ASS	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	23.6	23.6	$F(4,46)=3.55$	.013*
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	34.5	10.9	$F(1,45)=7.50$	.009**
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	37.2	2.8	$F(1,44)=1.93$	.172
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	30.3	6.7	$F(1,45)=4.33$	.043*
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	37.2	7.0	$F(1,44)=4.88$	.032*
NT	1	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS	16.8	16.8	$F(4,78)=3.94$	.006**
	2A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ</b>	23.0	6.2	$F(1,77)=6.24$	.015*
	3A	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>AQ, TAS-20</b>	24.1	1.1	$F(1,76)=1.08$	.303
	2B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20</b>	17.5	0.7	$F(1,77)=0.66$	.418
	3B	Alter, Geschlecht, BDI-II, LSAS, <b>TAS-20, AQ</b>	24.1	6.6	$F(1,76)=6.61$	.012*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

$R^2$ : Multipler Determinationskoeffizient / Erklärte Varianz.

$F$ :  $F$ -Wert.

### 5.5.2 Gruppe Nicht-ASS

Bei den Nicht-Autist\*innen erhöhte sich  $R^2$  durch das Hinzufügen des AQ (2A) signifikant um 10.9%, der AQ ( $b=0.33$ ,  $p=.009$ ) stellte hier den einzigen signifikanten Prädiktor eines zwanghaften Persönlichkeitsmusters dar. Der TAS-20 im Modell (3A) erhöhte  $R^2$  nicht-signifikant um 2.8%, auch hier blieb nur der AQ ( $b=0.27$ ,  $p=.046$ ) signifikanter Prädiktor.

Im Modell B änderte sich die erklärte Varianz durch den TAS-20 (2B) signifikant um 6.7%, jedoch zeigte sich keiner der einzelnen Prädiktoren als signifikant. Das Einfügen des AQ (3B) produzierte einen signifikanten Anstieg von  $R^2$  um 7.0%, nun konnte wiederum der AQ ( $b=0.27$ ,  $p=.046$ ) als signifikanter Prädiktor ausgemacht werden.

In der Gruppe der Nicht-Autist\*innen konnten vor allem autistische Züge als relevanter Faktor für die Varianz der zwanghaften Persönlichkeit identifiziert werden. Alexithyme Züge spielten weniger eine Rolle.

### 5.5.3 Gruppe NT

In der neurotypischen Kontrollgruppe erhöhte das Einfügen des AQ (2A)  $R^2$  signifikant um 6.2%, einziger signifikanter Prädiktor in diesem Schritt war der AQ ( $b=0.43$ ,  $p=.024$ ). Der TAS-20 im Modell (3A) führte zu einem nicht-signifikanten Anstieg von  $R^2$  um 1.1%. Signifikanter Prädiktor eines zwanghaften Persönlichkeitsmusters blieb hier weiterhin der AQ ( $b=0.44$ ,  $p=.018$ ).

Durch das priorisierte Hinzufügen des TAS-20 (2B) ergab sich eine nicht-signifikante Änderung von  $R^2$  um 0.7%, mit BDI-II ( $b=0.56$ ,  $p=.014$ ) und LSAS ( $b=0.13$ ,  $p=.018$ ) als signifikanten Prädiktoren. Der AQ im Modell (3B) erhöhte die erklärte Varianz signifikant um 6.6%, nun war der AQ ( $b=0.44$ ,  $p=.018$ ) einziger signifikanter Prädiktor.

In der neurotypischen Gruppe hatte folglich ebenfalls der Autismus die größte Relevanz für eine zwanghafte Persönlichkeit. Alexithyme Züge zeigten auch in dieser Gruppe keine Bedeutung für ein zwanghaftes Persönlichkeitsmuster.

## 6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Dieses Kapitel beinhaltet eine tabellarische Übersicht der identifizierten relevanten Einflussfaktoren der jeweiligen Persönlichkeitsmuster (s. Tabelle 15). Nachfolgend werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der in Kapitel 3 aufgestellten Hypothesen zusammengefasst, worüber Tabelle 16 abschließend eine Übersicht gibt. (vgl. auch [66])

**Tabelle 15: Prädiktoren der Persönlichkeitsmuster**

Persönlichkeitsmuster	Gruppe	Alter	Geschlecht	Depression	Soziale Phobie	Autismus	Alexithymie
schizoid	ASS	*	✓	*	✓	✓	*
	Nicht-ASS	?	?	?	?	?	?
	NT	✓	*	*	✓	*	✓
Borderline	ASS	*	*	✓	*	*	*
	Nicht-ASS	*	*	✓	*	*	*
	NT	*	*	✓	*	*	✓
narzisstisch	ASS	*	*	(✓)	*	*	*
	Nicht-ASS	?	?	?	?	?	?
	NT	*	*	✓	✓	*	*
vermeidend	ASS	*	*	✓	✓	*	*
	Nicht-ASS	*	*	*	✓	(✓)	(✓)
	NT	*	*	(✓)	✓	*	*
zwanghaft	ASS	*	*	*	✓	✓	(✓)
	Nicht-ASS	*	*	*	*	✓	*
	NT	*	*	(✓)	(✓)	✓	*

✓: signifikanter Prädiktor.

(✓): mit Einschränkungen, s. Kapitel 5.

\*: kein Einfluss.

?: keine Aussage möglich.

Die nachstehenden Ausführungen erfolgen unter Fokussierung auf die in der Dissertation vorrangig interessierenden Variablen Autismus und Alexithymie. Einflüsse der demografischen Variablen sowie der Komorbiditäten Depression und Soziale Phobie, die als Kontrollvariablen in das jeweilige Modell eingeschlossen wurden, lassen sich dem Ergebnisteil (Kapitel 5) sowie der Tabelle 15 entnehmen.

Folgende Schlüsse können uneingeschränkt aus den Untersuchungen gezogen werden: Autistische Züge stellen einen relevanten Prädiktor für schizoide Persönlichkeitsmuster in der ASS-Gruppe sowie für zwanghafte Persönlichkeitsmuster in allen drei Gruppen dar. Alexithyme Züge sind ein signifikanter Prädiktor für schizoide sowie für Borderline-Persönlichkeitsmuster in der NT-Gruppe.

## 6.1 Schizoides Persönlichkeitsmuster

Ein schizoides Persönlichkeitsmuster wurde bisher sowohl mit Autismus als auch mit Alexithymie in Verbindung gebracht. Deshalb wurde ein Annehmen der jeweiligen Alternativhypothesen  $H1Aut_1$  und  $H1Alx_1$  als Ergebnis der Untersuchung erwartet, also der Nachweis eines prädiktiven Wertes sowohl von autistischen als auch von alexithymen Zügen für schizoide Persönlichkeitsmuster. Die Ergebnisse konnten diese Erwartungen nur teilweise bestätigen. **Differenziert betrachtet konnten in der Gruppe der Autist\*innen autistische Eigenschaften als relevanter Prädiktor für schizoide Persönlichkeitszüge ausgemacht werden. In der neurotypischen Kontrollgruppe dagegen zeigten sich alexithyme Züge als Einflussfaktor.** Über die Zusammenhänge in der Gruppe der Nicht-Autist\*innen kann aufgrund statistisch invalider Modelle keine Aussage getroffen werden.

Ein Verwerfen der Nullhypothese  $H1Aut_0$  und Annehmen der Alternativhypothese  $H1Aut_1$  ist demnach nur in der ASS-Gruppe möglich, in den anderen beiden Gruppen kann  $H1Aut_0$  nicht abgelehnt werden. Das Verwerfen der Nullhypothese  $H1Alx_0$  und Annehmen der Alternativhypothese  $H1Alx_1$  ist nur für die Gruppe NT zulässig, in den Gruppen ASS und Nicht-ASS muss  $H1Alx_0$  beibehalten werden.

## 6.2 Borderline-Persönlichkeitsmuster

Auch für das Borderline-Persönlichkeitsmuster lautete die im Voraus formulierte Erwartung auf ein Annehmen der Alternativhypothesen  $H2Aut_1$  und  $H2Alx_1$ . Basierend auf bisheriger Forschung wurde vermutet, sowohl autistische als auch alexithyme Züge hätten einen prädiktiven Wert für Borderline-Persönlichkeitsmuster. Die vorliegenden Untersuchungen konnten dies ebenfalls nicht derartig belegen. Ein Zusammenhang mit Autismus konnte in keiner der drei Gruppen nachgewiesen werden. **Alexithyme Züge hingegen wurde im neurotypischen Kollektiv als signifikanter Einflussfaktor für Borderline-Persönlichkeitszüge identifiziert.**

In allen Gruppen kann folglich die Nullhypothese  $H2Aut_0$  nicht verworfen werden. Für die neurotypische Gruppe kann die Nullhypothese  $H2Alx_0$  abgelehnt und die Alternativhypothese  $H2Alx_1$  akzeptiert werden. Bei den Autist\*innen und Nicht-Autist\*innen muss dagegen  $H2Alx_0$  beibehalten werden.

## 6.3 Narzisstisches Persönlichkeitsmuster

Bezüglich des narzisstischen Persönlichkeitsmusters wurde jeweils ein Beibehalten der Nullhypothesen  $H3Aut_0$  und  $H3Alx_0$  vermutet: weder für autistische noch für alexithyme Züge wurde ein prädiktiver Wert für narzisstische Persönlichkeitsmuster erwartet. Wie angenommen standen in den Gruppen ASS und NT laut durchgeführten Analysen weder autistische noch alexithyme Eigenschaften in Zusammenhang mit einem Narzissmus. Auch bezüglich dieses Persönlichkeitsmusters können, bedingt durch statistisch invalide

Regressionsmodelle, keine Angaben über die Gruppe der Nicht-Autist\*innen gemacht werden.

Die Nullhypothesen  $H3Aut_0$  und  $H3Alx_0$  müssen also für alle drei Gruppen beibehalten werden.

#### 6.4 Vermeidendes Persönlichkeitsmuster

Das vermeidende Persönlichkeitsmuster betreffend wurde ein Annehmen der Alternativhypothesen  $H4Aut_1$  und  $H4Alx_1$  erwartet, also die Bestätigung eines prädiktiven Wertes von autistischen sowie alexithymen Zügen für vermeidende Persönlichkeitszüge. Weder bei Autist\*innen noch bei neurotypischen Studienteilnehmenden trafen diese Vermutungen zu. In der Gruppe der Nicht-Autist\*innen schienen die beiden Konzepte eine Rolle zu spielen, jedoch nur in Abwesenheit des jeweils anderen im Modell.

Die Nullhypothesen  $H4Aut_0$  und  $H4Alx_0$  können nicht uneingeschränkt verworfen und müssen folglich in allen drei Gruppen beibehalten werden.

#### 6.5 Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster

Für das zwanghafte Persönlichkeitsmuster wurde hinsichtlich des Autismus ein Annehmen der Alternativhypothese  $H5Aut_1$  vermutet, ein Nachweis eines prädiktiven Wertes autistischer Züge für zwanghafte Persönlichkeitszüge. Die Alexithymie betreffend bestand die Erwartung eines Beibehaltens der Nullhypothese  $H5Alx_0$ , also keines prädiktiven Wertes für zwanghafte Persönlichkeitsmuster. **In allen Gruppen zeigten sich autistische Züge als relevanter Einflussfaktor.** Alexithymie war zwar in der ASS-Gruppe von Relevanz, jedoch nur unter Ausschluss der Autismus-Variable im Modell.

Bezüglich der zwanghaften Persönlichkeit kann die Nullhypothese  $H5Aut_0$  in allen drei Gruppen verworfen und die Alternativhypothese  $H5Aut_1$  der zuvor formulierten Erwartung konform angenommen werden. Auch für die Alexithymie bestätigt sich mit dem Beibehalten der Nullhypothese  $H5Alx_0$  in allen Gruppen die im Voraus getroffene Vermutung in vollem Umfang.

Tabelle 16: Hypothesenbezogene Übersicht der Ergebnisse

Persönlichkeitsmuster	Autismus / Alexithymie	Erwartung	Gruppe	Erwartung trifft zu?
schizoid	Autismus	Verwerfen $H1Aut_0$ , Annehmen $H1Aut_1$	ASS	ja
			Nicht-ASS	k. A.
			NT	nein
	Alexithymie	Verwerfen $H1Alx_0$ , Annehmen $H1Alx_1$	ASS	nein
			Nicht-ASS	k. A.
			NT	ja
Borderline	Autismus	Verwerfen $H2Aut_0$ , Annehmen $H2Aut_1$	ASS	nein
			Nicht-ASS	nein
			NT	nein
	Alexithymie	Verwerfen $H2Alx_0$ , Annehmen $H2Alx_1$	ASS	nein
			Nicht-ASS	nein
			NT	ja
narzisstisch	Autismus	Beibehalten $H3Aut_0$ , Verwerfen $H3Aut_1$	ASS	ja
			Nicht-ASS	k. A.
			NT	ja
	Alexithymie	Beibehalten $H3Alx_0$ , Verwerfen $H3Alx_1$	ASS	ja
			Nicht-ASS	k. A.
			NT	ja
vermeidend	Autismus	Verwerfen $H4Aut_0$ , Annehmen $H4Aut_1$	ASS	nein
			Nicht-ASS	nein
			NT	nein
	Alexithymie	Verwerfen $H4Alx_0$ , Annehmen $H4Alx_1$	ASS	nein
			Nicht-ASS	nein
			NT	nein
zwanghaft	Autismus	Verwerfen $H5Aut_0$ , Annehmen $H5Aut_1$	ASS	ja
			Nicht-ASS	ja
			NT	ja
	Alexithymie	Beibehalten $H5Alx_0$ , Verwerfen $H5Alx_1$	ASS	ja
			Nicht-ASS	ja
			NT	ja

$HxAut_{0/1}$  /  $HxAlx_{0/1}$ : jeweilige Nullhypothese / Alternativhypothese, s. Tabelle 3.

k. A.: keine Aussage möglich.

## 7. Diskussion

Im Diskussionsteil erfolgt zuerst eine Einordnung der Ergebnisse. Nach einer Besprechung der Limitationen der Untersuchung sowie eines Ausblicks auf sich anbietende künftige Forschungsfelder bildet die Bedeutung der Inhalte für die Praxis den Abschluss der Arbeit. In knapper Form finden sich Teile der folgenden Ausführungen im oben genannten entsprechenden wissenschaftlichen Artikel [66] wieder.

### 7.1 Einordnung der Ergebnisse

Die in Kapitel 3 formulierten übergeordneten Ziele der Dissertation konnten erreicht werden: Die Konzepte Autismus und Alexithymie wurden in ihrer Rolle als potentielle Prädiktoren häufig assoziierter PS bzw. Persönlichkeitsmuster untersucht. Depression, Soziale Phobie und demografische Merkmale wurden als Kontrollvariablen einbezogen. Die Ergebnisse liegen für zwei Patient\*innen-Gruppen sowie für eine neurotypische Stichprobe vor; es folgt eine Auseinandersetzung mit den Resultaten.

#### 7.1.1 Schizoides Persönlichkeitsmuster

Für schizoide Persönlichkeitszüge konnten die formulierten Erwartungen bezüglich eines Einflusses autistischer Züge partiell bestätigt werden, und zwar in der Gruppe der Autist\*innen. Die Resultate ließen sich jedoch nicht über alle Gruppen hinweg reproduzieren. In der NT-Gruppe konnten autistische Züge schizoide Persönlichkeitsdimensionen nicht vorhersagen. Die Analysen deuten demnach darauf hin, dass Zusammenhänge von autistischen und schizoiden Merkmalen eher nur „tatsächliche“ ASS-Patient\*innen zu betreffen scheinen und weniger neurotypische Personen. Ergebnisse von Studien wie die von Cook et al. [102] sind konsistent mit dieser Annahme: die Autor\*innen fanden eine signifikante Häufung schizoider Persönlichkeitszüge bei männlichen jugendlichen Autisten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne ASS, jedoch mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Lai und Baron-Cohen [17] führen in ihrer Auseinandersetzung mit der „lost generation“ der Autist\*innen das häufige gemeinsame Auftreten von Autismus und Cluster-A-/C-PS auf eine Kombination aus möglichen inadäquaten Differentialdiagnosen, tatsächlichen Komorbiditäten sowie überlappenden definierenden Eigenschaften zurück. Bezüglich der Schizoiden PS werden sozial-emotionale Distanziertheit und eingeschränkte Affektivität als Overlap genannt. Andererseits gibt die Forschung auch Hinweise auf die Entitäten als möglicherweise voneinander unabhängige Komorbiditäten. Booules-Katri et al. [103] unterscheiden beispielsweise autistische Proband\*innen von Patient\*innen mit Schizotypen und/oder Schizoider PS hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur ToM. Erstere zeigten schlechtere Leistungen und keine Dissoziation hinsichtlich affektiver und kognitiver ToM-Komponenten, letztere schnitten bei den kognitiven ToM-Aufgaben signifikant schlechter ab als bei den affektiven.

Anders stellt sich die Situation bezüglich der Alexithymie dar: Im neurotypischen Kollektiv präsentierte sich eine Relevanz alexithymer Züge für schizoide Persönlichkeitsmuster. Die in der Literatur mitunter beschriebenen Zusammenhänge von alexithymer und schizoiden Mustern [60, 61] ließen sich dagegen nicht auf die Autist\*innen übertragen. Für diese scheint – anders als für neurotypische Menschen – das Alexithymielevel keine Rolle im Hinblick auf eventuelle schizoide Eigenschaften zu spielen. Anders als bei De Rick und Vanheule ([60], s. Kapitel 2.3) bestand die erwartete Beziehung zwischen Alexithymie und Schizoidie nicht im klinischen sondern im neurotypischen Sample.

Für die Nicht-Autist\*innen lässt sich, wie bereits ausgeführt, keine finale Aussage treffen.

### 7.1.2 Borderline-Persönlichkeitsmuster

Entgegen den Erwartungen konnten autistische Züge in keiner der Gruppen als relevanter Einflussfaktor für Borderline-Persönlichkeitsmuster identifiziert werden. Für diese fehlende Beziehung zwischen Autismus und Borderline-Zügen liefern Lai und Baron-Cohen [17] einen möglichen Erklärungsansatz: sie weisen auf vordergründige Überschneidungen, bedingt durch sekundäre Folgen eines Autismus wie instabile Beziehungsmuster, Identitätskonflikte, Schwierigkeiten in der Affektregulierung und vermehrtes Auftreten von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität hin, betonen hier jedoch auch die Unterschiede: Borderline-Patient\*innen zeigen im Gegensatz zu Autist\*innen kaum beeinträchtigte non-verbale Kommunikation, Sonderinteressen oder stereotypes Verhalten. Auch eine Studie von Strunz et al. [51] identifizierte Eigenschaften, in denen sich die Autist\*innen signifikant von Patient\*innen mit Borderline-PS (und Narzisstischer PS) sowie einer neurotypischen Kontrollgruppe unterscheiden, nämlich mit niedrigeren Scores für "extraversion" und "openness to experience", gemessen mit dem NEO-PI-R<sup>3</sup> [104], und höheren Scores für "inhibitedness" und "compulsivity", gemessen mit dem DAPP-BQ<sup>4</sup> [105]. Ein Vorschlag für künftige Forschung könnte an dieser Stelle eine Auseinandersetzung mit Kausalitäten im Feld von Autismus und Borderline-PS sein: Bestehen ursächliche Zusammenhänge und relevante Einflüsse hinsichtlich der Entwicklung von Borderline-Persönlichkeitsmustern oder beruhen die häufigen Assoziationen eher auf überlappenden Symptomen voneinander verschiedener psychiatrischer Zustände?

Bei Nanchen und Kolleg\*innen [54] stand ein hohes Autismuslevel in einem Sample von Borderline-Patient\*innen in einem positiven Zusammenhang mit dem Alexithymielevel. Umgekehrt konnten derartige Einflüsse in der vorliegenden Arbeit nicht belegt werden. Die vermutete Relevanz alexithymer Züge für Borderline-Eigenschaften traf nur auf die neurotypischen Proband\*innen zu. Kein Einfluss hingegen bestand in beiden Patient\*innen-Kollektiven, insbesondere auch nicht in der ASS-Gruppe. Ergebnisse wie die der Studie von Edwards et al. [67], die u.a. Alexithymie eine vermittelnde Rolle bei der Ent-

---

<sup>3</sup> NEO-Personality Inventory-Revised

<sup>4</sup> Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire

stehung einer Borderline-PS zuweisen, untermauern jedoch den in der Dissertation ermittelten Zusammenhang von alexithymen Zügen und Borderline-Persönlichkeitsmustern in der neurotypischen Kontrollgruppe.

### **7.1.3 Narzisstisches Persönlichkeitsmuster**

Autismus und Narzissmus können auf den ersten Blick ähnliche Merkmale aufweisen. Autist\*innen wird mitunter, bedingt durch spezielle Verhaltensweisen, eine gewisse Egozentrität, wenn nicht gar Arroganz, nachgesagt [17]. Hypothesenkonform gab es jedoch weder in der ASS- noch in der NT-Gruppe einen Hinweis auf eine Beziehung von autistischen und narzisstischen Eigenschaften. Auch Lai und Baron-Cohen verdeutlichen in ihrem Artikel die Unterschiedlichkeit der Kernelemente der beiden Konstrukte: Die Narzisstische PS zeichnet sich durch verminderte affektive Empathie und Sympathie aus, nicht aber durch eine beeinträchtigte kognitive Empathie. Im Gegensatz zur Haltung von Narzisst\*innen sind sich Autist\*innen der sozialen Auswirkungen ihres Verhaltens oft schlichtweg nicht bewusst. Die vorliegenden Resultate, speziell die der Gruppe der Autist\*innen, sprechen dafür die Konstrukte Autismus und Narzissmus voneinander getrennt zu betrachten und zu beurteilen.

Auch zwischen alexithymen und narzisstischen Zügen wurde weder bei den Autist\*innen noch im neurotypischen Sample ein relevanter Zusammenhang nachgewiesen. Diese Resultate gehen einher mit den im Voraus formulierten Erwartungen und bestätigen somit, dass die beiden Persönlichkeitsmerkmale hier eher in keiner relevanten Verbindung zu stehen scheinen.

Erneut sind aus den genannten Gründen keine Schlüsse bezüglich der Nicht-Autist\*innen möglich.

### **7.1.4 Vermeidendes Persönlichkeitsmuster**

Als unerwartet stellten sich die Ergebnisse der Analysen zum vermeidenden Persönlichkeitsmuster heraus. Obwohl bereits diverse Studien eine Beziehung von Autismus und einer vermeidenden Persönlichkeit konstatierten, konnte in der vorliegenden Arbeit ein solcher Zusammenhang nicht belegt werden. Ein möglicher Hintergrund dieser Diskrepanz findet sich bei Simon et al. [106]. Die Autor\*innen beschreiben hier die unterschiedlichen Ursprünge des Phänomens der sozialen Vermeidung, welches zu den Kernelementen – unter anderem – der Vermeidenden PS und der ASS gehört. Sie vertreten den Ansatz, dass diese soziale Vermeidung in ihren Ursachen betrachtet werden muss, um eine korrekte Differenzialdiagnostik zu ermöglichen. Während bei der Vermeidenden PS soziale Vermeidung auf einem Gefühl der Minderwertigkeit gegenüber anderen und der hohen Anfälligkeit für soziale Bewertung beruht, resultiert besagtes Phänomen bei Autist\*innen aus einem Rückzug aus als belastend empfundener intersubjektiver und interkorporeller Nähe (s. auch [17]), die durch angeborene Defizite im Bindungsverhalten entsteht. Ferner können auch häufige Mobbing Erfahrungen bei Autist\*innen zu einem

sozialen Vermeidungsverhalten führen. In der Unterschiedlichkeit dieser Ursachen sozialer Vermeidung könnte auch ein Grund für die fehlende Verbindung autistischer Züge und vermeidender Persönlichkeitsmuster in der vorliegenden Arbeit bestehen. Nichtsdestotrotz sollte in diesem Feld eine Vertiefung der Forschung stattfinden, um wechselseitige Einflüsse detaillierter zu betrachten.

Auch eine Alexithymie wurde in der Vergangenheit des Öfteren mit einer vermeidenden Persönlichkeit in Verbindung gebracht. Die Untersuchungen der Dissertation konnten jedoch keinen Einfluss alexithymer Züge auf vermeidende Persönlichkeitsmuster feststellen. Simonsen und Kolleg\*innen [107] zeigten eine heterogene Verteilung des Alexithymielevels (niedrig/mittel/hoch) bei Menschen mit Vermeidender PS auf. Eine mögliche Schlussfolgerung daraus wäre, dass ein gehäuftes gemeinsames Auftreten von alexithymeren Zügen und vermeidenden Persönlichkeitsmustern zwar existiert, jedoch in diesem Kontext eher von einer tatsächlichen Komorbidität ohne gegenseitige Einflüsse ausgegangen werden kann.

### **7.1.5 Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster**

Die im Voraus aufgestellten Erwartungen konnten für das zwanghafte Persönlichkeitsmuster durchweg erfüllt werden. Autistische Züge scheinen eine Rolle für zwanghafte Persönlichkeitsdimensionen zu spielen, und dies in allen drei Gruppen. Nach Lai und Baron-Cohen [17] überschneiden sich die Charakteristiken einer zwanghaften PS stark mit denen eines Autismus, beispielsweise hinsichtlich eines Faibles für Details, Ordnung und Perfektionismus, aber auch einer gewissen Starrheit und Inflexibilität, was die festgestellten Resultate nochmals bekräftigt.

Mit einem fehlenden Einfluss alexithymer Züge auf zwanghafte Persönlichkeitsmuster stellten sich auch bezüglich der Alexithymie die erwarteten Ergebnisse ein. Wie in voriger Forschung scheinen beide Konzepte in keinem Zusammenhang zu stehen.

### **7.1.6 Einfluss von Depression und Sozialer Phobie**

Erwähnenswert für die Diskussion ist ferner auch die Relevanz der Komorbiditäten Depression und Soziale Phobie für das Vorliegen verschiedener Persönlichkeitsmuster. So zeigten sich depressive Symptome als signifikanter Prädiktor für Borderline-Persönlichkeitszüge in allen Gruppen, für narzisstische Persönlichkeitsmuster in der NT-Gruppe und für vermeidende Persönlichkeitszüge in der Gruppe der Autist\*innen. Sozialphobische Symptome spielten eine signifikante Rolle für die Vorhersagbarkeit schizoider Persönlichkeitsmuster in der ASS- und NT-Gruppe, für narzisstische Züge in der NT-Gruppe, für vermeidende Persönlichkeitszüge in allen drei Gruppen sowie für zwanghafte Persönlichkeitsmuster in der ASS-Gruppe. Vor allem der Zusammenhang von Borderline-Zügen und Depression sowie vermeidender Züge und Sozialer Phobie mutet nicht ungewöhnlich an und bildet bereits den Gegenstand zahlreicher Studien, so beispielsweise bei Yoshimatsu und Palmer [108], Rao und Broadbear [109], Weinbrecht

und Kolleg\*innen [110], Welander-Vatn und Kolleg\*innen. [111] u.v.m.. Auch die weiteren imponierenden Zusammenhänge liefern interessante Ansätze und sollten durch künftige Forschung näher beleuchtet werden.

## 7.2 Limitationen der Untersuchung und Ausblick

Ein potentiell limitierender Faktor der Untersuchung könnte die Erhebung der Daten mithilfe von Fragebögen der Selbstauskunft sein. Aufgrund der speziellen autistischen Eigenschaften eines Teils der Proband\*innen könnten Bedenken hinsichtlich der Verwendung von Selbstauskunfts-Fragebögen aufkommen. Menschen mit ASS verstehen Sprache oft sehr wörtlich, weshalb eventuell Items anders interpretiert werden könnten als in der neurotypischen Population. Dem widerspricht jedoch die bisherige Forschung, die eine Validität von Messungen der Selbstauskunft bei Autist\*innen ohne intellektuelle Beeinträchtigung feststellen konnte [47, 68, 112].

Die Verwendung von Selbstauskunfts-Fragebögen setzt zudem einen mindestens durchschnittlichen IQ der Proband\*innen voraus. Die ausschließliche Teilnahme von Personen mit HFA in der Gruppe der Autist\*innen könnte deshalb einen Kritikpunkt darstellen. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und eingeschränkten Sprach- und Kommunikationsfertigkeiten, die das Autismus-Spektrum ebenfalls umfasst, werden in einer solchen Untersuchung nicht berücksichtigt. [27] Demzufolge lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Analyse nicht generalisiert auf die gesamte autistische Population übertragen. Für deren Einbezug sollten in der Zukunft adäquate Messinstrumente verwendet werden, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten ausgerichtet sind. Insbesondere im Hinblick auf die vorliegende Arbeit könnte dieser Aspekt interessante Ergebnisse liefern, da Rinaldi et al. [47] in ihrer Metaanalyse bezüglich der Komorbidität von ASS und PS eine sinkende Prävalenz von PS unter ASS-Patient\*innen ausmachten, wenn Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in die jeweilige Studie eingeschlossen wurden.

Speziell bei der Messung des Alexithymie-Konstruktes, das eine Beeinträchtigung im Erkennen und Benennen der eigenen Innenwelt umschreibt, könnte eine Verwendung des TAS-20 als Instrument der Selbstauskunft kontraintuitiv erscheinen [113]. Dagegen spricht die Studie von Berthoz und Hill [114], die den TAS-20 als valides Instrument zur Messung von Alexithymie bei Menschen mit Autismus identifizierten. Auch in einer Studie von Gaigg et al. [113] mit Autist\*innen sowie einer Kontrollgruppe erwies sich u.a. das zuvor im Selbsterhebungs-Fragebogen BVAQ<sup>5</sup> [115] gemessene Alexithymie-Level als guter Prädiktor für Schwierigkeiten mit emotionaler Interozeption, und dies bei Personen mit und ohne Autismus. Basierend auf diesen Ergebnissen kann davon ausgegangen werden, dass eine Datenerhebung mit dem TAS-20 valide Ergebnisse in allen Gruppen der vorliegenden Untersuchung liefert. [27]

---

<sup>5</sup> Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire

Kritisiert wurde ferner in der Vergangenheit, dass der TAS-20 die dem Alexithymie-Konzept inhärenten Faktoren der reduzierten Phantasie-Fähigkeit und des reduzierten Erlebens von Emotionen und folglich das gesamte Konstrukt nicht in seiner Gänze abbildet. Um diesem Mangel Rechnung zu tragen, könnten künftig zusätzliche Fragebögen wie der BVAQ Anwendung finden, die die fehlenden Aspekte ebenfalls operationalisieren. [27, 115]

Mit dem ADP-IV erfolgte auch die Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen anhand eines Selbstauskunfts-Fragebogens. Hier könnte die Aussagekraft der Studie durch den Versuch einer Replikation der Ergebnisse mithilfe eines Fremdbeurteilungsinstruments, beispielsweise dem SKID-II, erhöht werden.

In der Studie von Anckarsäter et al. [50] (s. Kapitel 2.2) wurde die Prävalenz von PS bei einer Gruppe von Autist\*innen mit dem SKID-II erhoben. Im Vergleich zu den Zahlen für die ASS-Gruppe der vorliegenden Dissertation (Tabelle 7) fiel dort der Anteil der Menschen mit positivem Screening-Ergebnis in Bezug auf die meisten PS deutlich geringer aus. Mögliche Erklärungen dafür könnten die Verwendung des SKID-II bei Anckarsäter und Kolleg\*innen als Messinstrument mit strengeren Kriterien oder die höhere N-Zahl in der vorliegenden Dissertation (89 vs. 47) sein. Zu erwähnen ist außerdem die Diskrepanz hinsichtlich der Häufigkeit von Persönlichkeitszügen der neurotypischen Kontrollgruppe, gemessen mit dem ADP-IV, verglichen mit der Prävalenz von PS in der Allgemeinbevölkerung. In Kapitel 1.3 wurden die Dependente, Antisoziale, Histrionische und Borderline-PS (bis zu 3%) sowie die Paranoide und Vermeidende PS (bis zu 2%) als häufigste PS in der deutschen Allgemeinbevölkerung beschrieben. Auch das vorliegende neurotypische Kollektiv scorte vermehrt in Bezug auf antisoziale und paranoide Persönlichkeitszüge. Mit dem häufigen Vorkommen zwanghafter und narzisstischer Eigenschaften wich die NT-Gruppe jedoch von der Allgemeinbevölkerung ab. Eventuelle Ursachen dieser Diskrepanz lassen sich gegebenenfalls in der Zusammensetzung der Kontrollgruppe finden, die vorwiegend aus Studierenden naturwissenschaftlicher Fächer bestand. Es stellt sich hier die Frage, ob das Klientel dieser Studienrichtungen mehrheitlich eher organisierte, strukturierte (und egozentrierte?) Persönlichkeitszüge aufweisen könnte. Diese vermuteten Zusammenhänge sind rein spekulativer Natur, könnten jedoch eine mögliche Erklärung liefern. An dieser Stelle soll nochmals der dimensionale Charakter von Persönlichkeit/-smustern betont werden, den auch Abbildung 2 verdeutlicht. Ähnlich zu den Konzepten Autismus und Alexithymie handelt es sich bei Persönlichkeitszügen um ein Spektrum, auf dem sich neurotypische und neurodivergente Menschen in vielfältiger Dimension bewegen.

Einige Aspekte, die in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht berücksichtigt werden konnten, sollten in die künftige Forschung Eingang finden bzw. intensiviert werden. Diesbezüglich ist an dieser Stelle für eine entsprechende Analyse der nicht untersuchten PS bzw. Persönlichkeitsmuster zu plädieren. Für die Dissertation wurden, basierend auf Forschungsstand und Abdeckung aller Persönlichkeitscluster nach DSM-5, fünf Persönlichkeitsmuster ausgewählt (schizoid, Borderline, narzisstisch, vermeidend und zwanghaft). In der Zukunft sollte weiterführend auch eine Untersuchung

der übrigen Persönlichkeitsmuster stattfinden. Eine genauere Betrachtung von weiteren Persönlichkeitszügen des Clusters A und C könnte beispielsweise interessant sein, da verschiedene Studien hier einen Zusammenhang zum Autismus konstatierten [49, 50]. Speziell vielversprechend könnte sich eine Beschäftigung mit schizotypen Eigenschaften erweisen: diverse Autor\*innen beschreiben in diesem Kontext Überlappungen von autistischen und schizotypen Zügen, so u.a. Hurst et al. [116], Esterberg et al. [52] und Gong et al. [117], sodass eine detailliertere Auseinandersetzung damit sinnvoll erscheint. Hinsichtlich einer Alexithymie zeigten sich in der vorangehenden Forschung ebenfalls Hinweise auf Zusammenhänge mit in dieser Studie nicht untersuchten Persönlichkeitsmustern, zum Beispiel mit der paranoiden, schizotypen, antisozialen und dependenten Persönlichkeit [59-61]. Auch hier könnte eine weiterführende Analyse aufschlussreiche Erkenntnisse liefern.

Künftige Forschung sollte zudem die Rolle des Geschlechts stärker einbeziehen. In der vorliegenden Arbeit wurde zwar das Geschlecht als Kontrollvariable in den Regressionsanalysen berücksichtigt, vorstellbar wäre hier jedoch auch als Erweiterung ein Vergleich mit nach Geschlecht aufgeteilten Testgruppen (bspw. nach Vorbild von Albantakis et al. [66]). Ein solcher würde für eine bessere Überschaubarkeit der ohnehin bereits zahlreichen Modelle aus der Untersuchung ausgeklammert. Die verschiedenen PS werden, die Allgemeinbevölkerung betreffend, unterschiedlich häufig bei Männern und Frauen diagnostiziert. So findet man die Antisoziale sowie die Zwanghafte PS häufiger in der männlichen Population, die Borderline-, Vermeidende und Dependente PS öfter in der weiblichen Bevölkerung [36]. Albantakis et al. [95] stellten hingegen in einer Auswertung der kategorialen Diagnostik des ADP-IV bei ASS-Patient\*innen signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich schizotyper, Borderline-, dependenter und passiv-aggressiver Persönlichkeitsmuster fest. Die männlichen Teilnehmenden scorten hier im Durchschnitt höher als die weiblichen. Hofvander und Kolleg\*innen [19] fanden unter Autist\*innen einen Geschlechter-Unterschied bezüglich der Schizoiden PS, diese zeigte sich häufiger unter weiblichen Probandinnen. Diese Diskrepanzen in der Geschlechterverteilung von PS bei Allgemeinbevölkerung und autistischer Population verlangen nach intensivierter Forschung. Die in der Dissertation untersuchten Einflussfaktoren könnten sich geschlechterbezogen unterschiedlich relevant präsentieren. Zudem sollten auch non-binäre Geschlechtsidentitäten mehr berücksichtigt werden.

### **7.3 Bedeutung für die Praxis**

Wie zuvor behandelt, konnte die bisherige Forschung eine mitunter recht hohe Komorbidität von Autismus und diversen Persönlichkeitsmustern nachweisen. Überlappende Symptomatiken und tatsächliche Komorbiditäten gestalten eine Differentialdiagnostik jedoch schwierig. Das Vorhandensein einer Alexithymie, welche im Kontext von Autismus häufig zu finden ist, kann einen solchen Diagnostikprozess zusätzlich erschweren. Nach Vuijk und Arntz [118] waren darüber hinaus Behandlungsstrategien bezüglich Persönlichkeitsmustern bei Erwachsenen mit ASS bisher eher selten Thema der Forschung.

Die Dissertation soll einen Beitrag dazu leisten im Bereich von Autismus, Alexithymie und PS eine Sensibilität seitens Untersuchenden und Behandelnden für die Feinheiten in den Persönlichkeitseigenschaften ihrer Patient\*innen zu schaffen und damit eine individuellere Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Für die vorliegenden Samples konnte zum Teil eine Bedeutung autistischer Züge für schizoide (Gruppe ASS) und zwanghafte (Gruppen ASS, Nicht-ASS, NT) Eigenschaften identifiziert werden. Alexithyme Züge erwiesen sich partiell als Prädiktoren für schizoide und Borderline-Persönlichkeitsmuster (jeweils Gruppe NT). Diese Ergebnisse verdeutlichen die Komplexität im Feld von Autismus, Alexithymie und Persönlichkeit. In der künftigen Forschung wird eine weitere intensive Auseinandersetzung mit den wechselseitigen Einflüssen notwendig sein. Auch für die Klinik ergeben sich relevante Schlussfolgerungen. Ein Patient\*innenklientel aus dem Autismus-Spektrum benötigt gegebenenfalls andere Therapieansätze, wenn zusätzlich gewisse Persönlichkeitsmuster und/oder eine Alexithymie eine Rolle spielen. Zudem stellt sich eine potentiell nebenwirkungsreiche Pharmakotherapie gegebenenfalls als vermeidbar heraus, wenn Symptome anderweitig erklärbar sind. Behandlungskonzepte sollten an die jeweiligen Komorbiditäten adaptiert und ein Bewusstsein dafür geschaffen werden. [57, 119] Die Vielfalt psychischer Spektren stellt damit sowohl Forschung als auch Klinik vor neue und große Herausforderungen.

## Literaturverzeichnis

1. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien: Deuticke; 1911.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. 1943;2(3):217-50.
3. Schuchart S. Leo Kanner, Anwalt der benachteiligten Kinder. *Deutsches Ärzteblatt*. 2019;116(41):48.
4. Asperger H. Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1944;117(1):76-136.
5. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*. 1981;11(1):115-29.
6. Dell'Osso L, Dalle Luche R, Gesi C, Moroni I, Carmassi C, Maj M. From Asperger's *Autistischen Psychopathen* to DSM-5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2016;12:120-31.
7. WHO. ICD-10 Version:2019 2019 [Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>].
8. Amorosa H. Klassifikation. In: Noterdaeme M, Enders A, Hrsg. *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) - Ein integratives Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer; 2010. S. 19-30.
9. Remschmidt H, Kamp-Becker I. Das Asperger-Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung. *Deutsches Ärzteblatt*. 2007;104(13):873-82.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC.2000.
11. Freitag CM. Autismus-Spektrum Störung nach DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2014;42(3):185-92.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen: Hogrefe; 2018. Verfügbar unter: <https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1026/02803-000>.
13. WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 2020 [Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>].
14. Dziobek I, Stoll S. *Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen: ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual*. Stuttgart: Kohlhammer 2019.
15. Cai J, Hu X, Guo K, Yang P, Situ M, Huang Y. Increased Left Inferior Temporal Gyrus Was Found in Both Low Function Autism and High Function Autism. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:542.
16. Riedel A, Biscaldi M, Tebartz van Elst L. Autismus-Spektrum-Störungen und ihre Bedeutung in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2016;64(4):233-45.
17. Lai M-C, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1013-27.
18. Bejerot S, Eriksson JM, Mörtberg E. Social anxiety in adult autism spectrum disorder. *Psychiatry Research*. 2014;220(1-2):705-7.
19. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):35.
20. Keller R, Chierogato S, Bari S, Castaldo R, Rutto F, Chiocchetti A, et al. Autism in Adulthood: Clinical and Demographic Characteristics of a Cohort of Five Hundred Persons with Autism Analyzed by a Novel Multistep Network Model. *Brain Sciences*. 2020;10(7):416.
21. Matson JL, Williams LW. Differential diagnosis and comorbidity: distinguishing autism from other mental health issues. *Neuropsychiatry*. 2013;3(2):233-43.

22. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 1973;22(2):255-62.
23. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill OW, Hrsg. *Modern trends in psychosomatic medicine*. 3. London: Butterworths; 1976. S. 430-9.
24. Suslow T, Kersting A, Ohrmann P, Arolt V. Eine Kritik des Konstruktes „Alexithymie“ und seiner Erfassung — Von der Schwäche der Selbstbeschreibung und den Möglichkeiten eines objektiven Untersuchungsansatzes. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2001;47(2):153-66.
25. Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*. 1994;10(2):61-74.
26. Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, et al. Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(1):54-62.
27. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019;55:80-9.
28. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000;48(1):99-104.
29. Joyce AS, Fujiwara E, Cristall M, Ruddy C, Ogrodniczuk JS. Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research*. 2013;23(6):690-704.
30. Brewer R, Cook R, Bird G. Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*. 2016;3(10):150664.
31. Shah P, Hall R, Catmur C, Bird G. Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *Cortex*. 2016;81:215-20.
32. Murphy J, Brewer R, Hobson H, Catmur C, Bird G. Is alexithymia characterised by impaired interoception? Further evidence, the importance of control variables, and the problems with the Heartbeat Counting Task. *Biological Psychology*. 2018;136:189-97.
33. Ferguson E. Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for health psychology. *Health Psychology Review*. 2013;7(Suppl 1):S32-S70.
34. Bird G, Cook R. Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Translational Psychiatry*. 2013;3(7):e285.
35. DIMDI. ICD-10-GM Version 2019 2019 [Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/>].
36. Deister A. Persönlichkeitsstörungen. In: Falkai P, Laux G, Deister A, Möller H-J, Hrsg. *Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2021. S. 335-57.
37. Herpertz SC, Bronisch T. Persönlichkeitsstörungen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer; 2017. S. 2361-429.
38. Hill E, Berthoz S, Frith U. Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004;34(2):229-35.
39. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bennett T. Alexithymia in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008;38(10):1859-65.
40. Berthoz S, Lalanne C, Crane L, Hill EL. Investigating emotional impairments in adults with autism spectrum disorders and the broader autism phenotype. *Psychiatry Research*. 2013;208(3):257-64.
41. Lombardo MV, Barnes JL, Wheelwright SJ, Baron-Cohen S. Self-referential cognition and empathy in autism. *PLoS One*. 2007;2(9):e8883.

42. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001;42(2):241-51.
43. Bird G, Silani G, Brindley R, White S, Frith U, Singer T. Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain*. 2010;133(5):1515-25.
44. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*. 2007;89(3):230-46.
45. Albantakis L, Brandi M-L, Zillekens IC, Henco L, Weindel L, Thaler H, et al. Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism*. 2020;24(8):2046-56.
46. Fietz J, Valencia N, Silani G. Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2018;24(4):901-8.
47. Rinaldi C, Attanasio M, Valenti M, Mazza M, Keller R. Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World Journal of Psychiatry*. 2021;11(12):1366-86.
48. Strunz S, Dziobek I, Roepke S. Komorbide psychiatrische Störungen und Differenzialdiagnostik bei nicht-intelligenzgeminderten Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 2014;64(6):206-13.
49. Lugnegård T, Unenge Hallerbäck M, Gillberg C. Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(4):333-40.
50. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S-B, Niklasson L, et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1239-44.
51. Strunz S, Westphal L, Ritter K, Heuser I, Dziobek I, Roepke S. Personality Pathology of Adults With Autism Spectrum Disorder Without Accompanying Intellectual Impairment in Comparison to Adults With Personality Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015;45(12):4026-38.
52. Esterberg ML, Trotman HD, Brasfield JL, Compton MT, Walker EF. Childhood and current autistic features in adolescents with schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*. 2008;104(1-3):265-73.
53. Tebartz van Elst L, Pick M, Biscaldi M, Fangmeier T, Riedel A. High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2013;263(Suppl 2):S189-S96.
54. Nanchen K, Brodführer A, Heinrichs M, Philipsen A, Tebartz van Elst L, Matthies S. Autistische Züge bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unter besonderer Berücksichtigung der Empathie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2016;64(4):247-55.
55. Rydén G, Rydén E, Hetta J. Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry*. 2008;5(1):22-30.
56. Dudas RB, Lovejoy C, Cassidy S, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S. The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184447.
57. Dell'Osso L, Cremone IM, Amatori G, Cappelli A, Cuomo A, Barlati S, et al. Investigating the Relationship between Autistic Traits, Ruminative Thinking, and Suicidality in a Clinical Sample of Subjects with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Brain Sciences*. 2021;11(5):621.
58. Lai M-C. Clinical reflections on the intersections of autism and personality development. *Autism*. 2022;26(4):739-42.
59. Bach M, de Zwaan M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE. Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1994;35(3):239-43.

60. De Rick A, Vanheule S. Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*. 2007;43(1):119-29.
61. Coolidge FL, Estey AJ, Segal DL, Marle PD. Are alexithymia and schizoid personality disorder synonymous diagnoses? *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(2):141-8.
62. Loas G, Baelde O, Verrier A. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: A dimensional analysis. *Psychiatry Research*. 2015;225(3):484-8.
63. Kılıç F, Demirdaş A, Işık Ü, Akkuş M, Atay İM, Kuzugüdenlioğlu D. Empathy, Alexithymia, and Theory of Mind in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020;208(9):736-41.
64. Constantino JN, Charman T. Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *The Lancet Neurology*. 2016;15(3):279-91.
65. Keefer KV, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Taxometric Analysis of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Further Evidence That Alexithymia Is a Dimensional Construct. *Assessment*. 2019;26(3):364-74.
66. Albantakis L, Weindel L, Brandi M-L, Zillekens IC, Henco L, Thaler H, et al. Alexithymic and autistic traits differentially predict personality disorder dimensions. *Autism*. OnlineFirst. 2025. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/13623613251338650>.
67. Edwards ER, Rose NLJ, Gromatsky M, Feinberg A, Kimhy D, Doucette JT, et al. Alexithymia, Affective Lability, Impulsivity, and Childhood Adversity in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2021;35(Suppl A):114-31.
68. Schriber RA, Robins RW, Solomon M. Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014;106(1):112-30.
69. Cath DC, Ran N, Smit JH, van Balkom AJLM, Comijs HC. Symptom Overlap between Autism Spectrum Disorder, Generalized Social Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Adults: A Preliminary Case-Controlled Study. *Psychopathology*. 2008;41(2):101-10.
70. Schilbach L, Bartholomäus M, Böhm J, Buchholz F, Parpart H, Albantakis L, et al. *Kompetenzorientiertes Manual zur Behandlung von Störungen der Sozialen Interaktion*. München: Elsevier GmbH; 2022.
71. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:561-71.
72. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory - Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
73. Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II) - Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*. 2007;78(6):651-6.
74. Hautzinger M, Keller F, Kühner C. *BDI-II. Beck Depressions Inventar Revision - Manual*. Frankfurt: Harcourt Test Services; 2006.
75. Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-73.
76. Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, Schneier FR, Davies SO, Liebowitz MR. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002;16(6):661-73.
77. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*. 2001;31(6):1025-35.
78. Rytwinski NK, Fresco DM, Heimberg RG, Coles ME, Liebowitz MR, Cissell S, et al. Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*. 2009;26(1):34-8.
79. Stangier U, Heidenreich T. Die Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS). *Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum*. 2005:299-305.

80. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2001;31(1):5-17.
81. Freitag CM, Retz-Junginger P, Retz W, Seitz C, Palmason H, Meyer J, et al. Evaluation der deutschen Version des Autismus-Spektrum-Quotienten (AQ) - die Kurzversion AQ-k. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2007;36(4):280-9.
82. Woodbury-Smith MR, Robinson J, Wheelwright S, Baron-Cohen S. Screening Adults for Asperger Syndrome Using the AQ: A Preliminary Study of its Diagnostic Validity in Clinical Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2005;35(3):331-5.
83. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):23-32.
84. Williams ZJ, Gotham KO. Improving the measurement of alexithymia in autistic adults: a psychometric investigation and refinement of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *Molecular Autism*. 2021;12(1):1-23.
85. Bagby RM, Taylor GJ. Measurement and validation of the alexithymia construct. In: Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM, Hrsg. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. S. 46-66.
86. Bach M, Bach D, de Zwaan M, Serim M. Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 1996;46:23-8.
87. Schotte CKW, de Doncker D, Vankerckhoven C, Vertommen H, Cosyns P. Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: the ADP-IV. *Psychological Medicine*. 1998;28(5):1179-88.
88. Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, et al. Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2007;53(2):111-28.
89. Medizinische Universität Wien. ADP-IV Fragebogen o.J. [Verfügbar unter: [https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV\\_fragebogen.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV_fragebogen.pdf)].
90. Medizinische Universität Wien. ADP-IV Auswertungsbogen o.J. [Verfügbar unter: <https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-Auswertungsbogen.pdf>].
91. Medizinische Universität Wien. ADP-IV - Anleitung zur Auswertung o.J. [Verfügbar unter: [https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV\\_Anleitung\\_zur\\_Auswertung.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV_Anleitung_zur_Auswertung.pdf)].
92. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In: Hilsenroth MJ, Segal DL, Hrsg. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment Personality Assessment*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Inc.; 2004. S. 134-43.
93. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal BL, DiLavore PC, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2000;30(3):205-23.
94. Hus V, Lord C. The Autism Diagnostic Observation Schedule, Module 4: Revised Algorithm and Standardized Severity Scores. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44(8):1996-2012.
95. Albantakis L, Parpart H, Krankenhagen M, Henco L, Brandi M-L, Schilbach L. Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) im Erwachsenenalter – Persönlichkeitsprofile und Begleiterkrankungen Beschreibung einer Stichprobe von Patienten mit ASS aus der Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion des Max-Planck-Instituts in München. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*. 2018;22(1):56-71.
96. Schilbach L. Towards a second-person neuropsychiatry. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2016;371(1686):20150081.

97. Medizinische Universität Wien. Cut-off Werte und Normwert-Tabellen zum Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen, ADP-IV o.J. [Verfügbar unter: [https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV\\_Normwerttabellen.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/ADP-IV_Normwerttabellen.pdf)].
98. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 5<sup>th</sup> edition. Los Angeles, London, Neu-Delhi, Singapur, Washington DC, Melbourne: SAGE; 2018.
99. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. Armonk, NY: IBM Corp.; 2020.
100. Cook R, Brewer R, Shah P, Bird G. Alexithymia, Not Autism, Predicts Poor Recognition of Emotional Facial Expressions. *Psychological Science*. 2013;24(5):723-32.
101. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*. 2011;2(1):21-33.
102. Cook ML, Zhang Y, Constantino JN. On the Continuity Between Autistic and Schizoid Personality Disorder Trait Burden: A Prospective Study in Adolescence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020;208(2):94-100.
103. Booules-Katri T-M, Pedreño C, Navarro J-B, Pamias M, Obiols JE. Theory of Mind (ToM) Performance in High Functioning Autism (HFA) and Schizotypal–Schizoid Personality Disorders (SSPD) Patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019;49(8):3376-86.
104. Costa PT, Jr., McCrae RR. The Revised Neo Personality Inventory (NEO-PI-R). In: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske DH, Hrsg. *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol 2: Personality measurement and testing*: Sage Publications, Inc.; 2008. S. 179-98.
105. Livesley WJ, Jackson DN. *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Press; 2009.
106. Simon AE, Keller P, Cattapan K. Commentary about social avoidance and its significance in adolescents and young adults. *Psychiatry Research*. 2021;297:113718.
107. Simonsen S, Eikenaes IU-M, Bach B, Kvarstein E, Gondan M, Møller SB, et al. Level of alexithymia as a measure of personality dysfunction in avoidant personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021;75(4):266-74.
108. Yoshimatsu K, Palmer B. Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 2014;22(5):266-73.
109. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australasian Psychiatry*. 2019;27(6):573-7.
110. Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B. Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(3):29.
111. Welander-Vatn A, Torvik FA, Czajkowski N, Kendler KS, Reichborn-Kjennerud T, Knudsen GP, et al. Relationships Among Avoidant Personality Disorder, Social Anxiety Disorder, and Normative Personality Traits: A Twin Study. *Journal of personality disorders*. 2019;33(3):289-309.
112. Hesselmark E, Eriksson JM, Westerlund J, Bejerot S. Autism Spectrum Disorders and Self-reports: Testing Validity and Reliability Using the NEO-PI-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015;45(5):1156-66.
113. Gaigg SB, Cornell ASF, Bird G. The psychophysiological mechanisms of alexithymia in autism spectrum disorder. *Autism*. 2018;22(2):227-31.
114. Berthoz S, Hill EL. The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. *European Psychiatry*. 2005;20(3):291-8.
115. Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(3):413-34.
116. Hurst RM, Nelson-Gray RO, Mitchell JT, Kwapil TR. The Relationship of Asperger's Characteristics and Schizotypal Personality Traits in a Non-clinical Adult Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(9):1711-20.

117. Gong J-b, Wang Y, Lui SSY, Cheung EFC, Chan RCK. Childhood trauma is not a confounder of the overlap between autistic and schizotypal traits: A study in a non-clinical adult sample. *Psychiatry Research*. 2017;257:111-7.
118. Vuijk R, Arntz A. Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2017;5:80-5.
119. Gillett G, Leeves L, Patel A, Prisecaru A, Spain D, Happé F. The prevalence of autism spectrum disorder traits and diagnosis in adults and young people with personality disorders: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;57(2):181-96.

## Anhang A: Ranges der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik

### Minima, Maxima und Ranges der dimensionalen ADP-IV-Diagnostik

Persönlichkeits- muster	Gruppe	Minimum	Maximum	Range
paranoid	ASS	7	47	40
	Nicht-ASS	11	44	33
	NT	7	39	32
schizoid	ASS	11	40	29
	Nicht-ASS	15	38	23
	NT	7	42	35
schizotyp	ASS	18	54	36
	Nicht-ASS	22	56	34
	NT	9	53	44
antisozial	ASS	7	49	42
	Nicht-ASS	8	41	33
	NT	8	41	33
Borderline	ASS	12	51	39
	Nicht-ASS	15	64	49
	NT	10	56	46
histrionisch	ASS	8	40	32
	Nicht-ASS	8	45	37
	NT	8	45	37
narzisstisch	ASS	13	50	37
	Nicht-ASS	9	54	45
	NT	9	53	44
vermeidend	ASS	8	48	40
	Nicht-ASS	15	47	32
	NT	6	43	37
dependent	ASS	8	43	35
	Nicht-ASS	10	46	36
	NT	8	51	43
zwanghaft	ASS	15	53	38
	Nicht-ASS	13	56	43
	NT	8	51	43

<b>Persönlichkeits- muster</b>	<b>Gruppe</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Range</b>
depressiv	ASS	7	45	38
	Nicht-ASS	14	47	33
	NT	7	40	33
passiv-aggressiv	ASS	7	38	31
	Nicht-ASS	10	42	32
	NT	7	37	30

## Anhang B: Korrelationsanalysen

Vgl. Albantakis et al. [66].

### Gruppe ASS: Korrelationen zwischen den Variablen von Interesse

		Alter	Ge- schlecht	BDI-II	LSAS	AQ	TAS-20
Alter	<i>r</i>	1.00	0.15	0.12	0.22	0.30	0.24
	<i>p</i>		.074	.123	.021*	.002**	.011*
	95% BCa-KI		[-0.04, 0.37]	[-0.09, 0.33]	[0.01, 0.40]	[0.06, 0.51]	[0.02, 0.47]
Geschlecht	<i>r</i>	0.15	1.00	0.09	0.21	0.15	-0.01
	<i>p</i>	.074		.194	.023*	.084	.465
	95% BCa-KI	[-0.04, 0.37]		[-0.14, 0.31]	[0.03, 0.38]	[-0.08, 0.34]	[-0.21, 0.19]
BDI-II	<i>r</i>	0.12	0.09	1.00	0.41	0.16	0.34
	<i>p</i>	.123	.194		<.001***	.064	.001**
	95% BCa-KI	[-0.09, 0.33]	[-0.14, 0.31]		[0.22, 0.56]	[-0.08, 0.37]	[0.14, 0.51]
LSAS	<i>r</i>	0.22	0.21	0.41	1.00	0.46	0.33
	<i>p</i>	.021*	.023*	<.001***		<.001***	.001**
	95% BCa-KI	[0.01, 0.40]	[0.03, 0.38]	[0.22, 0.56]		[0.31, 0.59]	[0.12, 0.52]
AQ	<i>r</i>	0.30	0.15	0.16	0.46	1.00	0.52
	<i>p</i>	.002**	.084	.064	<.001***		<.001***
	95% BCa-KI	[0.06, 0.51]	[-0.08, 0.34]	[-0.08, 0.37]	[0.31, 0.59]		[0.33, 0.69]
TAS-20	<i>r</i>	0.24	-0.01	0.34	0.33	0.52	1.00
	<i>p</i>	.011*	.465	.001**	.001**	<.001***	
	95% BCa-KI	[0.02, 0.47]	[-0.21, 0.19]	[0.14, 0.51]	[0.12, 0.52]	[0.33, 0.69]	
ADP-IV dim schizoid	<i>r</i>	0.22	-0.18	0.25	0.42	0.42	0.35
	<i>p</i>	.022*	.048*	.009**	<.001***	<.001***	<.001***
	95% BCa-KI	[0.01, 0.39]	[-0.36, 0.02]	[0.06, 0.42]	[0.21, 0.60]	[0.25, 0.59]	[0.13, 0.54]
ADP-IV dim Borderline	<i>r</i>	-0.02	-0.05	0.58	0.34	0.16	0.37
	<i>p</i>	.427	.328	<.001***	<.001***	.064	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.27, 0.25]	[-0.23, 0.16]	[0.42, 0.72]	[0.15, 0.50]	[-0.06, 0.37]	[0.15, 0.55]

		Alter	Ge- schlecht	BDI-II	LSAS	AQ	TAS-20
<b>ADP-IV dim narzisstisch</b>	<i>r</i>	0.08	0.03	0.30	0.27	0.24	0.31
	<i>p</i>	.234	.382	.002**	.006**	.011*	.001**
	95% BCa-KI	[-0.14, 0.32]	[-0.20, 0.26]	[0.10, 0.50]	[0.07, 0.45]	[0.02, 0.46]	[0.10, 0.52]
<b>ADP-IV dim vermeidend</b>	<i>r</i>	0.10	0.05	0.48	0.65	0.33	0.37
	<i>p</i>	.166	.330	<.001***	<.001***	.001**	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.11, 0.30]	[-0.18, 0.25]	[0.26, 0.66]	[0.50, 0.77]	[0.12, 0.52]	[0.15, 0.55]
<b>ADP-IV dim zwanghaft</b>	<i>r</i>	0.17	0.09	0.30	0.56	0.49	0.37
	<i>p</i>	.051	.212	.002**	<.001***	<.001***	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.05, 0.39]	[-0.12, 0.32]	[0.07, 0.48]	[0.37, 0.70]	[0.29, 0.64]	[0.15, 0.56]

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

*r*: Korrelationskoeffizient nach Pearson. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Gruppe Nicht-ASS: Korrelationen zwischen den Variablen von Interesse**

		Alter	Ge- schlecht	BDI-II	LSAS	AQ	TAS-20
Alter	<i>r</i>	1.00	-0.09	-0.06	-0.16	-0.12	0.00
	<i>p</i>		.256	.347	.132	.205	.492
	95% BCa-KI		[-0.38, 0.21]	[-0.33, 0.20]	[-0.40, 0.11]	[-0.45, 0.21]	[-0.27, 0.28]
Geschlecht	<i>r</i>	-0.09	1.00	0.01	0.18	0.06	-0.01
	<i>p</i>	.256		.478	.106	.346	.462
	95% BCa-KI	[-0.38, 0.21]		[-0.28, 0.31]	[-0.08, 0.44]	[-0.25, 0.37]	[-0.30, 0.27]
BDI-II	<i>r</i>	-0.06	0.01	1.00	0.13	0.12	0.25
	<i>p</i>	.347	.478		.184	.198	.040*
	95% BCa-KI	[-0.33, 0.20]	[-0.28, 0.31]		[-0.14, 0.38]	[-0.21, 0.41]	[-0.05, 0.50]
LSAS	<i>r</i>	-0.16	0.18	0.13	1.00	0.36	0.51
	<i>p</i>	.132	.106	.184		.005**	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.40, 0.11]	[-0.08, 0.44]	[-0.14, 0.38]		[0.15, 0.56]	[0.27, 0.69]
AQ	<i>r</i>	-0.12	0.06	0.12	0.36	1.00	0.43
	<i>p</i>	.205	.346	.198	.005**		.001**
	95% BCa-KI	[-0.45, 0.21]	[-0.25, 0.37]	[-0.21, 0.41]	[0.15, 0.56]		[0.15, 0.64]
TAS-20	<i>r</i>	0.00	-0.01	0.25	0.51	0.43	1.00
	<i>p</i>	.492	.462	.040*	<.001***	.001**	
	95% BCa-KI	[-0.27, 0.28]	[-0.30, 0.27]	[-0.05, 0.50]	[0.27, 0.69]	[0.15, 0.64]	
ADP-IV dim schizoid	<i>r</i>	0.08	-0.10	0.32	0.20	0.18	0.16
	<i>p</i>	.292	.242	.010*	.084	.109	.125
	95% BCa-KI	[-0.18, 0.33]	[-0.38, 0.22]	[0.05, 0.57]	[-0.05, 0.45]	[-0.15, 0.46]	[-0.10, 0.41]
ADP-IV dim Borderline	<i>r</i>	-0.25	0.11	0.40	0.24	0.30	0.31
	<i>p</i>	.037*	.222	.002**	.049*	.015*	.012*
	95% BCa-KI	[-0.48, 0.01]	[-0.22, 0.41]	[0.09, 0.64]	[-0.04, 0.47]	[0.02, 0.55]	[0.01, 0.59]
ADP-IV dim narzisstisch	<i>r</i>	-0.03	-0.13	0.20	0.12	0.23	0.27
	<i>p</i>	.407	.191	.085	.201	.050	.029*
	95% BCa-KI	[-0.31, 0.28]	[-0.40, 0.13]	[-0.11, 0.49]	[-0.25, 0.44]	[-0.04, 0.46]	[0.06, 0.46]

		Alter	Ge- schlecht	BDI-II	LSAS	AQ	TAS-20
<b>ADP-IV dim vermeidend</b>	<i>r</i>	-0.10	-0.01	0.23	0.58	0.48	0.59
	<i>p</i>	.247	.464	.050	<.001***	<.001***	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.36, 0.17]	[-0.29, 0.25]	[-0.04, 0.50]	[0.31, 0.80]	[0.31, 0.64]	[0.40, 0.76]
<b>ADP-IV dim zwanghaft</b>	<i>r</i>	0.01	0.10	0.34	0.38	0.46	0.47
	<i>p</i>	.473	.241	.008**	.003**	<.001***	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.29, 0.32]	[-0.18, 0.41]	[0.04, 0.62]	[0.16, 0.57]	[0.19, 0.67]	[0.22, 0.66]

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

*r*: Korrelationskoeffizient nach Pearson. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

## Gruppe NT: Korrelationen zwischen den Variablen von Interesse

		Alter	Ge- schlecht	BDI-II	LSAS	AQ	TAS-20
Alter	<i>r</i>	1.00	-0.02	-0.05	-0.26	0.02	-0.22
	<i>p</i>		.446	.339	.009**	.448	.024*
	95% BCa-KI		[-0.23, 0.17]	[-0.28, 0.24]	[-0.45, - 0.05]	[-0.21, 0.24]	[-0.45, 0.09]
Geschlecht	<i>r</i>	-0.02	1.00	0.03	0.01	-0.32	-0.25
	<i>p</i>	.446		.413	.478	.002**	.012*
	95% BCa-KI	[-0.23, 0.17]		[-0.20, 0.23]	[-0.27, 0.27]	[-0.50, - 0.14]	[-0.43, - 0.08]
BDI-II	<i>r</i>	-0.05	0.03	1.00	0.25	0.31	0.39
	<i>p</i>	.339	.413		.011*	.002**	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.28, 0.24]	[-0.20, 0.23]		[0.06, 0.44]	[0.07, 0.52]	[0.21, 0.59]
LSAS	<i>r</i>	-0.26	0.01	0.25	1.00	0.26	0.30
	<i>p</i>	.009**	.478	.011*		.008**	.003**
	95% BCa-KI	[-0.45, - 0.05]	[-0.27, 0.27]	[0.06, 0.44]		[0.05, 0.45]	[0.11, 0.45]
AQ	<i>r</i>	0.02	-0.32	0.31	0.26	1.00	0.29
	<i>p</i>	.448	.002**	.002**	.008**		.004**
	95% BCa-KI	[-0.21, 0.24]	[-0.50, - 0.14]	[0.07, 0.52]	[0.05, 0.45]		[0.08, 0.50]
TAS-20	<i>r</i>	-0.22	-0.25	0.39	0.30	0.29	1.00
	<i>p</i>	.024*	.012*	<.001***	.003**	.004**	
	95% BCa-KI	[-0.45, 0.09]	[-0.43, - 0.08]	[0.21, 0.59]	[0.11, 0.46]	[0.08, 0.50]	
ADP-IV dim schizoid	<i>r</i>	0.13	-0.18	0.31	0.33	0.39	0.39
	<i>p</i>	.120	.050	.002**	.001**	<.001***	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.11, 0.37]	[-0.37, 0.03]	[0.08, 0.52]	[0.17, 0.49]	[0.14, 0.58]	[0.15, 0.58]
ADP-IV dim Borderline	<i>r</i>	-0.09	0.06	0.60	0.27	0.23	0.45
	<i>p</i>	.223	.283	<.001***	.006**	.017*	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.30, 0.18]	[-0.13, 0.25]	[0.44, 0.72]	[0.08, 0.45]	[-0.05, 0.48]	[0.23, 0.63]
ADP-IV dim narzisstisch	<i>r</i>	0.03	-0.18	0.45	0.33	0.30	0.26
	<i>p</i>	.394	.049*	<.001***	.001**	.003**	.010*
	95% BCa-KI	[-0.20, 0.28]	[-0.38, 0.04]	[0.22, 0.63]	[0.12, 0.51]	[-0.02, 0.54]	[-0.01, 0.49]

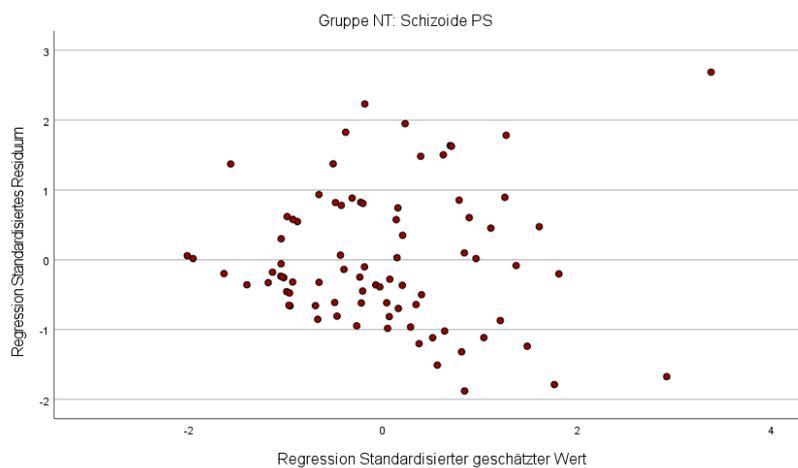
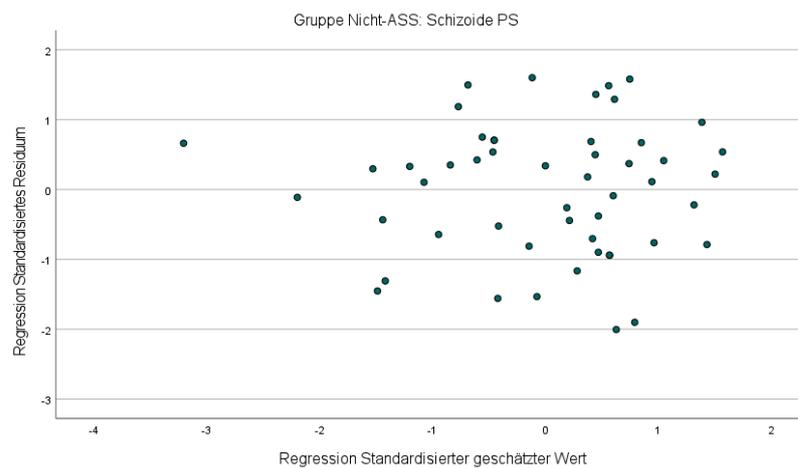
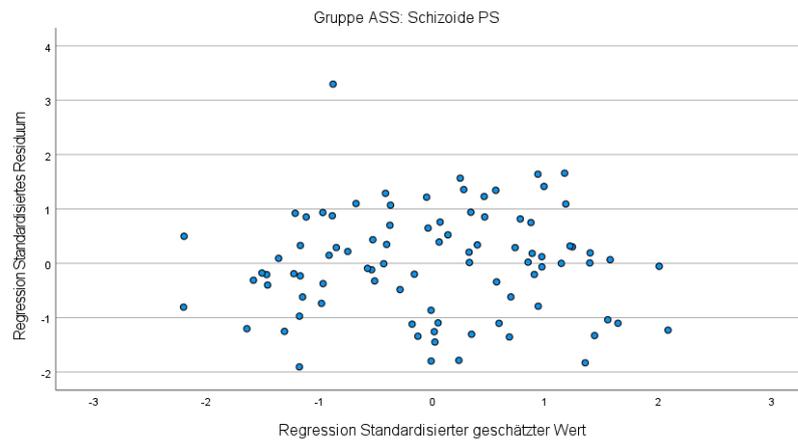
		Alter	Ge- schlecht	BDI-II	LSAS	AQ	TAS-20
<b>ADP-IV dim vermeidend</b>	<i>r</i>	-0.01	-0.16	0.41	0.48	0.38	0.40
	<i>p</i>	.477	.073	<.001***	<.001***	<.001***	<.001***
	95% BCa-KI	[-0.22, 0.25]	[-0.36, 0.03]	[0.17, 0.62]	[0.30, 0.63]	[0.14, 0.57]	[0.14, 0.61]
<b>ADP-IV dim zwanghaft</b>	<i>r</i>	-0.06	-0.09	0.33	0.30	0.39	0.13
	<i>p</i>	.311	.209	.001**	.003**	<.001***	.123
	95% BCa-KI	[-0.27, 0.18]	[-0.30, 0.14]	[0.12, 0.53]	[0.10, 0.48]	[0.14, 0.58]	[-0.16, 0.36]

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

*r*: Korrelationskoeffizient nach Pearson. *p*: *p*-Wert.

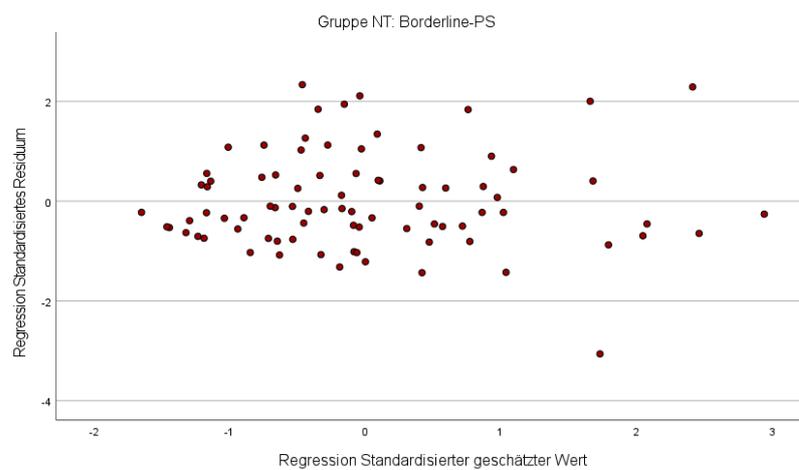
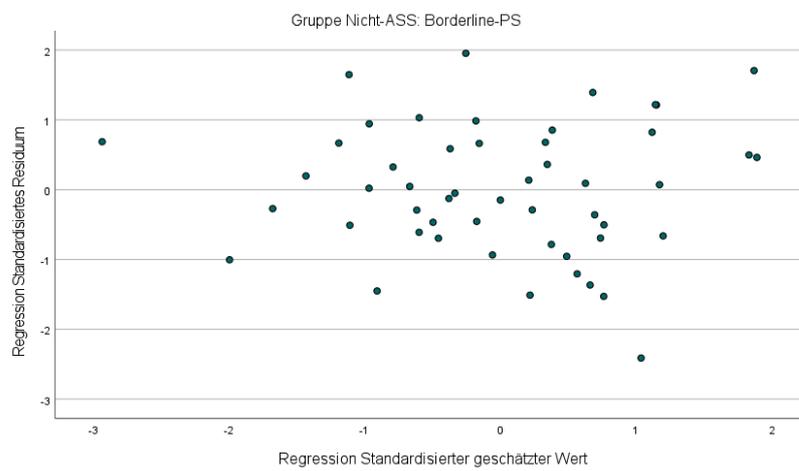
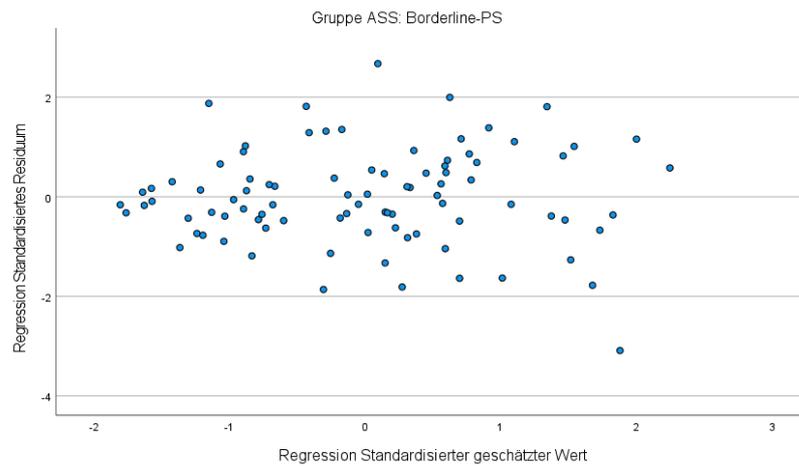
95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

## Anhang C: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen



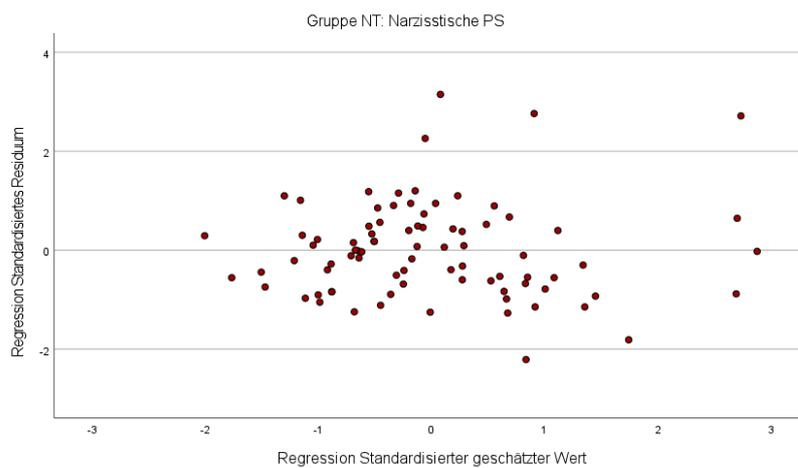
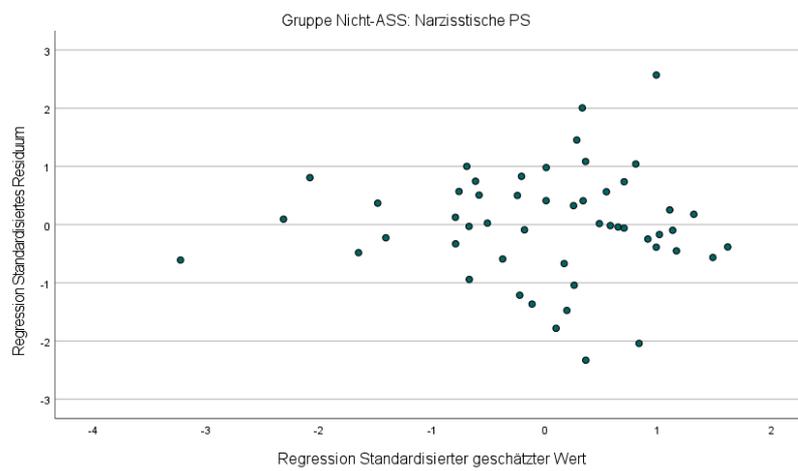
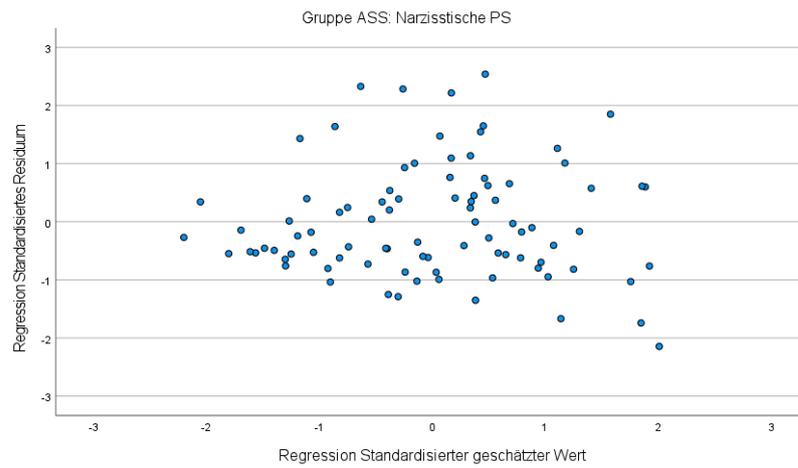
### Schizoides Persönlichkeitsmuster: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen

Gruppe s. Abbildung.



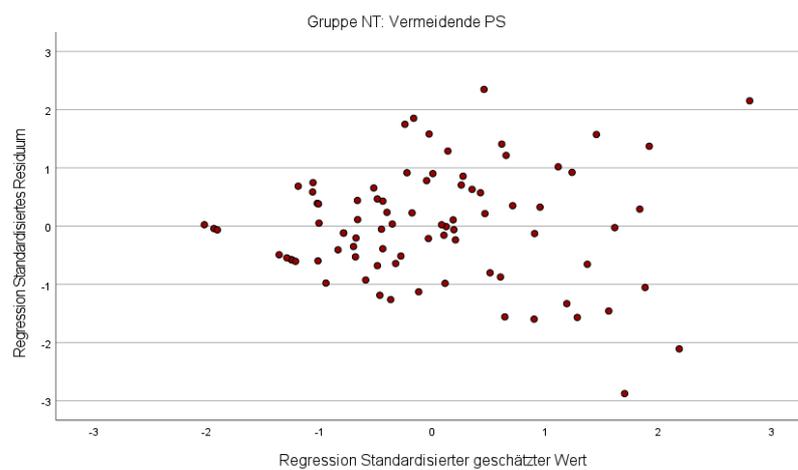
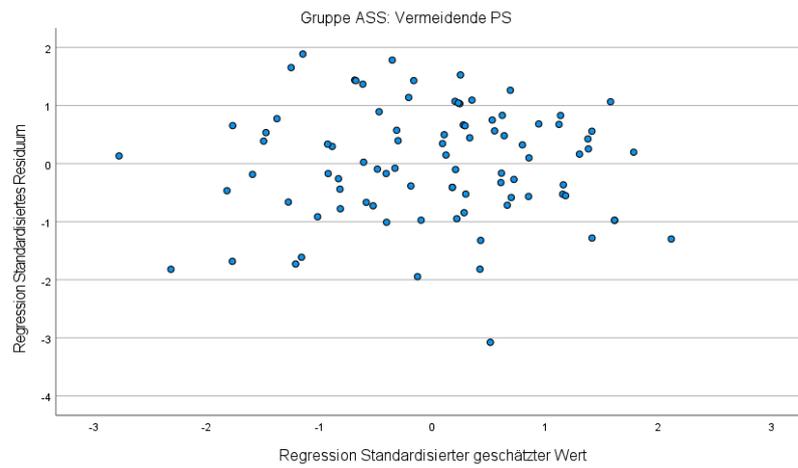
**Borderline-Persönlichkeitsmuster: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen**

Gruppe s. Abbildung.



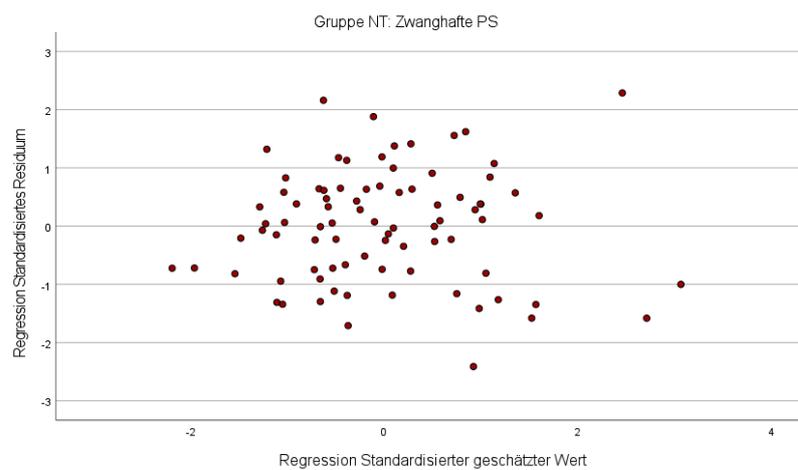
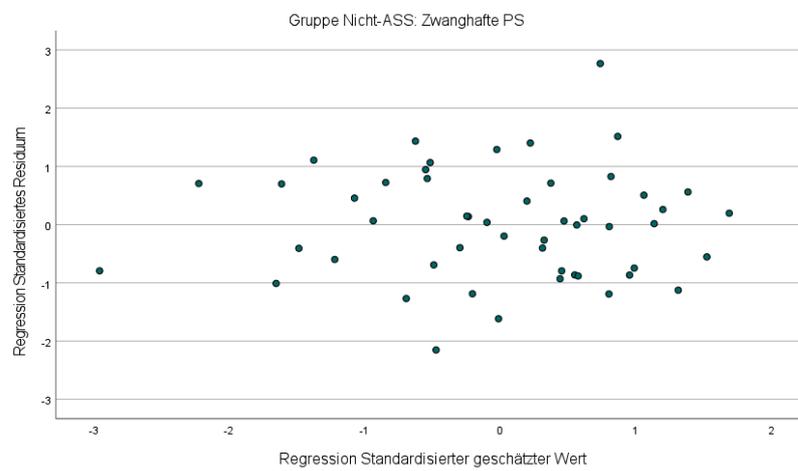
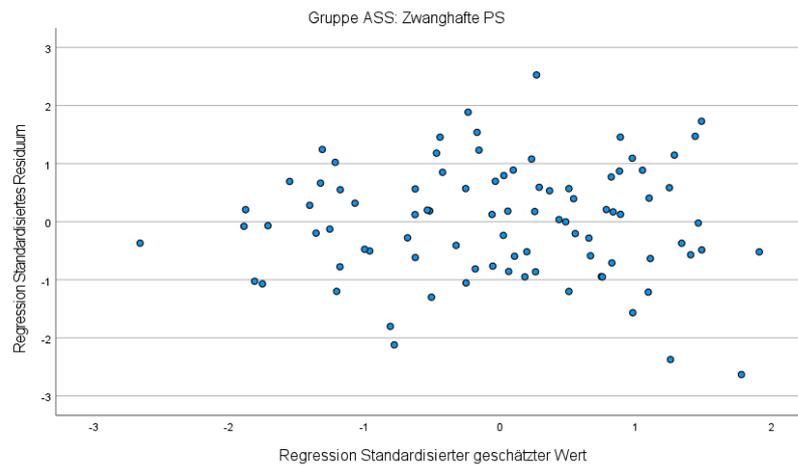
**Narzisstisches Persönlichkeitsmuster: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen**

Gruppe s. Abbildung.



**Vermeidendes Persönlichkeitsmuster: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen**

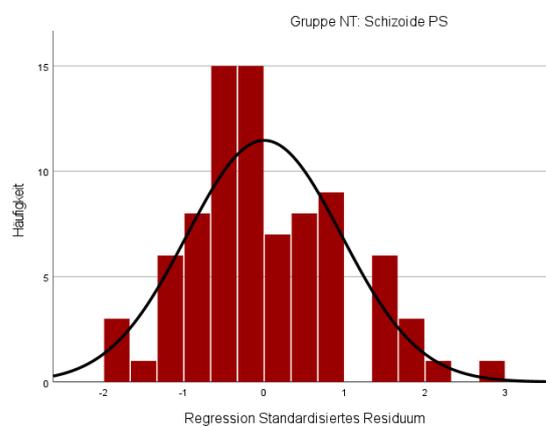
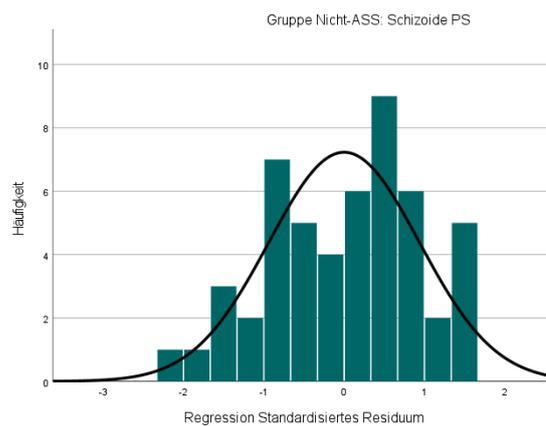
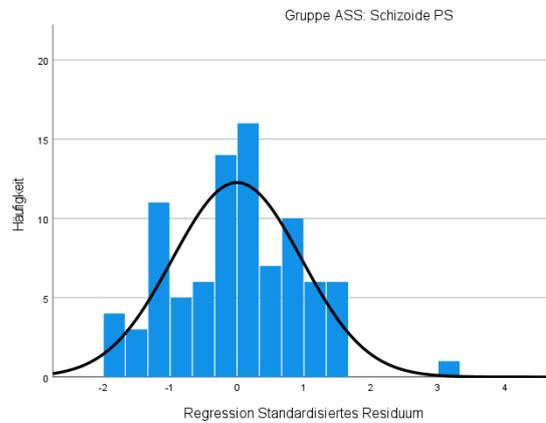
Gruppe s. Abbildung.



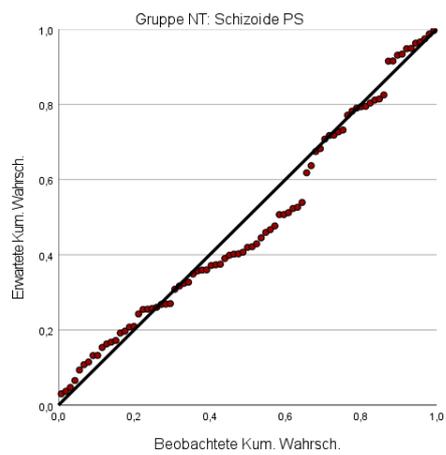
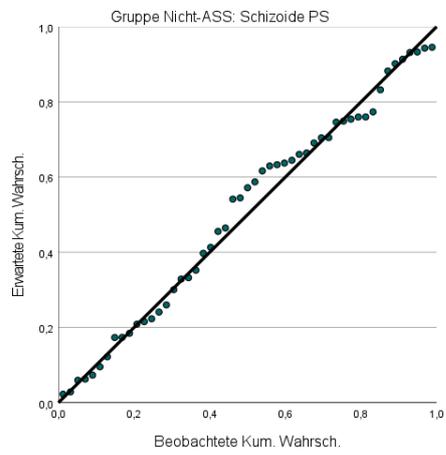
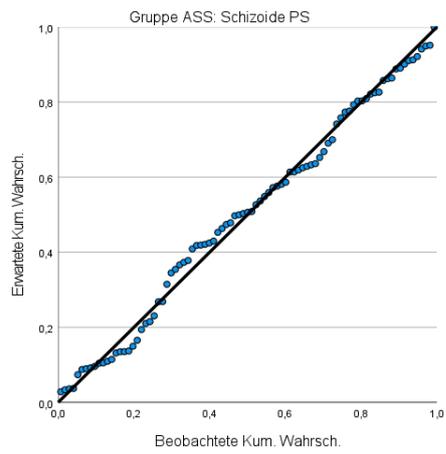
**Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster: Streudiagramme standardisierte geschätzte Werte vs. standardisierte Residuen**

Gruppe s. Abbildung.

## Anhang D: Histogramme und P-P-Diagramme der standardisierten Residuen

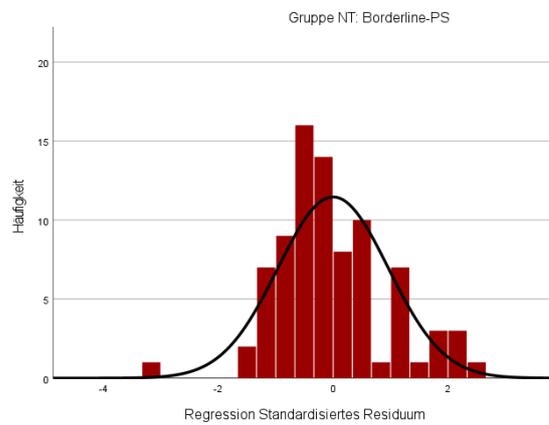
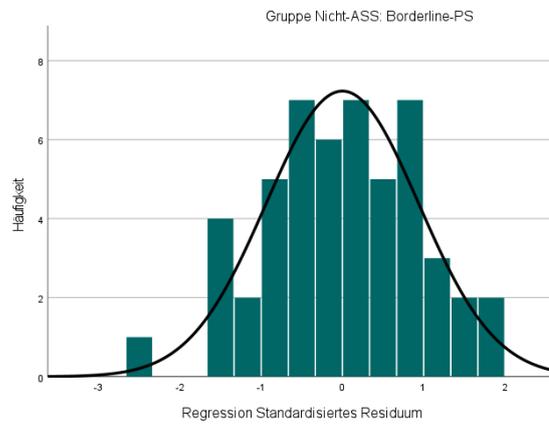
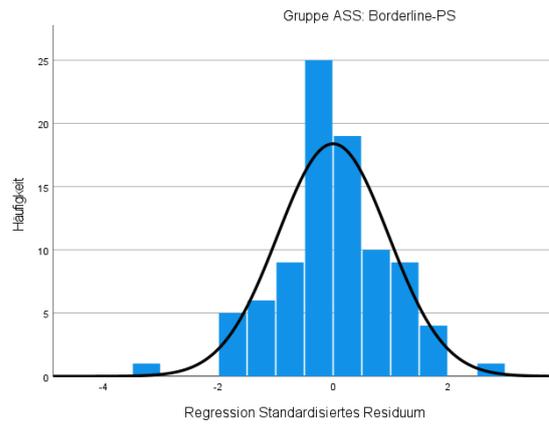


**Schizoides Persönlichkeitsmuster: Histogramme der standardisierten Residuen**  
Gruppe s. Abbildung.



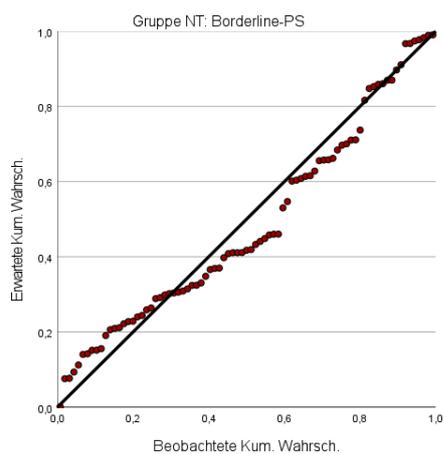
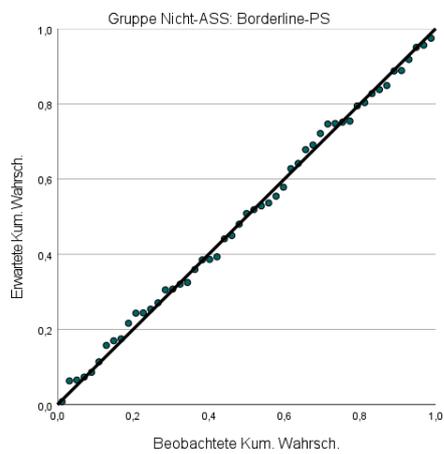
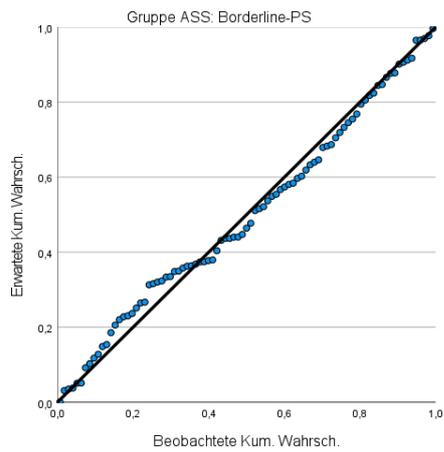
### Schizoides Persönlichkeitsmuster: P-P-Diagramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.

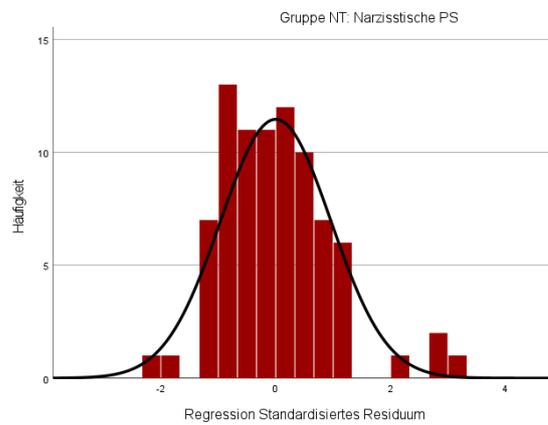
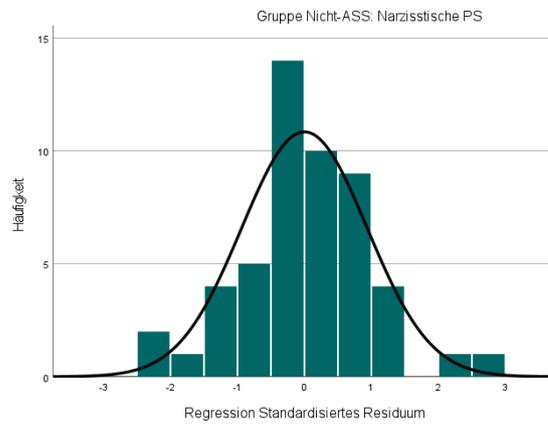
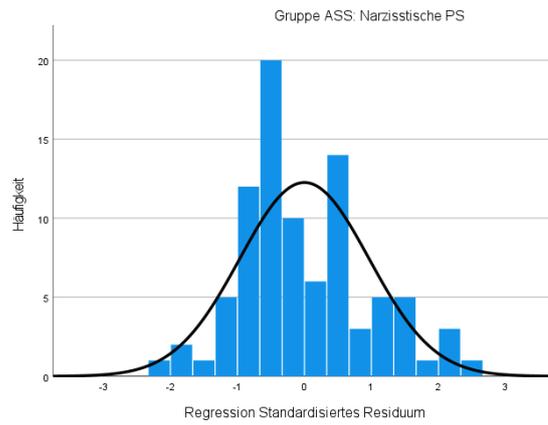


### Borderline-Persönlichkeitsmuster: Histogramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.

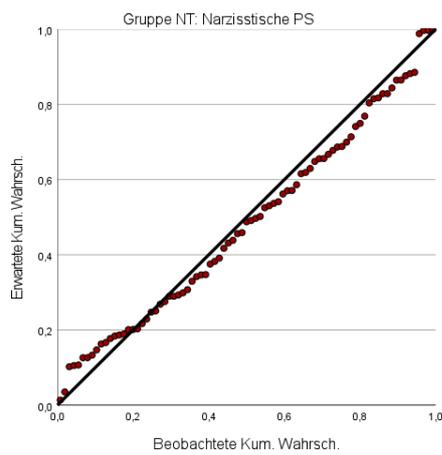
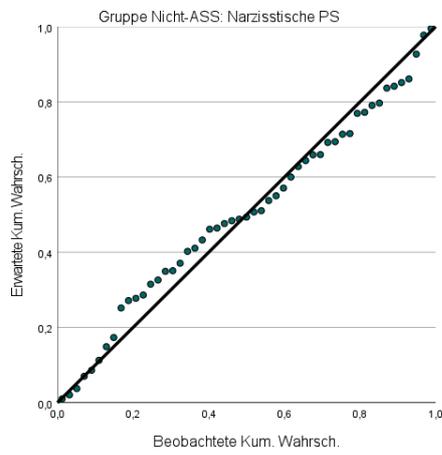
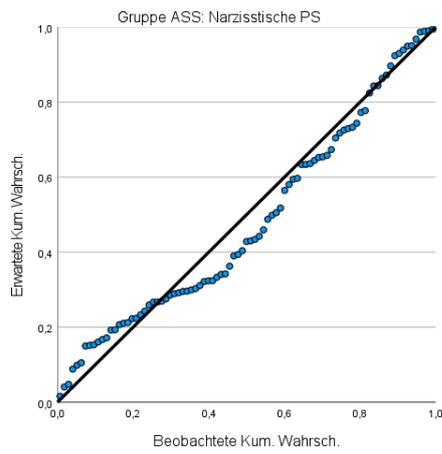
**Borderline-Persönlichkeitsmuster: P-P-Diagramme der standardisierten Residuen**

Gruppe s. Abbildung.



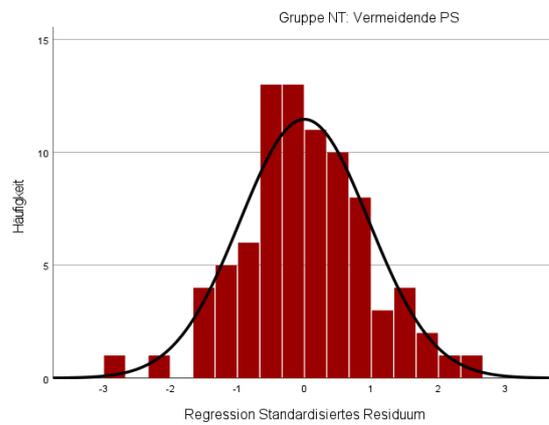
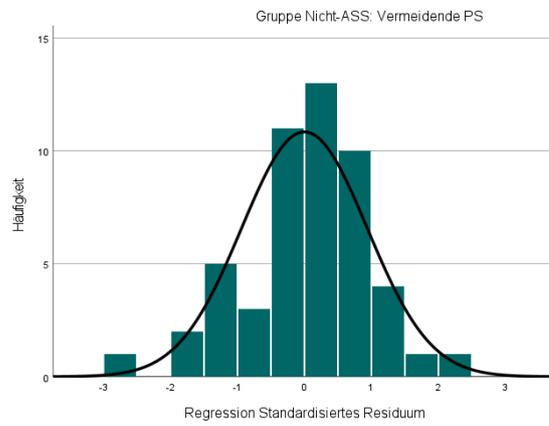
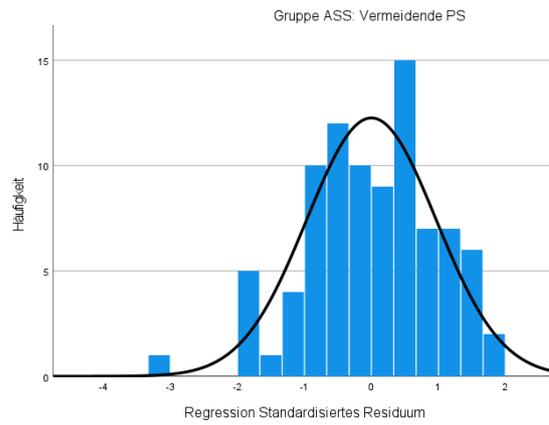
### Narzisstisches Persönlichkeitsmuster: Histogramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.



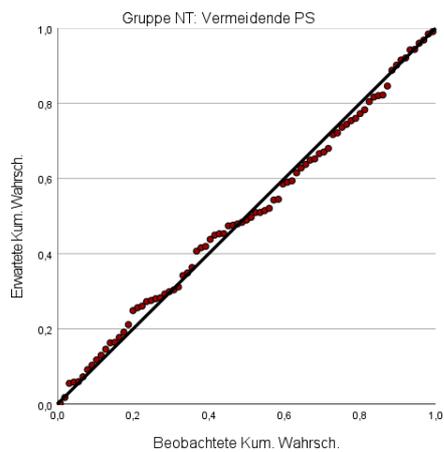
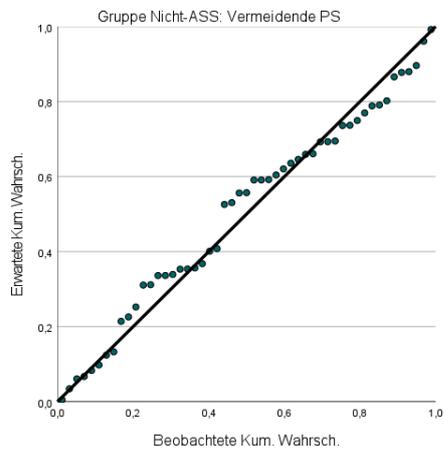
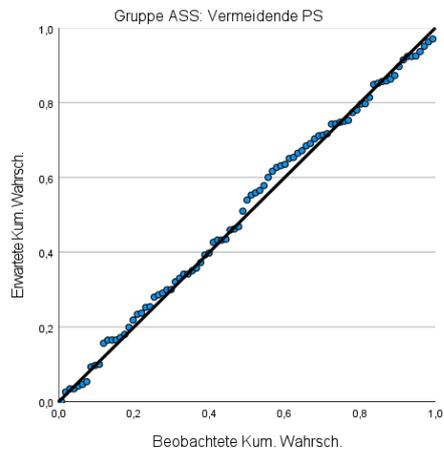
### Narzisstisches Persönlichkeitsmuster: P-P-Diagramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.



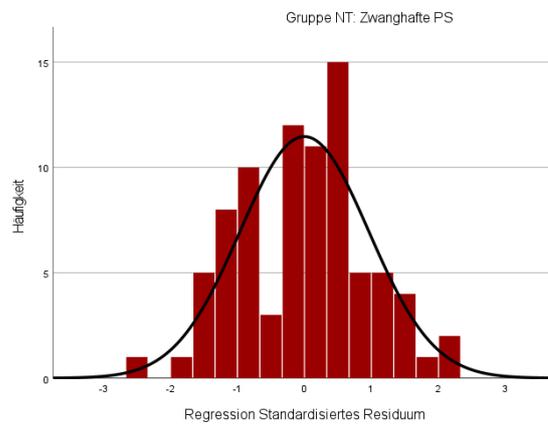
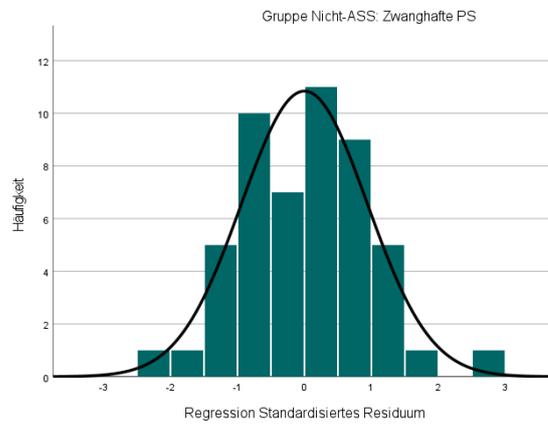
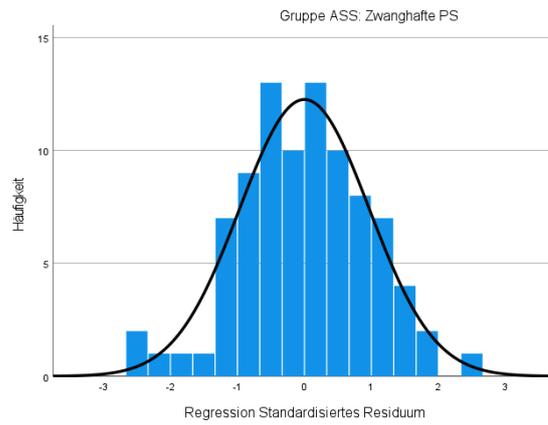
### Vermeidendes Persönlichkeitsmuster: Histogramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.



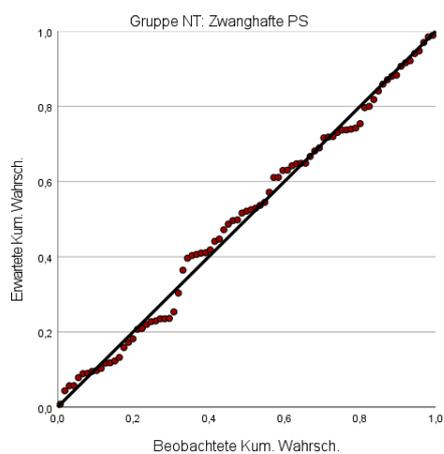
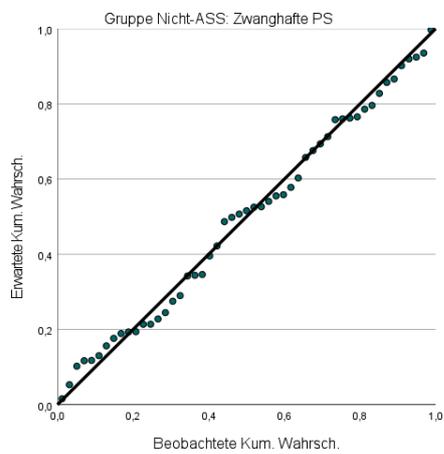
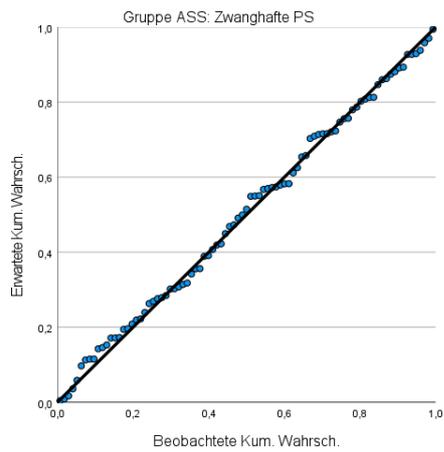
### Vermeidendes Persönlichkeitsmuster: P-P-Diagramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.



### Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster: Histogramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.



### Zwanghaftes Persönlichkeitsmuster: P-P-Diagramme der standardisierten Residuen

Gruppe s. Abbildung.

## Anhang E: Dreistufige multiple lineare Regressionsmodelle

Die Darstellung der Tabellen orientiert sich an Field [98]. Vgl. auch Albantakis et al. [66].

### Lineares Modell A von Prädiktoren des schizoiden Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	14.55 [9.80, 20.17]	2.56		.001**
	Alter	0.10 [-0.01, 0.22]	0.06	.16	.103
	Geschlecht	-4.14 [-6.43, -2.01]	1.22	-.30	.002**
	BDI-II	0.05 [-0.07, 0.17]	0.06	.09	.396
	LSAS	0.10 [0.05, 0.15]	0.03	.42	.001**
Stufe 2	Konstante	8.83 [3.22, 16.55]	2.94		.004**
	Alter	0.06 [-0.04, 0.18]	0.06	.10	.270
	Geschlecht	-4.26 [-6.59, -2.19]	1.19	-.31	.001**
	BDI-II	0.06 [-0.05, 0.17]	0.06	.10	.287
	LSAS	0.07 [0.02, 0.13]	0.03	.30	.008**
	<b>AQ</b>	0.25 [0.10, 0.39]	0.08	.28	.002**
Stufe 3	Konstante	7.31 [-1.91, 18.53]	4.62		.127
	Alter	0.06 [-0.04, 0.19]	0.06	.10	.306
	Geschlecht	-4.14 [-6.45, -1.97]	1.22	-.30	.001**
	BDI-II	0.05 [-0.06, 0.16]	0.06	.08	.416
	LSAS	0.07 [0.01, 0.12]	0.03	.29	.007**
	<b>AQ</b>	0.22 [0.06, 0.40]	0.09	.25	.018*
	<b>TAS-20</b>	0.05 [-0.12, 0.19]	0.09	.07	.587

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des schizoiden Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	14.55 [9.80, 20.17]	2.56		.001**
	Alter	0.10 [-0.01, 0.22]	0.06	.16	.103
	Geschlecht	-4.14 [-6.43, -2.01]	1.22	-.30	.002**
	BDI-II	0.05 [-0.07, 0.17]	0.06	.09	.396
	LSAS	0.10 [0.05, 0.15]	0.03	.42	.001**
Stufe 2	Konstante	9.13 [0.31, 19.89]	4.77		.068
	Alter	0.08 [-0.03, 0.20]	0.06	.13	.183
	Geschlecht	-3.88 [-6.26, -1.75]	1.23	-.28	.004**
	BDI-II	0.03 [-0.09, 0.15]	0.06	.05	.671
	LSAS	0.09 [0.04, 0.14]	0.03	.38	.002**
	<b>TAS-20</b>	0.12 [-0.04, 0.25]	0.08	.18	.130
Stufe 3	Konstante	7.31 [-1.91, 18.53]	4.62		.127
	Alter	0.06 [-0.04, 0.19]	0.06	.10	.306
	Geschlecht	-4.14 [-6.45, -1.97]	1.22	-.30	.001**
	BDI-II	0.05 [-0.06, 0.16]	0.06	.08	.416
	LSAS	0.07 [0.01, 0.12]	0.03	.29	.007**
	<b>TAS-20</b>	0.05 [-0.12, 0.19]	0.09	.07	.587
	<b>AQ</b>	0.22 [0.06, 0.40]	0.09	.25	.018*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des schizoiden Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	18.86 [11.52, 24.83]	3.62		.002**
	Alter	0.06 [-0.06, 0.19]	0.06	.12	.365
	Geschlecht	-1.52 [-5.11, 2.20]	1.65	-.13	.368
	BDI-II	0.17 [0.04, 0.32]	0.07	.31	.026*
	LSAS	0.04 [-0.01, 0.11]	0.03	.20	.153
Stufe 2	Konstante	17.16 [6.89, 25.15]	4.80		.003**
	Alter	0.06 [-0.06, 0.21]	0.06	.12	.353
	Geschlecht	-1.51 [-5.12, 2.14]	1.71	-.13	.387
	BDI-II	0.17 [0.02, 0.32]	0.07	.30	.035*
	LSAS	0.04 [-0.02, 0.10]	0.03	.16	.259
	<b>AQ</b>	0.07 [-0.14, 0.31]	0.11	.10	.508
Stufe 3	Konstante	18.26 [4.70, 28.72]	6.20		.006**
	Alter	0.06 [-0.06, 0.22]	0.07	.13	.338
	Geschlecht	-1.58 [-5.14, 2.03]	1.72	-.13	.371
	BDI-II	0.17 [0.02, 0.33]	0.08	.31	.034*
	LSAS	0.04 [-0.03, 0.12]	0.04	.19	.292
	<b>AQ</b>	0.08 [-0.12, 0.31]	0.11	.12	.447
	<b>TAS-20</b>	-0.04 [-0.22, 0.14]	0.10	-.06	.737

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des schizoiden Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	18.86 [11.52, 24.83]	3.62		.002**
	Alter	0.06 [-0.06, 0.19]	0.06	.12	.365
	Geschlecht	-1.52 [-5.11, 2.20]	1.65	-.13	.368
	BDI-II	0.17 [0.04, 0.32]	0.07	.31	.026*
	LSAS	0.04 [-0.01, 0.11]	0.03	.20	.153
Stufe 2	Konstante	19.32 [7.28, 29.09]	5.55		.003**
	Alter	0.06 [-0.06, 0.19]	0.06	.12	.377
	Geschlecht	-1.55 [-5.06, 2.11]	1.70	-.13	.374
	BDI-II	0.17 [0.03, 0.33]	0.07	.31	.029*
	LSAS	0.05 [-0.02, 0.13]	0.04	.21	.253
	<b>TAS-20</b>	-0.01 [-0.20, 0.18]	0.10	-.02	.904
Stufe 3	Konstante	18.26 [4.70, 28.72]	6.20		.006**
	Alter	0.06 [-0.06, 0.22]	0.07	.13	.338
	Geschlecht	-1.58 [-5.14, 2.03]	1.72	-.13	.371
	BDI-II	0.17 [0.02, 0.33]	0.08	.31	.034*
	LSAS	0.04 [-0.03, 0.12]	0.04	.19	.292
	<b>TAS-20</b>	-0.04 [-0.22, 0.14]	0.10	-.06	.737
	<b>AQ</b>	0.08 [-0.12, 0.31]	0.11	.12	.447

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des schizoiden Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	4.54 [-3.41, 10.80]	3.68		.204
	Alter	0.23 [0.02, 0.59]	0.13	.22	.066
	Geschlecht	-2.49 [-5.42, 0.15]	1.40	-.19	.081
	BDI-II	0.33 [0.02, 0.76]	0.18	.24	.072
	LSAS	0.13 [0.06, 0.21]	0.04	.33	.004**
Stufe 2	Konstante	1.68 [-7.52, 9.16]	4.25		.674
	Alter	0.21 [0.02, 0.56]	0.12	.21	.076
	Geschlecht	-1.53 [-4.39, 1.46]	1.35	-.11	.249
	BDI-II	0.25 [-0.07, 0.63]	0.17	.18	.126
	LSAS	0.11 [0.04, 0.19]	0.04	.28	.004**
	<b>AQ</b>	0.25 [-0.03, 0.48]	0.13	.22	.054
Stufe 3	Konstante	-5.83 [-17.79, 4.22]	5.97		.321
	Alter	0.26 [0.05, 0.63]	0.13	.25	.045*
	Geschlecht	-0.68 [-3.66, 2.44]	1.42	-.05	.626
	BDI-II	0.13 [-0.17, 0.51]	0.17	.09	.463
	LSAS	0.09 [0.02, 0.19]	0.04	.24	.017*
	<b>AQ</b>	0.23 [-0.04, 0.43]	0.13	.20	.069
	<b>TAS-20</b>	0.17 [0.00, 0.33]	0.07	.27	.027*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des schizoiden Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	4.54 [-3.41, 10.80]	3.68		.204
	Alter	0.23 [0.02, 0.59]	0.13	.22	.066
	Geschlecht	-2.49 [-5.42, 0.15]	1.40	-.19	.081
	BDI-II	0.33 [0.02, 0.76]	0.18	.24	.072
	LSAS	0.13 [0.06, 0.21]	0.04	.33	.004**
Stufe 2	Konstante	-3.68 [-14.66, 5.51]	5.59		.500
	Alter	0.28 [0.06, 0.64]	0.13	.27	.038*
	Geschlecht	-1.50 [-4.20, 1.27]	1.37	-.11	.271
	BDI-II	0.19 [-0.12, 0.60]	0.18	.14	.281
	LSAS	0.11 [0.04, 0.19]	0.04	.28	.004**
	<b>TAS-20</b>	0.18 [0.01, 0.34]	0.08	.29	.025*
Stufe 3	Konstante	-5.83 [-17.79, 4.22]	5.97		.321
	Alter	0.26 [0.05, 0.63]	0.13	.25	.045*
	Geschlecht	-0.68 [-3.66, 2.44]	1.42	-.05	.626
	BDI-II	0.13 [-0.17, 0.51]	0.17	.09	.463
	LSAS	0.09 [0.02, 0.19]	0.04	.24	.017*
	<b>TAS-20</b>	0.17 [0.00, 0.33]	0.07	.27	.027*
	<b>AQ</b>	0.23 [-0.04, 0.43]	0.13	.20	.069

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des Borderline-Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	19.39 [12.44, 25.93]	3.58		.001**
	Alter	-0.10 [-0.30, 0.11]	0.09	-.11	.297
	Geschlecht	-2.50 [-5.72, 0.95]	1.62	-.12	.131
	BDI-II	0.45 [0.27, 0.61]	0.08	.53	.001**
	LSAS	0.07 [-0.01, 0.15]	0.04	.18	.104
Stufe 2	Konstante	17.57 [7.83, 27.01]	5.04		.001**
	Alter	-0.11 [-0.31, 0.11]	0.10	-.12	.253
	Geschlecht	-2.54 [-5.96, 0.94]	1.64	-.12	.133
	BDI-II	0.46 [0.28, 0.62]	0.09	.53	.001**
	LSAS	0.06 [-0.02, 0.14]	0.04	.15	.148
	<b>AQ</b>	0.08 [-0.18, 0.34]	0.13	.06	.547
Stufe 3	Konstante	11.01 [-0.23, 21.88]	5.77		.064
	Alter	-0.13 [-0.32, 0.07]	0.10	-.14	.187
	Geschlecht	-2.02 [-5.50, 1.54]	1.67	-.10	.244
	BDI-II	0.41 [0.22, 0.57]	0.09	.48	.001**
	LSAS	0.06 [-0.02, 0.13]	0.04	.15	.174
	<b>AQ</b>	-0.05 [-0.37, 0.22]	0.16	-.04	.751
	<b>TAS-20</b>	0.20 [0.00, 0.46]	0.12	.21	.086

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des Borderline-Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	19.39 [12.44, 25.93]	3.58		.001**
	Alter	-0.10 [-0.30, 0.11]	0.09	-.11	.297
	Geschlecht	-2.50 [-5.72, 0.95]	1.62	-.12	.131
	BDI-II	0.45 [0.27, 0.61]	0.08	.53	.001**
	LSAS	0.07 [-0.01, 0.15]	0.04	.18	.104
Stufe 2	Konstante	10.62 [0.35, 20.70]	5.60		.055
	Alter	-0.13 [-0.31, 0.07]	0.10	-.14	.171
	Geschlecht	-2.07 [-5.16, 1.70]	1.63	-.10	.224
	BDI-II	0.42 [0.23, 0.57]	0.09	.49	.001**
	LSAS	0.05 [-0.03, 0.12]	0.04	.13	.211
	<b>TAS-20</b>	0.19 [0.01, 0.38]	0.09	.19	.056
Stufe 3	Konstante	11.01 [-0.23, 21.88]	5.77		.064
	Alter	-0.13 [-0.32, 0.07]	0.10	-.14	.187
	Geschlecht	-2.02 [-5.50, 1.54]	1.67	-.10	.244
	BDI-II	0.41 [0.22, 0.57]	0.09	.48	.001**
	LSAS	0.06 [-0.02, 0.13]	0.04	.15	.174
	<b>TAS-20</b>	0.20 [0.00, 0.46]	0.12	.21	.086
	<b>AQ</b>	-0.05 [-0.37, 0.22]	0.16	-.04	.751

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des Borderline-Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	29.61 [18.41, 42.72]	6.37		.001**
	Alter	-0.18 [-0.37, 0.02]	0.10	-.20	.072
	Geschlecht	1.35 [-4.31, 7.23]	2.98	.06	.632
	BDI-II	0.37 [0.05, 0.68]	0.15	.36	.022*
	LSAS	0.06 [-0.06, 0.15]	0.05	.14	.281
Stufe 2	Konstante	23.31 [11.95, 41.51]	6.88		.003**
	Alter	-0.17 [-0.36, -0.01]	0.09	-.19	.082
	Geschlecht	1.40 [-4.18, 7.23]	2.87	.06	.613
	BDI-II	0.35 [0.04, 0.65]	0.14	.35	.019*
	LSAS	0.03 [-0.10, 0.15]	0.06	.07	.605
	<b>AQ</b>	0.26 [-0.09, 0.51]	0.18	.21	.137
Stufe 3	Konstante	17.98 [1.54, 39.05]	8.99		.051
	Alter	-0.18 [-0.38, -0.02]	0.10	-.21	.071
	Geschlecht	1.74 [-3.79, 7.09]	2.81	.08	.522
	BDI-II	0.33 [0.00, 0.64]	0.14	.32	.030*
	LSAS	0.00 [-0.12, 0.10]	0.06	.00	.988
	<b>AQ</b>	0.200 [-0.19, 0.48]	0.20	.17	.320
	<b>TAS-20</b>	0.17 [-0.19, 0.54]	0.18	.16	.350

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des Borderline-Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	29.61 [18.41, 42.72]	6.37		.001**
	Alter	-0.18 [-0.37, 0.02]	0.10	-.20	.072
	Geschlecht	1.35 [-4.31, 7.23]	2.98	.06	.632
	BDI-II	0.37 [0.05, 0.68]	0.15	.36	.022*
	LSAS	0.06 [-0.06, 0.15]	0.05	.14	.281
Stufe 2	Konstante	20.63 [4.15, 39.07]	9.47		.041*
	Alter	-0.19 [-0.39, 0.00]	0.10	-.22	.054
	Geschlecht	1.82 [-3.72, 7.31]	2.85	.08	.511
	BDI-II	0.33 [0.02, 0.62]	0.15	.32	.034*
	LSAS	0.01 [-0.10, 0.10]	0.06	.03	.818
	<b>TAS-20</b>	0.23 [-0.10, 0.55]	0.15	.22	.135
Stufe 3	Konstante	17.98 [1.54, 39.05]	8.99		.051
	Alter	-0.18 [-0.38, -0.02]	0.10	-.21	.071
	Geschlecht	1.74 [-3.79, 7.09]	2.81	.08	.522
	BDI-II	0.33 [0.00, 0.64]	0.14	.32	.030*
	LSAS	0.00 [-0.12, 0.10]	0.06	.00	.988
	<b>TAS-20</b>	0.17 [-0.19, 0.54]	0.18	.16	.350
	<b>AQ</b>	0.20 [-0.19, 0.48]	0.20	.17	.320

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des Borderline-Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	15.92 [7.00, 24.46]	4.38		.002**
	Alter	-0.04 [-0.30, 0.25]	0.13	-.03	.745
	Geschlecht	0.97 [-2.25, 4.26]	1.74	.05	.570
	BDI-II	1.15 [0.81, 1.64]	0.21	.56	.001**
	LSAS	0.07 [-0.05, 0.17]	0.07	.12	.261
Stufe 2	Konstante	14.83 [3.92, 24.88]	4.94		.005**
	Alter	-0.05 [-0.30, 0.23]	0.13	-.03	.694
	Geschlecht	1.34 [-1.90, 4.93]	1.74	.07	.469
	BDI-II	1.12 [0.78, 1.63]	0.20	.55	.001**
	LSAS	0.07 [-0.09, 0.18]	0.07	.11	.350
	<b>AQ</b>	0.10 [-0.32, 0.46]	0.20	.06	.647
Stufe 3	Konstante	3.48 [-11.09, 16.72]	7.48		.643
	Alter	0.02 [-0.24, 0.35]	0.13	.02	.845
	Geschlecht	2.62 [-1.19, 7.11]	1.96	.13	.197
	BDI-II	0.94 [0.61, 1.37]	0.19	.46	.001**
	LSAS	0.04 [-0.10, 0.16]	0.07	.07	.568
	<b>AQ</b>	0.06 [-0.37, 0.42]	0.20	.04	.763
	<b>TAS-20</b>	0.25 [0.03, 0.49]	0.11	.28	.022*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des Borderline-Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	15.92 [7.00, 24.46]	4.38		.002**
	Alter	-0.04 [-0.30, 0.25]	0.13	-.03	.745
	Geschlecht	0.97 [-2.25, 4.26]	1.74	.05	.570
	BDI-II	1.15 [0.81, 1.64]	0.21	.56	.001**
	LSAS	0.07 [-0.05, 0.17]	0.07	.12	.261
Stufe 2	Konstante	4.06 [-10.26, 16.83]	7.23		.577
	Alter	0.03 [-0.22, 0.35]	0.13	.02	.819
	Geschlecht	2.40 [-1.02, 6.29]	1.90	.12	.213
	BDI-II	0.96 [0.63, 1.39]	0.18	.47	.001**
	LSAS	0.04 [-0.08, 0.15]	0.06	.08	.492
	<b>TAS-20</b>	0.25 [0.03, 0.49]	0.11	.28	.018*
Stufe 3	Konstante	3.48 [-11.09, 16.72]	7.48		.643
	Alter	0.02 [-0.24, 0.35]	0.13	.02	.845
	Geschlecht	2.62 [-1.19, 7.11]	1.96	.13	.197
	BDI-II	0.94 [0.61, 1.37]	0.19	.46	.001**
	LSAS	0.04 [-0.10, 0.16]	0.07	.07	.568
	<b>TAS-20</b>	0.25 [0.03, 0.49]	0.11	.28	.022*
	<b>AQ</b>	0.06 [-0.37, 0.42]	0.20	.04	.763

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des narzisstischen Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	17.01 [10.10, 23.51]	3.73		.001**
	Alter	0.01 [-0.18, 0.20]	0.09	.02	.868
	Geschlecht	-0.58 [-5.13, 4.03]	2.25	-.03	.796
	BDI-II	0.19 [0.01, 0.36]	0.10	.23	.051
	LSAS	0.06 [-0.02, 0.15]	0.04	.17	.149
Stufe 2	Konstante	12.05 [2.28, 21.90]	5.41		.030*
	Alter	-0.02 [-0.20, 0.16]	0.09	-.02	.877
	Geschlecht	-0.68 [-5.19, 4.01]	2.30	-.03	.766
	BDI-II	0.20 [0.00, 0.36]	0.10	.24	.043*
	LSAS	0.04 [-0.04, 0.13]	0.04	.10	.376
	<b>AQ</b>	0.22 [-0.09, 0.51]	0.15	.17	.130
Stufe 3	Konstante	6.51 [-5.93, 19.22]	6.58		.338
	Alter	-0.03 [-0.20, 0.14]	0.09	-.04	.747
	Geschlecht	-0.24 [-4.60, 4.57]	2.30	-.01	.930
	BDI-II	0.16 [-0.06, 0.34]	0.10	.19	.121
	LSAS	0.04 [-0.05, 0.12]	0.04	.10	.411
	<b>AQ</b>	0.11 [-0.24, 0.43]	0.16	.09	.472
	<b>TAS-20</b>	0.17 [-0.08, 0.42]	0.12	.18	.166

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des narzisstischen Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	17.01 [9.32, 24.10]	3.73		.001**
	Alter	0.01 [-0.17, 0.19]	0.09	.02	.868
	Geschlecht	-0.58 [-4.81, 3.86]	2.25	-.03	.796
	BDI-II	0.19 [-0.01, 0.37]	0.10	.23	.051
	LSAS	0.06 [-0.02, 0.14]	0.04	.17	.149
Stufe 2	Konstante	7.42 [-3.96, 20.10]	6.18		.237
	Alter	-0.02 [-0.20, 0.16]	0.09	-.02	.823
	Geschlecht	-0.11 [-4.13, 4.44]	2.22	-.01	.965
	BDI-II	0.15 [-0.07, 0.34]	0.10	.18	.135
	LSAS	0.05 [-0.04, 0.13]	0.04	.13	.324
	<b>TAS-20</b>	0.20 [-0.02, 0.41]	0.11	.22	.071
Stufe 3	Konstante	6.51 [-6.42, 19.73]	6.58		.338
	Alter	-0.03 [-0.20, 0.14]	0.09	-.04	.747
	Geschlecht	-0.24 [-4.48, 4.48]	2.30	-.01	.930
	BDI-II	0.16 [-0.07, 0.35]	0.10	.19	.121
	LSAS	0.04 [-0.04, 0.12]	0.04	.10	.411
	<b>TAS-20</b>	0.17 [-0.07, 0.41]	0.12	.18	.166
	<b>AQ</b>	0.11 [-0.22, 0.43]	0.16	.09	.472

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des narzisstischen Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	23.79 [12.36, 37.98]	6.41		.001**
	Alter	-0.01 [-0.24, 0.19]	0.11	-.02	.918
	Geschlecht	-2.66 [-8.44, 2.55]	2.75	-.15	.340
	BDI-II	0.15 [-0.09, 0.37]	0.12	.18	.227
	LSAS	0.04 [-0.09, 0.16]	0.07	.12	.578
Stufe 2	Konstante	18.85 [5.17, 33.34]	6.43		.009**
	Alter	-0.00 [-0.23, 0.19]	0.11	-.01	.975
	Geschlecht	-2.62 [-8.34, 2.72]	2.74	-.15	.347
	BDI-II	0.14 [-0.10, 0.34]	0.12	.17	.241
	LSAS	0.02 [-0.12, 0.14]	0.07	.05	.822
	<b>AQ</b>	0.20 [-0.04, 0.42]	0.12	.20	.108
Stufe 3	Konstante	14.11 [-0.36, 29.81]	6.79		.052
	Alter	-0.02 [-0.25, 0.19]	0.11	-.03	.889
	Geschlecht	-2.31 [-7.91, 2.79]	2.74	-.13	.401
	BDI-II	0.11 [-0.14, 0.32]	0.12	.14	.337
	LSAS	-0.01 [-0.17, 0.14]	0.08	-.03	.943
	<b>AQ</b>	0.15 [-0.12, 0.39]	0.13	.15	.259
	<b>TAS-20</b>	0.15 [-0.09, 0.42]	0.14	.18	.294

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des narzisstischen Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	23.79 [12.38, 37,77]	6.41		.001**
	Alter	-0.01 [-0.24, 0.19]	0.11	-.02	.918
	Geschlecht	-2.66 [-8.40, 2.50]	2.75	-.15	.340
	BDI-II	0.15 [-0.11, 0.37]	0.12	.18	.227
	LSAS	0.04 [-0.10, 0.16]	0.07	.12	.578
Stufe 2	Konstante	16.12 [2.42, 30.41]	7.10		.030*
	Alter	-0.03 [-0.26, 0.19]	0.11	-.04	.822
	Geschlecht	-2.25 [-7.94, 2.72]	2.70	-.13	.402
	BDI-II	0.11 [-0.15, 0.32]	0.12	.14	.346
	LSAS	0.00 [-0.16, 0.14]	0.08	.00	.997
	<b>TAS-20</b>	0.19 [-0.05, 0.46]	0.13	.23	.158
Stufe 3	Konstante	14.11 [1.17, 28.49]	6.79		.052
	Alter	-0.02 [-0.26, 0.20]	0.11	-.03	.889
	Geschlecht	-2.31 [-7.93, 2.79]	2.74	-.13	.401
	BDI-II	0.11 [-0.14, 0.32]	0.12	.14	.337
	LSAS	-0.01 [-0.17, 0.14]	0.08	-.03	.943
	<b>TAS-20</b>	0.15 [-0.09, 0.43]	0.14	.18	.294
	<b>AQ</b>	0.15 [-0.14, 0.40]	0.13	.15	.259

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des narzisstischen Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	12.24 [3.29, 20.36]	4.42		.004**
	Alter	0.15 [-0.10, 0.46]	0.13	.11	.259
	Geschlecht	-3.26 [-6.66, 0.06]	1.69	-.19	.057
	BDI-II	0.69 [0.34, 1.06]	0.19	.40	.001**
	LSAS	0.13 [0.03, 0.23]	0.05	.26	.016*
Stufe 2	Konstante	11.22 [1.98, 19.71]	5.05		.032*
	Alter	0.14 [-0.11, 0.46]	0.13	.11	.279
	Geschlecht	-2.92 [-6.78, 1.23]	1.70	-.17	.098
	BDI-II	0.67 [0.28, 1.03]	0.18	.38	.001**
	LSAS	0.12 [0.00, 0.24]	0.06	.24	.037*
	<b>AQ</b>	0.09 [-0.36, 0.56]	0.23	.06	.704
Stufe 3	Konstante	11.48 [-2.28, 23.38]	7.34		.119
	Alter	0.14 [-0.12, 0.47]	0.14	.11	.313
	Geschlecht	-2.95 [-6.81, 1.70]	1.76	-.17	.105
	BDI-II	0.67 [0.30, 1.02]	0.18	.38	.001**
	LSAS	0.12 [0.00, 0.23]	0.06	.24	.029*
	<b>AQ</b>	0.09 [-0.36, 0.57]	0.23	.06	.705
	<b>TAS-20</b>	0.00 [-0.18, 0.21]	0.10	-.01	.957

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des narzisstischen Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	12.24 [3.19, 20.66]	4.42		.004**
	Alter	0.15 [-0.09, 0.45]	0.13	.11	.259
	Geschlecht	-3.26 [-6.53, -0.01]	1.69	-.19	.057
	BDI-II	0.69 [0.33, 1.07]	0.19	.40	.001**
	LSAS	0.13 [0.02, 0.23]	0.05	.26	.016*
Stufe 2	Konstante	12.33 [-3.28, 26.38]	7.25		.088
	Alter	0.15 [-0.10, 0.46]	0.14	.11	.292
	Geschlecht	-3.27 [-6.71, 0.18]	1.79	-.19	.076
	BDI-II	0.70 [0.31, 1.09]	0.20	.40	.001**
	LSAS	0.13 [0.03, 0.22]	0.05	.26	.012*
	<b>TAS-20</b>	0.00 [-0.17, 0.20]	0.10	.00	.983
Stufe 3	Konstante	11.48 [-4.34, 25.52]	7.34		.119
	Alter	0.14 [-0.12, 0.46]	0.14	.11	.313
	Geschlecht	-2.95 [-6.22, 0.63]	1.76	-.17	.105
	BDI-II	0.67 [0.28, 1.04]	0.18	.38	.001**
	LSAS	0.12 [0.01, 0.22]	0.06	.24	.029*
	<b>TAS-20</b>	-0.01 [-0.18, 0.20]	0.10	-.01	.957
	<b>AQ</b>	0.09 [-0.36, 0.57]	0.23	.06	.705

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des vermeidenden Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	16.25 [11.40, 21.14]	2.80		.001**
	Alter	-0.03 [-0.15, 0.08]	0.06	-.04	.598
	Geschlecht	-1.66 [-4.80, 1.27]	1.41	-.09	.254
	BDI-II	0.19 [0.02, 0.35]	0.08	.26	.028*
	LSAS	0.18 [0.13, 0.25]	0.03	.58	.001**
Stufe 2	Konstante	14.77 [7.19, 23.02]	3.92		.001**
	Alter	-0.04 [-0.18, 0.10]	0.07	-.05	.536
	Geschlecht	-1.69 [-4.93, 1.44]	1.41	-.10	.239
	BDI-II	0.19 [0.02, 0.35]	0.08	.26	.031*
	LSAS	0.18 [0.12, 0.24]	0.03	.55	.001**
	<b>AQ</b>	0.07 [-0.18, 0.28]	0.12	.06	.609
Stufe 3	Konstante	11.58 [2.51, 20.78]	4.75		.021*
	Alter	-0.05 [-0.18, 0.09]	0.07	-.06	.484
	Geschlecht	-1.44 [-4.68, 1.80]	1.47	-.08	.346
	BDI-II	0.17 [0.00, 0.32]	0.08	.23	.044*
	LSAS	0.18 [0.11, 0.24]	0.03	.55	.001**
	<b>AQ</b>	0.00 [-0.27, 0.24]	0.13	.00	.982
	<b>TAS-20</b>	0.10 [-0.08, 0.26]	0.08	.12	.249

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des vermeidenden Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	16.25 [11.40, 21.14]	2.80		.001**
	Alter	-0.03 [-0.15, 0.08]	0.06	-.04	.598
	Geschlecht	-1.66 [-4.80, 1.27]	1.41	-.09	.254
	BDI-II	0.19 [0.02, 0.35]	0.08	.26	.028*
	LSAS	0.18 [0.13, 0.25]	0.03	.58	.001**
Stufe 2	Konstante	11.61 [3.07, 20.32]	4.55		.015*
	Alter	-0.05 [-0.18, 0.07]	0.07	-.06	.467
	Geschlecht	-1.44 [-4.56, 1.50]	1.44	-.08	.340
	BDI-II	0.17 [0.00, 0.32]	0.08	.23	.042*
	LSAS	0.18 [0.12, 0.24]	0.03	.55	.001**
	<b>TAS-20</b>	0.10 [-0.05, 0.24]	0.07	.12	.210
Stufe 3	Konstante	11.58 [2.51, 20.78]	4.75		.021*
	Alter	-0.05 [-0.18, 0.09]	0.07	-.06	.484
	Geschlecht	-1.44 [-4.68, 1.80]	1.47	-.08	.346
	BDI-II	0.17 [0.00, 0.32]	0.08	.23	.044*
	LSAS	0.18 [0.11, 0.24]	0.03	.55	.001**
	<b>TAS-20</b>	0.10 [-0.08, 0.26]	0.08	.12	.249
	<b>AQ</b>	0.00 [-0.27, 0.24]	0.13	.00	.982

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des vermeidenden Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	20.46 [11.10, 28.20]	4.88		.002**
	Alter	0.00 [-0.17, 0.17]	0.07	-.01	.957
	Geschlecht	-1.78 [-4.82, 1.33]	1.58	-.12	.279
	BDI-II	0.11 [-0.04, 0.27]	0.08	.16	.182
	LSAS	0.16 [0.08, 0.25]	0.04	.58	.003**
Stufe 2	Konstante	14.15 [4.88, 21.19]	5.14		.011*
	Alter	0.01 [-0.14, 0.16]	0.07	.01	.922
	Geschlecht	-1.74 [-4.68, 1.01]	1.47	-.12	.256
	BDI-II	0.10 [-0.08, 0.30]	0.09	.14	.291
	LSAS	0.13 [0.04, 0.23]	0.05	.48	.010*
	<b>AQ</b>	0.26 [0.07, 0.50]	0.11	.30	.022*
Stufe 3	Konstante	7.69 [-1.98, 15.75]	5.78		.175
	Alter	-0.01 [-0.16, 0.15]	0.07	-.02	.859
	Geschlecht	-1.32 [-4.16, 1.38]	1.49	-.09	.404
	BDI-II	0.06 [-0.13, 0.25]	0.09	.09	.510
	LSAS	0.10 [0.02, 0.19]	0.05	.36	.038*
	<b>AQ</b>	0.19 [0.00, 0.45]	0.11	.23	.091
	<b>TAS-20</b>	0.20 [0.00, 0.42]	0.10	.29	.065

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des vermeidenden Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	20.46 [11.10, 28.20]	4.88		.002**
	Alter	0.00 [-0.17, 0.17]	0.07	-.01	.957
	Geschlecht	-1.78 [-4.82, 1.33]	1.58	-.12	.279
	BDI-II	0.11 [-0.04, 0.27]	0.08	.16	.182
	LSAS	0.16 [0.08, 0.25]	0.04	.58	.003**
Stufe 2	Konstante	10.20 [2.17, 18.06]	5.14		.064
	Alter	-0.02 [-0.19, 0.14]	0.08	-.04	.755
	Geschlecht	-1.24 [-4.25, 1.71]	1.50	-.08	.438
	BDI-II	0.06 [-0.09, 0.21]	0.08	.09	.436
	LSAS	0.11 [0.03, 0.20]	0.05	.39	.024*
	<b>TAS-20</b>	0.26 [0.08, 0.46]	0.10	.37	.018*
Stufe 3	Konstante	7.69 [-1.98, 15.75]	5.78		.175
	Alter	-0.01 [-0.16, 0.15]	0.07	-.02	.859
	Geschlecht	-1.32 [-4.16, 1.38]	1.49	-.09	.404
	BDI-II	0.06 [-0.13, 0.25]	0.09	.09	.510
	LSAS	0.10 [0.02, 0.19]	0.05	.36	.038*
	<b>TAS-20</b>	0.20 [0.00, 0.42]	0.10	.29	.065
	<b>AQ</b>	0.19 [0.00, 0.45]	0.11	.23	.091

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des vermeidenden Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	6.52 [-2.73, 13.31]	4.14		.118
	Alter	0.14 [-0.09, 0.49]	0.14	.12	.299
	Geschlecht	-2.62 [-5.47, -0.08]	1.43	-.17	.076
	BDI-II	0.49 [0.14, 1.01]	0.20	.31	.013*
	LSAS	0.20 [0.10, 0.27]	0.05	.43	.001**
Stufe 2	Konstante	4.20 [-4.96, 11.80]	4.51		.328
	Alter	0.13 [-0.12, 0.48]	0.14	0.10	.342
	Geschlecht	-1.85 [-4.74, 0.85]	1.43	-.12	.191
	BDI-II	0.43 [0.07, 0.91]	0.19	.27	.030*
	LSAS	0.18 [0.08, 0.27]	0.05	.40	.001**
	<b>AQ</b>	0.20 [-0.12, 0.48]	0.15	.15	.162
Stufe 3	Konstante	-1.35 [-13.94, 10.26]	6.92		.824
	Alter	0.16 [-0.09, 0.56]	0.15	.13	.260
	Geschlecht	-1.22 [-4.55, 2.12]	1.60	-.08	.452
	BDI-II	0.34 [0.00, 0.82]	0.19	.21	.083
	LSAS	0.17 [0.07, 0.26]	0.05	.37	.001**
	<b>AQ</b>	0.19 [-0.14, 0.45]	0.14	.14	.204
	<b>TAS-20</b>	0.12 [-0.07, 0.32]	0.10	.17	.214

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des vermeidenden Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	6.52 [-2.73, 13.31]	4.14		.118
	Alter	0.14 [-0.09, 0.49]	0.14	.12	.299
	Geschlecht	-2.62 [-5.47, -0.08]	1.43	-.17	.076
	BDI-II	0.49 [0.14, 1.01]	0.20	.31	.013*
	LSAS	0.20 [0.10, 0.27]	0.05	.43	.001**
Stufe 2	Konstante	0.41 [-12.42, 11.86]	6.75		.957
	Alter	0.18 [-0.07, 0.56]	0.15	.15	.214
	Geschlecht	-1.89 [-5.00, 1.40]	1.60	-.12	.246
	BDI-II	0.39 [0.08, 0.89]	0.19	.25	.038*
	LSAS	0.18 [0.08, 0.26]	0.05	.40	.001**
	<b>TAS-20</b>	0.13 [-0.06, 0.33]	0.10	.18	.192
Stufe 3	Konstante	-1.35 [-13.94, 10.26]	6.92		.824
	Alter	0.16 [-0.09, 0.56]	0.15	.13	.260
	Geschlecht	-1.22 [-4.55, 2.12]	1.60	-.08	.452
	BDI-II	0.34 [0.00, 0.82]	0.19	.21	.083
	LSAS	0.17 [0.07, 0.26]	0.05	.37	.001**
	<b>TAS-20</b>	0.12 [-0.07, 0.32]	0.10	.17	.214
	<b>AQ</b>	0.19 [-0.14, 0.45]	0.14	.14	.204

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des zwanghaften Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	17.75 [11.73, 22.92]	3.14		.001**
	Alter	0.05 [-0.11, 0.24]	0.08	.06	.550
	Geschlecht	-0.76 [-4.31, 2.87]	1.68	-.04	.673
	BDI-II	0.06 [-0.10, 0.23]	0.08	.08	.476
	LSAS	0.17 [0.10, 0.23]	0.03	.52	.001**
Stufe 2	Konstante	9.82 [2.21, 17.63]	4.30		.023*
	Alter	0.00 [-0.15, 0.17]	0.07	.00	.980
	Geschlecht	-0.91 [-4.50, 2.90]	1.68	-.05	.588
	BDI-II	0.07 [-0.09, 0.22]	0.08	.09	.407
	LSAS	0.13 [0.05, 0.19]	0.03	.39	.001**
	<b>AQ</b>	0.35 [0.09, 0.58]	0.12	.30	.001**
Stufe 3	Konstante	7.66 [-0.44, 15.93]	4.95		.119
	Alter	-0.01 [-0.16, 0.17]	0.07	-.01	.915
	Geschlecht	-0.74 [-4.47, 3.45]	1.75	-.04	.682
	BDI-II	0.05 [-0.11, 0.21]	0.08	.07	.510
	LSAS	0.13 [0.05, 0.19]	0.03	.39	.001**
	<b>AQ</b>	0.30 [0.01, 0.54]	0.13	.26	.016*
	<b>TAS-20</b>	0.07 [-0.11, 0.24]	0.08	.08	.374

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des zwanghaften Persönlichkeitsmusters, Gruppe ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	17.75 [11.73, 22.92]	3.14		.001**
	Alter	0.05 [-0.11, 0.24]	0.08	.06	.550
	Geschlecht	-0.76 [-4.31, 2.87]	1.68	-.04	.673
	BDI-II	0.06 [-0.10, 0.23]	0.08	.08	.476
	LSAS	0.17 [0.10, 0.23]	0.03	.52	.001**
Stufe 2	Konstante	10.18 [2.26, 18.33]	4.89		.035*
	Alter	0.02 [-0.14, 0.20]	0.08	.02	.811
	Geschlecht	-0.39 [-4.13, 3.55]	1.73	-.02	.840
	BDI-II	0.03 [-0.12, 0.18]	0.08	.04	.739
	LSAS	0.16 [0.08, 0.22]	0.03	.48	.001**
	<b>TAS-20</b>	0.16 [-0.03, 0.31]	0.08	.19	.042*
Stufe 3	Konstante	7.66 [-0.44, 15.93]	4.95		.119
	Alter	-0.01 [-0.16, 0.17]	0.07	-.01	.915
	Geschlecht	-0.74 [-4.47, 3.45]	1.75	-.04	.682
	BDI-II	0.05 [-0.11, 0.21]	0.08	.07	.510
	LSAS	0.13 [0.05, 0.19]	0.03	.39	.001**
	<b>TAS-20</b>	0.07 [-0.11, 0.24]	0.08	.08	.374
	<b>AQ</b>	0.30 [0.01, 0.54]	0.13	.26	.016*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des zwanghaften Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	18.50 [9.91, 29.43]	4.90		.002**
	Alter	0.06 [-0.14, 0.23]	0.09	.09	.493
	Geschlecht	0.74 [-3.79, 5.53]	2.16	.05	.737
	BDI-II	0.23 [0.01, 0.42]	0.11	.30	.051
	LSAS	0.10 [0.02, 0.19]	0.05	.35	.035*
Stufe 2	Konstante	10.42 [1.75, 25.49]	5.29		.039*
	Alter	0.07 [-0.10, 0.21]	0.08	.11	.364
	Geschlecht	0.80 [-3.64, 5.61]	2.11	.05	.719
	BDI-II	0.21 [0.01, 0.38]	0.10	.27	.051
	LSAS	0.07 [-0.01, 0.15]	0.04	.23	.151
	<b>AQ</b>	0.33 [0.04, 0.57]	0.12	.36	.009**
Stufe 3	Konstante	5.26 [-8.33, 22.85]	6.74		.396
	Alter	0.06 [-0.11, 0.19]	0.08	.09	.452
	Geschlecht	1.13 [-3.34, 5.67]	2.06	.07	.612
	BDI-II	0.18 [-0.03, 0.35]	0.11	.23	.104
	LSAS	0.04 [-0.04, 0.13]	0.05	.14	.386
	<b>AQ</b>	0.27 [-0.03, 0.54]	0.14	.30	.046*
	<b>TAS-20</b>	0.16 [-0.05, 0.44]	0.13	.21	.204

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des zwanghaften Persönlichkeitsmusters, Gruppe Nicht-ASS**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	18.50 [9.91, 29.43]	4.90		.002**
	Alter	0.06 [-0.14, 0.23]	0.09	.09	.493
	Geschlecht	0.74 [-3.79, 5.53]	2.16	.05	.737
	BDI-II	0.23 [0.01, 0.42]	0.11	.30	.051
	LSAS	0.10 [0.02, 0.19]	0.05	.35	.035*
Stufe 2	Konstante	8.89 [-6.41, 25.24]	7.98		.267
	Alter	0.04 [-0.15, 0.20]	0.09	.06	.616
	Geschlecht	1.25 [-3.63, 5.70]	2.06	.08	.559
	BDI-II	0.18 [-0.05, 0.39]	0.11	.24	.116
	LSAS	0.06 [-0.03, 0.14]	0.05	.19	.261
	<b>TAS-20</b>	0.24 [0.02, 0.49]	0.12	.31	.061
Stufe 3	Konstante	5.26 [-8.33, 22.85]	6.74		.396
	Alter	0.06 [-0.11, 0.19]	0.08	.09	.452
	Geschlecht	1.13 [-3.34, 5.67]	2.06	.07	.612
	BDI-II	0.18 [-0.03, 0.35]	0.11	.23	.104
	LSAS	0.04 [-0.04, 0.13]	0.05	.14	.386
	<b>TAS-20</b>	0.16 [-0.05, 0.44]	0.13	.21	.204
	<b>AQ</b>	0.27 [-0.03, 0.54]	0.14	.30	.046*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell A von Prädiktoren des zwanghaften Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	17.44 [7.14, 26.49]	4.99		.001**
	Alter	0.02 [-0.25, 0.36]	0.16	.02	.868
	Geschlecht	-1.72 [-5.58, 1.94]	1.79	-.10	.339
	BDI-II	0.50 [0.11, 0.99]	0.22	.27	.023*
	LSAS	0.12 [0.01, 0.24]	0.06	.23	.040*
Stufe 2	Konstante	12.52 [2.22, 21.98]	5.49		.022*
	Alter	-0.01 [-0.27, 0.32]	0.15	-.01	.961
	Geschlecht	-0.07 [-4.02, 3.92]	1.76	.00	.967
	BDI-II	0.36 [-0.05, 0.84]	0.21	.20	.092
	LSAS	0.09 [-0.02, 0.21]	0.06	.17	.120
	<b>AQ</b>	0.43 [0.02, 0.80]	0.19	.29	.024*
Stufe 3	Konstante	17.02 [2.36, 32.48]	8.05		.043*
	Alter	-0.04 [-0.32, 0.30]	0.16	-.03	.817
	Geschlecht	-0.58 [-4.51, 3.71]	1.88	-.03	.757
	BDI-II	0.43 [-0.00, 0.93]	0.23	.24	.061
	LSAS	0.10 [-0.01, 0.22]	0.05	.19	.065
	<b>AQ</b>	0.44 [0.07, 0.81]	0.18	.30	.018*
	<b>TAS-20</b>	-0.10 [-0.30, 0.10]	0.10	-.12	.318

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

**Lineares Modell B von Prädiktoren des zwanghaften Persönlichkeitsmusters, Gruppe NT**

		<i>b</i>	SE	$\beta$	<i>p</i>
Stufe 1	Konstante	17.44 [7.14, 26.49]	4.99		.001**
	Alter	0.02 [-0.25, 0.36]	0.16	.02	.868
	Geschlecht	-1.72 [-5.58, 1.94]	1.79	-.10	.339
	BDI-II	0.50 [0.11, 0.99]	0.22	.27	.023*
	LSAS	0.12 [0.01, 0.24]	0.06	.23	.040*
Stufe 2	Konstante	21.22 [5.98, 36.52]	7.84		.011*
	Alter	0.00 [-0.30, 0.34]	0.17	.00	.995
	Geschlecht	-2.17 [-6.12, 1.72]	1.87	-.12	.245
	BDI-II	0.56 [0.16, 1.11]	0.23	.31	.014*
	LSAS	0.13 [0.02, 0.25]	0.06	.25	.018*
	<b>TAS-20</b>	-0.08 [-0.29, 0.12]	0.10	-.10	.430
Stufe 3	Konstante	17.02 [2.36, 32.48]	8.05		.043*
	Alter	-0.04 [-0.32, 0.30]	0.16	-.03	.817
	Geschlecht	-0.58 [-4.51, 3.71]	1.88	-.03	.757
	BDI-II	0.43 [0.00, 0.93]	0.23	.24	.061
	LSAS	0.10 [-0.01, 0.22]	0.05	.19	.065
	<b>TAS-20</b>	-0.10 [-0.30, 0.10]	0.10	-.12	.318
	<b>AQ</b>	0.44 [0.07, 0.81]	0.18	.30	.018*

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

*b*: Regressionskoeffizient. SE: Standardfehler.  $\beta$ : Standardisierter Koeffizient. *p*: *p*-Wert.

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias corrected and accelerated) berichtet in Klammern.

Konfidenzintervalle und Standardfehler beruhen auf 1000 Bootstrap-Stichproben.

## Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Leonhard Schilbach danken, für die fachliche Unterstützung, die konstruktive Kritik, das Vertrauen in meine Arbeit sowie für professionelle und menschliche Inspiration!

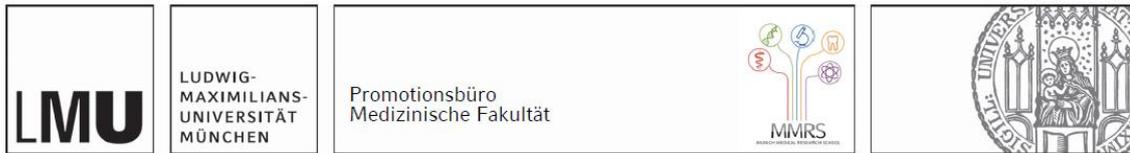
Mein außerordentlicher Dank gilt meiner Betreuerin Dr. Dr. Laura Albantakis, die mich von Anfang bis Ende des Promotionsprozesses mit ausdauerndem Einsatz, fachlicher Expertise und menschlicher Wärme begleitet hat. Liebe Laura, dein Engagement für meine Doktorarbeit hat mich immer wieder aufs Neue motiviert und ich danke dir sehr dafür!

Ich danke außerdem der AG Soziale Neurowissenschaft des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München für die stets gute und angenehme Zusammenarbeit. Insbesondere danke ich Dr. Marie-Luise Brandi für die Unterstützung bezüglich der Daten der Kontrollgruppe.

Zudem gebührt mein Dank all den lieben Menschen in meinem Leben, meinem Partner Felix und meinen Freund\*innen, die an den Höhen und Tiefen des Werdens dieser Dissertation beteiligt waren und mir darin zur Seite gestanden sind.

Meinen Eltern, Rosmarie und Reinhard, ist diese Dissertation gewidmet. Ich danke euch von Herzen für eure großartige, unermüdliche und bedingungslose Unterstützung in jeglicher Hinsicht und in allen Lebenslagen!

## Affidavit



### Eidesstattliche Versicherung

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

*„Persönlichkeit im Kontext von Autismus und Alexithymie.*

*Eine quantitative Analyse von autistischen und alexithymen Zügen als Prädiktoren verschiedener Persönlichkeitsmuster.“*

selbstständig 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.

Freiburg, 11.10.2025

Leonie Sophia Ilkay Weindel

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin

## Publikationsliste

Albantakis L, Brandi M-L, Zillekens IC, Henco L, Weindel L, Thaler H, Schliephake L, Timmermans B, Schilbach L. Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism*. 2020;24(8):2046-56.

Albantakis L, Weindel L, Brandi M-L, Henco L, Zillekens IC, Thaler H, Schilbach L. What Predicts My Personality Profile: Autism, Alexithymia or Both? *INSAR* 2023.

Albantakis L, Weindel L, Brandi M-L, Zillekens IC, Henco L, Thaler H, Schliephake L, Schilbach L. Alexithymic and autistic traits differentially predict personality disorder dimensions. *Autism*. OnlineFirst. 2025. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/13623613251338650>.