

Diagnostik und Differentialdiagnostik
der
Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
Fachbereich I; Psychologie
der Universität Trier

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Katja Nienhaus

Trier, 2003

Die dargestellten Untersuchungen wurden in den Kliniken Sonnenberg (Akademisches Lehrkrankenhaus, Psychiatrische Klinik, 66119 Saarbrücken) in der Zeit von Juli 2001 bis September 2002 durchgeführt.

Allen Patienten, ohne deren Mitwirken diese Untersuchungen nicht möglich gewesen wäre, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor L. Schmidt für seine Unterstützung meiner Arbeit durch vielfältige hilfreichen Anregungen und Ratschläge. Ebenso möchte ich Herrn Professor G. Krampen danken, der sich spontan und trotz widriger organisatorischer Umstände als Gutachter für die Dissertation zur Verfügung stellte. Herrn Dr. K. Höschel möchte ich für die Zweitbegutachtung der diagnostischen Interviews zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität danken. Den ärztlichen und psychologischen Kollegen sowie den Kollegen des Pflege- und Sozialdienstes der SHG-Kliniken, die mich durch fachlichen und persönlichen Rat in meiner Arbeit unterstützt haben, sei an dieser Stelle ebenfalls herzlich gedankt.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
Einleitung	10
Kapitel 1	
1. Das Konzept der Persönlichkeitsstörung	15
1.1 Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen nach dem DSM-IV	15
1.2 Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen nach dem ICD 10	18
1.3 Das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstörungen von Fiedler	20
Kapitel 2	
2. Beschreibung der Borderline-Kriterien	23
2.1 Kriterium 1 (Verlassenwerden vermeiden)	23
2.2 Kriterium 2 (Instabile Beziehungen)	24
2.3 Kriterium 3 (Identitätsstörung)	25
2.4 Kriterium 4 (Impulsivität)	26
2.5 Kriterium 5 (Selbstverletzungen/Suizidversuche)	27
2.6 Kriterium 6 (Affektive Instabilität)	28
2.7 Kriterium 7 (Chronische innere Leere)	29
2.8 Kriterium 8 (Unangemessene Wut/Wutausbrüche)	30
2.9 Kriterium 9 (Dissoziation/Paranoide Vorstellungen)	30
2.10 Zusammenfassung	31
Kapitel 3	
3. Borderline-Störung: Konzepte, Kontroversen, Definitionen	33
3.1 Psychoanalytischer Ansatz	33
3.2 Biologischer Ansatz	37
3.3 Biosozialer Ansatz	37
3.4 Kognitiver Ansatz	38
3.5 Eklektisch-deskriptiver Ansatz	38
Kapitel 4	
4. Prävalenz und Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen	40
4.1 Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV	40

4.2 Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen zu anderen Achse-I-Störungen:	41
4.3 Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II	44

Kapitel 5

5. Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der Borderline-Störung und anderen Persönlichkeitsstörungen	47
--	----

Kapitel 6

6. Diagnostische Instrumente zur Erfassung der Borderline-Symptomatik	51
6.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)	51
6.2 Borderline-Persönlichkeits-Inventar	53
6.3 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	55
6.4 Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90)	58
6.5 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)	60
6.6 State-Trait-Angst-Inventar (STAI)	61
6.7 Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)	63
6.8 Fragebogen zu Scham- und Schuldgefühlen (SSF)	64
6.9 Eating-Disorder-Inventory (EDI)	64
6.10 Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)	66
6.11 Strukturiertes Klinisches Interview (SKID-II)	67

Kapitel 7

7. Faktorstruktur der DSM-IV Borderline-Kriterien	70
7.1 Theoretischer Hintergrund	70
7.2 Forschungsstand	71
7.3 Fragestellung und Hypothesen	72
7.4 Methoden	72
7.4.1 Stichprobe und Patienten	72
7.4.2 Prozedur und diagnostische Instrumente	78
7.4.3 Statistische Auswertung	80
7.5 Ergebnisse	80
7.6 Beurteilung der Ergebnisse	83

Kapitel 8

8. Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien	85
---	----

8.1 Theoretischer Hintergrund	85
8.2 Forschungsstand	86
8.3 Fragestellung und Hypothesen	87
8.4 Methoden	88
8.4.1 Stichprobe und Patienten	88
8.4.2 Prozedur und diagnostische Instrumente	88
8.4.3 Statistische Auswertung	88
8.5 Ergebnisse	89
8.5.1 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Studienvergleiche	89
8.5.2 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Einzelbewertung der Kriterien	91
8.5.3 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Vorhersage der Borderline-Störung	98
8.5.4 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Vorhersage klinischer Merkmale	101
8.6 Beurteilung der Ergebnisse	103
Kapitel 9	
9. Struktur und Zusammenhänge klinisch-psychologischer Merkmale innerhalb der Borderline-Störung	105
9.1 Theoretischer Hintergrund	105
9.2 Forschungsstand	107
9.3 Fragestellung und Hypothesen	108
9.4 Methoden	108
9.4.1 Stichprobe und Patienten	108
9.4.2 Prozedur	109
9.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente	109
9.4.4 Statistische Auswertung	109
9.5 Ergebnisse	110
9.5.1 Auswertung der zehn Fragebögen zur klinisch-psychologischen Symptomatik	110
9.5.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse	116
9.6 Beurteilung der Ergebnisse	121
Kapitel 10	
10. Strukturierung interpersonalen Probleme von Borderline-Patientinnen	123
10.1 Theoretischer Hintergrund	123
10.2 Forschungsstand	124
10.3 Fragestellung und Hypothesen	126

10.4 Methoden	126
10.4.1 Stichprobe und Patienten	126
10.4.2 Prozedur	127
10.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente	127
10.4.4 Statistische Auswertung	128
10.5 Ergebnisse	128
10.5.1 Ergebnisse der Faktorenanalyse	129
10.5.2 Ergebnisse der Clusteranalyse	132
10.5.3 Ergebnisse der Korrelationsanalysen	135
10.6 Beurteilung der Ergebnisse	137

Kapitel 11

11. Interpersonale Probleme als Basis zur Subgruppenbildung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	140
11.1 Theoretischer Hintergrund	140
11.2 Forschungsstand	141
11.3 Fragestellungen und Hypothesen	141
11.4 Methoden	142
11.4.1 Patienten und Stichprobe	142
11.4.2 Prozedur	142
11.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente	142
11.4.4 Statistische Auswertung	142
11.5 Ergebnisse	143
11.5.1 Beschreibung der IIP-Cluster	143
11.5.2 Paarweise Vergleiche jeweils zweier Cluster anhand der Borderline-Kriterien	149
11.5.3 Beschreibung der Patientinnen je eines Cluster im Vergleich zur restlichen Stichprobe	153
11.6 Beurteilung der Ergebnisse	156

Kapitel 12

12. Weitere Subgruppen von Borderline-Patientinnen	159
12.1 Theoretischer Hintergrund	159
12.2 Forschungsstand	159
12.3 Fragestellung und Hypothesen	160
12.4 Methoden	161

12.4.1 Stichprobe und Patienten	161
12.4.2 Prozedur	162
12.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente	162
12.4.4 Statistische Auswertung	163
12.5 Darstellung der Ergebnisse	163
12.5.1 Stationäre vs. ambulante Patientinnen	164
12.5.2 Gruppenvergleiche anhand der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien	166
12.5.3 Vergleiche von Borderlinerinnen mit/ohne komorbide Persönlichkeitsstörung	170
12.5.4 Vergleich der Borderline-Patientinnen mit Sucht-/ Depressionspatienten	175
12.6 Zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse	181
Kapitel 13	
13. Diskussion	185
13.1 Formale Aspekte	185
13.1.1 Stichprobe	185
13.1.2 Instrumente	186
13.1.3 Prozedur	187
13.2 Inhaltliche Aspekte	188
13.2.1 Das Konzept der Borderline-Störung	188
13.2.2 Symptome der Borderline-Störung außerhalb der Kriterienebene	193
13.2.3 Interpersonale Probleme der Borderline-Patienten	194
13.2.4 Subgruppenbildung innerhalb der Borderline-Gruppe	197
Literaturverzeichnis	198
Tabellenverzeichnis	206
Abbildungsverzeichnis	209
Anhang A	
A 1. Kriterien der Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV)	211
A 2. SKID-II Fragebogen (DSM-IV)	216
A 3. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen	219
A 4. Beck-Depressions-Inventar	221
A 5. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme	224
A 6. Eating-Disorder-Inventory	227
A 7. Borderline-Persönlichkeitsinventar	229

A 8. Scham-/Schuldfragebogen	231
A 9. Freiburger Persönlichkeitsinventar	232
A 10. State-Trait-Angst-Inventar	235
A 11. State-Trait-Ärgerausdrucksinventar	236
A 12. Symptom-Checkliste von Derogatis	238

Anhang B

B 1. Ergebnisse der Faktorenanalyse in der Borderline-Gruppe	241
B 2. Faktorenanalyse der emotionsbezogenen Variablen des Fragebogenpakets	241
B 3. Faktorenanalyse der Variablen der SCL-90-R	241
B 4. Regressionsanalyse. Vorhersage klinischer Merkmale anhand der Borderline-Kriterien	242
B 5. Faktorenanalyse der wesentlichsten Variablen aus dem Fragebogenpaket	243

Zusammenfassung

In der vorliegenden Dissertation werden sechs Datenanalysen und -auswertungen vorgestellt, die sich thematisch mit der Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung auseinandersetzen. Ziel der Arbeit ist es, das Wesen und die Struktur der Borderline-Störung besser zu verstehen und einige Veränderungsvorschläge für die Borderline-Diagnostik zu entwickeln. Im Hinblick auf die Borderline-Störung stellen die Datenanalysen die Grundlage einer differenzierteren Diagnostik und Therapieforschung zur Verfügung.

Die erste Analyse beinhaltet die Überprüfung der internen Struktur der Borderline-Störung. Eine dimensionale Ordnung der neun Borderline-Kriterien (DSM-IV; APA, 1994) wird mittels Faktorenanalyse erstellt und in eine Störungskonzeption eingebunden. In der zweiten Analyse wird die unterschiedliche diagnostische Effizienz der einzelnen Borderline-Kriterien ermittelt und diskutiert. Aufbauend auf die Resultate dieser Analysen werden Vorschläge zur Differenzierung der Kriterien entworfen. Die dritte Analyse widmet sich der Borderline-Symptomatik außerhalb der Kriterienebene des DSM-IV. Die dabei per Fragebögen erhobenen klinischen Merkmale werden mittels Faktoren- bzw. Korrelationsanalyse auf ihre Zusammenhänge und ihre Bedeutung für die Diagnostik der Borderline-Störung überprüft. Insbesondere die interpersonalen Probleme und emotionsbezogenen Symptome erhielten dabei einen hohen Stellenwert. Daher wurde der Schwerpunkt der beiden folgenden Analysen auf interpersonale Probleme der Borderline-Patienten gelegt. Die interne Struktur interpersonaler Probleme und deren Zusammenhänge zu klinischen Merkmalen wurden in ein neues Modell der Borderline-Störung integriert. Dieses Modell sieht vier Subgruppen der Borderline-Störung vor. Implikationen für die Therapie dieser Patientengruppen werden als Hypothesen formuliert. Die letzte Analyse dient der Abgrenzung der Borderline-Störung zu anderen psychiatrischen Störungen auf der Achse II des DSM-IV. Zudem werden weitere Subgruppen der Borderline-Störung in einigen klinischen Merkmalen miteinander verglichen. Die Ergebnisse belegen sowohl die erheblichen Unterschiede zwischen den Borderline-Patienten und Nicht-Borderline-Patienten in einer Vielzahl von Symptomen als auch die praxisrelevante Bedeutung von Subgruppen innerhalb der Borderline-Störung. Die Schlußfolgerungen für die Diagnostik und Therapie der Störung werden abschließend diskutiert.

Einleitung

„Psychologische Diagnostik ist das systematische Sammeln und Aufbereiten von Informationen mit dem Ziel, Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen zu begründen, zu kontrollieren und zu optimieren. Solche Entscheidungen und Handlungen basieren auf einem komplexen Informationsverarbeitungsprozeß. In diesem Prozeß wird auf Regeln, Anleitungen, Algorithmen usw. zurückgegriffen. Man gewinnt damit psychologisch relevante Charakteristika von Merkmalsträgern und integriert gegebene Daten zu einem Urteil (Diagnose, Prognose). Als Merkmalsträger gelten Einzelpersonen, Personengruppen, Institutionen, Situationen, Gegenstände etc.“ (Jäger & Petermann, 1995; S. 11).

Diagnostik und Differentialdiagnostik haben in vielen Lebensbereichen eine tragende, mitunter existentielle Bedeutung. Sie sind Grundlage von Entscheidungen, wie z.B. in der Medizin, wenn es um eine bestmögliche Behandlung, Operationsmethode oder Medikation geht. Eine effiziente und effektive Therapie oder Prävention basiert stets auf diagnostischem Wissen und Informationen. Eine der wesentlichen Aufgaben der klinisch-psychologischen Forschung ist die Erweiterung dieses Wissens im Bereich psychischer Störungen und Psychopathologien. Die zur Diagnostik eingesetzten Methoden werden mit Fortschreiten des Forschungsprozesses zunehmend genauer, aufwendiger und differenzierter.

Welche Aufgaben übernimmt die Diagnostik dabei speziell in der Diagnostik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen? Welche Werte werden ihr zugeschrieben und wo liegen ihre Grenzen? Wie objektiv, reliabel, valide und praktikabel sind die diagnostischen Vorgehensweisen, Methoden und Instrumente zur Diagnostik der Borderline-Störung? In welchen klinischen Merkmalen unterscheiden sich Borderline-Patienten¹ von Nicht-Borderlinern²? Existieren Subgruppen von Borderline-Patienten? In welchen Merkmalen unterscheiden sie sich? Welche Konsequenz ergibt sich daraus für die Diagnostik und die Therapie dieser Patienten?

Die vorliegende Dissertation liefert einen Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen. Eines ihrer wesentlichen Ziele ist es, die gängige Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Störung in ihrer Güte, Genauigkeit, Praktikabilität und Nützlichkeit zu beurteilen. Ein weiteres Ziel besteht in der Ausarbeitung und soweit möglich auch der Überprüfung korrektiver Vorschläge oder Erweiterungen der Diagnostik der Borderline-Störung. Weiterhin

¹ Mit Ausnahme rein weiblicher Stichproben wird in der folgenden Dissertation die männliche Form „Patient“ zur Beschreibung gemischter Stichproben/Gruppen verwendet.

² Gemeint sind Personen, die die Kriterien einer psychischen Störung nach DSM-IV erfüllen, jedoch nicht die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

soll die Dissertation dazu beitragen, ein besseres Verständnis und Einsicht in die Grundstrukturen der Störung zu erhalten.

Das Anfangskapitel gibt einen Überblick über das Konzept der Persönlichkeitsstörungen. Der Schwerpunkt wird dabei auf der Konzeption der Persönlichkeitsstörungen des Diagnostisch Statistischen Manuals Psychischer Störungen³ (DSM-IV; APA, 1994) liegen. Als Erweiterungen werden zudem die Konzeption von Fiedler (2000) und die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen nach dem ICD 10 (WHO, 1992) vorgestellt. Das Kapitel dient als Einführung in das Themengebiet der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.

Im zweiten Kapitel der Dissertation wird auf das Konzept der Borderline-Störung eingegangen. Die Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung werden gemäß ihrer Definition im DSM-IV dargestellt und erläutert. Jedes der neun Kriterien der Borderline-Störung wird in seinen wesentlichen Facetten und klinischen Merkmalen ausführlich beschrieben. Das zweite Kapitel dient somit der Einführung in das Themengebiet der Borderline-Störung und ihrer Definition in der psychologisch-psychiatrischen Praxis.

Ein nächstes Kapitel ist historischen Aspekten gewidmet. Es stellt einen Überblick über die divergierenden Definitionen und Auffassungen von „Borderline“ ab der Zeit der Begriffsverwendung von Stern (1938) bis heute dar. Darüber hinaus werden Erklärungs- und Definitionsansätze vorgestellt, die für die Borderline-Störung gebräuchlich waren bzw. sind. Die Absicht dieses Kapitels besteht darin, durch die Vermittlung eines historischen Rahmens zu verdeutlichen, daß „Borderline“ als nosologische bzw. deskriptive Einheit ein relativ junges und durchaus umstrittenes Konzept ist. Der Bedeutungswandel, den es trotz seiner kurzen Geschichte erfahren hat, ist enorm. Dies erschwert die Verständigung über diese Störung erheblich. Umso wichtiger sind Studien, die basierend auf etablierten Klassifikationssystemen, wie z.B. dem DSM-IV, Beiträge zu einer diagnostischen Abgrenzung des Phänomens liefern.

Das vierte Kapitel ergänzt und erweitert die Einführung der ersten drei Kapitel. Es befaßt sich mit Prävalenzen und Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Differentialdiagnostische Gesichtspunkte zur Abgrenzung der Borderline-Störung von

³ Nachfolgend wird die Abkürzung der Klassifikationssysteme und diagnostischen Verfahren z.B. DSM-IV, DSM-III R oder ICD 10, verwendet. Literaturangaben zur Einleitung: siehe Literaturverzeichnis des Kapitels 1.

anderen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV werden in diesem Kapitel als weiterer Aspekt aufgegriffen.

Im fünften Kapitel werden gezielt Kriterien der Persönlichkeitsstörungen aufgezeigt, die differentialdiagnostisch zur Abgrenzung der Borderline-Störung von anderen Persönlichkeitsstörungen relevant sind. Das Kapitel kann als Grundlage des diagnostischen Interviews zur Diagnostik der Borderline-Störung herangezogen werden. Zudem zeigt es auf, wie wichtig eine genaue und differenzierte Diagnostik in diesem Bereich ist, um zu einer validen Diagnosenstellung zu gelangen.

Das sechste Kapitel beschreibt einige diagnostische Instrumente zur Borderline-Diagnostik. Darüber hinaus werden die diagnostischen Verfahren erläutert, die in der Dissertation verwendet wurden. Für jedes der insgesamt elf Verfahren wird eine Kurzbeschreibung der Variablen und Skalen gegeben. Zudem werden die Verfahren im Hinblick auf ihre Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität beurteilt. Das Kapitel dient als Überleitung in den nachfolgenden experimentellen Teil der Dissertation.

In den folgenden Kapiteln sieben bis elf werden Studien vorgestellt, die im Rahmen der Dissertation durchgeführt wurden. Jede Studie wird in ihrem Aufbau, Methoden, Prozedur und Ergebnissen dargestellt. Einführend wird zu jeder der zugrundeliegenden Forschungsfragen ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben. Die Ergebnisse werden zusammenfassend pro Studie diskutiert.

Ist die Borderline-Störung als unidimensionales oder mehrdimensionales Konzept zu verstehen? Im Falle des mehrdimensionalen Modells: Welche Borderline-Kriterien bilden gemeinsame Faktoren? Welche Schlußfolgerungen ließen sich dann für die Therapie und Diagnostik der Borderline-Störung ziehen? Und auf der anderen Seite: Welche Bedeutung hätte es, wenn die Daten ein eindimensionales Konzept bestätigen, so wie es im DSM-IV impliziert ist? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das siebte Kapitel. Mittels Faktorenanalyse wird untersucht, welche interne Struktur die Borderline-Kriterien verbindet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage zu möglichen Veränderungen der diagnostischen Entscheidungsregeln und dem besseren Verständnis der Grundstruktur der Borderline-Störung.

Welches der neun Borderline-Kriterien ist für die Diagnosenstellung besonders relevant? Sind einige der Kriterien weniger effizient als andere? Welche Schlüsse werden dann für die

Diagnostik der Störung gezogen? Dies sind die Fragen, die im achten Kapitel untersucht werden. Für jedes der neun Borderline-Kriterien werden Maße der diagnostischen Effizienz berechnet und miteinander verglichen. Ebenso werden Maße der Interrater-Reliabilität ermittelt, um Hinweise zu denkbaren Verbesserungen einzelner Kriterienformulierungen zu erhalten.

Welche allgemeinen klinisch-psychologischen Merkmale sind für die Borderline-Störung kennzeichnend? Lässt sich eine interne Faktorenstruktur dieser Merkmale feststellen? Bestehen Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren und den Borderline-Kriterien? Welche Bedeutung hätte dies für die Diagnostik und Therapie dieser Störung? Welche Rolle spielen dabei Variablen zu interpersonalen Problemen und Variablen zu Emotionen wie Ärger, Angst, Scham, Schuld und Trauer? Mit diesem Thema beschäftigt sich das neunte Kapitel. Da die Borderline-Störung als eine Störung der Gefühlsregulation angesehen wird, sind diese Variablen von großem Interesse für das Verständnis und die Therapie der Störung.

Aufbauend auf den Resultaten des neunten Kapitels ist das zehnte Kapitel den interpersonalen Problemen von Borderline-Patientinnen gewidmet. Auch hier wird nach einer internen Faktorenstruktur der Variablen gesucht. Zusammenhänge zwischen den Faktoren und klinisch-psychologischen Merkmalen und den Borderline-Kriterien werden exploriert. Insbesondere emotionsbezogene Variablen und Skalen werden dabei berücksichtigt. Implikationen für die Therapie der Borderline-Störung werden hypothetisch abgeleitet. Eine Arbeitshypothese über Subgruppen der Borderline-Störung anhand der Skalen zu interpersonalen Problemen wird skizziert.

Eine Ausarbeitung dieser Skizze erfolgt in Kapitel elf. Themenschwerpunkt dieses Kapitels ist die Untersuchung und Differenzierung dieser Subgruppen innerhalb der Borderlinestörung. Grundlage der Einteilung der Subgruppen sind die Beziehungsstile und interpersonalen Verhaltensmuster der Borderline-Patientinnen. Mittels Faktorenanalyse werden die Variablen interpersonaler Probleme auf ihre interne Struktur untersucht. Darüber hinaus wird anhand einer Clusteranalyse eine Einteilung von Patientinnengruppen vorgenommen und in ihrer Güte überprüft. Zusammenhänge zwischen den Clustern und allgemeinen klinisch-psychologischen Merkmalen werden mit Hilfe von Korrelationsanalysen ermittelt. Schwerpunkt des elften Kapitels ist somit die Ausarbeitung der Gruppeneinteilung der Patienten anhand ihrer interpersonalen Problemmuster. Die im zehnten Kapitel ermittelten

Cluster werden detailliert beschrieben und miteinander verglichen. Dabei wird sowohl auf allgemeine klinisch-psychologische Merkmale als auch auf die Kriterien der Borderline-Störung und die Kriterien der anderen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV Bezug genommen. Anhand der Datenauswertung werden abschließend hypothetisch für die einzelnen Cluster Therapiebausteine ausgewählt, die für die jeweilige Behandlung im Vordergrund stehen sollten.

Im zwölften Kapitel werden drei weitere Möglichkeiten, Subgruppen von Borderline-Patientinnen zu bilden, auf ihre Effizienz in der Diagnostik und Therapie der Borderline-Störung überprüft. Die Gruppeneinteilung wird anhand der Kriterien Setting der Behandlung, Komorbidität und Anzahl erfüllter Borderline-Kriterien vorgenommen. Ein weiterer Vergleich wird zwischen Borderlinerinnen und depressiven bzw. süchtigen Patienten erhoben. Das Kapitel zwölf stellt sowohl einen Beitrag zur Grundlagenforschung als auch zur Ausarbeitung therapierelevanter Strategien dar.

Das dreizehnte Kapitel beinhaltet eine abschließende Diskussion der vorgestellten Studien und Ergebnisse. Dies umfaßt sowohl eine kritische Darstellung der gewählten statistischen Methoden, der Wahl des Studiendesigns, der Stichprobenszusammensetzung, der diagnostischen Instrumente etc. als auch eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Resultaten. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Einzelstudien aufeinander bezogen und miteinander verknüpft. Ihre denkbaren Implikationen für zukünftige Forschungsarbeiten, die Diagnostik und Therapie der Borderline-Störung werden als Hypothesen dargestellt.

1. Das Konzept der Persönlichkeitsstörung

Im folgenden Kapitel werden drei verschiedene Konzepte der Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Im ersten Abschnitt wird auf die Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach dem DSM-IV (APA, 1994) eingegangen. Im zweiten Abschnitt wird die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen nach dem ICD-10 (WHO, 1992) dargestellt. Der dritte Abschnitt nimmt Bezug auf das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstörungen von Fiedler (2000).

1.1 Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen nach dem DSM-IV

Die Definition von Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (S.711; APA, 1994) lautet:

„Persönlichkeitsstörungen sind überdauernde Muster von innerem Erleben und Verhalten, die von den gesellschaftlichen Normen und Erwartungen im erheblichen Maße abweichen, tiefgreifend und unflexibel sind. Sie beginnen in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter und sind im zeitlichen Verlauf stabil. Persönlichkeitsstörungen führen zu subjektivem Leid und/oder Beeinträchtigungen im sozialen Leben der betroffenen Personen.“

Im Gegensatz zu Persönlichkeitszügen, die als überdauernde Muster der Wahrnehmung, der Beziehungsgestaltung sowie des Denkens über die Umwelt und sich selbst definiert sind, müssen zur Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im DSM-IV folgende Kriterien erfüllt sein:

Kriterium A: Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

1. Kognition (also die Art, sich selbst und andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
2. Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
4. Impulskontrolle.

Kriterium B: Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

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

Kriterium D: Das Muster ist stabil und langandauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

Kriterium E: Das überdauernde Muster läßt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

Kriterium F: Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. Hirnschädigung) zurück.

Im DSM-IV werden insgesamt zehn spezifische Persönlichkeitsstörungen beschrieben, die in drei Cluster unterteilt werden.

Cluster A (sonderbar-exzentrisch): Zu diesem Cluster gehören die Paranoide Persönlichkeitsstörung, die Schizotypische Persönlichkeitsstörung und die Schizoide Persönlichkeitsstörung.

Cluster B (dramatisch-emotional): Hierzu gehören die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Histrionische Persönlichkeitsstörung und die Narzißtische Persönlichkeitsstörung.

Cluster C (ängstlich-furchtsam): In diesen Cluster werden die Dependente Persönlichkeitsstörung, die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung und die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung eingeordnet.

Entsprechend dem Prototypenansatz des DSM-IV sind für jede der spezifischen Persönlichkeitsstörungen bestimmte Kriterien definiert worden, von denen eine Mindestanzahl erfüllt sein muß, damit die Diagnose der jeweiligen Persönlichkeitsstörung vergeben werden kann (siehe Anhang A). Keines der Kriterien ist dabei zur Vergabe der Diagnose notwendig und keines ist für sich allein genommen hinreichend, um die Diagnosenstellung zu begründen.

Je mehr Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, desto ähnlicher wird die Symptomatik der betroffenen Person dem im DSM-IV definierten Prototyp der jeweiligen Persönlichkeitsstörung. Im folgenden Absatz werden die zehn spezifischen Persönlichkeitsstörungen sowie die Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung kurz umschrieben.

1. **Paranoide Persönlichkeitsstörung:** Bei der Paranoiden Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von Mißtrauen und Argwohn, und zwar in dem Sinne, daß die Motive anderer als böswillig ausgelegt werden.

2. **Schizoide Persönlichkeitsstörung:** Bei dieser Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von Distanziertheit in sozialen Beziehungen und von eingeschränkter Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten.
3. **Schizotypische Persönlichkeitsstörung:** Bei der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von starkem Unbehagen in nahen Beziehungen, von Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung und von Eigentümlichkeiten des Verhaltens.
4. **Antisoziale Persönlichkeitsstörung:** Bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von Mißachtung und Verletzung der Rechte anderer.
5. **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität.
6. **Histrionische Persönlichkeitsstörung:** Bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster übermäßiger Emotionalität und von Heischen nach Aufmerksamkeit.
7. **Narzißtische Persönlichkeitsstörung:** Bei der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von Großartigkeitsgefühlen, einem Bedürfnis nach Bewundertwerden sowie mangelnder Empathie.
8. **Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:** Bei der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von sozialer Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung.
9. **Dependente Persönlichkeitsstörung:** Bei der Dependenden Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von unterwürfigem und anklammerndem Verhalten, das in Beziehung zu einem übermäßigen Bedürfnis nach Umsorgtwerden steht.
10. **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung:** Bei der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung findet sich ein Muster von ständiger Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus und Kontrolle.
11. **Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung:** Die Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung ist für zwei Situationen vorgesehen:
 - Das gegebene Persönlichkeitsmuster erfüllt die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung und weist Persönlichkeitszüge verschiedener Formen auf, die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung sind jedoch nicht erfüllt.
 - Das gegebene Persönlichkeitsmuster erfüllt die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, die in Frage kommende spezifische Form ist jedoch nicht in die Klassifikation aufgenommen.

Neben den hier angeführten zehn spezifischen Persönlichkeitsstörungen werden im DSM-IV zwei weitere Persönlichkeitsstörungen angeführt, die lediglich als Forschungskonzepte dienen. Es handelt sich hierbei um die Depressive Persönlichkeitsstörung und die Negativistische Persönlichkeitsstörung. Auch zu diesen Störungen wurden prototypische Merkmale in Form von Kriterien festgehalten. Ihre typischen Verhaltensmuster lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. **Depressive Persönlichkeitsstörung:** Kennzeichnend für diese Persönlichkeitsstörung sind Merkmale wie Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, übermäßige Selbstabwertung, Pessimismus etc. Im Grunde sind es Merkmale der Depressiven Störung bzw. Dysthymie (Achse I). Entscheidend für die Diagnosenstellung ist also das Zeitkriterium und die allgemeinen Definitionsvoraussetzungen (siehe oben) der Persönlichkeitsstörung.
2. **Negativistische Persönlichkeitsstörung:** Personen, die diese Persönlichkeitsstörung aufweisen, zeichnen sich durch eine abwertende Grundhaltung insbesondere gegenüber ihrer Umwelt aus. Sie verhalten sich passiv-aggressiv und fühlen sich meist von ihren Mitmenschen zu wenig beachtet.

Im Rahmen der Diagnostik von Persönlichkeitsstörung ist ebenfalls die **Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter** zu beachten. Die Kriterien dieser Störung beziehen sich überwiegend auf aggressive, gewalttätige und kriminelle Handlungen im Alter unter 15 Jahren. So wird beispielsweise nach Diebstählen, Schlägereien, Erpressung, Einbrüchen, Vandalismus u.ä. gefragt.

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV wird mit Hilfe eines Fragebogens und anschließenden Interviews durchgeführt. Der Fragebogen und das Interview, SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV; Wittchen et al., 1997), sind an die Kriterien des DSM-IV angelehnt. Eine genaue Beschreibung des Verfahrens erfolgt im Kapitel 6 der vorliegenden Dissertation.

1.2 Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen nach dem ICD 10

Das ICD 10 ist dem DSM-IV hinsichtlich der Definition und Einteilung der Persönlichkeitsstörungen relativ ähnlich. Im ICD 10 werden ebenso wie im DSM-IV keine Angaben zur Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen gemacht. Mehrfachdiagnosen sind

möglich, wobei im Gegensatz zum DSM-IV keine (explizite) multiaxiale Einteilung der Störungen vorgegeben ist. Die Konzeption von Persönlichkeitsstörung nach ICD 10 umfaßt folgende Aspekte:

1. Lang anhaltende und tief verwurzelte Verhaltensmuster, die sich auf den individuellen Lebensstil, das Erleben der eigenen Person und das Verhältnis zu anderen auswirken.
2. Das Verhaltensmuster führt zu starren und unangepaßten Reaktionen in verschiedenen persönlichen und sozialen Lebenssituationen.
3. Deutliche Unausgeglichenheit in Einstellungen und Verhalten in mehreren Funktionsbereichen, wie z.B. Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken, Beziehung zu anderen.
4. Gleichförmiges, andauerndes, nicht auf Episoden psychischer Krankheit begrenztes Verhaltensmuster.
5. Beginn der Störung in Kindheit und Jugend, andauernde Manifestation im Erwachsenenalter.
6. Deutliches subjektives Leiden und/oder deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit .
7. Die Störung ist nicht auf ausgeprägte Hirnschädigungen, Hirnerkrankungen oder andere psychische Störungen zurückzuführen.

Unterschieden werden folgende spezifische Persönlichkeitsstörungen, deren Umschreibung denen des DSM-IV in weiten Zügen entsprechen: 1. Paranoide Persönlichkeitsstörung, 2. Schizoide Persönlichkeitsstörung, 3. Dissoziale Persönlichkeitsstörung (entspricht weitgehend der Antisozialen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV), 4. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (entspricht weitgehend der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV), 5. Histrionische Persönlichkeitsstörung, 6. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung, 7. Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung, 8. Abhängige Persönlichkeitsstörung und 9. Sonstige Spezifische Persönlichkeitsstörungen (genannt werden beispielhaft die Narzißtische und die Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, wobei letztere nicht im DSM-IV zu finden ist). Ein deutlicher Unterschied zwischen DSM-IV und ICD 10 existiert bzgl. der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung, die im ICD 10 nicht unter die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen eingeordnet wird. Nach ICD 10 ist diese Störung unter der Kategorie „Schizophrenie, Schizotype und Wahnhafte Störungen“ angeführt.

Im Hinblick auf die Borderline-Störung ist zu erwähnen, daß das ICD 10 eine Einteilung der Emotional Instabilen Persönlichkeit in zwei Typen vorsieht. Zum einen den Impulsiven Typus

und zu anderen den Borderline-Typus. Die Kriterien der Emotional Instabilen Persönlichkeit des Borderlin-Typus im ICD 10 sind inhaltlich nahezu identisch mit den Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung des DSM-IV. Die Operationalisierung im ICD 10 ist insofern weniger ausführlich und konkret, als sie weniger verhaltensnahe Umsetzungen der Kriterien, spezifische Vorgaben oder Einschränkungen vorgibt als das DSM-IV.

1.3 Das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstörungen von Fiedler

Fiedler (2000) übernimmt in seinem Modell als ersten Schritt die Klassifikation der Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (APA, 1994) bzw. ICD 10 (WHO, 1992). In einem zweiten Schritt ordnet er die spezifischen Persönlichkeitsstörungen in ein dimensionales System ein. Die Einordnung der Persönlichkeitsstörungen in das dimensionalen System bzw. Modell wird im nachfolgender Abbildung skizziert.

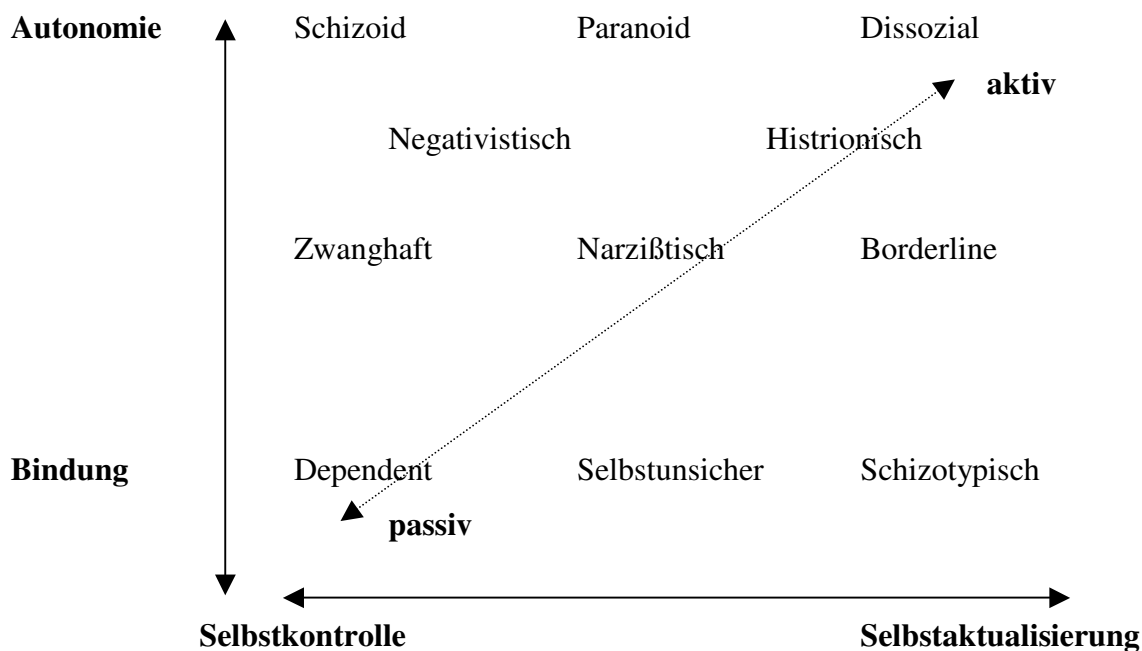


Abbildung 1.1: Zuordnung der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV in ein dreidimensionales Modell (Fiedler, 2000; S.137)

Fiedler verbindet in seinem Modell die kategoriale und die dimensionale Perspektive derart, daß sowohl im Hinblick auf das Verstehen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen als auch für deren Therapie bedeutsame Schlußfolgerungen gezogen werden können. Er betont dabei explizit das Kontinuum zwischen Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung. Die Dimensionen des Modells (siehe Abbildung 1.1) sind: Aktivität vs. Passivität, Autonomie vs. Bindung (mit den Polen widerständig/dominant vs. unterwürfig/nachgiebig) und

Selbstkontrolle vs. Selbstaktualisierung (mit den Polen normorientiert/rigide vs. stimmungsabhängig/labil/unkontrolliert).

Zwischen den Extrempunkten der jeweiligen Dimensionen besteht ein innerpsychischer Konflikt. Jede Person bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Autonomie und Bindung sowie zwischen Selbstkontrolle und Selbstaktualisierung. Dabei wird ihr auf jeder Dimension ein bestimmter Wert zugeordnet. Dieser Wert symbolisiert die Intensität bzw. Ausprägung, mit der die betreffende Person aktiv vs. passiv, autonom vs. gebunden bzw. selbstkontrollierend vs. selbstaktualisierend ist. Sie kann somit als Punkt mit drei Koordinatenwerten in diesem dimensionalen Raum abgebildet werden.

Gleichermaßen kann jeder der spezifischen Persönlichkeitsstörungen auf den drei Dimensionen ein Wert zugeordnet werden, da sie spezifische, überdauernde, unflexible und situationsübergreifende Verhaltensmuster von Personengruppen darstellen. Somit erhält auch jede Persönlichkeitsstörung einen Wert bzgl. Aktivität vs. Passivität, Autonomie vs. Bindung und Selbstkontrolle vs. Selbstaktualisierung. Graphisch läßt sich dies gleichfalls in einem dreidimensionalen Raum veranschaulichen. Diejenigen Persönlichkeitsstörungen, die hohe Ähnlichkeit zueinander aufweisen, liegen räumlich nahe beieinander. Durch das Modell wird somit deutlich, auf welcher Dimension sich die spezifischen Persönlichkeitsstörungen ähneln bzw. voneinander unterscheiden. Dies wird in Bezug zu hohen bzw. niedrigen Komorbiditätsraten der Störungen untereinander gesetzt.

Wie aus der Abbildung 1.1 ersichtlich sind die jeweiligen Persönlichkeitsstörungen anhand der drei Dimensionen räumlich und inhaltlich voneinander abgrenzbar. Gleichzeitig wird deutlich, welche Therapieziele im Hinblick auf die einzelnen Persönlichkeitsstörungen formuliert werden können. Diese werden symbolisiert durch räumliche Veränderungen: weg von den Extremausprägungen einer Dimension bzw. hin zu ausbalancierten Verhaltensmustern, d.h. zu einem mittleren Wert auf den Dimensionen. Für die Persönlichkeitsstörungen, die bereits eine mittlere Position in dem Modell einnehmen, wie z.B. die Narzißtische Persönlichkeitsstörung, sieht Fiedler eine räumliche Veränderung im Sinne einer allseitigen Ausdehnung vor. Dies entspricht dem therapeutischen Grundkonzept des „Psychosozialen Konfliktmanagements“ als vorrangiges Therapieziel. Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht das vorrangige Therapieziel (laut Fiedler, 2000) in einem Aufbau von Selbstkontrolle und Selbstvertrauen. Konkret soll eine strukturelle Stabilisierung und Differenzierung im Bereich interaktionaler Stile erreicht werden.

Insgesamt erscheint diese Einordnung und Systematik der Persönlichkeitsstörungen insbesondere für die Ableitung von Therapiezielen und Behandlungsstrategien sinnvoll und gewinnbringend. Welcher Auffassung, ob kategorial oder dimensional, der Vorzug zu geben ist und wie die kategorialen Bezüge in Zusammenhang mit den dimensional Modellen zu bringen sind, ist Gegenstand der aktuellen Forschung.

Für die vorliegende Arbeit wurde das DSM-IV ausgewählt. Es stellt die Merkmale der Borderline-Störung im Vergleich zu anderen Klassifikationssystemen oder -modellen umfassend dar und gibt eine Entscheidungsstruktur zur Diagnosenstellung vor. Zudem ist es international mit das gängigste und allgemein akzeptierte Klassifikationssystem psychischer Störungen, so daß eine Vergleichbarkeit der Studienergebnisse mit anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema gewährleistet ist.

2. Beschreibung der Borderline-Kriterien

Im folgenden Kapitel werden die neun Kriterien der Borderline-Störung nach DSM-IV erläutert. Differentialdiagnostische Abgrenzungen und Komorbiditäten zwischen der Borderline-Störung und den anderen spezifischen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV werden in anschließenden Kapiteln verdeutlicht.

Um die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung nach den Vorgaben des DSM-IV (APA, 1994) vergeben zu können, müssen, neben den allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, mindestens fünf der folgenden neun Kriterien eindeutig erfüllt sein.

2.1 Kriterium 1

„Verzweifelt es Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.“
Suizidale Handlungen oder Selbstverletzungen (siehe Kriterium 5) werden hier nicht beachtet.

Viele der Borderline-Patienten⁴ erleben massive Ängste, verlassen zu werden. Sie versuchen daher, ein tatsächliches oder erwartetes Verlassenwerden zu vermeiden. Trennungen, Zurückweisungen oder Verluste können bedeutsame Veränderungen der Selbstwahrnehmung, der Affekte, der Kognitionen und/oder des Verhaltens dieser Patienten nach sich ziehen. Ihre Ängste vor dem Verlassenwerden sind übermäßig intensiv und oft unangemessen. Bereits in Situationen der vorübergehenden zeitlichen bzw. räumlichen Trennung oder unvermuteten Änderungen von Plänen können starke Ängste, aber auch Wut auftreten.

Verbunden mit der Vorstellung, verlassen zu werden, ist oft die Annahme, daß dies geschieht, weil man selbst „böse“, „sündig“ oder „schlecht“ ist. Die verzweifelten Versuche, das Verlassenwerden zu vermeiden, können impulsive (z.B. Konsum von Alkohol und/oder Drogen in schädlichen Mengen, Eßanfälle etc.), auto- und/oder fremdaggressive oder auch extrem unterwürfige Verhaltensweisen beinhalten. Im Gegensatz zur Dependenten Persönlichkeitsstörung können neben der Angst demnach auch Gefühle wie Ärger, Wut, innere Leere etc. im Vordergrund stehen. Aus Angst und Verzweiflung, verlassen zu werden, bedrängen oder bedrohen viele Borderline-Patienten ihre Partner, um die Beziehung aufrechtzuerhalten.

⁴ Die männliche Form der Personenbezeichnung (Patient, Partner etc.) ist als allg. Beschreibung dieser Personengruppe zu verstehen und umfaßt beide Geschlechter.

Borderline-Patienten haben oft nicht gelernt, sich auf ihre Gefühle verlassen zu können. Häufig sind sie in einer invalidierenden Umgebung aufgewachsen, in der ihre Gefühle als „falsch“ verurteilt wurden oder das Ausleben von Gefühlen bestraft wurde. So haben viele der Patienten nicht gelernt, ihren Gefühle zu trauen und nach ihnen zu handeln. Sie schwanken zwischen den Extremen, Gefühle unterdrücken zu wollen oder in Gefühlsausbrüchen auf die Berechtigung und „Richtigkeit“ ihrer Gefühle zu bestehen. Die Verunsicherung und das Mißtrauen den eigenen Gefühlen gegenüber führt dazu, daß sie sich oft an wichtigen Bezugspersonen orientieren. Diese sind im Empfinden vieler Borderline-Patienten für ihre emotionale Sicherheit und Orientierung von existentieller Bedeutung. Die Vorstellung, verlassen zu werden, löst daher eine enorme Angst aus. Eine Trennung muß aus der Sicht der Patienten auch unter höchster Anstrengung verhindert werden.

2.2 Kriterium 2

„Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist“.

Borderline-Patienten neigen dazu, schnell intensive Beziehungen aufzubauen und den Beziehungspartner insbesondere am Beginn der Beziehung zu idealisieren. Sie fordern ein hohes Maß an Zeit, Aufmerksamkeit und Fürsorge ein. Sie selbst investieren ebenfalls viel in eine Beziehung, allerdings mit der Erwartung, daß Gleiches vom Partner zurückkommt, er ständig für sie da ist und Verständnis zeigt. Die Idealisierung des Beziehungspartners bzw. die Aufwertung der Beziehung kann abrupt ins Gegenteil umschlagen und in eine Entwertung der Beziehung bzw. Abwertung des Partners münden. Oftmals geschieht dies, wenn sich der Patient nicht genügend beachtet oder umsorgt fühlt und nicht in dem Maß die Aufmerksamkeit und das Verständnis des Partners erhält, wie er es sich wünscht. Andere „Auslöser“ für solche plötzliche Wechsel sind Situationen, in denen Borderline-Patienten glauben, verlassen zu werden. Kleinste Zurückweisungen werden leicht als Enttäuschung erlebt, was zur Abwertung des Partners führen kann. Beispielsweise kann das verspätete Erscheinen zu einer Verabredung als massive Ablehnung interpretiert werden. Die Bewertung der Beziehung schlägt dann ins extrem Negative um.

Eine Synthese zwischen diesen beiden Extremen gelingt Borderline-Patienten nicht. Eigene und fremde Persönlichkeitsanteile werden in „gut“ und „böse“ gespalten. Dieses „Schwarz-Weiß Denken“ führt in zwischenmenschlichen Beziehungen immer wieder zu Konflikten und

auf die Dauer zu einem generellen Mißtrauen anderen gegenüber. Typisch für Borderline-Patienten ist es zudem, intolerant gegenüber Trennungen zu sein (siehe auch Kriterium 1) und gleichzeitig Angst vor Intimität zu haben. Der Wunsch nach Nähe und Geborgenheit steht im Konflikt mit der Befürchtung, vollkommen vereinnahmt zu werden. So entsteht ein ständiger Wechsel zwischen nächesuchendem aufwertenden und distanzierendem abwertenden Verhalten.

2.3 Kriterium 3

„Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.“

Im Selbstbild vieler Borderline-Patienten finden plötzliche, erhebliche Wechsel statt. Diese können in Form von Veränderungen in beruflichen oder privaten Zielsetzungen und Werthaltungen, religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen, der sexuellen Orientierung und/oder Art bzw. Auswahl von Freunden zum Ausdruck kommen. So haben z.B. viele Borderline-Patienten verschiedene Ausbildungen begonnen und wieder abgebrochen, nicht selten sogar kurz vor einem möglichen Abschluß der Ausbildung. Die Selbstwahrnehmung kann von einem positiven, kompetenten, lebenswerten Selbstbild plötzlich in ein negatives, inkompetentes und verachtenswertes Selbstbild umschlagen. Mal erleben sich die Betroffenen selbstsicher, mal ausgesprochen hilfsbedürftig. Oft nehmen sich die Betroffenen als „sündig“ oder „böse“ wahr, manchmal haben sie das Gefühl, überhaupt nicht zu existieren. Dies wird durch subjektiv empfundene Vernachlässigung einer wichtigen Bezugsperson, den Verlust oder das Fehlen einer stabilen Beziehung oder sehr unstrukturierte Lebensbedingungen untermauert. Borderline-Patienten fehlt demnach das Gefühl und die Gewißheit, mit sich selbst übereinzustimmen. In ihrem Selbstbild sind sie so, wie sie in einem bestimmten Augenblick denken und fühlen.

Die Schwankungen und plötzlichen Wechsel in der Selbstwahrnehmung stehen (wie oben bereits beschrieben) häufig in engem Zusammenhang mit dem invalidierenden Umfeld, in dem die Betroffenen aufgewachsen sind. Der Ausdruck von Gefühlen wurde von engen Bezugspersonen bestraft, nicht beachtet oder in sehr sprunghafter, unterschiedlicher Art und Weise gehandhabt. Um überhaupt bemerkt zu werden oder um eigenen Gefühlen Berechtigung zu verleihen, bringen Borderliner ihre Gefühle (wenn überhaupt) in sehr intensiver Form zum Ausdruck, z.B. in Form von Wutausbrüchen. Damit stoßen sie in der

Regel auf Widerstand oder Unverständnis. Die tiefe Verunsicherung im Hinblick auf Gefühle nimmt dadurch zu und trägt wesentlich zur Entwicklung der Identitätsstörung bei. Gleiches gilt für invalidierende Erfahrungen, wie z.B. Mißbrauch und Gewalt in der Familie. Auch sie können die Entwicklung eines stabilen Selbstbildes verhindern. Ca. 70% der Borderline-Patienten berichten über derartige Erlebnisse in der Kindheit und Jugend.

2.4 Kriterium 4

„*Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen* (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren, Freßanfälle).“ Es werden bei diesem Kriterium keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

Unter Impulsivität wird (z.B. Herpertz & Saß, 1997) eine Resultante aus spezifischen Eigenschaften des Antriebsbereiches und der Hemmungs- und Kontrollfunktion verstanden. Die Autoren gehen davon aus, daß Borderline-Patienten keinen hinreichenden Zugriff auf die notwendigen Kontrollfunktionen haben, um sich von aufkommenden Affekten zu distanzieren. Zudem wird eine biologisch bedingte emotionale Sensibilität und Vulnerabilität angenommen, die impulsive Handlungen begünstigt.

Der impulsiven Handlung selbst wird eine spannungslösende Funktion zugeschrieben. Die aus Konflikten, heftigen Emotionen oder unangenehmen Situationen etc. resultierende Spannung führt bei einem Teil der Patienten zu einer sofortigen Handlung, d.h. der Handlungsimpuls mündet ohne vorherigen Versuch des Zurückhaltens in die Handlung. Bei einem anderen Teil der Patienten liegt ein gewisser Zeitraum (im Durchschnitt zwischen Minuten und Stunden) zwischen dem Auslöser der emotionalen Spannung und der Handlung selbst. Der Versuch der Kontrolle und der Steuerung ist demnach gegeben, bricht aber nach einer gewissen Zeit bei ständig wachsender Anspannung zusammen.

In die Komponente des impulsiven Antriebs gehen nach Herpertz et al. folgende Merkmale ein: Handlungsantrieb, kognitives Tempo und affektive Reagibilität. Diese Merkmale sind im Falle einer vorhandenen Neigung zur Impulsivität (z.B. bei der Borderline-Störung) übermäßig stark ausgeprägt. In die Komponente der Impulskontrolle gehen zwei Faktoren ein: affektive Kontrollsysteme (Wahrnehmen, Diskriminieren, Regulieren von Gefühlen) und kognitive Kontrolle (z.B. kognitive Schemata und Selbstinstruktionen). Die affektive Reagibilität und die affektiven Kontrollsysteme sind im Falle der Borderline-Störung

vermutlich aufgrund frühkindlicher Erfahrungen und biologisch-genetischer Faktoren gestört. Die Komorbiditäten zwischen der Borderline-Störung und Störungen, bei denen Impulskontrolle ein wesentlicher Faktor ist, wie z.B. Eßstörungen, Zwangsstörung, stoffgebundene Suchterkrankungen, Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter, Antisoziale Persönlichkeitsstörung etc., sind entsprechend hoch (siehe auch Kapitel 4).

2.5 Kriterium 5

„Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.“ Suizidversuche, die in einer depressiven Episode (gemäß DSM-IV; APA, 1994) auf Achse I unternommen wurden, werden hier nicht berücksichtigt.

Borderline-Patienten neigen zu wiederholten Suizidandrohungen, -versuchen oder Selbstverletzungen, wie z.B. schneiden, kratzen, brennen, ätzen, mit dem Kopf oder Fäusten gegen die Wand schlagen etc. Vollendete Suizide kommen bei 8 -10% der Betroffenen vor. 65 -70% der Patienten verletzen sich selbst. Oft gehen diesen Handlungen belastende Ereignisse, wie z.B. Trennung, Streit, Mißerfolg, Mißachtung oder Zurückweisung, voraus. Selbstverletzungen können aber auch im Rahmen von dissoziativen Erlebnissen auftreten. Manche Patienten berichten, die Dissoziation beenden zu können, indem sie sich selbst verletzen.

Die Motive hinter Selbstverletzungen sind vielfältig. Oft genannt werden Motive und Funktionen wie Hilferuf, Spannungsabbau, Vermeiden des Erlebens von emotionalem Schmerz, Beenden von dissoziativen Zuständen, Selbstbestrafung oder Versuche, Kontrolle über sein Leben zu erlangen sowie Beeinflussung anderer Personen. Manche Patienten berichten auch von „Kicks“, die sie durch Selbstverletzungen hervorrufen können.

Die Differenzierung zwischen Selbstmordversuch und Selbstverletzung ist bei starken Selbstverletzungen mitunter schwierig. Deswegen wird an dieser Stelle kurz auf die Definitionen von Suizidversuch und Parasuizid bzw. Selbstverletzung (Linehan, 1996) eingegangen: Ein Suizidversuch ist eine nicht-habituelle Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, die von der betroffenen Person absichtlich begonnen und durchgeführt wird und die zu einer Selbstschädigung führt oder dies bei Nicht-Eingreifen von anderen tun würde. Parasuizid ist eine nicht-habituelle Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, die von der betroffenen Person absichtlich begonnen und durchgeführt wird in Erwartung eines nicht tödlichen Ausgangs. Sie führt zu einer Selbstschädigung oder würde dies bei Nicht-Eingreifen

anderer tun. Sie wird von der betroffenen Person als Mittel betrachtet, erwünschte Veränderungen des Bewußtseins und/oder der sozialen Bedingungen herbeizuführen. Borderline-Patienten unterscheiden sich, wie in Tabelle 2.1 (übernommen aus Linehan, 1996) dargestellt, von anderen Patientengruppen mit suizidalem oder parasuizidalem Verhalten in einigen Aspekten.

Tabelle 2.1

	Parasuizidales Verhalten von Borderline-Patienten	Parasuizidales Verhalten anderer Patientengruppen
Emotionale Fehlregulation	- Emotionale Instabilität - Schwierigkeiten bei der Steuerung von Wut	- Chronische aversive Affekte - Wut, Feindseligkeit, Reizbarkeit
Zwischenmenschliche Fehlregulation	- Instabile Beziehungen - Anstrengungen, um einen Verlust zu verhindern	- Konfliktreiche Beziehungen - Schwache soziale Netzwerke - Die größten Schwierigkeiten bestehen im zwischenmenschlichen Bereich - Passives zwischenmenschliches Problemlösen
Verhaltensbezogene Fehlregulation	- Suizidandrohungen, Parasuizid - Selbstschädigende, impulsive Verhaltensweisen, zu denen Alkohol- und Drogenmißbrauch zählen	- Suizidandrohungen, Parasuizid - Alkohol- und Drogenmißbrauch, Promiskuität
Kognitive Fehlregulation	- Kognitive Störungen, z.B. Derealisation und Depersonalisation	- Kognitive Rigidität, dichotomes Denken
Fehlregulation der Selbstidentität	- Instabiles Selbst, Selbstbild - Chronische Leere	- Niedriges Selbstwertgefühl

Tabelle 2.1: Gegenüberstellung und Differenzierung von parasuizidalem Verhalten von Borderline-Patienten und anderen Patientengruppen.

2.6 Kriterium 6

„*Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung*“ (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

Borderline-Patienten berichten häufig von starken, plötzlichen Stimmungsumbrüchen, die auch ohne erkennbaren Auslöser auftreten können. Für Außenstehende sind diese Umbrüche kaum oder nicht nachvollziehbar. Die Betroffenen versuchen häufig, ihre heftigen Stimmungswechsel zu verheimlichen oder die aufkommenden Gefühle zu unterdrücken, da sie sich von anderen Personen nicht verstanden fühlen und sich selbst als „anormal“ empfinden. Die Stimmungsumbrüche werden von den Patienten meist als starke Verunsicherung erlebt. Die eher dysphorische (depressiv, rastlos, unruhig, pessimistisch oder

zynisch etc.) Grundstimmung der Borderline-Patienten wird häufig von Wut, Angst oder Reizbarkeit unterbrochen, seltener durch Wohlempfinden oder Zufriedenheit.

Auch wenn der Auslöser dieser Stimmungsumbrüche für die Betroffenen nicht immer erkennbar ist, scheint es dennoch so zu sein, daß sie gehäuft als Reaktion auf zwischenmenschliche Konflikte oder Probleme vorkommen. Eine erhöhte affektive Reagibilität (u.a. auf biologisch-genetischem Hintergrund; z.B. Linehan, 1996) ist bislang nicht eindeutig belegt. Es existieren Studien, die zumindest gegen eine erhöhte affektive Reagibilität auf psychophysiologischer Ebene sprechen. So haben Herpertz et al. (1999) nachgewiesen, daß kein Unterschied in der affektiven Reaktionsweise auf die Präsentation streßauslösender Stimuli zwischen Borderline-Patienten und gesunden Probanden besteht. Ergebnisse anderer Studien, z.B. Herpertz et al. (1998), kommen zu der Vermutung, daß die affektive Instabilität der Borderline-Patienten am ehesten als Teil eines persönlichkeits-eigenen impulsiven Stils aufzufassen ist. Die Frage nach den zugrundeliegenden Mechanismen der affektiven Instabilität zu klären, wird Aufgabe zukünftiger Forschungsarbeiten sein. Festzuhalten ist, daß die affektive Instabilität zu einem erheblichen Leidensdruck der betroffenen Personen führt und einige der anderen Borderline-Kriterien verstärken kann.

2.7 Kriterium 7

„Chronisches Gefühl der inneren Leere.“

Borderline-Patienten versuchen, Gefühle zu unterdrücken, um sie nicht aushalten zu müssen. So entsteht auf Dauer der Eindruck, hohl, leer oder „entkernt“ zu sein. Oftmals erkennen Borderline-Patienten keinen Sinn in ihrem Leben oder dem, was sie tun. Dieses Gefühl der inneren Leere ähnelt den Gefühlsschilderungen depressiver Patienten. Diese erleben die innere Leere jedoch phasisch, d.h. es gibt immer wieder Momente, Tage, Wochen, in denen sich die betroffene Person nicht leer und ihr Leben ausgefüllt empfindet. Bei Borderline-Patienten ist das Gefühl der Leere chronisch, d.h. es „schwingt“ wie ein Unterton permanent mit. Das Gefühl der Leere kann auch als andauernde Langeweile auftreten, so daß einige Patienten ständig auf der Suche nach Neuem sind, um dieser Langeweile zu entgehen. Gleichzeitig ist dieses Empfinden innerer Leere von starker Angst begleitet, nicht normal zu sein oder Kontrolle zu verlieren, was den Leidensdruck der Patienten zusätzlich verstärkt.

2.8 Kriterium 8

„*Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren*“ (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

Die Schwierigkeiten von Borderline-Patienten, Wut zu kontrollieren, können sich in vielfältiger Art und Weise zeigen, z.B. an extremem Sarkasmus, anhaltender Verbitterung oder verbalen Ausbrüchen. Ebenfalls eingeschlossen ist fremdaggressives Verhalten, das nach dem Abklingen der Wut bereut wird und massive Schuldgefühle auslöst. Aber nicht nur *Wutausbrüche* sind charakteristisch für das achte Kriterium der Borderline-Störung. *Übermäßiges Wuterleben* mit starken Handlungsimpulsen oder Ohnmachtsgefühlen ist ebenfalls typisch. In beiden Fällen wird Wut bereits durch Kleinigkeiten ausgelöst, baut sich schnell auf, ist intensiv und hält (gemessen an der Schwere des Auslösers) lange an. Wut bricht insbesondere dann aus, wenn eine für den Patienten wichtige Person als vernachlässigend, verweigernd, nicht fürsorglich oder zurückweisend erlebt wird. Die auf die Wut folgenden Scham- und Schuldgefühle können zu dem Selbstbild, „schlecht“ und „sündig“ zu sein, beitragen und das Selbstbild weiter labilisieren (siehe Kriterium 3). Wutausbrüche kommen häufiger gegenüber engen Beziehungspartnern vor. Sie zielen bisweilen darauf ab, die Beziehung auf ihre Stabilität zu überprüfen, aber auch darauf, Distanz zu gewinnen. Wichtig ist für Borderline-Patienten die Gewißheit, sich jederzeit verteidigen zu können.

2.9 Kriterium 9

„*Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome*“ (zwei Beispiele ohne Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinwirkung).

Dissoziation ist ein psychophysiologischer Prozeß, dessen wesentliches Merkmal in einer Desintegration der normalerweise integrativen Funktion des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der Identität und Wahrnehmung der Umwelt besteht (DSM-IV; APA, 1994).

Das Konzept der Dissoziation ist historisch betrachtet eng mit dem Konzept der Hysterie verknüpft (Garcia, 1990). Von zentraler Bedeutung ist, daß bei dissoziativen Störungen die Fähigkeit zur bewußten Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die Aufmerksamkeit selektiert werden, gestört ist. Dabei kann diese Störung von Stunde zu

Stunde wechseln, chronisch oder phasisch verlaufen und sowohl plötzlich als auch schleichend auftreten. Im DSM-IV (APA, 1994) und vor allem im ICD10 (WHO, 1992) wird Dissoziation hauptsächlich auf kognitive und neurophysiologische Funktionen bezogen. Das DSM-IV orientiert sich darüber hinaus an phänomenologischen Aspekten auf der körperlichen Ebene. Emotionale Aspekte wurden von beiden Klassifikationssystemen bislang wenig berücksichtigt.

Unter starker Belastung und extremem emotionalen Druck können bei Borderline-Patienten reversible paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome, wie z.B. Depersonalisation oder Derealisation auftreten. Dissoziatives Erleben ist ausgesprochen vielfältig und schwer zu beschreiben, da Patienten sich nach der Dissoziation nicht mehr oder kaum an ihr Erleben während der Dissoziation erinnern können. Einige Patienten schildern Erfahrungen, wie z.B. „sich fühlen wie ein Roboter“, „unter Wasser sein“, „in einem Film sein“, „sich taub fühlen“, „aus dem Körper aussteigen“, „gelähmt oder erstarrt sein“. Die Symptome sind in der Regel von kurzer Dauer, d.h. Minuten bis Stunden. Im Gegensatz zum Erleben psychotischer Patienten ist bei Borderline-Patienten die Fähigkeit zur Realitätsprüfung erhalten. Die paranoiden oder dissoziativen Symptome treten nicht selten als Reaktion auf erwartetes oder tatsächliches Verlassenwerden auf, wobei die erwartete oder tatsächliche Rückkehr der Bezugsperson zur Reduktion der Symptome führen kann.

Manche Borderline-Patienten, die unter paranoiden und dissoziativen Symptomen leiden, berichten, daß die Grenzen zwischen Kontrolle und Nicht-Kontrolle über diese Erlebnisse fließend sind. Dissoziation wird so von einigen Patienten „genutzt“, um schwierige, mitunter traumatische Erfahrungen bzw. Erinnerungen an ein Trauma dadurch zu bewältigen, daß sie Teile des Bewußtseins ausblenden. Den Phänomenen liegt somit ein gewisser Abwehrcharakter zugrunde. Von einigen Autoren, die sich mit Dissoziation als klinischem Phänomen beschäftigen, wird dieser Abwehrcharakter der Dissoziation besonders hervorgehoben, wobei die Dissoziation gleichermaßen als Prozeß bzw. Folgezustand gewertet wird (Hoffmann & Hochapfel, 1995). Entgegen der weit verbreiteten Annahme sind es allerdings nicht ausschließlich die traumatisierten Patienten, die Dissoziationen und paranoide Vorstellungen erleben.

2.10 Zusammenfassung

Nachdem die oben angeführten Kriterien die Probleme, Schwierigkeiten, Defizite und ungünstigen Verhaltensmuster von Borderline-Patienten eindeutig und ausschließlich in den

Vordergrund stellen, soll im folgenden auf ihre Ressourcen hingewiesen werden, ohne dabei den Krankheitswert der Symptome oder das Leiden der Betroffenen in Frage zu stellen.

Borderline-Patienten sind in gewissem Maße Lebenskünstler. Sie haben oft gelernt, ihr Leben in gezielten Bereichen, z.B. Beruf, trotz ihrer emotionalen Verwundbarkeit, Impulsivität und hohen inneren Anspannung zu meistern. Sie sind in der Regel sozial integriert und verfügen über eine zwischenmenschliche Sensibilität und Einfühlungsvermögen. Sie sind in der Lage, sich flexibel an ihre Umgebung anzupassen und auf sie zu reagieren. Da sie sich aufgrund ihrer emotionalen Sensibilität in andere Personen hineinversetzen können, gelingt es ihnen, viele Sympathien zu gewinnen. Borderline-Patienten sind häufig kreative Persönlichkeiten, die spontan und begeisterungsfähig sind.

Abschließend zu den Symptomen und Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird die Schilderung einer Borderline-Patientin über das Leben und Erleben ihrer Symptomatik angefügt (entnommen aus: I. Sender, 2000; S. 9-10):

„Ich fühle mich oft hilf- und wehrlos meinem Schicksal gegenüber. Ich bin mit mir und meinem Leben unzufrieden. Immer wieder habe ich das Gefühl, etwas grundlegend ändern zu müssen. Manchmal entwickle ich sogar konkrete Vorstellungen, was anders sein müßte. In Gedanken beschäftige ich mich dann mit Träumen von einem anderen, besseren Leben. Ich schmiede auch konkrete Pläne für eine Veränderung. Aber um diese Pläne umzusetzen fehlt mir dann wieder die Kraft, der Wille, der Mut, die Entschlossenheit, die Ausdauer, die Hoffnung. Ich versinke daraufhin schnell in Depression oder Verzweiflung. Alles scheint sich gegen mich verschworen zu haben. Ich bin dem wehrlos ausgeliefert, ich kann nichts dagegen tun.

Aber auch dann, wenn ich endlich denke: Jetzt hast du es geschafft. Jetzt hast du alles unter Kontrolle und hast alles im Griff, reicht schon eine Kleinigkeit, und das gute, sichere Gefühl verschwindet und gleitet mir aus der Hand. Ich weiß nicht, was ich dagegen machen könnte. Ich stehe nur hilflos da, um mich herum Chaos und ich weiß nicht, wie ich da wieder Ordnung hineinbekommen soll. So stehe ich dann da, lasse alles über mich ergehen und kann mich nicht wehren. Nicht ich bestimme mein Leben, es wird von anderen, manchmal von grausamen Zufällen geleitet. Nicht ich bestimme mein Leben. Ich treibe in einem riesigen Fluß, der mich mit sich reißt, und ich benötige alle Kraft, um nicht darin zu ertrinken.“

3. Borderline-Störung: Konzepte, Kontroversen, Definitionen

Der Begriff der Borderline-Störung hat über die Jahre einen starken Bedeutungswandel erfahren. Bedauerlicherweise wird er auch heute noch nicht einheitlich verwendet. Mit dem Konzept Borderline-Störung werden, insbesondere in Abhängigkeit der schulischen Ausrichtung des Therapeuten, z.T. sehr unterschiedliche Inhalte und Ursachen in Verbindung gebracht. Um einen Einblick in verschiedene Definitionen der Borderline-Störung zu geben, werden nachfolgend fünf Definitionen des Begriffs Borderline vorgestellt. Jede der Definitionen wird einem anderen psychologisch-psychotherapeutischen Ansatz zugeordnet. Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede finden sich sowohl innerhalb als auch zwischen den einzelnen Ansätzen.

3.1 Psychoanalytischer Ansatz

Der erste, der den Begriff Borderline mit nosologischer Intention verwendete, war **Stern** (1938). Er umschrieb damit eine Gruppe von Patienten, die nicht in die damaligen psychiatrischen Standardkategorien „neurotisch“ oder „psychotisch“ einzuordnen war. Dieser Definition lag die Vorstellung zugrunde, daß ein Kontinuum von gesunden über neurotische zu psychotischen Zuständen existiert. Die Patienten, deren Symptome sich nicht klar als neurotisch oder psychotisch klassifizieren ließen, galten als „Grenzfälle“ (Borderline) zwischen diesen beiden Kategorien. Stern befand folgende zehn Merkmale als charakteristisch für die Borderline-Störung:

1. Narzißmus (gleichzeitige Idealisierung und Abwertung wichtiger Personen im sozialen Umfeld),
2. Lethargie/Neigung zum Aufgeben,
3. Unangemessene Überempfindlichkeit,
4. Psychische und physische Rigidität,
5. Negative Reaktion auf hilfreich gemeinte Interpretationen des Therapeuten,
6. Gefühl der Minderwertigkeit,
7. Masochismus, oft begleitet von schwerer Depression,
8. Angeborene Unsicherheit und mangelnde Streßtoleranz,
9. Projektive Mechanismen und
10. Schwierigkeiten bei der Realitätsprüfung.

In psychanalytischen Kreisen wurde der Begriff Borderline somit lange Zeit gebraucht, wenn es sich um Patienten mit schwerwiegenden Problemen in der Lebensführung handelte, die mit den gängigen psychoanalytischen Methoden nur schwer zu therapieren waren und nicht in die gängigen diagnostischen Kategorien eingeordnet werden konnten.

Deutsch (1942) faßte folgende Symptome zur Beschreibung der Borderline-Störung zusammen: Depersonalisation, Narzißtische Identifikation, vollständig erhaltener Zugriff auf die Realität, mangelhafte Objektbeziehungen, Verdeckung von aggressiven Tendenzen durch Passivität, die schnell in Bösartigkeit umschlagen kann, und Innere Leere. Sowohl in der Definition von Stern (1938) als auch in der Definition von Deutsch (1942) sind Ähnlichkeiten zur aktuellen Definition der Borderline-Störung im DSM-IV (APA, 1994) vorhanden. Allerdings sind bereits zwischen Stern (1938) und Deutsch (1942) Unterschiede in der Begriffsbestimmung zu bemerken, wie z.B. die differierende Einschätzung hinsichtlich der Realitätsprüfung oder das Fehlen der mangelnden Strebtoleranz in der Definition von Deutsch im Vergleich zu derjenigen von Stern.

Von **Schmideberg** (1947) wurden als charakteristisch für die Borderline-Störung genannt: Unfähigkeit, Routine und Regelmäßigkeit zu ertragen, Mißachtung sozialer Konventionen, Unzuverlässigkeit, Unfähigkeit der Wiederannäherung während der Sitzung, schlechte Therapiemotivation, fehlende Entwicklung von sinnvoller Einsicht, chaotische Lebensführung, Begehen kleinerer krimineller Handlungen und Schwierigkeiten, emotionalen Kontakt herzustellen. Hier werden im Vergleich zu den beiden anderen Definitionen die Ähnlichkeiten zur Antisozialen Persönlichkeit stärker betont. Zudem lassen die Kriterien der Borderline-Störung die Therapie der betroffenen Personen als nahezu unmöglich erscheinen. Eine solche implizite Wertung des Störungsbildes wurde von den beiden zuvor genannten Definitionen nicht vorgenommen.

Die Beschreibung der Borderline-Störung von **Rado** (1956) beinhaltet die Verhaltensmuster: Ungeduld und mangelnde Frustrationstoleranz, Wutausbrüche, Verantwortungslosigkeit, Erregbarkeit, Parasitismus, Hedonismus, Depressive Anfälle, Affekt-Hunger. In dieser Definition werden im Gegensatz zu den beiden ersten Definitionen keine dissoziativen Symptome zur Borderline-Störung dazugezählt. Deutlicher hervorgehoben werden jedoch die Wutproblematik der betroffenen Personen und deren affektive Instabilität.

Esser und Lesser (1965) nennen in ihrer Definition der Borderline-Störung folgende Symptome: Verantwortungslosigkeit, sprunghafte berufliche Vorgeschichte, chaotische und unbefriedigende, oberflächliche Beziehungen, frühkindliche Vorgeschichte von emotionalen Problemen und gestörten Verhaltensmustern, chaotische Sexualität (gemeint ist ein häufiger Wechsel/Kombination von Frigidität und Promiskuität). In dieser Definition werden die Folgen der Identitätsstörung der Borderline-Persönlichkeit betont. Schwierig erscheint allerdings der Einschluß der „chaotischen Sexualität“, die bei weitem nicht bei allen Borderlinern gegeben ist. Auch die Wertung durch den Begriff „Verantwortungslosigkeit“ läßt sich nicht als spezifisch für die Borderline-Persönlichkeit aufrechterhalten. Vielmehr wäre dieser Charakterzug der Antisozialen Persönlichkeit zuzuordnen.

Zu den gemeinsamen Merkmalen aller Borderline-Patienten zählen **Grinkler, Werble & Drye** (1968):

1. Wut als einziger oder hauptsächlichlicher Affekt,
2. Störung bei affektiven zwischenmenschlichen Beziehungen,
3. Fehlen einer Selbst-Identität,
4. Depression.

Die Autoren unterscheiden im Hinblick auf die Depression der Borderline-Patienten vier Subtypen: „Grenze zur Psychose“, „Kern-Borderline-Syndrom“, „Angepaßt, affektlos, abwehrend, Als-ob-Persönlichkeit“ und „Grenze zur Neurose“. Diese Definition umfaßt deutlich weniger Kriterien als z.B. diejenige von Stern (1938). Insgesamt erscheint das Störungsbild im Vergleich zur heutigen Definition nicht vollständig beschrieben. Auch wenn Wut bzw. der Umgang mit Wut für Borderliner ein Problem darstellt, erscheint es doch zu kurz gegriffen, sie als einzigen oder hauptsächlichlichen Affekt zu betrachten. Zumal als viertes Kriterium die Depression genannt wird, die oft durch starke Affekte der Niedergeschlagenheit, Selbsthaß, Schuld und Angst gekennzeichnet ist. Ebenso werden weder dissoziative Symptome noch impulsive Verhaltensweisen zur Borderline-Störung gezählt. Letztere wurden jedoch auch in den zuvor genannten Definitionen nur indirekt berücksichtigt.

Von **Gunderson** (1985) wurden im Diagnostischen Interview für das Borderline-Syndrom fünf klinische Aspekte zur Beschreibung der Borderlinestörung herangezogen:

1. Soziale Anpassung,
2. Psychotische Erlebnisse,
3. Affektive Störungen/Labilität,

4. Interpersonale Probleme/ungünstige Beziehungsgestaltung und
5. Impulsivität/mangelnde Gefühlsregulation.

Borderline-Patienten zeichnen sich demnach durch folgende Symptome aus: Chronische Depression, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, Schuld, chronische Wut, häufige aggressive Handlungen, chronische Angst, chronische Einsamkeit, Leere, Langeweile. Desweiteren werden die Merkmale Eigenartige Denkweise, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, nicht wahnhaft-paranoide Erlebnisse und quasi-psychotische Erlebnisse genannt. Darüber hinaus führt Gunderson Substanzmißbrauch, sexuell abweichendes Verhalten, Selbstverstümmelung, manipulative Suizidversuche, andere impulsive Verhaltensmuster als häufige Merkmale der Borderline-Störung an. Im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen weisen Borderline-Patienten folgende Verhaltensweisen auf: Unfähigkeit, allein zu sein, Angst vor Verlassenheit, gegenseitige Abhängigkeit, stürmische Beziehungen, Masochismus, Abwertung/Manipulation, forderndes Verhalten, Regression in der Therapie, Gegenübertragungsprobleme.

Die Zuordnung der Arbeiten von Gunderson zu einem einzigen Ansatz ist nicht eindeutig möglich. Das von ihm entwickelte Diagnostische Interview für das Borderline-Syndrom (DIB; Gunderson, 1985) kann, da es auf der rein beschreibenden Ebene bleibt, auch dem eklektisch-deskriptiven Ansatz zugeordnet werden. Insgesamt sind hohe Ähnlichkeiten zur Definition des DSM-IV (APA, 1994) zu erkennen.

Einer der bedeutendsten analytischen Ansätze zum Verständnis der Genese der Borderline-Störung ist derjenige von **Kernberg** (1967, 1988). Nach Kernberg verläuft die menschliche Entwicklung in fünf Phasen ab. Tritt in einer (oder mehreren) dieser Phasen eine massive Störung, z.B. Traumatisierung, Vernachlässigung oder aber auch Überfürsorglichkeit der Eltern, auf, so führt dies zu strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit. Entscheidend für die Entwicklung einer Borderline-Störung ist die dritte Phase der frühkindlichen Entwicklung. Das dritte Stadium der Entwicklung beginnt zwischen dem sechsten und achten Lebensmonat und endet zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat. Auf dem überwiegend lustvollen Erfahrungshintergrund kommt es zur Differenzierung des Selbstbildes und Objektbildes in „gute“ Selbst- und Objektvorstellungen. Ebenso entwickeln sich „böse“ Selbst- und Objektvorstellungen, so daß „gut“ und „böse“ sowohl in der Selbst- als auch in der Objektvorstellung gemeinsam nebeneinander existieren können. Diese Integration hat nach Kernberg bei Borderline-Patienten nicht oder nur unzureichend stattgefunden.

Gemeinsam ist den Definitionen des psychoanalytischen Ansatzes die Auffassung des Borderline-Konzeptes als psychostrukturelles Niveau bzw. psychodynamischer Konflikt. Die Diagnose beruht zum einen auf Symptomen und Übertragungsgeschehen, zum anderen auf erschlossenen intrapsychischen Strukturen. Die Ursache der Störung wird im Zusammenspiel von Erbe und Umwelt gesehen. Behandlungsempfehlungen weisen auf eine modifizierte Psychoanalyse bzw. konfrontative Psychotherapie hin.

3.2 Biologischer Ansatz

Vertreter dieses Ansatzes, wie z.B. **Akiskal** (1981), **Cowdry & Gardener** (1988), **Wender & Klein** (1981) oder **Stone** (1987), beschreiben die Merkmale der Borderline-Störung auf mehreren Kontinuen. Die Borderline-Störung setzt sich nach Auffassung dieser Vertreter des biologischen Ansatzes aus einer Gruppe klinischer Syndrome zusammen, von denen jedes eine eigene Ätiologie, Verlauf und Prognose aufweist. Die Borderline-Störung wird als leichte Form verschiedener Achse-I-Störungen gesehen. Die Diagnose basiert auf den vorliegenden klinischen Symptomen, der familiären/genetischen Vorgeschichte, dem Ansprechen auf Therapie und dem Vorhandensein bestimmter biologischer Marker. Die Ursachen der Störung liegen (zumindest für die meisten Vertreter dieses Ansatzes) in der Vererbung. Als Therapie wird die Chemotherapie empfohlen.

3.3 Biosozialer Ansatz

Im Rahmen des biosozialen Ansatzes, der u.a. von **Linehan** (1996) und **Millon** (1987a) vertreten wird, versteht man unter Borderline-Störung eine spezifische Persönlichkeitsstörung, deren Ursachen in der Interaktion von Erbe und Umwelt zu suchen sind. Die Diagnose wird anhand von Verhaltensbeobachtungen, diagnostischen Interviews und/oder Verhaltenstests vergeben. Es werden zudem verschiedene Untergruppen innerhalb der Borderlinestörung angenommen.

Die Begriffsgebung Borderline wird durch die Vertreter des biosozialen Ansatzes z.T. heftig kritisiert und als unpassend erachtet. Im biosozialen Ansatz wird die Instabilität in Verhalten und Emotion in den Vordergrund gestellt, was sich nach Millon (1981, 1987a) auch in der Benennung des Störungsbildes niederschlagen sollte.

Andere Autoren, z.B. Linehan (1996), geben zwar keine neue Definition der Borderline-Störung vor, strukturieren jedoch die Kriterien derart um, daß eine Beschreibung des

Störungsbildes auf der Verhaltensebene resultiert, die von der Darstellung des Störungskonzeptes im DSM-IV deutlich abweicht. Inhaltlich werden jedoch die gleichen Symptome beschrieben. Linehan ordnet die Merkmale der Borderline-Störung anhand folgender Dimensionen: Emotionale Verwundbarkeit vs. Selbstinvalidierung, Aktive Passivität vs. scheinbare Kompetenz und Unterdrückte Trauer vs. Andauernde Krise. Als Behandlungsmethode wird eine modifizierte Form der kognitiv-verhaltentherapeutischen Vorgehensweise, wie z.B. die Dialektisch Behaviorale Therapie von M. Linehan (1996), empfohlen.

3.4 Kognitiver Ansatz

Auch im Kontext des kognitiven Ansatzes wird die Borderline-Störung ebenfalls als spezifische Persönlichkeitsstörung verstanden. Die Ursachen der Störung wird von den meisten Vertretern dieses Ansatzes im Erbe vermutet. Diagnostische Untergruppen werden nicht spezifiziert. Die Vertreter dieses Ansatzes, wie z.B. **Beck** et al. (1990), **Pretzer** (1990) und **Young** et al. (1988), schlagen als angemessene Behandlungsmethode eine modifizierte kognitive Therapie vor. Die der Diagnose zugrundeliegenden Daten werden mittels Verhaltensbeobachtung, strukturierten Interviews, Verhaltenstests und weiteren klinischen Testverfahren erhoben. Wesentlich im kognitiven Ansatz ist das Identifizieren und Bearbeiten ungünstiger und häufig miteinander konfligierender Schemata. Dabei haben sich bei Borderline-Patienten Schemata zu Schuld und Scham, aber auch zu Ärger und Wut als besonders bedeutsam erwiesen.

3.5 Eklektisch-deskriptiver Ansatz

Die hauptsächlichen Vertreter dieses Ansatzes, der sich stark an den Vorläufern des DSM-IV orientiert, sind Chatham (1985) und Gunderson (1984). Die Kriterien der Borderline-Störung in dem von **Gunderson** (siehe auch oben) entwickelten Diagnostischen Interview für das Borderline-Syndrom (DIB; Gunderson, 1990) lauten:

1. Affekt: Chronische Depression, chronische Hilflosigkeit, chronische Wut, chronische Angst, chronische Leere,
2. Kognitionen: eigenartige Denkweise, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, nicht-wahnhaft-paranoide Erlebnisse und quasi-psychotische Erlebnisse,

3. Impulsivität: Substanzmißbrauch, Selbstverstümmelung, sexuell abweichendes Verhalten, manipulative Suizidversuche, andere impulsive Verhaltensmuster,
4. Zwischenmenschliche Beziehungen: Unfähigkeit allein, zu sein, Angst vor Verlassenheit, Gegenseitige Abhängigkeit, stürmische Beziehungen, Abhängigkeit/Masochismus, Abwertung/Sadismus, forderndes Verhalten, Regression in der Therapie, Gegenübertragungsprobleme.

In der Wahl dieser Kriterien fällt die hohe Ähnlichkeit zwischen SKID-II (nach DSM-IV; APA, 1994) und DIB (Gunderson, 1990) auf (siehe Kapitel 6). Dadurch wird u.a. deutlich, daß auch innerhalb des eklektisch-deskriptiven Ansatzes Borderline als spezifische Persönlichkeitsstörung verstanden wird, deren Ätiologie unbestimmt bleibt. Die Diagnose wird aus einer Kombination von Symptomen und Verhaltensbeobachtungen sowie psychodynamischen und psychologischen Testverfahren erschlossen. Eine Therapieempfehlung wird in diesem Ansatz nicht ausgesprochen.

Wie aus der Darstellung der Bedeutungsunterschiede des Begriffs Borderline in den verschiedenen Ansätzen offensichtlich geworden ist, bestehen sowohl in der Beschreibung der Borderline-Symptomatik als auch in der (teilweise formulierten, teilweise nicht spezifizierten) Ätiologie der Störung erhebliche Differenzen. Diese sind nicht nur zwischen den Ansätzen entstanden, sondern in den letzten 64 Jahren auch zwischen Vertretern eines Ansatzes. Über die Zeit hat sich der Begriff Borderline erheblich in seiner Bedeutung gewandelt. Diesen Sachverhalt sollte man bedenken, wenn man (auch in Fachkreisen) über „Borderline“ spricht. Nicht immer ist eine einheitliche Definition des Begriffes vorauszusetzen.

4. Prävalenz & Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen

Nachfolgend werden die Prävalenzen und Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV (APA, 1994) beschrieben. In der Darstellung der Komorbiditäten wird sowohl auf die Störungen der Achse I des DSM-IV als auch auf die Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander eingegangen. Der Betrachtungsschwerpunkt liegt dabei jeweils auf den Komorbiditäten der Borderline-Störung. Die Angaben zur Prävalenz und den Komorbiditäten der einzelnen Persönlichkeitsstörungen wurden aufgrund der Vereinheitlichung der Datenquelle aus dem DSM-IV entnommen. Die folgenden Abschnitte basieren daher auf den dort dokumentierten Häufigkeitsangaben.

4.1 Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV

Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in der Gesamtbevölkerung schwankt zwischen 0,5% und 1 % (siehe auch Tabelle 4.1). In klinischen Stichproben liegt sie zwischen 2% und 30%.

Tabelle 4.1

	Gesamtbevölkerung	Stationäre Patientengruppe	Ambulante Patientengruppe
Paranoide Persönlichkeitsstörung	0,5 -2%	10 -30%	2 -10%
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Keine Angaben (seltene Diagnose)	Keine Angaben	Keine Angaben
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	3%	Keine Angaben	Keine Angaben
Borderline-Persönlichkeitsstörung	2% (davon 75% Frauen)	20%	10%
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	3% (Männer)		3 -30 %
Histrionische Persönlichkeitsstörung	1% (Frauen)		10 -15%
Narzißtische Persönlichkeitsstörung	2 -3%		2 -16%
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	1%		3 -10%
Vermeid.-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	0,5 -1%	Keine Angaben	10%
Dependente Persönlichkeitsstörung	Keine Angaben (häufige Diagnose)	Keine Angaben	Keine Angaben

Tabelle 4.1: Prävalenzangaben in Prozent der spezifischen Persönlichkeitsstörungen nach DSM IV (APA, 1994).

Die Prävalenzangaben sind in den Stichproben ausschließlich stationärer Patienten prinzipiell höher anzusetzen als in den Stichproben ambulanter Patienten. Die Schwankungsbreite der

Prävalenzangaben ist sehr hoch (Tabelle 4.1). Dies liegt u.a. an den verschiedenen Studiendesigns, Stichprobenzusammensetzungen, Stichprobengrößen, diagnostischen Vorgehensweise etc. der zugrundeliegenden Studien.

Häufig wird (nach DSM-IV) die Diagnose einer Paranoiden, Dependenten und Antisoziale Persönlichkeitsstörung (bis zu 30%) vergeben. Die Schwankungsbreite der Prävalenzen sind jedoch gerade für diese Persönlichkeitsstörung sehr hoch. Selten wird die Diagnose der Schizoiden und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung (3%-10%) vergeben. Die Prävalenzangaben zu den übrigen Persönlichkeitsstörungen liegen in den klinischen Stichproben meistens um die 10%-20%.

Die Diagnose der Borderline-Störung wird in der Gesamtbevölkerung bei ca. 2% der untersuchten Personen vergeben. Von diesen Personen sind ca. 75% weiblich, d.h. die Diagnose betrifft weitaus mehr Frauen als Männer. In klinischen Stichproben wird die Diagnose bei 10% der ambulanten und 20% der stationären Patienten vergeben. In einer Stichprobe von Patienten mit bereits diagnostizierter Persönlichkeitsstörung sind 30% bis 60% Borderline-Patienten. Dies zeigt, daß die Borderline-Störung ebenfalls eine der häufig diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen ist und daß die Häufigkeit der Diagnose in klinischen Stichproben, gerade bei schwerer Symptomatik (stationäre Aufnahme!), stark zunimmt. Dieser Sachverhalt wird auch in der Betrachtung der Komorbiditätsraten der Borderline-Störung deutlich (siehe unten).

4.2 Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen zu anderen Achse-I-Störungen

Im folgenden Abschnitt wird eine Übersicht zu den häufigsten Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen auf Achse I gegeben. Bei den meisten Persönlichkeitsstörungen liegt mindestens eine „Gleichzeitigkeitsdiagnose“ einer anderen psychischen Störung vor.

Die Komorbiditäten sind in Tabelle 4.2 aufgeführt. Zur Auswertung der Tabelle werden folgende Aspekte unterschieden:

1. Anzahl der Gleichzeitigkeitsdiagnosen,
2. Häufigkeit der Komorbidität (< 10%; 10 -19%; 20 -29% und > 30%.) und
3. Spezifität der Komorbidität (welche anderen Persönlichkeitsstörungen weisen ebenfalls hohe Zusammenhänge zu der gleichen Achse-I-Störung auf?).

Tabelle 4.2

Komorbide Diagnose	Erstdiagnose										
	Paranoide	Schizoide	Schizotypische	Histrionische	Narzisstische	Antisoziale	Borderline	Vermeidend-Selbstunsichere	Dependente	Zwanghafte	Negativistische
Major Depression				***	***		+++	***	+++	***	
Zwangsstörung	***		+++	***			***	::::	+++	+++	+++
Panikstörung			***					+++	***		
Soziale Phobie			+++	***				::::	+++		
Einfache Phobie			***				***	+++	***	***	
Somatoforme Störung			***	***	***	***	***	+++	+++	+++	***
Alkohol-/Drogenabhängigkeit				***	***	::::	+++				
Anorexie				***	***		***	***		***	
Bulimie				***	***	***	+++				
Schizophrenie	***	***	+++		+++				***		

Tabelle 4.2: Komorbiditäten (in %) der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV zu Störungen der Achse I nach DSM-IV. Symbole der Häufigkeiten in Prozent: Leere Zellen = < 10%; *** = 10 -19%; +++ = 20 -30%; :::: = > 30%.

Aus der Tabelle lassen sich die drei Aspekte für jede Persönlichkeitsstörung entnehmen und miteinander vergleichen. So treten z.B. bei der Schizoiden Persönlichkeitsstörung weniger komorbide Achse-I-Störungen auf als bei den anderen Persönlichkeitsstörungen, nämlich nur Schizophrenien (Aspekt 1). Diese treten bei 10 -19% der Patienten mit einer Schizoiden Persönlichkeitsstörung auf (Aspekt 2). Am breitesten gestreut ist die Komorbidität zur Somatoformen Störung (Aspekt 3). Zu neun der Persönlichkeitsstörungen besteht eine Komorbiditätsrate von über 10%. Spezifischer ist hingegen das Verteilungsmuster der Panikstörung als komorbide Störung (ebenfalls Aspekt 3). Sie liegt bei drei spezifischen Persönlichkeitsstörungen mit einer Komorbiditätsrate von über 10% vor. Im Hinblick auf die Borderline-Störung werden die drei Aspekte der Komorbidität in den nachfolgenden Abschnitten gesondert erläutert.

Anzahl der komorbiden Störungen der Borderline-Störung (Aspekt 1)

Sieben der zehn genannten Störungen (Achse I; DSM-IV) weisen zur Borderline-Störung eine Komorbiditätsrate von über 10% auf. Damit liegt die Borderline-Störung im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstörungen über dem Durchschnitt der diagnostizierten Anzahl komorbider Störungen. Bei den sieben Störungen handelt es sich um die Zwangsstörung, Einfache Phobie, Somatoforme Störung und Anorexie (Häufigkeit: 10 -19%) sowie um Major Depression, Alkohol-/Drogenabhängigkeit und Bulimie (Häufigkeit 20 -30%).

Häufigkeit der komorbiden Störungen der Borderline-Störung (Aspekt 2)

Im Hinblick auf die Borderline-Störung lassen sich folgende Zusammenhänge feststellen: Die höchste Komorbidität (20 -30%) besteht zur Depressiven Störung, zur Bulimie und zur Alkohol/Drogenabhängigkeit. Selten (<10%) wird gemeinsam zur Borderline-Störung die Diagnose einer Schizophrenie, Panikstörung oder Sozialen Phobie vergeben. In Relation zu den Komorbiditäten der anderen Persönlichkeitsstörungen fallen bei der Borderline-Störung insbesondere folgende Aspekte auf:

Depressive Störungen treten nur bei der Dependenten Persönlichkeitsstörung ebenso häufig auf wie bei der Borderline-Störung. Die Komorbidität hinsichtlich der anderen Persönlichkeitsstörungen ist geringer. Bezogen auf die Histrionische, die Narzißtische, die Vermeidend-Selbstunsichere und die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung findet sich eine Depressive Störung bei 10 -19% der Patienten. Bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen ist die Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Depressiven Störung noch geringer (< 10%).

Die *Bulimie* tritt als komorbide Störung bei allen anderen Persönlichkeitsstörungen seltener auf als bei der Borderline-Störung. Sie liegt bei der Histrionischen, der Narzißtischen und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung jeweils mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 10% und 19% vor. Bei allen anderen Persönlichkeitsstörungen ist die Wahrscheinlichkeit einer Komorbidität geringer als 10%. Somit ist die Bulimie eine für die Borderline-Störung sehr charakteristische komorbide Störung. Sie tritt häufig als Zweitdiagnose auf und wird bei allen anderen Persönlichkeitsstörungen deutlich seltener diagnostiziert.

Häufiger als bei der Borderline-Störung tritt *Alkohol- und Drogenabhängigkeit* nur bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung auf (> 30%). Bei den anderen Persönlichkeitsstörungen ist die Komorbidität zu Suchtstörungen niedriger. Mit Ausnahme der Histrionischen und der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung (10%-19%) liegt die Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Suchtsstörung unter 10%.

Angststörungen finden sich bei der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung in höherem Maß (z.T. > 30%) als bei der Borderline-Störung. Sie treten aber auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen gehäuft auf, z.B. bei der Dependenten oder der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Im Falle der Borderline-Störung sind sie mit 10 -19% bzw. 0 -10% seltenere komorbide Störungen.

Ebenfalls selten (unter 10%) tritt die *Schizophrenie* als komorbide Störung zur Borderline-Störung auf. Zu 10 -19% wird sie als komorbide Störung der Schizoiden, der Paranoiden und der Dependenten Persönlichkeitsstörung angeführt. Am häufigsten (20% -30%) tritt sie bei der Schizotypischen und der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung auf.

Spezifität der Komorbidität zur Borderline-Störung (Aspekt 3)

Die komorbiden Störungen der Borderline-Störung treten oft auch bei den anderen Persönlichkeitsstörungen auf. Sie tun dies zwar meist in einem geringeren Ausmaß, jedoch kann bei weitem nicht von einer Spezifität der Komorbiditäten gesprochen werden. Diese ist in der Regel eher gering. Zu vielen Achse-I-Störungen finden sich komorbide Zusammenhänge zur Borderline-Störung und zu einer anderen Persönlichkeitsstörung. Im Falle der Somatoformen Störung besteht eine Komorbidität zu sogar mehreren Persönlichkeitsstörungen. Das Besondere der Borderline-Störung besteht demnach eher in dem hohen Zusammenhang zu sehr vielen Achse-I-Störungen und weniger in der Ausschließlichkeit der Komorbiditäten. Eine Ausnahme stellt die Bulimie als komorbide Störung dar. Sie tritt bei anderen Persönlichkeitsstörungen wesentlich seltener auf.

4.3 Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II

Mehrfachdiagnosen auf der Achse II (DSM-IV) sind eher die Regel als die Ausnahme, wobei die Häufigkeit, mit der Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, u.a. von der diagnostischen Methode abhängt. Der Gebrauch von semistrukturierten Interviews führte dazu, daß im Vergleich zur Diagnostik mittels „freiem“ klinischem Interview die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung häufiger vergeben wird (Zimmermann & Mattia, 1999). In der folgenden Tabelle 4.3 werden die Zusammenhänge der Persönlichkeitsstörungen (nach DSM III-R) untereinander dargestellt.

Wie aus Tabelle 4.3 ersichtlich wird, werden die Narzißtische, die Dependente und die Negativistische Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstörungen selten als singuläre Diagnose auf Achse II vergeben (1,1 %, 6,5 % bzw. 8,1 %). Das bedeutet, daß umgekehrt bei diesen Persönlichkeitsstörungen als Erstdiagnose gehäuft komorbide Diagnosen (auf der Achse II) vergeben werden. Bei der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung ist dies insbesondere die Histrionische Persönlichkeitsstörung (73, 1%). Für die Dependente Persönlichkeitsstörung ist die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung die häufigste komorbide Störung auf der Achse II (59,2%). Patienten mit einer Negativistischen Persönlichkeitsstörung haben zu 51,6 % eine komorbide Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. Die Histrionische, die Antisoziale und die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung werden im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstörungen häufiger als einzige Diagnose auf Achse II gestellt. Die Häufigkeit

einer singulären Diagnose beträgt für diese Störungen 19,3 % bzw. 17%. Insgesamt am seltensten wird die komorbide Diagnose einer Schizoiden Persönlichkeitsstörung bei bereits bekannter Antisozialen Persönlichkeitsstörung gestellt (4,3%).

Tabelle 4.3

Komorbide Diagnose	Erstdiagnose										
	Paranoide PS	Schizoide PS	Schizotypische PS	Histrionische PS	Narzisstische PS	Antisoziale PS	Borderline PS	Vermeidend-Selbstunsichere PS	Dependente PS	Zwanghafte PS	Negativistische PS
Solitär*	11,0	12,5	9,1	19,3	1,1	17,0	9,4	17,0	6,5	15,8	8,1
Paranoide Persönlichkeitsstörung		34,4	66,7	27,3	38,7	21,3	28,7	26,7	23,9	33,3	32,3
Schizoide Persönlichkeitsstörung	7,1		24,2	3,4	5,4	4,3	4,7	7,2	4,5	7,7	6,2
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	14,2	25,0		5,0	8,6	8,5	9,4	8,7	8,0	6,6	7,5
Histrionische Persönlichkeitsstörung	41,9	25,0	36,4		73,1	36,2	50,9	28,5	44,8	27,3	46,0
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	23,2	15,6	24,2	28,6		17,0	21,1	13,0	21,9	16,4	20,5
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	6,5	6,3	12,1	7,1	8,6		14,0	6,5	5,0	5,5	9,3
Borderline Persönlichkeitsstörung	31,6	25,0	48,5	36,6	38,7	51,1		28,2	41,8	24,0	36,6
Vermeidend-Selbstunsichere PS	47,7	62,5	72,2	33,2	38,7	38,3	45,6		59,2	53,0	51,6
Dependente Persönlichkeitsstörung	31,0	28,1	48,5	37,8	47,3	21,3	49,1	43,0		33,9	42,9
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	39,4	43,8	36,4	21,0	32,3	21,3	25,7	35,0	30,8		32,3
Negativistische Persönlichkeitsstörung	33,5	31,3	36,4	31,1	35,5	31,9	34,5	30,0	34,3	28,4	

Tabelle 4.3: Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander. Angaben in %. *Solitär: Häufigkeit, mit der die betreffende Persönlichkeitsstörung (PS) als einzige Diagnose auf Achse II vergeben wurde.

Komorbiditäten der Borderline-Störung auf der Achse II

Im Hinblick auf die Borderline-Störung lassen sich aus der Tabelle folgende Informationen entnehmen: In 9,4 % der Fälle, in denen eine Borderline-Störung diagnostiziert wird, ist die Borderline-Störung die einzige Diagnose auf der Achse II, die vergeben wird. Am höchsten ist die Komorbidität zur Histrionischen (50,9%), Vermeidend-Selbstunsicheren (45,6%) und zur Dependente Persönlichkeitsstörung (49,1%). Seltener werden die komorbiden Diagnosen der Schizoiden (4,7%) und der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung (9,4%) vergeben.

Die Häufigkeit der Borderline-Störung als Zweitdiagnose bei Vorliegen einer anderen spezifischen Persönlichkeitsstörung als erste Diagnose variiert zwischen 25 und 51% . Im Bezug zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung ist die Borderline-Störung mit 51% die häufigste Zweitdiagnose auf der Achse II des DSM-IV. D.h. die Hälfte aller Patienten mit

einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung sind gleichzeitig Borderline-Patienten. Von allen Borderline-Patienten sind jedoch nur 14 % anisozial.

Ähnlich, jedoch in umgekehrter Proportion, stellt sich der Zusammenhang zwischen der Borderline-Störung und der Schizoiden bzw. der Schizotypen Persönlichkeitsstörung dar: Ein Viertel der Patienten mit einer Schizoiden bzw. ca. die Hälfte der Patienten mit einer Schizotypischen Persönlichkeitsstörung sind gleichzeitig Borderliner. Unter den Borderline-Patienten erfüllen „nur“ 4,7% bzw. 9,4% die Kriterien einer Schizoiden bzw. Schizotypen Persönlichkeitsstörung. Hinsichtlich der anderen Persönlichkeitsstörungen sind die Relationen der Borderline-Störung als Erst- bzw. Zweitdiagnose ausgewogener. So erfüllen 28,7 % der Borderline-Patienten gleichzeitig die Kriterien einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung. 31,6% der Patienten mit einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung erfüllen umgekehrt die Kriterien der Borderline-Störung. Weitere Angaben zu den Komorbiditäten sind der Tabelle 4.3 zu entnehmen.

Abschließend sollte darauf hingewiesen werden, daß Angaben zu den Komorbiditäten ebenso wie zu den Prävalenzen stark von den Stichproben und Methoden der zugrundeliegenden Studien abhängig sind. Daher kann dieser tabellarische Überblick nur eine grobe Orientierung über die tatsächlichen Zusammenhänge der Persönlichkeitsstörungen sein.

5. Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der Borderline-Störung und anderen Persönlichkeitsstörungen

Im folgenden Kapitel werden Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede zwischen der Borderline-Störung und anderen Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV; APA, 1994) beschrieben. Dabei wurden gezielt die Kriterien ausgewählt, die zunächst für jeweils beide Persönlichkeiten zutreffend erscheinen, wodurch die diagnostische Entscheidung erschwert wird.

Da Komorbiditäten zwischen den Persönlichkeitsstörungen nicht selten sind, ist die klare Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen von hoher Bedeutung für eine zuverlässige Diagnose und angemessene Therapieplanung.

Die wesentlichsten, im DSM-IV genannten Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der Borderline-Störung und den übrigen Persönlichkeitsstörungen sind in Tabelle 5.1 aufgeführt. Die Tabelle bezieht sich auf generelle Gemeinsamkeiten zwischen den Störungsbildern. Sie kann nicht eins zu eins auf den Einzelfall umgelegt werden.

Aus der Tabelle 5.1 wird deutlich, daß auf den ersten Blick relativ viele Ähnlichkeiten der anderen Persönlichkeitsstörungen zur Borderline-Störung bestehen. Trotz diesen Ähnlichkeiten überwiegen jedoch bei genauerem Hinsehen die Unterschiede. Entweder sind Ähnlichkeiten zwischen den Störungen auf singuläre Kriterien beschränkt und/oder werden durch eine Differenzierung der zugrundeliegenden Motivationen, Schemata und Handlungsimpulse aufgehoben.

Im Falle von Komorbiditäten muß im Einzelfall abgewogen werden, welche Persönlichkeitsstörung welches Verhaltensmuster bedingt und ob ein Kriterium tatsächlich im Sinne der zu beurteilenden Persönlichkeitsstörung erfüllt ist. Eine „Vermischung“ der Kriterien steht einer validen Diagnose entgegen. In einem solchen Fall sollte jedes einzelne Kriterium der zu diagnostizierenden Persönlichkeitsstörungen umfassend auf kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Ebene exploriert werden. Oft ist es daher notwendig, die Denkschemata und Motive etc. der Patienten in Erfahrung zu bringen, um eine Entscheidung über ein Kriterium zu treffen.

Beispiel: Das „manipulative“ Verhalten eines Borderline-Patienten ist von dem eines histrionischen Patienten dadurch zu unterscheiden, daß es dem Borderliner vorwiegend um das Erlangen von Zuneigung bzw. das Vermeiden von Trennungen geht. Dem Histrioniker geht es darum, eine Position im Mittelpunkt des Geschehens einnehmen zu können.

Tabelle 5.1

	Ähnlichkeiten	Unterschiede
Paranoide Persönlichkeitsstörung/(PAPS) (Cluster A)	<ul style="list-style-type: none"> • Wütende Reaktionen bei geringfügigen Auslösern 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein alles durchdringendes Mißtrauen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)
Schizoide Persönlichkeitsstörung/(SDPS) (Cluster A)	<p>Im DSM-IV sind bzgl. der Differentialdiagnose keine expliziten Ähnlichkeiten genannt. Vergleiche daher Kurzbeschreibung der Persönlichkeitsstörungen (Kap.1)</p>	<p>Im DSM-IV sind bzgl. der Differentialdiagnose keine expliziten Unterschiede genannt. Vergleiche daher Kurzbeschreibung der Persönlichkeitsstörungen (Kap. 1)</p>
Schizotypische Persönlichkeitsstörung/ (STPS) (Cluster A)	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide Ideen und Illusionen • Soziale Isolation möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotische Symptome sind eng verknüpft mit aktueller Belastung • Abnahme der psychotischen Symptome im strukturierten Setting • Psychotische Symptome sind überwiegend dissoziativ • Soziale Isolation eher sekundär durch Konflikte und/oder Wutausbrüchen in Beziehungen bedingt (BPS) vs. primäres Bedürfnis nach Alleinsein bei STPS • Impulsives und manipulatives Verhalten bei BPS stärker
Antisoziale Persönlichkeitsstörung/(ASP) (Cluster B)	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulation • Depressive Symptome • Potentiell selbstschädigendes Verhalten • Impulsivität • Geringe Frustrationstoleranz 	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulation, um Zuneigung zu erhalten (BPS) vs. um Vorteile (oft materiell) zu erhalten (ASP) • Gefühl der „Sündigkeit der eigenen Person“ (BPS) vs. oft arrogantes Äußeres und oberflächlicher Charme bei ASP • Schuld- und Schamgefühle bei BPS vorhanden; nicht so bei ASP • Autodestruktivität bei BPS stärker • Identitätsstörung bei BPS vs. Unstetigkeit bei ASP • Emotionale Reagibilität (BPS) vs. andauernde Reizbarkeit (ASP) • Verminderte Angsttoleranz (BPS) vs. pathologische Angstfreiheit (ASP) • Wechselndes Arousal (BPS) vs. erniedrigtes Arousal (ASP)
Histrionische Persönlichkeitsstörung/(HISPS) (Cluster B)	<ul style="list-style-type: none"> • Streben nach Aufmerksamkeit • Manipulatives Verhalten • Plötzliche Stimmungswechsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Autodestruktivität • Wütende Beziehungsabbrüche • Chronisches Gefühl der Leere • Identitätsstörung
Narzißtische Persönlichkeitsstörung/(NAPS) (Cluster B)	<ul style="list-style-type: none"> • Wütende Reaktionen bei geringfügigen Auslösern 	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilität im Selbstbild • Autodestruktivität • Impulsivität • Angst, verlassen zu werden • Nicht bei BPS: Großartigkeitsmerkmal • Weniger Aufmerksamkeit i.S. von Bewunderung als NPS

Dependente Persönlichkeits- störung/ (DEPPS) (Cluster C)	<ul style="list-style-type: none"> • Angst, verlassen zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen auf ein Verlassenwerden: emotionale Leere, Wut oder Forderungen (BPS) versus oftmals Beschwichtigung, Unterwerfung und Suche nach Ersatzbeziehung, Versorgung und Unterstützung (DPS) • Muster instabiler, aber intensiver Beziehungen (BPS)
Vermeidend- Selbstunsichere Persönlichkeits- störung/(SUPS) (Cluster C)	<ul style="list-style-type: none"> • Im DSM-IV sind bzgl. der Differentialdiagnose keine expliziten Ähnlichkeiten genannt. Vergleiche daher Kurzbeschreibung der Persönlichkeitsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Im DSM-IV sind bzgl. der Differentialdiagnose keine expliziten Unterschiede genannt. Vergleiche daher Kurzbeschreibung der Persönlichkeitsstörungen
Zwanghafte Persönlichkeits- störung/ (ZWAPS) (Cluster C)	<ul style="list-style-type: none"> • Im DSM-IV sind bzgl. der Differentialdiagnose keine expliziten Ähnlichkeiten genannt. Vergleiche daher Kurzbeschreibung der Persönlichkeitsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Im DSM-IV sind bzgl. der Differentialdiagnose keine expliziten Unterschiede genannt. Vergleiche daher Kurzbeschreibung der Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 5.1: Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der Borderline-Störung und neun anderen Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV; APA, 1994).

Beispiel: Sowohl Patienten mit einer Borderline-Störung als auch Patienten mit einer Dependenten Persönlichkeitsstörung haben Angst vor dem Verlassenwerden. Die Reaktionen auf eine Trennung sind jedoch andere. Borderline-Patienten werden u.U. wütend reagieren, dem anderen drohen oder ihn bedrängen, bei ihm zu bleiben. Der dependente Patient wird beschwichtigen, abwiegeln und sich nachgiebig zeigen. Die Gefühle im Hinblick auf ein drohendes Alleinsein sind ebenfalls unterschiedlich: Borderline-Patienten fallen in einen Zustand der Orientierungslosigkeit, Wert- und Haltlosigkeit. Ihre Unsicherheit bzgl. ihrer eigenen Identität tritt hier zutage. Dependente Patienten berichten hingegen eher von Ängsten, ihr Leben ohne fremde Hilfe nicht meistern zu können, und schildern Sorgen, ihre Alltagspflichten nicht bewältigen zu können.

Beispiel: Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen Borderline-Patienten und Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung liegt in ihrer emotionalen Reaktion auf ihre Wutausbrüche, gesetzwidrigen und möglicherweise gewalttätigen Verhaltensweisen. Typischerweise erleben Borderline-Patienten starke Schuld und Scham nach solchen „Entgleisungen“. Antisoziale Patienten hingegen bagatellisieren, rationalisieren oder rühmen sich sogar aufgrund ihres Verhaltens. Oftmals sind die illegalen Verhaltensweisen von Borderline-Patienten Folgen einer Suchtstörung, die auf dem Hintergrund des Versuchs, unangenehme Gefühle zu regulieren, entstanden ist. Gewalt kommt im Rahmen impulsiver Ausbrüche vor und nicht aus Berechnung oder sadistischen Neigungen. Auch im Hinblick auf die familiären Hintergründe lassen sich Unterschiede feststellen: Bei Borderline-Patienten finden sich häufiger Verwandte ersten Grades, die ebenfalls unter einer Borderline-Störung

und/oder Depression leiden. Bei Verwandten von Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörungen wurden häufiger Suchtstörungen diagnostiziert (DSM-IV; APA, 1994).

6. Diagnostische Instrumente zur Erfassung der Borderline-Symptomatik

Das folgende Kapitel stellt die Instrumente und diagnostischen Verfahren vor, die im Rahmen der Dissertation zur Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Störung zum Einsatz kamen. Für die vorliegende Dissertation wurden insgesamt elf diagnostische Instrumente ausgewählt und als Fragebogenpaket zusammengestellt.

Ein relativ neues, hier nicht verwendetes Fragebogenverfahren, das sich speziell auf die Symptomatik der Borderline-Störung bezieht, ist die Borderline-Symptomcheckliste von Bohus et al. (2001). Diese Checkliste stellt ein ökonomisches und valides Instrument zur Erfassung der typischen Symptome der Borderline-Störung dar. Es handelt sich um einen Fragebogen zur Selbstbeschreibung, ähnlich der Symptomcheckliste SCL-90-R, nur daß die Items des Fragebogens speziell die Symptome der Borderline-Störung explorieren. Die Borderline-Symptomcheckliste lag zu Beginn der Datenerhebung für die Dissertation noch nicht in normierter Form vor. Daher wurde auf andere diagnostische Verfahren zurückgegriffen. Durch sie werden die wesentlichen Symptome der Borderline-Störung ebenso erfaßt wie durch die Checkliste von Bohus et al. Zusätzlich werden einige weitere Symptome und klinische Merkmale erhoben, die bislang nicht unbedingt im unmittelbaren Zusammenhang zur Borderline-Störung gesehen wurden. Dies hat den Vorteil, auf externe, neue Variablen zurückgreifen zu können und möglicherweise neue Zusammenhänge zu ermitteln.

6.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Kurzbeschreibung

Das Beck-Depressions-Inventar von A.T. Beck (Dt. Bearbeitung von M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall und F. Keller; in 2. überarbeiteter Auflage seit 1995 erhältlich) ist eines der gängigsten Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der Ausformung und Schwere einer depressiven Symptomatik. Die typischen und häufigsten Beschwerden einer Depression sind zu 21 inhaltlichen Aussagegruppen zusammengefaßt. Diesen Gruppen liegt keine ätiologische Theorie zugrunde. Die Merkmale einer Depression werden im BDI rein deskriptiv erfaßt. So wird z.B. nach trauriger Stimmung, Pessimismus, Strafbedürfnis, Selbsthaß, Weinen,

Reizbarkeit, sozialem Rückzug, Selbstmordgedanken, Schuldgefühlen, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen und Unzufriedenheit gefragt.

Jede Aussagegruppe umfaßt vier Aussagen unterschiedlicher Intensität (0 = nicht vorhanden; 1 = leichte Ausprägung; 2 = mäßige Ausprägung; 3 = starke Ausprägung). Der Proband soll die für ihn zutreffendste Aussage einer Gruppe kennzeichnen. Die Summe der von den Probanden gewählten Aussageintensitäten (von null bis drei) wird zu einem Gesamtwert verrechnet. Die Wertespanne von 0 bis 11 Punkten gilt als klinisch unauffällig, zwischen 11 und 17 Punkten kann von einer milden bis mäßigen Ausprägung der depressiven Symptomatik gesprochen werden. Ab einem Punktwert von 18 Punkten liegt eine klinisch relevante depressive Symptomatik vor.

Das BDI wird seit Jahren national und international in vielfältigen klinischen Zusammenhängen erfolgreich eingesetzt. Aufgrund der Informationen aus dem BDI sollte jedoch keine Diagnosenstellung erfolgen, da die Rate der falsch-positiv diagnostizierten Probanden mit 27% sehr hoch ist (Roberts et al., 1990). Die Aussagen des BDI sind unabhängig von Lebensalter, Geschlecht und nosologisch-diagnostischer Eingruppierung der Patienten. Einsetzbar ist dieses Meßinstrument ab einem Alter von 18 Jahren bis ins hohe Alter (80 Jahre), soweit die Patienten zum selbständigen Ausfüllen des Fragebogens in der Lage sind.

Gütekriterien

Die allgemeine Nützlichkeit, Akzeptanz und Reliabilität des BDI wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen (z.B. Roberts et al., 1990; Kammer, 1983). Die Trennschärfe der meisten Items des BDI liegen im zufriedenstellenden Bereich von mindestens $r_{it} = .40$. Nur für wenige Items, z.B. Nr. 19 (Gewichtsverlust), sinkt die Trennschärfe unter den ausreichenden Bereich von mindestens .30 (nach Lienert, 1989). Die Interne Konsistenz liegt zwischen $r = .73$ und $r = .95$ (Beck & Steer, 1988). Die Retest-Reliabilität (Zeitintervall von über einer Woche bzw. über zwei Wochen) liegt bei $r = .75$ bzw. $r = .68$ (Hautzinger et al., 1994). Ebenfalls zufriedenstellend sind die Koeffizienten zur Berechnung der Reliabilität nach Spearman-Brown ($r = .84$), Guttman ($r = .84$) und der Split-Half-Reliabilität ($r = .72$), die im Testhandbuch angeführt werden (Hautzinger et al., 1994).

Dem BDI kann u.a. nach Moran & Lambert (1983) inhaltliche Validität zugesprochen werden. Die Items des BDI bilden die Kriterien einer Depression nach DSM-IV (APA, 1994) und ICD 10 (WHO, 1992) beinahe vollständig ab. Die konvergente Validität des Verfahrens

ist aufgrund der signifikanten Korrelationen zu anderen Depressionsfragebögen hinreichend gegeben (Beck et al., 1988). Die diskriminante Validität wurde ebenfalls als ausreichend befunden. Mit Hilfe des BDI kann eindeutig zwischen depressiven und gesunden sowie zwischen depressiven und psychosomatischen Patienten unterschieden werden. Gleiches gilt für die Diskriminationsfähigkeit zwischen depressiven und alkoholabhängigen Patienten (Beck & Steer, 1987). Das BDI erwies sich zudem als änderungssensitiv. Es ist somit zur Erfassung von Krankheitsverläufen in der Depressionsbehandlung (Hautzinger et al., 1994) einsetzbar.

Als Fazit halten Hautzinger et al. (1994) fest, daß mit dem BDI ein zuverlässiges, sensibles, valides und konsistentes Verfahren zur Messung der Schwere einer depressiven Symptomatik und deren Veränderung durch therapeutische Behandlungen zur Verfügung steht.

6.2 Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)

Kurzbeschreibung

Das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) von F. Leichsenring (1997) ist ein Fragebogenverfahren mit insgesamt 53 Items zur Erfassung der typischen Verhaltens- und Erlebensmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es beruht auf dem theoretischen Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1967, 1988), orientiert sich aber darüber hinaus stark am deskriptiv-phänomenologischen Ansatz von Gunderson & Singer (1975).

Die zentralen strukturellen Kriterien (siehe auch Kapitel 3) einer Borderline-Störung werden im BPI auf vier Skalen erfaßt: Identitätsdiffusion, Realitätsprüfung, Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehung sowie Angst vor Nähe. Zusätzlich zu diesen vier Skalen werden mittels einzelner Items affektive Symptome und Aspekte der Impulskontrolle erhoben.

Zu jeder Skala wird ein Skalenwert berechnet. Dieser wird anhand einer Normtabelle in T-Werte umgerechnet. Anhand einer gezielten Auswahl von 20 der 53 Items wird darüber hinaus ein Cut-off-Wert errechnet. Dieser Wert liefert sowohl Hinweise zur Vergabe der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch zur Differenzierung von Borderline-Patienten und neurotischen bzw. schizophrenen Patienten. Mit Hilfe des Cut-off Wertes können 89% der Borderline-Patienten und 81% der Nicht-Borderline-Patienten richtig klassifiziert werden (Leichsenring, 1997). Ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer

Borderline-Störung besteht ab einem Cut-off von 10 Punkten (von maximal 20 Punkten). Auch für den Cut-off Wert sind Normen zur Umrechnung des Rohwertes in einen T-Wert vorgegeben. Im folgenden wird skizziert, welche Erlebens- und Verhaltensmerkmale durch die vier Skalen erfaßt werden:

- **Primitive Abwehr und Objektbeziehung:** Probanden mit hohen Werten auf dieser Skala sind übermäßig mißtrauisch. Ihre Gefühle schlagen schnell ins Gegenteil um, die betroffenen Personen sind oftmals hoffnungslos und erleben sich häufig als wertlos. Beispielitems: „Meine Gefühle gegenüber anderen Menschen schlagen oft ins Gegenteil um.“, „Ich fühle mich oft wert- und hoffnungslos.“, „Die anderen erscheinen mir oft feindselig.“
- **Identitätsdiffusion und Entfremdungserlebnisse:** Hohe Werte auf dieser Skala erlangen Personen, die sich selbst in Extremen beschreiben, Gegensätze nur schlecht aushalten können und sich im Wechsel als zwei gegensätzliche Personen fühlen. Diese Personen fragen sich häufig, wer sie wirklich sind, sie erleben sich selbst als unwirklich und empfinden die Welt als unreal. Beispielitems: „Ich frage mich häufig, wer ich eigentlich bin.“, „Manchmal kommen Seiten in mir zum Vorschein, die gar nicht zu mir passen.“
- **Angst vor Nähe:** Personen mit hohen Werten auf dieser Skala können Nähe nicht oder nur schlecht zulassen. Nähe wird von ihnen als höchst unangenehm erlebt. Die Regulation psychischer Spannungen geschieht oftmals durch Selbstverletzungen. Beispielitems: „In engen Beziehungen werde ich immer wieder verletzt.“, „Ich fühle mich eingeengt, wenn andere sich viel um mich kümmern.“, „Ich habe mir schon einmal selbst absichtlich körperliche Verletzungen zugefügt.“
- **Mangelnde Realitätsprüfung:** Hohe Werte auf dieser Skala sprechen dafür, daß die betreffende Person nur bedingt in der Lage ist, zwischen Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden. Es treten bisweilen akustische und/oder visuelle Halluzinationen auf. Beeinflussungserlebnisse sind im Empfinden dieser Personen nicht selten. Beispielitems: „Ich habe schon einmal Stimmen gehört, die über mich sprachen, obwohl niemand da war.“, „Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß andere mir ihre Gedanken eingeben.“

Hohe Werte auf dieser letztgenannten Skala sind für Borderline-Patienten im Gegensatz zu erhöhten Werten auf den drei ersten Skalen untypisch, da ihre Realitätsprüfung (abgesehen von reversiblen, kurzen psychotischen Episoden; Kriterium 9, DSM-IV) erhalten ist. Die Skala dient v.a. zur Differenzierung zwischen Borderline-Patienten und schizophrenen Patienten.

Gütekriterien

Die Interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt für die Skalen zwischen $r = .68$ und $r = .91$. Für den Gesamtfragebogen beläuft sie sich auf $r = .91$ (ohne die Items 52 und 53). Die Retest-Reliabilität variiert zwischen $r = .73$ und $r = .88$. Bis auf die Skala Realitätsprüfung sind alle Werte zur Retest-Reliabilität größer als $r = .80$ und somit als gut zu bewerten. Die Profilreliabilität kann mit einer Höhe von $r = .60$ als befriedigend gelten. Die Konstrukt-Validität des Verfahrens ist durch den Nachweis der Zusammenhänge mit verschiedenen diagnostischen Verfahren gesichert (z.B. Leichensring, 1991a, 1991b, 1997). Die konvergente Validität des BPI ist ebenfalls nachgewiesen (Leichensring, 1992). Weitere Untersuchungen zur Sicherung der Gütekriterien des BPI stehen noch aus. Prozentränge und T-Wert Normen für den Gesamtwert des BPI, für den Cut-off-Wert und die einzelnen Skalen liegen vor.

6.3 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Kurzbeschreibung

Der FDS von Freyberger et al. (1999) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene, eingeschlossen Derealisation und Depersonalisation. Grundlage des FDS ist die Dissociative Experience Scale (DES) von E.R. Bernstein und F.W. Putnam (1986). Die DES wurde ins Deutsche übersetzt und um 16 Items erweitert, wobei zehn dieser Items pseudoneurologische Konversionssymptome erfragen. Der resultierende neue Fragebogen umfaßt die vier Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion. Die Inhalte der vier Subskalen werden ebenso wie der Gesamtwert des FDS im folgenden Abschnitt skizziert. Die insgesamt 44 Items des Fragebogens sind im Anhang A aufgeführt.

- **Amnesie:** Die Skala Amnesie erfragt Erinnerungslücken vielfältiger Art, denen gemeinsam ist, daß der Betroffene innerhalb eines bestimmten Zeitraumes bzgl. Aktivitäten, Entscheidungen, sozialen Kontakten etc. keine Gedächtnisinhalte abrufen kann. Beispiel: „Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem gewissen Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dort hingekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen das passiert.“ Die Skala umfaßt insgesamt neun Items.
- **Absorption:** Die Skala Absorption umschreibt Phänomene, bei denen das Bewußtsein Anteile der Realität ausblendet. Die Aufmerksamkeit unterliegt starken Schwankungen

und/oder der Betroffene versinkt in einer Phantasiewelt. Beispiel: „Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie jemandem zuhören und plötzlich erkennen, daß sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen das passiert.“ Die Skala besteht insgesamt aus acht Items.

- **Derealistaion**: Die Skala Derealisation umfaßt Unwirklichkeitsgefühle und/oder Entfremdungserlebnisse. Beispiel: „Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen das passiert.“ Diese Skala ist mit insgesamt sechs Items die kürzeste Skala des FDS.
- **Konversion**: Die Skala Konversion greift pseudoneurologische Symptome auf und erfragt insbesondere organische Funktionsstörungen und somatoforme Symptome. Beispiel: „Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppel- oder Schleiersehen, blind auf einem oder auf beiden Augen), ohne daß ein Arzt eine körperlich Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen das passiert.“ In diese Skala wurden insgesamt neun Items aufgenommen.
- **Gesamtwert**: In den Gesamtwert gehen neben den 32 Items der vier Subskalen weitere zwölf Items ein. Diese zwölf Items umfassen Symptome, wie z.B. Erinnerungslücken im episodischen Langzeitgedächtnis, Selbstgespräche und magisches Erleben etc. Beispiel: „Einige Menschen fühlen sich gelegentlich wie Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen das passiert.“ Der Gesamtwert errechnet sich aus der Summe der 44 Itemantworten (0%–100%), geteilt durch die Anzahl der Items. Er variiert somit ebenfalls zwischen Werten von 0 bis 100.

Die Aussagen der Probanden beziehen sich auf einen Zeitraum von vier Wochen, d.h. auf den vorangegangenen Monat der Testbearbeitung.

Anhand des resultierenden Gesamtwertes kann eine Normierung des Testergebnisses auf der Basis zweier Stichproben vorgenommen werden (Freyberger et al., 1999). Die erste Stichprobe setzt sich aus psychiatrischen Patienten (diverse Diagnosen) und gesunden Probanden zusammen. Die zweite Stichprobe umfaßt ausschließlich Patienten mit dissoziativen Störungen.

Für die vier Subskalen fehlen bislang differenzierende Normen, so daß hier nur Aussagen hinsichtlich der Abweichung vom Stichprobenmittelwert möglich sind. Untersuchungen zur Normierung der Subskalen sind geplant.

Der FDS eignet sich als Screening-Instrument für den klinischen Alltag sowie als Forschungsexperiment. Es lassen sich sowohl das Trait-Merkmal „Dissoziationsneigung“ als auch Veränderungen innerhalb des Therapieprozesses hinreichend valide erfassen. Das Verfahren kann ab einem Alter von 18 Jahren eingesetzt werden.

Gütekriterien

Die Interne Konsistenz (Cronbach`s Alpha) liegt für den Gesamttest bei $r = .93$, für die einzelnen Subskalen zwischen $r = .78$ und $r = .81$. Frischholz et al. (1990) konnten sogar noch höhere Werte von $.92$ bis $.95$ bzgl. der internen Konsistenz nachweisen. Sie ist demnach als sehr befriedigend anzusehen.

Die Koeffizienten der Subskalen liegen nur noch im befriedigenden Bereich. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .79$ und $.96$ (Bernstein, M. & Putnam, F.W.), wobei bis auf die Subskala Amnesie alle Koeffizienten von ausreichender Höhe sind.

Die Koeffizienten für die Split-Half-Reliabilität sind in einer Größenordnung von $r = .83$ und $.90$ anzusiedeln.

Die mittlere Itemtrennschärfe über alle Items hinweg beträgt $r_{it} = .49$, was über dem kritischen Wert von $r_{it} = .30$ liegt und somit zufriedenstellend ist.

Studien zur diskriminanten und konvergenten Validität (Frischholz et al., 1991) ergeben Koeffizienten zwischen $r = .53$ und $.80$. Die diskriminante Validität wurde für verschiedene Gruppen von van Ijzendorp & Schüngel (1996) überprüft. Besonders gut lassen sich Patientengruppen mit Dissoziativen Störungen von anderen klinischen Gruppen unterscheiden.

Die divergente Validität, z.B. zur SCL-90-R, kann als ausreichend gewertet werden. Zudem wurde mittels der Berechnung des γ -Index eine hinreichende Änderungssensitivität des FDS belegt (Freyberger et al.; 1999).

6.4 Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Kurzbeschreibung

Die SCL-90-R (Derogatis, 1977; Dt. Version von G.H. Franke, 1995) erfragt subjektiv empfundene Belastungen durch körperliche und psychische Symptome. Bei der SCL-90-R handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument. Durch insgesamt 90 Items werden neun Symptombereiche exploriert: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt,

Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Die Skalenlänge variiert zwischen sechs und 13 Items. Neben den genannten neun Skalen werden insgesamt sieben Items zu einer Zusatzskala zusammengefaßt, die jedoch nicht normiert ist und keinen einheitlichen Symptombereich erfaßt. Sie beinhaltet Symptome, wie z.B. Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Drang, sich zu überessen, etc. Im folgenden werden die neun Skalen der SCL-90-R kurz umschrieben.

- **Somatisierung:** Diese Skala mißt subjektiv empfundene körperliche Belastungen, mögliche funktionelle Störungen, Kopfschmerzen, Schmerz und allgemeines Unwohlsein. Die funktionellen Störungen beziehen sich auf diverse organische Systeme, wie z.B. auf das kardiovaskuläre, gastrointestinale und respiratorische System sowie auf andere Systeme mit autonomer Regelung.
- **Zwanghaftigkeit:** Anhand dieser Skala werden Symptome, wie z.B. geringfügige Konzentrationsschwierigkeiten und Arbeitsstörungen erfragt. Sie umfaßt zudem zwanghafte Impulse und Handlungen, wie z.B. Zählzwang und zwanghaftes Kontrollieren.
- **Unsicherheit im sozialen Kontakt:** Personen, die auf dieser Skala hohe Werte erlangen, empfinden sich selbst als sozial inkompetent. Dies kann von leichter sozialer Unsicherheit bis zur vollkommenen persönlichen Unzulänglichkeit reichen, wobei diese Abstufungen durch verschiedene Items der Skala repräsentiert werden.
- **Depressivität:** Die Skala Depressivität beinhaltet Items, wie z.B. niedergeschlagene Stimmung, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Wertlosigkeit, kognitive Verlangsamung, Suizidgedanken und andere typische Merkmale einer Depression.
- **Ängstlichkeit:** Mittels der SCL-90-R wird Ängstlichkeit vorwiegend durch die körperlich-physiologischen Reaktionen der Angst, wie z.B. Zittern, Herzrasen, Anspannung und Ruhelosigkeit, erfaßt. Darüber hinaus wird nach angstbezogenen Vorahnungen und Kognitionen sowie nach Tendenzen zur Katastrophisierung gefragt.
- **Aggressivität:** Diese Skala mißt die Tendenz zu feindseligen Einstellungen, aggressiven Handlungsimpulsen, Zerstörungsdrang, Streitsüchtigkeit, Wutausbrüchen und Reizbarkeit.
- **Phobische Angst:** Personen, die auf dieser Skala hohe Werte erreichen, berichten von objekt- oder situationsgebundenen Ängsten, wie z.B. vor offenen Plätzen, sozialen Kontakten, Busfahrten etc. Ebenso werden Vermeidungstendenzen hinsichtlich dieser Objekte bzw. Situationen durch Items dieser Skala erfaßt.
- **Paranoides Denken:** Die Skala Paranoides Denken beinhaltet Items, wie z.B. das Gefühl, von anderen beobachtet zu werden. Darüber hinaus wird gefragt, ob die Probanden den

Eindruck haben, nicht genügend Anerkennung zu erhalten, ausgenutzt zu werden, oder ob sie denken, daß ihre Schwierigkeiten durch andere Personen verursacht werden. Hohe Werte auf dieser Skala erlangen Personen, die anderen Menschen gegenüber sehr mißtrauisch und skeptisch eingestellt sind.

- **Psychotizismus:** Diese Skala umfaßt Items, die von dem milden Gefühl der Isolation und Entfremdung bis zur Evidenz psychotischer Episoden, wie z.B. Hören von Stimmen oder Gedankenausbreitung, reichen.

Die Angaben des Probanden beziehen sich auf einen Zeitraum von sieben Tagen. Somit ist die SCL-90-R dazu geeignet, Veränderungsmessungen hinsichtlich des Befindens des Patienten vorzunehmen. Gleichzeitig können aber auch Rückschlüsse auf zeitlich stabilere Verhaltensmuster gezogen werden. Durch diese Eigenschaft füllt sie die Lücke zwischen Meßverfahren zum zeitlich variablen Befinden und Meßverfahren zur Erfassung zeitlich stabiler Persönlichkeitseigenschaften.

Neben der Auswertung der neun Symptombereiche werden in der SCL-90-R drei globale Kennwerte berechnet. Der **GSI** (Global Severity Index) mißt die psychische Gesamtbelastung. Der **PSDI** (Positive Symptom Distress Index) mißt die Intensität der Antworten. Der **PST** (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die SCL-90-R ist einsetzbar ab einem Alter von 14 Jahren. Sie wird im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich angewendet.

Gütekriterien

Die Zuverlässigkeit (Interne Konsistenz) des Verfahrens in klinischen Stichproben variiert für die einzelnen Skalen zwischen .77 und .90 (Derogatis et al., 1976). Auch Alvir et al. (1988) stufen die Interne Konsistenz als zufriedenstellend ein. Die Retest-Reliabilität für einen Zeitraum von einer Woche in studentischen Stichproben schwankt nach Derogatis (1977) zwischen $r = .78$ und $r = .90$, was ebenfalls zufriedenstellend ist. Franke (1994a) erhält ähnliche Ergebnisse zur Retest-Reliabilität, deren Koeffizienten zwischen $r = .62$ und $r = .92$ liegen.

Den Items kann „face-validity“ zugesprochen werden. Konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigen die neun Skalen insbesondere in klinischen Gruppen. Die neun Faktoren klären insgesamt 53% der Varianz auf. Studien zur konvergenten Validität, wie z.B. zum State-Trait-Anxiety-Inventory von Spielberger (1981), erbringen Validitätskoeffizienten zwischen $r = .46$ und $.56$ (Franke, 1992). Somit kann die konvergente Validität als gegeben angesehen werden.

Die diskriminante Validität wurde ebenfalls anhand einiger Studien nachgewiesen, z.B. Wuchner et al. (1993). Mittels der SCL-90-R ist es demnach möglich, zwischen verschiedenen klinischen Gruppen zu differenzieren. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind dabei nachweislich am stärksten belastet. Ebenso konnten (Franke, 1992) Unterschiede im subjektiven Erleben und/oder Berichten von körperlichen und psychischen Beschwerden zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad nachgewiesen werden. Anhand der Normstichprobe können T-Werte ermittelt werden. Die Aussagen des Verfahrens sind von den Variablen Geschlecht und Bildungsstand unabhängig.

6.5 Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP)

Kurzbeschreibung

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme von L.M. Horowitz, B. Strauß und H. Kordy (Deutsch Version: IIP-D; 2. überarbeitete und neunormierte Auflage: 2000) wird vor allem in der Beratung und Psychotherapie im klinischen Kontext eingesetzt. Der Fragebogen erfaßt die Selbsteinschätzung des Probanden im Hinblick auf seine Verhaltensmuster und sein Konfliktverhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Es wird dabei davon ausgegangen, daß durch den Fragebogen Eigenschaften erfaßt werden, die dem interpersonalen Verhalten zugrunde liegen. Das IIP umfaßt insgesamt 64 Items, pro Skala acht Items. Die Bearbeitungsdauer beträgt in der Langform 20, in der Kurzform zehn Minuten. Neben der Auswertung der acht Skalen wird ein Gesamtwert errechnet, der das Ausmaß an interpersonalen Problemen wiedergibt. Die Probanden werden anhand ihrer Skalenwerte auf insgesamt acht Eigenschaftsdimensionen eingestuft:

- zu autokratisch/dominant,
- zu streitsüchtig/konkurrierend,
- zu abweisend/kalt,
- zu introvertiert/sozial vermeidend,
- zu selbstunsicher/unterwürfig,
- zu ausnutzbar/nachgiebig,
- zu fürsorglich/freundlich,
- zu expressiv/aufdringlich.

Mit Hilfe des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme ist es möglich, die individuellen Interaktionsstile einer Person zu beschreiben. Diese Information ist im Hinblick

auf mögliche therapeutische Interventionen bei vorliegenden manifesten interpersonalen Konflikten sinnvoll umsetzbar.

Gütekriterien

Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist durch die Standardisierung des Verfahrens und durch das Vorliegen eines Manuals zur Handhabung des Verfahrens gesichert. Die Trennschärfe der Items schwankt zwischen $r = .02$ und $r = .52$. Die Skalen interkorrelieren bis zu $r = -.68$ bzw. $r = .48$ miteinander. Die Koeffizienten zur Internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegen mit Ausnahme einer Skala zwischen $.36$ und $.64$, was im Hinblick auf die Skalenlänge von jeweils acht Items als zufriedenstellend beurteilt wird (Horowitz et al., 2000). Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$. Repräsentativnormen in Form von Stanine Werten sind in der Altersgruppe von 18 bis 90 Jahren dokumentiert. Das IIP kann zur Diskrimination von Diagnosegruppen im klinischen Kontext genutzt werden (Wuchner et al., 1993). Studien zur Kriteriumsvalidität (Horowitz et al., 1993), konvergenten Validität (Alden & Philipps, 1990) und weitere Studien zur Validitätssicherung werden im Testmanual aufgeführt, z.B. Horowitz et al. (1988) und Bartholomew & Horowitz (1991).

Das IIP eignet sich zudem zur Indikationsstellung bzw. Prognose der Psychotherapie. Es konnte mit dem IIP nachgewiesen werden, daß interpersonale Probleme im Zusammenhang mit anderen klinischen Phänomenen stehen (Bartholomew & Horowitz, 1991).

6.6 State-Trait-Angst-Inventar (STAI)

Kurzbeschreibung

Das State-Trait-Angst-Inventar von L. Laux, P. Glanzmann, P. Schaffner und C.D. Spielberger (1981) ist ein in der Forschung und im klinischen Kontext erfolgreich eingesetztes Verfahren zur Erfassung der Zustands- und Eigenschaftsangst. Grundlage für das State-Trait-Angstinventar ist die amerikanische Version des Fragebogens von C.D. Spielberger et al. (1970).

Der Fragebogen umfaßt 40 Items, je 20 zur Zustandsangst und zur Eigenschaftsangst, d.h. dem gegenwärtigen Erleben von Angst und der zeitlich überdauernden Neigung, Angst zu empfinden. Das STAI kann ab einem Alter von 15 Jahren angewendet werden. Es eignet sich

als Instrument in der experimentellen Angst- und Streßforschung sowie zur Therapieplanung und -evaluation.

Items zur Erfassung der aktuell erlebten Angst sind Aussagen, wie z.B. „Ich bin unruhig.“, „Ich bin nervös.“ oder „Ich bin überreizt.“ Items zur Eigenschaftskomponente von Angst sind sehr ähnlich formuliert. Allerdings wird der Proband in der Testinstruktion hier dazu aufgefordert, nicht mehr sein gegenwärtiges Befinden zu beschreiben, sondern anzugeben, wie er sich im allgemeinen fühlt.

Dazu stehen ihm, ebenso wie bei der Einschätzung der aktuell empfundenen State-Angst, pro Item vier Antwortmöglichkeiten (fast nie, manchmal, oft, fast immer) zur Auswahl. Von diesen Möglichkeiten soll er die auf ihn zutreffendste Aussage ankreuzen.

Gütekriterien

Die Skalen erfüllen die wesentlichen Kriterien, die üblicherweise bei vergleichenden Bewertungen von Verfahren zur Zustands- und Eigenschaftsmessung zugrunde gelegt werden (Spielberger, 1972).

Studien zur konvergenten Validität ergeben im Durchschnitt Koeffizienten von $r = .80$; die Korrelationen der Skalen mit verschiedenen anderen Verfahren zur Angstmessung liegen zwischen $r = .73$ und $r = .90$ (Spielberger et al., 1970).

Die kriteriumsbezogene Validität wurde von den Autoren überprüft und als zufriedenstellend befunden. Die innere Konsistenz des STAI liegt bei $r = .90$ für beide Skalen.

Die Retest-Reliabilität nach 63 Tagen liegt für die State-Messung mit $r = .22$ bis $r = .53$ erwartungsgemäß niedriger als für die Trait-Messung mit $r = .77$ bis $r = .90$.

Normen bzgl. der Trait-Angst sind im Testmanual des STAI in Form von T-Werten, Stanine-Werten und Prozenträngen getrennt für Männer und Frauen angegeben.

Referenzwerte für verschiedene klinische Stichproben und studentische Stichproben sind ebenfalls dokumentiert.

6.7 Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

Kurzbeschreibung

Ziel des State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventars von P. Schwenkmezger, V. Hodapp und C.D. Spielberger (1992) stellt eine ökonomische und genaue Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck dar. Beim STAXI handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das zur Ergänzung der Persönlichkeitsdiagnostik, allgemein sozialpsychologischen Diagnostik und

als Begleitmessung in der Psychotherapie verwendet wird. Es erfaßt sowohl die Zustandskomponente von Ärger (State-Anger) als auch die Eigenschaftskomponente von Ärger (Trait-Anger). Grundlage der deutschsprachigen Version des Fragebogens ist die amerikanische Fassung des Fragebogens STAXI von C.D. Spielberger (1988). Diese wurde von Schwenkmezger, Hodapp und Spielberger neu überarbeitet. Die resultierende deutsche Version umfaßt 44 Items, die fünf Skalen abbilden.

Die erste Skala beschreibt den **Zustandsärger**, d.h. das momentane Ärgerempfinden. Es werden verschiedene Komponenten des Ärgerzustandes umschrieben: die physiologische, die ausdrucksbezogene, die motorisch-verhaltensmäßige, die subjektiv-erlebte und die kognitive Komponente.

Die zweite Skala erfaßt die **Eigenschaftskomponente des Ärgers**, d.h. die zeitlich überdauernde Neigung, Ärger vermehrt und/oder besonders intensiv zu empfinden. Dabei wird zwischen dem Temperaments- und dem Verhaltensaspekt unterschieden.

Die drei weiteren Skalen beziehen sich auf den Ärgerausdruck, d.h. die Art und Weise, wie mit erlebten Ärger umgegangen wird. Dabei wird unterschieden zwischen 1. **Anger-In**, dem Unterdrücken und Verbergen von Ärgerausdruck bzw. der Lenkung des Ärgers nach innen, 2. **Anger-Out**, dem Ausleben von Ärger in Form von nach außen hin sichtbarem Verhalten und 3. **Anger-Control**, dem Versuch, Ärgerentstehung und Ärgererleben zu kontrollieren. Zum besseren Verständnis ist für jede der drei Ausdrucksskalen ein Beispielimitem angeführt:

- Anger-In: „Ich koche innerlich, zeige es aber nicht.“
- Anger-Out: „Ich mache Dinge wie Türen zuschlagen.“
- Anger-Control: „Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren.“

Das STAXI findet in der klinischen Diagnostik, insbesondere in der Psychosomatik, der Verlaufsmessung in Therapieevaluationsstudien und auch in grundwissenschaftlichen Untersuchungen Verwendung.

Gütekriterien

Die Interne Konsistenz (Cronbach`s Alpha) der einzelnen Skalen liegt zwischen .71 und .95, was sehr befriedigend ist. Bezogen auf ein Zeitintervall von acht Wochen ergaben sich Werte der Retest-Reliabilität von $r = .55$ bis $r = .76$. Es liegen zahlreiche Untersuchungen zur konvergenten und divergenten Validität vor, die im Testmanual (P. Schwenkmezger et al., 1992) aufgeführt sind. Die Validierung der Skalen im psychosomatischen Bereich wurde

durch diverse Studien, z.B. Prökel (1989), umgesetzt. Die Konstruktvalidität wird u.a. durch eine Studie von Schwenkmezger & Hodapp (1986) gestützt. Zur Auswertung sind alters- und geschlechtsspezifische Stanine- und Prozentrangwerte angegeben.

6.8 Fragebogen zu Scham- und Schuldgefühlen (SSF)

Kurzbeschreibung

Für die Dissertation wurde in Anlehnung an das Format des STAI und das STAXI ein Fragebogen mit 32 Items entworfen, die Scham- und Schuldgefühle der Probanden explorieren. Die Items sind als Aussagen formuliert, die die Neigung, Schuld bzw. Scham zu empfinden (Eigenschaftskomponente), erfassen. Die Patienten beantworten die Items anhand einer vierstufigen Skala (fast nie; manchmal; oft; fast immer). Da keine Normierungen vorliegen, wurden ausschließlich die Rohwerte zur weiteren Datenanalyse verwendet. Aus den Items wird dazu je ein Summenscore für Schuld- bzw. Schamgefühle gebildet. Dabei entsprechen die Antwortmöglichkeiten folgenden Punktwerten: fast nie = ein Punkt, manchmal = zwei Punkte, oft = drei Punkte und fast immer = vier Punkte. Die Items sind sowohl positiv als auch negativ formuliert, um den Einfluß von Antworttendenzen zu mindern. Der Fragebogen ist dieser Arbeit im Anhang A beigelegt.

6.9 Eating-Disorder-Inventory-2 (EDI-2)

Kurzbeschreibung

Das Eating-Disorder-Inventory-2 von A. Thiel et al. (1997) ist ein Instrument zur Selbstbeurteilung des eigenen Eßverhaltens und weiteren für Eßstörungen relevanten Erlebens- und Verhaltensweisen. Aus den insgesamt 91 Items des EDI werden folgende elf Skalen gebildet:

1. **Schlankheitsstreben**, z.B. „Ich denke über Diäten nach.“
2. **Bulimie**, z.B. „Ich stopfe mich mit Essen voll.“, „Ich esse, wenn ich beunruhigt bin.“
3. **Körperliche Unzufriedenheit**, z.B. „Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.“
4. **Ineffektivität**, z.B. „Ich fühle mich als Mensch unfähig.“, oder „Ich fühle mich allein auf dieser Welt.“

5. **Perfektionismus**, z.B. „Nur Bestleistungen sind in meiner Familie gut genug.“, „Meine Eltern haben Hervorragendes von mir erwartet.“
6. **Zwischenmenschliches Mißtrauen**, z.B. „Es fällt mir schwer, anderen gegenüber meine Gefühle auszudrücken.“
7. **Interozeption**, z.B. „Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.“, „Ich nehme meine Gefühle genau wahr.“
8. **Angst vor dem Erwachsenwerden**, z.B. Ich wünschte, ich wäre jünger.“, „Die Kindheit ist die glücklichste Zeit im Leben.“
9. **Askese**, z.B. „Ich schäme mich meiner menschlichen Schwäche.“, „Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle.“
10. **Impulsregulation**, z.B. „Ich neige zu Zorn- und Wutausbrüchen.“, „Andere Menschen würden mich als leicht reizbar beschreiben.“
11. **Soziale Unsicherheit**, z.B. „Ich habe das Gefühl, daß ich überall schlecht wegkomme.“, „Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen.“, „Ich bin den meisten Menschen gegenüber kontaktfreudig.“

Die Probanden beantworten die Items anhand einer sechsstufigen Skala (nie, selten, manchmal, oft, normalerweise, immer). Der EDI-2 ist die Übersetzung des gleichnamigen englischsprachigen Fragebogens von Garner (1991). Er dient der Erfassung von Symptomen, die typisch, aber nicht spezifisch für Eßstörungen sind. Demnach eignet er sich nicht zur Diagnosenstellung einer Eßstörung. Sein Zweck liegt vielmehr in der Erstellung eines Symptomprofils und in der Möglichkeit zur Verlaufsmessung. Die Items sind sowohl positiv als auch negativ formuliert. Zur Auswertung sind für die elf Skalen Perzentilwerte angegeben. Gleiches gilt für den Gesamtwert des EDI, der als Summenscore aus den elf Skalen ermittelt wird. Die Perzentilwerte sind getrennt für Männer und Frauen dokumentiert.

Gütekriterien

Die Items des EDI verfügen mit Ausnahme von zwei Items, über eine hinreichend hohe Trennschärfe ($> .40$). Die Reliabilität kann als bestätigt gelten. Die Kriteriumsvalidität ist ebenfalls gegeben, alle Skalen des EDI diskriminieren signifikant zwischen den drei Eßstörungen Anorexie, Bulimie und Binge Eating Disorder. Als Übersicht zu Studien hinsichtlich der Reliabilität und Validität des EDI wird auf die Arbeit von Garner (1991) verwiesen.

6.10 Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R

Kurzbeschreibung

Die revidierte Fassung des Freiburger Persönlichkeitsinventars von Fahrenberg, Hampel & Selg (1985, 1989) ist ein mehrdimensionales klinisches Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften. Bereits in der dritten Auflage von 1978 stellte das FPI eines der im deutschen Sprachraum am meisten verbreiteten klinischen Persönlichkeitsverfahren dar. Die hier verwendete revidierte Fassung von 1985 besteht aus insgesamt 138 Items, die zwölf Skalen zugeordnet werden. Zehn Skalen bestehen aus jeweils zwölf Items, zwei sogenannte Zusatzskalen aus jeweils 14 Items. Die Skalen tragen die folgenden Benennungen:

1. **Lebenszufriedenheit:** lebenszufrieden, gute Laune, zuversichtlich vs. unzufrieden, bedrückt, negative Lebenseinstellung.
2. **Soziale Orientierung:** sozial verantwortlich, hilfsbereit, mitmenschlich vs. Eigenverantwortung in Notlagen betonend, selbstbezogen, unsolidarisch.
3. **Leistungsorientierung:** leistungsorientiert, aktiv, schnell handelnd, ehrgeizig konkurrierend vs. wenig leistungsorientiert oder energisch, wenig ehrgeizig konkurrierend.
4. **Gehemmtheit:** gehemmt, unsicher, kontaktscheu vs. ungezwungen, selbstsicher, kontaktbereit.
5. **Erregbarkeit:** erregbar, empfindlich, unbeherrscht vs. ruhig, gelassen, selbstbeherrscht.
6. **Aggressivität:** aggressives Verhalten, spontan und reaktiv, sich durchsetzend vs. wenig aggressiv, kontrolliert, zurückhaltend.
7. **Beanspruchung:** angespannt, überfordert, sich oft im Streß fühlend vs. wenig beansprucht, nicht überfordert, belastbar.
8. **Körperliche Beschwerden:** körperliche Beschwerden, viele Beschwerden, psychosomatisch gestört vs. wenige Beschwerden, psychosomatisch nicht gestört.
9. **Gesundheitssorgen:** Furcht vor Erkrankung, gesundheitsbewußt, sich schonend vs. wenig Gesundheitssorgen, gesundheitlich unbekümmert, robust.
10. **Offenheit:** offenes Zugeben kleiner Schwächen und alltäglicher Normverletzung, ungeniert, unkonventionell vs. an Umgangsnormen orientiert, auf guten Eindruck bedacht, mangelnde Selbstkritik, verschlossen.

Zusatzskalen:

1. **Extraversion:** extravertiert, gesellig, impulsiv, unternehmungslustig vs. introvertiert, zurückhaltend, überlegt, ernst.

2. **Emotionalität:** emotional labil, empfindlich, ängstlich, viele Probleme und körperliche Beschwerden vs. emotional stabil, gelassen, selbstvertrauend, lebenszufrieden.

Zu sämtlichen Items ist ein dichotomer Antwortmodus vorgegeben: „stimmt“ vs. „stimmt nicht“. Die Bearbeitung des FPI kann gruppenweise oder einzeln durchgeführt werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 10 bis 30 Minuten. Als Anwendungsbereich nennen Fahrenberg et al. (1989) die vergleichende Beschreibung von Individuen und Kollektiven im normalgesunden und klinischen Bereich.

Gütekriterien:

Im Hinblick auf die Trennschärfe variieren die Gütekoeffizienten des FPI zwischen $r_{it} = .37$ und $r_{it} = .50$. Die Maße für die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) schwanken zwischen $.71$ und $.84$, was als befriedigend gelten kann. Hinsichtlich seiner Durchführung und Auswertung kann das Verfahren als objektiv angesehen werden. Die Retest-Reliabilität des FPI wurde anhand einer Stichprobe von $n = 103$ Probanden nach der Zeitdauer eines Jahres ermittelt. Die Koeffizienten liegen zwischen $r_{tt} = .47$ und $r_{tt} = .85$. Zu den Skalen wurden Beweise der Konstruktvalidität gesammelt, z.B. Fahrenberg (1987). Weitere Validitätsnachweise liefern die Untersuchungen von Schmidt & König (1986) und Pfingstmann & Baumann (1987). Normwerte werden im Testmanual getrennt für Männer und Frauen für vier Altersbereiche (16 -24 Jahre, 25 -44 Jahre, 45 -59 Jahre, 60 Jahre und älter) angegeben.

6.11 Strukturiertes Klinisches Interview; Achse-II Störungen (SKID II)

Kurzbeschreibung

Das Strukturierte Klinische Interview für Achse-II-Störungen für DSM-IV (SKID II) wird in seiner deutschsprachigen Fassung (Dt. Bearbeitung H.-U. Wittchen, M. Zaudig und T Fydrich, 1997) zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten und stationären Patienten im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich eingesetzt. Es ist ein zweistufiges Verfahren, das sich aus einem Fragebogen und einem darauf folgenden Interview zusammensetzt.

Im Fragebogen sind die Kriterien des DSM-IV zu den jeweiligen Persönlichkeitsstörungen als Items formuliert. Er dient als Screening für die zwölf Persönlichkeitsstörungen der Achse II

des DSM-IV. Im nachfolgenden Interview wird dann auf die Kriterien/Items eingegangen, die vom Patienten im Fragebogen mit „ja“ beantwortet wurden. Die Items, die mit „nein“ beantwortet wurden werden im Interview nur dann aufgegriffen, wenn der Interviewer vermutet, daß sie entweder falsch verstanden wurden, oder daß das Kriterium trotz Verneinung des Items erfüllt ist. Ansonsten werden die Kriterien, denen verneinte Items zugrunde liegen, automatisch als „nicht erfüllt“ bewertet.

Das Vorliegen einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen unterliegt dem klinischen Urteil des interviewenden Therapeuten. Überschreitet die Anzahl der diagnostizierten Kriterien den im SKID II für jede der Persönlichkeitsstörungen festgelegten Cut-off-Wert, so kann die Diagnose der jeweiligen Persönlichkeitsstörung vergeben werden. Allerdings nur, wenn die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV ebenfalls erfüllt sind (siehe Kapitel 1). Beurteilt werden im SKID-II-Interview die Qualität eines Persönlichkeitsmusters, die Stabilität der Persönlichkeitszüge über die Zeit, deren Abweichung von den gesellschaftlichen Normen und das Ausmaß an subjektiven Leiden. Oft ist zusätzlich zum diagnostischen Interview die Erhebung fremdanamnestischer Daten notwendig.

Sollten die Kriterien mehrerer Persönlichkeitsstörungen erfüllt sein, so werden diese geordnet nach ihrer Wichtigkeit aufgeführt. Wurden zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung eine bzw. mehrere Achse-I-Diagnosen gestellt, ist der Konsultationsgrund bzw. die Hauptdiagnose zu identifizieren. Sollte beim Vorliegen einer Achse-I-Störung bereits vorher eine langjährige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sein, so ist diese mit dem Zusatz „prämorbid“ zu kennzeichnen. Die Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung muß auf dem Hintergrund kultureller, ethnischer und sozialer Aspekte geschehen. So sind z.B. Anpassungsprobleme im Rahmen einer Einwanderung nicht als Persönlichkeitsstörung zu bewerten.

Persönlichkeitsstörungen werden in der Regel erst ab dem 18. Lebensjahr des Klienten diagnostiziert, da die Persönlichkeitsentwicklung vorher noch nicht in dem Maße fortgeschritten ist, daß man von einer Störung der Persönlichkeit sprechen könnte. Eine Ausnahme stellt das Vorliegen von massiven unangepaßten Persönlichkeitszügen und Verhaltensmustern dar, die über eine Dauer von mindestens einem Jahr und unabhängig von spezifischen Entwicklungsphasen bei Heranwachsenden oder Jugendlichen auftreten. In diesem Fall ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung schon vor dem 18. Lebensjahr zulässig. Diese Ausnahmeregelung gilt nicht für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, die in jedem Fall erst ab dem 18. Lebensjahr des Klienten diagnostiziert werden darf.

Einige Persönlichkeitsstörungen nehmen in der Intensität ihrer Symptomatik mit fortgeschrittenem Lebensalter ab. Dies trifft z.B. für die Antisoziale und die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu, während dies bei anderen Persönlichkeitsstörungen, wie z.B. der Zwanghaften und der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung nicht der Fall ist. Auch dies gilt es im Interview zu berücksichtigen.

Gütekriterien

Die Gütekriterien beziehen sich somit vor allem auf die Reliabilität, Anwendbarkeit und Effizienz des Verfahrens. Diese liegt in vielen Studien im zufriedenstellenden Bereich. Die wichtigsten Arbeiten in diesem Bereich sind u.a. diejenigen von Williams et al. (1992), Segal et al. (1993) und First et al. (1995).

Zum Großteil beziehen sich diese Arbeiten auf die Überprüfung der Gütekriterien des DSM-III-R. Da sich jedoch (insbesondere hinsichtlich der Kriterien der Borderline-Störung) zwischen den beiden Versionen DSM-III-R und DSM-IV nicht viel verändert hat, sind ähnliche Ergebnisse auch für die Güte des DSM-IV (APA, 1994) zu erwarten (Wittchen et al., 1997). Das SKID-II ermöglicht dem geschulten Interviewer demnach eine schnelle und valide Diagnosenstellung nach DSM-IV.

7. Faktorstruktur der Borderline-Kriterien

7.1 Theoretischer Hintergrund

Derzeit ist es nach dem DSM-IV (APA, 1994) auf sehr viele verschiedene Arten möglich, die Diagnose einer Borderline-Störung zu stellen. Rein rechnerisch bestehen bereits 126 unterschiedliche Möglichkeiten, fünf von neun Kriterien (und damit die Diagnose) zu vergeben. Durch die Variation der Kriterien (Kriterien eins - neun) und der Kriterienanzahl (fünf bis neun erfüllte Kriterien) erhöht sich diese Zahl von 126 auf über 250.

Die aus diesem Sachverhalt resultierende Heterogenität der Borderline-Störung ist sowohl für die Diagnostik als auch für die therapeutische Praxis wenig zufriedenstellend.

Durch eine Veränderung der diagnostischen Entscheidungsregeln ließe sich diese Heterogenität eingrenzen. Grundlage einer solchen Veränderung, wie z.B. eine Auswahl oder Gewichtung der Kriterien, wäre die Faktorisierung der Kriterien in einem mehrdimensionalen Modell.

Dann wäre es beispielsweise denkbar, den Kriterien ein höheres Gewicht in der Diagnosenstellung zuzuordnen, die auf den ermittelten Faktoren am höchsten laden und somit die meiste Varianz aufklären.

Eine andere Überlegung wäre die Bildung von Subgruppen innerhalb der Borderline-Störung anhand der Faktoren. Dann wären Folgerungen für eine differenziertere Therapieplanung dieser Subgruppen ableitbar.

Im Falle eines unidimensionalen Modells wäre eine Veränderung der Entscheidungsregeln anhand der diagnostischen Effizienz der einzelnen Kriterien zu begründen.

In beiden Fällen erhielte man Informationen und Anhaltspunkte über die Struktur und mögliche zugrundeliegende Mechanismen und komplexen Basisprozesse der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Überlegungen zu der internen Struktur der Borderline-Störung wurden bereits für das DSM-III und DSM-III-R (APA, 1983/87) angestellt. Durch die Hinzunahme eines zusätzlichen Kriteriums der Borderline-Störung im DSM-IV (APA, 1994) stellt sich die Frage nach einer Veränderung der diagnostischen Entscheidungsregeln erneut und mit zunehmender Dringlichkeit. Die Heterogenität des Störungsbildes steigt mit jedem zusätzlichen Kriterium. Das führt zu einer zunehmend differenzierten, aber auch zunehmend aufwendigen und uneinheitlichen Definition der Borderline-Störung.

7.2 Forschungsstand

Bemerkenswerte Studien zur internen Struktur der Borderline-Störung nach DSM-III und DSM-III-R sind v.a. die Arbeiten von Rosenberg & Miller (1989), Clarkin et al. (1993) und Sanislow et al. (2000). Im Hinblick auf die Faktorisierung der Borderline-Kriterien des DSM-IV sind die Arbeiten von Fossati et al. (1999) und Sanislow et al. (2002) hervorzuheben. Bis auf die Studie von Fossati (1999) plädieren alle der genannten Studien für ein mehrfaktorielles Strukturmodell der Borderline-Störung.

(A) **Rosenberg & Miller** (1989) ermitteln in ihren Analysen zwei Faktoren, die durch die acht Kriterien der Borderline-Störung des DSM-III gebildet werden. Der erste Faktor erfaßt die Aspekte der interpersonalen Störung und der Identitätsstörung. Der zweite Faktor beinhaltet die Komponenten der gestörten Verhaltens- und Affektregulation.

(B) **Clarkin et al.** (1993) beschreiben drei Faktoren: 1. Interpersonale Störung und Identitätsstörung, 2. Affektivität (inklusive Suizidalität und Selbstverletzungen) und 3. Impulsivität. Zwischen den Faktoren bestehen jedoch deutliche korrelative Zusammenhänge, insbesondere in bezug auf die Impulsivität. Somit ist die von den Autoren ermittelte Struktur der Borderline-Störung wenig prägnant. Die Faktoren sind nicht voneinander unabhängig, wodurch das Modell an Aussagekraft verliert.

(C) **Sanislow et al.** (2000) nennen ebenfalls drei Faktoren als Strukturmodell der Borderline-Kriterien des DSM-III-R. Die Zuordnung der einzelnen Kriterien zu den Faktoren ist allerdings eine andere als bei Clarkin et al. (1993). Die drei Faktoren werden von Sanislow et al. benannt als 1. „Disturbed relatedness“ (Instabile Beziehungen, Identitätsstörung und Chronische innere Leere), 2. Verhaltensdysregulation (Selbstverletzungen und Impulsivität) und 3. Gestörte Affektivität (Verzweifertes Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden; emotionale Labilität; Wutausbrüche, intensives Wuterleben und/oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren).

(D) In ihrer zweiten Studie zur Faktorstruktur der Borderline-Kriterien (jetzt nach DSM-IV) kommen **Sanislow et al.** (2002) mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse zu folgendem Ergebnis: Die Struktur der drei Faktoren wird durch ihre neuen Ergebnisse nochmals bestätigt. Die Namen der Faktoren und die zugehörigen Kriterien sind ebenfalls die gleichen geblieben. Die einzige Veränderung ergibt sich aus der Hinzunahme des neunten Kriterium nach DSM-IV. Dieses Kriterium (streßabhängige, reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse) wird dem ersten Faktor („Disturbed relatedness“) zugeordnet. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, daß zwischen den Faktoren hohe Interkorrelationen bestehen. Gleiches galt bereits für die Studie von Clarkin et al. (1993). Sanislow et al. (2002) schließen

deshalb auch ein eindimensionales Modell der Störung nicht aus. Obwohl die Autoren dem Drei-Faktoren-Modell den Vorrang geben, betonen sie explizit die Möglichkeit, die mehrdimensionale und eindimensionale Perspektive zu verbinden. Ein gegenseitiger Ausschluß der Modelle scheint ihnen u.a. aufgrund der Stichprobenabhängigkeit der Ergebnisse verfrüht. Eine gegenseitige Ergänzung könnte ihrer Meinung nach ein sinnvoller Schritt in eine differenzierte Diagnostik, Therapieplanung und -umsetzung sein.

(E) Die bislang einzige Studie, die mittels Berechnung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse ein eindimensionales Konzept der Borderline-Störung nach DSM-IV favorisiert, ist die Studie von **Fossati et al.** (1999). Die Borderline-Störung ist nach den Ergebnissen dieser Studie ein singuläres Konstrukt und nicht anhand mehrerer Faktoren darstellbar. Die Autoren verweisen jedoch auf die Möglichkeit sogenannter „natürlicher Subgruppen“ innerhalb des eindimensionalen Konstruktes. So schlagen sie z.B. einen dimensional Gradienten von Impulsivität und Ärgermißkontrolle vor. Die Ergebnisse ihrer Studie scheinen durchaus mit denen von Sanislow et al. (2002) vereinbar.

7.3 Fragestellung und Hypothesen

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Frage, welches der beiden unter 7.2 vorgestellten Grundmodelle durch die vorliegenden Daten bestätigt wird. Mittels Faktorenanalyse wird geprüft, ob in der eigenen Untersuchung das ein- oder das mehrdimensionale Modell der Borderline-Störung überzeugt.

Anschließend werden Schritte für denkbare Veränderungen in den diagnostischen Entscheidungsregeln entworfen. Die Integrationsmöglichkeit der beiden Modelle wird diskutiert und hypothetisch in ein Bedingungsmodell eingebunden.

7.4 Methoden

7.4.1 Stichprobe und Patienten

An der Untersuchung nahmen insgesamt 161 Patienten teil. Davon erfüllen 56 Patientinnen die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (APA, 1994). Es handelt sich demnach um eine Stichprobe ausschließlich weiblicher Borderline-Patienten. Die Anzahl männlicher Borderline-Patienten war im Vergleich zu der Anzahl weiblicher Borderline-Patienten sehr gering, so daß darauf verzichtet wurde, eine gemischte Stichprobe zu bilden. Aufgrund des ungleichen Verhältnisses männlicher zu weiblichen Probanden wäre es nicht

möglich gewesen, eine Aussage für Borderline-Patienten allgemein, d.h. für beide Geschlechter, aus den Ergebnissen der Untersuchungen abzuleiten (siehe hierzu auch Kapitel 13).

Demographische Daten und Ausschlußkriterien

Als Ausschlußkriterien galten das Vorliegen einer schwerwiegenden hirnrorganischen Erkrankung sowie psychotische Störungen. Die Diagnosen wurden anhand des SKID I und SKID-II-Interviews erhoben und richten sich somit nach den Bestimmungen des DSM-IV (APA, 1994).

Das Alter der Patienten liegt zwischen 18 und 71 Jahren. Die Borderline-Patientinnen waren im Durchschnitt signifikant jünger, wobei die stationären Borderline-Patientinnen nochmals signifikant jünger waren als die ambulanten Borderline-Patientinnen. Der Altersdurchschnitt in der Gesamtstichprobe lag bei 38,9 Jahren.

In der Borderline-Gruppe lag er bei 31,5 Jahren, in der ambulanten Gruppe der Borderline-Patientinnen bei 34,8 Jahren und in der stationären Borderline-Gruppe bei 28,5 Jahren.

Die weiblichen Patienten der Nicht-Borderline-Gruppe waren mit einem Altersdurchschnitt von 44,2 Jahren nicht signifikant älter als die männlichen Patienten der Stichprobe. Diese waren im Durchschnitt 41,3 Jahre alt (Zur Altersverteilung in den Subgruppen siehe Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1

	M	Altersspanne	SD	Varianz
Gesamtstichprobe (n = 161)	38,9*	18 -71	12,1	146,2
Borderline-Gruppe (n = 56)	31,5	18 -54	9,4	88,2
Nicht-Borderline-Gruppe (n = 105)	42,8	18 -71	11,5	133,2
Ambulante Borderline-Gruppe (n = 27)	34,8	19 -54	9,1	82,0
Stationäre Borderline-Gruppe (n = 29)	28,5	18 -53	8,8	77,3
Weibliche Pbn. der Nicht-BPS-Gruppe (n = 57)	44,2	18 -71	11,7	136,7
Männliche Pbn. der Nicht BPS-Gruppe (n = 48)	41,3	19 -69	11,3	120,4

Tabelle 7.1: Altersverteilung in den Patientenstichproben. * Die Werte entsprechen Altersangaben in Jahren.

Die Borderline-Patientinnen, die an der Studie teilnahmen, waren in stationärer oder ambulanter Behandlung in den SHG-Kliniken Sonnenberg in Saarbrücken⁵. Die 105 Nicht-Borderline-Patienten der klinischen Vergleichsstichprobe waren in stationärer Behandlung auf einer der psychiatrischen Stationen der SHG-Kliniken Sonnenberg.

⁵ Psychiatrische Abteilung der SHG-Kliniken Sonnenberg, Akademisches Lehrkrankenhaus; Sonnenbergstraße, 66119 Saarbrücken. SHG: Saarland Heilstätten GmbH.

Erstdiagnosen

Eine Übersicht der vergebenen Erstdiagnosen nach DSM-IV ist in Tabelle 7.2 dargestellt. Die Angaben in der Tabelle entsprechen den prozentualen Verteilungen der Diagnosen in den jeweiligen Unterstichproben.

Wie aus der Tabelle ersichtlich, wurde bei 45,6 Prozent der weiblichen Patienten der Nicht-Borderline-Gruppe eine depressive Störung diagnostiziert. Damit ist die depressive Störung bei Frauen ohne Borderline-Störung die häufigste Diagnose. An zweiter Stelle steht die Diagnose der Suchtstörung (40,3%). Seltener wurden eine Angststörung (8,8%) oder eine Akute Belastungsreaktion (5,3%) diagnostiziert. Bei den männlichen Patienten ohne Borderline-Störung überwiegt die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit bzw. Suchtstörung (68,7%). Ungefähr gleich häufig wurde bei den männlichen Patienten eine Angststörung (10,4%) bzw. eine Depression (12,5%) diagnostiziert. Eine Akute Belastungsreaktion wurde in 8,3% der Fälle diagnostiziert.

Tabelle 7.2

	Nicht-BPS-Gruppe (w) N = 57	Nicht-BPS-Gruppe (m) N = 48	Gesamtgruppe (BPS+ Nicht-BPS) N = 161
Depression	45,6*	12,5	19,9
Suchtstörung	40,3	68,7	34,8
Angststörung	8,8	10,4	9,5
Akute Belastungsreaktion	5,3	8,3	6,7
BPS	-	-	34,8

Tabelle 7.2: Prozentuale Verteilung der Erstdiagnosen innerhalb der Gesamtstichprobe. BPS = Borderline Persönlichkeitsstörung. * Die Werte entsprechen Prozentangaben.

In der Gesamtstichprobe wurde bei 34,8% der Patienten die Diagnose Suchtstörung vergeben. Die anderen Diagnosen der Achse I des DSM-IV wurden seltener vergeben: Depression in 19,9 % der Fälle, Angststörung in 9,5 % und Akute Belastungsreaktion in 6,7% der Fälle. Andere Störungen der Achse I wurden wesentlich seltener bzw. nicht diagnostiziert und daher nicht in die Stichprobe aufgenommen. Der Anteil der Borderline-Patientinnen in der Gesamtstichprobe beträgt 34,8%.

Zweitdiagnosen auf Achse II

Bei 24 (22,8%) der Patienten ohne Borderline-Störung wurde komorbid eine Zweitdiagnose auf der Achse II des DSM-IV gestellt (siehe Tabelle 7.3). Es wurde viermal die Diagnose Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (3,8%), einmal Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (1%), viermal Depressive Persönlichkeitsstörung (3,8%), einmal Schizoide Persönlichkeitsstörung (1%), siebenmal Störung des Sozialverhaltens im Kindes-

und Jugendalter (6,7%) und siebenmal die Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung (6,7%) vergeben (Tabelle 7.3). Bei den Borderline-Patientinnen wurden insgesamt mehr komorbide Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert als bei den Patienten ohne Borderline-Störung.

Insbesondere bzgl. der Persönlichkeitsstörungen des Clusters C zeigen sich deutliche Unterschiede. Bei 32,1 % der Borderline-Patientinnen wurde die Zweitdiagnose einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und in 17,9 % der Fälle die Zweitdiagnose einer Depressiven Persönlichkeitsstörung gestellt. Beide Persönlichkeitsstörungen werden in der Gruppe der Borderline-Patientinnen signifikant häufiger vergeben als in der Gruppe der Nicht-Borderliner. Andere Persönlichkeitsstörungen wurden erheblich seltener diagnostiziert: in 1,8 % der Fälle wurde eine Dependente Persönlichkeitsstörung, in je 3,6 % eine Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Schizotype Persönlichkeitsstörung, in 1,8% eine Schizoide Persönlichkeitsstörung, in 5,4% eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend und in 1,8 % eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Tabelle 7.3

	N = 161 (Gesamtstichprobe)		N = 105 (Nicht-BPS-Patienten)		N = 56 (BPS-Patientinnen)	
	M*	% gegeben	M	% gegeben	M	% gegeben
Persönlichkeitsstörungen (PS)						
Vermeidend-Selbstunsichere PS	1,27	13,7	1,10	3,8	1,64	32,1
Dependente PS	1,01	0,6	1,0	0,00	1,04	1,8
Zwanghafte PS	1,04	1,9	1,02	1,0	1,07	3,6
Negativistische PS	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Depressive PS	1,17	8,7	1,08	3,8	1,36	17,9
Paranoide PS	1,02	1,2	1,00	0,00	1,00	0,00
Schizotypische	1,00	0,00	1,00	0,00	1,07	3,6
Schizoide PS	1,01	1,2	1,01	1,0	1,02	1,8
Histrionische PS	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Narzißtische	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Borderline PS (BPS)	1,70	34,8	1,00	0,00	3,0	100
Störung des Sozialverhaltens (Ki. & Jugendl.)	1,12	6,2	1,13	6,7	1,11	5,4
Antisoziale PS	1,10	5,0	1,13	6,7	1,04	1,8

Tabelle 7.3: Mittelwerte in den Entscheidungskriterien der Persönlichkeitsstörungen (SKID-II: PS gegeben ja/nein) sowie prozentuale Verteilung der Persönlichkeitsstörungen. * Max. = 3, Min. = 1.

Borderline-Diagnostik

Im Hinblick auf die jeweils diagnostizierte Anzahl der Borderline-Kriterien setzen sich die einzelnen Unterstichproben wie folgt zusammen: Innerhalb der Gruppe der Borderline-Patientinnen sind durchschnittlich 7,14 von neun Kriterien der Borderline-Störung erfüllt. In der Gruppe der Nicht-Borderline-Patienten wurden durchschnittlich 0,49 Borderline-Kriterien diagnostiziert. In der Gesamtstichprobe ergibt sich ein Durchschnittswert von 2,89 erfüllten

Borderline-Kriterien. Die Mittelwerte, Varianzen, Standardabweichungen und Standardfehler hierzu sind in Tabelle 7.4 dargestellt.

Wie aus der Tabelle deutlich wird, wird das Kriterium 6 (Affektive Instabilität) in der Gruppe der Borderline-Patienten am häufigsten diagnostiziert ($M = 2,96$), wohingegen das Kriterium 7 (Chronisches Gefühl der inneren Leere) am seltensten auftritt ($M = 1,93$). Es ist das einzige Kriterium, dessen Mittelwert unter einen Wert von zwei fällt. Im Vergleich zu den anderen Kriterien wurde das erste Kriterium (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden) ebenfalls seltener diagnostiziert ($M = 2,25$).

Tabelle 7.4

Krit.	N = 56 (BPS-Patientinnen)				N = 105 (Nicht-BPS-Patienten)				N = 161(Gesamtstichprobe)			
	M	SD	Var	SE	M	SD	Var	SE	M	SD	Var	SE
1	2,25	.98	.96	.13	1,06	.33	.11	.03	1,47	.85	.73	.07
2	2,71	.71	.50	.09	1,08	.38	.15	.04	1,65	.94	.88	.07
3	2,86	.52	.27	.07	1,11	.47	.22	.05	1,72	.96	.93	.08
4	2,68	.74	.55	.10	1,21	.62	.38	.06	1,72	.96	.93	.08
5	2,57	.83	.69	.11	1,19	.59	.35	.06	1,67	.95	.90	.07
6	2,96	.27	.07	.04	1,11	.47	.22	.05	1,76	.97	.95	.08
7	1,93	1.01	1.01	.13	1,06	.33	.11	.03	1,36	.77	.59	.06
8	2,68	.74	.55	.10	1,15	.53	.28	.07	1,68	.95	.91	.07
9	2,64	.77	.60	.10	1,02	.20	.04	.02	1,58	.91	.83	.07

Tabelle 7.4: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Varianz (Var) und Standardfehler (SE) der BPS-Kriterien in der Gesamt-/Unterstichproben der BPS- bzw. Nicht-BPS-Gruppe. * Max. = 3, Min. = 1.

Selbstverletzende oder suizidale Verhaltensmuster (Kriterium 5) treten etwas häufiger auf ($M = 2,57$). Sie werden jedoch seltener diagnostiziert als die Kriterien 9 (Streßabhängige kurzfristige und reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse; $M = 2,64$), Kriterium 4 bzw. Kriterium 8 (Impulsivität bzw. unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren; $M = 2,68$), Kriterium 2 (Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind; $M = 2,71$) und Kriterium 3 (Identitätsstörung; $M = 2,86$).

In der Gruppe der Nicht-Borderline-Patienten ist das Kriterium 4 (Impulsivität; $M = 1,21$) das meistdiagnostizierte Borderline-Kriterium. Dies dürfte v.a. auf den hohen Anteil der Suchtpatienten zurückgehen. Da Substanzmißbrauch im SKID II als ein Beispiel für impulsives, potentiell schädigendes Verhalten angeführt wird, ist hier eine Überschneidung der Störungsbilder gegeben. Das Kriterium 9 (Streßabhängige kurzfristige und reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse; $M = 1,02$) wird in dieser Gruppe kaum diagnostiziert. Dissoziative Erfahrungen sind in dieser Patientengruppe extrem selten. Sie sind somit für diese Gruppe und insbesondere im Vergleich zu den Borderline-Patientinnen

untypisch. In der Stichprobe der Nicht-Borderliner sind die Mittelwerte aller Borderline-Kriterien niedriger als 1,22. Sie werden folglich insgesamt eher selten diagnostiziert.

Die Reihenfolge der Häufigkeiten, mit denen die Kriterien in dieser Stichprobe diagnostiziert wurden, weicht von der Reihenfolge in der Borderline-Gruppe ab. Im Gegensatz zur Borderline-Gruppe nehmen die Kriterien 3 und 6 hier nun nicht mehr die vorderste Stelle in der Häufigkeitsreihe ein, sondern eine mittlere. Nach dem vierten Kriterium an erster Stelle der Häufigkeitsreihe wurde in der Nicht-Borderline-Gruppe das fünfte Kriterium (Selbstschädigende und/oder suizidale Verhaltensmuster; $M = 1,19$) und dann an dritter Stelle das Kriterium 8 (Unangemessene, intensive Wut, oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren; $M = 1,15$) am häufigsten vergeben. Das Kriterium 9 ist von einer mittleren an die letzte Position in der Häufigkeitsreihe versetzt worden. Gemeinsam ist den beiden Gruppen, daß das erste Kriterium ($M = 1,06$) eine der hinteren Positionen in der Rangreihe einnimmt. Es scheint daher zur Abgrenzung der Borderline-Störung weniger gut geeignet zu sein (siehe auch Kapitel 8).

In Bezug auf die Borderline-Kriterien neigen Nicht-Borderline-Patienten (einer psychiatrischen Stichprobe) demnach am ehesten zu impulsiven, selbstverletzenden, suizidalen und wütenden Verhaltensmustern. Allerdings unterscheiden sich die Mittelwerte dieser Kriterien in den beiden Stichproben immer noch signifikant. Erwartungsgemäß wird jedes der neun Borderline-Kriterien signifikant häufiger bei den Borderline-Patienten diagnostiziert.

In der Gesamtstichprobe macht sich dies wie folgt bemerkbar: Am häufigsten wird das sechste Kriterium ($M = 1,67$) diagnostiziert. Am seltensten wurden das siebte Kriterium ($M = 1,36$) und das erste Kriterium ($M = 1,47$) vergeben. Relativ häufig wurden mit einem Mittelwert von 1,72 das dritte und das vierte Kriterium vergeben. Das achte Kriterium erhält einen Mittelwert von 1,68 und nimmt ebenfalls einen vorderen Platz in der Häufigkeitsreihenfolge ein. Die Kriterien zwei ($M = 1,65$) und fünf ($M = 1,67$) nehmen eine mittlere Plazierung ein.

Eine andere Art der Darstellung der Ergebnisse der Borderline-Diagnostik wird in Tabelle 7.5 angeführt. Überprüft wurde, welche Kriterien der Borderline-Störung die Patienten erfüllen, die eine bestimmte Anzahl von Kriterien aufweisen.

Beispielsweise wurde ermittelt, welche Kriterien die Patienten erfüllen, bei denen insgesamt fünf der neun Borderline-Kriterien diagnostiziert wurden. Gleiches wurde für die Patienten wiederholt, die kein, ein, zwei, drei ... neun Kriterien der Borderline-Störung erfüllen.

Tabelle 7.5

Anzahl erfüllter Kriterien	BPS1	BPS2	BPS3	BPS4	BPS5	BPS6	BPS7	BPS8	BPS9	Summe
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
1	1	3	3	4	3	2	2	1	-	19
2	1	-	-	4	3	2	-	4	-	7
3	1	1	3	2	3	2	-	2	1	5
4	-	-	-	1	1	-	1	1	-	1
5	2	3	3	4	3	5	1	2	2	5
6	6	8	10	8	5	10	2	10	7	11
7	8	14	16	14	13	17	9	14	14	17
8	13	17	17	15	17	17	8	15	17	17
9	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Summe	38	52	58	58	54	61	29	53	47	161

Tabelle 7.5: Diagnosehäufigkeiten der Borderline-Kriterien in der Gesamtstichprobe sowie Summe der Patienten, die eine bestimmte Anzahl von Borderline-Kriterien erfüllen.

Folgende Ergebnisse lassen sich dabei festhalten: 73 von insgesamt 161 Patienten (45,3%) erfüllen keines der Borderline-Kriterien. Nur sechs Patientinnen (3,7% der Gesamtstichprobe) erfüllen alle neun Kriterien der Borderline-Störung. Etwa 70 % der Nicht-Borderline-Gruppe, nämlich 73 von 105 Nicht-Borderlinern erfüllen kein Borderline-Kriterium. Die Häufigkeiten für die einzelnen Kriterien sind der Tabelle 7.5 zu entnehmen. Sie ergänzen die oben dargestellte Verteilung der Häufigkeit, mit der die jeweiligen Borderline-Kriterien in den Unterstichproben und in der Gesamtstichprobe diagnostiziert wurden.

7.4.2 Prozedur

Die Rekrutierung der Patienten verlief über die SHG-Kliniken Sonnenberg in Saarbrücken. Alle Patienten nahmen freiwillig an der Studie teil und wurden über die Ergebnisse der Diagnostik und die weitere Verwendung der Daten informiert.

In der Gruppe der Nicht-Borderline-Patienten füllten die Patienten zunächst den SKID-II-Fragebogen aus. Dieser war nachfolgend Grundlage des SKID-II-Interviews. Die Interviews wurden bei einer Teilstichprobe von $n = 40$ (je 20 Nicht-Borderliner und Borderlinerinnen) auf Tonband aufgenommen, um Interrater-Reliabilitäten⁶ zu bestimmen. Über die Aufnahmen waren die Patienten ebenfalls informiert.

Alle Interviews wurden von der gleichen Person (der Autorin der vorliegenden Dissertation) durchgeführt und dauerten im Durchschnitt etwa 1,5 Stunden. Items, die im Fragebogen mit „nein“ beantwortet wurden, wurden im nachfolgenden Interview nicht weiter exploriert und als nicht erfüllt gewertet. Die Bewertung der Kriterien unterlag den Kategorien „nicht

⁶ Besonderer Dank gilt Herrn Dr. K. Höschel, Leitender Psychotherapeut und Leiter des Borderline-Programms an den Kliniken Sonnenberg, der die Zweitratings der Tonbänder übernahm.

vorhanden“ (1 Punkt), „teilweise oder unterschwellig vorhanden“ (2 Punkte) und „Kriterium ist erfüllt“ (3 Punkte).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wurde dann vergeben, wenn die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt waren und die Anzahl der erfüllten Kriterien den jeweiligen Cut-off-Wert einer Persönlichkeitsstörung überschritt.

In der Borderline-Gruppe wurde ebenfalls das SKID-II-Interview (plus Fragebogen) durchgeführt. Darüber hinaus bearbeiteten die Patientinnen insgesamt zehn Fragebögen, die verschiedene Bereiche psychischer, psychosomatischer und physischer Symptome sowie Einstellungs- und Verhaltensmuster umfassen (siehe Tabelle 7.6).

Tabelle 7.6

Variable	Verfahren	Autor
Depressivität	Becks-Depressions Inventar (BDI)	Beck, A. T. (Dt. Bearbeitung von Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995)
Eßstörungen	Eating-Disorder-Inventary (EDI)	Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D. O. & Schüßler, G. (1997)
Angst	State-Trait-Angst-Inventar (STAI)	Laux, L., Glanzmann, Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981)
Ärger	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)	Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992)
Scham/Schuld	Scham-/Schuldfragebogen (SSF) Arbeitsinstrument	Dr. K. Höschel & K. Nienhaus (nicht veröffentlicht)
Dissoziationsneigung	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS).	Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999)
Belastung/Beschwerden	SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis	Franke, G.H. (Dt. Version; 1995)
Interpersonale Probleme	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version; IIP-D).	Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994)
Persönlichkeitsmerkmale	FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)	Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H.
Borderline-Persönlichkeitsstörung: ein Persönlichkeitsinventar	Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI).	Leichsenring, F. (1997).
Psychische Störung	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)	Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997).

Tabelle 7.6: Darstellung der in die Untersuchung eingehenden Variablen und diagnostischen Verfahren.

Dieses Fragebogenpaket war gleichzeitig ein Bestandteil der Eingangs- und Verlaufsdiagnostik des Behandlungsprogrammes für Borderline-Patienten der SHG-Kliniken Sonnenberg. Die einzelnen Fragebögen sind in Kapitel 6 beschrieben und hinsichtlich ihrer Gütekriterien beurteilt worden.

7.4.3 Statistische Auswertung

Alle statistischen Berechnungen wurden mit SPSS (Statistical Package for Social Sciences) erstellt. Zur Prüfung der Faktorenstruktur wurde eine Hauptkomponentenanalyse berechnet. Rotiert wurde nach der Varimax-Rotation. Die Faktoren wurden anhand zweier Entscheidungskriterien extrahiert.

Zum einen wurde die Anzahl der extrahieren Faktoren nach dem Eigenwertkriterium bestimmt, d.h. es wurden die Faktoren extrahiert, deren Eigenwert größer als eins war. Zum anderen galt der Verlauf der Eigenwerte (Scree-Test) als Entscheidungskriterium, d.h. bei einem deutlichen Abfall in der Varianzaufklärung durch zusätzliche Faktoren wurden diese nicht extrahiert.

7.5 Ergebnisse

Aufgrund der oben beschriebenen Entscheidungsregeln für die Faktorenextraktion resultierte eine Faktorenlösung mit einem einzigen Faktor (siehe Tabelle 7.7).

Tabelle 7.7

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen der quadrierten Faktorladungen f		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	5,811	64,566	64,566	5,811	64,566	64,566
2	.761	8,455	73,021			
3	.625	6,947	79,967			
4	.468	5,200	85,168			
5	.387	4,298	89,466			
6	.290	3,220	92,686			
7	.272	3,017	95,703			
8	.212	2,360	98,063			
9	.174	1,937	100,00			

Tabelle 7.7: Anfängliche Eigenwerte, Summe der quadrierten Faktorladungen für die Extraktion und aufgeklärte Varianz . Faktorenanalyse der Borderline-Kriterien in der Gesamtstichprobe (n = 161).

Der Eigenwert des ersten Faktors beträgt 5,811. Die Eigenwerte des zweiten und der weiteren Faktoren sind kleiner als eins (0,761 bzw. 0,625), so daß die Entscheidung, einen einzigen

Faktor zu extrahieren, gerechtfertigt ist. Zur gleichen Entscheidung kommt man mittels Scree-Test. Der Verlauf der Eigenwerte weist nach dem ersten Faktor einen deutlichen Knick auf, d.h. die Varianzaufklärung durch die nachfolgenden Faktoren ist wesentlich geringer. Die Varianzaufklärung des ersten Faktors ist mit 64,566 % als zufriedenstellend anzusehen.

Die Kriterien der Borderline-Störung laden dabei auf dem ersten Faktor wie in der untenstehenden Tabelle 7.8 angeführt. Jedes der neun Kriterien lädt hinreichend hoch ($>.47$; z.B. Beutel & Schubö, 1983) auf dem Faktor. Die Ladungen schwanken zwischen .910 und .590. Die durchschnittliche Ladungshöhe beträgt .686.

Tabelle 7.8

Borderline-Kriterien (BPS-Kriterien)	Komponente 1
BPS 6: Affektive Instabilität	.910
BPS 3: Identitätsstörung	.887
BPS 9: Streßabhängige, kurzfristige und reversible psychotische o. dissoziative Erlebnisse	.875
BPS 2: Intensive, instabile Beziehungen (Extreme der Idealisierung & Abwertung)	.849
BPS 8: Unangemessene heftige Wut o. Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren	.817
BPS 5: Wiederholtes selbstschädigendes oder suizidales Verhalten	.777
BPS 4: Impulsivität	.774
BPS 1: Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden	.702
BPS 7: Chronisches Gefühl der inneren Leere	.590

Tabelle 7.8: Faktorladungen der BPS-Kriterien auf dem extrahierten Faktor der Hauptkomponentenanalyse.

Wie sich aus der Tabelle 7.8 entnehmen läßt, ist das Kriterium 6 (Affektive Instabilität) das Kriterium, das am höchsten auf dem Faktor lädt (.910). Kriterium 7 ist bei einer Faktorladung von .590 das Kriterium, welches am wenigsten zur Faktorstruktur beiträgt. Es fällt in seiner Ladungshöhe im Vergleich zu den übrigen Kriterien erheblich ab. Ebenfalls hoch ist der Beitrag des Kriteriums 3 (Identitätsstörung; $r = .887$), Kriteriums 9 (Streßabhängige, kurzfristige, reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse; $r = .875$), Kriteriums 2 (Muster intensiver aber instabiler Beziehungen; $r = .849$) und Kriteriums 8 (unangemessene, intensive Wut, oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren; $r = .817$). Die Koeffizienten des Kriteriums 5 (Selbstverletzungen/Suizidversuche), Kriteriums 4 (Impulsivität) und Kriteriums 1 (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden) liegen mit $r = .777$, $.774$ und $.702$ noch über der kritischen Grenze von $r = .70$ des sehr befriedigenden Bereichs. Lediglich das siebte Kriterium liegt unterhalb dieses Grenzwertes.

Die Kommunalitäten der Kriterien sind in Tabelle 7.9 aufgeführt. Wie in aus der Tabelle abzulesen ist, wird das sechste Kriterium (Affektive Instabilität) am stärksten durch die Faktorstruktur repräsentiert. Dieses Kriterium wird zu $h^2 = .828$ in seiner Varianz erfaßt. Das siebte Kriterium (Chronische innere Leere) wird durch die Faktorstruktur nur in ca. 25%

seiner Varianz erfaßt. Die Kommunalitäten der anderen Variablen schwanken zwischen .493 (Kriterium 1) und .766 (Kriterium 3), was insgesamt zufriedenstellend ist.

Tabelle 7.9

	Kommunalitäten	
	Anfänglich	Extraktion
BPS 1 (Verlassenwerden)	1,000	.493
BPS 2 (Instabile Beziehungen)	1,000	.721
BPS 3 (Identitätsstörung)	1,000	.766
BPS 4 (Impulsivität)	1,000	.599
BPS 5 (Selbstverletzung)	1,000	.604
BPS 6 (Affektive Instabilität)	1,000	.828
BPS 7 (Innere Leere)	1,000	.348
BPS 8 (Unangemessene Wut)	1,000	.668
BPS 9 (Streßabh. Dissoziation)	1,000	.765

Tabelle 7.9: Kommunalitäten der Borderline-Kriterien. Dargestellt werden die anfänglichen Kommunalitäten und diejenigen nach Extraktion der Faktoren.

Insgesamt sprechen die dargestellten Ergebnisse für die Wahl eines eindimensionalen Strukturmodells der Borderline-Störung. Hinzuzufügen sind an dieser Stelle jedoch auch die Ergebnisse der Faktorenanalyse, die mit den Daten aus der Borderline-Gruppe durchgeführt wurde. Trotz der eindeutigen Präferenz des eindimensionalen Modells in der Gesamtstichprobe ($n = 161$) ist es nämlich so, daß in der Gruppe der Borderline-Patientinnen ($n = 56$) die Ergebnisse der Faktorenanalyse ein Modell mit vier Faktoren präferieren. Die Varianzaufklärung durch die vier Faktoren beträgt in der Borderline-Gruppe 60,4 %. Sie liegt für den ersten bis vierten Faktor bei ca. 18%, 16%, 14% und 12%. Die ermittelte Faktorenstruktur ist in Tabelle 7.10 (siehe auch Anhang B; Tabelle B 1) abgebildet.

Tabelle 7.10

Borderline-Kriterien	Komponente			
	1	2	3	4
BPS 2 (Instabile Beziehungen)	.797			
BPS 8 (Unangemessene Wut)	.753			.396
BPS 9 (Dissoziation)		.717		
BPS 7 (Innere Leere)		.674		
BPS 5 (Selbstverletzung)		.465		
BPS 6 (Affektive Instabilität)			.676	
BPS 1 (Verlassenwerden vermeid.)			.661	
BPS 4 (Impulsivität)		-.351	-.507	
BPS 3 (Identitätsstörung)				.903

Tabelle 7.10: Ergebnisse der Faktorenanalyse in der Borderline-Gruppe ($n = 56$). Ladungen der Kriterien auf den vier extrahierten Komponenten.

Die Ladungen der Kriterien auf den Faktoren werden ab einer Höhe von .35 angegeben. Die Faktorladungen liegen in der Borderline-Gruppe trotz größerer Faktorenanzahl zum Großteil

unter den Ladungen des eindimensionalen Modells der Gesamtstichprobe. Gleiches gilt für die Kommunalitäten. Die vier Faktoren können anhand der ihnen zugeordneten Kriterien als „Dysfunktion sozialer Regulationsfertigkeiten“ (Faktor 1), „Gestörter Selbstbezug“ (Faktor 2), „(emotionale und verhaltensbezogene) Instabilität“ (Faktor 3), und „Identitätsstörung/instabile Selbstbewertung“ (Faktor 4) benannt werden.

Die Ergebnisse werden an dieser Stelle aus Kapazitätsgründen nicht im Detail dargestellt. Dennoch bleibt festzuhalten und später zu diskutieren, daß die eindimensionale Faktorenlösung in eine mehrdimensionale umschlägt, sobald die Borderline-Gruppe getrennt untersucht wird.

7.6 Beurteilung der Ergebnisse

Die Datenauswertung der Gesamtstichprobe spricht eindeutig für das eindimensionale Konzept der Borderline-Störung. Somit bestätigen die vorliegenden Ergebnisse das Resultat von Fossati et al. (1999).

Die Datenauswertung der Borderline-Patientengruppe führt zu einer mehrdimensionalen Konzeption der Borderline-Störung. Dies stützt die Annahme, daß es sich bei der Borderline-Störung um ein mehrdimensionales Konzept handelt (z.B. Clarkin (1993) und Sanislow (2000, 2002)). Unter der Prämisse dieses Modells wären Subgruppen von Borderline-Patienten auf der Ebene der Störungskriterien zu vermuten. Wesentlich für die Entscheidung für eine der Konzeptionen der Borderline-Störung scheint jedoch das Studiendesign bzw. die Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe zu sein:

In der Untersuchung von **Fossati et al.** (1999) setzte sich die Stichprobe aus insgesamt 564 Patienten zusammen. 100 Patienten, d.h. 17,7 % erfüllten die Diagnose einer Borderline-Störung. Die Analyse der Daten führt, wie oben bereits erwähnt, zu einem eindimensionalen Modell.

Die Ergebnisse von **Clarkin et al.** (1993) gehen auf eine Stichprobe von 75 Patienten zurück, die alle (100%) die Diagnose einer Borderline-Störung erhalten hatten. Die Ergebnisse erbrachten ein Modell mit drei Faktoren (siehe 7.2). Als Alternative schlugen die Autoren ein Modell mit vier Faktoren vor.

Sanislow et al. (2000) befürworteten ebenfalls ein Modell mit drei Faktoren. In ihre Stichprobe sind 141 Patienten aufgenommen worden. Von diesen 141 Patienten sind 62 (44%) Borderline-Patienten. In einer zweiten Untersuchung bestätigen die Autoren (Sanislow et al. (2002)) ihre Ergebnisse nach den Kriterien des DSM-IV. Diesmal gehen in die Untersuchung die Daten von insgesamt 668 Patienten ein. Von diesen erfüllen 240 (36%) die Diagnose einer

Borderline-Störung. Bemerkenswert ist, daß die Korrelationen zwischen Faktoren sehr hoch ist. Die Autoren schlußfolgern daraus, daß ihre Daten sowohl das eindimensionale als auch das dreidimensionale Modell bestätigen. Mittels Modellvergleichen sei jedoch das dreidimensionale Modell zu bevorzugen.

Ein Problem, das sich in der vergleichenden Auswertung der Ergebnisse verschiedener Studien zeigte, ist folgendes: Die mehrfaktoriellen Modelle der genannten Autoren sind nicht einheitlich. Die Faktoren werden jeweils durch andere Kriterien bestimmt. Die Ursachen hierfür können in der Größe der Stichprobe, der Schwere und Art der Symptomatik der Patienten, der methodischen Strategien etc. angesiedelt sein. Es sind weitere Studien notwendig, um solche Einflußfaktoren zu ermitteln und systematisch zu überprüfen.

Insgesamt läßt sich aus der Darstellung dieser Studienergebnisse folgende Vermutung anstellen:

Die Konzeption der Borderline-Störung anhand ihrer Kriterien nach dem DSM hängt davon ab, wie groß der Anteil der Borderline-Patienten in der untersuchten Stichprobe ist. Je größer der Anteil der Borderline-Patienten, desto wahrscheinlicher wird ein mehrfaktorielles Modell. Je kleiner der Anteil der Borderline-Patienten, desto wahrscheinlicher wird ein unidimensionales Modell. In der vorliegenden Studie liegt der prozentuale Anteil, bei dem das mehrdimensionale Modell in ein unidimensionales Modell umschlägt, bei ca. 80% Borderlinern in der Stichprobe. Sind mehr als 80 % der Patienten in der Stichprobe Borderline-Patienten, so resultiert aus der Faktorenanalyse ein mehrdimensionales Modell. Die Borderline-Störung ist demnach ein Konzept, das sich zwar als einheitliches Störungsbild von anderen Störungskonzepten abgrenzen läßt, gleichzeitig jedoch eine interne Differenzierung aufweist. Diese Differenzierung liegt möglicherweise nicht nur auf der Ebene der Borderline-Kriterien. Es gilt darüber hinaus auch andere klinische bzw. psychologische Merkmale zu berücksichtigen. Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden Studie (Kapitel 7) lassen sich diesbezüglich vorab folgende Überlegungen anstellen:

Die Faktorenanalyse der Daten der Borderline-Stichprobe führt zu einer Faktorstruktur, in der Probleme hinsichtlich der Regulation von Ärger und instabile zwischenmenschliche Beziehungen den varianzstärksten Faktor bilden. Daher sollte sich die Suche nach Zusammenhängen und Gruppenzugehörigkeiten an den Variablen Ärger, Umgang mit Ärger sowie interpersonalen Problemen orientieren. Mit diesen Aspekten setzen sich die Kapitel 9 bis 12 auseinander.

8. Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien

8.1 Theoretischer Hintergrund

In den Erläuterungen des ersten Kapitels wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Borderline-Diagnose im DSM-IV (APA, 1994) nach dem Prototypen-Modell konzipiert wurde. Keines der neun Kriterien ist hinreichend zur Vergabe der Diagnose. Und keines der neun Kriterien ist notwendig zur Vergabe der Diagnose.

Die Kriterien sind somit frei kombinierbar. Je mehr Kriterien ein Patient erfüllt, desto eher entsprechen sein Verhalten und Erleben, seine Probleme und seine Symptomatik dem im DSM-IV definierten Prototyp der Borderline-Störung. Erfüllt die betreffende Person mindestens fünf der neun Borderline-Kriterien, so kann die Diagnose einer Borderline-Störung vergeben werden, falls die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung ebenfalls erfüllt sind.

Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, wird es durch dieses Entscheidungsdesign auf über 250 Arten möglich, die Diagnose einer Borderline-Störung zu erhalten. Als Folge der damit verbundenen Heterogenität der Störungskonzeption stellt sich neben der Frage der internen Struktur der Borderline-Kriterien (Kapitel 7) auch die Frage nach einer Hierarchisierung der Kriterien anhand ihrer diagnostischen Effizienz.

Die Bedeutung dieser Frage für mögliche Veränderungen in der Diagnostik der Borderline-Störung ist durch die Ergebnisse des Kapitels 7 gestiegen. Dort wurde mittels Faktorenanalyse das eindimensionale Modell der Borderline-Störung bevorzugt. Daraus folgt, daß die Entwicklung neuer Entscheidungsregeln für die Borderline-Diagnostik sich nicht an der Existenz mehrere interner Faktoren der Störung orientieren wird. Vielmehr steht nun die Beurteilung der diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien als Grundlage möglicher Veränderungsprozesse in der Diagnostik im Vordergrund.

Erweisen sich bestimmte Kriterien als wesentlich bedeutsamer für die Diagnose als andere Kriterien der Störung, so wäre es u.U. sinnvoll, diese Kriterien zu eliminieren oder niedriger zu gewichten. Die effizienteren Kriterien könnten aber auch als notwendige Voraussetzung zur Diagnosenvergabe definiert werden, so wie es mit Kernmerkmalen der Achse-I-Störungen des DSM-IV gehandhabt wird.

Ob diese oder andere Veränderungen geplant und umgesetzt werden, sollte auf jeden Fall auf einem wissenschaftlich gestützten Prozeß basieren. Zudem muß sich eine zunächst hypothetisch formulierte neue Entscheidungsregel in der Praxis bewähren. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Planung neuer Entscheidungsregeln in der Borderline-Diagnostik. Die Überprüfung der Umsetzung und Bewährung dieser Regeln obliegt zukünftigen Forschungsvorhaben. Sie kann in diesem Kontext nicht geleistet werden.

8.2 Forschungsstand

Zum Thema der Effizienz der Borderline-Kriterien sind leider nur wenige Studien durchgeführt worden, deren Aktualität und/oder methodische Umsetzung überzeugend ist. Die Studien beziehen sich hauptsächlich auf das DSM-III und DSM-III-R. Größere Studien, die diese Fragestellung für das DSM-IV untersuchen, liegen derzeit nur vereinzelt vor.

Trotzdem sollen an dieser Stelle zumindest drei der Studien, die sich explizit mit der diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien auseinandergesetzt haben, erwähnt werden. Ein Vergleich der Studienergebnisse ist nur bedingt möglich, da sich die Studien in ihrem Design und ihrer Methodenauswahl z.T. erheblich unterscheiden, wie z.B. durch die Verwendung verschiedener Maße der diagnostischen Effizienz. Darüber hinaus weichen die Stichproben in ihrer Größe und Zusammensetzung merklich voneinander ab. Dadurch wird insgesamt eine Generalisierung und Vergleichbarkeit der Resultate erschwert.

Nurnberg et al. (1987) ermittelten die diagnostische Effizienz der Kriterien und postulierten, daß bereits eine Auswahl von sechs Kriterien zur Beschreibung der Borderline-Störung ausreichend ist. Andere Autoren, z.B. **Blais et al. (1999)**, kommen zu dem Schluß, daß bereits vier Kriterien zur Unterscheidung zwischen Borderline-Patienten und Nicht-Borderline-Patienten ausreichend sind. Dabei weisen sie allerdings auch darauf hin, daß zur Verbesserung der Diagnostik eine Verfeinerung der Entscheidungsregeln und der Kriterien sinnvoll sei. Die Untersuchung von **Fossati et al. (1999)** belegt ebenfalls, daß die Kriterien der Borderline-Störung für die Diagnose der Störung eine unterschiedlich hohe Bedeutung haben. Die Reihenfolge der diagnostisch effizientesten Kriterien ist in den genannten Studien nie identisch, teilweise sehr unterschiedlich. Eine Aussage über eine Eliminierung bestimmter Kriterien treffen Fossati et al. (1999) nicht.

Keine einzelne Studie kann für sich genommen die Frage nach den bedeutsamsten Kriterien der Borderline-Störung klären. Eine Teillösung dieses Dilemmas kann somit nur darin bestehen, Ergebnisse zukünftiger Studien durch eine genaue Beschreibung der angewandten Methoden und Vorgehensweisen miteinander vergleichbar zu machen, und nach Möglichkeit einen Mindeststandard bzw. minimalen Konsens bezüglich der Methodenauswahl etc. zu entwickeln.

Eine endgültige generelle Entscheidung über die generelle Bedeutung der einzelnen Borderline-Kriterien kann allerdings auch dann nicht getroffen werden. Die Effizienz der Kriterien hängt nämlich u.a. von der Zweckgebundenheit der Borderline-Diagnostik ab. Was soll die Diagnostik leisten? Welche Fragen soll sie dem Therapeuten beantworten? Und letztlich: Welche Kriterien sind für welchen Zweck effizient?

Die Dissertation versucht, diesen Aspekt zu berücksichtigen und eine Aussage über die bedingte (!) diagnostische Effizienz der Kriterien je nach zugrundeliegendem diagnostischen Auftrag zu treffen.

8.3 Fragestellung und Hypothesen

Das vorliegende Kapitel befaßt sich schwerpunktmäßig mit der diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien nach DSM-IV.

Desweiteren geht es um die Überprüfung der notwendigen Anzahl von Kriterien für die Diagnosenstellung der Borderline-Störung. Wie viele (und welche) Borderline-Kriterien sind notwendig, um:

1. die Unterscheidung zwischen Borderline-Patientinnen und psychiatrischen Patienten ohne Borderline-Diagnose,
2. die Unterscheidung zwischen Borderline-Patientinnen und depressiven Patienten (diagnostiziert nach den Kriterien des DSM-IV (Achse I) und
3. die Unterscheidung zwischen Borderline-Patientinnen und Suchtpatienten (diagnostiziert nach den Kriterien des DSM-IV (Achse I)

leisten zu können?

Es wird davon ausgegangen, daß sich die Kriterien hinsichtlich ihrer diagnostischen Effizienz unterscheiden. Weiterhin wird vermutet, daß die Kriterien zur Abgrenzung der verschiedenen psychiatrischen Diagnosen in ihrer diagnostischen Effizienz variieren.

Es wird darüber hinaus untersucht, inwieweit sich die einzelnen Kriterien zur Vorhersage klinischer Merkmale in der Borderline-Gruppe eignen. Erwartet wird auch hier eine unterschiedliche Effizienz der Kriterien.

8.4 Methoden

8.4.1 Stichprobe und Patienten

Für die durchgeführten Untersuchungen (Kapitel 7 bis Kapitel 12) wurden im Rahmen der Dissertation auf einen gemeinsamen Datensatz zurückgegriffen.

Die Stichprobe der folgenden Untersuchung ist somit mit der Stichprobe aus der vorherigen Untersuchung identisch. Zur Beschreibung der Stichprobe sei daher auf den Abschnitt 7.4.1 verwiesen.

8.4.2 Prozedur und diagnostische Instrumente

Die Rekrutierung der Patienten, die verwendeten diagnostischen Verfahren sowie die praktizierten Vorgehensweisen entsprechen aufgrund des identischen Datensatzes denjenigen der vorherigen Untersuchung. Die Beschreibungen sind daher gegebenenfalls unter 7.4.2 nachzulesen.

8.4.3 Statistische Auswertung

Die statistischen Auswertungen wurden ebenfalls (vergleiche Kapitel 7) mit dem Programm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) durchgeführt.

Es wurden folgende Koeffizienten der diagnostischen Effizienz berechnet: Sensitivität, Spezifität, Positiv Prädiktiver Wert, Negativ Prädiktiver Wert, Falsch Positiv Rate, Falsch Negativ Rate, Interne Konsistenz (Cronbach's Alpha), Overall Classificationrate und zwei Varianten des Koeffizienten Kappa.

Der erste Kappa-Wert (Kappa I) entspricht dem Maß der Übereinstimmung zwischen der Beurteilung des jeweiligen Borderline-Kriteriums und der Borderline-Diagnose.

Der zweite Kappa-Wert wurde aus der Übereinstimmung zweier unabhängige Interviewer bzw. Therapeuten ermittelt. Je höher die Übereinstimmung der Therapeuten ist, desto größer fällt der Kappa-Wert II für das jeweilige Kriterium aus.

Darüber hinaus wurden regressionsanalytische Auswertungen vorgenommen. Dabei wurde die Methode der schrittweisen linearen Regression ausgewählt. Im Hinblick auf die F-Wahrscheinlichkeit lag das Aufnahmekriterium bei 0,05 und das Ausschlußkriterium bei 0,10. Mittels ANOVA wurden die Signifikanzen des jeweils ermittelten Modells errechnet.

8.5 Ergebnisse

Die nun folgende Übersicht (8.5.1) über die Ergebnisse der Untersuchung dient vor allem der Gegenüberstellung der Studien von Clarkin et al. (1983), Blais et al. (1999), Fossati et al. (1999) und der eigenen Untersuchung. Die Merkmale der diagnostischen Effizienz sind für die jeweiligen Studien in Tabelle 8.1 aufgeführt. Im Sinne einer Einführung in die Ergebnisdarstellung werden nur die wesentlichsten Koeffizienten aufgeführt. In den Abschnitten 8.5.2 -8.5.4 erfolgt anschließend eine ausführliche Erläuterung der Ergebnisse der eigenen Untersuchung.

8.5.1 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Studienvergleiche

In der nun folgenden Tabelle 8.1 werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zur diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien mit den Ergebnissen der Studien von Clarkin et al. (1983), Blais et al. (1999) und Fossati et al. (1999) verglichen.

Wie aus Tabelle 8.1 ersichtlich, ist die durchschnittliche diagnostische Effizienz der Kriterien der Borderline-Störung in den vier Studien z.T. recht unterschiedlich bewertet worden. Beispiel: In der Studie von Bais et al. (1999) wurde eine durchschnittliche Effizienz (OCC) der Kriterien von .70 ermittelt. Die Auswertung der eigenen Daten (Nienhaus, 2003) führte zu einer durchschnittlichen OCC von .90, was eine erhebliche Differenz zu den Ergebnissen von Blais et al. (1999) darstellt.

Die Koeffizienten variieren zudem in einem unterschiedlichen Ausmaß. So schwankt die Sensitivität der Borderline-Kriterien bei Clarkin et al. (1983) zwischen .25 und 1.00, d.h. einer sehr geringen und einer sehr hohen Sensitivität. In der Studie von Blais et al. (1999) reichen die Sensitivitäten von .52 bis .97, was eine erheblich engere Spannweite darstellt.

Hohe Differenzen zeigen sich auch in den Mittelwerten der errechneten anderen Koeffizienten. So weicht der Mittelwert der False Positive Rate in der vorliegenden

Dissertation mit .06 deutlich von den Mittelwerten der anderen Studien ab (.22 bzw. .31) ab. Die Rate der falsch positiv diagnostizierten Kriterien in der vorliegenden Untersuchung ist demnach erheblich niedriger als die der anderen Studien.

Tabelle 8.1

	Clarkin et al. (1983)	Blais et al. (1999)	Fossati et al. (1999)	Nienhaus (2003)
Probandenanzahl insgesamt/ Borderliner	76/20	76/ 33	564/ 100	161/56
Sensitivität	.25- 1.00(.76)*	.52 - .97 (.73)	.46 - .88 (.69)	.49 - .98 (.79)
Spezifität	.66 - .86 (.79)	.42 - .95 (.69)	.84 - .95 (.91)	.90 - .99 (.94)
Positiv Prädiktiver Wert	.38 - .69 (.56)	.50 - .91 (.66)	.48 - .79 (.61)	.79 - .98 (.88)
Negativ Prädiktiver Wert	.76 - .95 (.92)	.62 - .95 (.78)	.81 - .95 (.88)	.80 - .99 (.91)
Falsch Positiv Rate	.14 - .34 (.22)	.05 - .58 (.31)	-----	.01 - .10 (.06)
Falsch Negativ Rate	.05 - .75 (.23)	.03 - .48 (.28)	-----	.02 - .44 (.20)
OCC (Overall Classificationrate) ⁷	.70 - .87 (.79)	.57 - .92 (.70)	-----	.81 - .96 (.90)
Youden J (Y-J) ⁸	.11 - .76 (.55)	.12 - .87 (.41)	.41 - .81 (.61)	-----
Kappa	(.59)	.12 - .84 (.40)	.71 - .95 (.85)	.56 - .86 (.71)
Cronbach´s Alpha (if Item is deleted)	-----	-----	-----	.91 - .93 (.93)
Item-Total-Corrected point biserial Correl.	-----	-----	.53 - .72 (.61)	.56 - .88 (.75)
Rangreihung der Kriterien anhand der OCC	2,7,4,3,5,6,8,1	2,1,3,7,5,4/6,8, 9	-----	6,3/9,2,8,4/5,1, 7
Rangreihung der Kriterien n.d. Y-J	2,4,7,6,5,3,8,1	2,1,3,5,6,7,4,8, 9	3,2,6,4,8,7,1,5, 9	-----

Tabelle 8.1: Vergleiche der Studienergebnisse von Clarkin et al. (1983), Blais et al. (1999), Fossati et al. (1999) und Nienhaus (2003); * die in Klammern angegebenen Werte entsprechen den Mittelwerten der Koeffizienten.

Die Autoren der vier in der Tabelle 8.1 angeführten Studien kommen auch in ihrer Rangordnung der Kriterien zu divergierenden Ergebnissen. So ist beispielsweise bei Blais et al. (1999) die diagnostische Effizienz (Youden J) des ersten Kriteriums an der zweiten Position. Bei Fossati et al. (1999) und Clarkin et al. (1983) wird es an siebter bzw. achter Position angeführt. In der vorliegenden Studie ist das erste Kriterium an achter Position (OCC). Es wird also als diagnostisch weniger effizient erachtet als die meisten anderen Kriterien. Für die meisten Kriterien lassen sich ähnliche Zuordnungsunterschiede feststellen. Beispiel: Das zweite Kriterium wird zwar durchgehend an eine der ersten Positionen gesetzt, dem neunten Kriterium wird jedoch mit Ausnahme der eigenen Untersuchung wenig diagnostische Effizienz zugeschrieben.

Beispiel: Das sechste Kriterium erhält in der eigenen Studie sehr hohe Werte im Hinblick auf seine diagnostische Effizienz. Blais et al. (1999), Clarkin et al. (1983) und Fossati et al. (1999) ordnen es nur in einem mittleren Bereich ein.

⁷ OCC = Gesamt-Trefferrate (Korrekt klassifizierte Patienten; Borderline- und Nicht-Borderline-Patienten)

⁸ Youden = (Sensitivität + Spezifität)-1.

Es ist wichtig, diese und andere Abweichungen im Auge zu behalten, weil sie belegen, daß keine Studie für sich alleine genommen ein endgültiges und wissenschaftlich vollständig abgesichertes Resultat darstellen kann. Jede Studie liefert zwar einen sinnvollen Beitrag zum aktuellen Wissensstand, die abgeleiteten Hypothesen und Schlußfolgerungen müssen sich jedoch erst bewähren, bevor eine durchgreifende allgemein verbindliche Veränderung der Borderline-Diagnostik erwogen wird.

Neben der Uneinheitlichkeit der Ergebnisse aus den vier zitierten Studien bleibt aufgrund der Darstellung der Tabelle 8.1 festzuhalten, daß die Koeffizienten der vorliegenden Untersuchung als befriedigend zu bewerten sind. Sie sind den Koeffizienten der drei anderen Studien ebenbürtig, nicht selten sind sie sogar zufriedenstellender.

8.5.2 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Einzelbewertung der Kriterien

Im folgenden Abschnitt wird nun detaillierter auf die Ergebnisse der eigenen Untersuchung zur diagnostischen Effizienz der neun Borderline-Kriterien eingegangen. Dabei werden die Kriterien einzeln auf ihre Bedeutung im Rahmen der Borderline-Diagnostik überprüft. Die Koeffizienten der diagnostischen Effizienz sind in der Tabelle 8.2 aufgeführt.

Tabelle 8.2

	BPS1	BPS2	BPS3	BPS4	BPS5	BPS6	BPS7	BPS8	BPS9
Sensitivität	.61	.84	.94	.82	.78	.98	.49	.84	.84
Spezifität	.97	.96	.94	.90	.90	.94	.97	.92	.99
Positiv Prädiktiver Wert	.91	.91	.89	.79	.80	.89	.89	.84	.98
Negativ Prädiktiver Wert	.84	.92	.97	.91	.90	.99	.80	.92	.93
Falsch Positiv Rate	.03	.04	.06	.10	.10	.06	.03	.08	.01
Falsch Negativ Rate	.39	.16	.06	.18	.22	.02	.44	.16	.16
Overall Classification Rate	.85	.92	.94	.87	.87	.96	.81	.90	.94
Kappa I*	.63	.82	.87	.71	.69	.90	.52	.77	.86
Kappa II**	.56	.69	.74	.65	.86	.82	.56	.66	.86
Correct. Item Total Correlation	.63	.80	.84	.71	.71	.88	.56	.76	.83
Item diagnosis Correlation	.67	.83	.87	.73	.70	.91	.54	.77	.85
Cronbach`s Alpha ***	.93	.92	.92	.92	.92	.91	.93	.92	.92

Tabelle 8.2: Koeffizienten der diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien; BPS 1-9 = Kriterien der Borderline-Störung;; * Item zu Diagnose Übereinstimmung, n = 161; ** Interrater-Übereinstimmung, Unterstichprobe von n = 40 (20 Bordeliner; 20 Nicht-Borderliner) *** Cronbach`s Alpha if item is deleted.

Das **erste Borderline-Kriterium** (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden) erhält im Hinblick auf seine diagnostische Effizienz überwiegend befriedigende Resultate. Eine Ausnahme stellen die beiden Koeffizienten der Sensitivität (.61) und der Falsch Negativ

Rate (.39) dar. Insbesondere die Falsch Negativ Rate mindert den diagnostischen Wert des Kriteriums erheblich.

Auf der einen Seite wurde das Kriterium somit bei relativ vielen Borderlinern nicht – und demnach in Bezug auf die Gesamtdiagnose „falsch“ – diagnostiziert, obwohl sie die Borderline-Diagnose erfüllten. Auf der anderen Seite ist das erste Kriterium jedoch in hohem Maße spezifisch (.97). Durch das Kriterium wurden somit sehr wenige Nicht-Borderliner fälschlich als Borderliner gekennzeichnet.

Die Übereinstimmung zwischen Kriterium und Diagnose (Kappa I = .63) ist aufgrund dieses zwiespältigen Sachverhalts niedriger als beiden meisten anderen Kriterien, allerdings immer noch höher als eine zufällige Zuordnung von Kriterium und Diagnose (.50). Gleiche Bewertung läßt sich auf die Corrected Item Total Correlation (.63) und Item to diagnosis Correlation (.67) übertragen.

Der Kappa-II-Wert des Kriteriums (.56) fällt ebenfalls geringer aus als bei den meisten anderen Kriterien. Dies bedeutet, daß das Kriterium von zwei unabhängigen Therapeuten seltener gleich bewertet wird als die anderen Kriterien. Neben den anderen Koeffizienten ist insbesondere dieses Ergebnis ein Hinweis auf die Notwendigkeit, das Kriterium neu zu formulieren. Es scheint zu wenig konkret zu sein und öffnet daher einen großen Interpretationsspielraum.

Der für die Praxis wichtige Positiv Prädiktive Wert ist zufriedenstellend (.91). Von allen Patienten, bei denen das erste Kriterium als erfüllt diagnostiziert wurde, sind demnach viele tatsächlich Borderline-Patienten. Die Overall Classification Rate (OCC) des Kriteriums entspricht .85. Die Gesamt-Trefferrate ist somit trotz mäßiger Sensitivität zufriedenstellend.

Die diagnostische Effizienz des **zweiten Borderline-Kriteriums** ist als befriedigend bis sehr befriedigend zu beurteilen. Es weist eine hohe Sensitivität (.84) und noch höhere Spezifität (.96) auf. Demnach eignet es sich gut zur Abgrenzung von Borderline-Patientinnen und psychiatrischen Patienten ohne Borderline-Störung.

Es besteht eine gute Übereinstimmung zwischen der Vergabe des Kriteriums und der Diagnose: .82 (Kappa I), .83 (Item to diagnosis Correlation) und .80 (Corrected Item Total Correlation).

Die Falsch Negativ Rate (.16) des zweiten Kriteriums ist um einiges höher als seine Falsch Positiv Rate (.04). Anhand des zweiten Kriteriums werden somit mehr Borderlinerinnen fälschlich nicht als Borderline-Patientinnen erkannt, als daß umgekehrt Nicht-Borderlinerinnen als Borderline-Patientinnen verkannt werden.

Die Übereinstimmung zweier unabhängiger Rater des Kriteriums ist mit .69 noch zufriedenstellend, jedoch niedriger als bei den meisten anderen Kriterien. Demnach könnte auch das zweite Kriterium konkreter operationalisiert werden.

Eine durchgehend gute diagnostische Effizienz weist das **dritte Borderline-Kriterium** auf. Die Koeffizienten dieses Kriteriums (Identitätsstörung) liegen alle im sehr befriedigenden Bereich. Mit einer Sensitivität und Spezifität von jeweils .94 ist es zur Abgrenzung der Borderline-Diagnose von anderen psychiatrischen Störungsbildern gut geeignet.

Seine Falsch Positiv und Falsch Negativ Rate ist jeweils sehr gering (.06). Demnach werden wenig falsche Entscheidungen bei der Vergabe des Kriteriums getroffen. Die Patienten, die das Kriterium erfüllen sind zum großen Teil tatsächlich Borderliner (Positiv Prädiktiver Wert; .89). Die Patienten, die das Kriterium nicht erfüllen, sind hingegen sehr selten Borderliner (Negativ Prädiktiver Wert; .97).

Die Maße der Übereinstimmung zwischen Kriterium und Diagnose sind dementsprechend hoch: Kappa I = .87; Corrected Item Total Correlation = .84; Item to diagnosis Correlation = .87. Die Übereinstimmung zwischen zwei unabhängigen Ratern (Kappa II) beträgt .74. Dies ist als zufriedenstellend zu bewerten.

Die Effizienz des **vierten Borderline-Kriteriums** (Impulsivität) fällt hinter der des dritten Kriteriums etwas zurück. Dennoch liefert auch das vierte Kriterium einen zufriedenstellenden Beitrag zur Diagnostik der Borderline-Störung. Seine Sensitivität (.82) und Spezifität (.90) fallen hoch genug aus, um sagen zu können, daß eine Abgrenzung des Störungsbildes Borderline-Persönlichkeitsstörung zu anderen Störungen möglich ist.

Im Vergleich zu den meisten anderen Borderline-Kriterien weist es allerdings mit einer Falsch Positiv Rate von .10 eine höhere Fehlerquote auf. Das vierte Kriterium wird somit auch bei Nicht-Borderline-Patienten häufiger diagnostiziert als die meisten der anderen Kriterien. Das erscheint durchaus plausibel, wenn man berücksichtigt, daß Impulsivität ein Merkmal vieler psychischer Störungen ist, wie z.B. übermäßiger Suchtmittelkonsum bei der Alkoholabhängigkeit. Weder die Fehlerquote der falsch positiv diagnostizierten Patienten (.10) noch der falsch negativ diagnostizierten Patienten (.18) ist dabei so hoch, daß die an sich gute Bewertung des vierten Kriteriums entscheidend negativ beeinflusst wird.

Die Koeffizienten der Übereinstimmung zwischen Kriterium und Diagnose variieren zwischen .71 und .73, was zufriedenstellend ist. Die Übereinstimmung zweier unabhängiger Rater ist für das vierte Kriterium mit .65 ebenfalls noch zufriedenstellend, jedoch nicht

überragend. Da das Kriterium konkret und verhaltensnah formuliert ist, sind hierfür andere Faktoren verantwortlich zu machen, z.B. eine unterschiedliche Bewertung (selbstschädigend oder noch nicht selbstschädigend etc.) eines impulsiven Verhaltens durch die Interviewer.

Das **fünfte Borderline-Kriterium** (Selbstverletzendes und/oder suizidales Verhalten) fällt durch seine sehr hohe Spezifität (.90), aber nur mittlere Sensitivität (.78) auf. Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in der Relation der Falsch Positiv Rate (.10) zur Falsch Negativ Rate (.22) wider. Beide Koeffizienten sind bei diesem Kriterium im Vergleich zu den meisten anderen Kriterien relativ hoch (Ausnahme: Kriterium 4, siehe oben).

Das fünfte Kriterium wird demzufolge in relativ hohem Maße auch bei Nicht-Borderlinern diagnostiziert. Umgekehrt erfüllt ein guter Anteil der Borderlinerinnen das fünfte Kriterium nicht. Gerade Selbstmordversuche finden sich somit sowohl bei Borderlinern als auch bei depressiven Patienten, abhängigen Patienten, Patienten mit einer akuten Belastungsreaktion etc.

Gleichzeitig sind Selbstverletzungen bei Borderlinern zwar häufig, dennoch verletzen sich nicht alle Borderliner selbst oder zeigen wiederholt ein suizidales Verhalten. Um die Fehlerquote des Kriteriums zu erniedrigen, wäre demzufolge eine genauere Beschreibung und Definition der Selbstverletzung, z.B. unter Hinzunahme motivationaler und emotionaler Hintergründe, sinnvoll.

Die Maße der Übereinstimmung sind für das Kriterium zufriedenstellend: Item to diagnosis Correlation = .70; Corrected Item Total Correlation = .71; Kappa I = .69. Die Übereinstimmung der Beurteilung des Kriteriums durch unabhängige Rater (Kappa II = .86) ist sehr befriedigend. Das mag v.a. daran liegen, daß die Formulierung des Kriteriums sehr nah zu konkret beobachtbarem Verhalten steht.

Die Auswertung der Tabelle zeigt deutlich, daß das **sechste Borderline-Kriterium** (Affektive Instabilität) insgesamt die höchste diagnostische Effizienz aufweist. Die Sensitivität des Kriteriums ist mit .98 als sehr gut zu bewerten. Ebenso ist die Spezifität mit .94 in hohem Maße zufriedenstellend. Diesen Sachverhalt spiegeln auch die Falsch Positiv bzw. Falsch Negativ Rate wider, die mit .06 und .02 sehr gering ausfallen.

Der Positiv Prädiktive Wert ist mit .89 sehr zufriedenstellend. Gleiches gilt in noch höherem Maße für den Negativ Prädiktiven Wert von .99. Mit anderen Worten: Die Wahrscheinlichkeit, daß die Diagnose einer Borderline-Störung vergeben wird, ist unter der Bedingung, daß das sechste Kriterium erfüllt ist, sehr hoch (Positiv Prädiktiver Wert).

Umgekehrt ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Diagnose einer Borderline-Störung nicht vergeben wird, unter der Bedingung, daß das sechste Kriterium nicht erfüllt ist, ebenfalls sehr hoch (Negativ Prädiktiver Wert).

Relativ zu den meisten anderen Kriterien erlangt das sechste Kriterium die höchsten Werte bzgl. der Koeffizienten der diagnostischen Effizienz. Die einzige Ausnahme stellt das neunte Kriterium dar, das in geringfügigem Ausmaß sowohl spezifischer ist und einen höheren Negativ Prädiktiven Wert aufweist.

Die Maße der Übereinstimmung zwischen dem sechsten Kriterium und der Diagnose der Borderline-Störung sind ebenfalls hoch. Sie variieren zwischen .88 und .91, was als sehr befriedigend angesehen werden kann. Die Übereinstimmung zwischen zwei unabhängigen Ratern beträgt .82, was ebenfalls zufriedenstellend ist.

Deutlich geringer fällt hingegen die diagnostische Effizienz des **siebten Borderline-Kriteriums** (Chronisches Gefühl der inneren Leere) aus. Im Hinblick auf die Overall Classification Rate (OCC) ist es das Kriterium mit der niedrigsten diagnostischen Effizienz. Die OCC beträgt .81, was insgesamt immer noch zufriedenstellend ist.

Gleiches gilt für einige andere Koeffizienten der diagnostischen Effizienz: Die Koeffizienten der Spezifität (.97), des Positiv und Negativ Prädiktiven Wertes (.89 bzw. .80) sind ebenfalls zufriedenstellend.

Die Maße der Übereinstimmung zwischen dem Kriterium und der Diagnose bzw. der Gesamtheit der Borderline-Kriterien, d.h. die Item to Diagnosis Correlation (.54), der Corrected Item Total Correlation (.56) und Kappa I (.52) sind allerdings nur mäßig.

Ein deutlicher Abfall in der diagnostischen Effizienz wird anhand der geringen Sensitivität (.49) und hohen Falsch Negativ Rate (.44) ersichtlich. Dies bedeutet, daß viele der Borderlinerinnen dieses Kriterium nicht erfüllen. Allerdings wird das Kriterium bei Nicht-Borderlinern noch seltener vergeben, so daß die ermittelte Spezifität des Kriterium mit .97 sehr hoch ist.

Ein Manko liegt in der mäßigen Übereinstimmung der Beurteilung des Kriteriums durch zwei unabhängige Therapeuten. Sie ist mit .56 deutlich niedriger als bei den anderen Kriterien. Das könnte u.a. in der wenig konkreten Formulierung des Kriterium begründet sein, die einen großen Raum für subjektive Interpretationen und Wertungen der Interviewer bietet.

Anders sieht es bei der Beurteilung der diagnostischen Effizienz des **achten Borderline-Kriteriums** (Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren) aus. Seine Overall Classification Rate ist mit .90 sehr zufriedenstellend. Diese gute diagnostische Effizienz zeigt sich auch in den anderen Koeffizienten.

Die Sensitivität beträgt .84; noch höher ist die Spezifität mit .92. Demnach wird dieses Kriterium häufig bei Borderlinerinnen, jedoch nur sehr selten bei Nicht-Borderlinern diagnostiziert.

Gleichzeitig ist der Anteil der Nicht-Borderline-Patienten bei den Patienten, die das Kriterium laut SKID-II-Interview nicht erfüllen (Negativ Prädiktiver Wert = .92), sehr niedrig. Das erhöht die diagnostische Effizienz des Kriteriums ebenfalls. Der Anteil der Borderline-Patientinnen unter den Patienten, die das Kriterium erfüllen, ist relativ hoch, Positiv Prädiktiver Wert = .84. Auch das ist im Hinblick auf die diagnostische Effizienz zufriedenstellend.

Insgesamt werden anhand des achten Kriteriums mehr Borderliner fälschlicherweise als Nicht-Borderliner gekennzeichnet (Falsch Negativ Rate = .16), als umgekehrt Nicht-Borderliner als Borderline-Patienten gekennzeichnet werden (Falsch Positiv Rate = .08). Die Korrelationen zwischen dem achten Kriterium und der Diagnose (.77) sowie zwischen dem achten Kriterium und der Gesamtheit der Kriterien (.76) sind zufriedenstellend. Gleiches gilt für den Wert Kappa I, der .77 beträgt.

Weniger hoch fällt die Übereinstimmung der Beurteilung des Kriteriums zwischen zwei unabhängigen Diagnostikern aus (Kappa II = .66). Dies bedeutet, daß sich die Formulierung des Kriteriums noch enger an die Verhaltensebene anlehnen könnte. Die Einschätzung dessen, was als „Schwierigkeiten“, Wut zu kontrollieren bzw. „unangemessene“ Wut gelten soll, erscheint noch zu interpretationsoffen.

Bei offenen Wutausbrüchen auf der Verhaltensebene, wie z.B. Zerschlagen von Mobiliar, fällt eine Beurteilung des Kriteriums wesentlich leichter und damit eindeutiger aus als bei einer internalen Verarbeitung von Ärger und Wut. Unter welchen Bedingungen eine solche, nicht ausgedrückte Wut als unangemessen heftig zu bewerten ist, sollte demnach noch konkreter operationalisiert werden.

Eine genauere Differenzierung des Kriteriums erscheint auch aus Gründen der unterschiedlichen Folgen eines internalen vs. externalen Ärgerausdrucks sinnvoll. Diese Folgen zeigen sich sowohl auf der psychischen und psychosomatischen Ebene als auch auf der interpersonalen Ebene.

Somit implizieren sie eine spezifische Wahl therapeutischer Schwerpunkte und Ansätze zur Beziehungsgestaltung in der Therapie.

Das **neunte Borderline-Kriterium** (streßabhängige, kurzzeitige und reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse) erreicht mit .99 die höchste Spezifität der Borderline-Kriterien. Dies bedeutet inhaltlich, daß reversible, kurzzeitige psychotische Erlebnisse sehr selten bei Nicht-Borderline-Patienten auftreten. Die Koeffizienten der Sensitivität (.84) und des Positiv Prädiktiven Wertes (.98) zeigen auf, daß diese psychotischen Erlebnisse zwar fast ausschließlich und relativ häufig bei den Borderlinerinnen auftreten, jedoch nicht alle Borderline-Patienten unter dieser Symptomatik leiden.

Gleiches belegen auch die geringe Falsch Positive Rate .01 (Wertung des Kriteriums als erfüllt bei tatsächlicher Abwesenheit der Störung) und der vergleichsweise höhere Wert der Falsch Negativ Rate von .16 (Vorliegen der Störung, aber Wertung des Kriteriums als nicht erfüllt).

Die Korrelationen des neunten Kriteriums mit der Diagnose bzw. der Gesamtheit aller Borderline-Kriterien (.85 bzw. .83) sowie der Wert Kappa I (.86) verweisen auf die gute diagnostische Effizienz des Kriteriums. Insbesondere der hohe Wert Kappa II von .86 ist zufriedenstellend. Die Einschätzung des Kriteriums von zwei unabhängigen Diagnostikern stimmt demnach in hohem Maß überein, was positiv zu bewerten ist.

Insgesamt läßt sich nach der OCC (Overall Classification Rate) folgende Rangreihe der Kriterien erstellen.

Rangreihe der Kriterien:

1. Kriterium 6 (Affektive Instabilität),
2. Kriterium 3 bzw. 9 (Identitätsstörung bzw. Streßabhängige, kurzzeitige und reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse)
3. Kriterium 2 (intensive aber instabile Beziehungen),
4. Kriterium 8 (Unangemessene Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren),
5. Kriterium 4 bzw. 5 (Impulsivität bzw. Selbstverletzungen bzw. Suizidales Verhalten),
6. Kriterium 1 (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden) und
7. Kriterium 7 (Chronisches Gefühl der inneren Leere).

Um die Heterogenität der Diagnose zu verringern, würde man anhand der vorliegenden Ergebnisse die Kriterien 7 und 1 als erste entfernen – zumindest dann, wenn es sich um eine Diagnostik handelt, deren Ziel eine Abgrenzung der Borderline-Störung von anderen psychiatrischen Störungen ist.

Liegt der Diagnostik eine andere Zielsetzung zugrunde, z.B. eine interne Differenzierung des Störungsbildes, kann diese Schlußfolgerung unzutreffend sein. Auf diesen Aspekt wird später nochmals eingegangen werden.

Eine weitere, hier zu bearbeitende Frage besteht in der Anzahl der Kriterien, die eine Abgrenzung zwischen der Borderline-Störung und anderen psychiatrischen Störungsbildern zuverlässig ermöglicht. Mit dieser Frage beschäftigt sich der nun folgende Abschnitt.

8.5.3 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Vorhersage der Borderline-Störung

Zur Beantwortung der Frage nach einer sinnvollen Kriterienanzahl der Borderline-Störung wurden regressionsanalytische Berechnungen durchgeführt. Ziel ist es, zu untersuchen, wie viele und welche Kriterien zur Vorhersage der Borderline-Störung nötig sind. Erwartet wird, daß sich die effizientesten Kriterien besser zur Vorhersage eignen als die weniger effizienten Kriterien und daher eine vordere Position in der Regressionsgleichung einnehmen .

Grundlage der Regressionsanalysen (siehe 8.3) waren einmal die Gesamtstichprobe und anschließend zwei verschiedene Subgruppen der Gesamtstichprobe. Die eine Subgruppe besteht aus der Gruppe der depressiven Patienten ohne Borderline-Störung und den Borderline-Patientinnen.

Die andere Subgruppe wird von Suchtpatienten ohne Borderline-Störung und den Borderline-Patientinnen gebildet. Die Anzahl und Reihenfolge der in die Regressionsgleichung aufgenommenen Variablen sowie die Signifikanz des resultierenden Modells zur Vorhersage der Borderline-Störung sind in Tabelle 8.3 wiedergegeben.

Die Tabelle zeigt, daß die Vorhersage der Diagnose einer Borderline-Störung anhand von fünf bzw. sechs Kriterien möglich ist. In der Gesamtstichprobe werden sechs der neun Kriterien zur Abgrenzung der Borderline-Patientinnen von den Nicht-Borderline-Patienten benötigt. Jeweils fünf Kriterien reichen zur Abgrenzung von Borderline-Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Störung bzw. Suchtstörung aus.

Tabelle 8.3

Stichprobe		Abfolge der Variablen	Korr. R-Quadrat	SE des Schätzers	F-Wert des Modells	Signifikanz des Modells
BPS	Gesamtstichprobe N = 161 (Gruppe 1)	6,9,2,3,4,1	0,929	0,2539	352,041	0,00
BPS	BPS & Depressive Pt. N = 88 (Gruppe 2)	6,3,2,4,9	0,944	0,2292	293,787	0,00
BPS	BPS & Sucht-PT N = 98 (Gruppe 3)	6,3,2,9,4	0,973	0,1636	699,675	0,00

Tabelle 8.3: Regressionsanalyse. Vorhersage der Borderline-Störung durch eine Auswahl von Borderline-Kriterien. BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung; PT = Patienten.

Das sechste Kriterium (Affektive Instabilität) wird in jeder der drei Stichproben als erstes in die Regressionsgleichung aufgenommen. Es trägt demnach am meisten zur Vorhersage der Borderline-Diagnose bei. Dieses Ergebnis stimmt mit den oben dargestellten Ergebnissen zur diagnostischen Effizienz der Kriterien überein.

Ebenso erwartungsgemäß ist die Aufnahme des dritten Kriteriums an zweiter bzw. vierter Stelle der Regressionsgleichung. Kriterium 9 und Kriterium 2 haben gleichfalls hohe diagnostische Aussagekraft. Kriterium 4 wird in allen Modellen an einer hinteren Position aufgenommen. Es ist für die Vorhersage der Borderline-Diagnose demnach von geringerer Bedeutung.

Die Kriterien 5, 7 und 8 sind in keinem der Modelle Bestandteil der Regressionsgleichung. Sie tragen nicht im ausreichenden Ausmaß zur Abgrenzung der Borderline-Patientinnen bei. Daß das erste Kriterium, wenn auch an letzter Position, in eine Regressionsgleichung aufgenommen wird, entspricht nicht den zuvor geäußerten Vermutungen.

Die mittels Regressionsanalyse getroffene Auswahl an Kriterien entspricht in den Unterstichproben weitgehend den Ergebnissen aus der Gesamtstichprobe. Sie ist, bis auf die Tatsache, daß das erste Kriterium nicht mehr in das Vorhersagemodell eingeht, sogar identisch. Die Reihenfolge, d.h. die Bedeutung der Kriterien innerhalb der Vorhersage der Borderline-Diagnose, ist in den drei Stichproben erwartungsgemäß verschieden.

Zwar ist das sechste Kriterium in den Unterstichproben immer noch an erster Stelle der Regressionsgleichung, das neunte Kriterium verliert jedoch an Bedeutung. Es wird in der Gruppe 2 (Borderline-Patientinnen und depressive Patienten) an letzter und in der Gruppe 3 (Borderline-Patientinnen und Suchtpatienten) an vorletzter Stelle angeführt.

Weiterhin erhält das dritte Kriterium in beiden Unterstichproben eine höhere Bedeutung als das zweite Kriterium. In der Gesamtstichprobe war dies genau umgekehrt. Das vierte Kriterium ist, wie in der Gesamtstichprobe auch, an einer hinteren Position in der

Regressionsgleichung zu finden. Seine Bedeutung ist somit nach wie vor geringer als die der anderen Kriterien.

Die Reihenfolge der Kriterien in den beiden Unterstichproben ist bis auf die Vertauschung der Plazierung des vierten und neunten Kriteriums identisch.

Dies bedeutet, daß sich die Borderlinerinnen eher durch ihre Impulsivität von den depressiven Patienten abgrenzen als durch streßabhängige, kurzfristige, reversible psychotische oder dissoziative Erlebnisse. Bei den süchtigen Patienten ist diese Ordnung genau umgekehrt. Das neunte Kriterium trägt hier mehr zur Unterscheidung der Diagnosen bei als das vierte.

Süchtige Patienten handeln im Vergleich zu depressiven Patienten häufiger impulsiv (Substanzmißbrauch). Analog läßt sich dieser Schluß für die depressiven Patienten ziehen. Sie neigen vermutlich häufiger als süchtige Patienten zu dissoziativen Erlebnissen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß zur Vorhersage der Borderline-Störung fünf bzw. sechs Kriterien ausreichen. Die Kriterien, die dabei den höchsten Beitrag leisten, sind die Kriterien 6, 9, 2, 3, 4 und 1. Die Reduktion der Diagnostik der Borderline-Störung mittels SKID II auf diese sechs Kriterien würde die Heterogenität der Borderline-Diagnose um einiges verringern. Jedoch darf man dabei, wie bereits oben erwähnt, nicht außer acht lassen, daß dies nur für die Abgrenzung der Borderline-Störung von anderen psychiatrischen Störungsbildern der Achse I gilt.

Zur Abgrenzung von Patientengruppen innerhalb der Borderline-Störung können andere Kriterien wichtig sein. Daher erscheint zunächst eine zweistufige, gezielte Diagnostik sinnvoller als eine vollständige Eliminierung einzelner Kriterien. Dies würde bedeuten, die Kriterienanzahl in einem ersten Schritt zu reduzieren und mittels sechs Kriterien die Diagnosenstellung der Borderline-Störung zu klären. Danach bestünde ein zweiter Schritt in einer weiterführenden Diagnostik, die sich an spezifischen Fragestellungen orientiert und entweder auf die übrigen Borderline-Kriterien oder auch auf externe Variablen zurückgreift.

Eine alternative Möglichkeit besteht, wie oben bereits angedeutet, in einer Gewichtung der Kriterien. Dazu würden die sechs oben genannten Kriterien der Regressionsgleichung einen höheren Wert erhalten als die übrigen Kriterien. Die Gewichtung könnte gleichzeitig eine Feinabstufung gemäß der diagnostischen Effizienz beinhalten. Das sechste Kriterium erhielte somit die höchste Gewichtung, das siebte Kriterium die niedrigste, da es weder in der Rangfolge der diagnostischen Effizienz noch in der Regressionsgleichung einen hohen Stellenwert erlangt. Zur abschließenden Diskussion siehe 8.6.

8.5.4 Diagnostische Effizienz der Borderline-Kriterien: Vorhersage klinischer Merkmale

Zur Beurteilung der diagnostischen Effizienz der Kriterien ist es wichtig, zu überprüfen, inwieweit sich die Kriterien zur Vorhersage von externen Variablen eignen. Unter externen Variablen werden hier Variablen verstanden, die nicht Teil der Borderline-Diagnose sind. Sie entsprechen im vorliegenden Fall den Skalen bzw. Variablen der klinisch-psychologischen Fragebögen aus Kapitel 6.

Im folgenden Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob es möglich ist, mit Hilfe der Borderline-Kriterien bestimmte klinische Merkmale und Symptome (Variablen) in der Borderline-Gruppe vorauszusagen. Wenn ja, dann hätte dies neben der Beurteilung der diagnostischen Effizienz der Kriterien den Effekt, Hinweise für die Therapieplanung und die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozeß zu erhalten.

Es wurde regressionsanalytisch überprüft, inwieweit die Borderline-Kriterien einen Beitrag zur Vorhersage solcher externen Variablen liefern. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in Tabelle 8.4 angeführt.

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß im Gegensatz zur Vorhersage der Borderline-Diagnose oft nur ein einziges Kriterium zur Vorhersage einer Skala/eines Symptoms ausreichend ist. Es fällt auf, daß ebenfalls im Gegensatz zur Tabelle 8.3 das **Kriterium 7** häufig das aussagestärkste Kriterium ist. (Das war aufgrund seiner hohen Varianz in der Borderline-Gruppe auch zu erwarten.) Es wird entsprechend oft an erster Stelle in die Regressionsgleichung aufgenommen. Dabei eignet es sich besonders zur Vorhersage von Merkmalen wie Gehemmtheit, Mißtrauen, Introversion/Extraversion und soziale Unsicherheit, die Einfluß auf die Kontaktbereitschaft und Beziehungsgestaltung einer Person haben.

Tabelle 8.4 verdeutlicht weiterhin, daß auch andere Kriterien, die nicht in die Vorhersage der Borderline-Störung (8.5.2) eingingen, hier einen hohen Aussagegehalt aufweisen. So ist z.B. das **Kriterium 8** ausreichend, um eine Vorhersage bzgl. der Skala „Erregbar“ und „Ausnutzbar“ zu treffen. Gemeinsam mit dem vierten Kriterium ist eine Vorhersage bzgl. der Variable Ärger möglich. Das **Kriterium 5**, welches ebenfalls nicht in die Regressionsgleichungen zur Vorhersage der Borderline-Störung (Tabelle 8.3) aufgenommen wurde, ist von Bedeutung bei der Vorhersage der Skalen Schuld, Kalt, Ineffektivität und insbesondere Depressivität.

Tabelle 8.4

Vorhersage von	Fragebogenverfahren ⁹	Abfolge der Variablen	Korr. R-Quadrat	SE des Schätzers	F-Wert des Modells	Signifikanz des Modells
Ärgerneigung	STAXI	8,4	0,140	7,84	5,481	0,007
Ängstlichkeit	SCL-90-R	9	0,117	6,09	8,314	0,006
Unsicherheit	SCL-90-R	9	0,061	7,92	4,557	0,037
GSI	SCL-90-R	9	0,840	5,27	6,047	0,017
EDI-Gesamt	EDI	3,7	0,160	3,73	6,236	0,004
Ineffektivität	EDI	5,1,3	0,224	3,92	6,304	0,001
Mißtrauen	EDI	7	0,114	10,83	8,085	0,006
Unsicherheit	EDI	7	0,065	5,31	4,695	0,035
Gehemmtheit	FPI	7	0,137	7,93	9,762	0,083
Erregbarkeit	FPI	8	0,168	7,95	12,113	0,001
Aggressivität	FPI	2,4	0,195	9,91	7,661	0,001
Depressivität	BDI	5	0,229	9,01	17,375	0,00
Scham	SSF	9,7,1	0,298	7,66	8,775	0,00
Schuld	SSF	9,5,1,4	0,322	6,40	7,521	0,00
FDS-Gesamt	FDS	9	0,206	13,13	15,287	0,00
Autokratisch	IIP	7	0,139	8,59	9,908	0,003
Streitsüchtig	IIP	-----				
Kalt	IIP	7,5,1	0,259	11,53	7,397	0,00
Introvertiert	IIP	7	0,118	10,98	8,390	0,005
Unterwürfig	IIP	-----				
Ausnutzbar	IIP	8	0,082	12,03	5,897	0,019
Fürsorglich	IIP	-----				
Expressiv	IIP	7	0,107	11,94	7,598	0,008
SUPS*	SKID-II	7,1,8,3	0,383	0,541	25,792	0,00
DEPRPS*	SKID-II	7,2	0,123	0,529	12,191	0,00

Tabelle 8.4: Regressionsanalyse. Vorhersage klinischer Merkmale bzw. Variablen aus dem Fragebogenpaket anhand der Borderline-Kriterien. n = 56 (Borderline-Stichprobe). * SUPS = Selbstunsichere-/ DEPRPS = Depressive PS ;Vorhersage anhand der Gesamtstichprobe n = 161.

Das **Kriterium 9** ist in beiden diagnostischen Fragestellungen von hoher Bedeutung. D.h. es eignet sich sowohl zur Vorhersage der Borderline-Diagnose als auch zur Vorhersage von Symptomen innerhalb der Borderline-Gruppe. Hier dient es insbesondere zur Vorhersage von dissoziativen und ängstlichen Symptomen.

Einige Skalen im Bereich interpersonaler Probleme sind nicht durch Kriterien der Borderline-Störung vorhersagbar. Es handelt sich hierbei um die Skalen Streitsüchtig, Unterwürfig und Fürsorglich. Diese Skalen umfassen dominante vs. submissive Verhaltensweisen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Da interpersonale Probleme grundsätzlich wesentliche Aspekte in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen sind (siehe Kapitel 1), erscheint es lohnend, diesen Problembereich genauer zu untersuchen. Im folgenden Kapitel wird daher speziell auf dieses Thema eingegangen.

⁹ Abkürzungen der Fragebogenverfahren siehe Kapitel 6.

8.6 Beurteilung der Ergebnisse

Die Ergebnisse (siehe 8.5.1 und 8.5.2) belegen, daß die diagnostische Effizienz der Kriterien insgesamt zufriedenstellend ist. Gleiches gilt für das Gesamturteil der Inter-Raterreliabilität. Für einige Kriterien ist es dennoch sinnvoll, eine konkretere bzw. spezifischere Operationalisierungen zu erarbeiten, um die Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit der klinischen Beurteilung des Kriteriums zu erhöhen.

Dies gilt insbesondere für das erste, fünfte und achte Kriterium (siehe 8.5.2). Das erste Borderline-Kriterium ist sehr interpretationsoffen formuliert. Die Entscheidung über verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden, ist mitunter nur schwer zu treffen. Zudem ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zur Dependenten Persönlichkeitsstörung ohne die Berücksichtigung konkreter und spezifischer Operatoren oft kaum möglich. Das fünfte Kriterium wurde auch bei einigen Patienten ohne Borderline-Störung diagnostiziert. War dies der Fall, so lag dies an dem Aspekt der wiederholten Suizidversuche und selten an dem Aspekt der Selbstverletzung. Es wäre demnach zu überlegen, ob entweder borderlinetypische suizidale Verhaltensweisen in das Kriterium aufgenommen werden oder ob man das Kriterium auf selbstverletzendes Verhalten reduzieren sollte. Das achte Kriterium läßt offen, ob die betroffene Person übermäßig stark/häufig Ärger erlebt oder ob sie oft Wutausbrüche hat. Dadurch werden differentialdiagnostische Informationen verdeckt. Eine abschließende Diskussion möglicher Veränderungen in der Formulierung einiger Borderline-Kriterien wird in Kapitel 13 nochmals aufgegriffen.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, daß die Kriterien (wie vermutet) in unterschiedlichem Maß zur Diagnosenstellung beitragen. In diesem Befund stimmt die vorliegende Untersuchung mit den Studien anderer Arbeitsgruppen, z.B. Fossati et al. (1999), überein. Die errechnete Rangreihe der Kriterien hinsichtlich ihrer diagnostischen Effizienz weicht jedoch von derjenigen anderer Autoren, wie z.B. Fossati et al. (1999) oder Clarkin et al. (1983), ab. Die Ergebnisse dieser Autoren sind, wie unter 8.2 festgestellt, ebenfalls nicht einheitlich. Die Rangordnung der Kriterien nach ihrer diagnostischen Effizienz, die in dieser und anderen Studien erstellt wurde, ist demzufolge mit Vorbehalt zu sehen.

Die Vorhersage der Borderline-Störung gelingt in der Gesamtstichprobe am genauesten durch die Kriterien 6, 3, 2, 9, 4 und 1. Dabei scheint eine Anzahl von fünf bis sechs Kriterien ausreichend zu sein, um andere psychiatrische Störungsbilder von dem der Borderline-Störung abzugrenzen. Die Abgrenzung zur Suchtstörung bzw. Depression gelingt am besten mit Hilfe der Kriterien 6, 3, 2, 9 und 4. Fünf Kriterien reichen jeweils zur Diagnosenstellung

aus, wenn zwischen depressiven bzw. süchtigen Patienten und Borderline-Patienten unterschieden werden soll.

Die Vorhersage von klinisch-psychologischen Symptomen, wie z.B. Angst, Scham, Schuld, Gehemmtheit, Mißtrauen etc., ist innerhalb der Borderline-Gruppe am besten durch die Kriterien 7 und 9 sowie 5, 8 und 1 möglich. D.h. die Kriterien, die sich nicht besonders zur Vorhersage der Diagnose eignen, liefern einen hohen Beitrag zur Vorhersage von Symptomen innerhalb der Borderline-Gruppe. Eine Ausnahme stellt das neunte Kriterium dar, das für beide Fragestellungen bedeutsam ist.

Die für die Borderline-Störung relevanten Symptome und spezifischen Probleme, die sich mit Hilfe der Borderline-Kriterien innerhalb der Borderline-Gruppe vorhersagen lassen, liegen insbesondere im Bereich der Emotionen und der interpersonalen Beziehungsgestaltung. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der Faktorenanalyse aus 7.5 gestützt. Die Kriterien 2 und 8 (Instabile Beziehungen und unangemessene Wut) bildeten in dem Faktormodell für die Borderline-Gruppe den varianzstärksten Faktor, was ebenfalls auf die Bedeutung der Emotion Ärger und interpersonale Probleme hinweist.

Mit zusätzlicher Kenntnis über solche spezifischen Symptome und Probleme der Patienten ließe sich eine differenziertere Therapieplanung vornehmen. Die nächsten Kapitel wenden sich daher insbesondere interpersonalen Problemen der Borderline-Patienten zu.

Die vorliegende Studie kommt abschließend zu dem Ergebnis, daß die Effizienz der Kriterien von der spezifischen Fragestellung und dem Zweck der Diagnostik abhängt. Ausschlaggebend ist, welche Vorhersagen und Entscheidungen mittels der Diagnostik getroffen werden sollen. Eine Veränderung der diagnostischen Entscheidungsregeln wäre in Form einer Gewichtung der Kriterien und in einer vorab getroffenen Auswahl von Kriterien denkbar. Diese Auswahl orientiert sich an der jeweiligen diagnostischen Fragestellung. Ob sich diese hypothetischen Veränderungen in der Praxis bewähren, wäre durch weitere Studien nachzuweisen.

9. Struktur und Zusammenhänge klinisch-psychologischer Merkmale innerhalb der Borderline-Störung

9.1 Theoretischer Hintergrund

Viele Borderline-Patienten erhalten neben der Borderline-Diagnose eine oder auch mehrere Diagnosen auf der Achse I und/oder Achse II des DSM-IV (APA, 1994). Insbesondere sind auf der Achse I Depressionen, Eß-Störungen, Angststörungen und Suchtstörungen als komorbide Störungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu nennen. Auf der Achse II treten (laut DSM-IV) die Histrionische, die Selbstunsichere und die Dependente Persönlichkeitsstörung gehäuft als komorbide Störungen auf (siehe Kapitel 4). Oftmals lassen sich die komorbiden Störungen als Kompensationsversuche oder Folgen der Borderline-Störung erklären. Auf einer störungsinternen Ebene läßt sich ähnliches für die gegenseitige Beeinflussung bzw. vermeintliche Kompensation der Borderline-Kriterien untereinander beobachten (z.B. Linehan, 1993b).

Insbesondere gescheiterte Bewältigungsversuche der affektiven Instabilität (Kriterium 6) bergen die Gefahr, daß die betroffene Person eine weitere psychische Störung entwickelt. So sind maladaptive impulsive Verhaltensweisen, wie z.B. Suchtmittelkonsum oder Eß-Brech-Attacken (siehe Kriterium 4), bei Borderline-Patienten oftmals Versuche, ihre Gefühle zu regulieren bzw. zu unterdrücken.

Um ihre intensiven und stark schwankenden Gefühle nicht aushalten zu müssen, instruieren sich viele Borderline-Patienten dazu, nicht zu fühlen. Sie trainieren geradezu, unachtsam für eigene Empfindungen und Emotionen zu sein. Dies führt dauerhaft zu einem gestörten Selbstbezug, welcher wiederum die Identitätsstörung (Kriterium 3) und das chronische Gefühl der inneren Leere (Kriterium 7) festigt. Sowohl das Unterdrücken als auch das übermäßige Ausagieren von intensiven Gefühlen, insbesondere von Ärger, wirkt sich langfristig negativ auf die psychische Gesundheit aus. Auch die Entwicklung von depressiven und/oder psychosomatischen Symptomen wird nachweislich durch derartige Verhaltensmuster gefördert (z.B. Schwenkmezger, 1990; Weber, 1994).

Das Gefühl, anders zu sein und zu fühlen als andere Menschen, mündet häufig in soziale Ängste mit einer ausgeprägten Vermeidungstendenz oder Hemmungen in sozialen Situationen. Die Identitätsstörung vieler Borderlinerinnen stützt dieses ungünstige Verhaltensmuster zusätzlich. Auch dependente Verhaltensmuster können durch diese negative

Selbstwahrnehmung und selbstabwertenden kognitiven Schemata stabilisiert werden. Andere Personen dienen dann als Halt und Orientierung für ein angemessenes Handeln, Denken und Fühlen, da keine innere Sicherheit und Stabilität erlebt wird.

Häufige Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen (vergleiche Kriterium 2) werden ebenfalls durch die extreme affektive Instabilität dieser Personen gefördert. Sie stellen einen zusätzlichen psychischen Belastungsfaktor für die betroffenen Patienten dar. Derartige Beziehungskonflikte sind nicht selten der Hintergrund von Angststörungen.

Die Angst vor dem Verlassenwerden (Kriterium 1) kann zu einem extrem submissiven Verhalten führen, das in keiner Weise mit dem Selbstwert in Einklang zu bringen ist. Auf diese Weise manifestieren sich Selbstabwertungen und Schuldgefühle, die über Jahre hinweg eine depressive Entwicklung nach sich ziehen können.

Mangelnde zwischenmenschliche Kompetenzen und Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (Kriterium 8), führen nicht selten zu psychophysischen Beschwerden. Das intensive Erleben oder Unterdrücken von Wut geht mit einem hohen Risiko einher, psychische, somatische und/oder psychosomatische Störungen zu begünstigen. (z.B. Siegel, 1990). Wie in Kapitel 4 aufgezeigt, sind somatoforme Störungen eine häufig anzutreffende komorbide Diagnose der Borderline-Störung.

Selbstverletzungen, wiederholte Suizidalität (Kriterium 5) und dissoziative Symptome (Kriterium 9) sind Ausdruck und Folge von unzureichender Streßtoleranz bzw. übermäßig stark erfahrenem Streß. Sie treten oft gemeinsam mit (oder als Folge von) Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Akuten Belastungsreaktionen auf. Insbesondere die Dissoziation gilt als Abwehrmechanismus und Bewältigungsversuch von extremem Streß. Ein derartiger Streß kann z.B. durch ein Trauma oder eine Retraumatisierung ausgelöst werden. Er resultiert dabei aus einem Zusammenspiel von äußeren Ereignissen, Fertigkeiten zur Streßbewältigung, biologischer und organismischer Grundkonstitution sowie aktueller innerpsychischer und umfeldbezogener Situation der betroffenen Person.

Dissoziationen oder suizidales Verhalten bzw. Selbstverletzung führen oft zu interpersonalen Konflikten. Suizidalität wird von Außenstehenden u.U. als Bedrohung oder böswillige Manipulation empfunden. Dissoziationen können durch ihre Fremdartigkeit zur Überforderung der Beziehungspartner führen.

Gleichzeitig lösen sie bei der betroffenen Person weitere Ängste, z.B. vor Kontrollverlust, aus. Die erlebte Andersartigkeit führt oftmals zu Selbstabwertungen, wie „ich bin nicht normal“, „ich habe versagt“ etc. Diese untermauern depressive Symptome, chronisches Erleben von innerer Leere (Kriterium 7).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die einzelnen Kriterien der Borderline-Störung sind mit zahlreichen klinisch-psychologischen Symptomen verbunden. Dieser Sachverhalt zeigt sich u.a. in der hohen Rate komorbider Störungen.

Eine Strukturierung der komorbiden Symptome und Merkmale wäre eine Hilfe für eine zielorientierte fokussierte Therapieplanung der Borderline-Störung. Gleichzeitig eröffnet sie den Zugang zu einem besseren Verständnis der Störung und ihrer grundlegenden Mechanismen.

9.2 Forschungsstand

Versuche, die wesentlichen klinischen Merkmale der Borderline-Störungen in Form einer Faktorstruktur zu ordnen, sind hauptsächlich im Rahmen der Entwicklung von Fragebögen unternommen worden. Dazu zählen insbesondere der Borderline-Symptom-Index (Conte et al. 1980), die Borderline-Symptomliste (Bohus et al., 2001) und das Borderline-Persönlichkeitsinventar¹⁰ (BPI; Leichsenring, 1997).

Diese Fragebögen beziehen sich explizit auf borderline-typische Symptome. Weniger untersucht ist bislang die störungsspezifische Auswertung von Screeninginstrumenten, wie z.B. SCL-90-R (dt. Version von Franke, 1995), oder auch von Fragebögen zu interpersonalen Problemen, wie das IIP von Horowitz et al. (2000).

In den meisten diagnostischen Verfahren der gängigen Praxis werden keine getrennten Normen für Borderline-Patienten angegeben. Generell finden sich gruppenspezifische Normen in der Regel nur für die Störungsbilder, deren Prävalenz um einiges höher ist als die der Borderline-Störung. Wenn überhaupt, dann liegen für die Störungsbilder der Achse II des DSM-IV (APA, 1994) meist nur Normangaben zu recht unspezifischen Sammelgruppen, wie z.B. „Patienten mit Persönlichkeitsstörung“, vor.

Die mitunter stark unterschiedlichen bis entgegengesetzten Merkmale der einzelnen Persönlichkeitsstörungen werden nicht beachtet. Die Normen erscheinen daher für die Borderline-Störung wenig aussagekräftig.

Für die zukünftige Borderline-Forschung steht für diesen Bereich die Bearbeitung und Differenzierung vieler (ansonsten etablierter) Fragebogenverfahren noch aus.

¹⁰ Im folgenden Text werden die in der Dissertation verwendeten diagnostischen Instrumente durch Abkürzungen wiedergegeben, z.B. BPI statt Borderline-Persönlichkeitsinventar. Eine ausführliche Beschreibung der Verfahren sowie die entsprechenden Literaturangaben finden sich in Kapitel 6 bzw. Anhang A.

9.3 Fragestellung und Hypothesen

Für die vorliegende Untersuchung wurden folgende Fragen bzw. Hypothesen formuliert:

1. Die meisten Skalenmittelwerte der Borderline-Gruppe liegen im signifikant über- bzw. unterdurchschnittlichen Bereich der Normverteilung. Erwartet wird demnach eine hohe Belastung bzw. Auffälligkeit der Borderline-Patientinnen in einer Vielzahl der klinischen Symptome.
2. Die klinischen Merkmale und Verhaltensmuster, die als Skalen und Variablen des Fragebogenpaktes (ohne SKID-II) in die Untersuchung eingingen, lassen sich mittels Faktorenanalyse durch eine deutlich reduzierte Anzahl von Dimensionen (< 10) darstellen.
3. Emotionsbezogene Variablen und Skalen zu interpersonalen Problemen erhalten bei der Strukturierung der Symptome eine ausschlaggebende Bedeutung, da sie Kernmerkmale der Störung betreffen. Zudem liegen einige Hinweise aus den vorherigen Kapiteln (siehe 7.6 und 8.6) über die hohe Relevanz dieser Skalen vor. Dies sollte sich sowohl in den Skalenmittelwerten als auch in der Faktorenextraktion niederschlagen.
4. Korrelieren die Skalen der Grundemotionen, die mit submissiven Handlungsimpulsen assoziiert sind (wie z.B. Angst und Scham), höher mit allgemeinen Merkmalen der psychophysischen Belastung als die Skalen, die dominantes Verhalten umschreiben? Signifikante korrelative Zusammenhänge dieser Skalen mit den Skalen der SCI-90-R sollen dies belegen.
5. Aufgrund der sozialen Funktion der Emotion Ärger (z.B. Averill, 1982) wird ein Zusammenhang zwischen Ärger bzw. Aggression (STAXI, SCL-90-R, FPI) und den Skalen des Inventars Interpersonaler Probleme vermutet.

9.4 Methoden

9.4.1 Stichprobe und Patienten

In diese Untersuchung der Dissertation gingen ausschließlich die Daten der 56 Borderline-Patientinnen aus der Gesamtstichprobe ein. Der Umfang der Gesamtstichprobe beträgt $n = 161$. Allerdings wurden die symptom-spezifischen Fragebögen (Fragebogenpaket mit Ausnahme des SKID II) nur von den Borderlinerinnen bearbeitet.

Der verwendete Datensatz ist identisch zu dem der beiden vorherigen Untersuchungen (Kapitel 7 und Kapitel 8). Die Angaben zur Beschreibung der Stichproben, wie z.B. Erst- und

Zweitdiagnosen, demographische Variablen, Häufigkeitsverteilung der erfüllten Borderline-Kriterien etc., wurden bereits unter 7.4.1 angeführt.

9.4.2 Prozedur

An dieser Stelle wird ebenfalls auf den entsprechenden Abschnitt in Kapitel 7 (siehe 7.4.2) verwiesen. Die genaue Durchführung der Fragebogenerhebung ist in 8.4.2 dargestellt. Die Beschreibung der Prozedur ist aus den erwähnten vorangegangenen Abschnitten und Kapiteln zu entnehmen. Aufgrund der identischen Datenlage wird auf eine nochmalige Darstellung der Prozedur der Datenerhebung verzichtet.

9.4.3 Fragebogen und diagnostische Instrumente

Die verwendeten Fragebögen sind in Kurzform in Tabelle 7.6 aufgelistet. In ausführlicherer Form sind sie im Kapitel 6 beschrieben. Alle Verfahren sind als „Papier und Bleistift-Verfahren“ verwendet worden. Die Angaben zu den jeweiligen Verfahren sind in den obigen Abschnitten 7.4.3 und 8.4.3 nachzulesen. Die Items der elf verwendeten Fragebögen sind in Anhang A aufgelistet. An dieser Stelle finden sich ebenfalls Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Verfahren, Erscheinungsjahr des Verfahrens und Informationen hinsichtlich den Antwortmodalitäten der Fragebögen.

9.4.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte auch bei dieser Untersuchung mit Hilfe des statistischen Programmes SPSS. Zur Dimensionenreduktion wurden folgende Voreinstellungen verwendet: Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation, Listenweiser Fallausschluß der fehlenden Werte, Extraktion der Faktoren bei einem Eigenwert > 1 . Die maximale Anzahl der Iterationen für eine Konvergenz lag bei 25.

Die Entscheidung über die extrahierte Anzahl der Faktoren wurde, wie bereits erwähnt, anhand des Eigenwertkriteriums (Eigenwert > 1) oder dem Verlauf des Screeplots getroffen. D.h. bei einem deutlichen Abfall der Varianzaufklärung durch zusätzliche Faktoren wurden keine weiteren Faktoren extrahiert.

Darüber hinaus wurden zur weiteren Absicherung der Ergebnisse der Faktorenanalyse und zur Untersuchung der Beiträge und Qualitäten der einzelnen Variablen Reliabilitätsanalysen

durchgeführt. Die standardmäßigen Voreinstellungen des Programmes SPSS wurden dabei übernommen.

9.5 Ergebnisse

9.5.1 Auswertung der zehn Fragebögen zur klinisch-psychologischen Symptomatik

Die wesentlichsten Kennwerte der Stichprobe in den Skalen der zehn verwendeten Fragebögen werden in untenstehender Tabelle 9.1 wiedergegeben. Die Werte beziehen sich dabei ausschließlich auf die Gruppe der Borderline-Patientinnen (n = 56).

Tabelle 9.1

	M	SD	Var	SE
STAI-G*				
State-Angst	60	12,0	149	1,6
Trait-Angst	72	2,7	7,1	.36
STAXI				
State-Ärger	20	7,8	61	1,0
Trait-Ärger	66	8,5	72	1,1
Ärger-In	64	9,7	94	1,3
Ärger-Out	62	11,1	123	1,4
Ärger-Control	48	12,4	154	1,7
BPI				
Identitätsdiffusion	58	12,0	143	1,6
Primitive Abwehr & Objektbeziehung	57	12,0	140	1,6
Angst vor Nähe	57	10,4	108	1,4
Mangelhafte Realitätsprüfung	58	9,2	84	1,2
BPI-Summe	56	8,8	78	1,2
SCL-90-R				
GSI	76	5,5	30	.74
PSDI	71	7,5	56	1,0
PST	75	6,0	36	.80
Somatisierung	70	11	113	1,4
Zwanghaftigkeit	72	9,6	93	1,3
Soziale Unsicherheit	73	8,1	67	1,0
Depressivität	75	6,7	46	.90
Ängstlichkeit	73	6,5	42	.87
Aggressivität	70	11,0	122	1,5
Phobische Angst	74	7,1	51	.95
Paranoides Denken	70	9,4	88	1,3
Psychotizismus	69	9,5	90	1,2
IIP				
Autokratisch/dominant	41	9,3	86	1,2
Streitsüchtig	48	13,3	177	1,8
Abweisend/kalt	52	13,4	179	1,8
Introvertiert	61	12,0	137	1,5
Unterwürfig	57	11,2	126	1,5
Ausnutzbar	49	13,0	158	1,7
Fürsorglich/freundlich	50	11,2	126	1,5
Expressiv/aufdringlich	44	13,0	160	1,7

	M	SD	Var	SE
BDI				
BDI-Summe	30	10,3	105	1,4
EDI				
EDI: Gesamtwert	70	4,1	16,6	.54
Schlankheitsstreben	63	9,7	93	1,2
Bulimie	64	10,4	109	1,4
Körperliche Unzulänglichkeit	61	11,5	132	1,5
Ineffektivität	69	4,4	20	.66
Perfektionismus	61	7,2	52	.96
Mißtrauen	65	11,5	132	1,5
Interozeption	70	5,3	28	.71
Angst vor dem Erwachsenwerden	55	12,4	154	1,7
Askese	67	8,0	64	1,1
Gestörte Impulsregulation	68	6,7	45	.90
Soziale Unsicherheit	68	5,5	30	.73
FDS				
FDS: Prozentrang I	61	3,0	25	.66
FDS: Prozentrang II	56	9,0	79	1,2
FDS: Gesamtwert	27	15,0	217	2,0
Amnesie	17	15,0	227	2,0
Absorption	39	22,0	468	2,9
Derealisation	29	22,0	473	2,9
Konversion	21	15,0	224	2,0
FPI-R				
Lebenszufriedenheit	37	7,2	53	.97
Soziale Orientierung	53	10,4	107	1,4
Leistungsorientierung	46	9,6	92	1,3
Gehemmtheit	64	8,5	73	1,1
Erregbarkeit	65	7,8	62	1,3
Aggressivität	58	9,4	88	1,3
Beanspruchung	57	5,3	28	.71
Körperliche Belastung	65	7,6	57	1,0
Sorgen um die eigene Gesundheit	43	8,4	70	1,1
Offenheit	57	9,2	84	1,3
Extraversion	52	65	4182	8,6
Emotionale Labilität	68	5,5	30	.73
Scham/Schuld-Fragebogen				
Scham	49	9,1	84	1,2
Schuld	56	7,8	60	1,0

Tabelle 9.1: Mittelwerte, Standardabweichung, Varianz und Standardfehler der Variablen der zehn Fragebögen zu klinisch-psychologischen Merkmalen außerhalb der Kriterienebene der Borderline-Störung. (n = 56).

Die Skalenwerte der Fragebögen (mit Ausnahme der State-Skalen des STAI und STAXI, der Skalen des Scham/Schuld-Fragebogens, des BDI und der vier Unterskalen des FDS) wurden für jede Probandin in T-Werte umgerechnet. Somit sind die angeführten Mittelwerte der Tabelle auf dem Hintergrund der T-Verteilung ($M = 50$, $SD = 10$) zu interpretieren. Bis auf das BPI (siehe unten) basieren die T-Werte der Skalen jeweils auf Daten einer repräsentativen Normalstichprobe.

Wie Tabelle 9.1 zeigt, liegen die Mittelwerte der Stichprobe in den meisten Skalen über einem Wert von 60. Somit weicht die Borderline-Gruppe in den meisten Skalen signifikant

vom Mittelwert der Normstichprobe ab. Dies spricht für eine überdurchschnittlich hohe psychische Belastung der Borderline-Patientinnen.

STAI: Die Selbsteinschätzungen der Patientinnen bzgl. ihrer Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal (STAI; Trait-Angst) führt zu einem Mittelwert ($M = 72$), der mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der Normstichprobe abweicht. Damit ist Angst ein Gefühl, das von Borderline-Patientinnen so intensiv und häufig erlebt wird, daß eine therapeutische Behandlung indiziert ist.

Der Skala State-Angst liegt keine Normierung zugrunde. Bei einem minimalen Wert von 20 und einem maximalen Wert von 80 fällt auf, daß der Gruppenmittelwert von 60 (Tabelle 9.1) einem relativ hohen durchschnittlichen Wert der Zustandsangst entspricht.

STAXI: Alle normierten Skalen des STAXI mit Ausnahme von Ärgerkontrolle liegen im signifikant überdurchschnittlichen Bereich. Ärger und Ärgerausdruck sind demnach bei Borderline-Patienten ein therapeutisch bedeutsamer Aspekt. Dies war auf dem Hintergrund der Definition der Störung unter Bezugnahme auf das achte Kriterium (heftige, unangemessene Wut, Wutausbrüche oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren) zu erwarten. Die Mittelwerte der Skalen des STAXI stützen somit die Ergebnisse des achten Kapitels. Dort wurde dem Kriterium 8 eine gute diagnostische Effizienz bescheinigt, was gleichfalls für die klinische Relevanz von Ärgerneigung und Ärgerausdruck in der Borderline-Gruppe spricht. Der Wert des State-Ärger ist nicht normiert. Minimal wäre für diese Skala ein Wert von 10, maximal ein Wert von 40. Somit ist der Zustandsärger von 20 als mittelgradig einzustufen, ohne daß man Aussagen über eine zugrundeliegende Verteilung oder Normierung machen kann. Aus methodischer Sicht ist dieser Wert positiv zu bewerten. Bei einem allzu hohen Wert des Zustandsärgers wäre eine Verfälschung der Ergebnisse wahrscheinlich, da der Fragebogen dann unter hoher Wut ausgefüllt worden wäre.

BPI: Die Durchschnittswerte der Borderline-Patientinnen in den Skalen der BPI (Leichsenring, 1997) liegen im Gegensatz zu vielen anderen Skalen im unauffälligen Normbereich. Zur Beurteilung dieses Befundes muß folgender Sachverhalt berücksichtigt werden:

Die T-Werte für die Skalen der anderen Fragebögen wurden anhand von Vergleichsnormen berechnet, die auf Daten einer Normalstichprobe zurückgehen. Zur Auswertung der Skalenwerte des BPI wurden Vergleichsnormen herangezogen, die auf den Daten einer

Borderline-Gruppe beruhen. Die für die Skalen des BPI ermittelten T-Werte sind daher nicht direkt mit den Auswertungen der anderen Fragebögen vergleichbar. Daß die durchschnittlichen Werte der Borderline-Patientinnen im unauffälligen Bereich liegen, bedeutet demnach nicht, daß die Werte der Borderlinerinnen im klinisch unauffälligen Bereich liegen. Sie liegen lediglich im statistisch unauffälligen Bereich, da die durchschnittlichen BPI-Werte der eigenen Stichprobe in etwa denjenigen der Borderline-Normgruppe des BPI entsprechen.

Dieses Resultat spricht für die Repräsentativität der vorliegenden Borderline-Stichprobe. Es spricht jedoch nicht gegen eine erhöhte psychische Belastung der Borderlinerinnen hinsichtlich der im BPI erhobenen Symptome. Diese ist im Vergleich zu den Probanden der Normalstichprobe des BPI durchschnittlich höher.

Hierzu ein Beispiel: Ein Skalenwert von 10 Rohwertpunkten auf der 20-Punkte-Skala zur Berechnung des Cut-off-Wertes (siehe Kapitel 6) entspräche in einer Normalstichprobe einem T-Wert von 59, in der Borderline-Normstichprobe jedoch einem T-Wert von 43 (Testmanual des BPI, Leichsenring, 1997). Demzufolge ist bei der Interpretation der Gruppenmittelwerte der BPI-Skalen die Normverschiebung zwischen den im Testmanual dokumentierten Normen der Normalstichprobe und den Normen der Borderline-Stichprobe zu berücksichtigen.

SCL-90-R: Am auffallendsten – im klinischen Sinn – sind die Mittelwerte in der SCL-90. In acht der neun Skalen und in den drei Globalwerten (GSI, PSDI und PST) weichen die Mittelwerte um mindestens zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der T-Verteilung ($M = 50$) ab. Dies belegt die hohe psychische Belastung der Patientinnen in einer Vielzahl von Symptomen, wie z.B. Ängstlichkeit, Depressivität, Zwanghaftigkeit, Aggressivität etc. Die einzige Skala, deren Mittelwert unterhalb von 70 Normpunkten bleibt, ist die Skala Psychotizismus ($M = 69$). Dieser Wert weicht jedoch immer noch signifikant vom Mittelwert der Normstichprobe ab. Die psychische und psychophysische Belastung der Borderlinerinnen betrifft somit alle erhobenen Symptombereiche der SCL-90-R.

IIP: Zur Interpretation der T-Werte in den Skalen des IIP sollte nochmals explizit auf folgende methodische Rahmenbedingung hingewiesen werden: Eine klinisch auffällige Symptomatik wird prinzipiell durch Skalenwerte wiedergegeben, die sowohl signifikant unter- als auch oberhalb des Mittelwertes der T-Verteilung liegen. T-Werte unter 50 zeigen nicht die psychische Gesundheit eines Probanden an, sondern seine psychische Belastung im Sinne eines „Zuwenig“ an Fertigkeiten, Fähigkeiten etc.

Die Höhe der Skalenmittelwerte in Tabelle 9.1 spricht somit nicht automatisch dafür, daß keine Probleme im interpersonalen Bereich bestehen. Vielmehr ist es so, daß die Patienten unterschiedliche Probleme haben. Die einen sind zu dominant, die anderen zu wenig dominant; die einen sind zu streitsüchtig, die anderen zu wenig streitsüchtig etc. Die Skalenmittelwerte der Borderlinerinnen liegen im IIP zwar im durchschnittlichen Bereich, sie verdecken jedoch die tatsächlich erhöhten und (!) erniedrigten Skalenwerte¹¹ der einzelnen Patientinnen. Die einzige Ausnahme hiervon stellt die Skala Introversion dar. Die Mehrzahl der Borderline-Patientinnen beschreiben sich als zu introvertiert, so daß der Skalenmittelwert im überdurchschnittlichen Bereich liegt.

BDI: Im BDI wird von einer dreistufigen Beurteilung der Rohwerte ausgegangen (siehe auch Kapitel 6). Ein Wert von 0 -11 gilt als klinisch unauffällig, „normal“, ein Wert von 0 -18 als auffällig, jedoch noch nicht hochgradig klinisch relevant, und ein Wert über 18 als klinisch hoch relevant. Der Mittelwert stationär aufgenommener Patienten mit einer diagnostizierten Depression beträgt 23. Minimal wäre ein Wert von 0, maximal ein Wert von 69. Der Mittelwert der Borderline-Gruppe im BDI liegt mit 30 weit über dem kritischen Wert von 18 und sogar noch oberhalb des durchschnittlichen Werts der depressiven Patienten. Somit ist das Ausmaß der subjektiv erlebten depressiven Symptome der Borderline-Patientinnen sehr hoch und liegt eindeutig im klinisch relevanten Bereich.

FDS: Von den zwei normierten Skalen des FDS weicht nur der Skalenwert FDS I signifikant vom Mittelwert der T-Verteilung ab. Diese Skala vergleicht die dissoziativen Symptome der Borderline-Patienten mit denjenigen einer Gesamtstichprobe, die sich aus Patienten mit diversen Störungsbildern und gesunden Probanden zusammensetzt. D.h. im Durchschnitt haben die Borderline-Patienten signifikant mehr/häufiger dissoziative Symptome als die Probanden der Normalstichprobe. Dies war auf dem Hintergrund des neunten Kriteriums der Borderline-Störung (streßabhängige, reversible und kurzfristige psychotische oder dissoziative Symptome) zu erwarten. Jedoch weisen die Borderline-Patientinnen im Durchschnitt nicht mehr dissoziative Symptome auf als Patienten mit Dissoziativen Störungen (zweite Vergleichsstichprobe; FDS II).

Die vier Unterskalen des FDS sind, ebenso wie der FDS-Gesamtwert, nicht normiert. Minimal wäre jeweils ein Wert von 0, maximal ein Wert von 100. Aus der niedrigen bis mäßigen Höhe der Skalenmittelwerte (M = 17, M = 39, M = 29 und M = 21; siehe Tabelle 9.1) wird somit

¹¹ Dieser Befunde ist anhand der Häufigkeitsverteilungen der IIP-Werte statistisch überprüft worden.

deutlich, daß nicht alle Borderline-Patientinnen unter dissoziativen Symptomen leiden (siehe auch Kapitel 8), und vor allem daß diese Symptome nicht durchgängig vorhanden sind (siehe Kriterium 9; Streßabhängigkeit).

EDI: Neun der elf Skalenmittelwerte des EDI liegen zwischen $M = 60$ und $M = 70$. Sie weichen somit signifikant vom Mittelwert der Normverteilung ab. Der Gesamtwert des EDI und der Wert der Skala Interozeption liegen sogar bei $M = 70$, was einer Standardabweichung von zwei entspricht und sehr hohe klinische Belastung impliziert. Im durchschnittlichen Bereich ist nur der Wert der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden ($M = 55$) einzuordnen. Skalenwerte, die erfahrungsgemäß bei eßgestörten Patienten überdurchschnittlich hoch ausfallen, sind demzufolge auch bei Borderline-Patientinnen im klinisch auffälligen Bereich. Die Komorbiditätsrate zwischen diesen beiden Störungen ist, wie bereits erwähnt (siehe Kapitel 4), hoch. Wiederum sprechen die vorliegenden Ergebnisse für die Repräsentativität der untersuchten Borderline-Stichprobe.

FPI: Die T-Werte der Skalen des FPI weichen in fünf der zwölf Skalen um mehr als eine Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe ab. Bei diesen fünf Skalen handelt es sich um die Skalen Lebenszufriedenheit (signifikant unterdurchschnittlich), Gehemmtheit, Erregbarkeit, Körperliche Belastung und Emotionale Labilität (jeweils signifikant überdurchschnittlich). Die anderen Skalen liegen innerhalb des Normalbereiches der Verteilung.

Die Differenzen hinsichtlich der Werte der aggressivitätsbezogenen Skalen im FPI und der SCL-90-R sind auf die unterschiedliche Auffassung von Aggressivität in den beiden Fragebögen zurückzuführen. Diese ist auf der Itemebene deutlich zu bemerken (siehe Anhang A).

Die SCL-90-R erfaßt überwiegend aggressives Verhalten, wie z.B. andere schlagen, schreien, toben, Dinge zerbrechen etc. Das FPI nimmt hingegen eher Bezug auf feindselige, abwertende und rachsüchtige Gedanken bzw. Einstellungen. Es bleibt also auf einer abstrakteren, relativ verhaltensfernen Ebene.

Offensichtlich ist die empfundene Aggressivität der Borderline-Patientinnen deutlicher auf der verhaltensnahen, „heißen“ und impulsiven Ebene vorhanden als auf einer theoretischen, „kühlen“ und permanent spürbaren Ebene. Auch dieses Resultat stimmt mit der Definition der Verhaltensmuster in den Borderline-Kriterien nach DSM-IV (APA, 1994) überein und stützt somit u.a. die Beurteilung der Kriterien durch die Therapeuten.

Scham/Schuld: Die Werte in den Skalen des Scham/Schuld-Fragebogens (SSF) lassen sich nur vorsichtig einschätzen, da die Skalen nicht normiert sind. Bei einem maximal möglichen Wert von 60 Punkten bzgl. Scham ist ein Mittelwert von 49 als relativ hoch einzuschätzen. Gleiches gilt für den Mittelwert von 56 Punkten bei 68 möglichen Punkten bzgl. Schuld. Demnach beschreiben die Borderline-Patientinnen eine hohe Neigung zu Scham- und Schuldgefühlen.

Einen Hinweis auf die konvergente Validität des Fragebogens liefert der Befund, daß die anhand des SSF erhobenen Skalenwerte mit inhaltlich gleichgerichteten Skalen anderer Fragebögen übereinstimmen. So ist z.B. ein übermäßiges Empfinden von Schuld eine Komponente des BDI, dessen Werte ebenfalls signifikant erhöht waren. Auch einige Items der SCL-90-R erfassen Komponenten von Scham bzw. Schuld. Da die entsprechenden Skalenwerte der SCL-90-R vom Normalbereich abweichen, untermauern sie die hohen Werte im Scham-/Schuld-Fragebogen. Gleiches gilt für einzelne Skalen des EDI, die ebenfalls Scham und Schuld thematisieren.

9.5.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der in der Borderline-Stichprobe ($n = 56$) durchgeführten Faktorenanalyse dargestellt. In die Faktorenanalyse wurde eine Auswahl von Skalen aus dem Testpaket entnommen, so daß das Spektrum der klinischen Belastung und Symptomatik möglichst vollständig abgebildet wird. So wurden bei einigen Fragebögen nur die Gesamtwerte der Fragebögen verwendet¹², um Redundanzen zu vermeiden. Die Entscheidung zur Skalenauswahl wurde darüber hinaus durch die Größe der Stichprobe bestimmt, die bei einer allzu großen Variablenanzahl eine statistisch abgesicherte Analyse ausschließt. Insgesamt wurden letztendlich 18 Variablen bzw. Skalen des Fragebogenpaketes in die Faktorenanalyse eingeschlossen.

Von den faktorenanalytischen Berechnungen überzeugte letztlich die Lösung mit drei Faktoren. Diese drei Faktoren klären insgesamt 58 % der Varianz auf, was bei 18 Variablen und drei Faktoren als zufriedenstellend gelten kann. Die Eigenwerte der ersten drei Komponenten sind größer als zwei. Die vierte und fünfte Komponente erhalten einen Eigenwert größer als eins (siehe hierzu Tabelle 9.2). Die Entscheidung, drei Faktoren zu extrahieren wurde anhand des Scree-Tests getroffen.

¹² Zu weiteren Faktorenanalysen der Variablen des Fragebogenpaketes siehe Anhang B (Tabellen B2 und B3).

Tabelle 9.2

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	5,015	27,862	27,862
2	2,991	16,614	44,476
3	2,360	13,113	57,589
4	1,375	7,641	65,230
5	1,197	6,651	71,881
6	0,852	4,734	76,615

Tabelle 9.2: Eigenwerte der ersten sechs Komponenten der Faktorenanalyse der 18 Skalen aus den Fragebögen des Fragebogenpaketes. Aufgeklärte Varianzen durch die Komponenten und kumulierte Varianz.

Die Skalen/Items laden auf den Faktoren wie in untenstehender Tabelle 9.3 dargestellt. Es werden dabei aus Gründen der Übersichtlichkeit nur Ladungen $> .47$ dargestellt. Die Zuordnung eines Items zu einem Faktor ist dann als eindeutig zu bewerten, wenn die Ladung auf dem betreffenden Faktor $> .47$ und keine Doppelladung auf einem anderen Faktor vorhanden ist. D.h. das Kriterium der Einfachstruktur muß erfüllt sein, um ein Item klar einem Faktor zuordnen zu können. Wie der Tabelle 9.3 zu entnehmen ist, ist dies bei allen Items der Fall.

Tabelle 9.3

	Komponente		
	1	2	3
GSI (SCL-90-R*)	.865		
BDI Summe (BDI)	.812		
Schuld (SSF)	.771		
Scham (SSF)	.733		
FDS (Gesamtwert)	.670		
Ärger-In (STAXI)	.555		
Angst (STAI-G)	.546		
Ausnutzbar (IIP)		.791	
Ärger-Out (STAXI)		-.791	
Streitsüchtig (IIP)		-.754	
Ärger (STAXI)		-.718	
Unterwürfig (IIP)		.651	
Autokratisch (IIP)		-.592	
Ärger-Control (STAXI)		.580	
Expressiv (IIP)			-.864
Introversion (IIP)			.747
Kalt (IIP)			.701
Fürsorglich (IIP)			-.481

Tabelle 9.3: Faktorladungen der Variablen auf den drei extrahierten Faktoren. *Die Aufschlüsselung der Abkürzungen der Fragebogenverfahren ist Kapitel 6 zu entnehmen.

Die Darstellung der Itemladungen in Tabelle 9.3 zeigt, daß die Faktoren klar voneinander abgrenzbar sind. Die Itemladungen sind dabei zum Großteil zufriedenstellend. Sie schwanken zwischen .481 und .865. Am höchsten sind die Ladungen der Items GSI (Globalwert der SCL-

90-R; $r = .865$), Ausnutzbar (IIP; $r = .791$), Ärger-Out (STAXI; $r = -.791$) und Expressiv (IIP; $r = -.864$). Die niedrigsten Ladungen weisen die Skalen Fürsorglich (IIP; $r = -.481$), Ärger-Control (STAXI; $r = .580$) und Angst (STAI; $r = .546$) auf.

Diese Ladungsmuster stimmen insofern mit den unter 9.3 geäußerten Vermutungen überein, als das die höchsten Ladungen sowohl Skalen zu interpersonalen Problemen als auch zu den Eigenschaften Ärger und Ärgerausdruck betreffen. Diese wurden für die Borderline-Störung als bedeutende Symptombereiche herausgestellt.

Die niedrigen Ladungen der Skala Angst weist auf die niedrige Varianz dieses Merkmals hin (siehe auch Tabelle 9.1 und Anhang B, Tabelle B5). Fast alle Borderlinerinnen beschrieben sich als extrem ängstlich. Somit ist von einem Deckeneffekt hinsichtlich dieser Skala auszugehen.

Die niedrige Ladung des Merkmals Ärger-Control ist darauf zurückzuführen, daß das Maß an ausgeübter Ärgerkontrolle nicht immer mit einem niedrigeren Ausmaß an Ärger oder einem bestimmten Stil der Ärgerverarbeitung zusammenhängt. Demnach sagt der Versuch, Ärger zu kontrollieren, noch nichts über den Erfolg dieser Anstrengung aus. Die Ladungen auf den Faktoren sind demzufolge weniger prägnant, auch wenn es noch zu einer eindeutigen Zuordnung zum zweiten Faktor reicht.

Ähnliches kann für die Skala Fürsorglich vermutet werden. Die Varianz dieser IIP-Skala ist niedriger als die der meisten anderen IIP-Skalen. Sie korreliert sowohl mit temperamentsbezogenen Skalen (Introversion, Expressivität) als auch mit Skalen, die submissives Verhalten abbilden (z.B. Unterwürfigkeit). Diese Skalen wurden jedoch zwei verschiedenen Faktoren zugeordnet, so daß das letztlich resultierende Ladungsmuster (ebenso wie bei Ärger-Control) weniger prägnant ist.

Beschreibung der Faktoren/Skalen

Der **erste Faktor** wird durch Items bestimmt, die die psychische und psychophysische Belastung einer Person beschreiben. Durch die hohe Ladung der Variable GSI, des Globalwerts der SCL-90-R, gehen implizit fast alle Unterskalen der SCL-90-R in diesen Faktor ein. Die einzige Ausnahme hiervon ist in der Skala Aggressivität zu sehen.¹³ Weiterhin laden, abgesehen von der Skala Ärger, alle Items der emotionalen Belastung hoch auf diesem Faktor. Die Variablen Depressivität (BDI) und Ärger-In (STAXI) laden ebenfalls hoch auf

¹³ Die ebenfalls durchgeführte Faktorenanalyse der SCL-90-R Skalen, die hier aus Kapazitätsgründen nicht dargestellt wird, belegt, daß alle Unterskalen der SCL-90-R, mit einziger Ausnahme der Aggressivitätsskala, einen gemeinsamen Faktor bilden. Somit ist es zulässig, diese Skalen durch den Gesamtwert GSI in die vorliegende Faktorenanalyse einzubeziehen.

dem ersten Faktor. Desweiteren wird die Skala „Dissoziative Erlebnisse“ (FDS-Gesamt) dem ersten Faktor zugeordnet.

Die Items, die auf dem **zweiten Faktor** hoch laden, sind insbesondere Skalen des IIP und des STAXI, d.h. Skalen bzgl. interpersonaler Probleme, Ärger und Ärgerausdruck. Positive Ladungen weisen die Skalen Ausnutzbar, Unterwürfig und Ärgerkontrolle auf. Die Skalen Ärger-Out, Streitsüchtig, Autokratisch und Ärger laden hoch negativ auf dem Faktor. Der zweite Faktor beschreibt intersoziale Verhaltensmuster und Arten des Ärgerausdrucks in zwischenmenschlichen Beziehungen. Er wird im folgenden „Kontaktgestaltung“ benannt werden. Die Endpole dieser Dimension stellen die Verhaltensstile „selbstbehauptend/konfrontativ“ und „selbstentwertend/submissiv“ dar. Sie regeln die Art und Weise, wie in zwischenmenschlichen Beziehungen das Miteinander gestaltet und beeinflusst wird.

Beide Stile führen auf lange Sicht gesehen zu schwierigen Beziehungskonstellationen. Sie entsprechen in gewisser Hinsicht einem symmetrischen (beide Beziehungspartner kämpfen mit aller Macht darum, sich durchzusetzen) bzw. einem komplementären (ein Beziehungspartner ist der vermeintlich schwache/nachgiebige und der andere der vermeintlich starke/dominante Partner) Beziehungsmuster, welche die Beziehung jedoch auf Dauer belasten.

Der **dritte Faktor** wird durch die übrigen Skalen des IIP gebildet. Es handelt sich hierbei um die Skalen Introversion, Kalt, Fürsorglich und Expressiv, wobei die beiden letztgenannten Skalen negativ auf dem Faktor laden.

Der dritte Faktor beschreibt eher temperamentsbezogene Verhaltensmuster, die den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen bestimmen. Er kann als „Kontaktbereitschaft“ betitelt werden. Die Endpole dieser Dimension sind „Kontaktvermeidung“ vs. „Kontaktfreudigkeit“. Diese Verhaltensstile regeln weniger die Art und Weise des Beziehungsaufbaus, sondern mehr das „ob“ einer Beziehungsaufnahme.

Die Faktoren wurden in ihrer Eigenschaft als selbständige Skalen anhand von Reliabilitätsanalysen überprüft. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in Tabelle 9.4 dargestellt. Die Interne Konsistenz der drei Faktoren/Skalen (Cronbach`s Alpha) ist für die ersten beiden Faktoren/Skalen mit .81 und .84 zufriedenstellend. Die dritte Skala fällt dagegen mit einem Koeffizient von .69 etwas ab, was jedoch v.a. auch auf die Skalenlänge von nur vier Items zurückzuführen sein dürfte.

Tabelle 9.4

	Items der Skalen	Corrected Item Total Correlation	Alpha, if Item is deleted
Faktor/Skala 1	GSI (SCL-90-R)	.76	.78
	BDI Summe (BDI)	.65	.77
	Schuld (SSF)	.65	.77
	Scham (SSF)	.65	.77
	FDS Gesamtwert (FDS)	.58	.81
	Ärger-In (STAXI)	.54	.79
	Angst (STAI-G)	.37	.82
	Gesamt-Alpha: .81		
Faktor/Skala 2	Ausnutzbar (IIP)	.74	.32
	Ärger-Out (STAXI)	.67	.71
	Streitsüchtig (IIP)	.66	.58
	Autokratisch (IIP)	.58	.32
	Ärger (STAXI)	.57	.58
	Unterwürfig (IIP)	.49	.35
	Ärger-Control (STAXI)	.48	.50
	Gesamt-Alpha: .84		
Faktor/Skala 3	Expressiv (IIP)	.65	.54
	Kalt (IIP)	.52	.29
	Introversion (IIP)	.52	.47
	Fürsorglich (IIP)	.26	.12
	Gesamt-Alpha: .69		

Tabelle 9.4: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der drei aus der Faktorenanalyse resultierenden Skalen. Dargestellt werden: Corrected Item total Correlation, Alpha if Item is deleted, Gesamt-Alpha einer Skala.

Beurteilung der Faktoren/Skalen

In der **ersten Skala** liefern die Items Schuld, Scham und Depressivität (BDI) den größten Beitrag zur Internen Konsistenz (Alpha if item is deleted = .77). Die höchste korrigierte Item-Total-Korrelation (.76) weist das Item GSI auf. Diese Koeffizienten sind in ihrer Höhe zufriedenstellend.

Weniger zufriedenstellend sind die Koeffizienten des Items Angst (.37 bzw. .82). Dies ist Folge des Deckeneffekts des Items. Alle Probanden haben sehr hohe Werte auf der Angst-Skala des STAI angegeben, so daß die Varianz des Items in der Stichprobe sehr klein ist. Damit wird eine eindeutige Zuordnung zu einem der Faktoren erschwert (siehe oben). Die interne Konsistenz ist bei Entfernung dieses Items sogar höher als diejenige der Gesamt-Skala, so daß dieses Item der internen Konsistenz der Skala eher abträglich als nützlich ist.

Die **zweite Skala** weist eine Interne Konsistenz von .84 auf, was sehr zufriedenstellend ist. Dabei ist zu beobachten, daß sowohl hinsichtlich der korrigierten Item-Total-Korrelationen

als auch hinsichtlich der Internen Konsistenz die Items des IIP eine höhere Bedeutung für die Skala erlangen als die Items des STAXI.

Am stärksten repräsentiert das Item Ausnutzbar die Skala: die korrigierte Item-Total-Correlation beträgt .74, Cronbach`s Alpha erreicht (bei Entfernung des Items aus der Skala) einen Wert von .32, was eine erhebliche Abweichung vom Gesamt-Alpha (Alpha = .84) darstellt.

Den niedrigsten Beitrag zur internen Konsistenz der Skala liefert das Item Ärger-Out (Alpha if item is deleted = .71). Die niedrigsten korrigierten Korrelationen zwischen Item und Skala bestehen bzgl. der Items Unterwürfig (.49) und Ärger-Control (.48). Beide Items liefern dennoch einen wesentlichen Beitrag zur Skalenbildung, was die interne Konsistenz (Alpha = .35 bzw. Alpha = .50) im Falle der Entfernung des jeweiligen Items aus der Skala belegt.

Der höchste Beitrag zur **dritten Skala** wird im Hinblick auf die korrigierte Item-Total-Correlation durch das Item Expressiv geliefert ($r = .65$). Allerdings ist sein Beitrag zur internen Konsistenz niedriger als der Beitrag anderer Items. Diesbezüglich erlangt das Item Fürsorglich die höchste Bedeutung für die Skala. Die Veränderung der internen Konsistenz ist bei Entfernung dieses Items aus der Skala erheblich. Das Maß Alpha fällt von .69 auf .12. Auf der anderen Seite ist die Korrelation zwischen dem Item Fürsorglich und der Gesamtskala mit .26 nicht besonders hoch. Die interne Konsistenz der dritten Skala beträgt insgesamt .69. Somit ist sie deutlich niedriger als die der beiden anderen Skalen. Die Ergebnisse der dritten Skala sind aufgrund ihrer geringen Länge mit Vorsicht zu interpretieren.

9.6 Beurteilung der Ergebnisse

Wie vermutet wurde, zeigt sich in der Stichprobe der Borderline-Patientinnen eine übermäßig hohe psychische Belastung in den meisten der klinischen Variablen. Dieses Ergebnis stützt die Erfahrungen und Beobachtungen der hohen Komorbiditätsraten der Borderline-Störung (siehe Kapitel 4).

Im Hinblick auf die Variable Angst (erhoben mit dem STAI) ließ sich ein Deckeneffekt in der Beantwortung des Items nachweisen. Angst scheint somit eindeutig zur Borderline-Symptomatik zu gehören. Allerdings sollte die Angstmessung entweder auf borderlinespezifische Normen zurückgehen oder mit Hilfe eines anderen Fragebogens als dem STAI erhoben werden. Dann wäre der Deckeneffekt zu umgehen. Durch die SCL-90-R, die ebenfalls die Ängstlichkeit der Probanden ermittelt, kann der Deckeneffekt zumindest

teilweise ausgeglichen werden. Die Faktorenanalyse führte darüber hinaus zu folgenden Feststellungen:

1. Die Struktur der klinischen Merkmale und Symptome der Borderline-Störung läßt sich am besten durch eine Dreifaktor-Lösung beschreiben. D.h. die Anzahl der Dimensionen wurde, wie vermutet (siehe 8.3), deutlich reduziert. Symptome der allgemeinen psychischen und psychophysischen Belastung, wie z.B. Depressivität, Dissoziationsneigung, Scham, Schuld und Angst, bilden dabei den varianzstärksten Faktor. Den zweiten Faktor bilden einige Skalen des IIP und des STAXI. Er wurde als Kontaktgestaltung (selbstbehauptend/konfrontativ vs. selbstentwertend/submissiv) betitelt. Der dritte Faktor wird durch Skalen gebildet, die Verhaltensmuster der Kontaktfreudigkeit vs. Kontaktvermeidung (Kontaktbereitschaft) umschreiben. Dieses Resultat bestätigt die eingangs formulierte Hypothese, daß emotionsbezogene Skalen und Skalen zu interpersonalen Problemen eine tragende Rolle in der Faktorstruktur der klinisch-psychologischen Merkmale einnehmen.
2. Die emotionsbezogenen Skalen Angst, Trauer/Depressivität, Ärger, Scham und Schuld lassen sich klar von der Skala Ärger und Ärger-Out trennen¹⁴. Angst, Scham, Schuld und Trauer/Depressivität korrelieren positiv mit der allgemeinen psychischen und psychophysischen Belastung einer Person. Ärger und Aggressivität korrelieren hingegen erwartungsgemäß höher mit den Skalen zu interpersonalen Problemen.
3. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse für die drei Faktoren kommt zu überwiegend zufriedenstellenden Resultaten.
4. Die Skalen des IIP sind nicht gemeinsam auf einem Faktor abgebildet, sondern teilen sich auf die zwei Faktoren „Kontaktgestaltung“ und „Kontaktbereitschaft“ auf.

Bestätigt sich die Aufteilung der IIP-Skalen in zwei Faktoren auch ohne die Hinzunahme anderer Variablen, insbesondere der Variablen des STAXI? Existieren signifikante Zusammenhänge zu weiteren Variablen inklusive der Borderline-Kriterien? Ist die Bildung von Subgruppen anhand der Skalen des IIP sinnvoll? Diese Fragestellungen sind Inhalt des nun folgenden Kapitels.

¹⁴ In einer gesonderten Faktorenanalyse, deren Ergebnisse hier nicht ausführlich dargestellt wurden, bildet Ärger alleine einen eigenständigen Faktor, während die anderen genannten Emotionen gemeinsam einen zweiten Faktor bilden. Die Varianzaufklärung in dieser Faktorenanalyse beträgt 72%. Somit wird durch das Ergebnis der hier vorgestellten Faktorenanalyse belegt, daß Ärger eine gesonderte Position in der Reihe der erhobenen Emotionsvariablen darstellt.

10. Strukturierung interpersonaler Probleme von Borderline-Patientinnen

10.1 Theoretischer Hintergrund

Interpersonale Probleme und Defizite haben sowohl direkt als auch indirekt (z.B. über soziale Folgeerscheinungen) Einfluß auf das psychische Befinden und die seelische Gesundheit einer Person. Zusammenhänge sind diesbezüglich für die meisten psychischen Störungen eindeutig belegt worden, so z.B. für die depressive Störung (Kowalik & Gotlib, 1987).

Auch im DSM-IV (APA, 1994) wird diesem Zusammenhang Rechnung getragen. Neben der Beurteilung der klinischen Symptomatik sind im DSM-IV zwei weitere Achsen zur Beurteilung der Patienten vorgesehen. Sie dienen der Einschätzung psychosozialer bzw. kontextueller Belastungsfaktoren eines Patienten, was automatisch interpersonale Aspekte einschließt.

Daß insbesondere Persönlichkeitsstörungen Störungen des interaktionalen Verhaltens umfassen, wird in zahlreichen Arbeiten zu Persönlichkeitsstilen und -störungen betont (z.B. Fiedler, 2000). Im DSM-IV ist dieser Sachverhalt in die Definition der Persönlichkeitsstörung integriert worden (Kapitel 1).

Die Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist laut DSM-IV nämlich nur dann zulässig, wenn das Verhalten des Patienten ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten darstellt, das „*merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht ...*“ (DSM-IV; APA, 1994, S. 711). Die natürliche Folge von Verhaltensweisen, die von den Erwartungen der Gesellschaft merklich abweichen, sind interpersonale Probleme. Daher sind sie bei Persönlichkeitsstörungen als auslösender, aufrechterhaltender und/oder resultierender Faktor stets voranzusetzen.

Im Falle der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Verknüpfung zu interpersonalen Problemen besonders eng. Sie zeigt sich nicht nur in den Definitionsbestimmungen der Persönlichkeitsstörung im allgemeinen, sondern auch auf der Ebene der spezifischen Kriterien der Borderline-Störung.

Zum einen ist das Kriterium 2 (instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind) eine hinreichende Bedingung für Interaktionsstörungen und

interpersonale Probleme. Zum anderen bedingt das Kriterium 8 (unangemessene, sehr heftige Wut, oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren) eine hohe Wahrscheinlichkeit, immer wieder interpersonale Probleme zu entfachen bzw. in Streitigkeiten mit anderen Personen zu geraten. Die soziale Funktion der Emotion Ärger wird an dieser Stelle besonders relevant (siehe auch Kapitel 9).

Auch die anderen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe auch vorherige Kapitel) stehen in engem Zusammenhang zu interpersonalen Problemen. Insbesondere das zentrale Merkmal der affektiven Instabilität (Kriterium 6) erweist sich als hoher Risikofaktor für die Entstehung massiver zwischenmenschlicher Probleme. Durch die mangelhafte Gefühlsregulation ist eine wichtige Quelle der zwischenmenschlichen Kommunikation gestört. Das führt fast unweigerlich zu Interaktionsstörungen im sozialen Umfeld der betroffenen Personen. Die Entwicklung anderer dysfunktionale Verhaltensmuster bzw. Kriterien werden auf diesem Weg wahrscheinlicher. Sind sie manifestiert, so fungieren sie letztlich ebenfalls als ursächliche und/oder aufrechterhaltende Bedingung für dauerhafte interpersonale Konflikte. Die Folge hieraus ist ein *Circulus vitiosus* und eine gegenseitige Förderung pathogener Verhaltenskomponenten.

Dementsprechend bezeichnet Fiedler (2000) eine strukturelle Stabilisierung und Differenzierung im Bereich interpersonaler Stile als vorrangige Therapieziele für Borderline-Patienten. Um ein besseres Verständnis der Borderline-Störung zu gewinnen, sollten demnach die interpersonalen Probleme der Patienten als ein Teil der störungsgebundenen Symptomatik berücksichtigt werden.

Die therapeutische Praxis nutzt diagnostische Ergebnisse und Informationen hinsichtlich interpersonaler Probleme sowohl für die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient als auch zur Planung von Therapiezielen und -methoden. Aufgrund der hohen Bedeutung interpersonaler Probleme ist auf diesem Gebiet eine differenzierte Diagnostik gerade für Borderline-Patienten hoch relevant.

10.2 Forschungsstand

Die Bedeutung interpersonaler Verhaltensmuster für die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf von psychischen Störungen ist durch zahlreiche Studien hinreichend belegt und erarbeitet worden. Für die vorliegende Dissertation soll daher nicht mehr auf diese allgemeine, breite Perspektive der zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen eingegangen werden. Die Darstellung des Forschungsstandes beschränkt sich demzufolge auf die

Vorstellung einer einzigen Studie, deren Fragestellung sich auf die Bildung von Subgruppen innerhalb der Borderline-Störung auf dem Hintergrund interpersonalen Probleme bezieht.

Die Autoren der betreffenden Studie (Leihener et al., 2002) kamen unter Verwendung des Inventars Interpersonalen Probleme (Horowitz et al.; dt. Version von Alden et al., 1990) zu folgenden Ergebnissen:

- Die Häufigkeitsverteilungen der IIP-Skalenwerte¹⁵ der Borderline-Patienten unterscheiden sich von den Werten der Gruppe der gesunden Probanden. Borderline-Patienten berichten über stärkere und häufigere interpersonale Probleme.
- Die Gruppe der Borderline-Patienten läßt sich mittels Clusteranalyse in zwei Typen aufteilen. Einen autonomen und einen dependenten Subtypen. Die Probanden des autonomen Subtyps beschrieben sich im IIP eher als zu kühl, zu wenig unterwürfig, zu wenig ausnutzbar und zu dominant. Die Merkmale des dependenten Subtypen sind dagegen: zu wenig dominant, zu wenig streitsüchtig, zu wenig kalkulierend sowie zu unterwürfig und zu nachgiebig. Weiterhin beschreiben sich diese Probanden als zu freundlich, zu fürsorglich und übermäßig ausnutzbar.
- Die Profile der Probanden im IIP waren über eine Zeitdauer von vier Monaten stabil. Zum zweiten Meßzeitpunkt wichen die Werte des autonomen Typs nur hinsichtlich der Skala Unterwürfig von den Skalenwerten des ersten Meßzeitpunktes ab. Die Werte des dependenten Typs wiesen in den vier Monaten nur in der Skala Autokratisch/Dominant eine signifikante Veränderung auf.

Die Autoren betonen die Bedeutung ihrer Ergebnisse für ein besseres Verständnis der Borderline-Störung und deren Therapie. Ihre Studie basiert auf einer Stichprobe von 95 Borderline-Patienten. Aufgrund der Größe der Stichprobe sind weitere Studien durchaus wünschenswert, die diese Ergebnisse bestätigen. Eine Unterstützung ihrer Resultate sehen Leihener et al. (2002) u.a. in einer Studie von Linehan (1993b), die ebenfalls zwei Typen von Borderline-Patienten konstatierte: Einen „attached-“ und einen „butterfly-like-“Typ.

Bislang wurden in Forschungsarbeiten zur Borderline-Störung meist die Symptome der Störung strukturiert (siehe auch Kapitel 7). Das Neue an der Arbeit von Leihener et al. besteht darin, nicht die Symptome, sondern die Patienten anhand ihrer Symptome in Gruppen einzuteilen.

¹⁵ Fragebögen, die auch in den Untersuchungen der Dissertation verwendet wurden, werden im folgenden nur als Abkürzungen angegeben. Zur ausführlichen Beschreibung der Verfahren und den jeweiligen Literaturangaben siehe Kapitel 6 bzw. Tabelle 7.6.

10.3 Fragestellung und Hypothesen

In der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Fragen bearbeitet:

1. Können die Ergebnisse von Leihener et al. (2002) repliziert werden? Wird die Aufteilung der Borderline-Gruppe in einen autonomen und einen dependenten Subtypen bestätigt?
2. Sind andere Einteilungen der Borderline-Gruppe sinnvoll? Vermutet wird dabei eine Aufteilung der IIP-Skalen in zwei Faktoren. Die Borderline-Patientinnen ließen sich dann hypothetisch in vier Subtypen unterteilen (siehe Abbildung 10.1). Von den beiden Faktoren FI und FII wird angenommen, daß sie dem Dominanzfaktor bzw. Faktor Kontaktbereitschaft aus 9.5 ähneln.

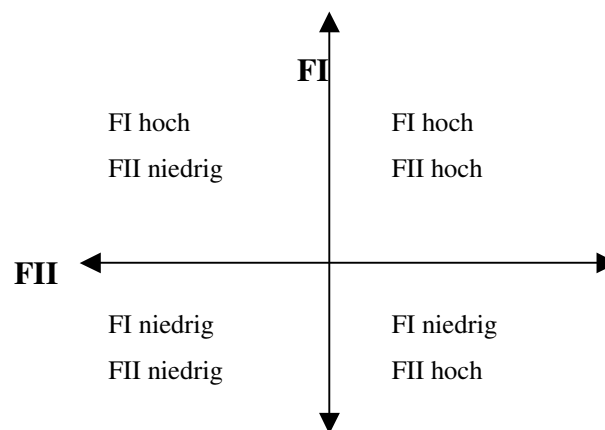


Abbildung 10.1: Darstellung einer möglichen Gruppeneinteilung der Borderline-Patientinnen anhand des Koordinatensystems der Faktoren aus den IIP-Skalen.

3. Existieren Zusammenhänge zwischen den IIP-Faktoren/den vier Subgruppen und klinisch psychologischen Merkmalen und/oder den Borderline-Kriterien? Vermutet wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem der IIP-Faktoren und Ärger. Signifikante Korrelationen werden auch hinsichtlich der anderen Emotionsskalen, wie z.B. Angst, Scham, Schuld, Trauer etc., erwartet.

10.4 Methoden

10.4.1 Stichprobe und Patienten

Für die Untersuchung wurden die Daten der 56 Borderline-Patientinnen in die Auswertung einbezogen. Diese Stichprobe wurde bereits unter 7.4.1 beschrieben. Angaben zur Altersverteilung, Anzahl erfüllter Kriterien der Borderline-Störung, Anzahl komorbider Persönlichkeitsstörungen etc. sind an betreffender Stelle nachzulesen.

Die Angaben zu den wesentlichsten Kennwerten der Stichprobe in den eingesetzten zehn Fragebögen (ohne SKID II) des Testpaketes sind darüber hinaus tabellarisch in Kapitel 9 (Tabelle 9.1) angeführt.

10.4.2 Prozedur

Die Prozedur der Datenerhebung ist ebenfalls in den vorhergegangenen Abschnitten 7.4.2 bzw. 8.4.2 erläutert worden. Sie entspricht aufgrund der identischen Datenbasis der in diesen Kapiteln geschilderten Vorgehensweise.

Um Redundanzen in der Darstellung zu vermeiden, wird daher auf die betreffenden Abschnitte verwiesen. Angaben zur Prozedur können an dieser Stelle nachgelesen werden.

10.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente

Die für diese Untersuchung verwendeten Fragebögen sind wiederum der STAI-G, STAXI, BPI, SCL-90-R, IIP, BDI, FDS, FPI-R und der Scham/Schuld-Fragebogen. Letztgenannter Fragebogen ist, wie bereits oben erwähnt, weder normiert noch veröffentlicht worden. Er dient lediglich als Forschungsinstrument.

Die einzelnen Fragebogen sind in ausführlicher Form im Kapitel 6 bzw. im Anhang A beschrieben. Im sechsten Kapitel nachzulesen sind ebenfalls die Beurteilungen der Gütekriterien der einzelnen Verfahren sowie eine kurze Beschreibung des jeweiligen theoretischen Hintergrundes.

Eine Darstellung der Items der zehn Selbstbeschreibungsverfahren, der Kriterien des Fragebogens SKID II sowie der Kriterien der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV ist in Anhang A zu finden.

Im Mittelpunkt der nun folgenden Untersuchung steht das Inventar Interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 2000). Verwendet wurde dieses Inventar in seiner zweiten überarbeiteten und neu normierten Auflage (IIP-D). Die acht Skalen des IIP wurden anhand der ipsatierten Normen ausgewertet. Die Entscheidung für die ipsatierten Normen bzw. gegen die unipsatierten Normen ging u.a. auf die Überlegung zurück, sowohl generelle Antworttendenzen als auch Deckeneffekte zu vermeiden. Zu weiteren prinzipiellen Aspekten zu ipsatierten vs. unipsatierten Werten sei auf das Manual des IIP (Horowitz et al.; 2000) verwiesen.

10.4.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe des Programmes SPSS (Statistical Package for Social Sciences) durchgeführt. Folgende Verfahren kamen dabei zur Anwendung: Faktorenanalyse, Korrelationsanalysen, T-Test, Clusteranalyse und ANOVAs.

Die Faktorenanalyse wurde als Hauptkomponentenanalyse gerechnet. Rotiert wurde nach der Varimax-Rotation. Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde anhand des Eigenwertkriteriums (Eigenwert >1) und/oder des Verlaufs des Screeplots bestimmt. Das Konvergenzkriterium lag bei 25 Iterationen.

Darüber hinaus wurden bivariate Korrelationen berechnet. Signifikanzen werden ab einem Signifikanzniveau von .05 (zweiseitig) angegeben. Die bivariate Korrelation wurde nach dem Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Als Methode des Fallausschlusses wurde der paarweise Fallauschluss gewählt.

Die Berechnung von T-Test für unabhängige Stichproben umfaßte die Berechnung des Levene-Test der Varianzgleichheit und eines 95%-Konfidenzintervalls. Der Ausschluß von Fällen geschah Test für Test. Angaben der Signifikanzen beziehen sich auf zweiseitige T-Tests.

Durchgeführt wurde zudem eine Clusterzentrenanalyse mit folgenden Einstellungen: Methode: Iterieren und klassifizieren; Anzahl der Iterationen = 10; listenweiser Fallauschluss. Im Hinblick auf die durchgeführten ANOVAs¹⁶ wurden die gängigen Voreinstellungen in SPSS übernommen.

10.5 Ergebnisse

Vorab wurde eine Clusteranalyse gerechnet, die entsprechend der Studie von Leihener et al. (2002) eine Lösung mit zwei Clustern vorsah. Die Ergebnisse dieser Analyse replizierten die Resultate von Leihener et al. nicht. Anhand der Clusterzentren wurde keine hinreichende Übereinstimmung zu den autonomen bzw. dependenten Typen nach Leihener et al. gefunden. Wenn überhaupt, dann ist am ehesten eine Ähnlichkeit zwischen dem dependenten Typ bei Leihener et al. und dem ersten Cluster der eigenen Studie zu sehen. Beide Cluster weisen signifikant abweichende Werte in den Skalen Autokratisch, Streitsüchtig und Unterwürfig auf. Eine entsprechende Übereinstimmung fehlt jedoch für die Skalen Fürsorglich, Introvertiert und Expressiv. Während der dependenten Typ Leiheners in diesen Skalen klinisch

¹⁶ Die ANOVAs werden hier nicht gesondert aufgeführt. Die angegebenen Unterschiede zwischen Gruppen werden als Resultate der T-Tests dargestellt. Soweit nicht anderweitig gekennzeichnet, basieren Signifikanzen sowohl auf den Resultaten der ANOVAs als auch auf den anschließend durchgeführten Einzelvergleichen (T-Tests).

auffällige Werte erhielt, sind die Werte des ersten Clusters der eigenen Untersuchung im unauffälligen Bereich. Der autonome Typ von Leihener et al. findet sich weder in dem Profil des ersten noch des zweiten Clusters wieder.

In den folgenden drei Abschnitten werden nun die Ergebnisse der Faktorenanalyse (10.5.1), der zweiten Clusteranalyse (10.5.2) und der anschließend durchgeführten Korrelationsanalyse (10.5.3) erläutert. Das Kapitel wird mit einer zusammenfassenden Diskussion der Ergebnisse abgeschlossen (10.6).

10.5.1 Ergebnisse der Faktorenanalyse

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse zeigen, daß eine Strukturierung der IIP-Skalen durch zwei Faktoren überzeugt. Die ersten beiden Faktoren (siehe Tabelle 10.1) haben beide einen Eigenwert > 2 (2,998 bzw. 2,183). Der dritte Faktor erhält einen Eigenwert von 0,839. Das bedeutet einen erheblichen Abfall der Varianzaufklärung durch diesen und weitere potentielle Faktoren. Dies wird auch im Scree-Test deutlich erkennbar. Somit ist die Entscheidung, zwei Faktoren zu extrahieren, sowohl durch das Eigenwertkriterium (Eigenwert > 1) als auch durch den Scree-Test gerechtfertigt.

Tabelle 10.1

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2,998	37,471	37,471	2,998	37,471	37,471
2	2,183	27,283	64,754	2,183	27,283	64,754
3	0,839	10,486	75,240			
4	0,711	8,886	84,125			
5	0,491	6,142	90,267			
6	0,409	5,111	95,378			
7	0,252	3,153	98,531			
8	0,118	1,469	100,000			

Tabelle 10.1: Ergebnisse der Faktorenanalyse der IIP-Skalen. Dargestellt werden die anfänglichen Eigenwerte der Komponenten sowie die Varianzaufklärung der jeweiligen Faktoren bzw. die kumulierte Varianz.

Wie aus der Tabelle 10.1 zu ersehen ist, klären die beiden Faktoren insgesamt 64,754 % der Varianz auf, was zufriedenstellend ist. Die Items bzw. Skalen des IIP laden auf den Faktoren wie in untenstehender Tabelle 10.2 dargestellt.

Die Ladungen der Items schwanken zwischen .649 und .890, was ebenfalls zufriedenstellend ist. Durch keines der Items wird die Einfachstruktur verletzt. Alle Items sind den Faktoren klar zuzuordnen (Ladungen $> .47$). Es treten zudem keine Doppelladungen der Items auf den beiden Faktoren von $> .35$ auf. Angegeben werden in der Tabelle deshalb nur die Ladungen

der Items auf dem jeweiligen Faktor. Erwartungsgemäß sind die beiden Faktoren den Faktoren II und III aus Kapitel 9.5 sehr ähnlich.

Tabelle 10.2

IIP-Skalen	Komponente	
	1	2
Streitsüchtig	-.890	
Ausnutzbar	.814	
Autokratisch	-.705	
Unterwürfig	.676	
Fürsorglich	.649	
Expressiv		-.850
Introvertiert		.840
Kalt		.717

Tabelle 10.2: Faktorladungen der IIP-Skalen auf den beiden extrahierten Faktoren. Angegeben sind Ladungen ab einer Höhe von .35.

Der **erste Faktor** wird (ebenso wie in Kapitel 9 der Faktor II) durch Items bzw. Skalen bestimmt, die ein Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Beziehungen beschreiben, das durch konfrontatives vs. submissives Verhalten gekennzeichnet ist. Diese Skalen werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Streitsüchtig: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala beschreiben sich als mißgünstig anderen gegenüber, konkurrierend und rachsüchtig. Ihnen fällt es schwer, sich um die Belange anderer Menschen wirklich zu kümmern, und sie befinden sich oft in Streitereien mit anderen Personen. Diese Skala lädt hoch negativ auf dem ersten Faktor. Den Gegenpol zu dieser Skala bildet die Skala *Ausnutzbar*. Hier finden sich hoch positive Ladungen auf dem ersten Faktor. Personen mit hohen Werten auf dieser Skala bzw. hohen Faktorwerten erleben sich als zu ausnutzbar und zu nachgiebig. Ihnen fällt es schwer, ein konkurrierendes Verhalten zu zeigen, selbst wenn es die Situation erfordert. Weiterhin umfaßt der erste Faktor die Skala *Autokratisch*, die negativ auf dem Faktor lädt. Personen, die hohe Werte auf dieser Skala erlangen, berichten über Probleme, andere zu akzeptieren, sie zu sehr ändern oder beeinflussen zu wollen und andere zu sehr zu kontrollieren. Sie betonen ihre Unabhängigkeit zu sehr und können sich nicht unterordnen. Der Gegenpol dieser Skala ist die Skala *Unterwürfig*. Ihre Ladungen auf dem ersten Faktor sind positiv. Personen mit hohen Werten auf dieser Skala beschreiben sich selbst als zu sehr auf die Bedürfnisse des anderen fixiert. Sie geben zu schnell nach und ordnen sich zu schnell und zu oft unter. Die fünfte und letzte Skala, die den ersten Faktor bestimmt, ist die Skala *Fürsorglich*. Personen, die hohe Werte auf dieser Skala erreichen, sind zu freundlich und besorgt zugewandt. Sie konkurrieren wenig und sind betont warmherzig im Kontakt zu anderen.

Der erste Faktor bezieht sich demnach auf Verhalten innerhalb von Beziehungen. Er kann (wie der zweite Faktor in Kapitel 9.5) als „Kontaktgestaltung“ betitelt werden. Allerdings sind die Variablen des STAXI, die in Kapitel 9.5 ein Bestandteil des gleichnamigen Faktors waren, hier nicht mehr enthalten.

Weiterhin wurde in der Faktorenanalyse der IIP-Skalen die Skala Fürsorglich dem Faktor Kontaktgestaltung zugeordnet. Im Kapitel 9 gehörte sie zum Faktor Kontaktbereitschaft. Sie lieferte jedoch bereits im Kapitel 9 einen geringeren Beitrag zur internen Konsistenz der Skala Kontaktbereitschaft, was durch den Wechsel der Zuordnung zu den Faktoren im vorliegenden Kapitel nochmals bestätigt wird (siehe 9.5). Die Endpole der Dimension Kontaktgestaltung entsprechen wie in 9.5 den Verhaltensweisen selbstbehauptend/konfrontativ vs. selbstentwertend/submissiv.

Den Gegenpol zu der Skala Fürsorglich (siehe oben) bildet die Skala *Kalt*, die allerdings dem **zweiten Faktor** zugeordnet wird. Personen mit hohen Werten auf der Skala Kalt bzw. niedrigen Werten auf der Skala Fürsorglich geben Probleme dabei an, anderen Nähe zu zeigen, Liebe zu anderen zu empfinden oder langfristige Verpflichtungen gegenüber anderen einzugehen. Sie halten sich zu sehr auf Distanz und/oder haben Schwierigkeiten, sich zu versöhnen, nachdem sie ärgerlich waren.

Die beiden anderen Skalen des zweiten Faktors sind ebenfalls Gegenpole zueinander. Personen mit hohen Werten auf der Skala *Introvertiert* bzw. mit niedrigen Werten auf der Skala *Expressiv* berichten über Schwierigkeiten, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen. Ihnen fällt es schwer, Gefühle zu zeigen. Sie tendieren zu sozialem Rückzug und Vermeidung von Situationen, in denen sie mit vielen Menschen zusammentreffen. Im Mittelpunkt zu stehen, ist für diese Personen mit unangenehmen Gefühlen verbunden. Sie halten sich lieber im Hintergrund auf und gehen Situationen, die eine nach außen getragene Selbstdarstellung erfordern, aus dem Weg.

Der zweite Faktor umschreibt die Eigenschaft der „Kontaktbereitschaft“ (vergleiche Kapitel 9.5). Er nimmt Bezug auf temperamentsbezogene Verhaltensmuster, die maßgeblich mitbestimmen, ob zwischenmenschliche Beziehungen aufgebaut werden oder nicht. Diese Verhaltensmuster entsprechen inhaltlich dem dritten Faktor in Kapitel 9.5. Die Endpole der Dimension Kontaktbereitschaft (Kontaktvermeidung vs. Kontaktfreudig), die bereits im Kapitel 9 benannt wurden, werden aus diesem Grund beibehalten.

10.5.2 Ergebnisse der (zweiten) Clusteranalyse

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die zweite Clusteranalyse der Untersuchung. Die erste Clusteranalyse (siehe oben) diente der Überprüfung der Subtypenbildung von Leihener et al. (2002). Die zweite Clusteranalyse leitet sich aus Überlegungen der unter 10.5.1 erläuterten Faktorenanalyse der IIP-Skalen ab. Sie dient der Überprüfung einer sinnvollen alternativen Subgruppenbildung.

Da die IIP-Faktoren voneinander unabhängig sind (Varimax-Rotation), lassen sich theoretisch vier Subgruppen von Borderline-Patienten bilden:

1. Eine Gruppe, die auf beiden Faktoren hohe Werte hat (submissiv und kontaktvermeidend),
2. eine Gruppe die auf dem ersten Faktor hohe, aber auf dem zweiten Faktor niedrige Werte erlangt (submissiv und kontaktfreudig),
3. eine Gruppe, die auf dem ersten Faktor niedrige Werte und auf dem zweiten Faktor hohe Werte aufweist (konfrontativ und kontaktvermeidend) sowie
4. eine Gruppe, die auf beiden Faktoren niedrige Werte erzielt (konfrontativ und kontaktfreudig).

Diese Annahme wurde mittels Clusterzentrenanalyse überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10.3 (siehe unten) angeführt. Da die Skalenwerte der IIP-Skalen für alle Patientinnen der Stichprobe in T-Werte transformiert wurden, sind die Werte der Clusterzentren ebenfalls auf als T-Werte zu interpretieren.

Wie aus Tabelle 10.3 ersichtlich, stimmen die Clusterzentren der vier Cluster mit der oben formulierten theoretischen Clusterbildung anhand der Ergebnisse der Faktorenanalyse überein: Cluster 1 entspricht der submissiven, kontaktvermeidenden Gruppe. Cluster 2 umfaßt die selbsbehauptenden/konfrontativen, kontaktfreudigen Probanden. Cluster 3 wird gebildet aus der Gruppe von Probanden, die sich als submissiv und kontaktfreudig beschreibt. Die Probanden des Clusters 4 schildern sich als selbstbehauptend/konfrontativ und kontaktvermeidend.

Dabei ist zu beachten, daß die Zuordnung zu einem Cluster zunächst die relativen Skalenwerten der Patientinnen beschreibt. „Konfrontativ“ oder „kontaktfreudig“ meint demnach, daß sich die eine Gruppe signifikant konfrontativer oder kontaktfreudiger beschreibt als die andere.

Es bedeutet nicht automatisch, daß diese Patientinnen sich so konfrontativ oder kontaktfreudig erleben, daß es klinisch auffällig wäre. Auf diesen Sachverhalt wird im Kapitel 11 genauer eingegangen werden.

Tabelle 10.3

	Cluster 1 N = 24	Cluster 2 N = 11	Cluster 3 N = 6	Cluster 4 N = 15
Autokratisch	35,13	52,45	36,17	41,33
Streitsüchtig	31,83	54,27	35,33	61,67
Kalt	51,79	42,45	35,33	62,33
Introvertiert	65,33	50,64	45,33	64,67
Unterwürfig	61,58	51,04	67,00	53,67
Ausnutzbar	59,08	43,30	60,33	37,33
Fürsorglich	55,54	49,27	61,17	43,00
Expressiv	40,75	52,44	66,17	40,00

Tabelle 10.3: Darstellung der Clusterzentren der Clusteranalyse der IIP-Skalen. Die angegebenen Werte entsprechen T-Werten (M = 50; SD = 10). Fett: Signifikante Abweichungen vom Mittelwert der T-Verteilung.

Folgende signifikante Abweichungen vom Mittelwert der T-Verteilung ließen sich in den Clustern nachweisen:

Im **ersten Cluster** finden sich vier signifikante Abweichungen: Die Skalen Autokratisch und Streitsüchtig liegen im unterdurchschnittlichen Bereich, die Werte der Skalen Introvertiert und Unterwürfig liegen hingegen im überdurchschnittlichen Bereich.

Im **zweiten Cluster** sind keine klinisch relevanten Abweichungen vorhanden.

Im **dritten Cluster** liegen sieben signifikante Abweichungen vor. Es zeichnet sich durch signifikant erhöhte Werte in den Skalen Unterwürfig, Ausnutzbar, Fürsorglich und Expressiv aus. Signifikant erniedrigt sind die Skalenwerte der Skalen Autokratisch, Streitsüchtig und Kalt. D.h. alle Skalen außer Introversion weichen signifikant vom erwarteten Mittelwert der Normalstichprobe ab.

Im **vierten Cluster** lassen sich vier signifikante Abweichungen vom Mittelwert der T-Verteilung nachweisen. Die Werte der Skalen Streitsüchtig, Kalt und Introversion sind signifikant erhöht. Die Werte der Skalen Ausnutzbar und Expressiv sind signifikant erniedrigt.

Insgesamt 30 der 56 befragten Borderline-Patientinnen beschreiben sich als submissiv. Die 16 anderen Borderlinerinnen der Stichprobe werden der Kategorie konfrontativ zugeordnet. 39 der 56 Borderline-Patientinnen erleben sich als kontaktvermeidend, 17 hingegen als kontaktfreudig.

Alle Skalen tragen laut den Ergebnissen der durchgeführten ANOVA zur Differenzierung der Cluster auf einem Signifikanzniveau < 0.01 bei.

Ausgehend von der Überlegung, daß sich die Clusterbildung aus der obigen Faktorenanalyse ableitet, sollten sich jeweils zwei Cluster genau in den Skalen des IIP signifikant

unterscheiden, die zu dem Faktor gehören, in dem die Patientinnen entgegengesetzte (hoch vs. niedrig) Faktorwerte aufweisen (siehe Abbildung 10.2).

Faktor I	
Q1: Faktor I: große Werte; Faktor II: kleine Werte Submissiv, Kontaktfreudig Cluster 3 (n = 6)	Q2: Faktor I: große Werte; Faktor II: große Werte Submissiv, Kontaktvermeidung Cluster 1 (n = 24)
Faktor II	
Q3: Faktor I: kleine Werte; Faktor II: große Werte Konfrontativ, Kontaktfreudig Cluster 2 (n = 11)	Q4: Faktor I: kleine Werte; Faktor II: große Werte Konfrontativ, Kontaktvermeidung Cluster 4 (n = 15)

Abb. 10.2: Einteilung der vier Patientinnengruppen anhand der Faktoren des IIP. Q1-Q4 = Quadranten 1-4.

Die Darstellung der paarweisen Vergleiche der Cluster mittels T-Tests ist als Übersicht in Tabelle 10.4 angeführt. Als signifikant wurden die Unterschiede gewertet, die mindestens das Signifikanzniveau von Alpha = .05 überschritten.

Tabelle 10.4

	C1 – C2	C1 – C3	C1 – C4	C2 – C3	C2 – C4	C3 – C4
Faktor I						
Autokratisch	❖		❖	❖	❖	
Streitsüchtig	❖		❖	❖	❖	❖
Unterwürfig	❖		❖	❖		❖
Ausnutzbar	❖		❖	❖	❖	❖
Fürsorglich	❖		❖			❖
Faktor II						
Expressiv	❖	❖		❖	❖	❖
Introvertiert	❖	❖			❖	❖
Kalt	❖	❖	❖		❖	❖

Tabelle 10.4: Signifikante Unterschiede zwischen den Clustern in den acht Skalen des IIP

Cluster 1 und 2 unterscheiden sich in allen Skalen des IIP. Dies entspricht den Erwartungen, wenn man von der Beschreibung der Cluster ausgeht: Cluster 1 (submissiv und kontaktvermeidend) und Cluster 2 (konfrontativ und kontaktfreudig).

Der Vergleich zwischen Cluster 1 und Cluster 3 verweist auf signifikante Unterschiede in den Skalen des Faktors 1 der Faktorenanalyse. Demnach unterscheiden sich die Cluster in den IIP-Skalen, die in der Eigenschaftskomponente der Kontaktgestaltung eine bedeutende Rolle spielen. Cluster 1 und 4 unterscheiden sich ebenfalls erwartungsgemäß in den Skalen des zweiten Faktors. Die beiden Patientengruppen lassen sich folglich anhand der IIP-Skalen voneinander abgrenzen, die die Dimension Kontaktbereitschaft umschreiben. Eine Ausnahme

bildet hierbei lediglich die Skala Kalt. In dieser Skala finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern.

Im Hinblick auf die paarweisen Vergleiche der Cluster 2 bis 4 ist dieses Muster nicht mehr so klar erkennbar. Das dürfte zum Teil auf die kleine Anzahl von Probanden im dritten Cluster zurückzuführen sein. Eine andere mögliche Erklärung bestünde in einer Interaktionswirkung der beiden Faktoren in dem Sinne, daß das konfrontative Verhalten der kontaktfreudigen Patientinnen andere Skalen betrifft als das konfrontative Verhalten der kontaktvermeidenden Patientinnen. Analog wäre dann zu erwarten, daß das kontaktvermeidende Verhalten der selbstbehauptenden/konfrontativen Patientinnen andere Skalen betrifft als das kontaktvermeidende Verhalten der submissiven Patientinnen, z.B. bzgl. der Skala Kalt. Um diesen Sachverhalt statistisch abzusichern, bedarf es allerdings weiterer Studien mit größeren Stichproben.

Für die vorliegende Untersuchung kann festgehalten werden, daß die Erwartungen hinsichtlich der signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern in den Skalen des Faktors Kontaktgestaltung bzw. Kontaktbereitschaft in groben Zügen erfüllt werden.

Eine detaillierte Beschreibung und Charakterisierung der vier Cluster wird im Kapitel 11 erarbeitet. Es wird an dieser Stelle ausführlich auf signifikante Zusammenhänge zwischen den klinischen Merkmalen des Fragebogenpaketes eingegangen.

10.5.3 Ergebnisse aus den Korrelationsanalysen

Mit welchen klinischen Merkmalen und Symptomen hängen die beiden Faktoren (Kontaktgestaltung und Kontaktbereitschaft) zusammen? Welche Variablen kennzeichnen die vier Subgruppen? Lassen sich signifikante Korrelationen zwischen den Faktoren und den Borderline-Kriterien nachweisen?

Diese Fragen wurden durch die Berechnung von Korrelationsanalysen bearbeitet. Dazu wurden zwischen den Faktorwerten der Borderline-Patientinnen und den Variablen der Skalen des Testpaketes sowie den Kriterien der Borderline-Störung nach DSM-IV (APA, 1994) signifikante Korrelationen ermittelt. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in Tabelle 10.5 dargestellt:

Tabelle 10.5 zeigt, daß jeweils einige der Skalen aus den zehn Fragebögen des Testpakets und eines der Borderline-Kriterien signifikant mit einem der beiden Faktoren korrelieren. Die Tabelle gibt aus Gründen der Übersichtlichkeit nur signifikante Korrelationen wieder. Um eine Gesamtübersicht der Variablen und Skalen zu erhalten, sei auf die Tabelle 9.1 verwiesen.

Tabelle 10.5

	Faktor 1	Faktor 2
Ärger (STAXI)	-.49**	
Ärger-Out (STAXI)	-.48**	
Ärger-Control (STAXI)	.36**	
Depressivität (SCL-90-R)	.27*	
Soz. Unsicherheit (SCL-90-R)		.29*
FDS-Gesamt (FDS)	.36**	
Derealisation (FDS)	.43**	
Konversion (FDS)	.37**	
Mißtrauen (EDI)		.65**
Angst v. Erwachsenwerden (EDI)		-.30*
Soziale Unsicherheit (EDI)		.54**
Scham (SSF)	.33*	.28*
Schuld (SSF)	.29*	
Gehemmt (FPI)		.57**
Offenheit (FPI)	-.35**	
Aggressivität (FPI)	-.55**	
BPS 7 (SKID-II-Interview)		.47**

Tabelle 10.5: Signifikante Korrelationen zwischen Variablen des Fragebogenpakets und den Faktoren I bzw. II aus dem IIP. * = Signifikanzniveau = 0.05; ** Signifikanzniveau = 0.01.

Der **erste Faktor** (Kontaktgestaltung) weist hohe Zusammenhänge zu den ärgerbezogenen Skalen des STAXI und zu dem Merkmal Aggressivität auf. Im Falle der Skala Aggressivität handelt es sich um die Definition von Aggressivität nach dem FPI, d.h. um eine feindselige, rationale, kühle und auf die kognitive Ebene bezogene Art der Aggressivität. Die Korrelationen des ersten Faktors zu den Ärger-Skalen und der Skala Aggressivität sind dabei alle negativ.

Es ergeben sich positive signifikante Zusammenhänge zu Skalen der allgemeinen psychischen Belastung bzw. klinischer Symptomatik, wie z.B. Derealisation, Konversion und der FDS-Gesamt (Gesamtwert des FDS). Darüber hinaus korreliert der erste Faktor positiv mit den Merkmalen der emotionsbezogenen Skalen Scham, Schuld und Depressivität.

Das submissive Verhaltensmuster, das durch den ersten Faktor erfaßt wird, hängt somit mit den Gefühlen zusammen, die (vergleiche Kapitel 9) Handlungsimpulse wie Unterwerfung (Schuld), Rückzug (Trauer/Depressivität), Verbergen (Scham) etc. beinhalten.

Zu Ärger und Aggressivität zeigen sich hingegen negative Zusammenhänge. Ärger wird von Personen mit hohen Werten auf dem ersten Faktor vermutlich durch ein hohes Maß an Ärgerkontrolle vermieden.

Diese Vermeidung mit Ärger korreliert hoch mit körperlichen und psychophysischen Symptomen. Dies wird u.a. durch den signifikant positiven Zusammenhang zur Skala Konversion verdeutlicht.

Der **zweite Faktor** (Kontaktbereitschaft) steht in engem Zusammenhang mit angstbezogenen Skalen sowie Mißtrauen, Gehemmtheit, soziale Unsicherheit und Scham. Auch wenn Korrelationen keine kausalen Schlüsse zulassen, erscheint es plausibel, daß diese Gefühle die Rückzugstendenzen und Kontaktvermeidung ursächlich mitbedingen.

Hinsichtlich der Borderline-Kriterien zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang: Faktor 2 korreliert signifikant mit dem Kriterium 7 (Chronisches Gefühl der inneren Leere). Demnach gehen hohe Werte auf dem zweiten Faktor (Kontaktvermeidung ist stark ausgeprägt) mit häufigeren bzw. stärkeren Gefühlen innerer Leere einher. Dies erinnert an eine depressive Symptomatik. Allerdings ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge zu dieser Skala.

Ein signifikant negativer Zusammenhang besteht zwischen dem zweiten Faktor und der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden. Die Probandinnen mit hohen Werten auf diesem Faktor beschreiben sich demzufolge als zufriedener mit ihrem Leben als Erwachsener und durch die damit verbundene Verantwortungsübernahme weniger belastet.

10.6 Beurteilung der Ergebnisse

Es wird deutlich, daß die vorliegenden Ergebnisse zunächst nicht zu der gleichen Strukturierung der Daten führen, die Leihener et al. (2002, im Druck) vorgeschlagen haben. Die vorliegenden Resultate stützen somit die Einteilung der Borderline-Gruppe in einen autonomen und einen dependenten Subtypen mittels einer Zwei-Cluster-Lösung nicht.

Die eigenen Ergebnisse belegen die Existenz zweier Faktoren, mit deren Hilfe die Skalen des Inventars Interpersonaler Probleme sinnvoll strukturiert werden können. Der erste Faktor wurde als Kontaktgestaltung (selbstbehauptend/konfrontativ vs. selbstentwertend/submissiv) bezeichnet, der zweite Faktor entspricht der Dimension Kontaktbereitschaft.

Auf dem Hintergrund dieser beiden Dimensionen wurde eine Clusterlösung mit vier Clustern ermittelt, die sich durch hohe bzw. niedrige Faktorwerte kennzeichnen und voneinander abgrenzen lassen. Unter diesen vier Gruppen ist nur eine, die einem der beiden Typen von Leihener et al. (2002) so ähnlich wäre, daß man von einer akzeptablen Übereinstimmung der Ergebnisse sprechen kann. Das erste Cluster (submissiv, kontaktvermeidend) weist eine hohe Ähnlichkeit zum dependenten Typ bei Leihener et al. auf. Dies bedeutet, daß die vorliegenden Ergebnisse mit denen von Leihener et al. u.U. vereinbar wären. Die Unterschiede in den Ergebnissen könnten z.B. auf der Zusammensetzung der jeweiligen Stichproben, Größe der

Stichprobe etc. basieren. Zur Überprüfung dieser Frage sind allerdings weitere Studien mit größeren Stichproben notwendig.

Die Korrelationen zwischen den IIP-Faktoren und den Variablen des Testpaketes entsprechen den zuvor geäußerten Erwartungen. Insbesondere sind hierbei die Zusammenhänge zwischen dem Faktor Kontaktgestaltung und der Ärgervariablen des STAXI sowie die Zusammenhänge zwischen den Skalen Angst, Schuld, Scham und Trauer/Depressivität und dem Faktor Kontaktbereitschaft hervorzuheben.

Ein submissiver Beziehungsstil geht erwartungsgemäß mit einer niedrigeren Neigung einher, Ärger nach außen auszuleben. Ärger wird eher nach innen verarbeitet oder unterdrückt. Kontaktvermeidung korreliert positiv mit Gefühlen, wie z.B. Scham und Angst. Diese Gefühle beinhalten Handlungsimpulse, die eher auf Verbergen, Vermeiden und Rückzug abzielen. Dies macht den Zusammenhang zu dem Faktor Kontaktbereitschaft sehr plausibel.

Die Ergebnisse führen darüber hinaus zu folgender Überlegung: Die Differenzierung der Borderline-Störung anhand des Faktors Kontaktgestaltung weist hohe Ähnlichkeit zu der Einteilung der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung nach dem ICD 10 (WHO, 1992) auf.

Im ICD 10 werden zwei Typen der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung unterschieden. Zum einen den Impulsiven Typus, der neben der emotionalen Instabilität v.a. den Charakterzug einer mangelnden Impulskontrolle aufweist. Ausbrüche von gewalttätigem Verhalten sind häufig, insbesondere als Reaktion auf Kritik durch andere Personen. Zum anderen den Borderline-Typus, den zusätzlich zur emotionalen Instabilität eine Identitätsstörung, ein Muster instabiler Beziehungen, ein chronisches Gefühl der inneren Leere, Angst vor dem Verlassenwerden sowie Selbstverletzungen und Suizidalität kennzeichnen.

Die Abgrenzung der beiden Typen geschieht im ICD 10 v.a. über den Affekt Ärger, einen nach außen gerichteten Ärgerausdruck (Ärger-Out) sowie mangelnde Impulskontrolle und Ärgerkontrolle (Ärger-Control). D.h. die Trennung der Subtypen bezieht sich auf Aspekte, die hohe Ähnlichkeit zum Faktor Kontaktgestaltung und seinen Korrelaten haben.

Die Hinzunahme der zweiten Dimension (Kontaktbereitschaft) erweitert und differenziert die Abgrenzung der Subgruppen der Borderline-Störung über die Dimension der Kontaktgestaltung hinaus. Sie erinnert an die von Linehan (1993b) getroffene Einteilung der

Borderline-Patienten in einen „attached type“ und „butterfly-like type“, bei der ebenfalls die Bereitschaft zur Beziehungsaufnahme und die Herstellung von Nähe zu anderen Personen im Vordergrund stehen.

11. Interpersonale Probleme als Basis zur Subgruppenbildung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

11.1 Theoretischer Hintergrund

Im Kapitel 11 wird die Gruppeneinteilung der Borderline-Patientinnen aus Kapitel 10 übernommen und detailliert vorgestellt. Die Patientinnen waren dort anhand ihrer Angaben im Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz et al., 2000) vier Clustern zugeteilt worden. Diese Cluster basierten auf den jeweils hohen/niedrigen Faktorwerten der Patientinnen hinsichtlich der beiden extrahierten, orthogonalen IIP-Faktoren Kontaktgestaltung und Kontaktbereitschaft. Zusammenfassend bestätigten die Ergebnisse des Kapitels 10 die folgende Clusterbildung:

- Faktor I (hohe Werte) & Faktor II (hohe Werte): submissive und kontaktvermeidende Patientinnen (Cluster 1),
- Faktor I (niedrige Werte) & Faktor II (niedrige Werte): konfrontative und kontaktfreudige Patientinnen (Cluster 2),
- Faktor I (hohe Werte) & Faktor II (niedrige Werte): submissive und kontaktfreudige Patientinnen (Cluster 3),
- Faktor I (niedrige Werte) & Faktor II (hohe Werte): konfrontative und kontaktvermeidende Patientinnen (Cluster 4).

Faktor I	
Q1: Faktor I: große Werte; Faktor II: kleine Werte Submissiv, Kontaktfreudig Cluster 3 (n = 6)	Q2: Faktor I: große Werte; Faktor II große: Werte Submissiv, Kontaktvermeidung Cluster 1 (n = 24)
Q3: Faktor I: kleine Werte; Faktor II: große Werte Konfrontativ, Kontaktfreudig Cluster 2 (n = 11)	Q4: Faktor I: kleine Werte; Faktor II: große Werte Konfrontativ, Kontaktvermeidung Cluster 4 (n = 15)

Abb.11.1 Einteilung der Cluster in das Koordinatensystem der IIP-Faktoren

Diese Einteilung ist Grundlage der folgenden Untersuchung. Wie bereits erwähnt, stellt die Methode der Clusteranalyse zur Strukturierung der Borderline-Störung eine bislang wenig eingesetzte Methode dar. Sie hat den Vorteil, daß nun nicht mehr klinische Merkmale einander zu- und beigeordnet werden, sondern Patienten in einzelne Gruppen eingeteilt

werden. Diese Gruppeneinteilung könnte Ausgangspunkt einer indikativen und spezifischen Therapieplanung und -gestaltung sein. Hypothetische Überlegungen hierzu werden am Ende des Kapitels vorgestellt.

11.2 Forschungsstand

Hinsichtlich des Forschungsstandes sei an dieser Stelle nochmals auf die Untersuchung von Leihener et al. (2002) verwiesen. Sie wurde bereits im Kapitel 10 genauer dargestellt. Weitere Untersuchungen, die sich mit dem Thema der Clusterbildung anhand der interpersonalen Probleme der Borderline-Patienten beschäftigen, sind der Autorin nicht bekannt.

Obwohl die Ergebnisse der eigenen Untersuchung (siehe Kapitel 10) die Resultate von Leihener et al. nicht stützen, ist die Studie dieser Autoren für ein besseres Verständnis der Vorgehensweise und der Ergebnisauswertung von hoher Bedeutung.

Die Ausführungen zu dieser Studie sollten daher gegebenenfalls nochmals unter 10.2 nachgelesen werden. Sie dienen als Einführung in das Themengebiet der Subgruppenvergleiche im Rahmen der Borderline-Störung.

11.3 Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Kapitel werden die vier Gruppen aus der Clusteranalyse (10.5) genauer exploriert und miteinander verglichen. Insbesondere geht es um die Abgrenzung der Gruppen untereinander. Die vier Gruppen umfassen

- submissive, kontaktvermeidende Patientinnen,
- submissive, kontaktfreudige Patientinnen,
- selbstbehauptende/konfrontative, kontaktvermeidende Patientinnen bzw.
- selbstbehauptende/konfrontative, kontaktfreudige Patientinnen.

Die zu bearbeitende Fragestellung bezieht sich darauf, Merkmale nachzuweisen, in denen sich diese Subgruppen signifikant unterscheiden. Dabei werden sowohl die Borderline-Kriterien (SKID-II) als auch externe klinisch-psychologische Symptome (Fragebogenpaket) in die Untersuchung einbezogen.

Vermutet wird, daß sich die Subgruppen in zumindest einigen der Borderline-Kriterien und in den emotionsbezogenen Variablen des Fragebogenpaketes¹⁷ unterscheiden.

¹⁷ Die Fragebögen, die das Fragebogenpaket umfaßt, sind in Tabelle 7.6, Kapitel 6 und Anhang A genau dargestellt. Im folgenden werden daher nur die Abkürzungen der jeweiligen Verfahren verwendet.

11.4 Methoden

11.4.1 Patienten und Stichprobe

Die in die Untersuchung eingegangenen Daten basieren auf den Angaben einer Stichprobe von 56 Borderline-Patientinnen. Diese Stichprobe wurde bereits in den vorherigen Kapiteln als Datenbasis herangezogen und ausführlich unter 7.4 beschrieben. Die Informationen über die Stichprobe, wie z.B. demographische Variablen etc., sind daher aus den vorderen Kapiteln zu entnehmen.

Hinzuzufügen ist, daß sich die Patientinnen der Cluster hinsichtlich des Alters nicht signifikant unterscheiden. Dies trifft sowohl für die paarweisen Vergleiche der Cluster zu als auch für die Vergleiche jeweils eines Clusters mit der Gesamtstichprobe der drei übrigen Cluster.

11.4.2 Prozedur

Die Rekrutierung der Stichprobe, die Vorgehensweise im Rahmen der diagnostischen Erhebungen und Setting-Faktoren wurden ebenfalls unter 7.4 erläutert. Aus Platzgründen und um Redundanzen zu vermeiden, werden sie hier nicht nochmals angeführt. Bei Bedarf sind die entsprechenden Angaben unter 7.4.2 nachzulesen.

11.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente

Die verwendeten Fragebögen und diagnostischen Instrumente waren wie bei den vorangegangenen Untersuchungen (siehe 7.4 und 9.4) die Fragebögen STAI, STAXI, SCL-90-R, BPI, IIP, BDI, EDI, SSF, FDS und FPI. Darüber hinaus wurde das SKID II (Fragebogen und Interview) durchgeführt. Eine ausführliche Beschreibung und Beurteilung der Fragebögen im Hinblick auf ihre Gütekriterien wird im sechsten Kapitel vorgestellt. Die Auflistung der Items der Fragebögen wurde der Dissertation als Anhang A beigefügt.

11.4.4 Statistische Auswertung

Da die Ergebnisse der Clusteranalyse aus dem zehnten Kapitel übernommen wurden, beschränkte sich die statistische Auswertung in der vorliegenden Untersuchung auf Korrelationsanalysen, ANOVAs und T-Tests. Die Ergebnisse der ANOVAs werden hier nicht gesondert aufgeführt. Die angegebenen Unterschiede zwischen Gruppen werden als Resultate

der T-Tests dargestellt. Soweit nicht anderweitig gekennzeichnet, basieren Signifikanzen sowohl auf den Resultaten der ANOVAs als auch auf den anschließend durchgeführten Einzelvergleichen (T-Tests).

Signifikanzen werden bei der nachfolgenden tabellarischen Darstellungen der Ergebnisse ab einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ angegeben. Die bivariate Korrelation wurde nach dem Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Als Methode des Fallausschlusses wurde dabei der paarweise Fallausschluß gewählt. Die Berechnung von T-Test für unabhängige Stichproben umfaßte die Berechnung des Levé-Test auf Varianzgleichheit und eines 95%-Konfidenzintervalls. Der Ausschluß von Fällen geschah Test für Test. Angaben der Signifikanzen beziehen sich auf zweiseitige T-Tests.

11.5 Ergebnisse

11.5.1 Beschreibung der IIP-Cluster

Als Einführung in die Darstellung der Ergebnisse dienen die untenstehenden Tabellen 11.1, 11.2 und 11.3. In Tabelle 11.1 sind die Mittelwerte der vier Cluster in den Skalen des IIP angegeben. Die signifikanten Unterschiede der Cluster in den IIP-Skalen sind in Tabelle 11.2 wiedergegeben. Tabelle 11.3 beinhaltet die Mittelwerte der Cluster in 13 Skalen der verwendeten Fragebögen, sieben Borderline-Kriterien sowie den Gesamtbeurteilungen¹⁸ der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und Depressiven Persönlichkeitsstörung (Forschungskonzept). In den Skalen bzw. Kriterien der Tabelle 11.3 ließen sich signifikante Unterschiede zwischen den Clustern nachweisen. In den anderen Skalen/Kriterien des Fragebogenpakets bzw. des SKID-II unterscheiden sich die Cluster demzufolge nicht signifikant. Eine Gesamtübersicht aller in die Analyse eingegangenen Skalen ist in Tabelle 9.1 wiedergegeben.

Wie aus der Tabelle 11.1 ersichtlich, weichen die Cluster in bis zu sieben von acht IIP-Skalen vom Normalbereich der T-Verteilung ab. Dies belegt nochmals die hohe Belastung der Borderlinerinnen auch im Hinblick auf interpersonale Probleme.

Auffallend ist, daß das Cluster 2 keine Skalenmittelwerte außerhalb des Normalbereiches der T-Verteilung aufweist. Allerdings liegen durchschnittlich 3,5 Skalen des IIP im klinisch auffälligen Bereich der Verteilung, was auf eine eindeutige Belastung durch interpersonale Probleme hinweist. Dieser Befund spricht dafür, daß die alleinige Betrachtung der

¹⁸ Störung gegeben ja/nein (ja = 3; nein = 1)

Skalenmittelwerte eine verzerrte Darstellung der Ergebnisse liefert. Diese verdecken nämlich die klinisch relevanten, signifikant erhöhten Skalenwerte der Patientinnen des zweiten Clusters (siehe hierzu auch Kapitel 10).

Tabelle 11.1

	Cluster 1 N = 24	Cluster 2 N = 11	Cluster 3 N = 6	Cluster 4 N = 15
Autokratisch	35,13	52,45	36,17	41,33
Streitsüchtig	31,83	54,27	35,33	61,67
Kalt	51,79	42,45	35,33	62,33
Introvertiert	65,33	50,64	45,33	64,67
Unterwürfig	61,58	51,04	67,00	53,67
Ausnutzbar	59,08	43,30	60,33	37,33
Fürsorglich	55,54	49,27	61,17	43,00
Expressiv	40,75	52,44	66,17	40,00
IIP-Abweichung*	5,4	3,5	6,5	5,8

Tabelle 11.1: Clusterzentren der vier IIP-Cluster. Fett: Signifikante Abweichungen vom Mittelwert der Verteilung. * Durchschnittliche Anzahl der IIP-Skalen, deren Mittelwerte sign. vom Normalbereich der Verteilung abweichen.

Durch eine weiterführende Analyse der Häufigkeiten und Verteilung der Skalenwerte wird deutlich, daß die Patientinnen des zweiten Clusters im Vergleich zu anderen Patientinnen zwar tatsächlich weniger signifikant erhöhte/erniedrigte Skalenwerte aufweisen. Jedoch tun sie dies nicht in einem so geringen Maße, wie anhand der Mittelwerte vermutete werden könnte.

Im Gegensatz zu den anderen Clustern finden sich im zweiten Cluster Verteilungen der Skalenwerte, deren Verlauf in etwa einer Normalkurve entspricht. Der Mittelwert der Verteilungen weicht von dem Mittelwert der zugrunde gelegten Normverteilung kaum ab. Diese Beobachtung wurde hingegen bei den meisten Verteilungen in den anderen Clustern gemacht. Ihr Verlauf ist links- oder rechtsgipflig.

Demzufolge ist das Cluster zwei in der Ausprägung seiner interpersonalen Probleme weniger prägnant als die anderen Cluster. Die Patientinnen berichten zwar interpersonale Probleme, allerdings liegen diese Probleme oft an den entgegengesetzten Endpolen einer Dimension. Die Belastung durch interpersonale Probleme der Patientinnen des Clusters 2 als Gruppe (!) ist somit weniger einheitlich als bei anderen Clustern. Die interpersonale Belastung der Patientinnen des Clusters 2 als Einzelpersonen (!) betrifft weniger Dimensionen als es bei den anderen Patientinnen der Fall ist.

Am ehesten zeichnet sich das zweite Cluster durch seine Werte in den Skalen Kalt und Ausnutzbar (jeweils unterdurchschnittliche Werte bei sieben von elf Patientinnen) aus. Im Hinblick auf die anderen Skalen läßt sich festhalten, daß die Patientinnen des zweiten Clusters

sich zwar als dominanter, streitsüchtiger, weniger unterwürfig und weniger introvertiert erleben als die meisten anderen Patientinnen (siehe Tabelle 11.2). Sie tun dies jedoch nicht in einem klinisch relevanten Ausmaß. D.h. sie beschreiben sich nicht als *zu* dominant, *zu* streitsüchtig, *zu* unterwürfig und *zu* introvertiert.

Tabelle 11.2

	C1 – C2	C1 – C3	C1 – C4	C2 – C3	C2 – C4	C3 – C4
Faktor I						
Autokratisch	C2 > C1		C4 > C1	C2 > C3	C2 > C4	
Streitsüchtig	C2 > C1		C4 > C1	C2 > C3	C4 > C2	C4 > C3
Unterwürfig	C1 > C2		C1 > C4	C3 > C2		C3 > C4
Ausnutzbar	C1 > C2		C1 > C4	C3 > C2	C2 > C4	C3 > C4
Fürsorglich	C1 > C2		C1 > C4			C3 > C4
Faktor II						
Expressiv	C2 > C1	C3 > C1		C3 > C2	C2 > C4	C3 > C4
Introvertiert	C1 > C2	C1 > C3			C4 > C2	C4 > C3
Kalt	C2 > C1	C1 > C3	C4 > C1		C4 > C2	C4 > C3

Tabelle 11.2: Signifikante Unterschiede zwischen den Clustern in den acht Skalen des IIP. Angezeigt werden signifikante Unterschiede < .05. Jeweils höhere Mittelwerte werden durch das Zeichen > angegeben.

Tabelle 11.2 zeigt die signifikanten Unterschiede der Cluster in den IIP-Skalen. Es wird deutlich, daß die Unterschiede zwischen den Clustern insbesondere auf die Faktoren zurückgehen, die zur theoretischen Einteilung der Cluster anhand der beiden Faktoren Kontaktbereitschaft und Kontaktgestaltung geführt haben. Diese wurden bereits in Kapitel 10 erläutert.

Bemerkenswert ist, daß der konfrontative Beziehungsstil der Patientinnen des vierten Clusters im Vergleich zu dem konfrontativen Stil der Patientinnen des zweiten Clusters signifikant stärker auf streitsüchtiges Verhalten und unterdurchschnittliche Ausnutzbarkeit zurückgeht. Die Patientinnen des zweiten Clusters sind in ihrer Konfrontation offener und aktiver (Skala Autokratisch), aber weniger kalt und introvertiert. Die beiden Cluster 2 und 4 unterscheiden sich demnach nicht nur in dem Faktor Kontaktbereitschaft, sondern auch in einigen Skalen des Faktors Kontaktgestaltung, obwohl sie beide in Relation zu den beiden anderen Clustern 1 und 3 niedrige Faktorwerte auf dem Faktor Kontaktgestaltung aufweisen. Somit ist an dieser Stelle eine weitere Differenzierung der interpersonalen Beziehungsmuster der Patientinnen sinnvoll. Es ist von einer Interaktion der Faktoren auszugehen.

In der untenstehenden Tabelle 11.3 sind die Mittelwerte der vier Cluster in den Variablen des Fragebogenpakets und Kriterien des SKID II dargestellt, in denen signifikante Unterschiede zwischen den Clustern ermittelt wurden. Diese Unterschiede werden in den nachfolgenden

Abschnitten 11.5.2 und 11.5.3 erläutert werden. Aus dem SKID II wurden nur die Kriterien der Borderline-Störung, der Vermeidend-Selbstunsicheren und der Depressiven Persönlichkeitsstörung in die Analyse einbezogen. Eine sinnvolle Auswertung im Hinblick auf die anderen Persönlichkeitsstörungen war aufgrund ihrer geringen Häufigkeitsrate in der Stichprobe nicht möglich. Darüber hinaus ist aus der Tabelle zu ersehen, in welchen Skalen des Fragebogenpakets die Cluster signifikant erhöhte/erniedrigte Mittelwerte aufweisen.

Tabelle 11.3

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
	M	M	M	M
Ärger (STAXI)	63*	70**	61*	69*
Ärger-In (STAXI)	67*	59	65*	64*
Ärger-Out (STAXI)	56	69*	60*	64*
Ärger-Control (STAXI)	59	42	48	44
Ängstlich (SCL-90-R)	73**	73**	77**	71**
Mißtrauen (EDI)	69*	54	59	70**
Soziale Unsicherheit (EDI)	69*	65*	67*	70**
Scham (SSF)#	51	42	47	47
Lebenszufriedenheit (FPI)	38*	42	40	34*
Soziale Orientierung (FPI)	56	51	62*	47
Aggressivität (FPI)	51	64*	56	62*
Gehemmtheit (FPI)	67*	58	55	65*
Offenheit (FPI)	52	59	59	59
Selbstunsichere Persönlichkeit (SKID-II)#	2,3	1,0	1,0	1,4
Depressive Persönlichkeit (SKID-II)#	1,6	1,0	1,3	1,3
BPS 1 (SKID-II)#	2,5	1,3	2,0	1,7
BPS 2 (SKID-II)#	2,6	3,0	2,7	2,7
BPS 3 (SKID-II)#	2,8	2,8	3,0	3,0
BPS 4 (SKID-II)#	2,8	3,0	2,3	2,5
BPS 5 (SKID-II)#	2,7	2,1	2,3	2,9
BPS 7 (SKID-II)#	2,2	1,2	1,3	2,3
BPS 8 (SKID-II)#	2,4	2,8	3,0	2,9

Tabelle 11.3: Mittelwerte der Cluster in ausgewählten Skalen des Fragebogenpakets. # Skala ist nicht normiert. Min./Max. Wert: SSF = 15/60; SKID-II = 1/3. */**: sign. Abweichung um eine/zwei Standardabweichungen.

Das **erste Cluster** ist das einzige der vier Cluster, dessen Mittelwerte in der Skala Ärger-Out innerhalb des Normalbereichs liegen. Die Mittelwerte in den Skalen Ärger-In, Ärger-Control, Scham, Gehemmtheit, Angst vor dem Verlassenwerden sowie der Mittelwert der Gesamtbeurteilung der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sind jeweils höher als die der anderen Cluster. Von den angeführten zwölf normierten Skalen des Fragebogenpakets liegen die Mittelwerte des ersten Clusters siebenmal außerhalb des

Normalbereiches. Dies belegt die hohe und spezifische Belastung der Patientinnen dieses Clusters.

Im Falle des **zweiten Clusters** liegen fünf Skalen im klinisch auffälligen Bereich, u.a. Ärger, Angst, sozialer Unsicherheit und Aggressivität. Es ist das einzige der Cluster, dessen Mittelwert der Skala Ärger-In im Normalbereich der Verteilung bleibt. Eine komorbide Persönlichkeitsstörung wird bei keiner der Patientinnen des zweiten Clusters diagnostiziert. Sie haben allerdings die höchsten Werte im Hinblick auf das Kriterium 2 und 4 der Borderline-Störung (Instabile interpersonale Beziehungen bzw. Impulsivität). Die Tatsache, daß bei allen Patientinnen des zweiten Clusters das zweite Borderline-Kriterium vergeben wurde, ist ein weiterer Beleg für das Vorhandensein interpersonaler Probleme, auch wenn diese von den Patientinnen weniger wahrgenommen werden bzw. durch die Mittelwerte der IIP-Skalen nicht in dem Maße erfaßt werden, wie es in den anderen Clustern der Fall ist (siehe oben). In den Borderline-Kriterien 1, 5 und 7 weist das zweite Cluster die niedrigsten Werte auf (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden; Selbstverletzung/Suizidalität; chronisches Gefühl der inneren Leere). Insgesamt finden sich für das zweite Cluster die wenigsten signifikanten Abweichungen in den Fragebogenskalen.

Im Falle des **dritten Clusters** weichen sechs der normierten Skalen aus der Tabelle 11.3 vom Normalbereich der Normverteilung ab. Für das dritte Cluster ist hervorzuheben, daß nur hier ein überdurchschnittlich hoher Wert auf der Skala Soziale Orientierung vorliegt. Die Patientinnen dieses Clusters sind zu sehr auf das Wohlergehen anderer fixiert und zeigen eine ausgeprägte prosoziale Haltung. Sie neigen allerdings auch zu unangemessener Wut (Kriterium 8 wurde bei allen Patientinnen dieses Clusters diagnostiziert). Ihren Ärger verarbeiten die Patientinnen sowohl übermäßig nach innen als auch übermäßig nach außen, wobei die Verarbeitung nach innen überwiegt, d.h. die Patientinnen sind primär um ein angepaßtes Verhalten bemüht, was ihnen jedoch nicht immer gelingt. Weiterhin wurde das Kriterium 3 (Identitätsstörung) der Borderline-Störung allen Patientinnen des dritten Clusters vergeben. Die hohe Anzahl an IIP-Skalen und STAXI-Skalen, die inhaltlich zwei entgegengesetzte Verhaltensmuster umfassen, erscheint auf dem Hintergrund der stark außenorientierten Lebensgestaltung (soziale Orientierung, hoher Wert im Kriterium 1 der Borderline-Störung etc.) und der durchgehend vorhandenen Identitätsstörung plausibel. Eine Interpretation dieser Befunde ist aufgrund der geringen Patientenzahl mit Vorbehalt zu sehen. Es sind weitere Studien nötig, um diese Vermutung zu überprüfen.

Das **vierte Cluster** weicht in neun der 12 normierten Skalen aus Tabelle 11.3 vom Normalbereich der Verteilung ab. Es fällt insbesondere durch seine hohen Mittelwerte (zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der Normverteilung) in den Skalen Mißtrauen und Soziale Unsicherheit auf. Das vierte Cluster weist mit neun signifikanten Abweichungen vom Normalbereich der T-Verteilung die höchste klinische Belastung der vier Cluster auf. Die Kriterien 5 und 7 der Borderline-Störung (Selbstverletzung und Chronisches Gefühl der inneren Leere) wurden im vierten Cluster am häufigsten vergeben. Zudem wurde bei allen Patientinnen dieses Clusters eine Identitätsstörung diagnostiziert.

Allen Clustern gemeinsam ist, daß ihre Mittelwerte der Skalen Ängstlichkeit und soziale Unsicherheit im auffällig hohen Bereich liegen. Alle Patientinnen empfinden zudem übermäßig oft/stark Ärger. Und alle Patientinnen (außer denen des ersten Clusters) neigen dazu, ihren Ärger nach außen auszuagieren, ohne (!) sich dabei als übermäßig dominant oder autokratisch zu erleben. Die Patientinnen des dritten Clusters schätzen sich, wie oben erwähnt, sogar als zu wenig dominant ein. Dieser Befund mag durch den impulsiven Charakter des sehr heftigen Ärgers beeinflusst sein, der für Borderline-Patienten typisch ist. Ärger wird von den betroffenen Personen oftmals als unkontrollierbar und übermächtig empfunden, so daß sie sich weniger mächtig und dominant fühlen. Sie haben den Eindruck, vom Ärger bestimmt zu werden, als umgekehrt den Ärger zu bestimmen. Im Hinblick auf die Skalen Ärger-Control und Offenheit liegen alle vier Cluster im Normalbereich der Verteilung. Es wird vermutet, daß prinzipiell das Bemühen um Ärger-Kontrolle sehr hoch, aber nicht immer erfolgreich ist und im Falle impulsiver Ausbrüche u.U. verloren geht. Um diese Vermutung zu bestätigen bedarf es weiterer Untersuchungen, die sich mit Ärger, Ärgerausdruck, Selbsteffektivität und Motiven der Ärgerregulation beschäftigen.

Die Skalenwerte der Cluster stützen die Ergebnisse aus dem zehnten Kapitel. So werden beispielsweise die überdurchschnittliche Unterwürfigkeit und Introversion sowie die unterdurchschnittliche Dominanz und Streitfähigkeit der Patientinnen des ersten Clusters durch die hohen Mittelwerte in den Kriterien der Vermeidend-Selbstunsicheren und Depressiven Persönlichkeitsstörung untermauert. Gleiches gilt für die übermäßige Neigung dieser Patientinnen, Ärger nach innen zu verarbeiten und sich selbst als äußerst gehemmt, unsicher und ängstlich zu beschreiben. Für die Patientinnen des dritten Clusters, der als einziger erhöhte Werte in der IIP-Skala Fürsorglich aufwies (Kapitel 10), gilt insbesondere der überdurchschnittlich hohe Wert in der Skala Soziale Orientierung als Bestätigung der

Clustereinteilung des vorherigen Kapitels. Die Patientinnen des vierten Clusters beschrieben sich im IIP als übermäßig kalt, streitsüchtig, introvertiert und zu wenig ausnutzbar. Dies spiegelt sich in den hohen Werten der Skalen Mißtrauen, Gehemmtheit, Unsicherheit, Aggressivität, Ärger-In und Ärger-Out wider.

Auch die Ergebnisse der Korrelationen zwischen den Faktoren Kontaktgestaltung und Kontaktbereitschaft werden durch die Tabelle 11.3 repliziert bzw. ergänzt. Die beiden kontaktvermeidenden Cluster (1 und 4) weisen die höchsten Werte in den Skalen Mißtrauen, Scham, Gehemmtheit, geringe Lebenszufriedenheit, der Gesamtbeurteilung der Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, Kriterium 5 und Kriterium 7 der Borderline-Störung (Selbstverletzung/Suizidalität bzw. Chronisches Gefühl der inneren Leere) auf. Submissivität geht mit hohen Skalenwerte hinsichtlich Ärger-In, Ärger-Control, Sozialer Orientierung und Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden, einher. Gleichzeitig sind die Werte der Skalen Ärger und Aggressivität niedriger. Inwieweit sich die Cluster in diesen Skalen signifikant unterscheiden, wird in den folgenden Abschnitten überprüft.

11.5.2 Paarweise Vergleiche jeweils zweier Cluster anhand der Borderline-Kriterien

Im folgenden Abschnitt werden die vier Cluster paarweise miteinander verglichen. Ziel ist es, die Cluster anhand der Borderline-Kriterien voneinander abzugrenzen. Welche Borderline-Kriterien sind in dem einen Cluster signifikant häufiger diagnostiziert worden als in einem der anderen Cluster? Zeichnen sich z.B. submissive, kontaktvermeidende Patientinnen durch andere Borderline-Kriterien als submissive, kontaktfreudige Patientinnen aus?

Aus der Kombination der vier Cluster zu Paaren ergeben sich insgesamt sechs Vergleichsmöglichkeiten. Diese werden nun nacheinander dargestellt. Das Signifikanzniveau der hier angeführten Unterschiede liegt für alle Clustervergleiche mindestens bei $\alpha = 0,05$.

Cluster 1 vs. Cluster 2

Die Patientinnen des ersten Clusters ($n = 24$) erfüllen im Vergleich zu den Patientinnen des zweiten Clusters ($n = 11$) signifikant häufiger das **siebte Kriterium** und signifikant seltener das zweite Kriterium der Borderline-Störung. Dies bedeutet, daß Patientinnen, die sich als submissiv und kontaktvermeidend erleben (Cluster 1), stärker zu chronischen Gefühlen der inneren Leere neigen als Patientinnen, die sich selbstbehauptend/konfrontativ und kontaktfreudig erleben (Cluster 2). Umgekehrt haben diese Patientinnen signifikant häufiger

instabile Beziehungen (**zweites Kriterium**) als die submissive und kontaktvermeidende Gruppe. In den anderen Borderline-Kriterien finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Clustern.

Cluster 1 vs. Cluster 3

Verglichen mit den Patientinnen des dritten Clusters (submissiv und kontaktfreudig) erfüllen die Patientinnen des ersten Clusters (submissiv und kontaktvermeidend) das **achte Kriterium** signifikant seltener. D.h. sie neigen weniger zu unangemessener, heftiger Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren.

Die Eigenschaft der Kontaktbereitschaft scheint somit Auswirkungen auf den Umgang mit Wut zu haben. Patientinnen, die sich eher zurückziehen, können ihre Wut besser kontrollieren (siehe auch Variablen des STAXI in Tabelle 11.3). Denkbar ist natürlich auch die umgekehrte Wirkung: Schwierigkeiten im Umgang mit Wut führen zu geringer Kontaktbereitschaft. Vermutet wird eine gegenseitige Beeinflussung und Verstärkung dieser beiden Komponenten. Aufgrund der geringen Größe des Clusters 3 ($n = 6$) ist das Ergebnis dieses Clustervergleiches jedoch grundsätzlich mit größtem Vorbehalt zu betrachten. Die anderen Borderline-Kriterien wurden in den beiden Clustern nicht in signifikant unterschiedlichem Ausmaß diagnostiziert.

Cluster 1 vs. Cluster 4

Die 15 Probandinnen des Clusters 4 (konfrontativ und kontaktvermeidend) erfüllen das **erste Kriterium** der Borderline-Störung signifikant seltener als die 24 Probandinnen des ersten Clusters (submissiv und kontaktvermeidend). Demnach unternehmen sie weniger verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden, und haben weniger Angst vor dem Alleinsein.

Dieser Unterschied ist plausibel, wenn man davon ausgeht, daß dem Verhalten submissiver Patientinnen Schemata zugrunde liegen, wie z.B. „Alleine kann ich mein Leben nicht meistern.“, „Ohne eine/n Partner/Partnerin bin ich hilflos.“, „Ohne Unterstützung werde ich in allem, was ich tue, scheitern.“ etc.

Derartige Schemata lösen in Situationen einer drohenden Trennung bzw. des Verlassenwerdens massive Ängste aus. Die betroffenen Personen werden alles tun, um eine Trennung zu vermeiden. Falls ihr submissiver Beziehungsstil nicht zu dem gewünschten Ziel führt, bedrängen oder bedrohen sie u.U. den Partner, bei ihnen zu bleiben.

Die Eigenschaft der Kontaktvermeidung, die die Probandinnen der beiden Cluster teilen, ist dabei noch genauer zu beschreiben: Die klinische Beobachtung zeigt, daß die Mehrzahl der Patientinnen eine enge Bindung zumindest zu einer Bezugsperson haben. Scheuen sie

anderweitige soziale Kontakte, wird die Angst, ihre einzige Bezugsperson zu verlieren, größer. Um so verzweifelter versuchen sie demzufolge, diese Person von einer möglichen Trennung abzuhalten. Diese Überlegungen sind vorerst rein hypothetisch und bedürfen einer wissenschaftlichen Überprüfung. Diese wird in zukünftigen Studien zu leisten sein.

Cluster 2 vs. Cluster 3

Die Mittelwertvergleiche der Borderline-Kriterien in den Clustern 2 (konfrontativ und kontaktfreudig, n = 11) und 3 (submissiv und kontaktfreudig, n = 6) führen zu dem Ergebnis, daß sich die Patientinnen dieser Cluster bzgl. der Borderline-Kriterien nicht unterscheiden. Dies muß ebenfalls aufgrund der kleinen Größe des Clusters 3 mit Vorbehalt gesehen werden.

Cluster 2 vs. Cluster 4

Die Mittelwerte der Borderline-Kriterien in den Clustern 2 (konfrontativ und kontaktfreudig, n = 11) und 4 (konfrontativ und kontaktvermeidend, n = 15) weichen hinsichtlich vier Kriterien voneinander ab: **Kriterium 1**, **Kriterium 4**, **Kriterium 5** und **Kriterium 7**. Patientinnen, die sich als konfrontativ und kontaktfreudig beschreiben, berichten signifikant häufiger über verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden, Angst vor dem Verlassenwerden und impulsiven Verhaltensweisen als Patientinnen, die sich als konfrontativ, aber kontaktvermeidend beschreiben. Diese schildern signifikant häufiger Selbstverletzungen, Suizidversuche und/oder -androhungen sowie ein chronisches Gefühl der inneren Leere.

Cluster 2 und 4 unterscheiden sich primär hinsichtlich der Dimension Kontaktbereitschaft. Die Cluster 1 und 4 differierten (siehe oben) bezüglich der Dimension Kontaktgestaltung. In beiden Fällen besteht ein signifikanter Unterschied der Cluster im ersten Borderline-Kriterium. Sowohl die konfrontativen als auch die kontaktvermeidenden Patientinnen schildern weniger Angst vor dem Verlassenwerden. Da sich die Patientinnen des ersten und des zweiten Clusters nicht in diesem Kriterium unterscheiden, kann anhand der vorliegenden Daten und Analysen nicht entschieden werden, welche der beiden Dimensionen (Kontaktbereitschaft bzw. Kontaktgestaltung) einen größeren Einfluß auf die Angst vor dem Verlassenwerden hat bzw. von diesem Kriterium stärker beeinflusst wird.

Cluster 3 vs. Cluster 4

In Relation zu den Patientinnen des Clusters 3 (submissiv und kontaktfreudig, n = 6) ist das chronische Gefühl der inneren Leere (**Kriterium 7**) bei den Patientinnen des Clusters 4 (konfrontativ und kontaktvermeidend, n = 15) häufiger diagnostiziert worden. Ansonsten

11.5.3 Beschreibung je eines Clusters im Vergleich zur restlichen¹⁹ Patientengruppe

Wodurch unterscheiden sich die Patientinnen des ersten Clusters von den übrigen Patientinnen? Welche besonderen Merkmale kennzeichnen die Patientinnen des zweiten Clusters im Gegensatz zu den anderen Patientinnen? Wie kann man die dritte Subgruppe am eingängigsten beschreiben? Und anhand welcher Kriterien läßt sich das Cluster 4 von den anderen Clustern abgrenzen?

In Tabelle 11.4 sind die Ergebnisse der durchgeführten Vergleiche (T-Tests) angeführt. Die angegebenen signifikanten Unterschiede erfüllen mindestens die Anforderung des Signifikanzniveaus von Alpha = 0,05. Die zugrunde gelegte ANOVA wird hier nicht gesondert dargestellt.

Tabelle 11.4

	Cluster 1 vs. RS (n = 32)	Cluster 2 vs. RS (n = 45)	Cluster 3 vs. RS (n = 50)	Cluster 4 vs. RS (n = 41)
Ärger (STAXI)	--	(+)		
Ärger-In (STAXI)		--		
Ärger-Out (STAXI)	-- --	++		
Ärger-Control (STAXI)	++	--		
Ängstlich (SCL-90-R)			(+)	
Mißtrauen (EDI)	+	--		
Soziale Unsicherheit (EDI)				(+)
Scham	+	--		
Lebenszufriedenheit (FPI)		(+)		--
Soziale Orientierung (FPI)			+	-- --
Aggressivität (FPI)	-- --	++		+
Gehemmt (FPI)	++	--	--	
Offenheit (FPI)	-- --			
BPS 1 (Verlassenwerden vermeiden)				-- --
BPS 2 (Instabile Beziehungen)		++		
BPS 3 (Identitätsstörung)				+
BPS 4 (Impulsivität)		++		
BPS 5 (Selbstverletzung u. Suizidalität)				+
BPS 7 (Gefühl der inneren Leere)		-- --		
BPS 8 (Unangemessene, heftige Wut)	--		++	
Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeit	++	-- --	-- --	
Depressive Persönlichkeit		-- --		

Tabelle 11.4: Darstellung der sign. Unterschiede zwischen einem Cluster und der Reststichprobe im Fragebogenpaket. +/++ bzw. --/ -- -- kennzeichnen sign. höhere bzw. niedrigere Werte auf dem .05/.001-Signifikanzniveau; () kennzeichnen sign. Unterschiede im T-Test (ANOVA ergab keine sign. Unterschiede).

¹⁹ Die Patientinnen der jeweils anderen Cluster werden gemeinsam als Reststichprobe (RS) bezeichnet.

Eine klinische und damit auch praktische Relevanz dieser Differenzierungen ist im Falle der Skalen des Testpaketes insbesondere dann gegeben, wenn sich ein Cluster so stark von der Reststichprobe unterscheidet, daß seine Skalenwerte im klinisch unauffälligen Bereich liegen (Abweichung vom Mittelwert ist geringer als eine Standardabweichung), die Werte der Reststichprobe jedoch im auffälligen Bereich (Abweichung vom Mittelwert beträgt mindestens eine Standardabweichung). Gleiche Relevanz hat der analoge Fall, nämlich wenn ein Cluster Werte im klinisch auffälligen Bereich aufweist und die Reststichprobe im unauffälligen Wertebereich liegt (siehe Tabellen aus den Kapiteln 9 und 10).

Cluster 1 vs. Reststichprobe

Cluster 1 (submissiv, kontaktvermeidend, n = 24) zeichnet sich im Vergleich zur Reststichprobe durch ein signifikant niedrigeres Maß an Ärger aus. Die Patientinnen des ersten (und vierten Clusters) sind im Vergleich zur Reststichprobe zudem übermäßig mißtrauisch (über dem Normalbereich). Dies ist bei Patientinnen des zweiten und dritten Clusters nicht so. Hier liegen die Werte für Mißtrauen im Normalbereich. Zudem neigen die Patientinnen des Clusters 1 weniger als die anderen Patientinnen dazu, ihren Ärger nach außen auszuleben. Ihr Umgang mit Ärger ist durch ein erhöhtes Maß an Ärgerkontrolle gekennzeichnet. Sie sind weniger aggressiv als die übrigen Patientinnen. Typisch ist weiterhin ein überdurchschnittliches, klinisch relevantes Ausmaß an Gehemmtheit und Schamgefühlen. Die Patientinnen des ersten Clusters erfüllen signifikant häufiger die Kriterien der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung und signifikant seltener das achte Kriterium (unangemessene Wut, Wutausbrüche) der Borderline-Störung.

Cluster 2 vs. Reststichprobe

Die Patientinnen des zweiten Clusters (dominant, kontaktfreudig, n = 11) berichten signifikant häufiger als die Gesamtheit der übrigen Patientinnen von fehlgeschlagenen Versuchen, Ärger zu kontrollieren. Ärger wird nach außen ausgelebt und seltener als bei den anderen Patientinnen nach innen verarbeitet. Die Tendenz, Ärger nach innen zu verarbeiten ist bei den Patientinnen des zweiten Clusters gerade noch im unauffälligen Bereich (T = 59). Die Werte der Reststichprobe in dieser Skala sind hingegen überdurchschnittlich hoch, d.h. die Patientinnen neigen zu sehr dazu, Ärger nach innen zu verarbeiten und zu unterdrücken.

Das subjektiv geschätzte Maß an Aggressivität ist im Falle der konfrontativen, kontaktfreudigen Patientinnen signifikant höher als in der Reststichprobe. Die T-Werte der Cluster 2 und 4 sind auf dieser Skala überdurchschnittlich hoch, die Werte der Cluster 1 und

3 hingegen im Normalbereich der T-Verteilung. Demnach ist der signifikante Unterschied zur Reststichprobe insbesondere auf die Werte der Patientinnen in den Clustern 1 (submissiv, kontaktvermeidend) und 3 (submissiv, kontaktfreudig) zurückzuführen. Aggressivität scheint folglich im erheblichen Ausmaß mit der Eigenschaft Selbstbehauptung/Konfrontation zusammenzuhängen. Mißtrauen, Scham und Gehemmtheit sind bei Patientinnen des Clusters 2 (dominant, kontaktfreudig, n = 11) niedriger ausgeprägt als bei anderen Patientinnen. Die Patientinnen des zweiten Clusters geben weiterhin signifikant höhere Werte auf der Skala Lebenszufriedenheit an. Sie sind die einzige Patientengruppe, deren Werte in dieser Skala im Normalbereich der T-Verteilung liegen. Alle anderen Cluster zeichnen sich durch eine auffallend niedrige Lebenszufriedenheit aus (unterhalb des Normalbereichs).

Hinsichtlich der Kriterien der Borderline-Störung werden die Kriterien 2 und 4 (instabile Beziehungen und Impulsivität) bei den Patientinnen des zweiten Clusters häufiger, das Kriterium 7 (chronische innere Leere) seltener diagnostiziert als bei den Patientinnen der Reststichprobe. Die Diagnosen der Vermeidend-Selbstunsicheren und der Depressiven Persönlichkeitsstörung werden signifikant seltener vergeben.

Cluster 3 vs. Reststichprobe

Cluster 3 (submissiv, kontaktfreudig) umfaßt, wie bereits erwähnt, nur sechs Patientinnen. Daher sind die Aussagen und Beschreibungen dieses Clusters, wie mehrfach angeführt, nur mit großer Vorsicht und Zurückhaltung zu treffen. Das Cluster zeichnet sich im Vergleich zur Reststichprobe insbesondere durch zwei Merkmale aus: ein erhöhtes Maß an Ängstlichkeit und sozialer Orientierung. Die Patientinnen des dritten Clusters sind demnach überdurchschnittlich sozial eingestellt und auf das Wohl anderer fixiert. Sie neigen dazu, die Bedürfnisse der anderen in den Vordergrund zu stellen und sich für andere Personen zu engagieren. Die T-Werte der anderen Cluster liegen für diese Skala im Normalbereich der T-Verteilung (siehe Tabelle 11.3).

Darüber hinaus weisen die Patientinnen des Clusters 3 im Vergleich zur Reststichprobe ein niedrigeres Maß an Gehemmtheit und stärkere Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (Kriterium 8), auf. Die Kriterien der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sind seltener erfüllt als bei den anderen Patientinnen. Das dritte Cluster umfaßt insbesondere die Patientinnen, die in hohem Maße ängstlich sind. Die Angst bezieht sich dabei weniger auf ausschließlich soziale Aspekte oder auf die Bewertung der eigenen Person durch Außenstehende. Sie nimmt eher Bezug auf dauerhafte Spannungszustände und eine generelle Tendenz zu furchtsamem und besorgtem Verhalten.

Cluster 4 vs. Reststichprobe

Die wesentlichen Merkmale der Patientinnen des Clusters 4 (konfrontativ, kontaktvermeidend, n = 15) sind erhöhte Aggressivität und soziale Unsicherheit sowie erniedrigte soziale Orientierung und Lebenszufriedenheit. Sie sind zudem übermäßig mißtrauisch und gehemmt. Die Patientinnen des vierten Clusters erfüllen im Vergleich zur Reststichprobe signifikant häufiger das Kriterium 3 (Identitätsstörung) und Kriterium 5 (Selbstverletzung und Suizidalität) der Borderline-Störung. Die erhöhten Aggressivitätswerte beziehen sich dabei insbesondere auf Items, die eine „kühle“ Aggressivität beschreiben. Es werden eher negativistische und passiv-aggressive Einstellungen sowie auf Rache bezogene Verhaltens- und Denkmuster aufgegriffen.

Die Schwankungen im Selbstbild (Kriterium 3) bedingen einen dauerhaften Wechsel zwischen einer selbstaufwertenden und einer selbstabwertenden Haltung. Diese kann in Form von Aggressivität gegen andere (niedrige soziale Orientierung und Feindseligkeit) und/oder sich selbst (Selbstverletzung; Kriterium 5) zutage treten. Diese Aussagen sind vorläufig als Hypothesen zu verstehen. Die vorliegenden Ergebnisse sind als Anregung zu weiterer Forschung auf diesem Gebiet zu sehen.

11.6 Beurteilung der Ergebnisse

Im Hinblick auf die Skalen des Testpakets, die zur Differenzierung der Cluster beitragen, sind folgende allgemeine Bemerkungen zu notieren:

Alle vier Cluster weisen überdurchschnittliche T-Werte in den Skalen Ärger, Soziale Unsicherheit und Ängstlichkeit auf. In den meisten anderen Skalen sind die T-Werte nur für einzelne Cluster im klinisch auffälligen Bereich. Dies war in der Gesamtstichprobe (siehe 7.4) nicht der Fall. Die meisten Skalen, die zur Differenzierung der Subgruppen beitragen, tun dies demnach nicht nur auf der statistischen Ebene. Nur die Skalen Ärger-Kontrolle und Offenheit tragen zur Differenzierung der Cluster bei, ohne für einen der vier Cluster im klinisch auffälligen Bereich zu liegen.

Die unter 11.3 geäußerten Vermutungen über die Differenzierung der Cluster anhand der Borderline-Kriterien und der emotionsbezogenen Skalen des Fragebogenpakets wurden durch die Ergebnisse bestätigt. In welchen Skalen und Kriterien sich Unterschiede zwischen den Clustern nachweisen lassen, soll hier nicht für alle Vergleiche wiederholt werden. Statt dessen soll versucht werden, aus den Ergebnissen handlungsleitende Hypothesen abzuleiten:

Therapeutische Maßnahmen für Patientinnen des **ersten Clusters** würden bei Zugrundelegung der Ergebnisse aus 11.5 insbesondere auf den Erwerb von Fertigkeiten zum adäquaten Ärgerausdruck abzielen. Die Patientinnen sollten lernen, ihre selbstunsicher-vermeidenden Verhaltensmuster zu reduzieren und ihre Bedürfnisse gegenüber anderen Personen durchzusetzen. Daneben ginge es um einen Abbau von Mißtrauen und Gehemmtheit gegenüber anderen Menschen, indem die Patientinnen ihre Gefühle und Gedanken vor anderen äußern, und üben, persönliche Risiken einzugehen. D.h. die Behandlung würde einen Schwerpunkt auf Expositionen hinsichtlich Angst und Scham setzen. Gleichzeitig sollen positive und selbstwertfördernde Verhaltensweisen aufgebaut werden, wie z.B. lernen, allein zu sein, sich in eine Gruppe aktiv einzubringen, Ablehnungen zu formulieren, sich etwas Angenehmes zu gönnen, auf Wünschen zu beharren etc.

Der Schwerpunkt der Behandlung der Patientinnen in **Cluster 2** würde hingegen auf der Förderung von Fertigkeiten zur Ärgerkontrolle und Beziehungseffektivität in Konfliktsituationen liegen. Der übermäßig nach außen gerichtete Ärgerausdruck sollte durch Verhaltensweisen ersetzt werden, die weniger impulsiv und explosiv sind. D.h. der Fokus liegt auf dem Erlernen neuer Handlungsalternativen und Handlungskontrolle. Dies kann mittels Fertigkeiten geschehen, die darauf abzielen, in einer emotional angespannten Situation zunächst situationsunabhängig Spannung abzubauen (first step), bevor aus dem ersten Impuls heraus gehandelt wird.

Zusätzlich ist der Abbau manifestierter, impulsiver Verhaltensweisen mit potentiell selbstschädigenden Konsequenzen (Kriterium 4) wichtig, da die Patientinnen des zweiten Clusters überdurchschnittlich oft zu Verhaltensmustern, wie z.B. Alkohol-/Drogenkonsum, rücksichtsloses Autofahren, Spielen, Bulimie, Promiskuität etc., neigen. Hierzu kann auf bekannte störungsspezifische Manuale und Methoden zurückgegriffen werden.

Die Behandlung der Patientinnen des **dritten Clusters** würde sich hauptsächlich mit der Erarbeitung eines Gleichgewichtes zwischen stark erlebter Wut (Kriterium 8) und zu stark ausgeprägter sozialer Orientierung (FPI) beschäftigen. Zudem scheinen die Patientinnen dieses Clusters unter hoher Ängstlichkeit im Sinne einer ängstlich-angespannten Grundhaltung, Furchtsamkeit und Panikneigung zu leiden. So ginge es sowohl um den Erwerb einer inneren Sicherheit und Gelassenheit, um eine Lösung des Konfliktes zwischen Autonomie und Geborgenheit als auch um eine Stabilisierung der Affekte.

Wesentliche Gesichtspunkte der Therapie der Patientinnen des **vierten Clusters** wären die Förderung sozialer Kompetenzen und der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen. In sozialen Kontakten sollte geübt werden, Mißtrauen und Hemmungen abzubauen. Die Patientinnen sollen lernen, andere Personen in ihren Gedanken und Gefühlen zu respektieren, anstatt diese abzuwerten. Dies könnte durch gezielte Übungen zur Gefühlswahrnehmung und Perspektivenübernahme gefördert werden. Wichtig wäre es darüber hinaus, positive Erfahrungen in das Alltagsleben der Patientinnen zu integrieren und ihnen dabei zu helfen, diese internal zu attribuieren. D.h. die therapeutische Arbeit würde viele Elemente der Depressionstherapie beinhalten, wie z.B. Arbeit an dysfunktionalen Schemata, Förderung der Zugangsmöglichkeiten zu positiven Verstärkern und soziale Fertigkeiten. Gleichzeitig sollte die Therapie Fertigkeiten beachten, die es den Patienten ermöglicht, Streß ohne selbstschädigendes Verhalten auszuhalten und abzubauen. Hier würden sich Techniken eines Streßbewältigungstrainings und des Selbstmanagements anbieten.

Es soll und muß an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, daß diese Implikationen für die therapeutische Praxis lediglich als Hypothese aufzufassen sind. Zudem sollte die Betonung einzelner Therapieaspekte nicht darüber hinwegtäuschen, daß eine Therapie der Borderline-Störung für alle Subgruppen weitere, gemeinsame Elemente enthalten muß, die sich an der für die Störung typischen allgemeinen Symptomatik ausrichten.

12. Weitere Subgruppen von Borderline-Patientinnen

12.1 Theoretischer Hintergrund

Generell lassen sich Subgruppen in einer klinischen Stichprobe nach vielen und sehr unterschiedlichen Kriterien bilden. Dies können demographischen Aspekte sein, wie z.B. Alter, Geschlecht, sozialer Status etc. Oder die Einteilungskriterien können klinische Merkmalen sein, wie z.B. Art und Anzahl komorbider Störungen, Schwere der Symptomatik etc. Eine weitere Einteilung kann mittels Prozeßvariablen geschehen, wie z.B. Setting (ambulante vs. stationäre Patienten), Art und Umfang der Therapiemethode, Dauer der Behandlung etc.

Die Definition von Subgruppen hat eine weitreichende Bedeutung für die Therapie und das Verständnis einer Störung. Je genauer die Problembereiche ein- und abgegrenzt werden, desto spezifischer und gezielter kann therapeutisch gehandelt werden. Zudem stützt die Bildung von Subgruppen die wissenschaftlichen Bemühungen um einen tiefergehenden und differenzierten Einblick in das jeweilige Störungsbild, z.B. in biopsychologische und neuropsychologische Mechanismen.

12.2 Forschungsstand

Neben der im Kapitel 10 zitierten Untersuchung von Leihener et al. (2002) liegen nur wenige aktuelle Untersuchungen zum Thema Subgruppen und Struktur innerhalb der Borderline-Störung vor. Allerdings sind einige Studien älteren Datums zu diesem Thema bekannt. So haben z.B. Grinker et al. (1968) eine Typologie der Borderline-Störung nach dem Kriterium „Defizite der Ich-Struktur“ erstellt. Gunderson (1984) schlug eine Einteilung anhand des „Funktionsniveaus“ der Borderline-Patienten vor, welches auf den frühen Erfahrungen in den Objektbeziehungen der Patienten basiert. Von Hurt und Clarkin (1990) stammt die Strukturierung der Borderline-Störung anhand der drei Faktoren Identitätsstörung, Affektstörung und Impulsivität.

Weitere Studien zur Subgruppenbildung von Borderline-Patienten liegen von Linehan (1993b) und Andrulonis et al. (1982) vor. Linehan beschreibt zwei Subgruppen der Borderline-Störung. Zum einen in eine als „attached type“ bezeichnete Subgruppe, die schnell intensive Beziehungen aufbaut, zum anderen eine als „butterfly-like-type“ benannte Gruppe, die nur schwer Beziehungen eingehen und kaum Nähe zu anderen Personen zulassen kann.

Andrulonis et al. gründen ihre Gruppeneinteilung auf biologische Aspekte, wie z.B. komorbide organische Befunde, somatische Traumata in der Vorgeschichte, Encephalopathien, Aufmerksamkeitsstörungen und/oder Lernstörungen etc.

Mariziali et al. (1994) teilten Borderline-Patienten anhand der Schwere ihrer Symptomatik ein. Eine Abgrenzung von Subgruppen anhand von komorbiden Persönlichkeitsstörungen nahmen Whewell et al. (2000) vor. Sie kamen zu einer Einteilung von vier Subgruppen: 1. einen „mood externalizing type“, 2. einen „calm internalizing type“, 3. einen „combined type“ aus den Gruppen eins und zwei sowie 4. einen „undifferentiated type“.

Die meisten dieser Untersuchungen nutzten die Faktorenanalyse zur Gruppenbildung, d.h. es wurden Einteilungen von Kriterien, Symptomen, Merkmalen etc. vorgenommen, aber selten eine direkte Einteilung von Patienten. Die Ergebnisse der genannten Studien sind wenig systematisiert. So ergänzen sie sich zwar gegenseitig, bauen jedoch nicht aufeinander auf. Zudem liegen ihnen nicht nur unterschiedliche methodische Vorgehensweisen, sondern auch unterschiedliche Klassifikationssysteme und diagnostische Instrumente zugrunde. Daher ergibt sich aus dem aktuellen Forschungsstand kein einheitliches Bild der Subgruppenbildung innerhalb der Borderline-Störung

12.3 Fragestellung und Hypothesen

Der Schwerpunkt des vorliegenden Kapitels liegt in der Auswertung von vier Möglichkeiten, Subgruppen von Borderlinerinnen zu bilden. Diese werden anschließend im Hinblick auf Unterschiede ihrer Symptomatik untersucht. Dazu werden die Skalen des Fragebogenpakets²⁰ herangezogen. Weiterhin werden Borderline-Patientinnen mit Suchtpatienten und depressiven Patienten verglichen. Diese Vergleiche basieren auf den Kriterien des SKID-II.

Insbesondere interessieren die Unterschiede zwischen den Gruppen, die nicht nur statistisch signifikant sind, sondern auch eine andere Einstufung der Gruppen hinsichtlich der klinischen Relevanz und Symptomintensität implizieren. Dies wäre dann der Fall, wenn die Symptome der einen Gruppe im klinisch auffälligen Bereich liegen, die der anderen Gruppe jedoch nicht. Zur Einteilungen der vier Subgruppen wurden folgende Einteilungskriterien ausgewählt:

1. **Setting:** Die Patientinnen werden gemäß des Behandlungsmodus „stationär vs. ambulant“ eingeteilt. Vermutet wird ein Unterschied in der Belastung der Patientinnen. Dies wäre

²⁰ Das Fragebogenpaket setzt sich aus zehn Fragebögen zu diversen klinischen Symptomen zusammen. Hinzu kommt der Fragebogen des SKID-II. Im folgenden Kapitel werden die Fragebögen als Abkürzungen verwendet. Genaue Angaben sind in Kapitel 6, Tabelle 7.6 und Anhang A nachzulesen.

insbesondere über Skalen der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90-R) zu belegen. Weiterhin wird überprüft, ob sich diese Patientinnen in der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien unterscheiden.

2. Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien: Die Subgruppenbildung wird nach der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien vorgenommen. Die dahinterstehende Frage ist, ob sich diese Gruppen in ihrer allgemeinen psychischen Belastung unterscheiden. Desweiteren wird untersucht, ob sich Unterschiede in emotionsbezogenen Skalen finden und ob bestimmte Borderline-Kriterien in der einen Gruppe signifikant häufiger diagnostiziert wurden als in den anderen Gruppen. Vermutet wird ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien und der allgemeinen klinisch-psychologischen Belastung.
3. Komorbidität: Die Subgruppenbildung richtet sich nach dem Vorliegen einer komorbiden Vermeidend-Selbstunsicheren bzw. komorbiden Depressiven Persönlichkeitsstörung. Die Vergleiche beziehen sich auf Borderline-Patientinnen mit/ohne eine dieser beiden Persönlichkeitsstörungen. Die Subgruppen werden hinsichtlich der klinischen Merkmale des Fragebogenpakets, den Borderline-Kriterien und den Kriterien der Vermeidend-Selbstunsicheren bzw. Depressiven Persönlichkeitsstörung miteinander verglichen. Vermutet (siehe vorherige Kapitel) wird ein Unterschied in Variablen der Emotionen Angst und Depressivität sowie in den Skalen Ärger, Ärgerausdruck und Gehemmtheit.
4. Erstdiagnose: Dieser Vergleich bezieht sich nicht auf Subgruppen der Borderline-Störung, sondern auf Vergleiche zwischen Suchtpatienten bzw. depressiven Patienten und Borderline-Patientinnen. Vermutet werden signifikante Mittelwertsunterschiede in einigen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV und allen Borderline-Kriterien. Es wird davon ausgegangen, daß die Borderline-Patientinnen in den Kriterien des SKID-II, die zur Differenzierung der Gruppen beitragen, die höheren Werte aufweisen.

12.4 Methoden

12.4.1 Stichprobe und Patienten

Eine allgemeine Beschreibung der Stichprobe ist unter 7.4.1 nachzulesen. Die rekrutierten Patienten und Patientinnen sind für die nachfolgende Untersuchung identisch zu der dort beschriebenen Patientengruppe.

Von 56 Borderline-Patientinnen erfüllen 18 Patientinnen die Diagnose einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und zehn Patientinnen die Diagnose einer

Depressiven Persönlichkeitsstörung. Bei fünf der 56 Patientinnen wurden alle drei Persönlichkeitsstörungen (Borderline-, Vermeidend-Selbstunsichere und Depressive Persönlichkeitsstörung) komorbid diagnostiziert.

Die anderen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (APA, 1994) wurden in der Stichprobe insgesamt zu selten als Diagnose vergeben, um eine sinnvolle Gruppeneinteilung vorzunehmen. Daher wurde auf einen Vergleich dieser Subgruppen verzichtet.

Von den insgesamt 56 Patientinnen waren 29 in ambulanter und 27 in stationärer Behandlung. Die Vergleiche zwischen diesen beiden Gruppen gehen demnach auf eine in etwa gleichgewichtige Gruppenzuteilung zurück, was positiv zu beurteilen ist.

12.4.2 Prozedur

Die Beschreibung der Rekrutierung der Patientinnen sowie der Vorgehensweise der Datenerhebung etc. sind unter 7.4.2 bzw. 8.4.2 nachzulesen. Es sind hierin keine Abweichung zur im folgenden Kapitel beschriebenen Untersuchung gegeben. Gleiches gilt für die verwendeten Fragebögen und diagnostischen Instrumente. Eine Übersicht hierzu ist unter 7.4 nachzulesen. Die ausführliche Beschreibung der eingesetzten Fragebögen findet sich im Kapitel 6 bzw. Anhang A.

Die Unterscheidung der Patientinnen anhand der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien wurde in der vorliegenden Untersuchung wie folgt gehandhabt: Die Borderline-Patientinnen wurden in insgesamt drei Gruppen aufgeteilt. Dabei wurden folgende Patientinnen als gemeinsame Gruppe zusammengefaßt: 1. Patientinnen, bei denen fünf oder sechs der Borderline-Kriterien diagnostiziert wurden. 2. Patientinnen, bei denen sieben Kriterien diagnostiziert wurden. 3. Patientinnen, bei denen acht oder neun Kriterien diagnostiziert wurden. 16 Patientinnen erfüllten fünf oder sechs Kriterien der Borderline-Störung, 17 Patientinnen erfüllten sieben und 23 Patientinnen erfüllten acht oder neun Kriterien. Diese Einteilung wurde gewählt, um die Größe der Gruppen in etwa gleich zu halten und eine hinreichende Gruppengröße aller Gruppen zu gewährleisten. Zur genauen Verteilung der Anzahl der diagnostizierten Borderline-Kriterien sei an dieser Stelle auf Kapitel 7 verwiesen.

12.4.3 Fragebögen und diagnostische Instrumente

Die für diese Untersuchung verwendeten Fragebögen sind der STAI-G, STAXI, BPI, SCL-90-R, IIP, BDI, FDS, FPI und der Scham/Schuld-Fragebogen. Letztgenannter Fragebogen ist,

wie bereits oben erwähnt, weder normiert noch veröffentlicht worden. Er dient lediglich als Forschungsinstrument.

Zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen wurde ebenso wie für die zuvor geschilderten Untersuchungen der SKID-II-Fragebogen eingesetzt und anschließend ein strukturiertes klinisches Interview durchgeführt.

Zur detaillierten Beschreibung der Fragebögen dient das Kapitel 6. Die betreffenden Informationen sind dort nachzulesen. Eine Darstellung der Items der Fragebögen ist in Anhang A beigefügt.

12.4.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) durchgeführt. Für die vorliegende Untersuchung wurden insbesondere auf ANOVA²¹, T-Tests und Bivariate Korrelationsanalysen als statistische Methoden zurückgegriffen.

Signifikanzen werden bei der Darstellung der Ergebnisse ab einem Signifikanzniveau von .05 angegeben.

Die bivariate Korrelation wurde nach dem Pearson-Korrelationkoeffizienten berechnet. Als Methode des Fallausschlusses wurde der paarweise Fallausschluß gewählt.

Die Berechnung von T-Test für unabhängige Stichproben umfaßte die Berechnung des Levé-Tests auf Varianzgleichheit und eines 95%-Konfidenzintervalls. Der Ausschluß von Fällen geschah Test für Test. Angaben der Signifikanzen beziehen sich auf zweiseitige Testungen.

12.5 Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden nacheinander die vier vorgenommenen Gruppeneinteilungen exploriert und beschrieben.

1. Begonnen wird mit der Einteilung der Gruppen anhand des therapeutischen Settings (ambulante vs. stationäre Patientinnen).
2. Als zweiter Gruppenvergleich schließt sich die Unterscheidung der Subgruppen anhand der Anzahl erfüllter Borderline-Kriterien an.

²¹ Wie auch in den Kapiteln zuvor, werden die ANOVAs nicht gesondert aufgeführt. Signifikante Unterschiede zwischen Patientengruppen in T-Tests basieren auf Signifikanzen der ANOVAs (soweit nicht anderweitig gekennzeichnet).

3. Der dritte Vergleich beschreibt die Unterschiede zwischen den Borderline-Patientinnen mit/ohne komorbide Vermeidend-Selbstunsicheren bzw. Depressive Persönlichkeitsstörung.
4. Der vierte und letzte Vergleich beinhaltet die Unterscheidung der Borderline-Patientinnen und der Suchtpatienten bzw. depressiven Patienten ohne Borderline-Störung.

12.5.1 Stationäre vs. ambulante Patientinnen

12.5.1.1 Beschreibung der Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patientinnen

Die Ergebnisse der Untersuchung (T-Test, Faktorenanalyse) lassen sich in folgenden Aussagen zusammenfassen: Die Unterscheidung zwischen stationären und ambulanten Patientinnen gelingt weder über die Anzahl noch eine spezifische Auswahl von Borderline-Kriterien. Vielmehr ist es so, daß sich hinsichtlich der Kriterien der Borderline-Störung keine Differenzen zwischen diesen beiden Gruppen nachweisen lassen. In einer hier nicht dargestellten Faktorenanalyse der Variablen des Testpaketes resultierte zudem die gleiche Struktur der Faktoren und Variablen für die beide Gruppen.

Unterschiede zwischen den Gruppen finden sich jedoch in einigen Skalen der Fragebögen des Testpaketes und in einigen Kriterien anderer Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (APA, 1994), z.B. in Kriterien der Dependenten Persönlichkeitsstörung. Zudem sind stationäre Borderline-Patientinnen im Vergleich zu ambulanten Borderline-Patientinnen signifikant jünger. Diese beiden Befunde stimmen mit der Beobachtung überein (siehe auch DSM-IV), daß die klinisch-psychologische Belastung bei Borderline-Patienten mit dem Alter tendenziell abnimmt bzw. die älteren Patienten ihre Problematik ohne die Notwendigkeit einer stationären Behandlungsmaßnahme bewältigen können.

Stationäre Patienten berichten auf der emotionalen Ebene über eine höhere Neigung, Angst (STAI), Trauer/Depressivität*²² (BDI), Mißtrauen (EDI) und Scham (Scham/Schuld Fragebogen) zu empfinden. Sie sind in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen weniger autokratisch (IIP).

Zudem weisen sie im Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI) ein höheres Maß an Primitiver Abwehr und Objektbeziehungen auf. Sie geben zudem höhere Werte in den Skalen Körperliche Unzufriedenheit, Unzulänglichkeit und Ineffektivität* (EDI) an.

²² *Signifikante Unterschiede ergaben sich in den T-Tests, jedoch nicht in der ANOVA.

Im SKID-II werden mittels T-Test bei stationären Patienten folgende sieben Verhaltensmuster signifikant häufiger diagnostiziert:

1. Das siebte Kriterium* der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (Vermeidung von persönlichen Risiken aus Angst vor Blamage),
2. Das achte Kriterium* der Dependenten Persönlichkeitsstörung (unrealistische Angst, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen),
3. Das Gesamtkriterium* der Depressive Persönlichkeitsstörung (Störung vorhanden ja/nein),
4. Das sechste Kriterium der Depressiven Persönlichkeitsstörung (Pessimismus),
5. Das vierte Kriterium* der Schizotypen Persönlichkeitsstörung (keine engen Freunde außer Verwandten ersten Grades),
6. Das fünfte Kriterium* der Schizotypen Persönlichkeitsstörung (übertriebene soziale Angst in Verbindung mit Argwohn gegenüber anderen) und
7. Das dreizehnte Kriterium* der Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit/Adoleszenz (mindestens zweimalig von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben oder einmal über einen längeren Zeitraum von zu Hause weggeblieben, als er/sie noch bei den Eltern/Pflegeeltern wohnte).

In den anderen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV lassen sich keine signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten der Kriterien nachweisen.

12.5.1.2 Resümee des Vergleichs stationärer vs. ambulanter Patientinnen

Als Resümee aus den Vergleichen (T-Tests) zwischen den ambulanten und stationären Borderline-Patientinnen läßt sich folgendes festhalten: Die Patientinnen unterscheiden sich nicht in den Kriterien der Borderline-Störung. Ambulant behandelte Patientinnen sind im Hinblick auf einige Skalen des Testpaketes weniger belastet.

Warum sich diese Unterschiede in der psychischen Belastung nicht auch in der Diagnostik der Kriterien der Borderline-Störung niederschlagen, bleibt zunächst ungeklärt. Der Befund wird unter Hinzunahme und Berücksichtigung der Ergebnisse aus 12.5.2 im Anschluß an die Ergebnisdarstellung weiterführend diskutiert.

Die stationären Patientinnen ähneln aufgrund ihrer Symptomatik am ehesten den Patientinnen aus den IIP-Clustern 1 und 4 (kontaktvermeidend, submissiv bzw. kontaktvermeidend, konfrontativ; siehe auch Kapitel 11).

Die signifikanten Unterschiede in den Kriterien des SKID II gehen bis auf ein Kriterium ausschließlich auf Signifikanzen in den T-Tests zurück. In der ANOVA fanden sich bis auf

die Ausnahme des sechsten Kriteriums der Dependenten Persönlichkeitsstörung keine signifikanten Unterschiede, die auch mittels T-Test errechnet wurden.

12.5.2 Gruppenvergleiche anhand der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien

12.5.2.1 Darstellung der Subgruppenbildung und -vergleiche

Im folgenden Abschnitt wird auf die Differenzierung der Patientinnen mit Borderlinestörung (n = 56) hinsichtlich der von ihnen erfüllten Anzahl von Borderline-Kriterien eingegangen. Dabei werden drei Gruppen unterschieden (siehe Tabelle 12.1):

1. Patientinnen, die fünf oder sechs der Borderline-Kriterien erfüllen (n = 16)
2. Patientinnen, bei denen sieben der Borderline-Kriterien diagnostiziert wurden (n = 17)
und
3. Patientinnen, die acht oder neun Borderline-Kriterien aufweisen (n = 23).

Tabelle 12.1

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Anzahl erfüllter Borderline-Kriterien	5 oder 6	7	8 oder 9
Stichprobengröße insgesamt (n)	n = 16	n = 17	n = 23
Zusammensetzung der Stichprobe*	n = 5 + n = 11	n = 17	n = 17 + n = 6

Tabelle 12.1 Darstellung der Gruppenzusammensetzung zum Vergleich der Borderline-Patientinnen anhand der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien* Gruppe mit der niedrigeren Kriterienanzahl: links

Die Gruppen unterscheiden sich nicht in Zusammensetzung der Borderline-Kriterien. Demnach wird kein Kriterium in der einen Gruppe signifikant häufiger erfüllt als in der anderen Gruppe.

Zwischen diesen Gruppen wurden mittels T-Test signifikante Unterschiede in den Variablen der Fragebögen des Testpaketes errechnet. Überprüft wird demzufolge, ob die Patientinnen, die eine höhere Anzahl von Borderline-Kriterien erfüllen, auch eine höhere Belastung im Hinblick auf klinische Merkmale und Symptome angeben.

In der untenstehenden Tabelle 12.2 sind die ermittelten signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen und die Gruppenmittelwerte aufgeführt. Das Signifikanzniveau lag dabei mindestens bei Alpha = 0,05. Die angegebenen Mittelwerte wurden mit Ausnahme der Skalen State-Ärger, Scham, Schuld und BDI-Summe, welche nicht normiert sind, in T-Werte (T-Verteilung: Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10) umgerechnet.

Werte über 60 bzw. unter 40 in der Tabelle weisen demnach darauf hin, daß die Patientinnen eine übermäßig starke/niedrige Belastung in dem betreffenden klinischen Merkmal aufweisen. Werte über 70 bzw. unter 30 sprechen für eine klinisch hoch relevante Abweichung in dem jeweiligen Merkmal.

Wie erwartet unterscheiden sich die Gruppen 1 und 3 in deutlich mehr Skalen (27 Skalen) als die Gruppen 1 und 2 (sieben Skalen) sowie die Gruppen 2 und 3 (fünf Skalen).

Tabelle 12.2

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1 vs. 2	Gruppe 1 vs. 3	Gruppe 2 vs. 3
Sate-Trait Anxiety Inventory:						
State-Angst	55	59	65		**	
Trait-Angst	71	71	72			
State-Trait Ärgerausdrucks Inventar:						
State-Ärger	15	19	23	*	**	
Borderline-Persönlichkeitsinventar:						
Identitätsdiffusion	49	58	61	*	**	
Primitive Abwehr & Objektbeziehung	50	57	62		**	
Angst vor Nähe	51	57	61		**	
Mangelhafte Realitätsprüfung	51	58	60	**	**	
BPI-Summe	49	54	60		**	
Symptomcheckliste SCL-90-R:						
GSI	73	75	78		**	
PST	72	74	78		**	*
Somatisierung	63	72	73	*	*	
Zwanghaftigkeit	68	72	75		*	
Aggressivität	65	65	73		*	*
Phobische Angst	70	75	76		**	
Paranoides Denken	66	70	72		*	
Psychotizismus	63	69	72		**	
Becks Depressions-Inventar:						
BDI-Summe	25	30	34		**	
Eating Disorder Inventory:						
EDI: Gesamtwert	67	61	71		**	*
Körperliche Unzulänglichkeit	55	59	65		*	
Perfektionismus	56	62	63	*	**	
Mißtrauen	61	68	65	*		
Askese	63	65	70		**	
Fragebogen Dissoziativer Symptome:						
Absorption	27	36	44		*	
Derealisation	17	27	35		**	
Freiburger Persönlichkeitsinventar:						
Erregbarkeit	61	63	67		*	
Aggressivität	54	57	60		*	
Körperliche Belastung	61	64	67		*	
Sorgen um die eigene Gesundheit	46	39	45	*		*
Scham/Schuld Fragebogen:						
Scham	44	48	52		**	
Schuld	46	50	54		**	

Tabelle 12.2 Mittelwerte der Patientinnengruppen mit 5/6, 7 oder 8/9 erfüllten Borderline-Kriterien in den Skalen des Fragebogenpakets, in denen sich die Gruppen signifikant unterscheiden. Signifikante Mittelwertsunterschiede. */** = .05/.001 Signifikanz.

Gruppe 1 vs. Gruppe 2

Die Patientinnen der Gruppe 2 erlangen im Vergleich zu den Patientinnen der Gruppe 1 signifikant höhere Werte in den folgenden sieben Skalen:

1. State-Ärger (STAXI; nicht normierte Skala),
2. Identitätsdiffusion (BPI; beide Gruppen liegen im Normalbereich²³ der T-Verteilung),
3. Mangelhafte Realitätsprüfung (BPI; beide Gruppen liegen im Normalbereich der T-Verteilung),
4. Somatisierung (SCL-90-R; beide Gruppen liegen im überdurchschnittlichen Bereich der T-Verteilung; Gruppe 2: Abweichung von zwei Standardabweichungen; Gruppe 1: Abweichung von einer Standardabweichung),
5. Perfektionismus (EDI; Gruppe 1 liegt im Normalbereich der T-Verteilung, Gruppe 2 liegt im überdurchschnittlichen Bereich),
6. Mißtrauen (EDI; beide Gruppen liegen mit einer Standardabweichung im überdurchschnittlichen Bereich, wobei die Gruppe 2 signifikant höhere Werte aufweist als Gruppe 1),
7. Sorge um die eigene Gesundheit (FPI; Gruppe 2 im unterdurchschnittlichen Bereich, wohingegen Gruppe 1 im Normalbereich einzuordnen ist).

Gruppe 2 vs. Gruppe 3

Die Patientinnen der zweiten Gruppe erreichen in Relation zu den Patientinnen der Gruppe 3 in folgenden Skalen signifikant höhere/niedrigere Werte :

1. PST²⁴ (Globalwert der SCL-90-R): Die Patientinnen der dritten Gruppe erlangt signifikant höhere Werte im Globalwert PST (alle drei Gruppen weichen um mind. zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der T-Verteilung ab).
2. Aggressivität (SCL-90-R): Gruppe 3: Abweichung um zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der T-Verteilung ;Gruppe 2: Abweichung eine Standardabweichung,
3. BDI-Summe: signifikante Zunahme der depressiven Symptomatik mit zunehmender Kriterienanzahl beobachten. Die Gruppe 3 liegt mit ihrem Mittelwert von 34 zudem weit über dem kritischen Wert des Verfahrens von 11 Punkten,
4. EDI- Gesamtwert (EDI): Gruppe 3: Abweichung um zwei Standardabweichungen; Gruppe 2: Abweichung von einer Standardabweichung,

²³ Die Normen des BPI basieren auf einer Borderline-Stichprobe (vergl. Kapitel 9)

²⁴ Anzahl der vorliegenden Symptome geteilt durch die Anzahl der Items

5. Sorgen um die eigene Gesundheit (FPI): Gruppe 3: Skalenmittelwert liegt im Normalbereich; Gruppe 2: Abweichung vom Normalbereich um eine Standardabweichung, unterdurchschnittlicher Wertebereich.

Gruppe 1 vs. Gruppe 3

Die erste und die dritte Gruppe unterscheiden sich in 27 Skalen der Fragebögen des Testpaketes. Dabei weist die Gruppe 3 im Vergleich zur ersten Gruppe in allen Skalen höhere Werte auf. Mit Ausnahme einer Skala (Sorgen um die eigenen Gesundheit) sind für die Gruppe 3 alle Skalenmittelwerte der normierten Skalen im klinisch relevanten Bereich. Dies ist in der ersten Gruppe nicht der Fall, was die Differenzen dieser beiden Gruppen nochmals verdeutlicht. Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Gruppe 3 erlangt im BPI-Gesamtwert und in allen Einzelskalen des BPI signifikant höhere Werte als die Gruppe 1. Dies entspricht einer ausgeprägteren, borderline-typischen Symptomatik, was mit der höheren Anzahl erfüllter Borderline-Kriterien in der Gruppe 3 übereinstimmt. Die Ergebnisse stützen somit die im SKID II getroffenen diagnostischen Beurteilungen.
2. Die dritte Gruppe neigt zu intensiveren aversiv erlebten Gefühlen. Dies gilt insbesondere für die Gefühle Scham, Schuld, Trauer/Depressivität und phobische Angst.
3. Die Gruppe 3 erlangt signifikant höhere Werte in den Skalen Erregbarkeit, Aggressivität und paranoides Denken.
4. In zwei Skalen des FDS, die hoch mit Angst, Scham, Schuld und Ärgerunterdrückung korrelieren, weist die Gruppe 3 ebenfalls höhere Skalenmittelwerte auf und zwar in den Skalen Derealisation und Absorption. Demnach neigen die Patientinnen mit acht oder neun diagnostizierten Borderline-Kriterien stärker zu dissoziativen Symptomen als Patientinnen, die fünf oder sechs Borderline-Kriterien erfüllen..

12.5.2.2 Resümee der Vergleiche anhand der Anzahl erfüllter Borderline-Kriterien

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß wie erwartet die Anzahl der Belastungen und Symptome mit der Anzahl der diagnostizierten Borderline-Kriterien steigt. Betroffen sind dabei diverse psychische und psychophysische Symptome, so daß es sich eher um eine allgemeine, übergreifende Zunahme der Belastung handelt als um eine Zunahme eines spezifischen Symptombereiches. Allerdings unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant in bezug auf die Auswahl der diagnostizierten Borderline-Kriterien. Dieses Resultat stützt das

Ergebnis aus Kapitel 7, wonach die Borderline-Störung als ein eindimensionales und einheitliches Konzept aufzufassen ist.

12.5.3 Vergleiche von Borderlinerinnen mit/ohne komorbide Persönlichkeitsstörung

12.5.3.1 Darstellung der Ergebnisse

In der Stichprobe der 56 Borderline-Patientinnen wurde, wie bereits einführend erwähnt, bei 18 Patientinnen eine komorbide Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung und bei zehn Patientinnen eine komorbide Depressive Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Beide komorbide Diagnosen gleichzeitig wurden bei insgesamt fünf Patientinnen vergeben, so daß die resultierenden Unterschiede in den Skalen des Fragebogenpakets trotz der partiellen Überschneidung der Daten nachgewiesen wurden. Würde man diese fünf Patientinnen aus der Stichprobe ausschließen, so wären folglich noch größere Unterschiede zu erwarten. Allerdings wäre die Stichprobe durch den Ausschluß von fünf Patientinnen zu klein geworden, um eine gesicherte Aussage über vorliegende Unterschiede zu treffen.

Tabelle 12.3

	Doppeldiagnose BPS & SUPS (n = 18) vs. Einzeldiagnose BPS (n = 38)	Doppeldiagnose BPS & DEPRPS (n = 10) vs. Einzeldiagnose BPS (n = 46)
Persönlichkeitsstörungen	Häufiger erfüllte Kriterien bei Doppeldiagnose	
Vermeidend-Selbstunsichere PS (SUPS)	1 -7	6
Dependente Persönlichkeitsstörung	4	
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	1	2, 4, 5
Negativistische Persönlichkeitsstörung		
Depressive Persönlichkeitsstörung (DEPRPS)	1, 7	1 -7
Paranoide Persönlichkeitsstörung		1 -4
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	5	(5)
Schizoide Persönlichkeitsstörung		2
Histrionische Persönlichkeitsstörung	(8)	(8)
Narzißtische Persönlichkeitsstörung	(4)	(4)
Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS)	1, 7, 8	(2)
Störung d. Sozialverhaltens im Ki.- & Jugendalter	(2)	(11), 15
Antisoziale Persönlichkeitsstörung		

Tabelle 12.3: Signifikante Unterschiede zw. Borderlinerinnen mit/ohne komorbider Persönlichkeitsstörung (PS). Fett: Kriterien sind bei Pt. ohne Doppeldiagnose häufiger erfüllt. „()“ = Signifikanzen gehen nur auf T-Test zurück, aber nicht auf die ANOVA.

In Tabelle 12.3 sind die Skalen des Testpakets und die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV aufgeführt, in denen sich die beiden Patientinnengruppen mittels T-Test signifikant unterscheiden. Das Signifikanzniveau liegt für alle signifikanten Unterschiede mindestens bei Alpha = .05. Die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV werden

aus Gründen der Übersichtlichkeit der Tabelle nicht zitiert, sondern nur in numerischer Form aufgelistet. Die genaue Formulierung der Kriterien ist in Anhang A beigefügt.

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die beiden Subgruppen der Borderline-Patientinnen in allen Kriterien der jeweils komorbiden Persönlichkeitsstörung. Als Ergänzung zur Tabelle 12.3 sollte auf folgende Zusammenhänge zwischen den Kriterien der Borderline- und der Vermeidend-Selbstunsicheren bzw. Depressiven Persönlichkeitsstörung hingewiesen werden.

1. Unter der Bedingung, daß ein bestimmtes (!) Borderline-Kriterium erfüllt ist, so gilt im Hinblick auf die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (T-Test): Patientinnen, die das erste Borderline-Kriterium erfüllen, berichten häufiger über Hemmungen, neue Dinge auszuprobieren oder persönliche Risiken einzugehen, bzw. Angst vor einer Blamage (SUPS 7²⁵). Patientinnen, die das siebte Borderline-Kriterium erfüllen (BPS 7; Chronisches Gefühl der inneren Leere), berichten signifikant häufiger über mangelnde Eigeninitiative und Angst vor Ablehnung beim Aufbau sozialer Kontakte, Minderwertigkeitsgefühle in sozialen Situationen und über Hemmungen, neue Dinge auszuprobieren oder persönliche Risiken einzugehen (SUPS 2, 4, 5 und 7). Patientinnen, die das **achte Borderline-Kriterium** erfüllen (unangemessene, intensive Wut und/oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren bzw. Wutausbrüche), berichten signifikant seltener (!) über Vermeidung von Berufen und Aktivitäten, bei denen soziale Kontakte eine Rolle spielen, und ebenfalls signifikant seltener über Hemmungen/Angst vor einer Blamage, neue Dinge auszuprobieren oder persönliche Risiken einzugehen (SUPS 1 und SUPS 7).
2. Unter der Bedingung, daß ein bestimmtes (!) Borderline-Kriterium erfüllt ist, lassen sich im Hinblick auf die Depressive Persönlichkeitsstörung mittels T-Test folgende signifikante Unterschiede nachweisen: Patientinnen, die das zweite Borderline-Kriterium (intensive, instabile Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind) erfüllen, berichten signifikant häufiger über Gefühle der Minderwertigkeit und des Pessimismus (DEPRPS 2 und 6). Patientinnen, die das dritte Kriterium der Borderline-Störung (Identitätsstörung) erfüllen, berichten signifikant seltener über die Neigung zur ständigen Besorgnis (DEPRPS 4). Patientinnen, die das vierte Kriterium der Borderline-Störung (Impulsivität) erfüllen, tendieren signifikant häufiger zu starken negativistischen Einstellungen (DEPRPS 5). Wurde das fünfte Kriterium der Borderline-Störung (wiederholte Suizidalität und/oder Selbstverletzung) diagnostiziert, so wurde signifikant häufiger das fünfte Kriterium (negativistische Einstellung) und signifikant seltener das zweite Kriterium (durchgehende

²⁵ Kriterien der Persönlichkeitsstörungen werden im folgenden Text als Kürzel angegeben.

(!) Minderwertigkeitsgefühle) der Depressiven Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Signifikant häufiger wurde das fünfte Kriterium (negativistische Einstellung) der Depressiven Persönlichkeitsstörung auch dann diagnostiziert, wenn das neunte Kriterium der Borderline-Störung (reversible, stressabhängige, kurzfristige dissoziative oder psychotische Erlebnisse) erfüllt war.

Demzufolge sind aus dieser Perspektive die Zusammenhänge zwischen der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Borderline-Störung insbesondere auf die Borderline-Kriterien 1, 7 und 8 zurückzuführen. Für die Zusammenhänge zwischen der Borderline- und der Depressiven Persönlichkeitsstörung sind die Borderline-Kriterien 2, 3, 4, 5 und 9 von Bedeutung. Mit Ausnahme des sechsten Borderline-Kriteriums konnten zu allen Borderline-Kriterien signifikante Unterschiede nachgewiesen werden, die sich ohne Überschneidung (!) auf die beiden komorbiden Störungen verteilen.

Die einzelnen Gruppenvergleiche zwischen den Patientinnen mit komorbider vs. ohne komorbide Störung werden in den nun folgenden Abschnitten beschrieben. Es wird zunächst auf die Unterschiede der Gruppen in den Kriterien des SKID-II und anschließend auf die Unterschiede in den Skalen des Fragebogenpakets eingegangen.

Vergleiche der Borderline-Patientinnen mit/ohne komorbide Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Kriterien des SKID II

1. Neben den Kriterien der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich die beiden Subgruppen der Borderline-Patientinnen (mit/ohne komorbide Diagnose einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung) in elf von insgesamt 99 Kriterien des SKID II (11%).
2. Im Hinblick auf die Kriterien der Borderline-Störung läßt sich anmerken: Die vermeidend-selbstunsicheren Patientinnen neigen weniger zu unangemessener, heftiger Wut, Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren und/oder Wutausbrüchen (Kriterium 8). Häufiger wird in dieser Gruppe das erste und das siebte Kriterium diagnostiziert (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden, und chronisches Gefühl der inneren Leere). Dieses Ergebnis erinnert besonders an die Beschreibung der Patientinnen des Clusters 1 (siehe Kapitel 11.5).
3. Die vermeidend-selbstunsicheren Borderline-Patientinnen sind weniger antisozial, histrionisch und narzißtisch, allerdings neigen sie stärker zu dependenten, depressiven und zwanghaften Verhaltensmustern. Jedoch weichen die Subgruppen nur in wenigen

Kriterien der jeweiligen Persönlichkeitsstörungen signifikant voneinander ab (siehe Tabelle 12.3). Daher sollte die Aussagekraft dieser Befunde nicht überschätzt werden.

Vergleiche zwischen den Borderline-Patientinnen mit/ohne komorbide Depressive

Persönlichkeitsstörung hinsichtlich des SKID II

1. Neben den Kriterien der Depressiven Persönlichkeitsstörung unterschieden sich die beiden Subgruppen in 22 von 99 Kriterien des SKID-II (22%), also in ca. doppelt so vielen Kriterien wie die beiden zuvor beschriebenen Subgruppen.
2. Im Hinblick auf die Borderline-Kriterien zeigt sich nur ein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen. Bei den Patientinnen mit komorbider Depressiver Persönlichkeitsstörung wird das zweite Borderline-Kriterium (instabile intensive Beziehungen) signifikant häufiger diagnostiziert.
3. Patientinnen mit komorbider Depressiver Persönlichkeitsstörung zeigen weniger narzißtische und histrionische Verhaltensmuster. Häufiger werden in dieser Gruppe zwanghafte, paranoide, schizotype, schizoide und selbstunsichere Verhaltensmuster diagnostiziert. Diese Unterschiede basieren allerdings nur auf wenigen Kriterien der betreffenden Persönlichkeitsstörungen. Somit sind die Aussagen – auch aufgrund der kleinen Stichprobe – mit Vorbehalt zu treffen.

Vergleiche zwischen den Borderline-Patientinnen mit/ohne Selbstunsicher-Vermeidende

Persönlichkeitsstörung in den Skalen des Testpakets

Es finden sich auf folgenden Skalen signifikante Unterschiede zwischen den Borderline-Patientinnen mit bzw. ohne komorbide Selbstunsicher-Vermeidende Persönlichkeitsstörung:

1. STAXI: Trait-Ärger, Ärger-Out
2. IIP: Autokratisch, Streitsüchtig, Introversi²⁶, Unterwürfig*, Ausnutzbar*, (Fürsorglich*)²⁷, Expressiv
3. FPI: Gehemmt*, Aggressiv
4. EDI: Körperliche Unzufriedenheit*, Mißtrauen*, Interozeption*, (soziale Unsicherheit*)
5. SCL-90-R: soziale Unsicherheit*

Erwartungsgemäß neigen die selbstunsicher-vermeidenden Borderline-Patientinnen weniger zu aggressiven und dominanten und stärker zu ängstlichen, submissiven Verhaltensweisen. Diese Ergebnisse weisen hohe Ähnlichkeit zu der Beschreibung des Clusters 1 auf.

²⁶ * Mittelwerte der Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung sind höher. Ohne Kennzeichnung: Mittelwerte der Patientinnen ohne komorbide Persönlichkeitsstörung sind höher.

²⁷ „()“: Signifikante Unterschiede bestehen in T-Tests, jedoch nicht in der ANOVA.

*Vergleiche zwischen den Borderline-Patientinnen mit/ohne Depressive
Persönlichkeitsstörung in den Skalen des Testpakets*

Die Gruppen der Borderline-Patientinnen mit bzw. ohne komorbide Depressive Persönlichkeitsstörung lassen sich anhand der folgenden Skalen voneinander abgrenzen:

1. STAI: Trait-Angst*
2. STAXI: Ärger-In*, (Ärger-Control*), Ärger-Out
3. BDI: BDI-Summenwert*
4. IIP: (Autokratisch), Fürsorglich*
5. FPI: Aggressiv, Offenheit
6. SCL-90-R: (GSI*), PST*, (Unsicher*), (Depressivität*)

Patientinnen mit einer komorbiden Depressiven Persönlichkeitsstörung sind erwartungsgemäß ängstlicher und weniger aggressiv bzw. dominant. Sie beschreiben sich zudem als depressiver und weniger offen (BDI, FPI und SCL-90-R), was aufgrund der komorbiden Diagnose auch vorausgesetzt wurde. Die vorab getroffenen Vermutungen (siehe oben) wurden somit bestätigt. Auffallend ist, daß sich die Patientinnen mit komorbider depressiver Persönlichkeitsstörung in weniger Skalen des IIP von den Borderlinerinnen ohne komorbide Depressive Persönlichkeitsstörung unterscheiden als die vermeidend-selbstunsicheren Borderlinerinnen von den übrigen Borderlinerinnen.

Dies zeigt, daß der submissive Beziehungsstil einiger Borderlinerinnen eng mit selbstunsicheren Merkmalen zusammenhängt und die betreffenden Patientinnen eine eigene Gruppe innerhalb der Borderline-Gruppe bilden (siehe auch Kapitel 11.5).

12.5.3.2 Resümee aus der Gruppenbildung anhand der Komorbidität

Die Ergebnisse der Gruppenbildung anhand komorbider Persönlichkeitsstörungen können wie folgt zusammengefaßt werden:

Je größer die psychische Auffälligkeit in Form von komorbiden Persönlichkeitsstörungen gegeben ist, desto ausgeprägter ist die klinisch-psychologische Belastung. D.h. innerhalb der Borderline-Störung finden sich nochmals Untergruppen, die eine besonders starke Symptomatik aufweisen. Die Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen wirken auf die psychische Belastung somit additiv. Dabei sind gerade die Symptombereiche betroffen, die in die Definition der jeweiligen Persönlichkeitsstörung aufgenommen wurden, z.B. Depressivität bzgl. der Depressiven Persönlichkeitsstörung und Gehemmtheit bzgl. der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Aber auch externe Merkmale, wie z.B. Ärger und

Ärgerausdruck, sind Indikatoren für die zweifache Belastung. Im Hinblick auf die Borderline-Kriterien zeigen sich insbesondere Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und den Borderline-Kriterien 1, 7 und 8. Hinsichtlich der Merkmale der Depressiven Persönlichkeitsstörung lassen sich insbesondere Zusammenhänge zum zweiten Borderline-Kriterium nachweisen.

Insgesamt erinnert diese Gruppeneinteilung an die Clusterbildung aus 11.5. Die submissiven kontaktvermeidenden Patientinnen sind den Patientinnen mit komorbider Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung sehr ähnlich. Es dürfte sich hier eine hohe Übereinstimmung der Zuordnung ergeben, was auch die Ergebnisse der T-Tests in 11.5 belegen.

Im Hinblick auf die Depressive Persönlichkeitsstörung sei nochmals angemerkt, daß sie im DSM-IV den Status eines Forschungskonzeptes einnimmt. Die Diagnose ist nur sehr schwer von der Diagnose der Dysthymie auf der Achse I des DSM-IV abzugrenzen. Diese Einschränkung sollte jedoch nicht daran hindern, das Forschungskonzept in Untersuchungen einzubeziehen.

12.5.4 Vergleich der Borderline-Patientinnen mit Sucht-/ Depressionspatienten

In der Gesamtstichprobe der Nicht-Borderline-Patienten ($n = 106$) wurde 32mal die Diagnose einer depressiven Störung (nach DSM-IV; APA, 1994) und 42 mal die Diagnose einer Suchtstörung vergeben (siehe auch 7.4).

Die signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen hinsichtlich der Kriterien des SKID II sind in der untenstehenden Tabelle 12.4 aufgeführt. Das Signifikanzniveau lag mindestens bei $\text{Alpha} = .05$. Die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen werden in numerischer Form symbolisiert. In Anhang A sind sie in ihrem genauen Wortlaut wiedergegeben.

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß sich die Borderline-Patientinnen von den Nicht-Borderline-Patienten in einer höheren Anzahl von Kriterien unterscheiden als die depressiven und süchtigen Patienten.

Depressive Patienten unterscheiden sich von den Borderline-Patientinnen in 49 von 99 Kriterien des SKID II (49%). Die Suchtpatienten tun dies in 56 von 99 Kriterien (56%). Von den depressiven Patienten unterscheiden sie sich hingegen nur in acht Kriterien des SKID II (8%).

Tabelle 12.4

	BPS vs. Depressive St. n = 56 vs. n = 32	BPS vs. Suchtstörung n = 56 vs. n = 42	Depressive Störung vs. Suchtstörung*
Häufiger erfüllte Kriterien bei BPS			
Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	1 -4, 6, 7	1 -7	3
Dependente Persönlichkeitsstörung		1, 3, 4, 6 -8	7, 8
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	2, 8	1 -3, 6, 8	
Negativistische Persönlichkeitsstörung	1, 4, 5, 7	1, 3 -7	
Depressive Persönlichkeitsstörung	1 -5, 7	1 -5, 7	1 -3
Paranoide Persönlichkeitsstörung	1 -4, 6, 7	1 -5, 7	
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	1	4, 5	
Schizoide Persönlichkeitsstörung		2, 4, 5	
Histrionische Persönlichkeitsstörung	1, 4 -8	6 -8	
Narzißtische Persönlichkeitsstörung		4	
Borderline Persönlichkeitsstörung	1 -9	1 -9	3
Störung d. Sozialverhaltens im Ki.- & Jugendalter	2, 11 -15	11	
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	1, 3, 5	3	5

Tabelle 12.4: Signifikante Unterschiede in den Kriterien der Persönlichkeitsstörungen zwischen depressiven bzw. süchtigen Patienten und Borderlinerinnen. Fett: Nicht-Borderliner erlangen höhere Werte; *Normal: Depressive Pt. erlangen höhere Werte; fett: Suchtpatienten erlangen höhere Werte

Erwartungsgemäß ergeben sich signifikante Abweichungen zwischen den Borderline-Patientinnen und den Nicht-Borderline-Patienten in allen Borderline-Kriterien. Im Hinblick auf die übrigen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (APA, 1994) erlangen die Borderline-Patientinnen bis auf eine einzige Ausnahme (DEPPS 4) ebenfalls die höheren Mittelwerte. Somit wurden auch diese Erwartungen bestätigt. Weiterhin fällt auf, daß sich die Patienten mit einer Suchtstörung in einem größeren Ausmaß von den Borderline-Patientinnen unterscheiden als die Patienten mit einer depressiven Störung. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen werden in den folgenden Abschnitten detaillierter aufgeführt.

Vergleich der depressiven Patienten und der Borderline-Patientinnen

Die depressiven Patienten unterscheiden sich von den Borderline-Patientinnen (neben den Kriterien der Borderline-Störung) hauptsächlich in den Kriterien der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung, der Depressiven Persönlichkeitsstörung, der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, der Histrionischen Persönlichkeitsstörung und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung bzw. Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter. Wenige signifikante Unterschiede beziehen sich auf die Kriterien der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung und der Negativistischen Persönlichkeitsstörung. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der Kriterien der Schizoiden und der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung.

Die Unterschiede in sechs Kriterien der **Depressiven Persönlichkeitsstörung** resultieren insbesondere deswegen, weil die allgemeinen (!) Kriterien der Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (APA, 1994) von den depressiven Patienten nicht erfüllt werden. Sie schildern zum Erhebungszeitpunkt zwar die im SKID-II genannten Verhaltens- und Erlebensweisen der Depressiven Persönlichkeitsstörung, jedoch sind die allgemeinen Voraussetzungen der Diagnosenstellung einer Persönlichkeitsstörung nicht gegeben. Die Symptome bestehen weder seit dem Jugendalter/der Adoleszenz, noch stellen sie ein rigides, unflexibles und überdauerndes Verhaltensmuster dar (siehe auch Kapitel 1). Vielmehr ist es so, daß die Patienten im Durchschnitt mit ca. 30 Jahren zum ersten Mal depressiv wurden und klar zwischen depressiven und „normalen/gesunden“ Phasen des Verhaltens und Erlebens differenzieren können.

Möglicherweise aufgrund der Impulsivität der Borderline-Patientinnen weisen diese im Durchschnitt höhere Werte in einigen Kriterien der **Antisozialen Persönlichkeitsstörung** bzw. der **Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter** auf. Das impulsive Verhalten zieht mitunter Konflikte mit dem Gesetz nach sich, z.B. im Falle von körperlichen Auseinandersetzungen oder Beschädigung von Sachgegenständen. Außerdem ist aufgrund der hohen Rate von Borderline-Patienten, die einen Mißbrauch illegaler Substanzen betreiben, eine erhöhte Anzahl von Beschaffungsdelikten und Autofahrten unter dem Einfluß von Drogen zu vermuten, die in die Kriterienbeurteilung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung einfließen. Signifikante Unterschiede finden sich in insgesamt drei Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung und sechs Kriterien der Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter. Neben der Impulsivität sind jedoch Lernfaktoren oder biologische Mechanismen als mögliche Erklärungsversuche der genannten Unterschiede zu bedenken.

Borderline-Patientinnen sind mißtrauischer als depressive Patienten. Sie vertrauen sich seltener anderen Menschen an und zweifeln öfter an deren Loyalität. Äußerungen anderer Personen werden schneller als Angriff oder Bedrohung interpretiert und mit einem Gegenangriff beantwortet. Diese Unterschiede beziehen sich auf die Kriterien der **Paranoiden Persönlichkeitsstörung**. Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich in sechs von insgesamt sieben Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung. Das einzige Kriterium dieser Persönlichkeitsstörung, in denen die beiden Gruppen nicht voneinander abweichen, ist das fünfte Kriterium (Nicht verzeihen von Beleidigungen und Kränkungen; extrem nachtragend sein).

Der soziale Rückzug von depressiven Patienten, ihr negativ gefärbtes Selbstbild, ihre Schuld- und Minderwertigkeitsprobleme erklären möglicherweise die Differenzen in den Kriterien der

Histrionischen Persönlichkeitsstörung. Borderline-Patienten neigen zwar mitunter auch zu einem stark depressiven Verhalten, allerdings gilt dies nicht für alle Borderline-Patienten und nicht unbedingt als stabiles Merkmal der Persönlichkeit (siehe Identitätsstörung der Borderline-Patienten). Die beiden Gruppen unterscheiden sich in insgesamt sechs Kriterien der Histrionischen Persönlichkeitsstörung.

Bei den Borderline-Patientinnen wurden im Durchschnitt mehr Kriterien der **Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung** diagnostiziert. Signifikante Unterschiede liegen in insgesamt sechs Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung vor. Dies kann sowohl an der vorausgesetzten Stabilität der Merkmale (für eine Diagnosenstellung) liegen und/oder daran, daß Borderline-Patientinnen im Durchschnitt tatsächlich unsicherer in ihrem Selbstbild und Verhalten sind bzw. dies stärker erleben.

Eine ähnliche Argumentation gilt für die Unterschiede in den Kriterien der **Negativistischen Persönlichkeitsstörung**. Allerdings sind die Unterschiede hier weniger zahlreich. Von den sieben Kriterien der Negativistischen Persönlichkeitsstörung werden vier Kriterien bei den Borderline-Patientinnen signifikant häufiger diagnostiziert. Depressive Patienten schildern ebenfalls negativistische Einstellungen und Verhaltensmuster. Jedoch erweisen sich diese Muster nicht als resistent über die depressive Phase hinaus, begannen nicht im frühen Erwachsenenalter und erscheinen gemäß dem SKID-II-Interview weniger passiv-aggressiv getönt.

Vergleiche zwischen Suchtpatienten und Borderline-Patientinnen

Die Borderline-Patientinnen erfüllen im Vergleich zu Suchtpatienten die Kriterien der Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung, einen großen Teil der Kriterien der Dependenten Persönlichkeitsstörung (Ausnahme: Kriterium 4), einige Kriterien der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, der Negativistischen Persönlichkeitsstörung, der Depressiven Persönlichkeitsstörung, der Paranoiden Persönlichkeitsstörung und alle Kriterien der Borderline-Störung signifikant häufiger. Wenige oder keine Unterschiede finden sich hinsichtlich der Kriterien der anderen Persönlichkeitsstörungen.

Suchtpatienten ähneln den Borderline-Patientinnen eher in den Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung und der Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalters als die depressiven Patienten. In den Kriterien der Dependenten und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung sind die Ähnlichkeiten jedoch geringer als zwischen Borderline-Patientinnen und depressiven Patienten.

Im Hinblick auf die Kriterien der **Selbstunsicher-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung** läßt sich anhand der Tabelle 12.4 festhalten, daß sich Suchtpatienten und Borderline-Patientinnen in allen sieben Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung unterscheiden. Borderline-Patientinnen schildern sich selbst als wesentlich unsicherer und ängstlicher in Bezug auf Bewertungen und Kritik anderer Personen. Dieser Unterschied bleibt auch dann erhalten, wenn man ausschließlich weibliche Suchtpatienten mit den Borderline-Patientinnen vergleicht.

Ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen in den Kriterien der **Dependenten Persönlichkeitsstörung**. Hier werden sechs von acht Kriterien signifikant, wobei die Borderline-Patientinnen stets die höheren Werte erlangen. Eine Ausnahme stellt das vierte Kriterium dieser Persönlichkeitsstörung dar (Schwierigkeiten damit haben, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn einem niemand dabei hilft; aus Gründen des mangelnden Selbstvertrauens). Dieses Kriterium wird von den Suchtpatienten häufiger erfüllt. Die andere Ausnahme betrifft das zweite Kriterium der Dependenten Persönlichkeitsstörung. Borderline-Patientinnen und Suchtpatienten schildern in etwa gleichem Maß, daß sie andere Personen brauchen, die ihnen die Verantwortung in fast allen wesentlichen Lebensbereichen weitgehend abnehmen.

Borderline-Patientinnen schildern sich selbst als deutlich zwanghafter als Suchtpatienten. Fünf der Kriterien der **Zwanghaften Persönlichkeitsstörung** werden bei ihnen signifikant häufiger diagnostiziert als bei Suchtpatienten. Dies gilt für eine übermäßige Beschäftigung mit Details, Listen, Ordnung etc. sowie für einen hoch ausgeprägten Perfektionismus und eine übermäßige Fokussierung auf Arbeit und Produktivität auf Kosten der Freizeit und sozialen Beziehungen. Zudem berichten Borderlinerinnen über eine stärker ausgeprägte Rigidität, Sturheit, Geiz und Widerwillen, Aufgaben an andere zu delegieren, wenn die Aufgaben nicht nach ihren Vorstellungen erledigt werden.

Ebenso deutlich sind die Unterschiede in den Kriterien der **Negativistischen Persönlichkeitsstörung**. Im Hinblick auf diese passiv-aggressiven und die Umwelt abwertenden Verhaltensmuster wurden bei sechs von sieben Kriterien signifikante Unterschiede ermittelt. Das einzige Kriterium, in dem sich kein signifikanter Unterschied ergab, ist das Kriterium 2 der Negativistischen Persönlichkeitsstörung (Klage, von anderen nicht verstanden und geschätzt zu werden).

Im Hinblick auf die **Depressive Persönlichkeitsstörung** sind die Borderline-Patientinnen ebenfalls stärker belastet. Von den Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung werden fast alle Kriterien (sechs von sieben Kriterien) signifikant häufiger bei den Borderline-Patientinnen

diagnostiziert. Die einzige Ausnahme stellt das Kriterium 6 der Depressiven Persönlichkeitsstörung dar. Suchtpatienten zeichnen sich ebenso häufig wie Borderline-Patientinnen durch eine pessimistische Einstellung zum Leben aus.

Genauso wie in dem Vergleich zu depressiven Patienten sind die Borderline-Patientinnen deutlich mißtrauischer als die Suchtpatienten. Sie befürchten eher, daß ihre Umwelt ihnen gegenüber feindlich eingestellt ist und ihnen Schaden zufügen will. Diese signifikanten Unterschiede in sechs von sieben Kriterien der **Paranoiden Persönlichkeitsstörung** fügen sich gut ins Bild der merklich negativistischeren Einstellung der Borderline-Patientinnen. Diesem Befund könnten u.a. unterschiedliche Lebenserfahrungen zugrunde liegen. So ist z.B. die Rate an Traumatisierungen und Vernachlässigungserfahrungen in der frühen Kindheit bei Borderline-Patienten (gemäß dem heutigen Forschungsstand) höher als bei Suchtpatienten.

Im Hinblick auf die Kriterien der **Schizotypischen Persönlichkeitsstörung** wurden nur noch zwei signifikante Unterschiede errechnet. Auch hier weisen die Borderline-Patientinnen durchgängig die höheren Werte auf. Sie neigen eher zu übertriebener sozialer, paranoid gefärbter Angst. Desweiteren haben sie häufiger keine engen Freunde außer Verwandten ersten Grades. Allerdings muß darauf hingewiesen werden, daß die Kriterien der Schizotypen Persönlichkeitsstörung insgesamt nur sehr selten vergeben wurden.

In den Kriterien der **Histrionischen** und der **Schizoiden Persönlichkeitsstörung** wurden jeweils drei signifikante Unterschiede ermittelt. Auch hier wird bei den Borderline-Patientinnen signifikant häufiger die Entscheidung getroffen, daß die betreffenden Verhaltensmuster in einem so erheblichen Ausmaß vorliegen, daß es den Zügen einer Persönlichkeitsstörung gleichkommt. Dies betrifft insbesondere die Kriterien 2, 4 und 5 der Schizoiden Persönlichkeitsstörung (Suche von Aktivitäten, die alleine ausgeübt werden, Empfinden von Freude bei nur sehr wenigen Dingen und keine engen Freunde außer Verwandten ersten Grades). Im Hinblick auf die Histrionische Persönlichkeitsstörung lassen sich signifikante Unterschiede in den Kriterien 6 bis 8 nachweisen („sich gerne in Szene setzen“, „leicht von anderen Leuten beeinflusst werden“ und „Beziehungen wesentlich enger wahrnehmen als sie es tatsächlich sind“). Daß die Merkmale zweier so unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen wie der Schizoiden und der Histrionischen Persönlichkeitsstörungen jeweils bei den Borderlinerinnen häufiger auftreten, belegt die Notwendigkeit der internen Differenzierung dieser Patientengruppe.

Jeweils ein Kriterium wurde hinsichtlich der **Narzißtischen Persönlichkeitsstörung**, der **Antisozialen Persönlichkeitsstörung** und der **Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter** bei den Borderline-Patientinnen signifikant häufiger diagnostiziert. Die

Borderlinerinnen verlangen häufiger nach übermäßiger Bewunderung und Anerkennung, sie haben vor ihrem 15. Lebensjahr häufiger gelogen, um die Gunst anderer Personen zu gewinnen oder um Pflichten aus dem Weg zu gehen, und sie handeln häufiger impulsiv bzw. sind unfähiger voranzuplanen. Diese Unterschiede sollten aufgrund der geringen Anzahl der signifikanten Unterschiede jedoch nicht überinterpretiert und auf die gesamte Symptomatik der jeweiligen Persönlichkeitsstörung verallgemeinert werden.

12.5.4.2 Resümee aus den Ergebnissen der Gruppeneinteilung anhand der Erstdiagnose

Die Ergebnisse belegen zum einen, daß die Borderline-Patientinnen im Hinblick auf die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (APA, 1994) stärker den depressiven Patienten als den Suchtpatienten ähneln. Unter Berücksichtigung einzelner Persönlichkeitsstörungen sind diesbezüglich jedoch Differenzierungen vorzunehmen. D.h. die Borderline-Patientinnen ähneln in manchen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen eher den Suchtpatienten (z.B. hinsichtlich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung) und in anderen Kriterien eher den depressiven Patienten (z.B. hinsichtlich der Dependenten Persönlichkeitsstörung).

Auch wenn Borderline-Patientinnen häufig starke depressive Symptome berichten und Alkohol/Drogen mißbrauchen, so differenzieren demnach die Kriterien der Achse II des DSM-IV zwischen Patienten mit/ohne Borderline-Störung. Diese setzt die Borderline-Störung in einen anderen Gesamtkontext, was auch in der Behandlung der Patienten berücksichtigt werden sollte. Dabei weisen die Borderline-Patientinnen in der Regel eine höhere Belastung in den Kriterien der Persönlichkeitsstörungen auf. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen der meisten Studien zur Borderline-Störung überein (siehe auch Kapitel 4).

Für die therapeutische Praxis verdeutlicht dies die Notwendigkeit einer sorgfältigen und weitreichenden Persönlichkeitsdiagnostik, um das Störungsbild eines Patienten im vollen Umfang zu erfassen.

12.6 Zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse

Die vier ausgewählten Einteilungen dienen dem besseren Verständnis der Borderline-Störung und damit dem Rückschluß auf (vorerst hypothetische) Möglichkeiten der Therapiegestaltung. Sie sind somit Anregung und Wegweiser für weitere Forschungsvorhaben und fungieren als vorläufiges Arbeitsmodell für eine Therapie mit Borderline-Patienten (siehe Resümees aus den Vergleichen).

Offen bleibt (siehe 12.5.1), wieso sich ambulante und stationäre Patientinnen zwar in einigen Skalen des Fragebogenpakets und Kriterien des SKID-II unterscheiden, jedoch nicht in der durchschnittlichen Anzahl oder Auswahl der diagnostizierten Borderline-Kriterien. Dies verwundert insbesondere deshalb, weil eine stärkere psychische Belastung sowohl mit der Anzahl diagnostizierter Borderline-Kriterien (12.5.2) als auch mit dem stationären Behandlungsstatus positiv korreliert. Zur Erklärung dieses Ergebnisses wäre ein Modell denkbar, das die Intensität eines diagnostizierten Kriteriums berücksichtigt. Das Modell nähme an, daß stationäre Patientinnen die Kriterien „stärker“ erfüllen, wenn auch nicht häufiger. Die klinische Symptomatik wäre demnach bei den Patientinnen schwerwiegender, die entweder mehr Kriterien erfüllen oder eben „stärker“. Letzteres wurde bei den stationären Patientinnen beobachtet. Die Intensität der Symptome war entscheidend für die Wahl des Behandlungsmodus. Dieses Modell hätte für die Borderline-Diagnostik insofern Bedeutung, als es die Vorgehensweise des SKID II modifizieren würde. Die Beurteilung der Kriterien ist bislang dreistufig (nicht erfüllt, teilweise erfüllt oder vollständig erfüllt). Es ist jedoch keine weitere Abstufung der vollständig erfüllten Kriterien vorgesehen.

Ein anderes hypothetisches Erklärungsmodell ist das folgende: Die ambulanten Patientinnen sind signifikant älter als die stationären Patientinnen. Faktoren wie Gewohnheit und/oder Copingstrategien könnten die subjektiv erlebte Belastung abschwächen. Dies würde sich in der Beantwortung der Fragebögen deutlicher niederschlagen als im diagnostischen Interview, in dem der Therapeut beurteilt, ob die Verhaltensmuster des Probanden den Bestimmungen der Kriterien entsprechen. Dieses Modell würde ebenfalls erklären, weshalb die stationären Patientinnen eine höhere Symptomatik angeben als die ambulanten Patientinnen, ohne daß diese signifikant weniger Borderline-Kriterien erfüllen.

Die beiden Modelle könnten sich natürlich auch ergänzen und gemeinsam wirken. Für die Praxis implizieren sie folgende Regel: Die Entscheidung über die Dauer und Breite einer Therapie sollte sich u.a. an der Anzahl der erfüllten Kriterien der Borderline-Störung orientieren.

Je mehr Kriterien erfüllt sind, desto breiter ist das therapeutische Wirkspektrum zu wählen und desto langfristiger sollte die Therapie ausgelegt sein. Die Entscheidung bzgl. des Therapiesettings ist dabei weniger von der Anzahl oder Auswahl der Kriterien abhängig als von der Intensität der Symptome (auch außerhalb der Kriterienebene) und den verfügbaren Copingstrategien der Patienten.

Es sind weitere Studien notwendig, um die Modelle und daraus abgeleitete Rückschlüsse zu wissenschaftlich hinreichend abzusichern.

Die Ergebnisse aus 12.5.3 liefern Hinweise zu einer Verbesserung der Diagnostik im Bereich der Persönlichkeitsstörung. Sie zeigen auf, welche Kriterien der Persönlichkeitsstörungen präziser zu formulieren sind. Unterscheiden sich zwei Subgruppen nämlich nur in einzelnen Kriterien einer bestimmten Persönlichkeitsstörung, so ist dieses Kriterium weniger trennscharf als die anderen zu dieser Persönlichkeitsstörung gehörenden Kriterien. Es wäre daher sinnvoll, seine Formulierung nochmals zu überprüfen.

Eine präzisere Formulierung der Kriterien²⁸ wäre auf diesem Hintergrund insbesondere für die folgenden Kriterien zu diskutieren: Kriterium 8 der Histrionischen Persönlichkeitsstörung, das vierte Kriterium der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung und das fünfte Kriterium der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung.

Auffallend sind desweiteren die Übereinstimmungen zwischen den Subgruppenvergleichen anhand der komorbiden Persönlichkeitsstörungen und den Ergebnissen in Kapitel 11. So ähnelt beispielsweise der IIP-Cluster der submissiven und kontaktvermeidenden Patientinnen der Gruppe der Borderlinerinnen mit komorbider Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung.

Als weiteres Fazit aus dem Kapitel 12 läßt sich festhalten: Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppenvergleichen innerhalb der Borderline-Störung und den Vergleichen zwischen Borderline-Patientinnen und Nicht-Borderlinern. Die Patienten ohne Borderline-Störung unterscheiden sich in einer wesentlich höheren Anzahl von Kriterien des SKID II als die Borderline-Patientinnen untereinander. Dabei erfüllen die Borderline-Patientinnen erwartungsgemäß signifikant mehr Kriterien als die Nicht-Borderline-Patientinnen.

Die Ähnlichkeit zwischen Borderline-Patienten und depressiven Patienten ist höher als zwischen Borderline-Patienten und Suchtpatienten. Dies gilt jedoch nicht für alle Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV. So ähneln die Borderline-Patientinnen im Hinblick auf die Antisoziale Persönlichkeitsstörung eher den Suchtpatienten als den depressiven Patienten (siehe 12.5.4). Im Hinblick auf die Selbstunsichere Persönlichkeit ist es umgekehrt. Hier ähneln die Borderlinerinnen eher den depressiven Patienten. Die Ähnlichkeiten sind aufgrund der hohen Komorbidität der Borderline-Störung zu den beiden Störungen nicht überraschend. Die Ergebnisse aus 12.5.4 ergänzen die Aussagen des Kapitels 4. Sie liefern einen Beleg dafür, daß die jeweiligen Übereinstimmungen bzw. Unterschiede zwischen den Diagnosen auch auf der Ebene der Persönlichkeitsstörungen nachzuvollziehen sind.

²⁸ Auf Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die Kriterien der Borderline-Störung wird gesondert in Kapitel 13 eingegangen.

Insgesamt scheinen Subgruppenvergleiche eine interessante und vielversprechende Methode zu sein, die Borderline-Störung in ihrer Symptomatik und Grundstruktur besser zu verstehen. Welche Gruppeneinteilung zu welchem Zweck sinnvoll ist und sich in der klinischen Praxis bewähren kann, ist Gegenstand zukünftiger Forschung.

13. Diskussion

Die nachfolgende Diskussion ist in zwei übergeordnete Abschnitte unterteilt. Zum einen sollen formale Aspekte, wie z.B. Methodenauswahl, Studiendesign etc., kritisch hinterfragt werden. Zum anderen sollen inhaltliche Schlußfolgerungen und Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der vorgestellten Untersuchungen dargelegt werden.

13.1 Formale Aspekte

Die formalen Aspekte der Dissertation umfassen insbesondere die Bereiche Stichprobe, diagnostische Instrumente und Prozedur der dargestellten Untersuchungen. Diese Bereiche werden in den untenstehenden Abschnitten diskutiert.

13.1.1 Stichprobe

Die Größe und die Zusammensetzung der Stichprobe ist sowohl hinsichtlich ihrer absoluten Größe als auch ihrer relativen Größe (Anteil Borderline-Patientinnen vs. Nicht-Borderline-Patienten) in Frage zu stellen. Gleiches gilt für die Zusammensetzung der beiden Unterstichproben.

Die Gesamtgröße der Stichprobe ist im Rahmen einer Dissertation zufriedenstellend. Um die Resultate in die Praxis umzusetzen, d.h. um entscheidende Veränderungen in den gegenwärtig aktuellen diagnostischen Systemen vorzunehmen, ist die Datenbasis ($n = 161$) jedoch zu gering. Die Dissertation kann somit nur die Funktion erfüllen, Anregungen und Hinweise für derartige Veränderungen zu geben.

Das Verhältnis der Borderline-Stichprobe zur klinischen Vergleichsstichprobe beträgt in etwa 1:2. Dieses Ungleichgewicht wird jedoch durch die verwendeten statistischen Verfahren und Analysen (z.B. Test auf Homogenität der Varianzen etc.) berücksichtigt. Dennoch wäre es wünschenswert, die Größe der beiden Stichproben in etwa gleich zu gestalten, um eine systematische Verschiebung einiger stichprobenabhängiger statistischer Kennwerte prinzipiell zu vermeiden.

Bei der Zusammensetzung der Borderline-Stichprobe ist zu berücksichtigen, als sie nur aus Patientinnen gebildet wird. Somit sind die Ergebnisse direkt weder auf männliche Borderline-Patienten noch auf die Borderline-Störung als solche übertragbar. Aufgrund der Tatsache, daß der überwiegende Anteil der Borderline-Patienten weiblichen Geschlechts ist, können jedoch

auch für eine repräsentative, geschlechtsheterogene Gruppe ähnliche Ergebnisse erwartet werden. Weitere Studien mit gemischten Borderline-Stichproben wären dennoch wünschenswert. Dann wäre es nämlich zudem möglich, männliche und weibliche Borderliner miteinander zu vergleichen und eine weitere Differenzierung der Störung zu erarbeiten.

Da die Zusammensetzung der klinischen Vergleichsstichprobe hinsichtlich des Geschlechts heterogen ist, sind die Vergleiche zwischen den Gruppen ebenfalls nur unter Vorbehalt zu generalisieren. Die in den Untersuchungen angewendeten Analysen und rechnerischen Verfahren wurden jedoch ebenfalls getrennt für die Gruppe der weiblichen Nicht-Borderliner durchgeführt. Die Ergebnisse waren in ihrer Struktur und ihrer inhaltlichen Aussage weitgehend identisch.

Im Hinblick auf die diagnostizierten Störungen in der klinischen Vergleichsgruppe fällt auf, daß nur einige der psychiatrischen Störungen nach DSM-IV (APA, 1994) auftreten. Dies liegt weniger an einer gezielten Auswahl dieser Störungen als an dem Zusammenwirken der vorab formulierten Ausschlußkriterien (psychotische Störungen und organisch bedingte Störungen mit erheblichen funktionellen Einschränkungen und/oder psychotischen Symptomen) und der Prävalenz der Achse-I-Störungen in einer psychiatrischen Einrichtung. Der Nachteil, nicht alle Störungsbilder auf der Achse I des DSM-IV in die Stichprobe einbinden zu können, wird demnach aufgehoben durch den Vorteil, die Daten in einer repräsentativen psychiatrischen Stichprobe erhoben zu haben.

13.1.2 Instrumente

Die in der Dissertation verwendeten diagnostischen Instrumente decken sowohl den Bereich der Selbstbeurteilungsinstrumente (Fragebogenpaket) als auch den Bereich der Fremdbeurteilungsinstrumente (SKID II) ab, was positiv zu bewerten ist. Wichtig erscheint, an dieser Stelle allerdings auch darauf hinzuweisen, daß die Interpretation der Ergebnisse demzufolge auf zwei unterschiedlichen Erhebungsmodalitäten basiert.

So sind die Einschätzungen der klinischen Merkmale außerhalb der Ebene der Kriterien des SKID II auf die subjektive Erlebensweise der Patientinnen zurückzuführen, was sowohl die Möglichkeit einer Aggravation als auch der Dissimulation der Symptome beinhaltet. Die Fremdbeurteilung im Rahmen des SKID II ist anderen Störfaktoren ausgesetzt. Dazu zählen prinzipiell insbesondere die Varianz, die sich durch die Schilderung der befragten Person, des fragenden Therapeuten und des Klassifikationssystems ergibt. Soweit wie möglich wurde versucht, diese Störfaktoren durch weitgehende Standardisierung (Person und Ort der

Interviewführung waren konstant; Interrater-Reliabilitäten wurden überprüft) zu minimieren. Jedoch bleibt die Beurteilung der Kriterien des DSM-IV eine diagnostische Entscheidung, die sich auf das klinische Urteil eines (mehr oder weniger geschulten) Therapeuten stützen. Damit sind sie dem Einfluß der impliziten Entscheidungsregeln und Annahmen des Therapeuten ausgesetzt. Sie entsprechen keiner Messung im psychometrischen Sinn. Das DSM-IV ist zwar zur sinnvollen und ökonomische Reduktion und Ordnung von Informationen über einen Patienten geeignet und erleichtert die Kommunikation in der klinischen Praxis, es ersetzt jedoch nicht die individuumszentrierte weiterführende Diagnostik (z.B. Veränderungsdiagnostik, problembezogene dimensionale Diagnostik etc.). Die Ergänzung durch diverse Fragebögen liefert somit eine interessante Möglichkeit, therapieorientierte (Planung, Prozeß und Evaluation) Diagnostik für die Borderline-Störung zu entwerfen.

Die Zusammenstellung der eingesetzten Fragebögen zu dem obengenannten Fragebogenpaket beruht auf einer gezielten Auswahl diagnostischer Verfahren, die hinsichtlich ihrer Gütekriterien zufriedenstellende Beurteilungen erhalten, sich in der Praxis bewährt haben und einen weiten Symptombereich abdecken. Zudem besteht durch die Verwendung mehrerer Einzelverfahren die Möglichkeit der gegenseitigen konvergenten Validierung und Ergänzung einzelner Skalen. Die Deckeneffekte in der Skala Trait-Angst des STAI konnten so durch die Verwendung der Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R ersetzt und ausgeglichen werden.

13.1.3 Prozedur

Die der Datenerhebung und -auswertung zugrundeliegende Prozedur orientierte sich an den gängigen Standards wissenschaftlicher Untersuchungen. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig, die Probanden waren über die weitere Verwendung der Daten informiert und erhielten nach der Datenerhebung/dem klinischen Interview eine Rückmeldung (debriefing) über ihre Resultate. Die klinischen Interviews wurden von der gleichen Person in den Räumlichkeiten der Kliniken Sonnenberg in Saarbrücken durchgeführt. Die Rekrutierung der Probanden geschah über direkte Ansprache, ebenfalls durchgehend von der gleichen Person, die dann auch die Interviews durchführte.

Eine Verzerrung der Repräsentativität der Daten aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme wird niedrig eingeschätzt, da sich mit Ausnahme von acht Personen (von 169 Personen) alle mit der Teilnahme einverstanden erklärten. Die Auswahl der zur Teilnahme aufgeforderten

Probanden geschah dabei (mit Ausnahme der Ausschlußkriterien) nach dem Zufallsprinzip. Soweit wird die Prozedur zufriedenstellend bewertet.

Verbesserungen sind in der Durchführung der Interrater-Beurteilungen zu sehen. Da diese per Tonband ermittelt wurden, gingen dem zweiten Urteiler die visuellen und situativen Informationen verloren. Dies kann durch den Einsatz von Videotechniken, Einwegscheiben oder der Anwesenheit zweier Urteiler beim Interview verbessert werden.

Weiterhin kann die Bearbeitung des Fragebogenpakets in standardisierter Form, z.B. in den gleichen Räumlichkeiten, zu den gleichen Tageszeiten etc., durchgeführt werden, um so die Qualität der Prozedur zu erhöhen. Dies war in der vorliegenden Untersuchung noch nicht der Fall.

13.2 Inhaltliche Aspekte

Die Diskussion der inhaltlichen Aspekte betrifft die Schwerpunkte der Untersuchungen aus den Kapiteln 7 bis 12. In den folgenden Abschnitte wird daher nochmals auf das Konzept der Borderline-Störung (13.2.1), die Symptome der Borderline-Störung außerhalb der Kriterienebene des SKID II (13.2.2), auf interpersonale Probleme und Subgruppen der Borderline-Patienten (13.2.3 und 13.2.4) eingegangen. Ziel ist es über die Diskussion der einzelnen Kapitel hinaus Querverbindungen zwischen den Kapiteln zu ziehen und einen Zusammenhang zwischen den Ergebnissen herzustellen. Die Diskussionen der einzelnen Kapitel werden um Inhalte aus den anderen Kapiteln erweitert und integriert. Aufgegriffen werden dabei insbesondere Implikationen der Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge für die Diagnostik der Borderline-Störung in der klinischen Praxis.

13.2.1 Das Konzept der Borderline-Störung

Die vorliegende Dissertation stützt ein eindimensionale Modell der Borderline-Störung. In der Gesamtstichprobe wurden demnach nicht mehrere Borderline-Faktoren nachgewiesen, sondern alle Kriterien der Borderline-Störung bildeten gemeinsam einen einzigen Faktor (Kapitel 7). Anhand dieses Faktors kann die Borderline-Störung klar von anderen Störungsbildern abgegrenzt werden und gilt somit als nosologische Einheit.

Allerdings wurde ebenfalls aufgezeigt, daß die Faktorstruktur der Borderline-Kriterien von der Größe und der Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe abhängt. Im Gegensatz zur Gesamtstichprobe wurden in der Borderline-Stichprobe vier Faktoren ermittelt. In Studien

anderer Autoren (siehe Kapitel 7) wurden, wenn ein mehrdimensionales Modell präferiert wurde, ebenfalls drei bis vier Faktoren extrahiert. Der Einfluß der Zusammensetzung der Stichprobe konnte auch für diese anderen Studien nachvollzogen werden. Für die eigenen Daten wurde ein kritischer Wert von ca. 80% Borderline-Patienten in der Stichprobe errechnet, ab dem das eindimensionale Modell in das mehrdimensionale Modell übergeht. Dieser prozentuale Anteil ist relativ hoch, so daß zur Abgrenzung der Borderline-Störung von anderen psychischen Störungen das eindimensionale Modell plausibel erscheint.

Die Tatsache, daß die mehrdimensionalen Modelle verschiedener Autoren (Kapitel 7) nicht auf einer einheitlichen Zuordnung der Kriterien zu den Faktoren basieren, schwächt die Aussagekraft des Konzeptes der Borderline-Störung als mehrdimensionale Störung weiterhin. Die Anzahl von drei bis vier Faktoren bei neun Kriterien ist zudem so hoch, daß kaum von einer sinnvollen Skalenbildung bzw. Dimensionenreduktion gesprochen werden kann. Teilweise wird ein Faktor von nur einem Kriterium gebildet.

Die Unterschiede der Borderline-Gruppen aus Kapitel 11 (IIP-Cluster) auf der Ebene der Borderline-Kriterien sprechen ebenfalls nicht für ein mehrdimensionales Modell. Die Kriterien, in denen sich die Gruppen unterscheiden, wären nämlich auf dem Hintergrund des mehrdimensionalen (und später verworfenen) Modells aus Kapitel 7 jeweils anderen Faktoren zugeordnet worden. Das wäre bei hoher Zusammengehörigkeit einzelner Kriterien nicht erwartet worden. Man wäre vielmehr davon ausgegangen, daß sich die Unterschiede zwischen den Gruppen an Kriterien festmachen ließen, die auf einem gemeinsamen Faktor liegen.

Ähnliches gilt für die Abgrenzung der Borderline-Patientinnen mit einer komorbiden Vermeidend-Selbstunsicheren bzw. Depressiven Persönlichkeitsstörung von den Borderline-Patientinnen ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (Kapitel 12). Hier zeigte sich zudem, daß die Korrelationen zwischen den Variablen der Fragebögen und den Kriterien der Borderline-Störung ebenfalls unsystematisch sind. Bestimmte Variablen korrelieren signifikant mit mehreren Kriterien, und umgekehrt korrelieren die einzelnen Kriterien mit sehr unterschiedlichen Symptombereichen. Bei Zugrundelegung einer klaren und überzeugenden Faktorstruktur der Kriterien würde man jedoch erwarten, daß die Korrelation der Kriterien eines Faktors zumindest die gleichen Symptombereiche betrifft, die wiederum nicht im Zusammenhang mit den Kriterien anderer Faktoren stehen.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse in der Borderline-Gruppe sollten daher nicht im Sinne eines mehrdimensionalen Störungsmodells verstanden werden, sondern als Anregung zu einer sinnvollen Gruppeneinteilung der Borderline-Patienten anhand von Merkmalen außerhalb der Ebene der Borderline-Kriterien. So weist z.B. der varianzstärkste Faktor (Kriterium 2 und 8)

darauf hin, daß eine genauere Betrachtung der interpersonalen Probleme der Borderline-Patientinnen und deren Erleben bzw. Umgang mit Wut zu einer sinnvollen Differenzierung der Störung führen könnte. Dieser Gedanke wurde in den Kapiteln 9 bis 11 aufgegriffen und bestätigt (siehe unten).

Als Fazit aus Kapitel 7 kann festgehalten werden, daß eine Veränderung bzw. Vereinfachung der diagnostischen Entscheidungsregeln zur Abgrenzung der Borderline-Störung von anderen psychiatrischen Störungen nicht auf dem Hintergrund der Faktorstruktur der Borderline-Kriterien vorgenommen werden sollte. Bestimmungen, wie z.B. die Abhängigkeit der Diagnosenvergabe von dem Vorliegen erfüllter Kriterien verschiedener Faktoren, erscheinen demzufolge unangebracht.

Wenn eine Veränderung der diagnostischen Entscheidungsregeln zur Vereinfachung der Diagnostik der Borderline-Störung erwünscht ist, dann sollten sich die dazu notwendigen Schritte an der diagnostischen Effizienz der Kriterien ausrichten. Die Ergebnisse des Kapitels 8 erbrachten insgesamt zufriedenstellende Koeffizienten der diagnostischen Effizienz der Kriterien.

Die Rangfolge der Borderline-Kriterien gemäß ihrem Beitrag zur Diagnosenstellung (OCC) wurde ermittelt und führte zu folgendem Resultat: An erster Stelle der Rangfolge, d.h. als Kriterium mit der höchsten diagnostischen Effizienz, steht das Kriterium 6 (Affektive Instabilität). An zweiter Stelle folgen die Kriterien 3 (Identitätsstörung) und 9 (Streßabhägige, reversible kurzfristige dissoziative Erlebnisse). An vierter Position ist das Kriterium 2 (Instabile Beziehung) zu finden. Die fünfte Stelle wird vom Kriterium 8 (Unangemessene Wut/Wutausbrüche) ausgefüllt. An die sechste Stelle werden die Kriterien 4 (Impulsivität) und 5 (Selbstverletzung/Suizidalität) gesetzt. An achter Stelle befindet sich das Kriterium 1 (Verzweifelte Versuche, Verlassenwerden zu vermeiden). Die letzte Position nimmt das Kriterium 7 (Chronische innere Leere) ein. Demzufolge entspricht die Rangfolge der Kriterien der Aufzählung 6, 3/9, 2, 8, 4/5, 1 und 7.

Die Rangfolge anhand des Koeffizienten Kappa II führt zu einer sehr ähnlichen Aufzählung, nämlich 5/9, 6, 3, 2, 8, 4, 1/7. Dies bedeutet, daß die Beurteilung der weniger effizienten Kriterien die deutlichsten Abweichungen zwischen den Urteilern aufweist. Daß diese Divergenz nicht auf systematische Unterschiede (z.B. ein Therapeut vergibt ein Kriterium durchgehend öfter als der andere Therapeut) zurückgeht, wurde überprüft und bestätigt.

Dies bedeutet, daß insbesondere die Kriterien 4, 1 und 7 weniger typisch bzw. spezifisch für die Borderline-Störung sind als die anderen Kriterien. Die Formulierung dieser Kriterien kann

demzufolge aufgrund der niedrigeren Interrater-Übereinstimmung weiterhin verbessert werden, obwohl ihre Koeffizienten immer noch überwiegend zufriedenstellend ausfallen (Kapitel 8).

Einen weiteren Hinweis auf mögliche Verbesserungen in der Operationalisierung der Kriterien geben die Koeffizienten der Falsch Positiv Rate und Falsch Negativ Rate. Insbesondere die Falsch Positiv Rate zeigt auf, daß eine Differenzierung zwischen borderline-typischen und nicht-borderline-typischen Verhaltensmustern in der Formulierung der Kriterien eingefügt werden sollte. Dies ist besonders für das fünfte Kriterium wünschenswert.

Aber auch aus den anderen Kapitel werden Anregungen zur Verbesserung der Kriterienformulierung gegeben.

Die Ergebnisse aus Kapitel 10 und 11 weisen z.B. darauf hin, daß das achte Kriterium wichtige Informationen bzgl. des Erlebens vs. Ausdrückens von unangemessener Wut unzureichend erfaßt, da es nicht zwischen diesen beiden Aspekten unterscheidet.

Ob ein Proband jedoch Wut in unangemessener Art und Weise (Quantität und Qualität) erlebt oder ob er diese Wut auch in Form von Wutausbrüchen auslebt, ist für die Therapie der Patienten ein wesentlicher Unterschied.

Zudem haben die Patienten vermutlich andere zwischenmenschliche Probleme, so daß sie in andere Subgruppen der Borderline-Störung (IIP-Cluster) eingeordnet werden. Daraus ergaben sich unterschiedliche therapeutische Zielsetzungen (siehe Kapitel 11.6).

Abschließend zu diesem Thema seien in Tabelle 13.1 für die Kriterien 1, 5, 7 und 8 alternative Formulierungen bzw. Vorschläge zur Verbesserung der Kriterienoperationalisierung angeführt.

Die Vorschläge dienen der Ergänzung der bereits im SKID II genannten Kriterienbedingungen.

Daher werden die zeitlichen und intensitätsbezogenen Voraussetzungen bzw. Zusätze des DSM-IV in der Tabelle 13.1 nur noch dann erwähnt, wenn sie aufgrund der vorliegenden Ergebnisse verändert werden sollten. Die Ausformulierung der Fragen des SKID II und der Kriterien der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV sind im Anhang A angeführt.

Tabelle 13.1

Kriterium	Veränderungsvorschläge
Kriterium 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Proband äußert deutlich, daß die Vorstellung des Alleinseins in ihm Angst auslöst. ➤ Diese Angst bezieht sich nicht auf die Sorge, seinen Alltag nicht bewältigen zu können, sondern auf eine innere Verunsicherung über eigene Ziele und Werte, ein Gefühl der Orientierungslosigkeit und/oder der Wertlosigkeit. ➤ Die Angst wird begleitet von Ärger gegenüber der anderen Person oder sich selbst im Sinne einer Enttäuschung und Selbst-/Anklage. ➤ Die Reaktionen auf der Verhaltensebene sind unangemessen heftig (z.B. Drohungen, Wutausbrüche, totale Unterwerfung). Sie werden deutlich reduziert oder wenden sich u.U. sogar ins Gegenteil um, wenn die Beziehung wieder gesichert erscheint.
Kriterium 5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Selbstverletzungen/Suizidversuche erfolgen oft aufgrund von Konflikten in zwischenmenschlichen Beziehungen. ➤ Die Probanden berichten nicht unbedingt von chronisch aversiven Affekten im Vorfeld im Sinne eines Bilanzselbstmordes. ➤ Die Kriterien einer Akuten Belastungsreaktion treffen für mind. zwei der Suizidversuche bzw. Selbstverletzungen nicht zu bzw. die Reaktion der Selbstschädigung ist auf dem Hintergrund des genannten Auslösers in ihrer Intensität nicht nachvollziehbar. ➤ Die Probanden berichten als Motiv ihrer Selbstverletzung/Suizidversuch: Beenden von Dissoziationen, Abbau von Schuld und Selbsthaß, das Gefühl, die eigenen intensiven Gefühle nicht mehr aushalten zu können, oder den Versuch, Beziehungen zu erhalten. Weniger wird berichtet von überlegten/geplanten Suizidversuchen aufgrund von „äußeren“ Problemen, wie z.B. finanzielle Belastung etc. ➤ Die Selbstverletzungen werden meist verheimlicht und gehen mit großen Schamgefühlen einher. ➤ Oft sind Selbstverletzungen zu einer Art Ritual geworden, um Spannung abzubauen, für die oftmals kein Auslöser genannt werden kann. Sie werden nicht dann beendet, wenn die Verletzung (auch nach außen) sichtbar wird, sondern wenn der innere Druck gewichen ist.
Kriterium 7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Probanden äußern das Gefühl „hohl“, „entkernt“ etc. zu sein, ohne daß dieses Gefühl immer die volle Aufmerksamkeit erhält. Es schwingt eher „wie ein Unterton“ mit und verschwindet nie so ganz, auch wenn sich die betroffene Person glücklich fühlt. ➤ Das Gefühl war nie für eine längere Zeitdauer (14 Tage) verschwunden.
Kriterium 8	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgeschlagen wird eine deutliche Kennzeichnung der beiden Komponenten Ärgererleben und Ärgerausdruck oder eine Zuordnung des unangemessenen Ärgererlebens in das Kriterium 6 (Affektive Instabilität) und somit eine Eingrenzung des Kriteriums 8 auf Wutausbrüche.

Tabelle 13.1: Verbesserungsvorschläge einiger Borderline-Kriterien in Ergänzung zur Formulierung der Kriterien im DSM-IV bzw. SKID-II.

Als weitere Schlußfolgerungen bzw. Ableitungen für die Diagnostik der Borderline-Störung verweisen die Ergebnisse des Kapitels 8 auf eine Möglichkeit, die hohe Heterogenität der Borderline-Störung zu reduzieren. Auf dem Hintergrund der diagnostischen Effizienz der Kriterien wird eine neue Entscheidungsregel für die Diagnosenstellung vorgeschlagen. Diese Regel sieht vor, daß von den drei Kriterien mit der höchsten diagnostischen Effizienz (Kriterium 3, 6 und 9) mindestens zwei erfüllt sein müssen, um die Diagnose der Borderline-Störung zu vergeben. Darüber hinaus werden die Kriterien mittels der Vergabe von Punktwerten unterschiedlich gewichtet. Die effizienteren Kriterien erhalten einen höheren Punktwert als die Kriterien mit geringerer diagnostischer Effizienz. Um die Borderline-

Diagnose stellen zu können, muß der Punktwert der erfüllten Kriterien einen Mindestpunktwert überschreiten. Darüber hinaus wird der kritische Cut-off von mindestens fünf erfüllten Kriterien beibehalten. Die Aufrechterhaltung dieses Cut-offs wird gestützt durch die Ergebnisse des Kapitels 9, wonach fünf bis sechs Kriterien notwendig sind, um die Borderline-Störung sicher von anderen Störungen abgrenzen zu können. Durch diese neue Entscheidungsstruktur würden einige Kriterienkombinationen ausgeschlossen, was die Heterogenität der Störung reduzieren würde. Zum anderen erhielte man so einen Hinweis auf die vorliegende Quantität der Symptomatik bzw. deren Nähe zum Prototypen der Borderline-Störung, der sowohl die Anzahl als auch die Art der zutreffenden Kriterien berücksichtigt. Eine Überprüfung und genauere Ausgestaltung (z.B. Festlegung von Punktwerten) dieser Regel in größeren Stichproben steht noch aus. Die Datenbasis der vorliegenden Dissertation ist zu einer systematischen Überprüfung der Praktikabilität dieser Regel zu klein. Die Größe der Patientinnengruppen, die bei gleicher Kriterienzahl zu einem unterschiedlichen Punktwert gelangen, ist zu gering, um einen statistisch abgesicherten Vergleich der Gruppen zu ermöglichen. Daher sind die vorliegenden Resultate lediglich als Anregung zu weiteren Forschungsvorhaben zu sehen.

13.2.2 Symptome der Borderline-Störung außerhalb der Kriterienebene

Wie erwartet belegten die Ergebnisse des Kapitels 9 eine überdurchschnittlich hohe Belastung der Borderline-Patientinnen in einer Vielzahl von Symptomen in mehreren Symptombereichen.

So ergaben sich überdurchschnittlich hohe Mittelwerte in den Variablen Angst (STAI), Ärger (STAXI), Ärger-Out (STAXI), Ärger-In (STAXI), Depressivität (BDI), allen Variablen der SCI-90-R, Dissoziation (FDS), allen Skalen des EDI bis auf die Skala Angst vor dem Erwachsenwerden, körperliche Belastung (FPI), Emotionale Labilität (FPI), Erregbarkeit (FPI), Gehemmtheit (FPI), niedrige Lebenszufriedenheit (FPI) sowie Introversion (IIP).

Im BPI erlangen die Borderlinerinnen durchschnittliche Werte, was aufgrund der Normierungsstichprobe (Borderline-Gruppe) als Beleg für die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe zu werten ist.

Im Falle des IIP wurden (vergleiche Kapitel 6 und 9) die ipsatierten Werte zur Auswertung des Fragebogens herangezogen. Diese Entscheidung zieht Vor- und Nachteile nach sich. Sie

wurde zugunsten der ipsatierten Werte getroffen, um zum einen Deckeneffekte zu vermeiden und zum anderen um den Schwerpunkt der Betrachtung auf das Profil der subjektiv empfundenen interpersonalen Verhaltensweisen zu legen.

Die Interpretation der Daten erlaubt daher keinen direkten Vergleich mit einer Normstichprobe in dem Sinn, daß Borderlinerinnen signifikant mehr oder weniger interpersonale Probleme haben als eine im Testmanual dokumentierte Vergleichsstichprobe. Einen indirekten Beweis der übermäßigen Intensität oder Häufigkeit interpersonaler Probleme der Borderline-Patientinnen erhält man jedoch, indem man (wie in Kapitel 9 geschehen) die Anzahl der signifikant abweichenden Skalen des IIP berücksichtigt. Je mehr Skalen signifikant vom Mittelwert des IIP abweichen, desto mehr bzw. intensivere interpersonale Konflikte werden von der betreffenden Person erlebt.

Im Rahmen dieser Berechnungen wurde deutlich, daß für die Borderlinerinnen in durchschnittlich fünf von acht Skalen signifikante Abweichungen resultieren. Dies spricht für eine übermäßige Belastung im Hinblick auf interpersonale Probleme. Die gute diagnostische Effizienz (Kapitel 8) des zweiten Borderline-Kriteriums (Instabile zwischenmenschliche Beziehungen) ergänzt diese Beobachtung.

13.2.3 Interpersonale Probleme der Borderline-Patienten (Qualitative Aspekte)

In den Kapiteln 10 und 11 wurde gezeigt, daß eine Strukturierung der interpersonalen Probleme der Borderline-Störung von klinischer und therapeutischer Bedeutung ist. Mittels Faktorenanalyse und darauf aufbauender Clusteranalyse wurde deutlich, daß die hier untersuchte Borderline-Gruppe in vier Subgruppen unterteilt werden kann. Die aus der Faktorenanalyse der IIP-Skalen resultierenden Faktoren wurden Kontaktgestaltung bzw. Kontaktbereitschaft genannt.

Die Pole der Dimensionen sind konfrontativ/selbstbehauptend vs. submissiv/selbstabwertend bzw. kontaktvermeidend vs. kontaktfreudig. Es wurde eine Unterscheidung der Borderlinerinnen in vier Typen vorgeschlagen (Abbildung 13.1). In der Abbildung ist jedes IIP-Cluster anhand der Skalen, in denen es signifikant höhere/niedrigere Werte aufweist als die übrigen Cluster, und anhand der Skalen, in denen es signifikante Abweichung von der Normverteilung aufweist, beschrieben. Aus dieser Betrachtung folgt eine neue, hypothetische Benennung der Cluster, die ebenfalls in Abbildung 13.1 aufgeführt ist: Cluster 1 wird als kontrolliert-unsicherer Typ, Cluster 2 als impulsiv-spontaner Typ, Cluster 3 als prosozial-aktiver Typ und Cluster 4 als paranoid-defensiver Typ beschrieben.

<p>Submissiv, kontaktfreudig Höhere Ängstlichkeit* Höhere soziale Orientierung* Niedrigere Gehemmtheit Öfter Borderline-Kriterium 8 (BPS 8) Seltener Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeit</p> <p>Hohe Scham* Hohe Ärgerneigung* Hohe soziale Unsicherheit* Hohe Ärger-In* Hohe Ärger-Out*</p> <p>Prosozial-aktiver Typ; C3</p> <p>FII</p>	<p>FI</p> <p>Submissiv, kontaktvermeidend Geringerer, aber hoher Ärger* Geringere Ärger-Out Höhere Ärgerkontrolle Höheres Mißtrauen* Höhere Scham Niedrigere Aggression Höhere Gehemmtheit* Niedrigere Offenheit Seltener Borderline-Kriterium 8 (BPS 8) Öfter Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeit</p> <p>Hohe Ärger-In* Niedrige Lebenszufriedenheit*</p> <p>Kontrolliert-unsicherer Typ; C1</p>
<p>Konfrontativ, kontaktfreudig Höhere Aggressivität* Höhere Ärgerneigung* Niedrigere Ärger-In Höhere Ärger-Out* Niedrigere Ärgerkontrolle Niedrigeres Mißtrauen Niedrigere Scham Höhere Lebenszufriedenheit Niedrigere Gehemmtheit Öfter Borderline-Kriterium 2 und 4 (BPS 2 & 4) Seltener Borderline-Kriterium 7 (BPS 7), seltener Selbstunsichere & Depressive Persönlichkeit</p> <p>Hohe Scham* Hohe soziale Unsicherheit* Hohe Ängstlichkeit*</p> <p>Impulsiv-spontaner Typ; C2</p>	<p>Konfrontativ, kontaktvermeidend Höhere Aggressivität* Höhere soziale Unsicherheit* Geringere soziale Orientierung* Geringere Lebenszufriedenheit* Seltener Borderline-Kriterium 1 (BPS 1) Öfter Borderline-Kriterium 3 (BPS 3) Öfter Borderline-Kriterium 5(BPS 5)</p> <p>Hohes Mißtrauen* Hohe Ärgerneigung* Hohe Ärger-In* Hohe Ärger-Out* Hohe Gehemmtheit* Hohe Ängstlichkeit* Hohe Scham*</p> <p>Paranoid-defensiver Typ; C4</p>

Abbildung 13.1: Unterscheidung und Beschreibung der vier IIP-Cluster anhand klinischer Merkmale.

Bemerkung: „Höher/geringer/öfter/seltener“ = sign. höher/niedriger/öfter/seltener als die Reststichprobe; * klinisch signifikante Abweichung in den jeweiligen Skalen

Ob sich diese Einteilung in der klinischen Praxis bewährt, muß durch weitere Studien abgesichert werden. Vorschläge für eine indikative Therapieplanung wurden für die Patientinnen der Cluster in Kapitel 11 formuliert.

Durch die Abbildung 13.1 wird abschließend nochmals verdeutlicht, daß die beiden IIP-Faktoren zu einer Einteilung der Patienten in vier Gruppen führt, die sich außer in ihren Faktorwerten auch in weiteren klinischen Merkmalen signifikant unterscheiden. Dabei üben

die Faktoren Einfluß auf unterschiedliche Merkmale aus. Der Faktor Kontaktgestaltung steht in signifikantem Zusammenhang mit der Skala Aggressivität. Personen mit hohen Faktorwerten, d.h. geringer (!) Neigung zu konfrontativem Verhalten und hoher (!) Neigung zu submissiven Verhaltensweisen, sind signifikant weniger aggressiv.

Der Faktor Kontaktbereitschaft weist signifikante Zusammenhänge zu den Skalen Gehemmtheit, Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung und Lebenszufriedenheit auf. Personen, die hohe Werte auf diesem Faktor erhalten haben (kontaktvermeidend), sind signifikant gehemmter, selbstunsicherer und weniger zufrieden mit ihrem Leben.

Beide Faktoren gemeinsam stehen im Zusammenhang mit den Skalen des STAXI, der Skala Scham, Soziale Orientierung und der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. So neigen z.B. Personen mit hohen Werten auf beiden Faktoren signifikant stärker dazu, ihren Ärger nach innen zu verarbeiten.

Die Zusammenhänge zwischen den Faktorwerten und den klinischen Merkmalen sind insbesondere für die in Tabelle 13.2 aufgeführten Variablen nachgewiesen worden. Dabei werden sowohl die Haupteffekte als auch die Interaktionen der beiden IIP-Faktoren aufgeführt.

Tabelle 13.2

Haupteffekt Kontaktgestaltung Faktor I	Haupteffekt Kontaktbereitschaft Faktor II	Interaktionen Faktor I und Faktor II
➤ Aggressivität	➤ Gehemmtheit	➤ Ärger
	➤ Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	➤ Ärgerausdruck (Ärger-In, Ärger-Out, Ärgerkontrolle)
	➤ Lebenszufriedenheit	➤ Scham
		➤ Soziale Orientierung
		➤ Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Tabelle 13.2: Haupteffekte und Interaktionen der beiden IIP-Faktoren Kontaktgestaltung und Kontaktbereitschaft

Die Einteilung der Borderline-Patientinnen in die vier oben beschriebenen Gruppen wurde in der abschließenden Beurteilung der Ergebnisse des Kapitels 11 mit therapeutischen Strategien und Vorgehensweisen für jede einzelne der Patientengruppen in Verbindung gebracht. Diese werden hier aus Kapazitätsgründen nicht mehr dargestellt. Sie sind in der Diskussion des elften Kapitels nachzulesen.

Jeder der hier genannten Überlegungen muß in ihrer Wirksamkeit und Praktikabilität in weiteren Studien überprüft und abgesichert werden. Der Ansatz, interpersonale Probleme als

Grundlage einer Gruppendifferenzierung und Therapieplanung zu nutzen, erscheint insgesamt vielversprechend zu sein.

13.2.4 Subgruppenbildung innerhalb der Borderline-Gruppe

Neben der Einteilung der Gruppen anhand der Skalen des IIP wurden im Kapitel 12 weitere Gruppeneinteilungen vorgenommen. Aus den Ergebnissen lassen sich einige Schlußfolgerungen bzw. Anregungen zur Veränderung der Borderline-Diagnostik ableiten, die zum Teil bereits in 12.6 diskutiert wurden. An dieser Stelle soll deswegen insbesondere auf die Ergebnisse des Vergleichs stationärer vs. ambulanter Borderline-Patientinnen eingegangen werden, da sich hieraus konkrete Veränderungsvorschläge hinsichtlich des SKID II ergeben.

Da die Schwere der Symptomatik bei älteren, überwiegend ambulanten Borderline-Patientinnen abnimmt, was sich auch in der Intensität der allgemeinen psychischen Belastung zeigt (Kapitel 12), wurde zunächst vermutet, daß diese Patientinnen auch weniger Borderline-Kriterien erfüllen als die jüngeren, überwiegend stationären Patientinnen. Das war jedoch nicht der Fall.

Daher erscheint es sinnvoll, zusätzlich zur Information darüber, ob ein Kriterium erfüllt ist oder nicht, eine Abstufung hinsichtlich der Schwere der Borderline-Symptomatik hinzuzufügen. Dies impliziert eine Ergänzung der Vorgehensweise des SKID-II-Interviews.

Vorgeschlagen wird folgende Veränderung: Die erste Entscheidung betrifft die Frage, ob ein bestimmtes Borderline-Kriterium erfüllt ist oder nicht. Nur wenn das Kriterium vollständig erfüllt ist, folgt ein zweiter Schritt, in dem die Intensität des Kriteriums beurteilt wird.

Die Beurteilung der Intensität wird vierstufig vorgenommen: 1 = Kriterium nur in sehr geringem Maße erfüllt, 2 = Kriterium mäßig erfüllt, 3 = Kriterium in deutlichem Maße erfüllt und 4 = Kriterium in sehr starkem Ausmaß erfüllt.

Diese Information sollte für jedes diagnostizierte Kriterium erhoben und als Profil der Symptomintensität für jede Persönlichkeitsstörung im SKID II dokumentiert werden. Dieses Vorgehen verlangt nur wenig an Mehraufwand, stellt aber insbesondere dann, wenn Diagnostiker und Therapeut nicht die gleiche Person sind, einen großen Informationsgehalt für die Therapieplanung zur Verfügung.

Literatur

Alden, L.E. & Philipps, N. (1990). *An interpersonal analysis of social anxiety and depression*. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-513.

Alvir, J.M.J., Schooler, N.R., Borenstein, M.T., Woerner, M.G. & Kane, J.M. (1988). *The reliability of a shortened version of the SCL-90-R*. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 242-246.

Akiskal, H.S. (1981). *Subaffektive disorders: Dsythymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the „borderline“ realm*. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

American Psychiatric Association (1984). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM III (3th ed.)*. Washington DC: Autor.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R (3th ed.; revised)*. Washington DC: Autor. [Deutsch: 1989 Diagnostisches Statistisches Manual Psychischer Störungen. Weinheim: Beltz.]

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: Autor.

Andrulonis, P.A., Glueck, B.C., Stroebel, C.F. & Vogel, N.G. (1982). *Borderline personality subcategories*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 670-679.

Averill, J.R. (1982). *Anger and aggression. An essay on emotion*. New York: Springer.

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). *Attachment styles in young adults: a test of a model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Beck, A. T. & Steer, R.A. (1987). *Beck-Depression-Inventory – Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). *Beck-Depression-Inventory: Twenty-five years of evaluation*. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100.

Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive Therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.

Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). *Development, reliability and validity of a dissociation scale*. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 727-735.

Beutel, P. & Schubö, W. (1983). *SPSS 9. Statistical Package for Social Sciences Version 9*. Stuttgart: Gustav Fischer.

- Blais, M.A. & Norman, D.K. (1997). *A Psychometric Evaluation of the DSM-IV Personality Disorder Criteria*. *Journal of Personality Disorder*, 11(3), 168-175.
- Blais, R.A., Hilsenrotz, R.J. & Fowler, J.C. (1999). *Diagnostic efficiency and hierarchical functioning*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 3, 167-173.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.D. (2001). *Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste*. *Psychotherapie, Psychosomatik & medizinische Psychologie*, 51, 201-211.
- Chathan, P.M. (1985). *Treatment of borderline personality*. New York: Jason Aronson.
- Clarkin, J.F., Widiger, T.A., Frances, A., Hurt, S.W. & Gilmore, M. (1983). *Prototypic Typology and the Borderline Personality Disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- Clarkin, J.F., Hull, J.W. & Hurt, S.W. (1993). *Factor Structure of Borderline Personality Disorder Criteria*. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137-143.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Conte, H.R. Plutchik, R. Karasu, T.B. & Jerett, I. (1980). *A self-report borderline-scale. Discriminative validity and preliminary norms*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 428-435.
- Cowdry, R. & Garner, D.L. (1988). *Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Alprazolam, carbamazepin, trifluoperazine and tranlycypromine*. *Archives of General Psychiatry*, 45, 111-119.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. & Rock, A.F. (1976). *The SCL-90-R and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale*. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Deutsch, H. (1942). *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia*. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.
- Esser, R. & Lesser, S. (1965). *Hysterical personality: A reevaluation*. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 390-402.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1985). *Die revidierte Form des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R*. *Diagnostica*, 31, 1-21.

Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-AI* (5., ergänzte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie für Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1995). *Users` Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Fossati, A., Raffei, C., Bagnato, R. & Donati, D. (1999). *DSM-IV borderline personality disorder criteria*. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 72-79.

Franke, G.H. (1992). *Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument*. *Diagnostica*, 38, 160-167.

Franke, G.H. (1994a). *Die Symptom-Check-Liste [SCL-90-R, Derogatis 1986] als „missing link“ zwischen Befindlichkeitsmessung und Persönlichkeitsfragebögen*. Magdeburg: 10. Kongreß „Psychologie in der Medizin“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie.

Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. (Dt. Version). Göttingen: Hogrefe.

Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene*. Deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES) von E. Bernstein-Carlson & F. W. Putnam. Bern: Verlag Hans Huber.

Frischholz, E.J., Braun, B.G., Sachs, R.G., Hopkins, I., Schaeffer, D.M., Lewis, J., Leavill, F., Rasquotte, M.A. & Schwartz, D.R. (1990). *The Dissociative Experience Scale. Further replication and validation*. *Dissociation*, 3, 151-153.

Frischholz, E.J., Braun, B.G., Sachs, R.J. & Schwartz, D.R. (1991). *Construct validity of the Dissociative Experience Scale (DES).I. The relationship between DES and other self-report measures of Dissociation*. *Dissociation*, 4, 185-188.

Garcia, F.O. (1990). *The concept of dissociation and conversion in the new edition of the International Classification of diseases (ICD 10)*. *Dissociation*, 4, 204-208.

Garner, D.M. (1991). *Eating-Disorder-Inventary-2. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Grinker, R.R., Werble, B. & Drye, R.C. (1968). *The Borderline-Syndrom*. New York: Basic Books.

Gunderson, J.G. (1984). *Borderline-Personality Disorder*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G. (1990). *Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom (DIB)*. [Dt. Bearbeitung von Pütterich, H.] Weinheim: Beltz-Test.

Gunderson, J.G. & Kolb, J.E. (1978). *Discriminating features of borderline patients*. American Journal of Psychiatry, 135, 792-796.

Gunderson, J.G. & Singer, M.T. (1975). *Defining borderline patients: an overview*. American Journal of Psychiatry, 132, 1-10.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.

Herpertz, S. & Sass, H. (1997). *Impulsivität und Impulskontrolle*. Nervensarzt, 68, 171-183.

Herpertz, S. Gretzer, A., Mühlbauer, V., Steinmeyer, E.M. & Sass, H. (1998). *Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patienten mit selbstschädigendem Verhalten*. Nervenarzt, 5, 98-.

Herpertz, S., Hanns, M.D., Kunert, J., Schwenger, U., Eng, M. & Sass, H. (1999). *Affective Responsiveness in Borderline Personality Disorder: A Psychophysiological Approach*. American Journal of Psychiatry, 156; 10-.

Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (1995). *Einführung in die Neurosenlehre und Psychotherapeutische Medizin*. (4. Aufl.) Stuttgart: Schattauer.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. & Bartholomew, K. (1993). *Interpersonale Probleme in der Psychotherapie*. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29, 170-197.

Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*. (Deutsche Version; IIP-D, 2., überarbeitete und neunormierte Aufl.) Göttingen: Beck Test GmbH.

Hurt, S.W., Clarkin, J.F. & Widinger, T.A. et al. (1990). *Evaluation of DSM-III decision rules for case detection using joint conditional probability structures*. Journal of Personality Disorders, 4, 121-130.

Ijzendoorn, M.H. & Schuengel, C. (1996). *The measurement of dissociation in normal and clinical population. Metaanalytic validation of the Dissociative Experience Scale (DES)*. Clinical Psychological Review, 16, 365-382.

Jäger, R.S. & Petermann, F. (1995). *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: Beltz.

- Kammer, D. (1983). *Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressions-Inventars*. Diagnostica 24, 48-60.
- Kernberg, O.F. (1988). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kowalik, D.L. & Gotlib, I.H. (1987). *Depression and marital interaction. Concordance between intent and perception of communication*. Journal of Abnormal Psychology, 96, 127-134.
- Laux, L., Glanzmann, Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz Test.
- Leichsenring, F. (1991a). „Frühe“ Abwehrmechanismen bei Borderline- und neurotischen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 75-91.
- Leichsenring, F. (1991b). *Kognitive und affektive Auffälligkeiten bei Borderline- und neurotischen Patienten*. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 12, 107-123.
- Leichsenring, F. (1992). *Zur differentialdiagnostischen Validität des „Borderline-Syndrom-Index“ (BSI)*. Diagnostica, 38, 155-159.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R. & Bohus, M. (2002). *Subtype Differentiation of Patients with Borderline-Personality Disorder Using a Circumplex Model of Interpersonal Behavior*. (Im Druck).
- Lienert, G.A. & Ratz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse (5.Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Linehan, M.M. (1993b). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline-Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1996). *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: cjp medien.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. & Links, P. (1994). *Severity as a diagnostic dimension of borderline personality disorder*. Canadian Journal of Psychiatry, 39, (9), 540-544.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality DSM-III: Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1987a). *On genesis and prevalence of the borderline personality disorder. A social learning thesis*. Journal of Personality disorders, 1, 354-372.

- Moran, P.W. & Lambert, M.G. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In: Lambert, M.G., Christensen, E.R. & DeJulio, S.S. (Eds.). *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: Wiley.
- Nurnberg, H.G., Stephen, W.H., Feldmann, A. & Suh, R. (1987). *Efficient Diagnosis of Borderline Personality Disorder*. *Journal of Personality Disorder*, 1, 307–315.
- Pfingsten, G & Baumann, U. (1986). *Zur Validierung des FPI-R anhand von Klienten einer Studentenberatungsstelle*. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 7, 243-247.
- Pretzer, J. (1990). *Borderline personality disorder. Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Prökel, S. (1989). *Herzschlagwahrnehmung in einer Ärger- und in einer Kontrollsituation*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Physiologische Psychologie.
- Rado, S. (1956). *Psychoanalysis of behavior: Collected papers*. New York: Grune & Stratton.
- Roberts, R.E., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1990). *Screening for adolescent depression: A comparison of the CES-D and the BDI*. Eugene: Oregon Research Institute.
- Rosenberg, P.H. & Miller, G.A. (1989). *Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders*. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 161-169.
- Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, D., Anderson, G. & Barchel, P. (1989a). *The dissociative disorder interview schedule. A structural interview*. New York: Wiley.
- Sanislow, C.A., Grilo & McGlashan, T.H. (2000). *Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients*. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1629-1633.
- Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Morey, L.C., Bender, D.S., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Stout, R.L., Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2002). *Confirmatory Factor Analysis of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study*. *American Journal of Psychiatry*, 159, 284-290.
- Schmideberg, M. (1947). *The treatment of psychopaths and borderline patients*. *American Journal of Psychotherapy*, 1, 45-55.
- Schmidt, J.U. & König, F. (1986). *Untersuchungen zur Validität der revidierten Form des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R*. *Diagnostica*, 3, 197-208.
- Schwenkmezger, P. (1990). *Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit*. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 295-310). Göttingen: Hogrefe.

- Schwenkmezger, P. & Hodapp, V. (1986). *Die deutsche Adaptation der Anger Expression (AX) Scale nach C.D. Spielberger*. Trierer Psychologische Berichte, 16, Heft 1.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Segal, D.L., Hersen, M., van Hasselt, V.B., Kabacoff, R.L. & Roth, L. (1993). *Reliability of Diagnosis in Older Psychiatric Patients Using the Structured Clinical Interview for the DSM-II-R*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15, 347-356.
- Sender, I. (2000). *Ratgeber Borderline*. München: cip medien.
- Siegel, J.M. (1990). *Anger and cardiovascular health*. In H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, Coping and health* (pp. 49-64). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Smith, R. L. (1972). *The relative proneness of shame and guilt as indication of defensive style*. Unpublished doctoral dissertation, Northwest University.
- Soloff, P.H. (1981). *Affect, impulse and psychosis in borderline disorder: A validation study*. Comprehensive Psychiatry, 22, 337-350.
- Steinberg, M. (1993). *The Structured Clinical Interview for the DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Stern, A. (1938). *Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses*. Psychoanalytic Quarterly, 7, 467-489.
- Stone, M.H. (1987). *Constitution and temperament in borderline conditions: Biological and genetic explanatory formulations*. In J.S. Grotstein, M.F. Solomon & J.A. Lang (Eds.). *The borderline patient: Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment* (pp. 253-287). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D. O. & Schübler, G. (1997). *Eine deutschsprachige Version des Eating-Disorder-Inventary EDI-2*. Psychotherapie, Psychosomatik & medizinische Psychologie, 47, 365-376. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Webder, P. & Klein, D.E. (1981). *Mind, mood & medicine: A guide to new biopsychiatry*. New York: Farrar, Strauss, Giroux.
- Weber, H. (1994). *Ärger: Psychologie einer alltäglichen Emotion*. Weinheim und München: Juventa-Verlag.
- Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D. & Heather, N. (2000). *Does ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder?* British Journal of Medical Psychology, 73, 483-494.

Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1989). *Conceptions of personality*. *Psychological Assessment*, 1, 305-316.

Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davis, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.J., Rounsaville, B. & Wittchen, H.-U. (1992). *The Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID) II. Multi-Site test-retest-reliability*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 630-636.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Wuchner, M., Eckert, J. & Biemann-Ratjen, E. (1993). *Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken*. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 198-214.

Young, J. & Swift, W. (1988). *Schema focussed cognitive therapy for personality disorders: Part I*. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 13-14.

Zimmermann, M. & Mattia, J.I. (1999). *Differences between clinical research practices in diagnosing borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1570-1574.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Gegenüberstellung und Differenzierung von parasuizidalem Verhalten von Borderline-Patienten und anderen Patientengruppen.	S. 28
Tabelle 4.1:	Prävalenzangaben in Prozent der spezifischen Persönlichkeitsstörungen nach DSM IV.	S. 40
Tabelle 4.2:	Komorbiditäten (in %) der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV zu Störungen der Achse I nach DSM-IV.	S. 42
Tabelle 4.3:	Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander.	S. 45
Tabelle 5.1:	Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der Borderline-Störung und neun anderen Persönlichkeitsstörungen.	S. 48
Tabelle 7.1:	Altersverteilung in den Patientenstichproben.	S. 73
Tabelle 7.2:	Prozentuale Verteilung der Erstdiagnosen innerhalb der Gesamtstichprobe.	S. 74
Tabelle 7.3:	Mittelwerte in den Entscheidungskriterien (SKID-II) der Persönlichkeitsstörungen.	S. 75
Tabelle 7.4:	Mittelwert, Standardabweichung, Varianz und Standardfehler der BPS-Kriterien in der Gesamtstichprobe und den beiden Unterstichproben der BPS-Patientinnen bzw. Nicht-BPS-Patienten.	S. 76
Tabelle 7.5:	Diagnosehäufigkeiten der Borderline-Kriterien in der Gesamtstichprobe sowie Summe der Patienten, die eine bestimmte Anzahl von Borderline-Kriterien erfüllen.	S. 78
Tabelle 7.6:	Darstellung der in die Untersuchung eingehenden Variablen und diagnostischer Verfahren.	S. 79
Tabelle 7.7:	Anfänglichen Eigenwerte, Summe der quadrierten Faktorladungen für die Extraktion und aufgeklärte Varianz. Faktorenanalyse der Borderline-Kriterien in der Gesamtstichprobe (n = 161).	S. 80
Tabelle 7.8:	Faktorladungen der Borderline-Kriterien.	S. 81
Tabelle 7.9:	Kommunalitäten der Borderline-Kriterien.	S. 82
Tabelle 7.10:	Ergebnisse der Faktorenanalyse in der Borderline-Gruppe (n = 56).	S. 82

Tabelle 8.1:	Vergleiche der Studienergebnisse von Clarkin et al. (1983), Blais et al. (1999), Fossati et al. (1999) und Nienhaus (2003) zur diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien.	S. 90
Tabelle 8.2:	Koeffizienten der diagnostischen Effizienz der Borderline-Kriterien.	S. 91
Tabelle 8.3:	Regressionsanalyse. Vorhersage der Borderline-Störung durch eine Auswahl von Borderline-Kriterien.	S. 99
Tabelle 8.4:	Regressionsanalyse. Vorhersage klinischer Merkmale bzw. Variablen aus dem Fragebogenpaket (siehe 7.4) anhand der Borderline-Kriterien.	S. 102
Tabelle 9.1:	Mittelwerte, Standardabweichung, Varianz und Standardfehler der Variablen der zehn Fragebögen zu klinisch-psychologischen Merkmalen.	S. 110
Tabelle 9.2:	Faktorenanalyse: Eigenwerte, Aufgeklärte Varianzen und kumulierte Varianz.	S. 117
Tabelle 9.3:	Faktorenanalyse: Faktorladungen.	S. 117
Tabelle 9.4	Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse: Corrected Item total Correlation, Alpha if Item is deleted, Gesamt-Alpha einer Skala.	S. 120
Tabelle 10.1:	Faktorenanalyse der IIP-Skalen: Anfänglichen Eigenwerte der Komponenten, Varianzaufklärung & kumulierte Varianz.	S. 129
Tabelle 10.2:	Faktorladungen der IIP-Skalen auf den beiden extrahierten Faktoren.	S. 130
Tabelle 10.3:	Clusterzentren der vier Clustern der Clusteranalyse der IIP-Skalen.	S. 133
Tabelle 10.4:	Signifikante Unterschiede zwischen den Clustern in den acht Skalen des IIP.	S. 134
Tabelle 10.5:	Signifikante Korrelationen zwischen Variablen des Fragebogenpakets und den Faktoren des IIP.	S. 136
Tabelle 11.1:	Darstellung der Clusterzentren in den vier Clustern der Clusteranalyse der IIP-Skalen.	S. 144
Tabelle 11.2:	Signifikante Unterschiede zwischen den Clustern in den acht Skalen des IIP.	S. 145
Tabelle 11.3:	Mittelwerte der Cluster in den Skalen des Fragebogenpakets.	S. 146

Tabelle 11.4:	Signifikante Unterschiede zwischen je einem Cluster und der Reststichprobe in den Skalen des Fragebogenpakets.	S. 153
Tabelle 12.1:	Gruppenzusammensetzung anhand der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien.	S. 166
Tabelle 12.2:	Mittelwerte der Patientinnengruppen mit 5/6, 7 oder 8/9 erfüllten Borderline-Kriterien in den Skalen des Fragebogenpakets.	S. 167
Tabelle 12.3:	Signifikante Unterschiede zw. Borderlinerinnen mit/ohne komorbider Persönlichkeitsstörung.	S. 170
Tabelle 12.4:	Signifikante Unterschiede in den Kriterien der Persönlichkeitsstörungen zwischen depressiven bzw. süchtigen Patienten und Borderlinerinnen.	S. 176
Tabelle 13.1:	Verbesserungsvorschläge einiger Borderline-Kriterien in Ergänzung zur Formulierung der Kriterien im DSM-IV bzw. SKID II.	S. 192
Tabelle 13.2	Haupteffekte und Interaktionen der beiden IIP-Faktoren Kontaktgestaltung und Kontaktbereitschaft.	S. 196

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Zuordnung der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV in ein dreidimensionale Modell (Fiedler, 2000).	S. 20
Abbildung 10.1:	Darstellung einer möglichen Gruppeneinteilung der Borderline-Patientinnen anhand des Koordinatensystems der Faktoren aus den IIP-Skalen.	S. 126
Abbildung 10.2:	Einteilung der vier Cluster anhand den Faktoren des IIP.	S. 134
Abbildung 11.1:	Einteilung der Cluster in das Koordinatensystem der IIP-Faktoren.	S. 140
Abbildung 11.2:	Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Borderline-Kriterin zwischen den vier Clustern des IIP.	S. 152
Abbildung 13.1:	Unterscheidung und Beschreibung der vier IIP-Cluster anhand klinischer Merkmale	S. 195

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.

Aus urheberrechtlichen Gründen wurden die Seiten 210 - 243 geschwärzt.