

Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart
Abteilung für Psychosomatische Medizin

**Subtypen der Borderline Persönlichkeitsstörung anhand
des IIP-D, deren zeitliche Stabilität sowie Zusammenhang
zum Borderline Persönlichkeitsinventar,
Behandlungsdauer und Therapieabbruch**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Palsule Desai, Manjusha

2019

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. H. Weiß

2. Berichterstatter: Professor Dr. S. Zipfel

Tag der Disputation: 26.02.2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis	iii
1. Einleitung	1
1.1 Borderline Persönlichkeitsstörung	2
1.1.1 Subtypen bei Borderline Persönlichkeitsstörung	6
1.2 Interpersonale Probleme	8
1.2.1 Das interpersonale Modell	8
1.2.2 Interpersonale Probleme bei psychischen Erkrankungen	10
1.2.3 Interpersonale Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung	13
1.2.4 Subtypen interpersonalen Probleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen	16
1.2.5 Subtypen interpersonalen Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung	18
1.3. Fragestellungen und Hypothesen	19
2. Material und Methoden	21
2.1 Datenerhebung und Patientenstichprobe	21
2.2 Messinstrumente der Studie	23
2.2.1 Interpersonale Probleme IIP D	24
2.2.2. Borderline Persönlichkeitsinventar BPI	27
2.2.3 Symptom schwere SCL 90	29
2.3 Statistische Datenanalyse	32
3. Ergebnisse	34
3.1 Stichprobenbeschreibung – soziodemografische Daten	34
3.2 Krankheitsvorgeschichte	37
3.3 Interpersonelle Probleme IIP-D zum Zeitpunkt T0	38

3.3.1	Veränderungen zum Zeitpunkt T1	39
3.3.2	Darstellung der Kreisparameter zum Zeitpunkt T0 und T1	42
3.4	Borderline Persönlichkeitsinventar zum Zeitpunkt T0.	44
3.4.1.	Veränderungen zum Zeitpunkt T1	45
3.5	SCL-90 zum Zeitpunkt T0	48
3.5.1.	Veränderungen zum Zeitpunkt T1	49
3.6	Hypothesenprüfender Teil	53
3.6.1	Überprüfung der Hypothese 1 „Subtypen interpersonalen Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung“	53
3.6.2	Überprüfung der Hypothese 2 „Subtypen interpersonalen Probleme und Borderline Persönlichkeitsinventar	58
3.6.3	Überprüfung der Hypothese 3 Zeitliche Stabilität der Subtypen	60
3.6.4	Überprüfung der Hypothese 4 Subtypen interpersonalen Probleme und Therapiedauer/-abbruch	66
4.	Diskussion der Ergebnisse	69
4.1	„Subtypen interpersonalen Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung“	69
4.2	„Subtypen interpersonalen Probleme und Borderline Persönlichkeitsinventar“	70
4.3	„Zeitliche Stabilität interpersonalen Subtypen“	71
4.4	„Subtypen interpersonalen Probleme und Therapiedauer/-abbruch“	71
4.5	Limitationen der Untersuchung	72
4.6	Fazit und Ausblick	72
5.	Zusammenfassung	73
6.	Literaturverzeichnis	75
7.	Anhang	80
	Erklärung zum Eigenanteil	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1 Zweidimensionaler semantischer Raum interpersonaler Verhaltensweisen (nach Horowitz und Vitkus 1986)	8
Abbildung 1.2 Das Circumplex-Modell interpersonaler Verhaltensweisen (nach Wiggins und Pincus 1989)	9

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1 Verwendete Messinstrumente	23
Tabelle 3.1 : Soziodemographische Beschreibung der Analytestichprobe (N = 107)	35
Tabelle 3.2 : Merkmale der Krankheitsvorgeschichte (N = 107)	37
Tabelle 3.3 Stanine und Rohwerte IIP-D (Standardabweichung) Zeitpunkt T 0 (N=106)	38
Tabelle 3.4 Stanine und Rohwerte IIP-D (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=54)	39
Tabelle 3.5 Stanine und Rohwerte IIP-D (Standardabweichung) Zeitpunkt T1 (N=54)	40
Tabelle 3.6 Ergebnisse des Wilcoxon Test Skalen des IIP-D Zeitpunkt T0 und T1 (N=54)	41
Tabelle 3.7: IIP-D-Kreisparameter (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=107) und T1 (N= 54)	43
Tabelle 3.8 Wilcoxon-Test für die Variablen Amplitude und Displacement/Winkel Zeitpunkt T0 und T1 (N=106 bzw 54)	43
Tabelle 3.9 T-Test für abhängige Stichproben für die Variablen Dominanz, Zuneigung und Elevation zum Zeitpunkt T0 und T1 (N=106 bzw 54)	44
Tabelle 3.10 BPI T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=105)	44

Tabelle 3.11 BPI T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=48)	45
Tabelle 3.12 BPI T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T1 (N=48)	46
Tabelle 3.13 Wilcoxon-Test für Skalen des BPI Zeitpunkt T0 und T1 (N=48) .	47
Tabelle 3.14 T-Test für abhängige Stichproben für BPI Gesamtwert zum Zeitpunkt T0 und T1 (N= 48).	48
Tabelle 3.15 SCL-90 T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=105)	48
Tabelle 3.16 SCL-90 T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=53)	50
Tabelle 3.17 SCL-90 T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T1 (N=53)	51
Tabelle 3.18 Wilcoxon-Test für Skalen des SCL-90 Zeitpunkt T0 und T1 (N=105 bzw 53)	52
Tabelle 3.19 T-Test für abhängige Stichproben für Zeitpunkt T0 und T1 (N=105 bzw 54)	53
Tabelle 3.20 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Varianzanalyse mit abhängigen Variablen Dominanz, Zuneigung, Elevation und IIP-D Skalen zum Zeitpunkt T0.	55
Tabelle 3.21 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Kruskal-Wallis Test mit abhängigen Variablen IIP-D Skalen und Amplitude und Winkel/Displacement zum Zeitpunkt T0	57
Tabelle 3.22 Werte der Skalen des BPI nach Cluster Zeitpunkt T0	58
Tabelle 3.23 Ergebnisse des Kruskal Wallis Test mit der abhängigen Variable Skalen des BPI Zeitpunkt T0 (N=104)	59
Tabelle 3.24 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Varianzanalyse mit abhängigen Variablen Dominanz, Zuneigung, Elevation und IIP-D Skalen zum Zeitpunkt T0 (N=54)	61
Tabelle 3.25 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Kruskal-Wallis Test mit abhängigen Variablen IIP-D Skalen und Amplitude und Winkel/Displacement zum Zeitpunkt T0.	62

Tabelle 3.26 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Varianzanalyse mit abhängigen Variablen Dominanz, Zuneigung, Elevation, Amplitude und IIP-D Skalen zum Zeitpunkt T1 (N=54)	63
Tabelle 3.27 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Kruskal- Wallis Test mit abhängigen Variablen IIP-D Skalen und Amplitude und Winkel/Displacement zum Zeitpunkt T1	65
Tabelle 3.28 Behandlungsdauer nach Cluster (N=47).	66
Tabelle 3.29 Vorzeitige Beendigung der Therapie nach Cluster (N=45).	67
Tabelle 3.30 Ergebnisse des Kruskal Wallis Test mit der abhängigen Variable Behandlungsdauer Zeitpunkt 1 (N=47)	68
Tabelle 3.31 Ergebnisse des Chi-Quadrat Test mit den abhängigen Variable Vorzeitige Beendigung Zeitpunkt 1 (N=45)	68
Tabelle 7.1 Ergebnisse der Kolmogorov Smirnov Anpassungstests	80

1. Einleitung

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist eine komplexe Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild, im Affekt mit deutlicher Impulsivität einhergehend (American Psychiatric Association, 2013). Für die Betroffenen geht sie mit Einschränkungen im Alltag und einer hohen Suizidrate einher.

Es fällt jedoch immer wieder eine Heterogenität innerhalb dieser Patientengruppe auf. Im DSM V werden 5 von 9 Kriterien gefordert, wodurch es zu einer Heterogenität der Symptomatik zwischen den einzelnen Patienten kommt (Skodol et.al. 2002). Es gab schon einige Versuche, Subtypen der Borderline Persönlichkeitsstörung zu erfassen, um diese Heterogenität zu verstehen (u.a. Andrulonis et al.1982, Marziali et al. 1994, Layden et al. 1993, Whewell et al. 2000, s. Kapitel 1.1.1). In wenigen Studien wurde versucht, eine Subtypisierung anhand interpersonaler Probleme vorzunehmen (Leihener et al. 2002, Ryan und Shean 2007, Salzer et al. 2013, s. Kapitel 1.2.5).

Da Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung häufig Schwierigkeiten im interpersonalen Bereich aufweisen, erscheint eine solche Subtypisierung zum weiteren Verständnis der Borderline Persönlichkeitsstörung interessant, insbesondere dem Verlauf und dem Therapieerfolg.

In der vorliegenden Arbeit sollen daher Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung anhand des IIP-D (Horowitz et al. (1988) identifiziert werden und mit den vorliegenden Studien verglichen werden. Lassen sich Subtypen identifizieren, sollen diese untereinander bezüglich Behandlungsdauer, stattgehabtem Therapieabbruch und den Skalen des Borderline Persönlichkeitsinventars verglichen werden.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie folgt:

Kapitel 1.1 gibt einen Überblick zur Borderline Persönlichkeitsstörung, hier wird insbesondere auch auf Studien eingegangen, in denen Subtypen von Borderline Persönlichkeitsstörung vorgestellt werden.

Kapitel 1.2 befasst sich mit interpersonalen Problemen. Es wird zunächst das interpersonale Modell vorgestellt. Es folgt dann eine Darstellung des Forschungsstands zum Thema interpersonale Probleme bei psychischen Erkrankungen, insbesondere in Hinblick auf die Borderline Persönlichkeitsstörung. Insbesondere wird der Forschungsstand zu Subtypen interpersonaler Probleme bei psychischen Erkrankungen vorgestellt. Hier wird im Besonderen auf Studien zur Borderline Persönlichkeitsstörung eingegangen.

In Kapitel 1.3 werden die Fragestellung und die daraus abgeleiteten Hypothesen beschrieben. In Kapitel 2 erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe und der verwendeten Messinstrumente. In den Kapiteln 3 und 4 werden Konzeption und Methoden, die deskriptiven und inferenzstatistischen Ergebnisse sowie die Diskussion der Ergebnisse dargestellt.

1.1. Borderline Persönlichkeitsstörung

Nach dem DSM V der „American Psychiatric Association“ wird die Borderline Persönlichkeitsstörung durch „ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität definiert (American Psychiatric Association, 2013). Fünf von neun charakteristischen Kriterien müssen zur Diagnosestellung erfüllt sein:

1. Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. Instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung
3. Identitätsstörung mit Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung

4. Impulsivität in zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Substanzmissbrauch, Geldausgaben)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Androhungen oder Andeutungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität
7. Chronische Gefühle von Leere
8. Unangemessen heftige Wut und Schwierigkeiten diese zu kontrollieren
9. Schwere dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen.

In den klinisch-diagnostischen Leitlinien des ICD 10 der WHO (Dilling et al. 2015) gibt es zwei Subtypen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, den „Borderline Typ“ und den „impulsiven Typ“. Es werden keine strikt formulierten Kriterien vorgegeben. Sie werden wie folgt beschrieben:

Impulsiver Typ: „Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere“ (S.281)

Borderline Typ: „Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Die Prävalenz der Borderline Persönlichkeitsstörung beträgt zwischen 1-2 % (Sass 1996, Widinger und Weissmann 1991, Torgersen et al. 2001).

Die Borderline Persönlichkeitsstörung wird weitaus häufiger bei Frauen diagnostiziert, der Anteil weiblicher Patientinnen liegt bei 70-75 % (Widinger und Weissmann 1991).

Einige Achse I Störungen finden sich bei der Borderline Persönlichkeitsstörung als Komorbidität, teilweise liegt dies auch in den DSM V Kriterien begründet, in denen beispielsweise Substanzmissbrauch und Essstörungen enthalten sind (Skodol et al. 2002). Neben Essstörungen und Substanzmissbrauch finden sich häufig affektive Störungen und Angststörungen (Gunderson 2005).

Bezüglich der Ätiologie gibt es verschiedene Modelle. Einige werden im Folgenden vorgestellt.

Das biologische Modell geht davon aus, dass biogenetische und frühkindliche Faktoren ursächlich für die Entstehung psychischer Erkrankungen sind. In Bezug auf die Borderline Persönlichkeitsstörung wurden genetische Faktoren bei der Entwicklung affektiver Labilität, Impulsivität und dissoziativer Zustände gefunden (Frauenknecht und Lieb 2005). Aus Zwillingsuntersuchungen wurden genetische Ursachen der Symptome wie Identitätsprobleme, Impulsivität der Borderline Persönlichkeitsstörung abgeleitet (Livesley et al.1993). Jedoch ist noch weitere Forschung notwendig, um genaue genetische Faktoren zu finden. In neurobiologischen Ansätzen, wie beispielsweise bei Lieb et al. (2004), wird von einem gestörten fronto-limbischem Regelkreis der Affektregulation bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Aufgrund einer Hyperreaktivität der Amygdala kommt es zu einer generellen Übererregbarkeit durch Emotionen unabhängig von deren Qualität. Fehlende inhibitorische Kontrolle durch den präfrontalen Kortex könnte zusätzlich zu Hyperaktivität der Amygdala beitragen. Neurobiologische Veränderungen wurden gefunden, jedoch ist nach wie vor unklar, ob diese Veränderungen bereits bestanden, z.B. genetisch oder durch die Erkrankung bedingt sind.

Desweiteren gibt es biopsychosoziale Konzepte, die von einer Interaktion von Veranlagung und Umwelt ausgehen. Ein bekanntes Modell ist das bio-psycho-soziale Konzept oder Diathese Stress Modell von M. Linehan (1996). Es geht davon aus, dass die Störung der Affektregulation durch eine Wechselwirkung von Anlage und Umweltfaktoren bedingt wird. Entscheidend ist hierbei eine gute oder schlechte Übereinstimmung zwischen der Umwelt und den Veranlagungen der Person. Bei schlechter Übereinstimmung fühlt sich das Kind „invalidiert“. Das bedeutet, dass geäußerte Gefühle nicht ernst genommen werden oder

sogar missachtet und bestraft werden. Ein Umgang und eine Regulation dieser Affekte kann so nicht gelernt werden. Als schlimmste Form des Invalidierens werden sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung genannt.

Eine der bedeutendsten psychoanalytischen Konzepte der Borderline Persönlichkeitsstörung ist dasjenige von Kernberg (1967). Im Gegensatz zu kategorialen oder dimensional Beschreibungen der Persönlichkeit nimmt Kernberg eine strukturelle Analyse der Persönlichkeit vor. Auf deren Grundlage ist eine Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen auf unterschiedlichen Organisationsniveaus möglich (Kernberg, 2000a). Wichtige Bestandteile einer Persönlichkeit sind nach Kernberg Temperament und Charakter. „Unter Temperament versteht man hierbei eine konstitutionell vorhandene und in weiten Teilen genetisch determinierte, angeborene Disposition zu Reaktionsweisen auf Umweltreize, insbesondere Intensität, Rhythmus und Schwelle affektiver Reaktionen“ (Kernberg 2000a, S.46). Mit Charakter ist eine „spezielle dynamische Organisation der Verhaltensmuster jedes einzelnen Individuums“ (Kernberg 2000a, S.47) gemeint.

Kernberg ordnet Störungen, die durch Identitätsdiffusion und primitive Abwehrmechanismen bei intakter Realitätsprüfung gekennzeichnet sind, der Borderline Persönlichkeitsorganisation zu. Neben der Borderline Persönlichkeitsstörung gehören hierzu die schizoide, schizotypische, paranoide, histrionische, narzisstische, antisoziale und abhängige Persönlichkeitsstörung. Sie unterscheiden sich durch das Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Neben der Borderline Persönlichkeitsstörung befindet sich die schizotype, schizoide und paranoide Persönlichkeitsstörung auf niedrigem Niveau der Borderline Persönlichkeitsorganisation. Bei der psychotischen Persönlichkeitsorganisation steht die mangelhafte Selbst-Objekt Differenzierung im Mittelpunkt, bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung hingegen eine Störung der Selbst- und Objektbeziehung (Kernberg, 2000a).

In der frühkindlichen Entwicklung zwischen dem 6. Lebensmonat und 3. Lebensjahr soll es zur Differenzierung in „gute“ und „böse“ Objekt- und Selbstvorstellungen, d.h. des Selbst- und Objektbildes kommen. Ein Kind weiß

z.B., dass eine Bezugsperson nicht vollkommen ist und auch negative Eigenschaften hat. Bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung gelingt diese Integration nicht. „Gute“ und „böse“ Objekt- und Selbstvorstellungen bleiben in Folge von körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch voneinander abgetrennt. Dies führt dazu, dass Patienten sich selbst und andere klischeehaft als „stark/schwach“, „gut/böse“ wahrnehmen, wobei die Wahrnehmung oft schnell ins Gegenteil umschlägt. Diese Tendenz zur Spaltung ist ein Hinweis auf das Persistieren primitiver Abwehrmechanismen, zu denen projektive Identifikation, Überidealisierung und Entwertung, Verleugnung und Omnipotenz gehören (Kernberg, 1975). Kennzeichnend für die Borderline Persönlichkeitsstörung ist nach Kernberg außerdem die Trias von Identitätsdiffusion, primitiver Affektäußerung und fehlender Impulskontrolle (Kernberg, 2000b).

1.1.1 Subtypen bei Borderline Persönlichkeitsstörung

Da sich bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung eine Heterogenität bezüglich Symptomschwere, Therapieerfolg, sozioökonomischem Status findet, gab es verschiedene Versuche, Subtypen/Subkategorien der Borderline Persönlichkeitsstörung zu finden.

So haben beispielsweise Andrulonis et al. (1982) bei 106 Patienten mit der Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung drei Subgruppen identifiziert: Eine Gruppe ohne organische Vorerkrankungen, hauptsächlich weibliche Patientinnen, ohne Schwierigkeiten im Sozialen und Schulischem in der Kindheit und mit affektiven Störungen in der Familiengeschichte, eine zweite Gruppe mit Epilepsie oder Enzephalitis in der Vorgeschichte und eine dritte Gruppe mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder Lernschwächen. In den beiden letzteren Gruppen fanden sich eher männliche Patienten mit Suchterkrankungen in der Familiengeschichte und aggressivem und hyperaktivem Verhalten in der Kindheit, die sich ungünstig auf die schulische Laufbahn auswirkten.

Marziali et al. (1994) identifizierten drei Subgruppen bei den von ihnen untersuchten Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Diese unterschieden sich anhand unterschiedlicher Symptomschwere und Muster der Komorbiditäten.

Layden et al. (1993) bildeten anhand der DSM III Kriterien drei Subtypen der Borderline Persönlichkeitsstörung. Zum einen die „borderline-avoidant/dependent personality“ Patienten die sich als inkompetent im Umgang mit schwierigen Situationen empfinden und sich z.B. beim Treffen von Entscheidungen abhängig von Anderen fühlen. Der zweite Subtyp ist die „borderline-histrionic/narcissistic personality“ mit übermäßigem Streben nach Aufmerksamkeit, schwankender Stimmung und einer Neigung zu Wutausbrüchen. Als dritten Subtyp beschreiben sie die „borderline-antisocial/paranoid personality“, welche durch Feindseligkeit, Misstrauen, große Wut, Eifersucht sowie ein geringes Selbstwertgefühl charakterisiert ist.

Whewell et al. (2000) wollten in ihrer Studie untersuchen, ob es sich bei den Subtypen „emotional instabil“ und „impulsiv“ der ICD 10 Klassifikation um valide Subtypen handelt. Sie fanden mittels Faktorenanalyse vier anstelle von zwei Subtypen anhand der Kriterien des DSM IV. Die ersten beiden ähnelten denen des ICD 10. Es fanden sich jedoch zwei weitere Subtypen, einen „nicht-impulsiven“ Subtyp und einen „undifferenzierten“ Subtyp.

An einer Gruppe von jugendlichen Patienten, welche die Kriterien einer Borderline Persönlichkeitsstörung erfüllten, fanden Bradley et al. (2005) anhand des Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200, Shedler und Westen 2003) mittels Q-Faktorenanalyse vier Subtypen: „high functioning internalizing“, „histrionic“, „depressive internalizing“ und „angry externalizing“. Die internalisierenden Gruppen waren gekennzeichnet durch Depressivität und Niedergeschlagenheit, während die anderen beiden Gruppen eher zu Wutausbrüchen und Manipulation anderer neigten. Hoerman et al. (2005) bildeten Subtypen bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung anhand des Merkmals „Effortful control“. Effortful Control ist Teil des Temperaments und dient dazu, Emotionen und Verhalten gezielt zu regulieren. Sie fanden in der Stichprobe drei Cluster. In Cluster I fanden sich Patienten, die hohe Werte auf

den entsprechenden Subskalen haben, in Cluster III Patienten mit niedrigen Werten auf allen Skalen, in Cluster II hatten die Patienten niedrige Werte in der Subskala „attentional control“, moderate Werte auf der Skala „inhibitory control“ und hohe Werte auf der Skala „activation control“. Die Cluster I und III unterschieden sich signifikant bezüglich Psychotizismus und Ängstlichkeit.

Ein weiterer Ansatz ist die Gruppierung anhand von interpersonalen Problemen. Auf den bisherigen Forschungsstand zu interpersonalen Problemen und Subtypen interpersonaler Probleme wird im Kapitel 1.2 eingegangen.

1.2. Interpersonale Probleme

1.2.1 Das interpersonale Modell

Bereits Sullivan (1953) beschrieb in seinem Werk „Die interpersonale Theorie der Psychiatrie“ zwischenmenschliche Beziehungen als wesentlich für die Ausbildung der Persönlichkeit. Alle zwischenmenschlichen Verhaltensweisen lassen sich laut Sullivan in einen zweidimensionalen Raum einordnen.

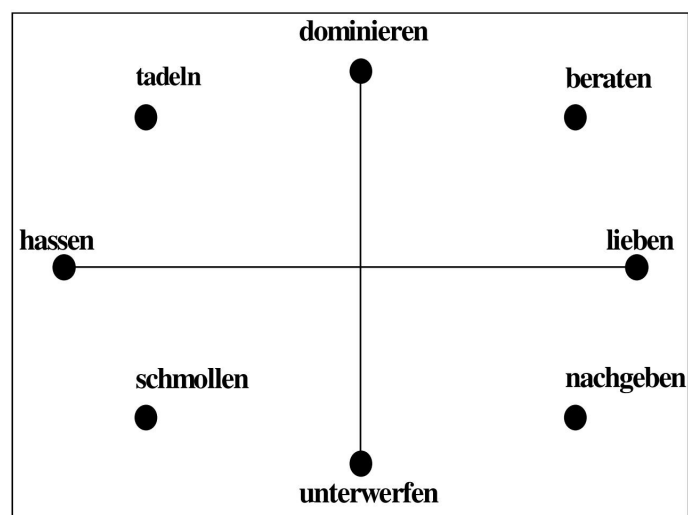


Abb. 1.1 Zweidimensionaler semantischer Raum interpersonalen Verhaltensweisen (nach Horowitz & Vitkus 1986)

Bei den beiden Dimensionen handelt es sich zum einen um die einander

entgegengebrachte Zuneigung/Abneigung, zum anderen um die Dimension Dominanz/Kontrolle.

Die Theorie Sullivans wurde von Leary (1957) weiter entwickelt. Er entwickelte das Circumplex- oder Kreismodell interpersonalen Verhaltens auf Grundlage des zweidimensionalen Schemas. Das Kreismodell besteht aus zwei Hauptachsen: Einer horizontalen Achse, auf der sich die Dimensionen Freundlichkeit vs. Feindseligkeit abbilden lassen, und einer vertikalen Achse, welche die Dimensionen Kontrolle/ Dominanz vs. Unterwürfigkeit /Submissivität repräsentiert. Der Kreis wird in acht Sektoren unterteilt, wobei jeder Oktant einem Verhaltensbereich entspricht. Semantisch verwandte Bereiche sind räumlich benachbart, gegensätzliche Verhaltensweisen stehen sich gegenüber. Die den Skalennamen zugefügten beiden Buchstaben sind die in der Literatur übliche Kennzeichnung der Lage der Skalen. Dabei erfolgt die Bezeichnung der Achsen von A bis P, sie beginnt bei 12 Uhr und verläuft dann gegen den Uhrzeigersinn: PA, BC, DE usw. Die Lage des Oktanten spiegelt wider, inwieweit die hier angesiedelten

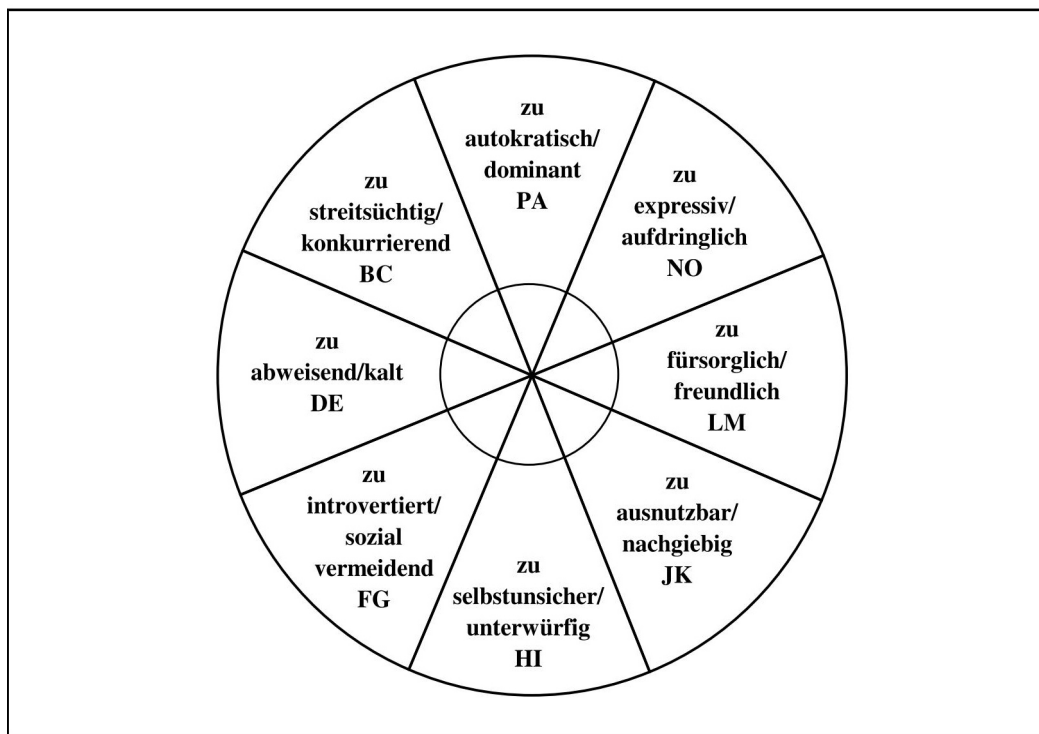


Abb. 1.2 Das Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens (nach Wiggins und Pincus 1989)

Verhaltensweisen mit Dominanz/Unterwerfung oder Zuneigung/Feindseligkeit zu tun haben (s. Abb 1.2).

Nach Leary (1957) lassen sich alle Verhaltensweisen einer Person auf diesen Oktanten verteilen. Das Verteilungsmuster stellt zentrale Merkmale der Persönlichkeit eines Menschen dar. Sie resultieren aus dem spezifischen Verteilungsmuster des interpersonalen Verhaltens auf den Oktanten. Das Muster kann als polygonale Fläche im Kreismodell dargestellt werden. Angepasstes oder „normales“ Verhalten ist in dem kleinen Kreis in der Mitte des Circumplex dargestellt. Alle acht Sektoren des Modells sind etwa gleichmäßig belegt, sodass ein ausgewogenes Verhaltensrepertoire vorliegt.

Unangepasstes, abweichendes Verhalten findet sich im äußeren Kreis und auf einem Oktanten konzentriert. „Je kränker ein Patient ist, desto wahrscheinlicher hat er alle interpersonalen Techniken außer einer einzigen aufgegeben, und diese wendet er mit der größten Finesse an“ (Leary 1957, S. 126).

Von Gurtman (1992) sowie Wiggins und Pincus (1989) wurde eine weitere Abbildungsform der interpersonalen Persönlichkeitsmerkmale im zweidimensionalen Modell entwickelt. Als Schwerpunkt der interpersonalen Problematik werden alle Verhaltensweisen einer Person zu zwei Koordinaten im interpersonalen Raum verrechnet, sodass sich eine durchschnittliche Dominanz- und Zuneigungstendenz eines Probanden in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen ergibt. Der Schwerpunkt der individuellen interpersonalen Problematik wird dann als eine punktförmige Lokalisation im zweidimensionalen Kreismodell graphisch dargestellt.

Mehrere Messinstrumente wurden zur Erfassung interpersonaler Probleme entwickelt, darunter das „Inventory of Interpersonal Problems (IIP)“ von Horowitz et al. (1988), welches auch in der vorliegenden Arbeit verwendet wird. In mehreren Studien wurde der Zusammenhang interpersonaler Probleme bei psychischen Erkrankungen untersucht.

1.2.2 Interpersonale Probleme bei psychischen Erkrankungen

Zwischenmenschliche Schwierigkeiten gehören zu den häufig beklagten Problemen von Menschen mit psychischer Erkrankung. In mehreren Studien

wurden interpersonale Probleme bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen untersucht.

Bereits Horowitz (1979) befragte eine Gruppe Patienten, die in Kürze eine Psychotherapie begannen, nach ihren im Vordergrund stehenden Problemen. Anhand von Videoaufzeichnungen wurden die von den Patienten beklagten Probleme in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen identifiziert. Dabei fanden sich drei Dimensionen: „Kontrolle“, welche die Art und Weise beschreibt, in der Menschen versuchen andere Menschen zu beeinflussen, „Art der Einbindung“ von freundlich bis feindselig reichend, und drittens „psychologische Einbindung“, die beschreibt, inwieweit eine Person emotional mit einer anderen Person verbunden ist. Anhand dieser drei Dimensionen ergibt sich ein dreidimensionaler Raum, in dem das Verhalten einer Person beschrieben werden kann.

In einer weiteren Studie wurden anhand des IIP die interpersonalen Probleme von Patienten vor und nach einer intensiven psychodynamischen Kurzzeittherapie untersucht. Es zeigte sich ein signifikanter Abfall des IIP Scores zu vier Zeitpunkten während der 20 Sitzungen der Psychotherapie. Vor allem fanden sich Veränderungen bezüglich Problemen der Durchsetzungsfähigkeit, weniger bei Problemen im Bereich der emotionalen Intimität (Horowitz und Rosenberg, 1988). Vittengl et al. (2003) fanden bei Patienten mit Depression vor und nach 20 Therapiesitzungen drei relevante Problembereiche: Zuneigung, Dominanz und interpersonale Schwierigkeiten. Interpersonale Schwierigkeiten nahmen nach der Therapie ab, die Faktoren Zuneigung und Dominanz blieben unverändert. Die Autoren interpretierten diese Ergebnisse dahingehend, dass es sich bei den Dimensionen Zuneigung und Dominanz um stabile Faktoren handelt.

Howard et al. (2006) fanden bei Patienten mit Multipler Sklerose, welche sich aufgrund einer Depression in Psychotherapie befanden, einen Zusammenhang zwischen ausgeprägten interpersonalen Problemen vor Beginn der Psychotherapie und einer geringeren Abnahme der depressiven Symptomatik anhand des BDI (Beck Depression Inventory, Beck und Beamsdorfer, 1974) nach Beendigung der Psychotherapie. Als Mediatorvariable für diesen

Zusammenhang fand sich mittels Regressionsanalyse die therapeutische Allianz, die mittels des Working Alliance Inventory-Client Form (WAI-C; Horvath & Greenberg, 1989) erhoben wurde. Die Autoren schlussfolgern, dass der Einfluss der interpersonalen Problematik auf die therapeutische Allianz für eine geringere Abnahme der depressiven Symptomatik verantwortlich ist.

In einer weiteren Studie fanden sich bei Patienten, welche die Diagnosekriterien einer Major Depression erfüllten, vor einer Therapie moderat erhöhte Werte im IIP, nach Therapie fanden sich durchschnittlich bis leicht erhöhte Werte im IIP. Passend zur depressiven Symptomatik fanden sich insbesondere auffällige Werte auf den Skalen „ausnutzbar/nachgiebig“, „selbstunsicher/unterwürfig“ und „introvertiert/sozial vermeidend“. Nach einer durchgeführten Therapie kam es zu einer Reduktion der Probleme in diesen Bereichen (Vittengl et al., 2003).

Bei Patienten in ambulanter Psychotherapie mit unterschiedlichen Diagnosen (vorwiegend F3 und F4 ICD-10-Diagnosen) wurden interpersonale Probleme vor und nach Psychotherapie untersucht. Die Gruppe zeigte im Vergleich zur Normstichprobe höhere Werte auf den Skalen „selbstunsicher/unterwürfig“, „ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ als auf den Skalen „autokratisch/dominant“, „abweisend/kalt“ und „zu streitsüchtig/konkurrierend“. Es fand sich zudem ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern, Frauen hatten im Vergleich zu männlichen Patienten höhere Werte auf der Dimension „Zuneigung“ und geringere Werte auf der Dimension „Dominanz“ (Puschner et al. 2004).

Alden und Phillips (1990) verglichen Gruppen von Personen mit Depression mit und ohne sozialer Phobie und Personen mit sozialer Phobie mit und ohne Depression, welche aus einer Gruppe Studierender anhand des Social Avoidance and Distress Inventory (SAD, Watson und Friend 1969) und des Beck Depression Inventory (BDI, Beck und Beamsdorfer, 1974) gebildet wurden. Personen die eine Depression, jedoch keine soziale Phobie aufwiesen, unterschieden sich nicht von der Kontrollgruppe in ihrer Interaktion. Personen mit sozialer Phobie mit oder ohne Depression hatten signifikant höhere Werte auf der Skala „zu selbstunsicher/unterwürfig“ im Vergleich zur Kontrollgruppe und der Gruppe depressiver Personen.

Bei Personen mit narzisstischen Persönlichkeitszügen fanden sich diejenigen mit grandiosem narzisstischem Subtyp im „streitsüchtig dominanten“ Quadranten des IIP-C. Jene vom vulnerablen Subtyp zeigten interpersonale Probleme sowohl auf der Skala „sozial vermeidend“ als auch auf der Skala „autokratisch/dominant“ (Dickinson and Pincus, 2003).

Leising et al. (2009) untersuchten, ob sich das IIP-D als Screeninginstrument für die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen eignet. Die Skala „introvertiert/sozial vermeidend“ konnte die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung gut voraussagen, wohingegen Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen sich gut durch den Gesamtscore des IIP-D vorhersagen ließen.

Bei Patienten mit einer Cluster C Persönlichkeitsstörung wurden die interpersonalen Probleme anhand des IIP vor und nach supportiver Psychotherapie erhoben. Es fand sich nach Therapie eine signifikante Reduktion des Gesamtscores im IIP.

1.2.3 Interpersonale Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Interpersonale Probleme und Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation sind charakteristisch für die Borderline Persönlichkeitsstörung. Es gibt eine Vielzahl von Studien, die sich mit interpersonalen Problemen bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung befassen.

So fanden Lejuez et al. (2003) bei Patienten eines Suchttherapiezentrum einen Zusammenhang zwischen den Subskalen „interpersonale Sensibilität“ und „Aggressivität“ der Kurzform des IIP (IIP- 47 mit 5 Subskalen) und der Borderline Symptom List (BSL, Bohus et al. 2001).

Cohen et al. (2016) sehen interpersonale Probleme sogar als Kriterium zur Abgrenzung von anderen Differenzialdiagnosen. In ihrer Studie verglichen sie Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung mit Patienten mit affektiver und schizoaffektiver Störung. Insbesondere in den Bereichen „Disconnection/Rejection“, „Impaired Autonomy“ und „Impaired Limits“ des

Young Schema Questionnaire-short form (YSQ-S2, Schmidt et al., 1995), welches maladaptive Schemata erfasst, unterschieden sich Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung deutlich von den anderen Diagnosen in Richtung eines Vorherrschens maladaptiver Schemata.

Auch Stepp et al. (2011) verglichen Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und andere psychiatrische Patienten mit und ohne weitere Persönlichkeitsstörung anhand interpersonaler Probleme, um deren Spezifität bei der Borderline Persönlichkeitsstörung herauszustellen. Die Gruppe der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung hatten wie erwartet signifikant höhere Werte im IIP als die anderen Patienten.

Beim Vergleich ambulanter Patienten mit diagnostizierter Borderline Persönlichkeitsstörung und einer Kontrollgruppe mit vorwiegend Achse I Störung ohne Hinweise für eine Borderline Persönlichkeitsstörung fanden sich höhere Werte im IIP-C Gesamtscore in der Borderline Gruppe. Diese waren jedoch nicht signifikant. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich jedoch auf den Skalen „zu fürsorglich/freundlich“ und „zu expressiv/aufdringlich“. Auf beiden Skalen fanden sich in der Borderline Gruppe höhere Werte. Keine signifikanten Gruppenunterschiede fanden sich hinsichtlich der Skalen „autokratisch/dominant“, „abweisend/kalt“, „introvertiert/sozial vermeidend“, „selbstunsicher/unterwürfig“ und „streitsüchtig/konkurrierend“ (Hilsenroth et al. 2007).

Den Zusammenhang zwischen interpersonaler Dysfunktion, Emotionsregulation und Symptomen der Borderline Persönlichkeitsstörung untersuchten Herr et al. (2013). In der Regressionsanalyse zeigte sich, dass Probleme der Emotionsregulation den Zusammenhang zwischen interpersonaler Dysfunktion und Symptomschwere weitgehend erklärten. Hingegen erklärten interpersonale Probleme den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Symptomschwere nur teilweise.

Russell et al. (2007) verglichen Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung mit einer gesunden Kontrollgruppe. An 20 Tagen protokollierten die Studienteilnehmer soziale Situationen; ihr interpersonales Verhalten wurde anhand des Social Behavior Inventory (SBI; Moskowitz, 1994) erhoben. Wie

erwartet, zeigte sich im Vergleich der Gruppen häufiger unterwürfiges oder streitsüchtiges Verhalten in der Gruppe der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Sie wiesen seltener dominantes Verhalten auf, fielen jedoch durch extremere Verhaltensausrägungen und eine größere intraindividuelle Variabilität insbesondere in Bezug auf Streitsüchtigkeit und Verträglichkeit im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe auf. Die Autoren bringen die Variabilität der interpersonellen Verhaltensweisen mit der Veränderung der Wahrnehmung anderer Personen (Abwertung/Idealisierung) in Zusammenhang und vermuten, dass eine Idealisierung des Gegenübers ein freundlicheres Verhalten auslöst, wohingegen Abwertung zu streitsüchtigem Verhalten führt. 2013 führten Sadikaj et al. erneut eine Studie zum interpersonalen Verhalten von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer gesunden Kontrollgruppe durch. In dieser Studie wurden ebenfalls an 20 Tagen soziale Situationen von den Probanden protokolliert. Dieses Mal wurde neben ihrem eigenen interpersonalen Verhalten auch ihre Wahrnehmung des Verhaltens anderer Personen ermittelt. Wie erwartet fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen wahrgenommenem kalten/streitsüchtigen Verhalten beim Gegenüber mit streitsüchtigem Verhalten bei den Probanden. Der Effekt war jedoch in der Gruppe der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung größer.

Leichsenring et al. (2003) untersuchten den Zusammenhang zwischen Borderline Persönlichkeitsorganisation und interpersonalen Problemen anhand des Borderline Persönlichkeitsinventars (BPI, Leichsenring, 1997) und des IIP bei Straftätern. Die Skala „Identitätsdiffusion“ (BPI) war signifikant korreliert mit den Skalen „zu ausnutzbar/nachgiebig“, „zu fürsorglich/freundlich“ und „zu expressiv/aufdringlich“. Die Skalen „Primitive Abwehrmechanismen“ und „Objektbeziehungen“ waren signifikant korreliert mit „dominant/kontrollierend“, „streitsüchtig/konkurrierend“, „abweisend/kalt“ und „sozial vermeidend“ des IIP. Die Skala „Angst vor Nähe“ zeigte wenig signifikante Korrelationen zu den Skalen des IIP.

1.2.4 Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen

In verschiedenen Studien wurden Patientengruppen anhand interpersonaler Probleme in Subgruppen unterteilt. Dahinter steht die Vorstellung, dass diese Subgruppen auch Unterschiede z.B. in Hinblick auf Therapieerfolg und Qualität der therapeutischen Beziehung aufweisen.

In einer gemischten Gruppe von stationären Patienten fand sich bei Salzer et al. (2010) vor Therapiebeginn eine starke Belastung in Bezug auf interpersonale Probleme. Die Patienten zeigten im Kreismodell des IIP im Vergleich zur Normstichprobe eine deutlich niedrigere Ausprägung der Dimension Dominanz. Bezüglich der Dimension Zuneigung fanden sich keine wesentlichen Unterschiede zur Normstichprobe. Nach Beendigung der Therapie fand sich sowohl im Bereich beider Dimensionen als auch im Gesamtwert des IIP-D eine zwar signifikante, jedoch nicht sehr ausgeprägte Verbesserung in Bezug auf interpersonale Probleme. Anhand einer Clusteranalyse wurden acht Subtypen gefunden, die die Autoren wie folgt benannten: Cluster 1 „zu unterwürfig“, Cluster 2, „zu ausnutzbar“ Cluster 3, „zu kalt“, Cluster 4, „leicht zu unterwürfig“; Cluster 5, „zu konkurrierend“, Cluster 6, „zu freundlich“, Cluster 7, „zu aufdringlich“, Cluster 8, „zu sozial vermeidend“. Die Autoren merken die auffallende Ähnlichkeit zwischen Cluster 1 und 4 an, „die im Mittel beide auf der Skala „zu unterwürfig“ lokalisiert sind, sich aber dennoch hinsichtlich der Ausprägung ihrer interpersonalen Probleme deutlich unterscheiden“ (Salzer et al. 2010). Zwischen den Clustern fanden sich sowohl Unterschiede in Bezug auf Anzahl der Diagnosen, Geschlechtsverteilung, Symptombelastung, als auch in Bezug auf die Lokalisation im interpersonalen Raum. Die Cluster 1, 2, 4 und 6 befanden sich vor Therapiebeginn im freundlich-submissiven Quadranten, während Cluster 3 und 8 im kalt-submissiven Quadranten und Cluster 5 im kalt-dominanten Quadranten lag. Nach Therapie hatten sich alle Subtypen der Normstichprobe angenähert (Salzer et al. 2010).

Kachin et al. (2001) haben den Einfluss interpersonaler Probleme bei Patienten mit sozialer Phobie untersucht. Auch hier wurden Subtypen anhand des IIP

gebildet. Untersucht wurden drei Gruppen, zum einen Personen, die die Kriterien für eine generalisierte oder nicht generalisierte soziale Phobie erfüllten, sowie eine Kontrollgruppe, die keine Kriterien einer psychischen Erkrankung erfüllte. Es fanden sich zwei Cluster, die als „kontrollierend/dominant“ bzw. „unterwürfig/submissiv“ beschrieben wurden, die jedoch nicht mit den beiden Subgruppen der sozialen Phobie nach DSM V oder Komorbiditäten der Patienten in Beziehung standen. Cain et al. (2010) fanden bei Patienten mit sozialer Phobie zwei Subtypen anhand des IIP: „Freundlich/unterwürfig“ und „kalt/unterwürfig“. Die Gruppen unterschieden sich im Therapieoutcome. Die Patienten der Gruppe „freundlich/unterwürfig“ hatten nach Beendigung der Therapie signifikant niedrigere Werte bezüglich sozialer Ängste und höhere Werte in den Bereichen Wohlbefinden und Zufriedenheit als die Gruppe der „kalt/unterwürfigen“ Patienten.

Ob sich Subtypen bei Patienten mit generalisierter Angststörung anhand interpersonaler Probleme finden lassen, wurde von Salzer et al. (2008) in einer deutschen Studie untersucht. Es fanden sich anhand einer Clusteranalyse die Subtypen „aufdringlich“, „ausnutzbar“, „nachgiebig“, „kalt“ und „unterwürfig“. Zwischen den Clustern fanden sich keine Unterschiede bezüglich Geschlecht, Komorbidität und Schwere der Symptome.

In einer weiteren Studie verglich Salzer (2010) Subtypen, die anhand des IIP-D identifiziert wurden, bezüglich ihrer interpersonalen Probleme sowie deren Besserung nach Kurzzeit-Therapie. Es fanden sich die Cluster „überfürsorglich“, „aufdringlich“, „sozial vermeidend“ und „unterwürfig“. Nach Abschluss der Therapie fanden sich Unterschiede bezüglich der Veränderungen auf den Achsen „Dominanz“ und „Zuneigung“ des IIP-D. Die Patienten im Cluster „überfürsorglich“ zeigten eine leichte Zunahme auf der Achse „Dominanz“ und eine starke Abnahme auf der Achse „Zuneigung“. Hingegen kam es in der Subgruppe „sozial vermeidend“ zu einer Zunahme auf beiden Achsen, während es in der Subgruppe „unterwürfig“ zu einer Zunahme auf der Achse „Dominanz“ kam.

In einer US amerikanischen Stichprobe an Patienten mit einer generalisierten Angststörung fanden sich ebenfalls vier Cluster: „aufdringlich“, „kalt“,

„unterwürfig“ und „ausnutzbar“. Diese interpersonalen Subtypen wiesen ebenfalls keinen Zusammenhang mit Komorbidität oder dem Geschlecht der Patienten auf (Przeworski et al., 2011).

Hopwood et al. (2007) fanden bei jungen Frauen, die eine hohe Punktzahl auf der „Bulimia“ Subskala des Eating Disorder Inventory (EDI, Garner, Olmstead, Polivy 1983) erzielten, anhand des IIP die vier Cluster „warm-unterwürfig“, „kalt-dominant“, „kalt-unterwürfig“ und „warm-dominant“. Innerhalb der Cluster fanden sich keine Unterschiede bezüglich Alter, Gewicht, Depression, Unzufriedenheit mit dem Körper und Streben nach Dünnsein.

In allen diesen Studien wird die besondere diagnostische Bedeutung der Subgruppen hervorgehoben, da diese unabhängig von Symptomschwere, Komorbidität und Geschlecht zu sein scheinen. Es wird ein Einfluss auf Therapieadhärenz und die therapeutische Beziehung vermutet. Angenommen wird, dass Patienten der verschiedenen Subgruppen in unterschiedlichem Maße von Therapien profitieren könnten.

1.2.5 Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Aufgrund der großen Heterogenität der Symptomatik und des Therapieerfolges bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung versuchten Leihener et al. (2002) bei Patientinnen eines DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) Programmes, Subtypen anhand des IIP zu finden. Der IIP-D wurde zu zwei Zeitpunkten erhoben. Es fanden sich durch Clusteranalyse zwei Subtypen: Der „autonome Typ“ sowie der „abhängige Typ“. Patientinnen im Cluster „autonomer Typ“ werden als kühl beschrieben, haben Schwierigkeiten sich jemandem nah zu fühlen und Gefühle zu zeigen. Es fanden sich hohe Werte auf den Skalen „abweisend/kalt“ und „autokratisch/dominant“ sowie niedrige Werte auf den Skalen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu ausnutzbar/nachgiebig“. Der abhängige Subtyp hat niedrige Werte auf den Skalen „autokratisch/dominant“ und „streitsüchtig/konkurrierend“ und hohe Werte auf der Skala „selbstunsicher/unterwürfig“. Sie werden beschrieben als

kaum dominant und kontrollierend mit wenig Einfluss auf Andere. Sie finden es schwierig, anderen gegenüber Wünsche zu äußern und haben zu wenig Selbstbewusstsein. Sie vermeiden Konflikte und Konkurrenz mit Anderen. Die Subgruppen unterschieden sich nicht in Bezug auf weitere Variablen wie Anzahl der Krankenhausaufenthalte, Anzahl der Suizidversuche, Komorbidität und Schweregrad der Symptomatik. Über einen Zeitraum von vier Monaten waren diese Subtypen stabil. Bezugnehmend auf die Studie von Leihener et al. (2002) versuchten Ryan und Shean (2007) die oben genannten Subtypen in einer Gruppe von Studenten, die hohe Werte im Personality Assessment Inventory Borderline Features Subscale (PAI-BOR, Morey, 1991) zeigten, zu replizieren. Mittels Clusteranalyse fanden sie ebenfalls einen „autonomen“ und einen „abhängigen“ Subtyp.

Bei Salzer et al. (2013) wurde in einer Stichprobe von 228 Patienten mit der Diagnose Boderline Persönlichkeitsstörung, die sich in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, ebenfalls der Versuch unternommen, Subgruppen anhand des IIP zu bilden. Sie wurden aufgrund einer Clusteranalyse anhand der beiden IIP Achsen „Dominanz“ und „Zuneigung“ ermittelt. Es fanden sich fünf Subgruppen: „Rachsüchtig“, „moderat unterwürfig“, „nicht durchsetzungsfähig“, „ausnutzbar“ und „sozial vermeidend“. Die Cluster unterschieden sich im Global Severity Index (GSI) der Symptom Checkliste (SCL-90-R, Derogatis, L.R., 1977). Die höchste Symptomschwere fand sich im Cluster „nicht durchsetzungsfähig“. Die Einschätzung der therapeutischen Allianz unterschied sich aus Sicht der Therapeuten, nicht aus Sicht der Patienten. Aus Sicht der Therapeuten findet sich die geringste Bewertung der therapeutischen Allianz im Cluster „sozial vermeidend“ (Salzer al., 2013).

1.3 Fragestellung und Hypothesen

Wie bereits in Kapitel 1.2.4 dargestellt, wurden in verschiedenen Studien bei Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen Subtypen anhand interpersonaler Kriterien mithilfe des IIP-D gefunden.

Wenige Studien gibt es diesbezüglich zur Borderline Persönlichkeitsstörung, obwohl sich, wie in Kapitel 1.1 und 1.2 dargestellt, einige Arbeiten mit der Identifikation von Untergruppen bei der Borderline Persönlichkeitsstörung befassen.

In der vorliegende Arbeit sollen Zusammenhänge zwischen Subtypen der Borderline Persönlichkeitsstörung mit Skalen des BPI sowie Unterschiede der Subgruppen bezüglich Therapiedauer und Therapieabbruch untersucht werden. Anhand der bisherigen Literaturrecherche ergeben sich dabei folgende Fragestellungen.

Finden sich Subtypen anhand des IIP-D ähnlich den in der Literatur beschriebenen auch in der vorliegenden Stichprobe?

Unterscheiden sich die Subgruppen bezüglich der Skalen des BPI?

Sind diese Subtypen zeitlich stabil?

Wenn sich Subtypen finden lassen, gibt es Unterschiede zwischen den Subgruppen bezüglich Therapiedauer/ Therapieabbruch

Folgenden Hypothesen werden zur Klärung dieser Fragestellung formuliert:

Hypothese 1 Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit
Borderline Persönlichkeitsstörung

„Es lassen sich ähnliche Subtypen wie in der Literatur auch in der vorliegenden Stichprobe finden“

Hypothese 2 Subtypen interpersonaler Probleme und Borderline
Persönlichkeitsinventar

„Die mittels des IIP-D gefundenen Subgruppen unterscheiden sich signifikant in den Skalen des BPI, insbesondere den Skalen Angst vor Nähe, primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen.“

Hypothese 3 Zeitliche Stabilität der Subtypen

„Die interpersonale Subtypen weisen eine Stabilität zu zwei Messzeitpunkten auf“

Hypothese 4 Subtypen interpersonaler Probleme und Therapiedauer/-abbruch

4.a „Die Subtypen unterscheiden sich signifikant bezüglich der Therapiedauer“

4.b „Die Subtypen unterscheiden sich signifikant bezüglich Therapieabbrüchen“

2. Material und Methoden

2.1 Datenerhebung und Patientenstichprobe

Die Datenerhebung erfolgte in der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Tagesklinik an der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, in der die psychodynamisch/psychoanalytisch orientierte Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung einen klinischen Schwerpunkt bildet. Sie umfasst dort aufgenommene Patienten der klinischen Erst- oder Zweitdiagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung gemäß der Kriterien de ICD-10 bzw. des DSM V.

Allen Patienten, die sich in der dort speziell eingerichteten Borderline-Sprechstunde anmeldeten, wird zunächst Sinn und Zweck der Sprechstunde sowie der Ablauf im Einzelnen (klinisches Interview, biographische Anamnese,

testpsychologische Untersuchung, Diskussion der Ergebnisse und weiterführende Beratung bzw. Unterstützung bei der Therapiesuche) erklärt.

Die wichtigsten Daten aus dem klinischen Interview werden mithilfe einer Basisdokumentation erfasst und ausgewertet. Die Basisdokumentation umfasst u.a. Angaben zu Alter, Geschlecht sowie weitere soziodemographische Daten (Schulbildung, Berufstätigkeit, Wohnform, Migrationshintergrund, Familienstand bzw. Partnerschaftssituation). Somatische und psychische Haupt- und Nebendiagnosen werden nach ICD-10 kodiert. Ebenso werden frühere Klinikaufenthalte (stationär und teilstationär), Zuweisungsmodus und vorausgegangene stationäre und ambulante Behandlungen erfragt. Einzelne psychopathologische Symptome (z.B. Selbstverletzungen, vorangegangene Suizidversuche) werden einzeln aufgeführt.

Neben der Fremdeinschätzung auf der Grundlage des klinischen Interviews kommen in der Routinedokumentation auch eine Reihe von standardisierten Selbsteinschätzungsinstrumenten zum Einsatz, welche das Ausmaß der psychopathologischen Belastung, die interpersonalen Beziehungen sowie das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation erfassen. Dies sind im Einzelnen:

- Die Symptom-Checkliste nach Derogatis (SCL-90-R) in der deutschen Version (Franke 2002), die anhand von 90 Items eine psychopathologische Symptombeschreibung ermöglicht und sich in neun syndromale Skalen (Somatisierung - Psychotizismus) gliedert,
- Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D/Horowitz, Nestmann 1986). Mithilfe des Inventars können zwischenmenschliche Probleme anhand eines acht-skaligen Zirkumplexmodells dargestellt werden,
- Das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) nach Leichsenring (1997), welches anhand von fünf Skalen und 53 Items die Erfassung der Merkmale einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1975, 1981) sowie verschiedener prognostischer Parameter ermöglicht.

Alle genannten Untersuchungen wurden zum Zeitpunkt T0 (Vorgespräch) und T1 (3 Monate nach dem Erstkontakt) wiederholt. Zum Zeitpunkt T0 gab es 107 Teilnehmer. Davon erschienen zwölf Patienten nach dem Vorgespräch nicht wieder. 47 Patienten wurden in die psychosomatische Tagesklinik des Robert Bosch Krankenhauses aufgenommen. 23 Patienten wurden direkt in eine ambulante Therapie vermittelt, einer Patientin wurde die Baby-Ambulanz in Stuttgart, einer weiteren Patientin ein Mutter-Kind-Heim empfohlen. Weitere 23 Patienten wurden an andere Kliniken insbesondere zu stationären Aufenthalten verwiesen. Zum Zeitpunkt T1 liegen Daten für 54 Patienten vor, da einige Patienten weder telefonisch noch auf dem Postweg erreichbar waren, während insbesondere die in die psychosomatische Tagesklinik aufgenommenen Patienten zur erneuten Datenerhebung bereit waren.

Für die vorliegende Arbeit wurden die so erhobenen Daten in anonymisierter Form verwendet.

2.2 Messinstrumente der Studie

In der folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht über die verwendeten Messinstrumente:

Tabelle 2.1 Verwendete Messinstrumente

Zu messendes Konstrukt	Datenquelle	Standardisierte Instrumente
Demographische Angaben	Basisdokumentation	
Diagnosen, Beschwerden, Schweregrad, Chronizität, Stationäre Aufenthalte, weitere Erkrankungen, Behandlungsdauer, Therapieabbruch	Klinisches Interview, biographische Anamnese, Patienten-Fragebogen	SCL-90 (deutsche Version Franke, 1995)
Interpersonale Probleme	Patienten-Fragebogen	IIP-D (Horowitz, Nestmann 1986)
Borderline Persönlichkeits Skalen	Patienten-Fragebogen	BPI (nach Leichsenring, 1997)

2.2.1 Interpersonale Probleme IIP D

Wie bereits dargestellt, entwickelte Horowitz einen Fragenbogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, da ihm auffiel, dass interpersonale Probleme häufig einen Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Behandlung bilden. Der Fragebogen diente außerdem dazu, Veränderungen im Bereich interpersonaler Probleme durch Therapie zu erfassen.

Die ursprüngliche Version bestand aus 127 Items. Alden et al. (1990) entwickelte den IIP-C, eine Version mit 64-Items. Bei dem IIP-D handelt es sich um die ins Deutsche übersetzte Form.

Die Items sind als Selbstaussagen formuliert. Sie erfassen zum einen zwischenmenschliche Verhaltensweisen, die einer Person schwer fallen (z.B. „Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen“) zum anderen gewohnte Verhaltensweisen (z.B. „Ich streite zu viel mit anderen“). Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala („nicht“ = 0, „wenig“ = 1, „mittelmäßig“ = 2, „ziemlich“ = 3 und „sehr“ = 4)

Basierend auf dem Circumplex Modell von Leary, werden anhand der 64 Items acht Subskalen gebildet (s. Kapitel 1.1 das interpersonale Modell, Abbildung 1.2). Die Bezeichnung der Skalen erfolgt alphabetisch von PA bis NO entgegen dem Uhrzeigersinn. Dabei korrelieren nebeneinander liegende Skalen leicht, gegenüberliegende Skalen negativ und 90° zueinander liegende Skalen korrelieren nicht. Aus den acht Subskalen wiederum wird der IIP Gesamtscore berechnet, welcher das gesamte Ausmaß interpersonaler Probleme darstellt.

Nach Gurtman (1994) können neben den Skalen die beiden Achsen „Zuneigung“ und „Dominanz“ sowie Winkel, Amplitude und Elevation berechnet werden.

PA = zu autokratisch/dominant: Hohe Werte auf dieser Skala zeigen Tendenzen andere Personen zu kontrollieren, manipulieren sowie eine Neigung zu Aggression.

Beispielitems: „Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.“

„Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.“

BC = zu streitsüchtig/konkurrierend: Personen, die auf dieser Skala hohe Werte aufweisen, haben im interpersonalen Bereich Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen und sind oft unfähig, sich um die Bedürfnisse anderer zu kümmern.

Beispielitems: „Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch.“

„Es fällt mir schwer, mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen.“

DE = zu abweisend/kalt: Hohe Skalenwerte bezeichnen die Schwierigkeit, anderen gegenüber Gefühle zu zeigen und Zuneigung zu empfinden. Außerdem bestehen Schwierigkeiten, anderen gegenüber großzügig zu sein und ihnen zu vergeben.

Beispielitems: „Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen.“

„Es fällt mir schwer, anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen.“

FG = zu introvertiert/ sozial vermeidend: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala beschreiben sich als ängstlich im Kontakt mit Anderen. Sie haben Schwierigkeiten, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.

Beispielitems: „Ich bin vor anderen Menschen verlegen.“

„Es fällt mir schwer, mit anderen etwas zu unternehmen.“

HI = zu selbstunsicher/unterwürfig: Hohe Werte auf dieser Skala bedeuten Schwierigkeiten, sich Anderen gegenüber durchzusetzen, seine Bedürfnisse zu äußern und ein Unwohlsein in leitenden Rollen.

Beispielitems: „Es fällt mir schwer, wenn nötig standfest zu sein.“

„Es fällt mir schwer, andere wissen zu lassen, was ich will.“

JK = zu ausnutzbar/nachgiebig: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala sehen sich selbst als leicht beeinflussbar und ausnutzbar. Sie haben

Schwierigkeiten, Ärger zu empfinden und auszudrücken aus Angst andere zu verletzen.

Beispielitems: „Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.“

„Ich bin zu leichtgläubig.“

LM = zu fürsorglich/freundlich: Hohe Skalenwerte bedeuten zu starke Fürsorge und Großzügigkeit anderen gegenüber. Personen, die hohe Werte erzielen, stellen ihre eigenen Bedürfnisse hinten an und versuchen anderen zu gefallen.

Beispielitems: „Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen.“

„Ich bin anderen gegenüber zu großzügig“

NO = zu expressiv/aufdringlich: Personen, die auf dieser Skala hohe Werte erzielen, suchen die Aufmerksamkeit anderer und können schlecht alleine sein. Sie verhalten sich aufdringlich und können sich aus Angelegenheiten anderer schwer heraushalten.

Beispielitems „Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden.“

„Es fällt mir schwer, mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.“

Gütekriterien des IIP

Zur Validität des IIP liegen umfangreiche Untersuchungen vor. In Bezug auf die Kriteriumsvalidität konnte u.a. gezeigt werden, dass der IIP-Gesamtwert in Zusammenhang mit dem SCL-90-R (s.u.) ein guter Prädiktor für die vorzeitige Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung ist. Insgesamt zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen, dass interpersonale Probleme prognostisch für das Behandlungsergebnis bedeutsam sind. Besonders Probleme mit feindseliger Dominanz waren mit einem negativen Behandlungsergebnis assoziiert. Auch konnten Zusammenhänge mit anderen klinischen Fragebögen wie dem INTREX-Fragebogen nach dem Modell der

Structural Analysis of Social Behavior (SASB, Benjamin, 1988) und den Skalen der SCL-90-R gefunden werden (Horowitz et al., 1994, 2000).

Die Konsistenzkoeffizienten (Cronbach-Alpha) streuen zwischen 0,36 und 0,64. Die Koeffizienten für vier der acht Skalen (PA, FG, HI, NO) liegen über 0,60, ein sehr niedriger Wert ergibt sich für die Skala LM (zu fürsorglich/freundlich). Berücksichtigt man, dass zum einen die Skalen vorgegeben waren und sie daher nicht im Hinblick auf eine maximale Konsistenz zusammengestellt wurden, und sie zweitens aus lediglich acht Items bestehen, so kann die interne Konsistenz, mit Ausnahme der Skala LM als zufriedenstellend betrachtet werden.

2.2.2 Borderline Persönlichkeitsinventar BPI

Der BPI ist ein aus 53 Fragen, welche mit Ja und Nein beantwortet werden können, bestehender Fragebogen, der von Leichsenring (1997) entwickelt wurde. Er basiert auf Kernbergs Konzept der Borderline Persönlichkeitsorganisation und besteht aus vier Skalen, welche auf einer Faktorenanalyse basieren und die im Folgenden näher beschrieben werden:

Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion: Personen mit hohen Werte beschreiben sich selbst in Extremen, fragen sich häufig, wer sie wirklich sind, erleben sich selbst als unwirklich.

Beispielitem: „Manchmal kommen Seiten in mir zum Vorschein, die gar nicht zu mir passen.“

Angst vor Nähe: Hohe Werte auf dieser Skala bezeichnen Schwierigkeiten beim Zulassen von Nähe. Personen erleben Nähe häufig als unangenehm.

Beispielitem: „Ich fühle mich eingeengt, wenn andere sich viel um mich kümmern.“

Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen: Hohe Werte auf dieser Skala finden sich bei übermäßigem Misstrauen. Die Personen fühlen sich oft wertlos und hoffnungslos.

Beispielitem: „Die anderen erscheinen mir oft feindselig.“

Mangelnde Realitätsprüfung: Diese Skala dient hauptsächlich dazu Borderline Patienten von Patienten mit einer Psychose zu differenzieren. Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über akustische oder visuelle Halluzinationen, sie sind nicht immer in der Lage zwischen Wirklichkeit und Phantasie zu unterscheiden.

Beispielitem: „Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, dass Andere mir ihre Gedanken eingeben.“

Die Rohwerte der jeweiligen Skala werden in T-Werte umgerechnet ($M=50$, Standardabweichung = 10).

Kernberg unterschied neurotische, Borderline und psychotische Persönlichkeitsorganisationen. Darauf aufbauend kann anhand des Vorhandenseins von Entfremdungserlebnissen und Identitätsdiffusion sowie der Verwendung primitiver Abwehrmechanismen eine Borderline Persönlichkeitsorganisation von einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation abgegrenzt werden. Eine psychotische Persönlichkeitsorganisation kann von der Borderline Persönlichkeitsorganisation anhand der mangelnden Realitätsprüfung unterschieden werden.

Anhand eines Cut-Off- Wertes, welcher die 20 trennschärfsten Items enthält, wird die Diagnose „Borderline-Störung“ gestellt ($\text{Cut-20} > 10$). Dieses Kriterium dient auch dazu, Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung von schizophrenen und neurotischen Patienten zu trennen.

Gütekriterien des BPI

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) für die Skalen des BPI beträgt zwischen 0,68 und 0,91. Dabei ist die der Skala „mangelnde Realitätsprüfung“ mit 0,68 am schwächsten. Für den Gesamtfragebogen beträgt sie 0,91.

Mit Ausnahme der Psychose-Skala „mangelnde Realitätsprüfung“ liegen die Re-Test-Reliabilitäten aller Skalen und Variablen des Borderline-Persönlichkeits-Inventars in einer Stichprobe stationär behandelte Psychotherapie-Patienten über 0,80.

Die Konstrukt-Validität des Verfahrens ist durch den Nachweis der Zusammenhänge mit verschiedenen diagnostischen Verfahren (die Holtzman-Inkblot-Technik (HIT) von Holtzman, Thorpe, Swartz und Herron (1961)“, das Abstraktions-Suffixverfahren von Groeben und Günther (1978), sowie der Borderline-Syndrom-Index (BSI) von Conte et al. (1980)) gesichert (z.B. Leichsenring, 1991a, 1991b, 1997)). Die konvergente Validität des BPI ist ebenfalls nachgewiesen (Leichsenring, 1999)

2.2.3 Symptomschwere SCL 90

Die SCL-90-R (deutsche Version Franke, 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, in dem subjektiv empfundene Belastungen durch körperliche und psychische Symptome exploriert werden.

Es werden neun Symptombereiche anhand von 90 Items abgefragt, die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark, 4=sehr stark).

Desweiteren werden 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.

In einer aus sieben Items bestehenden Zusatzskala werden weitere Symptome erfasst (z.B. Appetitlosigkeit, Schlafstörungen). Im Folgenden werden die neun Skalen beschrieben:

Somatisierung: Diese Skala fragt anhand von 12 Items subjektiv empfundene körperliche Belastungen und mögliche funktionelle Störungen ab, wie beispielsweise Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen. Die funktionellen Störungen beziehen sich auf diverse organische Systeme, wie z.B. auf das kardiovaskuläre, gastrointestinale und respiratorische System.

Diese Symptome zeigen eine hohe Prävalenz bei Störungen mit funktioneller Ätiologie, können aber auch tatsächliche körperliche Störungen widerspiegeln.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Taubheit und Kribbeln in einzelnen Körperteilen?“

Zwanghaftigkeit: Anhand dieser Skala werden geringfügige Konzentrationsschwierigkeiten und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit erfragt. Dazu zählen Gedanken, Impulse und Handlungen, die als konstant vorhanden und nicht veränderbar sowie gleichzeitig als ich-fremd oder ungewollt erlebt werden.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit?“

Unsicherheit im sozialen Kontakt: Anhand von neun Items werden Symptome wie Schüchternheit und Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht sowie Minderwertigkeitsgefühle anderen gegenüber abgefragt. Personen mit hohen Werten auf dieser Skala erleben sich als sozial inkompetent und minderwertig im Vergleich zu Anderen.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind?“

Depressivität: Auf dieser Skala werden mithilfe von 13 Items Symptome der klinischen Depression abgefragt, von dysphorischer Stimmung, gesunkenem Interesse am allgemeinen Leben, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge?“

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. Kognitive Komponenten erfassen Gefühle von Besorgnis und Furcht.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter so starker

Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können?“

Aggressivität/Feindseligkeit: Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala neigen zu Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit unkontrollierten Wutausbrüchen.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern?“

Phobische Angst: Auf dieser Skala werden leichte Ängste bis zu starker phobischer Angst z.B. vor offenen Plätzen, sozialen Kontakten, Busfahrten erfragt. Ebenso werden Vermeidungstendenzen und Fluchtverhalten hinsichtlich dieser Objekte bzw. Situationen erfasst.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden?“

Paranoides Denken: Hohe Werte auf dieser Skala erlangen Personen, die stark misstrauisch sind und zu paranoidem Denken neigen.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden?“

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.

Beispielitem: „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Idee, dass andere von Ihren geheimsten Gedanken wissen?“

Die SCL-90-R eignet sich dazu, Veränderungen des Befindens über einen Zeitraum zu beschreiben, da sich die Items auf den Zeitraum der zurückliegenden sieben Tagen beziehen.

Gütekriterien der SCL-90 R

Die Interne Konsistenz der SCL-90 R liegt für die einzelnen Skalen zwischen 0,77 und 0,90 (Derogatis et al., 1976). Die Retest-Reliabilität für einen Zeitraum von einer Woche in studentischen Stichproben schwankt nach Derogatis (1977) zwischen $r = 0,78$ und $r = 0,90$, was ebenfalls zufriedenstellend ist.

Studien zur konvergenten Validität, wie z.B. zum State-Trait-Anxiety-Inventory (Spielberger, 1981), erbringen Validitätskoeffizienten zwischen $r = 0,46$ und $0,56$ (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.

2.3 Statistische Datenanalyse

Im Folgenden werden die ausgewählten statistischen Verfahren zur Datenanalyse vorgestellt und deren methodische Voraussetzungen diskutiert. In der vorliegenden Arbeit werden deskriptive und inferenzstatistische Verfahren mit Hilfe der deutschen Version der Statistik Software „Superior Performance Statistical Software“ (SPSS) Version 23 durchgeführt. Bei den standardisierten Messinstrumenten wurden fehlende Werte nach Plausibilitätsprüfungen ersetzt. Dabei ist nach den Vorgaben der Manuale vorgegangen worden. Die vorliegenden Daten wurden deskriptivstatistisch und inferenzstatistisch analysiert.

Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest (Tabelle 7.1 im Anhang) wurden die Skalen der standardisierten Messinstrumente auf Normalverteilung getestet, da dies eine notwendige Voraussetzung für den Einsatz parametrischer Testverfahren ist.

Die Skalen des BPI, ein Teil der Kreisparameter des IIP-D (Winkel und Amplitude) sowie die Skalen „autokratisch/dominant“ und „streitsüchtig/konkurrierend“ des IIP-D weichen von der Normalverteilung ab, so dass hier nonparametrische Verfahren zum Einsatz kamen. Die restlichen Skalen des IIP-D sind normalverteilt, so dass bei Ihnen parametrische Verfahren eingesetzt werden konnten.

Zur Überprüfung von Hypothese 1 wurde zur Erfassung der Subtypen anhand des IIP-D die Structural Summary Method for Circumplex Data (Gurtman 1994) angewendet. Hierbei wird das Problemmuster über die acht Skalen des IIP in Form einer Cosinus-Funktion erfasst. Durch die Berechnung nach Gurtman (1994) erhält man die Kreisparameter oder Structural Summary Scores: den Winkel, welcher die zentrale interpersonale Tendenz einer Person abbildet, die Amplitude, welche die interpersonale Differenziertheit eines Profils anzeigt, und die Elevation als Maß für interpersonales Distress, wobei hohe Werte ein hohes Maß an Distress bedeuten.

Nach Gurtman (1994) können außerdem die beiden Dimensionen „Dominanz“ und „Zuneigung“ bestimmt werden. Basierend auf diesen Dimensionen wurden durch Clusteranalyse die Subtypen zu beiden Erhebungszeitpunkten bestimmt. Zur Überprüfung von Hypothese 2 wurde bei nicht normalverteilten Skalen des BPI der Kruskal-Wallis Test zum Vergleich der Cluster durchgeführt.

Zur Überprüfung der Hypothese 4 erfolgte ein Kruskal-Wallis Test und ein Chi-Quadrat-Test zum Vergleich der Cluster bezüglich vorzeitiger Beendigung der Behandlung und Behandlungsdauer.

Das allgemeine Signifikanzniveau wird auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Ein auf dem 5%-Niveau signifikantes Ergebnis gilt im Folgenden als signifikant. Ein auf dem 1%-Niveau signifikantes Ergebnis gilt im Folgenden als sehr signifikant und ein Ergebnis auf dem 0,1%-Niveau als hoch signifikant (nach Wirtz und Nachtigall, 2008).

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung – demografische Daten

Es folgt eine erste Beschreibung der Analysestichprobe hinsichtlich demografischer Variablen, im Anschluss daran eine weitere Stichprobenbeschreibung hinsichtlich der erhobenen Parameter. Die Analysestichprobe (N=107) zum Zeitpunkt T0 setzt sich aus 13 Männern und 94 Frauen zusammen, so dass die Geschlechterverteilung bei 87,9% Frauen und 12,1% Männern liegt. Das Alter der Patienten liegt zwischen 18 und 40 Jahren (MW= 23,96 SD= 4,11).

Einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Patienten bietet Tabelle 3.1. Wie ihr zu entnehmen ist, sind 88,8% der Patienten ledig, 2,8% sind verheiratet, 0,9 % sind geschieden, 1,9% leben getrennt von ihrem Ehepartner. 12,6% haben keine Angabe zum Familienstand gemacht. Befragt zur Lebenssituation gaben 48,6% an, in keiner festen Partnerschaft zu sein, 43,0% befanden sich in einer festen Partnerschaft, 8,4% machten hierzu keine Angaben. 19,6% der Patienten lebten mit ihrem Partner zusammen, 28,0% gaben an alleine zu leben. Mit der Herkunftsfamilie lebten 29,9% der Patienten, mit Partner und Herkunftsfamilie lebten 3,7%.

In einer Wohngemeinschaft lebten 7,5 % während in einem Heim oder beschützten Wohngruppe 1,9% lebten. 1,9% machten zur Wohnsituation keine Angaben.

Hinsichtlich der Schulbildung haben 36,4 % der Befragten einen Abschluss am Gymnasium gemacht, 38,8% waren an einer Realschule und 16,8% haben die Hauptschule abgeschlossen. 0,9 % (eine Person) hat keinen Abschluss. 7,5% haben sich zu ihrer Schulbildung nicht geäußert. Befragt nach dem Beruf gaben 5,6% an, als Arbeiter, 3,7% als Facharbeiter, 17,8% als einfacher oder mittlerer Angestellter oder Beamter und 3,7% als höherer Angestellter oder Beamter beschäftigt zu sein. 18,7% befanden sich in einer Ausbildung oder Umschulung, 33,6% gaben an, Studenten oder Schüler zu sein. 8,4% gaben an keinen Beruf

auszuüben, eine Person (0,9%) gab an Hausfrau/Hausmann zu sein, 7,5% machten keine Angaben zum Beruf.

Einen Migrationshintergrund (Migranten der ersten und zweiten Generation) hatten 20,6% der Befragten, 72,9% waren in Deutschland aufgewachsen, von 6,5 % lagen keine Angaben vor.

Tabelle 3.1 : Soziodemographische Beschreibung der Analytestichprobe (N = 107)

Merkmal		Häufigkeit	Prozent
Familienstand	Ledig	95	88,8
	verheiratet	3	2,8
	geschieden	1	0,9
	getrennt lebend	2	1,9
	keine Angabe	6	15,6
Schulbildung	Keine	1	0,9
	Hauptschule	18	16,8
	Realschule	41	38,3
	Gymnasium	39	36,4
	Keine Angabe	8	7,5
Lebenssituation	Keine feste Partnerschaft	52	48,6
	Feste Partnerschaft	46	43,0
	Keine Angabe	9	8,4

Fortsetzung Tabelle 3.1 : Soziodemographische Beschreibung der Analysestichprobe (N = 107)

Wohnform	Alleine	30	28,0
	Mit Partner	21	19,6
	Mit Herkunftsfamilie	32	29,9
	Wohngemeinschaft	8	7,5
	Heim/beschützte Wohngruppe	2	1,9
	Sonstige	4	3,7
	Mit Partner und Herkunftsfamilie	2	1,9
	Keine Angabe	8	7,5
	Migration	Ja	22
Nein		78	72,9
Keine Angabe		7	6,5
Beruf	Ohne Beruf		
	Arbeiter	9	8,4
	Facharbeiter	6	5,6
	Einf/mittl.Ang./Beam- ter	4	3,7
	Höherer	19	17,8
	Ang./Beamter	4	3,7
	Ang./Beamter	20	18,7
	Azubi/Umschulung	36	33,6
	Schüler/Student	1	0,9
	Hausfrau/Hausmann	8	7,5
	Keine Angabe		

3.2 Krankheitsvorgeschichte

Befragt nach der Krankheitsgeschichte gaben 29% keine psychotherapeutische Vorbehandlung an, 53,3 % gaben eine ambulante und/oder stationäre psychotherapeutische Vorbehandlung an. 43,0% gaben keine psychiatrische Vorbehandlung, 44,9% eine stationäre, ambulante oder teilstationäre psychiatrische Behandlung an. 21,05% gaben weder eine psychotherapeutische noch psychiatrische Vorbehandlung an (s. Tabelle 3.2). 41,1% der Patienten berichteten über manifeste Selbstverletzungen, eine suizidale Krise gaben 16,8% an.

Tabelle 3.2 : Merkmale der Krankheitsvorgeschichte (N = 107)

	Merkmal	Häufigkeit	%
psychother. Vorbehandlung	Keine	31	29
	Erstkontakt/Vorgespräch	5	4,7
	Therapie	19	17,8
	Stationäre Therapie	9	8,4
	Ambulante und stationäre Therapie	29	27,1
	Konsiliarische Mitbehandlung	1	0,9
	Unklar	1	0,9
	Keine Angabe	12	11,2
Psychiatrische Vorbehandlung	Keine	46	43
	Teilstationär und stationär	1	0,9
	Ambulant	11	10,3
	Stationär	28	26,2
	Ambulant und stationär	8	7,5
	Keine Angabe	1	0,9
	Unklar	12	11,2

Fortsetzung Tabelle 3.2 : Merkmale der Krankheitsvorgeschichte (N = 107)

Manifeste Selbstverletzung	Nein	45	42,1
	Ja	44	41,1
	Keine Angabe	18	16,8
Suizidale Krise	Nein	75	70,1
	Ja	18	16,8
	Keine Angabe	14	13,1

3.3 Interpersonelle Probleme IIP-D zum Zeitpunkt T0

Der IIP-D wird ausgewertet, indem die acht Items einer Skala aufsummiert werden, der Mittelwert ist der Skalenrohwert. Der Mittelwert der Skalenrohwerte ist der Gesamtwert des IIP-D.

Zum Vergleich mit einer Normstichprobe können für die Skalen Stanine-Werte (Neun-Punkte Skala mit einem Mittelwert von 5 und einer Standardabweichung von 2) ermittelt werden (s. Tabelle 3.3).

Betrachtet man die normierten Stanine-Werte, so fällt auf, dass der IIP-D Gesamtwert der Stichprobe zum Zeitpunkt T0 mit 7,18 eine Standardabweichung über dem Mittelwert liegt und damit für überdurchschnittliche interpersonelle Probleme steht. Bis auf die Skala „autokratisch/dominant“ betragen die Stanine-

Tabelle 3.3 Stanine und Rohwerte IIP-D (Standardabweichung) Zeitpunkt T 0 (N=106)

IIP-D Skala	Stanine	Skalenrohwert
autokratisch/dominant	5,43 (2,070)	1,320 (0,73)
streitsüchtig/konkurrierend	6,22 (1,957)	1,585 (0,684)

abweisend/kalt	6,58 (1,941)	1,7899 (0,762)
introvertiert/sozial abweisend	7,08 (1,860)	2,147 (0,839))
selbstunsicher/unterwürfig	6,72 (2,046)	2,177 (0,790)
ausnutzbar/nachgiebig	6,25 (1,857)	1,985 (0,716)
fürsorglich/freundlich	6,98 (1,912)	2,297 (0,685)
expressiv/aufdringlich	6,06 (2,004)	1,810
IIP-D Gesamtwert	7,18 (1,840)	1,889

Werte der anderen Skalen > 6 und liegen somit auch leicht im überdurchschnittlichen Bereich. Insbesondere die Skalen „introvertiert/sozial abweisend“ und „fürsorglich/freundlich“ liegen eine Standardabweichung über dem Mittelwert.

3.3.1 Veränderungen zum Zeitpunkt T1

Für diejenigen Patienten, deren Daten zu beiden Zeitpunkten T0 und T1 vorliegen (N=54) werden die Rohwerte und Stanine-Werte in Tabelle 3.4 und 3.5 dargestellt.

Tabelle 3.4 Stanine und Rohwerte IIP-D (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=54)

IIP-D Skala	Stanine	Skalen- roh wert
autokratisch/dominant	5,23 (2,035)	1,23 (0,686)

streitsüchtig/konkurrierend	6,06 (2,079)	1,5384 (0,735)
abweisend/kalt	6,51 (1,918)	1,766 (0,782)
introvertiert/sozial abweisend	7,36 (1,733)	2,248 (0,789)
selbstunsicher/unterwürfig	7,21 (1,895)	2,391 (0,780)
ausnutzbar/nachgiebig	6,57 (2,00)	2,129 (0,807)
fürsorglich/freundlich	7,26 (1,893)	2,423 (0,736)
expressiv/aufdringlich	6,21 (2,01)	1,859 (0,701)
IIP-D Gesamtwert	7,23 (1,908)	1,948 (0,510)

Wie bei der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt T0 (N=107) fällt auf, dass auch bei der Vergleichsstichprobe (N=54) zum Zeitpunkt T0 die Stanine-Werte des IIP-D Gesamtwerts sowie aller Skalen bis auf die Skala „autokratisch/dominant“ mindestens eine Standardabweichung über dem Mittelwert liegen.

Tabelle 3.5 Stanine und Rohwerte IIP-D (Standardabweichung) Zeitpunkt T1 (N=54)

IIP-D Skala	Stanine	Skalen- roh wert
autokratisch/dominant	5,33 (2,198)	1,277 (0,752)
streitsüchtig/konkurrierend	6,20 (2,032)	1,569 (0,705)
abweisend/kalt	6,48 (1,840)	1,729 (0,693)

introvertiert/sozial abweisend	6,83 (1,979)	2,006 (0,885)
selbstunsicher/unterwürfig	6,57 (2,116)	2,129 (0,857)
ausnutzbar/nachgiebig	6,17 (2,063)	1,926 (0,738)
fürsorglich/freundlich	6,87 (2,102)	2,252 (0,676)
expressiv/aufdringlich	6,11 (1,987)	1,801 (0,655)
IIP-D Gesamtwert	6,98 (2,042)	1,837 (0,48)

Zum Vergleich der Prä-/Post-Veränderung wurde der Wilcoxon-Test verwendet, da sich nicht für alle Skalen des IIP-D eine Normalverteilung findet (s. Tabelle 7.1 im Anhang). Signifikante Veränderungen finden sich hier bei den Skalen „introvertiert/sozial abweisend“ und „selbstunsicher/unterwürfig“ (s. Tabelle 3.6). Hier findet sich jeweils eine Verbesserung der interpersonellen Problematik. Die übrigen Veränderungen sind nicht signifikant.

Tabelle 3.6 Ergebnisse des Wilcoxon Test Skalen des IIP-D Zeitpunkt T0 und T1 (N=54)

IIP-D Skala	Z	p (2-seit.)
autokratisch/dominant	-0,560	0,576
streitsüchtig/konkurrierend	-0,307	0,759
abweisend/kalt	-0,448	0,654
introvertiert/sozial abweisend	-2,454	0,014

selbstunsicher/unterwürfig	-3,373	0,001
ausnutzbar/nachgiebig	-1,884	0,060
fürsorglich/freundlich	-1,710	0,087
expressiv/aufdringlich	-0,284	0,776
IIP-D Gesamtwert	-1,249	0,212

3.3.2 Darstellung der Kreisparameter zum Zeitpunkt T0 und T1

Neben dem im Manual angegebenen Auswertungsverfahren wurden die Daten, insbesondere auch, um Subtypen interpersonaler Problemmuster mittels Clusteranalyse zu erfassen, mittels der Structural Summary Method (nach Gurtman, M. B., 1994) ausgewertet. Das interpersonelle Problemmuster wird dabei über die acht Skalen in Form einer Cosinus-Funktion erfasst. Als Parameter dieser Funktion erhält man den Winkel oder Displacement, die Amplitude sowie die Elevation. Diese werden als structural summary scores bezeichnet. Der Winkel oder das Displacement steht für die interpersonelle Tendenz einer Person. Die Amplitude beschreibt die interpersonelle Variabilität. Eine niedrige Amplitude deutet mehr Flexibilität an, ein hoher Wert deutet auf einen interpersonellen Schwerpunkt hin. Die Elevation ist ein Maß für den interpersonellen Distress, ein hoher Wert zeigt eine hohe Belastung an.

In Tabelle 3.7 sind die structural summary scores der vorliegenden Werte zum Zeitpunkt T0 (für die Gesamtstichprobe N=107 und die Vergleichsstichprobe N=54) und T1 (N=54) dargestellt.

Tabelle 3.7: IIP-D-Kreisparameter (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=107 und 54) und T1 (N= 54)

	N	IIP-D Dominanz	IIP-D Zuneigung	IIP-D Elevation	IIP-D Amplitude	IIP-D Winkel
Zeitpunkt T0	107	-0,3413 (0,531)	0,1379 (0,442)	0,7891 (0,4581)	0,6896 (0,3709)	275,56 (91,8121)
Zeitpunkt T1	54	-0,3125 (0,530)	0,1574 (0,437)	0,7365 (0,489)	0,6748 (0,3647)	283,234 (82,760)
Zeitpunkt T0	54	-0,4560 (0,511)	0,200 (0,428)	0,738 (0,510)	0,7322 (0,401)	249,55 (107,65)

Sowohl vor als auch nach der Behandlung liegt die Stichprobe eher im submissiven Bereich mit niedrigen Dominanzwerten und erzielt höhere Werte auf der Dimension Zuneigung.

Da für die Parameter Winkel und Amplitude keine Normalverteilung vorliegt, wurden zum Vergleich der Parameter vor und nach der Behandlung der Wilcoxon-Test durchgeführt, für die übrigen Parameter ein T-Test für abhängige Stichproben.

Tabelle 3.8 Wilcoxon-Test für die Variablen Amplitude und Displacement/Winkel Zeitpunkt T0 und T1 (N= 54)

	Z	p (2-seit.)
IIP-D Amplitude	-0,952	0,341
IIP-D Displacement/Winkel	-0,553	0,580

Bezüglich des Kreisparameters Elevation zeigt sich ein signifikanter Unterschied nach 3 Monaten Behandlung. Der interpersonale Distress hat signifikant abgenommen. Die Veränderung der Dimension Dominanz ist

signifikant, die Stichprobe liegt somit weniger im submissiven Bereich. Die Veränderungen der übrigen Variablen sind nicht signifikant.

Tabelle 3.9 T-Test für abhängige Stichproben für die Variablen Dominanz, Zuneigung und Elevation Zeitpunkt T0 und T1 (N=54)

	t	df	p (2-seit.)
IIP-D Dominanz	-3,554	52	0,001
IIP-D Zuneigung	0,994	52	0,325
IIP-D Elevation	2,224	52	0,030

3.4 Borderline Persönlichkeitsinventar zum Zeitpunkt T0

Aus den 53 Items des BPI werden die vier Skalen des BPI berechnet. Anhand der 20 trennschärfsten Items wird der Cut-Off Wert zur Diagnose der Borderline Persönlichkeitsstörung bestimmt. Es liegen T-Normen für die Skalen, den Gesamtwert und den Cut-Off Wert vor, sodass T-Werte ermittelt werden können.

Tabelle 3.10 BPI T-Werte und Skalenrohre (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=105)

BPI	T-Wert	Skalen- rohre
Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	60,42 (8,477)	6,86 (3,115)
Angst vor Nähe	62,32 (7,443)	4,85 (1,818)

Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	60,46 (8,059)	4,89 (1,938)
Mangelnde Realitätsprüfung	58,09 (5,384)	0,71 (1,054)
Gesamtwert BPI	60,3 (7,277)	24,17 (8,470)
Cut-Off Wert	61,52 (7,097)	11,84 (4,149)

Wie zu erwarten liegen die T-Werte der für die Borderline Persönlichkeitsstörung typischen Skalen „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“, „Angst vor Nähe“ und „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ über 60 und damit eine Standardabweichung über der Normstichprobe.

3.4.1. Veränderungen zum Zeitpunkt T1

Wie in Kapitel 3.3.1 wurden auch der BPI derjenigen Patienten deren Daten zu beiden Zeitpunkten vorlagen zum Zeitpunkt T1 und T0 verglichen.

Auch bei der Vergleichsstichprobe (N=48) liegen die T-Werte der Skalen „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“, „Angst vor Nähe“ und

Tabelle 3.11 BPI T-Werte und Skalenrohwerter (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=48)

BPI	N	T-Wert	Skalen- rohwerter
Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	48	60,79 (8,730)	7,06 (3,183)
Angst vor Nähe	48	61,51 (7,579)	4,58 (1,781)

Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	48	61,32 (9,335)	4,96 (2,139)
Mangelnde Realitätsprüfung	48	58,36 (5,671)	0,75 (1,090)
Gesamtwert BPI	48	60,28 (7,520)	24,13 (8,762)
Cut-Off Wert	48	61,45 (7,073)	11,85 (4,144)

„Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ wie zu erwarten über 60 und damit eine Standardabweichung über der Normstichprobe.

Betrachtet man die Werte auf den Skalen des BPI zum Zeitpunkt T1 findet sich

Tabelle 3.12 BPI T-Werte und Skalenrohre (Standardabweichung) Zeitpunkt T1 (N=48)

BPI	N	T-Wert	Skalen- rohre
Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	48	59,27 (10,052)	6,27 (3,660)
Angst vor Nähe	48	60,92 (6,928)	4,54 (1,845)
Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	48	56,44 (9,079)	3,69 (2,362)
Mangelnde Realitätsprüfung	48	57,60 (5,815)	0,65 (1,158)

Gesamtwert BPI	48	57,81 (7,857)	21,46 (9,121)
Cut-Off Wert	48	58,96 (8,082)	10,44 (4,731)

hier ein signifikanter Unterschied auf der Skala „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“.

Aufgrund der fehlenden Normalverteilung (s.Tabelle 7.1 im Anhang) wurde mit Ausnahme des Gesamtwertes des BPI zum Vergleich der Prä-/Post Veränderungen der Wilcoxon-Test durchgeführt.

Tabelle 3.13 Wilcoxon-Test für Skalen des BPI Zeitpunkt T0 und T1 (N= 48)

	Z	p (2-seit.)
Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	-1,284	0,199
Angst vor Nähe	-4,86	0,627
Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	-3,743	0,000
Mangelnde Realitätsprüfung	-0,390	0,696
Cut-Off Wert	-1,677	0,093

Die übrigen Veränderungen auf den Skalen des BPI waren nicht signifikant.

Tabelle 3.14 T-Test für abhängige Stichproben für BPI Gesamtwert zum Zeitpunkt T0 und T1 (N=48)

	t	df	p (2-seit.)
Gesamtwert BPI	1,999	47	0,051

3.5 SCL-90 zum Zeitpunkt T0

Anhand der 90 Items werden die 9 Skalen des SCL-90 berechnet. Zusätzlich werden die globalen Kennwerte GSI, PSDI und PST berechnet. Der GSI gilt als Maß für die insgesamt vorhandene psychische Belastung. Die Rohwerte können in normierte T-Werte transformiert werden. Auffällige Skalenwerte bestehen bei $T > 60$.

Tabelle 3.15 SCL-90 T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=105)

SCL-90	N	T-Wert	Skalenrohwert
Somatisierung	105	61,89 (9,068)	13,32 (9,203)
Zwanghaftigkeit	105	67,59 (8,891)	17,561 (7,809)
Unsicherheit im Sozialkontakt	105	65,27 (8,742)	16,02 (8,019)
Depressivität	105	68,15 (8,049)	14,613 (8,393)

Ängstlichkeit	105	66,05 (8,393)	24,17 (8,470)
Aggressivität	105	63,12 (8,418)	9,37 (5,591)
Phobische Angst	105	65,72 (10,182)	8,77 (7,225)
Paranoides Denken	105	61,49 (9,349)	8,60 (5,179)
Psychotizismus	105	64,66 (8,402)	11,7054 (7,880)
GSI	105	67,99 (8,359)	3,73 (2,213)
PSDI	105	65,58 (8,388)	2,213 (0,574)
PST	105	65,19 (7,406)	60,41 (15,287)

Wie bei einer klinischen Stichprobe zu erwarten, liegen die Patienten in allen Skalen bei $T > 60$, insbesondere auch die globalen Kennwerte, die über 65 liegen.

3.5.1. Veränderungen zum Zeitpunkt T1

Um Veränderungen im SCL-90 zu zwei Zeitpunkten zu bestimmen wurden auch hier diejenigen Patienten verglichen, deren Daten zu beiden Zeitpunkten vorlagen.

Tabelle 3.16 SCL-90 T-Werte und Skalenrohre (Standardabweichung) Zeitpunkt T0 (N=53)

SCL-90	N	T-Wert	Skalenrohre
Somatisierung	53	63,37 (9,460)	14,65 (9,705)
Zwanghaftigkeit	53	69,81 (8,852)	19,325 (8,10)
Unsicherheit im Sozialkontakt	53	66,85 (9,069)	17,57 (8,810)
Depressivität	53	70,73 (7,473)	30,28 (11,663)
Ängstlichkeit	53	68,00 (7,670)	16,162 (8,1327)
Aggressivität	53	63,87 (8,034)	9,46 (5,529)
Phobische Angst	53	66,29 (9,568)	8,79 (6,746)
Paranoides Denken	53	62,27 (9,543)	8,94 (5,267)
Psychotizismus	53	65,46 (8,535)	12,94 (5,665)
GSI	53	69,54 (8,330)	1,6723 (0,709)

PSDI	53	67,38 (8,367)	2,3244 (0,6121)
PST	53	66,31 (7,363)	62,35 (14,392)

Bei der Vergleichstichprobe (N=53) finden sich zum Zeitpunkt T0 in allen Skalen bei T-Werte über 60, insbesondere auch die globalen Kennwerten, die auch hier über 65 liegen.

Betrachtet man die Werte nach Behandlung finden sich sowohl für die einzelnen Skalen als auch für die globalen Kennwerte eine Besserung.

Tabelle 3.17 SCL-90 T-Werte und Skalenrohwerte (Standardabweichung) Zeitpunkt T1 (N=53)

SCL-90	N	T-Wert	Skalenrohwert
Somatisierung	53	60,17 (8,646)	11,59 (8,408)
Zwanghaftigkeit	53	62,74 (10,221)	13,87 (8,242)
Unsicherheit im Sozialkontakt	53	62,58 (8,809)	13,49 (8,123)
Depressivität	53	63,77 (9,158)	20,79 (12,477)
Ängstlichkeit	53	61,38 (9,933)	11,05 (8,541)
Aggressivität	53	62,04 (7,341)	8,40 (5,051)

Phobische Angst	53	64,83 (9,256)	7,72 (6,407)
Paranoides Denken	53	61,26 (9,220)	8,34 (5,007)
Psychotizismus	53	65,02 (8,527)	11,9132 (8,300)
GSI	53	65,887 (12,486)	1,279 (0,538)
PSDI	53	63,70 (8,902)	2,111 (0,606)
PST	53	65,09 (7,644)	59,42 (15,089)

Im Wilcoxon-Test, der für die nicht normalverteilten Skalen berechnet wurde, und im T-Test für abhängige Stichproben, der für die normalverteilten Skalen bzw. globalen Kennwerte berechnet wurde, sind diese Veränderungen bis auf die Skalen Psychotizismus und Somatisierung signifikant.

Tabelle 3.18 Wilcoxon-Test für Skalen des SCL-90 Zeitpunkt T0 und T1 (N= 53)

	Z	p (2-seit.)
Somatisierung	-1,762	0,078
Unsicherheit im Sozialkontakt	-2,748	0,006
Depressivität	-4,234	0,000

Ängstlichkeit	-3,606	0,000
Aggressivität	-4,341	0,000
Phobische Angst	.3,936	0,000
Paranoides Denken	-2,793	0,005
Psychotizismus	-2,400	0,16

Tabelle 3.19 T-Test für abhängige Stichproben für Zeitpunkt T 0 und T1 (N= 54)

	t	df	p (2-seit.)
Zwanghaftigkeit	4,205	50	0,000
GSI	4,133	50	0,000
PSDI	3,513	50	0,001
PST	3,720	50	0,001

3.6 Hypothesenprüfender Teil

3.6.1 Überprüfung der Hypothese 1 „Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung“

Anhand einer hierarchischen Clusteranalyse wurden zum Zeitpunkt T0 vier Cluster identifiziert. Anhand der Ausprägungen auf den Skalen des IIP und den Dimensionen Dominanz und Zuneigung wurden sie wie folgt benannt:

Cluster 1: „Zu unterwürfig“. Dieser Subtyp zeigt hohe Werte auf der Dimension „Zuneigung“ und niedrige Werte auf der Dimension „Dominanz“. Hohe Werte finden sich auf den Skalen „selbstunsicher/unterwürfig“, „fürsorglich/freundlich“, „ausnutzbar/nachgiebig“, „introvertiert/sozial abweisend“, niedrige Werte auf den Skalen „autokratisch/dominant“, „streitsüchtig, konkurrierend“.

Cluster 2: „Zu freundlich-introvertiert“. Dieser Subtyp weist die höchsten Werte auf den Skalen „fürsorglich/freundlich“, „introvertiert/sozial abweisend“, „selbstunsicher/unterwürfig“ auf.

Cluster 3: „Zu dominant/konkurrierend“ weist hohe Werte in der Dimension „Dominanz“ auf sowie auf den Skalen „autokratisch/dominant“, „expressiv/aufdringlich“, „streitsüchtig/konkurrierend“.

Cluster 4: „Zu kalt/sozial abweisend“. Hier finden sich hohe Werte auf den Skalen „abweisend/kalt“, „introvertiert/sozial abweisend“, „streitsüchtig/konkurrierend“ und niedrige Werte auf den Skalen „expressiv/aufdringlich“, „fürsorglich/freundlich“, „ausnutzbar/nachgiebig“.

Erwartungsgemäß fanden sich signifikante Unterschiede auf den Skalen des IIP-D zwischen den Clustern. So unterschied sich Cluster 3 am stärksten von den anderen Clustern auf der Skala „autokratisch/dominant“. Patienten in Cluster 3 wiesen höhere Werte auf dieser Skala auf als Patienten in anderen Clustern. Patienten in Cluster 1 hatten signifikant niedrigere Werte in den Skala „streitsüchtig/konkurrierend“ und „autokratisch/dominant“ als Patienten der anderen Cluster. Hingegen weisen Patienten aus Cluster 1 signifikant höhere Werte auf der Skala „ausnutzbar/nachgiebig“ auf als Patienten der anderen Cluster. Patienten in Cluster 4 zeigten signifikant höhere Werte auf der Skala „abweisend/kalt“. Im Gesamtwert des IIP-D gab es geringe Unterschiede, die sich als nicht signifikant erwiesen.

Im Vergleich der Dimensionen „Dominanz“ und „Zuneigung“ fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Clustern. Erwartungsgemäß findet sich Cluster 3 im dominanten Bereich, während Cluster 1 eher im submissiven Bereich zu finden ist. In der Dimension „Zuneigung“ zeigen Cluster 3 und 4 eher niedrige Werte.

Tabelle 3.20 IIP-Skalen und Kreisparameter (Standardabweichung) nach Cluster und Ergebnis Varianzanalyse mit abhängigen Variablen Dominanz, Zuneigung, Elevation und IIP-D Skalen zum Zeitpunkt T0

	Cluster 1 (N=22)	Cluster 2 (N=70)	Cluster 3 (N=8)	Cluster 4 (N=6)	F	p (2- seit.)
Dominanz	-1,0217 (0,265)	-0,2337 (0,3225)	0,6675 (0,3044)	-0,5035 (0,4858)	62,589	0,000
Zuneigung	0,3662 (0,3934)	0,1929 (0,3225)	-0,1576 (0,2947)	-0,9467 (0,261)	27,249	0,000
Elevation	0,8921 (0,3477)	0,7559 (0,4930)	0,7320 (0,4708)	0,8866 (0,3925)	0,626	0,600
abweisend/ kalt Rohwert und Stanine	1,760 (0,744) 6,59 (1,919)	1,686 (0,7334) 6,36 (1,934)	1,8750 (0,5387) 6,75 (1,753)	3,00 (0,410) 9,00 (0,00)	6,374	0,001
introvertiert/ sozial abweisend Rohwert und Stanine	2,5681 (0,7827) 7,91 (1,630)	1,9643 (0,7623) 6,76 (1,845)	1,6406 (0,5568) 6,13 (1,727)	3,4167 (0,4306) 9,00 (0,00)	10,894	0,000
Selbstunsicher/ unterwürfig Rohwert und Stanine	2,8750 (0,5059) 8,36 (1,049)	2,0679 (0,7162) 6,49 (1,932)	1,3125 (0,5900) 4,38 (1,768)	2,04167 (0,9768) 6,50 (2,429)	12,501	0,000

ausnutzbar/ nachgiebig Rohwert und Stanine	2,659 (0,5135) 7,95 (0,899)	1,930 (0,5740) 6,14 (1,563)	0,9844 (0,4503) 3,50 (1,195)	1,500 (0,9585) 5,00 (2,530)	19,462	0,000
fürsorglich/ freundlich Rohwert und Stanine	2,7954 (2,280) 8,18 (1,181)	2,280 (0,6202) 6,99 (1,822)	1,609 (0,6527) 4,87 (1,885)	1,574 (0,444) 5,33 (1,862)	11,444	0,000
expressiv/ aufdringlich Rohwert und Stanine	1,6136 (0,4675) 5,55 (1,503)	1,8893 (0,6956) 6,26 (1,893)	2,4531 (0,6811) 4,87 (1,885)	0,750 (0,3622) 3,00 (1,414)	9,204	0,000
IIP-D Gesamtwert Rohwert und Stanine	1,9924 (0,3473) 7,68 (1,673)	1,8549 (0,4930) 6,97 (1,857)	1,8320 (0,4708) 8,00 (1,773)	1,9853 (0,4009) 7,83 (1,472)	0,625	0,600

Bezüglich der Kreisparameter findet sich die Elevation betreffend keine signifikanten Unterschiede, die Cluster unterscheiden sich also nicht bezüglich des interpersonalen Distress. Die Unterschiede der Amplitude waren signifikant, die Cluster unterscheiden sich also bezüglich der Differenziertheit des interpersonalen Profils, wobei Patienten in Cluster 1 und 4 einen deutlicheren interpersonalen Schwerpunkt aufzuweisen scheinen. Erwartungsgemäß finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Winkeln/Displacement der einzelnen Cluster, da diese die interpersonale Tendenz eines Clusters darstellt.

Tabelle 3.21 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Kruskal-Wallis Test mit abhängigen Variablen IIP-D Skalen und Amplitude und Winkel/Displacement zum Zeitpunkt T0

	Cluster 1 (N=22)	Cluster 2 (N=70)	Cluster 3 (N=8)	Cluster 4 (N=6)	Chi- Quadrat	p (2-seit.)
Amplitude	1,152 (0,2627)	0,496 (0,2268)	0,749 (0,2750)	1,1736 (0,1766)	58,113	0,000
Winkel/ Displacement	256,305 (84,440)	305,772 (78,0653)	125,977 (15,7015)	193,784 (66,593)	12,850	0,005
Autokratisch/ Dominant Rohwert und Stanine	0,5681 (0,3357) 3,23 (1,193)	1,4161 (0,6130) 5,77 (1,763)	2,4687 (0,6580) 8,13 (1,356)	1,4375 (0,6926) 6,0 (1,897)	43,758	0,000
Streitsüchtig/ Konkurrierend Rohwert und Stanine	1,097 (0,355) 4,68 (1,129)	1,605 (0,650) 6,36 (1,911)	2,312 (0,7258) 7,88 (1,727)	2,1727 (0,6465) 8,00 (1,265)	24,552	0,000

Leihener et al. (2002) fanden in ihrer Studie nur zwei Subtypen, den „autonomen Typ“ und „abhängigen Typ“. Der „autonome Typ“ entspricht am ehesten dem in der vorliegenden Studie gefundenem Subtyp 3 „zu dominant/konkurrierend“, während Subtyp 1 „zu unterwürfig“ ähnlich auf den Skalen des IIP abschnitt wie der „abhängige Typ“. Salzer et al. (2013) hingegen fanden fünf Subtypen Cluster 1 „rachsüchtig“, Cluster 2, „moderat unterwürfig“ Cluster 3, „nicht durchsetzungsfähig“, Cluster 4, „ausnutzbar“ und Cluster 5, „sozial vermeidend“. Hierbei ähnelt der in der vorliegenden Studie gefundene

Subtyp 1 „zu unterwürfig“ den Clustern 2, 3 und 4. Subtyp 4: „Zu kalt/sozial abweisend“ entspricht a.e. dem Cluster 5 „sozial vermeidend“.

In der vorliegenden Studie lassen sich somit Cluster/Subtypen finden, die sich mit denen anderer Studien überschneiden, jedoch nicht vollständig übereinstimmen.

Hypothese 1 „Es lassen sich ähnliche Subtypen wie in der Literatur auch in der vorliegenden Stichprobe finden“ kann somit mit Einschränkungen bestätigt werden.

3.6.2 Überprüfung der Hypothese 2 „Subtypen interpersonaler Probleme und Borderline Persönlichkeitsinventar“

Da sich anhand interpersoneller Probleme Subtypen finden, stellt sich die Frage, ob diese sich untereinander in typischen Merkmalen der Borderline Persönlichkeitsstörung unterscheiden, welche mit den Skalen des BPI erfasst werden. Die Hypothese ist, dass dies der Fall ist, insbesondere für die Skalen „Angst vor Nähe“ und „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“, da diese mit interpersonellen Schwierigkeiten einher gehen.

Tabelle 3.22 T-Werte(Standardabweichung) der Skalen des BPI nach Cluster Zeitpunkt T0

IIP-D Cluster	BPI Skala				
	Entfremdungs erlebnisse und Identitätsdiffu sion	Angst vor Nähe	Primitive Abwehrmecha nismen und Objekt beziehungen	Mangelhafte Realitäts prüfung	Gesamt wert
Cluster 1 (N=22)	60,86 (7,107)	64,05 (7,581)	60,45 (8,359)	57,36 (5,01)	59,41 (6,508)
Cluster 2 (N=68)	59,94 (8,818)	61,72 (7,792)	60,28 (7,699)	58,29 (5,442)	60,15 (7,404)

Cluster 3 (N=8)	61,13 (12,112)	61,75 (6,205)	61,0 (11,058)	57,88 (6,175)	61,37 (10,295)
Cluster 4 (N=6)	62,0 (4,00)	63,17 (4,750)	61,50 (9,439)	59,33 (6,250)	62,67 (4,412)

Da die Skalen des BPI nicht normalverteilt sind (s. Tabelle 7.1, Anhang), kann keine Varianzanalyse durchgeführt werden. Stattdessen wird der Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Beim Vergleich der Cluster bezüglich der Skalen des BPI finden sich jedoch nur geringe Unterschiede, welche im Kruskal-Wallis Test (s. Tabelle 3.23) nicht signifikant sind, womit Hypothese 2 „Die Subgruppen unterscheiden sich signifikant bezüglich der Skalen des BPI, insbesondere der Skalen „Angst vor Nähe“ und „primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“, verworfen werden muss.

Tabelle 3.23 Ergebnisse des Kruskal Wallis Test mit der abhängigen Variable Skalen des BPI Zeitpunkt T0 (N=104)

BPI Skala	Chi-Quadrat	Df	p (2-seit.)
Entfremdungs erlebnisse und Identitäts-Diffusion	0,898	3	0,826
Angst vor Nähe	1,892	3	0,595
Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	0,040	3	0,998
Mangelhafte Realitätsprüfung	0,958	3	0,818

Gesamtwert	1,126	3	0,771
-------------------	-------	---	-------

3.6.3. Überprüfung der Hypothese 3 „Zeitliche Stabilität der Subtypen“

Zur Überprüfung der zeitlichen Stabilität der interpersonalen Subtypen wurden hierarchische Clusteranalysen zu den Zeitpunkten T0 und T1 für diejenigen Patienten, deren Daten zu beiden Zeitpunkten vorliegen (N=54), durchgeführt. Zum Zeitpunkt T0 wurden so fünf Cluster identifiziert. Anhand der Ausprägungen auf den Skalen des IIP und den Dimensionen „Dominanz“ und „Zuneigung“ wurden sie wie folgt benannt:

Cluster 1: „zu freundlich-introvertiert“ mit der höchsten Ausprägung auf den Skalen „fürsorglich/freundlich“ und „introvertiert/sozial abweisend“ mit niedrigen Werten auf den Skalen „autokratisch/dominant“ und „streitsüchtig/konkurrierend“.

Cluster 2: „zu introvertiert-unterwürfig“ mit hohen Werten auf den Skalen „introvertiert/sozial abweisend“, „selbstunsicher/unterwürfig“, „ausnutzbar/nachgiebig“. Die Patienten in diesem Cluster weisen niedrige Werte auf den Skalen „autokratisch/dominant“, „streitsüchtig/konkurrierend“ und „expressiv/aufdringlich“ auf.

Cluster 3: „zu fürsorglich-ausnutzbar“ mit hohen Werten auf den Skalen „fürsorglich/freundlich“, „ausnutzbar/nachgiebig“ und „selbstunsicher/unterwürfig“

Cluster 4: „expressiv-konkurrierend“ mit hohen Werten auf der Skala „expressiv/aufdringlich“ und niedrigen Werten auf den Skalen „ausnutzbar/nachgiebig“ und „selbstunsicher/unterwürfig“.

Cluster 5: Zu „kalt/selbstunsicher“ Mit hohen Werten auf den Skalen „abweisend/kalt“, „selbstunsicher/unterwürfig“ und „introvertiert/sozial abweisend“.

Tabelle 3.24 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Varianzanalyse mit abhängigen Variablen Dominanz, Zuneigung, Elevation und IIP-D Skalen zum Zeitpunkt T0 (N=54)

	Cluster 1 (N=27)	Cluster 2 (N=4)	Cluster 3 (N=6)	Cluster 4 (N=14)	Cluster 5 (N=3)	F	p (2-seit.)
Dominanz	-0,5331 (0,209)	-1,3756 (0,167)	-0,975 (0,369)	0,537 (0,345)	0,1745 (0,290)	39,24 2	0,000
Zuneigung	0,2474 (0,259)	0,1458 (0,1845)	0,887 (0,180)	0,038 (0,319)	-0,786 (0,193)	21,97 6	0,000
Elevation	0,8253 (0,4825)	1,187 (0,399)	0,796 (0,309)	0,779 (0,667)	1,113 (0,328)	0,639	0,637
abweisend/ kalt	1,689 (0,645)	2,458 (0,803)	1,125 (0,524)	1,732 (0,767)	3,208 (0,401)	5,77	0,001
introvertiert/ sozial abweisend	2,278 (0, 632)	3,125 (0, 25)	1,875 (0,884)	1,901 (0,792)	3,458 (0,520)	4,795	0,002
selbstun sicher/ unterwürfig	2, 3981 (0,568)	3,333 (0,505)	2,937 (0,641)	1,1839 (0,913)	2,875 (0,450)	5,084	0,002
ausnutzbar/ nachgiebig	2,171 (0,612)	3,250 (0,572)	2,916 (0,400)	1,455 (0,762)	2,208 (0,793)	8,338	0,000

fürsorglich/ freundlich	2,495 (0,586)	3,042 (0,590)	3,125 (0,447)	1,964 (0,842)	1,898 (0,340)	4,783	0,002
expressiv/ aufdringlich	1,819 (0,670)	1,208 (0,288)	1,875 (0,410)	2,268 (0,727)	0,917 (0,382)	3,816	0,009
IIP-D Gesamtwert	1,926 (0,482)	2,286 (0,399)	1,896 (0,309)	1,879 (0,667)	2,223 (0,332)	0,646	0,632

Tabelle 3.25 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Kruskal-Wallis Test mit abhängigen Variablen IIP-D Skalen und Amplitude und Winkel/Displacement zum Zeitpunkt T0

	Cluster 1 (N=27)	Cluster 2 (N=4)	Cluster 3 (N=6)	Cluster 4 (N=14)	Cluster 5 (N=3)	Chi- Quadrat	p (2- seit.)
Winkel/ Displacement	299,86 (19,508)	216,048 (111,16)	313,306 (13,646)	47,754 (17,038)	175,617 (144,59)	7,459	0,001
Amplitude	0,646 (0,1887)	1,391 (0,1721)	1,348 (0,2710)	0,386 (0,246)	1,220 (0,1366)	32,827	0,000
autokratisch/ dominant	1,097 (0,503)	0,542 (0,520)	0,583 (0,232)	1,937 (0,625)	1,041 (0,505)	24,375	0,000
Streitsüchtig/ Konkurrier end	1,454 (0,539)	1,333 (0,520)	0,729 (1,938)	1,938 (0,893)	2,262 (0,875)	16,240	0,000

Zum Zeitpunkt T1 finden sich ebenfalls fünf Cluster.

Cluster 1 lässt sich als „zu freundlich/introvertiert“ beschreiben mit niedrigen Werten auf der Dimension „Dominanz“ und hohen Werten auf den Skalen „fürsorglich/freundlich“ und „introvertiert/sozial abweisend“ und entspricht dem Cluster 1 zum Zeitpunkt T0.

Cluster 2 lässt sich ähnlich wie Cluster 2 zum Zeitpunkt T0 als „zu introvertiert-unterwürfig“ beschreiben mit niedrigen Werten der Dimension „Dominanz“ und hohen Werten auf den Skalen „selbstunsicher/unterwürfig“ und „introvertiert/sozial abweisend“. Niedrige Werte finden sich auf der Skala „autokratisch/dominant“.

Tabelle 3.26 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Varianzanalyse mit abhängigen Variablen Dominanz, Zuneigung, Elevation, Amplitude und IIP-D Skalen zum Zeitpunkt T1 (N=54)

	Cluster 1 (N=33)	Cluster 2 (N=11)	Cluster 3 (N=6)	Cluster 4 (N=2)	Cluster 5 (N=1)	F	p (2-seit.)
Dominanz	-0,310 (0,284)	-0,8934 (0,290)	0,6094 (0,1948)	0,537 (0,345)	-1,223	35,495	0,000
Zuneigung	0,0935 (0,369)	0,563 (0,1970)	0,252 (0,2822)	-0,7297 (0,2355)	-0,9312	10,896	0,000
Elevation	0,6954 (0,5505)	0,9170 (0,2743)	0,6604 (0,4602)	0,4859 (0,3867)	1,103	0,728	0,577
Amplitude	0,502 (0,2575)	1,079 (0,263)	0,6896 (0,2630)	0,9120 (0,3922)	1,5373	13,291	0,000

abweisend/ kalt	1,742 (0,731)	1,6250 (0,520)	1,5209 (0,6586)	1,937 (0,410)	3,250	1.501	0,216
introvertiert/ sozial abweisend	2,058 (0, 8962)	2,1882 (0, 7623)	1,1667 (0,5845)	2,000 (0,5303)	3,375	2,519	0,053
Selbstun sicher/ unterwürfig	2,0625 (0,7645)	2,8636 (0,5658)	1,2500 (0,6374)	1,1875 (0,0883)	3,500	7,179	0,000
ausnutzbar/ nachgiebig	1,8051 (0,5058)	2,8977 (0,3985)	1,2917 (0,4503)	0,4375 (0,088)	2,1250	19,625	0,000
fürsorglich/ freundlich	2,176 (0,5968)	2,840 (0,4746)	2,104 (0,668)	0,875 (0,000)	2,000	6,032	0,000
expressiv/ aufdringlich	1,732 (0,6750)	1,818 (0,351)	2,500 (0,411)	1,500 (0,5303)	0,375	3,743	0,10
IIP-D Gesamtwert	1,7955 (0,550)	2,0170 (0,2744)	1,7607 (0,460)	1,585 (0,386)	2,203	0,728	0,577

Cluster 3 lässt sich „expressiv-konkurrierend“ bezeichnen mit hoher Ausprägung auf den Skalen „autokratisch/dominant“, „streitsüchtig/konkurrierend“ und „expressiv/aufdringlich“ und niedriger

Ausprägung auf der Skala „ausnutzbar/nachgiebig“ und entspricht Cluster 4 zum Zeitpunkt T1.

Cluster 4 lässt sich als „sozial abweisend/streitsüchtig“ beschreiben mit hohen Werten auf den Skalen „streitsüchtig/konkurrierend“, „abweisend/kalt“ und „introvertiert/sozial abweisend“. Zum Zeitpunkt T0 findet sich kein entsprechender Cluster.

Cluster 5 lässt wie Cluster 5 zum Zeitpunkt T0 als „kalt/selbstunsicher“ beschreiben und besteht zum Zeitpunkt T1 aus einer einzelnen Person. Diese Person weist hohe Werte auf den Skalen „abweisend/kalt“, „introvertiert/sozial abweisend“, „streitsüchtig, konkurrierend“ und „selbstunsicher/unterwürfig“ auf sowie niedrige Werte auf den Skalen „autokratisch/dominant, „expressiv/aufdringlich“ und ließ sich daher keinem der anderen Cluster zuordnen.

Tabelle 3.27 IIP-Skalen und Kreisparameter nach Cluster und Ergebnis Kruskal-Wallis Test mit abhängigen Variablen IIP-D Skalen und Amplitude und Winkel/Displacement zum Zeitpunkt T1

	Cluster 1 (N=34)	Cluster 2 (N=11)	Cluster 3 (N=6)	Cluster 4 (N=2)	Cluster 5 (N=1)	Chi- Quadrat	p (2- seit.)
Winkel/ Displacement	326,895 (25,1352)	266,511 (46,126)	100,737 (85,900)	195,719 (4,4923)	252,718	31,044	0,000
autokratisch/ dominant	1,224 (0,718)	0,841 (0,280)	2,229 (0,4705)	0,2188 (0,972)	0,375	6,413	0,093
Streitsüchtig/ Konkurrierend	1,0562 (0,355)	1,0681 (0,650)	2,020 (0,7258)	2,562 (0,6465)	2,625	11,973	0,007

Zum Zeitpunkt T1 finden sich ebenfalls 5 Cluster, jedoch entsprechen nur 4 der 5 Cluster denen von Zeitpunkt T0. Der Cluster „zu fürsorglich-ausnutzbar“ findet

sich nun nicht, es findet sich hingegen ein Cluster „sozial-abweisend/streitsüchtig“.

Somit kann die Hypothese 3 „Die gefundenen Subtypen weisen eine Stabilität zu zwei Messzeitpunkten auf“ mit Einschränkungen bestätigt werden.

3.6.4 Überprüfung der Hypothese 4 Subtypen interpersonaler Probleme und Therapiedauer/-abbruch

Da die Patienten in den jeweiligen Clustern verschiedene interpersonelle Muster aufweisen, stellt sich die Frage, ob sich dies auf die Therapiedauer auswirkt. Interessant ist zudem, ob sich Unterschiede bezüglich vorzeitiger Beendigung der Behandlung finden lassen. Hypothese 4 geht davon aus, dass sich die Patienten in den fünf Clustern zum Zeitpunkt T0 signifikant bezüglich Therapiedauer und vorzeitigem Therapieabbruch unterscheiden. Für die Variable Therapieabbruch wird ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Bei Häufigkeiten <5 in den jeweiligen Clustern muss der exakte Test nach Fischer verwendet werden. Da die Variable Therapiedauer nicht normalverteilt ist (s. Tabelle 7.1 im Anhang) wird der Kruskal-Wallis-Test verwendet.

Tabelle 3.28 Behandlungsdauer nach Cluster (N=47)

IIP-D Cluster	Behandlungsdauer in Tagen
Cluster 1 (N=22)	44,91
Cluster 2 (N=3)	44,67

Cluster 3 (N=5)	40,60
Cluster 4 (N=14)	41,43
Cluster 5 (N=3)	49,33

Betrachtet man die Ergebnisse in Tabelle 3.28 so liegt in Cluster 5 die längste Behandlungsdauer vor, während Cluster 3 die geringste Behandlungsdauer aufweist.

Tabelle 3.29 Vorzeitige Beendigung der Therapie nach Cluster (N=45)

IIP-D Cluster	Vorzeitige Beendigung	
	Nein (%)	Ja (%)
Cluster 1 (N=21)	18 (66,7%)	3 (11,1%)
Cluster 2 (N=3)	3 (100%)	0 (0%)
Cluster 3 (N=5)	5 (100%)	0 (0%)

Cluster 4 (N=13)	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Cluster 5 (N=3)	2 (66,7%)	1 (33,3%)

Bezüglich der vorzeitigen Beendigung der Therapie findet sich die prozentual häufigste vorzeitige Beendigung in Cluster 4, während in Cluster 2 und 3 keine vorzeitigen Beendigungen vorlagen (s. Tabelle 3.29).

Diese gefundenen Unterschiede sind jedoch im Kruskal-Wallis Test und im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant.

Tabelle 3.30 Ergebnisse des Kruskal Wallis Test mit der abhängigen Variable Behandlungsdauer Zeitpunkt 1 (N=47)

	Behandlungsdauer
Chi-Quadrat	1,396
Df	4
p (2-seit.)	,845

Tabelle 3.31 Ergebnisse des Chi-Quadrat Test mit den abhängigen Variable Vorzeitige Beendigung Zeitpunkt 1 (N=45)

	Vorzeitige Beendigung
Chi-Quadrat	2,781
Df	4
p (2-seit.)	0,631

Somit müssen Hypothesen 4 a Die „Subtypen unterscheiden sich signifikant bezüglich der Therapiedauer“ und 4 b „Die Subtypen unterscheiden sich signifikant bezüglich Therapieabbrüchen“ verworfen werden.

4. Diskussion der Ergebnisse

4.1 „Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung“

Hypothese 1 nimmt an, dass sich auch in der vorliegenden Stichprobe Cluster anhand interpersonaler Probleme finden lassen. Betrachtet man zunächst die Auswertung des IIP-D (Kapitel 3.3) so findet sich gemessen am Gesamtwert ein überdurchschnittlicher interpersonaler Distress. Insbesondere bezüglich der Skalen „fürsorglich/freundlich“ und „introvertiert/sozial abweisend“ finden sich die größten Abweichungen von der Normstichprobe. Auf den Dimensionen „Zuneigung“ und „Dominanz“ liegt die Gesamtstichprobe eher im submissiv-freundlichen Bereich.

Mittels Clusteranalyse ließen sich auch in der vorliegenden Stichprobe Subtypen anhand interpersonaler Probleme identifizieren. Ähnlich zu den in Kapitel 1.2.5 beschriebenen Studien finden sich Cluster mit den Schwerpunkten „zu introvertiert/sozial vermeidend“ und „selbstunsicher/unterwürfig“ sowie „autokratisch/dominant“ und „abweisend/kalt“. Im Gegensatz zu den anderen Studien mit Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung findet sich ein Subtyp „zu freundlich/introvertiert“ mit Schwerpunkt auf der Skala „zu fürsorglich/freundlich“ neben den Skalen „introvertiert/sozial abweisend“ und „selbstunsicher/unterwürfig“.

Auffällig ist, dass sich mehr als die Hälfte der Patienten in diesem Cluster befinden und die übrigen Patienten sich auf die anderen Cluster verteilen, was daran liegen könnte, dass, wie oben beschrieben, die Gesamtstichprobe hohe Werte auf den Skalen „fürsorglich/freundlich“ und „introvertiert/abweisend“ aufweist.

Die Cluster unterscheiden sich signifikant auf den Skalen des IIP-D, den Dimensionen „Zuneigung“ und „Dominanz“ und der Kreisparameter Amplitude und Displacement/Winkel, jedoch nicht im Gesamtwert des IIP-D und der Elevation. Der allgemeine interpersonale Distress ist somit in allen Clustern ähnlich, jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Zusammenfassend lassen sich auch bei der vorliegenden Stichprobe Subtypen anhand interpersonaler Probleme identifizieren, die denen in der Literatur zumindest ähnlich sind, so dass es sinnvoll scheint, eine solche Subtypisierung vorzunehmen.

4.2 „Subtypen interpersonaler Probleme und Borderline Persönlichkeitsinventar“

Hypothese 2 nimmt an, dass sich die Patienten der unterschiedlichen interpersonellen Subtypen signifikant bezüglich der Charakteristika der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, welche mit dem BPI erfasst werden, unterscheiden.

Wie in Kapitel 1.2.3 beschrieben fand sich bei Leichsenring et al. (2003) ein Zusammenhang zwischen der Skala Identitätsdiffusion des BPI und den Skalen „zu ausnutzbar/nachgiebig“, „zu fürsorglich/freundlich“ und „zu expressiv/aufdringlich“. Die daher für Cluster 1 und 2 zu erwartenden höhere Ausprägung auf dieser Skala fand sich in der vorliegenden Studie nicht.

Desweiteren fand sich bei Leichsenring et al. (2003) ein Zusammenhang zwischen den Skalen „Primitive Abwehrmechanismen“ und „Objektbeziehungen“ und den Skalen „dominant/kontrollierend“, „streitsüchtig/konkurrierend“, „abweisend/kalt“ und „sozial vermeidend“ des IIP-D. In der vorliegenden Untersuchung fanden sich gering höhere Werte der Cluster 3 und 4 auf dieser Skala, die jedoch nicht signifikant waren.

Insgesamt finden sich zwischen den Clustern bezüglich der Skalen des BPI nur geringe Unterschiede, die im Kruskal Wallis Test nicht signifikant sind. Dies lässt sich so erklären, dass sich die Patienten in den jeweiligen Clustern zwar bezüglich interpersonaler Probleme unterscheiden, jedoch nicht bezüglich der Charakteristika der Borderline Persönlichkeitsorganisation, da diese für die

Diagnosestellung der Borderline Persönlichkeitsstörung entscheidend sind. In der Studien von Leichsenring et al. (2003) hingegen handelte es sich um Straftäter ohne die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Somit scheint es unabhängig von den Charakteristika der Borderline Persönlichkeitsstörung Subgruppen innerhalb dieser Diagnose zu geben, wie dies schon in den Studien in Kapitel 1.1.1 und 1.2.5 herausgestellt wurde.

4.3 Zeitliche Stabilität interpersonaler Subtypen

Zur Überprüfung der zeitlichen Stabilität interpersonaler Subtypen wurden Subtypen für diejenigen Patienten, deren Daten zu beiden Zeitpunkten vorliegen (N=54), bestimmt.

Es finden sich zu beiden Zeitpunkten fünf Cluster, von denen vier Cluster einander entsprechen. Der Cluster 3 „zu fürsorglich-ausnutzbar“ findet sich zum Zeitpunkt T1 nicht mehr, es findet sich hingegen ein Cluster 4 der sich als „sozial-abweisend/streitsüchtig“ beschreiben lässt.

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, kam es in der Stichprobe zu einer signifikanten Veränderung der Dimension „Dominanz“ zwischen den Zeitpunkt T0 und T1 wodurch sich erklären lässt, dass sich zum Zeitpunkt T1 nun ein Cluster mit höherer Ausprägung auf dieser Dimension findet.

Die Hypothese 3 kann somit mit Einschränkungen bestätigt werden.

4.4 „Subtypen interpersonaler Probleme und Therapiedauer/-abbruch“

Hypothese 4 nimmt an, dass sich die Cluster bezüglich der Therapiedauer und vorzeitigem Therapieabbruch unterscheiden. In den in Kapitel 1.2.4 und 1.2.5 beschriebenen Studien wird angenommen, dass interpersonale Subtypen bei psychischen Erkrankungen mit Unterschieden der Therapieadhärenz einhergehen. Anzunehmen wäre, dass beispielsweise Patienten mit Schwerpunkt auf den Skalen „autokratisch/dominant,, und „zu streitsüchtig/konkurrierend“ eher Schwierigkeiten haben eine Therapie beizubehalten als Patienten mit anderen interpersonalen Schwerpunkten.

Hierzu passend finden sich bei Cluster 2 und 3 (“zu introvertiert-unterwürfig”, “zu fürsorglich-ausnutzbar”) keine vorzeitigen Beendigungen, jedoch die kürzeste Behandlungsdauer bei Cluster 3 (“zu fürsorglich-ausnutzbar”). Weniger zu erwarten war auch, dass bei Cluster 5 („Zu „kalt/selbstunsicher“) die längste Behandlungsdauer vorliegt.

Allerdings muss die geringe Stichprobengröße der einzelnen Gruppen beachtet werden. Die gefundenen Unterschiede waren nicht signifikant und die Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsdauer im untersuchten Setting nicht nur von krankheitsbedingten Variablen sondern auch von anderen Faktoren wie z.B. den Kostenträgern und der Budgetfinanzierung abhängt.

4.5 Limitationen der Untersuchung

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, liegt eine Einschränkung in der geringen Stichprobengröße, insbesondere zum Zeitpunkt T1 und dadurch noch geringerer Stichprobengröße der Subgruppen.

Da es sich beim IIP-D und BPI Fragebögen zur Selbsteinschätzung handelt, liegen subjektive Einschätzungen der befragten Patienten zugrunde. Hier kann es zum einen wegen der zugrunde liegenden Erkrankungen, zum anderen wegen einer möglicherweise bestehenden Tendenz zur sozialen Erwünschtheit zu Einschränkungen kommen. Interessant wären hier Fremdbeurteilungen des IIP-D, aus dem sozialen Umfeld und der Familie oder aus Sicht der behandelnden Therapeuten.

4.6 Fazit und Ausblick

Derzeit gibt es noch wenige Studien zu Subtypen interpersonaler Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Da sich jedoch in mehreren Studien wie auch in der vorliegenden Stichprobe Subtypen finden ließen, wäre es interessant deren klinische Relevanz weiter zu erforschen. Insbesondere da, wie in Kapitel 4.2 beschrieben, diese Subtypen sich bezüglich charakteristischer

Symptome der Borderline Persönlichkeitsorganisation nicht zu unterscheiden scheinen.

Wie in Kapitel 4.4 beschrieben, gab bei der vorliegenden Stichprobe Unterschiede bezüglich Behandlungsdauer und Therapieabbruch zwischen den Subgruppen, die jedoch nicht signifikant waren. Es wären weitere Studien mit größeren Stichproben und damit auch größeren Subgruppen interessant. Von klinischer Relevanz wäre beispielsweise auch der Vergleich der Subgruppen bezüglich des Therapieerfolges auch in Bezug auf verschiedene Psychotherapieverfahren.

Wie in Kapitel 4.5 bereits angemerkt, handelt es sich beim IIP-D um einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Interessant wäre, ob sich ähnliche Subgruppen anhand von Fremdeinschätzung interpersoneller Probleme finden ließen und ob diese übereinstimmen.

5. Zusammenfassung

Fragestellung: Da sich innerhalb der Gruppe der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung eine Heterogenität findet wurde häufiger der Versuch unternommen, Subtypen zu identifizieren. Da interpersonale Probleme eine häufige Schwierigkeit bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung darstellen, prüft die vorliegende Arbeit, ob sich bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung Subtypen interpersonaler Probleme finden lassen, ob sie zeitlich stabil sind und ob sie sich hinsichtlich des BPI (Leichsenring F, 1997), der Therapiedauer und Therapieabbruch unterscheiden.

Methode: Mittels der structural summary method, einer Auswertungsstrategie für Circumplex-Daten (vgl. Gurtman, 1994), wurden die interpersonalen Schwierigkeiten anhand des IIP-D (Horowitz et al., 2000) zu zwei Zeitpunkten (T0 Behandlungsbeginn N=107 und T1 3 Monate nach Erstkontakt N=54) Patienten der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart ausgewertet. Subtypen interpersonaler Problemmuster wurden anhand einer Clusteranalyse bestimmt und miteinander verglichen.

Ergebnisse: Zum Zeitpunkt T0 ließen sich vier Subtypen interpersonaler Probleme identifizieren. Bezüglich des BPI fanden sich keine Unterschiede zwischen den gefundenen Subtypen. Zu zwei Zeitpunkten fanden sich bis auf einen Subtyp ähnliche Subtypen. In Bezug auf Therapiedauer und Therapieabbruch fanden sich Unterschiede zwischen den Clustern, die jedoch statistisch nicht signifikant waren.

Diskussion: Eine Subtypisierung anhand interpersonaler Probleme bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung ließ sich auch in dieser Arbeit vornehmen. Unterschiede der Subtypen bezüglich des BPI fanden sich nicht, Unterschiede in Therapiedauer und Therapieabbruch waren nicht signifikant. Limitierend war die geringe Stichprobe und dadurch geringe Größe der Untergruppen, sodass weitere Studien mit größeren Stichproben interessant wären.

6. Literaturverzeichnis

- Alden L and Phillips N, (1990) An Interpersonal Analysis of Social Anxiety and Depression, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 14, No. 5, 1990, pp. 499-513
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth*, American Psychiatric Publishing, Arlington VA 2013
- Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NG (1982) Borderline personality subcategories. *J Nerv Ment Dis.* 1982 Nov;170(11):670-9.
- Bradley R, Conklin CZ and Westen D (2005). The borderline personality disorder diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- Cain N, Pincus A, Grosse Holtforth M(2010) Interpersonal subtypes in social phobia: Diagnostic and treatment implications. *J Pers Assess.* 92:514-528.
- Cohen L, Tanis T, Ardalan F, Yaseen Z, Galyner I (2016) Maladaptive interpersonal schemas as sensitive and specific markers of borderline personality disorder among psychiatric inpatients, *Psychiatry Res*; 242:395-403
- Derogatis LR (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck
- Dickinson KA and Pincus AL (2003) Interpersonal Analysis of grandiose und vulnerable Narcissim, *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188- 207, 2003
- Franke GH (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160-167.
- Franke G (1995) *Symptomcheckliste von Derogatis- Deutsche Version-Manual*. Göttingen: Beltz-Test
- Frauenknecht S and Lieb K (2005). *Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen*. In: S. Brunnhuber, S. Frauenknecht & K. Lieb (Hrsg.), *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (5. Aufl.)*, 295-320. München: Urban & Fischer.
- Gunderson JG (2005). *Borderline – Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Gurtman MB (1992): Trust, distrust, and interpersonal problems: A circumplex analysis. *J Pers Soc Psychol*: 62(6), 989-1002
- Gurtman MB (1994). The circumplex as a tool for studying normal and abnormal personality: A methodological primer. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*, 243-263. New York: Springer
- Herr N, Rosenthal Z, Geiger P, Erikson K (2013) Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems, *Personality and Mental Health* 7: 191 – 202
- Hilsenroth MJ, Menaker J, Peters EJ, Pincus AL(2007) Assessment of

- Borderline Pathology Using the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (IIP-C): A Comparison of Clinical Samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 365–376
- Hoerman S, Clarkin JF, Hull JW and Levy KN (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38, 82-86.
- Hopwood CJ, Clarke AN and Perez M (2007). Pathoplasticity of Bulimic Features and Interpersonal Problems, *Int J Eat Disord.* 40(7):652-8
- Horowitz LM (1979) On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy., *J Consult Clin Psychol.* 47(1):5-15
- Horowitz LM and Vitkus J (1986). The interpersonal basis of psychiatric Symptoms, *Clinical Psychology Review*, Vol 6, 443-469
- Horowitz L and Rosenberg S (1988) Inventory of Interpersonal Problems, *J Consult Clin Psychol*, 56(6):885-92
- Horowitz LM, Strauß B and Hordy H(1994). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme [IIP-D]- Deutsche Version - Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Horowitz LM, Strauß B and Hordy H (2000). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme [IIP-D]- Deutsche Version - Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Howard I, Turner R, Olkin R, Mohr DC (2006) Therapeutic Alliance Mediates the Relationship Between Interpersonal Problems and Depression Outcome in a Cohort of Multiple Sclerosis Patients, *Journal of clinical Psychology*, Vol. 62(9), 1197–1204
- Kachin KE, Newman MG, Pincus AL(2001) An interpersonal problem approach to the Division of Social Phobia Subtypes, *Behavior Therapy* 32, 479-501
- Kernberg OF (1975). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kernberg OF (2000a). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45-53). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg OF (2000b). Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 456-451). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg OF (2000c). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma - theoretische und therapeutische Anmerkungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 525-536). Stuttgart: Schattauer
- Kernberg OF Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2000d). *Handbuch der Borderline-Störung.* Stuttgart: Schattauer.
- Layden MA, Newman CF, Freeman A and Morse SB (1993). *Cognitive therapy of personality disorders.* Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Lazarus S, Cheavens J, Festa F, Zachary Rosenthal M (2014)

- Interpersonal function in borderline personality disorder: a systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clin Psychol Rev.*, 34(3):193-205.
- Leary T (1957): Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press
- 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-Persönlichkeits-Inventar – Handanweisung, Hogrefe
- Leichsenring F (1999) Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization, *Journal of Personality Assessment* Volume 73(1)
- Leichsenring F, Kunst H and Hoyer J (2003). Borderline personality organization in violent offenders: Correlations of identity diffusion and primitive defense mechanisms with antisocial features, neuroticism and interpersonal problems. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 314–327
- Leihener F, Wagner A, Haaf B, Schmidt C, Lieb K, Stieglitz R and Bohus M (2002) Subtype Differentiation of Patients with Borderline Personality Disorder Using a Circumplex Model of Interpersonal Behavior
- Leising D, Rehbein D and Eckardt J (2009) The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) as a Screening Measure for Avoidant Personality Disorder, *European Journal of Psychological Assessment* 2009; Vol. 25(1):16–22
- Lejuez CW, Daughters S, Nowak J (2003) Examining the inventory of interpersonal problems as a tool for conducting analogue studies of mechanisms underlying Borderline Personality Disorder, *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 34(3-4):313-24
- Lieb K, Zanarini C et al. (2004) Borderline Personality Disorder, *Lancet*, 364: 453–61
- Linehan M (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN and Veron PA (1993) Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 150(12), 1826-1831.
- Marziali E, Munroe-Blum H, Links P (1994) Severity as a diagnostic dimension of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 39:540–544.
- Przeworski A, Newman MG, Pincus AL, Kasoff MB, Yamasaki AS, Castonguay LG, Berlin KS, (2011) Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol.* 120:286-298
- Puschner B, Kraft S and Bauer S (2004) Interpersonal problems and

- outcome in outpatient psychotherapy: findings from a long-term longitudinal study in Germany. *Journal of Personality Assessment*, 83, 223-234.
- Russell JJ, Moskowitz DS, Zuroff DC, Sookman D and Paris J (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 578–588.
- Ryan K and Shean G (2007). Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 42, 193-200.
- Sadikaj G, Moskowitz DS, Russell JJ, Zuroff DC, Paris J. Quarrelsome behavior in borderline personality disorder: Influence of behavioral and affective reactivity to perceptions of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 122:195–207
- Salzer S, Streeck U, Jaeger U, Masuhr O et al. (2013) Patterns of Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder, *The Journal of Nervous and Mental Disease & Volume 201(2)*
- Salzer S, Pincus AL, Hoyer J, Kreische R, Leichsenring F, Leibing E. (2008) Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder. *Journal of Personality Assessment*; 90(3):292-9
- Salzer S, Streeck U, Jaeger, U, Masuhr O, Warwas J, Leichsenring F, Leibing E (2010) Der Zusammenhang von interpersonalen Subtypen und der Veränderung interpersonalen Probleme am Beispiel stationärer Psychotherapiepatienten, *Z Psychosom Med Psychother* 56
- Salzer S (2010) Bedeutung, Erfassung und Veränderung interpersonalen Problemmuster in der Psychotherapieforschung – Eine Untersuchung mit dem Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme. Dissertation Georg August Universität zu Göttingen
- Sass H (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (übersetzt nach der 4. Aufl. des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association APA / dt. Bearb. und Einf. von H. Sass). Göttingen: Hogrefe.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout, RL, Bender DS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA and Oldham JM (2002) Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 159, 276–283.
- Stepp SD, Hallquist MN, Morse JQ and Pilkonis PA (2011) Multimethod Investigation of Interpersonal Functioning in Borderline, Personality Disorder *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2011, Vol. 2, No. 3, 175–192
- Sullivan HS (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton
- Torgersen S, Kringlen E and Cramer V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Vittengl JR, Clark, LA and Jarrett RB (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29-40.

- Whewell P, Ryman A, Bonanno, D and Heather N (2000). Does the ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *British Journal of Medical Psychology*, 73, 483-494.
- Widinger TA and Weissmann MM (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42 (10), 1015-21.
- Wiggins JS and Pincus AL(1989): Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *J Consult Clin Psychol*: 1(4), 305-316
- Wiggins JS (1996) An informal history of the interpersonal circumplex tradition, *Journal of Personality Assessment*, 66(2) , 217-233
- Wirtz M und Nachtigall C (2008) *Statistische Methoden für Psychologen*.(Band 1&2), Beltz Juventa, Weinheim
- Wuchner M, Eckert J and Biemann-Ratjen E (1993) Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 198-214.
- .

7. Anhang

Tabelle 7.1 Ergebnisse der Kolmogorov Smirnov Anpassungstests

Instrument	Variablen/Skalen	N	Kolmogorov Smirnov – Z	p (2-seit.)
BPI Rohwerte T0	Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	105	0,129	0,000
	Angst vor Nähe	105	0,156	0,000
	Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	105	0,133	0,000
	Mangelhafte Realitätsprüfung	105	0,323	0,000
	BPI Gesamtwert	105	0,056	0,200
	BPI Cut-off	105	0,106	0,006
BPI Rohwerte T1	Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	48	0,232	0,000
	Angst vor Nähe	48	0,358	0,000
	Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	48	0,267	0,000
	Mangelhafte Realitätsprüfung	48	0,410	0,000
	BPI Gesamtwert	48	0,104	0,200

	BPI Cut-off	48	0,151	0,008
Kreisparameter T0	Dominanz	106	0,059	0,200
	Zuneigung	106	0,060	0,200
	Elevation	106	0,078	0,116
	Amplitude	106	0,091	0,032
	Winkel/Displacement	106	0,274	0,000
Kreisparameter T1	Dominanz	54	0,095	0,200
	Zuneigung	54	0,077	0,200
	Elevation	54	0,094	0,200
	Amplitude	54	0,109	0,166
	Winkel	54	0,228	0,000

Tabelle 7.1 Ergebnisse der Kolmogorov Smirnov Anpassungstests

IIP-D Rohwerte T0	Variablen/Skalen	N	Kolmogorov Smirnov – Z	p (2-seit.)
	Autokratisch/Dominant	106	0,095	0,02
	Streitsüchtig/ Konkurrierend	106	0,128	0,000
	Abweisend/Kalt	106	0,067	0,200
	Introvertiert/Sozial abweisend	106	0,065	0,200
	Selbstunsicher/unterwürfig	106	0,080	0,091

	Ausnutzbar/nachgiebig	106	0,068	0,200
	Fürsorglich/Freundlich	106	0,063	0,200
	Expressiv/Aufdringlich	106	0,093	0,24
	IIP-D Gesamtwert	106	0,078	0,114
IIP-D Rohwerte T1	Autokratisch/Dominant	54	0,107	0,184
	Streitsüchtig/ Konkurrierend	54	0,150	0,004
	Abweisend/Kalt	54	0,103	0,200
	Introvertiert/Sozial abweisend	54	0,063	0,200
	Selbstunsicher/unterwürfig	54	0,076	0,200
	Ausnutzbar/nachgiebig	54	0,061	0,200
	Fürsorglich/Freundlich	54	0,088	0,200
	Expressiv/Aufdringlich	54	0,072	0,200
	IIP-D Gesamtwert	54	0,094	0,200

Tabelle 7.1 Ergebnisse der Kolmogorov Smirnov Anpassungstests

SCL-90 Rohwerte T0	Variablen/Skalen	N	Kolmogorov Smirnov – Z	p (2-seit.)
	Somatisierung	105	0,190	0,000
	Zwanghaftigkeit	105	0,062	0,200
	Unsicherheit im Sozialkontakt	105	0,108	0,004

	Depressivität	105	0,071	0,005
	Ängstlichkeit	105	0,092	0,028
	Aggressivität	105	0,109	0,004
	Phobische Angst	105	0,135	0,000
	Paranoides Denken	105	0,098	0,015
	Psychotizismus	105	0,123	0,000
	GSI	105	0,071	0,200
	PSDI	105	0,047	0,200
	PST	105	0,066	0,200
SCL-90 Rohwerte T1	Somatisierung	53	0,200	0,000
	Zwanghaftigkeit	53	0,107	0,187
	Unsicherheit im Sozialkontakt	53	0,151	0,004
	Depressivität	53	0,132	0,023
	Ängstlichkeit	53	0,164	0,001
	Aggressivität	53	0,177	0,000

	Phobische Angst	53	0,177	0,000
	Paranoides Denken	53	0,136	0,020
	Psychotizismus	53	0,189	0,000
	GSI	53	0,114	0,087
	PSDI	53	0,060	0,200
	PST	53	0,070	0,200

	Variablen/Skalen	N	Kolmogorov Smirnov – Z	p (2-seit.)
	Behandlungsdauer	46	0,206	0,000
	Therapieabbruch	46	0,519	0,000

Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Robert Bosch Krankenhaus in Stuttgart unter Betreuung von Prof. Dr. Heinz Weiß durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Heinz Weiß und Herrn Dipl. Psych Jochen Spang (ehemaliger Mitarbeiter der Abteilung für Psychosomatische Medizin).

Die statistische Auswertung und die Datenrecherche erfolgte eigenständig durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Manjusha Palsule Desai