UNIVERSITÄT OSNABRÜCK

Fachbereich Humanwissenschaften
Lehreinheit Psychologie

Persönlichkeitsstile und psychische Erkrankung (Achse I und II): Zur Rolle von Bedürfnisfrustration, Stress, Affekten und Selbststeuerungsdefiziten

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

Soledad Cordero

Diese Arbeit wurde dem Fachbereich Humanwissenschaften (Lehreinheit Psychologie) der Universität Osnabrück als Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.) vorgelegt.

Erstgutachter: Prof. Dr. Julius Kuhl
Zweitgutachter: Prof. Dr. Jürgen Kriz

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Juli 2005

Gedruckt mit Unterstützung des Deutschen Akademischen Austauschdienstes

Inhaltsverzeichnis

EINFÜHRUNG…… 1
Ableitung der Fragestellungen und theoretischen Grundlagen…….. 5
Überblick über die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie)…….. 5
Empirischer Teil……. 14
Fragestellungen…….. 15

THEORETISCHER TEIL

Kapitel 1: Persönlichkeit, Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen…… 18
1.1 Persönlichkeitsbegriff…….. 18
1.2 Persönlichkeitsstörungen…… 19
1.3 Allgemeine Überlegungen zum Konzept der Persönlichkeitsstörungen…… 19
1.4 Störungsübergreifende Merkmale bei Persönlichkeitsstörungen…… 22
1.5 Die Persönlichkeitsstörungen in den aktuellen Klassifikationssystemen…… 23
1.6 Probleme der Diagnostik…… 27
1.6.1 Kategoriale vs. Dimensionale Ansätze in der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen…….. 27
1.7 Diagnostische Instrumente…….. 30
1.8 Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörung……... 32
1.8.1 Epidemiologie…… 32
1.8.2 Differentialdiagnostik und Komorbidität…… 33
1.8.2.1 Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen untereinander („innere Komorbidität“)……. 34
1.8.2.2 Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen gegenüber anderen spezifischen psychischen Störungen und Syndromen…….. 35
1.8.2.2.1 Probleme in der Abgrenzung zwischen Achse I und Achse II Diagnosen…….. 36
1.8.2.2.2 Erklärungsmodelle zur Komorbidität zwischen Achse I und Achse II…… 37

Kapitel 2: Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie)…….. 40
2.1 Ein Modell unspezifischer Ursachen psychischer Störungen…….. 40
2.2 Die vier kognitiven Makrosysteme…….. 43
2.3 Systemebenen……... 48
2.3.1 Ebene 4: Progression versus Regression…… 49
2.3.2 Ebene 2: Temperament…….. 51
2.3.3 Ebene 3: Bedürfnisse, Basisaffekte und Anreizmotivation…… 53
2.3.4 Ebene 5: Motive…… 56
2.3.5 Ebene 7: Selbststeuerungsfunktionen…… 59
2.3.5.1 Bewusstsein und Wille……59
2.3.5.2 Selbst…….. 59
2.3.5.3 Selbst und Selbstkonzept…… 59
2.3.5.4 Selbstkomplexität……... 60
2.3.5.5 Stufen im Prozess der Internalisierung der Ziele mit dem Selbst…….. 61
2.3.5.6 Selbststeuerung……... 62
2.3.5.6.1 Selbstregulatorische Kompetenzen und selbstregulatorische Effizienz…… 63
2.3.5.6.2 Situative Bedingungen der Selbststeuerung: Belastung und Bedrohung……. 63
2.4 Die sieben Modulationsannahmen…… 64
2.4.1 Basismodulationsannahmen (erster Ordnung)…… 65
2.4.2 Modulationsannahmen (zweiter Ordnung)…… 66
2.4.3 Selbstgesteuerte Affektregulation: Selbstberuhigung und Selbstmotivierungsannahmen……. 69
2.4.3.1 Selbstgesteuerte Affektregulation und Selbstbestimmung…… 70
2.4.3.2 Subkognitive und subvolitionale Formen der Affektregulation…… 71
2.4.4 Individuelle Unterschiede in der Fähigkeit zur selbstgesteuerten Affektregulation…….. 72
2.4.5 Die Entwicklung der selbstgesteuerten Affektregulation……73
2.4.6 Affektwechsel (6. Modulationsannahme)……74
2.4.6.1 Emotionale Dialektik und Selbstentwicklung…… 76
2.4.7 Intra- und intersystemische Penetrations-Annahme (7. Modulationsannahme)…… 77
2.4.8 Temperamentsbezogenen Modulationsannahmen…….. 78
2.5 Neurobiologische Grundlagen…… 78
2.6 Selbststeuerungsformen: Selbstregulation und Selbstkontrolle……... 84
2.7 Willenshemmung und Selbsthemmung……86
2.8 Differenzierung affektiver Bewältigungsformen…… 89
2.9 Persönlichkeitsstile und -Störungen auf der Grundlage der PSI-Theorie…… 95

2.9.1 Das Star-Modell der Persönlichkeitsstörungen…… 97

Kapitel 3: Depression und Angst..... 102
3.1 State-Varianten..... 102
3.2 Trait-Varianten..... 106
3.2.1 Trait-Variante von Angst..... 106
3.2.2 Trait-Variante von Depression…… 107

Kapitel 4: Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP)..... 112
4.1 Kurzer Überblick über die Instrumente der TOP-Diagnostik…….. 112
4.2 Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (PSSI)…….. 115
4.3 Befindlichkeitsfragebogen (BEF)……119
4.4 Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung (BES)…….. 119
4.5 Motivmessung (OMT und MUT) 119
4.6 Das Selbststeuerungsinventar (SSI) ……121
4.7 Fragebogen zur Handlungskontrolle (HAKEMP) ……...127
4.8 Symptom-Check-List (SCL-90) …….. 129

HYPOTHESEN…… 130

EMPIRISCHER TEIL

1. Methode……... 137
1.1. Versuchspersonen…….. 137
1.2 Messinstrumente…… 137
1.3 Ablauf der Untersuchung…….. 137
1.4 Auswertungsstrategien……... 139
1.4.1 Auswertungsstrategien Teil I……..... 139
1.4.2 Auswertungsstrategien Teil II…… 145

1.5 Beschreibung der Stichprobe…… 148
1.5.1 Demographische Beschreibung der Stichproben …….. 148
1.5.2 Diagnosen und Störungsbereich…… 149
1.5.2.1 Diagnosen und Störungsbereich Stichprobe 2…….. 149
1.5.2.1.1 Symptomdiagnose (Achse I) …… 149
1.5.2.1.2 Achse II Diagnosen…… 154

1.6 Mittelwertsvergleich zwischen beiden Stichproben…… 160
1.6.1 Bedürfnisfrustration…… 160
1.6.2 Stressfaktoren……... 160
1.6.3 Symptomatologie…….. 160
1.6.4 Affekt- und Temperamentskomponenten…… 161
1.6.5 Persönlichkeitsstile…… 161
1.6.6 Handlungskontrolle……... 162
1.6.7 Zusammenfassung…… 162

1.7 Fragebogenkorrelationen……163
1.7.1 Symptomatologie…….. 163
1.7.2 Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren…….. 168
1.7.2.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung…… 168
1.7.2.2 Stressfaktoren und Symptomentstehung……..170
1.7.2.3 Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen……171
1.7.2.4 Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen…….. 172
1.7.3 Persönlichkeitsstile……173
1.7.3.2 Persönlichkeitsstile und Symptome…… 174
1.7.3.3 Persönlichkeitsstile und Affekt- und Temperamentsreaktionen…….. 178
1.7.3.4 Persönlichkeitsstile und Bedürfnisfrustration…….. 180
1.7.3.5 Persönlichkeitsstile und Stressfaktoren ……...181
1.7.3.6 Persönlichkeitsstile und Selbststeuerungskompetenzen…….. 182
1.7.4 Selbststeuerung…… 185
1.7.5 Depressive Stil…….. 188
1.7.6 Zusammenfassung Fragebogenkorrelationen…… 190

ERGEBNISSE TEIL I

1. PERSÖNLICHKEITSSTILE…….. 191

1. Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen *Bedürfnisfrustration* und Symptomentstehung…….. 191
1.1 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile…… 193
1.2 Analyse der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie…….. 201
1.1.1 Dekomponierung der Bedürfnisse…….. 206

1.2 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen *Bedürfnisfrustration* und Affekt- und Temperamentskomponenten…….. 217
1.2.1 Zusammenfassung……... 221

1.3 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen *Stressfaktoren* und Symptomentstehung…… 222
1.3.1 Belastung als Prädiktor……222
1.3.1.1 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile…… 224
1.3.1.2 Analyse der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie…….. 225
1.3.2 Bedrohung als Prädiktor…… 228
1.3.2.1 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile…… 229
1.3.2.2 Analyse der Ergebnisse auf Ebene der Symptomatologie……... 235

1.4 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen *Stressfaktoren* und Affekt- und Temperamentskomponenten…… 239
1.4.1 Belastung als Prädiktor……239
1.4.1.1 Zusammenfassung…… 242
1.4.2 Bedrohung als Prädiktor…… 242
1.4.2.1 Zusammenfassung…… 246

1.5 Zusammenfassung aller Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren…… 248
1.5.1 Tabellen…….. 248
1.5.1.1 Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung……248
1.5.1.2 Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie……249
1.5.1.3 Ergebnisse auf der Affekt- und Temperamentebene…….. 250
1.5.1.4 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile…….. 252
1.5.2 Zusammenfassung…….. 253
1.5.2.1 Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung…… 253
1.5.2.2 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen…… 254
1.5.2.3 Dekomponierung der Bedürfnisse …….. 256
1.5.2.4 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Belastung und Symptomentstehung…… 257
1.5.2.5 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedrohung und Symptomentstehung…… 258
1.5.2.6 Zusammenfassung Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung…….. 259
1.5.2.7 Ergebnisse auf der Affekt- und Temperamentebene…….. 260

2. SELBSTSTEUERUNGSDEFIZITE…… 263
2.1 LOM/LOP als Mediatoren zwischen *Bedürfnisfrustration* und Symptomentstehung…….. 264
2.2 LOM/LOP als Mediatoren zwischen *Bedürfnisfrustration* und Affekt- und Temperamentsreaktionen…... 266
2.3 LOM/LOP als Mediatoren zwischen *Stressfaktoren* und Symptomentstehung……268
2.4 LOM/LOP als Mediatoren zwischen *Stressfaktoren* und Affekt- und Temperamentsreaktionen…… 270
2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit LOM und LOP…… 271

3. PERSÖNLICHKEITSSTILEN UND SELBSTSTEUERUNGSFÄHIGKEITEN……... 276

4. DEPRESSION UND ANGST…… 277
4.1 Mediationsmodelle mit den Trait-Varianten (Persönlichkeitsstile) von Depression und Angst……...278
4.1.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung……278
4.1.2 Stressfaktoren und Symptomentstehung…… 279
4.1.3 Der selbstunsichere Stil vs. Phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt und Ängstlichkeit…… 282
4.1.4 Zusammenfassung Trait-Varianten von Angst und Depression……... 284

4.2 Mediationsmodelle mit den State-Varianten von Angst und Depression……286
4.2.1 Skalen des SCL-90…….. 286
4.2.1.1 Depressivität……287
4.2.1.2 Ängstlichkeit…… 287
4.2.1.3 Zusammenfassung…….. 287
4.2.2 Skalen des BEF-3…… 288
4.2.2.1 Lustlosigkeit…… 288
4.2.2.2 Erregung…….. 289
4.2.2.3 Traurigkeit……... 290
4.2.2.4 Zusammenfassung……... 292
4.2.3 Zusammenfassung und Diskussion State-Varianten von Angst und Depression…….. 292
4.3 State- versus Trait-Varianten von Depression…….. 297
4.3.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung……297
4.3.2 Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen…… 299
4.3.3 Der depressive Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustratio/Stressfaktoren und Symptomentstehung nach Medianteilung der Stichprobe in niedrige und hohe Depressivität……300
4.3.4 Zusammenfassung: Vergleich zwischen State und Trait-Varianten von Depression…… 305
4.4 Affektkopplung……309

ERGEBNISSE TEIL II

1. QUALITATIVES MODELL……311
1.1 Demographische Daten der Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen…… 311
1.1.1 Demographischer Vergleich der Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen…… 312
1.1.2 Symptomdiagnose nach ICD-10 in der Persönlichkeitsstörungsgruppe…… 314
1.2 Auswertungsstrategien Qualitatives Modell…….. 317
1.2.1 Kontrollgruppe…… 317
1.2.1.1 Vergleiche der Symptomschwere in den Kontrollgruppen……... 317
1.2.1.2 Alter und Geschlechterverteilung der Kontrollgruppen…… 318
1.2.1.3 Symptomdiagnose nach ICD-10 in den Kontrollgruppen…….. 319
1.3 Gruppenunterschiede in der Symptomschwere…….. 320
1.3.1 Nach klinischer Beurteilung…….. 320
1.3.2 Nach den Testergebnissen…… 322
1.3.3 Zusammenfassung…… 324
1.4 Komorbidität innerhalb der Persönlichkeitsstörungsgruppen…… 325
1.5 Übereinstimmung von klinischer Diagnose und PSSI-K Skalen…….. 328
1.5.1 Chi-Quadrat…… 328
1.5.2 Deskriptiv…… 328
1.5.3 Mittelwertvergleich…… 331
1.5.4 PSSI-Profile alle Gruppen des Qualitativen Modells…… 333
1.5.5 Zusammenfassung und Diskussion…… 335
1.6 Gruppenunterschiede in Affekt- und Temperamentskomponenten …… 338
1.6.1 Zusammenfassung und Diskussion…… 341
1.7 Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen……343
1.7.1 Multivariate Varianzanalysen…… 343
1.7.2 Unabhängige t-Tests für die Mittelwertunterschiede……... 345
1.7.3 Analyse der Ergebnisse für alle SSI-K2-Skalen…… 348
1.7.4 Analyse der Ergebnisse für den HAKEMP……360
1.7.5 Zusammenfassung Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen……362

2. QUANTITATIVES MODELL……364
2.1 Auswertungsstrategien……364
2.2 Mittelwertsvergleiche der Symptomschwere…….. 367
2.3 Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen…… 369

3. ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE BEIDER MODELLE……373
3.1 Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung……373
3.2 Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung……374
3.3 Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung…….377
3.4 Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung…….. 378
3.5 Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung……381

3.6 Andere Persönlichkeitsstile…… 382
3.6.1 Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung…….. 382
3.6.2 Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung……. 382
3.6.3 Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung…….. 382
3.6.4 Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung…… 382
3.6.5 Sorgfältiger Persönlichkeitsstil bzw. zwanghafte Persönlichkeitsstörung……. 383
3.6.6 Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung ……. 384

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION…….386

Zusammenfassung und Diskussion Ergebnisse Teil I…… 386

1. Vergleich zwischen beiden Stichproben…….. 387
2. Mediationsmodelle mit prospektiver und misserfolgsbezogener Lageorientierung…… 387
3. Persönlichkeitsstile und Selbststeuerungsfähigkeiten……. 389
4. Angst und Depression…….. 389
5. Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstile als Mediator……... 390
6. Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung……. 393
7. Negativer Affekt wiegt mehr als gehemmter positiver Affekt: Selbst- und Willenshemmung…….. 396
8. Temperamentsbedingter Emotionalität……..... 397
9. Überlappungen oder Komorbidität zwischen den Persönlichkeitsstilen……. 401
10. Depressiver Persönlichkeitsstil und Depressivität……. 405
11. Zusammenfassung: Stiller Persönlichkeitsstil bzw. Depressive Persönlichkeitsstörung…….. 408
12. Persönlichkeitsstile ohne signifikante Vermittlungsfunktion…….409
13. Schlussfolgerungen…… 411
14. Einschränkungen der vorliegenden Arbeit……. 412
15. Implikationen für die Psychotherapie…….413

Zusammenfassung und Diskussion Ergebnisse Teil II…….. 416

1. Übereinstimmung von klinischer Diagnose und PSSI-K Skalen……. 417
2. Symptomschwere……. 418
3. Gruppenunterschiede in Affekt- und Temperamentskomponenten……. 420
4. Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen……421
4.1 Qualitatives Modell……421
4.2 Quantitatives Modell……..423
5. Diskussion über die Ergebnisse der einzelnen Persönlichkeitsstörungen……. 423
6. Unterschiede in den Ergebnisse zwischen HAKEMP und SSI……. 429
7. Auswertungsstrategien……. 430
8. Selbststeuerungsdefizite und Symptome……. 431

Schlusswort……432

LITERATURVERZEICHNIS…….. 433

ÜBERSICHT DER TABELLEN (ERGEBNISSE TEIL I UND II)……..445

ANHANG
Anhang A: Fragebögen……. 448

Anhang B: Tabellen der Ergebnisse aus Teil I
(separater Druck)

Abkürzungen und zentrale Begriffe

Fragebögen

TOP = Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik

PSSI = Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar

PSSI-K (Kurzversion des Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar)

BES = Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung

BES-K (Kurzversion der Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung)

BEF = Befindlichkeitsfragebogen

BEF-3 (Kurzversion der Befindlichkeitfragebogen)

SSI = Selbststeuerungs-Inventar

SSI-K2 (Kurzversion des Selbststeuerungs-Inventar)

MUT = Motiv-Umsetzungs-Test

MUT-30 (Kurzversion der Motiv-Umsetzungs-Test)

OMT = Operantes Multi-Motivtest

SCL - 90 = Symptom Checklist

HAKEMP = Fragebogen zur Handlungskontrolle

SCL-90 Skalen

SCL01	=	Somatisierung,
SCL02	=	Zwanghaftigkeit
SCL03	=	Unsicherheit in Sozialkontakt
SCL04	=	Depressivität
SCL05	=	Ängstlichkeit
SCL06	=	Aggressivität / Feindseligkeit
SCL07	=	Phobische Angst
SCL08	=	Paranoides Denken
SCL09	=	Psychotizismus
GSI	**=**	Global Severity Index
PSDI	=	Positive Symptom Distress Index
PST	=	Positive Symptom Total

Begriffe

PSI-Theorie = Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen

MA 1 = 1te Modulationsannahme

MA 2 = 2te Modulationsannahme

Kognitive Makrosysteme in der Theorie der willentlichen Handlungssteuerung

IG = (explizites) Intentionsgedächtnis
(assoziierte) Funktionen: Analytisches Denken, Ich, Selbstkonzept)

EG = (implizites) Extensionsgedächtnis
(assoziierte) Funktionen: Holistisches Fühlen, Selbst, Selbstsystem)

IVS = Intuitive Verhaltessteuerung
(assoziierte Funktionen: Intuition)

OES = Objekterkennungssystem
(assoziierte Funktionen: Empfinden)

Handlungskontrolldispositionen

LOM = Lageorientierung nach Misserfolg, Präokkupation

LOP = prospektive Lageorientierung, Zögerlichkeit

HOM = Handlungsorientierung nach Misserfolg, Ablösung

HOP = prospektive Handlungsorientierung, Initiative

Affektive bzw. motivationale Systeme in der Theorie der willentlichen Handlungssteuerung

A + = hoher positiver Affekt bzw. hohe Aktivität des Belohnungssystems

A {+} = mittleren positiver Affekt

A (+) = niedriger positiver Affekt bzw. niedrige Aktivität des Belohnungssystems

A - = hoher negativer Affekt bzw. hohe Aktivität des Bestrafungssystems

A {-} = mittleren negativer Affekt

A (-) = niedriger negativer Affekt bzw. niedrige Aktivität des Bestrafungssystems

Persönlichkeitsstörungen

AS	=	Antisozial	(Selbstbestimmt)[1]
PN	=	Paranoid	(Eigenwillig)
SZ	=	Schizoid	(Zurückhaltend)
SU	=	Selbstunsicher	(Selbstkritisch)
ZW	=	Zwanghaft	(Sorgfältig)
ST	=	Schizotypisch	(Ahnungsvoll)
RH	=	Rhapsodisch	(Optimistisch)
NA	=	Narzisstisch	(Ehrgeizig)
NT	=	Negativistisch	(Kritisch)
AB	=	Abhängig	(Loyal)
BL	=	Borderline	(Spontan)
HI	=	Histrionisch	(Liebenswürdig)
DP	=	Depressiv	(Still)
SL	=	Selbstlos	(Hilfsbereit)

[1] In Klammern stehen die den Persönlichkeitsstörungen entsprechenden Persönlichkeitsstilen

Einführung

In der Geschichte der Psychiatrie zeigt sich die Frage nach den Zusammenhängen zwischen Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung und anderen psychopathologischen Erscheinungsformen (z.B. Angst, Depression usw.) als wiederkehrendes Thema, bei dem immer wieder die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen als wichtige Faktoren gerichtet wurde, die anderen mentalen Störungen zugrundeliegen und klinische Erscheinungsbilder hervorrufen. Man fragte nach ihrem Einfluß auf Behandlungsverläufe und Therapieergebnisse, auch bezüglich des Ausmaßes, in dem Persönlichkeit und Psychopathologie eine gemeinsame Ätiologie aufweisen (Livesley, 2003). Livesley (2003) entdeckt in der aktuellen Forschung eine Wiedergeburt des Interesses an diesen Beziehungen:

> *"During much of the recent past, the personality and psychopathology literatures proceeded mostly in parallel. Yet this was not always so. Many of the broader frameworks proposed by earlier theorists assumed an intimate link between personality and psychopathology…"*

Die gegenwärtige multiaxiale Systematik der Diagnose trennt Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung von den übrigen Störungen auf zwei verschiedenen Achsen. Persönlichkeitsstörungen wurden auf einer separaten Achse (Achse II) im DSM-III (APA[1], 1980) eingeordnet, um eine solche Diagnose zu erleichtern, wenn sie parallel zu anderen Störungen auftraitn (Frances, 1980; Spitzer, Williams, & Skodol, 1980). So wurde im DSM-III argumentiert: "*this separation ensures that consideration is given to the posible presence of disorders that are frequently overlooked when attention is directed to the usually more florid Axis I disorder"* (APA, 1980, S. 23).

Diese Einordnung der Persönlichkeitsstörungen auf einer gesonderten Achse stellte eine forcierende Annäherung an die Problematik, da sie Kliniker ermutigte Persönlichkeitssdiagnosen parallel zu anderen Störungen mitzudiagnostizieren anstatt sie zu zwingen eine willkürliche und unverlässliche Entscheidung zwischen den beiden zu treffen (Frances, 1980, S. 1050).

Nach Einführung der "Achse II" erfährt die Beschäftigung mit der "Persönlichkeit" des Patienten ein zunehmendes Interesse, leider jedoch sehr stark unter dem Gesichtpunkt einer "Störung". Es wird hier der Standpunkt vertreten, dass die Berücksichtigung der Persönlichkeit, unabhängig von Vorliegen einer Störung, von Bedeutung für die Psychotherapie von symptomatischen Störungen ist. Diese Fragestellungen müssen nicht nur auf Persönlichkeitsstörungen beschränkt bleiben. Ebenso lässt sich auf die Forschung zu symptomatischen Störungen übertragen. Die Persönlichkeit ist für das Verständnis sämtlicher anderer psychischer Störungen von Bedeutung. Aus den Forschungsarbeiten wird nun deutlich, dass eine Reihe von Persönlichkeitsmerkmalen und besonders von Persönlichkeitsstörungen als Risikofaktoren für die später mögliche Entwicklung spezifischer psychischer Störungen gelten kann (Fiedler, 2000, S.48). Symptomatische Störungen können sich vor dem Hintergrund disfunktionaler Stile entwickeln (Millon & Everly, 1985). Zahlreiche Studien weisen

[1] Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association

auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen oder psychosomatischen Störungen hin. Die Zusammenhänge sind nicht zufällig und nicht für jede Persönlichkeitsstörung gleich. So kann davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitsstörungen bedeutsame Auswirkungen auf das Erscheinungsbild, die Entwicklung und den Verlauf symptomatischer Störungen haben (Schmitz et al, 2001). In geringerem Maße werden auch Persönlichkeitsstile ähnliche Auswirkungen haben.

Eine Schwierigkeit findet sich darin, dass das derzeitige Diagnosesystem nur Störungen der Persönlichkeit beinhaltet und im Unklaren lässt, wie dazu ein Konzept von gesunder Persönlichkeit passen kann. In der neueren Forschung hat man begonnen, "Profile" normaler Persönlichkeits-Eigenschaften für bestimmte Persönlichkeitsstörungen aufzufinden, wobei sich Studien meistens auf das FFM (Five-Factor Model) beschränken. Dabei wurden stabile und begründbare Zusammenhänge zwischen DSM-Persönlichkeitsstörungen und Faktoren höherer Ordnung des FFM (Ball, Tennen, Poling, Kranzler, & Rounsaville, 1997; Costa & Mc-Crae, 1990; Trull, 1992) gefunden. Die Nachteile dieser korrelationsstatistischen Ansätze für die klinische Praxis sind u.a., dass die gewonnenen Zusammenhangsdimensionen sehr abstrakte Konstrukte darstellen, wenig Bezug zur klinischen und Alltags-Sprache haben und unter Umständen Verhaltensmerkmalen zusammenfassen, die aus klinische Sicht als unterscheidbare Phänomene behandelt werden (Kuhl & Kazén, 1997).

Eine Alternative zu diesen Konstrukten und auch als Alternative zu kategorialen Konzepten von Persönlichkeitsstörungen (das sind vor allem die aktuellen psychiatrischen Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-IV), bietet das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstile, dem die Annahme zugrunde liegt, dass es zu jeder klinisch relevanten Persönlichkeitsstörung einen analogen nicht-pathologischen Persönlichkeitsstil gibt. Diese Perspektive nehmen im deutschsprachigen Raum die Arbeiten von Kuhl und Kazén (1997) ein.

Soweit sich Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) als dysfunktionale oder extreme Ausprägungen von normalen Persönlichkeitsfunktionen darstellen, kann die Klassifikation von Störungen auch konzeptuell mit Funktionen der Persönlichkeit verbunden werden. Neben der Bezeichnung von Persönlichkeitsstörungen erlaubt die Achse II auch, andere Aspekte der Persönlichkeitsfunktionen zu bemerken: *„All persons have a characteristic manner of thinking, feeling, behaving, and relating to others… Many clinicians do not realize that, ever since its introduction in DSM-III, the multiaxial system has allowed the clinician to indicate the presence of maladaptive personality features on Axis II . . .”* (Pervin & John, 1999).

Die komplexen Wechselwirkungen zwischen Klinische Syndromen und Persönlichkeit erfolgen integrative Theorien. Theodore Millon (1996, S.75) betont die Bedeutung der Persönlichkeit in einem integrativen Modell zur Psychopathologie:

> *“Most theories of personality and personality disorders have been developed within a particular perspective be it psychodynamic, cognitive, behavioral, or interpersonal, or biophysical. Such theories are incongruent with the nature of personality itself, which*

concerns the patterning of variables across the entire matrix of the person. To be commensurate with the construct of personality, a theory must be based on principles which span, or transcend, these multiple domains"

Es gibt sehr viele mögliche Wege der Symptomentstehung. Neben individuellen Persönlichkeits-Prädispositionen sind andere Faktoren von Bedeutung. Es kann heute als unstrittig angesehen werden, dass die verschiedenen Arten von Stress und Überlastung das Risiko einer psychischen Erkrankung erhöhen (Kuhl, 2001). Aus der Copingliteratur ist seit langem der Einfluss kritischer Lebensereignisse auf das psychische Wohlbefinden bekannt (Holmes & Rahe, 1967; Scully, Tosi & Banning, 2000). In den beiden aktuellen modernen Klassifikationssystemen werden psychosoziale und Umgebungsfaktoren, Ereignisse oder Lebensprobleme auf einer separaten Achse erfasst, wobei sie mit der Störung auf einer anderen Achse im Zusammenhang stehen können. So wird jeder Einzelfall in Rahmen eines bio-psycho-sozialen Ansatzes betrachtet.

Das multiaxiale Modell wurde besonders deshalb konstruiert, um integrative Konzepte über manifeste Symptome zu ermöglichen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen anhaltenden Coping-Stilen und psychosozialen Stressoren.

"Our task as clinicians is to recapitulate the above historical progression, so to speak, within the individual person, in order to achieve a conception of each patient's psychopathology that does not merely diagnose or document his or her boils and sneezes, the Axis I disorders, but instead contextualizes these problems in terms of the larger context of the individual's style of perceiving, thinking, feeling, and behaving." (Millon, 1996, S. 145).

Die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse spielt eine zentrale Rolle für das subjektive Wohlbefinden und die psychische Gesundheit (Emmons, 1986; Martin & Tesser, 1996). Manche Menschen setzen sich Ziele, die nicht kongruent mit ihren eigenen Bedürfnissen sind (Brunstein, 2001), und versuchen eher, den Erwartungen anderer gerecht zu werden (Baumann & Kuhl, 2003). Derart bedürfnisinkongruente Zielsetzungen gehen einher mit einer Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens und der Verschlimmerung von Symptomen (Baumann, Kaschel, & Kuhl, 2003; Brunstein, Schultheiss, & Grässmann, 1998).

Die vorliegende Arbeit umfasst einige Kernaspekte dieses allgemeinen Themenkomplexes um die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörungen und sonstigen psychopathologischen Mustern.

Ausgehend von der Annahme, dass sowohl Bedürfnisfrustration als auch verschiedene Arten von Stressfaktoren das Risiko der Symptomentstehung erhöhen können, geht es in dieser Arbeit speziell um die Überprüfung einiger Vermittlungshypothesen als Antworten auf Kernfragen zum Entstehungszusammenhang: Wann führt die Frustration sozialer Bedürfnisse zu Symptomen? Wann führen Stressfaktoren zu Symptomen? Warum entwickeln manche Menschen unter Stress oder nach Bedürfnisfrustrationen mehr Symptome als anderen Menschen? Es geht dabei hier um

persönlichkeitsbedingte Risiken für die Entstehung psychischer Störungen: Welche Rolle spielen dabei überhaupt die Persönlichkeitsstile? Welche Rolle spielen dabei affektive Dispositionen (z.B. Sensibilität für negativen Affekt) und die Affektregulationprozesse?

Die Beziehung zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen (als Normvarianten der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV) und ein breites Spektrum von Achse I-Störungen werden untersucht. Es geht hier nicht um Fragen der Komorbidität, sondern um die Überprüfung von Vermittlungsmechanismen. So werde ich meinen Fokus auf die Art und Weise richten, wie Stressfaktoren und Frustration sich auf die Beziehung zwischen Persönlichkeit und psychischen Störungen auswirken. Entsprechend formuliert sich die Frage: Welche Rolle spielen die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile in der Beziehung zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung und in der Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung?

Ferner wird der Einfluss anderer Mechanismen (klinische Syndrome und Selbststeuerungsdefizite) einer genaueren Analyse unterzogen, die zwischen frustrierten Bedürfnissen/Stressfaktoren und der Entstehung von Symptomen eine vermittelnde Rolle spielen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der vorliegenden Arbeit der Einfluss der affektiven Dispositionen, Affektmodulationsprozesse und den situativen Variablen bezüglich der Entstehung von Symptomen untersucht wird.

In ein zweiter Schritt der Arbeit werden unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen auf der Ebene von Selbststeuerungsmechanismen und Affektmodulationsprozesse analysiert.

Unter Berücksichtigung des Umfangs dieser Themenkomplexe wurde diese Arbeit eher ein explorativer Charakter mit entsprechend allgemein formulierten Hypothesen verstanden, die günstigenfalls eine Richtung für weitere Forschung weisen.

Besonders geeignet bezüglich dieses Themas erscheint die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (Kuhl, 1998, 2000) aufgrund einiger ihrer zentralen Merkmale: erstens der funktionanalytischen Erklärung der Phänotypen verschiedener Persönlichkeitsstile, zweitens der Beschreibung von Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Ebenen der Persönlichkeit und drittens als ausdrücklich integrative Theorie der Persönlichkeit.

Ableitung der Fragestellungen und theoretischen Grundlagen

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile: Zunächst geht es darum, die Mediationsrolle der einzelnen Persönlichkeitsstile (als Normvarianten der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV) in der Beziehung zwischen einerseits Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung und andererseits Stressfaktoren und Symptomentstehung einer genaueren Analyse zu unterziehen. Im zweiten Teil werden Persönlichkeitsstörungen auf der Ebene von Selbststeuerungsmechanismen analysiert.

Die Fragestellungen und Hypothesen werden im Rahmen der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie) von Kuhl (2001) formuliert und geprüft. Auf diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt die wichtigsten Annahmen der PSI-Theorie dargestellt, die für das Verständnis der in der Untersuchung berücksichtigen Fragestellungen und Ziele bedeutsam sind. Ich beschränke zur Vermittlung eines ersten Überblicks zunächst auf die zentralen Grundannahmen der PSI-Theorie. In den folgenden Kapiteln werden diese Konzepte dann ausführlicher behandelt. Im Anschluss an diesen Überblick über die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit werde ich separat die Fragestellungen der zwei Teile dieser Arbeit vorstellen.

Überblick über die Persönlichkeits-System-Interaktions-Theorie (PSI-Theorie)

Die Persönlichkeits-System-Interaktions-Theorie ist zu verstehen als ein *funktionsanalytischer und systemtheoretischer Ansatz,* der das Verhalten und Erleben aus dem Zusammenspiel verschiedener psychischer Systeme zu erklären versucht. Der Kern dieser Persönlichkeitstheorie ist *motivations- und handlungstheoretisch* konzipiert. Damit wird der *Schwerpunkt* von den charakteristischen Unterschieden des Phänotyps hin zu unterschiedlichen Prozessmerkmalen verlagert, durch welche Menschen sich unterscheiden. Die zentralen Konzepte der PSI-Theorie werden eher funktionsanalytisch als metaphorisch beschrieben, im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen die ihnen zugrundeliegenden Funktionen.

Die PSI-Theorie geht von der Annahme aus, dass es in erster Linie darauf ankommt, die Interaktionen zwischen verschiedenen volitionalen (und anderen) psychischen Funktionen und Affekten bzw. Stimmungen zu verstehen. Das führt zur theoretischen Erklärung des Zusammenhangs zwischen Komponenten der Selbststeuerung und der Aktivierung bzw. Hemmung von Affekten.

Die *Grundannahmen* der PSI-Theorie verknüpfen Jungs kognitive Typologie, also die Persönlichkeitsunterschiede aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen der kognitiven Funktionen (Denken, Fühlen, Intuieren und Empfinden) mit den klassischen Affekttypologien (Hippokrates, Galen), die die verschiedenen Persönlichkeitstypen durch unterschiedliche Empfänglichkeit für positive und negative Affekte erklären (Phlegmatiker, Sanguiniker, Melancholiker, Choleriker). Diese Verknüpfung zwischen Kognitionen und Affekten wird durch Modulationshypothesen funktional beschrieben.

Bezüglich der *kognitiven Funktionen* werden vier verschiedene psychische Systeme („Makrosysteme“) postuliert, deren Beschreibung mit Jungs Typologie übereinstimmt, obwohl sie aus

einem anderen theoretischen Kontext entwickelt wurden. Die ***vier kognitiven Makrosystemen*** (das Intentionsgedächtnis, das Extensionsgedächtnis, das Objekterkennungssystem und die intuitive Verhaltenssteuerung) werden in späteren Abschnitten ausführlicher beschrieben. In der PSI-Theorie wird angenommen, dass die Interaktion und Kommunikation zwischen diesen Systemen durch affektive Prozesse (Belohnungs- und Bestrafungssysteme bzw. die mit ihnen verbundenen positiven und negativen Emotionen) moduliert wird. Die Dominanz des einen oder anderen Makrosystems hängt sowohl vom Kontext (situativen Anforderungen) als auch von individuellen Prädispositionen ab. Jeder Mensch kann das, was in ihm steckt, am besten entwickeln, wenn er flexibel und situationsangepasst zwischen den verschiedenen psychischen Systemen bzw. Funktionen wechseln kann. Affektwechsel (d.h. die Fähigkeit zwischen verschiedenen Gefühlslagen zu wechseln) ist dabei entscheidend, da die vier kognitiven Makrosysteme in einem Wechselwirkungszusammenhang stehen, der durch Affekte moduliert wird.

Die *Persönlichkeit* eines Menschen wird als das Wirken eines mehr oder weniger stabilen Zusammenspiels zwischen allen psychischen Systemen aufgefasst. Anders ausgedrückt jeder Mensch ist durch ein für ihn charakteristisches Geflecht von Gefühlen, Bedürfnissen, kognitiven Systemen (z.B. analytisches Denken und ganzheitliches Fühlen) und den vielen Komponenten der Selbststeuerung beschreibbar (d.h. durch charakteristische Systemkonfigurationen). Personen unterscheiden sich darin, wie dominant oder differenziert bestimmte psychische Funktionen bei ihnen ausgeprägt sind.

In der PSI-Theorie werden die verschiedenen ***Persönlichkeitsstile und -störungen*****,** mit spezifischen Interaktionsmustern zwischen affektiven, kognitiven und volitionalen Systemen (Systemkonfigurationen) in Verbindung gebracht (Kuhl, 1995). Jeder Persönlichkeitsstil wird charakterisiert durch eine Systemkonfiguration in Bezug auf wichtige affektive Dispositionen (Sensibilität für Belohnung und Bestrafung bzw. für positive und negative Gefühle) und mentale Disposition (Dominanz einer der in der PSI-Theorie postulierten mentalen Makrosysteme: Denken, Fühlen, Intuitive Verhaltenssteuerung und Empfinden). Je nach *Sensibilität für Belohnung und Bestrafung* werden die Persönlichkeitsstile und -störungen durch bestimmte Ausprägungsmuster des positiven und negativen Affektsystems beschreibbar. So kann z.B. die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung durch hohe Sensibilität für negativen Affekt und niedrige Sensibilität für positiven Affekt beschrieben werden. Die Taxonomie der Persönlichkeitsstile in der PSI-Theorie hat den Vorteil, dass sie im Wesentlichen der DSM-IV-Klassifikation (Saß, Wittchen und Zaudig, 1996) entspricht, wobei Persönlichkeitsstörungen als Extremisierungen der Persönlichkeitsstile betrachtet werden.

Persönlichkeitsstile und ihre pathologischen Übersteigerungen können als stabile bzw. chronische Varianten entsprechender kurzfristig auftretender Systemkonfigurationen verstanden werden, die beim normal angepassten Organismus in Abhängigkeit von bestimmten situativen Merkmalen ständig wechseln (Kuhl, 2001). Gemäß dieser Theorie gehen Persönlichkeitsstile in

Persönlichkeitsstörungen über, wenn die Verfestigungen auf bestimmte mentale Zustände zu extremen Fixierung werden (Kuhl & Kazén, 1997). In dieser Arbeit wird diese Definition von Persönlichkeitsstörungen übernommen.

Eine wichtige Annahme der PSI-Theorie ist, dass die affektiven Dispositionen nicht die Grundstimmung sondern Formen der Stress- und Belastungsbewältigung beschreiben. Affektive Dispositionen prädestinieren zu unterschiedlichen Bewältigungsformen von Belastung und Stress. „Die Persönlichkeitsunterschiede lassen sich als unterschiedliche Strategien auffassen, mit den vielfältigen Belastung und Ängsten des Lebens zurechtzukommen“ (Kuhl, 2001, S. 82). So wird z.B. eine zurückhaltende oder schizoide Mensch versucht, die Probleme und Ängste des Alltags durch Unterbindung allzu heftiger Gefühle zu bewältigen.

Nach der PSI-Theorie kann man von ***zwei verschiedenen Arten affektiver Reaktionen*** sprechen (vgl. Zwei-Ebenen-Modell der Affektregulation): Die affektive *Erstreaktion* bestimmt die Häufigkeit der betreffenden Affekte, d.h. wie leicht jemand z.B. in einen negativen Affekt hineinkommt („Einstieggradient“), während mit der affektiven Zweitreaktion die Fähigkeit gemeint ist, entstandene Affekte zu verändern, dadurch dass sie herauf- oder herabreguliert werden („Ausstieggradient“). So wird zwischen der Sensibilität für positive bzw. negative Affekte und der selbstgesteuerten Regulierbarkeit solcher Affekte (Affektregulation) differenziert. Die den Persönlichkeitsstilen entsprechenden Persönlichkeitsstörungen lassen sich im Sinne charakteristischer, affektiver (und kognitiver) *Erstreaktionen* beschreiben: Wie schnell reagiert eine Person auf positive oder negative affektive Stimuli (und welche kognitiven Schemata dominieren dabei)? Die affektive *Zweitreaktion* hängt von der Selbststeuerungskompetenz ab (z.B. Emotionsregulation): Wie schnell ist eine Person in der Lage, einen Zustand reduzierten positiven Affektes (z.B. Lustlosigkeit) oder erhöhten negativen Affektes (z.B. Angst) wieder zu verlassen? Von den Selbststeuerungskompetenzen hängt es der sich nach der affektiven Erstreaktion entwickelnde weitere Stimmungsverlauf ab. In einer zweiten Verarbeitungsphase kann das Ergebnis der ersten Phase (d.h. spontan auftretender hoher oder niedriger positiver bzw. negativer Affekt) durch den Einsatz von selbstregulatorischen Mechanismus verstärkt oder abgeschwächt werden. Nach der PSI-Theorie ist diese affektive Zweitreaktion für die Bewältigung von Stress und negativer Emotionalität oft wichtiger als der Gradient für den Einstieg in den negativen Affekt: Hohe Sensibilität muss nicht zu psychischen Dauerschäden führen, wenn die aus ihr resultierenden negativen Affekte gut und rasch bewältigt werden (Biebrich & Kuhl, 2002).

Über viele Personen hinweg betrachtet gibt es durchaus signifikante Korrelationen zwischen emotionalen Erst- und Zeitreaktionen: wer z.B. in vielen Situationen eine optimistische Erstreaktion zeigt, zeigt im Vergleich zu Personen mit pessimistischen Erstreaktionen etwas häufiger auch eine positive Zweitreaktion (d.h. kann auch aus einer gedämpften Stimmung rasch wieder herauskommen). Trotzdem können Erst- und Zweitreaktion, Sensibilität und Regulationsfähigkeit, empirisch dissoziiert sein.

Auf der Grundlage der PSI-Theorie wurde ein ***allgemeines Modell*** entwickelt, das die Determinanten der Entstehung psychischer Erkrankungen beschreibt. Die Mechanismen, die eine wichtige Rolle zwischen Stress und Symptomentstehung spielen, werden in diesem Modell analysiert und in der vorliegenden Arbeit weiter erläutert. Folgende Determinanten werden in diesem Modell als entscheidend postuliert und untersucht: Diskrepanzen zwischen bewussten Zielen und impliziten Motiven, kognitive Fixierungen (Persönlichkeitsstile), affektive Fixierung und Selbststeuerung (Kuhl, 2001). Kognitiver Stile sind mit den Persönlichkeitsstilen und -störungen assoziiert (vgl. Beck & Freeman, 1993). Nach der PSI-Theorie sind diese kognitive Einseitigkeiten durch affektive Einseitigkeiten mitverursacht. Eine weitere wichtige Determinante sind die Selbststeuerungsfunktionen, deren Intaktheit gemäß dieser Theorie den symptomverursachenden Einfluss einseitiger Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen kompensieren kann. Alle diese Determinanten tragen gemäß dem Symptomentstehungsmodell zur Genese psychischer Erkrankungen bei, wobei die Rolle der Selbststeuerung als besonders wichtig erachtet wird.

Unter ***Selbststeuerung*** werden verschiedene selbstbezogene willentliche Mechanismen verstehen, die das Verhalten und psychische Zustände (Emotionalität, Motivation u.a.) der Person so regeln, dass sie im Stande ist, ihre Ziele gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen (Kuhl, 1994b). Es gibt eine Vielfalt von Selbststeuerungsprozessen, die auf verschiedenen Ebenen – kognitiv, emotional (Affekte) und motivational (Bedürfnisse) wirken. Mit Selbststeuerung ist die zentrale Koordination dieser Funktionsbereiche gemeint. Die Fähigkeit, Stimmungen und Affekte zu regulieren (z.B. negative Affekte herabzuregulieren), Bewältigungsstrategien, Problemlösefähigkeiten, Selbstkontrolle, u.a. gehören zu den Selbststeuerungsprozessen bzw. liegen ihnen Selbststeuerungsprozesse zu Grunde. Selbststeuerungskompetenz ist die gemeinsame Grundlage der Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren (d.h. emotionale Dialektik).

Es gibt Befunde, die zeigen, dass affektive und kognitive Einseitigkeiten nicht zu einer psychischen Erkrankung führen, wenn die Person effiziente Selbststeuerungsfunktionen entwickelt hat. Das liegt daran, dass einseitige kognitive und affektive Neigungen lediglich die Erstreaktion einer Person auf eine Situation bestimmen. Theoretisch wird dieser Befund darauf zurückgeführt, dass die Person durch die hohe affektive Sensibilität immer wieder Neues aus der Innen- und Außenwelt dazulernt und dass sie – bei guter Selbststeurungskompetenz – schmerzhafte Erfahrungen wieder bewältigen und in das sich entwickelnde Selbstsystem integrieren kann (Kuhl, 2001, S. 991). Eine gute Selbststeuerung bedeutet, dass die Person die Fähigkeit entwickelt hat, kognitive Überzeugungen und affektive Zustände aus eigener Kraft, also selbstgesteuert zu verändern. Diese Personen haben ein erheblich verringertes Erkrankungsrisiko (Hautzinger, 1994).

Für die Selbststeuerung des eigenen Verhaltens werden in der PSI-Theorie ***zwei Arten von Handlungsregulationen*** unterschieden, die ***Handlungs- und Lageorientierung*** genannt werden. Diese zwei Selbststeuerungsstile unterscheiden sich in ihre Emotionsregulation bzw. in ihren Verhaltensaspekten. Die Personen, die nach Misserfolgen und anderen aversiven Ereignissen zu

unkontrollierbarem, „ungewolltem“ Grübeln über die Situation neigen (Präokkupation) und durch eine zögerliche Umsetzung „selbstgesteuerter“ Absichten (Zögerlichkeit) gekennzeichnet sind, werden von Kuhl (1994b) als *lageorientiert* bezeichnet. Die Personen, die sich von unerwünschten Gedanken über aversive Ereignisse frei machen (Ablösung) und „selbstgesteuerte“ Absichten zügig in die Tat umsetzen können (Initiative), werden von Kuhl (1994b) *handlungsorientiert* genannt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Handlungs- und Lageorientierten besteht in der Fähigkeit zur selbstgesteuerten Emotionsregulation bei Beanspruchung: Handlungsorientierte regulieren ihre Emotionen (z.B. Angst, Hilflosigkeit) selbstgesteuert, Lageorientierte tun dies in geringerem Maße. Die Fähigkeit zur *selbstgesteuerten* Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung positiven (d.h. Ausführungsbahnenden) Affekts, wird mit dem Konstrukt der prospektiven Handlungs- versus Lageorientierung (HOP vs. LOP) beschrieben (Kuhl, 1983a, 1998). Die Fähigkeit, negativen Affekt *selbstgesteuert* herabzuregulieren, wird durch das Konstrukt *Handlungs- versus Lageorientierung* nach Misserfolg beschrieben (HOM vs. LOM). Ein optimaler Anpassungswert wird in der Fähigkeit gesehen, zwischen den verschiedenen affektiven Zuständen so umschalten zu können, wie es die Situation erfordert. Individuelle Unterschiede der Handlungs- versus Lageorientierung werden mit dem Fragebogen (HAKEMP-90; Kuhl, 1994b) gemessen. Während klassische affektive Konstrukte (z.B. Neurotizismus) die affektive Erstreaktion messen, misst Handlungsorientierung die Regulationsfähigkeit (affektive Zweitereaktion).

Ob Selbststeuerungsfunktionen notwendig sind und zugeschaltet werden, hängt gemäß der Theorie nicht nur von ***dispositionellen Variablen***, sondern auch von Merkmalen der konkreten Situation ab. In der PSI Theorie werden die Stressfaktoren in Bedrohung und Belastung dekomponiert (Kuhl, 2001). ***Bedrohung*** bezieht sich auf den Gesamtstress der momentanen Lebenssituation und das Ausmaß, in dem die gegenwärtigen Lebensumstände (Veränderungen und möglicher Risiken) den negativen Gefühlszustand erhöhen (z.B. Zeitdruck, Ich-Beteiligung). Mit dem Begriff ***Belastung*** werden situative und persönliche Umstände bezeichnet, die positive Affekte schwächen (Frustration, Verlust, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele).

In der vorliegende Arbeit wird der Einfluss der affektiven Erstreaktion (Persönlichkeitsstilen), die affektive Zweitreaktion (Affektmodulationstypen: HOP bzw. HOM) und den situativen Variablen (Belastung und Bedrohung) bezüglich der Entstehung von Symptomen untersucht.

Teil I: Persönlichkeitsstile und Symptomentstehung

Im ***Mittelpunkt*** dieses Teils der Arbeit steht der *Vergleich der* ***Vermittlungsfunktionen verschiedener Persönlichkeitsstile*** *im Zusammenhang mit Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung.* Die diesbezügliche Frage lautet: Welche Vermittlungsfunktion haben die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile, und insbesondere die damit verbundenen Affektivdispositionen, in der Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung? Wie reagieren die unterschiedliche Persönlichkeitsstile unter Stress oder nach einer Bedürfnisfrustration? Welche

Persönlichkeitsstile sind besonders an dem Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung beteiligt? Für welchen Persönlichkeitsstil sind die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration und Stressfaktoren bedeutsamer? Welche Subgruppe zeigt sich als besonders gefährdet? Weiterhin wird der Vermittlungsfunktionen verschiedener Persönlichkeitsstile im Zusammenhang mit Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und verschiedenen Affekt- und Temperamentsreaktionen untersucht. Die diesbezügliche Frage lautet: Mit welchen Affekten und Temperamentsreaktionen reagieren die unterschiedliche Persönlichkeitsstile unter Stress oder nach einer Bedürfnisfrustration?

Zu Beantwortung dieser Fragestellungen werden verschiedene ***Mediationsmodelle*** überprüft (siehe Abbildung 1).

Vierzehn Persönlichkeitsstile wurden mittels Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (PSSI; Kuhl & Kazén, 1997) untersucht. Dieses Selbstbeurteilungsinventar beruht auf der Annahme, dass es zu jeder der klinischen Störungskategorien einen analogen Persönlichkeitsstil gibt. Im Gegensatz zu vielen klinischen Instrumenten ist das PSSI geeignet, auch im Bereich nicht-pathologischer Persönlichkeitsstile hinreichend zu differenzieren. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist dieses Instrument zwar nicht ausreichend, es liefert jedoch wichtige Hinweise für eine solche Diagnose. Die Symptome werden mittels des BES-K (Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung) und der deutschen Version des SCL-90 (Symptom Check List; Franke, 1995) untersucht. Die unterschiedlichen Affekt- und Temperamentsreaktionen werden mittels des BEF-3 (Befindlichkeitsfragebogen) untersucht.

In Erweiterung des zentralen Vergleichs von verschiedenen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren in der Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung und der Beziehung zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung, werden in der vorliegenden Arbeit *in einem zweiten Schritt Defizite in den* ***Selbststeuerungskompetenzen*** *(Affektregulation, affektive Zweitereaktion) als Mediatoren überprüft.* Als Mediator wird jeweils eine der umgepolten Subskalen des Handlungskontrollfragebogens (HAKEMP-90) überprüft. Welche Rolle spielen die prospektive Lageorientierung (LOP) und die misserfolgsbezogene Lageorientierung (LOM) in den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung? Welche Vermittlungsfunktion haben solche Defizite in der Fähigkeit zum Herauf- oder Herabregulierung von positiven bzw. negativen Affekt bei Beanspruchung?

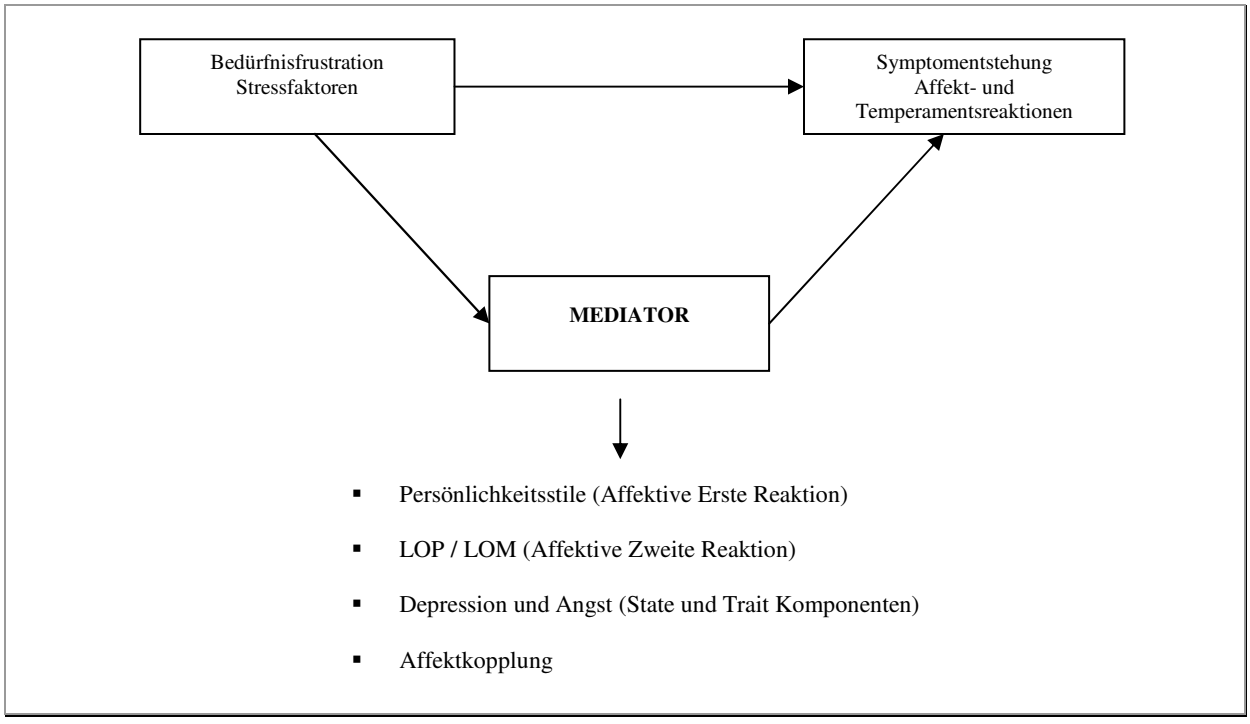
Da die Persönlichkeitsstile und die Selbstregulationsfähigkeiten als unabhängige Dimensionen in der PSI-Theorie betrachtet werden, sollen zusätzlich die Interaktionsterme (z.B. Depresive Persönlichkeitsstil x HOP) überprüft werden.

In einem dritten Schritt sollen ***analoge Mediationsmodelle für Depression und Angst*** geprüft werden. Die diesbezügliche Frage lautet: Welche Rolle spielen diese klinischen Kategorien im Übergang von Bedürfnisfrustration zur Symptombildung? Es geht um die Differenzierung von Depression und Angst als Vermittlungsmechanismen für den Zusammenhang zwischen

Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Wegen der hohen Komorbidität von Depression und Angstsymptomen, spielt die Differenzierung von Depression und Ängstlichkeit in der klinischen Literatur eine besondere Rolle. Eine analoge Unterscheidung hat sich in der Persönlichkeitspsychologie durchgesetzt: Depressive und angstbasierte Symptome lassen sich experimentell und faktorenanalytisch differenzieren (Higgins, 1987; Watson & Tellegen, 1985). Diese Trennung soll aufgegriffen und funktionsanalytisch auf unterschiedlichen Ebenen untersucht werden.

Die Vermittlungsfunktion von Depression und Ängstlichkeit wird dabei sowohl auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (Trait) als auch auf der Ebene der aktuellen Befindlichkeit (State) untersucht. Hier geht es um den Vergleich der Mediationsfunktionen von State und Trait-Variante. Eine weitere interessante Frage in diesem Zusammenhang lautet: Wie unterscheidet sich die Mediationsrolle von Depression einerseits als klinisches Syndrome und andererseits als Persönlichkeitsstil? Unterscheiden sie sich überhaupt? Haben sie einen unabhängigen Mediationsstatus und hat insbesondere der depressive Persönlichkeitsstil einen Mediationsstatus unabhängig von der Achse-I Depression? Die Vermittlungsrolle von Depression als affektive Störung und Depression als Persönlichkeitsstil wird überprüft und verglichen. Die Antwort auf diese Frage ist auch im Hinblick auf die Kontroverse interessant, ob ein extremer depressiver Persönlichkeitsstil als eigene Persönlichkeitsstörung in die diagnostischen Manuale aufgenommen werden sollte oder nicht. Im DSM-IV ist die depressive Störung von der „Task Force“ nicht als eigenständige Kategorie aufgeführt, sondern lediglich im Anhang erwähnt.

Abb.1 Mediationsmodelle Teil I



Teil II: Selbststeuerung und Persönlichkeitsstörungen

Das Ziel des zweiten Teils der Arbeit ist der Untersuchung der Selbststeuerungsfunktionen in Personen mit einer klinischen Diagnose (anhand der DSM-IV Kriterien) von Persönlichkeitsstörungen. Folgende *Gruppen* von Persönlichkeitsstörungen werden analysiert: *schizoid, schizotypisch, narzisstisch, selbstunsicher und Borderline.*

Die Hemmung selbstregulatorischer Funktionen kann verschiedene psychische und psychosomatische Symptome verursachen (Kuhl, 2001). Selbststeuerungsdefizite scheinen nicht selten ursächlich an der Entstehung und Aufrechterhaltung von zahlreichen psychischen Erkrankungen („Achse-I-Symptomen“) beteiligt zu sein: Bei psychosomatischen Störungen (Sachse, 1995) und Angststörungen (z.B. Hartung, 1990) ist das Vorliegen von Selbst- und Handlungsregulationsdefiziten empirisch untersucht und bestätigt worden. Während es einige Studien zu der Rolle von Selbststeuerungsfunktionen bei psychischen Störungen gibt (z.B. Depressionen, Angst und Sucht) ist die Frage bei Persönlichkeitsstörungen bislang nicht systematisch untersucht worden: *Haben Personen mit Persönlichkeitsstörungen eine Mangel an Selbststeuerungskompetenz?* Um diesen Fragen nachzugehen, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, ob Personen mit einer Diagnose von Persönlichkeitsstörung sich von Personen ohne eine solche Diagnose hinsichtlich selbstregulatorischer Kompetenzen unterscheiden: *Zeigen Personen mit Persönlichkeitsstörungen Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu Personen ohne Persönlichkeitsstörungen? Treten bestimmte Selbststeuerungsdefizite bei einzelnen Persönlichkeitsstörungen gehäuft auf?*

Persönlichkeitsstörungen können sich als Störungen des Interaktionsverhaltens, der Emotionalität, der Realitätswahrnehmung, der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung und/oder der Impuls- und Selbstkontrolle manifestieren (Oldham und Skodol, 1996). Der Begriff der Selbststeuerung umfasst diese Komponenten. Bewältigungsstrategien, Problemlösefähigkeiten, Selbstkontrolle, die Fähigkeit Stimmungen und Affekte zu regulieren, u.a. wie erwähnt gehören zu den Selbststeuerungsprozessen bzw. liegen ihnen Selbststeuerungsprozesse zugrunde. Selbststeuerungskompetenz ist die gemeinsame Grundlage der Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren. Selbststeuerung bedeutet auch die Fähigkeit, sich mit eigenen Zielen zu identifizieren, dass bei der Zielbildung die inneren persönlichen Bedürfnisse, Gefühle und Werte berücksichtigt werden (vgl. Deci & Ryan, 1991).

Diese Störungen sind im *DSM-IV und ICD-10* bereits als allgemeine Kriterien bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufgeführt. Unter den Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen werden nach DSM-IV zwei Komponenten unterschieden (Baumann, Kaschel und Kuhl, 2004):

(a) eine *inhaltsspezifische Komponente*, die sich im Persönlichkeitsstil widerspiegelt und

(b) eine *formale Komponente*, die sich im Ausmaß der maladaptiven Funktionen darstellt.

Die inhaltsspezifische Komponente bestimmt, ob eine Person z.B. als Reaktion auf Bedrohung oder Belastungen eher selbstkritisch und vermeidend oder eher ehrgeizig und narzisstisch wird. Sie bestimmt, ob jemand fähig ist, mit endogenen oder exogenen Stressfaktoren in seiner typischen Art umzugehen oder nicht, und sie zeigt die unmittelbare und typische Art, auf Menschen und Ereignisse zu reagieren.

Aus *funktionaler Sicht* scheint diese Komponente mit den Funktionen der Selbstregulation zusammenzuhängen: nur wenn jemand mit seinen Gedanken und Gefühlen nicht mehr adäquat umgehen kann, können Persönlichkeitsmuster rigide und maladaptiv werden (Baumann, Kaschel und Kuhl, 2004).

In einer Untersuchung von Baumann, Kaschel und Kuhl (2004) wurden die Interaktionseffekte dieser beide Komponenten (Persönlichkeitsstile und Selbstregulationskompetenzen) untersucht. Sie gehen der Frage nach, welche Faktoren den Übergang von extremen Persönlichkeitsstilen zu Persönlichkeitsstörungen und der Entstehung von Symptomen bestimmen. Den Erwartungen entsprechend wurden spezifische Interaktionen zwischen Persönlichkeitsstil und Handlungsorientierung deutlich für emotionales Wohlbefinden und Symptome (Symptoms Check List: SCL-R-90): So hatten z.B. stark unabhängige/schizoide Personen nur dann ein höheres Risiko wenn ihre Selbstmotivierungskompetenz schwach war (prospektive Lageorientierung), ausgeprägt selbstkritische/vermeidende Personen jedoch nur dann, wenn Selbst-Entspannung niedrig ausfiel (mißerfolgsbezogene Lageorientierung). Es wird vorgeschlagen, dass Defizite in der Selbstregulation eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen spielen: Extreme Persönlichkeitsstile können pathologisch werden, wenn die Fähigkeit zur Selbstregulation eigener Gefühle, Gedanken und Handlungen geschwächt sind.

Selbstregulatorische Fähigkeiten sind besonders wichtig, wenn die Sensibilität für negativen Affekt hoch ist und/oder die für positiven Affekt niedrig. Wie erwähnt werden in der PSI-Theorie mit dem Konstrukt der prospektiven Handlungs- versus Lageorientierung individuelle Unterschiede in der Fähigkeit zur *selbstgesteuerten* Affektregulation bei Beanspruchung beschrieben

Handlungsorientierung wird betrachtet als die Fähigkeit, positiven und negativen Affekt selbst zu regulieren (Kuhl & Beckmann, 1994), das heißt, wie schnell jemand einen affektiven Zustand *verlassen* kann, sobald dieser einmal erzeugt ist. Der zweite (selbstregulatorische) Aspekt ist besonders wichtig in Hinsicht auf die Stabilität und Unbeweglichkeit von unpassenden Funktionsmustern – eine der Definitionsmerkmale von Persönlichkeitsstörungen. So lässt sich die allgemeine Annahme begründen, dass Selbststeuerungsmechanismen eine wichtige Rolle bei Persönlichkeitsstörungen spielen.

Eine *weitere Frage*, die die vorliegende Arbeit zu beantworten versucht, ist, *ob die möglichen Selbststeuerungsdefizite bei Persönlichkeitsstörungen mit der Symptomschwere zusammenhängen oder nicht.* Zahlreiche klinische Studien wie epidemiologische Untersuchungen weisen auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen und psychosomatischen

Störungen hin. Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung zeigen häufig eine stärkere Ausprägung der Grundsymptomatik (z.B. Ängstlichkeit, Depressivität) (Fydrich et al., 1996a). Da die möglichen Selbststeuerungsdefizite bei dieser Störungsgruppe auf die aktuelle Symptomausprägung (Achse I) zurückgeführt werden könnten, wird in dieser Arbeit versucht, die Symptomschwere zu kontrollieren. Darüber hinaus wird die Gruppe mit diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich ihrer Selbststeuerungskompetenzen mit einer Gruppe von Personen ohne solche Diagnose aber mit gleicher Symptomschwere verglichen.

Um die erwähnten Fragestellungen zu beantworten, ***werden zwei Modelle (ein quantitatives und ein qualitatives) überprüft.*** Diese zwei Modelle beziehen sich auf die beiden Methoden, die für die Datenerhebung benutzt wurden: Einerseits die klinischen Kriterien der Therapeuten (qualitatives Modell) und anderseits die Ergebnisse aus Persönlichkeitsfragebögen (quantitatives Modell).

Die empirische Untersuchung der Selbstfunktionen erfolgt durch das Selbststeuerungsinventar (SSI) und durch den Fragebogen zur Erfassung der Handlungs- versus Lageorientierung (HAKEMP), die ihre theoretischen Grundlagen in der PSI-Theorie finden. Der SSI misst verschiedene Komponenten der Selbststeuerung (z.B. Selbstbestimmung, Selbstmotivierung, Selbstberuhigung) sowie die Hemmung solcher Kompetenzen unter Stress- bzw. Frustrationsbedingungen. Die wichtigsten Kompetenzen der selbstgesteuerte Affektregulation (Heraufregulierung positiven Affekts, Herabregulierung negativen Affekts, Selbstmotivierung und Selbstberuhigung) werden durch den HAKEMP erhoben.

EMPIRISCHER TEIL

Der empirische Teil dieser Arbeit beruht auf ***zwei klinischen ambulanten Stichproben.*** Die meisten Auswertungsstrategien wurden für die zwei Stichprobe getrennt angewendet, um zu sehen ob die Ergebnisse der einen Stichprobe sich in der anderen replizieren oder nicht.

Untersucht wurden Patienten mit verschiedenen klinischen Syndromen (z.B. Depressive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen usw.). Alle Daten wurden mittels verschiedener Fragebögen erhoben. Die meisten Fragebögen gehören zur Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP), die von Kuhl und Mitarbeitern entwickelt wurden. Die Osnabrücker Funktionsdiagnostik enthält Instrumente, mit denen ein Gesamtbild aller wichtigen Persönlichkeitsfunktionen erstellt wird: Die Bereiche Selbststeuerung, Motivation, affektive Dispositionen, kognitive Stile und Persönlichkeitsstörungen werden mit Hilfe dieser Diagnostik in zahlreiche Einzelfunktionen dekomponiert. Affektive Erstreaktion und Zweitreaktion können mit Hilfe der Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP-Diagnostik) unterschieden werden. Eine ausführliche Beschreibung jeder dieser Instrumente findet sich in dem Kapitel über die Testverfahren (Kap. 4).

FRAGESTELLUNGEN

Im Folgenden werden die Fragestellungen dieser Arbeit in strukturierter Form vorgestellt.

TEIL I:

1. PERSÖNLICHKEITSSTILE

1.1 Vermittlungsrolle der Persönlichkeitsstile für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung*:* Welche Vermittlungsfunktion haben die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung? Haben die verschiedenen Persönlichkeitsstile unterschiedliche Mediationsrolle in diesem Zusammenhang? Welche Persönlichkeitsstile sind besonders an dem Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung beteiligt? Für welche Persönlichkeitsstile sind die Auswirkungen einer Bedürfnisfrustration bedeutsamer?

1.1.1 Dekomponierung der Bedürfnisse*:* Eine weitere Fragestellung beschäftigt sich mit der Dekomponierung der Bedürfnisse. In der Motivationsforschung werden als drei grundlegende Motivbereiche Anschluss (Affiliation), Leistung und Macht unterschieden (McClelland, 1980). Es soll der Frage nachgegangen werden, ob sich Frustrationen in den drei unterschiedlichen Bereichen gleich auswirken oder ob frustrante Erlebnisse bei bestimmten Motiven Risikobehafteter sind als bei anderen.

1.2 Vermittlungsrolle der Persönlichkeitsstile für den Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung: Im Allgemeinen lassen sich die Fragestellungen von 1.1 auf die Stressfaktoren anwenden. Wie erwähnt werden in der PSI-Theorie Stressfaktoren in Bedrohung und Belastung differenziert. Da gemäß der Theorie Belastungen eher mit reduziertem positiven Affekt und Bedrohungen eher mit erhöhtem negativem Affekt assoziiert sind, werden unterschiedliche Effekte für diese Stressfaktoren erwartet. Die diesbezüglichen Fragen lauten: Welche Persönlichkeitsstile sind besonders an dem Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung beteiligt und welche an dem Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung?

1.2.1 Für welche Persönlichkeitsstile sind die Auswirkungen von situativen und persönlichen Umständen, die positiven Affekt schwächen (Frustration, Verlust, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele) bedeutsamer?

1.2.2 Für welche Persönlichkeitsstile sind die Auswirkungen von Lebensumständen (Veränderungen und möglicher Risiken), die den negativen Gefühlszustand erhöhen, bedeutsamer?

1.2.3 Reagieren einzelne Persönlichkeitsstile auf Belastung und Bedrohung mit unterschiedlichen Symptomen?

Die Vermittlungsfunktion der Persönlichkeitsstile wird sowohl auf der Ebene der Symptomprofile *(„Art von Symptomen“)* als auch auf der Ebene der Symptomausprägung *(„Intensität der Symptomausprägung“)* untersucht.

1.3 Vermittlungsrolle der Persönlichkeitsstile für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen:

1.3.1 Welche Affekt- und Temperamentsreaktionen haben die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile nach einer Bedürfnisfrustration?

1.3.2 Welche Affekt- und Temperamentsreaktionen haben die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile bei "bedrohlichen" oder belastenden Lebensereignissen?

2. SELBSTSTEUERUNGSDEFIZITE

2.1 Selbststeuerungsdefizite als Vermittlungsmechanismen zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung: Welche Vermittlungsfunktion haben die prospektive Lageorientierung (LOP) und die misserfolgsbezogene Lageorientierung (LOM) für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung?

2.2 Selbststeuerungsdefizite als Vermittlungsmechanismen zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung: Welche Vermittlungsfunktion haben die prospektive Lageorientierung (LOP) und die misserfolgsbezogene Lageorientierung (LOM) für den Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung?

Die Vermittlungsfunktion von LOP und LOM wird auch für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und der Entstehung von verschiedenen Affekt- und Temperamentsreaktionen untersucht. Die Fragestellungen von 2.1 und 2.2 lassen sich auf diesen Punkt anwenden.

3. INTERAKTIONSEFFEKTEN ZWISCHEN PERSÖNLICHKEITSSTILEN UND SELBSTREGULATIONSFÄHIGKEITEN

Da die Persönlichkeitsstile und die Selbstregulationsfähigkeiten als unabhängige Dimensionen betrachtet werden, sollen zusätzlich die Interaktionseffekte (z.B. der depressive Persönlichkeitsstil x LOP) überprüft werden**.**

4. DEPRESSION VERSUS ANGST

Die Vermittlungsfunktion von Depression und Ängstlichkeit wird sowohl auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (Trait) als auch auf der Ebene der aktuellen Befindlichkeit (State) untersucht.

4.1 State Komponenten:

Welche Rolle spielen Depression und Ängstlichkeit als klinischen Kategorien im Übergang von Bedürfnisfrustration zur Symptombildung? Für welche dieser klinischen Kategorien sind die Auswirkungen einer Bedürfnisfrustration bedeutsamer?

4.2 Trait Komponenten: Depressive Stil vs. Selbstunsichere Stil

Welche Rolle spielen diese beiden Persönlichkeitsstile in dem Übergang von Bedürfnisfrustration zur Symptombildung? Für welche der beiden sind die Auswirkungen einer Bedürfnisfrustration bedeutsamer? Diese Fragestellungen lassen sich auf die Stressfaktoren anwenden.

4.3 State versus Trait Komponenten

Depression als Klinisches Syndrom und Depression als Persönlichkeitssti: Unterscheiden sich die Mediationsrolle von Depression als klinisches Syndrom und Depression als Persönlichkeitsstil? Hat der Depressive Persönlichkeitsstil einen unabhängigen Mediationsstatus von der Achse-I-Depression? Die Vermittlungsrolle von Depression als affektive Störung und Depression als Persönlichkeitsstil wird überprüft und verglichen.

4.4 Affektkopplung: In neueren klinischen Untersuchungen hat sich die Konfundierung von Affekten als besonderer Faktor bei der Symptomentstehung herausgestellt (Blasczyk-Schiep, 2003): Personen, die auf Frustration nicht nur mit Niedergeschlagenheit bzw. Depression, sondern auch mit Angst reagieren, haben ein erhöhtes Suizidrisiko. In der vorliegenden Arbeit soll daher zusätzlich geprüft werden, ob die Kopplung von negativen Affekten mit gehemmtem positiven Affekt mit einem disproportionalen Zuwachs an Symptomen assoziiert ist. Die Untersuchung von Interaktionseffekten (Depression x Ängstlichkeit) stellt einen ersten Zugang zu dieser Fragestellung dar.

TEIL II: SELBSTSTEUERUNGSFUNKTIONEN BEI PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

2.1 Haben Personen mit Persönlichkeitsstörungen (nach klinischer Diagnose) Selbststeuerungsdefizite (gemessen mit dem SSI-K2)?

2.2 Hängen diese Defizite in den Selbststeuerungsfunktionen von der Symptomschwere ab oder sind sie unabhängig von der momentanen Symptomschwere?

2.3 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Lage- vs. Handlungsorientierung (gemessen mit dem HAKEMP) und bestimmten Persönlichkeitsstörungen?

Kapitel 1. Persönlichkeit, Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen

Dieses Kapitel bietet einen Einstieg in die Thematik der Persönlichkeitsstilen und Störungen.

1.1 Persönlichkeitsbegriff

Zur Definition von Persönlichkeit gibt es viele *Kontroversen.* Weder in der wissenschaftlichen Psychologie noch in der Psychiatrie, wird der Begriff der Persönlichkeit einheitlich verwendet. Fast allen Definitionen ist trotz ihrer Unterschiedlichkeit jedoch gemeinsam, dass mit dem Begriff der Persönlichkeit die *Einzigartigkeit* und die über *Zeit* und *Situationen* hinweg relative *Stabilität* und *Prozessen* angesprochen wird (Wittchen, H.-U., 1996).

Im Vordergrund der Beschäftigung mit Persönlichkeit steht also die Betrachtung derjenigen Eigenheiten einer Person, die als charakteristische Verhaltensweisen, Interaktionsmuster und Denkstile beschrieben werden können. Jeder Mensch hat seine ganz eigene und unverwechselbare Art und Weise zu denken, zu fühlen, wahrzunehmen und auf die Außenwelt zu reagieren. Die individuellen menschlichen Eigenarten stellen eine einzigartige Konstellation von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen dar, die man als Persönlichkeit bezeichnet. Nach Fiedler (2000, S. 24) sind Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen: *„Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zur Entwicklung einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht.“*. Die Persönlichkeit gestattet es, zu funktionieren, zu wachsen und sich an das Leben anzupassen.

In ***DSM-IV*** werden die Persönlichkeitszüge so definiert: "*Persönlichkeitszüge stellen überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst dar. Sie kommen in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen und Zusammenhänge zum Ausdruck.“*

Wie in der Einführung dieser Arbeit erwähnt wurde, versteht die ***PSI-Theorie*** unter der Persönlichkeit eines Menschen eine mehr oder weniger stabile Form des Zusammenspiels verschiedener psychischer Teilsystemen (z.B. affektiver, kognitiver, motivationaler und volitionaler Systeme). Die für eine konkrete Person charakteristische Interaktion psychischer Systeme wird als ihr Persönlichkeitsstil bezeichnet. Kuhl versucht in seinem umfassenden Ansatz lineare (strukturalistische) Konzeptionen der Persönlichkeit zu überwinden. Durch die jeweiligen Konfigurationen personaler Subsysteme der Persönlichkeit entstehen verschiedene Systemzustände (Befindlichkeiten, Verhaltenstendenzen). Diese Konfiguration sind mehr als die Summe der Merkmale der einzelnen Subsysteme, da diese eine intermodulierende Beziehung zueinander aufweisen. Im Unterschied zu Handlungsregulationsmodellen der Allgemeinen Psychologie, in denen einzelne Motivsysteme oder kognitive Funktionen isoliert betrachtet werden (vgl. Schmalt, 1996), stellt Kuhl das Zusammenwirken dieser Funktionen (z.B. als Koalitionen) im Gesamtsystem der Persönlichkeit in den Vordergrund.

1.2 Persönlichkeitsstörungen

Im Zentrum psychologisch-psychiatrischen Interesses steht, spätestens seit Pinels (1809) Charakterisierung der „manie sans délire“, die abweichende, gestörte Persönlichkeit. Damals wurde erstmal in der Geschichte der neuzeitlichen Psychiatrie eine Klassifizierung gestörter Persönlichkeiten vorlegt. Seit der 80er Jahren kann man ein zunehmendes klinisches und wissenschaftliches Interesse an der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen feststellen. So wird es dieses Komplexe Störungsbild in den letzen 15 Jahren mit zunehmender Häufigkeit diagnostiziert worden. Die neueren Forschungsergebnisse weisen auf den besonderen Stellenwert dieser Diagnose in der Psychotherapie, Psychiatrie und Rehabilitation hin. Dies liegt nicht nur daran, dass die Prävalenz dieser Störungsbilder zugenommen hat. Darüber hinaus hat sich durch die Einführung der operationalisierten Diagnostik in die modernen psychiatrischen Klassifikationssysteme vergrößert, sich mit Persönlichkeitsstörungen zu beschäftigen (Schmitz et al., 2001). Die Frage über was Persönlichkeitsstörungen sind ist außerordentlich umstritten. Das Thema „Persönlichkeitsstörungen“ ist aus verschiedenen Gründen komplex, die Sachse (1997, S.11) zusammenfasst:

- der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ ist unter Psychologen umstritten;
- eine einheitliche psychologische Theorie darüber, was „Persönlichkeitsstörungen“ sind, fehlt weitgehend;
- eine fundierte Therapie zur effektiven Behandlung dieser Störung fehlt bisher;
- Klienten mit Persönlichkeitsstörungen gelten als therapeutisch wenig zugänglich;
- Klienten mit dieser Störung gelten als interaktionell schwierig, als „Problemklienten“.

Diese Probleme werden in der vorliegenden Arbeit nicht erörtert werden, sollten jedoch in den nachfolgenden Diskussionen berücksichtigt werden. Nachfolgend seien in knapper Form einige Überlegung zum Konzept der Persönlichkeitsstörungen dargestellt.

1.3 Allgemeine Überlegungen zum Konzept der Persönlichkeitsstörungen

Folgende Darstellung erfolgt hier in teilweiser Anlehnung an Millon (1996), an Kuhl (2001) und an Fiedler (2000). Millon benennt Leitgedanken bzw. Grundprinzipien für eine Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen. Im diesem Abschnitt werde ich nur einige dieser Grundprinzipien darstellen, die sich alle bei Millon (1996) nachlesen lassen.

Nach Millon ***sind Persönlichkeitsstörungen keine Erkrankungen per se:*** Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, das das klassische „medizinische Modell“, welches externe oder interne auslösende Faktoren nur unter dem Aspekt der kausalen Verantwortlichkeit für manifeste Störungen sieht, sich für das Verständnis der Persönlichkeitsstörungen als hinderlich erwiesen hat. Millon (1996, S. 70) beschreibt diesen Sachverhalt:

> *„In psychopathology, it is not anxiety or depression, nor the stressors of early childhood or contemporary life, that are the key to psychological well-being. Rather, it*

is the mind's equivalent of the body's immune system, that structure and style of psychic processes that represents our overall capacity to perceive and to cope with our psychosocial world, in other words, the psychological construct we term personality"

So ist also vielmehr davon auszugehen, dass die beobachtbaren Verhaltensweisen dynamische und veränderbare Interaktionen zwischen individuellen Bewältigungsstrategien und dem sozialen Umfeld darstellen, d.h. jetzt als Störung imponierendes Verhalten in früheren Lebensabschnitten oder in einem anderen sozialen Kontext als adäquat zu beurteilen ist.

Ein andere wichtiger Punkt zu betrachten bezüglich der Konzeptualisierung diese Störungen ist, dass ***die Grenze zwischen Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung ist fließend.*** Trotz vielseitiger Bemühungen können keine allgemeingültigen klaren Grenzen zwischen pathologischem und „normalen" Verhalten gezogen werden. Das soziologische Modell basiert auf der Vorstellung: a. dass die Persönlichkeit ihre Prägung durch gesellschaftliche Bedingungen erhält, b. dass normales Verhalten derart sei, dass es der Gesellschaft keinen Schaden und keine Nachteile bringe und c. dass pathologisches Verhalten definiert sei durch die Abweichung von gesellschaftlichen Normen und Produktion eines gesellschaftlichen Schadens. Diese Definitionen von „normales" Verhalten, als diese die sich an die Gepflogenheiten der jeweiligen sozialen Bezugsgruppe angepasst, und von „pathologisches" Verhalten als störend oder abweichend von diese Normen, sind unzureichend. Das ermisst sich aus der Tatsache, dass die Normen sozialer Subgruppen oft erheblich vom größeren sozialen Kontext abweichen und bei Erweiterung des Blickwinkels gerade die hohe Normenkonvergenz pathologische Formen annimmt (Bohus, Stieglitz, Fiedler & Berger, 1998).

Für die Annahme einer klaren Trennung zwischen normaler und abnormaler Persönlichkeit gibt es keine hinreichende empirische Evidenz. Die Cut-off-Festsetzungen erscheinen relativ willkürlich (Fydrich et. al, 1996b).

Die Grenzen zwischen Normalität und Pathologie können besser anhand der Flexibilität versus Rigidität der Verhaltensmustern betrachten werden. Die Persönlichkeit kann als ein Kontinuum betrachtet werden (Millon, 1996), wo keine „strikte Abgrenzung" zwischen Normalität und Pathologie gibt. Die Grenzen sind fließend. Gesundheit stellt sich dar als eine Frage des Gleichgewichts. Nach Fiedler (2000) ist die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung in der Regel eine Frage des Ausprägungsgrades. Bestimmte Persönlichkeitsstile können gewisse Merkmale mit Persönlichkeitsstörungen gemeinsam haben. Persönliche Stile erscheinen jedoch gewöhnlich weniger extrem ausgeprägt. Die Persönlichkeit mancher Menschen wird jedoch starr und inflexibel:

„Statt ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, kreativ und unabhängig auf Herausforderungen zu reagieren, bedingten es die charakteristischen Persönlichkeitsstile geradezu, dass die Betreffenden unglücklich, unerfüllt oder außerstande sind, ihr Leben aus eigener Kraft zu befriedigend zu gestalten. Statt anpassungsförderliche Persönlichkeitsstile herauszubilden, entstehen bei diesen Menschen Persönlichkeitsstörungen.

Persönlichkeitseigenarten und damit auch Persönlichkeitsstörungen gehören als persönliche Stile zur Person dazu“ (Fiedler, 2000, S. 22).

Auf die Frage nach einer Differenzierung normaler und gestörter Persönlichkeit wird innerhalb der Therapieschulen ebenfalls recht unterschiedlich eingegangen (Fiedler, 2000). Dennoch liegt vielen der verschiedenen Erklärungsmodelle das Konzept von Flexibilität vs. Rigidität und das Verständnis eines Kontinuums zugrunde. So werden z.B. im Kognitiven Erklärungsmodell (Beck & Fremann, 1993) die "kognitiven Schemata" von Personen mit Persönlichkeitsstörungen als maladaptativer und inflexibler als von Personen ohne schwere Persönlichkeitsproblemen bezeichnet.

In der ***PSI-Theorie*** werden gemäß einer ***Kontinuitätsannahme*** Persönlichkeitsstile und ihre pathologischen Übersteigerungen als stabile bzw. chronische Varianten entsprechender kurzfristig auftretender Systemkonfigurationen verstanden.

Nach Millon sind ***Persönlichkeitsstörungen dynamische Systeme:*** Persönlichkeitsstörungen sollten nicht als statische und stabile Systeme in situativer Unabhängigkeit betrachten werden. ***Persönlichkeitsstörungen sind komplexe Störungen,*** *die in komplexer Weise kognitive, emotionale, interpersonelle, intentionale, motivationale, sowie psychovegetative Symptome aufweisen.*

Es gibt keine einheitliche Vorstellung über die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen, so wie es auch keinen Konsens darüber gibt, ab wann Persönlichkeitseigenschaften als *Störung* zu bezeichnen sind oder wie Persönlichkeit überhaupt *entsteht*. Es gibt in der wissenschaftlichen Psychiatrie allerdings eine weitgehende Einigkeit darüber, dass sowohl "Persönlichkeit" als auch deren Störungen Ausdruck komplexer Wechselwirkungen unterschiedlicher Umwelt- und Anlagefaktoren sind.

Gegenwärtig existiert kein allgemein akzeptiertes Modell zur Ätiologie und Pathogenesse mit hinreichend empirischer Absicherung. Aktuell kann man (nach Bronisch, 2000 und in Anlehnung an Gunderson und Phillips, 1995) grundsätzlich fünf Modelle unterscheiden, die jeweils einem anderen Zugangsweg und Standpunkt entsprechen: das psychodynamische Modell, das Circumplexmodell, das soziologische Modell, das biologische Modell und das (integrative) biopsychosoziale Modell.

Die Erklärungsmodelle heben mit unterschiedlicher Akzentuierung die chronisch ungünstigen und häufig traumatischen Entwicklungsbedingungen bei Individuen mit Persönlichkeitsstörungen hervor und betonen die Rolle früher Beziehungserfahrungen für ihre Entwicklung.

Wenn Persönlichkeitsstörungen komplexe Störungen sind, die in komplexer Weise kognitive, emotionale, interpersonelle, intentionale, motivationale, sowie psychovegetative Symptome aufweisen, müsste sich dies in integrativen, bio-psycho-sozialen Erklärungsmodellen widerspiegeln: ***„****In der Pathogenesse der Persönlichkeitsentwicklung wird ein komplexes Ineinandergreifen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Prozessen im Erziehungskontext angenommen.“* (Millon, 1996). Millon postuliert dabei keine mechanistische, einseitige Einwirkungsrichtung der drei Faktoren auf Entwicklung, sondern ein transaktives dynamisches Wechselspiel. Die PSI-Theorie kann durchaus

als Ergänzung zu diesem Ansatz betrachtet werden. In dieser Arbeit werden die unterschiedlichen Erklärungsmodelle von Persönlichkeitsstörungen nicht weiter ausgeführt, sondern der Fokus auf funktionsanalytische Betrachtungsweisen gerichtet[2].

1.4 Störungsübergreifende Merkmale bei Persönlichkeitsstörungen

Oldham und Skodol (1996) liefern eine Zusammenfassung der wesentlichen störungsübergreifenden Merkmale der wichtigsten Persönlichkeitsstörungen. Nach diesen Autoren können sich Persönlichkeitsstörungen manifestieren als Störungen des Interaktionsverhaltens, der Emotionalität, der Realitätswahrnehmung, der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung und/oder der Impuls- und Selbstkontrolle. Im Folgenden werden diese wesentlichen störungsübergreifende Merkmale der hauptsächlichen Persönlichkeitsstörungen ausführlicher dargestellt:

1. Störung des Interaktionsverhaltens: das sich entscheidend auf die Qualität persönlicher und beruflicher Beziehungen auswirkt (z.B. extremes interpersonelles Misstrauen bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung oder klammerndes Verhalten bei der dependenten Persönlichkeitsstörung).

Auffälligerweise sind bei praktisch allen Störungen die Abweichungen besonders im zwischenmenschlichen Verhalten festzustellen: Schizoide, schizotypische und selbstunsichere Störungen sind durch jeweils spezifische Formen der sozialen Zurückhaltung charakterisiert, Narzisstische und antisoziale durch eine Insensitivität gegenüber den Bedürfnissen oder Erwartungen anderer Menschen, negativistisch und Borderline-Störungen durch eine stabile bzw. abrupt wechselnde Abwertung anderer Menschen, Histrionisch durch eine distanzlose Manipulation, Abhängige durch eine distanzlose Übernahme der Gefühle anderer Menschen und paranoide durch eine Distanzmaximierende Ablehnung fremder Gefühle.

Solche Interaktionsmuster stehen im Zentrum der meisten klinischen Ansätze zur Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen (Benjamin, 1993; Fiedler, 1994; Millon, 1981). Die PSI-Theorie versucht, für jeden Störungstyp die Konfiguration der zugrunde liegenden Funktionssysteme herauszuarbeiten, die das beschriebene Muster der sozialen Interaktion verursacht.

2. Störung der Emotionalität: Die Störung der Emotionalität kann nur auf bestimmte Gefühlqualitäten beziehen (dominiert z.B. bei der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung Angst und Unsicherheit, oder bei depressiven Menschen Traurigkeit und Dysphorie) oder sich in einer grundlegend geringen Fähigkeit zur Gefühlsmodulation äußern. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung z.B. ist häufig die Fähigkeit zur Modulation des Gefühlserlebens gestört.

3. Störung der Realitätswahrnehmung: Bei einigen Persönlichkeitsstörungen kann die Möglichkeit zur Realitätsprüfung beeinträchtigt sein. Die äußeren Umstände oder Beziehungserfahrungen werden verzerrt wahrgenommen oder falsch bewertet. So können sich beispielsweise paranoide Personen sich durch harmlose Bewertungen bedroht fühlen und böswillige Motive unterstellen. Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung stehen sämtliche Bestrebungen der

[2] Unterschiedliche Erklärungsmodelle sowie Behandlungsansätze von Persönlichkeitsstörungen findet man ausführlich bei Fiedler (1995, 1998; 2000)

Betroffenen selektiv eingeengt unter dem Regime moralischer, logischer oder sozialer Regeln und Maximen. Bei narzisstischen Personen findet sich eine hohe Anspruchhaltung gegenüber sich selbst wie gegenüber anderen, die häufig mit Kränkungs- und Neidgefühlen einhergehen kann.

4. Störung der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung: d.h. wie jemand sich selbst sieht, wie er über sich denkt und welche gefühlsmäßigen Einstellungen jemand zu sich hat (z.B. Übertreiben eigener Leistungen und Fähigkeiten bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, Mangel an Selbstvertrauen bei der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung).

5. Störung der Impuls- und Selbstkontrolle: die häufig besonders gravierende soziale Folgen hat (z.B. Neigung zu suizidalen und Selbstverletzenden Handlungen und/oder zu Substanzmissbrauch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung; Diebstahl und/oder körperliche Gewaltanwendung bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung). Selbstkontrolle ist ein wesentliches Problem bei einigen Persönlichkeitsstörungen. Einige Menschen neigen persönlichkeitsbedingt einseitig zu hoher Selbstkontrolle und Selbstsicherheit, die sich im Extrem in einem Zuviel an Rigidität, Normorientierung oder Gewissenhaftigkeit widerspiegelt (z.B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung). Andere Menschen hingegen sind persönlichkeitsbedingt durch einen Mangel an Selbstkontrolle charakterisiert (z.B. die Impulsivität der Borderline-Patienten), so dass sie durch eine gefühlsmäßige Ausrichtung ihrer Erfahrungen bestimmt sind und im Extrem sogar von Gefühlen überschwemmt werden, ohne sie angemessen kontrollieren zu können. Oder sie orientieren ihr Handeln fast ausschließlich am emotionalen Erleben, was zwar in gemilderter Form den Vorteil der Spontaneität bedeuten kann, bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline) jedoch in Richtung Impulskontrollverlust entgleiten kann. Nach Fiedler (2000) bleibt jedoch zu beachten, dass Impulskontrollstörungen unter psychischer Belastung bei fast allen Persönlichkeitsstörungen vorkommen können.

Der Begriff der Selbststeuerung umfasst Komponenten, die besonders mit zwei dieser Bereiche zu tun haben: Störung der Emotionalität und Störung der Impuls- und Selbstkontrolle. So lässt sich die allgemeine Erwartung begründen, dass Selbststeuerungsmechanismen eine wichtige Rolle bei den Persönlichkeitsstörungen spielen.

1.5 Die Persönlichkeitsstörungen in den aktuellen Klassifikationssystemen

Im multiaxialen Diagnosesystem des DSM-IV (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, APA 1994) befinden sich die Persönlichkeitsstörungen zusammen mit der geistigen Behinderung auf Achse II, während alle übrigen psychiatrischen Diagnosen auf Achse I kodiert werden. Die ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, WHO 1991) ordnet die Persönlichkeitsstörungen dem Kapitel F6 „Persönlichkeits- und Verhaltungsstörungen“ zu.

Beide Systeme formulieren *allgemeine diagnostische Kriterien* einer Persönlichkeitsstörung (Tabelle 1.1). In der aktuellen Version des DSM-IV stehen folgende allgemeiner Definition von Persönlichkeitsstörungen:

> „*Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von inneren Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt. Diese Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Impulskontrolle" (Saß, Zaudig & Wittchen, 1996b, S. 71).*

Tab. 1.1: Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV

1. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Diese Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Impulskontrolle.
2. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderer wichtigen Funktionsbereichen.
3. Das überdauernde Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
4. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
5. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Die allgemeinen diagnostischen Kriterien des ICD-10 weisen in dieselbe Richtung als der obengenante DSM-IV diagnostische Kriterien.

Wie erwähnt werden Störungen der Impuls- und Selbstkontrolle sowie Störung der Affektivität auch im DSM-IV und ICD-10 bereits als allgemeine Kriterien bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufgeführt. Daher kann man sagen, dass im DSM-IV und ICD-10 Selbststeuerungsdefizite bereits als klinisches Kriterium für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mitgemeint sind.

Die Diagnosestellung sowohl in ICD-10 als auch in DSM-III-R bzw. DSM-IV erfolgt nach dem *typologischen bzw. Prototypen-Modell.* Hierzu wird in Form von Merkmalskatalogen eine Reihe von Verhaltensmerkmalen als Kriterien aufgelistet, die insgesamt eine "idealtypische" Beschreibung der jeweiligen Persönlichkeitsstörung darstellen soll.

Um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu vergeben, müssen – neben den allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung – aus einer größeren Anzahl von Merkmalen ***(Spezifische diagnostische Kriterien),*** die für eine spezifische Persönlichkeitsstörung charakteristisch sind, eine kritische Mindestzahl von Kriterien erfüllt sein.

Der Diagnostiker ist aufgefordert, seine Wahrnehmungen und Einschätzungen durch konkrete Verhaltensaspekte zu belegen, die für spezifische Persönlichkeitsstörungen als prototypisch betrachten

werden. Mehrfachdiagnosen sind in beiden Systeme ermöglicht. In Tabelle 1.2 sind die Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV mit ihren Hauptmerkmalen zusammengefasst.

Tabelle 1.2: Spezifische Persönlichkeitsstörungen (PS) und deren Hauptmerkmale nach DSM-IV

Paranoide PS:	Ein Muster von Misstrauen und Argwohn und zwar in dem Sinne, dass die Motive anderer als böswillig augelegt werden.
Schizoide PS:	Ein Muster von Distanziertheit in sozialen Beziehungen und von eingeschränkter Bandbreite emotionaler Ausdruckmöglichkeiten.
Schizotypische PS:	Ein Muster von starkem Unbehagen in nahen Beziehungen, von Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung und von Eigentümlichkeiten des Verhaltens (in der ICD-10 wird diese Störung dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung im Kapitel F2 zugeordnet)
Antisoziale PS:	Ein Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer.
Borderline PS:	Ein Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität.
Histrionische PS:	Ein Muster von übermäßiger Emotionalität und von Heischen nach Aufmerksamkeit.
Narzisstische PS:	Ein Muster von Großartigkeitsgefühlen, einem Bedürfnis nach Bewundertwerden sowie mangelnder Empathie.
Vermeidend-selbst-unsichere PS:	Ein Muster von sozialer Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung.
Dependente PS:	Ein Muster von unterwürfigern und anklammerndem Verhalten, das in Beziehung zu einem übermäßigen Bedürfnis nach Umsorgtwerden steht.
Zwanghafte PS:	Ein Muster von ständiger Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus und Kontrolle.

Obwohl weitgehende Ähnlichkeiten und Überschneidungen in der Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstörungen zwischen den beiden Diagnosesystemen bestehen, findet sich im Einzelnen doch einige wichtige Unterschiede (s. Tab. 1.3).

Der deutlichste Unterschied zwischen ICD-10 und DSM-IV betrifft die *schizotypische Persönlichkeitsstörung,* die in ICD-10 aufgrund der angenommenen ätiologische Gemeinsamkeiten als schizotypische Störung dem Kapitel „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ zugeordnet wird und somit gemäß der multiaxialen Klassifikation des DSM keine Achse-II-, sondern eine Achse-I-Störung wäre. Die aufgeführten diagnostischen Leitlinien der schizotypen Störung entsprechen jedoch weitgehend den Kriterien der schizotypischen Persönlichkeitsstörung des DSM-IV.

Die *narzisstische Persönlichkeitsstörung* wird in der ICD-10 nicht gesondert aufgeführt. Einige der DSM-IV Kriterien für die narzisstische Persönlichkeitsstörung findet sich in ICD-10 als zusätzliche Merkmale zu den diagnostischen Leitlinien der histrionischen Persönlichkeitsstörung wieder: Egozentrik, Selbstbezogenheit, anhaltendes Verlangen nach Anerkennung, erhöhte Kränkbarkeit und andauerndes manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse. Eine Tendenz zu stark überhöhtem Selbstwertgefühl und erhöhte Empfindlichkeit bei Rückschlägen und

Zurücksetzungen, ebenfalls charakteristische Merkmale narzisstischer Persönlichkeitskonzepte, sind in ICD-10 der paranoiden Persönlichkeitsstörung zugeordnet. Menschen, die nach DSM-IV die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erhalten, ließen sich nach ICD-10 als „sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung“ klassifizieren.

Tab.1.3: Die Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
Paranoid	Paranoid
Schizoid	Schizoid
Schizotypisch	(als schizotype Störung in Kapitel F2)
Antisozial	Dissozial
Borderline	emotional instabil: - Borderline Typ - impulsiver Typ
Histrionisch	Histrionisch
Narzisstisch	--
Vermeidend- selbstunsicher	ängstlich (vermeidend)
Dependent	Abhängig
Zwanghaft	Anankatisch
(passiv-depressiv)*	--
(depressiv)*	--

* vorgeschlagene Forschungskriterien

Ein weiter wichtiger Unterschied zwischen den Persönlichkeitsstörungskonzepten in DSM-IV und ICD-10 findet sich bei der *Borderline-Persönlichkeitsstörung*. ICD-10 ordnet der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zwei Untertypen zu, den impulsiven Typus und den Borderline Typus, die beide sind durch mangelhafte Impulskontrolle und affektive Instabilität charakterisiert.

Der impulsive Typus, der durch unerwartete, v.a. aggressive Affektausbrüche, mangelhafte Fähigkeit, vorausschauend zu planen und die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu berücksichtigen, sowie motivationale Schwierigkeiten beim Ausbleiben unmittelbarer Belohnung charakterisiert ist, wird in DSM-IV auf der Achse I kodiert und den „Störungen der Impulskontrolle“ zugeordnet. Einige Merkmale des impulsiven Typus finden sich in DSM-IV bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung wieder. Am ehesten handelt es sich um geschlechtsspezifische Äußerungsformen einer gemeinsamen zugrundeliegenden Persönlichkeitspathologie (Fiedler, 2000).

DSM-IV listet in Anhang zwei weitere Persönlichkeitsstörungsformen auf, die aufgrund mangelnder empirischer Befunde nicht in die Klassifikation mit aufgenommen wurden und die weiterer Forschung und Klärung bedürfen. Dies sind die *passiv-aggressive* und die *depressive Persönlichkeitsstörung*. Die übrigen Störungen sind relativ konvergent beschrieben. Auf die depressive Persönlichkeitsstörung werde ich gesondert in Kapitel 3 eingehen.

Im DSM-IV werden die einzelnen Persönlichkeitsstörungen auf der Basis von deskriptiven Ähnlichkeiten in drei Hauptgruppen geordnet, die in der Literatur oft auch als sog. Cluster bezeichnet werden („Cluster“ A, B und C). Dabei handelt es sich nicht um mittels einer Clusteranalyse ermittelte Gruppen, sondern um Gruppen, die anhand des klinischen, im Vordergrund stehenden Erscheinungsbildes gebildet wurden. **Cluster A** beschreibt Persönlichkeitsstörungen, die sich durch

sonderbares, exzentrisches Verhalten auszeichnen. Dies sind die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung. Die schizotypische Störung gilt als Prototyp des Clusters. **Cluster B** beinhaltet die dramatischeren, emotional betonten und mit launischem Verhalten einhergehenden Störungen: dies sind die antisoziale, die Borderline, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Die Charakteristika „dramatisch, emotional und launisch" weisen konzeptionell auf Gemeinsamkeiten im Bereich der Affektregulation hin. Die Borderline-Störung gilt als Prototyp des Clusters. **Cluster C** umfasst Persönlichkeitsstörungen, die Verhaltensmerkmale aus dem Spektrum der Angststörungen aufweisen: die vermeidend-selbstunsichere, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung gilt als Prototyp dieses Clusters.

Gegen das Clustermodell sind verschiedene Einwände ins Feld geführt worden. So ließ sich die Trennung der Cluster empirisch nicht bestätigen (Livesley et. al., 1989). Außerdem fanden sich bei verschiedenen Studien (Loranger et al. 1994; Bronisch und Mombour 1994) häufige Mehrfachdiagnosen einzelner Persönlichkeitsstörungen, die die Clustereinteilungen überschreiten (Bronisch, 1992).

1.6 Probleme der Diagnostik

Die Problematik psychiatrischer Diagnostik allgemein wird am Beispiel der Persönlichkeitsstörungen besonders deutlich. Durch die Einführung der operationalisierten Diagnostik und mit der Nutzung standardisierter und strukturierter Untersuchungsinstrumente hat sich die Reliabilität von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen erheblich verbessert (Schmitz et al., 2001). Trotz dieser Fortschritte sind viele Probleme weiterhin ungelöst (vgl. Fiedler, 1995; Fydrich et al, 1996b). Hierzu gehören insbesondere: (1) die mangelnde Validität der Diagnosen, (2) die ungenügende empirische Fundierung der Kriterienauswahl und der Schnellenwerte für die spezifische Persönlichkeitsstörungen, (3) die hohen inneren Komorbiditäten zwischen einzelnen Persönlichkeitsstörungen, (4) die unklare Abgrenzung zu klinischen Syndromen, (5) die Konfundierung von Persönlichkeitsstörungen und klinischen Syndromen sowie (6) die stigmatisierende Sprache und Defizitorientierte Sichtweise des Persönlichkeitsstörungskonzepts. Im Folgenden werde ich einem kurzen Überblick über diese Probleme geben.

1.6.1 Kategoriale vs. Dimensionale Ansätze in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Traditionellerweise kann man zwischen zwei Möglichkeiten der Erfassung bzw. Klassifizierung von Persönlichkeitseigenschaften unterscheiden: kategoriale und dimensionalen Modellen. Dem *kategorialen* Konzept der psychiatrischen Diagnostik steht die psychologische Tradition der differentiellen Psychologie gegenüber, die im Bereich der Diagnostik von Persönlichkeitseigenschaften meist einem *dimensionalen* Modell folgt. Es gibt zurzeit eine Vielzahl von Forschungsarbeiten, die sich dem Unterschied zwischen der dimensionalen und kategorialen Persönlichkeitsdiagnostik widmen (vgl. Saß, Houben, Herpertz & Steinmeyer, 1996a; Saß et al., 2000)

und deren Vor- und Nachteile aufzeigen. Es wird auch untersucht, ob Persönlichkeitsstörungen von normalen Aspekten der Persönlichkeit unterschieden werden können, ob sie unabhängig von symptomatischen psychischen Störungen wie Depressionen oder Angststörungen klassifiziert werden sollen oder ob sie tatsächlich so valide voreinander unterschieden können, das eine Kategoriale Einstellung gerechtfertigt ist (vgl. Livesley, Schroeder, Jackson & Lang, 1994; Widiger, 1992; Widiger & Francis, 1985)

Das *Kategoriale Modell* postuliert einerseits konkrete Grenzen zwischen normaler versus gestörte Persönlichkeit und anderseits eine Einteilung der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen in klar unterscheidbare Typen (als Krankenheitskategorien mit einheitlicher Symptomatik, Ursache, Verlauf und Prognose). Die kategoriale Erfassung kommt z.B. bei den historischen Typologien und auch bei den modernen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zum Einsatz, einbegriffen das Drei-Cluster-Konzept der amerikanischen Psychiatrie. Es wird also aufgrund des Vorhandenseins oder Nicht-Vorhandenseins definierter Merkmale festgestellt, ob ein Mensch diese oder jene Persönlichkeitsstörung *hat* oder *nicht hat*. Die "cut-off-Points" sind dabei eben mehr oder weniger willkürlich vorher festgelegt worden.

Kategoriales Denken erleichtert und beschleunigt daher die Diagnostik, birgt jedoch die Gefahr, die jeweiligen individuellen Komponenten des Betroffenen und die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung des Patienten zu übergehen. Auch besteht die Tendenz, atypische Fälle oder Mischformen zu übersehen. Darüber hinaus lassen sich weitere Probleme eines kategorialen Ansatzes nennen (Van Velzen und Emmelkamp, 1996; Herpertz et al., 1997).

Die Klinische Erfahrung zeigt dass die Therapie nicht nur durch die komplexen Probleme der Patienten erschwert wird, sondern auch durch das Konzept der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und seine stigmatisierende Sprache und Defizitorientierung (Schmitz et al., 2001).

Im Gegensatz zu Kategorielle Modelle werden bei der *dimensionalen Erfassung* fließende Übergänge (ein Kontinuum) zwischen normal und gestört einerseits und zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen untereinander andererseits postuliert. Dies bedeutet, dass bei Personen von einem Kontinuum von Eigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen ausgegangen wird, nicht aber von qualitativen „Sprüngen“ oder einer Unterscheidung von „gestört“ versus nicht „gestört“.

Die *dimensionale Erfassung* versucht, Persönlichkeitsprofile durch Dimensionierung weniger, faktoren- oder clusteranalytisch gewonnener allgemeiner Persönlichkeitsgrundmerkmale zu erstellen. Sie beruht auf der Aufnahme, dass einige grundlegende Persönlichkeitseigenschaften existieren, die die menschliche Persönlichkeit hinreichend beschreiben. Die Unterschiede zwischen verschiedenen Menschen lassen sich nach dieser Modelle durch die spezifischen Ausprägungsgrade auf mehreren, meist bipolaren faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen, sog. Eigenschaftsfaktoren abbilden, deren individuelle Ausformungen ein individuelles Persönlichkeitsprofil bilden.

Persönlichkeitsdimensionen werden in den diesem psychologischen Modellen in der Regel auf der Basis empirisch auffindbarer Zusammenhangsmuster definiert (z.B. Catell, 1965; Eysenck, 1967; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989; McCrae & Costa, 1987). Die Nachteile dieser korrelationsstatistischen Ansätze für die klinische Praxis sind u.a., dass die gewonnenen Zusammenhangsdimensionen sehr abstrakte Konstrukte darstellen, wenig Bezug zur klinischen und Alltags-Sprache haben und unter Umständen Verhaltensmerkmalen zusammenfassen, die aus klinische Sicht als unterscheidbare Phänomene behandelt werden (vgl. Kuhl & Kazén, 1997).

Eine Alternative zu diesen Konstrukten und auch als Alternative zu kategorialen Konzepten von Persönlichkeitsstörungen (das sind vor allem die aktuellen psychiatrischen Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-IV), bietet das ***dimensionale Modell der Persönlichkeitsstile,*** dem die Annahme zugrundeliegt, dass es zu jeder klinisch relevanten Persönlichkeitsstörung einen analogen nicht-pathologischen Persönlichkeitsstil gibt. Es wird von einem Kontinuum von Persönlichkeitsstil zu Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Ausgehend von den normalen, anpassungsfähigen Persönlichkeitsstilen mit großer Variationsbreite werden Persönlichkeitsstörungen als deren Extreme aufgefasst, als „Übertreibungen" der jeweiligen Persönlichkeitsstile. Daraus folgt, dass die „Quantität" des Persönlichkeitsstils in einem Kontinuum Probleme in Leben schafft und nicht seine „Qualität": *„Persönlichkeitsstörungen sind keine persönliche Zusammenbrüche, Defekte oder Minderwertigkeiten und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind nicht grundsätzlich andere Menschen"* (Schmitz et al., 2001).

Diese Perspektive nehmen im deutschsprachigen Raum die Arbeiten von Kuhl und Kazén (1997) und in englischsprachigen Raum die Arbeiten von Oldham und Morris (1992).

Oldham und Morris (1992) unterscheiden zunächst 13 Persönlichkeitsstile, die sich im Extrem als Persönlichkeitsstörungen darstellen – letztere übrigens streng angelehnt an die Störungs-Diagnostik des DSM-III-R (APA, 1987). Jeder Persönlichkeitsstil wird also zunächst positiv bewertet und damit, wenn man so will, „normalisiert". Menschen unterscheiden sich nur auf einem Kontinuum von Durchschnitt. Im Extrem jeder Persönlichkeitsdimension ist die Diagnose einer „Persönlichkeitsstörung" möglich. Persönlichkeitsstile sind nach diesen Autoren in milderer Form universelle Umgangsformen, die in unterschiedlichen Anteilen in jedem Menschen als unverzichtbare Qualitäten des zwischenmenschlichen Zusammenerlebens vorhanden sind. Persönlichkeitsstörungen werden als deren Extreme („des guten Zuviel") aufgefasst mit fließenden Übergängen zur Normalität. Vor der Hintergrund dieser Einschätzung haben diese Autoren eines Fragebogens zur Erfassung von Persönlichkeitsstilen in Anlehnung an die im DSM-III-R beschriebenen Persönlichkeitsstörungen entwickeln.

Kuhl & Kazén publizieren im 1997 einem empirisch konstruierten Fragebogen (PSSI, Persönlichkeitsstil und Störungs-Inventar), der sich am DSM-IV orientiert. Mit dem PSSI liegt damit jetzt ein wissenschaftlich konstruiertes Selbstbeurteilungsinstrument vor, das die relative Ausprägung

von 13 Persönlichkeitsstilen quantifiziert und das für jeden Probanden die Erstellung und Auswertung eines Persönlichkeitsstil –Profits ermöglicht.

Das dimensionale Konzept der Persönlichkeitsstile stellt einen Kompromiss zwischen psychiatrischer Sichtweise und Erfahrung (typologische Einteilung der Stile) und der dimensionalen Sichtweise der differentiellen Psychologie dar (Schmitz et al., 2001). Dieses Modell ermöglicht gleichermaßen einen Ressourcenorientierten (statt einseitige Defizitorientierung) als auch einen problemorientierten therapeutischen Zugang, indem jeder Persönlichkeitsstil in seinem Stärken und in seinen Risiken/Schwächen dargestellt wird und der Patient die Erfahrung macht, dass sein oftmals seltsam und befremdlich wirkendes Verhalten als subjektiv sinnhafte Anpassungs- und Überlebensstrategie in spezifischen Sozialisationskontexten verstanden wird.

1.7 Diagnostische Instrumente

Gegenüber der Diagnostik anderer psychiatrischer Störungen (sog. Achse-I-Störungen) ergeben sich bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eine Reihe von Besonderheiten, die sich nach Bohus, Stieglitz, Fiedler und Berger (1998) folgendermaßen zusammenfassen lassen:

Formal inhaltlich: (1) Die Kriterien zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sind oft subtilere Phänomene; (2) Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen muss eine größere Zeitperspektive berücksichtigen nicht nur Querschnitt von z.B. den letzten 4 Wochen, sondern mindestens einigen Monaten oder manchmal mehrerer Jahre. Es handelt sich also eher um Entwicklungsdiagnose.

Methodisch: (1) Die Frage einer dimensionalen oder kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist bis heute ungeklärt; (2) Die Kriterien von Persönlichkeitsstörungen sind einer Selbstbeurteilung schwerer zugänglich.

Erfassung:

- Die Beurteilung von Persönlichkeitsstörungen ist zeitgleich mit einer akuten Achse-I-Störung (z.B. depressive Störung) nur schwer möglich. In diesen Sinn sollte es nicht verwundern sein, dass erhöhte Werte in Skalen zu Persönlichkeitsstörungen häufiger den Achse-I-Störungen zugeordnet werden, da getestete Personen aufgefordert werden, ihre Persönlichkeitseigenschaften in Bezug auf ihre aktuellen Probleme zu beurteilen.
- Die Umsetzung der Kriterien von Persönlichkeitsstörungen in entsprechende Items in Selbstbeurteilungsverfahren oder Fragen in Interviews ist oft schwierig.
- Bei der Diagnostik sind oft weitere Informationsquellen einzubeziehen (z.B. Beobachtung Angehöriger, Krankengeschichtaufzeichnungen).
- Diese standardisierte Erfassung von Persönlichkeitsstörungen bedarf immer des Einsatzes separater Instrumente, da sie in umfangreicheren Instrumenten wie z.B. Diagnostik Interwievs nichts enthalten sind.

Ein Hauptproblem *nicht-operationaler psychiatrischer Diagnostik* war die mangelnde "Reliabilität" psychiatrischer Diagnosen, wobei unter "Reliabilität" v.a. die sogenannte "Interrater-Übereinstimmung" gemeint ist, d.h. unterschiedliche Diagnostiker kommen bei demselben Patienten zu unterschiedlichen Diagnosen. Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen durch Kliniker werden im allgemeinen als weniger verlässlich und valide erachtet als Diagnosen nach systematischer Erfassung durch Selbstbeurteilungsfragebögen und Teilstrukturierte Interviews (Widiger & Coker, 2001).

Ein wesentlicher Faktor zur Vermeidung von Fehlern ist die Standardisierung der Datenerhebung mittels entsprechender Fragebögen bzw. Interviewleitfäden. Unterschieden werden Selbstbeurteilungsfragebögen, Checklisten und Strukturierte und standardisierte Interviews.

Im Vergleich der verschiedenen Verfahren zeigte sich, dass *Selbstbeurteilungsverfahren* zwar eine ähnliche hohe Reliabilität wie Checklisten oder strukturierte Interviews erreichten, bei hoher Sensitivität jedoch nur eine geringe Spezifizität aufwiesen, d.h. mit Fragebögen wurden viele falsch positive Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung gestellt (Fydrich et al.,1996b). *Selbstbeurteilungsverfahren* sind daher auch eher im Sinn eines Screeninginstruments zu betrachten. Sie allein sind zur Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nicht geeignet. Persönlichkeitsstörungen können nicht allein durch extreme Werte in entsprechenden Skalen festgestellt werden.

Interviewverfahren führen zwar zu einer höheren Zuverlässigkeit der Erfassung, sind jedoch zudem oft sehr zeitaufwendig, was die Durchführung betrifft (bis zu mehreren Stunden). Ferner sind Grundsätzliche Probleme mit der Erhebung von Persönlichkeitsstörungen in einem nicht-therapeutischen Kontakt zu betrachte. Skodol, Rosnick, Kellman und Oldham (1988) haben darauf hingewiesen, dass viele der Persönlichkeitsstörungen nur bei Berücksichtigung mehrerer Informationsquellen, die erst im therapeutischen Kontext möglicht sind, hinreichend valide diagnostiziert werden können.

Die Studien zeigen, dass eine Diagnostik auf der Grundlage operationalisierter Kriterien, wie sie durch DSM-III-R, DSM-IV oder ICD-10 verwirklicht ist, zumindest eine befriedigende Reliabilität erreicht werden kann. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass standardisierte und strukturierte Untersuchungsinstrumente eingesetzt werden (Fiedler, 1995). Die Reliabilität von nicht strukturierten Interviews ist dagegen deutlich schlechter, die Validität der Untersuchungsinstrumenten von Persönlichkeitsstörungen muss nach wie vor als unzureichend bezeichnet werden (Bronisch, 1992; Fydrich et al., 1996b; Perry, 1992).

Angesicht der Komplexität der Diagnose dieser Störungen, ist für die Praxis auf jeden Fall eine Validierung der „Status- oder Querschnittdiagnostik“ an Genese- oder Verlaufsdaten erforderlich (vgl. Fiedler, 1995; Turkat, 1990). Nach Spitzer (1983) gilt als „gold standard“ eine Konsensdiagnostik auf der Basis einer longitudinalen Expertenevaluation im Verlauf unter Nutzung aller verfügbaren Daten.

1.8 Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörung

1.8.1 Epidemiologie

Die Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen Bevölkerungsstichproben (*unbehandelte Prävalenz)* liegen bei etwa 10-12 Prozent (vgl. Fydrich et al., 1996b). Dittmann u. Stieglitz (1996) weisen darauf hin, dass die Zahlen erheblich differieren, glauben aber sagen zu können, dass die Persönlichkeitsstörungen "*zu den häufigsten psychischen Störungen gehören*". Persönlichkeitsstörungen treten in der Bevölkerung etwa gleich häufig wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen auf. Allerdings sind Persönlichkeitsstörungen wegen ihres ich-syntonen Charakters weitaus seltener behandlungsbedürftig als die genannten symptomatischen Störungen.

Die Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen in Patientenstichproben (*behandelte Prävalenz*) liegen verständlicherweise deutlich höher. 30 bis 40% der Poliklinikpatienten und 40 bis 50 % der stationären Patienten erfüllen unter anderem Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (Casey, 1989). Bei einer extremen Spannweite der Prozentsätze werden im Mittel bei 52% der ambulanten Patienten (Spannweite zwischen 38% und 81%) und bei 65% der stationären Patienten (Spannweite zwischen 26% und 92%) mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Fydrich et al., 1996a). Weiterhin zeigt sich auch, dass die berichteten Prävalenzraten für Persönlichkeitsstörungen auch von den Erhebungsmethoden abhängig sind. Im Mittel werden bei der Verwendung eines Fragebogens bei 60% der Untersuchten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, mit strukturierten Interviews beträgt diese Rate durchschnittlich 44% (Fydrich et al., 1996b).

Bei vorsichtiger Schätzung kann davon ausgegangen werden, dass bei mindestens einem Drittel aller stationären Patienten in psychosomatischen, psychiatrischen oder Sucht-Kliniken zusätzlich zu den symptomatischen Störungen oder ausschließlich für sich eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, wobei oft die Hälfte dieser Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die diagnostischen Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung erfüllen. Die Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten Patienten sind nur unwesentlich geringer (Schmitz et al., 2001).

1.8.1.1 Prozentuale Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörung

Bei einer durchgeführte Studie von Loranger et al. (1994) (Tabelle 1.4) über die prozentuale Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörungen bei psychiatrischen Patienten mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörungen, zeigte sich ein auffallend hoher Anteil an Borderline-Persönlichkeitsstörungen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen, während die narzisstische Persönlichkeitsstörung mit 1,3% in der DSM-Klassifikation ausgesprochen selten diagnostiziert wurde. In jener Untersuchung, die in 11 Ländern an ambulanten und stätionaren psychiatrischen Patienten (716 Patienten) durchgeführt wurde, zeigen folgende Störungsbilder die höchsten Prävalenzraten (in absteigender Reihenfolge): die Borderline-, die selbstunsichere, die histrionische und die dependente Persönlichkeitsstörung. In einer großen Studie aus Deutschland

(Fydrich et al., 1996a) sind die selbstunsicheren und dependente Persönlichkeitsstörungen die am häufigsten vorkommenden. Seltener treten die histrionische, die zwanghafte oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Alle anderen Diagnosen werden noch seltener gestellt.

Die bei Bronisch (2000) wiedergegeben aus o.g. Studien von Reich, Maier und Zimmerman rekrutierten Prävalenszahlen für einzelne Störungen in verschiedenen Bevölkerungsstichproben (*unbehandelte Prävalenz)* sind aufgrund geringer Fallzahlen, unterschiedlicher Populationen und unterschiedlicher Erhebungsinstrumente nur Annäherungen: Paranoide Persönlichkeit 0,4 - 1,8%; Schizoide Persönlichkeit 0,4 - 0,9%; Antisoziale Persönlichkeit 0,2 - 3,0%; Borderline-Persönlichkeit 1,1 - 4,6%; Histrionische Persönlichkeit 1,3 - 3,0%; Narzisstische Persönlichkeit 0,0 - 0,4%; Selbstunsichere/ängstlich-vermeidende Persönlichkeit 0,0 - 1,3%; Dependente Persönlichkeit 1,5 - 6,7%; Anankastische Persönlichkeit 1,7 - 6,4%; Passiv-aggressive Persönlichkeit 0,0 - 3,0%. In den Studien von Reich et al. (1989) und Zimmerman & Coryell (1990) sind die Störungsbilder mit den höchsten Prävalenzraten die schizotypische, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Tab. 1.4: Prozentuale Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörungen (PS) bei psychiatrischen Patienten mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (nach Loranger et al, 1994).

Spezifische PS	ICD – 10	DSM-III-R
Paranoide PS	2,4 %	6 %
Schizoide PS	1,8 %	2,8 %
Schizotypische PS	-	3,5 %
Zwanghafte PS	3,6 %	3,1 %
Histrionische PS	4,3 %	7,1 %
Abhängige PS	4,6 %	4,5 %
Dissoziale PS	3,2 %	6,4 %
Narzißtische PS	-	1,3 %
Ängstliche PS	15,2 %	11 %
Borderline PS	14,9 %	14,5 %
Andere PS	6,8 %	12,8 %

1.8.2 Differentialdiagnostik und Komorbidität

Seitdem im DSM und der ICD das sog. *Komorbiditätsprinzip* (oder besser: der Feststellung von Mehrfachdiagnosen bei ein und derselben Person) gilt, wurde der Komorbiditätsproblem zu einem zentralen Forschungsfeld im Bereich psychischer Störung ausgewachsen.

Die Komorbiditätsforschung hat einerseits zwar erheblich zu neuen Problemen und Fragen im Bereich der Zusammenhänge, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der einzelnen Persönlichkeitsstörung geführt (Fiedler, 2000). Andererseits hat sie aber auch erkennbar zur Verbesserung der Differentialdiagnose zwischen spezifischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen einerseits sowie zwischen Persönlichkeitsstörungen untereinander geführt. Komorbiditätsdiagnosen ermöglichen der Forschung differenzierende Aussagen über Ursachen- und Verlaufsbedingungen psychischer Störungen. Die Tatsache, dass sich bei vielen Menschen mit spezifischer psychischer Störung gleichzeitig auch noch eine oder sogar mehrere Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren lassen, ist für die Psychotherapieplanung und

Psychotherapieforschung von zunehmender Bedeutung (Fiedler, 2000). In der Praxis erfordern Komorbiditätsdiagnosen üblicherweise eine differenzieller Therapieangebote. Der Sachverhalt, um den es bei der „Komorbidität" geht ist inzwischen so bedeutsam, dass sich Psychotherapeuten diesen Befunden nicht mehr verschließen sollten (Fydrich, et al., 1996a; Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997).

1.8.2.1 Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen untereinander („innere Komorbidität")

In der klinischen, meist psychiatrischen Forschung wird häufig auch bei den Persönlichkeitsstörungen das Problem der Mehrfachdiagnosen innerhalb einer Störungsgruppe („innere Komorbidität") untersucht und diskutiert. Bei systematischer Erfassung der Persönlichkeitsstörungen in klinischen Stichproben werden oft sehr hohe Raten der inneren Komorbidität gefunden. So erhalten in vielen Studien über die Hälfte der Patienten mit Persönlichkeitsstörungsdiagnosen zwei oder mehr Diagnosen (Schmitz et al., 2001).

Tab. 1.5: Odds Ratios[3] zu den Gleichzeitigkeitsdiagnosen von DSM-III-R Persönlichkeitsstörungen bei 1116 Personen in vier Studien (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove & Cadoret, 1998)(Quelle: Fiedler, 2000; S. 53).

	PN	**SZ**	**ST**	**HI**	**NA**	**AS**	**BL**	**SU**	**AB**	**ZW**	**NT**
Paranoid											
Schizoid	3,42 *										
Schizotyp	14,29 *	14,12 *									
Histrionisch	3,29 *	1,24	2,17								
Narzisstisch	4,80 *	2,10	3,76 *	13,65 *							
Antisozial	1,72	1,54	3,34	2,17	2, 37						
Borderline	3,18 *	1,88	5,63 *	5, 45 *	4,15 *	6,54 *					
Selbstunsicher	3, 41 *	5,36*	8, 75 *	1,71 *	2, 05	1,94	3,14 *				
Dependent	2, 37 *	1,82	4,57 *	4,20 *	4, 95 *	1,24	6,83 *	6,95 *			
Zwanghaft	4, 46 *	4,21*	3,05	1,49	2,71 *	1,40	2,01 *	4,72 *	2,93 *		
Negativistisch	3, 95 *	2,81	3,58 *	4,10 *	3,85 *	2,96 *	4,35 *	4,17*	4,68 *	3,00*	

* *p<0.0005* (korrigiert für multiple Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur bei p<0.05)

Fydrich et al. (1996b) fassen die mögliche Gründe für das gleichzeitige Vorliegen zweier oder mehrerer (psychischer) Störungen wie folgt zusammen:

a) ein tatsächliches Vorliegen zweier unabhängiger Störungen,
b) ein entwicklungsbedingter Zusammenhang in der Art, dass eine Störung A eine weiter Störung B verursacht oder in ihrer Entwicklung begünstigt und

[3] In die Odds Ratios gehen einerseits die Wahrscheinlichkeiten ein, mit denen Komorbiditätsraten eher zu erwarten bzw. eher nicht zu erwarten sind. Odds Ratios mit Werten größer als vier gelten üblicherweise als klinisch relevante Zusammenhänge, und Werte größer als acht als hochbedeutsam. Dennoch sind für konzeptuelle Überlegungen im Bereich möglicher Persönlichkeitsstile auch bereits Odds Ratios von Interesse, deren Werte von der Zufallswahrscheinlichkeit signifikant abweichen (in der Tabelle mit * gekennzeichnet) (Fiedler, 2000, s. 52).

c) eine rein statistische Komorbidität, die oft auf ungenaue Differenzierung oder gar auf eine Überlappung von Bestimmungskriterien verschiedener Diagnosen zurückgeführt werden kann (vgl. Maser & Cloninger, 1990). Beispiel für den zuletzt genannten Zusammenhang ist, dass „sozialer Rückzug“ ein Charakteristikum sowohl für die selbstunsichere, die schizoide als auch für die schizotypische Persönlichkeitsstörung ist.

Es bleibt also eine schwierige Aufgabe, echte Komorbidität von Artefakten diagnostischer Überlappungen zu unterscheiden.

Offenbar hängt die Anzahl der Persönlichkeitsstörungen bei einem Patienten mit dem Schweregrad der vorliegenden Persönlichkeitspathologie zusammen (Tyrer und Johnson 1996).

1.8.2.2 Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen gegenüber anderen spezifischen psychischen Störungen und Syndromen

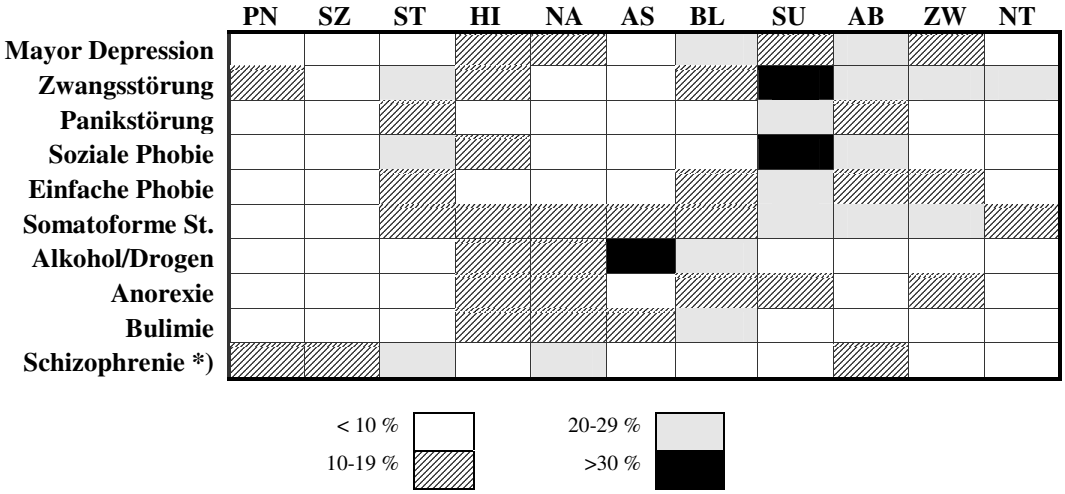
Zahlreiche klinische Studien wie epidemiologische Untersuchungen weisen auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen hin (e.g., Fabrega, Ulrich, Pilkonis, & Mezzich, 1992; McGlashan, 1987; Skodol, Oldham, & Gallagher, 1999). Die Ergebnisse der Komorbiditätsstudien komorbider Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen sind sehr verschieden; sie streuen weit angesichts der unterschiedlichen Methoden und Stichproben. Nach Van Velzen und Emmelkamp (1996) lassen sich die Ergebnisse zur Komorbidität mit anderen Störungsgruppen wie in Tabelle 1.6 zusammenfassen. Tabelle 1.7 veranschaulicht eine Übersicht über einige Gleichzeitigkeitsdiagnosen von Persönlichkeitsstörungen mit spezifischen psychischen Störungen.

Tab. 1.6: Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit Achse-I-Störungen (Van Velzen und Emmelkamp, 1996)

ANGSTÖRUNGEN: Komorbiditätsraten 50-60%, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung als häufigste komorbide Störungen
DEPRESSIVE STÖRUNGEN: Komorbiditätsraten um 40%, Borderline- und histrionische Persönlichkeitsstörung am häufigsten in stationären, zwanghafte, ängstlich-vermeidende und abhängige in ambulanten Patientenstichproben.
EßSTÖRUNGEN : Komorbiditätsraten 50% (Median 59%)

In einer durchgeführte Studie von Fydrich et al. (1996) zeigen sich für verschiedene Gruppen psychischer Störungen (diagnostisiert anhand der DSM-III-R Achse-I Kriterien) im Mittel allerdings vergleichbar hohe Prävalenzraten komorbider Persönlichkeitsstörungen: Bei durchschnittlich 56 % der Patienten mit Angststörungen, bei 57 % der Patienten mit affektiven Störungen und bei 60% der Patienten mit Essstörungen wurde mindestens eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Tab. 1.7: Übersicht über einige Gleichzeitigkeitsdiagnosen von Persönlichkeitsstörungen mit spezifischen psychischen Störungen, grob zusammengefasst nach vorliegenden Übersichtsarbeiten (vor allem orientiert an Übersichten bei Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997; Pfohl, Black, Noyes, Correyell & Barrash, 1991) (Quelle: Fiedler, 2000; S. 49).



*) nur in einigen Studien, da bei vorliegender Schizophrenie wegen bestehender Restriktionen in den Diagnosessystemen nur selten Komorbiditätsdiagnosen vergeben wurden.

Abkürzungen: PN (paranoid), SZ (schizoid), ST (schizotypisch), AS (Antisozial), BL (Borderline), HI (Histrionisch), NA (narzisstisch), SU (selbstunsicher), AB (dependent), ZW (zwanghaft), NT (negativistisch).

Aus den Forschungsarbeiten wird nun deutlich, dass eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen als Risikomerkmale für die später mögliche Entwicklung spezifischer psychischer Störungen gelten können (Fiedler, 2000, S. 48). So sind z.B. die dependente, zwanghafte und die narzisstische Persönlichkeitsstörung offensichtlich ein unterschwelliger Nährboden für die Entwicklung affektiver Störungen, insbesondere der Major Depression. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung scheint bei einigen Patienten eine Voraussetzung dafür zu sein, dass sich im späteren Leben eine Depression oder bipolare Störung entwickelt (Fiedler, 2000, S. 48).

Andere Untersuchungen in den letzten Jahren haben sich auf den Einfluss der Komorbidität für die Behandlung und Prognose (vgl. Shea, 1993; Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997; Fiedler, 1998a) konzentriert. Untersucht wurde z.B. der Einfluss zusätzlicher Persönlichkeitsstörungen auf den Behandlungserfolg bei Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen oder Substanzmissbrauch und Abhängigkeit. Als Maßnahmen wurden sowohl pharmakotherapeutischen als auch psychotherapeutische Behandlungen untersucht, in seltenen Fällen auch kombinierte Behandlungsmaßnahmen. Die Ergebnisse der therapiebezogene Komorbiditätsforschung scheinen generell die Annahme zu unterstützen, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen den Behandlungsverlauf einer symptomatischen Störung sowie die Prognose erheblich verschlechtern können, obwohl sich auch gegenteilige Ergebnisse finden. Darüber hinaus gibt es auch Hinweise für eine differentielle Vorhersagbarkeit spezifischer Persönlichkeitsstörungen (Fiedler, 2000, S. 49).

1.8.2.2.1 Probleme in der Abgrenzung zwischen Achse I und Achse II Diagnosen

Die längst bekannten engen Zusammenhänge von Persönlichkeitsstörungen mit Stimmungen, Ängsten, Substanzen und gestörter Impulskontrolle sollten durch die Zuweisung einer eigenen gesonderten Achse einfacher zu untersuchen sein, führten jedoch zu der Annahme einer größeren Unterscheidbarkeit von anderen Störungen, so dass nun im Klinischen wie auch in der Forschung häufig Achse-I- und Achse-II-Störungen verwechselt werden. Dabei sollten Persönlichkeitsstörungen per definitionem spezifisch gekennzeichnet sein durch hohe Verlaufsstabilität und ein nachvollziehbar frühes Auftreten im Jugend- oder Kinderalter (APA, 2000, S. 689). Sie sind außerdem sehr stark „Ich-Synton“ und betreffen die Selbst- und Identitätswahrnehmung, wohingegen die meisten Achse-I-Störungen als „Ich-Dyston", also als Ich-Fremde Bedingungen oder Syndrome erlebt werden.

Entsprechend den Gründen für diese häufige Konfundierung, die Widiger (2003) anführt, bietet Tyrer (1999) an, z.B. solche Verhaltensweisen die die Diagnose einer Borderline-Störung stützen, besser als vorübergehenden Ausdruck z.B. einer emotionalen, Ess- oder psychotischen Störung zu betrachten anstelle eines unangepassten Persönlichkeitsmerkmals. Dass eben diese beiden Bereiche in den DSM-Kriterien bisher vermischt wurden, sollte durch die DSM-IV-Arbeitsgruppe für Persönlichkeitsstörungen zugunsten einer besseren Differentialdiagnose revidiert werden (Clark, 1992; Shea, 1992).

Vorschläge zur Lösung fallen sehr unterschiedlich aus und gehen teils soweit, das Konzept der Persönlichkeitsstörung komplett aufzugeben und statt dessen von früh einsetzenden, chronischen Varianten von bekannten Achse-I-Störungen zu sprechen (First et al., 2002; Liebowitz, 1992; Siever & Davis, 1991). So wird z.B. vorgeschlagen, die vermeidende Persönlichkeitsstörung durch eine generalisierte Sozialphobie zu ersetzen oder die Borderline-Persönlichkeit zu ersetzen durch eine affektive Regulationsstörung. Radikalere Lösungsvorschläge finden sich auch bei den bereits erwähnten Konzepten von Krueger und Tackert (2003), die aus den bestehenden Forschungsschwerpunkten mehr Verbindung von allgemeinen Persönlichkeitstheorien mit Persönlichkeitspathologie fordern und diese Bereiche nicht künstlich zu trennen. Andere Autoren (so z.B. auch Widiger, 2003) präferieren ein Beibehalten der Achsen-Trennung, die jedoch differential diagnostisch genauer definiert und ausgearbeitet werden müssen, was den Anstrengungen der letzten DSM-Revisionen entspricht.

1.8.2.2.2 Erklärungsmodelle zur Komorbidität zwischen Achse I und II

Unter den unterschiedlichen Erklärungsansätzen für die Verbindung von Achse-I und Achse-II-Störungen scheinen vier Modelle allgemeinen Konsens zu finden: a) das Vulnerabilitätsmodell, b) das Komplikationsmodell, c) das pathoplastische Modell (model of exacerbation) und d) das Spektrum-Modell.

Zusammenfassend kann man die vier Modellen folgendermaßen beschreiben: Persönlichkeitsstörungen können aufgrund der eingeschränkten Bewältigungsfähigkeiten der

Betroffenen zu einer Vulnerabilität für klinische Syndrome führen *(„Vulnerability Model“),* klinische Syndrome können Veränderungen der Persönlichkeit bewirken *(„Complication Modell“*), konstitutionelle Faktoren können als „dritte Variable“ gleichzeitig eine Persönlichkeitsstörung und ein klinisches Syndrom zur Folge haben *(„Spectrum Model“)* oder es wird angenommen, dass die Persönlichkeit alleine den Verlauf eines klinisches Syndroms beeinflusst *(„Pathoplasty Model“).* Im Folgenden werden diese Modelle ausführlicher dargestellt.

Gemäß dem ***Vulnerabilitätsmodell*** (auch *predisposition model*), erhöht die Existenz einer Störung die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Störung, so dass spezifische Anteile an fehlangepassten Persönlichkeitseigenschaften wie solche einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Entwicklung einer bestimmten Achse-I-Störung wie Depression begünstigen, indem sie durch bestimmte Reaktionen solche Entwicklungen verstärkt vermittelt. Den Persönlichkeitsstörungen gehen in ihren Anfängen Achse-I-Störung voraus, dementsprechend stellen sie einen Vulnerabilitäts-Zustand zur Symptomentwicklung dar.

Im ***Komplikationsmodell*** (auch *scar model*) wird die Verursachungsrichtung umgekehrt, so dass eine bestehende Achse-I-Störung eine Art "Verwundung der Persönlichkeit" darstellt. Persönlichkeitsstörungen entwickeln sich als Ergebnis einer andauernden oder latenten Achse-I-Störung. So kann z.B. eine lang anhaltende Störung wie ein wiederkehrender Major Depression Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur verursachen, die zu erhöhtem Neurotizismus oder Negativität führen.

In den erwähnten zwei Modellen wird angenommen, dass es eine Kausalitätbeziehung zwischen auf Achse I und Achse II gemeinsam auftretenden Störungen gibt. Im Unterschied zu diesen Modelle in der ***Pathoplasty/exacerbation*** Model wird angenommen, dass Persönlichkeitsstörungen und Achse-I-Störungen separate Störungen sind, die unabhängige Ätiology haben, die Persönlichkeit kann jedoch den Verlauf und „Manifestationen“ eines klinischen Syndroms beeinflussen. Dieser Einfluss könnte auf einem synergetischen (Verwundung der Persönlichkeit) oder einem modifizierenden Effekt beruhen, bei dem die Persönlichkeitsstörung den Ausdruck der Achse-I-Störung beeinflusst (Dolan-Sewell, Krueger, & Shea, 2001).

Schließlich betrachtet das ***Spektrum-Modell*** sowohl die Achse-I- als auch Achse-II-Störungen als Ergebnisse von Entwicklungen aus demselben Bedingungsgefüge (Millon & Davis, 1996, S.18) auf einem Spektrum bzw. in einem Kontinuum von nicht-klinischen Eigenschaften bis zu voll ausgeprägter Psychopathologie. Konstitutionelle Faktoren können als “dritte Variable” gleichzeitig eine Persönlichkeitsstörung und ein klinisches Syndrom zur Folge haben. Z.B. könnten Cluster C-Persönlichkeitsstörungen auf denselben Entstehungsmechanismen beruhen wie Angst-Störungen auf der ersten Achse und Typ-A-Störungen auf dem gleichen Kontinuum liegen wie Schizophrenie (Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997).

Eine andere Hypothese in derselben Richtung vermutet, dass Persönlichkeitsstörungen subklinische Manifestationen einer sich langsam entwickelnden Achse-I-Störung sind (Akiskal et al.,

1979; Akiskal, Hirschfield y Yerevanian, 1983). Dieses Modell wird als *Kontinuitätsmodell* bezeichnet. Zum Beispiel kann eine zyklotymische Persönlichkeit zu einer bipolaren Störung führen. Die selbstunsichere Persönlichkeit kann als eine chronische Variante der Angststörungen oder der sozialen Phobie interpretiert werden, oder die schizotypische Persönlichkeit als eine leichtere Form von Schizophrenie.

Welches dieser Modelle das optimale Beschreibungs-Konzept liefert, ist schwierig zu bestimmen. Millon und Davis (1996) stellen fest, dass möglicherweise alle Modelle sogar im Einzelfall bis zu einem gewissen Grade anwendbar und sinnvoll sind, während andernorts vorgeschlagen wird, bestimmte Modelle für bestimmte Störungen heranzuziehen (Dolan, Sewell et al., 2001).

Mit diesen Fragestellungen im Hinterkopf wenden wir uns nun einem theoretischen Ansatz zu, der für diese Arbeit die Modelle und das Fundament ihrer Annahmen liefert.

Kapitel 2. Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie)

Im folgenden Kapitel werden die in der Einführung ausgeführte Begriffe und Grundannahmen der PSI-Theorie weiter erläutert. In Hinblick auf die Ziele der gegenwärtigen Arbeit werde ich mich besonders auf die Anwendung der Theorie auf die Interpretation der Persönlichkeitsstile- und Störungen.

2.1 Ein Modell unspezifischer Ursachen psychischer Störungen

Wie in der Einführung dieser Arbeit erwähnt wurde, wurde in der PSI-Theorie ein allgemeines Modell (Abb. 2.1) entwickelt, das die Determinanten der Entstehung psychischer Erkrankungen wie Depression, Angst etc. beschreibt. In diesem Abschnitt wird dieses Modell weiter erläutert.

Dieses Modell stellt krankheitsübergreifende Verursachungsmomente heraus und umreißt, wie die wichtigsten Systemebenen der Persönlichkeit zusammenwirken. Die Kästchen des Modells sind nummeriert in der Reihenfolge, in den die Ursachenanalyse bewegt. Die Richtung geht dabei auf immer tiefer liegende Ursachenebenen der Entstehung psychischer Störungen. Die Ursachenanalyse beginnt (in der Abbildung rechts) bei den Symptomen (Kasten 1) und endet (links unten) bei der Selbststeuerung (Kasten 5). Die Abkürzungen in den einzelnen Kästchen beziehen sich auf die Instrumente der TOP-Diagnostik, mit denen die Funktionen in dem jeweiligen Persönlichkeitsbereich gemessen werden sollen[4].

Bedürfnisschicksale. Die PSI-Theorie geht wie viele andere Theorien psychischer Erkrankungen davon aus, dass die Frustration sozialer Bedürfnisse (Leistungs-, Anschluss und Machtbedürfnisse) eine gemeinsame Ursache vieler psychischer Störungen ist. Nach dem erwähnten Symptomentstehungsmodell ist die Diskrepanz zwischen bewussten Zielen und latenten Bedürfnissen (Kasten 2) eine wesentliche Ursache für Bedürfnisfrustration und für die Entstehung verschiedener psychischer Erkrankungen: „*Wer ständig Ziele verfolgt, die gar nicht zu seinem unbewussten Bedürfnissen und Gefühlen passen, setzt sich unter permanenten Stress („negativer Affekt"), auch wenn die Ursachen diese verborgenen Stressquelle gar nicht bewusst werden.*" (Kuhl, 2001, Kap. 18). Nach einer Bedürfnisfrustration entsteht negativer Affekt. Negativer Affekt kann die Stressniveau (die durch das Cortizolkonzentration gemessen werden kann) erhöhen, was zur Entstehung von stressabhängigen Symptomen wie Angst, Depression u.s.w. führen kann. Gemäß der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie, die später erörtert wird, hat erhöhter negativer Affekt zu Folge, dass genau das neuropsychische System gehemmt wird, das den integrierten Überblick über alle relevanten persönlichen Erfahrungen bereitstellt (d.h. das Extensionsgedächtnis mit dem integrierten Selbst).

Kognitive Einseitigkeiten. Eine Ursache für die Diskrepanzen zwischen unbewussten Motiven und bewussten Zielen kann in den Einseitigkeiten kognitiver Stile (Kästchen 3) liegen. Die

[4] Anmerkungen: Die PMMT (Kasten 2) entspricht in der aktuellen Version dem OMT. Zu den Kasten 4 gehört die BEF.

Bedürfnisbefriedigung kann durch einseitige Persönlichkeitsstile (und mehr durch Persönlichkeitsstörungen) (Kasten 3) beeinträchtigt werden. Wenn jemand z.B. zu einseitig auf analytisches Denken festgelegt ist, kann er mit der Zeit den Zugang zu seinen Gefühlen und Bedürfnissen verlieren, weil die linke Hemisphäre des Gehirns, die das analytische Denken unterstützt, viel weniger als die rechte Hemisphäre mit Gefühlen und dem autonomen Nervensystem vernetzt ist (Kuhl, 2001).

Affektive Einseitigkeiten. Gemäß den Modulationsannahmen (Wechselwirkung zwischen Kognition und Emotion) der PSI-Theorie sind kognitive Einseitigkeiten ihrerseits durch affektive Einseitigkeiten (Kasten 4) mitverursacht. Affektive Einseitigkeiten entstehen oft in der frühen Kindheit (z. B. eine Über- oder Unterempfindlichkeit für positiven bzw. negativen Affekt oder z.B. optimistische Denkmuster durch erfahrene Wärme und Akzeptanz; einseitig analytisches Denken durch Kälte oder Ablehnung). *„Es ist ja aus der entwicklungspsychologischen Forschung bekannt, dass der frühe Austausch zwischen dem Kind und der Mutter wie auch an derer Bezugspersonen stärker von affektiven Prozessen als von komplexen kognitiven Prozessen begleitet ist“ (Keller, 1997; Papousek & Papousek, 1987, vgl. Kuhl, 2001).* Komplexe Kognitive Einseitigkeiten können in der frühen Kindheit noch gar nicht entstehen, wohl aber affektive Einseitigkeiten, die dann sehr viel später erst zu kognitiven Einseitigkeiten führen.

Selbststeuerungsdefizite. In Kasten 5 stehen die Selbststeuerungsfunktionen, die wie bereits erwähnt, gemäß der PSI-Theorie die wichtigsten Determinanten in diesem Bedingungsgefüge sind.

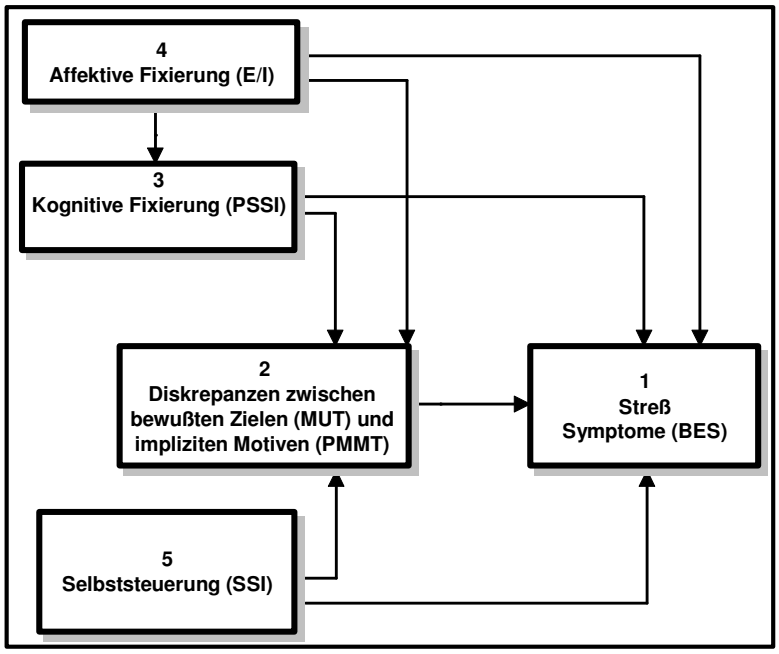


Abb. 2.1 Modell unspezifischer Ursachen psychischer Störungen

Das Modell in der Abbildung nimmt eine Wechselwirkung zwischen affektiven und kognitiven Einseitigkeiten (Kästchen 3 und 4) einerseits und der Selbststeuerung (Kasten 5) andererseits an. Diese Wechselwirkung veranschaulicht der erwähnte Unterschied zwischen Erst und

Zweit- Reaktion. Affektive Dispositionen (und die entsprechende kognitive Einseitigkeiten) gehören zu der ersten spontanen Reaktion. Von den Selbststeuerungskompetenzen hängt es dann ab, ob es bei dieser Erstreaktion bleibt oder ob die erste emotionale Reaktion eigenständig („selbstgesteuert“) überwunden werden kann.

Das Gesagte ist im Hinblick auf die den Persönlichkeitsstilen entsprechenden Persönlichkeitsstörungen sehr wichtig. Wie erwähnt werden die klassischen Persönlichkeitsstörungen und die ihnen entsprechenden nichtpathologischen Stile in der Theorie mehr mit der Sensibilität für (Erst-Reaktion) als mit der Regulation des negativen Affekts (Zweit-Reaktion), also mehr mit der Einstieg- als mit dem Austiegsgradienten in Verbindung gebracht (Kuhl & Kazén, 1997). Selbst extrem einseitig affektive Dispositionen können zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung kommen, wenn sie mit der Fähigkeit verbunden sind, die dispositionell vorbereitete affektive Reaktion immer wieder selbstgesteuert gegenzuregulieren. Für die Praxis bedeutet dies, dass eine sehr einseitige Ausprägung eines Persönlichkeitsstils nicht ausreicht, eine Krankeitsursache oder eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (Kuhl, 2001). In einer entwicklungspsychologischen Untersuchung (Scheffer, 2001) zeigten Personen mit einem hohen Kennwert auf der Borderline-Skala des PSSI (mit einer hohen emotionalen Labilität verbunden) Hinweise auf eine gesunde Entwicklung der Selbststeuerung (operationalisiert an Hand des Reziprozitätsempfindens: Chasiotis, 1999). Sie zeigten eine signifikante erhöhte Ausprägung in einer Form des Beziehungsmotivs, nämlich der selbstkongruenten, intrinsischen, von positiven Gefühlen getragenen und auf authentische Begegnung ausgerichteten Beziehungsmotivation.

Anderseits bedeutet eine geringe Sensibilität (z.B. bei emotional Stabilen oder bei Extravertierten) keineswegs immer auch Stabilität. Niedrige Sensibilität schützt nicht vor Stressfolgen, wenn der bei stärkerer Belastung auch bei Niedrigsensiblen zu erwartende negative Affekt nicht herab- bzw. pos. Affekt nicht hearauf-reguliert werden kann. Für diese theoretische Ableitung gibt es empirische Belege: In einer Untersuchung von Biebrich & Kuhl (2000) zeigte sich, dass Personen mit hohem Neurotizismuswert negative Affekte dann gut bewältigen, wenn sie ein intaktes Selbstsystem aktivieren können (d.h. sich mit den Gefühlen direkt auseinandersetzen), während die Bewältigung bei Personen mit niedrigem Neurotizismuswert mehr von Ablenkungsstrategien vermittelt wird. Andere empirische Belege für eine erhöhte Sensibilität von Personen, die nicht zu dauerhaft erhöhten negativen Emotionen neigen: Erfolgsmotivierte produzieren in TAT-Geschichten überproportional negative Inhalte zu misserfolgsthematischen Bildern (Kuhl,1978); Handlungsorientierte zeigen auf frühen Verarbeitungsstufen erhöhte Amplituden der ERP-Reaktionen auf Wörter, die sie an unangenehme Lebensereignisse erinnern (Rosahl et al.,1993).

Es handelt sich um ein Gleichgewicht zwischen Sensibilität für negativen Affekt und der Fähigkeit zur aktiven Auseinandersetzung mit leidvollen Erfahrungen, zwischen Sensibilität und Robustheit. Ist dieses Gleichgewicht bei einigen Persönlichkeitsstörungen delikat ausgebildet?

In der vorliegenden Arbeit werden die erwähnten Faktoren, die gemäß das Modell zur Symptomentstehung führen können, untersucht. Im ersten Teil wird der symptomverursachende Einfluss der kognitiven Stile und ihrer zugrundeliegenden affektiven Dispositionen untersucht. Mögliche Selbststeuerungsdefizite bei Persönlichkeitsstörungen werden im zweiten Teil untersucht.

2.2 Die vier kognitiven Makrosysteme

Die vier informationsvearbeitenden Makrosysteme (das Absichtsgedächtnis oder Intentionsgedächtnis, das Extensionsgedächtnis, das Objekterkennungssystem und die intuitive Verhaltenssteuerung) erfüllen spezifische regulatorische persönlichkeitsrelevante Funktionen und sind mit charakteristischen Prozessen der Selbststeuerung assoziiert (Kuhl, 1998). Die unterschiedlichen Funktionsprofile der Makrosysteme werden in der Theorie ausführlich behandelt. *Tabelle 2.1 fasst die Funktionen der vier Systeme zusammen.*

Die vier kognitiven Verarbeitungsformen (das Denken, das Fühlen, das Intuieren, und das Empfinden) funktionieren gemäß der PSI-Theorie als kooperierende Subsysteme der einzelnen Makrosysteme: zum analytischen Denken gehört das sogenante Intentionsgedächtnis, zum Fühlen das so genannte Extensionsgedächtnis, zum Intuieren die sogenante intuitive Verhaltenssteuerung und zum Empfinden das Objekterkennungssystem**.**

Es wird postuliert, dass diese Makrosysteme sich sowohl in der *Art der Informationsverarbeitung* (holistisch-parallel versus analytisch-sequentiell) als auch in der *Höhe ihrer Integriertheit* (hoch- versus niedrig-inferent) unterscheiden. Viele Funktionsmerkmale der beiden holistisch-parallelen Systeme (die intuitive Verhaltenssteuerung und das Extensionsgedächtnis) werden aus den Funktionsmerkmalen konnektionistischer Netzwerkmodelle abgeleitet, deren wesentliches Merkmal darin besteht, dass Informationen nicht in aufeinanderfolgenden Schritten (wie bei der analytisch-sequentielle Verarbeitung), sondern parallel (simultan) verarbeitet werden (Kuhl, 2001, Kap. 8). Die Parallele Verarbeitung ermöglicht das gleichzeitige Berücksichtigen von „tausendfachen“ Facetten.

Die Makrosysteme sind auch in Verbindung mit *verschiedenen Formen der Aufmerksamkeit* (z.B. inkongruenz- oder kongruenzbetont) und der *Affektivität (*positive versus negative) gebracht. Sie lassen sich auch nach der *Art ihres Kontakts mit der Außenwelt* unterscheiden, nämlich in zwei Wahrnehmungs- oder Erlebnisseitige (Empfinden und Fühlen) und zwei handlungsseitige (Denken und intuitive Operationen) Systeme.

Auch lassen sich Bezüge zu neuroanatomischen und neurochemischen Systemen herstellen. Das Intentionsgedächtnis und das Objekterkennungssystem werden in Verbindung mit der linken Hemisphäre gebracht, die intuitive Verhaltenssteuerung und das Extensionsgedächtnis mit der rechten Hemisphäre. Diese Zuordnung wird durch eine Vielfalt von neurobiologischen und experimentalpsychologischen Befunden belegt, welche darauf hinweisen, dass die rechte und die linke Hemisphäre an der Verarbeitung verschiedener Informationen beteiligt sind und dabei auch den Unterschieden in der Verarbeitung von Emotionen entsprechen (Kuhl, 2001).

Die vier Makrosysteme sind in einem *zweidimensionalen Modell* darstellbar (Abb. 2.2). Zwei Gegensatzpaare lassen sich unterscheiden: EG-OES und IG-IVS. *Ein vertikaler und ein horizontaler Antagonismus* zwischen den Systemen werden postuliert. Der vertikale Antagonismus schließt antagonistische Beziehungen zwischen je zwei Systemkomponenten ein: Auf der *Verhaltensebene* zwischen IG und IVS; auf der *Erlebnisseite* zwischen EG und OES. Der vertikale Antagonismus ist sehr wichtig da in Verbindung mit der Austausch zwischen dem hochinferenten und seinem jeweiligen elementaren Hilfssystemen (d.h. zwischen EG und OES bzw. zwischen IG und IVS) ist. Dieser Austausch dient je nach der vorherrschenden Richtung des Informationsaustausches entweder der Fortentwicklung des hochinferenten System (hochinferenten Lernen) oder der Anwendung des hochinferenten Wissens. Ein übersteigerter vertikaler Antagonismus bedeutet, dass das jeweilige hochinferente System (EG und IG) den Kontakt zu seinem elementaren Partnersystem (OES und IVS) verliert.

Die unterschiedlichen Funktionsprofile dieser Verarbeitungsformen werden in der Theorie zur Interpretation der verschiedenen ***Persönlichkeitsstile und –Störungen***, sowie bei der Konstrukten Lage- und Handlungsorientierung, angewendet. Im Folgenden werden die vier Makrosysteme beschrieben.

Die Intuitive Verhaltenssteuerung (IVS): Dieses (rechtshemisphärische) System ist verantwortlich für das *Ausführen von automatisierten Handlungen*. Es verfügt über eine Vielzahl durch früheres Lernen automatisierter Verhaltensroutinen (z.B. Mutter-Kind Interaktionen, emotionaler Ausdruck, sensomotorische Programmen), die aber auch genetisch vorbereitet sind (vgl. den Begriff des prozedualen Gedächtnisses in der Kognitionspsychologie). Die IVS ist somit ein Ausführungssystem, in dem instrumentelles, anreizmotiviertes und zielorientiertes Verhalten in Gang gesetzt wird. Die intuitiven Verhaltensprogramme bestimmen besonders die zwischenmenschliche Interaktion (z.B. emotionaler Ausdruck, emotionale Ansteckung, Nachahmung, intuitive Programme für den freundlichen oder statusvermittelnden sozialen Kontakt, etc.).

Das explizite Intentionsgedächtnis (IG) oder Absichtsgedächtnis: Dieses (linkshemisphärische) System ist verantwortlich für die *Speicherung und Aufrechterhaltung von bewussten Absichten* (und der mit ihnen oft assoziierten konkreten Ziele), bis sich die Gelegenheit für ihre Realisierung bietet. Dieses Gedächtnis speichert (in einem expliziten Format) Absichten, die nicht unmittelbar umgesetzt werden können, die also in diesem Sinne „schwierig“ sind. Bei unmittelbar umsetzbaren (d.h. bei leichten) Aufgaben, wird dieses System gar nicht benötigt.

Drei Komponenten der Selbststeuerung werden zu dem IG ordnet: Aufrechterhaltung einer Absicht, Ausführungshemmung und Initiative. Im Folgenden wird jeder dieser Komponenten kurz beschrieben.

Die „Zielumsetzung“ verlangt zunächst die *Aufrechterhaltung* der expliziten Repräsentation von Handlungsabsichten, bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die zu ihrer Realisierung notwendige Gelegenheit angetroffen wird. Besonders wichtig ist diese Aufrechterhaltung wenn es sich um eine Handlungen geht, die nicht sofort ausgeführt werden können, z.B. weil sie schwierig sind (Kuhl & Kazén, 1999).

Neben der Aufrechterhaltung der geplante Handlung ist eine *Ausführungshemmnung* anzunehmen: es muss eine verfrühte Übersetzung dieser Repräsentation verhindert werden. Ohne Ausführungshemmung würden Absichten zu schnell ausgeführt. Wichtig ist, dass die Ausführungshemmung nicht mit einer allgemeinen Verhaltenshemmung gleichgesetzt wird: Sie betrifft lediglich die Umsetzung von explizit repräsentierten Absichten.

Sobald das geeignete Moment eingetreten ist (d.h. eine Barriere überwinden ist, bis ein Problem gelöst ist, oder bis ein sich zunächst noch überstärker Gewohnheit-oder Triebimpuls abgeschwächt ist), muss die Ausführungshemmung wieder aufgehoben werden (*Initiative*).

Die Theorie erklärt sowohl den erwähnten adaptativen Aspekt der Ausführungshemmung als auch den beeinträchtigenden Aspekt. Eine schwache Ausführungshemmung kann zu impulsivem Handeln führen (vgl. histrionische Persönlichkeitsstörung). Ein Übermaß an Ausführungshemmung kann dagegen zur Folgen haben, dass die Person vielleicht nicht umsetzen kann was sie wollte, und kann zu abhängigem, selbstunsicherem bis hin zu depressivem Verhalten führen (Kuhl, 2001).

Der Begriff des IG ist dem kognitionspsychologischen Begriff des *Arbeitsgedächtnisses* (Baddeley, 1996) ähnlich, bis auf den wichtigen Unterschied, dass das IG im Gegensatz zum Arbeitsgedächtnis handlungsbezogene statt perzeptive Informationen speichert und stark mit der erwähnte Hemmungskomponente verknüpft ist, die eine verfrühte Ausführung der beabsichtigen Handlung verhindert (Kuhl & Kazén, 1999). Dieses System ist mit dem analytischen Denken eng vernetzt und ist vom Erleben und von der Steuerung emotionaler Prozesse weitgehend abgekoppelt. Ferner ist es mit einer *selektiven, zielfokussierten Aufmerksamkeitsform* verknüpft, die besonders solche Informationen hervorhebt, die für das aktuelle, explizite Handlungsziel von Bedeutung sind (*target detection*).

Das implizite Extensionsgedächtnis (EG): Dieses (rechtshemisphärische) System dient der möglichst umfassenden (hochinferenten) *Repräsentationen „eigener“ Zustände* und der *Integration* von Einzelempfindungen über eigene Bedürfnisse, Gefühle, Körperwahrnehmungen, Präferenzen, Werte etc.

Das EG ist die *kognitive Basis der Selbstsystems*. Der selbstrepräsentierende Teil des Extensionsgedächtnisses ist das (integrierte) Selbst; das Abstraktionen aus autobiographischen Erfahrungen über bedürfnisrelevante Handlungsoptionen abspeichert.

Das EG wird unterstützt durch implizite, *ausgedehnte* assoziative Netzwerke die viele Bedürfnisse, Gefühle und Handlungsalternativen simultan verfügbar machen, so dass es bei der

Generierung eines Zieles zu der Berücksichtigung vieler „eigener“ Randbedingungen kommen kann. Dieses System verarbeitet parallel sehr viele Informationen aus unterschiedlichen Sinnesbereichen, was für die Auswahl von Zielen dienlich ist.

Es ist mit einer breiten, globalen, *kongruenzorientierten Aufmerksamkeitsform („Vigilanz“)* verbunden. Diese Form der Aufmerksamkeit hebt alle Informationen aus der Innen- und Außenwelt hervor, die mit dem vorhandenem hochintegrierten Erfahrungswissen kongruent sind, und „verdrängt“ alle inkongruente Elementarempfindungen. Die kongruenzorientierte Aufmerksamkeit ist die Basis für die Bildung einer stabilen Persönlichkeit einschließlich eines relativ stabilen (aber nicht rigiden) Selbstbildes, in dem trotz Offenheit für widersprüchliche und negative Erfahrungen meist eine positive Gesamtbilanz aller selbstbildrelevanten Erfahrungen realisiert wird (Koole & Kuhl, im Druck).

Ein entsprechendes Gedächtnissystem ist in der Kognitionspsychologie noch nicht bekannt. Das episodische, autobiographische Gedächtnis und Aspekte des impliziten semantischen Gedächtnisse können aber als Spezialfälle des Extensionsgedächtnisses angesehen werden.

Das EG ist sehr wichtig für die Selbststeuerung der Persönlichkeit, denn es ist an der Regulation von Emotionen, insbesondere von Stress beteiligt. Es vermittelt auch einige für die willentliche Handlungssteuerung *bedeutsamen Prozesse*, die zu der *emotionalen Stützung und Stabilisierung aktueller Selbstrepräsentationen* dienen: z.B. Selbstmotivierung, Selbstberuhigung, Selbstaktivierung.

Objekterkennungssystem (OES): Die Objekterkennungssystem dient der *Wahrnehmung und dem (Wieder-) erkennen von Objekten.* Es liefert ständig neue Wahrnehmung (gewollte und ungewollte), die im Extensionsgedächtnis zusammen mit zahlreichen autobiographischen Erlebnissen zu umfassenden Landkarten integriert werden. Die Objektrepräsentationen werden separiert und von den spezifischen Kontexten, in denen sie angetroffen werden, abstrahiert. Diese Abstraktionsleistung dient dem Zweck, Objekte bzw. Personen und Situationen unabhängig vom jeweiligen Kontext identifizieren zu können. Das Objekt soll auch dann wiedererkannt werden, wenn es in einem anderen Kontext auftaucht. Diese „Dekontextualisierung“ bedeutet, dass die Objekterkennung Kontraste bildet (Figur-Grund-Dichotomie; Schwarz-weiß-Stereotypisierung; Kategorienbildung).

Dieses System ist mit einer *veränderungssensitiven und konfliktsensitiven Aufmerksamkeitsvariante* verbunden, die gerade erwartungswidrige oder inkongruente Empfindungen hervorhebt: Empfindungen und Informationen aus der Innen- und Außenwelt, die von dem im Extensionsgedächtnis bisherigen Erfahrungswissen und anderen aktualisierten Erwartungen oder Wünschen abweichen werden besonders betont. So werden neue Objekte mit den Erwartungen, die im Extensionsgedächtnis abgespeichert sind, verglichen: Wie passt das, was ich jetzt erlebe, zu dem, was ich bislang erlebt habe? Diese Inkongruenzorientierung wird besonders in negativen Gefühlslagen verstärkt: Unstimmigkeiten werden besonders stark beachtet und können u.a. gar nicht mehr ausgeblendet werden.

Für jedes der vier Makrosysteme gibt es die passende Situation: Das *IG* braucht man, wenn man eine schwierige oder unangenehme Handlung nicht sofort ausführen kann, aber nicht vergessen darf. Das *Ausführungssystem (IVS)*, das spontan verfügbare Handlungsprogramme zur Verfügung stellt, braucht man, wenn ein guter Zeitpunkt für die Ausführung gekommen ist und man ein geeignetes Verhaltensprogramm (d.h. eine Handlungsmöglichkeit) gefunden hat. Das *EG* braucht man, wenn es darum geht, aus der Gesamtheit aller abgespeicherten Lebenserfahrungen eine Lösung auszuwählen und dabei auch noch darauf zu achten, das alle oder möglichst viele eigene Bedürfnisse und Werte und nach Möglichkeit auch die Erwartungen und Wünsche anderer berücksichtigt werden. Das *OES* braucht man, wenn einzelne Risiko- und Gefahrenquellen aus dem Gesamtkontext herausgelöst oder Fehler und Problempunkte erkannt werden müssen.

Idealerweise sollten alle Funktionen in einem *Gleichgewicht* gehalten werden so dass immer diejenige eingesetzt werden kann, die der momentanen Situation angemessen ist. Ein *Ungleichgewicht* ergibt sich, wenn eine der Funktionen besonders stark beansprucht ist: Wer ständig das Intentionsgedächtnis einschaltet, denkt irgendwann nur noch über Schwierigkeiten oder nie realisierbare Ideale nach und hat Schwierigkeiten seine Intentionen zu umsetzen. Wer nur das Ausführungssystem aktiviert, kann zwar sehr spontan sein, aber er weicht Schwierigkeiten aus. Wer nur das Extensionsgedächtnis aktiviert hält, kann zwar gut aus seiner bisherigen Lebenserfahrung handeln, aber diese Erfahrung wächst nicht weiter, weil sie keine neuen Einzelerfahrungen ("Objekte") integriert.

Wie in der Einführung dieser Arbeit erwähnt wurde, hängt *die Dominanz des einen oder anderen Makrosystems sowohl vom Kontext (situativen Anforderungen) als auch von individuellen Prädispositionen ab.* Je nach dispositioneller (und auch situationsabhängiger) Bevorzugung eines bestimmten Verarbeitungsstils kann man von einer *„intuitiven",* einer *„empfindsamen*", einer *„denkenden" oder „fühlenden" Persönlichkeit* sprechen. Entsprechend den Modulationshypothesen werden unterschiedliche Annahmen über die mit dem jeweiligen kognitiven Stil verbundene Art der Emotionsregulation vorgenommen. Der *dominante Verarbeitungsstil* ergibt sich aus den Unterschieden, wie Personen die emotionalen Begleiterscheinungen von Stress, Schmerz und Bedrohung bewältigen.

Persönlichkeitsstile werden durch eine stabile, dispositionelle Ausprägung der vier kognitiven Grundfunktionen gebildet. Bei ***Persönlichkeitsstörungen*** dominiert chronisch eines der antagonistisch verschalteten Systeme, so dass sich ein starkes Ungleichgewicht ergibt.

Tab. 2.1: Funktionsprofile der vier persönlichkeitsrelevanten Makrosysteme (Kuhl, 2001)

Aggregationsniveau (neuroanatomischer Schwerpunkt)	**Analytisch (linkshemisphärisch)**	**Holistisch (rechtshemisphärisch)**
Elementar (parietal)	**Objekterkennung / Empfinden (OES) / „Wahrnehmen“** Funktion: - kategorial, sequentiell, langsam, genau - bewusst - unstimmigkeitsbetonte Aufm. - reduzierte Rückmeldungs-verwertung	**Intuitive Verhaltenssteuerung (IVS) / „Intuieren“** Funktion: Automatisches Handeln, intuitive Verhaltensroutinen **-** prototypisch, parallel-holistisch, schnell, impressionistisch - nicht bewusst - räumliche Aufmerksamkeit - unmittelbare Rückmeldungs-verwertung
Komplex (präfrontal)	**Intentionsgedächtnis (IG) / „Denken“** Funktion: Aufrechterhaltung von Absichten, Planen - sequentiell-analytisch, langsam, genau - schnelles Lernen - explizites Wissen: Pläne, allgemeine Absichten, etc. - Entweder-oder-Charakteristik - Reduktionismus - Emotionsentkopplung: Ich-Bezug - Vulnerabilität (bei unvollständiger Information) - bewusst - zielfokussierte Aufmerksamkeit - intensive kognitiv-analytische Rückmeldungsverwertung	**Extensionsgedächtnis (EG) / „Fühlen“** Funktion: Repräsentation von Bedürfnis-Netzwerken und deren Befriedigung. - parallel-holistisch, schnell, impressionistisch - langsame Lernen - implizites Konfigurationswissen: Erwartungen, allg. Ziele, etc. - Integration von Gegensätzen - Unterschiedssensitivität - Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation: Selbstbezug - Robustheit (bei unvollständiger Information) - nicht bewusst - kongruenzbetonte, verteilte Aufmerksamkeit (Vigilanz) - extensive kognitiven-emotionale Rückmeldungsverwertung.

2.3 SYSTEMEBENEN

In der PSI-Theorie werden sieben miteinander interagierende Systemebenen der Persönlichkeit unterschieden:

(1) Kognitive und motorische Operationen (Intuition und Empfinden),
(2) Temperament (Erregung und Aktivierung),
(3) Affekt und Anreizmotivation (Bestrafungs- und Belohnungssystem),
(4) Progression und Regression,
(5) Basismotive,
(6) Komplexe Kognitive Operationen Kognitionen (Ganzheitlicher Fühlen versus analytischer-denken Verarbeitungsmodus) und
(7) Bewusstsein und Wille (Selbststeuerungsfunktionen, Selbstregulation versus Selbstkontrolle).

Die Systemebenen sind als unterscheidbare Basisfunktionen der Persönlichkeit aufgefasst und auch als neurobiologisch beschreibbare Systeme. Die *ersten drei Funktionsebenen* (kognitive und motorische Operationen, Temperament und Anreizmotivation) beschreiben einfache und körpernahe, während die *letzten drei Ebenen* (Motive, kognitiv-emotionale Komplexe und Bewusstsein/Wille)

komplexe, hochinferente Aspekte der Persönlichkeit, die im Alltag mit dem Begriff des Geistigen oder des Seelischen beschreiben werden. Der Schlüssel zum Verständnis der Persönlichkeit ist gemäß der PSI-Theorie die Analyse der verschiedenen Wechselwirkungsmuster zwischen den einzelnen Systemebenen. Persönlichkeit wird als das Resultat der Wechselwirkung zwischen allen Funktions- oder Systemebenen aufgefasst. Die TOP (Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik) umfasst diese verschiedenen Systemebenen und misst sie gleichzeitig.

Bezüglich der Makrosystemen sind die beiden elementaren Strukturen (d.h. IVS und OES) der ersten Funktionsebene zuzuordnen, während die beiden hochinferenten Strukturen (d.h. aktive selbstrepräsentierende Anteile des EG und der Inhalt des IG) den „Willen" des Gesamtsystems, also die Funktionen der Systemebene 7, repräsentieren.

Ich werde in diesem Abschnitt einem kurzen Überblick zu einigen Systemebenen machen, mit dem Ziel einen Überblick über die wichtigen Grundbegriffe der PSI-Theorie zu geben.

2.3.1 EBENE 4: PROGRESSION VERSUS REGRESSION

Auf dieser Ebene entscheidet sich das relative Gewicht, mit dem elementare versus hochinferente Prozesse an der Verarbeitung von Informationen und Emotionen sowie an der Steuerung des Erlebens und Verhaltens beteiligt werden. Die Zwischenstellung dieser Ebene kommt in der Annahme zum Ausdruck, dass dieser Prozess der Bahnung und Hemmung elementarer versus hochinferenter Prozesse sowohl „von unten nach oben" (Regression) als auch „von oben nach unten" (d.h. Progression) moduliert wird (Kuhl, 2001, S. 454).

Es handelt sich um einen Mechanismus, der das System für eine gewissen Zeitraum auf die progressive oder regressive Steuerungsform festlegt, und die so beschrieben wird: *„In der progressiven Steuerungsform wird vorhandenes hochinferentes Wissen - einschließlich des selbstreferentiellen Wissen über eine Vielzahl eigener Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen u.a. - auf die Interpretation der Wahrnehmungs- und Gefühlswelt wie auch auf die Modulation motorischer Operationen von oben nach unten (top-down) angewandt, während in der regressiven Steuerungsform elementare Empfindungen und Verhaltensroutinen auch dann das System beherrschen können, wenn sie nicht zu den hochinferenten Erwartungen, Selbstaspekten und Zielen passen"* (Kuhl, 2001, S. 113).

Der Mechanismus der progressiven und regressiven Steuerungsform wird als *Bewältigungsform* betrachtet und mit verschiedenen Formen der Stressbewältigungs- bzw. Abwehrmechanismen in Verbindung gebracht (siehe Abschnitt 2.8). Es handelt sich um die Prozesse, von denen es abhängt, ob Affekte, tatsächlich ungedämpft perseverieren (was einer Regression des Systems auf basale Affektsteuerung entspricht) oder ob sie durch hochinferente Prozesse moduliert und „bewältigt" werden. Ferner sind in der PSI-Theorie die Funktionen der Regression und Progression in Verbindung mit den Funktionsmerkmalen des *Hippocampus* gebracht. Es wird postuliert, dass dieses stressempflindliche neuropsychologische System an der Umschaltung von einer „progressiven" auf eine „regressive" Systemkonfiguration beteiligt ist.

Die Stressbewältigungsmechanismen stehen mit dem Hippocampus und den mit ihm vernetzten Selbststeuerungsfunktionen in Verbindung (Luria, 1973/1992; Sapolsky, 1992).

2.3.1.1 Funktionsanalyse der Progression und Regression: *Regression* wird funktionsanalytisch als eine vorübergehende oder chronische Schwächung oder Abschaltung des Einflusses hochinferenten Strukturen (EG und IG) auf die Handlungs- und Emotionsregulation expliziert. In dem Regressionsmodus gelingt die Anwendung vorhandener Wissensstrukturen nicht. Bei der Bewältigung von Affekten steht hier besonders die mangelnde Verfügbarkeit des Extensionsgedächtnisses im Vordergrund, da dieses System mit der Fähigkeit verbunden ist, Affekte zu regulieren (Kuhl, 2001, S. 492). Aus funktionsanalytischer Perspektive kann dieser Mechanismus der Regression je nach Situation und Beobachtungsperspektive weniger adaptativ oder auch adaptativ sein (z.B. wenn man in einem Umfeld mit unwägbaren Risiken Ängste zulässt und Bedrohungssignale beachtet statt die bisherige Handlungssteuerung fortzusetzen).

Auch Freuds *Verdrängungsbegriff* wird durch einen allgemeinären Begriff ersetzt, dessen Explikation auch stärker die adaptive Funktion in den Vordergrund rückt. Die Verdrängung von unerwarteten und ungewollten Empfindungen dient der Sensibilisierung des Organismus für ein breites Spektrum potentiell handlungsrelevanter Informationen, d.h. von Informationen, die zu irgendwelchen Anteilen des momentan aktivierten Konfigurations- oder Kontextwissens passen. Eine chronische Fixierung auf der Verdrängung, wie später erläutert wird, kann zu Fehlanpassungen führen. Die Bewältigung einer affektiven Reaktion ermöglicht die Verdrängung des Affekts, was umso schwerer ist, je schmerzhafter sie ist. Ungedämpfter negativer Affekt schwächt den Einfluss hochinferenter auf elementare Systeme (s. 2te Modulationsannahme).

2.3.1.2 Anwendung und Bildung von Konfigurationswissen: Gemäß der Theorie sind beide Steuerungslagen (d.h. Progression und Regression) gleich wichtig für die Persönlichkeitsentwicklung. Am beste wäre es, wenn eine Person die Fähigkeit hat, selbst- und kontextgesteuert zwischen den pro- und regressiven Steuerungsformen zu pendeln , was wie später erläutert wird, im Verbindung mit den Prinzip der emotionalen Dialektik steht. Im *regressiven Zustand* würde sie integriertes Wissen vermehren, d.h. immer neues Wissen über die Welt, über andere Menschen und über sich selbst in bestehende Strukturen integrieren und im *progressiven Zustand* würde sie es anwenden. Im Sinne Piagets (1952) geht es um ein Äquilibrium zwischen *Assimilation* und *Akkommodation.*

Der *Begriff Integration* betrifft die Bildung bzw. Anwendung von hochkomplexen Konfigurationen von Wahrnehmungs- und Erlebnisinhalten, Gefühlen und Körperempfindungen. Der Integrationsprozess wird mit Piagets Konzept der Akkommodation verglichen und bedeutet, dass neue Informationen zu den alten Strukturen erlernt werden, ohne das letztere verloren gehen. Das neue Wissen hat einen inhaltlichen Bezug zum alten Wissen. Persönlichkeitspsychologisch betrifft der Integrationsbegriff die *Entwicklung des Selbst*, die als die kontinuierliche Integration neuer

Selbsterfahrungen in bestehende Selbstrepräsentationen beschrieben wird. Beziehungsstiftende Integrationsfunktionen geben dem Selbst Einheitlichkeit und Zusammenhang *(Kohärenz).*

Der Lernforschritt des Selbstsystems *(Selbstwachstum)* setzt einen ständigen Wechsel von Zurücknahme vorhandener Selbstrepräsentationen und Anwendung der vorhandenen Selbstrepräsentationen voraus.

Die genannte Fähigkeit zur Selbststeuerung des Wechsels zwischen regressivem und progressivem Modus betrifft die Selbststeuerungsfunktionen (Ebene 7). Das Konstrukt der *Handlungs- versus Lageorientierung* enthält diese Funktionskomponente und wurde um einen Beitrag zur Erklärung die mit der Begriffe Regression oder Fixierung bezeichnete Phänomene zu leisten eingeführt (Kuhl, 1972, 1981, 1983a). Eine Vielzahl von Befunden deutet darauf hin, dass eine Regression des Systems auf primitiver Stufen der Verhaltenssteuerung unter Stress häufiger bei lageorientierten Personen als bei Handlungsorientierten auftritt: *„Lageorientierte Menschen neigen unter Belastung bzw. unter Stress zu einer Blockierung zentraler, top-down gerichteter Steuerungsformen (Hemmung der volitionaler Funktionen auf den Systemebenen 5 bis 7), die als momentane Regression des Systems auf einfachere Formen der Handlungssteuerung aufgefasst wird."* (Kuhl, 1972, 1981; Kuhl & Beckmann, 1994a). Diese Hemmung der volitionalen Funktionen können bei Lageorientierten, vermutlich auch bei vielen selbstunsicheren, abhängigen und depressiven Personen unter Belastung bereits bei relativ schwachen Stresserlebnissen auftreten (Kuhl & Beckman, 1994a). Wichtig ist, dass diese Hemmung des Zugangs zu Selbstrepräsentationen bei lageorientierten Personen nur unter Belastung beobachtet wurde, während unter entspannenden Bedingungen Lageorientierte sogar einen besseren Zugang zu ihren Selbstrepräsentationen als Handlungsorientierte zu haben scheinen und auch bei schwierigen Aufgaben bessere Leistungen erzielen (z.B. Meneec, 1995).

2.3.2 EBENE 2: TEMPERAMENT

Unter Temperament wird in der PSI-Theorie eine Form der Energetisierung des Verhaltens (motorische „Aktivierung") bzw. des Erlebens (sensorische „Erregung") verstanden. Motorische *Aktivierung* (T+) bezeichnet eine globale (d.h. nicht inhaltspezifische) Energetisierung aller verfügbarer Verhaltensprogramme und *Erregung* (T-) eine globale Schwellensenkung sensorischer Systeme. Diese beiden Temperamentsdimensionen (Aktivierung und Erregung) wurden in der PSI-Theorie als erste, phylogenetisch relativ *alte Formen der Motivation* betrachten, die an der Modellierung der Richtung der Verhaltens (Annäherung und Vermeidung) beteiligt sind. In diesem Sinn betrachtet Kuhl diese Systemebene motivationstheoretisch, d.h. mit einer richtunggebenden Komponente. Die motorische Aktivierung (T+) wird einem *Aufsuchungssystem* und die diskrepanzsensitive Erregung (T-) einem *Meidungssystem* zugeordnet.

Temperament und Affekt werden in der PSI-Theorie in zwei Funktionsebenen getrennt. Obwohl es viele Gemeinsamkeiten zwischen den beiden gibt, können sie neuropsychologisch und psychologisch unterschieden werden. Einer der persönlichkeitspsychologisch wichtigsten

Unterschiede zwischen Temperament und Affekt betrifft die Bindung von Affekten an bestimmte Objekte (Personen oder Gegenstände) (vgl. Freuds Theorie der Affektbesetzung von Objekten).

Gemäß der *Anreizbindungshypothese* bewirken Affekte, die durch die Vermittlung des Temperaments entstehen, ein anderes Verhalten gegenüber den Objekten, auf die sie gerichtet sind, als Affekte, die ohne starke Beteiligung des Temperaments entstehen (selbst wenn sie von gleicher Intensität sind). Affekte, die ohne starke Beteiligung des Temperaments zustande kommen, werden bei wiederholter Assoziationen mit einem Objekt fest mit dem Objekt verbunden (klassisches Konditionieren): Das Objekt löst bei zukünftigen Gelegenheiten den Affekt automatisch aus *(feste Anreizbildung).*

Im Gegenteil bei stärker Temperamentbeteiligung wird die Affektbesetzung nicht fest auf Objektrepräsentationen Konditioniert: Das Objekt löst nur während der Dauer der Temperamentsaktivierung verhaltensbahnende bzw. verhaltenshemmende Prozesse aus. Wenn dasselbe Objekt in einer anderen Situation auftaucht, ohne dass eine entsprechende Aktivierung des Temperaments vorliegt, löst es nicht mehr das vorher beobachtete Aufsuchungs- oder Vermeidungsverhalten aus. In diesem Fall wird es von einer *„opportunistische Affektbesetzung"* gesprochen, also auf die Ad-hoc-Bildung oder Intensivierung von Anreizaffekten augrund der momentan attraktiven Seiten der in einer konkreten Situation vorgefundene Objekte. Die temperamentsbedingte Emotionalität entsteht ad hoc (vorübergehend) „aus der Situation heraus" und ist im Gegensatz zur Affektivität nicht durch anreizbesetzte Objekte ausgelöst. Die beiden Temperamentskomponenten (verhaltensseitige Aktivierung und Erlebnisseitige Erregung) haben im Gegensatz zu der Anreizmotivation eine weniger „objektgebundene", d.h. weniger spezifische und weniger konsistente Auswirkung auf das Verhalten und Erleben auf konkrete „Objekte" (einschl. Personen) als objektgebundene Affekte. Die temperamentsbedingte Emotionalität kann zu einer Begeisterung bzw. Abwertung derselben Objekte zu verschiedenen Zeitpunkten führen.

Ferner unterschieden sich Temperament und Affekt auch in der Modulationswirkung auf die kognitiven Systeme (siehe Abschnitt 2.4.8: Temperamentsbezogenen Modulationsannahmen).

2.3.2.1 Temperaments und Affektiven Dispositionen: Die erörterte Unterscheidung zwischen Temperament und Anreizmotivation ist für das Verständnis der zugrundeliegende Funktionsmechanismen der verschiedenen Persönlichkeitstypen wichtig, da in der Taxonomie der Persönlichkeitsstile- und Störungen der PSI-Theorie zwischen Affekttypen und Temperamenttypen unterschieden wird (Tab. 2.2). Unterscheiden werden also acht anreizbedingte Persönlichkeitsstile (Motivationstypen) und sechs Temperamentsbedingte Persönlichkeitsstile (Temperamentstypen). **Anreizbedingte Persönlichkeitsstile** beruhen auf dispositionelle Einseitigkeiten der vier affektiven Pole, während **Temperamentsbedingte Persönlichkeitsstile** auf dispositionellen Verfestigungen der vier Pole der beiden Temperamentsdimensionen (T + und T -) beruhen.

Eine wichtige Annahme der PSI-Theorie ist, dass die affektiven und temperamentsbedingten Dispositionen nicht die Grundstimmung sondern Formen der Stress- und Belastungsbewältigung

beschreiben. Das wird durch dieses Beispiel illustriert: *„Wenn Extraversion durch eine erhöhte Sensibilität für Aktivierung und durch eine niedrige Sensibilität für Erregung charakterisiert ist, dann bedeutet dies nicht ein generell erhöhtes Aktivierungs- und ein generell gesenktes Erregungsniveau, sondern die Disposition, mit einer Aktivierungssteigerung und einer Erregungssenkung zu reagieren, sobald Stress- oder Belastungsmomente auftauchen“* (Kuhl, 2001, S.457). Die affektiven Dispositionen, die den klassischen Persönlichkeitsstörungen bzw. den ihnen entsprechenden nichtspathologischen Stilen zugrunde liegen, werden in der PSI-Theorie in ähnlicher Weise interpretiert.

In dieser Arbeit (Teil I) wird die Vermittlungsfunktion in der Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung sowohl für die Motivationstypen als auch für die Temperamentstypen untersucht. Interessant ist zu analysieren, ob sie unterschiedliche Mediationsrolle in diesem Zusammenhang haben oder nicht. Gibt es Unterschiede bezüglich der Art und der Intensität der Symptomentstehung bei den Menschen, die mehr mit Erregung als mit negativem Affekt reagieren? Weiterhin wird analysiert (Teil II), ob sich diese beiden Typen in ihren Selbststeuerungsfähigkeiten unterscheiden.

Tab. 2.2 Auflistung der mit dem PSSI erfassten individuellen Stile, der korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen und der Hypothesen der PSI-Theorie über Belohnungs- und Bestrafungssensibilität (bzw. positive vs. Negative Emotionalität) sowie über globale Verhaltensaktivierung oder sensorische Sensibilisierbarkeit („Temperament“) durch positive oder negative Erfahrungen (Kuhl & Kazén, 1997).

1. Selbstbestimmt Persönlichkeitsstil und antisoziale Persönlichkeitsstörung	**A {+}**	**&**	**A (-)**
2. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil und paranoide Persönlichkeitsstörung	**A (+)**	**&**	**A (-)**
3. Zurückhaltend Persönlichkeitsstil und schizoide Persönlichkeitsstörung	**A (+)**	**&**	**A {-}**
4. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil und selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung	**A (+)**	**&**	**A -**
5. Sorgfältiger Persönlichkeitsstil und zwanghafte Persönlichkeitsstörung	**A {+}**	**&**	**A -**
6. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil und schizotypischen Persönlichkeitsstörung	**A +**	**&**	**A -**
7. Optimistischer Persönlichkeitsstil und rhapsodische Persönlichkeitsstörung	**A +**	**&**	**A {-}**
8. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil und narzisstische Persönlichkeitsstörung	**A +**	**&**	**A (-)**
9. Kritischer Persönlichkeitsstil und negativistische Persönlichkeitsstörung	**T (+)**	**&**	**T (-)**
10. Loyaler Persönlichkeitsstil und abhängige Persönlichkeitsstörung	**T (+)**	**&**	**T -**
11. Spontaner Persönlichkeitsstil und borderline Persönlichkeitsstörung	**T +**	**&**	**T -**
12. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil und histrionische Persönlichkeitsstörung	**T +**	**&**	**T {-}**
13. Stiller Persönlichkeitsstil und depressive Persönlichkeitsstörung	**T (+)**	**&**	**T -**
14. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil und Selbstlose Persönlichkeitsstörung	**T (+)**	**&**	**T -**

2.3.3 EBENE 3: BEDÜRFNISSE, BASISAFFEKTE UND ANREIZMOTIVATION

Mit dem *Begriff Affekt* wird das Ergebnis eines nicht bewusstseinspflichtigen, nicht-repräsentationalen (d.h. subkognitiven) Prozesses bezeichnet. Affekte werden als zentralnervöse Zustände aufgefasst, die eine Vielzahl von Reaktionen im autonomen Nervensystem steuern, die den

Organismus auf die zu erwartenden instrumentellen Aktionen zur Erlangung oder Vermeidung des jeweiligen Objekts vorbereiten.

Die wesentlichen Funktionen der Anreizaufsuchungs- und Aversionsmeidungssysteme (bzw. Belohungs- und Bestrafungssystemen) sind in der *Anreizmotivations-Annahme* zusammengefasst: „*Die positive Anreizmotivation vermittelt die dauerhafte Verknüpfung von Objektrepräsentationen mit affektiven (Anreizbindung) und die Aktivierung der Ausführungssysteme (IVS, Wechsler), während die aversive Anreizmotivation (Meidungsmotivation) die dauerhafte Verknüpfung von Objektrepräsentationen mit negativen Affekten und verschiedene Formen der Vermeidung aversiver Ereignisse reguliert" (Kuhl, 2001, S.425).* Der *Begriff Anreiz* bezeichnet objektgebundene Affekte, die Konditionierung von positivem Affekt auf ein Objekt.

Unter folgenden Bedingungen ist eine Belohnungshemmung [A(+)] wichtig: Sättigung, Abwarten, Problemlösen und hilfslose Frustration. Andererseits ist die Hemmung des Bestrafungssystems [A(-)] nützlich, wenn das das Gesamtsystems über Möglichkeiten verfügt, eine Gefahr aktiv zu bewältigen oder ein Bedürfnis durch eigene Aktionen zu befriedigen.

Affekte versus Emotionen: Während Affekte subkognitive Zustände sind, handelt es sich bei den *Emotionen* um Zustände („Gefühle"), an denen auch hochinferente Systeme beteiligt sind. Emotionen sind auf einer hochinferenten (impliziten) Ebene repräsentiert. Der Begriff des Affekts ist insofern der allgemeinere, als jede Emotion einen affektiven Zustand mit einschließt (aber nicht jeder Affekt wird zu einer Emotion). Affekte, die nicht zu Emotionen werden, bleiben ohne kognitive Überformung und sind mit erhöhter Wahrscheinlichkeit übermäßig intensiv und undifferenziert, sowie kurzlebiger als Emotionen: „*Die Kurzlebigkeit von nicht elaborierten Affekten bedeutet, dass sie hochinferente Systeme schlechter modulieren können als Emotionen, weil hochinferente Systeme eine längere Modulationseinwirkung benötigen als elementare Systeme, um sich voll entfalten zu können" (vgl. 7 Modulationsannahme)*" (Kuhl, 2001, S. 124).

Nach der PSI-Theorie bietet die Überformung *„primärer Affekte"* (d.h. der Affekte, die noch nicht kognitiv überformt sind) eine Möglichkeit, einen funktionalen Ort für die Unterscheidung von Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen anzugeben: „*Das Risiko, dass eine affektive Disposition, die einem bestimmten Persönlichkeitstypus zugrunde liegt, den Übergang von einem Persönlichkeitsstil in die entsprechende Persönlichkeitsstörung verursacht, ist erhöht, wenn Affekte meist ohne kognitive Überformung bleiben (d.h., wenn sie nicht zu Emotionen werden). Die kognitive Überformung bietet nämlich die Möglichkeit, die Intensität und die Generalisierung von Affekten zu reduzieren." (*Kuhl, 2001, S. 123).

Der PSI-Theorie ist mit der Annahme vereinbar, dass Emotionen spezifische Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten haben können, jedoch stehen im Zentrum der Theorie die Wirkungen positiver und negativer Affekte unabhängig davon, in welche spezifischeren Emotionen sie sich noch ausdifferenzieren.

2.3.3.1 Dissoziation von Belohnungs- und Bestrafungsaffekten: Die beiden Systeme, die Belohnungs- bzw. Bestrafungswirkungen vermitteln, können gemäß der PSI-Theorie funktional, d.h. aufgrund ihrer Auswirkungen deutlich separiert werden. Die unterschiedlichen Auswirkungen beiden Affektvarianten werden in den ersten zwei Modulationsannahmen beschrieben.

Einer Dämpfung des Belohnungssystems (niedriger positiven Affekt) ist nicht gleichbedeutend mit einer Aktivierung des Bestrafungssystems (hohem negativem Affekt). Niedriger positiver Affekt hemmt die Umsetzung schwieriger Absichten, während hoher negativer Affekt den Einfluss impliziter Wissensnetzwerke auf unstimmigkeitsmeldende Empfindungen beeinträchtigt. Beide Affektvarianten können sich auch in Form der Auslösebedingungen unterscheiden. Niedriger positiver Affekt wird durch Frustration (d.h. Verlust positiver Anreize) ausgelöst, signalisiert Kontrollverlust, also das Nichterlangen einer erwarteten Belohnung (Frustration) oder die Belastung (des Absichtsgedächtnisses) mit subjektiv schwierig zu realisierenden Zielen. Negativer Affekt wird durch Bedrohung ausgelöst und signalisiert das Eintreten eines unerwarteten oder selbstinkompatiblen („ungewollten") aversiven Ereignisses (Verlust der Vorhersagbarkeit).

Auch im Selbsterleben sind beide Affektvarianten unterscheidbar: niedriger positiver Affekt sollte mit realistischen Einschätzungen der aktuellen Kontrolle, aber überhöhten (pessimistischen) Einschätzungen negativer Affekte verbunden sein, während negativer Affekt (wenn er nicht mit reduziertem positiven verbunden ist) besonders durch eine erhöhte Sensibilität für Abweichungen vom Erwarteten oder Gewollten charakterisiert sein sollte.

Die Begriffe positive und negative Emotionalität stimmen nicht immer mit dem aus dem Selbsterleben Sprachgebrauch überein: Positive Affekte sind solche, welche eines Objekts oder einer Handlungsoption indiziert, die sich in der Bahnung eines entsprechenden Aufsuchungsverhalten äußern. In diesem Sinne kann z.B. auch Ärger eine positive Emotion sein, wenn er sich entsprechend verhaltensbahnende auswirkt. Negative Emotionen sind dagegen durch ihre volitions- und verhaltenshemmende Funktion definiert. Das bedeutet, daß in der PSI-Theorie z.B. eine positive, verhaltensbahnende und eine negative, volitions- und verhaltenshemmende Form von Angst unterschieden werden.

***2.3.3.2 Vier Formen der Verhaltensenergetisierung*:** Vier verhaltensbahnende Wege im System werden differenziert. Im Folgenden werden sie und ihrer persönlichkeitspsychologische Bedeutung beschrieben:

(1) *Temperamentsbedingte Verhaltensenergetisierung:* Allgemeine motorische Aktivierung durch das Temperamentsystem (T+), die durch die opportunistische Einspassungscharakteristik gekennzeichnet ist: in jeder Situation wird neu bestimmt, welche Verhaltensweisen auf welche Reize maximalen Befriedigungswert versprechen.

(2) Eine *anreizbasierte Verhaltensenergetisierung:* In diesem Fall wird die Verhaltensbahnung durch die Anreizqualitäten vermittelt, die relativ überdauernd (in festen Verbindungen) mit konkreten Objektrepräsentationen assoziiert sind.

(3) *Volitionsenergetisierung oder „Initiative":* Die „willentliche Verhaltensbahnung", die unabhängig von der Anreizmotivation wirken kann, ist eine komplexe Form der Verhaltensbahnung, in der Steuerung aufgrund expliziter Ziele und/oder impliziter Selbstrepräsentationen (vgl. die Explikation der Begriffe Selbstkontrolle und Selbstregulation) zu sehen ist.

(4) Die *anreizunabhängige, reizgesteuerte, gewohnheitsgesteuerte Verhaltensbahnung*: Hier reicht es aus, dass eine Operation aufgrund früherer Erfahrung eine instrumentelle Assoziation mit einem Ziel aufweist. Das Verhalten wird in erster Linie von festen Gewohnheiten bestimmt: Je stärker eine Gewohnheit herausgebildet ist, desto unabhängiger wird die Ausführung von der (momentanen oder überdauernden) Anreizqualitäten der Handlung bzw. des relevanten Objekts.

2.3.3.3 ***Die motivationaler Basis positiver und negativer Affekte:*** In Übereinstimmung mit vielen Motivationstheorien wird in der PSI-Theorie postuliert, dass Affekte als Folge der Veränderungen in der Bedürfnisbefriedigungsbilanz entstehen. *Bedürfnisse* lösen je nach ihrem Befriedigungsschicksal positive und negative Affekte aus. Im einfachsten Fall führt eine Verringerung der Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Wert zu positivem Affekt, während eine überkritische Vergrößerung dieser Diskrepanz zu negativem Affekt führt (vgl. Atkinson, 1958; Heckhausen, 1989;; McClelland, 1985, Kuhl, 2001, Kap. 10).

Bedürfnisse sind prä-affektive Zustände und sind im Grunde sogar *elementarer* als alle bisher elaborierten Systemebenen. Es gibt sie bereits, bevor das System Affekte generiert, die die Bedürfnisrelevanz eines Objekts oder einer Situation anzeigen. Bedürfnisse gibt es, bevor Verhaltensroutinen entwickelt werden, die das Aufsuchen oder Vermeiden bedürfnisrelevanter Objekte ermöglichen sollen. Das Zusammenspiel der psychischen Systeme, das die Persönlichkeit eines Menschen ausmacht, wird über Affekte gesteuert, die ihrerseits von dem Befriedigungszustand von Bedürfnissen und der Annäherung an bzw. dem Verfehlen von Zielen bestimmt sind (Kuhl, 2001).

2.3.4 EBENE 5: MOTIVE

Motive sind – im Unterschied zu Bedürfnissen – postaffektiven Zustände. Sie sind implizite, kognitiv-emotionale Repräsentationen von Erfahrungen, die im Verlauf des Lebens im Zusammenhang mit der Bedürfnisbefriedigungsversuchen gemacht wurden. Diese Repräsentationenenthalten vor allem die in verschiedenen Situationen ausprobierten Handlungsoptionen und ihre Folgen, einschließlich der entsprechenden positiven oder negativen emotionalen Komponenten. Motive bilden die Wissensbasis zur intelligenten, kontextangemessenen und sozialverträglichen Befriedigung eigener Bedürfnisse und können als eine Teilmenge des integrierten Selbst aufgefasst werden.

Ein *Motiv* ist gekennzeichnet durch die *Vernetzung* der Repräsentationen von (1) Bedürfnissen, (2) relevanten Objekten und Handlungsmöglichkeiten, (3)Affekten, die Bedürfnisrelevanzen aufzeigen (Anreize) und den Organismus für die zu erwartenden Handlungskategorien vorbereiten (z.B. Flucht versus Kampf) und (4) Aktivierungs- bzw. Erregungswirkungen (Kuhl, 2001, S. 532).

Die motivationspsychologiche Forschung hat sich besonders auf drei Basismotive konzentriert: *Anschluss (Affiliation), Macht und Leistung*. Beim *Anschlussmotiv* geht es gemäß der klassischen Definition um das „Bilden, Beibehalten oder Wiederherstellen einer positiven affektiven Beziehung mit einer oder mehreren anderen Person(en)" (Atkinson, Heyns & Veroff, 1954; S. 406). Das *Machtmotiv* lässt sich als eine Disposition beschreiben, „das eigene Verhalten auf Befriedigung hin auszurichten, die von dem Ausmaß abhängen, in dem man Kontrolle über Mittel erlangt, mit denen man andere Menschen beeinflussen kann" (Veroff, 1957). Das *Leistungsmotiv* ist durch das Bestreben gekennzeichnet, „die eigene Tüchtigkeit in Auseinandersetzung mit einem Gütermaßstab unter Beweis stellen" (McClelland et al., 1953, S.111).

Motive haben eine Funktion bei der Bildung von Konfigurationen zwischen den verschiedenen Systemebenen. Diese Systemkonfigurierenden Funktionen sind für die Psychologie der Persönlichkeit besonders wichtig: *„Wenn Motive ihre Aufgaben optimal realisieren sollen, dann müssten sie auch in der Lage sein, die verschiedenen Subsysteme so zu konfigurieren, dass die Befriedigungschancen für das jeweilige Motiv maximiert werden."* (Kuhl, 2001, S. 552).

Die PSI-Theorie geht davon aus, dass die Umsetzung von Motiven durch Affekte moduliert wird, und zwar durch den Einfluss, den Affekte auf die Aktivierung der für die Umsetzung wichtigen kognitiven Systeme ausüben (Modulationsannahmen).

Es werden *unterschiedliche Systemkonfigurationen*, mit denen sich jedes Motiv verbinden kann, differenziert. Diese Systemkonfigurationen werden als *unterschiedliche Formen der Motivumsetzung* interpretiert, die je nach den vorherrschenden Bedingungen mehr oder weniger adaptativ sein können. In anderen Wörtern gibt es adaptive und weniger adaptive Verbindungen von Motiven und kognitiven Hauptfunktionen. In folgende sind dargestellt die vier Makrosysteme und die adaptiv oder wenig adaptiv Funktion von jeder bezüglich jeder der drei Basismotive:

Fühlen (EG): „Fühlen" ist *adaptiv für alle Motive*, besonders aber für das Machtmotiv. Das„Fühlsystems" (vgl. EG und Selbstsystem) ermöglicht einen kreativen Umgang mit der Umsetzung des jeweiligen Bedürfnisses: Bei Misserfolgen fällt einem gleich eine Alternative ein bzw. man ersetzt das Ziel durch ein anderes (möglichst ähnliches). Fühlen ermöglicht Flexibilität der Umsetzung und aktive Bewältigung der mit Herausforderungen verbundenen negativen Gefühle (z.B. Unsicherheit).

Intuieren (IVS): Intuieren ist besonders adaptiv für die Umsetzung des Bedürfnisses nach Anschluss (für den spontanen Austausch mit anderen Menschen braucht man intuitive Programme der emotionalen Ansteckung, des Blickverhaltens u.v.m.).

Denken (IG): Die Denkfunktion ist maladaptiv im Bereich Anschluss; adaptiv im Bereich Leistung und evtl. Macht, also überall da, wo strategisches, planerisches Vorgehen indiziert ist.

Empfinden (OES): *Empfinden ist für kein Motiv besonders adaptiv*, da diese Funktion die Perseveration negativer Gefühle erfasst, die nicht durch das Fühlen integriert werden können. Wenn die Sensibilität für negativen Affekt sehr hoch ist, verbinden sich Motive mit der kognitiven Funktion

des *Empfindens* („unstimmigkeitssensible Objekterkennung"). Das Empfinden ist wie erwähnt gemäß der PSI-Theorie mit einem *"diskrepanz- und konfliktsensitiven" Aufmerksamkeitssystem* verbunden: Unstimmigkeiten werden besonders stark beachtet und können u.U. gar nicht mehr ausgeblendet werden. Wenn diese Form der diskrepanzzentrierten Fokussierung auf Einzelobjekte stark mit einem Motiv verbunden ist, wird mit einer *Beeinträchtigung der Bedürfnisbefriedigung* gerechnet, weil die Beteiligung hochinferenter Systeme an der Bedürfnisbefriedigung abgeschwächt ist.

Mithilfe des OMT und des MUT (siehe Kapitel Fragebogen) können diese Differenzierungen der Messung zugänglich gemacht werden. Auf der *Fragebogenebene* (MUT) wird die Motivanbindung an das Empfinden durch die Antizipation negativer (d.h. erwartungsdiskrepanter) Ergebnisse und durch die verhaltenshemmende Wirkung negativer Affekte erfasst. Sie wird durch den Kennwert der MUT-Skala diskrepanzsensibles „Empfinden" operationalisiert werden**.** ***Bedürfnisfrustration*** *ist eine zentrale Prädiktorvariable in Teil I der vorliegenden Arbeit. Sie wird als Summenwert der drei Bedürfnis-Empfinden Skalen (siehe Kapitel Fragebogen) des MUT berechnet, was mit der gesagte begründet ist.*

Eine zentrale Annahme der PSI-Theorie besagt, dass psychische Systeme sich je nach situativen Anforderungen immer wieder neue konfigurieren. Wie bereits erwähnt, verlangen verschiedene soziale Basisbedürfnisse unterschiedliche Systemkonfigurationen. Affektive und kognitive Einseitigkeiten, wie bei den Persönlichkeitsstörungen angenommen wird, können zu Schwierigkeiten bei der Befriedigung verschiedener Bedürfnisse führen. Eine Person kann sich in ihrem Verhalten und in ihrer Selbstwahrnehmung zunehmend von ihren eigenen Bedürfnissen (d.h. dem Selbst) entfernen, wenn sie nicht gelernt hat, flexibel zu den jeweils passenden Systemkonfigurationen umzuschalten, sobald ein neues Bedürfnis auftaucht.

Die Beziehung zwischen Bedürfnis und Motiv ist analog zu der erwähnten von Affekt und Emotion: „*Fehlanpassungen bis hin zu* ***Persönlichkeitsstörungen*** *können auch dadurch entstehen, dass Bedürfnisse nicht zu Motiven werden, so dass Bedürfnisbefriedigung auf eine Weise erfolgt, die nicht den umfassenden (Selbst-) Erfahrungskontext der Person berücksichtigt, der auf der Ebene der Motive zur Verfügung steht"* (Kuhl, 2001, S. 124). Gemeinsam zu alle Persönlichkeitsstörungen ist die Einseitigkeit des Umgangs mit den eigenen Bedürfnissen, so dass die aktuelle Systemkonfiguration oft gar nicht zu der vorgefundenen Situation oder den eigenen Bedürfnissen passt. Die unterschiedlichen Systemkonfigurationen die für die Bedürfnisbefriedigung eingesetzt werden können, hängen von frühkindlichen Erfahrungen ab. Einseitigkeiten können dadurch entstehen, wenn mit den sozialen Basisbedürfnissen (Beziehung, Leistung, Autonomie) in der frühen Kindheit „atypische" Erfahrungen verknüpft sind, wenn Belastungen häufig im Zusammenhang mit der Befriedigung elementarer Bedürfnisse stehen (Kuhl, 2001, S. 864).

2.3.5 EBENE 7: SELBSTSTEUERUNGSFUNKTIONEN

Diese Ebene ist der Ebene der zentralen Koordinationsprozesse alle anderen Systeme. Im Folgenden werden die wichtigsten Begriffen dieser Systemebene beschrieben.

2.3.5.1 Bewusstsein und Wille: Mit den Begriffen *Bewusstsein und Wille* wird die höchste Integrationsstufe des Wahrnehmens und Erlebens (Bewusstsein) bzw. des Handelns (Wille) bezeichnet. Der Willensbegriff wird in der PSI-Theorie nicht auf symbolisch-analytisch, sprachnahe Repräsentationen reduziert, sondern es werden (ähnlich wie bei Jung) verschiedene Formen (bewusste und unbewusste) von Bewusstsein unterscheiden. Der Willensbegriff wird mit der dominanten kognitiven Funktion assoziiert: abhängig davon, welches kognitive System dominiert ergeben sich ganz *unterschiedliche Willensformen*: (1) bei Dominanz der Fühlfunktion die *Selbstregulation*, (2) bei Dominanz der Denkfunktion die *Selbstkontrolle*, und (3) bei Dominanz der elementare Funktionen die *Selbstorganisation*. Die nicht voll explizierbaren Willensprozesse lassen sich mit einer besonderen Form des Bewusstseins verbinden. Diese Erlebnisform wird mit den Begriffen *Selbst* oder *Identität* bezeichnet (z.B. Baars, 1988; Neisser, 1988).

2.3.5.2 Selbst: Mit dem Begriff Selbst wird in der PSI-Theorie das kohärente und integrierte Selbst bezeichnet: *„eine hochinferente, holistische Form der impliziten Repräsentationen eigener Bedürfnisse, Werte, Affekte und anderen Selbstrepräsentationen. Das Selbst integriert viele einzelne Selbstaspekte und macht bei jeder Aktivierung („Selbstwahrnehmung") simultan für die Steuerung kognitiver Prozesse, des emotionalen Erlebens und des zielgerichteten Verhaltens diese Aspekte verfügbar."*(Kuhl, 2001, S. 132). Das „integrierten Selbst" bildet sich aufgrund konkreter Erfahrungen und ist stark mit den erlebten Bedürfnissen, Gefühlen und Körperempfindungen vernetzt.

Das Erfühlen eigener Zuständen lässt sich mit den Begriffen ***„Selbstwahrnehmung"*** und ***„Selbstaufmerksamkeit"*** beschreiben. Sobald das Selbstsystem aktiviert wird (durch eine Anregung des Selbstwahrnehmung) werden Rückmeldungen mit dem im Selbst integrierten persönlichen Standards verglichen, so dass notwendige emotionale, körperliche und Verhaltensprozesse korrigiert bzw. reguliert werden können (Kuhl, 2001).

2.3.5.3 Selbst versus Selbstkonzept: Das ***„integrierte Selbst"*** wird in der PSI-Theorie vom Selbstkonzept (bzw. dem „Ich") unterschieden. Unter dem Selbstkonzept wird eine bewusstseinsnahe, sprachnahe, symbolisch-analytische Repräsentation verschiedener Selbstaspekte verstanden. Anders ausgedrückt beinhaltet das Selbstkonzept verbal-analytische Hypothesen über Einzelaspekte des integrierten Selbst. Die Unterscheidung zwischen dem Ich und dem Selbst entspricht der Unterscheidung zwischen dem Selbst als Objekt und dem Selbst als Subjekt (William James, 1911). Das *Selbst als Objekt* (Selbstkonzept) bezeichnet das Bild, das sich eine Person „von sich selbst" macht. Mit dem *Selbst als Subjekt* meinte James „das, was in einem gegebenen Augenblick bewusst ist", also das Selbst als Subjekt des Wissens (und Handelns).

Das integrierte Selbst ist durch ein implizites symbolisches Repräsentationsformat gekennzeichnet, während das Selbstkonzept durch explizites, analytisches und sprachnahes Repräsentationsformat gekennzeichnet ist. Selbstkonzepte sind in der PSI-Theorie der Denkfunktion und dem Intentionsgedächtnis zuzuordnen, deren explizites Repräsentationsformat stärker der sequentiell-analytischen Spezialisierung der linken Hemisphäre entspricht. Das gilt natürlich auch für Selbstkonzepte, die sich auf eigene Selbststeuerungskompetenzen beziehen, wie z.B. Fähigkeitskonzepte (Krampen, 1980), Optimismus (Scheier & Carver, 1992; Seligman, 1991), Kausalattributionen (Peterson et al., 1988; Weiner, 1974) oder Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977b).

Das integrierte Selbstsystem ist der Fühlfunktion und dem Extensionsgedächtnis zuzuordnen, die stärker der holistischen Verarbeitung der rechten Hemisphäre entsprechen. So treffen alle beschriebenen Funktionsmerkmale des Extensionsgedächtnisses auch auf das Selbstsystem zu (ganzheitlich-parallele Informationsverarbeitung, die enge Vernetzung mit emotionalen Prozessen des autonomen Nervensystems, die enorme Integrationsleistung in der Repräsentation von *Konfigurationswissen*).

Gemäß den *Modulationsannahmen* der PSI-Theorie wird der Zugang zum impliziten Selbst durch positiven und herabregulierten negativen Affekt gebahnt, während der Zugang zum bewussten Ich („Selbstkonzept“) durch negativen Affekt und durch gehemmten positiven Affekt gebahnt wird. Die Diskrepanzen zwischen dem kohärenten, implizierten Selbst und dem Selbstkonzept können zu vielen Problemen mit dem sozialen Umfeld bzw. der eigenen Persönlichkeit führen.

Auch in der anderen zwei Makrosysteme (IVS und OES) sind Selbstrepräsentationen möglich: elementare, kontextsensitive und handlungsleitende im intuitiven Verhaltenssteuerungssystem, dagegen elementare und kategorial abstrahierte im Objekterkennungssystem. Die hochintegrierten Selbstrepräsentationen sind auf der Ebene des Fühlens zu lokalisieren.

2.3.5.4 Selbstkomplexität: Wie erwähnt wird die Entwicklung des Selbst durch die *kontinuierliche Integration neuer Selbsterfahrungen* in bestehende Selbstrepräsentationen beschrieben. Ein *differenziertes Selbstsystem* ist ein solches, das sowohl positive als auch negative Aspekte selbstrelevanter Gegenstände integrieren kann. Den Entwicklungsgrad des Selbstsystems müsste man also dadurch messen können, dass man prüft, wie oft eine Person zwischen positiven und negativen Seiten pendelt, wenn sie ein selbstrelevantes Objekt beschreibt. Ein solches Maß wurde in einer Untersuchung (Showers & Kling, 1996) erhoben. In dieser Arbeit wurde die Hypothese überprüft, dass differenzierte Selbstrepräsentationen *(integrated organization of self)* die Bewältigung einer negativen Stimmung anders beeinflussen als fragmentierte Selbstrepräsentationen (*compartmentalized self).* Ein anderes Indiz für die Existenz eines differenzierten Selbstsystems ist die Komplexität von Selbstrepräsentationen (Linville, 1987).

Der Begriff ***„Selbstbewusstsein”*** beschreibt das Ausmaß, in dem die hochintegrierte Erfahrungswissen über eigene Zustände und Prozesse an der Modulation elementarer Wahrnehmungen und emotionaler Erlebnisse beteiligt ist (top-down). In dem Maße, wie hoch differenzierte

Selbstschemata die Selektion und Interpretation der Wahrnehmung und des Erlebens steuern, werden wiederholte Erfahrungen soweit wie möglich konsistent interpretiert und mit denselben sinnverleihenden Wertstrukturen und anderen Selbstaspekten verknüpft. Die hochinferenten, kohärenten Erlebnis und das Wissen über eigene Kompetenzen des Selbst („Selbstbewusstsein") gibt einer Person das Gefühl für die eigene Identität und Sinnhaftigkeit (d.h. *„ein starkes Selbst"*).

Die Entwicklung einer kohärenten Identität ist für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung. Antonovsky (1987, 1997) hat die zentrale Bedeutung des Erlebens von Kohärenz und Lebenssinn für die Aufrechterhaltung der psychischen und körperlichen Gesundheit nachgewiesen.

Die ***Selbstverwirklichung*** hängt unter anderem davon ab, wie stark die verschiedenen Formen der Selbststeuerung (Selbstregulation, Selbstkontrolle u.a) entwickelt und differenziert sind. Entwicklung bzw. Differenziertheit der Selbststeuerung hängt also mit der Differenziertheit bzw. Entwicklung des Selbst eng zusammen.

2.3.5.5 Stufen im Prozess der Internalisierung der Ziele mit dem Selbst: Mit dem Begriff ***Selbstbestimmung*** im engeren Sinne wird die Fähigkeit und Neigung einer Person beschrieben, anstehende Ziele und Tätigkeiten auf ihre Kompatibilität mit dem integrierten Selbst zu prüfen. Die Selbstbestimmung, die auf den Leistungen des Selbstsystems beruht, umfasst die Fähigkeit, eigene Wünsche und Werte überhaupt wahrzunehmen und entsprechende *selbstkongruente* Ziele zu bilden, d.h. Ziele, mit denen man sich weitgehend identifizieren und für die man frei und ohne Druck entscheiden kann.

Die Überprüfung der Passung (Kompatibilität) zwischen den eigenen (selbstkongruenten) und fremden Zielen, die als ***Selbstkompatilitätsprüfung*** bezeichnet wird, zeigt, ob und wie weit ein Ziel in das „Selbst" integriert werden kann.

Nach Kuhl & Kazén (1994a) lassen sich im Prozess der Internalisierung eines Zieles in das Selbst mindestens sechs verschiedene, voreinander unabhängige Stufen unterscheiden. Diese Stufen zeigen keine chronologischen Internalisierungsverlauf an, sondern ob und mit welchem Ergebnis eine Selbstkompatibilitätsprüfung stattgefunden hat:

(1) ***Ignoranz*** bezeichnet eine Stufe, bei der keine internale Repräsentation sozialer (fremder) Erwartungen oder Ziele vorliegt.

(2) ***Ablehnung*** stellt eine Stufe im Prozess der Internalisierung dar, bei der internale Repräsentationen sozialer Erwartungen vorliegen mit dem Entschluss, sich nicht nach ihnen zu richten.

(3) ***„Informierte" Introjektion*** bezeichnet eine bewusste Übernahme fremder Ziele, d.h. eine Internalisierung sozialer Erwartungen, mit der Entscheidung, sich danach zu verhalten, obwohl sie nicht in das Selbst passen.

(4) Mit ***„Fehlinformierte" Introjektion*** oder ***Infiltration*** ist gemeint, dass die Erwartungen anderer als selbstkompatibel *wahrgenommen* werden, obwohl sie tatsächlich nicht zum Selbst, d.h. zu den eigenen Wünschen und Bedürfnissen passen.

(5) ***Identifikation*** beschreibt eine Stufe, bei der die sozialen Erwartungen in einen kontextspezifischen Teil des Selbst integriert sind.

(6) ***Integration*** bezeichnet internalisierte soziale (fremde) Erwartungen, die in die meisten Teile des Selbst integriert sind. Integration bedeutet, dass die Aktivität durch viele Werte, Überzeugungen und andere Selbstaspekte unterstützt wird.

2.3.5.6 Selbststeuerung: Dieser Begriff wird in der funktionsanalytischen Annäherung definiert als die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, eigene Ziele zu bilden, und sie gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen (Kuhl, 1983, 1998, 2001). Diese Fähigkeit beinhaltet, dass bei der Zielbildung die inneren persönlichen Bedürfnisse, Gefühle und Werte berücksichtigt werden (vgl. Deci & Ryan, 1991). Selbststeuerung bedeutet auch die Fähigkeit, sich mit eigenen Zielen zu identifizieren.

Andererseits ist es wichtig, sich bewusst mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, um eigene Ziele nicht aufgeben zu müssen, sondern sie durchzusetzen. Die Auseinandersetzung ist in diesem Sinne kein „egoistischer" Handlungsversuch (anderen zu schaden oder im Endeffekt sich selbst zu beeinträchtigen). Sie erfordert eine Umsetzung eigener Ziele gegen äußere Hindernisse (Stresssituationen, Lebensveränderungen u.a.) oder innere Schwierigkeiten (Versuchungen widerstehen, Unlust überwinden, aus Fehlern lernen etc...).

Die Selbststeuerung ist direkt an der Entstehung des Erlebens und Verhaltens beteiligt, und dies unterscheidet die vielen volitional vermittelten von den nicht volitional vermittelten Prozessen. Die Funktion der Selbststeuerung gleicht der einer *„Steuerzentrale"*, welche die Informationen aus allen erlebnis- und verhaltensrelevanten Bereichen der Psyche integriert (z.B. über die vorhandene und notwendige Aktivierung, über emotionale Unterstützung eines Zieles, über verschiedene Wege der Zielerreichung, über frühere Erfahrungen etc.) und die auf alle relevanten Funktionsbereiche Einfluss nimmt, um die Bildung und Umsetzung zentral repräsentierter, selbstkongruenter Ziele zu gewährleisten (Kuhl, 2001).

> „*Mit dem Begriff der Selbststeuerung sind Funktionen gemeint, die vom präfrontalen Cortex unterstützt werden, der heute als eine Art Steuerzentrale betrachtet wird. Die zentrale Steuerung kann den Zustand vieler psychischer Systeme verändern, also ohne Unterstützung von außen die Stimmung aufhellen."* (Kuhl, 2001, S. 991).

Der Begriff Selbststeuerung bezeichnet verschiedene Fähigkeiten im Umgang mit positiven oder negativen Gefühlen. So lässt die Selbststeuerung sich in zahlreiche Einzelfunktionen aufteilen. Auf einer ersten „groben" Stufe sind ***zwei Formen der Selbststeuerung zu unterscheiden***: Selbstregulation (Selbstbehauptung) und die Selbstkontrolle (Zielkonkretisierung). Im Folgenden wird jede diese beiden Modi der Selbststeuerung kurz beschrieben. In Abschnitt 2.6 werden sie weiter ausgeführt.

Die ***Selbstregulation*** ist mit der Bildung und dem Aufrechterhalten selbstkongruenter Ziele verbunden und lässt sich mit einer Art „innerer Demokratie“ vergleichen (bei der Zielbildung werden möglichst viele innere „Stimmen“ berücksichtigt, d.h. Gefühle, Präferenzen, Einstellungen, Wissensbestände, Deutungsmöglichkeiten). Es geht dabei um eine Übereinstimmung der Ziele, die man verfolgt, mit Bedürfnissen und Werten, die man besitzt. Die ***Selbstkontrolle*** ist durch die kurzfristige Unterdrückung vieler selbstrelevanter Bedürfnisse, Gefühle und Interessen charakterisiert, um ein konkretes Ziel auch gegen mögliche attraktive und konkurrierende Bedürfnisse und Handlungsalternativen durchsetzen zu können (Kuhl, 1996a).

2.3.5.6.1 Selbstregulatorische Kompetenzen und selbstregulatorische Effizienz: Die bisher dargestellten Funktionen der Selbststeuerung lassen sich unter dem Begriff *selbstregulatorische Kompetenzen* zusammenfassen. Diese Kompetenzen sind notwendig für eine optimale Selbststeuerung, aber hinreichend sind sie nur dann, wenn sie auch unter Belastung effizient eingesetzt werden können. Die selbstregulatorischen Kompetenzen können noch so differenziert entwickelt sein, ob sie auch unter Belastung oder Stress zur Verfügung stehen, hängt davon ab, wie viel Belastung oder Stress eine Person kompensieren kann.

Die Selbststeuerungsfunktionen hingen von der *Wechselwirkung* zwischen dem Affektmodulationstyp (HOP bzw. HOM) und den situativen Variablen ab. Dabei stehen die *Prozesshaftigkeit* und *Dynamik im Vordergrund*. Der Begriff der Selbststeuerung bezeichnet nicht einen unverändlichen Zustand, der bei allen Personen und unter allen Bedingungen gleich ist, sondern eine Kompetenz, die aus vielen Unterfunktionen besteht, deren effizienter Einsatz von zusätzlichen Bedingungen, einschließlich situativer Faktoren abhängt und die bei verschiedenen Personen durch unterschiedliche Bündel von Unterfunktionen charakterisiert sein kann. Dies bedeutet, dass für verschiedene Personengruppen und Anforderungsbedingungen keine konstante Faktorenstruktur von Selbststeuerungsfunktionen zu erwarten ist (Fröhlich & Kuhl, 2003). Die Funktionen können sich bei verschiedenen Personen und in unterschiedlichen Situationen zu unterschiedlichen Zweckbedürfnissen konfigurieren, trotzdem sind verschiedene Funktionsbünde („Koalitionen von Selbststeuerungsfunktionen“) wahrscheinlicher als andere (Kuhl, 2001).

2.3.5.6.2 Situative Bedingungen der Selbststeuerung: Belastung und Bedrohung: Die in der Einführung getroffene Unterscheidung zwischen Belastung und Bedrohung hängt damit zusammen, welches der Systeme durch die Situation besonders beansprucht wird. *Belastung* wird demzufolge im Sinne einer Beanspruchung des Intentionsgedächtnisses mit einer Senkung des positiven Affekts interpretiert (Frustration, Unkontrollierbarkeit, „schwierige“ Aufgaben, die aus mehreren Handlungsschritten bestehen, Nichterreichen von Zielen oder Idealen). *Bedrohung* im Sinne einer Beanspruchung des Extensionsgedächtnisses aufgrund einer Erhöhung negativen Affekts (Gefahren, Unvorhersagbarkeit, plötzliche Veränderungen, selbstwertbedrohliche Aufgaben). Hier wird die gesprochene unterschiedliche Auswirkungen von einer Dämpfung des Belohnungssystems (niedriger

positiven Affekt) und einer Aktivierung des Bestrafungssystems. Theoriegemäß korreliert subjektive Belastung signifikant mit prospektiver Lageorientierung (LOP), während subjektive Bedrohung mit misserfolgsbezogener Lageorientierung (LOM) korreliert.

In dieser Arbeit werden diese beiden Stressfaktoren (Belastung und Bedrohung) mittels des Selbststeuerungs-Inventars (SSI-K) erfasst, und in Teil I als Prädiktoren für Symptomentstehung separat in den Analysen eingegeben. Da gemäß der Theorie Belastungen eher mit reduziertem positiven Affekt und Bedrohungen eher mit erhöhtem negativem Affekt assoziiert sind, werden unterschiedliche Effekte für diese Stressfaktoren erwartet. Weiterhin wird in Teil II der Arbeit analysiert, ob sich Personen mit der klinischen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung von Personen ohne diesbezügliche Diagnose, aber auch mit Achse-I-Symptomen (DSM-IV) hinsichtlich der erlebten Belastung und Bedrohung unterscheiden.

2.4 DIE SIEBEN MODULATIONSANNAHMEN

Die PSI-Theorie beschreibt den Einfluss die die *Aktivierung* eines Systems auf die *Energetisierung* der anderen Systeme hat. Von dem relativen Stärkeverhältnis der Aktivierung der vier kognitiven Makrosysteme hängt ab, wie stark jedes System an der Modulation des Verhaltens (linke Modellseite in Abb. 2.2) bzw. des Erlebens (rechte Modellseite in Abb. 2.2) beteiligt ist.

Gemäß der PSI-Theorie kann die Aktivierungsdynamik der vier kognitiven Systeme durch Stimmungen und Affekte moduliert werden. Diese Wirkung der Basisaffekte (Systemebene 3) auf die Interaktion zwischen den vier kognitiven Makrosystemen wird in den „Modulationsannahmen" beschrieben. Je nachdem, ob die vorliegende Stimmung positiv oder negativ ist und ob ein Affekt stark angeregt oder gehemmt ist, ist der Zugang zu den vier Systemen gebahnt oder gehemmt. Auch die *Temperamentskomponenten* (motorische Aktivierung und sensorische Erregung) haben einen modulatorische Einfluss auf die kognitive Systeme.

Abbildung 2.2 veranschaulicht die zentralen Annahmen (Modulationsannahmen) der PSI-Theorie. In der Abbildung werden die vier kognitiven Makrosysteme und affektive (positiver und negativer Affekt) sowie motivationale Systeme[5] (Belohnung und Bestrafung) in den mittleren Kästchen zusammengefasst. Die Pfeile beschreiben die gegenseitige Energetisierung (durchgezogene Pfeile) bzw. Hemmung (gestrichelte Pfeile) zwischen den Systemen.

Wichtig ist, dass die zentralen Modulationsannahmen der Theorie *nicht den Informationsaustausch* zwischen den einzelnen Systemen beschreiben, *sondern die dynamischen Beziehungen* zwischen den Systemen. Ein reziproker Austausch von Information wird zwischen allen Systemen vorausgesetzt. Die Aktivierungsdynamik hat wiederum Rückwirkungen auf den Informationsaustausch: Der Austausch zwischen einem hochinferenten System und seinem Partnersystem kann am besten funktionieren, wenn beide Systeme etwa gleich stark aktiviert sind (je

[5] Die affektiven und motivationalen Begriffe werden oft synonym verwendet, obwohl es eine empirische Frage ist, wie weit modulatorische Wirkung affektiver und motivationaler Systeme übereinstimmen.

mehr eines von beiden gehemmt ist, desto weniger kann es an einem Informationsaustausch teilnehmen).

Den Kern der PSI-Theorie bilden die ersten beiden von insgesamt sieben Modulationsannahmen. *Diese beiden Annahmen beschreiben nicht die Wirkung von Affekten auf die Makrosysteme, sondern die Auswirkung des* ***Affektwechsels*** *auf die Verstärkerung oder Abschwächung der Verbindung zwischen den Systemen*. Es handelt sich um Modulationsannahmen zweiter Ordnung, die implizit auf Modulationsannahmen erster Ordnung aufbauen.

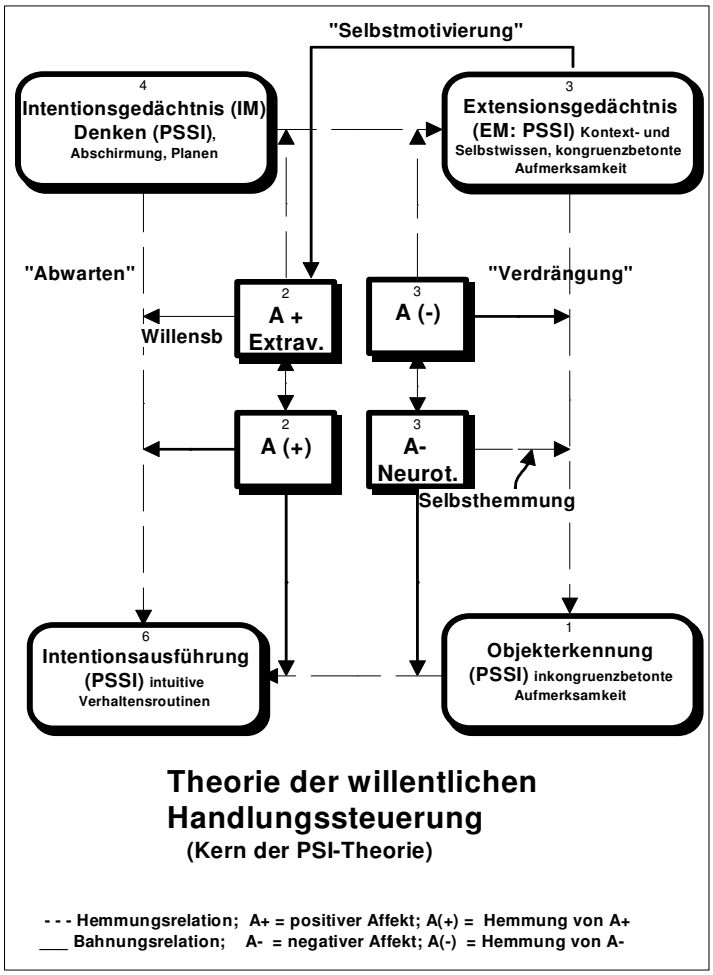


Abb. 2.2. Veranschaulicht die zentralen Annahmen (Modulationsannahmen) der PSI-Theorie. In der Abbildung werden die vier kognitiven Makrosysteme und affektive (positiver und negativer Affekt) sowie motivationale Systeme (Belohnung und Bestrafung) in den mittleren Kästchen zusammengefasst.

2.4.1 Basismodulationsannahmen (erster Ordnung): Diese Basismodulationsannahmen (erster Ordnung) lassen sich wie folgt explizieren:

„Positiver Affekt aktiviert die intuitive Verhaltenssteuerung, indirekt auch das Extensionsgedächtnis (besonders wenn durch den positiven Affekt negativer Affekt herabreguliert wird), während negativer Affekt die diskrepanzsensitive Objekterkennung bahnt, indirekt auch das Intentionsgedächtnis (besonders wenn der negative Affekt positiven Affekt hemmt).“(Kuhl, 2001, S.87)

Diese Modulationsannahmen können auch *reziprok* verstanden werden: Positiver Affekt bahnt nicht nur intuitive Verhaltensroutinen, sondern sollte auch umgekehrt durch die Ausführung intuitiver Programme intensiviert werden. Die Basismodulationsannahmen *beschreiben die unmittelbaren Auswirkungen von Affekten auf die Aktivierung einzelner Systeme (statt auf die Verbindung von Systemen).* Sie stehen nicht im Zentrum der PSI-Theorie, weil gemäß dieser Theorie die meisten persönlichkeitspsychologischen Phänomene die Interaktion zwischen mindestens zwei der vier psychischen Systeme erfordern. Die größere Bedeutung des Affektwechsels gegenüber affektiven Zuständen ist darin begründet.

2.4.2 Modulationsannahmen (zweiter Ordnung)

1. Modulationsannahme (Willensbahnung-Annahme): Diese Modulationsannahme betrifft den Antagonismus zwischen beide verhaltenssteuerenden Funktionen (IG und IVS) und beschreibt die Abhängigkeit dieser von der Ausprägung positiven Affekts (A+) und seiner Herabregulierung [A(+)] :

Die Hemmung positiven Affekts aktiviert das Intentionsgedächtnis mit dem beteiligten analytischen Denken und hemmt seine Verbindung mit der intuitiven Verhaltenssteuerung., während die Aufhebung dieser Hemmung durch fremd – oder selbstgenerierten positiven Affekt (d.h. durch Selbstmotivierung) das Intentionsgedächtnis mit dem intuitiven Ausführungssystem verbindet, sodass „Gewolltes" ausgeführt werden kann („Willensbahnung").

Durch diese Annahme werden die *Prozesse der Ausführungshemmung und ihrer Auflösung durch positiven Affekt* beschrieben. Wie bereits erwähnt, sorgt das Intentionsgedächtnis dafür, dass man ein Ziel oder eine Absicht nicht aus den Augen verliert, wenn Schwierigkeiten auftauchen und ein Problem gelöst werden muss. In solchen Situationen ist typischerweise der positive Affekt gehemmt (man freut sich ja normalerweise nicht besonders, wenn sich ein Ziel nicht realisieren lässt). Sobald das Problem gelöst ist und eine günstige Gelegenheit zum Handeln angetroffen wird, ist es wichtig, dass die mit der Aktivierung des Intentionsgedächtnisses vorhandene Hemmung des positiven Affektes wieder aufgehoben wird.

Eine *Erhöhung des positiven Affekts* (z.B. durch ein Erfolgserlebnis oder durch eine Persönlichkeistdisposition, die mit einer erhöhten Sensibilität für positiven Affekt verknüpft ist wie z.B. Extraversion, prospektive Handlungsorientierung oder das erfolgsorientierte Leistungsmotiv) hebt die Hemmung der Verbindung zwischen Absichtsgedächtnis und dem Ausführungssystem auf und sollte gemäß dieser Annahme besonders die Umsetzung *Selbstgewollten* Verhaltens bahnen (wenn vorher das Absichtsgedächtnis geladen wurde). Anders ausgedrückt: *Positiver Affekt fördert die Initiative, sodass Gewolltes ausgeführt werden kann*. Die in IG aktivierten Intentionen können umgesetzt werden, statt weiter elaboriert oder durch alternative Pläne ersetzt zu werden.

Gibt es keine externe Unterstützung (wie Hilfe oder Ermutigung), die den positiven Affekt wiederherstellt, und ist die Person auch nicht in der Lage, dieser Hemmung selbstgesteuert

(Selbstmotivierung) wieder aufzuheben (wie bei LOP), dann bleibt die Verbindung zwischen dem Absichtsgedächtnis und der intuitiven Verhaltenssteuerung gehemmt. In diesem Fall wird von *Willenshemmung* gesprochen, weil der „funktionale Ort" dieser Hemmung zwischen dem Absichtsgedächtnis (Gedächtnis für gewollte Handlungen) und der Ausführungshemmung liegt, so dass gerade Selbstgewolltes schwer umsetzbar ist, während fremde Instruktionen oder Gewohnheiten, die durch Außenreize ausgelöst werden, sogar verstärkt ausgeführt werden können. Eine starke Willenshemmung erklärt Alienationsphänomene und auch andere Phänomene wie z.B. das Aufschieben und „Vergessen" unerledigter Absichten bis hin zu einer Subform der klinischen Depression, die durch Passivität und Anhedonie gekennzeichnet ist. In Abschnitt 2.7 wird dieses Thema (Willenshemmung) weiter erläutert.

Wichtig ist, dass mit der 1. Modulationshypothese nur der Beitrag der Intuitive Verhaltenssteuerung („Operative Ebene") und des analytischen Denken an der Steuerung instrumentellen, anreizmotivierten und zielorientierten Verhaltens beschrieben wird. Die instrumentelle Verhaltenssteuerung beruht jedoch auf nur einem von mehreren verhaltensbahnenden Systemen (vgl. 4 Formen der Verhaltensbahnung, Abschnitt 2.3.3.2). So schließt es die erste Modulationsannahme aber nicht aus, dass „automatisierte" Verhaltensgewohnheiten unabhängig vom anreizbedingten Belohnungssystem ausgeführt werden, wenn die Auslöserreize oder die situativen Reize für eingeübte Verhaltensweisen vorhanden sind.

2. Modulationsannahme (Selbstbahnungs-Annahme): Die zweite Modulationsannahme beschreibt die Abhängigkeit der erlebnisseitigen Systeme (d.h. EG und OES) von der Ausprägung negativen Affekts und seiner Gegenregulierung und betrifft den Antagonismus zwischen Objekterkennungssystem (OES) und Extensionsgedächtnis (EG):

Negative Affekte hemmen den Einfluss des Extensionsgedächtnisses auf das Erleben und Verhalten und bahnen isolierte (oft unerwartete oder unerwünschte) Einzelempfindungen aus dem Objekterkennungssystem (z.B. ungewolltes Grübeln). Gehemmter („herabregulierter") negativer Affekt erleichtert dagegen den Zugang zum Extensionsgedächtnis durch Stärkerung der Hemmung zwischen Extensionsgedächtnis und Objekterkennungssystem, so dass die Vereinbarkeit neuer Erfahrungen mit dem Selbst extensiv geprüft werden, Ungewolltes gehemmt und Selbstkompatibles integriert werden kann.

Diese Modulationsannahme beschreibt die *Prozesse der Selbsthemmung bzw. Selbstaktivierung*. Negativer Affekt, die mit einer Intensivierung elementarer Wahrnehmungsleistungen (Objekterkennung) ist, hemmt des dämpfenden Einflusses des Selbstsystems (d.h. der Verdrängung) auf unerwartete und ungewollte Empfindungen und ermöglicht so, dass die bedürfnisdiskrepante Empfindung überhaupt wahrgenommen werden (z.B. die Unfreundlichkeit eines Kollegen oder ein eigenes, zum Selbstbild nicht passendes Gefühl oder Bedürfnis). Anderseits seine

Herabregulierung (z.B. durch Trost oder Selbstberuhigung) ermöglicht den Kontakt mit relevanten Selbststrukturen, von deren Inhalt es abhängt, ob die Empfindung immer weiter in das Selbstsystem integriert werden kann oder ob sie abgelehnt wird.

Die PSI-Theorie postuliert, dass diese zeitweilige Abschwächung der Beteiligung des Selbstsystems an der Handlungssteuerung in vielen Fällen notwendig und adaptativ ist, z.B. wenn eine akute Bedrohung vorliegt. In diesen Situationen ist die verstärkte Beachtung isolierter (d.h. nicht integrierter) Empfindungen oder „Objektrepräsentationen" adaptativ, da sie Gefahrenmomente bewusst macht. Anderseits wäre in diese Situationen die Ausführung von Reaktionen, die möglichst viele Selbstinteressen erfüllen, zu gefährlich. Nicht nur in Gefahrensituationen, sondern auch in sozialen Systemen kann eine Unterbindung eigener Interessen („Selbsthemmung") durchaus vorteilhaft sein. Ohne Selbsthemmung wurde das Selbstsystem neue Erfahrungen oder nicht hinreichend beachtend, sondern chronisch „verdrängen". Die zeitweilige Selbsthemmung ermöglicht, dass immer wieder neue Wahrnehmungen aus der Innen- oder Außenwelt (Selbstentwicklung) integriert werden können, was eine Voraussetzung für die Selbstentwicklung ist.

Viele Persönlichkeitsphänomene wie *Entfremdung* von eigenen Gefühlen (Kuhl & Beckman, 1994b), Verwechslung fremder mit eigenen Zielen (*Selbstinfiltration*, Kuhl & Kazén, 1994b), unkontrollierbares *Grübeln* (Klinger & Murphy, 1994), Identitätsverlust, Inkonsistenz oder gar Desintegration der Persönlichkeit können mit dieser 2. Modulationshypothese erklärt werden.

Übermäßiger negativer Affekt (d.h. negativer Affekt, der nicht herabreguliert werden kann) führt zu einer Überfunktion der Selbsthemmung, was zu einer chronische Alienation übergehen kann, d.h. in den dauerhaft blockierten Zugang zu integrierten Selbstrepräsentationen. Die Selbstwahrnehmung bleibt gehemmt und werden nur unwerbundene Einzelerfahrungen abgespeichert. Unbewältige negative Affekte hemmen den Selbstzugang, so dass die Integration von neuen Wahrnehmungen von Innen- und Außenwelt nicht möglicht ist. Diese Annahme erklärt z.B., warum nicht bewältigte traumatische Affekte die Entwicklung eines integrierten Selbstsystems behindern können: Einzelne Erfahrungen bleiben wegen der mangelnden Integration in übergeordnete Repräsentationen isoliert und können oft nicht einmal abgerufen werden, wenn sie relevant sind (sie bleiben von integrierten Selbstrepräsentationen „dissoziiert") (Kuhl, 2001). In Abschnitt 2.7 werde ich mich ausführlich mit der starken Selbsthemmung und ihre Folgen befassen, da diese im Hinblick auf das Thema der Arbeit (Teil I und II) relevant sind.

Diese beiden Modulationshypothesen ermöglichen, über die mit den einzelnen ***Persönlichkeitsstilen und –Störungen*** verbundenen affektiven Dispositionen die zu erwartenden Dominanzverhältnisse kognitiver Funktionen abzuleiten:

„Positive Affekte und Stimmungen (z.B. bei liebenswürdig bis histrionischer Stil) dämpfen das sequentiell-analytische Denken und bahnen die intuitive Verhaltenssteuerung (erste Modulationsannahme), während negative Affekte (z.B. bei selbstunsicheren und der abhängigen

Störung) das ganzheitliche Fühlen dämpfen und das Inkongruenz- und konfliktsensitive Empfinden bahnen (zweite Modulationsannahme)“ (Kuhl & Kazén, 1997, S. 25).

Die Anwendung dieser Modulationsannahmen ermöglicht es, die meisten Symptome von Persönlichkeitsstörungen abzuleiten.

Die beiden Modulationsannahmen lassen sich auch umkehren. Wegen ihrer besonderen Bedeutung wird eine Umkehrungsrelation in der ***3. Modulationsannahme (Ausführungshemmungs-Annahme)*** expliziert:

Die Aktivierung des Intentionsgedächtnis (z.B. durch Konfrontation mit einer schwierigen Aufgabe) führt zu einer Hemmung positiven Affekts und Dämpfung der Verbindung zwischen dem Absichtsgedächtnis und der IVS. Die Chronifizierung dieser Affektlage kann in eine mürrisch-enttäuschte oder gar in eine anhedonisch-depressive Stimmung übergehen.

Eine weitere wichtige Umkehrungsrelation ist in der ***4. Modulationsannahme*** beschrieben.

2.4.3 Selbstgesteuerte Affektregulation: Selbstberuhigung und Selbstmotivierungsannahmen

Der Begriff der Selbststeuerung bezeichnet einen aktiven Umgang mit positiven und negativen Gefühlen. Die wichtigen Kompetenzen der selbstgesteuerte Affektregulation (Heraufregulierung positiven Affekts bzw. Herabregulierung negativen Affekts) sind Selbstmotivierung und Selbstberuhigung.

Diese Selbststeuerungskompetenzen sind in der ***4. und 5. Modulationsannahmen*** beschrieben. Sie bezeichnen die Fähigkeit, den Verlust von positivem Affekt [A(+)] oder den Verlust von Gelassenheit [A(-)] zu kompensieren (Selbstberuhigung), ohne das diese Affektregulation von außen unterstützt wurde. Beide sind Funktionen des integrierten Selbst. Durch sie kann die Person die emotionsregulierenden Auswirkungen der Selbstaktivierung profitieren. Beide Phänomene werden auf einen Mechanismus zurückgeführt, der ein Beispiel für einen „unbewussten Willensprozess“ darstellt (selbstgesteuerte aber unbewusste Affektregulation).

Diese beiden Selbststeuerungskompetenzen werden durch die Aktivierung des Selbstsystems vermittelt und betreffen das, was vorher mit der *selbstgesteuerten Zweitreaktion* ausgesprochen wurde (vgl. das Konstrukt der Handlungs- versus Lageorientierung).

4. Modulationsannahme (Selbstberuhigungs-Annahme): *Die Aktivierung von Selbstrepräsentationen (oder anderer Anteile des Extensionsgedächtnisses) in bedrohlichen Situationen führt zu einer Herabregulierung negativen Affekts. Dieser Umstand ist eine Voraussetzung für die Integration neuer, d.h. vom Selbstsystem nicht vorhergesagter (unerwarteter, unerwünschter oder schmerzhafter) Erfahrungen in das Selbstsystem und damit für dessen Weiterentwicklung („persönliches Wachstum”).*

Diese Modulationsannahme beschreibt wie in bedrohlichen Situationen verloren gegangener positiver Affekt durch die Herabregulierung von negativem Affekt (sich beruhigen können) wiederhergestellt werden kann (vgl. das lerntheoretische Konzept der negativen Verstärkung).

Sie betrifft die *Umkehrungsrelation der Selbstbahnungsannahme*: die Aktivierung des Selbstsystems kann auch die Herabregulierung negativer Emotionalität unterstützen. Das Selbst kann durch kreative Beschäftigungen oder durch „Sinnstiftung" im Sinne eines Aufzeigens der persönlichen Bedeutung einer Tätigkeit aktiviert werden. Auf dieser „therapeutischen" Wirkung dieser Übungen bauen viele Trainings und Therapien auf. In Abb. 2.2 wird diese Annahme durch einen gestrichelten Pfeil angedeutet, der vom Extensionsgedächtnis ausgehend auf den Generator für negativen Affekt zeigt.

5. Modulationsannahme (Selbstmotivierungs-Annahme): *Die Aktivierung von Selbstrepräsentationen (oder anderer Anteile des Extensionsgedächtnisses) erhöht die Aktivierung positiven Affekts. Dadurch dass in diesem Fall willensbahnender, positiver Affekt durch die Aktivierung des Selbstsystems (z.B. durch Sinnstiftung) zustandekommt, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Handlungen gefunden und umgesetzt werden, die mit einer relativ großen Zahl von Selbstaspekten in Einklang stehen, statt Handlungen, die auf die Befriedigung einzelner Bedürfnisse oder Ziele oder auf die Erlangung isolierter Anreizobjekte ausgerichtet sind.*

Diese Modulationsannahme gilt in Situationen, die den positiven Affekt hemmen, z.B. nach Frustrationen, wiederholten Zielverfehlung, oder wenn große Schwierigkeiten zu bewältigen sind. In solchen Situationen kommt es auf die Fähigkeit der Selbststeuerung an, rasch wieder positiven Affekt zu rekrutieren (Selbstmotivierung) und selbstkongruente Handlungen umzusetzen.

Selbstmotivierungskompetenz (d.h. die Fähigkeit reduzierter positiver Affekt wieder heraufreguliert) wird in der PSI-Theorie als eine entscheidende Voraussetzung für Selbstbestimmung und intrinsische Motivation betrachten (Kuhl, 2001).

Einige ***Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen*** (z.B. die negativistische Persönlichkeitsstörung) können aufgrund einer niedrigen Fähigkeit zur Selbstmotivierung erklärt werden.

In Abb. 2.2 wird diese Annahme mit einem durchgezogenen Pfeil dargestellt, der vom Extensionsgedächtnis zum Generator für positiven Affekt A + zeigt.

***2.4.3.1 Selbstgesteuerte Affektregulation und Selbstbestimmung*:** Selbstmotivierung bzw. Selbstberuhigung eine positive Wirkung auf die Selbstbestimmung aus und umgekehrt: „*Die Mechanismen der Selbstmotivierung und Selbstberuhigung können als wesentliche „Motoren" der Selbstbestimmung angesehen werden, da sie es dem Individuum ermöglichen, bei zunächst unattraktiven Tätigkeiten positive Anreizmomente zu rekrutieren und bei negativen Anreizmomenten*

ruhig zu bleiben, wenn sich das Selbstsystem entschieden hat, die entsprechenden Ziele zu verfolgen." (Kuhl, 2001, S. 751).

Aber diese Mechanismen reichen nicht um selbstkongruente Ziele zu bilden. Zusätzlich soll die Person anstehende Ziele und Handlungen auf Selbstkompatibilität prüfen (*Selbstbestimmung*), und entsprechend dem Ergebnis dieser Prüfung sich für oder gegen ein Ziel oder eine Tätigkeit entscheidet (*Entscheidungskontrolle*). Andererseits bringt die Selbstkompatibilitätsprüfung und die darauf aufbauende Entscheidung wenig, wenn die Person nicht positiven Affekt selbstgesteuert aktivieren (*Selbstmotivierung*) kann oder und handlungshemmende Emotionen herabzuregulieren (*Selbstberuhigung*).

In Teil II dieser Arbeit wird untersucht, ob Personen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung eine Schwächung dieser Selbststeuerungskompentenzen (Selbstberuhigung, Selbstmotivierung, Selbstbestimmung) zeigen.

***2.4.3.2 Subkognitive und subvolitonale Formen der Affektregulation*:** Die Herabregulierung negatives Affekts bzw. Wiederherstellung positiven Affekts kann auch durch Mechanismen erfolgen, die keine Aktivierung des Selbstsystems erfordern. Sie beruhen auf *automatischen Mechanismen (konditionierte Affektwechsel)* die durch automatisierte Bewältigungsreaktionen vermittelt werden können (vgl. „Flucht in den positiven Affekt").

Diese Formen der subkognitiven und subvolitionalen (d.h. ohne Beteiligung des Selbstsystems erfolgende) Affektregulation reichen um reduzierten positiven Affekt wiederherzustellen, aber es reichen nicht aus, um negative Erlebnisse gründlich zu bewältigen, d.h. in den Bestand bisheriger Selbsterfahrungen zu integrieren. Persönliches Wachstum im Sinne einer zunehmenden Integration neuer Erfahrungen in das sich entwickelnde Selbstsystem setzt gemäß der 4. Modulationsannahme die Beteiligung des Selbstsystems an der Herabregulierung negativen Affekts voraus. Die stärkste und dauerhafteste Aktivierung positiver Affektlagen erfolgt durch eine selbstgesteuerte Aktivierung positiven (Selbstmotivierung) bzw. Herabregulierung negativen Affekts (Selbstberuhigung) wie es die 4. und 5 Modulationsannahmen erläutert.

Die *automatisierte Herabregulierung* verläuft in einem relativ *kurzen Zeitfenster*, während bei *selbstgesteuerten Affektwechsel*, mit einem *langsameren Affektwechsel* zu rechnen ist, so dass die Kommunikation antagonistischer Systeme von dem Affektwechsel so profitiert, wie es in den Modulationsannahmen postuliert wurde. Die Unterschiede zwischen selbstgesteuerter und automatischer Form der Verdrängung werden in den Abschnitt über Bewaltigungsformen weiter diskutiert.

2.4.4 Individuelle Unterschiede in der Fähigkeit zur selbstgesteuerten Affektregulation

Individuelle Unterschiede in der Fähigkeit zur *selbstgesteuerten* Affektregulation bei Beanspruchung werden in der PSI-Theorie mit dem ***Konstrukt der prospektiven Handlungs- versus Lageorientierung*** beschrieben (Kuhl, 1983a, 1998).

Diese Handlungskontrolldispositionen sollen durch eine unterschiedlich starke Beteiligung des „Selbst" an der Handlungssteuerung bzw. Affektregulation charakterisiert sein. Ein *wesentlicher Unterschied* zwischen Handlungs- und Lageorientierten besteht in der Fähigkeit zur selbstgesteuerten Emotionsregulation bei Beanspruchung: Handlungsorientierte regulieren ihre Emotionen (z.B. Angst, Hilflosigkeit) selbstgesteuert, Lageorientierte tun dies in geringerem Maße. Die Unterscheidung bezieht sich auf Handlungsbereitschaft vs. *lähmendes Grübeln*, wenn jemand mit Misserfolgen oder aversiven Ereignissen konfrontiert wird, und auf Handlungsbereitschaft vs. *Zögern*, wenn die Ausführung einer Absicht ansteht

Die Fähigkeit zur selbstgesteuerten Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung positiven (d.h. Ausführungsbahnenden) *Affekts,* wird mit dem Konstrukt der prospektiven Handlungs- versus Lageorientierung (**HOP vs. LOP**) beschrieben (Kuhl, 1983a, 1998), das durch die Pole *Zögern (LOP)* versus *Initiative (HOP)* markiert ist (Kuhl & Beckmann, 1994a).

Die Fähigkeit, negativen Affekt selbstgesteuert herabzuregulieren, wird durch das Konstrukt *Handlungs- versus Lageorientierung* nach Misserfolg (Ablösung versus Grübeln) beschrieben (**HOM vs. LOM**).

Prospektive Lageorientierung („Zögern", LOP) beruht auf der Schwierigkeit, Verluste von positivem Affekt, wie sie z.B. in schwierigen oder frustrierenden Situationen auftreten, ohne äußere Unterstützung (d.h. „selbstgesteuert") gegenzuregulieren (z.B. durch die Selbstmotivierung: s. Beckmann & Kuhl, 1984). Prospektiv lageorientierte Personen (LOP) sind charakterisiert durch ein Energiedefizit, das die Aufrechterhaltung und Durchführung ihrer Absichten verhindert, während Handlungsorientierte **(HOP)** durch die Fähigkeit der Selbstmotivierung gekennzeichnet werden, Absichten durchzusetzen.

Misserfolgsbezogene Lageorientierung („Grübeln", LOM) beruht auf der Schwierigkeit, Angst und andere negative Emotionen, die durch bedrohliche oder schmerzhafte Erfahrungen ausgelöst werden, ohne Unterstützung von außen herabzuregulieren, was z.B. an der Verringerung ungewollter Intrusionen operationalisierbar ist (Selbstberuhigung: z.B. Baumann,1999, Kuhl & Baumann, 2000; Kuhl & Helle, 1986). Personen mit einer hohen Lageorientierung nach Misserfolg **(LOM)** fokussieren ihre Aufmerksamkeit auf Einzelaspekte der eingetretenen Lage (Grübeln, Rumination), wobei eine passende Handlung oft nicht ausgeführt werden kann. Im Gegensatz dazu können Handlungsorientierte **(HOM)** sich mit einer bedrohlichen Situation auseinandersetzen, und dann die negativen Emotionen herabregulieren.

In Erweiterung des zentralen Vergleichs von verschiedenen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren in der Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung

werden in der vorliegenden Arbeit (***Teil I***) in einem zweiten Schritt diese Selbststeuerungsmechanismen (affektive Zweitreaktion) als Mediatoren überprüft.

In ***Teil II wird untersucht***, ob es Zusammenhänge zwischen Lage- vs. Handlungsorientierung (gemessen mit dem HAKEMP) und bestimmten Persönlichkeitsstörungen gibt. So wird z.B. untersucht ob Persönlichkeitsstörungen, die gemäß der PSI-Theorie mit erhöhter Bestrafungssensibilität (A-) assoziiert sind (selbstunsicher, zwanghaft, schizotypisch, abhängig, Borderline) mit erhöhten Kennwerten der Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) einhergehen oder nicht. Lageorientierung ist oft mit Persönlichkeitsstilen assoziiert, die durch eine dispositionelle Dämpfung der Verhaltensbahnung (niedrige Belohnungssensibilität) und einer hohen Bestrafungssensibilität gekennzeichnet sind, also mit dem selbstkritischen und loyalen Stilen bzw. den analogen selbstunsicheren und abhängigen Störungen.

Trotzt der Verbindung muss gerechnet werden, dass es um unterschiedliche Konstrukte sich handelt. Bei diesen Persönlichkeitsstilen handelt sich um erhöhte Sensibilität mit negativen Affekt zu reagieren, die sogar durchaus mit einer mittleren oder hohen Fähigkeit zur selbstgesteuerten Bewältigung negativen Affekts verbunden sein kann (d.h. mit Handlungsorientierung). Bei der Lageorientierung handelt sich um einer reduzierte Fähigkeit negative Affekte selbstgesteuert herabzuregulieren.

2.4.5 Die Entwicklung der selbstgesteuerten Affektregulation

Die Entwicklung der selbstgesteuerten Affektregulation (positiver bzw. negativer Affekte) wird in einer Entwicklungshypothese ***(„Systemkonditionierungs-Hypothese“)*** formuliert, die eine Verallgemeinerung des Prinzips des klassischen Konditionierens darstellt:

„Je häufiger in der frühen Kindheit auf die Aktivierung des Selbstsystems (z.B. Schreien als „Selbst-Ausdruck” einer negativen Befindlichkeit oder Blickkontakt als Selbst-Ausdruck eines positiven Interesses für ein Objekt) die Aktivierung subkognitiver affektregulierender Systeme (z.B. Beruhigung durch Streicheln bzw. Ermutigung durch Aufmerksamkeitszuwendung) folgt, und zwar in zeitlich und inhaltlich abgestimmter Weise, desto stärker wird die Verbindung zwischen dem Selbstsystem (im rechten präfrontalen Cortex) und dem betreffenden affektregulierenden System (limbischen System.“ (Kuhl, 2001, S. 185-186)

Für die Entwicklung der Selbststeuerung ist die *Kontinuität* des Prozesses von der primären Fremdregulation (Mutter-Kind-Interaktionen) zur Selbstregulation von großer Bedeutung. Gemäß diesem Systemkonditionierungsmodell sind, je abhängiger die früheren affektregulierenden Reaktionen der Interaktionspartner des Kindes von seinen Selbstäußerungen waren, desto mehr sollen affektive Zustände im späteren Alter flexibler und selbststeuerbar sein.

Das bedeutet, dass in späteren Entwicklungsphasen das Kind gute Selbststeuerungskompetenzen entwickeln kann (z.B. Selbstberuhigung bei Angst bzw.

Selbstmotivierung bei Frustration). Das Kind lernt von sich aus (d.h. selbstgesteuert) Bedürfnisse und Affekte zu regulieren, und wird später z.B. bei niedriger Motivation für eine Tätigkeit eine positive Unterstützung eines Interaktionspartners nicht mehr brauchen.

Erfährt jemand als Kind wenig Freude und Wärme, so wird gemäß der 1.Modulationsannahme aus ihm eher ein analytischer Typus. Werden dagegen die positiven Gefühle in der frühen Kindheit stark stimuliert, entsteht ein intuitiver, spontaner Typus.

Das Systemkonditionierungsmodell ist ebenfalls wichtig, um die unterschiedlichen Determinanten der ***affektive Erstreaktion und Zweitreaktion*** zu verstehen. Als Determinante der späteren Sensibilität für positiven und negativen Affekt (affektive Erstreaktion) wird – neben genetischen Prädispositionen – die *Häufigkeit positiver bzw. negativer Erfahrungen* betrachtet (z.B. elterliche „Wärme"), während die Fähigkeit, entstandene Affekte nach der Erstreaktion zu verändern (affektive Zweitreaktion) von der *Kontingenz*, d.h. die zeitliche Promptheit und die inhaltliche Angemessenheit der Reaktion von Bezugspersonen (z.B. Ermutigung oder Beruhigung) auf Selbstäußerungen abhängen soll (Kuhl, 2001, S. 370).

2.4.6 Affektwechsel (6. Modulationsannahme)

Affektwechsel ist sehr wichtig für die Entwicklung eines effizienten Zusammenspiels zentraler Persönlichkeitsfunktionen. Hier liegt der wesentliche Grund, warum in der PSI-Theorie der Fähigkeit, Affekte selbstgesteuert zu regulieren, eine besonders große Bedeutung zugemessen wird. In der *6. Modulationsannahme (Selbstverwirklichungs-Annahme)* wird diese Bedeutung der Affektwechsel beschrieben:

„Die beiden zentralen Komponenten der Selbstverwirklichung, die Integration neuer Erfahrungen in ein kohärentes Wissenssystem (Selbstentwicklung) und die Umsetzung selbstgewollter Absichten (Willenseffizienz) sowie die kontinuierliche Elaboration von Planungswissen, sind von einem ausgewogenen Wechsel zwischen negativen bzw. positiven Affektlagen und ihrer Herabregulierung abhängig („emotionale Dialektik"). Affektive Fixierungen, die durch einseitige affektive Prägungen (Über- oder Untersensibilität für positiven oder negativen Affekt) oder durch eine Beeinträchtigung der Selbstregulation von Affekten verursacht sein können, beeinträchtigen demnach die Selbstentwicklung bzw. die Willenseffizienz und die Entwicklung von Planungswissen."(Kuhl, 2001, S. 179)

Diese Modulationsannahme beschreibt den flexiblen und situationsangepassten Wechsel zwischen den vier psychischen Systemen und verlangt gleichzeitig die Fähigkeit, zwischen den verschiedenen Gefühlslagen zu wechseln. Das ausgewogene Zusammenspiel der vier Makrosysteme erfordert den häufigen Wechsel zwischen verschiedenen affektiven Zuständen. Der Umgang mit Gefühlen spielt also für das „innere" Gleichgewicht aller psychischen Funktionen eine Schlüsselrolle. Diese Annahme macht klar, warum affektive Fixierungen, die den ***Persönlichkeitsstörungen***

zugrundeliegen, zu Störungen des Gleichgewichts der an der willentlichen Handlungsteuerung beteiligten Systeme führen. Wer auf eine bestimmte Grundstimmung festgelegt ist, ist auch auf eines der vier Makrosysteme festgelegt.

Auf der ***Verhaltensseite*** (linke Seite des Modells Abb. 2.2) ist Affektwechsel (Wechsel zwischen gehemmtem positiven Affekt und ihrer Aufhebung) die Voraussetzung für ***Willenseffizienz***: Die Dämpfung positiven Affekts [A (+)] ermöglicht die Aufrechterhaltung schwieriger Ziele und die Hemmung voreiliger Handlungen, während die Aufhebung dieser Dämpfung (A+) die Verbindung zwischen explizit beabsichtigen Handlungsrepräsentationen (im IG) und relevanten Ausführungsroutinen herstellt.

Auf der ***Erlebnisseite*** (rechte Seite des Modells Abb. 2.2) ist der Affektwechsel die Voraussetzung für ***Selbstentwicklung:*** Negativer Affekt (A-) ermöglicht die Beachtung neuer Erfahrungen, die noch nicht in das Selbstsystem integriert sind, während die Herabregulierung negativen Affekts [A (-)] die Voraussetzung dafür ist, dass neue, zunächst unerwartete, inkongruente oder sogar „ungewollte" Erfahrungen allmählich ins Selbstsystem integriert und bei zukünftigen Gelegenheiten angewendet werden können.

Die Kommunikation zwischen dem jeweils hochinferenten Systemen (IG und EG) und seinem niederinferenten Partnersystem (IVS und OES) ist von der Fähigkeit zum Affektwechsel abhängig. Diese Kommunikation hat je nach der vorherrschenden Richtung des Informationsaustausches zwei unterschiedliche Funktionen: der Austausch von oben nach unten (*Top-down-Steuerung*) dient der Anwendung des hochinferenten Wissens. Der Austausch von unten nach oben (*Bottom-up-Steuerung*) dient der Fortentwicklung des hochinferenten System (d.h. Entwicklung des Intentions- und des Extensionsgedächtnisses). Es geht um die Modifikation des hochinferenten Wissens durch neue Informationen (d.h. hochinferentes Lernen).

Auch die Interaktion zwischen den hochinferenten Systemen (EG und IG) ist von der Fähigkeit zum Affektwechsel abhängig: *„Die Abstimmung der beiden an der Zielbildung bzw. Zielumsetzung beteiligten Systeme (d.h. EG und IG) wird durch den flexiblen Wechsel zwischen den für die Aktivierung dieser beiden Systeme relevanten Systemen optimiert: Die für die Umsetzung eines schwierigen allgemeinen Ziels (aus dem EG) notwendige Bildung einer Handlungsabsicht (im IG), die nicht nur den angestrebten Zielzustand, sondern auch die ins Auge gefasste Handlung enthält, erfordert die Fähigkeit, die Reduktion positiven Affekts, die mit schwierigen Handlungen verbunden ist, auszuhalten („Frustrationstoleranz") und im geeigneten Moment durch die Aktivierung des allgemeinen Ziels und relevanter Inhalte des Selbstsystems wieder aufzuheben"(Kuhl, 2001, S. 181)*

Eine Fixierung auf den negativen Affekt, wenn negativer Affekt positiven hemmt, kann zu einer von IG ausgehenden Inhibition des EG führen (im Modell 2.2 gestrichelter Pfeile zwischen dem Intentionsgedächtnis und dem Extensionsgedächtnis). Je stärker das Intentionsgedächtnis aktiviert ist, desto stärker wird die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses reduziert.

Diese hemmende Wirkung des Intentionsgedächtnisses auf das Extensionsgedächtnis lässt sich durch die Alltagserfahrung veranschaulichen: Wenn jemand zu stark auf unrealistische Ziele fixiert ist, hat er nicht selten Schwierigkeiten, „sich selbst wahrzunehmen", d.h. eine Überblick über die *Gesamtheit* eigener Bedürfnisse, Werte und anderer Selbstaspekte zu verschaffen und entsprechend selbstkongruent zu handeln. In diesem Fall stimmen die Inhalte des IG (explizite Absichtsrepräsentationen und konkrete Ziele) immer weniger mit denen des EG (hochintegrierte implizierte Selbstrepräsentationen und allgemeine Ziele) überein: Ohne den Zugriff auf das Selbstsystem kann nicht die Kompatibilität eine aktuellen Handlungsabsicht (d.h. der Inhalt des Absichtsgedächtnisses) mit den integrierten Selbstrepräsentationen (EG) geprüft (Selbstkompatibilitätsprüfung) werden und steigt das Risiko das dass selbstinkompatible Ziele und Absichten entstehen. Diese Inkongruenz kann sich auch in einer mangelnden Übereinstimmung zwischen impliziten Motiven und expliziten Zielen ausdrücken.

Eine Fixierung auf gehemmten positiven Affekt kann demnach zu Schwierigkeiten bei der Identifikation mit fremden Aufträgen bis hin zu einer passiv-aggressiven oder negativistischen Persönlichkeitsstörung führen. Die Umkehrung dieser Relation ist auch plausibel: Wer einen inneren Überblick über seine momentanen Gefühle und Bedürfnisse (d.h. der Inhalt de Extensionsgedächtnisses) hat, wird sich nicht so stark auf ein konkretes Ziel fixieren.

2.4.6.1 Emotionale Dialektik und Selbstentwicklung: Emotionale Dialektik bezeichnet die Fähigkeit, innerhalb desselben selbstrelevanten Bereiches, der z.B. durch eine konkrete Bezugsperson, eines Erlebnisses oder eine Gegenstand charakterisiert ist, zwischen negativen und positiven affektiven Gehalten zu wechseln (Kuhl, 1997).

Gemäß dem Postulat der emotionalen Dialektik hängt die Entwicklung des Selbstsystem (d.h. das „persönliche Wachstum") von dem selbstgesteuerten Wechsel zwischen Phasen des Zulassens von negativen Emotionen oder Gefühle der eigenen Schwäche („Leidensfähigkeit") und Phasen der Bewältigung negativer Emotionen durch aktive Auseinandersetzung (d.h. durch Kontakt mit dem Selbstsystem) mit den betreffenden Erfahrungen ab. Die selbstgesteuerten Bewältigung beruht auf dem Kontakt mit der bisherigen Erfahrungsbasis (d.h. dem Extensionsgedächtnis und seinem zentralen Teilbereichen wie Motiven und dem Selbst). Anders ausgedrückt ist es am besten , wenn dieser Wechsel zwischen Regression und Progression so gesteuert werden kann, dass je nach Situationen negative Emotionen zugelassen oder herabreguliert werden können

Dieses Postulat folgt aus der *2.MA:* Negativer Affekt hemmt das Selbst, so dass neue leidvolle Erfahrungen überhaupt wahrgenommen werden können. Die in der ersten Phase wahrgenommenen schmerzhaften Elemente können vielleicht das Selbst in Frage stellen. Um aus dem Neuen auch etwas dazulernen zu können (d.h. um es in das Selbstsystem persönlicher Erfahrungen einzuspeisen) ist es notwendig, negative Gefühle auch wieder herabregulieren zu können, da gemäß der 2.MA die Herabregulierung von negativem Affekt zu einer Aktivierung des Selbst führt. Selbstkritik und Selbstrevision erfordern gemäß dieser Modulationsannahme, die mit ungedämpfter negativer

Emotionalität verbundene Sensibilität für Schwächen, Inkongruenzen, also für Empfindungen, die nicht zu den existierenden Selbtrepräsentationen passen.

Die Fähigkeit zum selbstgesteuerten, kontextmodulierten Wechseln emotionaler Lagen (d.h. emotionaler Dialektik) ist wie erwähnt eine wichtige Voraussetzung für Selbstwachstum im allgemein und speziell für die Integration von Verpflichtungen gegenüber anderen und Besorgnisse um die Belange der Mitmenschen ins Selbstsystem (Macht und Verantwortung). Durch die emotionale Dialektik können eigene Interessen und die Interessen von anderen in dieselben hochinferenten Strukturen integriert werden, so dass im Interaktionsverhalten ständig ein optimaler Abgleich zwischen eigenen und fremden Interessen gefunden werden kann.

Je flexibler eine Person zwischen negativen Gefühlen und ihrer selbstgesteuerten Bewältigung wechseln kann, desto eher wird sie in der Lage sein, sowohl positive als auch negative Selbstaspekte (z.B. schmerzhafte Erfahrungen, eigene schwäche und Fehler) in die Selbstwahrnehmung und in die Selbstdarstellung zu integrieren. Sie kann auch besser negative Erlebnisse leisten und negative Selbstaspekte auch bewusst wahrzunehmen, ohne in die Gefahr zu geraten, den Zugang zur integrierten Selbstrepräsentationen aufgrund übermäßiger negativer Emotionalität zu verlieren.

Emotionale Dialektik fördert die Selbstbestimmung, da die integrierten Erfahrungen an der Unterscheidung von eigene, selbstkongruente Zielen und Erwartungen anderer angewandt werden können (Kuhl & Kazén, 1994; Baumann, 1998).

Jede Fixierung auf einen Affekt, wie bei den ***Persönlichkeitsstörungen*** angenommen wird, verhindert diese Dialektik und erschwert deshalb die Selbstentwicklung. Personen mit hohen (Selbst-) Bestrafungstendenzen (d.h. chronisch erhöhten negativen Emotionalität) sind durch besondere Schwierigkeiten charakterisiert, eine integrierte (Selbst-) Identität zu entwickeln (z.B. Borderline-Patienten), während Personen, die das Erleben negativer Emotionen und eigener Schwächen chronisch vermeiden (vgl. z.B. die antisoziale Persönlichkeitsstörung), ein sehr assertives, aber unterentwickeltes Selbst haben, das zahlreiche Aspekte der Innen- und Außenwelt nicht zu integrieren imstande ist (Kuhl, 2001, Kap. 16). Eine mangelnde emotionale Dialektik erschwert auch die soziale Interaktion, weil eigene und fremde Interessen in separaten Strukturen repräsentiert bleiben und damit auch das Verhalten eher einem „Entweder ich oder die anderen“ folgt.

2.4.7. Intra- und intersystemische Penetrations-Annahme (7 Modulationsannahme): Diese allgemeine Modulationsannahme beschreibt den Zusammenhang zwischen der Intensität und Dauer eines Affektes und die Aktivierung der vier kognitiven Makrosysteme:

„Bildet man innerhalb und zwischen den kognitiven Makrosystemen eine Rangordnung nach der Komplexität (z.B. Anzahl, Verzweigtheit und Dichte der systemkonstituierenden Bahnen), so werden um so komplexere Teilsysteme aktiviert, je stärker die Intensität und Dauer der Aktivierung eines Affekts oder einer Stimmung ausgeprägt ist“(Kuhl, 2001, S. 183)

Hochinferente Strukturen können sich umso mehr an der Gestaltung des Erlebens und Verhaltens beteiligen, je länger sie aktiviert sind. Sie haben wegen ihrer Komplexität einen *höheren Zeitbedarf.* So eine Aktivierung des Selbstsystems bedarf eines erheblich höheren Betrags an positivem Affekt als der Aktivierung einzelner intuitiver Verhaltensprogramme. Die selbstgesteuerte Aktivierung positiven Affekts (Selbstmotivierung und Selbstberuhigung) bewirkt eine stärker und dauerhaftere Aktivierung positiver Affektlagen.

Die 7.MA lässt sich ebenso auf die Hemmung der Makrosysteme anwenden. Die Hemmung der Beteiligung des Selbstsystems erfordert eine intensivere und länger anhaltende Aktivierung von hemmenden, negativen Affekt als die Hemmung der Verarbeitung eines Wahrnehmungsobjektes oder einer Handlungsroutine. Die volitionale Hemmung, speziell die Hemmung der Selbstwahrnehmung geht häufig mit der Entwicklung von Symptomen einher (z.B. Kopfschmerz, Zwangstörungen).

2.4.8 Temperamentsbezogenen Modulationsannahmen

Es gibt zwei unspezifische Aktivierungsquellen: Eine aufsuchungsbahnende für die die intuitive Steuerung von motorischen Sequenzen (motorische Aktivierung) und eine ursprünglich stärker meidungsorientierte für das Objekterkennungssystem (sensorische Erregbarkeit).

Die Wirkung des Temperaments ist gemäß dieser Annahme ähnlich wie die für positiven bzw. negativen Affekt postulierte Wirkung, aber im Unterschied zur Modulationswirkung von Affekten hat das Temperament keine gegenläufige Auswirkung auf die Modulation der hochinferenten Systeme (Intentions- und Extensionsgedächtnis). Temperament aktiviert elementare Systeme (IVS und OES), ohne notwendigerweise hochinferente Systeme zu hemmen wie Affekte. Dagegen können Affekte einen hemmenden Einfluss der hochinferenten Systeme auf niederinferente ausüben. So wird z.B die Hemmung des intuitiven Handelns durch das IG durch positiven Affekt abgeschwächt. Aktivierung und Erregung modulieren direkt die intuitive Verhaltenssteuerung bzw. die Objekterkennung, während positive und negative Affekte nicht (oder nicht nur) direkt die Aktivierungsstärke dieser Systeme modulieren, sondern deren *Verbindung* mit hochinferenten Systemen.

2.5 Neurobiologischen Grundlagen

2.5.1 Hemisphären-Asymmetrie: Wie bereits erläutert werden in der PSI-Theorie die Makrosysteme mit neuroanatomischen Systemen in Verbindung gebracht. Es wird postuliert, dass die linke Hemisphäre das IG, die rechte höhere Formen des Erlebens unterstützt (EG). Die intuitive Handlungssteuerung ist stärker durch rechts- als durch linkshemisphärische Netzwerke unterstützt, und Umgekehrtes gilt für das Objekterkennungssystems.

Diese Zuordnung wird durch eine Vielfalt von neurobiologischen und experimentalpsychologischen Befunden belegt, welche daraufhinweisen, dass die rechte und die linke Hemisphäre an der Verarbeitung verschiedener Informationen beteiligt sind. Die rechte Hemisphäre ist stärker an nicht-sprachlichen, ganzheitlichen Verarbeitungsleistungen beteiligt (wie z.B. Melodien,

Bildern, Phantasie), während die linke Hemisphäre stärker mit den sprachlichen, logisch-analytischen Verarbeitungsphasen beschäftigt ist (Bradschaw, 1989; Ley & Bryden, 1982, Springer & Deutsch, 1993).

Hemisphärischer Asymmetrie entsprechen auch Unterschiede in der Verarbeitung von Emotionen. Rechtshemisphärische Prozesse sind an der Wahrnehmung und an der Steuerung emotionaler Prozesse stärker beteiligt als linkshemisphärische Prozesse (z.B. Dawson & Schell, 1982; Wittling, 1990). Der Emotionsausdruck von dargebotenen Bildern kann besser identifiziert werden, wenn sich die Bilder im linken Gesichtsfeld befinden (das zunächst in die rechte Hemisphäre projiziert wird), als wenn sie dem rechten Gesichtsfeld dargeboten werden. Werden gesprochene Sätze ins linke Ohr eingespielt, wird die Endtönung besser identifiziert, als über das rechte Ohr (Ley & Bryden, 1979; 1982). In einer EEG-Untersuchung dominierte die Aktivität der rechten Hemisphäre während Geschichten gelesen wurden; die linke Hemisphäre jedoch, wenn wissenschaftliche Texte vorgelesen wurden (Ortstein, Herron, Jonstone & Swencionis, 1979).

Die rechte Hemisphäre ist für das sinnstiftende polysemantische Erleben unverzichtbar (Rotenberg & Weinberg, 1999). Das linkshemisphärische Modell des Denkens basiert auf probabilistischen Prognosen und sucht eindeutige, monosemantische, kausale Lösungen (Meerson, 1986). Im Gegensatz dazu ist die rechte Hemisphäre in der Lage, die Realität in polysemantischer Weise zu sehen. In einer neurolinguistischen Untersuchung belegten Coney und Ewans (1990), dass die rechte Hemisphäre in einer umfassenden Form verschiedene Bedeutungen, die mit einem Wort assoziiert sind, aktiviert. Frühere Untersuchungen mit Patienten nach Hirnschädigungen weisen darauf hin, dass rechtshemisphärische Schädigungen zu einer verminderten Fähigkeit des Verstehens von metaphorischem Textmaterial führen (Winner & Gardner, 1997; Brownell, Simpson, Bihrle, Potter & Gardner, 1990).

Polysemantisch bedeutet, dass jedes Erlebnis, jede Person, der man begegnet, jedes Wort und jeder Gedanke, nicht auf nur einen Aspekt und nur eine Bedeutung reduziert wird, sondern in vielen Bedeutungsaspekten gleichzeitig erlebt wird. Dieses vielfältige Verbindungsnetz ist notwendig, um ein Erlebnis oder eine Tätigkeit als sinnvoll zu erleben. Die polysemantische Netzwerke der rechten Hemisphäre sind die Voraussetzung für das Selbsterleben: d.h. dafür, dass man sich selbst mit allen Anteile der eigenen Identität als Urheber des eigenen Erlebens und Handels wahrnimmt. Der polysemantische Kontext ist eine Basis für die Wahrnehmung und Integration von Paradoxem und Widersprüchlichem. Eine solche Integration von Mehrdeutigkeiten erfordert die Fähigkeit zu kreativem Denken (Rotenberg, 1993).

Die Reduktion auf linkshemisphärische Verarbeitung bedeutet einer Rigidität des Denkens, da die linke Hemisphäre keine Fähigkeit Mehrdeutigkeiten zu registrieren und Paradoxe zu bemerken hat, weil die niedrige kognitive Flexibilität Lösungen sucht. Die linkshemisphärische eindimensionale Verarbeitung der Realität verstärkt die Erfahrung von negativer Emotionalität. Die Defizite der rechsthemisphärischen Funktion verhindern die Bearbeitung des negativen Affekts und führen zur

Verwendung ineffizienter Strategien der Affektregulation (Schore, 1994, 1996). Die rechtshemisphärische Fähigkeit, einen polysemantischen Kontext zu generieren, ermöglicht die Bearbeitung und Hemmung des schmerzhaften Affekts. Schore (1994) belegte neurobiologisch, dass die Affektregulation eine Funktion der rechten Hemisphäre ist.

Joseph (1996) nennt viele neurobiologische Studien, die darauf hinweisen, dass die rechte Hemisphäre für die Selbst- und Körperrepräsentationen verantwortlich ist.

2.5.2 Neurobiologische Grundlagen der Modulationsannahmen: Im Rahmen der neurobiologischen Explikation der PSI-Theorie nehmen Affekte einen Einfluss auf die Aktivierung der präfrontalen Systeme und damit auf den Antagonismus der Hemisphären.

Theoriegemäß ist der Kontakt zwischen hochinferenten (d.h. IG und EG) und elementaren Systemen (d.h. IVS und OES) nur möglich durch den Wechsel der Dominanzverhältnisse der beiden Hemisphären und von einem entsprechenden Affektwechsel abhängig, da das jeweilige "Sklaven"system in der jeweils anderen Hirnhälfte liegt. Der Austausch eines hochinferenten Systems (d.h. IG und EG) mit seinem elementaren Partnersystem (d.h. mit IVS und mit OES) erfolgt jeweils kontralateral, dieser Austausch erfordert also eine interhemisphärische Kommunikation. Der optimale Informationsaustausch zwischen beiden Hemisphären (und zwischen den beiden verhaltens- bzw. erlebnisorientierten Systemen) findet in dem Zeitfenster statt, in dem beide etwa gleich stark aktiviert sind. Dieser Informationsaustausch zwischen den jeweils zu verbindenden Systemen (d.h. IG und IVS oder EG und OES) ist *bei mittlerer Affektintensität* optimal, weil bei mittlerer Affektintensität der Antagonismus zwischen den Hemisphären minimiert wird. Dies geschieht sowohl wenn die Mittelposition stabil beibehalten wird, als auch wenn sie durch ein flexibles Pendeln zwischen den Polen der jeweiligen Affektdimensionen zustande kommt. Dementsprechend wird die Wirkung einer mittleren Affektaktivierung beschrieben: *„Die mittlere Aktivierung eines Affekts ist nicht dauerhaft, sondern nur als Durchgangsstadium realisierbar, nämlich dann, wenn positiver oder negativer Affekt herabreguliert wird. In dem Zeitfenster, innerhalb dessen während der Herab- bzw. Heraufregulierung eines Affekts eine mittlere Affektstärke vorliegt, sind gemäß den Modulationsannahmen die beiden hochinferenten Systeme etwa gleichstark aktiviert, so dass ein Austausch zwischen „kontralateralen“ Systemen stattfinden kann, d.h. zwischen Intentionsgedächtnis und Selbstsystem bzw. zwischen Selbst und Objekterkennung (bei Herabregulierung von A-) und zwischen Intentionsgedächtnis und Ausführungssystem [bei Heraufregulierung von A(+)].“(Kuhl, 2001, S. 796).*

Hier liegt die neurobiologische Grundlage für die der Hypothese, dass der *Affektwechsel* [d.h. A(+) oder A(-)] die Verbindung zwischen den Hemisphären moduliert, weil ein Wechsel für ein gewisses Zeitfenster die kontralaterale Hemmung aufhebt.

Gemäß der Theorie ist ein Informationssaustausch zwischen den links- versus rechtshemisphärischen hochinferenten Systemen für die Integration von Introjekten (aus dem IG) ins

Selbst (Selbstbestimmung) und für das Ausblenden von irrelevanten (momentan ungewollten) Gedanken notwendig. *„Die Umsetzung von selbstkongruenten, schwierigen oder unangenehmen Zielen setzt den Transfer vom Extensionsgedächtnis (rechte Hemisphäre) ins Intentionsgedächtnis (linke Hemisphäre) voraus, während die Umsetzung (IVS) und motivationale Unterstützung (durch das integrierte Selbst) fremder Aufträge oder Erwartungen (Introjekten) den Transfer von der linken Hemisphäre, wo fremde Aufträge zunächst „ankommen" (OES und IG) in die rechte Hemisphäre (EG) erfordern."* (Kuhl, 2001, S. 912).

Die Modulationsannahmen der PSI-Theorie spezifizieren *„Einschaltungsbedingungen"* für beide *Hemisphären*: Positiver Affekt dämpft das analytische Denken (und evtl. andere linkshemisphärische Prozesse), während negative Affekt das Fühlen (und evtl. andere rechtshemisphärische Prozesse) dämpft. (Kuhl, 2001, S. 674).

Affektive Fixierungen dürften demnach die Kommunikation zwischen hochinferenten Systemen und ihren jeweiligen elementaren „Partnersystemen" ebenso erschweren wie allzu einseitige Aktivierung eines der beteiligten Systeme. Die Fühl-Funktion wird einerseits durch eine übermäßige Aktivierung des Empfindens und anderseits durch die Aktivierung des Denkens abgeschwächt. Eine sehr rasche Hemmung ganzheitlicher Funktionen kann durch die asymmetrische Aktivierung der Hemisphären durch positiven bzw. negativen Affekt zustande kommen.

Die wechselseitige Hemmung der beiden Hemisphären wird als neurobiologische Grundlage der Anwendung der *2. Modulationsannahme* postuliert. Trotzdem ist zu berücksichtigen, dass in der 2. Modulationsannahme zwei neurobiologische Mechanismen zusammengefasst sind. Negativer Affekt kann die Hemmung ganzheitlicher Verarbeitung (Selbsthemmung) auf zwei verschiedenen Ebenen verursachen: (1) die erwähnte asymmetrische Aktivierung der Hemisphären wird zur Grundlage der phasischen (d.h. kurzfristigen) Anwendung der 2. Modulationsannahme. Hier handelt sich um eine rasche Hemmung der ganzheitlicher Funktionen und (2) die Hemmung des Hippocampus. Diese Hemmung dürfte eine langsame Variante der Hemmung ganzheitlicher Funktionen betreffen, da die Ausschüttung bzw. Reduktion des Stresshormons Cortisol sich relativ langsam (tonisch) verändert (innerhalb einiger Minuten) (Kuhl, 2001, S. 195).

2.5.3 Hippocampus: Durch verschiedene Befunde wird gezeigt, dass der Hippocampus alle wichtigen Funktionsmerkmale aufweist, die auf der persönlichkeitspsychologischen Ebene mit dem Konfigurationsstiftenden System (EG) im Verbindung gebracht sind.

Seine *Aktivierung* stellt einerseits kognitive Funktionen bereits, die sich mit dem Erstellen von „Landkarten", also der Bildung komplexer, strukturierter Konfigurationen von einzelnen Empfindungen und Wissenständen vergleichen lassen wie räumliche Landkarten, das Gedächtnis für erlebte Episoden etc. (O´Keefe & Nadel, 1978). Anderseits führt die Aktivierung des Hippocampus auch gleichzeitig zu einer Herabregulierung oder Reduktion des Cortizolkonzentration, der als biochemisches Korrelat der Stressreaktion betrachtet wird (Sapolsky, 1992), was die Modulation emotionaler und behavioraler Reaktionen durch konfiguratives (hochinferentes) Wissen (z.B. Hemmung

situationsunangemessener oder ungewollter Angstreaktionen und Grübelkognitionen (Schamajuk & Buhuschi, 1997) ermöglicht.

Die kognitiven und affektregulierenden Funktionen des Hippocampus werden durch *übermäßigen Stress* (und entsprechenden Erhöhungen der Cortizolkonzentration) gehemmt, was psychologisch einer Regression auf elementare Formen der Informations- und Angstverarbeitung entspricht (Metcalfe & Jacobs, 1998; zusf. Sapolsky, 1992). Eine *erhöhte Cortizolkonzentration* führt zu körperlichen Beschwerden, die dem bekannten Spektrum *psychosomatischer* Erkrankungen angehören). Durch andauernden Stress (möglicherweise sogar schon bei kleinen Intensitäten) ergeben sich *strukturelle Schädigungen*, so dass die kritische Stressintensität, ab der die Hemmung des Hippocampus einsetzt erniedrigt wird: *„Die Tatsache, dass die Aktivierung des Überblicksvermittelnden Systems gleichzeitig auch an der Herabregulierung des wichtigsten Stresshormons (Cortisol) beteiligt ist (Sapolsky, 1992), enthält den Schlüssel zum Verständnis des Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und psychischer Erkrankung: Jede Ursache, die die Funktionsfähigkeit des Hippocampus und der mit ihm an der Stressbewältigung beteiligten Systeme einschränkt, kann zu einer Intensivierung und Chronifizierung der Stressreaktion beitragen, wie sie an der Cortizolkonzentration ablesbar ist“ (Kuhl, 2001, S. 1001).*

Persönlichkeitspsychologisch wird der Unterschied zwischen den beiden Überblicksstiftenden Systemen (d.h. Hippocampus und rechtshemisphärischer Cortex) so erklärt: der Hippocampus bildet einen aktuellen Überblick über den externen und den internen Kontext, in dem sich der Organismus befindet (*„aktuelles Selbst“),* während das neocorticale (rechtshemisphärische) System aus diesen Momentaufnahmen eine Langzeitspeicherung herausfiltert (autobiographisches Gedächtnis), das die Voraussetzung für die Extraktion eines Selbstsystems ist, das die für das eigene Leben typischen Erlebnis- und Verhaltensweisen integriert *(„kristallisiertes Selbst“)* (Kuhl, 2001, S. 195).

2.5.4 Selbsthemmung und Serotonin-Dysregulation: Die Einfluss des Selbst auf Stress beschränkt sich nicht auf seine Interaktion mit dem Hippocampus.

Die PSI-Theorie geht davon aus, dass um das Selbst (EG) zu hemmen besondere Hemmungsaktivitäten nötig sind (siehe 7.MA) und dass diese Form der Hemmung das Gleichgewicht derjenigen neuromodulatorischen Substanzen stören kann, die an dieser Hemmung beteiligt sind.

Als eine dieser Substanzen wird der Neurotransmitter Serotonin diskutiert. Serotonin wirkt als Antagonist von Dopamin, also gerade dem Transmitter, der auf verschiedenen Ebenen des Gehirns verhaltensbahnende bzw. -vorbereitende Systeme aktiviert (Kapur & Remington, 1996).

Wenn Serotonin in großen Mengen zur Hemmung zentraler Selbststeuerungsfunktionen benötigt wird (präfrontaler Cortex), kann es zur Dysregulation an anderen Stellen des Gehirns kommen (Kuhl, 2001, S. 185). Diese *Gleichgewichtsstörungshypothese* wird durch eine Vielzahl von Befunden unterstützen, die zeigen, das eine große Zahl psychischer Störungen mit einer Dysbalance des Serotoninhaushalts verbunden ist (z.B. Spannungskopfschmerzen und Migräne (Leston, 1996), Essstörungen (Fava, Copeland, Schweiger & Herzog, 1989), Depression (Hestenes, 1992),

Zwangsstörungen (Insel, 1992) bis hin zur Borderline-Störung (Markovitz & Wagner, 1995). Weiterhin ist bekannt dass eine pharmakologische Beeinflussung dieses Systems (z.B. durch sog. Serotoninpharmakologische), symptomreduzierend wirken kann.

Durch die erwähnten Mechanismen werden in der PSI-Theorie die neurobiologischen Zusammenhänge erklärt, die bei einer starken Selbsthemmung das Risiko von Symptomen erhöhen können.

2.5.5 Temperamentsbezogenen Modulationsannahmen: Eine Zentrale Hypothese der PSI-Theorie postuliert, dass die Temperamentsdimensionen im Gegensatz zu Affekten den Hemisphärenantagonismus nicht modulieren. Theoriegemäß ist auf der Temperamentsebene eine Zentrierung auf ein mittleres Aktivitätsniveau unwahrscheinlich.

Diese Hypothese ist dadurch begründet, dass der funktionale Ort, an dem die Temperamentsdimensionen gemäß der PSI-Theorie ansetzt, i.U. zum Wirkort von Affekten *nicht die Verbindungsstrecke* zwischen zwei Systemen ist, sondern der Aktivierung elementaren Systeme. Hohe Erregung (T-) aktiviert das elementare linkshemisphärische System (d.h. das OES), während Aktivierung (A+) das elementare rechtshemisphärische System (d.h. das IVS) aktiviert. „*Ein evtl. zu berücksichtigender Einfluss der Aktivierung und der Erregung auf hochinferente Systeme sollte schon deshalb nicht den Hemisphärenantagonismus betreffen, weil i.U. zum Affekt nicht von einem hemmenden (allenfalls von einem bahnenden) Einfluss des Temperaments auf hochinferente Systeme auszugehen ist (vgl. Derryberry & Tucker, 1991; Pribram & McGuiness, 1992).“ (Kuhl, 2000, S. 909).* Demnach wurde die Herabregulierung von Erregung bzw. Aktivierung keinen Wechsel der Dominanzverhältnisse zwischen den Hemisphären ermöglichen. Die hochinferenten Systeme können den Austausch mit ihren elementaren Partnersystemen nicht pflegen, wenn keine Herab- bzw. Heraufregulierung von Affekten stattfindet (d.h. Affektwechsel).

Anderseits erfolgt die Affektwechsel bei T-Beteiligung schneller als bei ausschließlicher Beteiligung der Affektebene, so dass der Zeitfenster für die Hemisphärenkommunikation zu kurz ist.

Durch die einseitige Aktivität der Temperamentsebene sind beide erwähnten persönlichkeitspsychologischen Leistungen des Hemisphärenwechsels, d.h. die Unterbindung ungewollter Gedanken (EG → OES) und die Integration selbstkompatibler Introjekte (IG/OES → EG) bzw. die Bildung selbstkongruenter Ziele (EG → IG), erschwert.

Die Herabregulierung von Erregung hat in der PSI-Theorie keine annähernd so starke Wirkung auf die Wiederherstellung der Kommunikation zwischen dem integrierten Selbst und dem OES. Als Folge kann es zu einer Entwicklungsstörung des integrierten Selbst oder geringem Wachstumspotential bei betroffenen Temperamentstypen kommen (z.B. bei der Borderline Störung die durch hohe Erregung gekennzeichnet ist). Diese Überlegungen bewegen sich aufgrund der Ermangelung an empirischer Evidenz noch im hypothetischen Raum (Kuhl, 2001, Kap. 16)

2.6 SELBSTSTEUERUNGSFORMEN: SELBSTREGULATION UND SELBSTKONTROLLE

In der Psychologiegeschichte wie auch in der modernen experimentellen Forschung steht die bewusste Form der zentralen Steuerung im Vordergrund (Kuhl, 2001). In der PSI-Theorie entspricht die Selbstkontrolle dieser bewussten Form, während die Selbstregulation wird als eine zweite, nicht bewusstseinspflichtige Form der Willenstätigkeit postuliert. Die Vorstellung, dass der „Wille" auch unbewusst operieren kann, ist in der modernen Willenspsychologie noch neu.

Diese implizite Form der Selbststeuerung (Selbstregulation) ist in der willenspsychologischen Forschung nicht systematisch untersucht worden. Mit modernen experimentellen Methoden konnte nachgewiesen werden, dass die Umsetzung eigener, also selbst gewählter Ziele durch andere Systeme des Gehirns vermittelt wird als die Verwirklichung fremder Ziele (Kuhl, 2001). Aufgrund der Hemisphärenasymmetrien wäre zu erwarten, dass die *bewusste* willentliche Kontrolle stärker die linke (präfrontale) als die rechte Hemisphäre beansprucht. Selbstregulation ist durch rechtsfrontale Aktivierung vermittelt.

2.6.1 Funktionsanalyse der Selbstregulation: Selbstregulation ist wie erwähnt die Willensform, bei der Ziele weitgehend nach Sichtung vieler Selbstanteile gebildet werden (also durch „Selbstwahrnehmung"). Sie ist durch einen Zugang zum impliziten Selbstsystem charakterisiert. Dieser Zugang führt zu einer simultanen Berücksichtigung einer Vielzahl von Kontextinformationen über eigene Bedürfnisse, Vorlieben, Gefühle, Anschauungen, aber auch über Bezüge zwischen eigenen Anliegen und sozialen Erwartungen, Wünsche anderer bis hin zu sozialen Normen. Eine *effiziente Selbstregulation* erfordert eine implizit-parallele Verarbeitung so dass viele Koordinationsfunktionen unbewusst vollzogen werden. Das schließt keineswegs aus, dass einzelne Maßnahmen bewusst werden (z.B. die Selbstmotivierung durch die Instruktion „Jetzt probiere ich es aber noch einmal: Ich lasse den Mut nicht sinken"). *Die Selbststeuerungsmechanismen sind am wirksamsten im Modus der Selbstregulation, der durch die Herabregulierung negativen Affekts bzw. die Heraufregulierung positiven Affekts gefördert sind.*

Ein Teil der selbstregulativen Komponente sind auch alle Funktionen, die auf der Grundlage der Selbstwahrnehmung, d.h. einer impliziten (nicht bewussten), ganzheitlichen Repräsentationen bedürfnisrelevanter Erfahrungen operieren. Dazu gehört z.B. die Selbstregulation der Motivation (z.B. Selbstmotivierung bei einer schwierigen Aufgabe), der Stimmung (z.B. Selbstberuhigung nach Schmerzhaften Erfahrungen) und der Aufmerksamkeit (z.B. Konzentration auf zielrelevante Gedanken).

Die wichtigsten ***Komponenten der Selbstregulation*** (die mit der Selbststeuerungs-Inventar (SSI) gemessen werden) sind: *Selbstbestimmung, Positive Selbstmotivierung, Stimmungsmanagement, Selbstaktivierung, Selbstberuhigung, Entscheidungsfähigkeit, automatische zielbezogene Aufmerksamkeit, zielbezogene bewusste Aufmerksamkeit.*

2.6.2 Funktionsanalyse der Selbstkontrolle: Der Begriff *Selbstkontrolle* entspricht dem alltagspsychologischen Begriff der *Selbstdisziplin*, und bezieht sich auf die durch explizite Absichten vermittelte Zielverfolgung. Die *selbstkontrollierte Zielverfolgung* schließt eine vorübergehende Unterdrückung der Selbstwahrnehmung mit ein und kann in diesem Sinne *„diktatorische" Züge* bekommen, um die Zielverfolgung nicht durch ablenkende Erwägungen oder Neigungen zu gefährden (Kuhl, 1996).

Die selbstkontrollierte Zielverfolgung ist durch eine besondere Form der Impulskontrolle gekennzeichnet (*Impulsunterdrückung*): Prozesse, die die aktuelle Absicht nicht unterstützen (einschließlich Selbstaspekte), die eine Gefahr für die Verwirklichung des aktuellen Ziels darstellen könnten (z.B. interessante Ablenkungsquellen) werden unterdrückt.

Wenn das Selbstsystem andauernd unterdrückt wird, können Ziele und Handlungsabsichten gar nicht auf Selbstkompatibilität geprüft und ggfs. ins Selbst integriert werden. Das kann zur *fehlinformierten Introjektion (*Abschnitt 2.3.4.5) führen. In diesem Fall wird selbstfremdes für selbstgewollt gehalten. Die Folge einer mangelnden Integration von Zielen in das Selbstsystem ist, dass die Person wenig positive verhaltensbahnende emotionale Ressourcen zu Verfügung hat (die nur bei einem umfassenden Selbstzugang verfügbar sind) und deshalb die aktuelle Absicht nur unter relativ hohem Anstrengungsaufwand durchsetzen kann. So wird es bei dieser Steuerungsform schwer, den Spaß (intrinsische Freude) an einer Tätigkeit wirklich zu erleben.

Das „Selbst" ist bei der „Selbst-Kontrolle" Gegenstand oder „Opfer" der Kontrolle, nicht Subjekt oder Urheber der Kontrolle. Das gilt nur für den Fall einseitiger Selbstkontrolle. Für den Fall dass Selbstregulation und Selbstkontrolle kooperieren, ist gemäß der PSI-Theorie die Unterdrückung des Selbst nur vorübergehend, also z.B. auf die Umsetzungsphase beschränkt: *„Wenn das Ziel, dessen Umsetzung durch die Selbstkontrolle vermittelt wird, selbstkongruent generiert wurde, steht die Selbstkontrolle sozusagen unter der übergeordneten Steuerung der Selbstregulation. Die vorübergehende Unterdrückung des Selbst kann immer dann adaptiv sein, wenn es um die Verfolgung von Zielen mit hoher Priorität geht".* (Kuhl, 2001, Kap. 14).

Menschen die sich unter Druck setzen lassen, reagieren oft mit dieser Willensform. Selbstkontrolle wird direkt oder indirekt durch die Hemmung positive oder die Aktivierung negativen Affekts verstärkt, was in dem neurobiologischen Modell einer verstärkten Aktivierung der linken Hemisphäre entspräche.

Auch bei der Selbstkontrolle wie bei der Selbstregulation werden verschiedene ***Unterfunktionen*** unterschieden. Die ersten drei der im Folgenden aufgelisteten Funktionen der Selbstkontrolle beschreiben kognitive Prozesse, die für die Fokussierung auf ein konkretes Ziel und die Planung konkreter Handlungsschritte relevant sind; die weiteren Funktionen beschreiben Komponenten der Selbstkontrolle, die durch affektive Prozesse vermittelt werden.

Die ***Funktionen der Kognitiven Selbstkontrolle*** sind: *Planungsfähigkeit, Vergesslichkeitsvorbeugung; Zielvergegenwärtigung.* Die ***Funktionen der Affektive Selbstkontrolle***

sind: *Misserfolgsbewältigung* (sich von Fehlern nicht lähmen lassen, sondern das Ziel im Auge behalten und es erneut versuchen; aus Fehlern lernen); *Selbstdisziplin* (sich selbst unter Druck setzen, sich zusammenreißen und zwingen, bei der Sache zu bleiben); *Ängstliche Selbstmotivierung* (man motiviert sich, indem man sich die negativen Konsequenzen der Handlungsunterlassung vorstellt).

Der *Unterschied zwischen Selbstkontrolle und Selbstregulation* kann in Verbindung mit der Dissoziation zwischen Motiven und Zielen gebracht werden: In der Selbstkontrolle werden gerade solche Ziele forciert, die nicht zu den momentan vorherrschenden Bedürfnissen passen. Selbstkontrolle ist durch die Dominanz der expliziten Repräsentation von Zielen (Denkfunktion) und der Abschwächung von impliziten Selbstrepräsentationen (Fühlfunktion) charakterisiert, zu denen auch Motive zählen. Ziele sind in diesem Falle nicht durch ausgedehnte Netzwerke akzeptabler Ergebnisse, Handlungsalternativen und sinnstiftende Bezüge zu persönlichen Werten, Bedürfnissen und anderen Selbstaspekten repräsentiert (vgl. Beeman et al., 1994), sondern durch einzelne, konkret angestrebte Zustände. Deshalb wird die durch die Selbstkontrolle unterstützte Zielverfolgung *Zielkonkretisierung* genannt.

Optimale Selbststeuerung setzt eine Kooperation und situations- und zielangemessenes Wechselkönnen zwischen selbstregulativen und selbstkontrollierenden Systemen voraus. Die vorübergehende (phasische) Unterdrückung eigener Bedürfnisse und anderer Selbstaspekte, die mit dem Begriff Selbstkontrolle beschrieben wurde, ist oft notwendig. Eine dauerhafte Festlegung auf diese selbstdisziplinierende Volitionsform gefährdet jedoch die Kooperation von Selbstbehauptung und Selbstkontrolle, weil sie auf die Dauer der Zielverfolgung immer mehr die Unterstützung durch positive Emotionen entzieht. Andererseits würde eine einseitige Dominanz der Selbstregulation auf Dauer auch den Interessen des Selbst nicht gerecht werden, weil deren Berücksichtigung oft das Planen und Beibehalten von Zielen erfordert, die oft nicht unmittelbar, aber doch auf lange Sicht den verschiedenen Selbstinteressen dienen.

Die Überfunktion einer der Komponenten der willentlichen Handlungssteuerung kann zur *Beeinträchtigung einer anderen* führen: die Gesamteffizienz der Selbststeuerung ist deshalb auf Dauer nur zur erhalten, wenn sämtliche Systemkomponenten im Gleichgewicht bleiben.

2.7 WILLENHEMMUNG VS. SELBSTHEMMUNG

Um mehr darüber zu erfahren, in welchem Ausmaß jemand seine Kompetenzen unter Belastung effizient nutzen kann, müssen weitere Funktionskomponenten der Selbststeuerung bestimmt werden: *Willenshemmung bei Belastung und Selbsthemmung bei Bedrohung.*

Gemäß der dargestellten Theorie sind solche pathologischen Symptome als Übersteigerungen hemmender Komponenten des Willenssystems zu sehen, die normalerweise eine adaptive Funktion haben. Die Überfunktion diese hemmende Komponenten kann zu einer Handlungs- oder Willenslähmung und damit zu einem *Mangel an Selbststeuerungseffizienz* führen.

2.7.1 Willenshemmung [Informierte (manifeste) Alienation]: Die Willenshemmung ist durch eine besondere starke Ausprägung einer Willensfunktion gekennzeichnet, die für das „normale" Zusammenwirken von IG und IVS unerheblich ist: die *Ausführungshemmung*. Die Übersteigerung dieser Hemmung (die durch herabregulierte positiven Affekt (+) verstärkt wird) bzw. eine Unterfunktion der Prozesse, die ihre Auflösung (Selbstmotivierung und Initiative) vermitteln, kann zu einer Handlungs- oder Willenslähmung und damit zu einem *Mangel an Selbststeuerungseffizienz* führen. Es entsteht ein *vertikales Ungleichgewicht* der verhaltenssteuernden Teilsysteme und einer Verstärkung der *Selbstkontrolle.*

In diesem Fall fällt es schwer, den Prozess des Analysierens abzubrechen und zum Handeln überzugehen. Das ist erkennbar, wenn jemand zwar ständig darüber nachdenken kann, was er tun oder was er erreichen möchte, aber nicht „die Energie" hat, die entsprechenden Handlungsschritte einzuleiten. Eigene, explizite Absichten (besonders schwierige Absichten), die im Intentionsgedächtnis aufrechterhalten werden, kommen nicht zur Ausführung, obwohl das intuitive Verhaltenssteuerungssystem (IVS) selbst nicht gehemmt zu sein braucht: Wenn externe Reize, Instruktionen, fremde Erwartungen in der Lage sind, direkt das IVS zu aktivieren, dann führt die Willenshemmung zu einer gesteigerten Fremdsteuerbarkeit des Verhaltens (Introjektionsbereitschaft, Konformität).

Willenshemmung wird als *Informierte (manifeste)* Alienation bezeichnet: Aufgrund des intakten Zugriffs auf Selbst- und Fühlrepräsentationen weiß die Person, dass sie nicht das tut, was sie eigentlich tun will; sie kann Selbstrepräsentationen zwar ablesen, aber ihnen nicht den Zugang zur Verhaltentenssteuerung bahnen. Das Handeln in Sinne der eigenen Präferenzen scheint erschwert zu sein.

Faktorenanalysen in verschiedenen Stichproben bzw. Kontextbedingungen haben gezeigt, dass Introjektionsneigung oft auch mit Willenshemmung in Verbindung steht. Dieser Zusammenhang mit der Hemmung der Umsetzung eigener Absichten lässt sich dadurch erklären, dass (a) die Übernahme fremder Ziele (Introjektionsneigung) positiven Affekt hemmen kann, was die Fähigkeit reduziert, eigene Absichten umzusetzen („Willenshemmung": Kuhl & Kazén, 1999) (b) fremde Ziele genauso wie eigene Ziele bei aktueller Nichtrealisierbarkeit den Status von Intentionen erlangen können und im Intentionsgedächtnis solange aufrechterhalten werden wie positiver Affekt gehemmt ist (Goschke & Kuhl, 1993).

Zu der Willenshemmung gehören die folgenden ***Komponenten***, die durch des Skalen des SSI erfassen werden können:

- *Energiemangel, Lustlosigkeit vs. Überwinden von Unlust:* Gefühl der Lustlosigkeit und Kraftlosigkeit, zu wenig Energie haben, um eine Aktivität beginnen zu können.
- *Geringe Initiative vs. Initiative / Tatkraft:* Zu Erledigendes nicht sofort anfangen; Zögern.
- *Nichtumsetzung von Absichten vs. Umsetzung:* Dinge, die man sich vorgenommen hat, nicht ausführen können; man schiebt Unerledigtes vor sich her.

- *Konzentrationsschwäche, Intrusionen vs. Konzentrationsfähigkeit:* an Dinge denken, die nicht mit der aktuellen Tätigkeit zu tun haben; abschweifen.
- *Reduzierte Impulskontrolle vs. Versuchungsresistenz:* Versuchungen nicht widerstehen können; ablenkenden Impulsen nachgeben.
- *Fremdbestimmtheit vs. Eigenregie:* Dinge erst dann ausführen, wenn andere einen dazu auffordern.

Die ***Risiko einer Willenshemmung unter Belastung*** ist besonders hoch, wenn die Sensibilität für positiven Affekt reduziert ist, wenn die Belastung durch viele schwierige Aufgaben hoch ist und wenn die Fähigkeit, positive Stimmung selbst zu erzeugen ("Selbstmotivierung") reduziert ist. Depressive und Lageorientierte vom zögerlichen Typus haben gemäß der Theorie eine hohe Neigung zur Willenshemmung.

2.7.2 Selbsthemmung [Fehlinformierte (latente) Alienation]: Das ***Risiko einer Selbsthemmung*** (d.h. Hemmung des Zugangs zu integrierten „Selbstrepräsentationen" z.B. eigene Bedürfnisse und Werte) ist besonders hoch, wenn die Sensibilität für negativen Affekt hoch ist, wenn die erlebte Bedrohung durch aversive Lebensumstände (auch: Veränderungen) hoch ist (s.u: SSI-K Skala:„Bedrohung") und wenn die Fähigkeit, negativen Affekt durch aktive Auseinandersetzung mit leidvollen oder gefürchteten Erfahrungen herabzuregulieren, schwach ausgebildet ist (s.o. SSI-K Skala „Selbstberuhigung). Diese Funktionen der Selbstregulation können unter Bedrohung geschwächt werden oder ganz abhanden kommen.

Unter Selbsthemmung ist die Selbstwahrnehmung blockiert, so dass die Person vorübergehend oder dauerhaft gar nicht weiß, was sie eigentlich selber will (Entfremdung von eigenen Gefühlen und Präferenzen) und fremde Wünsche, Erwartungen usw. können sogar leicht mit den eigenen verwechseln werden (Kuhl & Kazén, 1994). Gedanken, Gefühle oder Ziele, die nicht zum Selbst passen, die also in diesem Sinne *ungewollt* sind, können nicht unterbunden und als selbstinkompatibel identifiziert werden.

Bei einer der Hemmung des Selbstsystems verliert die Person auch anderen Funktionen des Selbst und alle auf ihr basierenden Funktionen der Selbstregulation die für die emotionale Unterstützung eines selbstgewollten Ziels wichtig sind z.B. Selbstmotivierung und –Beruhigung, Möglichkeiten der kreativen Umgestaltung vorgefundener Situationen). Es wird generell die Beteiligung von ganzheitlich-kreativen Funktionen (Kreativität, Körperwahrnehmungen, Orientierung im gegenständlichen oder sozialen Raum, etc) erschwert. Bei der Hemmung von Selbst- und anderen Kontextrepräsentationen wird als Begleiterscheinung des Grübelns über negative Ereignisse eine gesteigerte *Rigidität* erwartet.

Die Hemmung des Selbstzugangs ist an verschiedenen Phänomenen erkennbar, die aber bei gehemmtem Selbstzugang keineswegs alle gleichzeitig auftreten müssen, weil jede einzelne Funktion nicht nur von der Selbsthemmung, sondern auch von anderen Variablen beeinflusst werden kann.

Deshalb werden sie durch einzelne Skalen des SSI separat erfasst. Diese ***Funktionskomponenten*** sind: *Grübeln, Belastungsabhängige Lähmung, Introjektionsneigung, Konformität, Zwanghafte Perseveration, Perzeptive Rigidität, Entfremdung, Fragmentierung vs. Widersprüchliches integrieren.*

Selbsthemmung unterscheidet sich von der Willenshemmung dadurch, dass die Fähigkeit Ziele umzusetzen noch erhalten sein kann, aber die Fähigkeit, Ziele zu bilden, die zu den eigenen Selbstinteressen passen (Kuhl, 1997), eingeschränkt ist. Es gibt gute Gründe für die Hypothese, dass eine Chronifizierung der latenten Alienation (d.h. des mangelnden Selbstzugangs) ein noch höheres Risiko für die psychische und körperliche Gesundheit bedeutet als die manifeste Alienation (Kuhl, 2002).

Lageorientierte zeigen in verschiedenen Experimenten (Kuhl & Beckmann, 1994) einer Alienation von den eigenen Gefühlen und Präferenzen: Prospektive Lageorientierte zeigen eine manifeste Alienation, Lageorientierte nach Misserfolg hingegen latente Alienation.

Obwohl diese Defizite in einer unter Stress beeinträchtigten *Nutzung* der vorhandenen Selbststeuerungskompetenzen bestehen, kann man vermuten, dass bei einigen ***Persönlichkeitsstörungen*** diese Hemmung dauerhaft geworden ist.

2.8 DIFFERENZIERUNG VON AFFEKTIVER BEWÄLTIGUNGSFORMEN

Die PSI-Theorie stellt eine interessante funktionsanalytische Taxonomie von Bewältigungsstilen dar. Dabei geht es nicht um die Darstellung möglichst vieler Manifestationen von Angst- bzw. Stressbewältigung, sondern um die Identifikation von zugrundeliegenden Basismechanismen: „*Es handelt sich um die Bewältigungsforschung, die sich mit der Frage befasst, wie Menschen mit aversiven Emotionen fertig werden, d.h. welche Strategien sie einsetzen, wenn sie mit bedrohlichen Situationen, Belastung und Stress konfrontiert werden"* (Krohne, 1996; Lazarus, 1991)“ (vgl. Kuhl, 2001, S. 457). Es geht um die Frage welche *Verarbeitungsstrategien* werden eingesetzt, um aversive Zustände von Belastung und Stress zu bewältigen. Und in Bezug auf Emotionsregulation: Wird das in der bedrohlichen Situation ausgelöste Angstgefühl und die damit verbundenen Erlebnisse beachtet und verstärkt oder wird das Erleben diese Erlebnisse abgeschwächt und vermieden?

Bewältigungsstile werden als eine wichtige *Variante der progressiven versus regressiven Verschaltung* zwischen elementaren und hochinferenten Systemebenen interpretiert. Die in der PSI-Theorie postulierten Bewältigungsstile werden hinsichtlich der *zugrundeliegenden affektiven Dispositionen* und den daraus resultierenden Dominanzverhältnissen der kognitiven Systeme unterschieden. Das Modell der Bewältigungsformen zeigt theoretische Zusammenhänge zwischen Temperament bzw. Affekt und der Bewältigungsform. Jeder kognitive Stil kann als Strategie zur Stressbewältigung eingesetzt werden und jede Bewältigungsform wird in eine funktionsanalytische Explikation klassischer Persönlichkeitstypologien integriert.

Der PSI-Theorie zufolge prädestinieren affektive Dispositionen zu unterschiedlichen Bewältigungsformen, so dass Verdrängung (Repression) verschiedene Bedeutungen haben kann. ***Vier Formen der Verdrängung*** unangenehmer Inhalte wurden differenziert, von denen eine der selbstgesteuerten Form der Affektregulation entspricht (Verdrängung durch Herabregulierung) und die anderen drei als automatische, subvolitionale (d.h. ohne die Beteiligung des Selbstsystem, ohne Auseinandersetzung mit der Erfahrung) Formen der Affektregulation bezeichnet wurden. Diese vier Formen der Verdrängung zeigen eine differenzierte Belohnungssensibilität auf frühen und auf späten Verarbeitungsstufen (d.h. Bewältigungsverläufe). Im Folgenden werden diese vier Formen dargestellt.

1. Verdrängung durch Herabregulierung: Diese Verdrängungsvariante wird auf der Belohnungsachse zugeordnet [A/T (-)] und ist durch eine aktive Auseinandersetzung mit negativen oder unerwarteten Erlebnissen gekennzeichnet, was zu einer späteren Herabregulierung des negativen Affekts führt. Im Verlauf der Verarbeitung einer bedrohlichen Information gibt es bei dieser selbstgesteuerten Variante eine frühe Sensibilität (Anstieg der negativen Stimmung und des Stresserlebens) und eine spätere Vermeidung von angstauslösendem Material, sowie Hinweise auf herabregulierende Bewältigungsansätze (z.B. Gelassenheit, Selbstberuhigung). So ist der Bewältigungsverlauf bei dieser Variante mit ***niedriger Anfangs- und einer hohen Endstabilität*** verbunden.

Die erwähnte Anfangssensibilität ist eine Voraussetzung sowohl für eine aktive Auseinandersetzung mit bedrohlichen Informationen als auch für das spätere Ignorieren bewältigter oder als momentan irrelevant identifizierter Informationen. Ohne Sensibilität für negativen Affekt ist keine effektive Herabregulierung desselben denkbar. Die Selbstregulation von Gefühlen (s.o.: Emotionskontrolle) kann natürlich erst stattfinden, wenn negative Affekte überhaupt eine Chance bekommen zu entstehen. Die Abwendung von potentiellen Inhalten ermöglicht dem Selbstsystem bereits auf einer früheren Stufe, das bisherige Erfahrungswissen auf die Bewältigung des jeweiligen bedrohlichen oder schmerzhaften Ereignisses anzuwenden.

Ein besonderer Vorteil dieser Form gegenüber automatischen Formen der Ablenkung von schmerzhaften Erfahrungen, liegt darin, dass es sich um eine ***„informierte Verdrängung“*** handelt, die zudem gegebenenfalls durch entsprechende Selbstfunktionen unterstützt wird (z.B. selbstgesteuerte selektive Aufmerksamkeit): Das Selbstsystem weiß, was es zu verdrängen hat und wann das geschehen soll. Die informierte Verdrängung ist differenzierter und präziser, und sie ist dort, wo sie stattfindet, effektiver als Verdrängungsformen, die ohne Vermittlung des Selbstsystems zustande kommen. (Kuhl, 2001, Kap. 5).

Dieser Form tritt nur dann auf, wenn sie zu den auf der Ebene des integrierten Selbst repräsentierten aktuellen Zielen der Person nicht passen und ist *die einzige inhaltlich echte Bewältigungsform,* in dem Sinne, dass sie als einzige das Erfahrungswissen mit einbringt und so *„den bedrohlichen Charakter der angstauslösenden Wahrnehmungen entschärft, entweder durch das*

Auffinden einer passenden Handlungsmöglichkeit oder durch Umbewertung und Sinnstiftung (z.B. bei leidvollen Erfahrungen, die sich nicht mehr rückgängig machen lassen)." (Kuhl, 2001, Kap. 11)

In einer Untersuchung, in der erreigniskorrelierte Potentiale nach Konfrontation mit neutralen oder bedrohlichen Wörtern (ERP-Komponente) registriert wurden, wurde diese Anfangssensibilität bei Handlungsorientierten bestätigt (Rosahl et al., 1993): Handlungsorientierte wenden auf einer frühen Verarbeitungsstufe potentiell störenden Informationen sogar verstärkt Aufmerksamkeit zu. Die Selbstberuhigungskompetenz beruht auf dieser aktiven Herabregulierung negativen Affekts.

Gesagtes gilt für moderate Ausprägungen der Herabregulierungtendenz (z.B. den eigenwilligen, ehrgeizigen und selbstbestimmten Persönlichkeitsstile). Bei Extremausprägungen der Hemmung negativen Affekts wie bei einigen ***Persönlichkeitsstörungen*** (d.h. der paranoiden, antisozialen bzw. narzisstischen Störung), erfolgt diese Hemmung so rasch und nachhaltig, dass nicht mehr von einer „anfänglichen Sensibilität" für negativen Affekt gesprochen werden kann. Ein weitgehender Ausschluss der Auseinandersetzung mit negativen Gefühlen, wie es bei den entsprechenden Persönlichkeitsstörungen vorhanden sein dürfte, führt durch die einseitige Aktivierung des Selbst zu einer Verflachung dieser Struktur (Kuhl, 2001, Kap. 16).

2. Verdrängung durch Ausweichen: Bei dieser Verdrängungsvariante ist der Kontakt mit negativen Affekten auf ein Minimum reduziert: negativer Affekt wird geradezu verhindert. Bei dieser Variante ist der Bewältigungsverlauf mit ***hohe Anfangsstabilität*** und einer ***geringer Endstabilität*** verbunden. Die Herabregulierung negativer Affekte wird bei dieser Variante auf sehr frühen Stufen der Verarbeitung automatisch erfolgen, so dass sie praktisch einer geringen Sensibilität für negativen Affekt entspricht. Negative Stimmungen werden sehr rasch und ohne Auseinandersetzung mit der Quelle dieser Stimmung vermieden.

Diese automatische Herabregulierung von negativem Affekt durch das Ausweichen **kann in verschiedenen Formen stattfinden:** ***Ausweichen in den positiven Affekt*** (z.B. automatisches, nicht selbstgesteuertes Beschönigen), ***Ausweichen in die Aktion*** (d.h. die automatische, nicht selbstgesteuerte Auslösung von Handlungsroutinen, sobald negativer Affekt aufkommt) oder ***Ausweichen in die Hemmung positiven Affekts*** (z.B. Bagatellisieren).

Das ***Ausweichen in positiven Affekt*** (beim positiven Ablenkungstypus) ist durch die „Flucht in Impulsivität" (impulsive Aktivierung von Handlungsbereitschaft) und die „Flucht in den positiven Affekt" (Beschönigungstendenzen) gekennzeichnet. Diese Verdrängungsvariante wird in der Belohnungsachse zugeordnet: Es wird durch eine hohe motorische Aktivierbarkeit (T+), zusätzlich auch durch eine hohe Belohnungssensibilität (A+) unterstützt: Wenn bei Konfrontation mit einer bedrohlichen Situation eine starke motorische Aktivierung oder starke positive Emotionen sehr rasch generiert werden, kann gemäß diesem Modell die Entstehung negativer Affekte oft verhindert werden. Bei diesem Typus dominieren intuitive Verhaltensprogramme für die soziale Interaktion, die gemäß der erste Modulationsannahme durch positiven Affekt gebahnt werden. Viele Charakteristika des

positiven Ablenkungstypus wurden als Korrelat des klassischen *Represser-Typus* empirisch bestätigt. Die ***histrionische Persönlichkeitsstörung*** wird als pathologische Übersteigerung dieses Stils interpretiert.

Das Ausweichen in die Hemmung positiven Affekts wird als **„Zurückhaltende Ablenkung“** bezeichnet. Bei diesem Typus werden auch negative Gefühle durch die frühe Fixierung auf das Belohnungssystem (hier: seiner Hemmung) (bzw. der Aktivierungskomponente des Temperaments) verhindert. Aufgrund der ersten Modulationsannahme ist in diesem Fall die Abwehr durch *Intellektualisierung* zu erwarten: Die Hemmung positiven Affekts führt zu einer starken Aktivierung des Gedächtnisses für explizite Absichten und seiner Hilfssysteme (z.B. das analytische Denken). Stressverarbeitungsstrategien wie Bagatellisieren, Leugnen, Ausweichen und Ablenken auf einer frühen Verarbeitungsstufe sollten bei diesem Typus in ähnlicher Weise wie bei dem positiven Ablenkungstypus auftreten, allerdings mit weniger ausgeprägter positiver Affekt- bzw. Aktivierungsstärke und entsprechend geringerem Extraversionswert. Unter Belastung wird bei diesem Bewältigungsstil positiver Affekt gehemmt, wodurch verhindert werden soll, dass negative Affekte auftreten. Im Alltag ließe sich diese Bewältigungsform durch die Erfahrung beschreiben, dass man um so weniger zu fürchten hat (d.h. um so weniger das Risiko eines negativen Affekts besteht), je weniger man zu verlieren hat (d.h. je weniger positiv man vorhandene Anreize bewertet). Die ***zurückhaltende Persönlichkeitsstörung*** wird als pathologische Übersteigerung dieses Stils interpretiert.

3. Das Ausweichen in die Aktion wird als „**Selbstkontrollierte Unterdrückung“** bezeichnet **(Flucht in den Aktionismus).** Diese dritte Variante ist durch ein Verhindern von positivem Affekt durch dominierende Aktivierung von negativem Affekt und dessen Reduktion durch das Ausweichen in den Aktionismus (d.h. die automatische, nicht selbstgesteuerte Auslösung von Handlungsroutinen, sobald negativer Affekt aufkommt) gekennzeichnet. Die Verdrängung geschieht im Unterdrückungsmodus aus der einseitigen Aktivierung des affektunabhängig arbeitenden (linkshemisphärischen) Verhaltensbahnungssystems.

Ohne positiven Affekt ist das Spektrum der verfügbaren intuitiven Routinen stark eingeschränkt: phylo- und ontogenetisch alte Routinen, die nicht an positiven Affekt gebunden sind, können leichter aktiviert werden als affektabhängige Routinen, die die soziale Interaktion und das instrumentelle Aufsuchen positiver Anreize bestimmen (vgl. 7.Modulationsannahme). Ohne die Beteiligung von positivem Affekt sollte die Aktivierung der rechten Hemisphäre reduziert sein (Basismodulationsannahmen).

Dieser Typus hat einen geringen Zugang zu Gefühlen. da ihnen ja der Zugang zur hochinferenten Repräsentation von Gefühlen fehlt. So ist der Bewusstsein nicht allzusehr durch unangenehme Gefühle belastet, aber auch der Zugang zu vielen positiven Gefühlen sollte unterbunden sein, besonders solchen, die auf hochinferente implizite Integrationsleistungen angewiesen sind (EG), also z.B. „persönliche“ Gefühle wie Liebe, Warmherzigkeit und Zärtlichkeit, die an der Begegnung mit einer anderen Person auf der personalen Ebene gebunden sind. Dieser Fall ist durch eine

Aktivierung der bewussten Kontrolle durch konkrete Inhalte des Absichtsgedächtnisses beschreibbar. Gemäß den angedeuteten angatonistischen Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Makrosystemen würde eine Aktivierung des IG die Hemmung des EG bewirken und damit das Erleben aktueller Empfindungen und Gefühle auf einer hochintegrierten Ebene des Selbst-Erlebens erschweren.

Diese Verdrängungsform reguliert nicht den negativen Affekt herab, sondern *unterdrückt* lediglich ungewollte Affekte und assoziierte Kognitionen, ohne sie wirklich zu beseitigen. Implizite Selbstrepräsentationen werden unterdrückt und expliziter Absichten gebahnt. Gewissenhaftigkeit wird in dieser Systemkonfiguration eben dadurch unterstützt, dass eigene Interessen (d.h. das Selbst) unterdrückt werden, so dass explizite Ziele (die dann meist aus Erwartungen oder Wünschen anderen resultieren) verfolgt werden. Diese *Selbstunterdrückung* sollte anstrengend und ermüdend sein, weil sie ständig aufrechterhalten werden muss und weil die Hemmung des Selbsterlebens mit einem erhöhten Energiebedarf assoziiert ist.

Im Verlauf der Verarbeitung einer bedrohlichen Information ist dieser Unterdrückungstypus durch eine ***frühe Sensibilität für und eine spätere Vermeidung von angstauslösendem Material*** gekennzeichnet. Die Anfangssensibilität ist auf die starke Empfindsamkeit für die Wahrnehmung von Bedrohlichem oder Unstimmigkeiten zurückzuführen. Die Verdrängung negativer Emotionen entsteht beim Unterdrückertypus ja erst dann, wenn seine aktionistischen Bewältigungsversuche einsetzen.

4. Verdrängung durch Sensibilisierung und Abspaltung: Die vierte Form der Verdrängung wird in der Theorie als *ermüdungsneutral* eingestuft. Bei dieser Variante werden Erlebnisse, die nicht zu den aktuell selbstgewollten Inhalten passen, nicht unterdrückt, sondern sogar besonders sensitiv beachtet. Andererseits sind solche unangenehme Erlebnisse oft nicht abrufbar, weil sie von vorneherein als isolierte Einzelerfahrungen eingespeichert wurden, also scheinbar verdrängt.

Dieser Typus entspricht im Modell der *Kombination von hohem negativen mit gehemmtem positivem Affekt*. Wenn negativer Affekt nicht herabreguliert wird (= Sensibilisierung), wird aufgrund der 2. Modulationsannahme das EG gehemmt, so dass die lediglich mit dem Objekterkennungssystems verarbeiteten negativen Empfindungen wenig Kontakt haben mit dem System, das vielfältige Verbindungen zu anderen Erfahrungen und Selbstaspekten vermittelt (d.h. dem EG). Die fehlende Integration (Abspaltung oder Dissoziation) in existierende Erlebniskontexte der EG erschwert das spätere Widerauffinden des negativen Materials. Schmerzhafte Erfahrungen sind dissoziiert von den hochinferenten Systemen der Person. Gemäß der Theorie liegt diese Variante dem *lageorientierten Grübeln* über Unangenehmes zugrunde.

Die bewusste (oder besser vorbewusste) Auseinandersetzung mit Stressfaktoren (d.h. Verdrängung durch Herabregulierung) *b*ietet langfristig die Möglichkeit eine besonders hohe Bewältigungskompetenz zu entwickeln, während die ***einfachen Bewältigungsmechanismen*** bei anhaltenden und starken Belastungen plötzlich zusammenbrechen können. Die selbstregulatorische

Auseinandersetzung macht kurzfristig sensibler (man kann sich ja mit schmerzhaften Erfahrungen erst dann auseinandersetzen, wenn man sie erst einmal zulässt).

Die selbstgesteuerte Form ist ein Beispiel für die Kombination von einer hohen Angstsensibilität mit guter Fähigkeit zur Herabregulierung von Angst. Diese Kombination aus moderater (oder hoher) Sensibilität für negative Erfahrungen und guter Selbstberuhigungskompetenz bietet gemäß der PSI-Theorie die günstigsten *Voraussetzungen für emotionale Dialektik*, und so für *persönliches* Wachstum. Es geht hier erneut um die Unterscheidung zwischen Erst- und Zweit-Reaktion. Dieser Zusammenhang wurde in der Beschreibung der emotionalen Dialektik als Teil der PSI-Theorie erörtert.

Die Charakterisierung verschiedener Formen des Umgangs mit bedrohlichen Affekten und Kognitionen zeigt, wie Stressbewältigungs- bzw. Abwehrmechanismen mit Selbststeuerungsprozessen verbunden sind und warum es von der jeweils vorherrschenden Bewältigungsform abhängt, welcher ***Persönlichkeitstypus*** oder welche ***Persönlichkeitsstörung*** sich entwickelt (Kuhl, 2001).

Es steht kein Instrument zur Verfügung, das diese postulierte theoretische Differenzierung der Bewältigungstypen direkt misst. Trotzdem ermöglicht die theoretisch postulierte Verbindung der verschiedenen Bewältigungsstile mit affektiven Grunddispositionen eine Hypothesenüberprüfung indirekt durch die Messung von bestimmten Persönlichkeitsstilen (durch den PSSI), die sich ebenfalls den affektiven Grunddispositionen und damit den verschiedenen Bewältigungsformen zuordnen lassen (Kuhl, 2001, S. 490). Obwohl in der vorliegenden Arbeit keine spezifischen Hypothesen über die Bewältigungsstile formuliert werden, es wird diese Taxonomie für die Interpretation der Ergebnisse von ***Teil I*** berücksichtigten, da wie erwähnt die verschiedenen Persönlichkeitsstile und ihre zugrundeliegenden affektiven Grunddispositionen in Verbindung mit verschiedenen Bewältigungsformen stehen. *Wie reagieren die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile auf emotionale Belastungen und Stress? Welche Unterschiede machen diese aufgezählten Varianten hinsichtlich der Symptomentstehung?*

2.9 PERSÖNLICHKEITSSTILE UND –STÖRUNGEN AUF DER GRUNDLAGE DER PSI-THEORIE [6]

Personen wechseln mehr oder weniger flexibel zwischen den Systemkonfigurationen. Die PSI-Theorie postuliert eine ***Kontinuität zwischen Systemkonfigurationen***. Es werden ***vier allgemeine Systemkonfigurationen*** differenziert, die sich in ihrer Dauer sich unterscheiden (***Zeitcharakteristik-Hypothese***) (Kuhl, 2001, S. 791)*: (1) kurzfristige Systemepisoden (phasische Konfigurationen), (2) andauernde Systemzustände (tonische Konfigurationen), (3) stabile Systemkonfigurationen (Persönlichkeitsstile) und (4) chronische Systemkonfigurationen (Persönlichkeitsstörungen)*

So werden Persönlichkeitsstile und ihre pathologischen Übersteigerungen in der PSI-Theorie wie erwähnt als stabile bzw. chronische Varianten entsprechender kurzfristig auftretender System-konfigurationen verstanden. Phasische, tonische und chronische Komponenten können tatsächlich zusammenwirken. Selbst eine Person, die aufgrund eines Persönlichkeitsstils zu einer Konfiguration tendiert, kann in spezifischen Situationen kurzfristig (phasisch oder tonisch) zu einen anderen Konfiguration überwechseln. Solche Wechsel wären aber von der individuellen Lerngeschichte abhängig und deshalb auf bestimmte situative Auslöser beschränkt. So schließt z.B. die dispositionelle Neigung zur Hemmung des Bestrafungssystems kurzfristig ausgelöste Episode erhöhter Aktivität dieses Systems nicht aus.

Die Anwendung der Theorie auf die klassischen Persönlichkeitsstile beruht auf der sogennanten ***Ableitungsregel***, die postuliert, dass die Anwendung der Modulationsannahmen ausreicht, um aus der Kombination der drei Aktivierungsstufen der beiden motivationalen Systeme (Belohnungs- und Bestrafungssystem), die Merkmale der klassischen Persönlichkeitsstile zu erklären (Kuhl, 2001, S.791) Aus der Kombination der 3 x 3 möglichen Ausprägungen des positiven und negativen Affektsystems (hohe, mittlere und niedrige) ergeben sich also ***neun Systemkonfigurationen***, die mit unterschiedlichen kognitiven Funktionen assoziiert sind (Kuhl, 1996, 1997):

1a) Bei **niedrigem positiven Affekt [A(+)]** (z.B. bei der Schizoiden Störung) dominiert gemäß der ersten Modulationsannahme des *analytisch-volitionale Planungsmodus*, während das impulsive Handeln gehemmt ist. 2a) Bei einem **mittleren positiven Affekt [A{+}]** (z.B. beim sorgfältigen und beim selbstbewussten Stil) dominiert ein *instrumenteller Manipulationsmodus,* der auf einer effizienten Zusammenarbeit des analytischen Denkens und der intuitiven Verhaltenssteuerung beruht. 3a) Bei einem **hohem positivem Affekt [A +]** (z.B. bei der histrionischen Störung) dominiert ein *intuitiv-impulsiver Operationsmodus* und das analytische Denken die untergeordnete Funktion ist.

[6] Eine Beschreibung der einzelnen Persönlichkeitsstile bzw. Störungen befindet sich im Anhang A.

1b) Bei **niedrigem negativen Affekt [A (-)]** (z.B. beim selbstbestimmter Stil), folgt gemäß der zweiten Modulationsannahme eine *Dominanz des Fühlmodus* durch Anwendung des vorhandenen hochinferenten, emotional Konfigurationswissens über relevante Handlungs- und Erlebniskontexte und Selbstaspekte. 2b) Bei **einem mittleren negativen Affekt [A {-}]** (z.B. beim optimistischen und zurückhaltenden Stil) dominiert ein *erkenntnis-orienterter Lernmodus*, in dem bestehende Wissenskomplexe aufgrund der Kooperation der Fühl- und Empfindungsfunktionen an der Realität getestet werden. 3b) Bei **hohem negativem Affekt [A-]** (z.B. bei der selbstunsicheren oder zwanghaften Störung) gemäß der zweiten Modulationsannahme die elementare *Empfindungsfunktion* dominiert, während des ganzheitlichen Fühlens die untergeordnete Funktion ist.

Bei einer ***dauerhafte Aktivierung des Belohnungs- oder Bestrafungssystem*** (z.B. A+ oder A-) wird mit einer Reduktion des Austausches zwischen dem höheren kognitiven mit dem dazugehörigen elementaren kognitiven System gerechnet. Bei ***niedriger Aktivierung*** eines Anreizsystems (z.B. A (+) oder A (-)) gilt das Umgekehrte: Es ist dann mit einer erhöhten Aktivierung des darüber angeordneten komplexen kognitiven Systems und eine reduzierten Aktivierung des darunter angeordneten einfachen kognitiven Systems zu rechnen.

Bei einer ***mittleren Aktivierung*** des jeweiligen affektiv-motivationalen Systems (z.B. A {+} oder A {-} ist mit einem ausgewogenen Zusammenwirken des entsprechenden höheren kognitiven und des vertikal darunter liegenden einfacheren kognitiven Systems zu rechnen ist (d.h. zwischen Denken und intuitiven Operationen bzw. Fühlen und Empfinden). In diesem Fall bilden diese beiden Systeme die ***Effizienzdimension*** des Gesamtsystems, d.h. *„ein emergentes funktionelles System, das zur Bewältigung möglichst vieler Aufgaben eingesetzt wird und dessen Aktivität einen intrinsischen Belohnungswert erlangt“* (Kuhl, 2001, S. 866).

Bei extremer Ausprägung der *Dominanzfunktion*, die im Falle von Persönlichkeitsstörungen angenommen wird, kann ein Umschlagen der entsprechenden Effizienzdimension in eine ***Konfliktdimension*** oder in eine ***Defizitdimension*** auftreten.

Da auf der *Temperamentsebene* eine Zentrierung auf ein mittleres Aktivitätsniveau unwahrscheinlich ist, werden nicht acht T-Konfigurationen postuliert, sondern vier (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Hypothesen über die Belohnungs- und Bestrafungssensibilität der einzelnen Stile gemäß der PSI-Theorie (Kuhl, 2000a, 2001; Kuhl & Kazén, 1997) sind in Tabelle 2.3 zusammengefasst. Die Tabelle zeigt, wie sich die mit dem PSSI messbaren Stile und Störungen in wichtigen affektiven und mentalen Grundfunktionen unterscheiden, nämlich hinsichtlich der affektiven und der mentalen Disposition (Denken, Fühlen, intuitive Verhaltenssteuerung oder Empfinden).

In Abbildung 2.4 ist zusätzlich zu den temperamentsbedingten *(T-Typen)* und den anreizbedingten (A-Typen) eine dritte Gruppe von Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt, die mit einer Übersteigerung eines weiteren verhaltensbahnenden Systems erklärt werden, nämlich der intuitiven Verhaltenssteuerung (V-Typen). Diese drei Typen haben einige funktionale Gemeinsamkeiten, die

auf dem Umstand beruhen, dass es sich bei allen drei Funktionsebenen (d.h. A, T und V) um *verhaltensbahnende* Systeme handelt.

Tab. 2.3: Auflistung der mit dem PSSI erfassten individuellen Stile, der korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen und der Hypothesen der PSI-Theorie über Belohnungs- und Bestrafungssensibilität (bzw. positive vs. Negative Emotionalität) sowie über globale Verhaltensaktivierung oder sensorische Sensibilisierbarkeit („Temperament“) durch positive oder negative Erfahrungen (kursiv). Die gemäß der PSI-Theorie jeweils dominanten und unterstützenden Funktionen sind in den anderen 2 Spalten aufgelistet (Kuhl & Kazén, 1997). In der letzte Spalte finden sich der vermuteten, für den jeweiligen Stil typischen Emotionen.

Persönlichkeits-Stil	**Persönlichkeits-Störung**	**Hypothesen der PSI-Theorie**		**Dominante Funktionen**	**Unterstützende Funktionen**	**Emotion**
Motivationstypen		**Sensibilität für Belohnung A +**	**Bestrafung A -**			
selbstbestimmt	*antisozial*	mittel	niedrig	Fühlen	Denken & IVS	Selbstsicherheit
eigenwilig	paranoid	niedrig	niedrig	Denken, Fühlen	-	Verachtung
zurückhaltend	Schizoid	niedrig	mittel	Denken	Fühlen & Empfinden	Zweifel
selbstkritisch	Selbstunsicher	niedrig	hoch	Denken, Empfinden	-	Scham
sorgfältig	zwanghaft	mittel	hoch	Empfinden	Denken & IVS	Schuld
ahnungsvoll	schizotypisch	hoch	hoch	Empfinden, IVS	-	Hoffnung
optimistisch	rhapsodisch	hoch	mittel	IVS	Fühlen & Empfinden	Freude
ehrgeizig	Narzißtisch	hoch [2]	niedrig	IVS, Fühlen	-	Stolz
Temperamentstypen		**Aktivierbarkeit: Motorisch T +**	**Sensorisch T -**			
Kritisch	*Negativistisch*	niedrig	niedrig	Denken, Fühlen	-	Trotz
Loyal	*abhängig*	niedrig	hoch	Empfinden, Denken	-	Angst
Spontan	*borderline*	hoch	hoch	Empfinden, IVS	-	Wut
liebenswürdig	*Histrionisch*	hoch	mittel	IVS	Fühlen & Empfinden	Liebe
Still	Depressiv	niedrig	(hoch)	Denken, Empfinden	-	Trauer
hilfsbereit	selbstlos	hoch	(hoch)	Fühlen, IVS	-	Mitleid

IVS = Intuitive Verhaltenssteuerung

[2] Die niedrige Bestrafungssensibilität wird als sekundäre Kompensation einer latent hohen Bestrafungssensibilität interpretiert

Die niedrige Bestrafungssensibilität wird als sekundäre Kompensation einer latent hohen Bestrafungssensibilität interpretiert

2.9.1 Das Star-Modell der Persönlichkeitsstörungen

Auf der Grundlage der PSI-Theorie wurde das STAR-Modell (Abb.2.4) der Persönlichkeitsstörungen entwickelt (Kuhl, 1997, 2000; Kuhl & Kazén, 1996). Die im STAR-Modell vorgeschlagene Taxonomie zeigt die ***„Projektion“ der Persönlichkeitsstile und- Störungen auf zwei motivationalen Basisdimensionen***, d.h. auf die relative Ausprägung der Aktivierung von Belohnungs- und Bestrafungsaffekten bzw. für entsprechende positive und negative Emotionen. Die Annordnung der „Typen“ innerhalb des Modells basiert auf den erwähnte Ableitungsregeln der PSI-Theorie. Das STAR-Modell ***zeigt die verschiedene Kombinationsmöglichkeiten (Systemkonfigurationen)*** der auf möglichen Ausprägungen des positiven und negativen Affektsystems sich ergeben.

Die Projektion der Stile und Störungen auf zwei affektive Basisdimensionen ist nicht reduktionistisch gemeint: „*Wie bei einer Landkarte geht zwar vieles von der Komplexität der Wirklichkeit verloren, wird aber nicht geleugnet*“ (Kuhl & Kazén, 1996, S. 25). Dabei können nicht alle Funktionsebenen der Persönlichkeit berücksichtigt werden, (z.B. werden die mit den einzelnen Stil verknüpften Unterschiede in den Bedürfnissen und Motiven, in der Aufmerksamkeit und dem Bewusstsein, in der Selbststeuerung und der Selbstverwirklichung und in anderen Funktionssystemen nicht im STAR-Modell, wohl aber in der PSI-Theorie beschrieben). Weiterhin haben die im STAR-Modell vorgenommenen Zuordnungen den Status von Hypothesen, mit denen nicht die zentralen Annahmen der PSI-Theorie auf dem Prüfstand stehen (Kuhl, 2001, S. 861). Deswegen wird es von einem *Modell* statt von einer Theorie gesprochen.

Das STAR-Modell zeigt, dass die Persönlichkeitsstilen bzw. Störungen durch vier verschiedene Kognitionen abgeleitet werden, die sich auf die unterschiedlichen Affekte beziehen. Im ***Kreis,*** der den Stern umschließt, sind die gemäß den Modulationsannahmen jeweils *dominanten kognitiven Makrosysteme* genannt.

Da positiver und negativer Affekt nicht als Pole einer gemeinsamen Dimension betrachtet werden, sondern als zwei getrennte Dimensionen, die unabhängig voreinander variieren können, sind sie in dem STAR-Modell orthogonal angeordnet. Die Affektdimensionen sind in Abb. 2.4 so dargestellt: in der ***horizontalen Achse*** die positive Affektdimensionen (niedrige Ausprägung [A(+)] links, hohe Ausprägung [A+] rechts), in der ***vertikalen Achse*** die negative Affektdimensionen (niedrige Ausprägung [A(-)] oben, hohe Ausprägung [A(-)] unten). Das Fragezeichen in der Mitte deutet an, dass eine Stabilisierung positiven und negativen Affektes im Mittelbereich auf Dauer schwer vorzustellen ist.

Das Modell ist so angeordnet, dass jede der acht ***Sternzacken*** einer bestimmten Systemkonfiguration (und damit einem Persönlichkeitsstil) entspricht, der durch ein für ihn spezifisches Interaktionsmuster (Konfiguration) der kognitiven Hauptfunktionen gekennzeichnet ist. Beim zurückhaltenden Stil dominiert z.B. die Denkfunktion, während die intuitive Verhaltensteuerung aufgrund der niedrigen Sensibilität für positiven Affekt gehemmt ist (erste Modulationsannahme); die Funktionen des Fühlens und Empfindens operieren beim zurückhaltenden Stil bzw. der schizoiden Störung aufgrund der mittleren Sensibilität für negativen Affekt (zweite Modulationsannahme) in einem ausgewogenen Verhältnis im Hintergrund. Das ausgewogene Miteinander dieser beiden Funktionen wird im Star-Modell angedeutet durch die Mittelposition des züruckhaltenden Stils auf der durch die Pole Fühlen und Empfinden definierten Achse.

Dem ***Mittelbereich*** des Sterns entspricht kein eigenständiger Persönlichkeitsstil, sondern ist mit der Fähigkeit zum flexiblen Hin- und Herpendeln zwischen den acht Zacken (Systemkonfigurationen) verbunden. Im Mittelbereich des Sterns kann sich eine Person in verschiedene Richtungen "bewegen". Eine Person im Mittelbereich ist sehr flexibel, und hat viele Handlungsmöglichkeiten. In der Mitte des Sternmodells befindet sich der Zustand der

„Ausgeglichenheit“, der, da schwer, zunächst mit dem Symbol eines Fragezeichens verstehen wurde. In diesem Mittelbereich befinden sich typische Durchgangzustände zur Bewältigung einer entsprechenden Problemsituation, die vom normal angepassten Individuum erlebt werden, wenn in Abhängigkeit von bestimmten situativen Anforderungen in eine andere Systemkonfiguration (Bewältigungsstil) gewechselt wird. Diese kurzfristigen Systemkonfigurationen entsprechen die erwähnten Problembewältigungsstile, und können sich stabilisieren bzw. rigidisieren mit zunehmender Entfernung von der Mitte.

Die Intensität einer bestimmten Systemkonfiguration, z.B. des „schizoiden Stils“ kann in der Mitte der dazugehören Sternzacke angeordnet sein. Mit zunehmender Entfernung von der Mitte des Sterns wird entsprechend der Modellsymbolik irgendwo der Übergang vom „zurückhaltenden Stil“ zur „schizoiden Persönlichkeitsstörung“ überschritten. Wie erwähnt gehen nach der PSI-Theorie Persönlichkeitsstile in Persönlichkeitsstörungen über, wenn die Verfestigungen auf bestimmte Systemkonfigurationen zu extremen Fixierungen werden. Im STAR-Modell bedeutet das, dass eine Person an der extremen Spitze einer Achse steckt und es für sie schwierig wird, von der vorherrschenden Systemkonfiguration in eine andere zu wechseln, selbst wenn die momentane Situation dies erfordert. Die Handlungsmöglichkeiten der Person sind stark eingeschränkt. In solcher funktionalen Einschränkung kann eine schizoide Person z.B. selbst in Situationen, in denen es um die Nähe und den emotionalen Austausch mit einem nahe stehenden Menschen geht, das analytisch-planvolle Denken nicht abschalten**.** Stabilisiert bzw. rigidisiert sich die Einschränkung auf eine Systemkonfiguration bereits in der früheren Kindheit, so kann sich – als chronifizierte Form – eine Persönlichkeitsstörung ausbilden. Die Sternform symbolisiert diese Interpretation von Persönlichkeits-Störungen im Sinne einer funktionalen Verengung der Persönlichkeit (Kuhl & Kazén, 1997).

Es wird deutlich, dass im STAR-Modell eine grundsätzlich ***dimensionale Sichtweise*** des Übergangs von Stil zur Störung ausgedrückt werden soll. Mit dieser Darstellungsweise ist eine weitere Annahme des STAR-Modells verbunden: je weiter sich eine Systemkonfiguration in Richtung „Sternzacken“ („Extremisierung“) bewegt, um so schwieriger ist dieser Zustand in Richtung einer anderen, vielleicht situationsangemesseneren Konfiguration zu verlassen. Es wird daher angenommen, dass die Rigidität in der Bevorzugung bestimmter Systemkonfigurationen mit einer mangelnden Flexibilität verbunden ist, angemessen auf unterschiedliche Situationsanforderungen zu reagieren

Der ***affektive positive Pol*** des STAR-Modells wird bspw. durch den histrionischen Persönlichkeits-Typus gekennzeichnet. Hier werden auch andere Stile eingeordnet, wie der „optimistisch-rhapsodische“ oder der „ehrgeizig-narzisstische“ (Kuhl & Kazén, 1997). Alle diese Stile haben gemeinsam, dass sie mit einer erhöhten positiven Emotionalität verbunden sind, die gemäß der 1.MA zu eine intuitiven Handlungsbereitschaft bis hin zur Impulsivität führen kann. ***Am Ende dieser Dimension*** befinden sich Stile, die mit einer gedämpften positiven Emotionalität [A(+)] verbunden sind und die sich durch eine eher nachdenklich-abwartende Herangehensweise an die Umwelt

auszeichnen, die bei extremer Ausprägung der gehemmten positiven Emotionalität bis hin zu depressiver Passivität reichen kann.

In der ***negativen Dimension*** finden sich Stile die durch Eigenschaften wie Ängstlichkeit und mangelnde Selbstsicherheit gekennzeichnet sind. Dieser Pol unterscheidet sich von dem 90 Grad darunterliegenden darin, dass hier nicht die *Intensität* der Handlungsbereitschaft betroffen ist, sondern deren Ausrichtung: Aufgrund des hier stark gebahnten negativen Affektes wird der Zugang zu den eigenen Bedürfnissen auf der Ebene des Selbst verhindert und so das Durchsetzen selbstgenerierter Ziele erschwert. Die hier angesiedelten Stile können daher durchaus mit einer starken Handlungsbereitschaft verbunden sein, die aber fremdbestimmt ist. Hier werden Stile wie der selbstkritische, abhängige oder selbstlose angesiedelt (Scheffer, 2000). Der ***gegenüberliegende Pol dieser Dimension [A(-)]*** ist dagegen durch eine starke Autonomie und Selbstbestimmtheit gekennzeichnet (antisozial, narzisstisch, paranoid, negativistisch). Sie haben gemeinsam, dass sie durch die Herabregulierung negativer Emotionalität gekennzeichnet sind, was gemäß der zweiten Modulationsannahme zu einer besonders intensiven Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung (Autonomie) führt. Da diese sich insbesondere unter ungünstigen Situationskonstellationen und Stress bemerkbar machen, gehören hierher auch Eigenschaften wie Robustheit und Mut.

Weiterhin finden sich in dem STAR-Modell die sog. ***„Mischtypen“***, die in einer Zwischenstellung zugeordnet sind (negativistisch, narzisstisch, paranoid). Sie sind durch bspw. eine durchaus mögliche Kombination von reguliertem, negativem bei gleichzeitig blockiertem, positiven Affekt ergeben [A (+) & A (-)]. Anderer Mischtypus ist der „sorgfältig-zwanghafte“. Der zeigt oft ein Muster aus Selbstentfremdung bei gleichzeitig enorm gesteigerter Aktivität. Letzteres wird in der PSI-Theorie durch die Bahnung eines affektunabhängigen Subsystems des intuitiven Handelns erklärt, welches insbesondere die Ausführung gut gelernter Handlungsroutinen („Habits“) erleichtert. Dadurch ist das Verhalten durch Fremdbestimmung („Pflichterfüllung“), Durchhaltensvermögen, Genauigkeit und geringer Fehlertoleranz gekennzeichnet.

*Viele **Hypothesen der vorliegenden Arbeit** werden aus den Annahmen des STAR-Modells abgeleitet. So wird z.B. erwartet, dass Persönlichkeitsstile (Motivations- und Temperamentstypen), die durch eine erhöhte Bestrafungssensibilität gekennzeichnet sind (d.h. die im STAR-Modell in der unteren Hälfte angesiedelt sind), aufgrund der blockierten Fühlfunktion und des somit erschwerten Zugriffs auf Selbstrepräsentationen mit einer erhöhten Tendenz zu Symptomentwicklung einhergehen.*

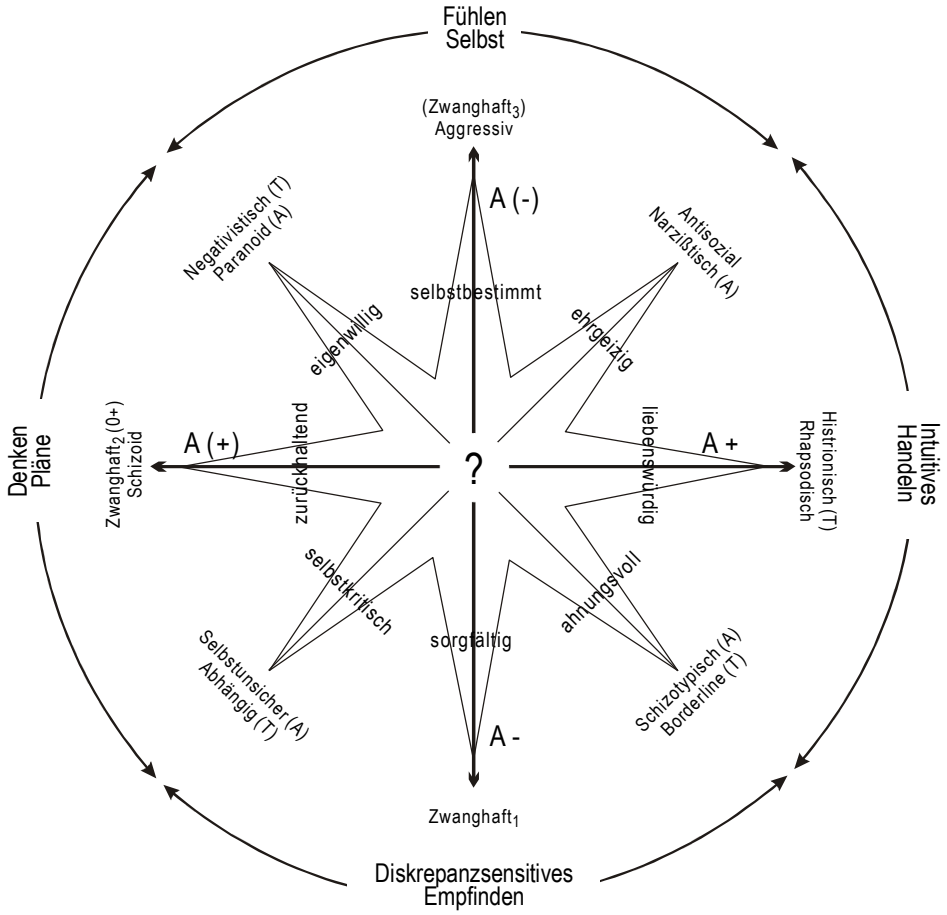


Abb. 2.4: Das STAR-Modell der Persönlichkeitsstile (Innenkreis) und Persönlichkeitsstörungen (Außenkreis)

Kapitel 3. Depression und Angst

In der vorliegenden Arbeit wurden Mediationsmodelle für Depression und Angst sowohl auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (Trait) als auch auf der Ebene der aktuellen Befindlichkeit (State) überprüft werden (Frage 4.1). Die diesbezügliche *Frage* lautet: *Welche Rolle spielen diese klinischen Kategorien im Übergang von Bedürfnisfrustration zur Symptombildung?* Im Hinblick auf dieser Frage wird in diesem Abschnitt zunächst ein kurzgefasster Überblick über die Beziehungen zwischen Angst und depressiven Störungen (State- und Trait-Varianten) dargestellt.

Ferner wird in dieser Arbeit die *Vermittlungsrolle von Depression als affektive Störung und Depression als Persönlichkeitsstil* überprüft und verglichen. Die Antwort auf diese Frage ist auch im Hinblick auf die Kontroverse interessant, ob ein extremer depressiver Persönlichkeitsstil als eigene Persönlichkeitsstörung in die diagnostischen Manuale aufgenommen werden sollte oder nicht. Darüber hinaus wird ein kurzer Überblick über den aktuellen Stand dieser Diskussion informieren.

3.1 State-Varianten

Wegen der *hohen Komorbidität* von Depression und Angstsymptomen, spielt die Differenzierung von Depression und Ängstlichkeit in der klinischen Literatur eine besondere Rolle.

Depression und Angst sind psychische Störungen, die sowohl bei klinischen Patienten als auch in der normalen Bevölkerung öfters gemeinsam vorkommen. In der klinischen Psychiatrie und in zahlreichen klinischen und epidemiologischen Untersuchungen wurde wiederholt über die Komorbidität von Depression und Angst berichtet. Eine Überschneidung dieser klinischen Kategorien wurde bei 50% der Patienten ermittelt, wobei das gemeinsame Auftreten mit der Schwere und der Länge der bestehenden Störungen zunimmt. Häufiger gehen Angststörungen einer Depression voraus als umgekehrt. Es gibt Befunde die dafür sprechen, dass Angst zeitlich vor Depression entsteht (Angst, 1996; Barlow, 1986; Kessler et al., 1996). Dies deutet darauf hin, dass Angst eher einen Einfluss auf die Entwicklung einer depressiven Störung hat, als dass Depression die Entwicklung einer ängstlichen Störung unterstützt. Eine reine Depression ohne Angstsymptome ist seltener zu beobachten als eine reine Angststörung ohne depressive Symptome (Dobson & Cheung, 1990).

Aufgrund der klinischen Befunde zur Koinzidenz von Depressions- und Angstsymptomen wurden Depression und Angst in der traditionellen Psychiatrie als verschiedene Ausprägungen einer „Krankheitseinheiten“ gesehen (vgl. Möller, 1994). In diesem klassischen nosologischen Einheitskonzept der Depression und Angst (Jardine, Martin & Henderson, 1984; Leckman et al., 1983; Paykel, 1983; Roth et al., 1972) werden Angstzustände als ein Kontinuum depressiver Störungen betrachten und als eine Subform der Depression kategorisieren. Im Gegensatz zu dem nosologischen Konzept der „Einheitskranheit“ werden im diagnostischen Kategoriensystem des DSM-III-R bzw. DSM-IV und ICD-10 Depression und Angst als unterscheidbar auf der Symptomebene angesehen. Die Trennung von Depression und Angst aus dem nosologischem Konzept der „Einheitskrankheit“ ist zwar nicht unumstritten, aber oft gelingt eine empirische Differenzierung von Depression und Angst auf der Symptomebene. Die meisten Untersuchungen mit psychometrischen

Selbstbeurteilungsverfahren konnten zeigen, dass die Symptome der Depression und Angst auf der emotionalen, physiologischen und kognitiven Symptomebene differenziert werden können (Akiskal, 1990; Riskind et al., 1987; Wittchen & Zerssen, 1988) (siehe Tabelle 3.1).

Eine analoge Unterscheidung hat sich in der Persönlichkeitspsychologie durchgesetzt: Depressive und angstbasierte Symptome lassen sich experimentell und faktorenanalytisch differenzieren (Higgins, 1987; Watson & Tellegen, 1985). Im ***„tripartite model"*** von Watson & Tellegan (1985) werden die Beziehungen zwischen Depression und Angst augrund zweier Emotionsdimensionen (Positive vs. Negative Affekt) erklärt: Positiver Affekt (genauer: seine Hemmung) spielt bei der Entstehung der Depression (unipolare Depression) die entscheidende Rolle, während negativer Affekts mehr an der Entstehung von Angstsymptomen beteiligt sein soll. In verschiedenen Untersuchungen (Clark & Watson, 1991; Clark et al., 1994; Watson et al., 1995a, 1995b) konnte nachgewiesen werden, dass positiver Affekt mit Depression korreliert, während negativer Affekt mit den gemeinsamen Symptomen von Depression und Angst einhergeht. Depressive Menschen leiden oft an einer Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben, und reagieren auf schmerzhafte Erfahrungen mit der Hemmung positiven Affekts (d.h. Handlungslähmung, Lustlosigkeit, u.a.), ohne dass sie gleichzeitig eine Erhöhung negativer Gefühle (z.B. Angst, Agitiertheit) aufweisen (Higgins, 1987; Watson & Tellegen, 1985).

Die ***PSI-Theorie*** bietet eine Erklärung der Interaktionen von Emotion und Kognition, die sich aus den affektbezogenen Annahmen des Tripartite-Modells ergeben. Niedriger positiver Affekt begünstigt gemäß der 1.MA die Überfunktion des Denkens, was für Depression verantwortlich ist, während hoher negative Affekt gemäß der 2.MA die Überfunktion des unstimmigkeitssensitiven Empfindens aktiviert, wodurch Angst entsteht.

Da gemäß der 1. Modulationsannahme die Hemmung des positiven Affekts das analytische Denken und das Gedächtnis für bewusste Absichten intensiviert (Intentionsgedächtnis), sind einige Symptome erklärbar, die Depression von Angst abgrenzen (z.B. das Zusammentreffen von Lustlosigkeit, Fixierung auf unrealistische Ziele und mangelndes Umsetzen einiger Absichten). Geht man von den Modulationsannahmen erster Ordnung aus, so wäre die Aktivierung des Intentionsgedächtnisses doch gerade bei erhöhtem negativem Affekt zu erwarten. Die Antwort liegt m. E. in dem Unterschied zwischen Modulationen erster und zweiter Ordnung begründet: Die Hemmung positiven Affekts wird dann besonders relevant, wenn es um die Verbindung zwischen Absichtsgedächtnis und der intuitiven Ausführungssteuerungs geht, die gerade dann reduziert ist, wenn positiver Affekt gehemmt ist.

Gemäß der in der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie postulierten Hemmung des dämpfenden Einflusses des Selbstsystems („Extensionsgedächtnis") auf unerwartete und ungewollte Empfindungen können typische Begleiterscheinungen von Angstsymptomen erklärt werden.

Tab. 3.1: Differenzierung von Depression und Angst auf Symptomebene (Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen)

	Depression	**Angst**
Gurney et al., 1972; Roth et al., 1972; Scharpia et al., 1972)	Morgentief Frühmorgendliches Erwachen Verlangsamung Suizidverhalten	Angstanfälle Erhöhte Reaktionsbereitschaft Emotionale Labilität Despersonalisation und Desrealization Wahrnehmungsverzerrung
Frank et al., 1957, zitiert nach Derogatis et al., 1972. (Untersuchung mit der Hopkins-Symptom-Checkliste)	Appetitverlust und Suizidgedanken als allgemeinen Depressionfaktor Hilflosigkeit, Nutzlosigkeit, Niedergelangenheit, Interressenverlust	Aggitierheit Reizbarkeit Spannungen
Riskind et al. (1987) (Untersuchung mit der Hamiltonskala)	Inaktivität und fehlendem Engagement	Aktivität und Engagement
Akiskal (1990) (auf die Ergebnisse von verschiedenen Untersuchungen)	*Kognitive Prozesse:* Verlustlosigkeit Selbstwertlosigkeit Hoffnungslosigkeit Suizidgedanken *Emotionsebene:* Reduzierung von positiver Emotion *Verhalten (Psychomotorik)* Verlangsammung	*Kognitive Prozesse:* Zukunftsunsicherheit Bedrohungen Hilflosigkeit *Emotionsebene:* Erregung *Verhalten (Psychomotorik)* Erhöhte psychomotorische Aktivität
Zusammenfassung nach Wittchen & Zerssen, 1988 u. Akiskal, 1990	*Kognitive Prozesse:* Negative Schemata Hoffnungslosigkeit Selbstvorwürfe Verlustwahrnehmung Entscheidungsschwierigkeit *Emotionsebene:* Traurigkeit Verzweiflung Reduzierung positiver Affekt *Verhalten (Psychomotorik)* Psychomotorische Verlangsamung Initiativlosigkeit Energiedefizit Rückzugsverhalten Suizidhandlungen Gewichtsverlust	*Kognitive Prozesse:* Ungewissheit Bedrohungsgedanken (Leistungs)Angst Wahrnehmungsverzerrung *Emotionsebene:* Spannungsgefühl *Verhalten (Psychomotorik)* Hyperaktivität Vermeidungsverhalten

Quelle: Kim, J.M. (2001) Depression und Angst: Modulation selbstregulatorischer Funktionen durch verschiedene Emotionskomponenten. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Osnabrück. (S. 15-19)

Kuhl (1984) stellt die mentale Repräsentation von Absichten als ein Netzwerk, von vier Komponenten dar: (1) Die *Kontextkomponente* bezeichnet die Bedingungen (z.B. Zeit, Ort), unter denen die beabsichtigte Handlung ausgeführt werden kann; (2) die *Subjektkomponente* verweist auf das Selbst als den Agenten der beabsichtigten Handlung; (3) die *Relationskomponente* spezifiziert den motivationalen Status, d.h. den Grad der Verbundenheit (mit dem Selbst), der für Absichten

beispielsweise größer ist als für Wünsche und (4) die *Objektkomponente* spezifiziert Handlungen, die zu dem angestrebten Zielzustand führen.

Sind eine oder mehrere dieser Komponenten schlecht oder gar nicht spezifiziert, dann handelt es sich um eine degenerierte Absicht. Wenn beispielsweise ein junger Mann schon alle verfügbaren Handlungsoptionen ausgeschöpft hat, um eine Trennung von seiner Freundin zu verhindern (z.B. durch neue Begegnungsversuche, Blumen und Geschenke, Entschuldigungen und Versprechungen neuer glücklicher Zukunft etc.), sollte er seine Absicht nach einem wiederholten Misserfolg (mit der Freundin weiter zusammen sein) normalerweise einfach aufgeben. Wenn die Verbundenheit zu dieser Absicht jedoch extrem hoch ist oder die Person sich der Degeneration der Absicht nicht bewusst ist, kann es vorkommen, dass die Absicht perseveriert, obwohl sie gar nicht zu realisieren ist (Kuhl & Helle, 1994).

Trennung, Verlusterlebnisse wie Liebesverlust, Kontrollverlust als Antezedenzien der Depressivität münden erst dann in einer depressiven Stimmung, wenn sie zu der überstarken Aufrechterhaltung von degenerierten Absichten führen und mit der Ausführung neuer, realistischen (d.h. vollständig definierten) und emotional unterstützter Absichten interferieren. Diese Absichten blockieren den Arbeitsspeicher des Kurzzeitgedächtnisses (Kuhl & Helle, 1994) und lösen perseverierenden Gedanken über vergangene Misserfolge, die gegenwärtige Situation und den angestrebten Zustand aus. Die Befunde stimmen mit denen von Johnson überein, dass depressive Patienten sich besser an unerledigte Absichten erinnern, während Nichtdepressive Erledigtes besser behalten als Unerledigtes (Johnson et al. 1983). Durch unerledigte Absichten wird das Absichtsgedächtnis belastet, und wenn positiver Affekt gehemmt ist, kommt es zur Hemmung der Verbindung zwischen Absichtsgedächtnis und der intuitiven Ausführungssteuerung und zum Nichtausführen von explizit beabsichtigten Handlungen, d.h. zu der für Depression typischen Willenslähmung (Kuhl & Kazén, 1999).

Eine Störung der Fähigkeit zur Selbstmotivierung (Anreizmotivation durch Aktivierung des EG) kann das Depressionsrisiko erhöhen. Das häufige „Vergessen“ der Ausführung von Absichten (Ausführungshemmung) lässt sich als ein indirekter Hinweis auf eine Selbstmotivierungsschwäche („Umsetzungswünsche“) interpretieren (Kuhl & Helle, 1986).

Das Leiden der depressiven Personen hängt unmittelbar damit zusammen, dass ihnen die Energie zum Handeln um so mehr fehlt, je stärker sie über das Unerledigte (nichtrealisierende Absichten) nachdenken (Kuhl & Helle, 1986; Kuhl & Kazén, 1998). Solange depressive Patienten täglich erleben, dass ihnen die Energie zum Handeln fehlt und sie unfähig sind, die perseverierenden Affekte willentlich zu unterbinden, wird man ihnen kaum einreden können, dass sie über gute Handlungskontrollkompetenzen verfügen, wie es allzu einseitige Interpretationen kognitiver Theorien der Hilflosigkeit nahe legen (vgl. Beck, 1979, Seligman, 1975, zit. nach Kuhl, 2001).

Leistungsbeeinträchtigungen, die Lageorientierte nach Misserfolg zeigen („erlernte Hilflosigkeit“), ebenso wie die Handlungslähmungen depressiver Patienten, sind dementsprechend

nicht primär durch ein motivationales Defizit (Seligman, 1975) oder reduzierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1982) zu erklären, sondern durch ein funktionales volitionales Defizit, z.B. durch die Interferenz unkontrollierbarer Gedanken über Misserfolg, seine Ursachen und seine emotionalen Konsequenzen und durch die Unfähigkeit, die Konzentration willentlich auf aufgabenrelevante Gedanken und Gefühle zu lenken, was sekundär durchaus zu pessimistischen kognitiven Inhalten und zu motivationalen Defiziten führen kann (Brunstein & Olbrich, 1985; Kuhl, 1981, Kuhl & Weiß, 1994). Negative Denkmuster (Beck, 1967) sind in diesem Modell nur die Auswirkungen bzw. die phänomenologischen Begleiterscheinungen nicht zu realisierender Absichten (Kuhl & Kazén, 1994). Eine mangelnde Fähigkeit, sich von unrealistischen, degenerierten Absichten zu lösen, führt zwangsläufig zu wiederholten Misserfolgserlebnissen und zur Frustration von Bedürfnissen und Wünschen, so dass der negative Affekt chronifizieren und in Interaktion mit entsprechenden biologischen Komponenten zu Depression führen kann.

3.2 Trait-Varianten

Die Trait-Komponente wurde mittels Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (PSSI; Kuhl & Kazén, 1997) untersucht. Die *Ängstliche Komponente* wurde in der Trait-Variante über die Subskala „Selbstkritisch/selbstunsicher“ des PSSI-K erhoben. Die *Depressive Komponente* wurde in der Trait-Variante mittel der Subskala „Passiv (still)/ depressiv“ erhoben.

3.2.1 Trait-Variante von Angst

Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bzw. der ihr entsprechenden nichtpathologische Stil ist durch Angst vor negativer Beurteilung, Schüchternheit und sozialem Unbehagen gekennzeichnet. Der selbstkritische/selbstunsichere Persönlichkeitsstil erfasst eine spezifische Form der Angst: Bewertungsangst. Ein Beispiel-Item dieser Skala lautet: *„Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich“*. Diese selbstbezogene Angst bezieht sich auf die Integrität des psychischen Selbst. Nicht-selbst- und nicht-körperbezogene Aspekte der Angst werden eher in der State-Variante erfasst.

Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wird in das STAR-Modell durch eine Kombination von A(+) und A- eingeordnet. Die ängstliche Zurückhaltung wird auf die hohe Bestrafungssensibilität bei gleichzeitig niedriger Fähigkeit, bei Frustrationen eine positive Stimmung aufrechtzuerhalten (niedrige Aktivität des Belohnungssystems),zurückgeführt. Gemäß der beiden Modulationshypothesen führt diese Affektkonfiguration zu einer Dominanz der analytischen Denkfunktion und einer gleichzeitigen Verhaltenshemmung, was zu einer „passiven Zielfixierung“ oder „Lageorientierung“ führen kann (z.B. Grübeln über Ziele, ohne etwas zu tun, um sie zu erreichen).

Die hohe Sensibilität für Bestrafung erklärt einerseits die Verletzbarkeit und die daraus resultierende Scheu von sozialer Bewertung (die Vermeidung sozial-autonomer Handlungen und Aktivitäten). Anderseits dürfte andererseits mit Merkmalen einhergehen, die aus einer Reduktion des Zugriff auf Selbstrepräsentationen unter Belastung resultieren (2.Modulationshypothesen).

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil: Diese Sensibilität vor Kritik und Zurückweisung findet sich auch beim selbstkritischen Persönlichkeitsstil, was sehr häufig dazu führt, dass die Betroffenen eigene Erwartungen und Vorstellungen über ihre Umwelt in Frage stellen und revidieren, sobald widersprüchliche Informationen auftauchen. Der persönliche Stil kann genau deshalb durchaus positive Beachtung finden, zumal sich selbstkritisch-sensible Personen dadurch auszeichnen, dass sie sich nicht in den Vordergrund drängen, anderen gern den Vortritt lassen und eher um Ausgleich bei Konflikten bemüht sind. Die Bezugspersonen wissen zumeist, dass man sich auf die Betreffenden gut verlassen kann.

Oldham und Morris (1992) bezeichnen diesen Stil als *„sensiblen Persönlichkeitsstil“* und beschreiben ihre Hauptmerkmale wie folgt: Menschen mit sensiblen Stil ziehen das Bekannte dem Unbekannten vor und können ihre Fähigkeiten dann entfallen, wenn die Welt klein ist und ihnen die Menschen vertraut sind. Sie lieben Gewohnheit, Wiederholung und Routine. Sie sind ihrer Familie und ihren engen Freunden tief verbunden und schätzen die Behaglichkeit des Zuhauses. Im sozialen Umgang liegt ihnen sehr daran, was andere von ihnen denken, sie sind umsichtig und taktvoll, fällen keine vorschnellen Entscheidungen und verhalten sich liebenswürdig und beherrscht mit höfflicher Zurückhaltung.

Dem selbstkritischen Stil und der *Lageorientierung* ist die hohe bewusste Sensibilität für Angst und andere Affekte oder Stimmungen gemein. Der Unterschied liegt in den Auslösebedingungen: Bei Lageorientierten werden Hilflosigkeit, Grübeln, Introjektionsneigung etc. besonders dann erwartet, wenn die Bewältigung von negativem Affekt nicht von außen unterstützt wird, während bei selbstkritischen Stile die erhöhte Sensibilität für negativen Affekt im Vordergrund steht: „*Ob der bei Selbstunsicheren leicht anregbare negative Affekt ohne von außen unterstützte Beruhigung andauert oder selbstgesteuert herabreguliert wird, hängt dann davon ab, ob der Stil mit Handlungs- oder mit Lageorientierung verknüpft ist.“ (Kuhl, 2001, S. 822).*

3.2.2 Trait-Variante von Depression

Zurzeit wird in der Frage nach der zukünftigen Handhabung dieser Störung viel Aufmerksamkeit auf die DSM-IV-Beschreibung der Depressiven Persönlichkeitsstörung gelenkt. Obwohl ältere Studien eine deutliche Unterscheidbarkeit dieser Störung von anderen Persönlichkeits- und affektiven Störungen postulierten (Huprich, 2001a; Hirschfeld & Holzer, 1994; Klein, 1990; Klein & Miller,1993; Klein & Shih, 1998; Philipps et al. 1998), wird die Diskussion fortgesetzt, ob sie überhaupt eine eigenständig-unterscheidbare Kategorie, (Ryder & Bagby, 1999), ob sie eine abgegrenzte Persönlichkeitsstörung (Hartlage, Arduino, & Alloy, 1998; Huprich, 1998,2001b) oder eine Variante einer affektiven Störung darstellt (Klein, 1999).

Die *theoretische Auseinandersetzung* über eine angemessene Konzeptualisierung der chronischen Depression zieht sich durch die letzten Jahre (Klein, 1990, 1999, McLean & Woody, 1995; Phillips & Gunderson, 1999; Phillips, Hirschfeld, Shea, & Gunderson, 1993; Ryder & Bagby, 1999; Widiger, 1999). Diese theoretischen und konzeptuellen Übersichten wurden in jüngster Zeit

durch eine wachsende Zahl empirischer Literatur ergänzt (Babdy & Ryder, 1999; Hirschfeld & Holzer, 1994, Klein, 1990, Klein & Miller, 1993; Klein & Shih, 1998; Lyoo, Gunderson, & Phillips, 1998; Phillips et al.,1995), fand sogar einen Niederschlag in einem Sonderteil des *Journal of Personality Disorders* und zeigt vor allem, dass die Überlappung mit Achse-I-Bedingungen und die Häufigkeit ihres Auftretens die Kontroverse so schwierig machen. Darüber hinaus sagen *Oldham & Morris (1995, S .153)*:

> „*Many existing personality disorders are controversial because they overlap substantially with Axis I conditions (Widiger, Mangine, Corbitt, Ellis, & Thomas, 1995), and the depressive personality disorder is no exception. The inclusion of Depressive personality disorder at all reintroduces an old question about the relationship between an acute symptomatic disorder, such as major depression, and a personality pattern that is a way of life. Fundamentally, the debate concerns the very nature of the relationship of lasting trait vs. temporary state"*

Trotz seiner langen Anwendungsgeschichte im Klinischen sowie in der Forschung, fand die Depressive Persönlichkeitsstörung erst in der vierten Version des DSM erste provisorische Diagnosekriterien. Diese depressive Persönlichkeitsstörung wurde mit vorläufig ausgearbeiteten Diagnosekriterien inzwischen in den DSM-IV-Anhang eingefügt, um sie der weiteren Forschung als Grundlage zugänglich zu machen. Für die ***Kriterienfeststellung*** der depressiven Persönlichkeitsstörung wurden Konzepte und Forschungsergebnisse unterschiedlicher Autoren und Forschergruppen mitberücksichtigt, neben anderen vor allem Konzeptaspekte der Ausarbeitungen von Kurt Schneider (1950), Tellenbach (1961), v. Zerssen (1991), Kernberg (1984) und Akiskal und Akiskal (1992). Die vorgeschlagene Störungstypologie der depressiven Persönlichkeitsstörung findet sich in Tabelle 3.2.

Neben diesen Kriterien befinden sich noch einige ***weitere (assoziierte) Kriterien*** in der Diskussion, von denen insbesondere folgende drei für weitere Forschungsarbeiten als besonders beachtenswert vorgeschlagen werden (vgl. Phillips et. al., 1993, S. 39): (a) die Betroffenen zeigen sich überwiegend ruhig, introvertiert, passiv und wenig selbstsicher; sie sind (b) gewissenhaft, normorientiert und selbstdiszipliniert und können (c) ihre negativistischen Einstellungen schwer ausdrücken und behalten sie vielfach für sich selbst.

Einige Autoren beschreiben Personen mit Depressiver Persönlichkeitsstörung als selbst-kritisch, perfektionistisch und mit starken Minderwertigkeitsgefühlen (Hartlage et al, 1998). Außerdem seien sie kritisch und verurteilend gegenüber anderen. Huprich (2003a) beschreibt seine Befunde nach Vergleichen mit einer psychiatrischen Kontrollgruppe:

"Individuals meeting criteria for depressive personality were more likely to have higher levels of global perfectionism, concerns about making mistakes, higher perceptions of parental criticism, and experience more doubts when taking a given course of action".

Tab. 3.2: Forschungskriterien der depressiven Persönlichkeitsstörung im DSM-IV

Ein durchgängiges Muster depressogener Kognitionen und Verhaltensweisen ist, dass der Beginn im frühen Erwachsenenalter liegt, und die Störung sich in den verschiedensten Lebensbereichen manifestiert; fünf (oder mehr) der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: (1) die Stimmungslage lässt sich als überwiegend niedergeschlagen, düster, traurig, freudlos und unglücklich charakterisieren; (2) das Selbstkonzept beinhaltet im Kern grundlegende Annahmen über die eigene Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit und eine geringe Selbstwertschätzung; (3) ist selbstkritisch, selbstabwertend bis selbstbestrafend; (4) neigt zu pessimistischen Grübeleien und sorgenvollen Gedanken; (5) verhält sich anderen gegenüber negativistisch, kritisch und abwertend; (6) ist pessimistisch; (7) neigt zu Schamgefühlen und Reumütigkeit. Ausschluss: Diese Merkmale sind nicht ausschließlich während einer Episode der *Major Depression* beobachtbar, und die Störung ist nicht besser als dysthyme Störung zu charakterisieren.

Der stille Stil bzw. die depressive Persönlichkeitsstörung wird in der ***PSI-Theorie*** auf der Temperamentsdimension eingeordnet. Die Hemmung des Selbst wird aus der Kombination einer erhöhten Bestrafungssensibilität und einer reduzierten Belohnungssensibilität abgeleitet. Durch die niedrige Belohnungssensibilität [A (+)] kann Verhalten, das eigenen Interessen, Bedürfnissen oder anderen Selbstanteilen gerecht wird, nicht leicht gebahnt werden, während die erhöhte Bestrafungssensibilität [A-] dazu führt, dass auch das Erleben von Selbstanteilen reduziert wird, was Altruismus, Loyalität, moralische Verantwortlichkeit, aber auch Schuldgefühle und Entfremdung verursachen kann.

Die Persönlichkeitsvariante entspricht im Übergang zur Normalität einer passiven Grundhaltung, einem gedämpften Erleben positiver Anreize und einer eher kontemplativen Lebenseinstellung. Es bestehen Übergänge zum gewissenhaft-sorgfältigen Persönlichkeitsstil (oben: Typus melancholicus), andererseits gibt es Kriterienüberlappungen mit der negativistischen Persönlichkeit(sstörung). Aus diesen Gründen befinden sich Störung wie Stil zurzeit noch in der Erforschung (Fiedler, 2000).

In der PSI-Theorie wird Lageorientierung als nichtspathologische Entsprechung der depressiven Persönlichkeitsstörung aufgefasst, weil beide Kategorien durch eine starke Beibehaltung von Absichten (auch unrealistischen) gekennzeichnet sind (Kuhl & Kazén, 1997, S. 103). Beiden Kategorien gemeinsam ist die Neigung, die eigenen Interessen zurückzustellen, was zu einer erhöhten

Bereitschaft führt, Verhalten auszuführen, das aus anderen Quellen als dem Selbst gebahnt wird (Gewohnheiten und fremdbestimmtes Verhalten).

Depressive Persönlichkeitsstörung – Dysthymie – Major Depression:

Insbesondere zeigt die Depressive Persönlichkeitsstörung substantielle konzeptuelle Überschneidungen mit der *dysthymen Störung* (Dysthymie, Melancholie), wobei beide Bedingungen Formen einer chronischen Depression sind (Ryder & Bagby, 1999). Eine Person mit sog. dysthymer Störung leidet unter eine leichte, aber chronisch depressive Verstimmung. Die Symptomatik ist weniger ausgeprägt als bei einem Major Depression.

Überscheidungen zeigten sich auch mit *unipolare depressive Störungen* (in DSM-IV als Major Depression bezeichnet). Ein Überblick über die Kriterium für eine Diagnose von depressiver Persönlichkeitsstörung lässt erkennen, dass viele von diesen als zentralen Symptome der typischen Depression gesehen werden können (z.B. tieftraurige Verstimmungen, Verlust von Interesse oder Freude, verminderte Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Gefühl der Hoffnungslosigkeit).

Die *Unterscheidung* zwischen der depressive Persönlichkeitsstörung und dysthymen Störung (auch Major Depression) bezieht sich auf die Betonung kognitiver, interpersoneller und intrapsychischer Persönlichkeitsmerkmale gegenüber einem Beschwerdekomplex, der auch verschiedene somatische Symptome enthält. Sowohl die Major Depression als auch die Dysthymie beeinflussen Stimmung und die sog. "vegetativen" Funktionen wie Essen, Schlafen, sexuelle Lust und Energie (z.B durch die Veränderung des Appetits, Gewichts, Schlaf- und Aktivitätsniveau (Energielosigkeit und Ermüdbarkeit)).

Während die Dysthymie im allgemeinen als breite und heterogene Kategorie betrachtet wird, bezieht sich die Depressive Persönlichkeitsstörung auf eine chronische, früh ansetzende leichte Depression mit Hervorhebung der kognitiven und interpersonalen Merkmale. Außerdem wird eine diagnostische Differenzierung, wenn sie einmal auftritt, eher Ergebnis einer besonders strengen Genauigkeit sein, da Patienten mit Depressiver Persönlichkeitsstörung unter Umständen nicht ausreichend depressive Stimmungen berichten, um in die Kategorie der Dysthymie zu fallen.

In empirische Untersuchungen zeigten sich *geringe Selbstschätzung* und *Hoffnungslosigkei*t als die durchgängig *gemeinsamen Symptome* sowohl bei der dysthymen als auch bei der Depressiven Persönlichkeitsstörung (Ryder & Bagby, 2001). Patienten fallen nur in die Kategorie der Depressiven Persönlichkeitsstörung, wenn das notwendige Ausmaß der Störung nicht für die Diagnose einer Dysthymie ausreicht, besonders wenn das Berichten depressiver Stimmungen fehlt, was Klein (1999) bereits beobachtete. Wenn dies tatsächlich der hauptsächliche Aspekt der Unterscheidung ist, so spricht das für ein gemeinsames Störungs-Spektrum zwischen akut und chronisch (Ryder et al, 2001).

Empirische Forschungsergebnisse stützen die These, dass Personen mit Depressiver Persönlichkeitsstörung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit um durchschnittlich 50% auch die Kriterien einer Dysthymie erfüllen. Die einzelnen Studien jedoch weisen eine solche Fülle

verschiedener Designs, statistischer Auswertung und Stichprobenzusammensetzung auf, dass es nicht überraschend sein kann, wenn Überschneidungsraten von sowohl 19% als auch 95% gefunden werden.

Ergebnisse aus faktorenanalytischen Verfahren unterstützen die Auffassung von Depressiver Persönlichkeitsstörung und Dysthymie als zwei unterscheidbare Störungen und die Hinweise legen nahe, sie als separate Einheiten zu betrachten (Bagby & Ryder, 1999). Obwohl viele Autoren die Depressive Persönlichkeitsstörung und Dysthymie für verschiedene Störungen halten, stimmen doch die meisten zu, dass den möglichen Gemeinsamkeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss (Klein, 1999; McLean & Woody, 1995; Phillips & Gunderson, 1999; Ryder & Bagby, 1999; Widiger, 1999). In einer Übersicht über die empirische Literatur betonen Ryder and Bagby (1999, S. 255): "*is highly improbable that dysthimia and depressive personality disorder can be differentially diagnosed and that there is too much overlap of depressive personality disorder with cluster C personality disorders"*

Ich-Dysthonie: Eine besondere Schwierigkeit der Feststellung depressiver Persönlichkeitsmerkmale liegt in der Abwesenheit eines der zentralen Kriterien, das von den meisten Autoren als wichtiges Merkmal zur Bestimmung von Persönlichkeitsstörungen betrachtet wird: nämlich die sog. Ich-Syntonie (Fiedler, 1994, S. 332). Die Ausschwankungen der Stimmungslage in Richtung Depression wird von den Betroffenen selbst als störend und behindernd erlebt, als ich-dyston, so dass sie nicht selten – ohne die Kriterien einer schweren Depression zu erfüllen – bereits schon von sich aus therapeutische Behandlung ersuchen. Es lässt sich also schwer entscheiden, ob es sich bei dem depressiven Persönlichkeitsmerkmalen tatsächlich um Persönlichkeitssvarianten oder nicht vielmehr um Signale für den „einschleichenden" Beginn oder um eine früh sichtbare Prodomalsymptomatik der Depression Störung handelt, zumal die Störung von Betroffenen als Ich-dyston erlebt wird und nicht als Ich-synton wie die meisten anderen Persönlichkeitsstörungen.

Kapitel 4: Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP)

Dieser Abschnitt bietet erst einen Überblick über die theoretischen Grundlagen, die Gütekriterien und die Methodologische Aspekten der TOP-K Verfahren. Danach werden jeder der einzelnen TOP-Verfahren ausführlich beschrieben.

4.1 Kurzgefasste Überblick über die Instrumente der TOP-Diagnostik

Die Osnabrücker Funktionsdiagnostik (Autor: Prof. Dr. Julius Kuhl. Universität Osnabrück) enthält Instrumente, die aufgrund zahlreicher experimenteller Untersuchungen entwickelt wurden, in denen es um die Separierung und Differenzierung verschiedene Funktionsebenen ging. Sie unterscheidet verschiedene Funktionen und Ebenen der Persönlichkeit, mit denen ein Gesamtbild aller wichtigen Persönlichkeitsfunktionen erstellt wird: Die Bereiche Selbststeuerung, Motivation, affektive Dispositionen, Kognitive Stile und Persönlichkeitsstörungen werden mit Hilfe dieser Diagnostik in zahlreiche Einzelfunktionen dekomponiert. Der TOP-Diagnostik enthält die folgenden Instrumente: BEF, BES, PSSI, SSI, MUT, OMT, HAKEMP. In der vorliegenden Arbeit werden die folgenden Versionen (Kurzversionen) verwendet: BEF-3, BES-K, PSSI-K, SSI-K2, MUT-K30, OMT und HAKEMP-90.

4.1.1 Theoretische Grundlagen der TOP-Diagnostik

Die moderne Persönlichkeits- und Motivationsforschung hat- gerade in den letzten Jahren – bedeutende Forschritte in der Entwicklung neuer Methoden gemacht, mit denen sich das Zusammenspiel der verschiedenen psychischen Funktionssysteme erfassen lässt (Brunstein & Meier, 1996; McClelland, 1985; Kuhl & Kazén, 1997; Winter, 1996). Dazu gehören z.B. die Aufnahme und Verarbeitung sozialer Informationen, das Stimmungs- und Gefühlsmanagement, die Motivationsfähigkeiten und verschiedene Selbststeuerungskompetenzen eines Menschen. Viele dieser Funktionen werden bis jetzt nicht hinreichend spezifisch und objektiv gemessen konnten (z.B. die Selbststeuerungsfunktionen). Die zahlreichen Verfahren de TOP-Diagnostik wurden mit der Intention entwickelt, diese Situation zu ändern. Bei diesem Verfahren handelt es sich um spezifische Fragebogeninstrumente, die eine Selbstexploration ermöglichen, sowie um einen Operanten Bildertest, der auch unbewusste Inhalte der Motivations- und Selbststeuerungsfähigkeiten erfassen hilft. Für jeden Probanden wird ein Gesamtbild der Interaktionen psychischer Systeme und derjenigen Funktionen ermitteln.

Wie bereits erwähnt die theoretischen Grundlagen der TOP-Diagnostik liegen an der PSI-Theorie. Deswegen stehen sie in Verbindung mit der Modell der Entstehung psychischer Erkrankungen (Abb. 2.1) die der PSI-Theorie postuliert. Entsprechend dem ersten Schritt des skizzierten Verursachungsmodells (Kästchen 2 in Abb. 2.1), am Anfang der Ursachensuche steht die Motivdiagnostik. Der Vergleich von Kennwerten aus dem Fragebogen (MUT) und dem projektiven Test (OMT) kann die Diskrepanzen zwischen bewussten Zielen und unbewussten Bedürfnissen aufdecken. Zur Messung der zweiten Verursachungsebene wurde ein Test zur Messung *kognitiver*

Stile entwickelt, die mit verschiedenen *Persönlichkeitsstilen* assoziiert sind: das Persönlichkeitsstil- und –störungs- Inventar (PSSI). Hier liegt der Schwerpunkt der Messung auf einseitigen kognitiven Schemata, z.B. etwa ein starkes oder übertriebenes Misstrauen gegenüber anderen Menschen beim paranoiden Stil. Fixierungen auf bestimmte *affektive* Basisdispositionen, die nach der PSI-Theorie zu kognitiven Fixierungen führen können, werden mit einer Adjektivcheckliste gemisst, die aus einer Reihe international anerkannter Verfahren zusammengestellt ist (BEF). Zur Messung der vierten Verursachungsebene (Kästchen 5) wird ein Instrument zur Messung Einzelfunktionen der *Selbststeuerung* entwickelt (SSI).

Funktionsanalyse auf sieben Systemebenen: Wie erwähnt die PSI-Theorie unterscheidet sieben miteinander interagierend Systemebenen der Persönlichkeit. Das TOP umfasst diese verschiedenen Systemebenen und misst sie gleichzeitig. Es besteht allerdings keine Zuordnung zwischen den sieben Systemebenen der PSI-Theorie und den TOP-Messverfahren. Das liegt daran, dass nicht für jede Systemebene ein separates Verfahren entwickelt wurde (dann würden die Interaktionen zwischen den Systemebene wie bisher vernachlässigt). In die folgende Tabelle werden die Verfahren des TOP aufgelistet und den sieben Systemebenen der PSI-Theorie zugeordnet.

Tab. 4.1 Zuordnung der TOP-Verfahren zu den sieben Systemebenen der Persönlichkeit.

Systemebenen	**TOP-Verfahren**
1. Einsatz elementarer Systeme (Intuitive Verhaltenssteuerung (Intuieren) und unstimmigkeitssensible Objekterkennung) zur Umsetzung von Motiven und entsprechenden Zielen.	MUT
2. Temperamentsunterschiede (z.B. Tatkraft und Aktivierbarkeit sowie Erregbarkeit)	BEF
3. Affektive Dispositionen (z.B. Fröhlichkeit, Gelassenheit)	BEF
4. Bewältigungsformen (Handlungs- und Lageorientierung, kognitive Bewältigungsstile (misstrauisch, zurückhaltend, selbstkritisch, rücksichtslos)	HAKEMP, PSSI
5. Bedürfnisse/Motive (z.B. Beziehungs-, Leistung- und Machtmotivation)	MUT / OMT
6. Der Einsatz hochinferente Informationsverarbeitung (analytisches Denken (Intentionsgedächtnis) und ganzheitliches Fühlen (Extensionsgedächtnis)) zur Umsetzung von Motiven und Zielen	MUT
7. Funktionskomponenten der Selbststeuerung	SSI

4.1.2 Gütekriterien

In Tabelle 2 (Anhang A) wird eine Zusammenfassung der Gütekriterien der verschiedenen Verfahren der Kurzversion, nämlich Cronbach‘s α für alle Makro- und Mikrokomponenten der einzelnen Verfahren gegeben. Damit wird gleichzeitig ein Überblick über die verschiedenen Funktionskomponenten (Makro und Mikrokomponenten) der TOP-Diagnostik gegeben.

Es gibt TOP-Verfahren mit unterschiedlichen Testlängen, die entsprechend unterschiedliche Anforderungen an Reliabilität und Ökonomie bedienen können. Die Konsistenzkennwerte der Mikrokomponenten (Subskalen) sind in den Langversionen hoch bis sehr hoch (zwischen 0,80 und

0,95) Selbst die Kurzskalen, die bis auf eine Testlänge von vier Items reduziert werden konnten, haben eine - gemessen an der Testlänge - beachtliche innere Konsistenz (Cronbach‘s α um 0,70 für fast alle Skalen). Auch die Wiederholungsreliabilität der meisten Skalen liegt in dem Bereich, der für relativ stabile, aber durch Erfahrung bzw. verschiedene Anregungsbedingungen modifizierbare Persönlichkeitsmerkmale angenommen wird (r 0,50). Die Validität der Skalen ist durch zahlreiche international publizierte Untersuchungen dokumentiert.

4.1.3 Methodologische Einordnung

Abweichend von klassischen Methoden der Messung von Persönlichkeitsmerkmalen beruht das TOP-Diagnostik nicht auf der Aggregation ähnlicher oder statistisch korrelierender Merkmale zu globalen Persönlichkeitsfaktoren, sondern auf einem funktionsanalytischen Ansatz bei dem die experimentelle Dissoziation unterschiedlicher funktionaler Komponenten auf sieben verschiedenen Ebenen der Persönlichkeit angestrebt wird, unabhängig davon, wie stark die einzelnen Funktionen in verschiedenen Populationen korrelieren (Kuhl & Henseler, 2003).

Potenziell unterschiedliche Funktionsmerkmale werden— auch wenn sie korrelieren — solange separat erfasst, wie es Chancen gibt, sie experimentell oder neurobiologisch zu separieren (ein Beispiel für eine solche Dissoziationsleistung zweier hoch korrelierender psychischer Funktionen ist die Trennung von implizitem und explizitem Gedächtnis, die der kognitions- und neurowissenschaftlichen Forschung im vergangenen Jahrzehnt enorme Fortschritte ermöglicht hat).

Zentrale Funktionsmerkmale des TOP wurden zu nächst mit Hilfe experimenteller oder neurophysiologischer Methoden separiert, so dass eine im Vergleich zur üblichen Fragebogenentwicklung erheblich stärkere Orientierung an objektiven Validierungskriterien bereits bei der Fragebogenkonstruktion realisiert werden konnte.

4.1.4 Normen

Die T-Wert für alle Verfahren des TOP (mit der Ausnahme des OMT) sind in Tabelle 4.2 dargestellt.

Tab. 4.2

T-Wertebereich		Bewertungen
t < 20		
20 < t < 30	→	Weit unterdurchschnittlich
30 < t < 40	→	Unterdurchschnittlich
45< t < 40	→	Tendenziell unterdurchschnittlich
40 < t < 60	→	**Durchschnittlich**
55 < t < 60	→	Tendenziell überdurchschnittlich
60 < t < 70	→	Überdurchschnittlich
70 < t < 80	→	Weit überdurchschnittlich

4.2 DAS PERSÖNLICHKEITS- STIL- UND STÖRUNGSINVENTAR (PSSI)

Über das Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI) von Kuhl & Kazén (1997) werden verschiedene Persönlichkeitsstile erfassen. Das PSSI quantifiziert die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen, die als nicht–pathologische Entsprechungen der in psychiatrischen diagnostischen Manualen beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert sind. Diese Persönlichkeitsstile sind im Einklang mit Definitionen aktueller psychiatrischen diagnostischen Manualen (ICD -10, DSM-IV). *Eine Beschreibung der einzelnen Persönlichkeitsstile bzw. Störungen befindet sich im Anhang A.*

Dieses Selbstbeurteilungsinventar beruht auf der Annahme, dass es zu jeder der klinischen Störungskategorien einen analogen Persönlichkeitsstil gibt. In Gegensatz zu vielen klinischen Instrumenten ist das PSSI geeignet auch im Bereich nicht-pathologischer Persönlichkeitsstile hinreichend zu differenzieren. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist dieses Instrument zwar nicht ausreichend, es liefert jedoch wichtige Hinweise für eine solche Diagnose.

4.2.1 Theoretische Grundlagen des PSSI

In Unterschied zu vielen anderen Persönlichkeitstest hat das PSSI neben der Orientierung an den Störungskategorien des DSM-IV auch eine theoretische Hintergrund (die PSI-Theorie), die eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Validierung gespielt hat. In dem theoretischen Teil dieser Arbeit findet sich eine Darstellung über die PSI-Theorie wichtiger Annahmen über die Persönlichkeitsstile und –Störungen.

4.2.2 Die psychometrischen Merkmale des PSSI

4.2.2.1 Skalenkonstruktion, innere Konsistenz und Validität des PSSI

Die Skalenkonstruktion orientierte sich im Wesentlichen an den Beschreibungskriterien der Persönlichkeitsstörungen, wie sie im DSM-IV und ICD-10 enthalten sind.

Das PSSI enthält eine Mischung von positiven und negativ konnotierter Skalen. Es wurde versucht, für jede Skala mindestens so viele positiv konnotierte Items zu finden wie Items, die mehr die negativen Konnotationen der entsprechenden Störungskategorien widerspiegeln. Auf diese Weise sollte für jede Dimension eine gute Differenzierung über ein weites Spektrum von Ausprägungen innerhalb des Normalbereichs bis hin zu pathologischen Intensitäten erreicht werden. Die Items werden nicht aufgrund existierender Korrelationen zwischen Items verschiedener Skalen zusammengefasst, sondern sind orientiert entsprechend eng an dem jeweils beschriebenen Phänotyp (Kuhl & Kazén, 1997, S.21)

Insgesamt waren mehr als 400 Items zur Erfassung der 14 Dimensionen formuliert worden. Die *Langversion* des PSSI ist das Ergebnis von 8 Untersuchungen mit je 100-300 Probanden. Die Langversion des PSSI besteht aus 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind. Die *Kurzversion* (PSSI-K), die in dieser Untersuchung verwendet wurde, besteht aus 54 Items, die auch in 14 Skalen zugeordnet sind. Für jede der 14 Dimensionen gibt es 4 Items (Kuhl & Kazén, 1997). Die Items

werden mit einer 4 stufigen Skala (von 0 bis 3) gemessen. Die 14 Skalen sind in der Tabelle 3 (Anhang A) aufgelistet. Die PSSI-Auswertungsschlüssel finden sich im Anhang A.

Alle 14 Skalen wurden einer Faktorenanalyse unterzogen (Tab. 4.3). Der *Faktor 1 „oral-depressogene"* Skalen ist mit einer gedämpften positiven Emotionalität [A(+)] und/oder einer erhöhten negativen Emotionalität (A-) verbunden (abhängig, borderline, depressiv, negativistisch, selbstunsicher, selbstlos, paranoid, schizoid, bzw. den entsprechenden Stilen).

Der *Faktor 2* ist durch positive kontaktorientierte Stile charakterisiert, die gemäß ihrer Einordnung ins STAR-Modell mit einer erhöhten positiven Emotionalität assoziieren (histrionisch, rhapsodisch, schizotypisch, narzisstisch).

Der *Faktor 3* ist durch Autonomie und Selbstbestimmung beschreibbar, für die Skalen, die den Faktor bilden ist gemäß dem STAR-Modell die Herabregulierung negativer Emotionalität gemeinsam, welche gemäß der zweiten Modulationsannahme zu einer besonders intensiven Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung (Autonomie) führt (antisozial, narzisstisch, paranoid, negativistisch).

Faktor 4 belegt die korrelative Eigenständigkeit des sorgfältigen Stils bzw. der zwanghaften Persönlichkeit.

Tab. 4.3: Varimaxrotierte Faktorenladungen der 14 PSSI-9-Skalen (N = 712)

Stil - Störung	Abk.	FI	F2	F3	F4	Kommu-nalität
loyal	AB	.79				.70
spontan	BL	.82				.82
Still	DP	.79				.82
kritisch	NT	.59		.64		.74
selbstkritisch	SU	.80				.74
hilfsbereit	SL	.67				.68
liebenswürdig	HI		.85			.77
optimistisch	RH		.84			.75
zurückhaltend	SZ		-.60			.67
ahnungsvoll	ST		.57			.42
ehrgeizig	NA		.52	.51		.58
selbstbestimmt	AS			.75		.78
eigenwillig	PN			.63		.56
sorgfältig	ZW				.92	.86
EIGENWERT		4.54	2.80	1.51	1.06	

Die *doppelte Zuordnung* mancher Skalen (negativistisch, narzisstisch, paranoid, schizoid) passt genau zu der Zwischenstellung, die diesem Typus im STAR-Modell zugeordnet wird (Kuhl & Kazén, 1997, S.22).

Eine Faktorenanalyse in einer Stichprobe von 120 Patienten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden, ergab eine sehr ähnliche Faktorenstruktur. Lediglich die Skalen „paranoid" und „schizoid" zeigten mäßig hohe Ladungen (.65 und .59) auf dem Faktor 1 („depressoiden"). Der 4. Faktor (Zwang) entfiel.

Korrelationen mit den Big 5 und 16 P.F.: Eine frühere Langversion des PSSI wurde mit den Kennwerten für die Dimensionen des Fünf-Faktoren Modells (Costa & Widiger, 1994,McCrae & Costa, 1987) korreliert (Tab. 4.4).

Neurotizismus weist außer den erwarteten Korrelationen mit den bestraffungssensitiven Stilen (selbstkritisch-selbstunsicher, loyal-abhängig, spontan-Borderline, still-depressiv) auch signifikante Korrelationen mit den Dimensionen: „eigenwillig-paranoid", „kritisch-negativistisch", und „zurückhaltend-schizoid" auf. Dieser Befund kann ein Hinweis darauf sein, dass die Dimension *Neurotizismus*, ein relativ unspezifisches und heterogenes Maß für eine Abweichung von der „ausgeglichenen", bzw. mit positivem Affekt ausgeprägten Persönlichkeit, darstellt und niedrige positive Emotionalität mit erhöhter negativer Emotionalität konfundiert (Kuhl & Kazén, 1997, S.23).

Die Dimension *Extraversion* zeigt die erwartete hohe Ausprägung auf der Dimension zurückhaltend-schizoid, und komplementäre Korrelation mit der Skala liebenswürdig-histrionisch.

Die Dimension *Offenheit* für Erfahrung korreliert mit dem ahnungsvollen (ST) Stil. Die theoretische Einordnung dieses Stils erklärt seinen Zusammenhang mit einer Systemkonfiguration, die mit „Träumen" und „Phantasie" beschrieben wird.

Verträglichkeit ist eine Dimension, deren Korrelationen mit solchen PSSI-Skalen naheliegen, die durch erhöhte negative Emotionalität eine Neigung zur Konformität bis zur Unterordnung zeigen (Introjektionsneigung und Fremdsteuerung bei Personen mit bestraffungssensitiven Stilen). Diese Dimension korreliert negativ mit dem zurückhaltend-schizoid und kritisch-negativistisch Stil und mit den belohnungssensitiven Stilen (eigenwillig-paranoid, ehrgeizig-narzisstisch).

Die Dimension *Gewissenhaftigkeit* korreliert wie erwartet mit der Skala sorgfältig-zwanghaft (Kuhl & Kazén, 1997, S. 24).

Tab. 4.4: NEOFFI & PSSI. Korrelationen zwischen den „Großen"-5-Persönlichkeitsfaktoren (NEOFFI) und den PSSI-3 Kennwerten (N = 97).

Stil - Störung	Abk.	Neuroti-zismus	Extra-Version	Offen-Heit	Verträg-lichkeit	Gewissen-haftigkeit
eigenwillig	PN	**.27**	**-.30**		**-.31**	
zurückhaltend	SZ	.20	**-.57**		**-.44**	
selbstkritisch	SU	**.67**	**-.28**			
sorgfältig	ZW					**.34**
ahnungsvoll	ST		.21	**.29**		
ehrgeizig	NA				-.23	
kritisch	NT	**.27**	**-.30**		-.21	**-.41**
Loyal	AB	.44				
spontan	BL	**.66**	**-.28**			**-.26**
liebenswürdig	HI		.25			
Still	DP	**.73**	**-.36**			**-.29**

Anmerkungen: Angegeben sind auf dem 5% Niveau (**fett:** 1%-Niveau) signifikante Korrelationen

Tabelle 4.5: Korrelationen zwischen den PSSI-K2 Kennwerten und den Faktoren des 16 PF (F = Persönlichkeitsfaktor, N=95)

Stil - Störung Abk.	**F1**	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**F9**	**F 10**	**F 11**	**F 12**	**F 13**	**F 14**	**F 15**	**F 16**
PN			.25													
SZ								**.32**	.23							**.38**
SU					-.25											
ZW														-.23	**-.31**	
ST													-.24			
NA	-.32				-.28				-.34		.27			-.23		-.24
NT			.29		-.24		**.40**	.23	**-.31**			**-.40**				
AB									-.24			**-.46**				-.27
BL	-.25		.27		**-.37**				-.25			**-.45**			.24	-.35
HI			.29		**-.43**	-.27					.29	**-.36**		-.23	.25	**-.45**
DP			.23		-.23		.27		-.26			**-.47**				

Anmerkungen: Angegeben sind auf dem 5% Niveau (**fett:** 1%-Niveau) signifikante Korrelationen
Legende: F1 = Sachorientierung, F2 = Konkretes Denken, F3 = Emotionale Störbarkeit, F4 = Soziale Anpassung, F5 = Besonnenheit, F6 =Flexibilität, F7 = Zurückhaltung, F8 = Robustheit, F9 = Vertrauensbereitschaft, F10 = Pragmatismus, F11= Unbefangenheit, F12 = Selbstvertrauen, F13 = Sicherheitsinteresse, F14 = Gruppenverbundenheit, F15 = Spontaneität, F16 = Innere Ruhe

4.6.2.2 Reliabilität des PSSI

Für die Überprüfung der Zuverlässigkeit des PSSI wurde üblicherweise die interne Konsistenz der einzelnen Skalen ausgerechnet (siehe Tabelle 3, Anhang A). Die meist um einen Wert von 0.80 angesiedelten Werte für Cronbachs Alpha sind sehr zufrieden stellend (Kuhl & Kazén, 1997, S.21).

4.2.2.3 PSSI-Normen

Die gesamte Stichprobe zur vorläufigen Normierung des PSSI, Version-9, schließt 712 Pobanden ein: 282 Männer und 430 Frauen. Die Normierungs-Stichprobe ist nach Geschlecht und Alter getrennt. Die T-Werte des PSSI sollen wie bei den anderen TOP-Verfahren interpretiert werden.

Bezüglich die Interpretation der Profile ist grundsätzlich zu beachten, dass extrem hohe Werte auf einer Skala (z.B. T-Wert >70) zwar den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung erhöhen, in keinem Fall jedoch ausreichen, eine solche Diagnose festzulegen.

Auch extrem niedrige Werte sind für die Interpretation interessant: So kann z.B. ein extrem niedriger Wert auf der Skala „selbstbestimmt/antisozial“ als Hinweis auf Selbstbehauptungsdefizite interpretiert werden, ein extrem niedriger Wert auf der Dimension "eigenwillig/paranoid" als Hinweis auf eine übermäßige Vertrauensseligkeit usw. Liegen relativ hohe Werte bei Skalen vor, die im STAR-Modell gegenüberliegend angeordnet sind (z.B. zurückhaltend und liebenswürdig), so liegt es nahe, eine instabile Persönlichkeitsstruktur anzunehmen, die zwischen den entsprechenden Polen pendelt. *„Solche Strukturen können sich z.B. als Folge gegensätzlicher Entwicklungsbedingungen in verschiedenen Phasen der Kindheit herausgebildet haben (z.B. Frühkontakt mit einer emotionsarmen Mutter und spätere Erziehung durch eine andere Bezugsperson, die sich sehr oder sogar übermäßig herzlich und liebenswürdig verhielt).“* (Kuhl & Kazén, 1997, S.20).

4.3 BEFINDLICHKEITSFRAGEBOGEN (BEF-3)

Adjektivchekliste zur Differenzierung und Messung von sieben Affekt- und Temperamentsfaktoren, die den folgenden Kategorien zuzuordnen sind: (1) Freude/Wärme (positiver Affekt) [A+]; (2) Hilflosigkeit (negativer Affekt) [A-]; (3) Aktivierung (motorische Aktivierung) [T+]; (4) Erregung (sensorische Aktivierung) [T-]; (5) Lustlosigkeit (Affekt gekoppelt mit motorischer Aktivierung) [A/T (+)]; (6) Gelassenheit (Affekt gekoppelt mit sensorischer Aktivierung) [A/T (-)] und (7) Ärger.

Die Skalen dieser Emotionsfragebogen messen die aktuelle Befindlichkeit („Jetzt – in diesem Moment – fühle ich mich“), und zwar bezüglich des emotionalen Befindens des Probanden. Jede Emotionalitätsskala besteht aus 3 Emotionen- Items. Die Items werden mit einer 4 stufigen Skala (von 1 bis 4) gemessen.

4.4 FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN UND SYMPTOMAUSPRÄGUNG (BES-K)

Es handelt sich um eine Beschwerdenliste bezüglich folgender Kategorien: (1) Symptomausprägung (hierbei gibt der Proband an, als wie sehr ausgeprägt er/sie die eigenen Symptome einschätzt; dabei wird kein spezifisches Symptom erfragt); (2) Negative Emotionalität, (3) Aktivität – Impulsivität, (4) Beziehungszufriedenheit (Freude/Wärme) und (5) Körperliche Beschwerden.

4.5 MOTIVMESSUNG

In Osnabrück ist ein operantes (OMT: Kuhl & Scheffer, 1999) und ein respondentes Verfahren (MUT: Kuhl, 1999) entwickelt worden. Beide Verfahren beruhen auf der Anwendung der PSI-Theorie, die verschiedene Formen der Umsetzung von Bedürfnissen auf unterschiedliche Mechanismen der Affektregulation zurückführt, die ihrerseits dazu beitragen, dass die Motivumsetzung durch sehr verschiedenartige kognitive Systeme vermittelt wird. Nutzbringender wird die Motivdiagnostik, wenn es gelingt, Aussagen darüber zu treffen, wie jemand seine Bedürfnisse und Ziele im Alltag versucht umzusetzen und wo Probleme auftreten können.

4.5.1 DER OPERANTE MULTI-MOTIVTEST (OMT)

Der OMT unterscheidet sich in seinem Format und in der zugrunde liegenden Methodik stark von allen anderen TOP-Verfahren. Das hat den folgenden Grund: Der Operante Motivtest (OMT) beruht auf der Grundidee des TAT (Murray, 1943), Motive indirekt zu erfassen, weil sie nicht immer bewusst repräsentiert sind. Die projektive Operante Multimotiv Test (OMT) soll die Motive/Bedürfnisse einer Person auf nicht bewusstseinspflichtiger Ebene messen. Die OMT misst die Stärke der Ausprägung von Motiven und die Art und Weise, wie Motive umgesetzt werden. Dazu generieren die Patienten Geschichten zu 15 vorgegebenen Bildern, die sich an vier kurzen Fragen entwickeln. Die Fragen sind:
(1) Was ist für die Person in dieser Situation wichtig und was tut sie? (2) Wie fühlt sich die Person?; (3) Warum fühlt sich die Person so? und (4) Wie geht die Geschichte aus?

Diese Geschichten werden von geschulten Ratern interpretiert und deren Häufigkeit in ein Kategoriensystem eingetragen, was jedoch nicht in die Analyse einbezogen wurde.

4.5.2 DER MOTIV-UMSETZUNGS-TEST (MUT)

Im Unterschied mit den klassischen Verfahren der Motivmessung, die lediglich die Stärke der Ausprägung von Motiven erfassen, der Motiv-Umsetzungs-Test (MUT) misst zusätzlich die Art und Weise wie diese Motive umgesetzt werden, d.h. misst, mit welchen der vier kognitiven Hauptfunktionen (Denken, Fühlen, Intuitive Verhaltenssteuerung, elementares Empfinden) jedes der drei Grundbedürfnisse (Bedürfnis nach sozialem Anschluss und Beziehung; Bedürfnis nach Leistung und Kompetenzsteigerung; Bedürfnis nach Macht und Selbstbehauptung) bevorzugt *umgesetzt* wird. Mit "Macht" ist auch eine harmlose Form des Bedürfnisses, nämlich nach Autonomie (Selbstäußerung) gemeint.

Weitere Skalen des MUT erfassen, die im bewussten Erleben reflektierte relative Stärke jedes der drei Motive („Dominanzskalen"), die Frustration jedes der drei Basismotive in der Vergangenheit und in der Gegenwart und diverse Angstaspekte der Motivformen, die mit manifester Angst verknüpft sind (z.B. bei der machtthematischen Angst: Angst vor Verachtung, Angst vor fremder Macht, Angst vor Verantwortung und Machtausübung etc.).

Die Skalen der MUT sind folgenden:

A. **12 Hauptskalen**: Erfassen die Stärke die Verbindung zwischen jedem der Basismotive mit jedem der vier kognitiven Makrosysteme: (a) für Anschluss: Anschluss – Fühlen; Anschluss – Intuieren; Anschluss –Denken; Anschluss – Empfinden (b) für Macht: Macht – Fühlen; Macht – Intuieren; Macht –Denken; Macht – Empfinden und (c) für Leistung: Leistung – Fühlen; Leistung – Intuieren; Leistung –Denken; Leistung – Empfinden

B. **3 Dominanzskalen:** Erfassen, ähnlich wie klassische Motivfragebögen, die im bewussten Erleben reflektierte relative Stärke jedes der drei Motive: Anschlussdominanz, Machtdominanz und Leistungsdominanz

C. **3 Zusatzskalen:** Die Zusatzskalen erfassen Aspekten die um eine noch weitgehende Analyse der Basisbedürfnisse nötig sein können. Die 3 Zusatzskalen sind: Intuitive Macht (positive Variante), Anschluss extrinsisch, Leistung sozialer Vergleich.

Kurzbeschreibung der Skalen der MUT-K30

I. Fühlen (Anschluss/Leistung/Macht): Umsetzung des jeweiligen Bedürfnisses nach Anschluss (Beziehung)/ Leistung (Kompetenz)/ Macht (sich Äußern und Durchsetzen) mittels des „Fühlsystems", d.h. mit Hilfe des Systems, das einen *unmittelbaren Überblick* über viele Möglichkeiten vermittelt, wie die Umsetzung erfolgen kann und soll.

II. Intuieren (Anschluss/Leistung/Macht): Umsetzung des Bedürfnisses nach Anschluss / Leistung / Macht mittels intuitiver Verhaltenssteuerung; d.h. auf eine leichte, mitunter oberflächliche, intuitive Art und Weise; wird von verfügbaren Verhaltensroutinen gesteuert, versagt also umso eher, je stärker die Umsetzung die Lösung von Schwierigkeiten erfordert; intuitive Verhaltenssteuerung ist mit Spaß an der Ausführung verbunden.

III. Denken (Anschluss/Leistung/Macht): Umsetzung des Bedürfnisses nach Anschluss/Leistung/ Macht mittels der Denkfunktion.

IV. Empfinden (Anschluss/Leistung/Macht): Umsetzung des Bedürfnisses nach Anschluss/ Leistung/Macht mittels diskrepanzsensitivem Empfinden:

V. Motivdominanz (Anschluss/Leistung/Macht): Wie stark ist jedes Motiv ausgeprägt?

VI. ZUSATZSKALEN:
Intuitive Macht (positive Variante): kraftvoll-freudiges Durchsetzen eigener Vorstellungen (meist: „sozial verträglich" oder sogar „prosozial")
Anschluss extrinsisch: oberflächliche Bekanntschaften; Zweckfreundschaften?
Leistung sozialer Vergleich: Maßstab für eigenen Erfolg ist der Vergleich mit anderen.

Funktionsanalytische Explikation der MUT-Items

Die Items sind aufgrund der in der PSI-Theorie postulierten Funktionsprofile der vier kognitiven Makrosysteme formuliert Sie trägt vielleicht sogar dazu bei, die unterschiedliche Arbeitsweise der vier Systeme zu veranschaulichen und mit Alltagsphänomenen zu verknüpfen. Eine Tabelle mit Beispiel-Items aus den 12 Basis-Skalen des Motiv-Umsetzungs-Tests (MUT) findet sich in Anhang A (Tabelle 4).

4.6 DAS SELBST-STEUERUNGS-INVENTAR (SSI-K)

Das Selbststeuerungsinventar (SSI; englisch: VCQ) wurde mit dem Ziel entwickelt, möglichst viele Selbststeuerungskomponenten und vor allem deren Zusammenwirken bestimmen zu können. Zur Erfassung vieler Komponenten der Selbststeuerung gibt es auch objektive Methoden (s. Kuhl und Fröhlich, 2003), deren Einsatz allerdings zeitaufwändig, und meist auf nur eine oder zwei Komponenten begrenzt ist.

Das SSI misst verschiedene Komponenten der Selbststeuerung sowie die Hemmung solcher Kompetenzen unter Stress- bzw. Frustrationsbedingungen. Damit ist es möglich, die spezifischen Ursachen der Selbststeuerungsschwäche zu ermitteln und gezielt in die Therapie mit einzubeziehen. Der Begriff der Selbststeuerung und parallel dazu das Selbststeuerungsinventar (SSI), als Psychometrische Methode zum Messung seiner Funktionskomponenten wird empirisch in verschiedene messbare Unterfunktionen dekomponiert (Kuhl & Fuhrmann, 1997). Das Verfahren ist einsetzbar ab 14 Jahren.

Das Selbststeuerungsinventar gibt es in einem Fragebogenformat, in dem Probanden den Grad der Zustimmung zu selbststeuerungsrelevanten Aussagen auf einer 4-stufigen Likert-Skala angeben.

Es gibt 3 verschiedenen Versionen des SSI: in einer Langversion (SSI-L) mit 5 Items pro Skala, in einer extralangen Version mit 10 Items pro Skala (SSI-XL) und einer Kurzversion (SSI-K, SSI-K II) mit 4 Items pro Skala (Kuhl & Fuhrmann, 1997). In dieser Untersuchung wurde die Kurzversion des Selbststeuerungsinventars (SSI-K) benutzen. Die SSI-K besteht aus 48 Items, die in 12 Skalen zugeorden sind.

Tab. 4.6: Selbststeuerungsvariablen aus dem Selbststeuerungsinventar (SSI-K)

Hauptskalen (Makrokomponenten)	**Subskalen** (Mikrokomponenten)	**Makroskala**
I. SELBSTREGULATION (Kompetenz)	1. Selbstmotivierung 2. Aktivierungskontrolle 3. Selbstbestimmung	Selbstbestimmung
II. WILLENSBAHNUNG (Selbstbeherrschung)	4. Volitionaler Initiative 5. Volitionaler Aktivität 6. Konzentration	Zielumsetzung
III. SELBSTKONTROLLE	7. Zielrelativierung	Zielorientierung
IV. SELBSTBAHNUNG	9. Unabhängigkeit 10. Gelassenheit	Lageorientierung
V. ALLGEMEINE STRESSBELASTUNG	11. Belastung 12. Bedrohung	Belastung & Bedrohung

Im Folgenden werden ein Überblick und eine kurze theoretische Erläuterung der einzelnen SSI-K Skalen.

I. SELBSTREGULATION: wie in der theoretischen Teil der vorliegende Arbeit erwähnt wurde, die erste Kompetenz der Selbststeuerung – die Selbstregulation - ist mit der Bildung und Aufrechterhalten selbstkongruenter Ziele verbunden. Die Umsetzung der Selbstkongruenten Werten ist für das Sinnerleben verantwortlich. Dabei ist wichtig in schwierigen Situationen eine positive Motivation zu finden (Selbstmotivierung), sich bei Herausforderungen zu aktivieren oder nach unangenehmen Ereignissen zu beruhigen. Die drei Skalen der Selbstregulation sind:

(1) ***Selbstbestimmung****:* Wirklich hinter den Zielen stehen, die man verfolgt und sich mit dem Identifizieren, was man tut, was aus eigenen Werthaltungen und Bedürfnissen hervorgeht (selbstkongruente Ziele verfolgen). Ziele und Bedürfnisse entsprechen sich in diesem Fall (ihre Umsetzung ermöglicht das Sinnerleben). Die Items von dieser Skala gehören zu zwei Komponenten:

a) Selbstkongruenz: z.B. „*Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen*".

b) Allgemeines Selbstvertrauen*:* z.B. „*Auch in schwierigen Situationen vertraue ich darauf, dass ich die Probleme irgendwie bewältigen werde*".

(2) ***Selbstmotivierung*****:** wie gut gelingt es einer Person auch unangenehmen Dingen etwas Positives abzugewinnen, sich bei Laune zu halten und sich selbst zu motivieren, wenn Schwierigkeiten auftauchen. Die Items von dieser Skala gehören zu zwei Komponenten:

a) Motivationskontrolle (= positive Selbstmotivierung): Beispiel - Item: "*Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seite schauen*".

b) Emotionskontrolle (= Stimmungsmanagement): Hier geht um die allgemeine Fähigkeit, sich in die „richtige" Stimmung zu versetzen, sei es sich aufzuheitern oder eine negative Stimmung abzubauen. Beispiel - Item: „*Ich kann meine Stimmung so verändern, dass mir dann alles leichter von der Hand geht"*.

(3) ***Selbstaktivierung:*** aktiviert, wach und fit sein, wenn Schwierigkeiten und Herausforderungen anstehen. Die Items von dieser Skala gehören zu zwei Komponenten:

a) Selbstaktivierung (= belastungabhängige Wachheit): „*Sobald Hindernisse auftauchen, spüre ich, wie ich aktiver werde"*

b) Selbstberuhigung (= belastungabhängige Selbstberuhigung), d.h. die Fähigkeit innere Anspannung und Nervosität gezielt abbauen zu können. Beispiel - Item: „Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird"

II. WILLENSBAHNUNG (SELBSTBEHERRSCHUNG)

Diese Skalen messen Komponenten der Prospektiven Handlungsorientierung (HOP). Niedrige Werte in diesen Skalen sind Hinweise auf einer Willenshemmung und auf dem Verlust der zielorientierten Selbstkontrolle unter Belastung (*prospektive Lageorientierung*). Hierbei handelt es sich um den zögerlichen Typ der Lageorientierung, bei dem zwar Absichten und Ziele generiert werden, die Ausführung jedoch gehemmt ist. Die drei Skalen der Willenshemmung sind:

(1) Volitionaler Initiative (vs. Besonnenheit/Prospektive Lageorientierung (LOP)): Diese Skala misst die Fähigkeit Absichten und Zielen unter Belastung zu umsetzen. Die Items von dieser Skala gehören zu zwei Komponenten:

a) Initiativmangel (umgepolt Initiative/Tatkraft): Zu Erledigendes nicht sofort anfangen; zögern. Beispiel - Item: *„Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit, ohne zu zögern"*.

b) Energiedefizit (= Energiemangel/ Lustlosigkeit) vs. Überwinden von Unlust: Gefühl der Lustlosigkeit und Kraftlosigkeit, zu wenig Energie haben, um eine Aktivität beginnen zu können. Beispiel - Item: *„Ich habe oft zu wenig Energie"*.

(2) Volitionaler Passivität/Abwägen: Die Fähigkeit, die Energie zum Umsetzen *eigener* Handlungsabsichten aufzubringen, ist gemindert, wenn ein Proband hier einen sehr niedrige Wert erzielt. Nur willentliche („eigene") Ziele sind von diesem Energiemangel betroffen, was die Anfälligkeit für Fremdsteuerung steigert. Die Items von dieser Skala gehören zu zwei Komponenten:

a) Aufschieben (= Nichtumsetzung von Absichten) vs. Umsetzung: Dinge, die man sich vorgenommen hat, nicht ausführen zu können; man schiebt Unerledigtes vor sich her. Beispiel - Item: *„Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf"*

b) Fremdbestimmtheit vs. Eigenregie: Dinge erst dann ausführen, wenn andere eine dazu auffordern. Beispiel - Item: *„Oft warte ich mit der Erledigung einer Aufgabe, bis andere ungeduldig werden"*

(3) Konzentration (vs. Konzentrationsschwäche, Intrusionen): Die Fähigkeit, Ablenkungen von außen oder von innen (z.B. durch irrelevanten Gedanken) zu unterbinden, ist gemindert, wenn ein Proband hier niedriger Wert erzielt. Die Items von dieser Skala gehören zu zwei Komponenten:

a. Intrusionsneigung vs. Konzentrationsfähigkeit: an Dinge denken, die nicht mit der aktuellen Tätigkeit zu tun haben, abschweifen. Beispiel - Item: „*Oft muss ich an Dinge denken, die mit dem, was ich gerade tue, gar nichts zu tun haben“*.

b. Niedrige Impulskontrolle (umgepolte Impulskontrolle) vs. Versuchsresistenz: Versuchungen nicht widerstehen können; ablenkenden Impulse nachgeben. Beispiel - Item: *„Es passiert mir öfters, dass ich ein plötzliches Verlangen nicht aufschieben kann“*.

Geringe Initiative und Reduzierte Impulskontrolle laden auch auf den Faktor für Selbstkontrolle. Es ist theoretisch möglich, das sie positiv gepolt, als „Initiative/Tatkraft“ und „Versuchsresistenz“ auch als Kompetenz bei der konsequenten Umsetzung von Zielen eingesetzt werden können (Kuhl & Fröhlich, 2003).

III. SELBSTKONTROLLE: Die Selbstkontrolle ist durch die kurzfristige Unterdrückung vieler Selbstrelevanter Bedürfnisse, Gefühle und Interessen charakterisiert, um ein konkretes Ziel auch gegen mögliche attraktive und konkurrierende Bedürfnisse und Handlungsalternativen durchsetzen zu können (Kuhl, 1996).Die Skalen der Selbstkontrolle sind:

(1) Kognitive Selbstkontrolle

a) Zielvergegenwärtigung: noch nicht erledigte und geplante Aktivitäten sich immer wieder bewusst machen, Angst etwas Vorgenommenes zu vergessen. Beispiel -Item: *„Ich vergegenwärtige mir öfters am Tag, was ich noch alles tun will“*

b) Planungsfähigkeit: Sich einen Plan machen, bevor man mit einer Sache angefängt; konkrete Einzelschritte festlegen. Beispiel- Item: *„Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe“*

(2) Affektive Selbstkontrolle

a) Selbstdisziplin: sich selbst unter Druck setzen, sich zusammenreißen und zwingen bei der Sache zu bleiben. Beispiel - Item: *„Es gibt viele Dinge, die ich einfach tun muss, auch wenn ich sie nicht mit Freude machen“*

b) Negative Selbstmotivierung (ängstliche Selbstmotivierung): man motiviert sich, indem man sich die negativen Konsequenzen der Handlungsunterlassung vorstellt. Beispiel - Item: *„Wenn ich eine unangenehme Pflicht erfüllen muss, stelle ich mir vor, wie schlimm ich mich fühle, wenn ich sie nicht rechtzeitig erledigt habe“*.

IV. SELBSTBAHNUNG

Diese Skalen messen Komponenten der misserfolgsbezogenen Handlungsorientierung (HOM). Niedrige Werte in diesen Skalen sind Hinweise auf einer Selbsthemmung und misserfolgsbezogenen Lageorientierung. (LOM). Die Skalen der Selbstbahnung sind:

(1) Unabhängigkeit (Selbstabgrenzung) vs. Konformität, Introjektionsneigung, Anpassungsfähigkeit: Niedrige Werte auf dieser Skala sind Hinweise auf die Übernahme fremder Ziele (oft unbewusst), um es anderen Recht zu machen. Die Übereinstimmung der Erwartungen anderer mit dem, was man selbst will, wird zu selten geprüft. Selbstfremde Aufträge werden nicht erkannt oder trotz der mangelnden Selbstkompatibilität trotzdem zu oft befolgt, und zwar entweder aufgrund interner (oft „eingebildeter") Modelle fremder Erwartungen (*Introjektionsneigung*) oder besonders dann, wenn andere Personen unmittelbar Druck erzeugen (*Fremdkontrolle*). Beispiel - Item: „Ich habe oft das Gefühl, die Erwartungen anderer erfüllen zu müssen".

(2) Gelassenheit vs. Grübeln, LOM: Niedrige Werte auf dieser Skala sind Hinweise auf mißerfolgsbezogenen Lageorientierung: Dieser Typ der Lageorientierung ist gekennzeichnet durch Grübeln, was den Zugang zum ganzheitlichen Fühlen und zu integrativen Selbstwahrnehmungen erschwert (Überblick über die Gesamtheit eigener Bedürfnisse und Werte fehlt, so dass oft Dinge getan werden, die nur momentanen eigenen oder fremden Einzelinteressen entsprechen, andere Selbstaspekte aber verletzen, so dass einem das eigene Verhalten später „leid tut" oder man nicht voll hinter früheren Entscheidungen steht). Komponente der mißerfolgsbezogenen Lageorientierung:

a) Grübeln (= negative Emotionalität vs. Ablenken): langes Nachdenken über einen Misserfolg oder an unangenehmes Ereignis, das man nicht sofort stoppen kann. Das Selbst kann ungewollte oder irrelevante Gedanken nicht mehr wegfiltern, weil es gehemmt ist. Beispiel - Item: *„Nach einem Misserfolg, muss ich lange darüber nachdenken, wie es dazu kommen konnte, bevor ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann"*.
b) Belastungsabhängige Lähmung: antizipierter und ebenso tatsächlicher Misserfolg und negative Gefühle blockieren das Handeln und rauben die Energie zum Handeln. Die Selbstmotivierung funktioniert nicht, wegen des verloren gegangenen Selbstzugangs. Beispiel - Item: *„Wenn etwas Unangenehmes passiert ist, verliere ich oft den Schwung"*.

V. ALLGEMEINE STRESSBELASTUNG

Die Skalen sind:

(1) ***Belastung:*** Die Subskala *Belastung* misst Frustration durch situative und persönliche Umstände, welche positive Affekte schwächen (Frustration, Verlust, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele). Soll den gegenwärtigen Belastungszustand angeben, d.h. das Ausmaß in dem die allgemeine Lebenssituation positiven Affekt schwächt (vgl. BEF) und die Fähigkeit, positiven Affekt selbst herbeizuführen (vgl. SSI-K2 Skalen: HOP und „Selbstmotivierung") (über-) fordert.

(2) ***Bedrohung:*** Die Subskala *Bedrohung* misst den Gesamtstress der momentanen Lebenssituation (einschließlich Veränderungen, Angst machenden Ereignissen und möglicher

Risiken) den negativen Gefühlszustand erhöhen (vgl. BEF) und die selbstgesteuerte Affektregulation (über-) fordern (vgl. SSI-K2 Skala „Selbstberuhigung").

Jede Subskala besteht aus 4 Items. Item-Beispiel von *Belastung*: „Meine momentanen Lebensumständen sind schon recht hart". Item-Beispiel von *Bedrohung*: „Ich muss mit großen Veränderungen in meinem Leben fertig werden".

VI. MAKROSKALEN: In der SSI-K werden 5 Makroskalen dargestellt:

(1) Makroskala Selbstbestimmung: die Kennwerte der Makroskala Selbstbestimmung ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der drei Skalen der Selbstregulation (Selbstbestimmung und Selbstmotivierung, Aktivierungskontrolle) und bezieht die Ausmaß an Selbstregulation.

(2) Makroskala Zielumsetzung: Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der drei Skalen der Willensbahnung (Volitionaler Initiative, Volitionaler Aktivität und Konzentration)

(3) Makroskala Zielorientierung (vs. Zielfixierung): Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der Skalen der Selbstkontrolle. Die Zielorientierung bedeutet eine ständige gedankliche Weiterbeschäftigung mit in der Zukunft liegenden Zielzuständen.

(4) Makroskala Lageorientierung: Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der Skalen Unabhängigkeit und Gelassenheit. Diese Skala misst die grüblerische Auseinandersetzung nach Misserfolgen (d.h. LOM).

(5) Makroskala Belastung und Bedrohung: Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der Skalen Belastung und Bedrohung.

4.6.1 Die psychometrische Merkmale des SSI-K

4.6.1.1 Validität des SSI

Das SSI wurde an objektiven Messwerten für die verschiedenen Funktionskomponenten validiert (konvergierte Validität). Die objektiven Maße beruhen auf experimentalpsychologischen Methoden und auf neuen EEG-Techniken, besonders erreigniskorrelierten langsamen Potentialen (Haschke & Kuhl, 1994) (Information über Validität: siehe Fröhlich & Kuhl, 2003).

4.6.1.2 Reliabilität des SSI-K

Die Ergebnisse der Reliabilitätsüberprüfung von Kuhl und Fuhrmann (1997) verdeutlichen, dass die Skalen des SSI-K gute bis sehr gute innere Konsistenz zeigen (Cronbachs Alpha zwischen .62 bis .89). Für Anwendungszwecke, in denen noch höhere Reliabilitäten erwünscht sind, steht eine längere Version des Selbststeuerungsinventars (SSI-L) zur Verfügung.

4.7 FRAGEBOGEN ZUR HANDLUNGSKONTROLLE (HAKEMP-90)

Zur Operationalisierung individueller Unterschiede im Zugriff auf Selbststeuerungsfunktionen unter Stress wurde dieser Fragebogen zur Messung individueller Unterschiede in der *Handlungs-* versus *Lageorientierung* entwickelt

Auf einer Seite misst der Fragebogen, wie eine Person mit Misserfolgen oder anderen aversiven Ereignissen umgeht (Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolg (HOM-LOM). Auf der anderen Seite misst er einen Verhaltensaspekt, nämlich ob die Entscheidung für einen konkreten Handlungsweg bei einer schwerer Aufgabe leicht getroffen wird und die entsprechenden Absichten in die Tat umgesetzt werden kann (Prospektive Lage- und Handlungsorientierung: LOP-HOP).

Die Skalen dieses Fragebogens erfragen, wie leicht oder schwer es fällt, Entscheidungen zu fällen und entsprechende Absichten umzusetzen (*prospektive Handlungs- versus* Lageorientierung*: HOP/LOP*) bzw. wie leicht oder schwer es fällt, nach Misserfolgen oder in bedrohlichen Situationen aversive Gefühle und Gedanken zu *kontrollieren,* d.h. sich handlungsorientiert mit der Bedrohung auseinanderzusetzen statt sie lageorientiert zu ertragen (*Handlungs-* versus Lageorientierung *nach Misserfolg: HOM/LOM*). Der Fragebogen besteht aus den folgenden Skalen:

1. HOM-LOM (Lage- und Handlungsorientierung nach Misserfolg)

Dieser Subskala geht es um die Fähigkeit, negative Gefühle und Gedanken nach Misserfolg zugunsten der Handlung kontrollieren zu können, d.h. Handlungsbereitschaft vs. lähmendes Grübeln, wenn man mit Misserfolgen oder anderen aversiven Ereignissen konfrontiert wird.

2. HOP-LOP (prospektive Handlungs- vs. Lageorientierung)

Dieser Subskala misst dagegen einen Verhaltensaspekt, nämlich ob die Entscheidung für einen konkreten Handlungsweg bei einer schwerer Aufgabe leicht getroffen wird und die entsprechenden Absichten in die Tat umgesetzt werden kann. Es geht um die Handlungsbereitschaft vs. Zögern, wenn die Ausführung einer Absicht ansteht.

Jede Skala besteht 12 Items, die jeweils mit einer Situationbeschreibung beginnen. Die Probanden müssen sich zwischen einer handlungs- und einer Lageorientierten Antwortalternative entscheiden. Beispiel - Item lautet:

Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann
- a) lasse ich mich davon nicht lange beirren. (HOM)
- b) bin ich zuerst wie gelähmt. (LOM)

Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann
- a) überlege ich oft, wo ich anfangen soll (LOP)
- b) fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen (HOP)

Der Fragebogen zur Erfassung der Handlungs- versus Lageorientierung (HAKEMP) beschreibt Situationen mit relativ niedriger Kontrollierbarkeit (z.B. kann man eine zerbrochene Vase nicht wieder heil machen) und fragt, ob man in der beschriebenen Situation perseverierende und

handlungslähmende Gedanken oder Gefühle abstellen kann, wenn man das möchte (Kuhl, 2000, S.465). Der HAKEMP unterscheidet sich von anderen Fragebögen zur Messung von Angst, Besorgnis oder Stimmungsdispositionen: Es geht um die *willenslähmende Wirkung* negativer Kognitionen und Emotionen. Selbst die Personen die häufig intensive Besorgnisse haben und Ängste beachten, müssen durch diese Erlebnisse notwendigerweise in ihrer willentlichen Handlungssteuerung gelähmt werden. Ängste können auch aktivieren (Higgins, 1987; Schwarzer; 1993).

Im Vergleich zu anderen Persönlichkeitskonstrukten, die ebenfalls die Handlungsbereitschaft (*Extraversion*) bzw. den Umgang mit bedrohlichen oder aversiven Erlebnissen (*Neurotizismus*) betreffen, fokussiert das Konstrukt *Handlungsorientierung* auf eine andere Quelle der Handlungsbereitschaft: Im Fragebogen (Kuhl, 1994b) steht die willentliche *Kontrollierbarkeit* des Entscheidens, Umsetzens bzw. der Bewältigung im Vordergrund, während es bei Extraversion und Neurotizismus um „temperamentsbedingte" Quellen der Handlungsbereitschaft geht Demgegenüber war das Konstrukt Handlungs- versus Lageorientierung von Beginn an darauf hin konzipiert, individuelle Unterschiede in der *willentlichen* Steuerung der Handlungsbereitschaft bei der Umsetzung von Handlungsabsichten und bei der Bewältigung von bedrohlichen oder aversiven Erfahrungen zu erfassen (Kuhl, 1983a).

4.7.1 Psychometrische Merkmale des HAKEMP

Die Reliabilität und Validität des HAKEMP ist gut etabliert (Kuhl & Beckmann, 1994). Bei der Konstruktion der Items wurde der Brandbreite des zu erfassende Konstrukts ein höheres Gewicht als der Erzielung größtmöglicher Reliabilität eingeräumt (die interne Konsistenz bewegt sich bei den Subskalen zwischen 0,70 und 0,80 und bei der Zusammenfassung der beiden Hauptskalen zwischen 0,80 und 0,90: Kuhl, 1994b).

Mit dem dichotomen Antwortformat wurde bewusst in Kauf genommen, dass Probanden Unsicherheit empfinden (dies zuweilen auch in Form von Unmut äußern). Das Bedürfnis, diese Fragen „differenziert" zu beantworten, wird frustriert, um die logisch-analytisch Verarbeitungsebene zu schwächen und implizite Selbstrepräsentationen zu aktivieren (Kuhl, 1994). Zu beiden Polen des Konstrukts werden Antworten formuliert, weil Konstrukte erst durch die Nennung zweier Gegenpole eindeutig definiert sind (Kelly, 1955).

4.8 SYMPTOM-CHECK-LIST (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1977; Derogatis & Santz, 1999; Franke, 1995) gehört weltweit zu den in Klinik und Forschung am häufigsten umgesetzten Verfahren zu Erfassung der psychischen Symptombelastung. Die Deutschliche Version der SCL-90-R (Franke, 1995) wurde an 1006 Universitätsangehörigen teststatistisch überprüft und normiert.

Die SCL-90-R besteht aus *90 Items*, die verschiedene Körperliche und psychische Beschwerden beschreiben. Die Probanden sollen dabei auf einer fünfstufigen Ratingskala, die von

„überhaupt nicht“ (= 0) bis „sehr stark“ (= 4) reicht, angeben, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter diesen Symptomen gelitten haben.

Die Skalen der SCL-90-R sind:

1. *Somatisierung:* einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Beschwerden (12 Items)
2. *Zwanghaftigkeit:* leichte konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit (10 Items)
3. *Unsicherheit im Sozialkontakt:* leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönliche Unzulänglichkeit (9 Items)
4. *Depressivität:* Traurigkeit bis hin zur schweren Depression (13 Items)
5. *Ängstlichkeit:* körperliche spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst (10 Items)
6. *Aggressivität/Feindseligkeit:* Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (6 Items)
7. *Phobische Angst:* leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst (7 Items)
8. *Paranoides Denken:* Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken (6 Items)
9. *Psychotizysmus:* mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose (10 Items)

Zusätzlich können *3 globale Kennwerte* berechnet werden:

1. *Global Severity Index (GSI*): erfasst die grundsätzliche psychische Belastung (summe der itemrohwerte/90 – Anzahl Missing data)
2. *Positive Symptom Total (PST):* gibt die Anzahl der Symptome an, bei denen eine Belastung vorliegt (Anzahl der Items mit einem Rohwert >0)
3. *Positive Symptom Distress Index (PSDI):* lässt eine Aussage über die Intensität der Antworten zu (summe der Itemrohwerte/PST).

HYPOTHESEN

Da diese Arbeit in ihren zentralen Fragestellungen einen offensichtlich explorativen Charakter hat, sind die Formulierungen der Hypothesen allgemein gehalten worden. Die meisten dieser Hypothesen sind von den beschriebenen theoretischen Annahmen der PSI-Theorie abgeleitet worden. Im Folgenden werden die Hypothesen dargestellt, die in der vorliegenden Arbeit überprüft werden.

HYPOTHESEN TEIL I

1. PERSÖNLICHKEITSSTILE

1.1 Persönlichkeitsstile und Bedürfnisfrustration

Es wird von der Annahme ausgegangen, dass jeder Persönlichkeitsstil eine andere Reaktion auf Bedürfnisfrustration zeigt, da jeder Persönlichkeitsstil durch eine spezifische Kombination von niedriger, mittlerer versus hohe Sensibilität für negativen und positiven Affekt gekennzeichnet ist. Daher sollten sich im einzelnen unterschiedliche Vermittungsfunktionen für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung ergeben und in den Daten finden lassen.

1.2.1 Auf der einen Seite wird vermutet, dass alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer Hemmung positiven Affektes (reduzierte Aktivität des Belohungssystems) assoziiert sind (Paranoid, Schizoid, Selbstunsicher, Negativistisch, Abhängig, Depressiv) gerade bei einer Bedürfnisfrustration mit gehemmtem positiven Affekt reagieren. Diese Stile sollten daher eine Vermittlungsrolle bei der Symptomentstehung spielen.

1.2.2 Auf der anderen Seite wird vermutet, dass alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit negativem Affekt (erhöhte Aktivität der Bestrafungssystem) assoziiert sind (Selbstunsicher, Zwanghaft, Schizotypisch, Abhängig, Borderline, Depressiv, und Hilfsbereit), gerade bei einer Bedürfnisfrustration mit negativem Affekt reagieren. Diese Stile sollten daher eine Vermittlungsrolle in dem Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung haben.

1.2.3 Es wird erwartet dass die Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie gleichzeitig mit einer reduzierten Aktivität des Belohnungssystems und eine erhöhten Aktivität des Bestrafungssystem assoziiert sind (Selbstunsicher, Depressiv, und Abhängig), eine besonders wichtige Vermittlungsrolle zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung haben.

1.2.4 Im Gegensatz dazu wird erwartet, dass die Persönlichkeitsstile, die weder mit A- (also einer erhöhten Aktivität des Bestrafungssystems) noch mit A (+) (einer reduzierten Aktivität des Belohnungssystems) assoziiert sind, auf Bedürfnisfrustration mit weniger Symptomentstehung reagieren. Diese Persönlichkeitsstile sind: Antisozial, Narzisstisch, Histrionisch, Rhapsodisch.

1.2.5 Dekomponierung der Bedürfnisse Es wird vermutet, dass sich Frustrationen in den drei grundlegenden Motivbereichen (Anschluss, Leistung und Macht) nicht gleichermaßen auswirken. Es wird vermutet, dass diese Auswirkungen für jeden Persönlichkeitsstil unterschiedlich ausfallen.

1.2 Persönlichkeitsstile und Stressfaktoren

1.2.1 Da gemäß der Theorie Belastungen eher mit reduziertem positiven Affekt und Bedrohungen eher mit erhöhtem negativem Affekt assoziiert sind, werden unterschiedliche Effekte auf der Symptomebene für diese Stressfaktoren erwartet.

1.2.2 Es wird erwartet, dass die Persönlichkeitsstile aufgrund der zugrundeliegenden unterschiedlichen Affektdispositionen eine andere Reaktion auf bedrohliche oder belastende Lebensereignisse zeigen wird.

1.2.2.1 Belastung als Prädiktor: Es wird vermutet, dass alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer Hemmung positiven Affektes (reduzierte Aktivität des Belohungssystems) assoziiert sind (Paranoid, Schizoid, Selbstunsicher, Negativistisch, Abhängig, Depressiv) besonders an dem Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung beteiligt sind. D.h. es wird vermutet, dass für diese Persönlichkeitsstile die Auswirkungen von situativen und persönlichen Umständen, die positiven Affekt schwächen, bedeutsamer sind (als für andere Persönlichkeitsstile mit anderen affektiven Dispositionen).

1.2.2.2 Bedrohung als Prädiktor: Es wird vermutet, dass alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit negativem Affekt (erhöhte Aktivität der Bestrafungssystem) assoziiert sind (Selbstunsicher, Zwanghaft, Schizotypisch, Abhängig, Borderline, Depressiv, und Hilfsbereit) besonders an dem Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung beteiligt werden. D.h. es wird vermutet dass für diese Persönlichkeitsstile die Auswirkungen von Lebensumständen, die den negativen Gefühlszustand erhöhen, bedeutsam sind. Gemäß der zweiten Modulationsannahme der PSI-Theorie sollten Bedrohungen besonders den Zugriff auf das implizite Selbst erschweren (Selbsthemmung) und daher eher Symptome verursachen.

1.1.3 Es wird erwartet, dass die Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie gleichzeitig mit einer reduzierte Aktivität des Belohnungssystems und eine erhöhten Aktivität des Bestrafungssystem assoziiert sind (Selbstunsicher, Depressiv, und Abhängig), sowohl bei belastenden als auch bei bedrohlichen Lebensereignissen eine Vermittlungsrolle haben.

2. SELBSTSTEUERUNG VS. BEDÜRFNISFRUSTRATION UND STRESSFAKTOREN

2.1 Bedürfnisfrustration: Da Bedürfnisfrustration mit einer Erhöhung negativen Affekts einhergeht, wird es vermutet, dass misserfolgsbezogener Lageorientierung (LOM) eine besondere Vermittlungsrolle bei der Symptomentstehung spielt.

2.2 Stressfaktoren: Da theoriegemäß subjektive Belastung signifikant mit prospektiver Lageorientierung (LOP) korreliert, während subjektive Bedrohung jedoch mit misserfolgsbezogener Lageorientierung (LOM) korreliert, wird erwartet, dass LOP und LOM unterschiedliche

Mediationsrollen im Zusammenhang zwischen Belastung oder Bedrohung und Symptomentstehung zeigen.

2.2.1 Belastung: Da belastende Lebensereignisse typischerweise mit einer Senkung des positiven Affekts einhergehen, fordern sie die Fähigkeit, positiven Affekt selbst zu generieren (HOP). In diesem Sinn wird erwartet, dass prospektiv Lageorientierte (LOP) besonders unter Belastung Symptome entwickelt.

2.2.2 Bedrohung: Da bedrohliche Lebensereignisse typischerweise mit einer Erhöhung negativen Affekts einhergehen, wird hier die Fähigkeit zur selbstregulierten Absenkung von negativem Affekt benötigt (HOM). So wird erwartet, dass misserfolgsbezogen Lageorientierte (LOM) besonders unter Bedrohung Symptome entwickeln.

3. INTERAKTIONSEFFEKTE ZWISCHEN PERSÖNLICHKEITSSTILEN UND SELBSTSTEUERUNGSFÄHIGKEITEN

Es wird erwartet, dass Lage- und Handlungsorientierung zusätzlich zu den Persönlichkeitsstilen einen unabhängigen Beitrag im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung leisten. Es wird erwartet, dass misserfolgsbezogen Handlungsorientierte (HOM) weniger Symptome zeigen als misserfolgsbezogen Lageorientierte (LOM) und gerade bei Stilen mit einer hohen Bestrafungssensibilität einen zusätzlichen Vermittlungsstatus haben, da diese Dimension die Fähigkeit zur selbstgesteuerten Herabregulierung von negativem Affekt betrifft. Es wird erwartet, dass prospektiv Handlungsorientierte (HOP) weniger Symptome zeigen als prospektiv Lageorientierte (LOP) und gerade bei Stilen mit einer niedrigen Belohnungssensibilität einen zusätzlichen Vermittlungsstatus haben, da diese Dimension die Fähigkeit zur selbstgesteuerten Heraufregulierung von positivem Affekt betrifft.

4. DEPRESSION VERSUS ANGST

4.1 State Komponenten

4.1.1. Es wird erwartet, dass sowohl Depression als auch Ängstlichkeit eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen haben.

4.1.1.1 Personen, die unter einer Depression leiden, reagieren normalerweise nach einer Bedürfnisfrustration, einem Misserfolg oder aversiven Ereignissen im Allgemeinen, mit einer Hemmung positiven Affektes (Lustlosigkeit). Gemäß der ersten Modulationsannahme der PSI-Theorie wird diese Hemmung von positivem Affekt es erschweren, gewollte Handlungen zu initiieren, Absichten umzusetzen und Bedürfnisse zu befriedigen. Aufgrund dieser Modulationswirkung von Depression wird erwartet, dass diese Störung eine wichtige Vermittlungsrolle zwischen der Bedürfnisfrustration und der Symptomentstehung spielt. Mit anderen Worten müsste die depressive Reaktion auf eine Bedürfnisfrustration die Symptomausprägung verschlimmern.

4.1.1.2 Es wird erwartet, dass „Ängstlichkeit“ auch eine wichtige Rolle spielt, d.h. die Personen, die nach einer Bedürfnisfrustration mit Angst reagieren, werden stärkere Symptome

entwickeln. Die Erhöhung von negativem Affekt ist ein zentraler Aspekt der Angst. Gemäß der zweiten Modulationsannahme der PSI-Theorie ist negativer Affekt mit einer Hemmung des Extensionsgedächtnisses und einem erschwerten Zugriff auf eigene Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten verbunden. Aufgrund dieser Modulationswirkung von Angst wird erwartet, dass diese Störung eine wichtige Vermittlungsrolle zwischen der Bedürfnisfrustration und der Symptomentstehung spielt. Mit anderen Worten: Die ängstliche Reaktion auf eine Bedürfnisfrustration sollte die Symptomausprägung verschlimmern.

4.1.2 Es wird auch erwartet, dass sich die Mediationsrolle von Depression und Angst unterscheiden, da die beiden Störungen auf emotionaler, motivationaler und kognitiver Ebene unterschiedliche Mechanismen betreffen. Entsprechend sollten sich die Symptomprofile unterscheiden: Depression ist eher durch eine Hemmung positiven Affekts als durch eine Überaktivierung negativen Affekts charakterisiert (Higgins, 1987; Watson und Tellegen, 1985). Die PSI-Theorie differenziert zwischen Depression und Angst aufgrund der unterschiedlichen Auswirkungen der zugrundeliegenden Affektdimensionen (reduzierter positiver vs. erhöhter negativer Affekt) auf das Zusammenspiel verschiedener kognitiver Systeme (siehe Modulationsannahmen).

4.2 Trait-Komponenten: Depressiver vs. Selbstunsicherer Stil

4.2.1 Es wird erwartet, dass beide Persönlichkeitsstile eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen haben, da beide Persönlichkeitsstile mit negativem Affekt (erhöhte Aktivität des Bestrafungssystems) assoziiert sind.

4.2.2 Da diese Persönlichkeitsstile gemäß der PSI-Theorie gleichzeitig mit einer reduzierten Aktivität des Belohnungssystems und einer erhöhten Aktivität des Bestrafungssystem assoziiert sind, wird vermutet, dass beide sowohl bei belastenden als auch bei bedrohlichen Lebensereignissen mit Symptomentstehung reagieren.

4.2.3 Es wird vermutet, dass beide Stile mit unterschiedlichen Symptomen auf Bedürfnisfrustration/ Stressfaktoren reagieren. Aufgrund der Beziehung mit Achse-I Störungen wird erwartet, dass (**Hyp. 4.2.3.1**) der depressive Stil eher mit depressogenen Symptomen reagieren wird und (**Hyp. 4.2.3.2**) der selbstunsichere Stil eher mit ängstlichen Symptomen. Ferner wird vermutet, dass der selbstunsichere Stil eine Vermittlungsfunktion für Unsicherheit im Sozialkontakt und Phobische Ängste darstellt (**Hyp. 4.3.2.2.1**)

4.3. State- versus Trait-Varianten von Depression

4.3.1 Es wird erwartet, dass beide (Depression als klinisches Syndrome und der depressive Persönlichkeitsstil) eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung haben. Analoges (**Hyp. 4.3.1.1**) wird erwartet für den Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung.

4.3.2 Es wird vermutet, dass sich die Mediationsrollen von Depression als State- und Depression als Trait-Ausprägung auf der Symptomebene unterscheiden. Da sich die Unterscheidung

zwischen beide Kategorien auf den Schwerpunkt kognitiver, interpersoneller und intrapsychischer Persönlichkeitsmerkmale gegenüber einem Beschwerdekomplex mit verschiedenen somatischen Symptomen bezieht, wird es vermutet (**Hyp. 4.3.2.1**), dass die State-Variante von Depression eine bedeutsame Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und somatischen Störungen als der depressive Stil hat. Weiterhin wird vermutet (**Hyp. 4.3.2.2**), dass die State-Variante von Depression eine bedeutsame Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und einer allgemeinen Ausprägung der Symptomatologie als der depressive Stil hat.

4.3.3 Es wird erwartet, dass der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und depressiven Symptomen hat. D.h. es wird erwartet, dass nach einer Bedürfnisfrustration oder unter belastenden oder bedrohlichen Umstände Personen mit einem depressiven Stil auch mit depressiven Symptomen reagieren.

4.4 Affektkopplung bei Trait- und State-Maßen

Es wird erwartet, dass das Zusammentreffen depressiver und ängstlicher Symptome nicht nur additive, sondern multiplikative Effekte zeigt. Mit anderen Worten wird erwartet, dass wenn reduzierter positiver Affekt mit erhöhtem negativem Affekt gekoppelt ist, ein erhöhtes Risiko für Symptomausprägungen besteht. Diese Kopplung von Affekten bedeutet, dass eine Person, sobald sie frustriert ist (gehemmter positiver Affekt), sofort auch Angst erlebt (negativer Affekt). D.h., diese Personen reagieren auf eine Frustration mit Angst. Durch eine Kopplung von Frustration mit Angst, kommt es zu einer Extremisierung in der einseitigen Aktivierung der linken Hemisphäre. Gemäß der ersten Modulationsannahme der PSI Theorie werden die linkshemisphärischen Verarbeitungsleistungen des Intentionsgedächtnisses durch die Hemmung positiven Affektes aktiviert. Wenn Frustration mit Angst gekoppelt ist, kommt es gleichzeitig gemäß der zweiten Modulationsannahme der PSI-Theorie zu einer Hemmung der rechtshemisphärischen Verarbeitungsleistungen des Extensionsgedächtnisses. Wenn es aufgrund von Persönlichkeitsstilen zu einer Chronifizierung einer extrem einseitigen Aktivierung der linken Hemisphäre kommt, sollte dies das Risiko der Symptomentstehung disproportional verstärken.

HYPOTHESEN TEIL II
SELBSTSTEUERUNGSKOMPONENTEN BEI PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

2.1 Hypothesen bezüglich des SSI-K

Es wird erwartet, dass Personen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (aufgrund klinischer Diagnostik) mehr Selbststeuerungsdefizite (gemessen mit dem SSI-K) als Personen ohne Persönlichkeitsstörungen aber mit gleichzeigte Achse I - Störungen haben. Im Folgenden werden die Hypothesen für jede Makrokomponente des SSI-K dargestellt:

2.1.1 ***Selbstregulation:*** Nach der PSI-Theorie wird die Selbstregulation durch positive Stimmung gefördert.

2.1.1.1 Es wird erwartet, dass die Werte der Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die nach dem STAR-Modell mit einer sehr niedrigen *dispositionellen Belohnungssensibilität* (paranoid, schizoid, selbstunsicher, negativistisch, abhängig, depressiv und hilfsbereit) verbunden sein sollen, in mindestens einer der drei Subskalen der Selbstregulation (Selbstmotivierung, Aktivierungskontrolle und Selbstbestimmung) signifikant niedriger sind als bei den Probanden ohne Persönlichkeitsstörungen.

2.1.1.2 Es wird erwartet, dass die Werte der Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die nach dem STAR-Modell mit einer starken dispositionell erhöhten Bestrafungssensibilität assoziiert (selbstunsicher, zwanghaft, abhängig, depressiv, selbstlos, schizotypisch und borderline) sind, in mindestens einer der drei Subskalen der Selbstregulation signifikant niedriger sind als bei den Probanden ohne Persönlichkeitsstörungen.

2.1.2 ***Selbstkontrolle:*** Diese Form der Selbststeuerung ist direkt oder indirekt durch die Hemmung positive oder die Aktivierung negativen Affekt verstärkt.

2.1.2.1 Es wird erwartet, dass bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die gemäß der PSI-Theorie mit einer starken dispositionell sehr niedrigen Belohnungssensibilität assoziiert sind (paranoid, schizoid, selbstunsicher, negativistisch, abhängig, depressiv und hilfsbereit) die Werte für die Skala „Zielrelativierung“ niedriger ausgeprägt ist, als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, dass sie also entsprechend Hinweise auf starke Selbstkontrolle zeigen.

2.1.2.2 Es wird erwartet, dass bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die gemäß dem STAR-Modell durch eine starke Verhaltensbahnung bzw. einer hohen Sensibilität für positiven Affekt gekennzeichnet sind (antisozial, narzisstisch, histrionisch, rhapsodisch, schizotypisch und borderline), gegenüber Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen erhöhte Werte auf Zielrelativierung aufweist, dass sie also entsprechend Hinweise auf weniger Selbstkontrolle zeigten.

2.1.3 ***Selbsthemmung:*** Es wird erwartet, dass bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die gemäß der PSI-Theorie mit einer starken dispositionell erhöhten Bestrafungssensibilität assoziiert sind (selbstunsicher, zwanghaft, abhängig, depressiv, selbstlos, schizotypisch und borderline) die Gesamtwerte und jeweils mindestens eine der Einzelskalen für Selbstbahnung signifikant niedriger ausgeprägt sind als bei Personen ohne Persönlichkeitsstörungen, dass sie also Hinweise auf Selbsthemmung zeigen. Nach der PSI-Theorie ist das Risiko einer Selbsthemmung (d.h. Hemmung des Zugangs zu integrierten „Selbstrepräsentationen“) besonders hoch, wenn die Sensibilität für negativen Affekt hoch ist, wenn die erlebte

Bedrohung durch aversive Lebensumstände hoch ist und wenn die Fähigkeit, negativen Affekt durch aktive Auseinandersetzung mit leidvollen oder gefürchteten Erfahrungen herabzuregulieren, schwach ausgebildet ist (s.o. SSI-K2 Skala „Selbstberuhigung).

2.1.4 **Willenshemmung**: Es wird erwartet, dass bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die gemäß dem STAR-Modell mit einer sehr niedrigen Belohnungssensibilität assoziiert sind (paranoid, schizoid, selbstunsicher, negativistisch, abhängig, depressiv und hilfsbereit) die Werte der Skalen für Funktionen der Willensbahnung (Volitionaler Initiative, Volitionaler Aktivität und Konzentration) signifikant niedriger ausgeprägt sind als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, dass sie also entsprechende Hinweise auf Willenshemmung zeigen. Nach der PSI-Theorie ist das Risiko einer Willenshemmung unter Belastung besonders hoch, wenn die Sensibilität für positiven Affekt reduziert ist, wenn die Belastung durch viele schwierige Aufgaben hoch ist und wenn die Fähigkeit, positive Stimmung selbst zu erzeugen ("Selbstmotivierung") reduziert ist.

2.2 Es wird erwartet, dass die Defizite in den Selbststeuerungskomponenten bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen auch dann bestehen bleiben, wenn die Symptomschwere statistisch kontrolliert wird.

2.3 Hypothesen bezüglich des HAKEMP

Weitere Hypothesen beziehen sich auf das Konstrukt zur Handlungs- vs. Lageorientierung. Es wird vermutet, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Personen ohne Persönlichkeitsstörungen eine verminderte Fähigkeit aufweisen, zwischen verschiedenen affektiven Lagen umzuschalten. In diesem Sinn wird erwartet, dass Personen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (aufgrund klinischer Diagnostik) mehr Selbststeuerungsdefizite (gemessen mit dem HAKEMP) zeigen als im Vergleich zu Personen ohne Persönlichkeitsstörungen.

Die Hypothesen bezüglich der HAKEMP-Kennwerte lauten:

2.3.1. Es wird erwartet, dass die Persönlichkeitsstörungen, die gemäß der PSI-Theorie mit einer erhöhten Bestrafungssensibilität (A-) assoziiert sind (selbstunsicherer, zwanghaft, schizotypisch, abhängig, Borderline, depressiv und hilfsbereit) mit erhöhten Kennwerten der Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) einhergehen.

2.3.2. Es wird erwartet, dass die Persönlichkeitsstörungen, die gemäß der PSI-Theorie mit einer reduzierten Aktivität des Belohnungssystems [A(+)] assoziiert sind (paranoid, schizoid, selbstunsicher, negativistisch, abhängig, depressiv und hilfsbereit) mit erhöhten Kennwerten der prospektiven Lageorientierung (LOP) einhergehen.

Alle diese Hypothesen lassen sich auf das quantitative Modell anwenden.

EMPIRISCHER TEIL

1. Methode

1.1 Versuchspersonen / Stichproben

Der empirische Teil beruht auf zwei Stichproben. Eine Stichprobe beruht auf einer bereits vorhanden Datenbank, die von Prof. Kuhl für eine Reanalyse vor dem Hintergrund der neuen Fragestellung zur Verfügung gestellt wurde. Die andere Stichprobe wurde in einer psychotherapeutisch und psychiatrischen Praxis für ambulante Patienten in Osnabrück neu rekrutiert. Es handelt sich dabei um eine Einrichtung mit sowohl psychotherapeutischer als auch psychiatrischer Behandlung, so dass also nicht alle Patienten auch aktuell in Psychotherapie sind.
Ausschlusskriterium für diese Studie war die Diagnose eines organischen Hirnsyndroms, von Schizophrenie oder aktueller Psychose und akuter bipolarer Störung.

Da in beiden Stichproben die gleichen Verfahren eingesetzt wurden, können die Ergebnisse der einen Stichprobe mit der der anderen verglichen bzw. auf Replizierbarkeit überprüft werden. Darüber hinaus wurde in der neuen Stichprobe die Erhebung der klinischen Diagnose vervollständigt und verbessert, so dass für diesen Teil der Stichprobe weitergehende Fragestellungen bearbeitet werden können.

Die Untersuchung der neuen Stichprobe wurde in einer ambulanten Klinik in Osnabrück durchgeführt. Untersucht wurden Patienten mit verschieden klinischen Syndromen (z.B. Depressive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen usw.).

Die Stichprobe, die auf einer vorhandenen Datenbank beruht, wird in dieser Arbeit „Stichprobe 1 oder alte Stichprobe“ genannt, die neue Stichprobe „Stichprobe 2 oder neue Stichprobe“.

1.2 Messinstrumente

Alle Daten wurden mittels verschiedener Fragebögen erhoben. Die meisten Fragebögen gehören zur Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP), die von Kuhl und Mitarbeitern entwickelt wurden und deren psychometrischen Merkmale den üblichen Gütekriterien genügen (Kuhl & Henseler, 2003).

Die TOP-Diagnostik enthält die folgenden Instrumente: BEF, BES, PSSI, SSI, MUT, OMT, HAKEMP. In der vorliegenden Arbeit werden die folgenden Kurzversionen verwendet: BEF-3, BES-K, PSSI-K, SSI-K2, MUT-K30, OMT und HAKEMP-90. Außerdem wurde die SCL-90 (Symptom Checklist) bei den Versuchspersonen angewandt.

1.3 Ablauf der Untersuchung

Die Untersuchung wurde in Einzelsitzungen weitgehend computerunterstützt durchgeführt. Die Instruktionen wurden schriftlich am Computerbildschirm dargeboten. Hier kann der Patient/Klient direkt am PC die Fragen beantworten. In vielen Fällen können Patienten die Fragebögen auch allein ausfüllen (Papierversion), etwa in einem separaten Praxisraum oder auch zu Hause. Der Zeitbedarf

beträgt etwa 30-60 Minuten. Die Versuchspersonen füllen die Fragebögen nach dem ersten oder zweiten Gespräch mit dem Therapeuten als Teil der Anamnese-Erhebung vor der Behandlung aus.

Die Auswertung der meisten Testverfahren (außer OMT und SCL-90) wird direkt vom Rechner vorgenommen. Für die getesteten Patienten wurde auf der Grundlage des Untersuchungsfragebogens eine Dokumentation erstellt, die die wichtigsten Befunde und eine Reihe von Grafiken zusammenfasst. Die Psychotherapeuten bekamen einen Bericht mit den Befunden (aufgrund der Ergebnisse der Fragebögen) und Empfehlungen für die Therapie.

Für die Stichprobe, die in einer ambulanten Klinik in Osnabrück neu erhoben wurde (Stichprobe 2), wurde eine Tabelle (s. Tab. 1, Anhang A) entwickelt, die auf den Prinzipien der DSM-IV Kriterien beruht. Diese Tabelle sollte von den behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt werden. Die Psychotherapeuten sollten diese Tabelle auf der Basis ihres subjektiven Urteils oder klinischen Eindrucks ausfüllen und auf der Basis der ganzen Informationen, die sie im Rahmen der Untersuchung über die Patienten gesammelt haben (immer auf der Grundlage des DSM-IV). Die Tabelle hat verschiedene Spalten, die die Psychotherapeuten für jeden untersuchten Patienten, ankreuzen sollen:

1. Eine Spalte für die Persönlichkeitsstörung: Hier sollen die behandelnden Psychotherapeuten schreiben, ob der Patient die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (anhand der DSM-IV Kriterien) erfüllt oder nicht. Wenn ein Patient die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bekommt, soll der Therapeut spezifizieren, um welche Persönlichkeitsstörung(en) es sich handelt.
2. Eine Spalte für die Klinischen Syndrome: Hier sollen die Therapeuten entscheiden, welche von drei Optionen (Angst, Depression oder beides) überwiegt.
3. Eine Spalte für die Symptomschwere: Hier sollen die Therapeuten beurteilen, wie schwer die gesamte Symptomatik war (mit einem Rating von 0 bis 100, wobei 0 keine Symptome bedeutet und 100 eine extreme Beeinträchtigung durch eine schwere Symptomatik).

Ziel dieser Tabelle war es, Informationen aufgrund klinischer Kriterien über die Symptomschwere, die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, und das vorherrschende klinische Syndrom (überwiegend Angststörungen vs. überwiegend Depression vs. Angststörung und Depression gemischt) zu bekommen.

Als Teil der Routine der Klinik wurden für alle Patienten (nicht nur für die Patienten, die mit der TOP-Diagnostik untersucht worden) die Diagnosen (anhand der ICD-10) in ein Computerarchiv eingegeben. Diese Information wurde auch für diese Untersuchung ausgewertet.

1.4 Auswertungstrategien

Im Folgenden werden die Auswertungsstrategien für jeden der zwei Teile dieser Arbeit ausführlich beschreiben.

1.4.1 Auswertungsstrategien Teil I

Zu Beantwortung der Fragestellungen dieses Teils der Arbeit wurden verschiedene *Mediationsmodelle* überprüft. Dazu wurden eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet (Baron & Kenny, 1986):

(1) Im ersten Schritt wurde jeweils der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium untersucht (Pfad *a* in Abb.1.4.1).

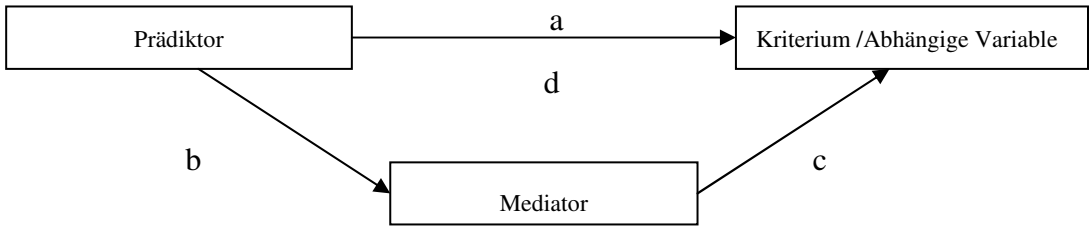
(2) Im zweiten Schritt wurde jeweils der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor und dem Mediator untersucht (gehört zum Pfad *b* in Abb.1.4.1).

(3) Im dritten Schritt wurde untersucht, ob der Mediator das Kriterium signifikant über den Einfluss des Prädiktor hinaus vorhersagt (gehört zum Pfad *c* in Abb.1.4.1)

(4) Im vierten Schritt wurde untersucht, ob der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium nicht mehr signifikant war, wenn der Einfluss des Mediators kontrolliert wurde (gehört zum Pfad *d* in Abb.1.4.1).

Ferner wurde der Test zur Überprüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhanges (Sobel, 1982) gerechnet. Alle Variablen wurden von der Berechnung standardisiert (z-Wert). Die Auswertungsstrategien wurden auf die Stichprobe 1 und 2 getrennt angewendet.

Abb. 1.4.1 Beispiel Mediationsmodelle:



1.4.1.1 Darstellung der Variablen

Im Folgenden werden die verschiedenen Variablen, die in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, beschrieben.

1. Prädiktor (Unabhängige Variable)

1.1 Bedürfnisfrustration: Für alle Mediationsmodelle, die in Bezug auf der Frage 1.1, 2.1, 3 und 4 überprüft wurden, wurde die Bedürfnisfrustration (gemessen über die *Empfindungsskala des MUT)* als Prädiktor eingegeben. Bedürfnisfrustration wurde als Summenwert der drei Bedürfnis-Empfinden

Skalen berechnet. Zur Beantwortung der Fragestellung (1.1.1) (Dekomponierung der Bedürfnisse) wurden die drei Bedürfnis-Empfinden-Skalen auch getrennt als Prädiktor in die Analysen eingegeben.

Dass diese Skala des MUT als globales Maß der Bedürfnisfrustration verwendet wird, ist in folgender Überlegung begründet: die PSI-Theorie geht davon aus, dass die Umsetzung von Motiven durch Affekte moduliert wird, und zwar durch den Einfluss von Affekten auf die Aktivierung der für die Umsetzung wichtigen kognitiven Systeme (Modulationsannahmen). Wenn die Sensibilität für negativen Affekt sehr hoch ist, verbinden sich Motive mit der kognitiven Funktion des *Empfindens* („unstimmigkeitssensible Objekterkennung"). Das Empfinden ist wie erwähnt gemäß der PSI-Theorie mit einem "diskrepanz- und konfliktsensitiven" *Aufmerksamkeitssystem* verbunden: Wahrnehmungen in der Innen- und Außenwelt, die zu irgendwelchen anderen Wahrnehmungen, Gefühlen, Erwartungen oder Selbstanteilen nicht passen, werden besonders verstärkt. Immer dann, wenn sich diese Dominanz des Empfindungssystems mit der für dieses System prototypischen (diskrepanzsensitiven) Aufmerksamkeitsvariante verbindet, wird sich die gesteigerte Empfindsamkeit in einer gesteigerten Sensibilität für *Inkongruentes* (Erwartungswidriges) niederschlagen: Unstimmigkeiten werden besonders stark beachtet und können u.U. gar nicht mehr ausgeblendet werden. Wenn diese Form der diskrepanzzentrierten Fokussierung auf Einzelobjekte stark mit einem Motiv verbunden ist (was durch den Kennwert der MUT-Skala diskrepanzsensibles „Empfinden" operationalisiert werden soll), wird mit einer Beeinträchtigung der Bedürfnisbefriedigung gerechnet, weil die Beteiligung hochinferenter Systeme an der Bedürfnisbefriedigung abgeschwächt ist.

Wie erwähnt gibt es gemäß der PSI-Theorie adaptive und weniger adaptive Verbindungen von Motiven und kognitiven Hauptfunktionen gibt. Fühlen ist besonders adaptiv für das Machtmotiv, Intuieren für das Bedürfnis nach Anschluss, Denken ist adaptiv im Bereich Leistung. Empfinden ist für kein Motiv besonders adaptiv, da diese Funktion die Perseveration negativer Gefühle erfasst, die nicht durch das Fühlen integriert werden können. Auf der Fragebogenebene wird die Motivanbindung an das Empfinden durch die Antizipation negativer (d.h. erwartungsdiskrepanter) Ergebnisse und durch die verhaltenshemmende Wirkung negativer Affekte erfasst.

Es gibt im MUT für jedes der drei psychologischen Grundbedürfnisse eine Skala, die die Verknüpfung des Bedürfnisses mittels Empfinden messen: Anschluss-Empfinden (Verknüpfung des Bedürfnisses nach Anschluss mit dem diskrepanzsensitiven Empfinden), Leistung-Empfinden (Verknüpfung des Leistungsbedürfnisses mit dem diskrepanzsensitiven Empfinden), Macht-Empfinden (Verknüpfung des Machtbedürfnisses mit dem diskrepanzsensitiven Empfinden). Insgesamt liegen zur Messung der Bedürfnisfrustration 12 Items vor. Da Bedürfnisfrustration eine zentrale Prädiktorvariable in der vorliegenden Arbeit ist, listen wir die MUT-Empfinden-Items nachfolgend vollständig auf:

- *Anschluss-Empfinden:* „Wenn ich auf Ablehnung stoße, bin ich wie gelähmt", „Wenn mich jemand nicht mag, geht mir das lange nach", „Wenn jemand unfreundlich zu mir ist, macht

mich das ganz fertig“, „Wenn ich jemanden kennenlerne, habe ich oft Angst, abgelehnt zu werden“.

- *Macht-Empfinden:* „Wenn andere nicht von selbst merken, was ich brauche, verzichte ich lieber darauf“, „Wenn jemand sehr selbstbewusst auftritt, halte ich mich eher zurück“, „Auch wenn ich mit einem Menschen ganz gut auskomme, sehe ich meistens Punkte, in denen ich unterlegen bin“, „Es fällt mir oft schwer, einzuschätzen, ob ich gegen einen anderen Menschen ankomme oder nicht.“.
- *Leistung-Empfinden:* „Auch bei noch so guten Leistungen sehe ich immer die kritischen Punkte“, „Fehlschläge nehmen mir meist völlig den Mut“, „Auch wenn mir etwas gelungen ist, sehe ich immer noch irgend etwas, das noch nicht ganz in Ordnung ist“, „Ein Misserfolg kann mir total den Schwung nehmen“.

1.2 Stressfaktoren: Für alle Mediationsmodelle, in Bezug auf Frage 1.2 und 2.2 (Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung) wurden die Subskalen Belastung und Bedrohung des SSI-K (Selbststeuerungs-Inventar) als Prädiktoren eingegeben.

2. Die Mediatorvariablen

Zu Beantwortung die ***Fragen 1.1, 1.1.1 und 1.2*** wurden alle die PSSI-Skalen jeweils einzeln als Mediatoren eingegeben. Die Persönlichkeitsstile wurden mittels Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (PSSI; Kuhl & Kazén, 1997) untersucht. Die Beschreibung der Subskalen des PSSI befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Zu Beantwortung die Fragen die ***Fragen 2.1 und 2.2*** wurden die Handlungskontrolldimensionen (HOP-HOM, HAKEMP-90) als Mediatoren eingegeben.

Zu Beantwortung der ***Fragestellung 3*** wurden die Interaktionseffekte jeder PSSI-Skala mit den Selbststeuerungsfähigkeiten (HOM und HOP) auf den postulierten Mediatorsstatus hin überprüft.

Bezüglich Frage 4:

a) Trait-Varianten von Depression und Ängstlichkeit

Die Trait-Varianten wurde mittels Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (Kuhl & Kazén, 1997) untersucht. Die *ängstliche Komponente* wurde in der Trait-Variante über die Subskala „selbstkritisch/selbstunsicher“ des PSSI erhoben. Die Items dieser Skala erfassen einen Persönlichkeitsstil, der durch Angst vor negativer Beurteilung, Schüchternheit und sozialem Unbehagen gekennzeichnet ist. Ein Beispiel-Item dieser Skala lautet: *„Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich“*. Der selbstkritische/selbstunsichere Persönlichkeitsstil erfasst eine spezifische Form der Angst: Bewertungsangst. Diese selbstbezogene Angst bezieht sich auf die Integrität des psychischen Selbst. Nicht selbstbezogene, körperbezogene Aspekte der Angst werden eher in der State-Variante erfasst. Die *depressive Komponente* wurde in der Trait-Variante mittel der

Subskala „passiv (still)/depressiv“ erhoben. Hauptmerkmale des mit dieser Skala erfassten Persönlichkeitsstils sind eine eher passive Grundhaltung, ein vertieftes Erleben eigener und fremder Gefühle, ein gedämpftes Erleben positiver Anreize und eine mehr kontemplative als pragmatische Grundeinstellung. Die pathologische Entsprechung des passiven Stils ist die depressive Persönlichkeitsstörung. Ein Beispiel-Item lautet: *„Ich fühle mich oft niedergeschlagen und kraftlos“*.

b) State- Varianten von Depression und Ängstlichkeit

Die State-Komponenten (aktuelle Befindlichkeit) wurden durch einen Emotionsfragebogen (BEF) untersucht. Der BEF ist eine Adjektivchekliste mit 7 Subskalen. Jede Emotionalitätskala besteht aus 3 Items, die mit einer 4-stufigen Likert-Skala (von 1 bis 4) gemessen werden. Die Probanden bekommen die folgende Instruktion: *Jetzt – in diesem Moment – fühle ich mich...*

Die *ängstliche Komponente* wird in der State-Variante über die Subskala „Erregung“ aus dem BEF-3 erhoben. Diese Subskala besteht aus den Items „*angespannt*“, „*beunruhigt*“, „*verkrampft*“, und misst die Stimmung, die durch einen sensorische Aktivierung [T-] gekennzeichnet ist.

Die *depressive Komponente* wird in der State-Variante über die Subskala „Lustlosigkeit“ aus dem BEF-3 erhoben. Diese Subskala besteht aus den Items *„träge“, „gehemmt“* und *„lahm“*, die durch gehemmten positive Affekt [A(+)] gekennzeichnet ist.

Die ängstlichen und depressiven Komponenten werden auch über die Subskalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ des SCL-90 erhoben (siehe Anhang A).

c) Affektkopplungen bei Trait und State-Maßen

Zu Beantwortung der ***Fragestellung 4.3*** wurden die Interaktionseffekte (Depression x Ängstlichkeit) berechnet: Subskalen Selbstunsicher x Depressiv (PSSI) und „Erregung“ x „Lustlosigkeit“ (BEF) und auf den postulierten Mediatorstatus hin überprüft.

A.3 Abhängige Maße (Kriterium)

Symptome: Alle Subskalen des SCL-90 und des BES-K (Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung) werden als abhängige Maße (Kriterium) eingegeben. Die Beschreibung der Subskalen des SCL-90-R und BES-K befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Affekt- und Temperamentskomponenten*:* Alle Subskalen BEF-3 (Befindlichkeitsfragebogen) werden als abhängige Maße (Kriterium) eingegeben.

Im Folgenden werden die Variablen der Mediationsmodelle bezüglich des ersten Teils der Arbeit mit den eingesetzten Subskalen des Untersuchungsinstruments und den entsprechenden Fragestellungen tabelliert.

Mediationsmodelle - Teil 1
Fragestellungen 1.1, 1.1.1, 2.1, 3, 4.1, 4.2, 4.3

Variablen	Subskalen Fragebögen
Prädiktor (unabhängige Variablen)	Die Empfindungsskala des MUT (Summenwerte der drei Bedürfnis-Frustrationsskalen) wurde als Prädiktor eingegeben zu Beantwortung der Fragestellungen 1.1, 2.1, 3, 4.1, 4.2 und 4.3 Die Empfindungsskala des MUT getrennt für die drei Motive wurde als Prädiktor in die Analysen eingegeben (Zu Beantwortung der Frage (1.1.1)
Mediatorvariablen	Zu Beantwortung der Frage 1.1 wurden alle die PSSI-Skalen jeweils einzeln als Mediators eingegeben. Zu Beantwortung der Frage 2.1 wurden die Subskalen HOP / HOM (HAKEMP-90) als Mediators eingegeben. Zu Beantwortung der Fragestellung 3 wurden die Interaktionseffekte jeder PSSI-Skala mit den Selbststeuerungsfähigkeiten (HOM und HOP) auf den postulierten Mediatorstatus hin überprüft. Zu Beantwortung der Frage 4.1 wurden die folgenden Mediatoren untersucht: 1. Subskalen „Selbstkritischer/selbstunsichere“ und „Passiv/Depressiv“ des PSSI (als Trait-Varianten) 2. Subskalen „Erregung“ und „Lustlosigkeit“ des BEF-3, Subskalen „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ des SCL-90 (als State-Varianten) Zu Beantwortung der Fragestellung 4.3 wurden die Interaktionseffekte (Depression x Ängstlichkeit) berechnet: Subskalen Selbstunsicher x Depressiv (PSSI-K) und „Erregung“ x „Lustlosigkeit“ (BEF-3) und auf den postulierten Mediatorstatus hin überprüft.
Kriterium (abhängigen Variablen)	Alle die Subskalen des SCL-90, BES-K (Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung) und BEF-3 (Befindlichkeitsfragegoben) wurden als abhängige Maße eingegeben.

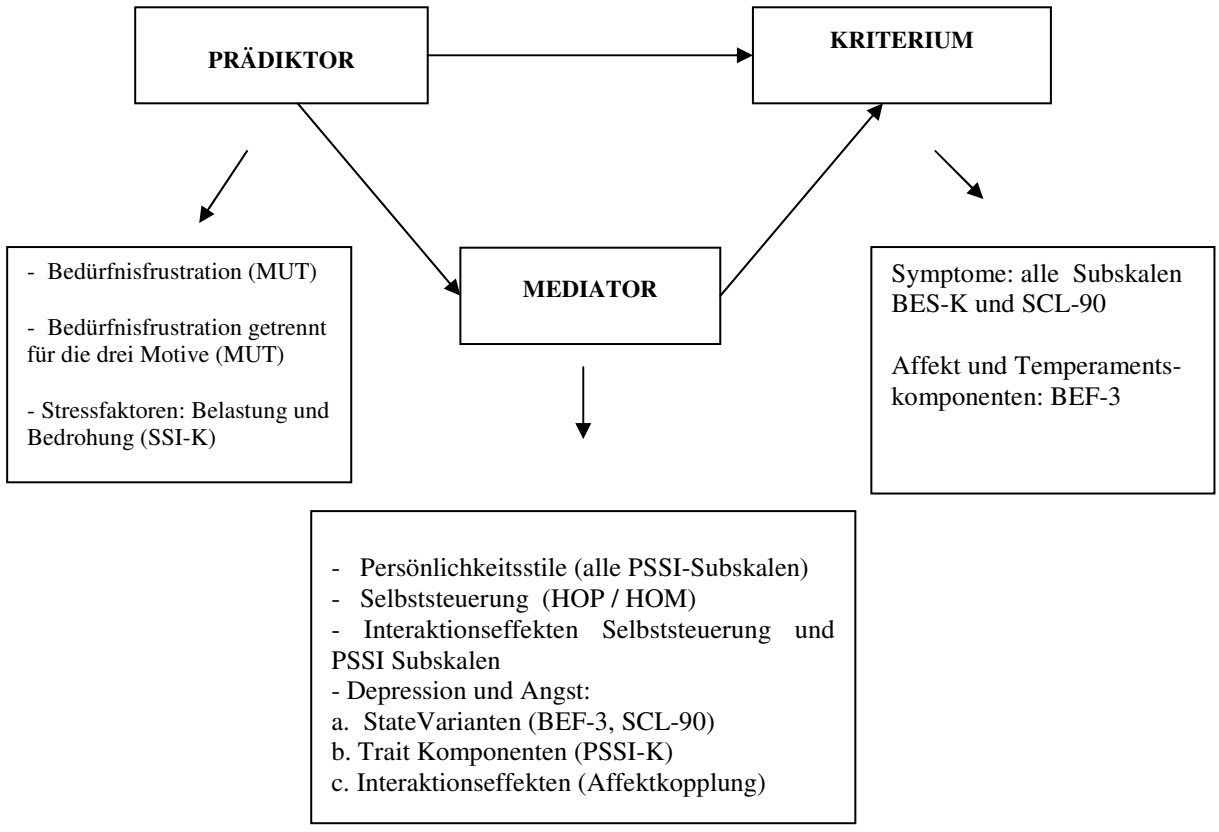
Diese Auswertungsstrategien wurden auf die Stichprobe 1 und 2 angewendet (getrennt).

Fragestellungen 1.2 und 2.2

Variablen	**Subskalen Fragebögen**
Prädiktor (unabhängigen Variablen)	Subskalen Belastung und Bedrohung des SSI-K
Mediatorvariablen	Zu Beantwortung der Frage 1.2 wurden alle die PSSI-Skalen jeweils einzeln als Mediators eingegeben. Zu Beantwortung der Frage 2.2 wurden die Subskalen HOP / HOM (HAKEMP-90) als Mediators eingegeben.
Kriterium (abhängigen Variablen)	Alle die Subskalen des SCL-90, BES-K (Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung) und BEF-3 (Befindlichkeitsfragegoben) wurden als abhängige Maße eingegeben.

Diese Auswertungsstrategien werden auf die Stichprobe 1 und 2 angewendet (getrennt)

Abb. 1.4.2 Zusammenfassung Mediationsmodelle Teil I



1.4.2 Auswertungsstrategien Teil 2: Selbststeuerungskomponenten bei Persönlichkeitsstörungen

Die Auswertungsstrategie für die Fragestellung zu den Selbststeuerungskomponenten bei Persönlichkeitsstörungen, die zu Teil 2 von dieser Arbeit gehört, gründet sich auf *zwei Modelle.* Diese zwei Modelle (ein quantitatives und ein qualitatives Modell) beziehen sich auf die beiden Methoden, die für die Datenerhebung benutzt wurden: Einerseits die Fragebögen der Patienten und anderseits die klinischen Kriterien der Therapeuten (d.h. die Tabelle mit den Therapeutenurteilen anhand des DSM-IV).

1. **Quantitatives Modell:** Dieses Modell bezieht sich auf die Ergebnisse (Kennwerte) der Persönlichkeitsfragebögen. Nach diesem Modell ist die Ausprägung (niedriger, durchschnittlicher oder hoher Kennwert) in dem Persönlichkeitsfragebogen der entscheidende Prädiktor für das Vorliegen von Selbststeuerungsdefiziten bzw. einer Persönlichkeitsstörung. Demnach sollte z.B. ein extremer Kennwert in einem Persönlichkeitsstil auch mit einem Selbststeuerungsdefizit verbunden sein. Ab einem bestimmten Extremwert in dem Persönlichkeitsfragebogen kann man nach diesem Modell den Übergang zu einer Persönlichkeitsstörung festmachen, die nach den klinischen Kriterien (hier DSM-IV) festgestellt wird.

2. **Qualitatives Modell:** Dieses Modell bezieht sich auf die klinischen Kriterien (anhand der DSM-IV Kriterien). Es basiert auf den Daten, die in dieser Untersuchung durch die Klinische Beurteilung erhoben wurden. Dieses Modell geht davon aus, dass man allein aufgrund der Kennwerte in einem Fragebogen nicht eine Persönlichkeitsstörung oder andere Störungen diagnostizieren kann, sondern nur aufgrund einer klinischen Beurteilung durch einen Therapeuten. Entscheidend, dass Störungen der Impuls- und Selbstkontrolle sowie Störung der Affektivität im DSM-IV und ICD-10 bereits als allgemeine Kriterien bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufgeführt sind. Daher kann man sagen, dass im DSM-IV und ICD-10 Selbststeuerungsdefizite bereits als klinisches Kriterium für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mitgemeint sind.

Die Auswertungsstrategien gründen sich auf diese beiden Modelle.

1.4.2.1 Auswertungsstrategien Qualitatives Modell

Das qualitative Modell kann nur für die Stichprobe 2 überprüft werden, weil bei der Stichprobe 1 die klinischen Diagnosen (qualitatives Modell) nicht erhoben wurden.

Alle Persönlichkeitsstörungen, die in der Stichprobe 2 hinreichend oft vertreten sind ($N \geq 8$), werden in die Analyse einbezogen. Als Kontrollgruppe werden die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung herangezogen.

Um die Symptomschwere zu kontrollieren, soll die Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Symptomschwere medianisiert werden, so dass Untergruppen mit niedriger vs. hoher Symptomschwere vorliegen (KG1 und KG2[7]).

Bei Gültigkeit des qualitativen Modells wird erwartet, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu Personen ohne Persönlíchkeitsstörungen aufweisen. Diese Unterschiede werden unabhängig von der Symptomschwere erwartet, d.h. es werden signifikante Unterschiede im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit gleicher Symptomschwere erwartet.

1.4.2.2 Auswertungsstrategien Quantitatives Modell

Das quantitative Modell kann in beiden Stichproben überprüft werden. Grundlage für die Analyse sind die Ausprägungen in den PSSI-Kennwerten. *Bei Gültigkeit des quantitativen Modells sollten Selbststeuerungsdefizite allein aufgrund der quantitativen Ausprägung der Persönlichkeitsstile vorherzusagen sein.*

Für die Analyse werden, separat aufgrund der PSSI- Normen Gruppen gebildet (siehe Abb. 1.4.5). In dem Quantitativen Modell wird dieselbe Auswertungsstrategie wie bei dem Qualitativen Modells anwenden (d.h. Vergleich von einer Gruppe mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung mit einer Gruppe ohne eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose aber gleicher Symptomschwere). Bei dem Quantitativen Modell geht es um den Vergleich zwischen Gruppen mit einer starke Ausprägung eines Persönlichkeitsstils und Gruppen mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere.

In beiden Modellen werden die Gruppen durch multivariate Varianzanalysen und unabhängige t-Tests hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen vergleichen. Abb 1.4.3 und 1.4.4 veranschaulichen die Auswertungsstrategien.

Abb. 1.4.3

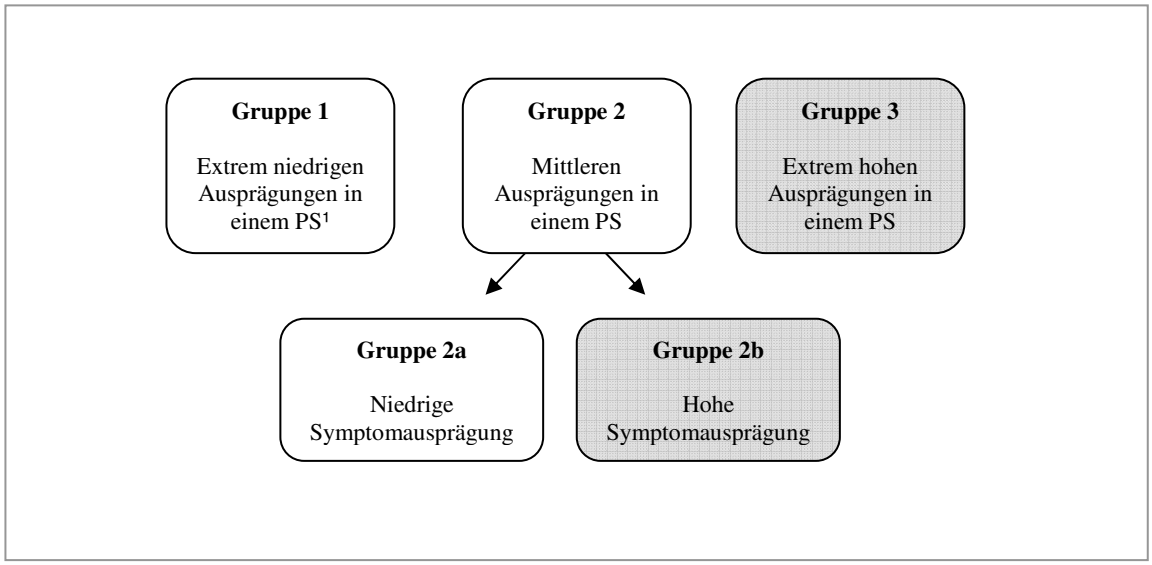
Qualitatives Modell
- Überprüft nur in der neuen Stichprobe - Vergleich zwischen: 1. Gruppen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung (DPT) 2. Klinische Kontrollgruppe von Personen ohne eine DPT aber gleicher Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) als der Gruppen mit DPT

[7] KG1 = Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere
KG2 = Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere

Abb. 1.4.4

Quantitatives Modell
- Überprüft in beiden Stichproben - Vergleich (a) zwischen: 1. Gruppe mit einer hohen Ausprägung eines Persönlichkeitsstils (PSSI-K) und hoher Symptomschwere 2. Gruppe mit einer mittleren Ausprägung entsprechendes Persönlichkeitsstils (PSSI-K Skalen) und gleicher Symptomausprägung als der Gruppe 1. (a) Gruppe 3 und Gruppe 2b in Abb. 1.4.5

Abb. 1.4.5.Auswertungsstrategie Quantitatives Modell



Die Auswertungsstrategien werden ausführlicher dargestellt in diesem Teil der Arbeit (Ergebnisse Teil II – Abschnitt 1.2 und Abschnitt 2)

1.5 BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN

1.5.1 Demographische Beschreibung der Stichproben

15.1.1 Stichprobe 1 (Alte Stichprobe): Die Stichprobe 1 beruht auf der bereits vorhandenen Datenbank. An der Untersuchung haben 126 Probanden (70 Frauen und 56 Männer) aus fünf verschiedenen Einrichtungen teilgenommen. Das Alter der Probanden lag zwischen 17 und 71 Jahren und betrug im Durchschnitt 40,6 Jahre. Die Angaben zu Alter und Geschlecht sind in Tabelle 1.5.1 aufgelistet

Tab. 1.5.1: Anzahl, Geschlecht und Alter der Probanden aus den verschiedenen Einrichtungen.

		Geschlecht		Alter		
	N	Frauen	Männer	M	Min.	Max.
Klinik Bad Bentheim	26	12	14	43,9	25	71
Klinik Bremen	29	21	8	31,7	17	57
Klinik Greifswald	16	5	11	40,0	30	53
Praxis A	35	19	16	44,4	19	66
Praxis B	20	13	7	42,6	18	61
Gesamt	126	70 (56%)	56 (44 %)	40,6	17	71

Die Kliniken Bad Bentheim und Bremen sind spezialisiert auf Patienten mit Hauterkrankungen: Neurodermitis, Psoriasis ("Schuppenflechte") und Urtikaria ("Nesselfieber"). In der Klinik Greifswald wurden Patienten mit Alkoholproblemen behandelt. Aus den beiden psychotherapeutischen Praxen kamen Patienten mit unterschiedlichen affektiven und neurotischen/somatoformen Störungen, die teilweise mit Persönlichkeitsstörungen und anderen Verhaltensauffälligkeiten gekoppelt waren. In den Kliniken wurden alle Instrumente als Teil der Standard-Anamnese eingesetzt.

1.5.1.2 Stichprobe 2 (Neue Stichprobe): Die Stichprobe 2 wurde in einer psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis für ambulante Patienten neu rekrutiert. An der Untersuchung haben 137 Probanden (62 Frauen und 75 Männer). Das Alter der Probanden lag zwischen 16 und 64 Jahren und betrug im Durchschnitt 37,9 Jahre. Zur Vergleichbarkeit mit der Stichprobe 1 sind die Angaben in Tabelle 1.5.2 aufgelistet.

Tab. 1.5.2: Anzahl, Geschlecht und Alter der Probanden der neuen Stichprobe.

		Geschlecht		Alter		
	N	Frauen	Männer	M	Min.	Max.
Praxis Osnabrück	137	62 (45%)	75 (55%)	37,9	16	64

1.5.2 Diagnosen und Störungsbereich

1.5.2.1 Diagnosen und Störungsbereich der Patienten der neuen Stichprobe

In diesem Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse zur Häufigkeiten der Symptomstörungen für die untersuchte Stichprobe berichtet. Danach werden die Ergebnisse zu den Häufigkeiten der Persönlichkeitsstörungen und die Prävalenzraten für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen dargestellt. Die demographischen Daten der Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen sind in Abschnitt 1.1 (Ergebnisse Teil II) präsentiert.

1.5.2.1.1 Symptomdiagnose (Achse-I-Diagnosen) [8]

Die Diagnosen auf der Symptomebene wurden anhand des ICD-10 und aufgrund des Klinischen Kriteriums erhoben. Sie wurden nicht extra für diese Untersuchung erhoben, sondern als Teil der Routine der Klinik. Fünfzehn Patienten (11,7%) von der gesamte Stichprobe (N=137) haben weder eine Achse-I-Diagnose noch eine Achse-II-Diagnose bekommen. Das kann daran liegen, dass in der Klinik auch andere Gesundheitsprobleme (neurologische) behandelt werden.
Alle übrigen Patienten (88,3%) haben das Kriterium für eine psychische Störung nach ICD-10 erfüllt. Alle vergebenen Diagnosen psychischer Störungen (Mehrfachdiagnosen möglich) werden in Tabelle 1.5.3 dargestellt.

Tab. 1.5.3 Alle vergebenen Symptomdiagnosen (Mehrfachnennungen möglich) aufgrund des Klinischen Kriteriums.

Symptomdiagnose nach ICD-10 Kriterien	**Anzahl**	**Prozent[1]**	**Prozent[2]**
Affektive Störungen	31	22,6	26
Angststörungen	75	54,7	63
Belastungsreaktionen und Anpassungstörungen	21	15,3	17,6
Somatoformen Störungen	13	9,5	10,9
Sonstigen neurotische Störungen	4	2,9	3,4
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6	4,4	5
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4	2,9	3,4
Gesamtanzahl Diagnosen	154		

[1] Berechnet über die Gesamte Stichprobe (N=136)
[2] Berechnet über die Anzahl Patienten mit einer Symptomdiagnose (N=119)

Tab. 1.5.4 Alle vergebenen Symptomdiagnosen (Mehrfachnennungen möglich) aufgrund des Klinischen Kriteriums.

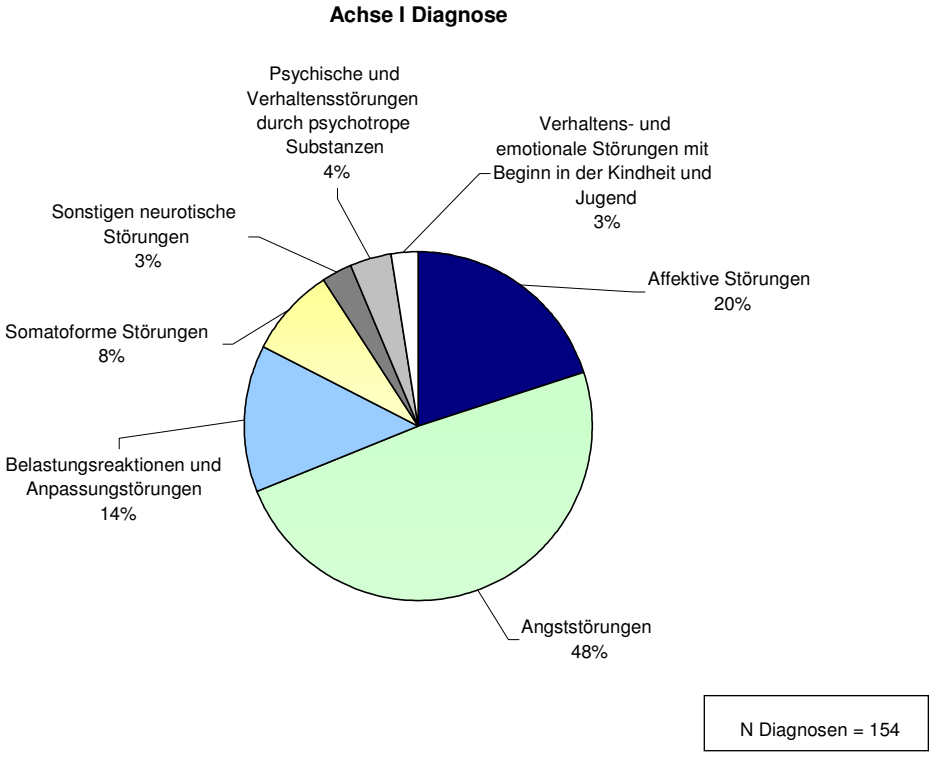
Symptomdiagnose nach ICD-10 Kriterien	N
Stichprobe gesamt	137
Ohne Achse-1 Diagnose	15
Mit Achse 1 Diagnose	122
Einfache Achse 1 Diagnose	90
Mehrfache Achse 1 Diagnose	34

[8] Obwohl die Bezeichnung Achse-I-Störungen zum DSM-IV gehört, wurde sie in dieser Arbeit als Synonym für die Symptomdiagnosen verwendet.

Die Stichprobe ist besonders durch vier Störungsgruppen charakterisiert: Affektive Störungen, Angststörungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen und Somatoforme Störungen. Am häufigsten kommen die Angststörungen, gefolgt von Affektiven Störungen vor.

Vier Patienten entsprechen den Kriterien, die im ICD-10 als *„Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“* (F9) bezeichnet werden. Zwei von ihnen haben die Diagnose einer hyperkinetischen Störung bekommen und zwei die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Weiterhin haben sechs Patienten eine Diagnose aus der Gruppe der *„Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“*. Am häufigsten (5 von den 6) wurde die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gestellt.

Abb. 1.5.1 Verteilung Symptomdiagnose nach ICD-10 Kriterien (neue Stichprobe).



Auch wie bei vielen anderen klinischen Stichproben zeigt sich, dass Patienten häufig die Kriterien für mehr als eine psychische Störung erfüllen (***Komorbidität***). Viele Patienten erfüllen die Kriterien für mehr als eine Angststörungs Diagnose. Diese hohe Komorbidität der Angststörungen untereinander ist in den neueren epidemiologischen Ergebnissen berichtet. Diese Ergebnisse zeigen, dass zwischen 30% und 80% der Personen, die eine definierte Angststörungen aufweisen, unter mindestens einer weiteren Angststörung leiden bzw. in der Längsschnittbetrachtung gelitten haben. In einer deutschen Untersuchung (Wittchen & Zerssen, 1988) zeigten lediglich 8 % der Panikstörungen, 25% der Agoraphobien und jeweils 44% der spezifischen und sozialen Phobien nur diese eine Unterform der Angststörungen. Alle übrigen Personen erfüllten die Kriterien für mindestens eine, häufig sogar zwei oder mehr weitere Angststörungen. Neben den Assoziationen verschiedener Angststörungen

miteinander ist eine hohe Komorbidität mit Depressionen, Substanzmissbrauch und –Abhängigkeit gesichert. Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wie Somatoforme Störungen, Zwangsstörungen und der posttraumatischen Belastungsstörungen ist ebenfalls erheblich. In klinischen Untersuchungen wird auch eine enge Verbindung zwischen Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Die Verteilung der Diagnosen von Angst-, Belastungs- und Somatoformen Störungen (anhand des ICD-10) sind in wiedergegeben.

Tab. 1.5.5: Verteilung der Diagnosen von Angst-, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4 Code in ICD-10) (neue Stichprobe).

ICD-10 Code			**Anzahl**
F40	**Phobische Störung**		**4**
	Soziale Phobien	1	
	Sonstige Phobische Störung	3	
F41	**Sonstige Angststörungen**		**69**
	Panikstörung	6	
	Generalisierte Angststörung	5	
	Angst und depressive Störung, gemischt	37	
	Sonstige gemischte Angststörung	1	
	Sonstige näher bezeichnete Angststörung	18	
	Nicht näher bezeichnete Angststörung	2	
F42	**Zwangsstörung**		**2**
	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	1	
	Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangrituale)	1	
F43	**Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörung**		**21**
	Akute Belastungsreaktion	13	
	Anpassungsstörungen	3	
	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	5	
F45	**Somatoforme Störungen**		**13**
	Somatisierungsstörung	4	
	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	1	
	Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung	8	
F48	**Sonstige neurotische Störungen**		**4**
	Neurasthenie	2	
	Sonstige näher bezeichnete neurotische Syndrom	1	
	Nicht näher bezeichnete neurotische Störung	1	
	Gesamt (Mehrfachdiagnosen)		113

Im Mittelpunkt steht jedoch die *hohe Komorbidität von Angststörungen und Depressionen*. So kann man in dieser Untersuchung sehen, dass ein Grossteil (54%) der Patienten mit Angststörungen den Kriterien, die im ICD-10 als „*Angst und depressive Störung, gemischt*“ (Code F41.2) bezeichnet werden, entspricht. Die Diagnostischen Leitlinien dieser Kategorie lassen sich so zusammenfassen: 1) Vorhandensein von Angst und Depression in leichter oder mittlerer Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen; 2) Zumindest vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen (z.B. Tremor, Herzklopfen, Mundtrockenheit, Magenbeschwerden usw.) und 3) Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Angststörung oder einer depressiven Episode.

Patienten mit dieser Kombination verhältnismäßig milder Symptome werden in der Primärversorgung häufig gesehen. Noch viel häufiger finden sie sich in der Bevölkerung, ohne je unter

medizinische oder psychiatrische Beurteilung zu gelangen. Denkbar sind bei Patienten mit gemischter Angst und Depression auch fließende Übergänge zu Persönlichkeitsstörungen des ängstlich-furchtsamen Musters.

Obwohl diese Kategorie zur Gruppe der Angststörungen gehört (F4), lässt eine nähere Betrachtung der Diagnostischen Leitlinien sehen, dass es sich in der Tat um eine Kategorie handelt, in der beide Störungen in ähnlicher Weise auftreten können. Es wird sogar in den Kriterien spezifiziert: *„Falls aus praktischen Gründen nur eine Diagnose möglich ist, ist der Depression Vorrang zu geben". Der zugehörige Begriff ist „leichte oder nicht anhaltende ängstliche Depression"*. Wenn eine ängstliche Depression anhält, soll Dysthimia (F34.1) kodiert werden.

Nach dieser Analyse der Diagnostischen Kriterien lässt sich vermuten, dass der Prozentsatz von Patienten dieser Stichprobe, die unter depressiven Symptomen leiden größer als 23% ist, da ein großer Teil der Patienten mit Angststörungsdiagnose die Kriterien für diese Kategorie von „Angst und Depression gemischt" erfüllt.

Eine weitere Gruppe der Patienten mit Angststörungen entspricht den Kriterien einer *„Sonstiger näher bezeichneter Angststörungen"* (Code F41.8). Diese Kategorie wird für Störungen verwendet, welche die Kriterien für eine generalisierte Angststörung (F41.1) erfüllen und gleichzeitig deutliche (aber häufig nur kurzzeitig andauernde) Merkmale anderer Störungen aus dem Kapitel F40-F48 zeigen, aber die Kriterien für diese Störungen nicht vollständig erfüllen. Die häufigsten Beispiele hierfür sind die Zwangsstörung, dissoziative Störungen, Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung und hypochondrische Störung.

Weiterhin erfüllen 21 Patienten die Kriterien, die im ICD-10 als „*Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*" (Code F43) bezeichnet werden. Diese Störungen unterscheiden sich von den anderen Angststörungen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch ein oder zwei ursächliche Faktoren: Ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, dass eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und schließlich eine Anpassungsstörung hervorruft. Die Störungen dieses Abschnitts können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsmechanismen verhindern und aus diesem Grunde zu einer Störung der sozialen Leistungsfähigkeit führen (ICD-10, Seite 167). Auch bei dieser Gruppe von Patienten kann das Symptomprofil sowohl ängstliche als auch depressive Symptome umfassen.

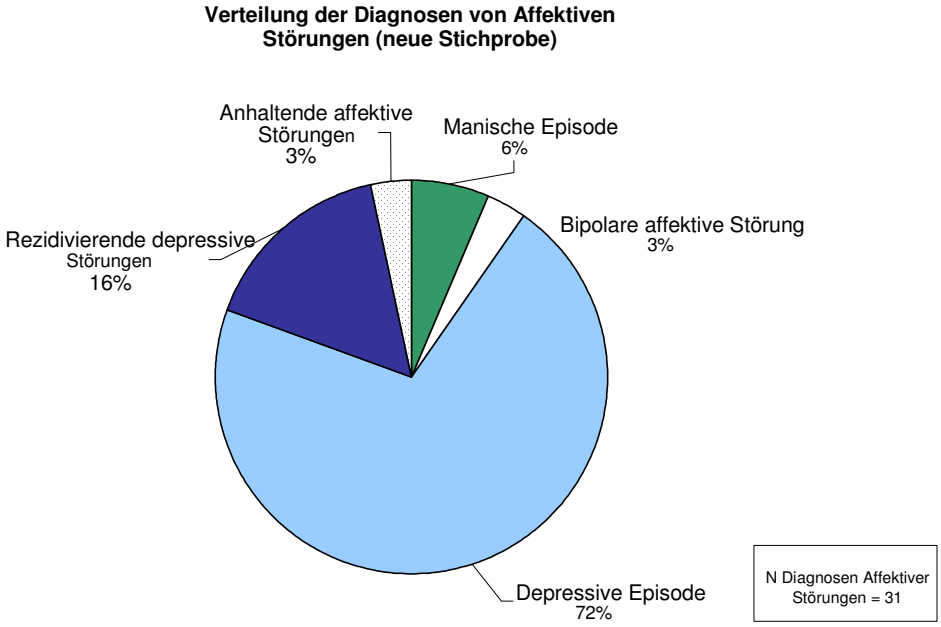
Hinsichtlich der ***Gruppe von affektiven Störungen***, hat die Mehrheit der Patienten (87%) nur eine diesbezügliche Diagnose. Die übrigen haben zusätzlich eine andere Diagnose bekommen, insbesondere die einer Angststörung. Die Diagnosen von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie die Diagnosen von somatoformen Störungen treten häufig als zweite Diagnose auf. Die Verteilung der Diagnosen affektiver Störungen (anhand des ICD-10) ist in Tabelle 1.5.6 und in Abb. 1.5.2 wiedergegeben.

Die meisten Patienten, die unter einer affektiven Störung leiden, erfüllen die Diagnose einer *unipolaren depressiven Störung*. Nur ein Patient erfüllte die Kriterien einer bipolaren *affektiven Störung* und zwei der einen manischen Episode (remittiert). Ein Teil der Patienten mit einer unipolaren depressiven Störung, zeigt sie in rezividierender Form. Hinsichtlich des *Schweregrades* der depressiven Episode war die Verteilung wie folgt: 30 % hatten eine leichte, 19% eine mittlere und 15 % eine schwere depressive Episode. Bei 33 % gab es keine Information über den Schweregrad. Nur einer der Patienten erfüllt die Kriterien einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen. Im Vergleich mit der Angststörungsgruppe sind die Diagnosen in der Gruppe mit affektiven Störungen homogener.

Tab. 1.5.6: Verteilung der Diagnosen von Affektive Störungen (F3 Code in ICD-10) (neue Stichprobe).

ICD-10 Code			**Anzahl**	**%**
F30	**Manische Episode**		2	1,4
F31	**Bipolare affektive Störung**		1	0,7
F32	**Depressive Episode**		22	15,7
	F32.0 Leichte depressive Episode		7	
	.00 ohne somatisches Syndrom	4		
	.01 mit somatischem Syndrom	3		
	F32.1 mittelgradige depressive Episode		5	
	.10 ohne somatisches Syndrom	1		
	.00 mit somatischem Syndrom	4		
	F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		1	
	F32.3 schwere depressive Episode mit psychotische Symptome			
	F32. 8 sonstige depressive Episode		6	
	F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode		2	
F33	**Rezidivierende depressive Störungen**		5	3,6
	F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	1		
	F33.1 rezidivierende depressive Störung. gegenwärtig mittelgradige Episode			
	F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne Psychotische Symptome	2		
	F33.3 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit Psychotische Symptomen	1		
	F33.4 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	1		
	F33.8 sonstige rezidivierende depressive Störung			
	F33.9 nicht näher bezeichnete depressive Störung			
F34	**Anhaltende affektive Störungen**		1	0,7%
	F34.0 Zyklothymia			
	F34.1 Dysthymia		1	
	F34.8 sonstige anhaltende affektive Störungen			
	F34.9 nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störungen			
F38	**Sonstige affektive Störungen**			
F39	**Nicht näher bezeichnete affektive Störungen**			

Abb. 1.5.2: Verteilung der Diagnosen von Affektiven Störungen (neue Stichprobe).



Da einer Große Anzahl von Patienten die Diagnosen von „Angst und Depression gemischt“ als auch von somatoformen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen bekommen hat, also jene Diagnosen die sowohl Angst als auch depressive Symptome umfassen, wurde in der Tabelle 1 (s. Anhang A) eine Spalte entwickelt, in der die Therapeuten notieren sollten, welche von drei Optionen (Angst, Depression oder beides) überwiegt. Nach dieser Beurteilung waren die Ergebnisse wie folgt:

Was überwiegt?	Anzahl	Prozent
Depression	31	24,4%
Angst	45	37%
Gemischt	46	37,7%

1.5.2.1.2 Achse II Diagnosen

Für die neue Stichprobe wurde eine Tabelle entwickelt, die auf den Prinzipien der DSM-IV Kriterien beruht (siehe Methodologische Teil). Die Begründung dafür war, dass mit dem DSM-IV gegenüber der ICD-10 vier Persönlichkeitsstörungen zusätzlich diagnostizierbar (schizotypisch, narzisstisch, sowie die Anhang-Diagnosen passiv-aggressiv und depressiv) sind. Die behandelnden Psychotherapeuten und Psychiater sollten notieren (auf der Basis ihres klinischen Eindrucks), welche Patienten die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (anhand der DSM-IV Kriterien) erfüllen und welche nicht. Wenn ein Patient die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bekommt, sollten Therapeuten bzw. Psychiater spezifizieren, um welche Persönlichkeitsstörung(en) es sich handelt. Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung sollte anhand mit der DSM-IV (auch ICD-10) auf zwei Ebenen erfolgen. Auf den ersten Ebene muss geprüft werden, ob überhaupt eine vorliegt. Für das müssen alle

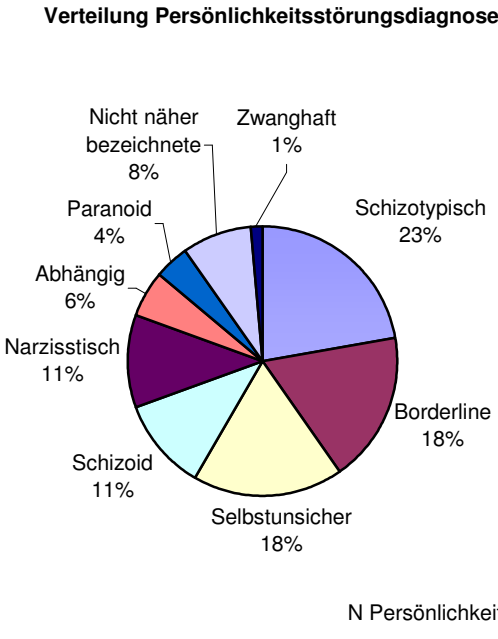
Allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV erfüllt werden. Sind die allgemeinen Kriterien erfüllt, kann der Subtyp anhand einer bestimmten Anzahl von Erlebens- und Verhaltensweisen spezifiziert werden (spezifische Kriterien für jede Persönlichkeitsstörung).

Tab. 1.5.7: Anzahl Persönlichkeitsstörung Diagnose (Achse-II-Diagnose) aufgrund der Klinischen Kriterien und anhand der DSM-IV (neue Stichprobe).

Persönlichkeitsstörung	**Anzahl**	**Prozent[1]**	**Prozent[2]**
Paranoid	3	2,2	4,2
Schizoid	8	5,8	11,1
Schizotypisch	16	11,7	22
Dissozial / Antisozial	0	--	--
Borderline	13	9,5	18,1
Histrionisch	0	--	--
Narzisstisch	8	5,8	11,1
Vermeidend- selbstunsicher / ängstlich	13	9,5	18,1
Dependent / abhängig	4	2,9	5,6
Zwanghaft / anarkastisch	1	0,7	1,4
(passiv-aggressiv) / (depressiv)	0	--	0
Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen	6	4,4	8,3
Gesamt Anzahl Diagnosen Achse II	72	52,6	
Gesamt Anzahl ohne Diagnose Achse II	65	47,4	
Gesamt N Patienten	137		

[1] Berechnet über die Gesamte Stichprobe
[2] Berechnet über die Anzahl Diagnosen Achse II

Abb. 1.5.3: Verteilung einzelnen Persönlichkeitsstörung (N =72) (neue Stichprobe).



Insgesamt wurden 72 von 137 Patienten (52,6%) mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Wie bereits im Theorie-Teil erwähnt wurde, liegen Untersuchungen zu Häufigkeit und Verteilung von Persönlichkeitsstörungen nur sehr begrenzt vor und sind im Vergleich zu anderen

psychiatrischen Störungen seltener, was u.a. mit der komplexeren, schwierigen Erfassung zu begründet ist. Schätzungen weisen auf einen Anteil von 10-12% in der Allgemeinbevölkerung hin, in klinischen Populationen (behandelte Prävalenz) liegt der Anteil deutlich höher (bis 50 %). Der Prozentwert von Persönlichkeitsstörung bei der untersuchten Stichprobe steht in Einklang mit den Ergebnissen der erwähnten Studien.

1.5.2.1.3 Prozentuale Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörung:

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie von Loranger et al (1994) (s. Kapitel 1, Abschnitt 1.8) liegt der Prozentsatz einiger Persönlichkeitsstörungen (Schizotypisch, Schizoid und Narzisstisch) in dieser Stichprobe höher. Das gilt insbesondere für die *schizotypische Persönlichkeitsstörung.* Das kann darin liegen, dass in der Klinik, wo die Untersuchung durchgeführt wurde, auch schwere Störungen behandelt wurden. Es handelt sich um eine Klinik die sowohl psychotherapeutische als psychiatrische Behandlung ermöglichte. Auffällig ist auch der große Anteil der Patienten mit einer Diagnose einer *narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Der Prozentsatz der Patienten, die eine Diagnose von schizoider Persönlichkeitsstörung bekommen haben, ist im Vergleich zu anderen Studien ebenfalls hoch. Obwohl die Realibilität der Diagnosestellung dieser Störung nach der letzten Version des DSM deutlich zugenommen hat, ist beobachtbar, dass die Diagnose im klinischen Kontext nunmehr äußert selten gestellt wird; die Prävalenzraten liegen gewöhnlich weit unter 1 Prozent (vgl. Fiedler, 1998, S. 169). Widiger und Kollegen (1988) merken an, darüber hinaus „*scheint es schwierig, Patienten zu finden, die unmittelbar und zuverlässig den Eindruck vermitteln, dass ihr Gefühlsleben eingeschränkt ist und dass ihnen Kritik und Lob oder die Gefühle anderer gleichgültig seien"* (Fiedler, 1998, S. 170). Ein anderer Aspekt, der diese Tendenz beeinflussen kann, ist die schwere Differenzierung gegenüber der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, da einige Diagnosekriterien zum Teil gleich für die beiden lauten (z.B. sozialer Rückzug).

Anderseits liegt der Prozentanteil von anderen Persönlichkeitsstörungen (*abhängig und zwanghaft*) niedriger als in den zitierten Studien. Bezüglich der histrionischen Persönlichkeitsstörung ist auffällig, dass keine Person dieser Stichprobe einer Diagnose dieser Störung bekommen hat.

In Übereinstimmung mit anderen Studien hat ein großer Anteil der Patienten die Diagnose einer *selbstunsicheren* (18%) Persönlichkeitsstörung oder einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (18%) bekommen. Diese Störungen sind nach der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung, die Störungen die in dieser Stichprobe am häufigsten diagnostisierten wurden. Bezüglich der selbstunsicheren kommt Widiger (1992) in einer Metaanalyse aus 8 Studien zu Prävalenzraten (diagnostiziert nach DSM-III) in einem Bereich zwischen 5 und 35 %, je nachdem, ob ambulante oder stationäre Patienten untersucht wurden resp. Welche Erhebungsstrategien verwendet wurden. Ca. 10 % aller stationär und 20% aller ambulant behandelten psychisch kranken Patienten erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Weltweit kann der Anteil an Patienten mit Borderline-Störungen unter den stationär behandelten Patienten mit

Persönlichkeitsstörungen mit 30% angegeben werden. Eine breit angelegte Feldstudie in Norwegen konnte zeigen, das ca. 80% der Betroffenen sich in irgendeiner Form in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung befinden. Daraus resultiert auch der hohe Anteil an Borderline-Patientinnen in den Praxen niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten, der mit ca. 10% angegeben wird. Im stationären Bereich erfüllen in den USA ca.15% der Borderline-Patienten die diagnostischen Kriterien nach DSM-III-R (Bohus, 2002).

1.5.2.1.4 Innere Komorbidität: In der vorliegenden Studien wurde nur für ein Teil der Fälle eine zweite oder dritte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Psychiater und Psychotherapeuten haben für ein große Teil der Fälle nur ein DSM-IV Achse II Diagnose für die Patienten gestellt. Auf diesen Grund wurden diese Diagnosen für die Analysen nicht berücksichtigen.

1.5.2.1.5 Diagnostische Einteilung nach Hautgruppen (Cluster) des DSM-IV: Betrachtet man die Diagnosen anhand der Einteilung in drei Hauptgruppen (Cluster) des DSM-IV, liegt in dieser Untersuchung ein hoher Anteil der Diagnosen im Cluster A. Innerhalb des *Clusters A* hat die Schizotypische Persönlichkeitsstörung den höchsten Prozentwert. Die Gruppierungen der Persönlichkeitsstörungen nach der Clusterordnung des DSM-IV ist in Tabelle 1.5.8 und in Abb. 1.5.4 wiedergegeben.

Der niedrigste Anteil der Diagnosen liegt auf *Cluster C*. Bezüglich *Cluster B*, ergibt sich der hohe Anteil aufgrund der Diagnosen der Borderline-Störung. Keine Person erfüllte die Kriterien für eine Diagnose der weiteren Persönlichkeitsstörungen dieses Cluster (Histrionisch und Dissozial).

Für Cluster C liegt die hohe Anzahl der Diagnosen an der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Die drei Persönlichkeitsstörungen die in dieser Untersuchung die höchsten Prozentwerte in jedem Cluster haben (Schizotypisch in Cluster A, Borderline in Cluster B und Selbstunsichere in Cluster C), werden in der Literatur als prototypische Persönlichkeitsstörung für jedes entsprechende Cluster bezeichnet. Borderline-Störung z.B. gilt als Prototyp des Clusters B.

Die Persönlichkeitsstörungen des C-Clusters werden in der Literatur als „leichte“ Persönlichkeitsstörungen betrachtet, während die Persönlichkeitsstörungen des Cluster A als die „schwere“ hingestuft werden. Anhand dieser Beurteilung des Schweregrades lässt sich sagen, dass es in dieser Stichprobe eine Mehrheit von eher „schweren“ Persönlichkeitsstörungen gibt.

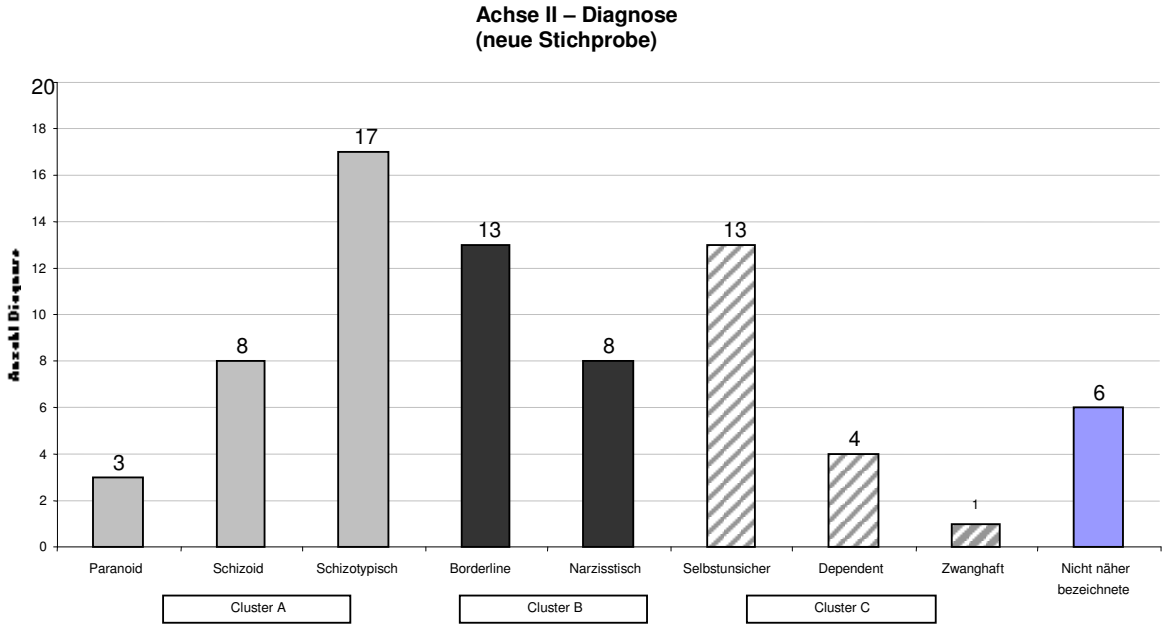
Kein Patient bekam die Diagnose von passiv-aggressiver oder depressiver Persönlichkeitsstörung, die im Anhang der DSM-IV beschrieben werden. Ferner gab es innerhalb der Gruppe mit diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen einen Anteil (8,3%) mit der Diagnose „*nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung*“. Das heißt, dass eine Gruppe von Patienten zwar nicht die Kriterien einer

einzigen Persönlichkeitsstörung erfüllte, aber randschwellig an eine diagnoserechtfertigende Ausprägung verschiedener Störungsbilder herankam.

Tab. 1.5.8: Verteilung der Persönlichkeitsstörungen nach der Clusterordnung des DSM-IV.

	Anzahl	Prozent
Cluster A	27	38 %
Cluster B	21	29 %
Cluster C	18	25 %

Abb. 1.5.4: Verteilung der Persönlichkeitsstörungen nach der Clusterordnung des DSM-IV.



1.5.2.1.6 Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen Symptomstörungen

Wie im Theorie-Teil erwähnt wurde, weisen zahlreiche klinische Studien wie epidemiologische Untersuchungen auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen hin. In Tabelle 1.5.9 werden die Prozentwerte von Persönlichkeitsstörungen für die verschiedenen diagnostischen Teilgruppen der neuen Stichprobe dargestellt.

Keiner der Patienten ohne Achse-I-Diagnosen erfüllt die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung. Weiterhin hat die Mehrheit (65%) der Patienten, die mehrfache Achse-I-Diagnosen bekommen haben, eine zusätzliche Persönlichkeitsstörungsdiagnose. Das ist in Einklang mit der berichteten hohen Komorbidität der Persönlichkeitsstörung mit mehr als einer Symptomdiagnose.

Die Prozentwerte komorbider Persönlichkeitsstörungen ist in dieser Stichprobe besonders hoch bei der Gruppe mit Angststörungen: 78,7% aller Patienten mit dieser Diagnosen haben eine zusätzliche Persönlichkeitsstörungsdiagnose. Wie erwähnt wurde, wird in klinischen Untersuchungen auch eine enge Verbindung zwischen Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

Tab. 1.5.9: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen diagnostischen Gruppen

	N¹	N²	%
Stichprobe gesamt	137	72	52,6
Ohne Achse-1 Diagnose	15	0	0
Mit Achse 1 Diagnose	122	72	59
Einfache Achse 1 Diagnose	90	50	55.6
Mehrfache Achse 1 Diagnose ¹	34	22	64,7
Affektive Störungen	31	14	45.2
Angststörungen	75	59	78.7
Belastungsreaktionen und Anpassungstörungen	21	14	66,7
Somatoforme Störungen	13	6	46.2
Sonstige neurotische Störungen	4	2	50
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6	5	83.4
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4	3	75

Anmerkung:

N¹ = Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe
N² = Anzahl der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen
¹ = Mehrfachdiagnosen innerhalb der diagnostischen Hauptgruppen nicht berücksichtigt.

Ferner erhielt ein großer Anteil (67%) der Patienten mit einer Diagnose von Belastungsreaktion oder Anpassungsstörungen eine zusätzliche Persönlichkeitsstörungsdiagnose. Die Prozentwerte komorbider Persönlichkeitsstörungen ist mit etwa 45% etwa gleich für Patienten mit affektiven Störungen und Somatoformer Störung. In Übereinstimmung mit Forschungsergebnissen zeigt sich in der Gruppe mit Abhängigkeitserkrankungen ein sehr hoher Prozentsatz von zusätzlichen Persönlichkeitsstörungen. Interessant ist auch zu betrachten, um welche Persönlichkeitsstörungen es sich handelt: am häufigsten um die narzisstische Persönlichkeitsstörung, gefolgt von der selbstunsicheren und schizotypen Persönlichkeitsstörung. In einer einigen Studie (Schuler, Jung, Jahrreiss, Wagner, Schmitz, Handke-Raubauch, Limbacher, Husen, 2000) über die Häufigkeitsverteilung von Persönlichkeitsstörungen, ergab sich bei abhängigen Patienten in der stationären Entwöhnungsbehandlung (Jahrreiss, 1990), dass die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung am häufigsten vertreten war, gefolgt von der Borderline- und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

Die Symptomverteilung innerhalb jeder Persönlichkeitsstörungs-Gruppe findet sich in Abschnitt 1.1.2 (Ergebnisse Teil II).

1.6 MITTELWERTSVERGLEICHE ZWISCHEN BEIDEN STICHPROBEN

In der vorliegenden Arbeit wurden die Auswertungsstrategien immer für beide Stichproben (alte und neue Stichproben) getrennt verwendet, um zu untersuchen inwieweit die Ergebnisse der einen Stichproben sich in der anderen replizieren oder nicht. Aus diesem Grund war der Vergleich zwischen diesen Stichproben von besonderer Bedeutung. Um die Ähnlichkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Ergebnisse verschiedener Verfahren zu analysieren, die bei beiden Stichproben angewendet wurden, wurden unabhängige t-Tests für den Mittelwertsvergleich berechnet.

1.6.1 Bedürfnisfrustration

Bedürfnisfrustration wurde über die Empfindungsskala (Summenwerte der drei Bedürfnis-Empfinden Skalen) des MUT gemessen. Die berechneten unabhängigen t-Tests hinsichtlich der Skalen des MUT zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Stichproben.

1.6.2 Stressfaktoren

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Stichproben hinsichtlich der erlebten Belastung und Bedrohung (Stressfaktoren).

1.6.3 Symptomatologie

Der Vergleich zwischen beiden Stichproben hinsichtlich des BES-K (Tab. 1.6.1) zeigt signifikante Unterschiede bei allen Skalen außer der Skala Beziehungszufriedenheit. Die Patienten der neuen Stichprobe haben hoch signifikant höhere Mittelwerte in Symptomausprägung und Negativer Emotionalität. Ferner haben die Patienten der neuen Stichprobe mehr körperliche Beschwerden im Vergleich zu den Patienten der alten Stichprobe. Sie haben auch signifikant niedrigere Werte in der Skala Aktivität/Impulsivität.

Tab. 1.6.1: Mittelwertsvergleiche der Skalen der Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung (BES-K).

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe		
BES-K Skalen	Mittelwert	Standard abweichung	Mittelwert	Standard Abweichung	t – Test Signifikanz
Symptomausprägung	50,40	7,91	53,60	9,21	,003 **
Negative Emotionalität	48,53	9,43	52,97	10,32	,000 ***
Aktivität-Impulsivität	62,66	11,48	59,53	13,60	,047 *
Beziehungszufriedenheit	47,05	9,64	45,82	10,19	,322 ns
Körperliche Beschwerden	51,23	10,05	54,41	11,22	,017 *
Zwanghaftigkeit	41,19	4,20	42,20	5,36	,093 +

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Der erwähnte Unterschied zwischen beide Stichproben auf der Symptomebene zeigt sich beim Mittelwertvergleich der Skalen des SCL-90 (Tabelle 1.6.2) nicht. In der Tendenz der Mittelwerte ist zu erkennen, dass die Probanden der neuen Stichprobe höhere Werte bei vielen Skalen (z.B. Aggressivität, Depressivität, Zwanghaftigkeit) zeigten, aber wie bereits erwähnt, wurden diese Unterschiede nicht signifikant.

Tab. 1.6.2 :Mittelwertsvergleiche der Symptomatologie (SCL-90).

	Alte Stichprobe N = 56[1]		Neue Stichprobe N = 48		
SCL-90 Skalen	Mittelwert	Standard Abweichung	Mittelwert	Standard Abweichung	t –Test Signifikanz
Somatisierung	60,23	13,26	58,48	11,88	,483 ns
Zwanghaftigkeit	58,82	12,39	60,19	12,48	,578 ns
Unsicherheit im Sozialkontakt	57,46	14,23	60,96	12,24	,186 ns
Depressivität	60,64	12,10	63,46	13,17	,276 ns
Ängstlichkeit	58,13	11,90	59,94	11,30	,430 ns
Aggressivität	54,86	15,24	58,75	11,12	,146 ns
Phobische Angst	56,63	12,09	56,44	12,77	,939 ns
Paranoides Denken	57,02	11,85	56,75	13,19	,913 ns
Psychotizismus	56,82	10,49	57,15	13,49	,891 ns
SCL GSI	61,11	12,71	62,02	12,44	,713 ns
SCL PSDI	61,00	10,17	61,52	10,36	,797 ns
SCL PST	59,40	12,82	59,90	11,66	,839 ns

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

[1] Anzahl der Patienten die mit der SCL-90 untersucht worden.

1.6.4 Affekt- und Temperamentskomponenten

Weitere unabhängige t-Tests für den Vergleich hinsichtlich der Affektkomponenten (gemessen mit der BEF-3) wurden berechnet.

Tab. 1.6.3: Mittelwertsvergleiche der Emotionskomponenten des Befindlichkeitsfragebogens (BEF-3).

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe		
BEF-3 Skalen	Mittelwert	Standard Abweichung	Mittelwert	Standard Abweichung	t – Test Signifikanz
Gelassenheit A (-)	43,96	10,90	39,31	11,95	,001 **
Aktivierung T+	46,58	14,95	40,86	19,17	,008 **
Freude A+	48,12	11,40	41,22	13,36	,000 ***
Traurigkeit/Hilflosigkeit A-	55,60	14,49	60,32	16,23	,014 *
Erregung T-	53,61	11,89	58,99	12,40	,000 ***
Lustlosigkeit A(+)	55,08	12,10	59,94	15,184	,005 **
Ärger	54,78	13,91	56,51	13,89	,316 ns

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Es zeigten sich hoch signifikante Unterschiede bei allen Skalen des BEF-3, außer bei der Skala Ärger. Die Patienten der neuen Stichprobe hatten signifikant weniger Gelassenheit, Freude und Aktivierung sowie signifikant mehr Traurigkeit, Lustlosigkeit und Erregung als die Patienten der alten Stichprobe.

1.6.5 Persönlichkeitsstile (PSSI-K)

Bezüglich der PSSI-Skalen (Tabelle 1.6.4) ergaben die unabhängigen t-Tests signifikante Unterschiede zwischen beiden Stichproben in folgenden Skalen: „selbstbestimmt/antisozial“, „zurückhaltend/schizoid“, „selbstkritisch/selbstunsicher“, „optimistisch/rhapsodisch“, „spontan/borderline“ und „still/depressiv“.

In der neuen Stichprobe waren die Mittelwerte für die Skalen „selbstbestimmt/antisozial“ und „optimistisch/rhapsodisch“ signifikant niedriger im Vergleich zu der alten Stichprobe. Das gilt insbesondere für die Skala „selbstbestimmt/antisozial“.

Weiterhin hatten Personen der neuen Stichprobe signifikant höhere Werte in den Skalen „zurückhaltend/schizoid“, „selbstkritisch/selbstunsicher“ und „still/depressiv“. Ein marginal signifikanter Unterschied zeigte sich auch bei der Skala „spontan/borderline“.

Tab. 1.6.4: Mittelwertsvergleiche der Persönlichkeitsstile von dem Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar (PSSI-K)

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe		
PSSI-K Skalen	Mittelwert	Standard Abweichung	Mittelwert	Standard Abweichung	t –Test Signifikanz
Selbstbestimmt	48,00	10,61	46,25	9,27	,027 *
Eigenwillig	51,24	11,04	52,58	11,51	,294 ns
Zurückhaltend	51,87	10,54	54,88	11,68	,027 *
Selbstkritisch	48,32	9,81	50,87	11,11	,048 *
Sorgfältig	53,83	8,91	53,87	9,92	,924 ns
Ahnungsvoll	47,92	10,16	46,29	10,26	,181 ns
Optimistisch	47,51	9,65	45,39	9,70	,083 +
Ehrgeizig	42,74	8,84	44,16	7,75	,146 ns
Kritisch	52,42	10,78	52,00	9,93	,724 ns
Loyal	47,48	9,16	48,82	10,16	,262 ns
Spontan	47,85	10,35	50,03	10,049	,099 +
Liebenswürdig	47,67	10,46	47,70	10,15	,949 ns
Still	50,85	10,84	53,91	11,44	,032 *
Hilfsbereit	53,34	10,91	52,93	10,67	,759 ns

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.6.6 Handlungskontrolle (HAKEMP-90)

Die unabhängigen t-Tests für den Vergleich hinsichtlich der Skalen des HAKEMP-90 ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen beide Stichproben.

1.6.7 Zusammenfassung

Die Patienten der beiden Stichproben unterscheiden sich nicht in der erlebten Bedürfnisfrustration. Analoges gilt für die erlebte *Belastung und Bedrohung*. Weiterhin zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der *Handlungskontrolldispositionen* (HAKEMP).

Beide Stichproben unterscheiden sich voneinander in der *Intensität der Symptomausprägung und Negativen Emotionalität* (gemessen mit der BES-K), jedoch nicht in *spezifischen Symptomkategorien* (SCL-90). Die Patienten der neuen Stichproben hatten eine stärkere Ausprägung der Symptomatologie in Vergleich zu den Patienten der alten Stichprobe. Ferner zeigten sie mehr Traurigkeit, Erregung und Lustlosigkeit, sowie weniger Gelassenheit, Freude und Aktivierung.

Bezogen auf die *PSSI-Skalen* hatten die Patienten der neuen Stichprobe signifikant höhere Werte in folgenden Skalen: „zurückhaltend/schizoid“, „selbstkritisch/selbstunsicher“, „spontan/borderline“ und „still/depressiv“. Diese Unterschiede können auf den Anteil von Persönlichkeitsstörungen in der neuen Stichprobe zurückgeführt werden. Drei dieser Skalen („zurückhaltend/schizoid“, „selbstkritisch/selbstunsicher“, „spontan/borderline“) erfassen Persönlichkeitsstile bzw. den ihnen entsprechenden Persönlichkeitsstörungen, die in der neuen Stichprobe diagnostiziert wurden.

1.7 KORRELATIONEN DER FRAGEBÖGENDATEN

Im ersten Abschnitt (1.7.1) dieses Kapitels werden die Korrelationen zwischen allen Symptomskalen, die als Kriterium in den Mediationsanalysen Teil I dieser Arbeit eingegeben wurden, dargestellt und diskutiert. Ferner werden die Korrelationen zwischen den Symptomskalen und den Affekt- und Temperamentskomponenten, die auch als Kriterium in den Mediationsanalysen eingegeben wurden, dargestellt.

Im zweiten Abschnitt (1.7.2) wir der Zusammenhang zwischen den Prädiktoren (Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung) und den unterschiedlichen Symptomen und Affektmaßen dargestellt.

Zunächst (Abschnitt 1.7.3) werden Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsstilen, die als Mediator in den Mediationsanalysen eingeben wurden, der Symptomatologie, den Affektkomponenten sowie den Prädiktoren (Bedürfnisfrustration /Stressfaktoren) analysiert. Analog dazu folgen Analysen für die Handlungkontrollsdimensionen (HOM und HOP), die auch als Mediatoren in den Analysen eingegeben wurden, machen.

1.7. 1 SYMPTOMATOLOGIE

Um den Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Symptomen (gemessen über die BES-K und SCL-90) zu untersuchen, wurden Korrelationen berechnet. Die Skalen des BES-K wurden mit den Subskalen des SCL-90 korreliert (Tab. 1.7.1 und 1.7.2). Weiterhin wurden die Subskalen des SCL-90 miteinander korreliert. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 1.7.3 (alte Stichprobe) und in der Tabelle 1.7.4 (neue Stichprobe) wiedergegeben.

Tab. 1.7.1: Korrelationen der Subskalen des BES-K und der Subskalen des SCL-90 für die alte Stichprobe (n = 56)

BES-K	**SCL 01**	**SCL 02**	**SCL 03**	**SCL 04**	**SCL 05**	**SCL 06**	**SCL 07**	**SCL 08**	**SCL 09**	**GSI**	**PSDI**	**PST**
Symptomausprägung	.31*	.25	.23	.31*	.26	.13	.23	.23	.26	.31*	.33*	.23
Negative Emotionalität	.36**	.26	.34*	.45**	.26	.18	.16	.37**	.34*	.39**	.33*	.29*
Aktivität / Impulsivität	-.23	-.24	-.25	-.45**	-.23	-.19	-.07	-.22	-.39**	-.33*	-.18	-.26
Beziehungszufriedenheit	-.22	-.14	-.19	-.28*	-.10	-.11	-.16	-.18	-.26	-.24	-.15	-.15
Körperliche Beschwerden	.34*	.25	.27*	.40**	.22	.20	.12	.30*	.19	.36**	.39**	.21
Zwanghaftigkeit	-.02	-.10	-.01	.01	-.11	.09	.00	.05	-.19	.00	.15	.05

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Abkürzungen der SCL-90: siehe Abschnitt Abkürzungen und zentrale Begriffe

Tab. 1.7.2: Korrelationen der Subskalen des BES-K und der Subskalen des SCL-90 für die neue Stichprobe (n = 48)

BES-K	SCL 01	SCL 02	SCL 03	SCL 04	SCL 05	SCL 06	SCL 07	SCL 08	SCL 09	GSI	PSDI	PST
Symptomausprägung	.43**	.45**	.38**	.66**	.44**	.49**	.32*	.25	.53**	52**	.55**	.34**
Negative Emotionalität	.36*	.41**	.33**	.66**	.40**	.49**	.33*	.22	.47**	.53**	.50**	.38**
Aktivität / Impulsivität	-.38*	-.55**	-.48**	-.64**	-.35*	-.45**	-.50**	-.25	-.46**	-.61**	-.62**	-.35*
Beziehungszufriedenheit	-.45**	-.50**	-.60**	-.61**	-.37**	-.55**	-.45**	-.37*	-.45**	-.60**	-.52**	-.35*
Körperliche Beschwerden	.51**	.49**	.42**	.57**	.33*	.38**	.34*	.18	.40**	.55**	.59**	.32*
Zwanghaftigkeit	-.04	-.11	.17	-.08	.19	.24	-.07	.37**	.05	-.06	-.04	.04

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

In der Tendenz der Korrelationen ist zu erkennen, dass sich in der neuen Stichprobe fast durchweg mehr und höhere Korrelationen zwischen den Skalen des BES-K und den Skalen des SCL-90 zeigten als in der alten Stichprobe.

Bezogen auf die Subskalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen, zeigten sich in beiden Stichproben hohe positive Korrelationen zwischen der Skala ***Symptomausprägung*** des BES-K und die Skala Global Severity Index des SCL-90. Beide Skalen erfassen die allgemeine psychische Belastung. Die Skala *Symptomausprägung* des BES-K korreliert ebenfalls mit der Subskala PSDI (Positive Syndrom Distress Index) des SCL-90, welche eine Aussage über die Intensität der Symptomatologie zulässt. Ferner zeigte der Skala Symptomausprägung des BES-K in beiden Stichproben positive Korrelationen mit Somatisierung (SCL-01) und Depressivität (SCL-04). Im Unterschied mit der alten Stichprobe korreliert die erwähnte Skala des BES-K in der neuen Stichprobe mit alle Skalen des SCL-90, mit der Ausnahme von Paranoidem Denken (SCL-08). Die Skala ***Negative Emotionalität*** korreliert positiv mit den Skalen des SCL-90, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen.

Negative Zusammenhänge zeigten sich zwischen den Skalen *Aktivität/Impulsivität und Beziehungszufriedenheit* des BES-K und den Skalen des SCL-90. Je stärker die Symptome, desto stärker die Passivität und die Beziehungsunzufriedenheit.

Die Skala ***Zwanghaftigkeit des BES-K*** korreliert nicht mit der Skala Zwanghaftigkeit (SCL-02) des SCL-90. Weiterhin korreliert die Skala Zwanghaftigkeit des BES-K mit fast keiner der Skalen des SCL-90. In beiden Stichproben korreliert die Skala Körperliche Beschwerden des BES-K mit der Skala Somatisierung (SCL-01) des SCL-90.

Um die Mediationsrolle von Angst und Depression in den State-Varianten (aktuelle Befindlichkeit) zu erfassen, wurden die Skalen SCL-04 (Depressivität) und SCL-05 (Ängstlichkeit) als Maß verwendet. Auf diesem Grund ist es wichtig die Korrelationen dieser Skalen näher zu betrachten.

Die Skala *Depressivität* korreliert mit alle Skalen des BES-K, mit der Ausnahme von Zwanghaftigkeit. Die höchsten positive Korrelationen zeigten sich in beiden Stichproben mit negative Emotionalität, gefolgt von Symptomausprägung.

Bezüglich der *Skala Ängstlichkeit (*SCL-04) sind die Korrelationen in beiden Stichproben sehr unterschiedlich. In der alten Stichprobe zeigte diese Skala keine signifikanten Korrelationen mit den Skalen des BES-K. Umgekehrt zeigten sich in der neuen Stichprobe signifikante Zusammenhänge zwischen Ängstlichkeit und allen Skalen des BES-K, wiederum mit der Ausnahme von Zwanghaftigkeit.

Tab. 1.7.3: Korrelationen der Subskalen des SCL-90 für die alte Stichprobe (n =56).

SCL-90	**SCL 01**	**SCL 02**	**SCL 03**	**SCL 04**	**SCL 05**	**SCL 06**	**SCL 07**	**SCL 08**	**SCL 09**	**GSI**	**PSDI**	**PST**
Somatisierung		.46**	.51**	.56**	.54**	.48**	.44**	.46**	.51**	.69**	.64**	.53**
Zwanghaftigkeit	.46**	1	.74**	.73**	.66**	.43**	.50**	.68**	.73**	.80**	.59**	.62**
Unsicherheit im Sozialkontakt	.51**	.74**	1	.76**	.67**	.49**	.41*	.77**	.76**	.84**	.63**	.73**
Depressivität	.56**	.73**	.76**	1	.71**	.55**	.41**	.74**	.74**	.89**	.63**	.78**
Ängstlichkeit	.54**	.66**	.67**	.71**	1	.49**	.72**	.66**	.78**	.86**	.66**	.76**
Aggressivität/Feindseligkeit	.48**	.43**	.49**	.55**	.49**	1	.26	.49**	.46**	.62**	.49**	.53**
Phobische Angst	.44**	.50**	.41**	.41**	.72**	.26	1	.44**	.55**	.58**	.41**	.53**
Paranoides Denken	.46**	.68**	.77**	.74**	.66**	.49**	.44**	1	.73**	.80**	.62**	.70**
Psychotizismus	.51**	.73**	.76**	.74**	.78**	.46**	.55**	.73**	1	.83**	.60**	.77**
GSI	.69**	.80**	.84**	.89**	.86**	.62**	.58**	.80**	.83**	1	.78**	.83**
PSDI	.64**	.59**	.63**	.63**	.66**	.49**	.41**	.62**	.60**	.78**	1	.57**
PST	.53**	.62**	.73**	.78**	76**	.53**	.53**	.70**	.77**	.83**	.57**	1

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Tab. 1.7.4: Korrelationen der Subskalen des SCL-90 für die neue Stichprobe (n =48).

SCL-90	**SCL 01**	**SCL 02**	**SCL 03**	**SCL 04**	**SCL 05**	**SCL 06**	**SCL 07**	**SCL 08**	**SCL 09**	**GSI**	**PSDI**	**PST**
Somatisierung		.46**	.51**	.56**	.54**	.48**	.44**	.46**	.51**	.69**	.64**	.53**
Zwanghaftigkeit	.46**	1	.74**	.73**	.66**	.43**	.50**	.68**	.73**	.80**	.59**	.62**
Unsicherheit im Sozialkontakt	.51**	.74**	1	.76**	.67**	.49**	.41*	.77**	.76**	.84**	.63**	.73**
Depressivität	.56**	.73**	.76**	1	.71**	.55**	.41**	.74**	.74**	.89**	.63**	.78**
Ängstlichkeit	.54**	.66**	.67**	.71**	1	.49**	.72**	.66**	.78**	.86**	.66**	.76**
Aggressivität/Feindseligkeit	.48**	.43**	.49**	.55**	.49**	1	.26	.49**	.46**	.62**	.49**	.53**
Phobische Angst	.44**	.50**	.41**	.41**	.72**	.26	1	.44**	.55**	.58**	.41**	.53**
Paranoides Denken	.46**	.68**	.77**	.74**	.66**	.49**	.44**	1	.73**	.80**	.62**	.70**
Psychotizismus	.51**	.73**	.76**	.74**	.78**	.46**	.55**	.73**	1	.83**	.60**	.77**
GSI	.69**	.80**	.84**	.89**	.86**	.62**	.58**	.80**	.83**	1	.78**	.83**
PSDI	.64**	.59**	.63**	.63**	.66**	.49**	.41**	.62**	.60**	.78**	1	.57**
PST	.53**	.62**	.73**	.78**	76**	.53**	.53**	.70**	.77**	.83**	.57**	1

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Wie den Tabellen (1.7.3 und 1.7.4) zu entnehmen ist, sind die SCL-90-Skalen hoch miteinander interkorreliert. Diese Zusammenhänge sind besonders deutlich mit den drei globalen Skalen (GSI, PSDI und PST). Anders ausgedrückt: Bei den meisten der neun Skalen zur Erfassung

unterschiedlicher Symptombereiche (SCL-01 bis SCL-09) zeigten sich die höchsten positiven Korrelationen mit diesen drei Skalen, insbesondere mit der Skala Global Severity Index. Weiterhin zeigten die meisten Skalen hohe Korrelationen mit der Skala Depressivität (SCL-04). Ängstlichkeit und Depressivität korrelieren auch hoch miteinander.

Für die Skala ***„Depressivität" (SCL-04)*** zeigten sich hohe positive Korrelationen mit alle den anderen Skalen des SCL-90. Dies betrifft insbesondere die Skala GSI. In der alten Stichprobe erreichen die Korrelationskoeffizienten Werte zwischen r = .41 ("Phobische Angst") und r = .76 ("Unsicherheit im Sozialkontakt), in der neuen Stichprobe zwischen r =.46 („Phobische Angst" und „Paranoides Denken") und r =.79 („Zwanghaftigkeit"). In beiden Stichproben zeigten sich hohe Korrelationen zwischen Depressivität und Zwanghaftigkeit (r =.73 in der alten, r =.79 in der neuen Stichprobe)

Für die Skala ***„Ängstlichkeit" (SCL-05)*** zeigte sich ein ähnliches Muster als wie bei der Skala Depressivität. Die Skala Ängstlichkeit korreliert mit alle anderen Skalen des SCL-90 und insbesondere mit der Skala GSI und PST. In beiden Stichproben zeigten sich hohe Korrelationen mit der Skala SCL-07 (Phobische Angst), die leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zur massiven phobische Angst erfasst. In der neuen Stichprobe zeigten sich die niedrigsten Korrelationen mit der Skala Somatisierung, gefolgt von der Skala Zwanghaftigkeit. In der alten mit der Skala Aggressivität, gefolgt von der Skala Somatisierung.

Eine differenzierte Symptombildung bei Ängstlichkeit und Depressivität kann anhand dieser Korrelationen nicht geklärt werden.

1.7.1.1 Symptome und Affekt- und Temperamentsreaktionen

Um den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Symptomen (gemessen über die BES-K und SCL-90) und den Affekt- und Temperamentskomponenten (BEF-3) zu untersuchen, wurden Korrelationen berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1.7.5 (alte Stichprobe) und 1.7.6 (neue Stichprobe) dargestellt.

An der Tendenz der Korrelationen ist zu erkennen, dass Freude, Gelassenheit und Aktivierung negativ mit den verschiedenen Symptomskalen korrelieren. Je höher der positiven Affekt und der gehemmte negative Affekt, desto weniger Symptome. Traurigkeit und Erregung korrelieren übereinstimmend mit der 2. Modulationsannahme mit den unterschiedlichen Symptomskalen. Je höher der negativen Affekt desto stärker die Symptomausprägung. Negative Affekt bahnt gemäß der 2. MA (zweiter Ordnung) das Inkongruenz- und konfliktsensitive Empfinden und hemmt die Selbstwahrnehmung, was häufig mit der Entwicklung von Symptomen einhergeht. Ferner zeigten sich auch positive Korrelationen zwischen Lustlosigkeit und verschiedenen Symptomen (z.B. Zwanghaftigkeit und Depressivität des SCL-90). Ausgehend von der 1.MA (zweiter Ordnung) aktiviert die Hemmung positiven Affekts das Intentionsgedächtnis und hemmt seine Verbindung mit der intuitiven Verhaltenssteuerung (d.h. Willenshemmung), was zu Subformen der klinischen Depression, die durch Passivität und Anhedonie gekennzeichnet sind, führen kann.

Tab. 1.7.5: Korrelationen der BES-K- und SCL-90-Skalen mit den Skalen des BEF-3 für die alte Stichprobe.

BES-K	**Freude A +**	**Traurigkeit / Hilflosigkeit A -**	**Aktivierung T +**	**Erregung T -**	**Lustlosigkeit A (+)**	**Gelassenheit A (-)**	**Ärger**
Symptomausprägung	-.39**	.49**	-.26**	.50**	.45**	-.34**	.41**
Negative Emotionalität	-.50**	.52**	-.37**	.51**	.47**	-.46**	.45**
Aktivitäts-Impulsivität	.58**	-.46**	.62**	-.41**	-.49**	.55**	-.28**
Beziehungszufriedenheit	.48**	-.19*	.32**	-.16	-.25*	.34**	-.19*
Körperliche Beschwerden	-.40**	.48**	-.30**	.54**	.48**	-.47**	-.43**
Zwanghaftigkeit	.20*	-.09	.25**	-.10	-.02	.27**	-.06
SCL-90							
Somatisierung	-.24	.27*	-.12	.20	.25	-.23	.20
Zwanghaftigkeit	-.40**	.54**	-.29*	.38**	.46**	-.38**	.21
Unsicherheit in Sozialkontakt	-.37**	.42**	-.22	.29*	.43**	-.33*	.28*
Depressivität	-.48**	.46**	-.32*	.36**	.43**	-.46**	.33*
Ängstlichkeit	-.33*	.35**	-.19	.27	.22	-.32*	.12
Aggressivität/Feindseligkeit	-.16	.11	.08	-.02	.18	-.18	.36**
Phobische Angst	-.22	.13	-.12	.06	.17	-.12	-.02
Paranoides Denken	-.34*	.35**	-.15	.25	.25	-.31*	.29*
Psychotizismus	-.44**	.40**	-.34*	.29*	.25	-.44**	.23
Global Severity Index (GSI)	-.41**	.42**	-.20	.32*	.35**	-.40**	.31*
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	-.19	.34*	.04	.29*	.37**	-.19	.31*
Positive Symptom Total (PST)	-.27*	.16	-.10	.06	.11	-.23	.19

Tab. 1.7.6: Korrelationen der BES-K- und SCL-90-Skalen mit den Skalen des BEF-3 für die neue Stichprobe.

BES-K	**Freude A +**	**Traurigkeit / Hilfslosigkeit A -**	**Aktivierung T +**	**Erregung T -**	**Lustlosigkeit A (+)**	**Gelassenhei t A (-)**	**Ärger**
Symtomausprägung	-.68**	.68**	-.46**	.65**	.51**	-.58**	.48**
Negative Emotionalität	-.62**	.65**	-.47**	.63**	.58**	-.54**	.42**
Aktivität-Impulsivität	.70**	-.54**	.75**	-.45**	-.72**	.60**	-.33**
Beziehungszufriedenheit	.65**	-.49**	.60**	-.42**	-.58**	.52**	-.48**
Körperliche Beschwerden	-.59**	.56**	-.53**	.53**	.56**	-.47**	.35**
Zwanghaftigkeit	.12	-.03	.27**	.03	-.17*	.10	-.00
SCL -90							
Somatisierung	-.37*	.44**	-.45**	.49**	.54**	-.23	.32*
Zwanghaftigkeit	-.55**	.54**	-.56**	.52**	.62**	-.35*	.21
Unsicherheit in Sozialkonkakt	-.48**	.47**	-.46**	.40**	.37*	-.38**	.34*
Depressivität	-.63**	.63**	-.49**	.59**	.52**	-.58**	.24
Ängstlichkeit	-.41**	.48**	-.30*	.48**	.19	-.35*	.23
Aggressivität/Feindseligkeit	-.49**	.52**	-.34*	.47**	.37**	-.43**	.57**
Phobische Angst	-.39**	.17	-.32*	.16	.21	-.14	.02
Paranoides Denken	-.33*	.31*	-.22	.28	.04	-.23	.25
Psychotizismus	-.41**	.37**	-.34*	.37**	.35*	-.22	.21
Global Severity Index (GSI)	-.60**	.51**	-.55**	.49**	.50**	-.39**	.22
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	-.65**	.56**	-.49**	.60**	.47**	-.55**	.26
Positive Symptom Total (PST)	-.44**	.50**	-.43**	.43**	.44**	-.22	.19

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Ein positiver Zusammenhang zeigte sich auch zwischen der Skala Ärger und einer Reihe von Symptomskalen. Je höher der Ärger, desto mehr der Symptomausprägung. Ärger korreliert in beiden Stichproben positiv mit Unsicherheit im Sozialkontakt. In beiden Stichproben korreliert der Skala Ärger nicht mit folgenden Skalen des SCL-90: Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Phobische Angst und Psychotizismus.

Bezüglich der Korrelationen zwischen den Emotionsskalen und den Skalen des SCL-90 zeigten sich Unterschiede in beiden Skalen. In den neuen Stichproben zeigten sich mehr und höhere Korrelationen.

Depressivität korreliert positiv mit den beiden Maßen für negativen Affekt (Traurigkeit und Erregung), mit Lustlosigkeit und mit Ärger. ***Ängstlichkeit*** korreliert in der neuen Stichprobe mit Erregung und Traurigkeit, in der alten jedoch nur mit Traurigkeit. Weder in der alten noch in der neuen Stichprobe korreliert Ängstlichkeit mit Lustlosigkeit. Weiterhin korreliert in beiden Stichproben Ängstlichkeit nicht mit Ärger. Sowohl Ängstlichkeit und Depressivität haben negative Korrelationen mit Freude, Aktivierung und Gelassenheit. Zusammenfassend zeigten sich folgende Unterschiede zwischen Ängstlichkeit und Depressivität:

- Depressivität korreliert mehr mit niedrige Aktivierung als Ängstlichkeit (höhere Korrelationsniveaus)
- Positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen Depressivität und Lustlosigkeit, jedoch nicht zwischen Ängstlichkeit und Lustlosigkeit.
- Depressivität geht mit Ärger, nicht mit Ängstlichkeit einher (das gilt nur für die alte Stichprobe).

Die Korrelationen bestätigen die besprochenen Unterschiede zwischen Depression und Angst, die in verschiedenen Untersuchungen (Clark & Watson, 1991; Clark et al., 1994; Watson et al., 1995a, 1995b) nachgewiesen werden konnte, dass positiver Affekt (genauer seiner Hemmung) mit Depression korreliert, während negativer Affekt mit den gemeinsamen Symptomen von Depression und Angst einhergeht.

1.7.2 BEDÜRFNISFRUSTRATION/STRESSFAKTOREN

1.7.2.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

Um den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT) und die Symptomentstehung (gemessen über die SCL-90 und BES-K) zu untersuchen, wurden Korrelationen berechnet. Die Empfindungsskala des MUT wurde mit den verschiedenen Subskalen des SCL-90 und BES-K korreliert. Die Korrelationen wurden auch für die Bedürfnisfrustration in jeder der drei Motivbereiche berechnet, d.h. Anschluss, Leistung und Macht. Die Ergebnisse für jede der beiden Stichproben sind in Tab 1.7.8 (alte Stichprobe) und 1.7.9 (neue Stichprobe) dargestellt.

Tab. 1.7.8: Korrelationen der Empfindungsskalen des MUT, der Subskalen des BES-K, und der Subskalen des SCL-90 für die alte Stichprobe (n = 125)

	MUT Empfinden	**Anschluss Empfinden**	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Anschluss Empfinden	.90**		.69**	.68**
Macht Empfinden	.87**	.68**	.60**	
Leistung Empfinden	.86**	.69**		.60**
BES-K				
Symtomausprägung	.40**	.39**	.45**	.22*
Negative Emotionalität	.43**	.44**	.44**	.27**
Aktivität-Impulsivität	-.24**	-.23*	-.25**	-.15
Beziehungszufriedenheit	-.20*	-.15	-.22	-.16
Körperliche Beschwerden	.29**	.27**	.31**	.20*
Zwanghaftigkeit	.04	.02	.02	.07
SCL-90				
Somatisierung	.13	.01	.18	.16
Zwanghaftigkeit	.34*	.28*	.29*	.32*
Unsicherheit in Sozialkontakt	.41**	.32*	.35**	.38**
Depressivität	.29*	.19	.29*	.27*
Ängstlichkeit	.12	.03	.17	.10
Aggressivität/Feindseligkeit	-.02	-.19	-.02	.16
Phobische Angst	.14	.07	.17	.13
Paranoides Denken	.26	.16	.18	.31*
Psychotizismus	.14	.16	.13	.06
Global Severity Index (GSI)	.27*	.13	.29*	.28*
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	.30*	.15	.34*	.31*
Positive Symptom Total (PST)	.07	-.02	.03	.17

Tab. 1.7.9: Korrelationen der Empfindungsskalen des MUT, der Subskalen des BES-K und der Subskalen des SCL-90 für die neue Stichprobe (n = 137)

	MUT Empfinden	**Anschluss Empfinden**	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Anschluss Empfinden	.90**		.71**	.71**
Macht Empfinden	.88**	.71**	.65**	
Leistung Empfinden	.88**	.71**		.65**
BES-K				
Symtomausprägung	.43**	.37**	.40**	.36**
Negative Emotionalität	.48**	.40**	.45**	.44**
Aktivität-Impulsivität	-.52**	-.50**	-.51**	-.40**
Beziehungszufriedenheit	-.48**	-.45**	-.41**	-.42**
Körperliche Beschwerden	.35**	.29**	.31**	.32**
Zwanghaftigkeit	-.05	.01	-.11	-.04
SCL-90 (n = 48)				
Somatisierung	.43**	.33*	.41**	.42**
Zwanghaftigkeit	.60**	.53**	.62**	.47**
Unsicherheit in Sozialkontakt	.49**	.46**	.42**	.44**
Depressivität	.58**	.52**	.55**	.49**
Ängstlichkeit	.37**	.36*	.28	.37**
Aggressivität/Feindseligkeit	.44**	.41**	.43**	.36*
Phobische Angst	.33*	.33*	.30*	.27
Paranoides Denken	.26	.27	.19	.25
Psychotizismus	.52**	.44**	.46**	.51**
Global Severity Index (GSI)	.58**	.52**	.53**	.52**
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	.52**	.47**	.48**	.45**
Positive Symptom Total (PST)	.54**	.46**	.43**	.58**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Die Empfindungsskala des MUT zeigte in beiden Stichproben signifikante Korrelationen mit allen Subskalen des BES-K und mit einer Reihe von SCL-90 Subskalen. In der neuen Stichprobe zeigten sich Korrelationen mit mehr Subskalen des SCL-90. In der alten Stichprobe waren jedoch diese Korrelationen niedriger und teilweise nicht signifikant In beiden Stichproben zeigten sich hohe positive Korrelationen zwischen den Empfindungsskalen des MUT und den Subskalen des BES-K und SCL–90 die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen, d.h. Subskala Symptomausprägung (BES-K) und die Subskala „Global Severity Index“ (SCL-90). Je höher der Bedürfnisfrustration, desto stärker die Ausprägung der Symptome.

Ferner zeigten sich hohe negative Korrelation zwischen den Empfindungsskalen des MUT und den Subskalen „Aktivität/Impulsivität“ und „Beziehungszufriedenheit“: Je stärker die Bedürfnisfrustration, desto ausgeprägter auch Beziehungsunzufriedenheit und Passivität.

Lediglich die Subskala „Zwanghaftigkeit“ des BEF zeigte keine signifikanten Korrelationen mit den Empfindungsskalen des MUT. Im Gegenteil zeigte die Skala Zwanghaftigkeit des SCL-90 hoch signifikante positive Korrelation mit allen Subskalen, die „Bedürfnisfrustration“ messen.

Das Korrelationsprofil zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung war für alle Motivbereiche dieselbe.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Korrelationen den erwarteten Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung zeigten. Dieser Zusammenhang passt zu der Annahme dass Bedürfnisfrustration mit Symptomentstehung einhergeht.

1.7.2.2 Stressfaktoren und Symptomentstehung

Um den Zusammenhang zwischen Stressfaktoren (gemessen über die Skalen Belastung und Bedrohung des SSI-K) und den unterschiedlichen Symptomen zu ermitteln, wurden Korrelationen berechnet. Die Ergebnisse für die beiden Stichproben sind in der Tabelle 1.7.10 dargestellt.

Die Ergebnisse der Korrelationen mit den Symptomskalen des BES-K wiesen in beiden Stichproben in dieselbe Richtung: sowohl Belastung als Bedrohung korrelieren positiv mit Symptomausprägung, negativer Emotionalität und Körperlichen Beschwerden und negativ mit Aktivität und Beziehungszufriedenheit. Weder Belastung noch Bedrohung korrelieren mit der Skala Zwanghaftigkeit des BES-K.

Im Bezug auf die Ergebnisse der Korrelationen mit den SCL-90-Skalen zeigten sich Unterschiede zwischen beiden Stichproben. Im Folgenden werden die Ergebnisse beider Stichproben für jede Skala (Belastung und Bedrohung) separat analysiert.

Belastung: In der alten Stichprobe zeigten sich keine Korrelationen zwischen Belastung und den Skalen des SCL-90. Im Gegenteil zeigten sich in der neuen Stichprobe positive Zusammenhänge zwischen Belastung und folgende Skalen: Zwanghaftigkeit, Depressivität, Psychotizismus, Global Severity Index und Positive Symptom Distress Index. Nach den Ergebnissen der neuen Stichprobe geht Belastung mit Zwanghaftigkeit, Depressivität und einer stärkeren Ausprägung der Symptome einher.

Bedrohung: In beiden Stichproben zeigten sich positive Korrelationen zwischen Bedrohung und Depressivität, Paranoidem Denken und einer allgemein deutlicheren Ausprägung in der Symptomatologie (Skalen GSI und PSDI)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Korrelationen den erwarteten Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung zeigten. Dieser Zusammenhang stimmt überein mit der Annahme, dass Stressfaktoren mit Symptomentstehung einhergehen. Ferner zeigen diese Korrelationen, dass Bedrohung für die Symptomentwicklung risikobehafteter ist als Belastung.

Tab. 1.7.10: Korrelationen der Symptomskalen (BES-K und SCL-90) mit den Skalen Belastung und Bedrohung des SSI-K für beide Stichproben.

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
BES-K	**Belastung**	**Druck**	**Belastung**	**Druck**
Symptomausprägung	.48**	.50**	.62**	.51**
Negative Emotionalität	.52**	.53**	.59**	.53**
Aktivität-Impulsivität	-.41**	-.29**	-.43**	-.35**
Beziehungszufriedenheit	-.34**	-.25**	-.41**	-.38**
Körperliche Beschwerden	.42**	.39**	.51**	.41**
Zwanghaftigkeit	-.11	.01	-.01	-.15
SCL-90 (n = 56)				
Somatisierung	.17	.34*	.25	.19
Zwanghaftigkeit	.21	.24	.40**	.33*
Unsicherheit in Sozialkontakt	.12	.30*	.09	.14
Depressivität	.22	.28*	.40**	.35*
Ängstlichkeit	.09	.18	.25	.26
Aggressivität/Feindseligkeit	-.05	-.02	.22	.31*
Phobische Angst	-.01	.02	.16	.19
Paranoides Denken	.19	.33*	.18	.29*
Psychotizismus	.14	.28*	.32*	.28
Global Severity Index (GSI)	.18	.29*	.40**	.37*
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	.25	.39**	.37**	.35*
Positive Symptom Total (PST)	.03	.13	.22	.23

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

1.7.2.3 Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen

Um den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den unterschiedlichen Affekten und Temperamentsreaktionen zu ermitteln, wurden Korrelationen berechnet. Die Korrelationen wurden auch für die Bedürfnisfrustration in jeder der drei Motivbereiche berechnet: Anschluss, Leistung und Macht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1.7.10 (alte Stichprobe) und in Tabelle 1.7.11 (neue Stichprobe) dargestellt.

Tab. 1.7.11: Korrelationen der Skalen des BEF-3 mit den Empfindungsskalen des MUT für die alte Stichprobe

	MUT Empfinden	**Anschluss Empfinden**	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Freude A +	-.36**	-.35**	-.37**	-.23*
Traurigkeit/Hilflosigkeit A -	.48**	.46**	.58**	.25**
Aktivierung T +	-.32**	-.34**	-.37**	-.15
Erregung T -	.43**	.43**	.57**	.15
Lustlosigkeit A (+)	.56**	.52**	.52**	.43**
Gelassenheit A (-)	-.35**	-.32**	-.44**	-.17
Ärger	.35**	.26**	.44**	.23**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Tab. 1.7.12: Korrelationen der Skalen des BEF-3 mit den Empfindungsskalen des MUT für die neue Stichprobe

	MUT Empfinden	**Anschluss Empfinden**	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Freude A +	-.38**	-.35**	-.35**	-.30**
Traurigkeit/Hilflosigkeit A -	.51**	.50**	.46**	.40**
Aktivierung T +	-.42**	-.42**	-.38**	-.32**
Erregung T -	.54**	.51**	.50**	.44**
Lustlosigkeit A (+)	.63**	.55**	.55**	.56**
Gelassenheit A (-)	-.43**	-.46**	-.39**	-.29**
Ärger	.35**	.34**	.29**	.30**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

In beiden Stichproben korreliert die Empfindungsskala des MUT negativ mit Freude, Aktivierung und Gelassenheit. Analoges lässt sich sagen für Bedürfnisfrustration in jeder der drei Motivbereiche. Positive Korrelationen zeigten sich zwischen der Empfindungsskala des MUT und folgende Skalen des BEF-3: Traurigkeit, Erregung, Lustlosigkeit und Ärger. Das Korrelationsprofil zwischen Bedürfnisfrustration und diesen Affekten war für allen Motivbereichen dieselbe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Korrelationen den erwarteten Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und negativen Emotionen (Traurigkeit und Erregung) zeigten. Weiterhin geht Bedürfnisfrustration mit Lustlosigkeit und Ärger einher.

1.7.2.4 Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentskomponenten

Die Korrelationen wiesen durchweg in dieselbe Richtung wie bei Bedürfnisfrustration. Belastung und Bedrohung zeigten in beide Stichproben negative Korrelationen mit Freude, Aktivierung und Gelassenheit. Positive Korrelationen zeigten sich mit Traurigkeit, Erregung, Lustlosigkeit und Ärger.
Kein differenzielles Muster zeigt sich zwischen Belastung und Bedrohung.
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch hier die Korrelationen den erwarteten Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und negative Emotionen (Traurigkeit und Erregung) untermauern. Weiterhin gehen belastende und bedrohliche Ereignisse mit Ärger und mit einer Verminderung der Lustlosigkeit einher.

Tab. 1.7.13: Korrelationen der Affekt- und Temperamentskomponenten (BEF-3) mit Belastung und Bedrohung (SSI-K) für beide Stichproben

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
	Belastung	**Druck**	**Belastung**	**Druck**
Freude A+	-.38 **	-.36 **	-.44 **	-.42 **
Traurigkeit/Hilflosigkeit A -	.57 **	.54 **	.49 **	.40 **
Aktivierung T +	-.30 **	-.26 **	-.26 **	-.23 **
Erregung T -	.53 **	.49 **	.52 **	.49 **
Lustlosigkeit A (+)	.42 **	.38 **	.35 **	.32 **
Gelassenheit A (-)	-.49 **	-.40 **	-.41**	-.38 **
Ärger	.37 **	.34 **	.31 **	.29 **

1.7.3 PERSÖNLICHKEITSSTILE

1.7.3.1 Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsstilen

Korrelationen wurden zwischen allen Skalen des PSSI-K berechnet.

Tab. 1.7.14 Korrelationen der Subskalen des PSSI-K für die alte Stichprobe.

	AS	**PN**	**SZ**	**SU**	**ZW**	**ST**	**RH**	**NA**	**NT**	**AB**	**BL**	**HI**	**DP**	**SL**
AS	1	-.09	-.22*	-.12	.23*	.03	.54**	.21*	-.10	.12	.05	.44**	-.14	-.07
PN	- .09	1	.52**	.34**	.09	.20*	-.29**	-.05	.49**	.14	.42**	-.22*	.44**	.16
SZ	-.22*	.52**	1	.46**	.11	.13	-.38**	-.18*	.40**	-.02	.40**	-.53**	.44**	.20*
SU	-.12	.34**	.46**	1	.18*	.24**	-.24**	.13	.52**	.42**	.64**	-.31**	.75**	.46**
ZW	.23*	.09	.11	.18*	1	.12	.08	.00	.16	.18*	.16	.16	.07	.09
ST	.03	.20*	.13	.24**	.12	1	.06	.28**	.31**	.24**	.38**	.01	.26**	.24**
RH	.54**	-.29**	-.38**	-.24**	.08	.06	1	.36**	-.25**	.00	-.16	.52**	-.28**	-.05
NA	.21*	-.05	-.18*	.13	.00	.28**	.36**	1	.17	.36**	.22*	.35**	.10	.05
NT	-.10	.49**	.40**	.52**	.16	.31**	-.25**	.17	1	.36**	.65**	-.18*	.65**	.43**
AB	.12	.14	-.02	.42**	.18*	.24**	.00	.36**	.36**	1	.48**	.20*	.42**	.32**
BL	.05	.42**	.40**	.64**	.16	.38**	-.16	.22*	.65**	.48**	1	-.08	.74**	.42**
HI	.44**	-.22*	-.53**	-.31**	.16	.01	.52**	.35**	-.18*	.20*	-.08	1	-.23*	.01
DP	-.14	.44**	.44**	.75**	.07	.26**	-.28**	.10	.65**	.42**	.74**	-.23*	1	.45**
SL	-.07	.16	.20*	.46**	.09	.24**	-.05	.05	.43**	.32**	.42**	.01	.45**	1

Tab. 1.7.15 Korrelationen der Subskalen des PSSI-K für die neue Stichprobe.

	AS	**PN**	**SZ**	**SU**	**ZW**	**ST**	**RH**	**NA**	**NT**	**AB**	**BL**	**HI**	**DP**	**SL**
AS	1	.02	-.06	-.10	.10	.07	.59**	.38**	.08	.04	-.05	.25**	-.20*	-.22**
PN	.02	1	.43**	.33**	-.13	-.03	-.18*	.04	.54**	.16	.54**	-.30**	.50**	.22*
SZ	-.06	.43**	1	.46**	-.02	-.13	-.20*	-.15	.34**	-.02	.38**	-.57**	.50**	.18*
SU	-.10	.33**	.46**	1	.09	.09	-.22*	.00	.49**	.49**	.67**	-.37**	.74**	.39**
ZW	.10	-.13	-.02	.09	1	.16	.11	.06	.22**	.14	-.11	.09	-.05	.18*
ST	.07	-.03	-.13	.09	.16	1	.18*	.32**	.15	.29**	.13	.31**	.04	.27**
RH	.59**	-.18*	-.20*	-.22*	.11	.18*	1	.41**	-.07	-.01	-.18*	.38**	-.34**	-.07
NA	.38**	.04	-.15	.00	.06	.32**	.41**	1	.20*	.26**	.10	.37**	-.04	.17*
NT	.08	.54**	.34**	.49**	.22**	.15	-.07	.20*	1	.36**	.53**	-.15	.46**	.48**
AB	.04	.16	-.02	.49**	.14	.29**	-.01	.26**	.36**	1	.43**	.05	.41**	.34**
BL	-.05	.54**	.38**	.67**	-.11	.13	-.18*	.10	.53**	.43**	1	-.23**	.82**	.39**
HI	.25**	-.30**	-.57**	-.37**	.09	.31**	.38**	.37**	-.15	.05	-.23**	1	-.39**	.04
DP	-.20*	.50**	.50**	.74**	-.05	.04	-.34**	-.04	.46**	.41**	.82**	-.39**	1	.43**
SL	-.22**	.22*	.18*	.39**	.18*	.27**	-.07	.17*	.48**	.34**	.39**	.04	.43**	1

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig

Positive Korrelationen zeigten sich zwischen dem *selbstbestimmten*, dem *rhapsodischen,* dem *histrionischen* und dem *ehrgeizigen Stil*. Alle diese Stile haben gemeinsam, dass sie mit einer

Kombination von hoher Belohnungssensibilität und niedriger/mittlerer Bestrafungssensibilität verbunden sind. Sie sind im Star Modell in der rechten oberen Ecke angesiedelt. Weiterhin ist in der Tendenz der Korrelationen zu erkennen, dass diese letztgenannten Persönlichkeitsstile negative Korrelationen mit den Persönlichkeitsstilen, die mit einer Hemmung des positiven Affekts assoziiert sind (eigenwillig, zurückhaltend, selbstkritisch, kritisch, loyal, still und hilfsbereit), zeigen.

Ferner korrelieren die Stile die mit einer Hemmung des positiven Affekts assoziiert sind positiv miteinander. Analoges gilt für die Stilen die mit negativem Affekt assoziiert sind (selbstunsicher, zwanghaft, schizotypisch, abhängig, borderline, depressiv und hilfsbereit).

Die der selbstunsicheren, der Borderline-, der depressiven und der negativistischen Persönlichkeitsstörung entsprechenden Persönlichkeitsstile korrelieren in beiden Stichproben hoch miteinander. Diese Stile haben hohe positive Korrelationen mit einer Reihe von anderen Persönlichkeitsstilen.

1.7.3.2 Persönlichkeitsstile und Symptome

Die PSSI-K Skalen wurden mit den Skalen des BES-K (Tabelle 1.7.16 und 1.7.17) und die Skalen des SCL-90 (1.7.18 und 1.7.19) korreliert.

Tab. 1.7.16: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des BES-K für die alte Stichprobe.

Persönlichkeitsstile *(-störungen):*	**Symptomausprägung**	**Negative Emotionalität**	**Aktivität-Impulsivität**	**Beziehungszufriedenheit**	**Körperliche Beschwerden**	**Zwanghaftigkeit**
Selbstbestimmt *(antisozial)*	.04	.00	.26**	.12	.02	.25**
Eigenwillig *(paranoid)*	.28**	.27**	-.24**	-.24**	.21*	-.07
Zurückhaltend *(schizoid)*	.20*	.22*	-.35**	-.37**	.24**	-.14
Selbstkritisch *(selbstunsicher)*	.40**	.39**	-.26**	-.17	.29**	.09
Sorgfältig *(zwanghaft)*	.09	-.00	.23**	.13	.11	.40**
Ahnungsvoll *(schizotypisch)*	.21*	.23**	-.23**	-.05	.19*	.03
Optimistisch *(rhapsodisch)*	-.03	-.15	.38**	.29**	-.08	.19*
Ehrgeizig *(narzißtisch)*	.23**	.22*	-.03	.07	.18*	.09
Kritisch *(negativistisch)*	.47**	.47**	-.34**	-.30**	.37**	-.00
Loyal *(abhängig)*	.26**	.27**	-.07	.10	.21*	.09
Spontan *(borderline)*	.45**	.52**	-.36**	-.30**	.37**	.00
Liebenswürdig *(histrionisch)*	-.03	-.07	.31**	.33**	-.06	.17
Still *(depressiv)*	.49**	.52**	-.46**	-.32**	.41**	-.04
Hilfsbereit *(selbstlos)*	.22*	.26**	-.16	-.02	.17	.00

Tab. 1.7.17: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des BES-K für die neue Stichprobe.

Persönlichkeitsstile *(-störungen):*	**Symptomausprägung**	**Negative Emotionalität**	**Aktivität-Impulsivität**	**Beziehungszufriedenheit**	**Körperliche Beschwerden**	**Zwanghaftigkeit**
Selbstbestimmt *(antisozial)*	-.04	-.10	.19*	.08	-.06	.15
Eigenwillig *(paranoid)*	.41**	.39**	-.45**	-.52**	.35**	-.05
Zurückhaltend *(schizoid)*	.25**	.28**	-.44**	-.42**	.24**	-.12
Selbstkritisch *(selbstunsicher)*	.40**	.52**	-.48**	-.38**	.33**	.06
Sorgfältig *(zwanghaft)*	.08	.02	.12	.14	.15	.07
Ahnungsvoll *(schizotypisch)*	.01	.08	.10	.16	-.02	.18*
Optimistisch *(rhapsodisch)*	-.22*	-.29**	.38**	.33**	-.23**	.09
Ehrgeizig *(narzißtisch)*	-.06	-.08	.17*	.19*	-.12	.23**
Kritisch *(negativistisch)*	.36**	.32**	-.29**	-.33**	.32**	.20*
Loyal *(abhängig)*	.25**	.33**	-.18*	-.10	.13	.11
Spontan *(borderline)*	.54**	.57**	-.63**	-.59**	.40**	-.04
Liebenswürdig *(histrionisch)*	-.24**	-.27**	.48**	.43**	-.23**	.17
Still *(depressiv)*	.56**	.64**	-.70**	-.62**	.44**	-.07
Hilfsbereit *(selbstlos)*	.27**	.27**	-.19*	-.17*	.27**	.05

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Alle Persönlichkeitsstörungen bzw. den ihnen entsprechenden nichtpathologischen Persönlichkeitsstilen, die gemäß die PSI-Theorie mit einer erhöhte Sensibilität für negativen Affekt (selbstunsicher, zwanghaft, schizotypisch, abhängig, borderline, depressiv und hilfsbereit) und/oder einer Hemmung positiven Affektes (paranoid, schizoid, selbstunsicher, negativistisch, abhängig und depressiv) assoziiert sind, korrelieren positiv mit den Subskalen Symptomausprägung, Negative Emotionalität und Körperliche Beschwerden und negativ mit Aktivität/Impulsivität und Beziehungszufriedenheit des BES-K. Die einzige Ausnahme zu diesem Befund stellt der *sorgfältige* Stil dar, der sowohl in der alten als in der neuen Stichprobe keine Korrelationen mit diesem Subskalen zeigt. In beiden Stichproben sind der *depressive* und der *spontane* Stile die Stile die höchste positive Korrelationen mit diesen Subskalen zeigten. Danach kommen der *kritische* und der *selbstunsichere* Stile. Je stärker Personen dieser Stichproben zu einem der genannten Persönlichkeitsstile neigten, desto mehr Symptomausprägung zeigten sie.

Umgekehrt zeigen alle Persönlichkeitsstile, die weder mit A- noch mit A(+) assoziiert sind (antisozial, rhapsodisch, histrionisch, narzisstisch), entweder negative Korrelationen oder keine Korrelationen mit den Skalen Symptomausprägung, Negative Emotionalität und Körperliche Beschwerden und positive Korrelationen mit Beziehungszufriedenheit und Aktivität. Je stärker Personen unserer Stichproben zu einem der genannten Persönlichkeitsstile neigten, desto weniger Symptomausprägung hatten sie. Die einzige Ausnahme zu diesem Profil stellt die Skala „ehrgeizig/narzisstisch“ dar, die in der alten Stichprobe positiv mit Symptomausprägung, Negativer Emotionalität und Körperlichen Beschwerden korrelieren.

Tab. 1.7.18: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des SCL-90 für die alte Stichprobe.

PSSI	SCL 01	SCL 02	SCL 03	SCL 04	SCL 05	SCL 06	SCL 07	SCL 08	SCL 09	GSI	PSDI	PST
Selbstbestimmt	.12	-.10	-.14	-.13	-.04	.16	.01	-.12	-.21	-.04	.15	-.10
Eigenwillig	.20	.31*	.31*	.42*	.08	.04	.04	.31*	.26	.30*	.17	.23
Zurückhaltend	.24	.13	.17	.27*	-.07	.02	-.08	.15	.01	.12	.04	.09
Selbstkritisch	.20	.34*	.36**	.34*	.12	.17	.09	.22	.08	.26	.26	.03
Sorgfältig	.07	-.02	.05	.05	-.06	-.04	-.01	.04	-.23	-.02	.13	-.02
Ahnungsvoll	-.08	.06	.11	.16	.06	-.25	.02	.15	.13	.03	-.03	.08
Optimistisch	-.09	-.19	-.19	-.28*	-.07	.06	.13	-.13	-.23	-.17	-.05	-.16
Ehrgeizig	-.23	.02	-.01	-.09	-.07	-.12	-.04	.09	.08	-.05	.06	-.09
Kritisch	.22	.22	.27*	.30*	.11	-.08	.11	.36*	.19	.21	.23	.16
Loyal	-.04	.06	.07	-.05	-.21	-.14	-.15	.05	-.23	-.05	.06	-.26
Spontan	.26	.40**	.32*	.39**	.10	.09	.09	.30*	.16	.30*	.23	.09
Liebenswürdig	-.01	-.02	-.01	-.05	-.05	.09	.01	.11	-.06	.02	.11	.00
Still	.42**	.49**	.42**	.54**	.34*	.21	.24	.35**	.27*	.50**	.41**	.23
Hilfsbereit	.35**	.26	.40**	.38**	.33*	.22	.28*	.34*	.26	.33*	.25	.22

Tab. 1.7.19: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des SCL-90 für die neue Stichprobe.

PSSI	SCL01	SCL 02	SCL 03	SCL 04	SCL 05	SCL 06	SCL 07	SCL 08	SCL 09	GSI	PSDI	PST
Selbstbestimmt	.13	-.15	.11	-.16	-.17	.09	-.03	.15	.07	-.10	-.18	-.11
Eigenwillig	.32*	.20	.34*	.37**	.32*	.36*	.37*	.36*	.32*	.35*	.32*	.33*
Zurückhaltend	.19	.41**	.22	.33*	.09	.17	.19	.10	.29*	.33*	.32*	.25
Selbstkritisch	.35*	.43**	.44**	.46**	.31*	.38**	.36*	.20	.40**	.41**	.30*	.48**
Sorgfältig	-.25	-.06	.07	.06	.04	-.10	-.14	.09	-.03	-.01	.03	-.02
Ahnungsvoll	.00	-.06	-.02	-.11	-.18	-.16	-.16	.06	.06	-.11	-.09	-.12
Optimistisch	.03	-.25	-.01	-.26	-.26	-.01	-.15	.10	-.04	-.22	-.26	-.02
Ehrgeizig	-.16	-.20	-.01	-.18	-.25	-.02	-.08	.05	.04	-.15	-.22	-.24
Kritisch	.32*	.37**	.37**	.38**	.37**	.24	.26	.38**	.39**	.41**	.36*	.38**
Loyal	.13	.22	.26	.31*	.03	.22	.06	.18	.13	.15	.15	.10
Spontan	.51**	.49**	.52**	.53**	.34*	.45**	.35*	.16	.43**	.43**	.39**	.39**
Liebenswürdig	-.12	-.21	-.15	-.30*	-.43*	-.16	-.51**	-.07	-.31*	-.34*	-.35*	-.40**
Still	.47**	.70**	.50**	.69**	.36*	.47**	.31*	.24	.47**	.62**	.61**	.52**
Hilfsbereit	.37**	.43**	.27	.41**	.03	.23	-.11	.16	.26	.28	.34*	.26

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

In beiden Stichproben zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Skalen des SCL-90 und folgenden Skalen des PSSI-K: *„selbstbestimmt/antisoziale“, „sorgfältig/zwanghafte“, „ahnungsvoll/schizotypisch“, „optimistisch/rhapsodisch“, „ehrgeizig/narzisstisch“*. Die Ergebnisse der Korrelationen zwischen den anderen Skalen des PSSI-K und den Skalen des SCL-90 werden separat für jeden Stil dargestellt.

Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben zeigte dieser Stil positive Korrelationen mit Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Paranoidem Denken und Global Severity Index. Die höchsten Korrelationen zeigten sich mit der Skala Depressivität.

Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben zeigte dieser Stil positive Korrelationen mit Depressivität.

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben zeigte dieser Stil positive Korrelationen mit Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Depressivität. Der Zusammenhang mit der Skala Ängstlichkeit unterscheidet sich in beiden Stichproben. In der neuen Stichprobe korrelieren beide Skalen signifikant miteinander (r =.31), jedoch nicht in der alten.

Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. Negativistische Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben korreliert dieser Stil positiv mit Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Paranoides Denken. In der neue Stichprobe zeigten sich auch positive Korrelationen mit Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Psychotizismus, und den drei allgemeinen Skalen (GSI, PSDI, und PST). Weder in der neuen Stichprobe noch in der alten korreliert dieser Stil mit Aggressivität und Phobischer Angst.

Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung: Es zeigte sich ledig eine positive Korrelation mit Depressivität in der neuen Stichprobe.

Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben zeigte dieser Stil signifikante Korrelationen mit Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Global Severity Index. In der neuen Stichprobe korreliert der spontane Stil mit fast allen Skalen des SCL-90. Die höchsten Korrelationen zeigten sich in dieser Stichprobe mit Depressivität, gefolgt von Unsicherheit im Sozialkontakt.

Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung: In der alten Stichprobe zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. In der neuen korreliert der liebenswürdige Stil mit Depressivität, Ängstlichkeit, Phobischer Angst, Psychotizismus und den drei allgemeinen Skalen.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen dem depressiven Stil und folgenden Symptomen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und Paranoides Denken. Dieser Stil korreliert auch positiv mit den Skalen die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie zeigen: GSI und PSDI.

Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. Selbstlose Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben korreliert dieser Stil signifikant mit Somatisierung und Depressivität.

Es lässt sich in dieser Korrelationsanalyse feststellen, dass Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer erhöhten Bestrafungssensibilität assoziiert sind (selbstkritisch, loyal, spontan, still, hilfsbereit) und/oder mit reduzierter Aktivität des Belohnungssystems [A(+)] (eigenwillig, zurückhaltend, kritisch) positive Korrelationen mit eine Reihe von verschiedenen Skalen des SCL-90 zeigten. Im Gegensatz, die Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer erhöhter Belohnungssensibilität (A+) und/oder einer reduzierter Bestrafungssensibilität (A(-) assoziiert sind

(selbstbestimmt, ehrgeizig, optimistisch, liebenswürdig), zeigten keine signifikante Korrelationen oder negative Korrelationen mit den Symptomskalen des BES-K und SCL-90.

1.7.3.3 Persönlichkeitsstile und Affekt- und Temperamentskomponenten

Um den Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsstilen und die unterschiedliche Affekt- und Temperamentskomponenten (gemessen über des BEF-3) zu ermitteln, wurden Korrelationen berechnet.

Folgende Persönlichkeitsstörungen entsprechende Persönlichkeitsstile zeigten eine ähnlicher Korrelationsmuster: ***der paranoide, der schizoide, der selbstunsichere, der negativistische, der Borderline- und der depressive Stil.*** Alle diese Stile zeigten negative Korrelationen mit den Skalen Freude, Aktivierung und Gelassenheit und positive Korrelationen mit den Skalen Traurigkeit, Erregung und Lustlosigkeit. Gemeinsam ist all diesen Stilen, dass sie mit reduzierter Belohnungssensibilität gekennzeichnet sind, mit Ausnahme des spontanen Stils, der mit erhöhter Belohnungssensibilität assoziiert ist.

Tab. 1.7.20: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des BEF-3 für die alte Stichprobe.

Persönlichkeitsstile *(-störungen):*	**Freude**	**Traurigkeit / Hilflosigkeit**	**Aktivierung**	**Erregung**	**Lustlosigkeit**	**Gelassenheit**	**Ärger**
Selbstbestimmt *(antisozial)*	.29 **	-.06	.35**	-.09	-.07	.15	.15
Eigenwillig *(paranoid)*	-.39**	.37**	-.34**	.38**	.30**	-.33**	.39**
Zurückhaltend *(schizoid)*	-.34**	.23**	-.25**	.26**	.34**	-.28**	.24**
Selbstkritisch *(selbstunsicher)*	-.37**	.58**	-.33**	.52**	.63**	-.38**	.39**
Sorgfältig *(zwanghaft)*	-.01	-.01	.19*	.06	-.02	.08	.03
Ahnungsvoll *(schizotypisch)*	-.11	.42**	-.22*	.39**	.33**	-.23*	.24**
Optimistisch *(rhapsodisch)*	.46**	-.17	.41**	-.23*	-.15	.39**	-.02
Ehrgeizig *(narzißtisch)*	.11	.27**	.00	.20*	.11	-.05	.30**
Kritisch *(negativistisch)*	-.38**	.52**	-.33**	.49**	.44**	-.40**	.39**
Loyal *(abhängig)*	-.20*	.40**	-.12	.35**	.30**	-.29**	.31**
Spontan *(borderline)*	-.37**	.61**	-.34**	.58**	.58**	-.47**	.55**
Liebenswürdig *(histrionisch)*	.43**	-.05	.38**	-.11	-.27*	.22*	.07
Still *(depressiv)*	-.50**	.66**	-.49**	.64**	.67**	-.52**	.45**
Hilfsbereit *(selbstlos)*	-.20*	.30**	-.22*	.24**	.36**	-.21*	.17

Tab. 1.7.21: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des BEF-3 für die neue Stichprobe.

Persönlichkeitsstile *(-störungen):*	**Freude**	**Traurigkeit / Hilflosigkeit**	**Aktivierung**	**Erregung**	**Lustlosigkeit**	**Gelassenheit**	**Ärger**
Selbstbestimmt *(antisozial)*	.07	.05	.16	.01	-.12	.11	.27**
Eigenwillig *(paranoid)*	-.44**	.35**	-.42**	.31**	.38**	-.36**	.27**
Zurückhaltend *(schizoid)*	-.35**	.27**	-.46**	.28**	.46**	-.29**	.14
Selbstkritisch *(selbstunsicher)*	-.38**	.52**	-.44**	.57**	.61**	-.43**	.30**
Sorgfältig *(zwanghaft)*	.05	.05	.15	.18*	-.13	.02	.06
Ahnungsvoll *(schizotypisch)*	.19*	.02	.21*	.10	-.07	.05	-.01
Optimistisch *(rhapsodisch)*	.27**	-.09	.26**	-.16	-.29**	.23**	.11
Ehrgeizig *(narzißtisch)*	.15	-.02	.15	-.07	-.08	.13	.10
Kritisch *(negativistisch)*	-.26**	.46**	-.21*	.42**	.28**	-.29**	.32**
Loyal *(abhängig)*	-.18*	.37**	-.08	.34**	.28**	-.23**	.25**
Spontan *(borderline)*	-.54**	.56**	-.50**	.55**	.60**	-.51**	.42**
Liebenswürdig *(histrionisch)*	.48**	-.15	.48**	-.22**	-.38**	.33**	-.06
Still *(depressiv)*	-.62**	.58**	-.60**	.57**	.75**	-.52**	.39**
Hilfsbereit *(selbstlos)*	-.11	.36**	-.16	.35**	.36**	-.18*	.19**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Umgekehrt zeigten sich bei den Skalen ***„optimistisch/rhapsodisch“*** und ***„liebenswürdig/histrionisch“*** positive Korrelationen mit Freude, Aktivierung und Gelassenheit. Das ist im Einklang mit der postulierten Affektsensibilität (positive Affekt gekoppelt mit gehemmtem negativen Affekt) dieser beiden Stile. Ferner zeigten diese Stile negative Korrelationen mit Erregung und Lustlosigkeit.

Bei *dem* ***sorgfältigen Stil*** zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. Der ***selbstbestimmte Stil*** korreliert in der alten Stichprobe positiv mit Freude und Aktivierung. Das gilt nicht für die neue Stichprobe. In beiden Stichproben zeigten sich keine Korrelationen zwischen dem selbstbestimmten Stil und Traurigkeit, Erregung und Lustlosigkeit. Bei dem ***ehrgeizigen Stil*** zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse in beiden Stichproben. In der alten Stichprobe korreliert dieser Stil positiv mit Traurigkeit, Erregung und Ärger. Im Gegenteil zeigten sich in der neuen Stichprobe keine signifikanten Korrelationen.

Positive Zusammenhänge zeigten sich in beiden Stichproben zwischen *Ärger* und folgenden Persönlichkeitsstile: ***eigenwillig, selbstunsicher, kritisch, loyal, spontan und still.*** In der neuen Stichprobe korrelieren positiv mit Ärger auch der selbstbestimmte und der hilfsbereite Stil. In der alten Stichprobe kommt auch der zurückhaltende Stil hinzu. In beiden Stichproben zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Ärger und den Stilen *sorgfältig, optimistisch und liebenswürdig*.

1.7.3.4 Persönlichkeitsstile und Bedürfnisfrustration

Um den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Persönlichkeitsstilen zu ermitteln, wurden Korrelationen berechnet. Die Korrelationen wurden auch für die Bedürfnisfrustration in jeder der drei Motivbereiche berechnet: Anschluss, Leistung und Macht. Die Ergebnisse für die beiden Stichproben sind in Tabelle 1.7.12 (alte Stichprobe) und 1.7.13 (neue Stichprobe) dargestellt.

Tab. 1.7.22: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Empfindungsskalen des MUT für die Alte Stichprobe (n = 125)

	MUT Empfinden	**Anschluss Empfinden**	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Selbstbestimmt *(antisozial)*	-.25 **	-.30 **	-.12	-.24 **
Eigenwillig *(paranoid)*	.32 **	.30 **	.33 **	.22 *
Zurückhaltend *(schizoid)*	.32 **	.29 **	.26 **	.29 **
Selbstkritisch *(selbstunsicher)*	.73 **	.68 **	.66 **	.59 **
Sorgfältig *(zwanghaft)*	.10	.03	.11	.12
Ahnungsvoll *(schizotypisch)*	.11	.18	.13	-.00
Optimistisch *(rhapsodisch)*	-.26 **	-.28 **	-.20 *	-.20 *
Ehrgeizig *(narzisstisch)*	.21 *	.18 *	.30 **	.08
Kritisch *(negativistisch)*	.54 **	.46**	.55 **	.44 **
Loyal *(abhängig)*	.42 **	.37**	.45 **	.28 **
Spontan *(borderline)*	.57 **	.52**	.57**	.40**
Liebenswürdig *(histrionisch)*	-.24**	-.29**	-.14	-.20*
Still *(depressiv)*	.62**	.54**	.68**	.44**
Hilfsbereit *(selbstlos)*	.42**	.35**	.35**	.39**

Tab. 1.7.23: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Empfindungsskalen des MUT für die neue Stichprobe (n = 137)

	MUT Empfinden	**Anschluss Empfinden**	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Selbstbestimmt *(antisozial)*	-.16	-.13	-.15	-.16
Eigenwillig *(paranoid)*	.37**	.39**	.26**	.33**
Zurückhaltend *(schizoid)*	.45**	.38**	.36**	.45**
Selbstkritisch *(selbstunsicher)*	.78**	.73**	.68**	.68**
Sorgfältig *(zwanghaft)*	.05	.01	.07	.07
Ahnungsvoll *(schizotypisch)*	.06	.00	.07	.08
Optimistisch *(rhapsodisch)*	-.23**	-.25**	-.15	-.22*
Ehrgeizig *(narzisstisch)*	.00	.00	.02	-.02
Kritisch *(negativistisch)*	.48**	.45**	.39**	.44**
Loyal *(abhängig)*	.43**	.42**	.38**	.35**
Spontan *(borderline)*	.71**	.64**	.68**	.57**
Liebenswürdig *(histrionisch)*	-.35**	-.35**	-.21*	-.38**
Still *(depressiv)*	.76**	.68**	.73**	.63**
Hilfsbereit *(selbstlos)*	.43**	.38**	.34**	.41**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

In beiden Stichproben zeigen der ***selbstkritische und der depressive*** Stil signifikant positive Korrelationen mit Bedürfnisfrustration. Die Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI- Theorie mit einer Hemmung positiven Affektes assoziiert sind *(Paranoid, Schizoid, Negativistisch und Abhängig)* zeigen ebenfalls signifikante positive Korrelationen mit Bedürfnisfrustration. Positive Korrelationen zeigen sich ferner für alle Persönlichkeitsstile, die mit einer hohen Sensibilität für Bestrafung assoziiert sind, mit Ausnahme von sorgfältig und ahnungsvoll, die in beiden Stichprobe keine signifikanten Korrelationen mit Bedürfnisfrustration zeigen.

Im Gegensatz dazu zeigen alle Persönlichkeitsstile, die weder mit A– noch mit A(+) assoziiert sind, signifikante negative Korrelationen mit Bedürfnisfrustration. Die einzige Ausnahme zu diesem Befund stellt der *ehrgeizige Stil* dar, der in der alten Stichprobe negativ und in der neuen Stichprobe nicht signifikant mit Bedürfnisfrustration korreliert.

Das Korrelationsprofil zwischen Bedürfnisfrustration und Persönlichkeitsstilen ist in allen Motivbereichen dasselbe, d.h. dass Persönlichkeitsstile die Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung unabhängig von den Motivinhalten beeinflussen. Die einzige Ausnahme von diesem generellen Trend zeigt sich bei den Stilen selbstbestimmt, optimistisch und liebenswürdig: Eine höhere Ausprägung dieser Stile geht im Gegensatz zum Anschluss- und Machtbereich nicht mit einer reduzierten Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich einher.

1.7.3.5 Persönlichkeitsstilen und Stressfaktoren

Tab. 1.7.24: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit Belastung und Bedrohung (SSI-K) für beide Stichproben

	Alte Stichprobe			**Neue Stichprobe**		
PSSI Skalen	**Belastung**	**Bedrohung**	**Belastung & Bedrohung**	**Belastung**	**Bedrohung**	**Belastung & Bedrohung**
Selbstbestimmt	-.05	02	-.01	-.04	-.03	-,04
Eigenwillig	.32**	.38**	.37**	.43**	.46**	,47**
Zurückhaltend	.32**	.28**	.32**	.30 **	.29**	,31**
Selbstkritisch	.37**	.41**	.41**	.40 **	.42 **	,42**
Sorgfältig	.02	.07	.05	.14	.13	,14
Ahnungsvoll	.26**	.24**	.26**	.18*	.18*	,19*
Optimistisch	-.16	-.10	-.13	-.18*	-.16	-,17*
Ehrgeizig	.21*	.15	.14*	.11	.14	,13
Kritisch	.65**	.64**	.68**	.60**	.60**	,62**
Loyal	.36**	.36**	.38**	.26**	.32**	,31**
Spontan	.52**	.50**	.53**	.45**	.45**	,47**
Liebenswürdig	-.10	-.08	-.09	-.11	-.11	-,11
Still	.59**	.59**	.62**	.48**	.50**	,52**
Hilfsbereit	.26**	.31**	.30**	.42**	.42**	,44**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Alle Persönlichkeitsstile, die weder mit A– noch mit A(+) assoziiert sind, zeigten signifikante negative Korrelationen oder keine signifikanten Korrelationen mit Belastung und Bedrohung. Die einzige Ausnahme zu diesem Befund stellt der *ehrgeizige Stil* dar, der in der alten Stichprobe positiv mit Belastung korreliert. Bei dem *sorgfältigen* Stil zeigten sich auch keine Korrelationen mit belastenden und bedrohlichen Ereignissen.

Bei allen anderen Persönlichkeitsstilen zeigten sich positive Korrelationen mit Belastung und Bedrohung. In beiden Stichproben ist der *kritische Stil* der Stil, der signifikant positive Korrelationen mit Belastung und Bedrohung zeigt, gefolgt von dem *stillen* und dem *spontanen Stil.* In beiden Stichproben hat der *ahnungsvolle Stil* das niedrigste Korrelationsniveau sowohl bei Belastung als auch bei Bedrohung.

1.7.3.6 Persönlichkeitsstile und Selbststeuerungskompetenzen (HAKEMP)

Um die Zusammenhang zwischen Selbststeuerungskompetenzen (gemessen über die HAKEMP-90) und Persönlichkeitsstilen (gemessen über die PSSI-K) zu untersuchen, wurden Korrelationen berechnet (Tab 1.7.25).

HOP/LOP: Alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie durch eine niedrige Belohnungssensibilität [A(+)] gekennzeichnet sind (eigenwillig, zurückhaltend, selbstkritisch, kritisch, loyal, still und hilfsbereit) korrelieren negativ mit HOP, d.h. sie sind mit einer Neigung zu prospektiver Lageorientierung (LOP) verbunden

Tab. 1.7.25: Korrelationen der Subskalen des HAKEMP-90 und der Subskalen des PSSI-K.

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
PSSI Skalen	**HOM**	**HOP**	**HOM**	**HOP**
Selbstbestimmt	.16	.01	.17*	.22*
Eigenwillig	-.31**	- .29**	-.40**	-.37**
Zurückhaltend	-.22*	- .27**	-.39**	-.45**
Selbstkritisch	-.46**	- .49**	-.63**	-.57**
Sorgfältig	.03	.16	-.01	.19*
Ahnungsvoll	- .21*	- .21*	.07	.10
Optimistisch	.27**	.18*	.26**	.33**
Ehrgeizig	-.10	.25**	.02	.08
Kritisch	-.32**	-.45**	-.43***	-.32**
Loyal	-.22*	-.25**	-.27**	-.27**
Spontan	-.43**	-.48**	-.61**	-.59**
Liebenswürdig	.22*	.28**	.34**	.40**
Still	-.49**	-.54**	-.66**	-.66**
Hilfsbereit	-.18*	-,18	-.31**	-.25**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Der optimistische und liebenswürdige Stil, die mit einer erhöhten Belohnungssensibilität assoziiert sind, korrelieren positiv mit Prospektiver Handlungsorientierung (HOP).

Bezüglich des selbstbestimmten und der ehrgeizigen Stils sind die Ergebnisse der beiden Stichproben unterschiedlich, zeigen jedoch beide die Tendenz, mit HOP positiv zu korrelieren. Der *sorgfältige* Stil, der mit einer mittleren Ausprägung der Belohnungssensibilität assoziiert ist, korreliert auch positiv mit HOP.

HOM/LOM: Der eigenwillige, der zurückhaltende, der selbstkritische, der kritische, der loyale, der spontane, der stille und der hilfsbereite Stil korrelieren in beiden Stichproben negativ mit der Skala HOM. Bzw. korrelieren sie positiv mit LOM, also mit der Neigung nach einem Misserfolg lageorientiert zu reagieren. Allen diesen Stilen (mit der Ausnahme von dem eigenwillige, dem zurückhaltenden und dem kritischen Stil) ist die erhöhte Belohungssensibilität (A-) gemeinsam. Der eigenwillige und der kritische Stil sind mit reduzierter Bestrafungssensibilität assoziiert, der zurückhaltende Stil durch eine mittlere Bestrafungssensibilität. Sie zeigen trotzdem positive Zusammenhänge mit LOM. Positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen HOM und folgenden

Stile: selbstbestimmt, optimistisch und liebenswürdig, was im Einklang zu der postulierten reduzierten Bestrafungssensibilität dieser Stile steht.

1.7.3 7.Persönlichkeitsstile und Selbststeuerungskompetenzen (SSI-K)

Tab. 1.7.26: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des SSI-K für die alte Stichproben

PSSI-K Skalen	Selbstmotivierung	Aktivierungskontrolle	Selbstbestimmung	Volitionaler Initiative	Volitionaler Aktivität	Konzentration	Zielrelativierung	Unabhängigkeit	Gelassenheit
Selbstbestimmt	.30 **	.20*	.33**	.24**	.10	.03	-.05	.12	.09
Eigenwillig	-.40**	-.27 **	-.18*	-.21*	-.05	-.09	-.18 *	-.16	-.26**
Zurückhaltend	-.37**	-.19 *	-.18*	-.22*	-.03	-.12	-.13	-.18*	-.20*
Selbstkritisch	-.29**	-.18 *	-.28**	-.39**	-.34**	-.47**	-.39 **	-.55**	-.62**
Sorgfältig	.19 *	.05	.32**	.34**	.26**	.13	-.25 **	-.14	.03
Ahnungsvoll	.01	-.02	-.11	-.21*	-.21*	-.31**	-.19*	-.27**	-.33**
Optimistisch	.52 **	.45**	.37**	.27**	.04	.06	-.03	.08	.19 *
Ehrgeizig	.11	.10	-.05	-.19*	-.29**	-.42**	-.27 **	-.28**	-.26**
Kritisch	-.32 **	-.24**	-.28**	-.35**	-.26**	-.42 **	-.28 **	-.46**	-.54**
Loyal	-.06	-.19*	-.14	-.31 **	-.34**	-.37 **	-.32 **	-.44**	-.45**
Spontan	-.34 **	-.30**	-.26**	-.37 **	-.31**	-.50**	-.34 **	-.46**	-.67**
Liebenswürdig	.48**	.21*	.16	.19 *	.06	-.04	-.09	.03	.08
Still	-.37**	-.38**	-.40**	-.53**	-.39**	-.48**	-.39**	-.50**	-.70**
Hilfsbereit	-.13	-.22*	-.25**	-.27*	-.19*	-.20*	-.23 **	-.34**	-.38**

Tab. 1.7.27: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Skalen des SSI-K für die neue Stichprobe

PSSI-K Skalen	Selbstmotivierung	Aktivierungskontrolle	Selbstbestimmung	Volitionaler Initiative	Volitionaler Aktivität	Konzentration	Zielrelativierung	Unabhängigkeit	Gelassenheit
Selbstbestimmt	.13	.14	.28 **	.13	-.01	-.04	.03	.05	.08
Eigenwillig	-.37 **	-.31**	-.41 **	-.47 **	-.39 **	-.43**	-.08	-.44**	-.51**
Zurückhaltend	-.40 **	-.29 **	-.50 **	-.42 **	-.41 **	-.34 **	-.16	-.49 **	-.48 **
Selbstkritisch	-.39 **	-.37 **	-.53 **	-.50 **	-.43 **	-.58 **	-.40 **	-.64 **	-.74 **
Sorgfältig	.20 *	.05	.19 *	.29 **	.22 **	.16	-.43 **	-.10	.02
Ahnungsvoll	.18 *	.01	.14	.18 *	.14	-.12	-.24 **	.07	-.02
Optimistisch	.30 **	.26 **	.40 **	.32 **	.12	.09	-.07	.11	.22**
Ehrgeizig	.17	.08	.21 *	.05	.05	-.17	-.04	-.09	-.03
Kritisch	-.20*	-.16	-.26**	-.24**	-.28**	-.40**	-.32**	-.59**	-.55**
Loyal	-.11	-.13	-.16	-.21*	-.23**	-.39**	-.25**	-.36**	-.40**
Spontan	-.48**	-.32**	-.49**	-.61**	-.51**	-.68**	-.31**	-.58**	-.71**
Liebenswürdig	.51**	.47**	.53**	.43**	.32**	.14	-.04	.25**	.36 **
Still	-.48 **	-.37 **	-.58 **	-.69 **	-.54**	-.65**	-.32**	-.61**	-.75**
Hilfsbereit	-.08	-.05	-.24**	-.16	-.10	-.33**	-.35**	-.38**	-.37**

Tab. 1.7.28: Korrelationen der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) mit den Makroskalen des SSI-K für beide Stichproben

	Alte Stichprobe				**Neue Stichprobe**			
	Selbstbestimmung Makro	**Zielumsetzung Makro**	**Lageorientierung Makro**	**Zielorientierung Makro**	**Selbstbestimmung Makro**	**Zielumsetzung Makro**	**Lageorientierung Makro**	**Zielorientierung Makro**
Selbstbestimmt	.36**	.27**	-.08	-.02	,21*	,19*	-,03	-,05
Eigenwillig	-.41**	-.20*	.19*	.31**	-,42**	-,45**	,49**	,43**
Zurückhaltend	-.34**	-.33**	.20*	.26**	-,46**	-,44**	,44**	,47**
Selbstkritisch	-.30**	-.33**	.51**	.66**	-,49**	-,48**	,56**	,72**
Sorgfältig	.18*	.29 **	-.23**	.28**	,17*	,12	-,25**	,21*
Ahnungsvoll	-.04	-.23**	.28**	.30**	,13	,10	-,07	,07
Optimistisch	.58**	.41**	-.15	-.10	,36**	,38**	-,18*	-,09
Ehrgeizig	.12	-.08	.33**	.29**	,18*	,17*	,04	,07
Kritisch	-.37**	-.37**	.50**	.60**	-,24**	-,29**	,35**	,62**
Loyal	-.10	-.19*	.40**	.49**	-,15+	-,18*	,31**	,41**
Spontan	-.38**	-.41**	.54**	.66**	-,50**	-,63**	,68**	,66**
Liebenswürdig	.39**	.29**	-.15	-.04	,58**	,48**	-,33**	-,23**
Still	-.46**	-.52**	.60**	.66**	-,55**	-,70**	,70**	,68**
Hilfsbereit	-.23*	-.25**	.24**	.40**	-,14	-,19*	,23**	,44**

Selbstregulation *(Selbstmotivierung, Selbstbestimmung, Aktivierungskontrolle)*

In der Tendenz der Korrelationen ist zu erkennen, dass alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer niedrigen dispositionellen Belohnungssensibilität (eigenwillig, zurückhaltend, selbstkritisch, kritisch, loyal, hilfsbereit und depressiv) assoziiert sind, negative Korrelationen mit den Skalen der Selbstregulation zeigten. Das gilt auch für die Skala „spontan/borderline". Je stärker Personen dieser Stichproben zu einem diese Persönlichkeitsstile neigten, desto weniger Selbstregulationskompetenzen verfügen.

Umgekehrt ist in der Tendenz der Korrelationen zu erkennen, dass die Stile die mit einer erhöhten Belohnungssensibilität und einer niedrigen oder mittleren Bestrafungssensibilität verbunden sind, positive Korrelationen mit den Skalen der Selbstregulation zeigen, insbesondere der optimistische und der liebenswürdige Stil.

Selbstkontrolle:

Negative Zusammenhänge zeigten sich zwischen den bestrafungssensiblen Stilen und der Skala der Zielrelativierung. Das gilt insbesondere für den selbstunsicheren und den depressiven Stil. Je stärker Personen unserer Stichproben zu diesen Persönlichkeitsstilen neigten, desto mehr waren sie auch zielfixiert. In Gegensatz dazu zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen den belohungssensiblen Stilen und dieser Skala. Je stärker Personen zu diesen Stilen neigten, desto geringer war ihre Zielfixierung.

Beim ehrgeizigen Stil, der auch mit A+ assoziiert ist, zeigte sich ein differenzierteres Muster: dieser Persönlichkeitsstil korreliert negativ mit Zielrelativierung.

Willensbahnung *(Volitionaler Initiative, Volitionaler Aktivität, Konzentration):* In beiden Stichproben zeigten sich negative Zusammenhänge zwischen der Skala Volitionaler Initiative und folgende Persönlichkeitsstilen: eigenwillig, zurückhaltend, selbstkritisch, loyal, spontan, still und hilfsbereit. Diese Persönlichkeitsstile zeigten auch negative Korrelationen mit der Skala Volitionaler Aktivität und Konzentration. Je stärker Personen dieser Stichproben zu diesen Stilen neigten, desto mehr zeigten sie Initiativmangel, Volitionaler Passivität und Konzentrationsschwäche (Intrusionen).
Ein positiver Zusammenhang zeigte sich zwischen dem zwanghaften Stil und Volitionaler Initiative und Volitionaler Aktivität. In allgemein zeigten sich keine signifikante Zusammenhänge zwischen den Skalen der Willensbahnung und dem selbstbestimmten Stil. Es zeigte sich eine positive Korrelation mit der Skala Volitionaler Aktivität, aber nur in der neuen Stichprobe. Der optimistische und der liebenswürdige Stil korrelieren positiv mit den Skalen der Willensbahnung, insbesondere mit Volitionaler Initiative und Volitionaler Aktivität.

Selbstbahnung *(Unabhängigkeit, Gelassenheit):* Theoriegemäß zeigten sich negative Korrelationen zwischen den Skalen der Selbstbahnung und den Persönlichkeitsstörungen bzw. den ihnen entsprechenden nichtpathologischen Persönlichkeitsstilen, die gemäß die PSI-Theorie mit einer erhöhte Sensibilität für negativen Affekt (selbstunsicher, zwanghaft, schizotypisch, abhängig, Borderline, depressiv und hilfsbereit) assoziiert sind.

Makroskalen: In der Tendenz der Korrelationen ist zu erkennen, dass die belohnungssensiblen Stile Ähnlichkeiten aufweisen. Sie korrelieren positiv mit Selbstbestimmung und Zielumsetzung und negativ mit Lageorientierung und Zielorientierung. Für die bestrafungssensiblen Stile zeigte sich das umgekehrte Muster von Korrelationen.

1.7.4 Selbststeuerung (HAKEMP)

Die beiden Skalen des HAKEMP wurden miteinander korreliert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1.7.2.9 wiedergegeben. Die Subskalen des HAKEMP-90 zeigten eine positive Korrelation.

Tab. 1.7.29: Korrelationen HAKEMP Skalen untereinander für die beide Stichprobe.

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
HOM -HOP	.62 **	.66 **

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

1.7.4.1 Selbststeuerung und Bedürfnisfrustration

Um den Zusammenhang zwischen den beiden Handlungskontrolldispositionen und Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT) zu untersuchen, wurden Korrelationen berechnet. Die Ergebnisse für beide Stichproben sind in Tabelle 1.7.14 dargestellt.

Tab. 1.7.30: Korrelationen des HAKEMP-90 mit der Skala Empfinden des MUT für beide Stichproben.

	Alte Stichprobe	Neue Stichprobe
HOM	-. 51 **	-.71 **
HOP	-. 50 **	-.57 **

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Die *HOM Skala* zeigte negative Korrelationen mit der Subskala MUT-Empfinden in beiden Stichproben: Je stärker die Handlungsorientierung nach Misserfolg desto geringer die Neigung zu Bedürfnisfrustration. Anders formuliert: Je größer die Lageorientierung nach Misserfolg desto größer die Bedürfnisfrustration.

Die *HOP Skala* zeigte negative Korrelationen mit der Subskala MUT-Empfinden in beiden Stichproben: Je stärker der prospektive Handlungsorientierung desto niedriger die Neigung zu Bedürfnisfrustration. Anders formuliert: Je stärker der prospektive Lageorientierung desto stärker die Bedürfnisfrustration.

1.7.4.2 Selbststeuerung und Stressfaktoren

Die Korrelationen zwischen den Subskalen des HAKEMP-90 und den Subskalen Belastung und Bedrohung des SSI-K sind in der Tabelle 1.7.3.1 dargestellt.

Tab. 1.7.31:

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
	Belastung	Bedrohung	Belastung	Bedrohung
HOM	-.35**	-.33**	-.50 **	-.44 **
HOP	-.38**	-.31**	-.40 **	-.36 **

In beiden Stichproben korrelieren die Subskalen HOM (Handlungsorientierung nach Misserfolg) und HOP (prospektive Handlungsorientierung) negativ sowohl mit Belastung als auch mit Bedrohung. Theoriegemäß korreliert subjektive Belastung signifikant mit prospektiver Lageorientierung (LOP). Dieser Annahme bestätigt sich in der alte Stichprobe, jedoch nicht in der neuen Stichprobe. In dieser Stichprobe korreliert Belastung höher mit LOM. Subjektive Bedrohung korreliert theoriegemäß in beiden Stichproben höher mit misserfolgsbezogener Lageorientierung (LOM).

1.7.4.3 Selbststeuerung und Symptomatologie

Um den Zusammenhang zwischen den beiden Handlungskontrolldispositionen (HOM/HOP) und der Symptomatologie (Subskalen BES-K und SCL-90) zu untersuchen, wurden Korrelationen berechnet. Die Ergebnisse für beide Stichproben sind in Tabelle 1.7.32 dargestellt.

Im Einklang mit den Erwartungen korrelieren die Subskalen HOM (Handlungsorientierung nach Misserfolg) und HOP (prospektive Handlungsorientierung) negativ mit einer Reihe von Symptomskalen. Je stärker die Handlungsorientierung desto niedriger die Neigung zu Symptomentwicklung. Umgekehrt: Je größer die Lageorientierung desto stärker die Neigung zu

Symptomentwicklung. Ferner korrelieren HOM und HOP, d.h. die umgepolten Skalen LOM und LOP, positiv mit Beziehungszufriedenheit und Aktivität.

Tab. 1.7.32: Korrelationen der BES-K- und SCL-90-Skalen mit HOM und HOP (HAKEMP-90) für beide Stichproben

		Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
		HOM	**HOP**	**HOM**	**HOP**
BES-K	Symptomausprägung	- .38**	- .34**	-.51 **	-.44 **
	Negative Emotionalität	- .37**	- .41**	-.50**	-.45 **
	Aktivität – Impulsivität	.39**	37**	.58**	.60 **
	Beziehungszufriedenheit	.36**	.36**	.49**	.48 **
	Körperliche Beschwerden	- .28**	- .35**	-.43**	-.39 **
	Zwanghaftigkeit	.16	.09	.09	.14
SCL - 90	Somatisierung	-.04	-.02	-.22	-.31*
	Zwanghaftigkeit	-.35**	-.25	-.45**	-.51**
	Unsicherheit in Sozialkontakt	-.16	-.09	-.34 *	-.07
	Depressivität	-.33*	-.16	-.51**	-.42**
	Ängstlichkeit	-.22	.01	-.34*	-.10
	Aggressivität	-.02	.08	-.33*	-.21
	Phobische Angst	-.20	.03	-.23	-.22
	Paranoides Denken	-.11	-.12	-.08	.23
	Psychotizismus	-.24	-.08	-.32*	-.20
	GSI	-.25	-.09	-.32*	-.26
	PSDI	-.17	-.10	-.31*	-.25
	PST	-.11	.05	-.31*	-.23

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

In beiden Stichproben zeigte HOM mehr und höhere negative Korrelationen mit den Skalen des SCL-90 als HOP. Eine Tendenz zu Misserfolgsbezogener Lageorientierung (LOM) ging in beiden Stichprobe mit einer Tendenz zu Zwanghaftigkeit, Depressivität und eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie. Außerdem geht LOM in der neue Stichproben auch mit folgende Symptomen einher: Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Aggressivität. Die Korrelationen in der alten Stichprobe zeigten sich in dieselbe Richtung, waren jedoch niedriger und teilweise nicht signifikant.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Tendenz zu lageorientierter Präokkupation (LOM) oder Zögerlichkeit (LOP) in Übereinstimmung mit den Erwartungen mit einer Tendenz zu Symptomentstehung einhergeht. Anhand der Korrelationen scheinen Lageorientierte nach Misserfolg mehr Symptome als Prospektiv Lageorientierte zu entwickeln.

1.7.4.4 Selbststeuerung und Affekt- und Temperamentskomponenten

Die Subskalen HOM (Handlungsorientierung nach Misserfolg) und HOP (prospektive Handlungsorientierung) korrelieren positiv mit Aktivierung, Gelassenheit und Freude. Weiterhin korrelieren diese Skalen negativ mit den beiden Maßen für negativen Affekt (Erregung und Traurigkeit) und mit Lustlosigkeit.

Tab. 1.7.33: Korrelationen des BEF-3 mit HOM und HOP (HAKEMP-90) für beide Stichproben

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
BEF-3	**HOM**	**HOP**	**HOM**	**HOP**
Aktivierung	.38**	.47**	.45**	.64**
Erregung	-.34**	-.40**	-.54**	-.47**
Lustlosigkeit	-.40**	-.57**	-.54**	-.64**
Gelassenheit	.41**	.36**	.52**	.52**
Ärger	-.23*	-.29**	-.37**	-.26**

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

1.7.5 Depressiver Stil und Depressivität

In der vorliegenden Arbeit wird der Vermittlungsfunktion von Depression als affektive Störung und Depression als Persönlichkeitsstil überprüft und verglichen (Frage 4.3.2). Im Folgenden werden alle die in diesem Kapitel dargestellten Korrelationen für die Skala „still/depressiv“ des PSSI-K zusammengefasst.

Tab. 17.34 Korrelationen der Skala „still/depressiv“ des PSSI-K mit den Skalen des BEF-3, BES-K und SCL-90 nach einer Teilung der Stichprobe am Median der Depressivität (Skala des SCL-90).

BEF-3	Niedrige Depressivität (n =51)	Hohe Depressivität (n = 52)
Gelassenheit A (-)	-.21	-.24
Aktivierung T+	-.33*	-.42 **
Freude A+	-.54**	-.35 **
Traurigkeit/Hilflosigkeit A -	.35*	.52 **
Erregung T-	.49**	.47 **
Lustlosigkeit A(+)	.58**	.70 **
Ärger	.31*	.18
BES-K		
Symptomausprägung	.38**	.36**
Negative Emotionalität	.44**	.44**
Aktivität-Impulsivität	-.44**	-.35*
Beziehungszufriedenheit	-.56**	-.28*
Körperliche Beschwerden	.46**	.25
Zwanghaftigkeit	-.29*	.22
SCL-90		
Somatisierung	.30 *	.10
Zwanghaftigkeit	.23	.51**
Unsicherheit im Sozialkontakt	-.01	.23
Depressivität	.22	.48**
Ängstlichkeit	-.07	.19
Aggressivität/Feindseligkeit	.02	.13
Phobische Angst	-.02	.19
Paranoides Denken	-.15	.05
Psychotizismus	.00	.11
GSI	.14	.35*
SCL PSDI	.13	.37**
SCL PST	.04	.02

*p <.05 **p <.01 (zweiseitig)

Symptomen: Der Skala „still/depressiv“ zeigt in beiden Stichproben signifikante hohe Korrelationen mit der Skala SCL-04 (Depressivität).

Affekt und Temperamentskomponenten (BEF-3): Die Korrelationsanalysen zeigten, das der depressive Stil gemessen über den PSSI-K in beiden Stichproben negativ mit Freude, mit Aktivierung und mit Gelassenheit, und positiv mit Traurigkeit/Hilflosigkeit, Lustlosigkeit, Erregung und Ärger korreliert. In beiden Stichproben zeigten sich die höchsten Korrelationen mit Lustlosigkeit.

Andere Persönlichkeitsstile (PSSI-K): Die Skala „still/depressiv" zeigte hohe Korrelationen mit den anderen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K). Die Ergebnisse der beiden Stichproben gehen in dieselbe Richtung:

- Der depressive Stil zeigte positive Korrelationen mit folgenden Persönlichkeitsstörungen (bzw. den entsprechenden Persönlichkeitsstilen): *paranoid*, *schizoid*, *selbstunsicher*, *negativistisch*, *abhängig, hilfsbereit* und *Borderline*. Dieser Zusammenhang war besonders hoch mit dem Borderline- und dem selbstunsicheren Stil, und in geringerem Maße auch mit dem negativistischen Stil.
- Der depressive Stil zeigte negative Korrelationen mit den Skalen *liebenswürdig* und *optimistisch*. In der neuen Stichprobe zeigten sich auch negative Korrelationen mit dem selbstbestimmten Stil.
- Keine signifikanten Korrelationen zeigten sich mit dem sorgfältigen und dem ehrgeizigen Stil.

Handlungskontrolldispositionen (HAKEMP-90): Die Korrelationen mit den Subskalen des Handlungskontrollfragebogens (HAKEMP-90) zeigten, dass der depressive Stil sehr hohe negative Korrelationen sowohl mit HOM als mit HOP hatte. Weiterhin zeigte der depressive Stil unter allen PSSI-Skalen die höchsten negativen Korrelationen mit diesen HAKEMP-Skalen. Eine Tendenz zum depressiven Stil ging demnach mit einer verstärkten Tendenz zu Lageorientierung (Prospektiv und nach Misserfolg) einher.

Mediansplits für Depressivität: In der vorliegende Arbeit wird die Vermittlungsfunktion des depressiven Stils mit einem Mediansplit für Depressivität analysiert. Die Ergebnisse der Korrelationen zwischen dem depressiven Stil und den BEF-3, BES-K, SCL-90 nach einer Teilung in der Stichprobe in niedriger und hoher Depressivität sind in Tabelle 1.7.34 dargestellt.

Bezüglich der Emotionskomponenten (BEF-3) zeigten die Korrelationsanalysen, dass der depressive Stil in beiden Untergruppen (hoch versus niedrige Depressivität) mit Traurigkeit, Erregung und Lustlosigkeit positiv korreliert. Die Korrelationen für Traurigkeit sind höher in der Gruppe mit hoher Depressivität. Das gilt nicht für die Skala Erregung. Umgekehrt sind die Korrelationen für reduzierte Freude höher in der Gruppe mit niedriger Depressivität. Interessanterweise korreliert der Depressive Stil mit Ärger in der Gruppe mit niedriger Depressivität, jedoch nicht in der Gruppe mit hoher Depressivität. Je niedriger der Depressivität (Achse I), desto stärker erleben Probanden mit einem depressiven Stil Ärger.

In der Gruppe mit niedriger Depressivität korreliert der depressive Stil lediglich mit Somatisierung. Je niedriger die Depressivität, desto weniger entwickeln Probanden mit einem depressiven Stil andere Symptome. Der Skala „still/depressiv“ zeigt keine Korrelationen mit der Skala Depressivität des SCL-90 in der Gruppe mit niedriger Depressivität. In der Gruppe mit hoher Depressivität korreliert der depressive Stil mit Depressivität, Zwanghaftigkeit und der Skalen der eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen (GSI und PSDI). Je stärker die Depressivität, desto mehr erlebten Personen mit außerdem einem depressiven Stil die erwähnten Symptome.

1.7.6 ZUSAMMENFASSUNG FRAGEBÖGENKORRELATIONEN

Die Korrelationen zeigten den erwarteten Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung. Dieser Zusammenhang passt zu der Annahme, dass Bedürfnisfrustration und Stress mit Symptomentstehung einhergeht. Ferner zeigen die Korrelationen, dass Bedrohung mit mehr Symptomen als Belastung korreliert.

Weiterhin zeigten die Korrelationen den erwarteten Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und negative Emotionen (Traurigkeit und Erregung). Bedürfnisfrustration geht auch mit Lustlosigkeit und Ärger einher. Die Korrelationen untermauern auch den erwarteten Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und negative Emotionen.

Alle Persönlichkeitsstile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer Hemmung positiven Affektes (Paranoid, Schizoid, Selbstunsicher, Negativistisch, Abhängig, Depressiv) und/oder mit negativem Affekt (Selbstunsicher, Zwanghaft, Schizotypisch, Abhängig, Borderline, Depressiv, und Hilfsbereit) assoziiert sind, korrelieren durchweg positiv mit Symptomausprägung und mit einer Reihe von Symptomen (Subskalen des BES-K und SCL-90). Der einzigen Ausnahme zu diesem Befund stellt der sorgfältige Stil dar, der sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe keine Korrelationen mit den Symptomskalen zeigt.

Ferner zeigten die erwähnten Stile negative Korrelationen mit Freude, Aktivierung und Gelassenheit (BEF-3) und positive Korrelationen mit den Skalen Traurigkeit, Erregung, Lustlosigkeit und Ärger. Positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen diese Stile und Bedürfnisfrustration. Analoges lässt sich sagen für Bedrohung und Belastung.

Umgekehrt zeigten durchweg die Persönlichkeitsstile, die weder mit A- (also einer erhöhten Aktivität des Bestrafungssystems) noch mit A (+) (einer reduzierten Aktivität des Belohnungssystems) assoziiert sind, entweder negative Korrelationen oder keine Korrelationen mit Symptomausprägung und mit den anderen Symptomskalen. Die Persönlichkeitsstile sind selbstbestimmt, ehrgeizig, optimistisch, liebenswürdig. Bei dem ehrgeizigen Stil zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse in beiden Stichproben.

ERGEBNISSE TEIL I

1. PERSÖNLICHKEITSSTILE (PSSI-K)

1.1 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

Um die Vermittlungsrolle von Persönlichkeitsstilen im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen zu untersuchen (Frage 1.1), wurden Mediationsmodelle überprüft. Dazu wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet (Baron & Kenny, 1986):

(1) Im ersten Schritt wurde jeweils der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium untersucht (Pfad *a* in Abb.1)

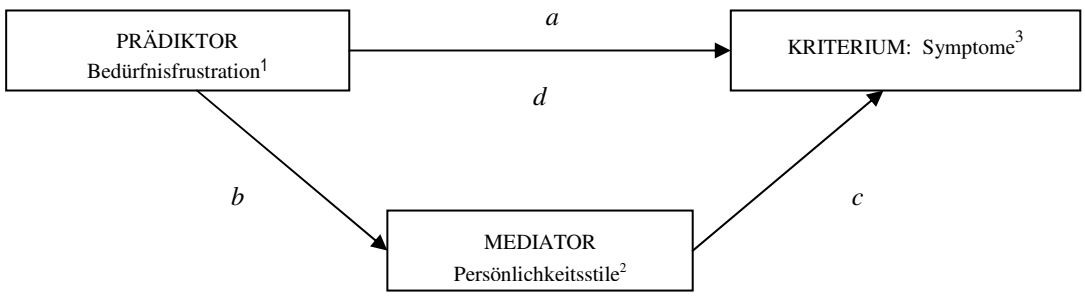
(2) Im zweiten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor und dem Mediator untersucht (gehört zum Pfad *b* in Abb.1)

(3) Im dritten Schritt wurde untersucht, ob der Mediator das Kriterium signifikant über den Einfluss des Prädiktor hinaus vorhersagt (gehört zum Pfad *c* in Abb.1)

(4) Im vierten Schritt wurde untersucht, ob der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium nicht mehr signifikant war, wenn der Einfluss des Mediators kontrolliert wurde (gehört zum Pfad *d* in Abb.1. Ferner wurde immer der Test zur Überprüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhanges (Sobel, 1982) gerechnet. Alle Variablen wurden standardisiert (z-Wert).

In den Analysen wurde die Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT) als Prädiktor eingegeben. Als Mediator wurde jeweils einer der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) eingegeben. Als Kriterium wurden die unterschiedlichen Symptomskalen des BES-K und SCL-90 verwendet. Die Auswertungsstrategie wurde auf die alte und die neue Stichprobe getrennt angewendet. Abbildung 1 veranschaulicht das allgemeine Mediationsmodell.

Abb. 1. Allgemeines Mediationsmodell



1. Prädiktor: Die Empfindungsskala des MUT (Summenwerte der drei Bedürfnisfrustrationsskalen)
2. Mediator: Alle die Subskalen des PSSI-K
3. Kriterium: Alle die Subskalen des BES-K und SCL-90

Aufgrund der großen Anzahl von Variablen werden nur die wichtigsten Mediationsmodelle, die signifikant waren, ausführlich dargestellt. Die anderen Ergebnisse finden sich im Anhang B. Ferner der Übersichtlichkeit halber finden sich die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den meisten Mediationsmodellen im Anhang B (Abschnitt 1).

Tabelle 1.3 veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren (d.h. wenn die erwähnten vier Kriterien der vier Schritte erfüllt wurden und der Sobel Test signifikant war), getrennt für beide Stichproben.

Ergebnisse:

Im ***ersten Schritt*** (Pfad *a* in Abb.1) wurde der direkte Einfluss von Bedürfnisfrustration (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptome (Kriterium) untersucht. In Tabelle 1.1 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt. In beiden Stichproben war Bedürfnisfrustration ein signifikanter Prädiktor für alle Subskalen des BES-K. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala „Zwanghaftigkeit". In der neuen Stichprobe war Bedürfnisfrustration ein Prädiktor für alle Subskalen des SCL-90, während in der alten Stichprobe Bedürfnisfrustration ein signifikanter Prädiktor für die Subskalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Global Severity Index, und Positive Syndrom Distress Index war. Bedürfnisfrustration war in beiden Stichproben ein marginal signifikanter Prädiktor für Paranoides Denken. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Bedürfnisfrustration ein signifikanter Prädiktor für die Entstehung von verschiedenen Symptomen sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe war.

Tab. 1.1: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	,40 ***	4,80	,43 ***	5,45
Negative Emotionalität (BES-K)	,43 ***	5,31	,48 ***	6,41
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-,24 **	-2,68	-,52 ***	- 7,15
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-,20 *	-2,28	-,48 ***	- 6,32
Körperliche Beschwerden (BES- K)	,29 **	3,37	,35 ***	4,27
Zwanghaftigkeit (BES- K)	,04 *ns*	,46	-,05 ns	-,62
Somatisierung (SCL-90)	,13 ns	,97	,43 **	3,22
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	,34 **	2,66	,60 ***	5,06
Unsicherheit in Sozialkontakt (SCL-90)	,41 **	3,24	,49 ***	3,78
Depressivität (SCL-90)	,29 *	2,19	,59 ***	4,83
Ängstlichkeit (SCL-90)	,12 ns	,84	,37 **	2,70
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	-,02 ns	-,14	,44 **	3,36
Phobische Angst (SCL-90)	,14 ns	1,05	,33 *	2,37
Paranoides Denken (SCL-90)	,26 +	1,92	,26 +	1,84
Psychotizismus (SCL-90)	,14 ns	,99	,52 ***	4,13
Global Severity Index (SCL-90)	,27 *	2,01	,58 ***	4,81
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	.,30 *	2,32	,52 ***	4,08
Positive Symptom Total (SCL-90)	,07 ns	,54	,54 ***	4,33

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Im ***zweiten Schritt*** (Pfad *b* Abb.1) wurde der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor (Bedürfnisfrustration) und jeder einzelnen PSSI-K Subskalen (Mediator) untersucht. In Tabelle 1.2 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt.

Tab. 1.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator).

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,25**	-2,91	-,16 +	-1,90
Eigenwillig / Paranoid	,32***	3,78	,37***	4,58
Zurückhaltend / Schizoid	,32***	3,73	,49***	5,83
Sorgfältiger / Zwanghaft	,10 ns	1,10	,05 ns	,62
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,11 ns	1,27	,06 ns	,71
Optimistisch / Rhapsodisch	-,26**	-2,93	-,23 **	-2,77
Liebenswürdig / Histrionisch	-,24**	-2,73	-,35***	-4,40
Ehrgeizig / Narzisstisch	,21*	2,36	,00 ns	,02
Loyaler / Abhängig	,42***	5,07	,43***	5,50
Spontan / Borderline	,57***	7,60	,71***	11,63
Altruistisch / Selbstlos	,42***	5,07	,43***	5,46
Kritisch / Negativistisch	,54***	7,18	,48***	6,23
Still / Depressiv	,62***	8,87	,76***	13,66
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,73***	11,86	,78***	14,59

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.1 ERGEBNISSE FÜR EINZELNE PERSÖNLICHKEITSSTILE

Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung: In der alten Stichprobe war Bedürfnisfrustration ein signifikanter Prädiktor für den selbstbestimmten Stil (siehe Tab. 1.2), während sie in der neuen Stichprobe nur marginal signifikanter (siehe Tab. 1.2). Bedürfnisfrustration geht mit einem reduzierten selbstbestimmten Stil einher. Der selbstbestimmte Stil war kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Das gilt für beide Stichproben (siehe Tab. 1.3).

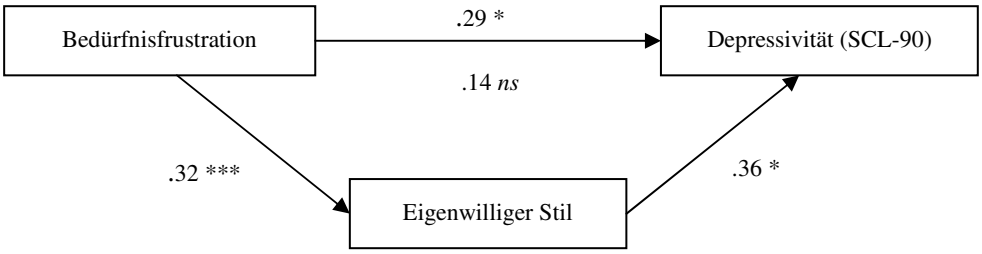
Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für den eigenwilligen Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

In der *alten Stichprobe* war die Mediationsrolle des eigenwilligen Stils signifikant für Beziehungsunzufriedenheit (Subskala Beziehungszufriedenheit des BES-K) und Depressivität (SCL-90). Der eigenwillige Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und diesen Symptomen. Im Folgenden wird das Mediationsmodell für *Depressivität* ausführlich dargestellt:

Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Depressivität, (β =.29, $t(53)$=-2.19, p<.05). Wenn Bedürfnisfrustration und ein eigenwilliger Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der eigenwillige Stil Depressivität vorher (β = .36, $t(52)$= 2.62, p<.05). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und

Depressivität, wenn der eigenwillige Stil kontrolliert wird (β = .14, $t(53)$ = 1.06, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.10, $p<.05$) und ist in Abbildung 2 dargestellt. Der eigenwillige Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität.

Abb. 2. *Alte Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.10, $p<.05$)



In der *neuen Stichprobe* war die Mediationsrolle des eigenwilligen Stils lediglich für die Subskala Paranoides Denken des SCL-90 signifikant. Der Mediationsstatus des eigenwilligen Stils konnte nicht für dieselben Symptome repliziert werden.

Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für den zurückhaltenden Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

In der *alten Stichprobe* war die Mediationsrolle des zurückhaltenden Stils signifikant für Beziehungsunzufriedenheit (Subskala Beziehungszufriedenheit des BES-K) und für Passivität (Subskala Aktivität des BES-K). Der zurückhaltende Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und diesen Symptomen. Die Ergebnisse der alten Stichprobe wurden in der neuen Stichprobe nicht repliziert.

In der *neuen Stichprobe* war kein Mediationsmodell mit einem zurückhaltenden Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung signifikant.

Sorgfältiger Persönlichkeitsstil bzw. zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war kein signifikanter Prädiktor für den sorgfältigen Stil weder in der alten noch in der neuen Stichprobe. In beiden Stichproben war der sorgfältige Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war kein signifikanter Prädiktor für den ahnungsvollen Stil weder in der alten noch in der neuen Stichprobe. Der ahnungsvolle Stil war kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Das gilt für beide Stichproben.

Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für den optimistischen Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

Alte Stichprobe: In dieser Stichprobe war die Mediationsrolle von einem optimistischen Stil signifikant für die Subskalen Aktivität und Beziehungszufriedenheit des BES-K.
Neue Stichprobe: In dieser Stichprobe war kein Mediationsmodell mit einem optimistischen Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung signifikant.

Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für den ehrgeizigen Stil in der alten Stichprobe. In der neuen Stichprobe war Bedürfnisfrustration kein signifikanter Prädiktor für einen ehrgeizigen Stil. In beiden Stichproben war ein ehrgeiziger Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für den kritischen Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

Alte Stichprobe: In dieser Stichprobe war die Mediationsrolle des kritischen Stils signifikant für die Subskalen Körperliche Beschwerden, Beziehungszufriedenheit und Aktivität des BES-K und die Subskala Paranoides Denken des SCL-90. Der kritische Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Körperlichen Beschwerden, Beziehungsunzufriedenheit, einer reduzierten Aktivität und Paranoidem Denken. Im Folgenden wird das Mediationsmodell für *Paranoides Denken* ausführlich dargestellt:

Paranoides Denken (SCL-90): Bedürfnisfrustration war ein marginal signifikanter Prädiktor für Paranoides Denken, (β =.26, t(46) =1.84, p<.10). Wenn Bedürfnisfrustration und ein kritischer Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der kritische Stil Paranoides Denken vorher (β =.33, t(45) = 2.15, p<.05). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoidem Denken, wenn der kritische Stil kontrolliert wird (β = .11, t(46) =.68, *ns)*. Das Modell ist in Abbildung 3 dargestellt. Das Mediationsmodell war im Sobel Test marginal signifikant (z = 2.01, p<.10). Der kritische Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoidem Denken. Das gilt auch für die *neue Stichprobe:* In dieser Stichprobe war die Mediationsrolle des kritischen Stils signifikant für die Subskala Paranoides Denken des SCL-90 (Abb. 4)

Abb. 3. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test marginal signifikant (z = 2.01, p<.10).

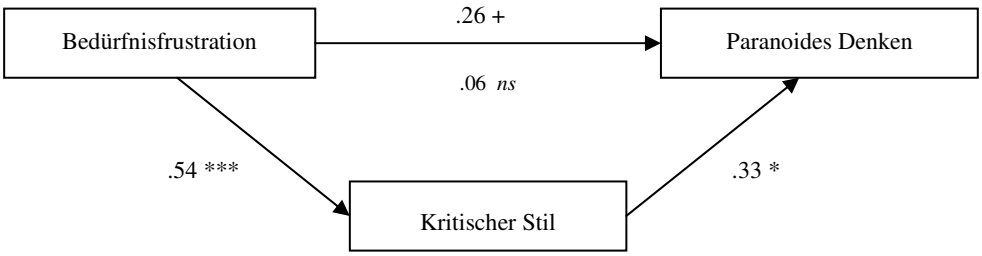
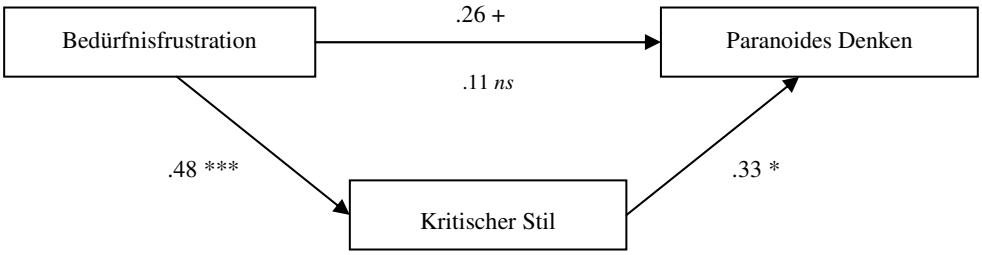


Abb. 4. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test marginal signifikant (z = 1.91, p<.10)



Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für einen loyalen Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe. In beiden Stichproben war ein loyaler Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für den spontanen Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

Alte Stichprobe: In dieser Stichprobe war die Mediationsrolle des spontanen Stils signifikant für die folgenden Symptomen: Körperliche Beschwerden (BES-K), Passivität (Subskala Aktivität des BES-K), Beziehungsunzufriedenheit (Subskala Beziehungszufriedenheit des BES-K), Zwanghaftigkeit (SCL-90) und Depressivität (SCL-90).

Neue Stichprobe: In dieser Stichprobe war die Mediationsrolle von einem spontanen Stil signifikant für die Subskalen Symptomausprägung (BES-K), Negative Emotionalität (BES-K), Körperliche Beschwerden (BES-K), Beziehungsunzufriedenheit (BES-K), Somatisierung (SCL-90) und Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90).

Das Profil der Symptome war nicht identisch in den beiden Stichproben. Der spontane Stil konnte als signifikanter Mediator für die Symptome Körperliche Beschwerden und Beziehungsunzufriedenheit repliziert werden.

Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für den liebenswürdigen Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

In der *alten Stichprobe* war die Mediationsrolle des liebenswürdigen Stils signifikant für die Subskala Beziehungszufriedenheit (BES-K). Der liebenswürdige Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungszufriedenheit.

Die Ergebnisse von der alten Stichprobe wurden in der neuen Stichprobe nicht repliziert: In dieser Stichprobe war der liebenswürdige Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für den hilfsbereiten Stil sowohl in den alten Stichproben als auch in der neuen Stichprobe.

In der *alten Stichprobe* war die Mediationsrolle des hilfsbereiten Stils signifikant für die Subskalen Depressivität und Paranoides Denken des SCL-90, während in der neuen Stichprobe kein Mediationsmodell mit diesem Stil signifikant war.

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:

Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für den selbstunsicheren Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

Alte Stichprobe: Der selbstunsichere Stil war in der alten Stichprobe ein Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung (Subskala BES-K).

Neue Stichprobe: Der selbstunsichere Stil war in der neuen Stichprobe ein Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Negativer Emotionalität (Subskala BES-K).

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für den depressiven Stil sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

Alte Stichprobe: In dieser Stichprobe war der depressive Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den folgenden Subskalen des BES-K: Symptomausprägung, Negative Emotionalität, Passivität, Beziehungsunzufriedenheit und Körperliche Beschwerden. Ein depressiver Stil war auch ein Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den folgenden Subskalen des SCL-90: Zwanghaftigkeit, Depressivität, Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index

Neue Stichprobe: In dieser Stichprobe war der depressive Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den folgenden Subskalen des BES-K: Symptomausprägung, Negative Emotionalität, Passivität, Beziehungsunzufriedenheit und Körperliche Beschwerden. Ein depressiver Stil war auch ein Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den folgenden Subskalen des SCL-90: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität, Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index. Im Folgenden werden die Mediationsmodelle für Zwanghaftigkeit und Depressivität für beide Stichproben ausführlich dargestellt.

Alte Stichprobe: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Zwanghaftigkeit (β =.34, $t(53)$ = 2.66, p<.01). Wenn Bedürfnisfrustration und ein depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Zwanghaftigkeit vorher (β =.45, $t(52)$= 2.88, p<.01). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Zwanghaftigkeit, wenn der depressive Stil kontrolliert wird (β =.05, $t(53)$ =.34, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.72, p<.05) und ist in Abbildung

5 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Zwanghaftigkeit. Das gilt auch für die neue Stichprobe (siehe Abb. 6)

Neue Stichprobe: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Zwanghaftigkeit (β =.60, t(47) = 5.06, p<.001). Wenn Bedürfnisfrustration und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Zwanghaftigkeit vorher (β =.55, t(46)= 3.79, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Zwanghaftigkeit, wenn der depressive Stil kontrolliert wird (β =.22, t(47) = 1.48, ns). Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z= 3.64, p<.001) und ist in Abbildung 6 dargestellt.

Abb. 5. *Alte Stichprobe*

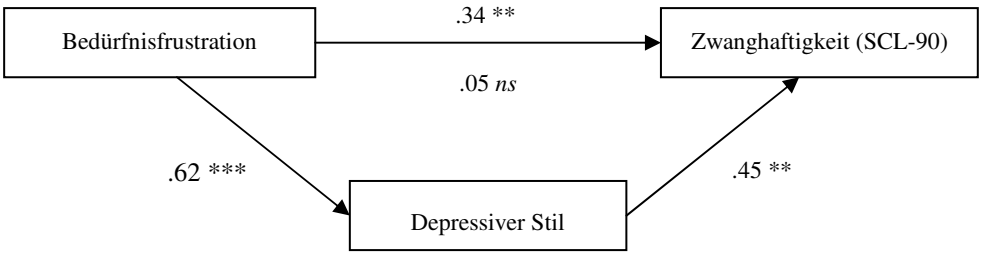
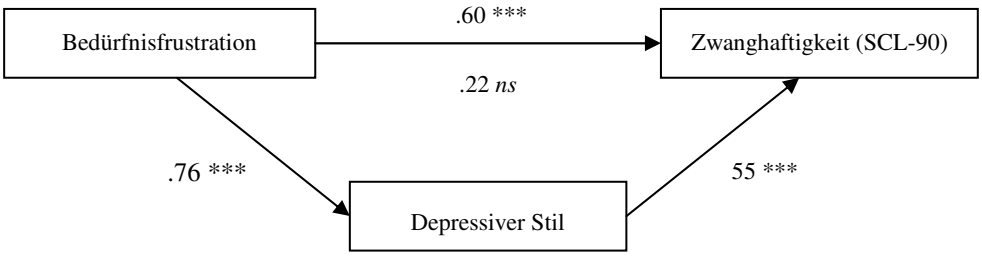


Abb. 6. *Neue Stichprobe*



Alte Stichprobe: Depressivität (SCL-90): Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Depressivität (β =.29, t(53)= 2.19, p<.05). Wenn Bedürfnisfrustration und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Depressivität vorher (β =.61, t(52) = 4.03, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität wenn der depressive Stil kontrolliert wird (β =-.10, t(53)=-.68, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 3.65, p<.001) und ist in Abbildung 7 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität.

Neue Stichprobe: Depressivität (SCL-90): Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Depressivität (β =.58, t(47) = 4.83, p<.001). Wenn Bedürfnisfrustration und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben werden, sagte der depressive Stil Depressivität vorher (β =.56, t(46)=3.84, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität wenn der depressive Stil kontrolliert wird (β =.19,

t(47) = 1.27, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 3.69, *p*<.001) und ist in Abbildung 8 dargestellt.

Abb. 7. *Alte Stichprobe*

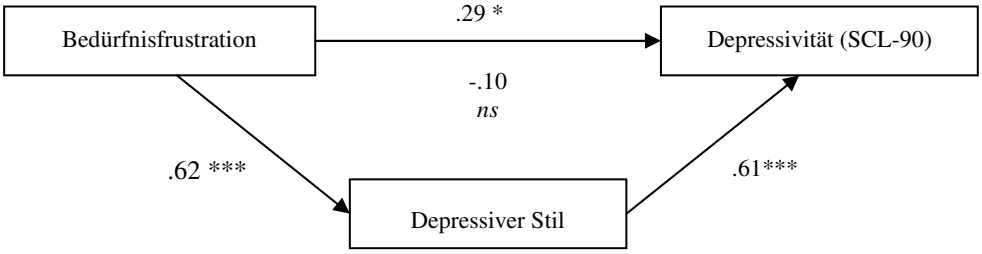
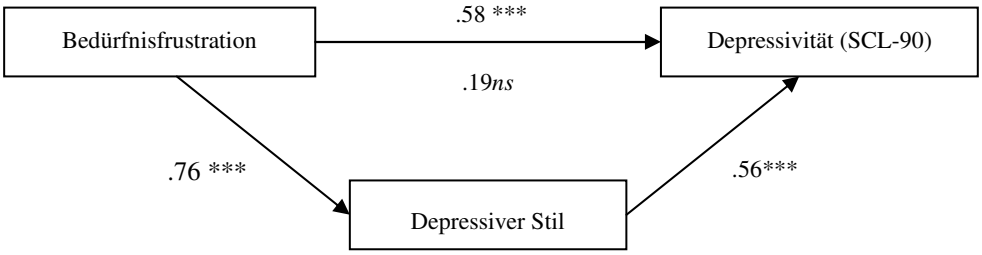


Abb. 8. *Neue Stichprobe*



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in beiden Stichproben der depressive Stil ein signifikanter Mediator war, der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Entstehung von verschiedenen Symptomen vermittelte. Der depressive Stil konnte als signifikanter Mediator für dieselben Subskalen des BES-K und für viele von den Subskalen des SCL-90 (Depressivität, Zwanghaftigkeit, GSI und PSDI) repliziert werden.

Tab. 1.3: Die Mediationsmodelle mit den einzelnen PSSI-K Skalen als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration (der Empfindungsskala des MUT) und Symptomen waren signifikant (d.h. die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalyen wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) für folgenden Skalen des BES-K und SCL-90:

Mediator	**Kriterium**	
Persönlichkeitsstile (PSSI)	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
Selbstbestimmt / Antisozial	–	–
Eigenwillig / Paranoid	Beziehungszufriedenheit + R (BES-K) Depressivität * (SCL-90)	Paranoides Denken * (SCL-90)
Zurückhaltend / Schizoid	Aktivität / Impulsivität* R (BES-K) Beziehungszufriedenheit ** R (BES-K)	–
Sorgfältiger / Zwanghaft	–	–
Ahnungsvoller / Schizotypisch	–	–
Optimistisch / Rhapsodisch	Aktivität / Impulsivität * (BES-K) Beziehungszufriedenheit * (BES-K)	–
Liebenswürdig / Histrionisch	Beziehungszufriedenheit * (BES-K)	–
Ehrgeizig / Narzisstisch	–	–
Loyaler / Abhängig	–	–
Spontan / Borderline	Körperliche Beschwerden ** (BES-K) Aktivität / Impulsivität *** (BES-K) Beziehungszufriedenheit * R (BES-K) Depressivität * (SCL-90) Zwanghaftigkeit + (SCL-90)	Symptomausprägung *** (BES-K) Körperliche Beschwerden ** (BES-K) Negative Emotionalität *** (BES-K) Beziehungszufriedenheit *** R (BES-K) Somatisierung * (SCL-90) Unsicherheit im Sozialkontakt * (SCL-90)
Altruistisch / Selbstlos	Depressivität * (SCL-90) Paranoides Denken (SCL-90)	–
Kritisch / Negativistisch	Körperliche Beschwerden ** (BES-K) Aktivität / Impulsivität ** (BES-K) Beziehungszufriedenheit * R (BES-K) Paranoides Denken + (SCL-90)	Paranoides Denken + (SCL-90)
Still / Depressiv	Symptomausprägung *** (BES-K) Negative Emotionalität *** (BES-K) Körperliche Beschwerden *** (BES-K) Aktivität/Impulsivität *** R (BES-K) Beziehungszufriedenheit * R (BES-K) Depressivität *** (SCL-90) Zwanghaftigkeit * (SCL-90) Paranoides Denken + (SCL-90) Global Severity Index *** (SCL-90) Positive Syndrom Distress Index * (SCL-90)	Symptomausprägung *** (BES-K) Negative Emotionalität *** (BES-K) Körperliche Beschwerden *** (BES-K) Aktivität/Impulsivität *** R (BES-K) Beziehungszufriedenheit *** R (BES-K) Depressivität *** (SCL-90) Zwanghaftigkeit *** (SCL-90) Unsicherheit im Sozialkontakt + (SCL-90) Somatisierung + (SCL-90) Aggressivität + (SCL-90) Global Severity Index ** (SCL-90) Positive Syndrom Distress Index **
Selbstkritisch / Selbstunsicher	Symptomausprägung * (BES-K)	Negative Emotionalität * (BES-K)

Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala (z.B. Beziehungsunzufriedenheit) einher
– Kein Mediationsmodell war signifikant

1.2 ANALYSE DER ERGEBNISSE AUF DER EBENE DER SYMPTOMATOLOGIE

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie zusammengefasst. Es geht um die Analyse derjenigen Persönlichkeitsstile, die eine Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und jeder Symptomskala erfüllen. Zunächst werden die Ergebnisse für die Skalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen, analysiert. Danach werden die Ergebnisse für die anderen Symptomkategorien dargestellt. Tabelle 1.4 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie.

Tab. 1.4: Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie (Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung)

Symptome	Ergebnisse alte Stichprobe	Ergebnisse neue Stichprobe	Ergebnisse in beide Stichproben[1]	Welcher Persönlichkeitsstil war bedeutsamer? [2]	
BES-K Skalen				**AS**	**NS**
Symptomausprägung	DP *, SU	DP, BL	DP	DP	DP
N. Emotionalität	DP	DP, BL, SU	DP	DP	DP
Aktivität	DP, BL, SZ, NT (R), RH	DP (R)	DP (R)	DP (R), RH	DP (R)
Beziehungszufriedenheit	DP, BL, SZ, NT, PN (R), RH, HI	DP, BL (R)	DP, BL (R)	DP (R), SZ (R), BL (R), RH	DP (R), BL (R)
K. Beschwerden	DP, BL, NT	DP, BL	DP, BL	DP	DP
Zwanghaftigkeit	--	--	--	--	--
SCL-90 Skalen					
Somatisierung	--	DP, BL	--	--	DP, BL
Zwanghaftigkeit	DP, BL	DP	DP	DP	DP
U. im Sozialkontakt	--	DP, BL	--	--	DP, BL
Depressivität	DP, BL, PN, SL	DP	DP	DP, PN, SL	DP
Ängstlichkeit	--	--	--	--	--
Aggressivität	--	DP	--	--	DP
Phobische Angst	--	--	--	--	--
Paranoides Denken	DP, NT, SL	PN, NT	NT	PN, NT	NT
Psychotizismus	--	--	--	--	--
Global Severity Index	DP	DP	DP	DP	DP
Positive Syndrom Distress Index	DP	DP	DP	DP	DP
Positive Symptom Total	--	--	--	--	--

R (reversed): Mediator / Mediatoren gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
-- Kein Persönlichkeitsstil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und entsprechenden Symptomen.
AS = Alte Stichprobe, NS = Neue Stichprobe

* **Abkürzungen für die Persönlichkeitsskalen (PSSI-K):** AS (selbstbestimmt/antisozial); PN (eigenwillig/paranoid); SZ (zurückhaltend/schizoid); SU (selbstkritisch/selbstunsicher); ZW (sorgfältig/zwanghaft); ST (ahnungsvoll/schizotypisch); RH (optimistisch/rhapsodisch); NA (ehrgeizig/narzisstisch); NT (kritisch/negativistisch); AB (loyal/abhängig); BL (spontan/borderline); HI (liebenswürdig/histrionisch); DP (still/depressiv) und SL (hilfsbereit/selbstlos.

[1] Persönlichkeitsstile, die in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und entsprechenden Symptomen hatten.

[2] Wenn mehr als ein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und entsprechenden Symptomen hatte, wurden sie immer gleichzeitig in die Regressionsanalyse (Block 2) eingegeben. Ziel war es, zu untersuchen, ob einer dieser Stile bedeutsamer als Mediator war. In dieser Spalte der Tabelle sind die Ergebnisse getrennt für jede Stichprobe wiedergegeben.

1.2.1 Subskalen die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen

Symptomausprägung (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung hatten in der *alten Stichprobe* der depressive Stil und der selbstunsichere Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil bedeutsamer als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

In der *neuen Stichprobe* hatte der depressive und der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil bedeutsamer als Mediator.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der depressive Stil der wichtigere Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung war. Das gilt für beide Stichproben.

Global Severity Index (GSI) des SCL-90: Diese Subskala des SCL-90 erfasst die allgemeine psychische Belastung. In beiden Stichproben war der depressive Stil der einzige Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Global Severity Index.

Positive Syndrom Distress Index (PSDI) des SCL-90: Diese Subskala des SCL-90 lässt eine Aussage über die Intensität der Antworten zu. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und PSDI sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe.

Positive Symptom Total (PST) des SCL-90: Diese Subskala des SCL-90 gibt die Anzahl der Symptome an, bei denen eine Belastung vorliegt Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und dieser Subskala hatte kein Persönlichkeitsstil eine Vermittlungsfunktion. Das gilt für beide Stichproben.

1.2.2 Andere abhängige Subskalen

Negative Emotionalität (BES-K): Der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Negativer Emotionalität wird in der *alten Stichprobe* durch den depressiven Stil vermittelt und in der *neuen Stichprobe* durch den depressiven, den spontanen und den selbstunsicheren Stil. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben werden, bleibt der depressive Stil bedeutsamer als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Negative Emotionalität. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der depressive Stil der wichtigste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Negativer Emotionalität war.

Aktivität (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Subskala Aktivität hatte in der *alten Stichprobe* folgende Stile eine Vermittlungsfunktion: zurückhaltender, kritischer, spontaner, depressiver und optimistischer Stil. Der optimistische Stil reagiert nach einer Bedürfnisfrustration mit erhöhter Aktivität. Im Gegensatz dazu reagieren die anderen erwähnten Stilen nach einer Bedürfnisfrustration mit einer reduzierten Aktivität. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der depressive und der optimistische Stil signifikante Mediatoren für Aktivität. Die Auswirkungen einer Bedürfnisfrustration ist unterschiedlich

für beide Stile: während der optimistische Stil mit erhöhter Aktivität reagiert, ist es beim depressiven Stil umgekehrt. Die Ergebnisse von der alten Stichprobe lassen sich in der *neuen Stichprobe* nur für den depressiven Stil replizieren: In dieser Stichprobe hatte lediglich der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer reduzierten Aktivität. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in beiden Stichproben der depressive Stil der wichtigste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer reduzierten Aktivität war.

Beziehungszufriedenheit (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Subskala Beziehungszufriedenheit hatte in der *alten Stichprobe* folgende Stile eine Vermittlungsfunktion: der eigenwillige, der zurückhaltende, der spontane, der kritische, der depressive, der optimistische und der liebenswürdige Stil. Der liebenswürdige und der optimistische Stil reagieren nach einer Bedürfnisfrustration mit Beziehungszufriedenheit. Im Gegensatz dazu reagieren die anderen Stilen nach eine Bedürfnisfrustration mit Beziehungsunzufriedenheit. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der spontane, der depressive, der zurückhaltende und der optimistische Stil signifikante Mediatoren, d.h. sie leisteten unabhängige Beiträge zum Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit (entsprechend für den optimistischen Stil Beziehungszufriedenheit).

Von den erwähnten Ergebnissen wurde in der *neuen Stichprobe* die Mediationsrolle des spontanen und des depressiven Stil repliziert. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben beide signifikante Mediatoren, d.h. diese beiden Stile sind voreinander unabhängige signifikante Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in beiden Stichproben der spontane und der depressive Stil die Stile waren, die den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit vermitteln.

Körperliche Beschwerden (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und körperlichen Beschwerden hatte in der *alten Stichprobe* folgende Stile ein Vermittlungsfunktion: der kritische, der spontane und der depressive Stil. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und körperlichen Beschwerden. In der *neuen Stichprobe* hatte der depressive und der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator für Körperliche Beschwerden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der depressive Stil der wichtigste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und körperlichen Beschwerden war. Das gilt für beide Stichproben. In beiden Stichproben vermittelt auch der spontane Stil den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und körperlichen Beschwerden.

Zwanghaftigkeit: Bedürfnisfrustration war kein signifikanter Prädiktor für die Skala Zwanghaftigkeit des BES-K. Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Subskala Zwanghaftigkeit des SCL-90 hatte in der *alten Stichprobe* der spontane und der depressive Stil eine

Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator für die Subskala Zwanghaftigkeit des SCL-90. In der *neuen Stichprobe* hatte auch der depressive eine signifikante Vermittlungsfunktion.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der depressive Stil in beiden Stichproben der wichtigere Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Zwanghaftigkeit (SCL-90) war, wenn diese Symptome durch die SCL-90 gemessen wurden.

Somatisierung (SCL-90): In der *alten Stichprobe* hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Somatisierung. In der *neuen Stichprobe* ist dieser Zusammenhang durch den depressiven und den spontanen Stil vermittelt. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben beide Stile signifikante Mediatoren, d.h. sie sind unabhängig voreinander signifikante Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Somatisierung.

Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90): In der *alten Stichprobe* hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Unsicherheit im Sozialkontakt. In der *neuen Stichprobe* hatte der depressive und der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn beide Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben beide Stile signifikante Mediatoren.

Depressivität (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität hatte in der *alten Stichprobe* folgende Stile eine Vermittlungsfunktion: der eigenwillige, der spontane, der depressive und der hilfsbereite Stil. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator, während die eigenwillige und hilfsbereite Stile marginal signifikant blieben. In der *neuen Stichprobe* hatte lediglich der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der depressive Stil der wichtigste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität (SCL-90) war.

Ängstlichkeit (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ängstlichkeit hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Das gilt für beiden Stichproben.

Aggressivität (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Aggressivität hatte in der *alten Stichprobe* kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der *neuen Stichprobe* hatte der depressive Stil eine marginal signifikante Vermittlungsfunktion.

Phobische Angst (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und phobischer Angst hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Das gilt für beide Stichproben.

Paranoides Denken (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und paranoidem Denken hatte in der *alten Stichprobe* der kritische, der depressive und der hilfsbereite Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der kritische Stil signifikant als Mediator.

In der *neuen Stichprobe* hatte der eigenwillige und der kritische Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben beide (kritischer und eigenwilliger Stil) signifikante Mediatoren für Paranoides Denken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der kritische Stil der wichtigste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und paranoidem Denken war. Der eigenwillige und der depressive Stil waren ebenfalls Mediatoren für diesen Zusammenhang.

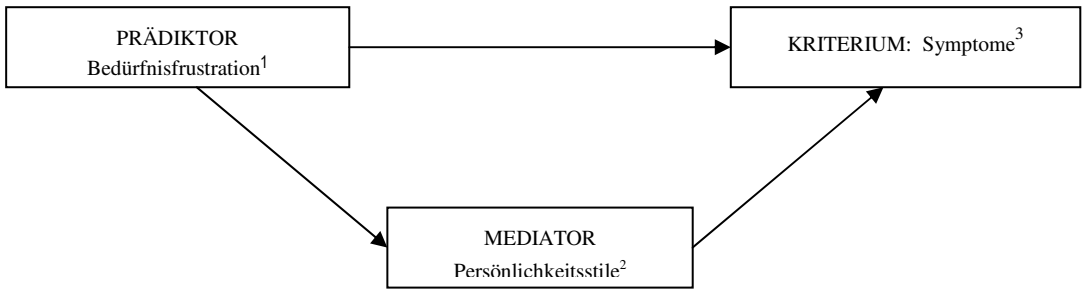
Psychotizismus (SCL-90): Diese Subskala des SCL-90 misst das Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur offensichtlichen Evidenz der Psychose. Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Psychotizismus hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Das gilt für beide Stichproben.

Eine Zusammenfassung der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen findet sich im Abschnitt 1.5.2.2.

1. 1. 1 DEKOMPONIERUNG DER BEDÜRFNISSE

Eine weitere Fragestellung (1.1.1) der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit der Dekomponierung der Bedürfnisse. In der Motivationsforschung werden als drei grundlegende Motivbereiche Anschluss (Affiliation), Leistung und Macht unterschieden (McClelland, 1980). Es soll der Frage nachgegangen werden, ob sich Frustrationen in den drei unterschiedlichen Bereichen gleich auswirken oder ob frustrante Erlebnisse bei bestimmten Motiven Risikobehafteter sind als bei anderen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet. In den Analysen wurden die drei Bedürfnis-Empfindens-Skalen (MUT) getrennt als Prädiktoren in die Analysen eingegeben. Als Mediator wurde jeweils einer der Persönlichkeitsstile (PSSI) eingegeben. Als Kriterium wurden die unterschiedlichen Symptomskalen des BES- K und SCL-90 verwendet. Die Auswertungsstrategie wurde auf die alte und neue getrennt angewendet. Tabelle 1.1.5 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse von allen Regressionsanalysen in der alten Stichprobe sowie Tabelle 1.1.6 für die neue Stichprobe. Abbildung 9 veranschaulicht das Mediationsmodell in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 9.



1. Prädiktor: Die Empfindungsskala des MUT getrennt für die drei Motive (z.B. für Anschlussbereich, kann auch für Leistung oder Machtbereich sein)
2. Mediator: Alle die Subskalen des PSSI-K
3. Kriterium: Alle die Subskalen des BES-K und SCL-90

Ergebnisse:

Im ***ersten Schritt*** wurde der direkte Einfluss von Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptome (Kriterium) untersucht. Tabelle 1.1.1 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse in der alten Stichprobe sowie Tabelle 1.1.2 für die neue Stichprobe.

Die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den Mediationsmodellen finden sich im Anhang B (Abschnitt 1.1.1).

Tab. 1.1.1: Alte Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit jeder Empfindunkskala des MUT als Prädiktor und die Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Anschluss		Leistung		Macht	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
BES-K						
Symptomausprägung	,39***	4,71	,45***	5,52	,22*	2,54
Negative Emotionalität	,44***	5,36	,44***	5,46	,27**	3,13
Aktivität / Impulsivität	,27**	3,06	,31***	3,64	,20*	2,20
Beziehungszufriedenheit	-,23*	-2,58	-,25**	-2,80	-,15+	-1,73
Körperliche Beschwerden	-,15+	-1,67	-,22*	-2,54	-,16+	-1,84
Zwanghaftigkeit	,02 ns	,25	,02 ns	,16	,07 ns	,76
SCL-90						
Somatisierung	,01 ns	,06	,18 ns	1,34	,16 ns	1,16
Zwanghaftigkeit	,28*	2,09	,29*	2,24	,32*	2,43
Unsicherheit in Sozialkontakt	,32*	2,49	,35**	2,70	,38**	2,96
Depressivität	,19 ns	1,38	,29*	2,17	,27*	2,08
Ängstlichkeit	,03 ns	,24	,17 ns	1,24	,10 ns	,76
Aggressivität / Feindseligkeit	-,19 ns	-1,42	-,02 ns	-,16	,16 ns	1,15
Phobische Angst	,07 ns	,52	,17 ns	1,24	,13 ns	,99
Paranoides Denken	,16 ns	1,20	,18 ns	1,35	,31*	2,34
Psychotizismus	,16 ns	1,18	,13 ns	,94	,06 ns	,46
Global Severity Index	,13 ns	,94	,29*	2,20	,28*	2,09
Positive Syndrome Distress Index	,15 ns	1,07	,34*	2,62	,31*	2,34
PST	-,02 ns	-,11	,03 ns	,24	,17 ns	1,22

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.1.2: Neue Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit jeder Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und die Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Anschluss		Leistung		Macht	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
BES-K						
Symptomausprägung	,37***	4,59	,40***	5,12	,36***	4,51
Negative Emotionalität	,40***	5,08	,47***	5,80	,44***	5,70
Aktivität / Impulsivität	-,50***	-6,62	-,51***	-6,84	-,40***	-5,02
Beziehungszufriedenheit	-,45***	-5,77	-,41***	-5,18	-,42***	-5,41
Körperliche Beschwerden	,29***	3,52	,31***	3,80	,32***	3,92
Zwanghaftigkeit	,01 ns	2,38	-,11 ns	-1,30	-,04 ns	-,41
SCL-90						
Somatisierung	,33*	2,38	,41**	3,06	,42**	3,10
Zwanghaftigkeit	,53***	4,22	,62***	5,31	,47**	3,58
Unsicherheit in Sozialkontakt	,46**	3,47	,42**	3,18	,44**	3,37
Depressivität	,52***	4,15	,55***	4,50	,49***	3,86
Ängstlichkeit	,36*	2,65	,28+	1,97	,37**	2,71
Aggressivität / Feindseligkeit	,41**	3,00	,43**	3,25	,36*	2,65
Phobische Angst	,33*	2,34	,30*	2,15	,27+	1,89
Paranoides Denken	,27+	1,92	,19 ns	1,34	,25+	1,76
Psychotizismus	,44**	3,30	,46**	3,54	,51***	4,04
Global Severity Index	,52***	4,10	,53***	4,26	,52***	4,11
Positive Syndrome Distress Index	,47**	3,61	,48**	3,72	,45**	3,38
PST	,46**	3,47	,43**	3,19	,58***	4,88

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

In beiden Stichproben war Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich ein signifikanter Prädiktor für alle die Subskalen des BES-K. Das gilt auch für Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und im Machtbereich. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala „Zwanghaftigkeit“.

In der neuen Stichprobe war Bedürfnisfrustration in den drei Motivbereichen ein signifikanter Prädiktor für alle Subskalen des SCL-90. Im Gegensatz dazu waren in der alten Stichprobe die meisten Zusammenhänge zwischen Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich und den verschiedenen Symptomskalen des SCL-90 nicht signifikant. Folgende Muster bei den drei Motivbereichen ließen sich replizieren:

- *Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich* war ein signifikanter Prädiktor lediglich für die Subskalen Zwanghaftigkeit und Unsicherheit im Sozialkontakt.
- *Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich* war ein signifikanter Prädiktor für Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index.
- *Bedürfnisfrustration im Machtbereich* war ein Prädiktor für dieselben Skalen des SCL-90 als Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich. Ferner war für die Subskala Paranoides Denken des SCL-90 lediglich Bedürfnisfrustration im Machtbereich ein signifikanter Prädiktor.

Im ***zweiten Schritt*** wurde der Zusammenhang zwischen jedem Prädiktor (Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich) und jeder einzelnen PSSI-K Subskalen (Mediator) untersucht. Tabelle 1.1.3 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse in der alten Stichprobe sowie Tabelle 1.1.4 für die neue Stichprobe.

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich war in beiden Stichproben ein signifikanter Prädiktor für verschiedene Persönlichkeitsstile. Der Zusammenhang war hoch signifikant für folgenden Persönlichkeitsstile: selbstunsicher, still und spontan. In beiden Stichproben war Bedürfnisfrustration in diesem Motivbereich kein signifikanter Prädiktor für den sorgfältigen und den ahnungsvollen Stil. Ferner war in der neuen Stichprobe kein signifikanter Prädiktor für den selbstbestimmten und den ehrgeizigen Stil. Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich geht mit einem reduzierten selbstbestimmten, optimistischen und liebenswürdigen Stil einher. Das gilt für beide Stichproben.

Die Ergebnisse bei *Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und im Machtbereich* wissen durchgehen in beiden Stichproben in die gleiche Richtung wie bei Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich.

Tab. 1.1.3: Alte Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit jeder Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator).

	Anschluss		Leistung		Macht	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,30**	-3,50	-,12 ns	-1,35	-,24**	-2,74
Eigenwillig / Paranoid	,30**	3,54	,33***	3,90	,22*	2,51
Zurückhaltend / Schizoid	,29 **	3,67	,26**	2,92	,29**	3,39
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,68***	10,23	,66***	9,68	,59***	8,17
Sorgfältiger / Zwanghaft	,03 ns	,37	,11 ns	1,22	,12 ns	1,31
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,18 +	1,97	13 ns	1,50	-,00 ns	-,03 ns
Optimistisch / Rhapsodisch	-,28**	-3,22	-,20*	-2,22	-,20*	-2,24
Ehrgeizig / Narzisstisch	,18*	2,08	,30**	3,42	,08 ns	,90
Kritisch / Negativistisch	,46***	5,71	,55***	7,26	,44***	5,34
Loyaler / Abhängig	,37***	4,46	,45***	5,66	,28**	3,22
Spontan / Borderline	,52***	6,82	,57***	7,76	,40***	4,89
Liebenswürdig / Histrionisch	-,29**	-3,36	-,14 ns	-1,54	-,20*	-2,25
Still / Depressiv	,54***	7,11	,68***	10,21	,44***	5,48
Altruistisch / Selbstlos	,35***	4,16	,35***	4,17	,39***	4,70

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.1.4: Neue Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit jeder Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator).

	Anschluss		Leistung		Macht	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,13 ns	-1,48	-,15 +	-1,72	-,16+	-1,85
Eigenwillig / Paranoid	,39 ***	4,90	,26**	3,14	,33***	4,00
Zurückhaltend / Schizoid	,38***	4,80	,36***	4,53	,45***	5,84
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,73***	12,24	,68***	10,78	,68***	10,83
Sorgfältiger / Zwanghaft	,01 ns	,07	,07 ns	,81	,07 ns	,76
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,00 ns	,04	,07 ns	,85	,08 ns	,97
Optimistisch / Rhapsodisch	-,25 **	-3,01	-,15+	-1,79	-,22*	-2,57
Ehrgeizig / Narzisstisch	,00 ns	,05	,02 ns	,21	-,02 ns	-,20
Kritisch / Negativistisch	,45***	5,81	,39***	4,86	,44***	5,65
Loyaler / Abhängig	,42***	5,31	,38***	4,71	,35***	4,37
Spontan / Borderline	,64***	9,63	,68***	10,82	,57***	8,03
Liebenswürdig / Histrionisch	-,35***	4,35	-,21*	-2,53	-,38***	-4,78
Still / Depressiv	,68***	10,74	,73***	12,22	,63***	9,41
Altruistisch / Selbstlos	,38***	4,73	,34***	4,25	,41***	5,27

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.1.5: Neue Stichprobe: Die Mediationsmodelle mit den einzelnen PSSI-K Skalen als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen (Subskalen BES-K und Subskalen SCL-90) waren signifikant (d.h. die Kriterien der vier Schritte wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) für die vorliegenden Skalen des BES-K und SCL-90.

Persönlichkeitsstile (Mediator)	**Prädiktor**		
	Anschluss Empfinden	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Eigenwillig / Paranoid	Paranoides Denken *	--	Paranoides Denken * Phobische Angst *
Kritisch / Negativistisch	Paranoides Denken *	Ängstlichkeit *	Paranoides Denken *
Still / Depressiv	Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Körperliche Beschwerden *** Aktivität (R) *** Beziehungszufriedenheit (R)*** Somatisierung * Zwanghaftigkeit (SCL-90) *** Unsicherheit im Sozialkontakt * Depressivität *** Aggressivität * Psychotizismus + GSI **, PSDI ** und PST *	Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Körperliche Beschwerden *** Aktivität (R)*** Beziehungszufriedenheit (R)*** Somatisierung + Zwanghaftigkeit (SCL-90) *** Unsicherheit im Sozialkontakt+ Depressivität *** Aggressivität + GSI **, PSDI ** und PST *	Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Körperliche Beschwerden *** Aktivität (R)*** Beziehungszufriedenheit (R)*** Somatisierung * Zwanghaftigkeit (SCL-90) *** Unsicherheit im Sozialkontakt* Depressivität *** Aggressivität * Psychotizismus + GSI **, PSDI ** und PST *
Selbstkritisch / Selbstunsicher	Symptomausprägung * Negative Emotionalität *** Körperliche Beschwerden *	Körperliche Beschwerden *	Symptomausprägung ** Aktivität (R)*** Körperliche Beschwerden +
Spontan / Borderline	Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Körperliche Beschwerden *** Beziehungszufriedenheit (R)*** Somatisierung ** Unsicherheit im Sozialkontakt * Aggressivität +	Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Körperliche Beschwerden *** Beziehungszufriedenheit (R)*** Aktivität (R)*** Somatisierung * Unsicherheit im Sozialkontakt* Aggressivität +	Symptomausprägung *** Körperliche Beschwerden *** Beziehungszufriedenheit (R)*** Aktivität (R)*** Somatisierung * Unsicherheit im Sozialkontakt* Aggressivität * Phobische Angst + Zwanghaftigkeit (SCL-90)

Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala (z.B. Beziehungsunzufriedenheit) einher

In der *neuen Stichprobe* waren die Mediationsmodelle mit den anderen Persönlichkeitsstilen als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen nicht signifikant.

In der *alten Stichprobe* war keines der Mediationsmodelle mit ehrgeizigem, schizotypischem, loyalem oder sorgfältigem Stil als Mediator im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen signifikant.

Tab. 1.1.6: Alte Stichprobe**:** Die Mediationsmodelle mit den einzelnen PSSI-K Skalen als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen (Subskalen BES-K und Subskalen SCL-90) waren signifikant (d.h. die Kriterien der vier Schritte wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) für die vorliegenden Skalen des BES-K und SCL-90.

Persönlichkeitsstile (Mediator)	**Prädiktor**		
	Anschluss Empfinden	**Leistung Empfinden**	**Macht Empfinden**
Selbstbestimmt / Antisozial	Aktivität +	–	Aktivität +
Eigenwillig / Paranoid	Beziehungszufriedenheit (R) +	Beziehungszufriedenheit (R)+ Depressivität *	Beziehungszufriedenheit (R)+ Depressivität + Aktivität (R) +
Zurückhaltend / Schizoid	Aktivität (R)* Beziehungszufriedenheit (R)*	Beziehungszufriedenheit (R)*	Aktivität (R)* Beziehungszufriedenheit (R)* Körperliche Beschwerden +
Lebenswürdig / Histrionisch	Beziehungszufriedenheit *	--	Beziehungszufriedenheit + Aktivität +
Optimistisch / Rhapsodisch	Aktivität * Beziehungszufriedenheit *	--	Aktivität * Beziehungszufriedenheit +
Kritisch / Negativistisch	Körperliche Beschwerden ** Aktivität (R)** Beziehungszufriedenheit(R)**	Körperliche Beschwerden ** Aktivität (R)** Beziehungszufriedenheit(R)*	Körperliche Beschwerden ** Aktivität (R)** Beziehungszufriedenheit(R)* Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Paranoides Denken *
Spontan / Borderline	Körperliche Beschwerden *** Aktivität (R)** Beziehungszufriedenheit(R)** Zwanghaftigkeit (SCL-90) *	Körperliche Beschwerden** Aktivität (R)** Beziehungszufriedenheit(R)* Zwanghaftigkeit (SCL-90) * Depressivität *	Körperliche Beschwerden** Aktivität (R)** Beziehungszufriedenheit(R)* Negative Emotionalität *** Symptomausprägung *** Zwanghaftigkeit (SCL-90) * Depressivität *
Still / Depressiv	Körperliche Beschwerden*** Aktivität (R)*** Symptomausprägung *** Zwanghaftigkeit (SCL-90) ** U. im Sozialkontakt *	Körperliche Beschwerden** Aktivität (R)*** Negative Emotionalität *** Beziehungszufriedenheit (R)* Zwanghaftigkeit (SCL-90)** U. im Sozialkontakt + Depressivität *** GSI ** und PSDI *	Körperliche Beschwerden*** Aktivität (R)*** Symptomausprägung *** Negative Emotionalität *** Beziehungszufriedenheit (R)** Zwanghaftigkeit (SCL-90)** Depressivität ** GSI ** und PSDI *
Altruistisch / Selbstlos	Unsicherheit im Sozialkontakt*	Depressivität * GSI +	Depressivität *
Selbstkritisch / Selbstunsicher	Körperliche Beschwerden *	--	Körperliche Beschwerden * Negative Emotionalität ** Symptomausprägung ***

Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

1.1.1.1 ERGEBNISSE FÜR EINZELNE PERSÖNLICHKEITSSTILE

Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung: In der alten Stichprobe vermittelt der selbstbestimmte Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und Aktivität (Subskala BES-K). Ferner vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Aktivität. Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und Symptomentstehung war dieser Stil kein signifikanter Mediator. Die erwähnten Ergebnisse wurden in der *neuen Stichprobe* nicht repliziert: in dieser Stichprobe war kein Mediationsmodell mit einem selbstbestimmten Stil signifikant.

Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* hatte der eigenwillige Stil bei den drei Motivbereichen eine signifikante Vermittlungsfunktion für Beziehungsunzufriedenheit. Ferner war der eigenwillige Stil ein signifikanter Mediator zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und Depressivität. Analoges lässt sich sagen für Bedürfnisfrustration im Machtbereich. Diese Ergebnisse wurden in der neuen Stichprobe nicht repliziert.

In der *neuen Stichproben* war der eigenwillige Stil ein signifikanter Mediator zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und Paranoides Denken. Das gilt auch für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Paranoides Denken sowie Phobische Angst.

Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* hatte der zurückhaltende Stil bei den drei Motivbereichen eine signifikante Vermittlungsfunktion für Beziehungsunzufriedenheit.

Ferner vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und folgenden Symptomen: Passivität und Körperliche Beschwerden. Die erwähnten Ergebnisse wurden in der *neuen Stichprobe* nicht repliziert, da in dieser Stichprobe kein Mediationsmodell mit einem zurückhaltenden Stil signifikant war.

Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* vermittelt der optimistische Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und Aktivität sowie Beziehungszufriedenheit. Bei Bedürfnisfrustration im Machtbereich hatte dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für dieselben Symptome. Ferner hatte dieser Stil keine signifikante Vermittlungsfunktion Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und Symptomentstehung. Die erwähnten Ergebnisse wurden in der *neuen Stichprobe* nicht repliziert.

Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und Beziehungszufriedenheit. Das gilt auch für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im

Machtbereich und folgende Symptome: Passivität und Beziehungszufriedenheit. Ferner war dieser Stil kein signifikanter Mediator zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und Symptomentstehung. Die erwähnten Ergebnisse wurden in der *neuen Stichprobe* nicht repliziert, da in dieser Stichprobe kein Mediationsmodell mit einem liebenswürdigen Stil signifikant war.

Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Anschlussbereich: In der alten Stichprobe hatte diesen Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und folgenden Symptomen: körperlichen Beschwerden, Passivität und Beziehungsunzufriedenheit. In der neuen Stichprobe hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für Paranoides Denken.

Leistungsbereich: In der alten Stichprobe vermittelt diesen Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und dieselbe Symptome wie bei Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich. In der neuen Stichprobe vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und Ängstlichkeit.

Machtbereich: In der alten Stichprobe vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und folgenden Symptomen: Körperliche Beschwerden, Passivität, Beziehungsunzufriedenheit, Symptomausprägung, Negative Emotionalität und Paranoides Denken. In der neuen Stichprobe vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Paranoides Denken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Mediationsstatus von diesem Stil für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Paranoides Denken sich replizieren ließ.

Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung: Der loyale Stil hatte kein signifikante Vermittlungsfunktion weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung: In der alten Stichprobe vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und Unsicherheit im Sozialkontakt. Sowohl bei Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich wie bei Bedürfnisfrustration im Machtbereich hatte dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für Depressivität. Die erwähnten Ergebnisse wurden in der *neuen Stichprobe* nicht repliziert, in dieser Stichprobe kein Mediationsmodell mit einem hilfsbereiten Stil signifikant war.

Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung: In beiden Stichproben war dieser Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im jeder Motivbereich und verschiedene Symptomen. Bei jedem Motivbereiche zeigte sich fast durchweg

dasselbe Profil von Symptomen. Tabelle 1.1.7 veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse für beiden Stichproben. Folgende Ergebnisse lassen sich replizieren:

- Der spontane Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Symptomausprägung.
- Bei den drei Motivbereichen war der spontane Stil ein signifikanter Mediator für Passivität, Beziehungsunzufriedenheit und körperlichen Beschwerden.
- Der spontane Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Zwanghaftigkeit. Das gilt auch für Depressivität.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: Tabelle 1.1.8 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse in beiden Stichproben. Folgende Ergebnisse lassen sich replizieren:

- Bei alle Motivbereichen hatte dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für alle Skalen des BES-K sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala „Zwanghaftigkeit".
- Bei alle Motivbereichen war der depressive Stil ein signifikanter Mediator für Zwanghaftigkeit des SCL-90.
- Der depressive Stil vermittelt in beiden Stichproben zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich/Machtbereich und Depressivität. Das gilt auch für die Subskalen Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index.
- In keiner der Stichprobe und für keiner der Motivbereiche hatte dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für Ängstlichkeit. Das gilt auch für Phobische Angst und Paranoides Denken.

Bei Anschlussbereich lassen sich viele Ergebnisse der neuen Stichprobe nicht replizieren: In dieser Stichprobe vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich und folgenden Skalen des SCL-90, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Aggressivität, Psychotizismus, GSI, PSDI und PST.

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung: Tabelle 1.1.9 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse für beiden Stichproben. Folgende Ergebnisse lassen sich replizieren:

- Der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Symptomausprägung wird durch den selbstunsicheren Stil vermittelt.
- Bei jeder der drei Motivbereichen war dieser Stil ein signifikanter Mediator für körperliche Beschwerden.
- Der selbstunsichere Stil war kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereiche und Symptomentstehung.

Tab. 1.1.7: Die Mediationsmodelle mit dem **spontanen Persönlichkeitsstil** als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen (Subskalen BES-K und Subskalen SCL-90) waren signifikant für die vorliegenden Skalen des BES-K und SCL-90:

	Alte Stichprobe			**Neue Stichprobe**		
BES-K	**Anschluss**	**Leistung**	**Macht**	**Anschluss**	**Leistung**	**Macht**
Symptomausprägung			x	x	x	x
Negative Emotionalität			x	x	x	
Körperliche Beschwerden	x	x	x	x	x	x
Aktivität	x (R)	x (R)	x (R)		x	x
Beziehungszufriedenheit	x (R)	x (R)	x (R)	x	x	x
Zwanghaftigkeit					x	
SCL – 90						
Somatisierung				x	x	x
Zwanghaftigkeit	x	x	x			x
U. in Sozialkontakt				x	x	x
Depressivität		x	x	x		x
Ängstlichkeit						
Aggressivität				x	x	x
Phobische Angst						x
Paranoides Denken						
Psychotisch						
GSI						
PSDI						
PST						

Tab. 1.1.8: Die Mediationsmodelle mit dem **depressiven Persönlichkeitsstil** als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen (Subskalen BES-K und Subskalen SCL-90) waren signifikant für die vorliegenden Skalen des BES-K und SCL-90:

	Alte Stichprobe			**Neue Stichprobe**		
BES-K	**Anschluss**	**Leistung**	**Macht**	**Anschluss**	**Leistung**	**Macht**
Symptomausprägung	x		x	x	x	x
Negative Emotionalität		x	x	x	x	x
KörperlicheBeschwerden	x	x	x	x	x	x
Aktivität	x (R)	x (R)	x (R)	x (R)	x (R)	x (R)
Beziehungszufriedenheit		x (R)	x (R)	x (R)	x (R)	x (R)
Zwanghaftigkeit						
SCL - 90						
Somatisierung				x	x	x
Zwanghaftigkeit	x	x	x	x	x	x
U. in Sozialkontakt	x	x		x	x	x
Depressivität		x	x	x	x	x
Ängstlichkeit						
Aggressivität				x	x	x
Phobische Angst						
Paranoides Denken						
Psychotizismus				x		x
GSI		x	x	x	x	x
PSDI		x	x	x	x	x
PST				x	x	x

x = Mediationsmodelle die signifikant waren.
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

Tab. 1.1.9: Die Mediationsmodelle mit dem **selbstkritischen Persönlichkeitsstil** als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration (getrennt für die drei Motive) und Symptomen waren signifikant für die vorliegenden Skalen des BES-K und SCL-90:

	Alte Stichprobe			**Neue Stichprobe**		
BES-K	**Anschluss**	**Leistung**	**Macht**	**Anschluss**	**Leistung**	**Macht**
Symptomausprägung			x	x		x
Negative Emotionalität			x	x		
Körperliche Beschwerden	x		x	x	x	x
Aktivität						x (R)
Beziehungszufriedenheit						
Zwanghaftigkeit						

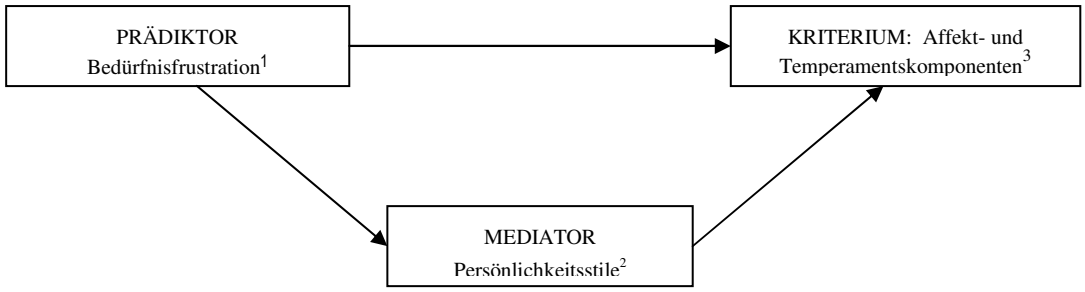
x = Mediationsmodelle die signifikant waren.
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

Eine Zusammenfassung der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich und Symptomentstehung findet sich im Abschnitt 1.5.2.3

1.2 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentskomponenten

Um die Vermittlungsrolle von Persönlichkeitsstilen im Zusammenhang von Bedürfnisfrustration und der Entstehung von unterschiedlichen Affekten und Temperamentskomponenten zu untersuchen (Frage 1.3.1), wurden Mediationsmodelle überprüft. Dazu wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet (siehe Abschnitt 1.4.1, Empirischer Teil). In den Analysen wurde Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT) als Prädiktor eingegeben. Als Mediator wurde jeweils einer der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) eingegeben. Als Kriterium wurden die unterschiedlichen Skalen des BEF-3 verwendet. Die Auswertungsstrategie wurde auf die alte und die neue Stichprobe getrennt angewendet. Abbildung 10 veranschaulicht das Mediationsmodell in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 10.



1. Prädiktor: Die Empfindungsskala des MUT (Summenwerte der drei Bedürfnis Frustrationsskalen)
2. Mediator: Alle die Subskalen PSSI-K
3. Kriterium: Alle die Subskalen BEF-3

Im ersten Schritt wurde der direkte Einfluss von Bedürfnisfrustration (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Affekt- und Temperamentskomponenten (Kriterium) untersucht. In folgende Tabelle sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt.

Tab. 1.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor und den Skalen des BEF-3 als abhängige Maße (Kriterium).

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	,48 ***	6,11	,51***	6,82
Lustlosigkeit A (+)	,56 ***	7,43	,63 ***	9,31
Freude A+	-,36 ***	- 4,23	-,38 ***	- 4,70
Gelassenheit A (-)	-,35 ***	- 4,10	-,43 ***	- 5,51
Aktivierung T +	-,32 ***	- 3,78	-,42 ***	- 5,38
Erregung T -	,43 ***	5,27	,54 ***	7,50
Ärger	,35 ***	4,17	,35 ***	4,34

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor (Bedürfnisfrustration) und jeder einzelnen PSSI-K Skalen (Mediator), also der zweite Schritt der Regressionsanalysen, ist in Tabelle 1.2 (Abschnitt 1) dargestellt. ***Die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den Mediationsmodellen finden sich im Anhang B (Abschnitt 1.2).*** Tabelle 1.2.1 veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren, getrennt für beide Stichproben.

Tab. 1.2.1: Persönlichkeitsstile (PSSI-K), die eine signifikante Vermittlungsfunktion (d.h. die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalysen wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) zwischen Bedürfnisfrustration und den Subskalen des BEF-3 hatten.

	Mediator (PSSI-K)	
Kriterium (Subskalen BEF-3)	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	Depressiver Stil *** Selbstunsicherer Stil ***	Depressiver Stil ***
Lustlosigkeit A (+)	--	Depressiver Stil ***
Freude A +	Depressiver Stil (R) ***	Selbstunsicherer Stil (R) + Spontaner Stil (R) ***
Gelassenheit A (-)	Depressiver Stil (R) *** Selbstunsicherer Stil (R) * Spontaner Stil (R) ***	Depressiver Stil (R) *** Spontaner Stil (R) **
Aktivierung T +	Depressiver Stil (R) ***	Depressiver Stil (R) *** Selbstunsicherer Stil (R) *
Erregung T -	Depressiver Stil *** Selbstunsicherer Stil *** Spontaner Stil ***	Depressiver Stil **
Ärger	Depressiver Stil *** Selbstunsicherer Stil * Spontaner Stil ***	Depressiver Stil * Spontaner Stil *

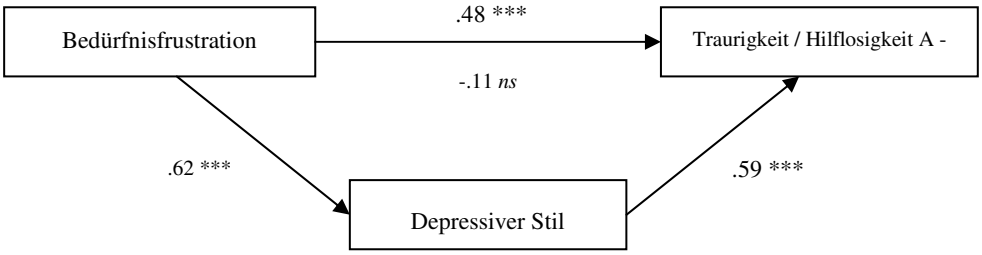
Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
– Kein Persönlichkeitsstil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der entsprechenden Subskala

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen für den depressiven Stil ausführlich dargestellt. Danach werden die Ergebnisse für jede Subskala des BEF-3 beschrieben.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den folgenden Subskalen des BEF-3: Traurigkeit/ Hilflosigkeit, Erregung, Ärger und für reduzierte Freude, Gelassenheit und Aktivierung.

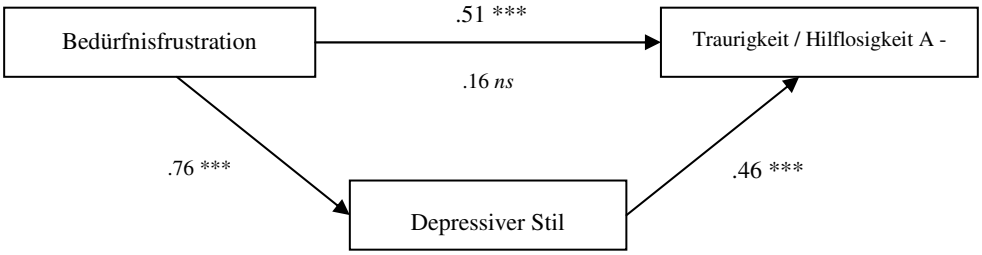
Traurigkeit/Hilflosigkeit (BEF-3): Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Traurigkeit/Hilflosigkeit (β=.48, t(123) = 6.11, p<.001). Wenn Bedürfnisfrustration und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Traurigkeit/Hilflosigkeit vorher (β =.59, t(123) = 6.87, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Hilflosigkeit, wenn der depressive Stil kontrolliert wird, (β = -.11, t(123) = 1.30, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 5.41, p<.001) und ist in Abbildung 11 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Hilflosigkeit. Das gilt auch für die neue Stichprobe (Abb. 12).

Abb. 11. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 5.41, *p*<001).



Neue Stichprobe: In der neuen Stichprobe replizieren sich die Ergebnisse von der alten Stichprobe. Ferner war in dieser Stichprobe der depressive Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Lustlosigkeit.

Abb. 12. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 4.04, *p*<001).



Traurigkeit /Hilflosigkeit: In der *alten Stichprobe* hatte der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und Traurigkeit/Hilflosigkeit. Wenn der selbstunsichere und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang. In der *neuen Stichprobe* hatte kein anderer Persönlichkeitsstil (außer dem depressiven Stil) eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Traurigkeit/Hilflosigkeit.

Lustlosigkeit: In keiner der Stichproben war ein Persönlichkeitsstil (außer dem depressiven Stil in der neuen Stichprobe) signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Lustlosigkeit.

Freude: In der *alten Stichprobe* war kein Persönlichkeitsstil (außer dem depressiven Stil) ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Freude, während in der *neuen Stichprobe* der selbstunsichere und der spontane Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion in diesem Zusammenhang hatten. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der spontane Stil signifikant als Mediator. Aber wenn der selbstunsichere, der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikanter als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Freude.

Gelassenheit: Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und eine reduzierte Gelassenheit hatte *in der alten Stichprobe* der selbstunsichere und der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig mit dem depressiven Stil eingegeben wurden, blieb in beiden Fällen der depressive Stil signifikant als Mediator.
Neue Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und eine reduzierte Gelassenheit hatte der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn der depressive und der spontane Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben beide signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang.

Aktivierung: *Alte Stichprobe:* Außer dem depressiven Stil hatte kein anderer Persönlichkeitsstil eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und eine reduzierte Aktivierung.
Neue Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und eine reduzierte Aktivierung hatte der selbstunsichere und der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der spontane Stil signifikant. Zusammen mit dem depressiven Stil in die Regressionsanalyse eingegeben, blieb der depressive Stil als Mediator signifikanter als der spontane Stil.

Erregung: Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Erregung hatte *in der alten Stichprobe* der selbstunsichere und der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben beide signifikant für Erregung.
Neue Stichprobe: Außer dem depressiven Stil hatte kein anderer Persönlichkeitsstil eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Erregung.

Ärger:
Alte Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ärger hatte der selbstunsichere, der depressive und der spontaner Stil (Abb. 13) eine Vermittlungsfunktion. Wenn der selbstunsichere und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. Wenn der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb nur der spontane Stil signifikant als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ärger.

Neue Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ärger hatte der spontane Stil (Abb. 14) eine Vermittlungsfunktion. Wenn der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der spontane Stil signifikant als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ärger.

Abb. 13. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 4.48, *p*<001).

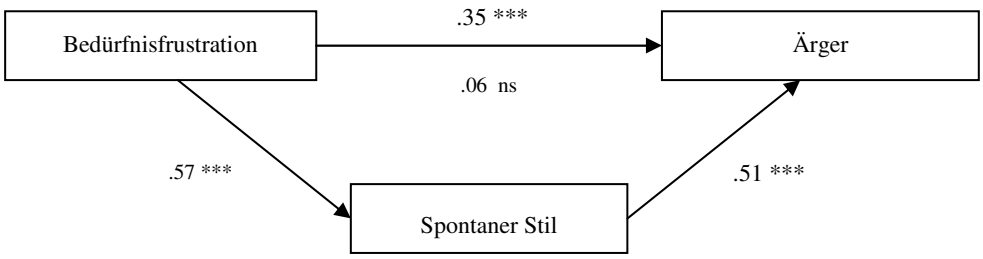
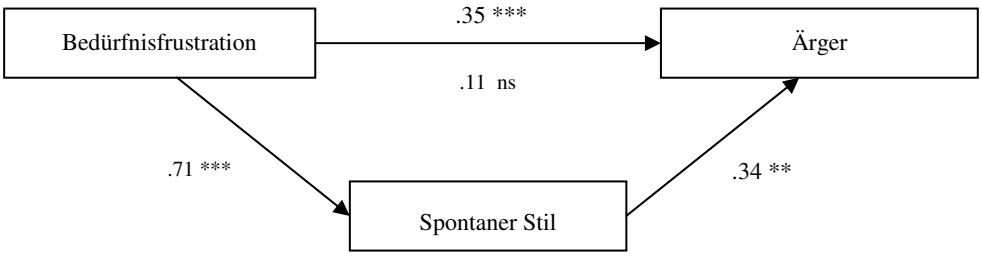


Abb. 14. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.94, p<.01)



1.2.1 Zusammenfassung der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekten und Temperamentskomponenten

In beiden Stichproben wurde der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Hilflosigkeit durch den *depressiven Stil* vermittelt. Ferner vermittelt dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration und Erregung, reduzierter Aktivierung, reduzierter Gelassenheit und Ärger.

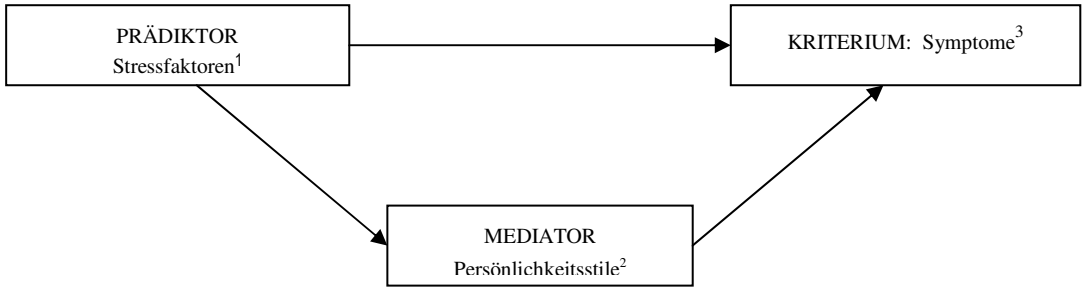
Der *spontane Stil* war in beiden Stichproben ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Gelassenheit sowie Ärger.

Der *selbstunsichere Stil* war auch ein signifikanter Mediator, aber die Ergebnisse in beiden Stichproben waren unterschiedlich. Während in der alten Stichprobe dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Traurigkeit, eine reduzierte Gelassenheit, Erregung und Ärger hatte, war er in der neuen ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und den Subskalen Erregung und reduzierter Freude.

1.3 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung

Um die Vermittlungsrolle der Persönlichkeitsstile zwischen Stressfaktoren und Symptomen zu untersuchen (Frage 1.2), wurden zur Überprüfung Mediationsmodelle verwendet. Dazu wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet (siehe Abschnitt 1.4.1, Empirischer Teil). Für alle Mediationsmodelle wurden jeweils einzeln die Subskalen Belastung und Bedrohung des SSI-K (Selbststeuerungs-Inventar) als Prädiktoren eingegeben. Als Mediator wurde jeweils eine aus allen Subskalen des Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (PSSI-K) eingegeben. Als abhängige Maße (Kriterium) wurden die unterschiedlichen Symptomskalen des BES-K und SCL-90 verwendet. Die Auswertungsstrategie wurde auf die alte und die neue Stichprobe getrennt angewendet. Abbildung 15 veranschaulicht das Mediationsmodell in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 15.



1. Prädiktor: Subskalen Bedrohung oder Belastung des SSI-K
2. Mediator: Alle die Subskalen PSSI-K
3. Kriterium: Alle die Subskalen des BES-K und SCL-90

1.3.1 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Belastung und Symptomentstehung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Mediationsmodelle mit Belastung als Prädiktor dargestellt. Wie erwähnt misst die Subskala Belastung des SSI-K Frustration durch situative und persönliche Umstände, die positive Affekte abschwächen (Frustration, Verlust, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele). ***Der Übersichtlichkeit halber finden sich die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den meisten Mediationsmodellen im Anhang B (Abschnitt 1.3.1).***

Im ***ersten Schritt*** wurde der direkte Einfluss von Belastung (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptome (Kriterium) untersucht. Im Tabelle 1.3.1 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt. In beiden Stichproben war Belastung ein signifikanter Prädiktor für alle Subskalen des BES-K. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala „Zwanghaftigkeit“. In der alten Stichprobe war Belastung kein signifikanter Prädiktor für fast alle die Subskalen des SCL-90, während in der neuen Belastung ein signifikanter Prädiktor für die Subskalen Zwanghaftigkeit,

Depressivität, Global Severity Index, und PSDI war. Ferner war Belastung ein marginal signifikanter Prädiktor für Somatisierung, Ängstlichkeit und Psychotizismus.

Tab. 1.3.1.1: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Belastung (SSI-K) als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	.48 ***	6,03	,62 ***	9,11
Negative Emotionalität (BES-K)	.52 ***	6,75	,59 ***	8,58
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-.41 ***	-4,98	-,43***	-5,48
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-.34 ***	-4,01	-,41***	-5,21
Körperliche Beschwerden (BES- K)	.42 ***	5,20	,51***	6,85
Zwanghaftigkeit (BES- K)	-.11 ns	-1,17	-,01 ns	-,07
Somatisierung (SCL-90)	.17 ns	1,31	,25 +	1,73
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	.21 ns	1,55	,40**	2,96
Unsicherheit in Sozialkontakt (SCL-90)	.12 ns	,91	,09 ns	,63
Depressivität (SCL-90)	.22 ns	1,61	,40**	2,93
Ängstlichkeit (SCL-90)	.09 ns	,64	,25+	1,74
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	-.05 ns	-,38	,22 ns	1,50
Phobische Angst (SCL-90)	-.01 ns	-,06	,16 ns	1,23
Paranoides Denken (SCL-90)	.19 ns	1,37	,18 ns	1,25
Psychotizismus (SCL-90)	.14 ns	1,06	,32 +	2,32
Global Severity Index (SCL-90)	.18 ns	1,34	,40 **	2,92
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	.25 +	1,91	,37*	2,70
Positive Symptom Total (SCL-90)	.03 ns	,19	,22 ns	1,49

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Im ***zweiten Schritt*** wurde der Zusammenhang zwischen Prädiktor (Belastung) und jedem Mediator (alle PSSI-K Subskalen) untersucht. Im Tabelle 1.3.2 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt. Belastung war in beiden Stichproben ein signifikanter Prädiktor für verschiedene Persönlichkeitsstile. Der Zusammenhang war hoch signifikant für die folgenden Persönlichkeitsstile: eigenwillig, zurückhaltend, spontan, kritisch, still und selbstunsicher. In beiden Stichproben war Belastung kein signifikanter Prädiktor für den selbstbestimmten, den sorgfältigen und den liebenswürdigen Stil. In der neuen Stichprobe war Belastung kein signifikanter Prädiktor für den ehrgeizigen Stil.

Tab. 1.3.1.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Belastung (SSI-K) als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator)

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,05 ns	-,55	-,04 ns	-,48
Eigenwillig / Paranoid	,32***	3,79	,43***	5,60
Zurückhaltend / Schizoid	,32***	3,78	,30***	3,67
Sorgfältiger / Zwanghaft	,02 ns	,27	,14 ns	1,60
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,26**	3,00	,18*	2,17
Optimistisch / Rhapsodisch	-,16+	-1,75	-,18*	-2,07
Liebenswürdig / Histrionisch	-,10ns	-1,08	-,11 ns	-1,26
Ehrgeizig / Narzisstisch	,22*	2,42	,11 ns	1,29
Loyaler / Abhängig	,36***	4,31	,26**	3,17
Spontan / Borderline	,52***	6,71	,45***	5,92
Altruistisch / Selbstlos	,26**	2,10	,42***	5,42
Kritisch/ Negativistisch	,65***	9,50	,60***	8,70
Still / Depressiv	,59***	8,13	,48***	6,40
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,37***	4,37	,40***	5,07

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.3.1.1 ERGEBNISSE FÜR EINZELNE PERSÖNLICHKEITSSTILE

In beiden Stichproben waren folgende Persönlichkeitsstile kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung: der selbstbestimmte, der eigenwillige, der zurückhaltende, der sorgfältige, der ahnungsvolle, der optimistische, der liebenswürdige, der ehrgeizige und der loyale Stil.

Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der ehrgeizige Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung, in der *neuen Stichprobe* jedoch ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und folgenden Subskalen des SCL-90: Ängstlichkeit, Psychotizismus und Global Severity Index.

Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der spontane Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung, jedoch in der *neuen Stichprobe* ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und den Subskalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Psychotizismus des SCL-90.

Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der hilfsbereite Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung, jedoch in der *neuen Stichprobe* ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und der Subskala Somatisierung des SCL-90.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und die Subskala Positiv Syndrom Distress Index des SCL-90. In der *neuen Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und den folgenden Symptomen: Passivität (Subskala Aktivität des BES-K), Somatisierung, Zwanghaftigkeit (SCL-90), Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, Depressivität und Psychotizismus. Der depressive Stil vermittelt auch zwischen Belastung und folgenden Subskalen des SCL-90: Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index.

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der selbstunsichere Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung. In der *neuen Stichprobe* war der selbstunsichere Stil ein signifikanter Mediator zwischen Belastung und folgenden Symptomen: Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität.

Tab. 1.3.1.3: Die Mediationsmodelle mit den einzelnen PSSI-K Skalen als Mediator zwischen Belastung (SSI-K) und Symptomen (Subskalen BES-K und Subskalen SCL-90) waren signifikant (d.h. die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalyen wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) für folgenden Skalen des BES-K und SCL-90:

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
Persönlichkeitsstile (PSSI-K)	**Subskalen BES-K und SCL-90**	**Subskalen BES-K und SCL-90**
Selbstbestimmt / Antisozial	--	--
Eigenwillig / Paranoid	--	--
Zurückhaltend / Schizoid	--	--
Sorgfältiger / Zwanghafte	--	--
Ahnungsvoller / Schizotypisch	--	--
Optimistisch / Rhapsodisch	--	--
Lebenswürdig / Histrionisch	--	--
Ehrgeizig / Narzisstisch	--	--
Loyal / Abhängig	--	--
Spontan / Borderline	--	Somatisierung ** Ängstlichkeit + Psychotizismus *
Altruistisch / Selbstlos	--	Somatisierung *
Kritisch / Negativistisch	--	Ängstlichkeit * Psychotizismus + Global Severity Index +
Selbstkritisch / Selbstunsicher	--	Somatisierung Depressivität Ängstlichkeit
Still / Depressiv	Positive Syndrom Distress Index*	Aktivität (R) *** Somatisierung ** Zwanghaftigkeit (SCL-90) *** Unsicherheit im Sozialkontakt ** Depressivität *** Ängstlichkeit * Psychotizismus ** Global Severity Index *** Positive Syndrome Distress Index ***

Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)
-- Kein Mediationsmodell war signifikant

1.3.1.2 ANALYSE DER ERGEBNISSE AUF DER EBENE DER SYMPTOMATOLOGIE

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie zusammengefasst. Es geht um die Analyse derjenigen Persönlichkeitsstile, die eine Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und den einzelnen Symptomskalen hatten. Zunächst werden die Ergebnisse für die Skalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen, analysiert. Danach werden die Ergebnisse für die anderen Symptomkategorien dargestellt. Tabelle 1.3.4 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie.

1.3.1.2.1 Subskalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen

Symptomausprägung (BES-K): Der Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomausprägung wurde durch keinen Persönlichkeitsstil vermittelt, weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Global Severity Index (GSI) des SCL-90: Für den Zusammenhang zwischen Belastung und GSI hatte in der *neuen Stichprobe* der depressive und der kritische Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalysen eingegeben

wurden, blieb der depressive Stil signifikant. In der *alten Stichprobe* hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion.

Positive Syndrom Distress Index (PSDI) des SCL-90: Für den Zusammenhang zwischen Belastung und PSDI hatte in beiden Stichproben der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion.

Positive Symptom Total (PST) des SCL-90: Der Zusammenhang zwischen Belastung und PST wurde durch keinen Persönlichkeitsstil vermittelt, weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Tab. 1.3.1.4: Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie (Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) als Mediator zwischen Belastung und Symptomentstehung)

Symptome	Ergebnisse alte Stichprobe	Ergebnisse neue Stichprobe	Ergebnisse in beide Stichproben[1]	Welcher Persönlichkeitsstil war bedeutsamer? [2]	
BES-K Skalen				**AS**	**NS**
Symptomausprägung	--	--	--	--	--
N. Emotionalität	--	--	--	--	--
Aktivität	--	DP * (R)	--	--	--
Beziehungszufriedenheit	--	--	--	--	--
K. Beschwerden	--	--	--	--	--
Zwanghaftigkeit	--	--	--	--	--
SCL-90 Skalen					
Somatisierung	--	DP, BL, SU, HI,	--	--	DP
Zwanghaftigkeit	--	DP	--	--	--
U. im Sozialkontakt	--	DP	--	--	--
Depressivität	--	DP, SU	--	--	DP
Ängstlichkeit	--	DP, BL, SU, NT	--	--	Keine
Aggressivität	--	--	--	--	--
Phobische Angst	--	--	--	--	--
Paranoides Denken	--	--	--	--	--
Psychotizismus	--	DP, BL, NT	--	--	Keine
Global Severity Index	--	DP, NT	--	--	DP
Positive Syndrom Distress Index	DP	DP	DP	--	--
Positive Symptom Total	--	--	--	--	--

R (reversed): Mediator / Mediatoren gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
-- Kein Persönlichkeitsstil war ein signifikanter Mediator zwischen Belastung und entsprechenden Symptomen.
AS = Alte Stichprobe, NS = Neue Stichprobe

*** Abkürzungen für die Persönlichkeitsskalen (PSSI-K):** AS (selbstbestimmt/antisozial); PN (eigenwillig/paranoid); SZ (zurückhaltend/schizoid); SU (selbstkritisch/selbstunsicher); ZW (sorgfältig/zwanghaft); ST (ahnungsvoll/schizotypisch); RH (optimistisch/rhapsodisch); NA (ehrgeizig/narzisstisch); NT (kritisch/negativistisch); AB (loyal/abhängig); BL (spontan/borderline); HI (liebenswürdig/histrionisch); DP (still/depressiv) und SL (hilfsbereit/selbstlos.

[1] Persönlichkeitsstile, die in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für der Zusammenhang zwischen Belastung und entsprechenden Symptomen hatten.
[2] Wenn mehr als ein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und entsprechenden Symptomen hatte, wurden sie immer gleichzeitig in die Regressionsanalyse (Block 2) eingegeben. Ziel war es, zu untersuchen, ob einer dieser Stile bedeutsamer als Mediator war. In dieser Spalte der Tabelle sind die Ergebnisse getrennt für jede Stichprobe wiedergegeben.

1.3.1.2.2 Andere Abhängige Variable

In beiden Stichproben hatte keiner der Persönlichkeitsstile eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und folgenden Subskalen des BES-K: *Negative Emotionalität, Körperliche Beschwerden, Beziehungszufriedenheit und Zwanghaftigkeit.* Das gilt auch für den Zusammenhang zwischen Belastung und folgenden Subskalen des SCL-90: *Unsicherheit im Sozialkontakt, Paranoides*

Denken, Aggressivität und Phobische Angst. Dabei ist zu beachten, dass Belastung kein signifikanter Prädiktor für diese Symptome war.

Aktivität (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Belastung und reduzierter Aktivität hatte in der *neuen Stichprobe* der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe war kein Mediationsmodell für diesen Zusammenhang signifikant.

Somatisierung (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Somatisierung hatte in der *neuen Stichprobe* der spontane, der liebenswürdige, der selbstunsichere, und der depressive Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang. In der *alten Stichprobe* hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang.

Zwanghaftigkeit (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Zwanghaftigkeit hatte in der *neuen Stichprobe* der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell für diese Subskala signifikant.

Depressivität (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Depressivität hatte in der *neuen Stichprobe* der selbstunsichere und der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell für diese Subskala signifikant.

Ängstlichkeit (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Ängstlichkeit hatte in der *neuen Stichprobe* der spontane, der kritische, der selbstunsichere und der depressive Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb keiner signifikant als Mediator. In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell für diese Subskala signifikant.

Psychotizismus (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Psychotizismus hatte in der neuen Stichprobe der spontane, der kritische und der depressive Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. In der alten Stichprobe war kein Mediationsmodell signifikant. Wenn diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, keiner blieb signifikant als Mediator.

Eine Zusammenfassung der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Belastung und Symptomentstehung findet sich im Abschnitt 1.5.2.4.

1.3.2 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die Mediationsmodelle mit Bedrohung als Prädiktor dargestellt. Wie bereits erwähnt misst die Subskala Bedrohung des SSI-K den Gesamtstress der momentanen Lebenssituation (einschließlich Veränderungen, Angst machenden Ereignissen und möglicher Risiken), der den negativen Gefühlszustand erhöht und die selbstgesteuerte Affektregulation (über-) fordert.

Der Übersichtlichkeit halber finden sich die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den meisten Mediationsmodellen im Anhang B (Abschnitt 1.3.2).

Im *ersten Schritt* wurde der direkte Einfluss von Bedrohung (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptome (Kriterium) untersucht. In der Tabelle 1.3.2.1 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt.

Tab. 1.3.2.1: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	.50 ***	6,47	,51***	6,94
Negative Emotionalität (BES-K)	.53 ***	6,94	,53***	7,31
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-.29 **	-3,40	-,35***	-4,28
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-.25 **	-2,89	-,38***	-4,79
Körperliche Beschwerden (BES- K)	.39 ***	4,76	,41***	5,28
Zwanghaftigkeit (BES- K)	.01 ns	,11	,15+	1,70
Somatisierung (SCL-90)	.34 *	2,60	,19 ns	1,32
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	.24 +	1,83	,33*	2,40
Unsicherheit in Sozialkontakt (SCL-90)	.30 *	2,29	,14 ns	,99
Depressivität (SCL-90)	.28 *	2,11	,35*	2,50
Ängstlichkeit (SCL-90)	.18 ns	1,35	,26+	1,79
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	-.02 ns	-,17	,30*	2,14
Phobische Angst (SCL-90)	.02 ns	,15	,19 ns	1,30
Paranoides Denken (SCL-90)	.33 *	2,54	,29*	2,05
Psychotizismus (SCL-90)	.28 *	2,13	,28+	1,98
Global Severity Index (SCL-90)	.29 *	2,20	,37*	2,68
Positive Syndrome Distress Index (SCL-90)	.39 **	3,89	,35*	2,50
Positive Symptom Total (SCL-90)	.13 ns	.95	,23 ns	1,58

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

In beiden Stichproben war Bedrohung ein signifikanter Prädiktor für alle Subskalen des BES-K. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala „Zwanghaftigkeit“. Bedrohung war in beiden Stichproben ein signifikanter Prädiktor für folgenden Subskalen des SCL-90: Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Paranoides Denken, Global Severity Index und Positiv Syndrom Distress Index. Für die anderen Subskalen des SCL-90 replizieren sich nicht die Ergebnisse von beiden Stichproben.

Im ***zweiten Schritt*** wurde der Zusammenhang zwischen Prädiktor (Bedrohung) und jeweils jeder Mediator (alle PSSI-K Subskalen), die in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, untersucht. In Tabelle 1.3.2.2 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt.

Tab. 1.3.2.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator)

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	,02 ns	.18	-,03 ns	-,30
Eigenwillig / Paranoid	,38***	4,59	,46***	6,08
Zurückhaltend / Schizoid	,28**	3,02	,18*	2,06
Sorgfältiger / Zwanghaft	,07 ns	,74	,13 ns	1,57
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,24**	2,74	,29**	3,56
Optimistisch / Rhapsodisch	,10 ns	-1,13	-,16+	-1,86
Liebenswürdig / Histrionisch	-,08 ns	-,83	-,11 ns	-1,23
Ehrgeizig / Narzisstisch	,15 ns	1,64	,14 ns	1,62
Loyaler / Abhängig	,36***	4,29	,32***	3,93
Spontan / Borderline	,50***	6,14	,45***	5,82
Altruistisch / Selbstlos	,31***	3,57	,42***	5,85
Kritisch / Negativistisch	,64***	9,29	,60***	8,67
Still / Depressiv	.59***	7,10	,50***	6,78
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,41***	4,98	,42***	5,30

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Bedrohung war in beiden Stichproben ein signifikanter Prädiktor für verschiedene Persönlichkeitsstile. Bedrohung war kein signifikanter Prädiktor für den selbstbestimmten, den sorgfältigen, den liebenswürdigen und den ehrgeizigen Stil. Das gilt für beide Stichproben. In der neuen Stichprobe war Bedrohung auch kein signifikanter Prädiktor für einen optimistischen Stil.

1.3.2.1 ERGEBNISSE FÜR EINZELNE PERSÖNLICHKEITSSTILE

Folgende Persönlichkeitsstilen waren kein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung: der selbstbestimmte, der zurückhaltende, der sorgfältige, der ahnungsvolle, der optimistische, der liebenswürdige, der ehrgeizige und der loyale Stil. Das gilt für beide Stichproben.

Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der eigenwillige Stil ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und Depressivität:

Depressivität (SCL-90): Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für Depressivität (β =.28, $t(123) = 2.11$, $p<.05$). Wenn Bedrohung und ein eigenwilliger Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben werden, sagte der eigenwillige Stil Depressivität vorher, (β =.36, $t(122) = 2.66$, $p<.01$). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität wenn der eigenwillige Stil kontrolliert wurde, (β =.14, $t(123) = .99$, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.26, $p<.05$) und ist im Abbildung 16 dargestellt. Der eigenwillige Stil vermittelt zwischen Belastung und Depressivität.

Das gilt auch für die *neue Stichprobe* (Abb. 17). In dieser Stichprobe war der eigenwillige Stil auch ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Subskalen des SCL-90: Aggressivität und Paranoides Denken. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in beiden Stichproben der eigenwillige Stil ein wichtiger Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität war.

Abb. 16. *Alte Stichprobe*

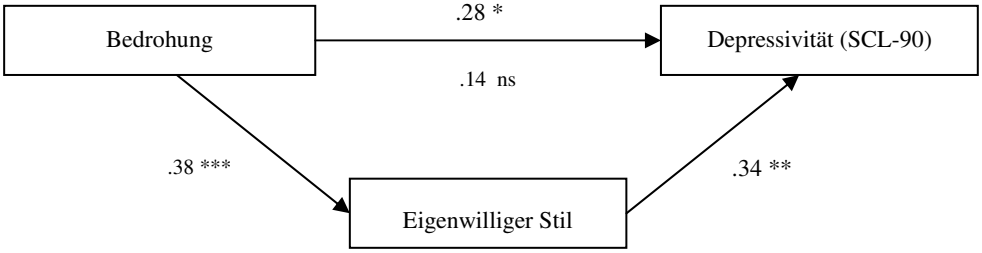
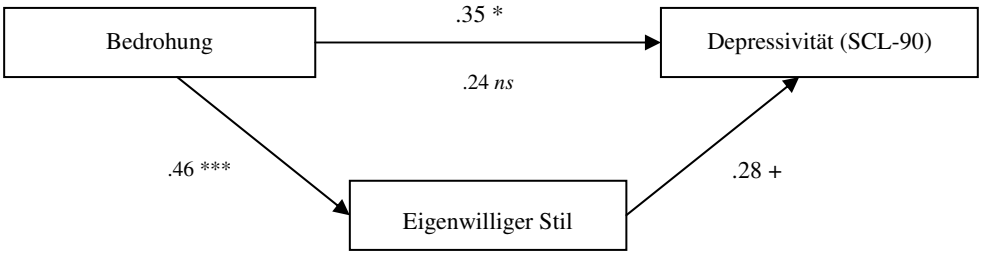


Abb. 17. *Neue Stichprobe*



Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung:

Alte Stichprobe: Der kritische Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Symptome: Passivität und Beziehungsunzufriedenheit.

Neue Stichprobe: Der kritische Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Skalen des SCL-90: Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus, Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der kritische Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und verschiedenen Symptomen in beiden Stichproben hatte, aber das Profil der Symptome war unterschiedlich in den beiden Stichproben. Der Mediationsstatus dieses Stils konnte für keine Symptome repliziert werden.

Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung:

Alte Stichprobe: Der hilfsbereite Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Skalen des SCL-90: Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Global Severity Index.

Neue Stichprobe: Der hilfsbereite Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und folgenden Skalen des SCL-90: Zwanghaftigkeit und Depressivität.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und verschiedene Symptomen in beiden Stichproben hatte, aber das Profil der Symptome war unterschiedlich in den beiden Stichproben. Sowie bei dem kritischen Stil konnte der Mediationsstatus des hilfsbereiten Stils für keine Symptome repliziert werden.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe: Der depressive Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und Passivität, Beziehungsunzufriedenheit und folgenden Subskalen des SCL-90: Somatisierung,

Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Paranoides Denken und Global Severity Index. Im Folgenden werden die Mediationsmodelle für Depressivität und Zwanghaftigkeit ausführlich beschrieben:

Depressivität (SCL-90): Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für Depressivität, (β =.28, t(123) = 2.11, p<.05). Wenn Bedrohung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Depressivität vorher, (β =.53, t(122) = 4.01, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität wenn der depressive Stil kontrolliert wird, (β =.03, t(123) = .19, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 3.47, p<001) und ist in Abbildung 18 dargestellt.

Zwanghaftigkeit (SCL-90): Bedrohung war ein marginal signifikanter Prädiktor für Zwanghaftigkeit, (β =.24, t(123) = 1.83, p<.10). Wenn Bedrohung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Zwanghaftigkeit vorher, (β =.48, t(122) = 3.49, p<.001. Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Zwanghaftigkeit wenn der depressive Stil kontrolliert wird, *(*β = .02, t(123) = .10, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 3.11, p<.01) und ist in Abbildung 20 dargestellt.

Neue Stichprobe: Der depressive Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Skalen: Aktivität, Beziehungszufriedenheit, Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Psychotizismus, Global Severity Index und Positive Syndrom Distress Index. Im Folgenden werden die Mediationsmodelle für Zwanghaftigkeit und Depressivität ausführlich dargestellt.

Depressivität (SCL-90): Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für Depressivität, (β =.35, t(135) = 2.50, p<.05). Wenn Bedrohung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Depressivität vorher, (β =.66, t(134) = 5.70, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität wenn der depressive Stil kontrolliert wird, (β =.07, t(135) = .65, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 4.33, p<001) und ist in Abbildung 19 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedrohung und Depressivität.

Zwanghaftigkeit (SCL-90): Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für Zwanghaftigkeit, (β =.33, t(135) = 2.40, p<.05). Wenn Bedrohung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Zwanghaftigkeit vorher, (β =.68, t(134) = 5.80, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Zwanghaftigkeit wenn der depressive Stil kontrolliert wird, *(*β = .06, t(135) = .51, *ns)*. Das

Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 4.38, p<.001) und ist in Abbildung 21 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedrohung und Zwanghaftigkeit.

Abb. 18. *Alte Stichprobe*

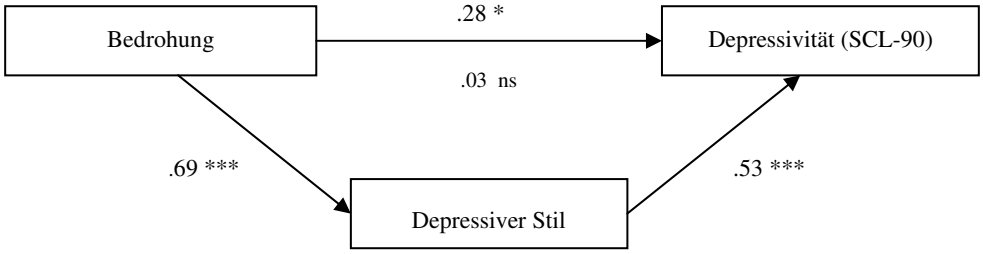


Abb. 19. *Neue Stichprobe*

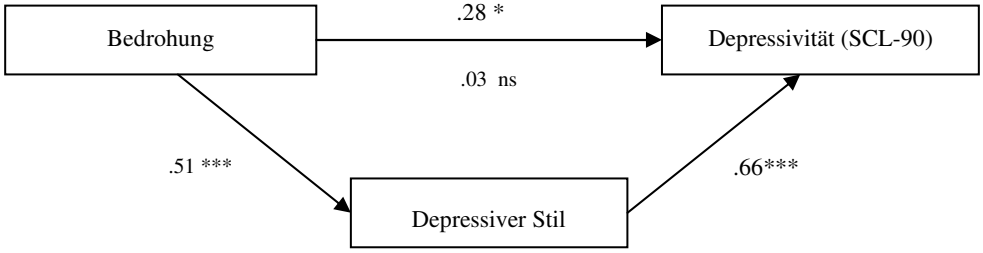


Abb. 20. *Alte Stichprobe*

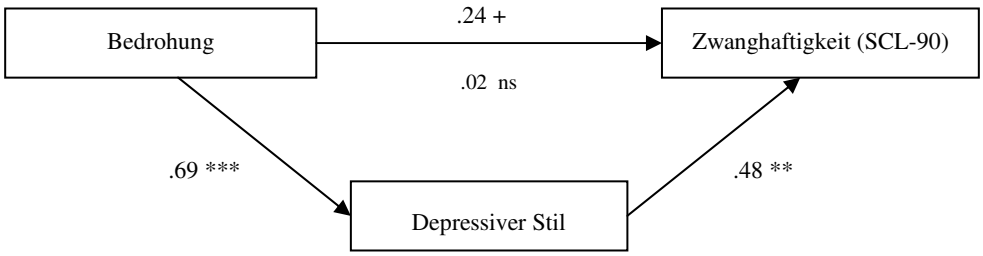
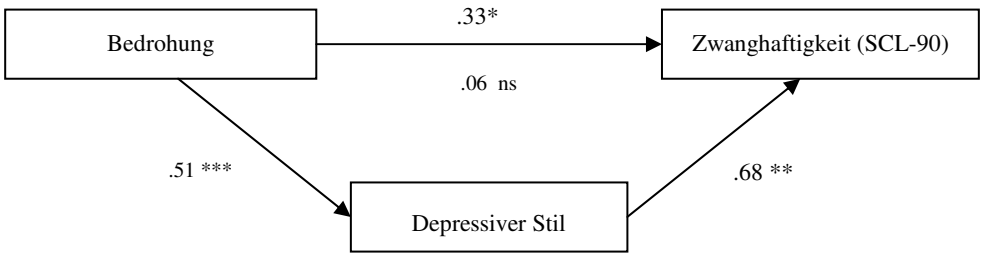


Abb. 21. *Neue Stichprobe*



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in beiden Stichproben der depressive Stil ein signifikanter Mediator war, der den Zusammenhang zwischen Bedrohung und der Entstehung von verschiedenen Symptomen vermittelte. Der depressive Stil konnte als signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen repliziert werden: Passivität, Beziehungsunzufriedenheit, Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität und für die Subskala Global Severity Index des SCL-90.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die Auswirkungen von Bedrohung ein depressiver Stil von Bedeutung ist. Umgekehrt ist bei Vorliegen eines depressiven Stils Bedrohung ein Risikofaktor.

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe: Der selbstkritische Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: Zwanghaftigkeit (SCL-90), Unsicherheit im Sozialkontakt und Depressivität.

Neue Stichprobe: Der selbstkritische Stil war ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: Ängstlichkeit und Psychotizismus.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der selbstkritische Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und verschiedene Symptomen in beiden Stichproben hatte, aber das Profil der Symptome war unterschiedlich in den beiden Stichproben. Der Mediationsstatus dieses Stils konnte für keine Symptome repliziert werden.

Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe: Der spontane Stil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: Passivität, Beziehungsunzufriedenheit, Zwanghaftigkeit (SCL-90) und Depressivität.

*Neue Stichprobe: D*er spontane Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: Passivität (BES-K), Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Psychotizismus.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der spontane Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und verschiedene Symptomen in beiden Stichproben hatte. Der Mediationsstatus dieses Stils konnte für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: Passivität, Zwanghaftigkeit (SCL-90) und Depressivität repliziert werden.

Tab. 1.3.2.3: Die Mediationsmodelle mit den einzelnen PSSI-K Skalen als Mediator zwischen Bedrohung (SSI-K) und Symptomen (Subskalen BES-K und Subskalen SCL-90) waren signifikant (d.h. die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalyen wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) für folgenden Skalen des BES-K und SCL-90:

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
Persönlichkeitsstile (PSSI)	**Subskalen BES-K und SCL-90**	**Subskalen BES-K und SCL-90**
Selbstbestimmt / Antisozial	--	--
Eigenwillig / Paranoid	Depressivität *	Depressivität + Aggressivität + Paranoides Denken +
Zurückhaltend / Schizoid	--	--
Sorgfältiger / Zwanghafte	--	--
Ahnungsvoller / Schizotypisch	--	--
Optimistisch / Rhapsodisch	--	--
Lebenswürdig / Histrionisch	--	--
Ehrgeizig / Narzisstisch	--	--
Loyal / Abhängig	--	--
Spontan / Borderline	Aktivität (R) ** Beziehungszufriedenheit (R) * Zwanghaftigkeit (SCL-90) * Depressivität *	Aktivität (R) *** Zwanghaftigkeit (SCL-90) ** Depressivität ** Ängstlichkeit + Aggressivität ** Psychotizismus *
Altruistisch / Selbstlos	Somatisierung + Unsicherheit im Sozialkontakt * Depressivität * Global Severity Index +	Zwanghaftigkeit (SCL-90) * Ängstlichkeit *
Kritisch / Negativistisch	Aktivität (R) * Beziehungszufriedenheit (R) *	Zwanghaftigkeit (SCL-90) + Depressivität + Ängstlichkeit * Paranoides Denken * Psychotizismus * Global Severity Index * Positive Syndrom Distress Index +
Selbstkritisch / Selbstunsicher	Zwanghaftigkeit (SCL-90) + Unsicherheit im Sozialkontakt + Depressivität +	Ängstlichkeit + Psychotizismus *
Still / Depressiv	Aktivität (R) *** Beziehungszufriedenheit (R) * Somatisierung * Zwanghaftigkeit (SCL-90) ** Unsicherheit im Sozialkontakt * Depressivität *** Paranoides Denken + Global Severity Index **	Aktivität (R) *** Beziehungszufriedenheit (R) *** Zwanghaftigkeit (SCL-90) *** Depressivität *** Ängstlichkeit * Aggressivität ** Psychotizismus ** Global Severity Index *** Positive Syndrom Distress Index ***

Ergebnisse im Sobel Test**:** **+** p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
-- Kein Mediationsmodell war signifikant

1.3.2.2 ANALYSE DER ERGEBNISSE AUF DER EBENE DER SYMPTOMATOLOGIE

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Symptomatologie zusammengefasst. Es geht um die Analyse der Persönlichkeitsstile, die eine Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und den einzelnen Symptomskalen hatten. Zunächst werden die Ergebnisse für die Skalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen analysiert, danach werden die Ergebnisse für die anderen Symptomkategorien dargestellt. Tabelle 1.3.2.4 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie.

Tab.1.3.2.4: Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie (Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) als Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung)

Symptome	Ergebnisse alte Stichprobe	Ergebnisse neue Stichprobe	Ergebnisse in beide Stichproben[1]	Welcher Persönlichkeitsstil war bedeutsamer?[2]	
BES-K Skalen				**AS**	**NS**
Symptomausprägung	--	--	--	--	--
N. Emotionalität	--	--	--	--	--
Aktivität	DP, BL, NT (R)	DP, BL (R)	DP, BL (R)	DP	DP
Beziehungszufriedenheit	DP, BL, NT (R)	DP (R)	DP (R)	Keiner	--
K. Beschwerden	--	--	--	--	--
Zwanghaftigkeit	--	--	--	--	--
SCL-90 Skalen					
Somatisierung	DP, SL	--	--	DP	--
Zwanghaftigkeit	DP, BL, SU	DP, BL, SL, NT	DP, BL	DP	DP
U. im Sozialkontakt	DP, SL, SU	--	--	SL	--
Depressivität	DP, BL, SL, SU, PN	DP, BL, NT, PN	DP, BL, PN	DP, PN, SL	DP
Ängstlichkeit	--	DP, BL, SL, NT, SU	--	..	NT, SL
Aggressivität	--	DP, BL, PN	--	--	Keine
Phobische Angst	--	--	--	--	
Paranoides Denken	DP	PN, NT	--	--	Keine
Psychotizismus	--	DP, BL, NT, SU	--	--	Keine
Global Severity Index	DP, SL	DP, NT	DP	DP	DP
Positive Syndrom Distress Index	--	DP, NT	--	--	DP
Positive Symptom Total	--	--	--	--	--

R (reversed): Mediator / Mediatoren gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
-- Kein Persönlichkeitsstil war ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und entsprechenden Symptomen.
AS = Alte Stichprobe, NS = Neue Stichprobe

*** Abkürzungen für die Persönlichkeitsskalen (PSSI-K):** AS (selbstbestimmt/antisozial); PN (eigenwillig/paranoid); SZ (zurückhaltend/schizoid); SU (selbstkritisch/selbstunsicher); ZW (sorgfältig/zwanghaft); ST (ahnungsvoll/schizotypisch); RH (optimistisch/rhapsodisch); NA (ehrgeizig/narzisstisch); NT (kritisch/negativistisch); AB (loyal/abhängig); BL (spontan/borderline); HI (liebenswürdig/histrionisch); DP (still/depressiv) und SL (hilfsbereit/selbstlos.

[1] Persönlichkeitsstile, die in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für der Zusammenhang zwischen Bedrohung und entsprechenden Symptomen hatten.
[2] Wenn mehr als ein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und entsprechenden Symptomen hatte, wurden sie immer gleichzeitig in die Regressionsanalyse (Block 2) eingegeben. Ziel war es, zu untersuchen, ob einer dieser Stile bedeutsamer als Mediator war. In dieser Spalte der Tabelle sind die Ergebnisse getrennt für jede Stichprobe wiedergegeben.

1.3.2.2.1 Subskalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen

Symptomausprägung (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomausprägung hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion, weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Global Severity Index (GSI) des SCL-90: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und GSI hatte in beiden Stichprobe der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe hatte auch den hilfsbereiten Stil, in der neuen Stichprobe ebenfalls der kritische Stil. In der neuen Stichprobe, wenn der kritische und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. In der alten Stichprobe trat dies zu, wenn der hilfsbereite und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der depressive Stil der wichtigste Mediator zwischen Bedrohung und GSI war. Das gilt für beide Stichproben. Andere Persönlichkeitsstile, die eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang hatten, waren der hilfsbereite und der kritische Stil, der Mediationsstatus dieser Stilen ließt sich jedoch nicht replizieren.

Positive Syndrom Distress Index (PSDI) des SCL-90: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und PSDI hatte in der neuen Stichprobe der kritische und der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. In der alten Stichprobe war kein Mediationsmodell für diese Subskala signifikant.

Positive Symptom Total (PST) des SCL-90: In beiden Stichproben hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und PST.

1.3.2.2.2 Andere Abhängige Variable

In beiden Stichproben hatte keiner der Persönlichkeitsstile eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und folgenden Subskalen des BES-K: *Negative Emotionalität, Körperliche Beschwerden und Zwanghaftigkeit.* Das gilt auch für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und *Phobische Angst (SCL-90).*

Aktivität (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivität hatte in beiden Stichproben der depressive und der spontane Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe hatte auch der kritische Stil eine Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe blieb der depressive Stil signifikant als Mediator, wenn der kritische, der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden. Ebenso in der neuen Stichprobe, wenn der depressive und der spontane Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden.

Beziehungszufriedenheit (BES-K): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Beziehungsunzufriedenheit hatte in beiden Stichproben der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe hatte auch der spontane und der kritische Stil eine

Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe blieb kein signifikanter als Mediator, wenn der kritische, der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden.

Somatisierung (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Somatisierung hatte in der alten Stichprobe der hilfsbereite und der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil marginal signifikant. In den neuen Stichproben war kein Mediationsmodell für diese Skala signifikant.

Zwanghaftigkeit (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Zwanghaftigkeit hatte in der alten Stichprobe der depressive, der spontane und der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. In der neuen Stichprobe hatten der depressive, der spontane, der hilfsbereite und der kritische Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in beiden Stichproben der depressive und der spontane Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Zwanghaftigkeit hatten. In beiden Stichproben ist der depressive Stil der signifikantere Mediator für diesen Zusammenhang.

Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Unsicherheit im Sozialkontakt hatten in der alten Stichprobe der hilfsbereite, der selbstunsichere und der depressive Stil ein signifikante Vermittlungsfunktion. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der hilfsbereite Stil marginal signifikant als Mediator. In der neuen Stichprobe war kein Mediationsmodell für diese Skala signifikant.

Depressivität (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität hatte in der alten Stichprobe der eigenwillige, der depressive, der spontane, der hilfsbereite und der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil hoch signifikant und der eigenwillige und hilfsbereite Stil marginal signifikant als Mediator. In der neuen Stichprobe hatten der eigenwillige, der depressive, der spontane und der kritische Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in beiden Stichproben der eigenwillige, der depressive und der spontane Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität hatten.

Ängstlichkeit (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ängstlichkeit hatte in der neuen Stichprobe der spontane, der hilfsbereite, der kritische, der selbstunsichere und der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der kritische und der hilfsbereite Stil marginal signifikant. In der alten Stichprobe war kein Mediationsmodell signifikant für diese Subskala.

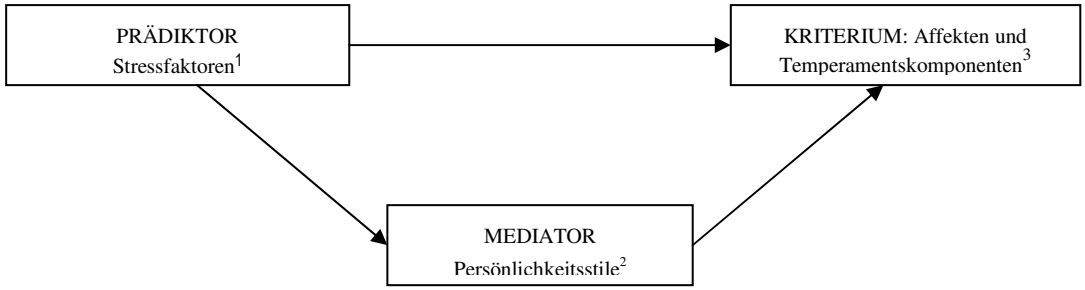
Paranoides Denken (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Paranoides Denken hatte in der alten Stichprobe der depressive Stil eine marginal signifikante Vermittlungsfunktion.
In der neuen Stichprobe hatten der eigenwillige und der kritische Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn diese beiden Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb keiner signifikant als Mediator.
Aggressivität (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Aggressivität hatte in der neuen Stichprobe der spontane und der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Der eigenwillige Stil hatte eine marginal signifikante Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe war kein Mediationsmodell für diese Subskala signifikant.
Psychotizismus (SCL-90): Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Psychotizismus hatte in der neuen Stichprobe der spontane, der kritische, der selbstunsichere und der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der alten Stichprobe war kein Mediationsmodell für diese Subskala signifikant.

Eine Zusammenfassung der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedrohung und Symptomentstehung findet sich im Abschnitt 1.5.2.5.

1.4 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentskomponenten

Um die Vermittlungsrolle von Persönlichkeitsstilen im Zusammenhang von Stressfaktoren und der Entstehung von unterschiedlichen Affekten und Temperamentsreaktionen zu untersuchen (Frage 1.3.2), wurden Mediationsmodelle überprüft. Dazu wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet (siehe Abschnitt 1.4.1, Empirischer Teil). In den Analysen wurden jeweils einzeln die Subskalen Belastung und Bedrohung des SSI-K (Selbststeuerungs-Inventar) als Prädiktoren eingegeben. Als Mediator wurde jeweils einer der Persönlichkeitsstile (PSSI-K) eingegeben. Als Kriterium wurden die Skalen des BEF-3 verwendet. Die Auswertungsstrategie wurde auf die alte und die neue Stichprobe getrennt angewendet. Abbildung 22 veranschaulicht das Mediationsmodell in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 22.



1. Prädiktor: Subskalen Bedrohung oder Belastung des SSI-K
2. Mediator: Alle die Subskalen PSSI-K
3. Kriterium: Alle die Subskalen des BEF-3

1.4.1 BELASTUNG ALS PRÄDIKTOR

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die Regressionsanalyse mit Belastung (SSI-K) als Prädiktor, jeder Persönlichkeitsstil (PSSI-K) als Mediator und die unterschiedliche Skalen des BEF-3 als Kriterium dargestellt. Im ersten Schritt wurde der direkte Einfluss von Belastung (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Affekt- und Temperamentskomponenten (Kriterium) untersucht. In Tabelle 1.4.1 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt.

Tab. 1.4.1: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit Belastung als Prädiktor und den Skalen des BEF-3 als abhängige Maße (Kriterium)

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	,57 ***	7,71	,51 ***	6,77
Lustlosigkeit A (+)	,42 ***	5.14	,36 ***	4,53
Freude A +	-,38 ***	- 4,54	-,46 ***	-5,99
Gelassenheit A (-)	-,49 ***	- 6,27	-,44 ***	- 5,65
Aktivierung T +	-,30 **	-3,51	-,29 **	- 3,53
Erregung T -	,53 ***	6,85	,55 ***	7,69
Ärger	,37 ***	4,35	,31 ***	3,81

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor (Belastung) und jeder einzelnen PSSI-K Subskalen (Mediator), also der zweite Schritt der Regressionsanalysen, ist in Tabelle 1.3.2 (Abschnitt 1.3.1) dargestellt. ***Die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den Mediationsmodellen finden sich im Anhang B (Abschnitt 1.4.1).*** Tabelle 1.4.1.1 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle die signifikant waren für beide Stichproben.

Tab. 1.4.1.1: Persönlichkeitsstile (PSSI-K), die eine signifikante Vermittlungsfunktion (d.h. die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalysen wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) zwischen Belastung und den Subskalen des BEF-3 hatten.

	Mediator (PSSI-K)	
Kriterium (Subskalen BEF-3)	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	--	--
Lustlosigkeit A (+)	Depressiver Stil ***	Depressiver Stil *** Spontaner Stil ***
Freude A +	Depressiver Stil (R) ***	--
Gelassenheit A (-)	--	--
Aktivierung T +	Depressiver Stil (R) *** Kritischer Stil (R) *	Depressiver Stil (R) *** Eigenwilliger Stil (R) ** Selbstunsicherer Stil (R) *** Spontaner Stil (R) ***
Erregung T –	--	--
Ärger	Depressiver Stil ** Spontaner Stil ***	--

Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
– Kein Persönlichkeitsstil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und den entsprechenden Subskala des BEF-3.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen für den depressiven Stil ausführlich dargestellt. Danach werden die Ergebnisse für jede Subskala des BEF-3 beschrieben.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: Belastung war ein hoch signifikanter Prädiktor für einen depressiven Stil sowohl in der alten (β = .59, t(123) = 8.13, p<.001) als auch in der neuen Stichprobe (β = .48, t(135) = 6.40, p< .001). In der *alten Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator zwischen Belastung und folgenden Subskalen des BEF-3: Lustlosigkeit, reduzierter Freude, reduzierter Aktivierung und Ärger. In der *neuen Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator zwischen Belastung und folgenden Subskalen des BEF-3: Lustlosigkeit und reduzierter Aktivierung. Im Folgenden werden die Mediationsmodelle für Lustlosigkeit ausführlich dargestellt

Alte Stichprobe: Lustlosigkeit (BEF-3): Belastung war ein signifikanter Prädiktor für Lustlosigkeit (β =.42, t(123) = 5.14, p<.001). Wenn Belastung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Lustlosigkeit vorher (β =.64, t(122) = 7.70, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Belastung

und Lustlosigkeit, wenn der depressive Stil kontrolliert wird, (β =.04, t(123) = .48, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 5.57, p<.001) und ist in Abbildung 23 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Belastung und Lustlosigkeit. Das gilt auch für die neue Stichprobe (Abb. 24).

Abb. 23. *Alte Stichprobe*

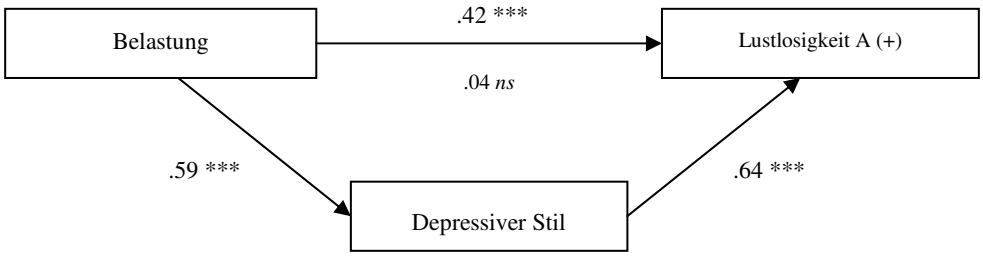
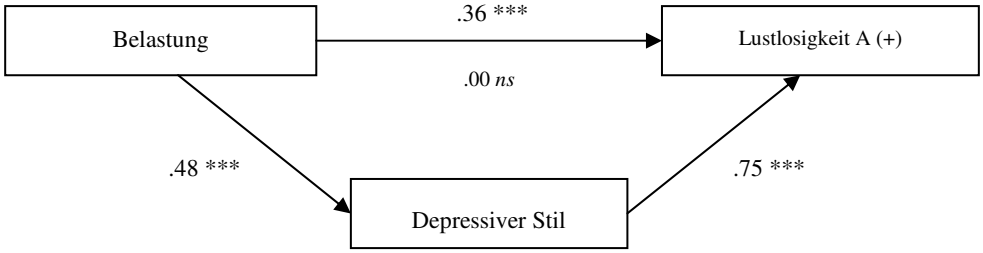


Abb. 24. *Neue Stichprobe*



Sobel Test z =5.58, p<.001

Traurigkeit/Hilflosigkeit: Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Traurigkeit/Hilflosigkeit hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion, weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Lustlosigkeit: In der *alten Stichprobe* hatte außer dem depressiven Stil kein anderer Persönlichkeitsstil eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und Lustlosigkeit. In der *neuen Stichprobe* hatte der spontane Stil eine Vermittlungsfunktion. Wenn der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang.

Freude: In beiden Stichproben hatte kein Persönlichkeitsstil (außer dem depressiven Stil in der alten Stichprobe) eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und reduzierter Freude.

Gelassenheit: Für den Zusammenhang zwischen Belastung und reduzierter Gelassenheit hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Das gilt für beide Stichproben.

Erregung: Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Erregung hatte kein Persönlichkeitsstil eine Vermittlungsfunktion weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Aktivierung: In der *alten Stichprobe* war der kritische Stil ein signifikanter Mediator zwischen Belastung und reduzierter Aktivierung. In der *neuen Stichprobe* hatten der selbstunsichere, der spontane und der eigenwillige Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn alle diese Stile (und der depressive Stil) gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der eigenwillige und der depressive Stil signifikant als Mediatoren für diesen Zusammenhang.

Ärger: In der *alten Stichprobe* wurde der Zusammenhang zwischen Belastung und Ärger durch den spontanen Stil vermittelt. Wenn der spontane und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der spontane Stil signifikanter als Mediator für diesen Zusammenhang. In der *neuen Stichprobe* hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion.

1.4.1.1 Zusammenfassung: In beiden Stichproben war der depressive Stil ein signifikanter Mediator zwischen Belastung und Lustlosigkeit und zwischen Belastung und eine reduzierter Aktivierung. Der depressive Stil reagiert auf Belastung mit Lustlosigkeit und reduzierter Aktivierung.
Der kritische, der eigenwillige, der selbstunsichere und der spontane Stil hatten auch eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und eine reduzierte Aktivierung, aber die Mediationsrolle von diesen Stilen ließ sich nicht replizieren. Das gilt auch für die Mediationsrolle des spontanen Stils zwischen Belastung und Ärger und zwischen Belastung und Lustlosigkeit.

1.4.2 BEDROHUNG ALS PRÄDIKTOR

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die Regressionsanalyse mit Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor, jeder Persönlichkeitsstil (PSSI-K) als Mediator und die unterschiedlichen Skalen des BEF-3 als Kriterium dargestellt. Im ersten Schritt wurde der direkte Einfluss von Bedrohung (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Affekt- und Temperamentskomponenten (Kriterium) untersucht. In Tabelle 1.4.2 sind die Ergebnisse für beide Stichproben dargestellt.

Tab. 1.4.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit Bedrohung als Prädiktor und den Skalen des BEF-3 als abhängige Maße (Kriterium)

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	,54 ***	7,05	,42 ***	5,35
Lustlosigkeit A (+)	,38 ***	4,57	,34 ***	4,19
Freude A +	-,36 ***	- 4,30	-,43 ***	- 5,53
Gelassenheit A (-)	-,40 ***	- 4,88	-,41 ***	- 5,23
Aktivierung T +	-,26 **	- 2,99	-,26 **	- 3,08
Erregung T -	,49 ***	6,23	,53 ***	7,17
Ärger	,34 ***	3,99	,28 **	3,42

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor (Bedrohung) und jeder einzelnen PSSI-K Subskalen (Mediator), also der zweiten Schritt der Regressionsanalysen, ist in Tabelle 1.3.3.2 (Abschnitt 1.3.3) dargestellt. ***Die statistischen Werte zu den Schritten (3) und (4) aus den***

Mediationsmodellen finden sich im Anhang B (Abschnitt 1.4.2). Tabelle 1.4.2.1 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren, für beide Stichproben.

Tab. 1.4.2.1: Persönlichkeitsstile (PSSI-K), die eine signifikante Vermittlungsfunktion (d.h. die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalysen wurden erfüllt und der Sobel Test war signifikant) zwischen Bedrohung und den Subskalen des BEF-3 hatten.

	Mediator (PSSI-K)	
Kriterium (Subskalen BEF-3)	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	--	--
Lustlosigkeit A (+)	Depressive Stil *** Spontane Stil *** Kritische Stil **	Depressive Stil *** Spontane Stil *** Selbstunsichere Stil ***
Freude A +	Depressive Stil (R) ***	--
Gelassenheit A (-)	Depressive Stil (R) ***	--
Aktivierung T +	Depressive Stil (R) *** Spontaner Stil (R) ** Kritische Stil (R) * Selbstunsichere Stil (R) * Eigenwillige Stil (R) *	Depressive Stil (R) *** Spontaner Stil (R) *** Selbstunsichere Stil (R) *** Eigenwillige Stil (R) ***
Erregung T -	--	--
Ärger	Depressive Stil *** Spontane Stil *** Kritische Stil **	Depressive Stil ** Spontane Stil *** Kritische Stil *

Ergebnisse im Sobel Test**:** + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
– Kein Persönlichkeitsstil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und der entsprechende Subskala des BEF-3

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen für den depressiven Stil ausführlich dargestellt. Danach werden die Ergebnisse für jede Subskala des BEF-3 beschrieben.

Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung: In der *alten Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Subskalen des BEF-3: Lustlosigkeit, reduzierter Freude, reduzierter Aktivierung, reduzierter Gelassenheit und Ärger.
In der *neuen Stichprobe* war der depressive Stil ein signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Subskalen des BEF-3: Lustlosigkeit, reduzierter Aktivierung und Ärger. Im Folgenden werden die Mediationsmodelle für Lustlosigkeit und Ärger ausführlich dargestellt.

Alte Stichprobe: Lustlosigkeit (BEF-3): Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für Lustlosigkeit (β=.38, $t(123) = 4.57$, $p<.001$). Wenn Bedrohung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Lustlosigkeit vorher (β =.68, $t(122) = 8.12$, $p<.001$). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Lustlosigkeit, wenn der depressive Stil kontrolliert wird, (β = -.01, $t(123) = -.17$, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 5.32, p<.001) und ist in Abbildung 25 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedrohung und Lustlosigkeit. Das gilt auch für die neue Stichprobe (Abb. 26).

Abb. 25. *Alte Stichprobe*

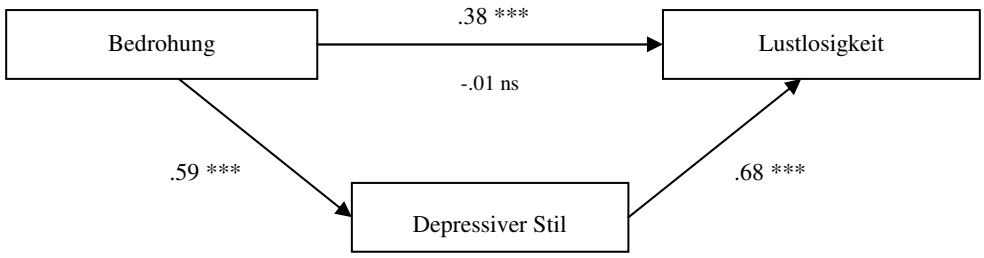
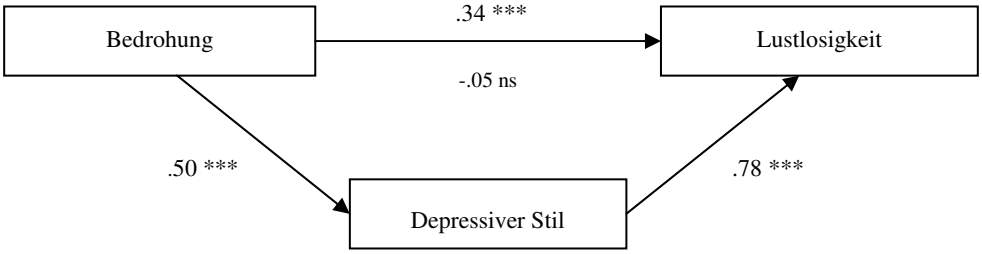


Abb. 26. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z =5.86, p<.001)



Alte Stichprobe: Ärger (BEF-3): Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für Ärger (β=.34, t(123)= 3.99, p<.001). Wenn Bedrohung und ein depressiver Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte der depressive Stil Ärger vorher (β =.38, t(122) =3.78, p<.001). Darüber hinaus verschwindet der direkte Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ärger, wenn der depressive Stil kontrolliert wird, (β =.12, t(123) = 1.19, *ns)*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 3.31, p<.001) und ist in Abbildung 27 dargestellt. Der depressive Stil vermittelt zwischen Bedrohung und Ärger. Das gilt auch für die neue Stichprobe (Abb. 28).

Abb. 27. *Alte Stichprobe*

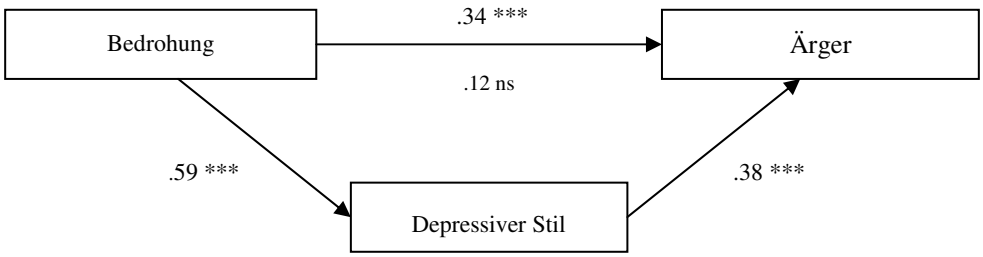
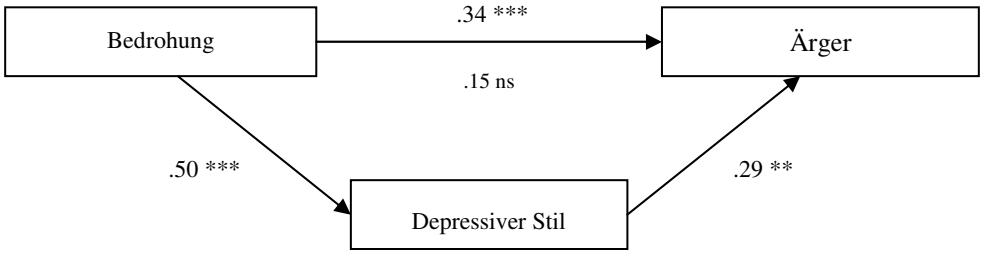


Abb. 28. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 3.13, p<.01)



Traurigkeit/Hilflosigkeit: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Traurigkeit/Hilflosigkeit hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Das gilt für beide Stichproben.

Freude: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Freude hatte kein anderer Persönlichkeitsstil (außer dem depressiven Stil in der alten Stichprobe) eine signifikante Vermittlungsfunktion.

Gelassenheit: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Gelassenheit hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion. Das gilt für beide Stichproben.

Erregung: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Erregung hatte kein Persönlichkeitsstil eine Vermittlungsfunktion weder in der alten noch in der neuen Stichprobe.

Lustlosigkeit:

Alte Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Lustlosigkeit hatten der spontane und der kritische Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn der spontane, der kritische und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der depressive und der spontane Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang.

Neue Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Lustlosigkeit hatten der spontane und der selbstunsichere Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn der spontane, der selbstunsichere und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der depressive signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Zusammenhang zwischen Bedrohung und Lustlosigkeit durch den depressiven und spontanen Stil vermittelt wird. Der selbstunsichere und der kritische Stil hatten auch eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang, aber die Mediationsrolle dieser Stile ließ sich nicht replizieren.

Aktivierung:

Alte Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivierung hatten der spontane, der kritische, der selbstunsichere und der eigenwillige Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn alle diese Stile (und der depressive Stil) gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der depressive und der eigenwillige Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang.

Neue Stichprobe: Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivierung hatten der spontane, der selbstunsichere und der eigenwillige Stil signifikante Vermittlungsfunktionen. Wenn alle diese Stile (und der depressive) gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben der eigenwillige und der depressive Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivierung durch den depressiven, spontanen, selbstunsicheren und eigenwilligen Stil vermittelt wird. Von alle diesen Stilen sind der eigenwillige und der depressive Stil die wichtigsten Mediatoren.

Ärger: In beiden Stichproben hatten der spontane und der kritische Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und Ärger. Wenn diese beide Stilen (und der depressive Stil) gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der spontane Stil signifikant als Mediator für diesen Zusammenhang. Das gilt auch für die neue Stichprobe. Im Folgenden werden die Mediationsmodelle für Ärger für beide Stichproben dargestellt.

Abb. 29. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z =4.18, p<.001)

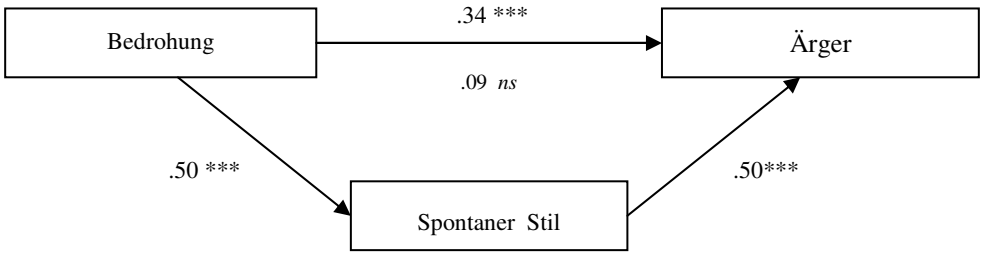
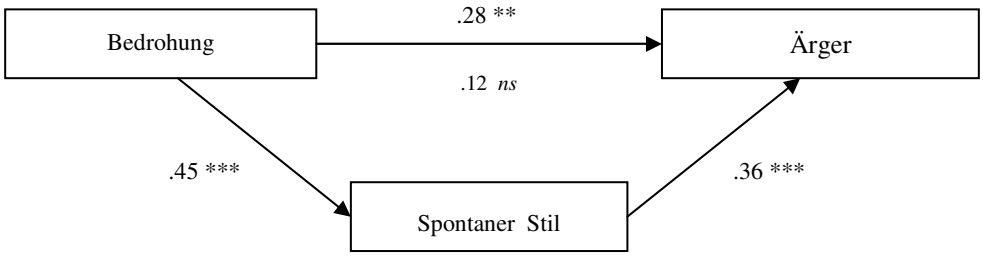


Abb. 30. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z =3.35, p<.001)



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ärger durch den spontanen, kritischen und depressiven Stil vermittelt wird. Von allen diesen Stilen ist nach den Ergebnissen in beiden Stichproben der spontane Stil der wichtigere Mediator.

1.4.2.1 Zusammenfassung

In beiden Stichproben war kein Persönlichkeitsstil signifikant als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Traurigkeit/Hilflosigkeit.

Der Zusammenhang zwischen Bedrohung und Lustlosigkeit wird in beiden Stichproben durch den depressiven und spontanen Stil vermittelt. Der selbstunsichere und der kritische Stil hatten auch eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang, aber die Mediationsrolle dieser Stile ließ sich nicht replizieren.

Der Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivierung wird in beiden Stichproben durch den depressiven, spontanen, selbstunsicheren und eigenwilligen Stil vermittelt. Von alle diesen Stilen sind der eigenwillige und der depressive Stil die wichtigsten Mediatoren.

Der Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ärger wird in beiden Stichproben durch den spontanen, kritischen und depressiven Stil vermittelt. Von allen diesen Stilen ist nach den Ergebnissen in beiden Stichproben der spontane Stil der wichtigere Mediator für diesen Zusammenhang.

Zusammenfassend lässt sich sagen das der depressive, der spontane, der selbstunsichere, der kritische und der eigenwillige Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und den Subskalen des BEF-3 hatten, die Mediationsrolle dieser Stile aber für unterschiedliche Affekte und Temperamentskomponenten signifikant war.

1.5 ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE ALLE MEDIATIONSMODELLE MIT DEN PERSÖNLICHKEITSSTILEN ALS MEDIATOREN

1.5.1 TABELLEN

1.5.1.1 Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung

Tabelle 1.5.1 veranschaulicht für welche Subskalen des SCL-90 Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung in beiden Stichproben Prädiktoren waren. Tabelle 1.5.2 zeigt für welche Subskale des SCL-90 war Bedürfnisfrustration in jeder der drei Motivbereichen signifikant als Prädiktor.

Tab. 1.5.1: Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung waren in beiden Stichproben signifikanter Prädiktoren für folgende Subskalen des SCL-90:

Bedürfnisfrustration (1)	Belastung (2)	Bedrohung (3)
Zwanghaftigkeit		Zwanghaftigkeit
Unsicherheit im Sozialkontakt		
Depressivität		Depressivität
Paranoides Denken		Paranoides Denken
GSI		GSI
PSDI	PSDI	PSDI
		Psychotizismus

(1) In der neuen Stichprobe war Bedürfnisfrustration ein signifikanter Prädiktor für alle Skalen des SCL-90.
(2) In der neuen Stichprobe war Belastung ein signifikanter Prädiktor auch für folgende Skalen des SCL-90: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit und GSI. Belastung war in beiden Stichproben kein signifikanter Prädiktor für Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und PST.
(3) In der neuen Stichprobe war Bedrohung ein signifikanter Prädiktor auch für Aggressivität.

In beiden Stichproben waren Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung signifikante Prädiktoren für alle Subskalen des BES-K. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala „Zwanghaftigkeit“. Analoges lässt sich sagen für Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich.

Tab. 1.5.2: Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich war in beiden Stichproben signifikanter Prädiktor für folgende Subskalen des SCL-90:

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich	Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich	Bedürfnisfrustration im Machtbereich
Zwanghaftigkeit	Zwanghaftigkeit	Zwanghaftigkeit
Unsicherheit im Sozialkontakt	Unsicherheit im Sozialkontakt	Unsicherheit im Sozialkontakt
	Depressivität	Depressivität
	GSI	GSI
	PSDI	PSDI
		Paranoides Denken.

1.5.1.2 Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie

Tabelle 1.5.3 fasst die Ergebnisse der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung dar, die sich in beiden Stichproben replizieren ließen.

Tab. 1.5.3: Zusammenfassung der Ergebnisse, die sich in beiden Stichproben replizieren ließen.

	Zusammenhang zwischen		
	Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung	**Belastung** und Symptomentstehung	**Bedrohung** und Symptomentstehung
Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben eine Vermittlungsfunktion für diese Zusammenhang hatten	[1] DP BL NT SU PN	[2] DP	[3] DP BL NT SU PN SL
Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben keine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang hatten.	*AS* *ZW* *ST* *NA* *AB*	*AS* PN SZ *ZW* *ST* RH HI *NA* *AB*	*AS* SZ *ZW* *ST* RH HI *NA* *AB*

Kursiv: Persönlichkeitsstile, die keine signifikante Vermittlungsfunktion weder für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung noch zwischen Belastung/Bedrohung und Symptomentstehung hatten. Diese Persönlichkeitsstile sind: AS, ZW, ST, NA, AB.

Abkürzungen für die Persönlichkeitsskalen (PSSI-K): AS (selbstbestimmt/antisozial); PN (eigenwillig/paranoid); SZ (zurückhaltend/schizoid); SU (selbstkritisch/selbstunsicher); ZW (sorgfältig/zwanghaft); ST (ahnungsvoll/schizotypisch); RH (optimistisch/rhapsodisch); NA (ehrgeizig/narzisstisch); NT (kritisch/negativistisch); AB (loyal/abhängig); BL (spontan/borderline); HI (liebenswürdig/histrionisch); DP (still/depressiv) und SL (hilfsbereit/selbstlos.

[1] In der alten Stichprobe hatten auch folgende Persönlichkeitsstile eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang: SZ, RH, HI und SL. Der Mediationsstatus des selbstunsicheren (SU) und des eigenwilligen Stils (PN) konnte nicht für dieselben Symptome repliziert werden.

[2] In der neuen Stichprobe hatten folgende Persönlichkeitsstile auch eine Vermittlungsfunktion für diese Zusammenhang: BL, NT, SU und SL.

[3] Der Mediationsstatus des selbstlosen, des kritischen und des selbstunsicheren Stils konnte nicht für dieselben Symptome repliziert werden.

Tabelle 1.5.4 fasst die Ergebnisse dieser Mediationsmodelle auf der Ebene der untersuchten Symptomkategorien. In dieser Tabelle sind mit **fett** die Mediationsmodelle, die in beiden Stichproben sich replizieren ließen. Mit ***kursiv*** sind die Ergebnisse, die sich nicht für dieselben Skalen in beiden Stichproben replizieren ließen.

Tab. 1.5.4: Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Ebene der Symptomatologie (Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung.

Symptome (Kriterium)	Bedürfnisfrustration als Prädiktor	Belastung als Prädiktor	Bedrohung als Prädiktor
BES-K Skalen			
Symptomausprägung	**DP**, *BL, SU*	--	--
Negative Emotionalität	**DP**, *BL, SU*	--	--
Aktivität/Impulsivität	**DP**, *BL, SZ, NT (R), RH*	*DP (R)*	**DP**, **BL**, *NT (R)*
Beziehungszufriedenheit	**DP, BL**, *SZ, NT, PN (R) RH, HI*	--	**DP**, *BL, NT (R)*
Körperliche Beschwerden	**DP, BL**, *NT*	--	--
Zwanghaftigkeit	--	--	--
SCL-90 Skalen			
Somatisierung	*DP, BL*	*DP, BL, SU, HI*	*DP, SL*
Zwanghaftigkeit	**DP**, *BL*	*DP*	**DP, BL, *SU,*** *SL, NT*
Unsicherheit im Sozialkontakt	*DP, BL*	*DP*	*DP, SL, SU*
Depressivität	**DP**, *BL, PN, SL*	*DP, SU*	**DP, BL, PN,** *SL, SU, NT*
Ängstlichkeit	--	*DP, BL, SU, NT*	*DP, BL, SL, NT, SU*
Aggressivität	*DP*	--	*DP, BL, PN*
Phobische Angst	--	--	--
Paranoides Denken	**NT**, *DP, SL, PN*	--	*DP,PN, NT*
Psychotizismus	--	*DP, BL, NT*	*DP, BL, NT, SU*
Global Severity Index	**DP**	*DP, NT*	**DP**, *NT, SL*
Positive Syndrom Distress Index	**DP**	**DP**	*DP, NT*
Positive Symptom Total	--	--	--

R (reversed): Mediator / Mediatoren gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.

-- In beiden Stichproben hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen den entsprechende Prädiktor und der entsprechende Subskala des SCL-90 oder BES-K

Kursiv = die Mediationsrolle der entsprechenden Stil ließt sich nicht für diese Symptome in beiden Stichproben sich replizieren.

Fett = die Mediationsrolle der entsprechenden Stil für die entsprechende Symptom repliziert sich in beiden Stichproben.

1.5.1.3 Ergebnisse auf der Affekt- und Temperamentebene

Tabelle 1.5.5 und 1.5.6 veranschaulichen eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen. Mediationsmodelle mit Bedürfnisfrustration getrennt für die Skalen des BEF-3 wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berechnet.

Tab. 1.5.5: Zusammenfassung der Ergebnisse, die sich in beiden Stichproben replizierten.

	Zusammenhang zwischen		
	Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen	**Belastung** und Affekt- und Temperamentsreaktionen	**Bedrohung** und Affekt- und Temperamentsreaktionen
Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben eine Vermittlungsfunktion für diese Zusammenhang hatten	DP [1] BL SU	DP BL NT SU	DP BL NT SU PN
Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben keine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang hatten.	AS PN SZ ZW ST RH HI NA NT AB SL	AS PN SZ ZW ST RH HI NA AB SL	AS SZ ZW ST RH HI NA AB SL

[1] Der Mediationsstatus des selbstunsicheren Stils konnte nicht für dieselben Affekt und Temperamentskalen repliziert werden.

Tab. 1.5.6: Zusammenfassung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen.

Subskalen BEF-3	**Bedürfnisfrustration** als Prädiktor	**Belastung** als Prädiktor	**Bedrohung** als Prädiktor
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**DP**, *SU*	--	--
Lustlosigkeit A (+)	*DP*	**DP**, *BL*	**DP, BL**, *SU, NT*
Freude A +	*DP, BL, SU* (R)	*DP* (R)	*DP* (R)
Gelassenheit A (-)	**DP, BL,** *SU* (R)	--	*DP* (R)
Aktivierung T +	**DP**, *SU* (R)	**DP,** *BL, SU, PN, NT* (R)	**DP, BL, SU, PN**, *NT* (R) (1)
Erregung T -	**DP**, *BL, SU*	--	--
Ärger	**DP, BL**	*DP, BL*	**DP, BL, NT** (2)

R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.

– In beiden Stichproben hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen den entsprechende Prädiktor und der entsprechende Subskala des BEF-3

Kursiv = die Mediationsrolle der entsprechenden Stil für die entsprechende Subskala des BEF-3 ließt sich nicht in beiden Stichproben sich replizieren.

Fett = die Mediationsrolle der entsprechenden Stil für die entsprechende Subskala des BEF-3 repliziert sich in beiden Stichproben

(1) Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieben sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe der depressive und der eigenwillige Stil signifikant als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivierung.

(2) Wenn alle diese Stile gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, blieb der spontane Stil bedeutsam als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ärger.

1.5.1.4 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile

Folgenden Tabellen veranschaulichen, für welche Symptome und Emotionen der Mediationsstatus einzelne Persönlichkeitsstile signifikant wurden. Hier werden nur die in beiden Stichproben replizierten Ergebnisse gezeigt.

Tab. 1.5.7: Depressiver Persönlichkeitsstil (DP)

Bedürfnisfrustration als Prädiktor	**Belastung als Prädiktor**	**Bedrohung als Prädiktor**
	Lustlosigkeit A (+)	Lustlosigkeit A (+)
Reduzierter Aktivierung T (+)	Reduzierter Aktivierung T (+)	Reduzierter Aktivierung T (+)
Reduzierter Gelassenheit A (-)		
Erregung		
Traurigkeit /Hilflosigkeit A –		
Ärger		Ärger
Symptomausprägung		
Negative Emotionalität		
Körperliche Beschwerden		
Passivität		Passivität
Beziehungsunzufriedenheit		Beziehungsunzufriedenheit
Depressivität		Depressivität
Zwanghaftigkeit		Zwanghaftigkeit
Global Severity Index		Global Severity Index
Positive Syndrom Distress Index	Positive Syndrom Distress Index	

Tab. 1.5.8: Spontaner Persönlichkeitsstil (BL)

Bedürfnisfrustration als Prädiktor	**Belastung als Prädiktor**	**Bedrohung als Prädiktor**
	--	Lustlosigkeit A (+)
Reduzierter Gelassenheit A (-)		Reduzierter Aktivierung T (+)
Ärger		Ärger
Körperliche Beschwerden		
Beziehungsunzufriedenheit		
		Passivität
		Depressivität
		Zwanghaftigkeit

Tab. 1.5.9: Selbstkritischer Persönlichkeitsstil (SU)

Bedürfnisfrustration als Prädiktor	**Belastung als Prädiktor**	**Bedrohung als Prädiktor**
--	--	Reduzierter Aktivierung T (+)

Tab. 1.5.10: Eigenwilliger Persönlichkeitsstil (PN)

Bedürfnisfrustration als Prädiktor	Belastung als Prädiktor	Bedrohung als Prädiktor
--	--	Reduzierter Aktivierung T (+) Depressivität

Tab. 1.5.11: Kritischer Persönlichkeitsstil (NT)

Bedürfnisfrustration als Prädiktor	Belastung als Prädiktor	Bedrohung als Prädiktor
Paranoides Denken	--	Ärger

1.5.2 ZUSAMMENFASSUNG

1.5.2.1 Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung

In ***allgemein*** lässt sich sagen, dass erwartungsgemäß Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung signifikante Prädiktoren für die Entstehung von verschiedenen Symptomen sind. Als ***wichtige Ergebnisse*** zeigt sich, dass diese drei Prädiktoren unterschiedliche Auswirkungen auf einer Symptomebene hatten. In besonders zeigten sich diese Unterschiede bezüglich die SCL-90 Skalen (siehe Tabelle 1.5.1). ***Bedürfnisfrustration und Bedrohung*** waren anhand der Ergebnisse die sich in beiden Stichproben replizieren ließen, Prädiktoren für mehrere Symptome als Belastung. An dieser Stelle ist wichtig zu berücksichtigen, dass Unterschiede hinsichtlich dieser Ergebnisse zwischen beiden Stichproben sich zeigten. In der neuen Stichprobe waren die drei Prädiktoren signifikant für mehr Symptome. Trotzdem war selbst in der neuen Stichprobe Belastung ein signifikanter Prädiktor für weniger Symptome als Bedürfnisfrustration und Bedrohung.

In beiden Stichproben war ***Belastung*** i.U. zu Bedrohung und Bedürfnisfrustration kein Prädiktor für Unsicherheit im Sozialkontakt, Phobische Angst, Aggressivität und Paranoides Denken.

In beiden Stichproben war ***Bedürfnisfrustration in den drei Motivbereichen*** ein signifikanter Prädiktor für alle die Subskalen des BES-K. Die einzige Ausnahme zeigte sich wiederum bei der Subskala „Zwanghaftigkeit“. In der neuen Stichprobe war Bedürfnisfrustration in den drei Motivbereichen ein signifikanter Prädiktor für alle Subskalen des SCL-90. Im Gegensatz dazu waren in der alten Stichprobe die meisten Zusammenhänge zwischen Bedürfnisfrustration in jedem Motivbereich und den verschiedenen Symptomskalen des SCL-90 nicht signifikant.

1.5.2.2 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen

- Folgende Stilen hatten in beiden Stichproben ***keine signifikante Vermittlungsfunktion*** zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung: der selbstbestimmte (AS), der sorgfältige (ZW), der ahnungsvolle (ST), der ehrgeizige (NA) und der loyale Stil (AB).
- Folgenden Persönlichkeitsstilen hatten in beiden Stichproben **eine** ***signifikante Vermittlungsfunktion*** für diesen Zusammenhang: der eigenwillige (PN), der selbstkritische (SU), der depressive (DP), der spontaner (BL) und der kritische (NT) Stil.

In der *alten Stichprobe* hatten mehr Persönlichkeitsstilen eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung als in der neuen Stichprobe. Diese Persönlichkeitsstile waren: zurückhaltender (SZ), optimistischer (RH), liebenswürdiger (HI) und selbstloser (SL) Stil.

Ein sehr ***wichtiges Ergebnis*** war dass wenn jeder von diesen Persönlichkeitsstilen gleichzeitig mit dem depressive Stil in die Regressionsanalyse eingegeben wurde, ist für fast alle Symptome immer der depressive Stil signifikant als Mediator geblieben.

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde die für die Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten zusammenfassen:

Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Der selbstunsichere Stil war in beiden Stichproben ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung jedoch der Mediationsstatus dieser Stil ließt sich nicht für dieselben Symptomen replizieren. Weiterhin war der selbstunsichere Stil ein Mediator für die Subskalen die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen oder die nicht spezifische Symptome messen (Negative Emotionalität). Entgegen der Erwartungen (Hyp. 4.2.3.2) war der selbstunsichere Stil kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ängstlichkeit.

S*pontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung:* In beiden Stichproben war dieser Stil ein Mediator der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Körperlichen Beschwerden und den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit vermittelt. Der Mediationsstatus von dem spontanen Stil konnte für andere Symptome nicht repliziert werden. Ferner wenn der spontane Stil und der depressive Stil gleichzeitig in die Regressionsanalyse (Block 2) eingegeben wurden, blieb für alle Symptome der depressive Stil bedeutsamer als Mediator, d.h. die Mediationsmodelle für denen der spontane Stil signifikant war sind nicht mehr signifikant geblieben, wenn der depressive Stil kontrolliert wurde. Die einzige Ausnahme war für Beziehungsunzufriedenheit: für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit leisten diese Stile unabhängige Beiträge.

***Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung*:** Ein anderer wichtiger Befund zeigt sich bei dem kritischen Persönlichkeitsstil. In beiden Stichproben hatte dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoidem Denken. Ferner ist der kritische Stil in beiden Stichproben bedeutsamer als Mediator geblieben, wenn er gleichzeitig mit den anderen Persönlichkeitsstilen, die für diesen Zusammenhang eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten (PN und DP), in die Regressionsanalyse eingegeben wurde.

Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung: Der Mediationsstatus des eigenwilligen Stils konnte nicht für dieselben Symptome repliziert werden. In der alten Stichprobe vermittelte dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit und Depressivität. In der neuen Stichprobe vermittelte dieser Stil zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoides Denken.

***Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung*:** In beiden Stichproben war der depressive Stil ein sehr wichtiger Mediator, der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Entstehung von verschiedenen Symptomen vermittelte. Der Mediationsstatus von diesem Stil konnte für dieselben Subskalen des BES-K und für viele von den Subskalen des SCL-90 repliziert werden:

- Die Mediationsmodelle waren hoch signifikant in den abhängigen Variablen (Kriterien) die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen (Subskala Symptomausprägung des BES-K und Subskala Global Severity Index des SCL-90). Nach einer Bedürfnisfrustration reagiert der depressive Stil mit einer allgemeinen Ausprägung der Symptomatologie.
- Die Mediationsmodelle waren hoch signifikant für Körperliche Beschwerden und Negative Emotionalität.
- Nach einer Bedürfnisfrustration wird die Aktivität (Subskala BES-K) und die Beziehungszufriedenheit (Subskala BES-K) durch eine depressive Reaktion reduziert.
- Im Einklang mit der Erwartungen (Hyp. 4.2.3.1) vermittelt der depressive Stil zwischen Bedürfnisfrustration und depressiven Symptomen. Das gilt auch für Zwanghaftigkeit (SCL-90).

Weiterhin zeigten sich bei diesem Stil auch folgende Ergebnisse:

- *Für die Skalen die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen:* Der depressive Stil war bedeutsamer Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung als der selbstunsichere und spontane Stil. In beiden Stichproben war der depressive Stil der einzige Mediator für den

Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und der Global Severity Index und der Subskala Positive Syndrom Distress Index (PSDI) des SCL-90.

- *Für andere Symptomen:* In beiden Stichproben war der depressive Stil der wichtigste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und folgende Symptomen: Negativer Emotionalität, reduzierte Aktivität, körperliche Beschwerden und Zwanghaftigkeit (SCL-90).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration folgende Stilen in beiden Stichproben von Bedeutung waren: ein depressiver, ein spontaner, ein negativistischer, ein selbstunsicherer und ein eigenwilliger Stil. Der depressive Stil war deutlich von alle diesen Stilen der bedeutsamste Mediator.

Wichtig ist zu berücksichtigen, dass der ***optimistische, liebenswürdige und altruistische Stil*** auch eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung hatten, obwohl dieser Vermittlungsfunktion nicht in beiden Stichproben repliziert. Weiterhin ist interessant, dass die belohnungssensibel liebenswürdigen und optimistischen Stile zu Bedürfnisfrustration mit erhöhter Aktivität/Impulsivität und erhöhter Beziehungszufriedenheit reagieren, während bei den anderen Stilen umgekehrt ist.

1.5.2.3 Zusammenfassung Dekomponierung der Bedürfnisse

Die Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben eine ***signifikante Vermittlungsfunktion*** hatten sind dieselbe als mit Bedürfnisfrustration nicht getrennt für die drei Motivbereichen (d.h. ***der depressive (DP), der selbstunsichere (SU), der spontane (BL), der eigenwillige (PN) und der kritische Stil (NT)***). Andere Persönlichkeitsstilen hatten auch eine signifikante Vermittlungsfunktion aber nur in der alten Stichprobe. Diese Stile sind: zurückhaltender (SZ), optimistischer (RH), liebenswürdiger (HI) und selbstloser (SL).

Folgende Ergebnisse ließen sich in beiden Stichproben replizieren:

- Der *kritische Stil* war ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Paranoidem Denken.
- Der Mediationsrolle *der depressive und der spontane Stil* war signifikant für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration in den drei Motivbereichen und verschiedene Symptomen. Die Symptomen waren in allgemein für allen Motivbereichen dieselbe.
- Der *selbstunsichere Stil* hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Symptomausprägung. Bei jeder der drei Motivbereichen war dieser Stil ein signifikanter Mediator für körperliche Beschwerden. Dieser Stil war kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und andere Symptome (außer körperliche Beschwerden).

Es wurde erwartet worden (Hyp. 1.1.5), dass sich Frustrationen in den drei grundlegenden Motivbereichen (Anschluss, Leistung und Macht) nicht gleichermaßen auswirken. Es wurde vermutet, dass diese Auswirkungen für jeden Persönlichkeitsstil unterschiedlich ausfallen. Entgegen dieser Erwartungen zeigt die Analyse in allgemein keine bedeutsamen Unterschiede. Die Ergebnisse zeigten, dass die Persönlichkeitsstile die eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten reagieren mit Symptomen zu Bedürfnisfrustration in den drei Motivbereichen. Es zeigte sich bei diesen Stile in allgemein keine differenzielles Symptommuster bei den drei Motivbereichen und auch kein bedeutsamer Prädiktor. Das trifft in besonders für der depressive und der spontaner Stil.

Obwohl die Ergebnisse für *den optimistischen und liebenswürdigen Persönlichkeitsstil* sich nicht replizieren ließen, ist interessant, dass diese Stilen in der alten Stichproben keine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich und Symptomentstehung hatten, jedoch für Bedürfnisfrustration im Anschluss und Machtbereich. Diese Ergebnisse können eine Hinweis sein, dass Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich bei diesen Stile weniger Symptomauswirkungen als Bedürfnisfrustration im Anschluss und Machtbereich hat. Jedoch diese Hypothese soll weiter überprüft werden, da diese Ergebnisse nicht replizieren ließen. Wiederum zeigt sich bei dieser Stilen, dass sie zu Bedürfnisfrustration im Anschluss und Machbereich mit erhöhter Aktivität und Beziehungszufriedenheit reagieren, während bei anderen Stile (z.B. der depressive und der negativistische Stil) umgekehrt ist. Der selbstbestimmte Stil reagiert auch mit erhöhter Aktivität.

1.5.2.4 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Belastung und Symptomentstehung

Der Mediationsstatus der Persönlichkeitsstile für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung ließ sich lediglich für den ***depressiven Stil*** replizieren. In der alten Stichprobe hatte nur dieser Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion. In der neuen Stichprobe hatten mehr Persönlichkeitsstile eine Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und Symptomentstehung als in der alte*n* Stichprobe. Diese Persönlichkeitsstile waren*: spontaner (BL), altruistischer (SL), kritischer (NT) und selbstunsicherer (SU)* Stil.

Wenn jeder von diesen Persönlichkeitsstilen gleichzeitig mit dem depressiven Stil in die Regressionsanalyse eingegeben wurde, blieb der depressive Stil signifikant für den Zusammenhang zwischen Belastung und folgenden Symptomen: Somatisierung, Depressivität und eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie (Global Severity Index des SCL-90).

Hypothesenkonform (Hyp. 1.2.2.1) hatten in beiden Stichproben folgende *Persönlichkeitsstile* ***keine signifikante Vermittlungsfunktion*** für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung: *der selbstbestimmte (AS), der ehrgeizige (NA), der ahnungsvolle (ST), der optimistische (RH) und der liebenswürdige (HI).*

Entgegen der Erwartungen (Hyp. 1.2.2.1) hatten folgende Persönlichkeitsstile, die mit einer Hemmung positiven Affekts assoziiert sind, auch keine signifikante Vermittlungsfunktion für den

Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung: der eigenwillige, der zurückhaltende und der loyale Stil. Der sorgfältige Stil hatte auch keine signifikante Vermittlungsfunktion.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Ergebnisse die sich replizieren lassen sagen, dass für die Auswirkungen von Belastung der depressive Stil von Bedeutung ist. Umgekehrt ist bei Vorliegen dieser Stil Belastung ein Risikofaktor.

1.5.2.5 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedrohung und Symptomentstehung

In beiden Stichproben hatten folgende Persönlichkeitsstilen keine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und Symptomentstehung: der selbstbestimmte, der zurückhaltende, der sorgfältige, der ahnungsvolle, der optimistische, der liebenswürdige, der ehrgeizige und der loyale Stil.

Erwartungsgemäß (Hyp.1.2.2.2) hatten folgende *Persönlichkeitsstile* ***eine signifikante Vermittlungsfunktion*** für das erwähnte Zusammenhang: ***der spontane (BL), der selbstlose (SL), der selbstunsichere (SU) und der depressive (DP) Stil***. Ferner hatten auch eine signifikante Vermittlungsfunktion ***der eigenwillige (PN) und der kritische (NT) Stil.*** Der Mediationsstatus des selbstlosen, des kritischen und des selbstunsicheren Stils konnte nicht für dieselben Symptome repliziert werden.

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde die für die Persönlichkeitsstile die in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten zusammenfassen:

- *Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung:* Der eigenwillige Stil vermittelt zwischen Bedrohung und Depressivität.
- *Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung:* Der spontane Stil war ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: Passivität, Zwanghaftigkeit und Depressivität.
- *Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung:* Wiederum war in beiden Stichproben der depressive Stil ein sehr wichtiges Mediator. Der depressive Stil vermittelte zwischen Bedrohung und der Entstehung von verschiedenen Symptomen. Dieser Stil konnte als signifikanter Mediator zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen repliziert werden: Passivität, Beziehungsunzufriedenheit, Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität und eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie (Subskala Global Severity Index des SCL-90).

Weiterhin zeigten sich bei diesem Stil auch folgende Ergebnisse:

- In beiden Stichproben war der depressive Stil bedeutsamer als andere Persönlichkeitsstile als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und den Symptomen Passivität und Zwanghaftigkeit.

- Für Depressivität war in der neuen Stichprobe der depressive Stil der wichtigste Mediator, während in der alten auch der eigenwillige und der selbstlose signifikant blieben, wenn alle gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden.
- Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ängstlichkeit waren in der neuen der kritische und der selbstlose Stile wichtigere Mediatoren als der depressive Stil.

1.5.2.6 Zusammenfassung Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung

Mit Bedürfnisfrustration und Bedrohung als Prädiktoren hatten folgende Persönlichkeitsstile in beide Stichproben eine ***signifikante Vermittlungsfunktion***: *der depressive (DP), der spontane (BL), der selbstunsichere (SU), der kritische (NT)* und *der eigenwillige (PN) Stil.* Analoges lässt sich sagen für Bedürfnisfrustration in jeder der Motivbereich (d.h. Anschluss, Leistung und Macht). Mit Belastung als Prädiktor replizieren sich die Mediationsmodelle lediglich für den depressiven Stil.

Folgenden Persönlichkeitsstilen hatten in beiden Stichproben ***keine Vermittlungsfunktion*** für alle die untersuchte Zusammenhänge: der selbstbestimmte, der zwanghafte, der schizotypische, der ehrgeizige und der loyale Stil.

Eine der ***zentralen Ergebnisse*** zeigt sich bei dem ***depressiven Stil.*** Der depressive Stil war ein sehr wichtiger Mediator für alle untersuchten Zusammenhänge und auch der bedeutsamste Mediator von allen Persönlichkeitsstilen, die mit dem Persönlichkeits-Stils- und Störungs-Inventar gemessen wurden. Der depressive Stil hat sich gegen alle diese Stile als bedeutsamster Mediator durchgesetzt. Zusammenfassend betrachtet ist für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung das Vorliegen einen depressiven Stil besonders von Bedeutung. Umgekehrt ist bei Vorliegen eines depressiven Stils die drei erwähnten Faktoren ein Risikofaktor.

Die Mediationsrolle der Persönlichkeitsstile die in allgemein eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten (DP, BL, SU, NT und PN) ist nach den Ergebnissen die in beiden Stichproben sich replizieren ließen bedeutsamer für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Bedrohung und Symptomentstehung als für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung. Anders ausgedrückt die symptomverursachenden Auswirkungen von Bedürfnisfrustration und bedrohliche Ereignisse (d.h. Veränderungen, angst machenden Ereignissen und möglicher Risiken, der den negativen Gefühlszustand erhöht) sind für diese Persönlichkeitsstile schwerwiegend als die Auswirkungen von Belastung (d.h. Frustration, Verlust, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele, die positive Affekte abschwächen). Jedoch diese Schlussfolgerung ist mit Vorsicht zu betrachten, da wichtige Unterschiede zwischen den beiden Stichproben bezüglich die Mediationsmodelle mit Belastung als Prädiktor sich zeigten. Weiterhin für den depressiven Stil sind anhand wiederum der Ergebnisse die sich in beiden Stichproben sich replizieren ließen beide Prädiktoren (Belastung und Bedrohung) von Bedeutung.

1.5.2.7 Ergebnisse auf der Affekt- und Temperamentebene

Für die Mediationsmodelle mit den Affekt- und Temperamentskomponenten als Kriterium wurden keine Hypothesen formuliert. Tabelle 1.5.5 und 1.5.6 veranschaulichen eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstilen als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen. Mediationsmodelle mit Bedürfnisfrustration getrennt für die Skalen des BEF-3 wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berechnet. Die Ergebnisse dieser Mediationsmodelle lassen sich so zusammenfassen:

Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung waren Prädiktoren für denselben Affekt- und Temperamentsreaktionen: reduzierte Freude, Lustlosigkeit, reduzierte Aktivierung, reduzierte Gelassenheit, Erregung, Traurigkeit und Ärger. Es zeigten sich an dieser Ebene i.U. zu der Symptomebene keine Unterschiede zwischen den Prädiktoren, jedoch die Persönlichkeitsstile hatten mit den drei Prädiktoren eine Vermittlungsfunktion für unterschiedliche Affekt- und Temperamentsreaktionen.

- ***Reduzierte Freude:*** Die Ergebnisse für diese Affektreaktion ließen sich in allgemein nicht replizieren. Das gilt für die drei Prädiktoren. Jedoch die Daten lassen die Vermutung nah, dass in besonders der depressive Stil eine wichtige Vermittlungsfunktion für die Entstehung von reduzierter Freude hat, da dieser Stil mit den drei Prädiktoren eine Vermittlungsfunktion für reduzierte Freude hatte. Jedoch diese Ergebnisse ließen sich nicht in beiden Stichproben replizieren.
- ***Lustlosigkeit:***
  - Der depressive Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für Lustlosigkeit mit alle Prädiktoren.
  - Der Zusammenhang zwischen *Bedrohung und Lustlosigkeit* wird in beiden Stichproben durch den depressiven und spontanen Stil vermittelt. Der selbstunsichere und der kritische Stil hatten auch eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang, aber die Mediationsrolle dieser Stile ließ sich nicht replizieren.
- ***Reduzierte Aktivierung:***
  - Der depressive Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für reduzierte Aktivierung mit alle Prädiktoren.
  - Andere Persönlichkeitsstile die auch eine signifikante Vermittlungsfunktion für eine reduzierte Aktivierung hatten waren SU, BL, NT und PN.
- ***Erregung und Traurigkeit:***
  - In beiden Stichproben war der Zusammenhang zwischen *Bedürfnisfrustration* und diese Emotionen durch den depressiven Stil vermittelt. Die selbstunsicheren und spontanen Stile hatten auch eine signifikante Vermittlungsfunktion für Traurigkeit aber nur in der alten Stichprobe.

- Interessanterweise zeigten die Ergebnisse, dass für die Entstehung von Erregung und Traurigkeit von alle Prädiktoren Bedürfnisfrustration besonders von Bedeutung ist. In beiden Stichproben war kein Persönlichkeitsstil signifikant als Mediator für Erregung und Traurigkeit, wenn Belastung und Bedrohung als Prädiktor in den Analysen eingegeben wurden. Es wurde erwartet worden, dass die Persönlichkeitsstile die gemäß der PSI-Theorie mit eine erhöhte Belohnungssensibilität gekennzeichnet sind, zu Bedrohung mit Erregung und Traurigkeit reagieren.

- ***Reduzierte Gelassenheit:***
  - Der Zusammenhang zwischen *Bedürfnisfrustration und reduzierte Gelassenheit* wird in beiden Stichproben durch den spontanen und den depressiven Stil vermittelt.
  - Mit *Bedrohung* als Prädiktor war in der alten Stichprobe der depressive Stil ein signifikanter Mediator für reduzierte Gelassenheit.
  - Für den Zusammenhang zwischen *Belastung* und reduzierte Gelassenheit hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion.
- ***Ärger:***
  - Der Zusammenhang zwischen *Bedürfnisfrustration und Ärger* wird in beiden Stichproben durch den spontanen und den depressiven Stil vermittelt.
  - Der Zusammenhang zwischen *Bedrohung und Ärger* wird in beiden Stichproben durch den spontanen, kritischen und depressiven Stil vermittelt. Von allen diesen Stilen ist nach den Ergebnissen in beiden Stichproben der spontane Stil der wichtigere Mediator für diesen Zusammenhang.
  - Keine Ergebnisse replizieren sich mit Belastung als Prädiktor. Ein analoges Ergebnis-Muster zeigte sich mit der Skala „Aggressivität“ des SCL-90: Kein Persönlichkeitsstil war ein signifikanter Mediator für diese Skala mit Belastung als Prädiktor.

Zusammenfassend betrachtet, von diese Ergebnisse ist wichtig, dass der DP und BL Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für Ärger sowohl mit Bedürfnisfrustration als mit Bedrohung als Prädiktor hatten. Weiterhin ist auch interessant dass der kritische Stil eine Vermittlungsfunktion für Ärger mit Bedrohung als Prädiktor hat.

Die Ergebnisse der Mediationsmodelle mit den Affekt- und Temperamentsreaktionen als Kriterium wissen durchweg in dieselbe Richtung als auf einer Symptomebene: der depressive, der spontane, der selbstunsichere, der kritische und der eigenwillige Stile hatten eine signifikante Vermittlungsfunktion. Die Ergebnisse für den eigenwilligen Stil replizieren sich nur mit Bedrohung als Prädiktor.

Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass der ***depressive Stil*** zu alle Prädiktoren mit Lustlosigkeit, reduzierte Freude und reduzierte Aktivierung reagiert. Das gilt insbesondere für reduzierte Aktivierung. Diese Ergebnisse sind im Einklang mit der für diesen Stil in der PSI-Theorie

postulierte Annahmen. Die Verbindung zwischen DP und Lustlosigkeit/reduzierte Aktivierung kann auch der Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit die dieser Stil charakterisiert erklären. Weiterhin unterstützen diese Ergebnisse die Annahme, dass eine depressive Reaktion stark mit einer Hemmung der positive Affekt assoziert ist.

Andere Persönlichkeitsstile die auch eine signifikante Vermittlungsfunktion für eine ***reduzierte Aktivierung*** hatten waren SU, BL, NT und PN. Obwohl der Mediationsstatus diese Stile nicht immer für die beiden Stichproben sich replizieren ließ, die Ergebnisse wiesen durchweg in die Richtung, dass diese Stile unabhängig von der Prädiktor immer mit dieser Emotion reagieren. Alle diese Stile gemeinsam, außer dem spontanen Stil, ist dass sie mit reduzierter Belohnungssensibilität assoziiert sind. Das kann ein Hinweis über das Vorliegen einer depressiven Komponente bei diesen Stilen.

Bezogen die Ergebnisse für die ***Subskala Ärger,*** zeigt sich eine interessante Dissoziation zwischen den drei Prädiktoren. Die Ergebnisse mit Belastung als Prädiktor ließen sich nicht replizieren. Weiterhin die Ergebnisse unterstützen der auf der klinischen Literatur oft wiederholt berichtet Verbindung zwischen der analogen Persönlichkeitsstörung des ***spontanen Stils*** und Ärger. Diese Verbindung die in den Kriterien des DSM-IV beibehaltet ist („unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren"), wird funktionsanalytisch wie folgend erklärt: Die Ärger „über sich selbst" in diesen Patienten Gruppe beruht, dass die Betroffenen durchaus spüren, welche Gedanken, Gefühle und Handlungen selbstkompatibel wären, aber ihre Empfindungen oft nicht durch integrierte Selbstrepräsentationen und ihr Handeln oft nicht durch explizite Absichten und Pläne steuern können.

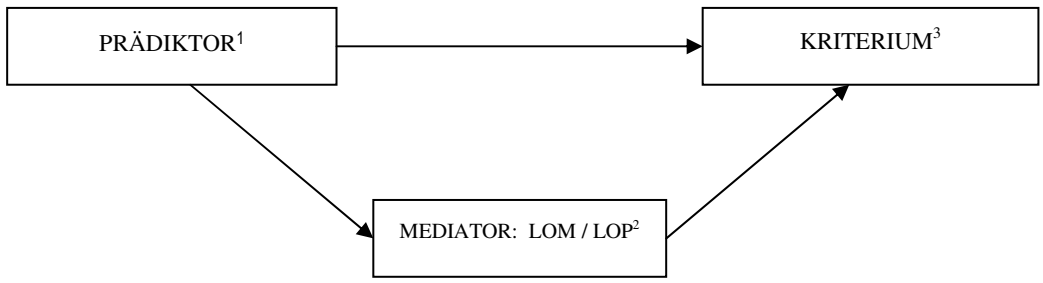
Wie erwähnt hatte der ***kritische Stil (NT)*** in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ärger. Diese Ergebnisse unterstützen die wichtige Rolle die dieser Stil für die Entstehung von Aggressivität hat. Die NT-Störung ist mit einer passiven Ignoranz gegenüber den Erwartungen anderer verbunden, die sich in einer passiven Aggressivität gegenüber den Wünschen anderer ausdrücken kann. In der psychoanalytischen Sichtweise, die in der Kriterienbeschreibung des DSM-III implizit vorhanden war (Fiedler, 2000), wird durch diese Passivität zumeist zugleich eine latente Aggressivität zum Ausdruck gebracht. Sie kann sich gelegentlich auch durch spontane Kritik und Impulsivität Bahn brechen. In die aktuellen kognitiv-behaviorale Ansätze wird der Ärger als der Hauptaffekt der passiven-aggressive Persönlichkeitsstörung gesehen. Es wird als „ein spezifischer Muster, Ärger in sozialen Beziehungen auszudrücken, und zwar in einer maladapativen verbalen und nichtverbalen Art, die zugleich selten oder nie zu befriedigenden Problemlösungen führt" (Perry & Flannery, 1982, S.166, vgl. Fiedler, S. 327). Dieser Ärger wird durch Angst abgelöst, wenn sie andere rächen wollen und die Gefahr besteht, dass ihre Bedürfnisse nicht mehr befriedigt werden (Beck & Freeman, S. 40).

2. SELBSTSTEUERUNGSDEFIZITE

Um die Vermittlungsrolle von der prospektive Lageorientierung (LOP) und der misserfolgsbezogene Lageorientierung (LOM) in dem Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen (Frage 2.1) und in dem Zusammenhang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung (Frage 2.2) zu untersuchen wurden Mediationsmodelle überprüft. Dazu wurden eine Reihe von Regressionsanalyse gerechnet (siehe Abschnitt 1.4.1, Empirischer Teil). Als Mediator wird jeweils eine der umgepolten Subskalen des Handlungskontrollfragebogens (HAKEMP-90) überprüft.

Die Vermittlungsfunktion der Selbststeuerungsdefizite wurde auch für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und der Entstehung von verschiedenen Affekt- und Temperamentsreaktionen untersucht. Alle Auswertungsstrategien wurden auf die alte und die neue Stichprobe getrennt angewendet. Abbildung 31 veranschaulicht alle die Mediationsmodellen die mit LOP und LOM gerechnet wurden.

Abb. 31.Mediationsmodelle mit LOP und LOM



1. **Prädiktor**: Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren: In den Analysen wurde jeweils Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT), Belastung (SSI-K) und Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor eingegeben.

2. **Mediator:** In alle die Analysen wurden jeweils eine der umgepolten Subskalen des HAKEMP-90 (LOM / LOP) als Mediator eingegeben.

3. **Kriterium:** Als Kriterium wurden die unterschiedlichen Symptomskalen des BES-K und SCL-90 verwendet. Analoge Mediationsmodelle wurden für die Subskalen des BEF-3 (Befindlichkeitsfragebogen) als Kriterium gerechnet.

Aufgrund der großen Anzahl von Variablen werden nur die wichtigsten Mediationsmodelle, die signifikant waren, ausführlich dargestellt. Die anderen Ergebnisse finden sich im Anhang B (Abschnitt 2).

2.1 Mediationsmodelle mit den Selbststeuerungsdefiziten (LOM/LOP) als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor, LOM und LOP als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium dargestellt. In Tabelle 2.1 sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

Tab. 2.1: Die Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen waren signifikant für die folgenden Skalen des BES-K und SCL-90:

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
LOM als Mediator	Aktivität (R) ** Beziehungsunzufriedenheit **	Symptomausprägung *** Körperliche Beschwerden **
LOP als Mediaor	Aktivität (R) Beziehungsunzufriedenheit Körperliche Beschwerden	--

Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
- - Kein Mediationsmodell war signifikant

2.1.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM)

Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für LOM sowohl in der alten (β = .51, $t(123) = 6.55$, $p<.001$) als auch in der neuen Stichprobe (β =.71, $t(135)= 11.74$, $p<.001$): Bedürfnisfrustration erhöht die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM).

Alte Stichprobe: In der alten Stichprobe war Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) ein Mediator der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Aktivität/Impulsivität vermittelt. Das gilt auch für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Beziehungszufriedenheit. Bedürfnisfrustration erhöht die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) und LOM führt zur Passivität und Beziehungsunzufriedenheit. Die Mediationsmodelle sind in Abbildung 32 und 33 dargestellt.

Abb. 32. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = - 3.28, $p<01$).

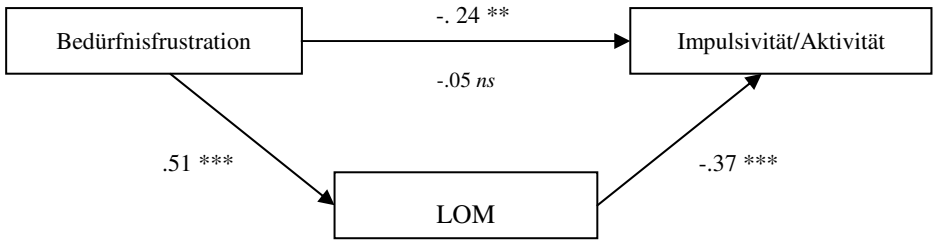
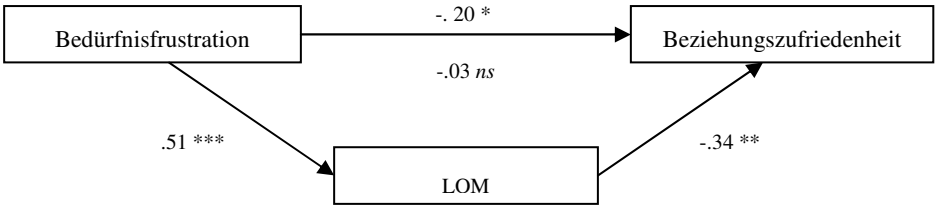


Abb. 33. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = - 3.05, $p<05$).



Neue Stichprobe: In der neuen Stichprobe war Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) ein Mediator der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung und Körperlichen Beschwerden vermittelt. Die Mediationsmodelle sind in Abbildung 34 und 35 dargestellt.

Abb. 34. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test hoch signifikant (z = 3.77, p<001).

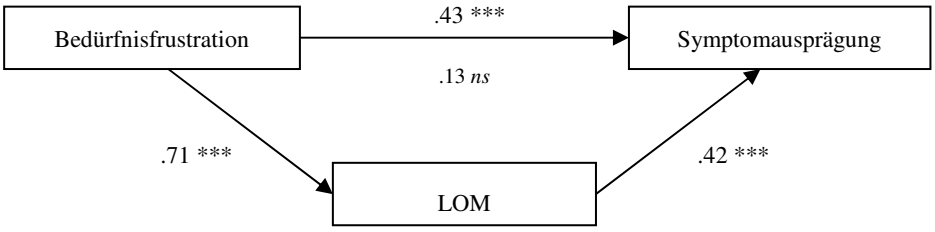
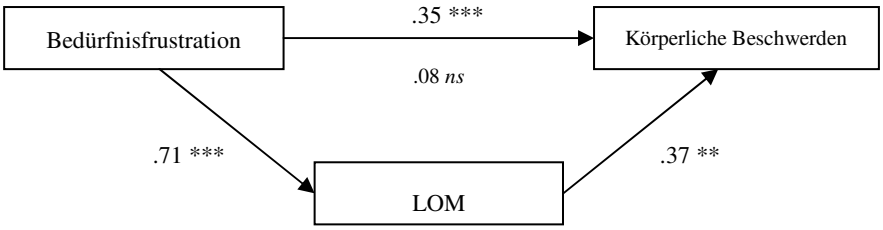


Abb. 35. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 3.23, p<.01).

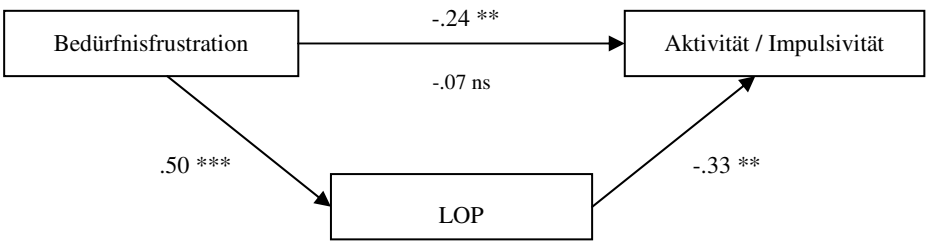


2.1.2 Prospektive Lageorientierung (LOP)

Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für eine erhöhte Prospektive Lageorientierung (LOP) sowohl in der alten (β = .49, $t(123)$ = 6.34, p<.001) als auch in der neuen Stichprobe (β=.57, $t(135)$ = 8.10, p<.001).

In der *neuen Stichprobe* war kein Mediationsmodell signifikant, während in *der alten Stichprobe* Prospektive Lageorientierung ein Mediator der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und verringerter Aktivität (Abb. 36), Beziehungsunzufriedenheit und erhöhten Körperlichen Beschwerden vermittelt war.

Abb. 36. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z= - 2.28, p<01).



2.1.3 LOM und LOP gleichzeitig als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung:

Da in der alten Stichproben sowohl LOM als LOP eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungsunzufriedenheit sowie reduzierter Aktivität hatten, wurden weitere Analyse gerechnet, in denen beide gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden.

Beide sind als signifikante Mediatoren für die Subskala Beziehungszufriedenheit geblieben, d.h. sie leisten unabhängige Beiträge für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Beziehungszufriedenheit.

Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Aktivität war LOM als Mediator bedeutsamer. LOP war marginal signifikant.

2.2 Mediationsmodelle mit den Selbststeuerungsdefiziten (LOM/LOP) als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen (BEF-3)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor, LOM und LOP als Mediator und den Skalen des BEF-3 (Befindlichkeitsfragebogen) als Kriterium dargestellt. In Tabelle 2.2 sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

Tab. 2.2: Die Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen (BEF-3) waren signifikant für folgende Skalen:

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
LOM als Mediator	--	Gelassenheit (R) *** Freude (R) *** Ärger *
LOP als Mediator	Aktivierung (R) ***	Aktivierung (R) *** Freude (R) ***

Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
- - Kein Mediationsmodell war signifikant

2.2.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM)

In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell signifikant, während in *der neuen* Stichprobe die Mediationsmodelle für die Subskalen Gelassenheit (Abb. 37), Freude (Abb. 38) und Ärger (Abb. 39) signifikant waren. Bedürfnisfrustration erhöht die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) und LOM führt zu reduzierter Gelassenheit, reduzierter Freude und Ärger.

Abb. 37. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = - 3.93, p<.001).

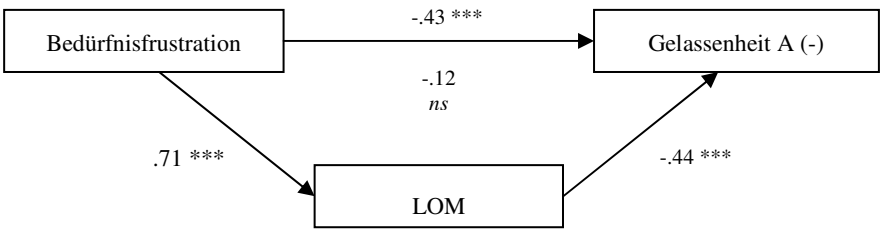


Abb. 38. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = - 3.51, p<.001).

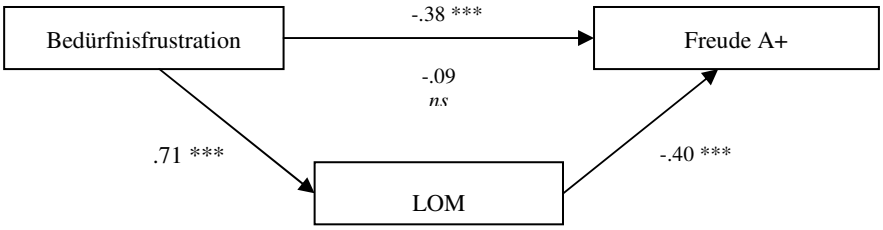
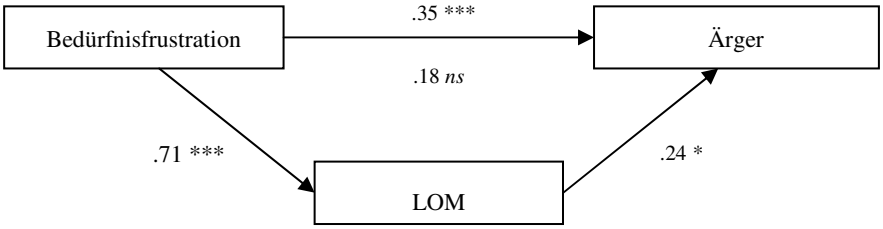


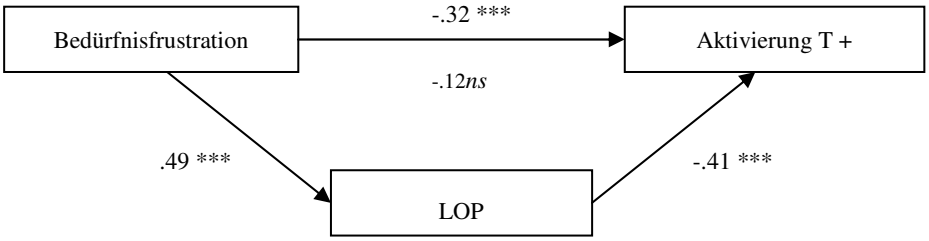
Abb. 39. *Neue Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.09, p<.05).



2.2.2 Prospektive Lageorientierung (LOP)

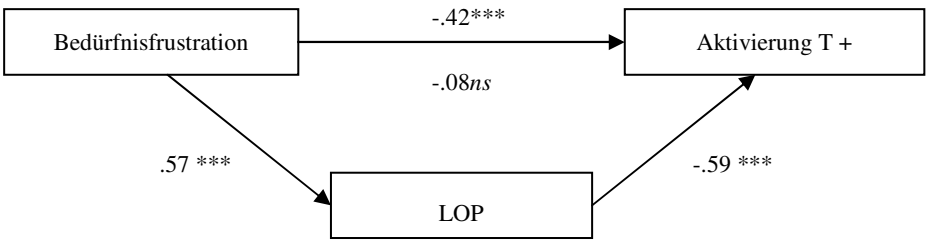
Alte Stichprobe: Das Mediationsmodell für die Subskala Aktivierung (Abb. 40) war signifikant: Prospektive Lageorientierung vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Aktivierung.

Abb. 40. *Alte Stichprobe:* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z= - 3.65, *p*<001).



Neue Stichprobe: In dieser Stichprobe war sowie bei der alten Stichprobe das Mediationsmodell für die Subskala Aktivierung (Abb. 41) signifikant. Das Mediationsmodell für die Subskala Freude war auch signifikant. Prospektive Lageorientierung vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Aktivierung und reduzierter Freude.

Abb. 41. *Neue Stichprobe:* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z= - 5.41, *p*<001).



2.3 Mediationsmodelle mit Selbststeuerungsdefiziten (LOM/LOP) als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung

2.3.1 Belastung als Prädiktor

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit Belastung als Prädiktor, LOM und LOP als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium dargestellt. In Tabelle 2.3 sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

Tab. 2.3: Die Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediator zwischen Belastung und Symptomen (BES-K und SCL-90) waren signifikant für folgende Skalen:

	Alte Stichprobe	Neue Stichprobe
LOM	--	Depressivität ** Ängstlichkeit +
LOP	--	--

Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
- - Kein Mediationsmodell war signifikant

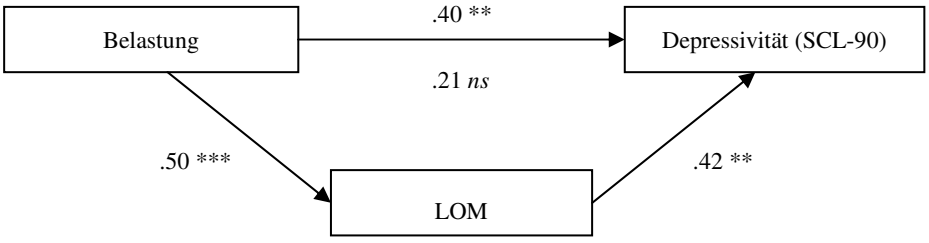
2.3.1.1 LOM als Mediator

Belastung war ein signifikanter Prädiktor für LOM sowohl in der alten (β = .35, $t(123) = 4.13$, $p<.001$) als auch in der neuen Stichprobe (β = .50, $t(135) = 6.68$, $p<.001$). Belastung erhöht die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM).

In der *alten Stichprobe* war LOM kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung.

In der *neuen Stichprobe* waren die Mediationsmodelle signifikant für die Subskalen Depressivität (Abb. 42) und Ängstlichkeit des SCL-90. LOM vermittelt zwischen Belastung und Depressivität sowie Ängstlichkeit.

Abb. 42. *Neue Stichprobe:* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z= 2.69, $p<01$).



2.3.1.2 LOP als Mediator

Belastung war ein signifikanter Prädiktor für LOP sowohl in der alten (β =.38, $t(123) = 4.62$, $p<.001$) als auch in der neuen Stichprobe (β = .40, $t(135) = 5.12$, $p<.001$): Belastung erhöhte die Prospektive Lageorientierung.

LOP war kein signifikanter Mediator zwischen Belastung und Symptomentstehung (Subskalen SCL-90 und BES-K). Das gilt für beide Stichproben.

2.3.2 Bedrohung als Prädiktor

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit Bedrohung als Prädiktor, LOM und LOP als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium dargestellt. In Tabelle 2.4 sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

Tab. 2.4: Die Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediator zwischen Bedrohung und Symptomen (BES-K und SCL-90) waren signifikant für folgende Skalen:

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
LOM	Depressivität + Zwanghaftigkeit +	Depressivität ** Zwanghaftigkeit * (1)
LOP	--	--

Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
- - Kein Mediationsmodell war signifikant
(1) Subskala des SCL-90

2.3.2.1 LOM als Mediator

Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für LOM sowohl in der alten (β =.31, $t(123) = 3.55$, $p<.01$) als auch in der neuen Stichprobe (β =.44, $t(135) = 5.72$, $p<.001$). Bedrohung erhöhte die Lageorientierung nach Misserfolg.

In beiden Stichproben waren die Mediationsmodelle signifikant für die Subskalen Depressivität und Zwanghaftigkeit des SCL-90 (Abb. 43, 44, 45 und 46).

Ferner war in der neuen Stichprobe das Mediationsmodell für die Subskala Ängstlichkeit (SCL-90) und Aktivität (BES-K) signifikant.

Abb. 43. *Alte Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test marginal signifikant (z = 1.68, $p<10$).

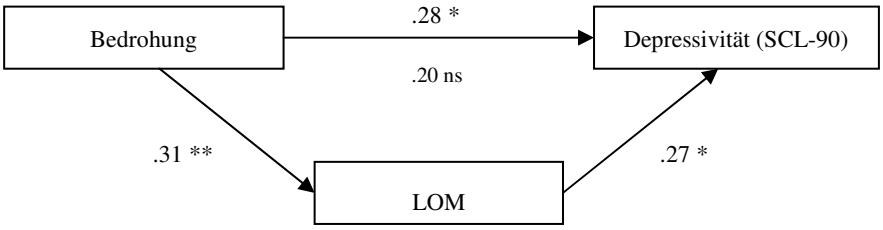


Abb. 44. *Alte Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test marginal signifikant (z = 1.87, $p<10$).

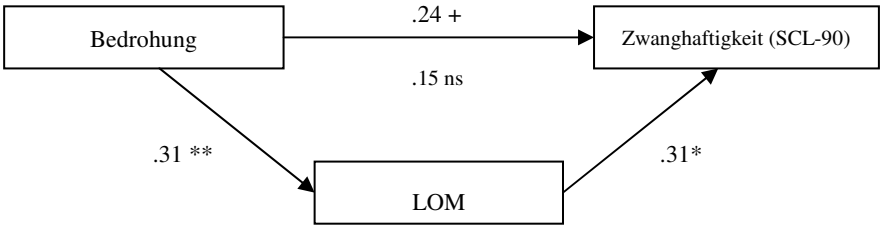


Abb. 45. *Neue Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.86, *p*<01).

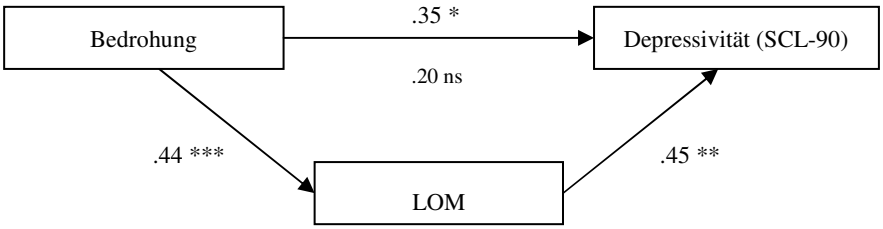
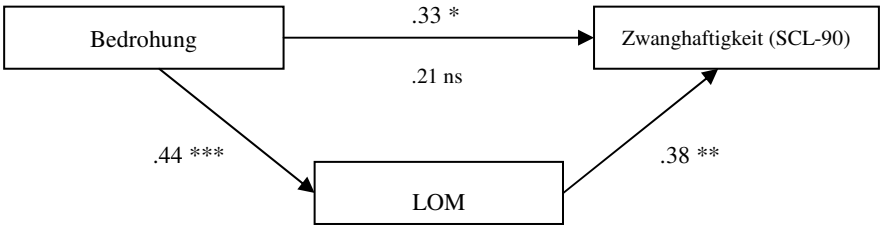


Abb. 46. *Neue Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test marginal signifikant (z= 2.45, *p*<05).



2.3.2.2 LOP als Mediator

Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für LOP sowohl in der alten (β =.33, t(123) = 3.81, p<.001) als auch in der neuen Stichprobe (β =.36, t(135) = 4.44, p<.001): Bedrohung erhöht die Prospektive Lageorientierung.

In *beiden Stichproben* war LOP kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung (Subskalen des SCL-90 und BES-K).

2.4 Mediationsmodelle mit den Selbststeuerungsdefiziten als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit Belastung/Bedrohung als Prädiktor, LOM und LOP als Mediator und den Skalen des BEF-3 als Kriterium dargestellt. In Tabelle 2.5 sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

Tab. 2.5: Die Mediationsmodelle waren signifikant für folgende Skalen des BEF-3 (Kriterium):

	Prädiktor: Belastung		**Prädiktor: Bedrohung**	
Mediatoren	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
LOM	**--**	Lustlosigkeit *** Aktivierung (R) ***	**--**	Lustlosigkeit *** Aktivierung (R) ***
LOP	--	Aktivierung (R) ***	Aktivierung (R) **	Aktivierung (R) ***

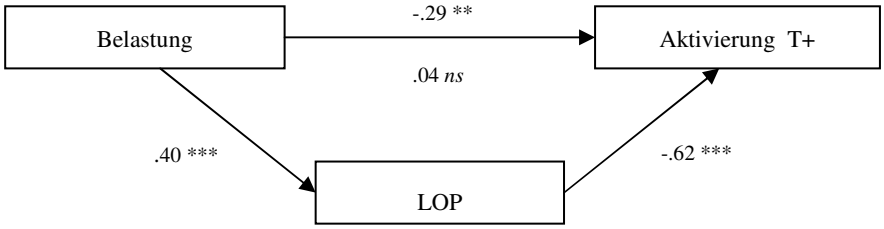
Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
- - Kein Mediationsmodell war signifikant

2.4.1 Belastung als Prädiktor

2.4.1.1 LOM als Mediator: In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell signifikant, während in der *neuen Stichprobe* die Mediationsmodelle für die Subskalen Lustlosigkeit [A (+)] und Aktivierung (T+) signifikant waren. LOM vermittelt in dieser Stichprobe zwischen Belastung und Lustlosigkeit und zwischen Belastung und reduzierter Aktivierung.

2.4.1.2 LOP als Mediator: In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell signifikant: LOP war kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Belastung und verschiedenen Affekten und Temperamentkomponenten. In der *neuen Stichprobe* war das Mediationsmodell für die Subskala Aktivierung signifikant. LOP vermittelt zwischen Belastung und reduzierter Aktivierung (Abb. 47).

Abb. 47. *Neue Stichprobe:* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z= - 4.37, *p*<001).



2.4.2 Bedrohung als Prädiktor

2.4.2.1 LOM als Mediator: In der *alte Stichprobe* war kein Mediationsmodell signifikant. In der *neuen Stichprobe* waren die Analysen signifikant für die Subskalen Lustlosigkeit und Aktivierung.

2.4.2.2 LOP als Mediator: In der *alten Stichprobe* war das Mediationsmodell für die Subskala Aktivierung signifikant (Abb. 48). Das gilt auch für die *neue Stichprobe* (Abb. 49).

Abb. 48. *Alte Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = -3.03, p<.01).

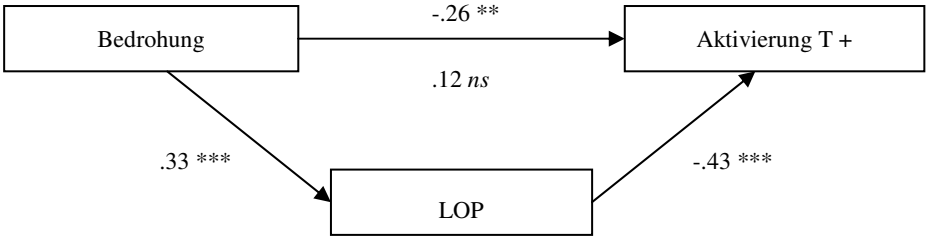
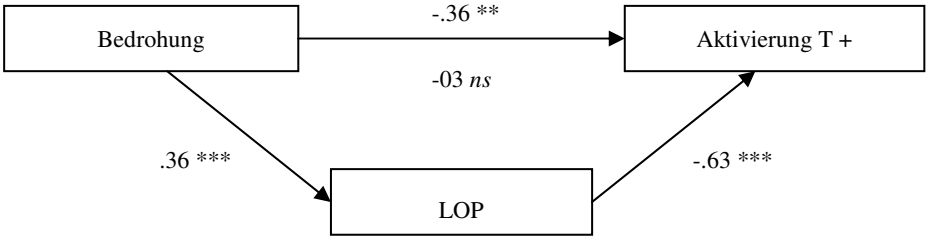


Abb. 49. *Neue Stichprobe*. Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = -3.94, p<.001).



2.5. Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit LOM und LOP

Tabelle 2.6 und Tabelle 2.7 veranschaulichten eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren (d.h. wenn die erwähnten vier Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalysen erfüllt wurden und der Sobel Test signifikant war).

Tab. 2.6: Zusammenfassung der signifikanten Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) als Mediator.

Prädiktor	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**	**Ergebnisse die in beiden Stichproben sich replizieren.**
Bedürfnisfrustration	Aktivität (R) ** Beziehungsunzufriedenheit *	Symptomausprägung *** Körperliche Beschwerden ** *Gelassenheit* (R)*** *Freude* (R) *** *Ärger**	--[1] [2]
Belastung	--	Depressivität ** Ängstlichkeit + *Lustlosigkeit* *** *Aktivierung* (R) ***	-- [3]
Bedrohung	Depressivität + Zwanghaftigkeit (SCL-90) +	Depressivität ** Zwanghaftigkeit (SCL-90) * Ängstlichkeit + Aktivität (R) *** *Lustlosigkeit* *** *Aktivierung* (R) ***	Depressivität [4] Zwanghaftigkeit (SCL-90)

[1] In beiden Stichproben hatte LOM eine Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung, jedoch ließ sich diese Mediationsrolle nicht für dieselben Symptome replizieren.

[2] Nur in der neuen Stichprobe hatte LOM eine Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und den Subskalen des BEF-3 (Affekt- und Temperamentskomponenten)

[3] Die Mediationsrolle von LOM zwischen Belastung und Symptomentstehung und zwischen Belastung und den Subskalen des BEF-3 (Affekt- und Temperamentskomponenten) wurden nicht repliziert. Nur in der neuen Stichprobe hatte LOM eine Vermittlungsfunktion für diese Zusammenhänge.

4 LOM war in beiden Stichproben ein Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung. Diese Mediationsrolle repliziert sich für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität / Bedrohung und Zwanghaftigkeit.

Tab. 2.7: Zusammenfassung der signifikanten Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit Prospektiver Lageorientierung (LOP) als Mediator.

Prädiktor	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**	**Ergebnisse die in beiden Stichproben sich replizieren.**
Bedürfnisfrustration	Aktivität (R) ** Beziehungsunzufriedenheit ** Körperliche Beschwerden * *Aktivierung* (R)***	*Aktivierung* (R)*** *Freude* (R) ***	*Aktivierung* (R) [1]
Belastung	--	*Aktivierung* (R) ***	--[2]
Bedrohung	*Aktivierung* (R) **	*Aktivierung (*R) ***	Aktivierung (R) [3]

[1] Die Mediationsrolle von LOP zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung wurde nicht repliziert. Es wurde jedoch die Vermittlungsfunktion von LOP zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Aktivierung repliziert.

[2] Die Mediationsrolle von LOP zwischen Belastung und Symptomentstehung replizierte sich nicht.

[3] Die Vermittlungsfunktion von LOP repliziert sich für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und reduzierter Aktivierung. LOP war in beiden Stichproben kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung.

Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor u. Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher.
-- Kein Mediationsmodell war signifikant
Kursiv: Skalen des BEF-3

2.5.1 Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

- ***Lageorientierung nach Misserfolg (LOM):*** Entsprechend der Erwartungen (Hyp. 2.1) hatte LOM in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung, aber der Mediationsstatus von LOM konnte nicht für dieselben Symptome (Subskalen BES-K und SCL-90) repliziert wurden (siehe Tabelle 2.1).
- ***Prospektive Lageorientierung (LOP):*** In der alten Stichprobe war LOP ein Mediator, der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und folgenden Symptome vermittelt: verringerte körperlichen Beschwerden, verringerter Aktivität und Beziehungsunzufriedenheit. Eine frustrationsbedingte LOP führt zur Passivität und Beziehungsunzufriedenheit. Die Ergebnisse von der alten Stichprobe wurden in der neuen Stichprobe nicht repliziert. In der neuen Stichprobe war kein Mediationsmodell mit LOP als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung signifikant.

Anhand dieser Ergebnisse lässt sich sagen, dass beide Persönlichkeitsdispositionen eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung haben, aber ***für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration war Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) bedeutsamer als prospektive Lageorientierung (LOP).*** Die Möglichkeit, dass eine Person nach einer Bedürfnisfrustration Symptome entwickelt ist größer wenn sie mit LOM als mit LOP reagiert.

2.5.2 Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentskomponenten

LOM: Es zeigten sich in beiden Stichproben unterschiedliche Ergebnisse. In der *alten Stichprobe* war kein Mediationsmodell signifikant, während in *der neuen* Stichprobe die Mediationsmodelle für die Subskalen Gelassenheit, Freude und Ärger signifikant waren. Bedürfnisfrustration erhöht die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) und LOM führt zu reduzierter Gelassenheit, reduzierter Freude und Ärger. Jedoch diese Ergebnisse lassen sich nicht replizieren.

LOP: In beiden Stichproben war LOP ein Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und eine reduzierter Aktivierung (Skala des BEF-3): eine frustrationsbedingte LOP führt zu eine reduzierter Aktivierung.

2..5.3 Mediationsmodelle mit LOM und LOP als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung /Affekt- und Temperamentsreaktionen (BEF-3)

Belastung als Prädiktor:

Da belastende Lebensereignisse Typischerweise mit einer Senkung des positiven Affekts einhergehen, fordern sie die Fähigkeit, positiven Affekt Selbst zu generieren (HOP). In diesem Sinn wurde es erwartet, dass prospektiv Lageorientierte (LOP) besonders unter Belastung Symptome entwickelt (Hyp.2.2.1). *Entgegen dieser Erwartungen hatte **LOP** in beiden Stichproben **keine signifikante Vermittlungsfunktion** für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung.* Weiterhin hatte LOM nur in der neuen Stichprobe eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang.

Weiterhin repliziert sich nicht die Mediationsrolle von LOM und LOP zwischen Belastung und die Subskalen des BEF-3 (Affekt- und Temperamentskomponenten). Nur in der neuen Stichprobe hatten beide eine Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang.

Bedrohung als Prädiktor:

In Übereinstimmung mit der Hypothese 2.2.2 war LOM ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung. In beiden Stichproben hatte LOM eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität (Abb. 43 und 45) und für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Zwanghaftigkeit (Abb. 44 und 46). Personen die negativen Affekt schlecht selbstgesteuert herabregulieren können (LOM) reagieren zu bedrohliche Lebensereignisse mit depressiven Symptomen und Zwanghaftigkeit. Die Mediationsrolle von LOM zwischen Bedrohung und die Subskalen des BEF-3 (Affekt- und Temperamentskomponenten) repliziert sich nicht.

Entsprechend der Erwartungen (Hyp.2.2.2) ist ***für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung LOM bedeutsamer als LOP:*** in beiden Stichproben war LOP kein signifikanter Mediator für diese Zusammenhang. Jedoch die Vermittlungsfunktion von LOP repliziert sich für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und eine reduzierter Aktivierung (T+). Prospektive Lageorientierter Personen reagieren zu bedrohliche Ereignissen mit einer Reduzierung der Aktivierung

Abbildung 2.1 veranschaulicht die Ergebnisse, die sich in beiden Stichproben replizieren ließen.

Abb. 2.1

Bedürfnisfrustration	→ LOM	→	Symptomentstehung
Bedrohung	→ LOM	→	Depressivität Zwanghaftigkeit
Bedürfnisfrustration Bedrohung	→ LOP	→	Reduzierte Aktivierung (T +)

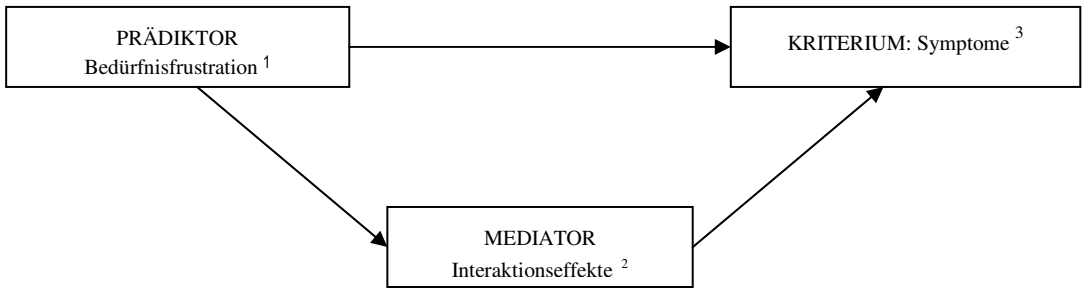
Die Ergebnisse alle berechneten Mediationsmodellen mit LOM und LOP lassen sich so zusammenfassend:

- ***Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung*** waren signifikante Prädiktoren sowohl für Lageorientierung nach Misserfolg als auch für Prospektive Lageorientierung: sie erhöhen die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) und die Prospektive Lageorientierung (LOP).
- ***Bedürfnisfrustration als Prädiktor:*** Beide Persönlichkeitsdispositionen hatten eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung, aber für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration war LOM bedeutsamer als LOP. Die Möglichkeit, dass eine Person nach einer Bedürfnisfrustration Symptome entwickelt ist größer wenn sie mit LOM als mit LOP reagiert. Diese Schlussfolgerung lässt sich begründet, dass Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) in beiden Stichproben ein Mediationsstatus für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung hatte, während Prospektive Lageorientierung (LOP) nur in der alten Stichprobe diese Mediationsstatus hatte.
- ***Belastung als Prädiktor:*** Entgegen der Erwartungen (Hyp. 2.2.1) hatte LOP in beiden Stichproben keine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung.
- ***Bedrohung als Prädiktor:*** Entsprechend der Erwartungen (Hyp. 2.2.2) ist für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung LOM bedeutsamer als LOP: in beiden Stichproben war LOP kein signifikanter Mediator für diese Zusammenhang. Personen die negativen Affekt schlecht selbstgesteuert herabregulieren können (LOM) reagieren zu bedrohliche Lebensereignisse mit depressiven und zwanghaften Symptomen.
- Lageorientierte Personen (LOP) reagieren zu Bedrohung und zu Bedürfnistrustration mit einer Reduzierung der Aktivierung. Der Zusammenhang zwischen Belastung und eine reduzierter Aktivierung war in der neuen Stichprobe auch durch LOP vermittelt. Es scheint dass dieser Reaktion bei LOP unabhängig von der Prädiktor ist.

3. PERSÖNLICHKEITSSTILE UND SELBSTSTEUERUNGSFÄHIGKEITEN

Um die *Vermittlungsrolle der Wechselwirkung* zwischen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) und Selbststeuerung (HAKEMP-90) (Frage 3) im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen zu untersuchen wurden Mediationsmodellen überprüft. Dazu wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet. Die *Interaktionseffekte* jeder der PSSI-Skalen mit den Selbststeuerungsfähigkeiten (HOM und HOP) auf den postulierten Mediatorstatus wurden überprüft. Abbildung 50 veranschaulicht das Mediationsmodell in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 50.



1. Prädiktor: Die Empfindungsskala des MUT (Summenwerte der drei Bedürfnis Frustrationsskalen) Subskalen
2. Mediator: Interaktionseffekte: Jeweils einzeln PSSI-Skalen und HOP/ HOM (z.B. der still-depressiven Stil x HOP, der still-depressiven Stil x HOM)
3. Kriterium: Alle die Subskalen des BES-K und SCL-90

Im Übereinstimmung mit Baumann, Kaschel u. Kuhl (2005) wurde der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstilen und zahlreichen Symptomen durch Selbstregulationsfähigkeiten moderiert. Entgegen der Erwartungen (Hyp. 3) war die Kombination „ungünstiger“ Dispositionen (z.B. depressiver Stil und LOM) jedoch in keinen Fall ein signifikanter Vermittlungsmechanismus für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen. Es wurde erwartet, dass Lage- und Handlungsorientierung zusätzlich zu den Persönlichkeitsstilen einen unabhängigen Beitrag im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung leistet.

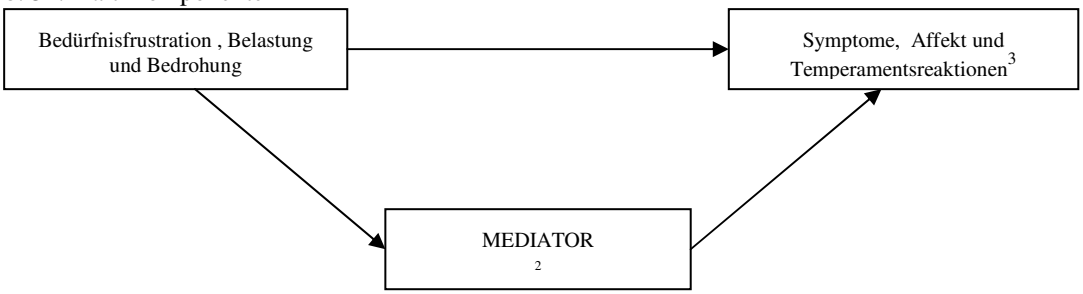
4. DEPRESSION UND ANGST

Um die Vermittlungsfunktion von Depression und Angst (Frage 4.1 und 4.2) zu untersuchen, wurden Mediationsmodelle überprüft. Die Vermittlungsfunktion von Depression und Angst wurde sowohl auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (Trait) als auch auf der Ebene der aktuellen Befindlichkeit (State) untersucht.

Trait-Varianten

In den Analysen wurde jeweils Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT), Belastung und Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor eingegeben. Als Kriterium wurden alle Subskalen des BES-K, SCL-90 und BEF-3 verwendet. Als Mediator wurde jeweils eine der Trait-Komponenten für Depression und Angst eingegeben. Die Trait Komponente wurden mittels des PSSI-K untersucht: die ängstliche Komponente über die Subskala „selbstkritisch/selbstunsicher“ und der depressive Komponente über die Subskala „still/depressiv“. Abbildung 51 veranschaulicht die Mediationsmodelle in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 51.Trait-Komponenten

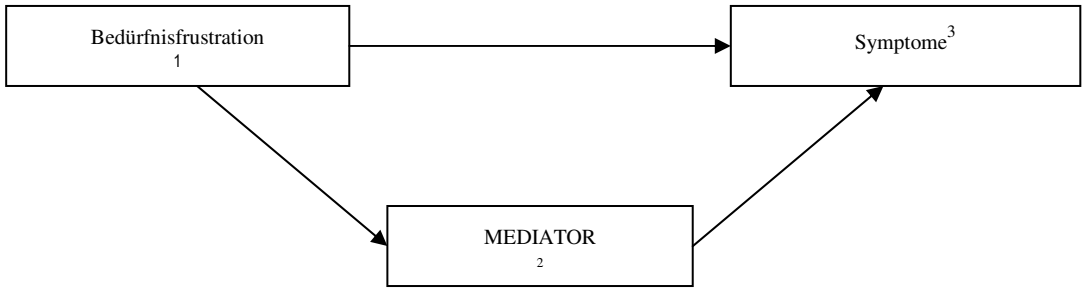


1. *Prädiktor :* Bedürfnisfrustration (Empfindungsskala des MUT), Belastung oder Bedrohung (SSI-K)
2. *Mediator:* Subskalen „Passiv/Depressiv“ und „Selbstkritischer/Selbstunsichere“ des PSSI
3. *Kriterium:* Alle die Subskalen des BES-K, SCL-90 und BEF-3

State-Varianten

In den Analysen wurde Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT) eingegeben. Als Kriterium wurden die Symptomskalen des BES-K und SCL-90 verwendet. Als Mediator wurde jeweils eine der State-Komponenten für Depression und Ängstlichkeit eingegeben. Die State-Varianten von Depression und Ängstlichkeit wurden über die Subskalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ des SCL-90 erhoben. Sie wurden auch mittels der Subskalen „Lustlosigkeit“ (Depressivität) und „Erregung“ (Ängstlichkeit) des BEF-3 untersucht. Abbildung 52 veranschaulicht die Mediationsmodelle in allgemeiner Form für diesen Teil.

Abb. 52. State-Komponenten



1. *Prädiktor* : Bedürfnisfrustration (Empfindungsskala des MUT)
2. *Mediator:* Subskalen „Lustlosigkeit“ und „Erregung“ des BEF-3 / Subskalen Ängstlichkeit und Depressivität des SCL-90
3. *Kriterium*: Alle die Subskalen des BES-K und SCL-90 [10]

4.1 Mediationsmodelle mit den Trait-Varianten (Persönlichkeitsstile) von Depression und Angst

Tabelle 4.1 fasst die Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit dem selbstunsicheren Persönlichkeitsstil und dem depressiven Persönlichkeitsstil als Mediatoren zusammen. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit dem depressiven und dem selbstunsicheren Stil als Mediatoren findet sich in Abschnitt 1.1 (Bedürfnisfrustration als Prädiktor), Abschnitt 1.3.1 (Belastung als Prädiktor) und Abschnitt 1.3.2 (Bedrohung als Prädiktor). In den folgenden Abschnitt werden alle Ergebnisse mit diesen beiden Stilen verglichen und diskutiert. Tabelle 4.1. zeigt die Ergebnisse, die sich in beiden Stichproben replizieren ließen. Tabelle 4.2 fasst die Ergebnisse zusammen, die sich nicht für dieselben Skalen in beiden Stichproben replizieren ließen.

4.1.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

Bedürfnisfrustration war in beiden Stichproben ein signifikanter Prädiktor für beide Persönlichkeitsstile. Erwartungsgemäß (Hyp. 4.2.1) haben beide Persönlichkeitsstile eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Beschränken wir uns auf die Ergebnisse, die sich in beiden Stichproben fanden, so ist der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung deutlich schwerwiegender beim depressiven Stil. Die Ergebnisse bzgl. des depressiven Stils waren im Vergleich zu denen des selbstunsicheren Stils viel konsistenter insofern, als dass sie sich in beiden Stichproben für dieselben Skalen replizieren ließen.

Weiterhin hatte der selbstunsichere Stil in jeder Stichprobe eine Vermittlungsfunktion für ledig ein Symptom, während der depressive Stil einer signifikanten Mediationsrolle für die Entstehung von verschiedenen Symptomen hatte. Das gilt sowohl für spezifische Symptome, wie z.B. zwanghafte Symptome als auch für eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie.

Um zu untersuchen welcher der beiden Stile (der selbstunsichere und der depressive) als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen bedeutsamer ist, wurde eine

[10] Für die Mediationsmodelle mit den Skalen “Ängstlichkeit” und “Depressivität” des SCL-90 wurden auch die Skalen des BEF-3 als Kriterium verwendet.

Regressionsanalyse berechnet, in die beide Stile gleichzeitig in einen Block als Mediatoren eingegeben wurden. In allem diesen Regressionsanalysen war der depressive Stil bedeutsamer als Mediator *(die statistischen Werte finden sich in Anhang B, Abschnitt 4.1).*

Entgegen der Erwartungen (Hyp. 4.2.3) hatte der selbstunsichere Stil keine signifikante Mediationsrolle für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Ängstlichkeit. Im Gegensatz dazu jedoch – und entsprechend der Erwartung (Hyp. 4.2.3) – hatte der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und depressive Symptomen.

Bezüglich der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit den Subskalen des BEF-3 (Affekt- und Temperamentskomponenten) waren die Ergebnisse wiederum viel konsistenter für den depressiven Stil. Nach einer Bedürfnisfrustration reagieren Personen mit depressivem Persönlichkeitsstil mit Traurigkeit, Ärger und einer Reduzierung der Aktivierung und Gelassenheit. Die Ergebnisse für den selbstunsicheren Stil waren in beiden Stichproben unterschiedlich und lassen sich nicht replizieren. Trotzdem ist es wichtig zu berücksichtigen, dass der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Traurigkeit, Erregung, Ärger und reduzierte Gelassenheit, Aktivierung, Freude hatte. Wichtig ist, dass weder in der alten noch in der neuen Stichprobe hatte der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Lustlosigkeit.

Anhand der vorliegenden Daten lässt sich zeigen, dass die Auswirkungen einer Bedürfnisfrustration für einen depressiven Stil bedeutsamer als für einen selbstunsicheren Stil sind. Der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung ist vermittelt durch den depressiven Stil und nicht durch Ängstlichkeit, wenn man diese mit dem selbstunsicheren Stil erfasst.

4.1.2 Stressfaktoren und Symptomentstehung

4.1.2.1 Belastung als Prädiktor

Belastung war ein signifikanter Prädiktor für beide Stile.

Es wurde erwartet (Hyp. 4.2.2), dass beide Persönlichkeitsstile eine Vermittlungsfunktion zwischen Belastung und Symptomentstehung hatten, da beide mit einer reduzierten Aktivität des Belohnungssystems assoziiert sind. Die Ergebnisse liefern ein inkonsistentes Bild, da es für beide Stile große Unterschiede zwischen der alten und der neuen Stichprobe sich zeigten. In der neuen Stichprobe waren erwartungsgemäß beide Stile signifikante Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Belastung und der Entstehung von verschiedenen Symptomen, während in der alten Stichprobe lediglich der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für diesen Zusammenhang hatte und nur für eine Symptomskala (PSDI des SCL-90).

Es wurde vermutet (Hyp. 4.2.3), dass beide Stile mit unterschiedlichen Symptomen auf Belastung reagieren und – aufgrund ihrer Beziehung zu Achse-I-Störungen – dass der depressive Stil eher mit depressogenen Symptomen reagiert und der selbstunsichere eher mit ängstlichen Symptomen. Beide Stile hatten in der neuen Stichprobe eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang

zwischen Belastung und Depressivität. Analoges gilt für den Zusammenhang zwischen Belastung und Ängstlichkeit, jedoch ließen sich die Ergebnisse nicht in der alten Stichprobe replizieren.

Trotzdem ist zu berücksichtigen, dass in der neuen Stichprobe die Mediationsmodelle für den selbstunsichere Stil nicht mehr signifikant waren, wenn der depressive Stil kontrolliert wurde. Für den Zusammenhang zwischen Belastung und Ängstlichkeit war in dieser Stichprobe und entgegen der Erwartungen der depressive Stil bedeutsamer als Mediator als der selbstunsichere Stil.

Zusammenfassend lässt sich anhand dieser Ergebnisse feststellen, dass für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung die Mediationsrolle des depressiven Stils bedeutsamer als die Mediationsrolle der selbstunsichere Stil ist.

Für den Zusammenhang zwischen Belastung und unterschiedliche Affekt- und Temperamentsreaktionen (Subskalen des BEF-3) hatte der depressive Stil in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion (für Lustlosigkeit und reduzierte Aktivierung). Die Ergebnisse für den selbstunsicheren Stil lassen sich wiederum nicht für beide Stichproben replizieren.

4.1.2.2 Bedrohung als Prädiktor:

Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für beide Stile.

Entsprechend der Erwartung (Hyp. 4.2.2) hatten beiden Stilen eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung.

Der selbstunsichere Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedrohung und verschiedenen Symptomen in beiden Stichproben, aber das Profil der Symptome war in den beiden Stichproben unterschiedlich und ließ sich für keine Symptome replizieren. In Gegensatz dazu konnte die Mediationsrolle des depressiven Stils für verschiedene Symptome (z.B. Passivität, Beziehungsunzufriedenheit, Depressivität) repliziert werden. Weiterhin vermittelt der depressive Stil den Zusammenhang zwischen Bedrohung und dem Global Severity Index, also einer Ausprägung in der allgemeinen Symptomatologie.

Beide Stile hatten in der neuen Stichprobe eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und Depressivität, jedoch ließen die Ergebnisse sich nicht in der alten Stichprobe sich replizieren. Für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Ängstlichkeit hatte erwartungsgemäß der selbstunsichere Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion, jedoch nur in der neuen Stichprobe.

Beide Stile haben eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und eine reduzierte Aktivierung. Wenn beide gleichzeitig in einen Block eingegeben wurden, blieb wiederum der depressive Stil bedeutsam als Mediator für diesen Zusammenhang.

Tab. 4.1: Ergebnisse für den depressiven (DP) und den selbstunsicheren Persönlichkeitsstil (SU), die sich in beiden Stichproben replizieren ließen.

	Prädiktor		
Abhängige Variablen (Kriterium)	**Bedürfnis-frustration**	**Belastung**	**Bedrohung**
BES-K Skalen			
Symptomausprägung	DP		
N. Emotionalität	DP		
Aktivität	DP (r)		DP (r)
Beziehungszufriedenheit	DP (r)		DP (r)
K. Beschwerden	DP		
Zwanghaftigkeit	--		
SCL-90 Skalen			
Somatisierung			
Zwanghaftigkeit	DP		DP
U. im Sozialkontakt			
Depressivität	DP		DP
Ängstlichkeit			
Aggressivität			
Phobische Angst			
Paranoides Denken			
Psychotizismus			
GSI	DP		DP
PSDI	DP	DP	
PST			
BEF-3			
Traurigkeit A -	DP		
Lustlosigkeit A (+)		DP	DP
Freude A +		DP	
Gelassenheit A (-)	DP (r),		
Aktivierung T -	DP (r)	DP	DP (r), SU(r)
Erregung T -			
Ärger	DP	DP	DP

(r) (reversed): Prädiktor und Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

.

Tab. 4.2: Ergebnisse für den depressiven (DP) und den selbstunsicheren Stil (SU). Diese Ergebnisse ließen sich nicht in beiden Stichproben replizieren.

Abhängige Variablen (Kriterium)	Prädiktor		
	Bedürfnis-frustration	**Belastung**	**Bedrohung**
BES-K Skalen			
Symptomausprägung	SU		
N. Emotionalität	SU		
Aktivität		DP (r)	
Beziehungszufriedenheit			
K. Beschwerden			
Zwanghaftigkeit			
SCL-90 Skalen			
Somatisierung	DP	DP, SU	
Zwanghaftigkeit		DP	SU
U. im Sozialkontakt	DP	DP	SU
Depressivität		DP, SU	SU
Ängstlichkeit		DP, SU	SU
Aggressivität	DP		
Phobische Angst			
Paranoides Denken	DP		
Psychotizismus		DP	SU
GSI		DP	
PSDI			
PST			
BEF-3			
Traurigkeit A -	SU		
Lustlosigkeit A (+)	DP		SU
Freude A +	SU (r)		DP (r)
Gelassenheit A (-)	SU (r)		DP (r)
Aktivierung T -	SU (r)	SU (r)	
Erregung T -	DP, SU		
Ärger	SU		

(r) (reversed): Prädiktor und Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

4.1.3 Der selbstunsichere Stil vs. Phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt und Ängstlichkeit

Entgegen der Erwartungen hatte der selbstunsichere Stil hatte keine Vermittlungsfunktion für die Entstehung von phobischer Angst (gemessen durch die Skala SCL-07 des SCL-90), weder mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor noch mit Belastung und Bedrohung.

Da einer der Hauptcharakteristika der selbstunsichere Stil die Empfindsamkeit gegenüber der Ablehnung durch andere ist, kann man vermuten, dass dieser Stil eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Unsicherheit im Sozialkontakt (gemessen durch die Skala SCL-03 des SCL-90) hatte. Diese Skala erfasst leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönliche Unzulänglichkeit (Item Beispiel: „dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können“).

Der selbstunsichere Stil hatte nur dann eine signifikante Vermittlungsfunktion für Unsicherheit im Sozialkontakt, wenn Bedrohung als Prädiktor eingegeben wurde und nur in der alten Stichprobe. Dabei ist zu beachten dass Belastung in beiden Stichproben nicht mit Unsicherheit im Sozialkontakt, jedoch mit Bedürfnisfrustration korreliert. Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Unsicherheit im Sozialkontakt aber hatten der depressive und der spontane Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion.

Diese Ergebnisse zeigen zwei wichtige Sachverhalte: einerseits dass Bedürfnisfrustration und Bedrohung mit Unsicherheit im Sozialkontakt einhergehen, jedoch nicht Belastung. Vor dem Hintergrund der PSI-Theorie resultiert Selbstsicherheit aus derjenigen Form der Verdrängung, die durch die kongruenzbetonte Aufmerksamkeitsfunktion des Extensionsgedächtnisses vermittelt wird (vgl.Verdrängung durch Herabregulierung). *Bedrohung* (Veränderungen, Angst machenden Ereignissen und möglicher Risiken) wird im Sinne einer Beanspruchung des Extensionsgedächtnisses aufgrund einer Erhöhung negativen Affekts interpretiert. Bedürfnisfrustration geht auch mit einer Erhöhung des negativen Affekts einher. Die durch den negativen Affekt resultierte Selbsthemmung (bzw. des Extensionsgedächtnis) erklärt funktionsanalytisch die soziale Untersicherheit, da das Extensionsgedächtnisses den für die soziale Interaktion notwendigen Überblick über eine Vielzahl simultan verfügbarer Informationen bietet und gleichzeitig Empfindungen, die zu dem momentan relevanten Ausschnitt des Extensionsgedächtnisses nicht passen, hemmt.

Andererseits reagieren selbstunsichere Personen mit Unsicherheit im Sozialkontakt besonders stark, wenn sie sich in als bedrohlich wahrgenommenen Situationen befinden. Da der selbstunsichere Stil mit einer hohen Bestrafungssensibilität assoziiert ist, wird verständlich, warum besonders bei bedrohlichen Situationen, die den negativen Affekt erhöhen, Unsicherheit im Sozialkontakt steigt. Außerdem erleben selbstunsichere Personen soziale Situationen als bedrohlich.

Der selbstunsichere Stil und Ängstlichkeit (Achse I): Es kann kritisch hinterfragt werden, ob der selbstunsichere Persönlichkeitsstil wirklich der Stil ist der besser Ängstlichkeit als Trait „repräsentiert“ und ob es überhaupt einen Persönlichkeitsstil gibt, der die Ängstlichkeit als Trait repräsentiert. Aufgrund der Cluster-Einordnung des DSM-IV könnten auch die anderen Stile des Clusters C (der zwanghafte und der abhängige Persönlichkeitsstil) Ängstlichkeit auf einer Trait-Ebene repräsentieren. Cluster C umfasst Persönlichkeitsstörungen, die Verhaltensmerkmale aus dem Spektrum der Angststörungen aufweisen. Die in dieser Arbeit überprüften Mediationsmodelle für diese Stile mit entsprechenden Persönlichkeitsstörugen ergaben, dass der zwanghafte und der abhängige Stil keine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung hatten. Im Vergleich mit diesen Stilen ist die Vermittlungsfunktion des selbstunsicheren Stils bedeutsamer. Wichtig ist auch zu beachten, dass der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung/Bedrohung und Ängstlichkeit hatte, obwohl diese Ergebnisse sich nicht replizieren ließen, was an der grundlegenden Unterschiedlichkeit der beiden Stichproben liegen könnte.

Die Hypothese, dass Selbstunsicherheit mit erhöhter Ängstlichkeit verbunden ist, wurde in z.B. einer Untersuchung von Kuhl & Kazén (1997) bestätigt, dass die Kennwerte für den selbstkritischen Stil in einer Gruppe von Patienten mit diversen Angstsymptomen signifikant erhöht waren.

Weiterhin muss berücksichtigen werden, dass der selbstkritische/selbstunsichere Persönlichkeitsstil eine spezifische Form der Angst erfasst: Bewertungsangst (z.B. *„Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich").* Der selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bzw. den ihnen entsprechenden nichtpathologischen Stile ist durch Angst vor negativer Beurteilung, Schüchternheit und sozialem Unbehagen gekennzeichnet. Ferner wird in der PSI-Theorie postuliert, dass obwohl Angst im Vordergrund dieser Störung steht, muss nicht vergessen werden, dass Angst im Sinne einer gesteigerten emotionalen Antizipation einer drohenden Gefahr bei allen Persönlichkeitsstörungen anzunehmen ist: *„Das besondere bei der selbstunsichere ist nicht das Vorliegen von Angst per se, sondern die spezifische Form des Umgangs mit der Angst, die zu einem häufig bewussten Angsterleben führt"* (Kuhl, 2001, S. 877). Bei anderen Persönlichkeitsstörungen bzw. den ihnen entsprechenden nichtpathologischen Stilen kann auch Angst aber auch eine latente nicht bewusste Ebene vorliegen. So z.B. ein selbstbestimmter Stil die durch einer Hemmung des Bestrafungssystems gekennzeichnet ist, kann aufgrund dieser Hemmung latente Angst erschließen, auch wenn die Person nicht bewusst wird: *"Mann kann nur etwas hemmen, was zumindest latent vorhanden ist"* (Kuhl, 2001, S. 878). Aber die Kombination von gehemmte positiver Affekt gekoppelt mit negativen Affekt führt bei der selbstunsichere Stil zu einem bewussten Angsterleben. Aufgrund der Hemmung positiven Affekts (d.h. A(+)) ist das analytische Denken gebahnt, so dass die Wahrscheinlichkeit einer Repräsentation der Angst auf einer sprachnahen und bewussten Ebene erhöht ist (Kuhl, 2001, S. 878). Negativer Affekt ist bei dem selbstunsicheren Stil nicht nur ausgeprägt sondern gegenüber anderen Stilen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit bewusst repräsentiert. Ferner werden Ängste in dieser Systemkonfiguration weniger als in anderen Konfigurationen selbstgesteuert herabreguliert.

4.1.4 Zusammenfassung Trait-Varianten von Angst und Depression

Erwartungsgemäß haben beide Persönlichkeitsstile eine Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Bedrohung und Symptomentstehung. Die Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung kann anhand der erwähnten Ergebnisse nicht eindeutig geklärt werden, da sie sehr unterschiedlich in beide Stichproben ausfielen. In der neuen Stichprobe hatten beide Stile eine signifikante Vermittlungsfunktion für verschieden Symptome (siehe Tab. 4.2). Wichtig ist, dass in der neuen Stichprobe die Mediationsmodelle für den selbstunsicheren Stil nicht mehr signifikant waren, wenn der depressive Stil kontrolliert wurde.

In allgemeinen waren für alle Mediationsmodelle die Ergebnisse (sowohl mit Bedürfnisfrustration als auch mit den Stressfaktoren als Prädiktor) für einen depressiven Stil konsistenter als für einen selbstunsicheren Stil. Auf der Grundlage der vorhandenen Daten lässt sich

sagen, dass für den Zusammenhang zwischen den erwähnten Prädiktoren und den unterschiedlichen Symptomen *auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (Trait-Ebene) eine depressive Reaktion schwerwiegender als eine ängstliche Reaktion ist.* Der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung ist vermittelt durch den depressiven Stil und nicht durch Ängstlichkeit, wenn man diese mit einem selbstkritischen Stil erfasst. Analoges lässt sich sagen für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und unterschiedlichen Affekt- und Temperamentsreaktionen.

Dabei ist zu beachten, dass die Ergebnisse bezogen auf den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen sehr unterschiedlich für den selbstunsicheren Stil in beiden Stichproben waren und ein inkonsistentes Bild liefern. Anhand der Ergebnisse in der neuen Stichprobe hat der selbstunsichere Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Traurigkeit, Erregung, reduzierter Freude, reduzierter Gelassenheit und Ärger.

4.2 Mediationsmodelle mit den State-Varianten von Angst und Depression

Wie bereits vorausgehend erwähnt wurden die State-Varianten von Depression und Ängstlichkeit über die Subskalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ des SCL-90 erhoben. Sie wurden auch mittels der Subskalen „Lustlosigkeit“ (Depressivität) und Erregung (Ängstlichkeit) des BEF-3 untersucht. In den Analysen wurde Bedürfnisfrustration (gemessen über die Empfindungsskala des MUT) eingegeben.

4.2.1 Skalen des SCL-90

Die Mediationsmodelle mit den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit des SCL-90 wurden für beiden Stichproben zusammen berechnet, da der SCL-90 nicht bei allen Personen jeder Stichprobe verwendet wurde. Insgesamt wurden 103 Personen mit dem SCL-90 untersucht. Für diese Stichprobe von N=103 sind die in den folgenden Abschnitten dargestellten Mediationsmodelle berechnet.

Im ersten Schritt wurde der direkte Einfluss von Bedürfnisfrustration (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptomskalen und Affekt- und Temperamentskalen (Kriterium) untersucht (Tabelle 4.3).

Tab. 4.3: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Masse (Kriterium).

	Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**
BES-K	Symptomausprägung	.35 ***	3.72
	Negative Emotionalität	.42 ***	4.59
	Aktivität / Impulsivität	-.29**	- 3.02
	Beziehungszufriedenheit	-.34**	- 3.60
	Körperliche Beschwerden	.28 **	2.97
	Zwanghaftigkeit	.05 ns	-.46
SCL-90	Somatisierung	.26 **	2.74
	Zwanghaftigkeit	.47 ***	5.27
	Unsicherheit in Sozialkontakt	.44 ***	4.87
	Ängstlichkeit	.23 *	2.41
	Aggressivität / Feindseligkeit	.16 ns	1.65
	Phobische Angst	.24 *	2.43
	Paranoides Denken	.26 **	2.68
	Psychotizismus	.34 ***	3.65
	Global Severity Index	.41 ***	4.55
	Positive Syndrom Distress Index	.41 ***	4.46
	PST	.29 **	2.97
BEF-3	Traurigkeit/ Hilflosigkeit (A -)	.46 ***	4.10
	Lustlosigkeit A (+)	.59 ***	7.26
	Freude A+	.35 ***	3.81
	Gelassenheit A (-)	-.26 **	2.66
	Aktivierung T +	-.31 **	3.25
	Erregung T -	.47 ***	5.33
	Ärger	.29 **	3.04

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für alle Skalen des BES-K. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Subskala Zwanghaftigkeit. Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für fast alle Subskalen des SCL-90, mit Ausnahme von Aggressivität. Weiterhin war Bedürfnisfrustration ein signifikanter Prädiktor für alle Skalen des BEF-3.

4.2.1.1 Skala Depressivität des SCL-90 als Mediator: Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für Depressivität (β = .43, $t(101)$ = 4.73, p<.001). Die Mediationsmodelle waren signifikant für folgenden Subskalen: Körperliche Beschwerden, eine reduzierte Aktivität, Zwanghaftigkeit, Somatisierung, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus, GSI, PSDI und PST. Alle Mediationsmodelle waren im Sobel Test hoch signifikant (siehe Tabelle 4.8).

In den Mediationsmodellen mit den Skalen des BEF-3 als Kriterium sind die Ergebnisse folgende: Depressivität war ein signifikanter Mediator für reduzierte Gelassenheit, reduzierte Aktivierung und reduzierte Freude.

4.2.1.2 Skala Ängstlichkeit des SCL-90 als Mediator: Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Ängstlichkeit (β = .23, $t(101)$ = 2.41, p<.05). Die Mediationsmodelle waren signifikant für folgenden Subskalen: Phobische Angst und Paranoides Denken (siehe Tabelle 4.8). Ängstlichkeit war kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und die Skalen des BEF-3 (Affekt- und Temperamentskomponenten).

4.2.1.3 Zusammenfassung

Tabelle 4.8 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit Depressivität (SCL-04) und Ängstlichkeit (SCL-05) als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. *Eine Darstellung der statistischen Werte findet sich in Anhang B, Abschnitt 4.2.1.*

Die Ergebnisse lassen sich wie folgen zusammenfassen:

- Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor sowohl für Depressivität als auch für Ängstlichkeit.
- Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung hatten im Einklang mit der Hypothesen (4.1.1) sowohl Depressivität als auch Ängstlichkeit eine signifikante Vermittlungsfunktion.
- Beide vermitteln zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoidem Denken, für diesen Zusammenhang ist jedoch Depressivität bedeutsamer als Ängstlichkeit.
- Beide vermitteln zwischen Bedürfnisfrustration und Phobischer Angst, für diesen Zusammenhang ist dabei Ängstlichkeit bedeutsamer als Depressivität.
- Depressivität (und nicht Ängstlichkeit) vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Zwanghaftigkeit.
- Depressivität vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und Ängstlichkeit. Nach einer Bedürfnisfrustration führt eine depressive Reaktion zu der Entstehung von ängstlichen Symptomen. Analoges gilt für eine ängstliche Reaktion nicht: Ängstlichkeit vermittelt nicht zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität.

- Auf der State-Ebene (aktuelle Befindlichkeit) ist nach diesen Ergebnissen der Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung schwerwiegender bei Depressivität als bei Ängstlichkeit. Depressivität geht im Vergleich mit Ängstlichkeit mit mehr spezifischen Symptomen und auch mit einer allgemein höheren Ausprägung in der Symptomatologie (Subskala GSI und PST des SCL-90) einher. Für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration ist eine depressive Reaktion von Bedeutung. Umgekehrt ist bei Vorliegen einer depressiven Störung Bedürfnisfrustration ein Risikofaktor.
- Bezogen auf die Ergebnisse mit den Skalen des BEF-3 als Kriterium ergaben die Analysen wiederum, dass Depressivität eine bedeutsamere Vermittlungsfunktion als Ängstlichkeit hat. Depressivität war ein signifikanter Mediator für reduzierte Gelassenheit, reduzierte Aktivierung und reduzierte Freude, während Ängstlichkeit keine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und die unterschiedliche Affekt- und Temperamentsreaktionen hatte.

4.2.2 Skalen des BEF-3

Die Mediationsmodelle mit den Skalen des BEF-3 wurden für die alte und die neue Stichprobe getrennt berechnet.

4.2.2.1 Skala Lustlosigkeit [A(+)] des BEF-3

In die Regressionsanalyse wurde die Skala „Lustlosigkeit“ des BEF-3 als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung eingegeben. Tabelle 4.5 veranschaulicht die Ergebnisse für beide Stichproben. *Eine Darstellung der statistischen Werte findet sich in Anhang B, Abschnitt 4.2.2.1.*

Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Lustlosigkeit sowohl in der alten (β = .63, $t(123) = 9.31$, $p<.001$) als auch in der neuen Stichprobe (β = .56, $t(123) = 7.43$, $p<.001$).

In beiden Stichproben war Lustlosigkeit ein Mediator der den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Passivität (Subskala Aktivität/Impulsivität des BES-K) und Körperliche Beschwerden vermittelt Für die anderen Subskalen des BES-K und SCL-90 ließen sich die Ergebnisse von beiden Stichproben nicht replizieren.

Wichtig ist, dass bei der alten Stichprobe Lustlosigkeit zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität vermittelt (Abb. 53).

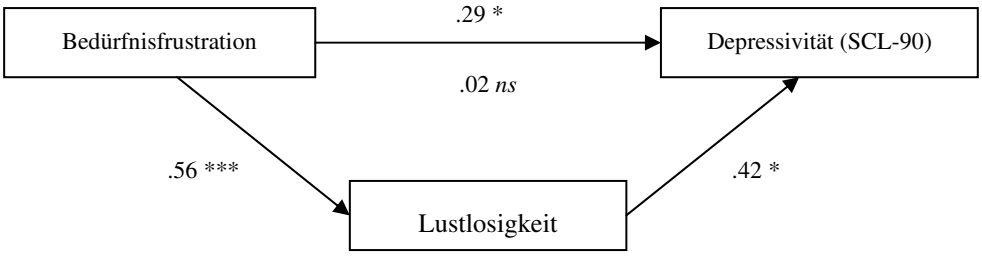
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die State-Variante von Depression ein Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung ist, wenn man diese mit der Subskala Lustlosigkeit erfasst.

Tab. 4.5: In der vorliegenden Tabelle sind die Subskalen des BES-K und SCL-90 (Kriterium) aufgelistet für die das Mediationsmodell mit Lustlosigkeit als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung signifikant war.

	Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
Subskalen BES-K		
Symptomausprägung		***
Negative Emotionalität		
Körperliche Beschwerden	***	***
Aktivität / Impulsivität	*** R	*** R
Beziehungszufriedenheit	+ R	
Zwanghaftigkeit		
Subskalen SCL – 90		
Somatisierung		*
Zwanghaftigkeit	*	
Unsicherheit im Sozialkontakt	+	
Depressivität	*	
Ängstlichkeit		
Aggressivität		
Phobische Angst		
Paranoides Denken		
Psychotizismus		
GSI	+	
PSDI	+	
PST		

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.00
R (reversed): Prädiktor und Mediator gehen mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

Abb. 53. *Alte Stichprobe.* Das Mediationsmodell war im Sobel Test signifikant (z = 2.38, p<.05)



4.2.2.2 Skala Erregung [T -] des BEF-3

In die Regressionsanalyse wurde die Skala „Erregung“ des BEF-3 als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung eingegeben. Tabelle 4.6 veranschaulicht die Ergebnisse für beide Stichproben. Eine Darstellung der statistischen Werte findet sich in Anhang B, Abschnitt 4.2.2.2.

Tab. 4.6: In der vorliegenden Tabelle sind die Subskalen des BES-K und SCL-90 (Kriterium) aufgelistet, für die das Mediationsmodell mit Erregung als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung im Sobel Test signifikant war.

Subskalen BES-K	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
Symptomausprägung		***
Negative Emotionalität		
Körperliche Beschwerden	***	***
Aktivität / Impulsivität	*	
Beziehungszufriedenheit		
Zwanghaftigkeit		
Subskalen SCL – 90		
Somatisierung		*
Zwanghaftigkeit	+	
Unsicherheit im Sozialkontakt		
Depressivität	+	
Ängstlichkeit		*
Aggressivität		*
Phobische Angst		
Paranoides Denken		
Psychotizismus		
Global Severity Index	+	
Positiv Syndrom Distress Index		
Positiv Symptom Total		

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10* p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor und Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Erregung sowohl in der alten (β = .43, $t(123) = 5.27$, $p<.001$) als auch in der neuen Stichprobe (β = .54, $t(123) = 7.50$, $p<.001$).

In beiden Stichproben war Erregung ein hoch signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Körperlichen Beschwerden. Erregung vermittelt auch den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und anderen Symptomen. Dabei ist das Profil der Symptome nicht dasselbe in den beiden Stichproben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die State-Variante von Angst ein Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung ist, wenn man diese mit der Subskala Erregung misst.

4.2.2.3 Skala Hilflosigkeit/Traurigkeit [A -] des BEF-3

Die State-Variante von Angst wurde auch durch die Skala „Hilflosigkeit/Traurigkeit“ des BEF-3 erhoben. In die Regressionsanalyse wurde diese Skala des BEF-3 als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung eingegeben. Tabelle 4.7 veranschaulicht die Ergebnisse für beide Stichproben. Eine Darstellung der statistischen Werte findet sich im Anhang B, Abschnitt 4.2.2.3.

Tab. 4.7: In der vorliegenden Tabelle sind die Subskalen des BES-K und SCL-90 (Kriterium) aufgelistet, für die das Mediationsmodell mit „Hilflosigkeit/Traurigkeit“ als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung im Sobel Test signifikant war.

Subskalen BES-K	**Alte Stichprobe**	**Neue Stichprobe**
Symptomausprägung		***
Negative Emotionalität		
Körperliche Beschwerden	***	***
Aktivität / Impulsivität	*** (R)	
Beziehungszufriedenheit		
Zwanghaftigkeit		
Subskalen SCL – 90		
Somatisierung		
Zwanghaftigkeit	***	
Unsicherheit im Sozialkontakt		
Depressivität	**	
Ängstlichkeit		*
Aggressivität		
Phobische Angst		
Paranoides Denken	+	
Psychotizismus		
Global Severity Index	+	
Positiv Syndrom Distress Index	+	
PST		

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Prädiktor und Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für Traurigkeit sowohl in der alten (β = .48, $t(123) = 6.11$, $p<.001$) als auch in der neuen Stichprobe ($\beta = .51$, $t(123) = 6.82$, $p<.001$).

In beiden Stichproben war Traurigkeit ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Körperlichen Beschwerden. Traurigkeit vermittelt auch den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und anderen Symptomen. Dabei ist das Profil der Symptome nicht dasselbe in den beiden Stichproben.

In der alten Stichprobe war Traurigkeit ein signifikanter Mediator für eine reduzierte Aktivität, Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität, Paranoidem Denken und einer allgemeinen Ausprägung in der Symptomatologie (Skalen GSI und PSDI des SCL-90).

In der neuen Stichprobe war Traurigkeit ein signifikanter Mediator für Symptomausprägung und Ängstlichkeit.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die State-Variante von Angst ein Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung ist, wenn man diese mit der Subskala Traurigkeit misst.

4.2.2.4 Zusammenfassung

Tabelle 4.9 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit Lustlosigkeit, Erregung und Traurigkeit als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung, die signifikant für beide Stichproben waren.

- Bedürfnisfrustration war in beiden Stichproben ein signifikanter Prädiktor für Erregung, Lustlosigkeit und Traurigkeit.
- Alle hatten eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und der Entstehung von Körperlichen Beschwerden.
- Um zu untersuchen, welcher der drei als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen bedeutsamer war, wurden für jede Stichprobe Regressionsanalyse berechnet, in die gleichzeitig in einen Block als Mediator eingegeben wurden. In beiden Stichproben sind die drei signifikant für Körperliche Beschwerden geblieben, d.h. Lustlosigkeit, Traurigkeit und Erregung leisten unabhängige Beiträge für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Körperlichen Beschwerden.
- Lustlosigkeit vermittelt auch zwischen Bedürfnisfrustration und Passivität.
- Es zeigten sich keine Unterschiede im Muster der Ergebnisse für die Maße der Affekt- (Traurigkeit) vs. Temperaments-Komponente (Erregung).

4.2.3 Zusammenfassung und Diskussion State Varianten von Angst und Depression

Tab. 4.8: Die Mediationsmodelle mit Depressivität (SCL-04) und Ängstlichkeit (SCL-05) als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung waren signifikant für folgende Subskalen des BES-K und SCL-90:

	Depressivität (SCL-04) als Mediator	**Ängstlichkeit (SCL-04) als Mediator**
Symptome (SCL-90 und BES-K Skalen)	Körperliche Beschwerden *** Passivität *** Somatisierung *** Zwanghaftigkeit *** Ängstlichkeit *** Phobische Angst ** Paranoides Denken *** Psychotizismus *** GSI *** PSDI *** PST ***	Phobische Angst * (1) Paranoides Denken * (2)
Affekt- und Temperamentsreaktionen (BEF-3 Skalen)	Reduzierte Gelassenheit *** Reduzierte Aktivierung ** Reduzierte Freude ***	--

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10 *p<.05 ** p<.01 *** p<.001

(1) Wenn Ängstlichkeit und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in einen Block eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Phobische Angst Ängstlichkeit bedeutsamer als Mediator.
(2) Wenn Ängstlichkeit und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in einen Block eingegeben wurden, sind beide signifikant als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoidem Denken geblieben, d.h. sie leisten unabhängige Beiträge für diesen Zusammenhang.

Tab. 4.9: Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit Lustlosigkeit, Erregung und Traurigkeit als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung, die signifikant für beide Stichproben waren.

Lustlosigkeit als Mediator **A (+)**	**Erregung als Mediator** **T -**	**Traurigkeit als Mediator** **A -**
Körperliche Beschwerden Passivität	Körperliche Beschwerden	Körperliche Beschwerden

Im Einklang mit der Hypothese (4.1.1) hatten sowohl Depressivität als auch Ängstlichkeit eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen.

Entsprechend den Erwartungen (Hyp. 4.1.1.1) hatte *Depressivität* (gemessen mit den SCL-90) für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer allgemeine Ausprägung der Symptomatologie eine signifikante Vermittlungsfunktion. Die Ergebnisse in der *Skala Lustlosigkeit* waren in dieser Hinsicht inkonsistenter als die Ergebnisse in der Skala Depressivität des SCL-90. In der neuen Stichprobe war Lustlosigkeit ein Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomausprägung, jedoch nicht in der alten Stichprobe.

Bezogen auf die Vermittlungsfunktion von *Ängstlichkeit* ergaben die Regressionsanalysen mit der Skala des SCL-90, dass diese klinische Kategorie auch – und in Übereinstimmung mit den Hypothesen (4.1.1.2) – ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung ist. Diese Vermittlungsfunktion war für spezifische Symptome (Phobische Angst und Paranoides Denken), jedoch nicht (wie bei Depressivität) für eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie. Die Ergebnisse mit den Skalen *Erregung* und *Traurigkeit* als Maße für Ängstlichkeit waren sehr unterschiedlich zwischen den beiden Stichproben und ließen sich lediglich für die Skala Körperliche Beschwerden replizieren.

Weiterhin wurde erwartet (Hyp. 4.1.2), dass die Mediationsrolle von Depression und Angst sich auf einer Symptomebene unterscheidet, da diese beiden Störungen auf emotionaler, motivationaler und kognitiver Ebene unterschiedliche Mechanismen betreffen. Wie im Theorie-Teil erörtert, spielt positiver Affekt (genauer: seine Hemmung) bei der Entstehung der Depression (unipolare Depression) die entscheidende Rolle, während negativer Affekts mehr an der Entstehung von Angstsymptomen beteiligt sein sollte.

Anhand der Ergebnisse mit den Skalen des SCL-90 als Maße für Depressivität und Ängstlichkeit (siehe Tab. 4.8) zeigte sich ein *differenziertes Symptommuster* zwischen beide Kategorien:

- Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Phobische Angst war Ängstlichkeit bedeutsamer als Mediator als Depressivität.
- Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Somatisierung, Passivität, Zwanghaftigkeit, Psychotizismus und den drei Skalen, die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen (GSI, PSDI und PST) hatte Depressivität eine Vermittlungsfunktion, während Ängstlichkeit keine Vermittlungsfunktion hatte.

Anhand der Ergebnisse sowohl mit der Skala Depressivität des SCL-90 als auch mit der Skala Lustlosigkeit des BEF-3 als Mediatoren *hat Depressivität im Unterschied zu Ängstlichkeit eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und einer Reduzierung der Aktivität.* Nach einer Bedürfnisfrustration wird die Aktivität (Subskala BES-K) durch eine depressive Reaktion reduziert. Analoges gilt für eine ängstliche Reaktion nicht. Das ist im Einklang mit den in verschiedenen Untersuchungen (siehe Tabelle 3.1, Kapitel 3 des Theorie-Teils) gefundenen spezifischen Symptomen für Depression und Angst. Erhöhte psychomotorische Aktivität ist als typisch für Angst anzusehen, während Depression mit psychomotorischer Verlangsamung und Energieverlust einhergeht. Aus einer funktionsanalytischen Sicht wird dieser für depressive Personen charakteristische Mangel an Energie zum Handeln mit der ersten Modulationsannahme erklärt. Die Hemmung positiven Affekts führt zu einer Hemmung der Verbindung zwischen Absichtsgedächtnis und der intuitiven Ausführungssteuerung und so zum Nichtausführen von explizit beabsichtigten Handlungen (Willenshemmung).

Interessant ist auch, dass für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und *Zwanghaftigkeit* (gemessen mit den SCL-90) sowohl Depressivität als auch Lustlosigkeit signifikante Mediatoren waren. Analoges gilt nämlich nicht für Ängstlichkeit und Erregung.

Die Skala „Zwanghaftigkeit“ des SCL-90 misst leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit. Einige Items beinhalten „Schwierigkeiten sich zu entscheiden“ „Konzentrationsschwierigkeiten“, **„**immer wieder auftauchende unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen“, „dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun“, „zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen“.

In der Fachliteratur wird berichtet, dass die sekundäre Depression die häufigste komorbide Störung bei Zwangspatienten darstellt. Die hohe Komorbidität von Zwangsstörungen mit Depressionen veranlasste einige Autoren zu Überlegungen, inwieweit beide Krankheitsbilder gemeinsame biologische Wurzeln haben und ob die Depressivität zu den Kernsymptomen der Zwangsstörung gehört. In der PSI-Theorie wird diese Beziehung folgendermaßen erklärt: Bei beiden dieser Störungen kann die anreizmotivierte Verhaltenssteuerung reduziert sein, so dass automatisierte Routinen gerade zu „zwanghaft“, d.h. auch dann wenn sie unangenehm oder sinnlos sind, ausgeführt werden. Wie im Theorie-Teil erläutert, ist mit der 1. Modulationshypothese nur der Beitrag der Intuitive Verhaltenssteuerung („Operative Ebene“) und des analytischen Denkens an der Steuerung instrumentellen, anreizmotivierten und zielorientierten Verhaltens beschrieben. Bei niedriger Aktivierung des Belohnungssystems, wie bei Depression angenommen ist, ist zwar das zielorientierte Planen und Denken aktiviert, es erreicht aber nicht die passenden Verhaltenssroutinen. In diesem Fall sind anreizorientierte Verhaltensroutinen wenig aktiviert. Dass „anreizunabhängig“ Verhalten (d.h. auch ohne positiven Affekt) kann gebahnt werden, so das automatisierten Routinen überaktiviert werden: die Willensbahnung durch positiven Affekte („Selbstmotivierung“) und die Kontrolle durch das Selbstsystem sind beeinträchtigt, so dass selbstkongruentes, willentlich gesteuertes Handeln

erschwert wird. Der Zwangskranke führt seine Routinen aus, unabhängig davon, ob sie Spaß machen oder zu seinen Bedürfnissen, Werten, seinem Sinnerleben oder anderen Selbstwahrnehmungen passen. Nach der PSI-Theorie sind besonders bei Komorbidität von Zwang und Depression Energiemangel, das Nichtumsetzen von Vorsätzen, negative Emotionalität und Rigidität, zu erwarten.

Jedoch ist zu beachten, dass die Items der Skala „Zwanghaftigkeit" des SCL-90 auch als eine Neigung zum Grübeln interpretiert werden können. Auch der Zusammenhang zwischen Depressivität und Grübeln kann anhand der PSI-Theorie erklärt werden: Die Erinnerung an unerledigte Absichten, die bei depressiven Patienten häufiger zu finden ist, blockiert den Arbeitsspeicher des Kurzzeitgedächtnisses (Kuhl & Helle, 1994) und löst perseverierende Gedanken über vergangene Misserfolge, die gegenwärtige Situation und den angestrebten Zustand aus. Diese unerledigten Absichten belasten das Absichtsgedächtnis, und wenn positiver Affekt gehemmt ist, kommt es zur Hemmung der Verbindung zwischen Absichtsgedächtnis und der intuitiven Ausführungssteuerung und zum Nichtausführen von explizit beabsichtigten Handlungen, d.h. zu der für Depression typischen Willenslähmung (Kuhl & Kazén, 1999). Je stärker depressive Patienten über die Unerledigten (nichtrealisierenden Absichten) nachdenken, desto mehr fehlt ihnen die Energie zum Handeln (Kuhl & Helle, 1986; Kuhl & Kazén, 1998). Dieses funktionale volitionales Defizit, d.h. die Unfähigkeit, durch die Interferenz unkontrollierbarer Gedanken über Misserfolg, seine Ursachen und seine emotionalen Konsequenzen und die Unfähigkeit, die Konzentration willentlich auf aufgabenrelevante Gedanken und Gefühle zu lenken, kann sekundär zu pessimistischen kognitiven Inhalten und zu motivationalen Defiziten führen (Brunstein & Olbrich, 1985; Kuhl, 1981, Kuhl & Weiß, 1994).

Depressivität und Ängstlichkeit gemeinsam ist die Vermittlungsfunktion für die Entstehung von körperlichen Beschwerden. Ferner sind anhand der Ergebnisse mit den Skalen des SCL-90 als Maße für Depressivität und Ängstlichkeit beide klinischen Kategorien signifikante Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Paranoidem Denken.

Interessanterweise vermittelt Depressivität zwischen Bedürfnisfrustration und Ängstlichkeit. *Nach einer Bedürfnisfrustration führt eine depressive Reaktion zu der Entstehung von ängstlichen Symptomen. Analoges gilt für eine ängstliche Reaktion nicht: Ängstlichkeit vermittelt nicht zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität.* Im Theorie-Abschnitt dieser Arbeit wurden Ergebnisse berichtet, die zeigen, dass eine reine Depression ohne Angstsymptome seltener zu beobachten ist als eine reine Angststörung ohne depressive Symptome (Dobson & Cheung, 1990). Es wurde auch besprochen, dass häufiger Angststörungen einer Depression vorausgehen als umgekehrt. Angst hat eher einen Einfluss auf die Entwicklung einer depressiven Störung, als Depression die Entwicklung einer ängstlichen Störung unterstützt. Nach den Ergebnissen dieser Arbeit verhält es sich umgekehrt. Diese Befunde spiegeln die im klinischen Alltag häufige Erfahrung wider, dass diese beiden klinischen Kategorien zusammenkommen und die Schwierigkeit darin besteht, zwischen beiden zu differenzieren.

Eine Erklärung für diesen Befund kann sein, dass der SCL-90 eher ängstliche Depression misst. Das kann auch erklären, warum Depressivität, gemessen mit der SCL-90, eine

Vermittlungsfunktion für mehr Symptome und eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie i.U. zu Ängstlichkeit hat. Im Fall einer ängstlichen Depression würde es zu einem Zusammentreffen von gehemmtem positiver Affekt und negativem Affekt kommen, so dass gemäß der PSI-Theorie zu einer gleichzeitigen Aktivierung des Intentionsgedächtnis und des Objekterkennungssystems führen würde. In anderen Wörtern zu eine gleichzeitigen Willens- und Selbsthemmung.

Anderseits setzt Depression offensichtlich die Persistenz eines unbefriedigten Bedürfnisses voraus, die dann zu depressiven Symptomen führt, wenn gleichzeitig keine bedürfnisbefriedigenden Eigenschaften in den auffindbaren Objekten (d.h. keine „Anreize“) erlebt werden können. Dies würde auch erklären, warum für den Übergang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung Depression i.U. zu Ängstlichkeit eine wichtigere Mediationsrolle spielt.

Weiterhin ist wichtig zu beachten, dass es in den Stichproben die zu dieser Untersuchung benutzt wurden und insbesondere in der neuen Stichprobe viele Patienten mit Diagnosen von Angst und Depression gemischt gab. Weitere Untersuchung mit Stichproben mit einer besseren Differenzierung der beiden Kategorien sollten durchgeführt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass anhand der Ergebnisse mit den Skalen des SCL-90 als Maße für Depressivität und Ängstlichkeit eine depressive Reaktion (auf der State-Ebene) für den Übergang von Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung risikobehafteter ist als eine ängstliche Reaktion. Im Gegensatz dazu kann man jedoch anhand der Ergebnisse mit den Skalen des BEF-3 als Maße für Depressivität und Ängstlichkeit nicht sagen, welche dieser Kategorien für diesen Übergang risikobehafteter ist.

4.3 State- versus Trate-Varianten von Depression

Eine weitere Frage (4.3) der vorliegenden Arbeit lautet: Wie unterscheidet sich die Mediationsrolle von Depression als klinisches Syndrom (unipolare Depression) einerseits und als Persönlichkeitsstil andererseits? Die Vermittlungsrolle von Depression als affektive Störung und Depression als Persönlichkeitsstil wurde verglichen. Wie erwähnt wurde die Trait-Variante mittels des PSSI-K und die State-Variante über die Subskala Lustlosigkeit aus dem BEF-3 und über die Subskala „Depressivität“ aus dem SCL-90 operationalisiert.

4.3.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit einem depressiven Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung findet sich im Abschnitt 1.1. Die Ergebnisse der Mediationsmodelle mit Lustlosigkeit als Mediator für diesen Zusammenhang finden sich im Abschnitt 4.2.2.1 und die Ergebnisse mit Depressivität als Mediator findet sich im Abschnitt 4.2.1.1. Im folgenden Abschnitt werden alle Ergebnisse verglichen und diskutiert. Tabelle 4.10 fasst die Ergebnisse zusammen, die in beiden Stichproben repliziert wurden.

Tab. 4.10 veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die in beiden Stichproben repliziert wurden.

Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung		
Depressive Stil (PSSI-K) als Mediator	**Lustlosigkeit (BEF-3) als Mediator**	**Depressivität (SCL-90) als Mediator**
Symptomausprägung Negative Emotionalität *Körperliche Beschwerden* *Passivität* Beziehungsunzufriedenheit Depressivität Zwanghaftigkeit GSI PSDI	*Körperliche Beschwerden* *Passivität*	*Körperliche Beschwerden* *Passivität* Paranoides Denken Somatisierung Ängstlichkeit Phobische Angst Psychotizismus Zwanghaftigkeit GSI PSDI PST

4.3.1.1 Lustlosigkeit versus Depressiver Stil

- Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor sowohl für einen depressiven Stil als auch für Lustlosigkeit.
- Beide (Lustlosigkeit und der depressive Stil) waren Mediatoren, die den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und folgenden Symptomen vermitteln: Passivität (Subskala Aktivität /Impulsivität des BES-K) und Körperliche Beschwerden.

- Der depressive Stil war im Vergleich zu Lustlosigkeit ein signifikanter Mediator für mehrere spezifische Symptome (z.B. Zwanghaftigkeit, Depressivität) und auch für eine allgemeine Ausprägung in der Symptomatologie.

Lustlosigkeit und der depressive Stil gleichzeitig als Mediator: Um die Mediationsrolle des depressiven Stils (PSSI-K) und Lustlosigkeit (BEF-3) für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung zu vergleichen, wurden weitere Regressionsanalysen berechnet, in denen beide Skalen gleichzeitig in einem Block (Block 2) als Mediator eingegeben wurden. Die Ergebnisse diese Analysen (siehe Tabelle 4.11) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Für *Passivität* (Subskala Aktivität des BES-K) sind sowohl Lustlosigkeit als auch der depressive Stil signifikant geblieben, d.h. sie leisten unabhängige Beiträge für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer reduzierten Aktivität.
- Für *Körperlichen Beschwerden* war Lustlosigkeit bedeutsamer als Mediator.
- Der Depressive Stil war ein bedeutsamerer Mediator als Lustlosigkeit für *Zwanghaftigkeit* (SCL-90), *Depressivität* und die Subskalen *Global Severity Index* und *Positive Syndrom Distress Index* des SCL-90.

Tab. 4.11: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit dem depressiven Stil (PSSI-K) und Lustlosigkeit (BEF-3) gleichzeitig in einem Block als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Der depressive Stil (PSSI-K) war bedeutsamer als Mediator für folgende Symptomen:	**Lustlosigkeit war bedeutsamer als Mediator für folgende Symptomen:**	**Beide sind signifikant als Mediator geblieben für folgende Symptomen:**
Zwanghaftigkeit (SCL-90) Depressivität (SCL-90) GSI (SCL-90) PSDI (SCL-90)	Körperliche Beschwerden (BES-K)	Passivität (BES-K)

4.3.1.2 Depressivität (SCL-90) versus der depressive Persönlichkeitsstil (PSSI-K)

- Bedürfnisfrustration war ein signifikanter Prädiktor für beide.
- Der depressive Stil war ein signifikanter Mediator für *Symptomausprägung* (BES-K), *Negative Emotionalität* (BES-K) und *Beziehungsunzufriedenheit* (BES-K), während Depressivität keine signifikante Vermittlungsfunktion für diese Zusammenhänge hatte.
- Depressivität war ein signifikanter Mediator für folgenden Skalen: Paranoides Denken, Somatisierung, Ängstlichkeit, Phobische Angst und Psychotizismus, der depressive Stil jedoch nicht.
- Beiden gemeinsam war, dass sie beide signifikante Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und folgenden Symptomen waren: Körperliche Beschwerden, Passivität, Zwanghaftigkeit und Global Severity Index (SCL-90).

Depressivität und der depressive Stil gleichzeitig als Mediator: Um die Mediationsrolle des depressiven Stils (PSSI-K) und Depressivität (SCL-90) für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung/Affekt- und Temperamentsreaktionen zu vergleichen, wurden weitere Regressionsanalysen berechnet, in denen beide Skalen gleichzeitig in einem Block (Block 2) als Mediator eingegeben wurden. Die Ergebnisse diese Analysen (siehe Tabelle 4.12) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und allen SCL-90 Subskalen ist Depressivität bedeutsamer als Mediator geblieben.
- Für Körperliche Beschwerden (BES-K) ist Depressivität bedeutsamer als Mediator geblieben.
- Für Passivität ist sowohl der depressive Stil als auch Depressivität signifikant als Mediatoren geblieben.
- Für Symptomausprägung, Negative Emotionalität, und Beziehungszufriedenheit ist der depressive Stil bedeutsamer als Mediator geblieben.

Tab. 4.12: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit dem depressiven Stil (PSSI-K) und Depressivität (SCL-90) gleichzeitig in einem Block als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Der depressive Stil (PSSI-K) war bedeutsamer als Mediator für folgende Symptomen:	**Depressivität (SCL-90) war bedeutsamer als Mediator für folgende Symptomen:**	**Beide sind signifikant als Mediator geblieben für folgende Symptomen:**
Symptomausprägung Negative Emotionalität Beziehungszufriedenheit	Alle Subskalen des SCL-90 Körperliche Beschwerden	Passivität

4.3.2 Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen

In der Tabelle 4.13 sind die Subskalen des BEF-3 (Kriterium) aufgelistet für die das Mediationsmodell mit dem depressiven Stil (PSSI-K) und Depressivität (SCL-04) als Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentskomponenten signifikant war. Die Ergebnisse sind für beide Stichproben replizierten. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Mediationsmodelle mit einem depressiven Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen findet sich im Abschnitt 1.2.

Beide (der depressive Stil und Depressivität) vermitteln zwischen Bedürfnisfrustration und folgenden Affekt- und Temperamentsreaktionen: reduzierte Freude, reduzierte Gelassenheit und reduzierte Aktivierung. Im Unterschied zu Depressivität (Achse I) ist der depressive Stil auch ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Traurigkeit. Analoges lässt sich sagen für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Erregung und den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Ärger.

Tab. 4.13: Die Mediationsmodelle mit dem depressiven Stil und Depressivität als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen waren signifikant in beiden Stichproben für folgende Skalen:

Depressive Stil (PSSI-K) als Mediator	**Depressivität (SCL-90) als Mediator**
Traurigkeit Reduzierte Freude Reduzierte Gelassenheit Reduzierte Aktivierung Erregung Ärger	Reduzierte Freude (1) Reduzierte Gelassenheit (2) Reduzierte Aktivierung (3)

(1) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Freude in der alten Stichprobe Depressivität bedeutsamer als Mediator. In der neuen Stichprobe bleiben beide signifikant als Mediator.
(2) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Gelassenheit Depressivität bedeutsamer als Mediator.
(3) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Aktivierung der depressive Stil bedeutsamer als Mediator.

4.3.3 Der depressive Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung nach Medianteilung der Stichprobe in niedrige und hohe Depressivität

Um zu untersuchen, ob die Mediationsrolle von einem depressiven Stil für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung von der Intensität der Depressivität (Achse I) abhängt oder nicht, wurde weitere Regressionsanalyse berechnet. Diese Regressionsanalyse wurden mit den beiden Stichproben zusammen gerechnet. Die Stichprobe wurde am Median der Depressivität (SCL-04) geteilt (siehe Tabelle 4.14). In alle Regressionsanalysen wurde der depressive Stil (PSSI-K) als Mediator eingegeben. Als Kriterium wurden alle Skalen des BES-K und SCL-90 eingegeben. Als Prädiktor wurden jeweils Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung eingegeben. *Tabelle 4.22 veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Mediationsmodelle.* ***Im Anhang B (Abschnitt 4.3.1) finden sich alle Ergebnisse im einzelnen.***

Tab. 4.14: Median von „Depressivität“ (SCL-90)

	N	**T-Wert**
Gruppe 1: niedrigen Ausprägung im Depressivität	51	Zwischen 0 und 51
Gruppe 2: hohe Werte in Depressivität	52	Zwischen 52 und 96

4.3.3.1 Bedürfnisfrustration als Prädiktor

Im ersten Schritt wurde der direkte Einfluss von Bedürfnisfrustration (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptomskalen (Kriterium) untersucht. In Tabelle 4.15 sind die Ergebnisse für beide Gruppen dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor (Bedürfnisfrustration) und dem Mediator (der depressive Stil des PSSI-K) untersucht. Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für einen depressiven Stil sowohl in der Gruppe 1 (β =.53, t (49) = 4.38, p<.001) als auch in der Gruppe 2 (β=.66, t (50) = 6.13, p<.001).

Im dritten Schritt wurde untersucht, ob der Mediator (der depressive Stil) das Kriterium (SCL-90 und BES-K Skalen) signifikant über den Einfluss des Prädiktor hinaus vorhersagt. Im vierten Schritt wurde untersucht, ob der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium seine Signifikanz verlor, wenn der Einfluss des Mediators kontrolliert wurde. Zusätzlich wurde immer der Test zur Überprüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhanges (Sobel, 1982) gerechnet.

Tabelle 4.16 veranschaulicht die Zusammenhänge der Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren (d.h. wenn die erwähnten vier Kriterien der vier Schritte erfüllt wurden und der Sobel Test signifikant war), getrennt für beide Gruppen. ***Im Anhang B (Abschnitt 4.3.1) finden sich alle einzelnen statistischen Werte.***

Tab. 4.15: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Gruppe 1		**Gruppe 2**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	,20 ns	1,40	,26*	1,94
Negative Emotionalität (BES-K)	,27*	1,99	,32*	2,41
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-,28*	-2,03	-,08 ns	-,56
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-,40**	-3,07	-,25*	1,90
Körperliche Beschwerden (BES- K)	,13 ns	,91	,15 ns	1,09
Zwanghaftigkeit (BES- K)	,16 ns	-1,12	,01 ns	,07
Somatisierung (SCL-90)	,02 ns	-,14	,22 ns	1,56
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	,13 ns	,92	,53 ***	4,33
Unsicherheit in Sozialkontakt (SCL-90)	,20 ns	1,40	,40**	3,04
Depressivität (SCL-90)	,20 ns	1,46	,39**	2,98
Ängstlichkeit (SCL-90)	,11 ns	,80	,21 ns	1,55
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	,04 ns	,28	,05 ns	,33
Phobische Angst (SCL-90)	,07 ns	,47	,27*	1,98
Paranoides Denken (SCL-90)	,09 ns	,62	,09 ns	,66
Psychotizismus (SCL-90)	,11 ns	,80	,24 +	1,77
Global Severity Index (SCL-90)	,11 ns	,75	,39**	2,96
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	,15 ns	1,03	,40 **	3,04
PST (SCL-90)	,03 ns	-,20	,18 ns	1,29

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

In der *Gruppe 1* vermittelte der depressive Stil zwischen Bedürfnisfrustration und den Symptomen *Negative Emotionalität*, *reduzierter Aktivität* und *Beziehungsunzufriedenheit*.

In der *Gruppe 2* vermittelte der depressive Stil zwischen Bedürfnisfrustration und den Skalen Symptomausprägung, *Negative Emotionalität*, *Zwanghaftigkeit* (SCL-90) und *Depressivität*.

Der depressive Stil hatte eine signifikante Mediationsrolle auch in der Gruppe mit niedriger Ausprägung in Depressivität (Gruppe 1). Ferner unterscheidet sich das Profil der Symptome in beiden

Gruppen, mit der Ausnahme von Negativer Emotionalität: In beiden Gruppen hatte der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und Negativer Emotionalität.

In der Gruppe mit hohen Werten in Depressivität (Gruppe 2) hatte der depressive Stil eine Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und einer allgemeinen Ausprägung der Symptome (Skala Symptomausprägung des BES-K). Das gilt nicht für die Gruppe ohne Depressivität (Gruppe 1), in der der depressive Stil mit Passivität und Beziehungsunzufriedenheit einhergeht.

Tab. 4.16: Ergebnisse der Mediationsmodelle mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor, dem depressiven Stil als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium. Die Regressionsanalysen sind nach einer Teilung der Stichprobe anhand des Medians der Depressivität (Skala des SCL-90) berechnet.

	Gruppe 1	**Gruppe 2**
Subskalen BES-K und SCL-90	Negative Emotionalität * Aktivität / Impulsivität (R) * Beziehungszufriedenheit (R) **	Negative Emotionalität * Symptomausprägung + Zwanghaftigkeit (SCL-90) + Depressivität *

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

4.3.3.2 Belastung als Prädiktor: Analoge Mediationsmodelle wurden mit Belastung als Prädiktor berechnet. Im ersten Schritt wurde der direkte Einfluss von Belastung (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptomskalen (Kriterium) untersucht. In Tabelle 4.17 sind die Ergebnisse für beide Gruppen dargestellt.

Tab. 4.17: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit der Skala Belastung als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Gruppe 1		**Gruppe 2**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	,44**	3,45	,57***	4,92
Negative Emotionalität (BES-K)	,49***	3,96	,56***	4,71
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	,20 ns	1,44	-,22 ns	- 1,60
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-,34*	- 2,57	-,13 ns	- ,95
Körperliche Beschwerden (BES- K)	,40**	3,09	,63***	5,68
Zwanghaftigkeit (BES- K)	-,33*	- 2,48	,22 ns	1,56
Somatisierung (SCL-90)	,09 ns	,59	,11 ns	,75
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	- ,00 ns	- ,01	,38**	2,94
Unsicherheit in Sozialkontakt (SCL-90)	-,15 ns	- 1,08	,02 ns	,14
Depressivität (SCL-90)	,16 ns	1,13	,28*	2,07
Ängstlichkeit (SCL-90)	-,12 ns	- ,82	,20 ns	1,44
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	,03 ns	,17	-,10 ns	-,71
Phobische Angst (SCL-90)	-,17 ns	- 1,23	,12 ns	,82
Paranoides Denken (SCL-90)	-,16 ns	- 1,10	,24 +	1,75
Psychotizismus (SCL-90)	,03 ns	,17	,20 ns	1,46
Global Severity Index (SCL-90)	-,00 ns	-,01	,31*	2,33
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	,08 ns	,53	,36 **	2,74
PST (SCL-90)	-,11 ns	-,76	,00 ns	,01

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Im zweiten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen Prädiktor (Bedürfnisfrustration) und Mediator (depressiver Stil des PSSI-K) untersucht. Belastung war ein hoch signifikanter Prädiktor für einen depressiven Stil sowohl in der Gruppe 1 (β =.51, t (49) = 4.12, p<.001) als in der Gruppe 2 (β =.33, t (50) = 2.49, p<.05).

Tabelle 4.18 zeigt das Gesamtbild der Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren, getrennt für beide Gruppen. ***Im Anhang B (Abschnitt 4.3.1) finden sich alle einzelnen Ergebnisse.***

In *Gruppe 1* vermittelte der depressive Stil zwischen Belastung und den Symptomen *reduzierte Aktivität*, *Beziehungsunzufriedenheit* und *körperliche Beschwerden*.

In *Gruppe 2* vermittelte der depressive Stil zwischen Belastung und *Zwanghaftigkeit* (SCL-90) sowie der allgemeinen Ausprägung in der Symptomatologie (Skala GSI).

Wie beim Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen hatte der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomen in beiden Gruppen (niedrige und hohe Depressivität). Außerdem unterscheidet sich das Profil der Symptome in beiden Gruppen.

Tab. 4.18: Ergebnisse der Mediationsmodelle mit Belastung als Prädiktor, dem depressiven Stil als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium. Die Regressionsanalysen sind nach einer Teilung der Stichprobe anhand des Medians in Depressivität (Skala des SCL-90) berechnet.

	Gruppe 1	**Gruppe 2**
Subskalen BES-K und SCL-90	Aktivität / Impulsivität (R) + Beziehungszufriedenheit (R) ** Körperliche Beschwerden *	Zwanghaftigkeit (SCL-90) * Depressivität * Global Severity Index (SCL-90) +

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

4.3.3.3 Bedrohung als Prädiktor: Analoge Mediationsmodelle wurden mit Bedrohung als Prädiktor berechnet. Im *ersten Schritt* wurde der direkte Einfluss von Bedrohung (Prädiktor) auf die unterschiedlichen Symptomskalen (Kriterium) untersucht. In Tabelle 4.19 sind die Ergebnisse für beide Gruppen dargestellt.

Im *zweiten Schritt* wurde der Zusammenhang zwischen Prädiktor (Bedürfnisfrustration) und Mediator (der depressive Stil des PSSI-K) untersucht. Bedrohung war ein signifikanter Prädiktor für einen depressiven Stil sowohl in der Gruppe 1 (β =.56, t(49) = 4.73, p<.001) als auch in der Gruppe 2 (β =.27, t(50) = 1.99, p<.05).

Tabelle 4.20 veranschaulicht die Ergebnisse aller Mediationsmodelle, die signifikant waren, getrennt für beide Gruppen.

Tab. 4.19: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit der Skala Bedrohung als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

Abhängige Variable (Kriterium)	Gruppe 1 Beta	Gruppe 1 T	Gruppe 2 Beta	Gruppe 2 T
Symptomausprägung (BES-K)	,45***	3,50	,52***	4,30
Negative Emotionalität (BES-K)	,50***	4,01	,53***	4,41
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-,18 ns	-1,29	-,15 ns	-1,05
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-,33*	-2,46	-,10 ns	-,74
Körperliche Beschwerden (BES- K)	,25 +	1,80	,50 ***	4,05
Zwanghaftigkeit (BES- K)	,01 ns	,05	,28 *	2,06
Somatisierung (SCL-90)	,23 ns	1,64	.11 ns	,75
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	-,04 ns	-,25	,34*	2,59
Unsicherheit in Sozialkontakt (SCL-90)	,13 ns	,93	,05 ns	,33
Depressivität (SCL-90)	,12 ns	.86	,27 *	2,01
Ängstlichkeit (SCL-90)	-,05 ns	-,37	,23 ns	1,68
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	,04 ns	,30	-,04 ns	-,27
Phobische Angst (SCL-90)	-,05 ns	-,35	,07 ns	,47
Paranoides Denken (SCL-90)	,04 ns	,29	,33 *	2,51
Psychotizismus (SCL-90)	,06 ns	,43	,24 +	1,71
Global Severity Index (SCL-90)	,11 ns	,75	,30 *	2,23
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	,20 ns	1,39	,37**	2,78
PST (SCL-90)	-,03 ns	-,21	,05 ns	,33

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 4.20: Ergebnisse der Mediationsmodellen mit Bedrohung als Prädiktor, dem depressiven Stil als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium. Die Regressionsanalysen sind nach einer Teilung der Stichprobe anhand des Medians in Depressivität (Skala des SCL-90) berechnet.

	Gruppe 1	Gruppe 2
Subskalen BES-K und SCL-90	Beziehungszufriedenheit (R) ** Körperliche Beschwerden *	Zwanghaftigkeit + Depressivität * GSI (SCL-90) +

Ergebnisse im Sobel Test: + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001
R (reversed): Mediator geht mit niedrigeren Werten in dieser Skala einher (z.B. Beziehungsunzufriedenheit)

In *Gruppe 1* vermittelte der depressive Stil zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: *Beziehungsunzufriedenheit* und *körperliche Beschwerden*.

In *Gruppe 2* vermittelte der depressive Stil zwischen Bedrohung und folgenden Symptomen: *Zwanghaftigkeit* (SCL-90), *Depressivität* und der allgemeinen Ausprägung der Symptomatologie (Global Severity Index).

Der depressive Stil hatte auch bei diesen Mediationsmodellen eine signifikante Mediationsrolle sowohl in der Gruppe mit einer niedrigen Ausprägung im Depressivität (Gruppe 1) als auch in der Gruppe mit hoher Ausprägung in Depressivität (Gruppe 2). Das Profil der Symptome unterscheidet sich jedoch in beiden Gruppen.

4.3.4 Zusammenfassung Ergebnisse bezüglich auf den Vergleich zwischen State und Trate Varianten von Depression

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aller Mediationsmodelle die bezüglich des Vergleichs zwischen die State und Trate Varianten von Depression (Frage 4.3) gerechnet wurden, zusammenfassend.

4.3.4.1 Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

Tab. 4.21 veranschaulich eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit dem depressiven Stil, Lustlosigkeit und Depressivität als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung (Subskalen des BES-K und SCL-90) die in beiden Stichproben sich replizieren ließen.

Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung		
Depressive Stil (PSSI-K) als Mediator	**Lustlosigkeit (BEF-3) als Mediator**	**Depressivität (SCL-90) als Mediator**
Symptomausprägung Negative Emotionalität *Körperliche Beschwerden* *Passivität* Beziehungsunzufriedenheit Depressivität Zwanghaftigkeit GSI PSDI	*Körperliche Beschwerden (1)* *Passivität (2)*	*Körperliche Beschwerden (3)* *Passivität (4)* Paranoides Denken Somatisierung Ängstlichkeit Phobische Angst Psychotizismus Zwanghaftigkeit (5) GSI (6) PSDI PST

(4) Wenn der depressive Stil und Lustlosigkeit gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen (Block 2) eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Körperliche Beschwerden Lustlosigkeit bedeutsamer als Mediator.

(5) Für Passivität (Subskala Aktivität des BES-K) sind sowohl der depressive Stil als Lustlosigkeit signifikant als Mediatoren geblieben, d.h. sie leisten unabhängige Beiträge für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer reduzierten Aktivität.

(6) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Körperliche Beschwerden Depressivität bedeutsamer als Mediator.

(7) Für Passivität (Subskala Aktivität des BES-K) sind sowohl der depressive Stil als Depressivität signifikant als Mediatoren geblieben, d.h. sie leisten unabhängige Beiträge für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer reduzierten Aktivität.

(8) Für Zwanghaftigkeit (Subskala des SCL-90) ist Depressivität bedeutsamer als Mediator geblieben.

(9) Für die Subskalen Global Severity Index (GSI) und Positive Syndrom Distress Index (PSDI) ist Depressivität bedeutsamer als Mediator geblieben.

Die ***wichtigsten Befunde*** lassen sich so zusammenfassend:

Im Einklang mit der Erwartungen (Hyp. 4.3.1) hatten beide (Depression als klinisches Syndrome und der depressive Persönlichkeitsstil) eine Vermittlungsfunktion für die Beziehung zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung.

Die drei Mediatoren (der depressive Stil, Lustlosigkeit und Depressivität) leisten unabhängige Beiträge für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und einer reduzierten Aktivität.

Für *Körperlichen Beschwerden* sind erwartungsgemäß (Hyp. 4.3.2.1) die State Varianten von Depression (Lustlosigkeit und Depressivität) bedeutsamer als Mediator als die Trate Variante (der depressive Stil).

Für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und *Beziehungsunzufriedenheit* war der depressive Stil und nicht Lustlosigkeit oder Depressivität ein signifikanter Mediator. Analoges lässt sich sagen für *Negative Emotionalität.*

Bezogen der Zusammenhang mit *spezifischen Symptomen und eine allgemeine Ausprägung* der Symptomatologie sind die Ergebnisse mit der Variable Lustlosigkeit (BEF-3) und der Variable Depressivität (SCL-90). Im Vergleich zu Lustlosigkeit, ist der depressive Stil ein bedeutsamer Mediator für mehrere spezifische Symptome und auch für eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie. Im Gegenteil wenn Depressivität mit der Variable des SCL-90 (SCL-04) untersucht wurde ist dieser im Vergleich zu der depressive Stil bedeutsamer als Mediator für mehrere spezifische Symptome und hypothesenkonform (Hyp. 4.3.2.2) für eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie.

4.3.4.2 Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen

Tab. 4.22: Die Mediationsmodelle mit dem depressiven Stil und Depressivität als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen waren signifikant in beiden Stichproben für folgende Skalen:

Depressive Stil (PSSI-K) als Mediator	**Depressivität (SCL-90) als Mediator**
Traurigkeit Reduzierte Freude Reduzierte Gelassenheit Reduzierte Aktivierung Erregung Ärger	Reduzierte Freude (1) Reduzierte Gelassenheit (2) Reduzierte Aktivierung (3)

(1) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Freude in der alten Stichprobe Depressivität bedeutsamer als Mediator. In der neuen Stichprobe bleiben beide signifikant als Mediator.

(2) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Gelassenheit Depressivität bedeutsamer als Mediator.

(3) Wenn der depressive Stil und Depressivität gleichzeitig als Mediatoren in die Regressionsanalysen eingegeben wurden, blieb für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierte Aktivierung der depressive Stil bedeutsamer als Mediator.

Beide (der depressive Stil und Depressivität) vermittelt zwischen Bedürfnisfrustration und folgenden Affekt- und Temperamentsreaktionen: reduzierte Freude, reduzierte Gelassenheit und reduzierte Aktivierung. Im Unterschied zu Depressivität (Achse I) ist der depressive Stil auch ein signifikanter Mediator für Traurigkeit, Erregung und Ärger.

4.3.4.3 Der depressive Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung nach Medianteilung der Stichprobe in niedrige und hohe Depressivität (SCL-04)

Um zu untersuchen ob die Mediationsrolle von einem depressiven Stil für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung von der Intensität der Depressivität (Achse I) abhängt oder nicht, wurden weitere Regressionsanalyse berechnet (Abschnitt 4.3.3). Diese Regressionsanalyse wurden mit den beiden Stichproben zusammen gerechnet. Die Stichprobe wurde nach dem Median in Depressivität (SCL-04) unterteilt (siehe Tabelle 4.14). In alle Regressionsanalysen wurde der depressive Stil (PSSI-K) als Mediator eingegeben. Als Kriterium wurden alle Skalen des BES-K und SCL-90 eingegeben. Als Prädiktor wurden jeweils Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung eingegeben.

Tab. 4.23: Ergebnisse aller Mediationsmodelle mit dem depressiven Stil als Mediator und den Skalen des BES-K und SCL-90 als Kriterium. Als Prädiktor wurden jeweils Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung eingegeben. Die Regressionsanalysen sind nach einer Teilung der Stichprobe anhand des Medians in Depressivität (Skala des SCL-90) berechnet.

	Bedürfnisfrustration	**Belastung**	**Bedrohung**
Gruppe 1 (Niedrige Depressivität)	Beziehungsunzufriedenheit Negative Emotionalität Passivität	Beziehungsunzufriedenheit Körperliche Beschwerden Passivität	Beziehungsunzufriedenheit Körperliche Beschwerden
Gruppe 2 (Hohe Depressivität)	Zwanghaftigkeit Symptomausprägung Depressivität Negative Emotionalität	Zwanghaftigkeit GSI Depressivität	Zwanghaftigkeit GSI Depressivität

Die Ergebnisse der drei Mediationsmodelle (mit Belastung, mit Bedrohung oder mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor) weisen durchgehen in die gleiche Richtung und lassen sich so zusammenfassend:

- Der depressive Stil war immer ein signifikanter Mediator in beiden Gruppen (Gruppe mit niedriger Ausprägung in Depressivität und Gruppe mit hoher Ausprägung in Depressivität).
- Das Profil der Symptome unterscheidet sich in beiden Gruppen.
- In der Gruppe mit niedriger Ausprägung in Depressivität (Gruppe 1) hatte der depressive Stil immer eine signifikante Vermittlungsfunktion für Beziehungsunzufriedenheit. Personen mit einem depressiven Stil und ohne eine gleichzeitige depressive Störung (Achse I) reagieren auf Belastung, Bedrohung und Bedürfnisfrustration mit Beziehungsunzufriedenheit.

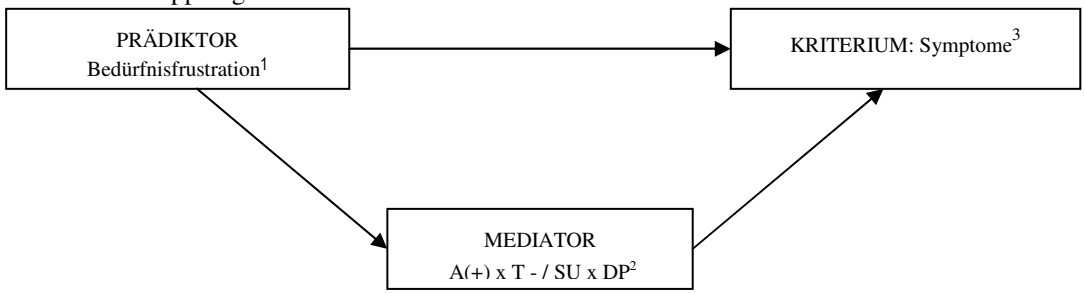
- In der Gruppe mit hoher Ausprägung in Depressivität hatte der depressive Stil immer eine signifikante Vermittlungsfunktion für Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität und für die Skalen die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen. Personen mit einem depressiven Stil und gleichzeitig hoher Depressivität (Achse I) reagieren auf Belastung, Bedrohung und Bedürfnisfrustration mit zwanghaften Symptomen. Sie leiden jedoch nicht unter zwanghaften Symptomen, wenn ihre Depressivität gering ist. Analoges lässt sich sagen für eine allgemeine Ausprägung in der Symptomatologie.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der depressive Stil ein signifikanter Mediator auch in der Gruppe mit niedriger Ausprägung in Depressivität war. In diesem Sinn stellen wir fest, dass die Mediationsrolle dieses Stils nicht von der aktuellen Depressivität abhängt. Der depressive Stil hat auch dann eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung, wenn Depressivität (Achse I) niedrig ist.

4.4 Affektkopplung

Um die Vermittlungsrolle von Affektkopplung (Frage 4.4) in dem Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen zu untersuchen wurden entsprechende Mediationsmodelle mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor überprüft. In den Analysen wurde Bedürfnisfrustration (die Empfindungsskala des MUT) als Prädiktor eingegeben. Als Mediator wurden jeweils verschiedene Wechselwirkungen (z.B. Wechselwirkung zwischen Erregung und Angst) eingegeben. Als Kriterium wurden die unterschiedlichen Symptomskalen des BES-K und SCL-90 verwendet. Die Auswertungsstrategie wurde auf die alte und die neue Stichprobe getrennt angewendet. Abbildung 54 veranschaulicht die Mediationsmodelle dieses Teils in allgemeiner Form.

Abb. 54. Affektkopplung



1. Prädiktor : Die Empfindungsskala des MUT (Summenwerte der drei Bedürfnis Frustrationsskalen)
2. Mediator: Subskalen „Erregung“ und „Lustlosigkeit“ des BEF (Interaktionseffekten) und Subskalen „Passiv/Depressiv“ und „Selbstkritischer/Selbstunsichere“ des PSSI-K
3. Kriterium: Alle die Subskalen des BES-K und SCL-90

4.4.1 Interaktion von dem depressiven Stil und dem selbstunsicheren Stil: Entgegen der Erwartung (Hyp. 4.4) war die Interaktion der beiden Stile kein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Das gilt für beide Stichproben. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass diese Interaktionen (Wechselwirkungen) nicht mit einem disproportionalen Zuwachs an Symptomen assoziiert waren.

4.4.2 Interaktion von Lustlosigkeit [A(+)] und Erregung [T-]: Die Interaktion von Lustlosigkeit und Erregung war entgegen der Erwartung (Hyp. 4.4) kein signifikanter Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Das gilt für beide Stichproben. Es zeigte sich jedoch ein marginal signifikanter Moderatoreffekt in der *neuen Stichprobe*: Die Interaktion von Lustlosigkeit und Erregung sagte Beziehungszufriedenheit vorher (siehe Abb. 55)

Beziehungszufriedenheit (BES-K): Bedürfnisfrustration war ein hoch signifikanter Prädiktor für Beziehungsunzufriedenheit (β=-.48, t(135)= -6.32, p<.001). Wenn Bedürfnisfrustration und die Interaktion von Erregung und Lustlosigkeit gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingegeben wurden, sagte die Interaktion von Erregung und Lustlosigkeit Beziehungszufriedenheit (β =.13, t(134) = 1.93,

p<.10) vorher. Der direkte Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Beziehungszufriedenheit war nur noch marginal signifikant, wenn die Interaktion von Erregung und Lustlosigkeit kontrolliert wurde (β =-.16, t(135) = -1.66, p<.10*)*. Das in Abb. 55 dargestellte Mediationsmodell wurde im Sobel Test jedoch nicht signifikant (z = 1.23, ns).

Abb. 55.

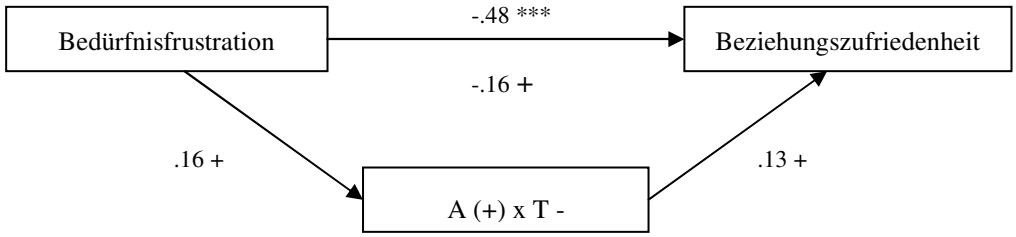
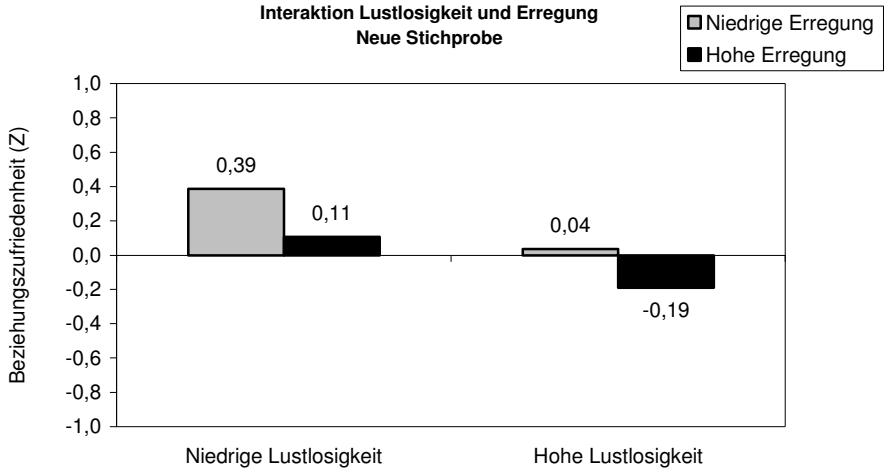


Abb. 56.



1. QUALITATIVES MODELL

Das qualitative Modell, das sich auf die klinischen Kriterien (anhand der DSM-IV Kriterien) bezieht, wurde nur für die neue Stichprobe überprüft, da in der alten Stichprobe die klinischen Diagnosen nicht erhoben wurden.

Alle Persönlichkeitsstörungen, die in der neue Stichprobe hinreichend oft vertretend sind (N> 8) (siehe Tabelle 1.1) wurden in die Analyse einbezogen. Aus diesem Grund wurden die Gruppen mit diagnostizierten paranoiden, abhängigen und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen nicht in die Analyse einbezogen (s. Tab. 1.5.7; Abschnitt 1.5). Das gilt auch für die Gruppe mit nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörungen.

Tab. 1.1: Gruppen des Qualitativen Modells

		N
Kontrollgruppe	KG1 niedrige Symptomschwere	11
	KG2 hohe Symptomschwere	11
Achse-II-Diagnose (Persönlichkeitsstörungen), aufgrund der Klinischen Kriterien (DSM IV)	Schizoid (SZ)	8
	Schizotypisch (ST)	16
	Narzisstisch(NA)	8
	Selbstunsicher (SU)	13
	Borderline (BL)	13

KG1 = Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere
KG2 = Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere

In den nächsten Abschnitt werden die Demographischen Daten der Gruppen von Persönlichkeitsstörungen die in die Analyse einbezogen wurden, dargestellt. Die demographischen Daten der Kontrollgruppen werden in Abschnitt 1.2.1.2 dargestellt.

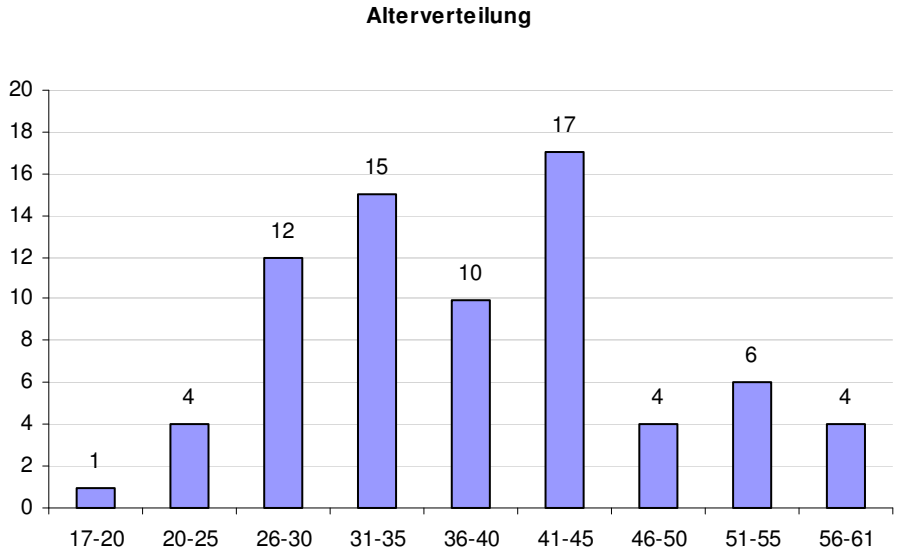
1.1 Demographische Daten der Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen

In dieser Stichprobe lag das Alter der Probanden zwischen 17 und 61 Jahren und betrug im Durchschnitt 38,2 Jahre (Tabelle 1.1.1). Studien über die Alterverteilung der Persönlichkeitsstörungen (Fydrich et al., 1996a) zeigen, dass diese Störungen etwa gleich häufig in verschiedenen Altersgruppen aufzufinden sind, obwohl es eine leichte Tendenz zu geringerem Auftreten in höherem Alter gibt. Schätzungen weisen darauf, dass ein Anteil von 60-70% der Personen mit einer Persönlichkeitsstörung zu einer Abnahme der Symptomatik ab den 35. - 40. Lebensjahr neigt. Ab diesem Alter haben die Betroffenen mehr asymptomatische Intervalle und die symptomatischen Krisen sind weniger stark.

Tab. 1.1.1: Anzahl, Geschlecht und Alter der Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen nach der klinischen Diagnose.

	Geschlecht		Alter			
N	Frauen	Männer	M	Min.	Max.	Standarab
73	33 (45,2%)	40 (54,8%)	38,2	17	61	9,95

Abb. 1. Alterverteilung der Persönlichkeitsstörungen



Hinsichtlich der Geschlechterverteilung der Persönlichkeitsstörungen zeigen die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen zur unbehandelten Prävalenz (vgl. Fydrich et al, 1996a), dass diese Störungen etwa gleich häufig bei Männer und Frauen vorkommen, wobei jedoch erhebliche Geschlechtsunterschiede bei spezifischen Störungsbildern auftreten. Innerhalb der ganzen Gruppe von Persönlichkeitsstörung dieser Stichprobe liegt der Prozentsatz der Frauen mit einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose 9,6 % höher als bei Männern. Es zeigen sich Geschlechtsunterschiede innerhalb der Persönlichkeitsstörungs-Gruppen; diese Unterschiede werden in den nächsten Abschnitt dargestellt.

1.1.1 Demographischer Vergleich der Gruppen mit klinisch diagnostizierter Persönlichkeitsstörung

In diesem Abschnitt werden die soziodemographischen Daten der Gruppen mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung für jede einzelne Persönlichkeitsstörung separat analisiert. Die Angaben zu Alter und Geschlecht jeder Persönlichkeitsstörung sind in Tabelle 1.1.2 aufgelistet.

Innerhalb der gesamten Persönlichkeitsstörungs-Gruppe zeigte sich der höchste Altersmittelwert bei der narzisstischen (NA) Störung, gefolgt von der schizotypischen Gruppe (ST). Der geringste Altersmittelwert liegt bei der Borderline-Gruppe (BL). Diese letztgenannte Gruppe hat auch die

niedrige Alterminimum und Altermaximum innerhalb der ganzen Stichprobe mit Persönlichkeitsstörungen. Die NA-Gruppe hat das Maximum (61 Jahre).

Tab. 1.1.2: Anzahl, Geschlecht und Alter jeder Persönlichkeitsstörungs-Gruppe

		Geschlecht		Alter			
	N	Frauen	Männer	M	Min.	Max.	Standarab
Gruppe SZ	8	1 (14,3%)	7 (85,7%)	38,6	26	53	10,28
Gruppe ST	16	8 (52,9%)	7 (47, %)	41,5	21	61	10,14
Gruppe NA	8	2 (25 %)	6 (75 %)	45,6	31	60	10,07
Gruppe SU	13	7 (53,8%)	6 (46,2%)	36,2	24	51	8,25
Gruppe BL	13	7 (53,8%)	6 (46,2%)	33,5	17	45	8,58

Innerhalb jeder einzelnen Gruppe liegt der höchste Anteil an weiblichen Patienten in der Borderline-Gruppe und der selbstunsicheren Gruppe, gefolgt von der schizotypischen Gruppe. Der geringste Anteil liegt in der schizoiden Gruppe, gefolgt von der narzisstische Gruppe. In dieser letzten Gruppen (SZ und NA) liegt der höchste Anteil an männlichen Patienten.

Gruppe mit Borderline Persönlichkeitsstörung: In der Borderline-Gruppe lag das Alter der Probanden zwischen 17 und 45 Jahren und betrug im Durchschnitt 33,5. Dieser Durchschnitt ist etwas hoch. Studien zeigen dass in aller Regel der Beginn dieser Persönlichkeitsstörung in der Spätadoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter liegt und eine Abnahme des Schweregrades und vermutlich auch der Prävalenz in mittleren Lebensabschnitten erfährt. Jedoch das Thema der durchschnittlichen Alter bei Erstmanifestation ist umstritten (Bohus, 2002). Jeschke et al., (1998) fanden eine bimodale Verteilung: eine große Gruppe zeigte bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten (Essstörungen, Selbstschädigung, Suizidversuche, Auffälligkeiten des Sozialverhaltens, affektive Störung), die einer stationären Behandlung bedurften, während eine zweite Gruppe im Mittel mit 24 Jahren erstmals stationär behandelt wurde.

Die Geschlechterverteilung bei dieser Stichprobe ist ähnlich, was bei dieser Störungsgruppe keineswegs üblich ist. Einige Studien bei klinischen Stichproben ergeben ein Überwicht weiblicher Patienten von etwa 70% (Widiger und Weissman, 1991). Feldstudien finden eine geringer ausgeprägte Geschlechterdifferenz (60% Frauen, 40% Männer; Torgersen et al., 2001). Nach Bohus et al. (1998) stellt dieses Überwiegen der weiblichen Patienten jedoch eventuell ein diagnostisches Artefakt dar, da autoaggressive Handlungsweisen (wie sie bei diesen Patienten oft auftreten) und damit die

Aktivierung des psychosozialen Hilfssystems eher bei Frauen vorkommen als bei Männern, deren fremdaggressive Impulse häufig früh zur Delinquenz und daher zu Gefängnisaufenthalten führen.

Gruppe mit schizoider Persönlichkeitsstörung: In der Gruppe mit diagnostizierter schizoider Persönlichkeitsstörung lag das Alter der Patienten zwischen 25 und 53 Jahren und betrug im Durchschnitt 38,6 Jahre. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich ein deutliches Überwiegen von Männern (86%). Das ist im Einklang mit den Studien, die eine doppelte Anzahl von männlichen Patienten bei dieser Störungsgruppe berichten (Rubio Larrosa, 1994).

Gruppe mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung: Das Alter der Probanden mit diagnostizierter selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung lag zwischen 24 und 51 Jahren und betrug im Durchschnitt 36,2 Jahre.

Gruppe mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung: Das Alter der Probanden der Gruppe mit diagnostizierter schizotypischer Persönlichkeitsstörung lag zwischen 21 und 61 Jahren und betrug im Durchschnitt 41,5 Jahre.

Gruppe mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung: Das Alter der Probanden lag zwischen 31 und 60 Jahren und betrug im Durchschnitt 45,6 Jahre. Das Überwiegen von Männern (85,7%) bei dieser Gruppe ist in Einklang mit der Forschungsliteratur über diese Störung. In den meisten Fallberichten über die narzisstische Persönlichkeitsstörung stehen übrigens Männer im Mittelpunkt, und entsteht der Eindruck, dass es sich bei der Narzissmusproblematik um die männliche Variante der histrionische Persönlichkeitsstörung handeln könnte, welche nämlich überzufällig häufig bei Frauen vorzukommen scheint (Fiedler, 2000). In epidemiologischen Studien finden sich für beide Störungen geradezu Spitzenwerte in den Komorbiditätsbeziehungen untereinander (siehe Tabelle 1.5, Kapitel 1) – was zumindest impliziert, dass histrionische Frauen häufig noch die Diagnose narzisstisch erhalten und narzisstische Männer zusätzlich Diagnose histrionisch, womit sich letztlich das Geschlechtverhältnis im Vorkommen beider Störungen relativiert.

1.1.2 Symptomdiagnose nach ICD-10 in der Persönlichkeitsstörungsgruppe

In diesem Abschnitt wird zunächst die Verteilung der Symptomdiagnose innerhalb jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe dargestellt.

Tab. 1.1.3: Symptomdiagnoseverteilung innerhalb der einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

	N[1]	ST	SZ	SU	NA	BL
Affektive Störungen	14	3	2	2	1	3
Angststörungen		9	5	7	7	7
Belastungsreaktionen und Anpassungstörungen	14	2	3	6	1	--
Somatoforme Störungen	6	2	--	1		3
Sonstige neurotische Störungen	2	--	--	--	1	1
Abhängigkeitserkrankungen (Alkoholmissbrauch)	5	--	1	1	3	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	--	--	--	--	2

N[1] = Anzahl der Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen innerhalb der jeweiligen Gruppe.

Die Therapeuten sollten auch entscheiden, welche von drei Optionen (Angst, Depression oder beides) in jeder Person überwiegt (Tabelle 1.1.4)

Tab. 1.1.4: Symptomdiagnoseverteilung (Angst, Depression und Angst und Depression gemischt) innerhalb der einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

	Angst	**Depression**	**Gemischt Angst und Depression**
ST Gruppe	9 (56%)	4 (25%)	3 (19%)
SZ Gruppe	1 (12,5%)	3 (37,5 %)	4 (50%)
SU Gruppe	2 (15,4%)	8 (61,5%)	3 (23%)
NA Gruppe	1 (12,5%)	1 (12,5%)	6 (75%)
BL Gruppe	12 (99%)	--	1 (1%)

1.1.2.1 Symptomprofil bei der Gruppe mit schizotypischen Persönlichkeitsstörung: Bei dieser Patientengruppe überwiegen die Diagnosen von Angststörungen. Wichtig ist, dass kein Patient die Kriterien einer psychotischen Episode erfüllt hat. Wie schon gesagt wurde, kann bei diesen Patientengruppen gleichzeitig eine Schizophrenie diagnostiziert werden. Trotzdem ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es in dieser Stichprobe keine Information über die psychiatrische Geschichte dieser Patienten erhoben wurde. So konnte es sein dass sie in anderen Moment auch unter psychotischen Symptomen litten.

1.1.2.2 Symptomprofil bei der Gruppe mit schizoider Persönlichkeitsstörung: Im Gegenteil zu anderen Persönlichkeitsgruppen dieser Stichprobe hat diese Patientengruppe keine Diagnose einer somatoformen Störung bekommen. Innerhalb der Gruppe affektiver Störungen wurden alle als unipolar depressive (Kategorie „sonstige depressive Episode“) diagnostiziert. Ein Patient bekam die Diagnose einer Manischen Episode (remittiert). Millon (1981) stellte weiterhin fest, dass schizoide Personen auf die Wahrnehmung ihrer sinnlosen Existenz hin mit kurzen manischen Episoden reagieren würden. Weiterhin erfüllte ein Patient die Kriterien für Alkoholabhängigkeit.

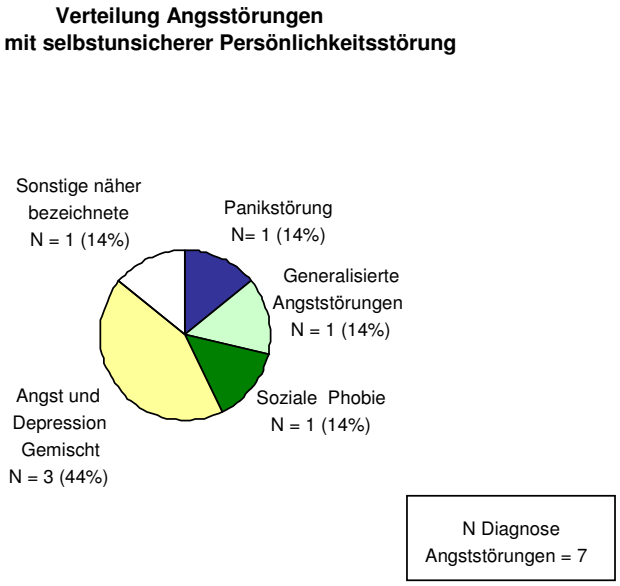
1.1.2.3 Symptomprofilen bei der Gruppe mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung: Innerhalb der Gruppe der affektiven Störungen waren alle Diagnosen der unipolarer Depressiven (Kategorie F32.1 und F32.2). Drei Patienten erfüllten die Kriterien für Alkoholabhängigkeit.

1.1.2.4 Symptomprofil bei der Borderline-Gruppe: Innerhalb der Gruppe von Angststörungen wurde am häufigsten (43%) die Diagnose von “Angst und Depression gemischt” gestellt. In 28,5% wurde die Diagnose „nicht näher bezeichnete Angststörung“ vergeben. Danach kommen Phobische Störung und Generalisierte Angststörungen. Innerhalb der affektiven Störungsgruppe wurde am häufigsten die Diagnose von unipolarer depressive Episode (Schwergrad: leichte) und in einen Fall

eine rezidivierende depressive Störung gegeben. Ferner erfüllen zwei Patienten die Kriterien für eine Diagnose von ADS.

1.1.2.5 Symptomprofile der Gruppe mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung: Einer großen Anzahl dieser Patientengruppe haben mehr als einer Diagnose von Angststörung bekommen. Die Verteilung der Angststörungsdiagnosen in dieser Patientengruppe ist in Abb. 2 dargestellt. Die Anzahl von Diagnosen von Anpassungsreaktionen ist auch hoch. Ein Patient erfüllt die Diagnose von Alkoholabhängigkeit.

Abb. 2.



1.2 AUSWERTUNGSSTRATEGIEN FÜR DAS QUALITATIVE MODELL

1.2.1 Kontrollgruppe

Als Kontrollgruppe wurden die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung herangezogen. Die Anzahl der Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen betrug 65, jedoch wurde nur ein Teil dieser Gruppe (22 Patienten) in die Analyse einbezogen. Ein Grund dafür war, dass die Psychiater die Symptomschwere nicht für alle Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen beurteilt hatten.

Ein wichtiges Ziel der vorliegenden Arbeit war zu untersuchen, ob die Personen mit Persönlichkeitsstörungen erhöhte Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu Personen ohne Persönlíchkeitsstörungen aufweisen und ob diese möglichen Defizite in den Selbststeuerungskomponenten von der Symptomschwere abhängen oder nicht. So lautet die Frage: Haben die Patienten mit Persönlichkeitsstörung eine verringerte Selbststeuerung im Vergleich zu den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung die unter derselben Symptomschwere leiden?

Da Persönlichkeitsstörungen häufig mit einer starken Ausprägung der Grundsymptomatik einhergehen (Fydrich et al., 1996a), sollte die Symptomschwere kontrolliert werden. Um die Symptomschwere zu kontrollieren wurde die Kontrollgruppe (Patienten ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose) hinsichtlich ihrer Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) medianisiert, so dass Untergruppen mit niedriger vs. hoher Symptomschwere vorlagen (KG1 und KG2). So wurde es möglich, die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit einer Gruppe von Patienten ohne Persönlichkeitsstörung aber mit gleicher Symptomschwere hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen zu vergleichen.

1.2.1.1 Vergleiche der Symptomschwere in den Kontrollgruppen

Symptomschwere nach Klinischer Beurteilung: In der Tabelle die für diese Stichprobe entwickelt wurde (siehe Empirischer Teil, Abschnitt 1.3), sollten die Psychotherapeuten und Psychiater, auf der Basis ihres klinischen Eindrucks und der ganzen Informationen, die sie im Rahmen der Untersuchung über die Patienten gesammelt haben, beurteilen, wie schwer die gesamte Symptomatik war (mit einem Rating von 0 bis 100, wobei 0 keine Symptome bedeutet und 100 eine extreme Beeinträchtigung durch eine schwere Symptomatik).

Um die beiden Kontrollgruppen hinsichtlich ihrer Symptomschwere nach Klinischer Beurteilung zu vergleichen, wurden unabhängigen t-Tests gerechnet. Es zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied ($t(20) = -5.37$, $p<.001$) zwischen den beiden: die genannte Kontrollgruppe 1 hat nach Klinische Beurteilung eine hoch signifikant niedriger Symptomschwere im Vergleich zur der genannten Kontrollgruppe 2.

Vergleich der Symptomausprägung (BES-K): Weitere unabhängige t-Tests, um beide Kontrollgruppen hinsichtlich ihrer selbst eingeschätzten Symptomschwere (Skala Symptomausprägung des BES-K) zu vergleichen, wurden berechnet. Es zeigte sich (Tab.1.2.1) jedoch

kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden. Die Kontrollgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der selbsteingeschätzten Symptomschwere.

Tab. 1.2.1: Mittelwertsvergleiche der Symptomschwere (BES-K) zwischen der Kontrollgruppen.

	Mittelwert Skala Symptomausprägung BES-K	Standard abweichung	T-Test für die Mittelwertvergleich T	Sig
KG1	54,00	7,430	,43	,670
KG2	52,64	7,352		

Nach diesen Ergebnissen lässt sich sagen, dass es keine Übereinstimmung gab hinsichtlich der Symptomschwere von beiden Kontrollgruppen nach der klinischen Beurteilung und nach der Selbsteinschätzung. Aus diesem Grund wurde entschieden die Analysen nach der klinischen Beurteilung zu machen, also die Symptomschwere der Kontrollgruppe nach der klinischen Beurteilung zu medianisieren.

1.2.1.2 Alter und Geschlechterverteilung der Kontrollgruppen

Das Alter der Probanden der Kontrollgruppe 1 (Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere) lag zwischen 22 und 52 Jahren, das der Kontrollgruppe 2 (Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere) zwischen 22 und 53 Jahren. Der Altersdurchschnitt liegt bei beiden Kontrollgruppen gleich (37). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung überwiegen in beiden Kontrollgruppen die Frauen (in der KG1 64 % und in der KG2 55%). Die Angaben zu Alter und Geschlecht der Kontrollgruppen sind in Tabelle 1.2.2 aufgelistet.

Tab. 1.2.2: Anzahl, Geschlecht und Alter der Kontrollgruppen[1]

		Geschlecht		Alter			
	N	Frauen	Männer	M	Min.	Max.	Standarab
Gesamte KG	22	13 (59,1%)	9 (40,9%)	36,9	18	53	10,705
KG1	11	7 (63,6)	4 (36,4%)	37,3	22	52	11,816
KG2	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)	37	18	53	9,71

[1] Annmerkung: Kontrollgruppen die in die Analyse einbezogen wurde.

Der Altersdurchschnitt der Kontrollgruppen gleicht dem der Gruppe mit diagnostizierter selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (36,2) und der Gruppe mit schizoider Persönlichkeitsstörung (38,6) und ist etwas niedriger als der der schizotypischen Gruppe (41,5%) und der narzisstischen Gruppe (45,6), jedoch etwas höher im Vergleich zu der Gruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

1.2.1.3 Symptomdiagnosen nach ICD-10 in der Kontrollgruppen

Im Folgenden (Tabelle 1.2.3) werden die Diagnosen auf der Symptomebene der Kontrollgruppen dargestellt.

Tab. 1.2.3: Alle vergebenen Symptomdiagnosen (Mehrfachdiagnosen möglich) aufgrund des Klinischen Kriteriums.

Symptomdiagnose nach ICD-10 Kriterien	**KG1**	**KG2**
Affektive Störungen	1	3
Angststörungen	7	7
Belastungsreaktionen und Anpassungstörungen	2	2
Somatoforme Störungen	1	2
Sonstigen neurotische Störungen	0	0
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0	0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0
Gesamt Anzahl Diagnosen	11	14
Gesamt N Patienten	11	11

Alle Patienten der Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere (KG1) bekamen eine Diagnose auf der Symptomebene. Das gilt auch für die Patienten der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2). Von der KG1 haben 82% nur ein Achse-I Diagnose. Der Rest hat zwei oder mehr Achse-I-Diagnosen. Im Gegensatz dazu ist der Prozentanteil der Patienten der KG2 mit zwei oder mehr Achse-I-Diagnosen höher (42%). In beiden Kontrollgruppen überwiegen die Angststörungsdiagnosen. Hinsichtlich der affektiven Störungen war die Anzahl größer bei KG2. Innerhalb der KG1 hat die Mehrheit der Patienten (55%) mit Angststörungsdiagnose eine Diagnose von „Angst und Depression gemischt“. 36% der Patienten hat eine Diagnose „sonstiger näher bezeichneter Angststörungen“. Also gab es innerhalb dieser Gruppe weniger spezifische Angststörungsdiagnosen.

Die Therapeuten sollten auch entscheiden, welche von drei Optionen (Angst, Depression oder beides) in jeder Person überwiegt (Tab. 1.2.4). Nach dieser Beurteilung überwiegen in der KG1 die Angst und depressive Symptome gemischt und in der KG2 die Angststörungen.

Tab. 1.2.4: Symptomdiagnoseverteilung (Angst, Depression und Angst und Depression gemischt) innerhalb der Kontrollgruppen.

Gruppe	Affektive Störung	Angststörung	Depression und Angst Symptome gemischt
KG 1	1 (9,1%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)
KG 2	3 (25 %)	7 (58,3%)	2 (16,7)

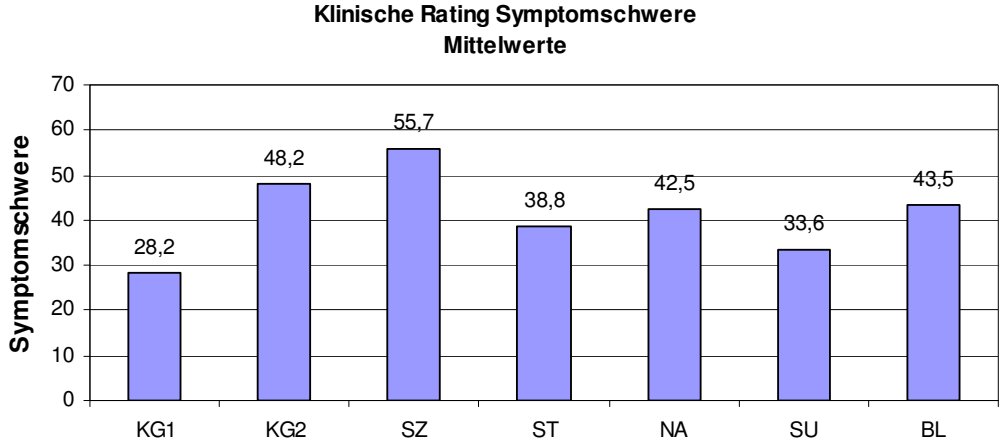
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Kontrollgruppen sich hinsichtlich der Symptomschwere unterscheiden, jedoch nicht hinsichtlich der Art der Symptomstörungen.

1.3 GRUPPENUNTERSCHIEDE IN DER SYMPTOMSCHWERE

1.3.1 Gruppenunterschiede in der Symptomschwere nach klinischer Beurteilung

In diesem Abschnitt werden alle Gruppen des Qualitativen Modells hinsichtlich der Symptomschwere verglichen. Wie in Abb. 3 erkennbar, zeigt die Gruppe mit diagnostizierter *schizoider Persönlichkeitsstörung (SZ)* die höchste Symptomschwere, gefolgt von der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2). Die Persönlichkeitsstörungsgruppe mit der zweiten höchsten Symptomschwere ist die *Borderline-Gruppe (BL).* An der dritten Stelle findet sich die *Narzisstischen-Gruppe (NA)*. Innerhalb der Gruppe mit Persönlichkeitsstörung zeigen sich die niedrigsten Mittelwerte in Symptomschwere in der *selbstunsicheren Gruppe (SU)*. Auch die *schizotypische Gruppe (ST)* zeigt niedrige Mittelwerte. Die Kontrollgruppe 1 hatte erwartungsgemäß innerhalb der gesamten Gruppe die niedrigste Symptomschwere.

Abb. 3. Symptomschwere nach klinischer Beurteilung in der Persönlichkeitsstörungsgruppen



Um die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Symptomschwere zu analysieren, wurde eine *univariate Varianzanalyse* mit dem Faktor Gruppe (SZ, ST, NA, SU, BL, KG1, KG2) und der abhängigen Variable Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) gerechnet. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekte für den Faktor Gruppe ($F(6) = 4.62$, $p<.001$).

Ferner wurden *unabhängige t-Tests* berechnet, um die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Symptomschwere genauer zu analysieren. Dabei war der Vergleich zwischen jeder Gruppe mit Persönlichkeitsstörung und der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) hinsichtlich der Symptomschwere von besonderem Interesse. Wichtig war, dass KG2 sich nicht hinsichtlich der Symptomschwere von den Persönlichkeitsstörungen unterschied.

Die unabhängigen t-Tests (Tabelle 1.3.1) zeigen, dass die Gruppen mit diagnostizierter schizoider, narzisstischer und Borderline-Persönlichkeitsstörung sich nicht signifikant hinsichtlich der Symptomschwere von der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) unterscheiden. Im

Gegenteil zeigen die selbstunsichere und schizotypische Gruppe sogar signifikant niedrigere Symptomschwere (bei der SZ marginal signifikant) im Vergleich zu dieser Kontrollgruppe.

Nach diesen Ergebnissen lässt sich sagen, dass es gelungen ist, eine Kontrollgruppe mit gleicher Symptomschwere wie die Gruppen mit schizoider, narzisstischer und Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu bilden. Unterschiede zwischen diesen Persönlichkeitsstörungen und der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) sind daher nicht auf Unterschiede in der Symptomschwere zurückzuführen.

Im Gegensatz dazu war es nicht möglich, eine Kontrollgruppe gleicher Symptomschwere wie in dem Gruppen mit selbstunsicheren und schizotypischen Persönlichkeitsstörung zu bilden. Diese Gruppen zeigten signifikant niedrigere Werte in Symptomschwere im Vergleich zu der Kontrollgruppe hoher Symptomschwere (KG2). Dennoch können eventuelle Defizite gegenüber der KG2 in diesen Gruppen (SU und SZ) nicht auf die Symptomschwere zurückgeführt werden, da diese in der Gruppe mit Persönlichkeitsstörung sogar signifikant niedriger ist.

Tab. 1.3.1: Mittelwertsvergleiche der Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) zwischen der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) und jeder einzelnen Gruppe mit Persönlichkeitsstörung.

			T-Test für die Mittelwertvergleich	
Gruppen	**Mittelwert**	**Standarab Weichung**	**T**	**Sig. (2-seitig)**
KG2 SZ	48,18 55,71	10,79 19,88	-1,05	,310 *ns*
KG2 ST	48,18 38,75	10,79 14,08	1,87	,073 +
KG2 NA	48,18 42,50	10,79 17,53	,88	,393 *ns*
KG2 SU	48,18 33,64	10,79 11,20	3,10	,006 **
KG2 BL	48,18 43,16	10,79 11,07	1,053	,304 *ns*

Tab. 1.3.2: Mittelwertsvergleiche der Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) zwischen der Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere (KG1) und jeder einzelner Gruppe mit Persönlichkeitsstörung.

			T-Test für die Mittelwertvergleich	
Gruppen	**Mittelwert**	**Standardab-weichung**	**T**	**Sig. (2-seitig)**
KG1 SZ	28,18 55,71	6,030 19,88	- 4,36	,000***
KG1 ST	28,18 38,75	6,030 14,08	- 2,33	,028 *
KG1 NA	28,18 42,50	6,030 17,53	- 2,53	,021 *
KG1 SU	28,18 33,64	6,030 11,20	- 1,42	,170 *ns*
KG1 BL	28,18 43,16	6,030 11,07	- 4,09	,000 ***

Weitere Analyse zum Vergleich zwischen jeder Gruppe mit Persönlichkeitsstörung und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und geringer Symptomschwere (KG1) wurden berechnet. Die Ergebnisse (Tabelle 1.3.2) zeigen, dass diese Kontrollgruppe signifikant niedriger

Symptomschwere im Vergleich zu allen Persönlichkeitsstörungsgruppen hatte, außer der Gruppe mit klinisch diagnostizierter selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. Diese letzte Gruppe zeigt kein signifikanter Unterschied im Vergleich zur der Kontrollgruppe 1. Die Unterschiede zwischen der KG1 und den anderen Persönlichkeitsstörungen waren hoch signifikant für die schizoide und die Borderline-Gruppen.

1.3.2 Gruppenunterschiede in Symptomschwere nach den Testergebnissen

Um alle Gruppen des Qualitativen Modells hinsichtlich der Symptomschwere nach den Ergebnissen in den Fragebögen (SCL-90 und BES-K) zu verglichen, wurden *multivariate Varianzanalysen* mit dem Faktor Gruppe (SZ, ST, NA, SU, BL, KG1, KG2) und allen Variablen der erwähnten Fragebogen gerechnet. Im Bezug auf der SCL-90 zeigte sich ein marginal signifikanter Haupteffekte für den Faktor Gruppe in der *Skala Ängstlichkeit* (SCL-05) ($F(6) = 2.17$, $p<.010$). Entsprechende Analyse mit den Skalen des BES-K ergaben keine signifikanten Effekte. Ferner wurden *unabhängigen t-Tests* berechnet, um die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Skalen des SCL-90 genauer zu analysieren.

1.3.2.1 Symptomschecklist (SCL-90)

Die Mittelwerte in den Skalen des SCL-90 für alle Gruppen sind in Tabelle 1.3.3 wiedergegeben.

Vergleich zwischen der KG1 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe: Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungs-Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Skalen des SCL-90 mit der KG1.

Vergleich zwischen der KG2 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe: Bezüglich das Mittelwertsvergleich mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und höher Symptomausprägung (KG2) ergaben die Analysen folgende Ergebnisse:

- Die Gruppe mit diagnostizierter **schizoider Persönlichkeitsstörung (SZ**) hat marginal signifikant niedrige Werte in der Skala Ängstlichkeit (SCL-05) ($t(16) = -2.94$, $p<.10$) und in der Skala Paranoides Denken (SCL-08) ($t(16) = -1.92$, $p<.10$) im Vergleich zu der KG2.

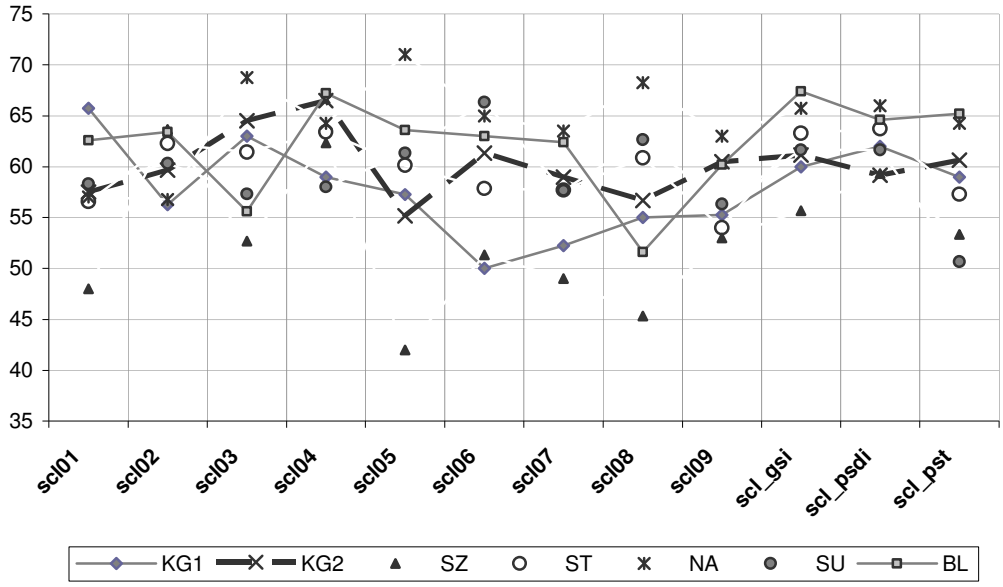
- Die Gruppe mit diagnostizierten **narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NA)** hat signifikant höhere Werte in der Skala Ängstlichkeit (SCL-05) ($t(17) = 2.24$, $p<.05$) und marginal signifikant höhere Werte in der Skala Paranoides Denken (SCL-08) ($t(17) = 2.04$, $p<.10$) im Vergleich zur der KG2.

- Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe 2 und folgende Persönlichkeitsstörungsgruppen: die Schizotypische, die Selbstunsichere und die Borderline-Gruppe.

Tab. 1.3.3: Mittelwerte in SCL-90 in alle Gruppen des Qualitativen Modells

	scl01	scl02	scl03	scl04	scl05	scl06	scl07	Scl08	scl09	GSI	PSDI	PST
KG1	65,75	56,25	63,00	59,00	57,25	50,00	52,25	55,00	55,25	60,00	62,00	59,00
KG2	57,50	59,67	64,50	66,50	55,17	61,33	59,00	56,67	60,50	61,17	59,17	60,67
SZ	48,00	63,67	52,67	62,33	42,00	51,33	49,00	45,33	53,00	55,67	59,33	53,33
ST	56,57	62,29	61,43	63,43	60,14	57,86	57,71	60,88	54,00	63,29	63,71	57,29
NA	57,00	56,75	68,75	64,25	71,00	65,00	63,50	68,25	63,00	65,75	66,00	64,25
SU	58,33	60,33	57,33	58,00	61,33	66,33	57,67	62,67	56,33	61,67	61,67	50,67
BL	62,60	63,40	55,60	67,20	63,60	63,00	62,40	51,60	60,20	67,40	64,60	65,20

Abb. 4. Mittelwerte in SCL-90 für alle Gruppe des Qualitativen Modells



1.3.2.2 Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung (BES-K)

Die Mittelwerte in den Skalen des BES-K für alle Gruppen sind in Tabelle 1.3.4 wiedergegeben. Ein Überblick über die Mittelwerte aller Gruppen in der Skala Symptomausprägung, legt nahe, dass diese nicht besonders hoch waren. Unabhängigen t-Tests wurden berechnet, um die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Skala Symptomausprägung des BES-K genauer zu analysieren.

Die KG1 unterscheidet sich nicht signifikant in der Skala Symptomausprägung mit den anderen Gruppen mit diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Analoges lässt sich sagen für die KG2 (Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere). Ferner zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Skala Symptomausprägung innerhalb den verschiedenen Gruppen mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung.

Tab. 1.3.4: Mittelwerte in BES-K in alle Gruppen des Qualitativen Modells

	Symptom-ausprägung	Negative Emotionalität	Aktivität /Impulsivität	Beziehungs-zufriedenheit	Körperliche Beschwerden	Zwanghaftigkeit
KG1	54,00	50,55	56,82	44,00	58,18	41,18
KG2	52,64	51,91	59,09	45,55	54,27	41,36
SZ	53,57	50,57	56,57	45,29	50,14	39,57
ST	53,47	54,65	62,06	45,76	52,18	42,65
NA	53,75	54,25	61,50	45,00	53,50	43,75
SU	51,15	49,92	60,31	47,77	52,00	43,15
BL	55,23	56,69	53,54	41,54	56,92	44,15

1.3.3 ZUSAMMENFASSUNG

Die bereits berichteten Ergebnisse hinsichtlich der *Symptomschwere nach klinischer Beurteilung* lassen sich so zusammenfassen:

- Die Kontrollgruppen unterscheiden sich signifikant in der Symptomschwere.
- Die Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) unterscheidet sich nicht in der Symptomschwere von der schizoiden, der narzisstischen und der Borderline-Gruppen.
- Die Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) und die Gruppen mit selbstunsicheren und schizotypischen Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich signifikant: diese beide Persönlichkeitsstörungsgruppen haben signifikant niedrigere Werte in der Symptomschwere.
- Die Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere (KG1) zeigt eine signifikant niedriger Symptomschwere im Vergleich zu allen Gruppen, mit Ausnahme der selbstunsicheren Gruppe.
- Die Patienten der selbstunsicheren Gruppe zeigen signifikant niedrigere Symptomschwere als die Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) und keine signifikanten Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere (KG1).
- Innerhalb der Gruppe mit Persönlichkeitsstörung zeigt die selbstunsichere Gruppe die niedrigste Symptomschwere, gefolgt von der schizotypischen Gruppe. Die schizoide und die Borderline-Gruppen haben die höchste Symptomschwere.

Die bereits berichteten Ergebnisse hinsichtlich der *Symptomschwere nach den Testergebnissen* lassen sich so zusammenfassen:

- Die KG1 unterscheidet sich nicht signifikant in der Skala Symptomausprägung mit den anderen Gruppen mit diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Analoges lässt sich sagen für die KG2 (Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere). Ferner zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Skala Symptomausprägung innerhalb den verschiedenen Gruppen mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung.

1.4 KOMORBIDITÄT INNERHALB DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGSGRUPPEN

Da in der vorliegenden Studie nur für einen Teil der Fälle eine zweite oder dritte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, wurden diese Diagnosen nicht berücksichtigt. Die Psychiater und Psychotherapeuten haben für einen großen Teil der Fälle nur eine DSM-IV-Achse-II-Diagnose für die Patienten gestellt. Im klinischen Alltag passiert es i.U. zur wissenschaftlichen Untersuchung häufig, dass nur die wichtigste Persönlichkeitsstörung berücksichtigt wird. Selbstverständlich ergibt sich aus dieser fehlenden Berücksichtigung der innere Komorbidität eine Einschränkung für die vorliegende Arbeit. In der Studie wird wiederholt über die hohe „innere Komorbidität“ zwischen einzelnen Persönlichkeitsstörungen berichtet. So zeigt z.B. eine von Widiger und Mitarbeitern durchgeführte Metaanalysis mehrer Studien, dass beispielsweise die paranoide, die narzisstische und die Borderline-Persönlichkeitsstörungen nur in weniger als 10% der Fälle allein, d.h. ohne die zusätzliche Diagnose einer anderen Persönlichkeitsstörung, vorgefunden werden (Fydrich et al., 1996a). Besonders hoch zeigt sich bei einigen Studien die „innere Komorbidität“ der Diagnosen innerhalb der Gruppe C des DSM-IV (Fydrich et al., 1996a).

Obwohl die „innere Komorbidität“ innerhalb der Persönlichkeitsstörungsgruppen nicht betrachtet wurde, ist es wichtig, die für die Persönlichkeitsstörungsgruppen der Analysen kurz über die Differentialdiagnostik sprechen.

Unabhängig von der Komorbidität einzelner dieser 5 Persönlichkeitsstörungen mit anderen Persönlichkeitsstörungen die in dieser Stichprobe nicht diagnostiziert wurden, muss man berücksichtigen, dass schon eine Differentialdiagnostik innerhalb dieser Persönlichkeitsstörungsgruppen schwer ist. So z.B. ist bei Patienten mit einer *Borderline-Störung* die Komorbidität mit „Ängstlich-Vermeidender Persönlichkeitsstörung“ hoch (40%). Fiedler (1998) berichtet eine hohe Komorbidität mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (45%).

Die ***Borderline-Störung*** hat mit der ***narzisstischen Persönlichkeitsstörung*** konzeptuelle Gemeinsamkeiten und deshalb ist der NA-Störung häufig mit der BL-Störung gleichzeitig festgestellt worden (vgl. Ronningstam & Gunderson, 1991). Zur phänomenologischen Abgrenzung zwischen den beiden Störungen findet sich der Hinweis, dass Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung gewöhnlich eine stabil ausgebildete Persönlichkeitsstruktur haben und im Unterschied zu den BL-Patienten weniger impulsiv und emotional sind.

Aus *funktionsanalytischer Sichtweise* unterscheiden sich beide Störungen in folgenden Aspekten: 1. die BL-Störung ist i.U zu der NA-Störung als temperamentsbedingt eingeordnet und 2. die BL-Störung ist durch eine erhöhte Erregbarkeit gekennzeichnet, die die starke Selbsthemmung bei dieser Störung erklärt. Im Gegenteil dazu ist die NA-Störung durch eine niedrige Belohnungssensibilität gekennzeichnet [A(-)], was zu eine starken Selbstzentrierung (-"Fixierung") führt und die Aufnahme neuer, selbstinkongruenter Erfahrungen erschwert oder gar verhindert, so dass durch fehlende Selbst-Entwicklung tatsächlich das Selbst auf einer Stufe "fixiert" wird.

Entgegen weit verbreiteter Meinung ist die Komorbidität der BL-Gruppe mit schizoiden bzw. schizotypischen Störungen eher gering ausgeprägt (Nurnberg et al., 1993). Mit Einführung der operationalisierten Diagnostik konnte die Borderline-Störung gegenüber Erkrankungen aus dem schizophrenen oder affektiven Spektrum relativ klar abgegrenzt werden (Fiedler, 1998).

Die Komorbidität hinsichtlich anderer Persönlichkeitsstörungen ist bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ausgesprochen hoch. Im Vordergrund stehen dabei die „Dependente Persönlichkeitsstörung“ (50%), „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ (25%), „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ (ca.40%), „Antisoziale Persönlichkeitsstörungen“ (25%) sowie „Histrionische Persönlichkeitsstörung“ (15%) (Bohus, 2002). Deutliche Geschlechterunterschiede zeigen sich vor allem bei der komorbiden paranoiden Persönlichkeitsstörung (signifikant häufiger bei Männern) (Zaranini et al., 1998).

Ferner ist auf einer phänomenologischen Ebene eine Abgrenzung zwischen der ***SU- und SZ-Gruppe*** schwierig. Erst mit der Neusetzung der Persönlichkeitsstörungen im DSM-III wurde die SU- von der SZ-Persönlichkeitsstörung abgegrenzt. Obwohl die Betroffenen mit SZ- und SU-Störungen zurückgezogen erscheinen, kann zwischen ihnen eine Unterscheidung getroffen werden, da sich Menschen mit einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung zwischenmenschliche Beziehungen wünschen, sie aber Angst vor Kritik und Ablehnung meiden. Im Gegensatz zu der SZ-Gruppe basiert in der SU-Gruppe Absonderung auf dem sozialen Umfeld, bei ängstlich-vermeidenden Personen auf sensitiven Defiziten, kann aber bei SZ als aktive, selbstprotektive Handlung gesehen werden. Selbstunsichere Personen sehnen sich ausgesprochen intensiv nach sozialer Akzeptanz und fühlen ihre Isolation, während schizoide Patienten sozialen Beziehungen weitgehend indifferent und uninteressiert gegenüberstehen. Weiterhin ist eine Abgrenzung zwischen ***selbstunsicherer und dependenter Persönlichkeitsstörung*** schwierig. Patienten mit dependenter Persönlichkeitsstörung leiden wie Selbstunsichere an negativem Selbstwertgefühl. Im Gegensatz zu letzteren, die auf Unsicherheit mit Distanz und Rückzug reagieren, verstärken dependente Patienten ihre submissiven Verhaltensmuster, so wie sie Zurückweisung oder Ablehnung spüren, um die Beziehung unter allen Umständen, auch um den Preis der Selbsterniedrigung, zu retten.

Die Diagnose der ***schizotypischen Persönlichkeitsstörung*** ist wahrscheinlich eine der verwirrendsten unter den Achse-II-Diagnose (Beck and Fremann, 1993). Die schizotypische Störung charakterisiert sich durch ein höheres Maß an "Verschrobenheit", an ungewöhnlichem Verhalten und vor allem schwer nachvollziehbaren, magischen Denkinhalten. Eine *Differentialdiagnostik mit der SU-Gruppe und der SZ-Persönlichkeitsstörung* sollte erstellt werden. Die bizarren Denk- und Sprachmuster, wie sie für schizotypische Persönlichkeitsstörung charakteristisch sind, finden sich bei selbstunsicheren Patienten nicht. Die SZ- und ST-Störungen ähneln sich hinsichtlich der einhergehenden isolierter Lebensweise und des eingeschränkten Affekts. Die schizotypische Person hingegen weist exzentrische Sprache und Verhaltensweise sowie eigenartige Kognitionen auf. Des Weiteren ist der für schizotypische Menschen charakteristische isolierte Lebensstil häufig auf soziale

Ängstlichkeit und inadäquates Verhalten zurückzuführen, während er bei schizoiden Personen als die Folge mangelnder Bedürfnisse gesehen wird.

Die soziale Zurückhaltung, die mit dem ahnungsvollen Stil und der schizotypischen Vorstellung verbunden wird, wird aus funktionsanalytischer Sicht auf andere Ursachen zurückgeführt als die soziale Zurückhaltung schizoider oder selbstunsicherer Menschen:

> *„Sie beruht nicht auf einem gedämpften Bedürfnis nach mitmenschlicher Nähe (schizoid) oder auf einer Furcht vor Zurückweisung und Kritik (selbstunsicherer), sondern auf der geringen („top-down“) Modulationen eigener Affekte durch den wahrgenommenen sozialen Kontext (vermittelt durch das ganzheitliche Fühlen), d.h. auf der Tatsache, dass die eigene Gefühlswelt oft so wenig Gemeinsamkeiten mit den Gefühlen anderer Menschen hat, dass der Umgang mit ihnen erschwert ist. Die geringe Beteiligung sozialen Kontextwissens (das die Beteiligung der Fühlfunktion erfordern würde) trägt auch deshalb zu dem Eindruck eines ungewöhnlichen oder gar bizarren sozialen Verhaltens bei, weil sie paradoxerweise mit einem besonders intensiven „Wir-Gefühl“ einhergeht, das in der psychoanalytischen Literatur mit der „Verschmelzung der Ich-Du Grenzen“ beschrieben wird. In der PSI-Theorie wird dieses Merkmal mit Umstand erklärt, dass die Überaktivierung intuitiver Verhaltensroutinen auch phylogenetisch alte Programme dominieren lässt, welche ganz auf das Erleben gemeinsamer Gefühle („Emotionsansteckung“), die Nachahmung des Verhaltens des Interaktionspartners und damit auf das Aufgeben in der Gemeinschaft ausgerichtet sind (vgl. z.B. die intuitiven Eltern-Programme bei Papousek & Papousek, 1987“*
>
> (Kuhl & Kazén, 1997, S.66)

Wir wollen es bei diesen Erläuterungen zur Komorbiditätsfrage belassen, um in der umfassenden Diskussion am Ende der Arbeit darauf zurückzukommen.

1.5 ÜBEREINSTIMMUNG VON KLINISCHER DIAGNOSE UND PSSI-K SKALEN

Um die Übereinstimmung der klinischen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (qualitatives Modell) mit den PSSI-Ergebnissen (quantitatives Modell) zu überprüfen, wurden unterschiedliche Analysen, die im Folgenden dargestellt werden, berechnet.

1.5.1 Chi-Quadrat

Um zu überprüfen wie gut die klinische Diagnose der Persönlichkeitsstörung mit der Ausprägung der entsprechenden Skala im PSSI-K übereinstimmt, wurden Chi-Quadrat Tests berechnet. Dazu wurde untersucht, ob in der Gruppe mit einer klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörung die entsprechende Skala im PSSI-K häufiger als eine der drei höchsten Subskalen vertreten ist als in der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungen.

In der Skala *„spontan/borderline“* war die Übereinstimmung von klinischem Urteil und PSSI-K hoch signifikant, $\chi^2 = 11.12$, $p < .001$. Während in der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungen nur in 4 von 22 Fällen die PSSI-K Skala „spontan/borderline“ als eine der drei höchsten Kennwerten vertreten war, war in der Gruppe mit klinisch diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung in 7 von 13 Fällen (erwartete Häufigkeit 2.4) die PSSI-K Skala „spontan/borderline“ als eine der drei höchsten Skalenwerten vertreten.

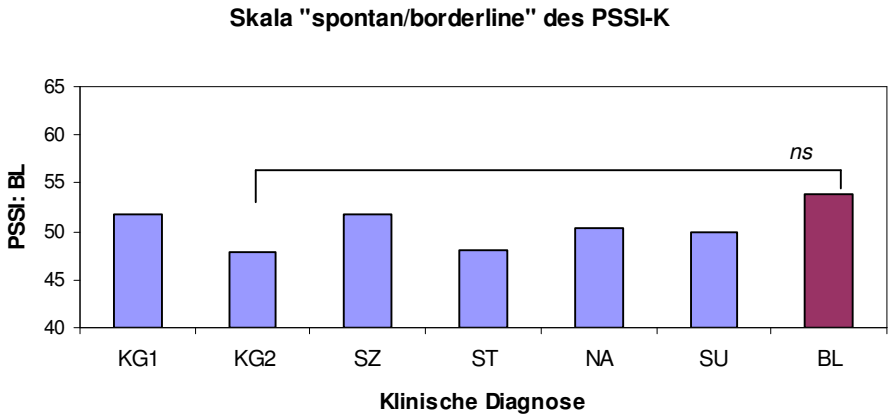
In der Skala *„zurückhaltend/schizoid“* war die Übereinstimmung von klinischem Urteil und PSSI-K marginal signifikant, $\chi^2 = 2.70$, $p<.10$. Während in der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungen in 9 von 22 Fällen die PSSI Skala „zurückhaltend/schizoid“ als eine der drei höchsten Kennwerten vertreten war, war in der Gruppe mit klinisch diagnostizierter schizoider Persönlichkeitsstörung in 5 von 7 Fällen (erwartete Häufigkeit 2.9) die PSSI-K Skala „zurückhaltend/schizoid“ als eine der drei höchsten Skalenwerten vertreten.

In den Skalen *„selbstkritisch/selbstunsicher“*, *„ahnungsvoll/schizotypisch“* und *„ehrgeizig/narzisstisch“* war die Übereinstimmung zwischen klinischen Urteil und PSSI-K nicht signifikant.

1.5.2 Deskriptiv

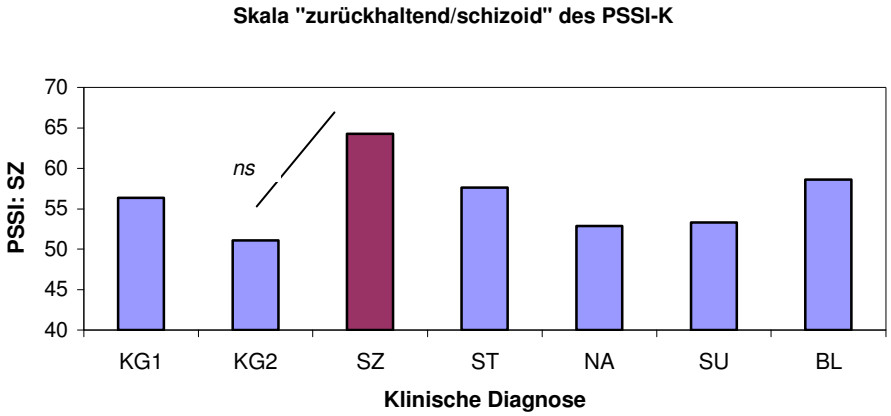
Rein deskriptiv waren jedoch in 4 der 5 diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen die entsprechenden PSSI-K Skalen am höchsten ausgeprägt. Bei der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung war das nicht der Fall. So waren z.B. in der Gruppe mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung die Werte in der PSSI-K Skala „spontan/borderline“ rein nominal höher als in den anderen Persönlichkeitsstörungen Gruppen und den Kontrollgruppen. Unabhängige t-Tests wurden berechnet, sie ergaben keinen signifikanten Unterschied.

Abb. 5.



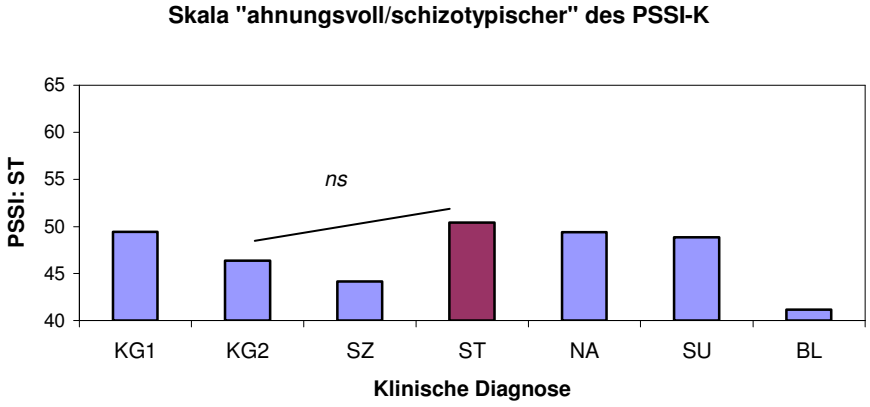
In der Gruppe mit diagnostizierter schizoider Persönlichkeitsstörung waren die Werte der PSSI-K-Skala „zurückhaltend/schizoide“ rein nominal höher als in den anderen Persönlichkeitsstörungen Gruppen und den Kontrollgruppen. Die berechneten t-Tests waren jedoch nicht signifikant.

Abb. 6.



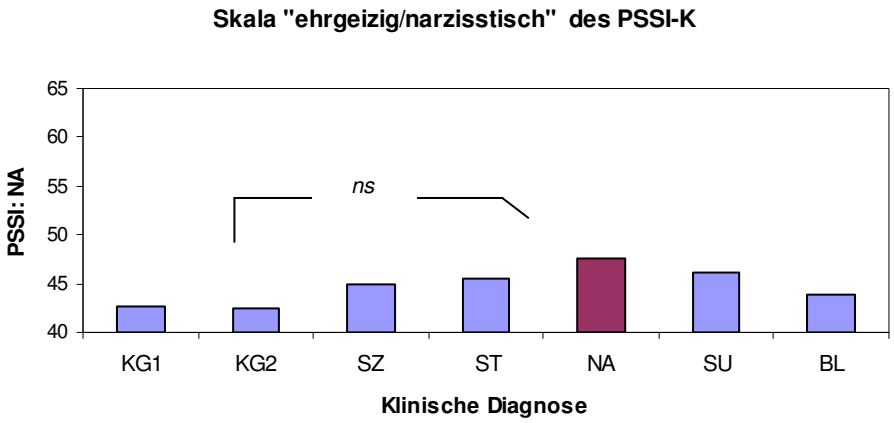
In der Gruppe mit diagnostizierter schizotypische Persönlichkeitsstörung waren die Werte in der PSSI-K Skala „ahnungsvoll/schizotypisch“ rein nominal höher als in den anderen Persönlichkeitsstörungen Gruppen und den Kontrollgruppen Die berechneten t-Tests waren jedoch nicht signifikant.

Abb. 7.



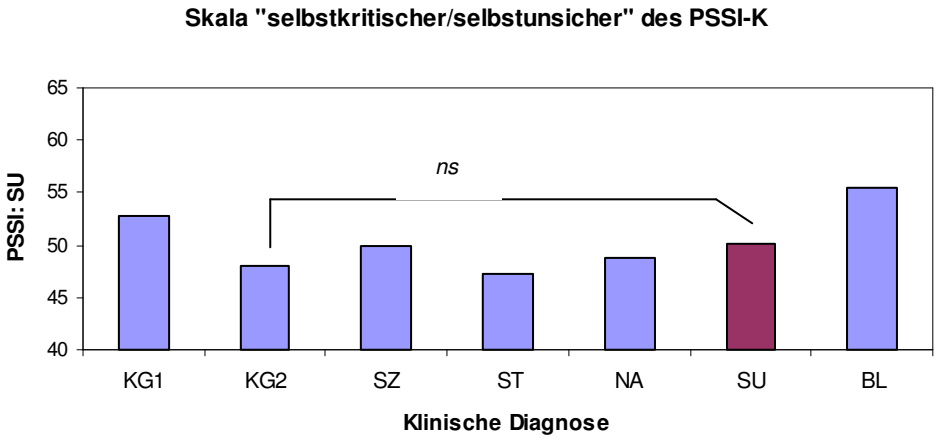
In der Gruppe mit diagnostizierter narzisstischer Persönlichkeitsstörung waren die Werte in der PSSI-K Skala „ehrgeizig/narzisstisch“ rein nominal höher als in den anderen Persönlichkeitsstörungen Gruppen und den Kontrollgruppen Die berechneten t-Tests waren jedoch nicht signifikant.

Abb. 8.



In der Gruppe mit diagnostizierter selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung war nicht der Skala selbstkritisch/selbstunsicher die höchste, sondern die PSSI-K Skala „spontan/borderline“. Diese letzte Skala war rein nominal höher als in den anderen Persönlichkeitsstörungen Gruppen und den Kontrollgruppen Die berechneten t-Tests waren jedoch nicht signifikant.

Abb. 9.



1.5.3 Mittelwertvergleich

Als weitere Möglichkeit zur Überprüfung der Übereinstimmung zwischen klinischem Urteil und PSSI-K wurden die Mittelwerte der PSSI-K Skalen zwischen den klinischen Gruppen verglichen. Darüber hinaus wurden *unabhängige t-Tests* für alle Gruppen hinsichtlich der PSSI-Skalen berechnet. In Tabelle 1.5.1 sind die Mittelwerte der PSSI-K-Skalen für alle Gruppen wiedergegeben.

Vergleich zwischen den Kontrollgruppen: Die Ergebnisse ergaben keine signifikanten Unterschiede.

Vergleich zwischen KG2 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe: Bezüglich des Vergleichs jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und gleicher Symptomschwere (KG2) ergaben die unabhängigen t-Tests folgende Unterschiede:

- die *NA-Gruppe* hat signifikant höhere Werte in der Skala „kritisch/negativistisch“ ($t(17) = 2.76$, $p<.05$),
- die *BL- Gruppe* hat signifikante höhere Werte in den Skalen „eigenwilliger/paranoid“ ($t(22) = 2.25$, $p<.05$) und „still/depressiv“ ($t(22) = 2.70$, $p<.05$) und signifikant niedrigere Werte in den Skalen „sorgfältig/ahnungsvoll“ ($t(22) = -2.19$, $p<.05$) und „liebenswürdig/histrionisch“ ($t(22) = -2.14$, $p<.05$)

Vergleiche zwischen KG1 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe: Die schizoide, die narzisstische, die selbstunsichere und die Borderline-Gruppe zeigen signifikant höhere Werte in der der Skala „selbstbestimmt/antisozial“ im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomausprägung (KG1).

Bei der Interpretation dieser Unterschiede muss berücksichtigt werden, dass die KG1 sehr niedrige Mittelwerte in dieser Skala („selbstbestimmt/antisozial“) hatte (unter einer Standarabweichung). Weiterhin waren die Mittelwerte in dieser Skala in der schizoiden, der narzisstischen, der selbstunsicheren und der Borderline-Gruppe auch unter den Normwerten.

Ferner zeigte die Borderline-Gruppe signifikant niedrigere Mittelwerte in der Skala „sorgfältig/zwanghaft“ und in der Skala „ahnungsvoll/schizotypisch“ im Vergleich zu dieser Kontrollgruppe. Die Mittelwerte bei diesen Skalen waren bei der KG1 im normalen Bereich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen und den Kontrollgruppen ohne Persönlichkeitsstörungen in den entsprechenden PSSI-K Skalen zeigten.

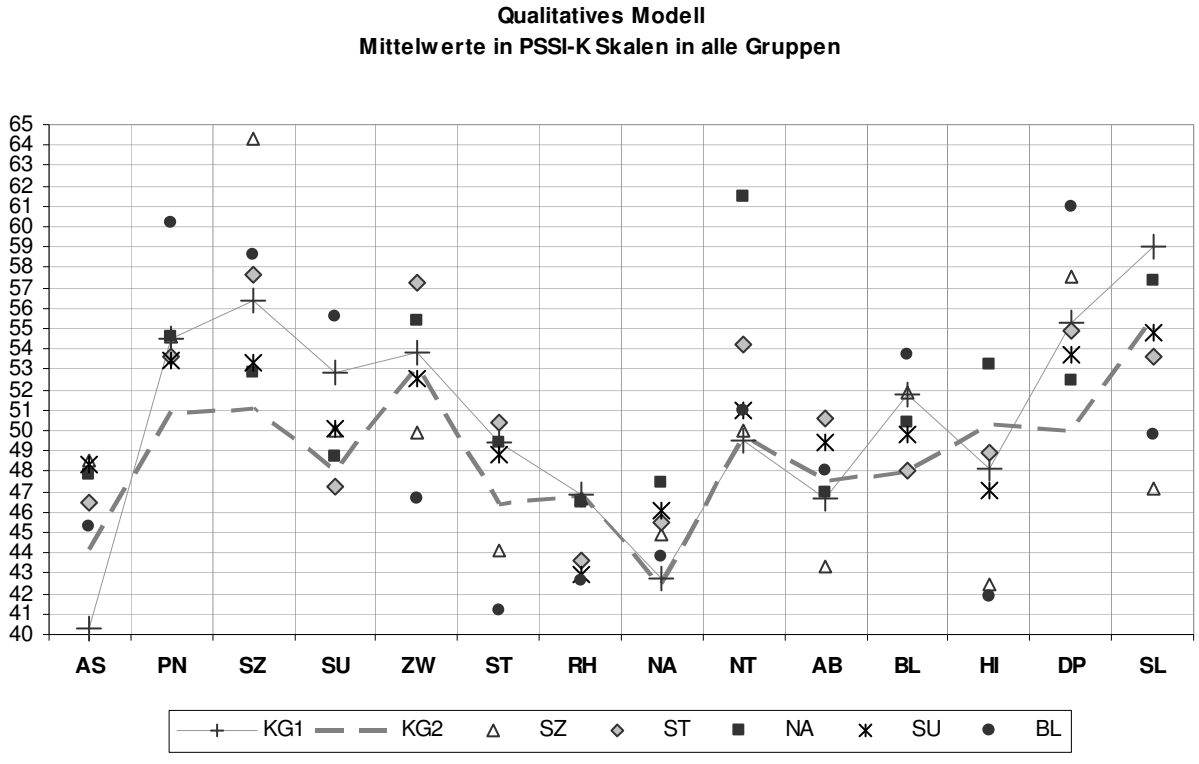
In unabhängigen t-Tests zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen und den Kontrollgruppen ohne Persönlichkeitsstörungen in den entsprechenden PSSI-K Skalen. So unterschieden sich z.B. KG2 und Borderline-Gruppe nicht signifikant hinsichtlich der Ausprägung der „spontan/borderline“ Skala.

Tab. 1.5.1: Mittelwerte der PSSI-Skalen für alle Gruppen des Qualitativen Modells.

	Klinische Diagnose						
PSSI –Skalen	**KG1**	**KG2**	**SZ**	**ST**	**NA**	**SU**	**BL**
AS	40,27	44,09	48,57	46,47	47,88	48,31	45,31
PN	54,55	50,91	54,47	53,65	54,63	53,46	60,15
SZ	56,36	51,09	64,29	57,65	52,88	53,31	58,62
SU	52,82	48,00	50,00	47,24	48,75	50,08	55,54
ZW	53,82	53,00	49,86	57,24	55,38	54,24	46,69
ST	49,45	46,36	44,14	50,41	49,38	48,85	41,15
RH	48,42	46,91	46,71	43,59	46,50	42,92	42,69
NA	42,73	42,36	44,86	45,47	47,50	46,08	43,85
NT	49,55	49,73	50,00	54,18	61,50	51,00	51,00
AB	46,64	47,55	43,29	50,59	47,00	49,46	48,00
BL	51,73	47,91	51,86	48,00	50,38	49,85	53,77
HI	48,18	50,27	42,43	48,88	53,25	47,08	41,85
DP	55,27	50,00	57,27	59,94	52,50	53,77	61,00
SL	59,00	55,55	47,14	53,65	57,38	54,77	49,85

Abkürzungen für die Persönlichkeitsskalen (PSSI-K):
AS (selbstbestimmt/antisozial); PN (eigenwillig/paranoid); SZ (zurückhaltend/schizoid); SU (selbstkritisch/selbstunsicher); ZW (sorgfältig/zwanghaft); ST (ahnungsvoll/schizotypisch); RH (optimistisch/rhapsodisch); NA (ehrgeizig/narzisstisch); NT (kritisch/negativistisch); AB (loyal/abhängig); BL (spontan/borderline); HI (liebenswürdig/histrionisch); DP (still/depressiv) und SL (hilfsbereit/selbstlos).

Abb. 10. Mittelwerte in PSSI-Skalen für alle Gruppen des Qualitatives Modell



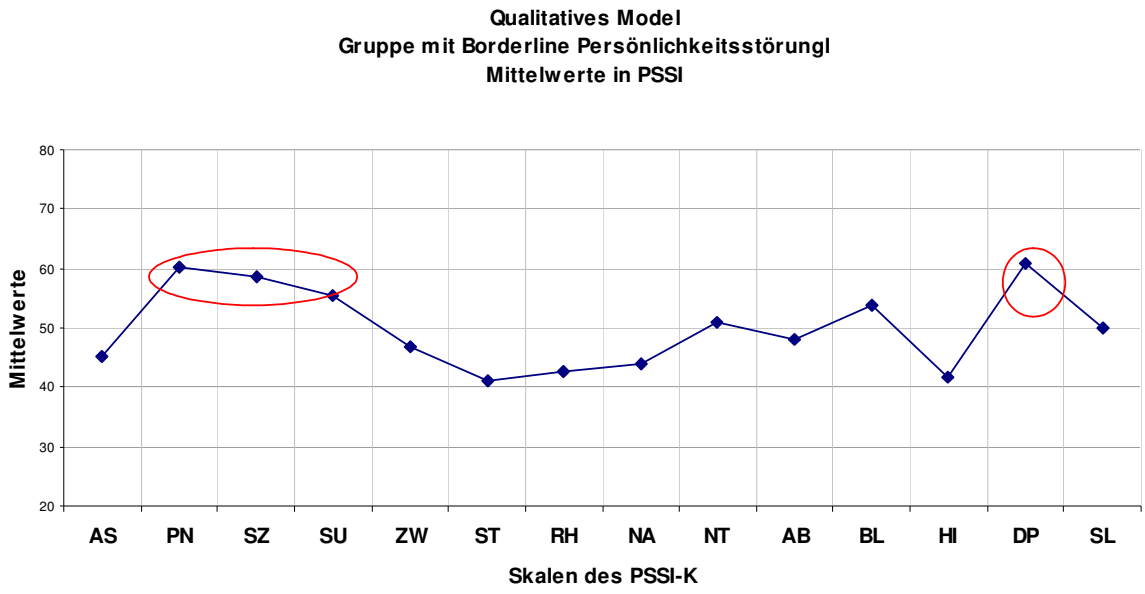
1.5.4 PSSI-Profile in allen Gruppen des Qualitativen Modells

Unabhängig von der Übereinstimmung zwischen klinischem Urteil und PSSI-K ist es interessant, das Profil jeder einzelnen Persönlichkeitsstörungsgruppe in den PSSI-K Skalen zu analysieren. Diese Analyse wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

1. Gruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die höheren Mittelwerte (Abb.11) bei der Borderline-Gruppe zeigen sich in folgenden Skalen: „eigenwilliger/paranoid“ (PN) und „still/depressiv“ (DP) (beide über eine Standarabweichung), gefolgt von den Skalen „zurückhaltend/schizoid“ (SZ) und „selbstkritisch/selbstunsicher“ (SU). Die höchsten Mittelwerte liegen bei der Skala „still/depressiv“. Die niedrigere Werte zeigen sich in den Skalen „liebenswürdig/histrionisch“ (HI), „optimistisch/rhapsodisch“ (RH), „ehrgeizig/narzisstisch“ (NA) und „ahnungsvoll/schizotypisch“ (ST) (alle unter einer Standarabweichung).

Abb. 11.



Die unabhängigen t-Tests ergaben keine signifikanten Unterschiede mit den anderen Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Skala die dieser Persönlichkeitsstörung, entsprechender Stil misst (Skala „spontan/Borderline“).

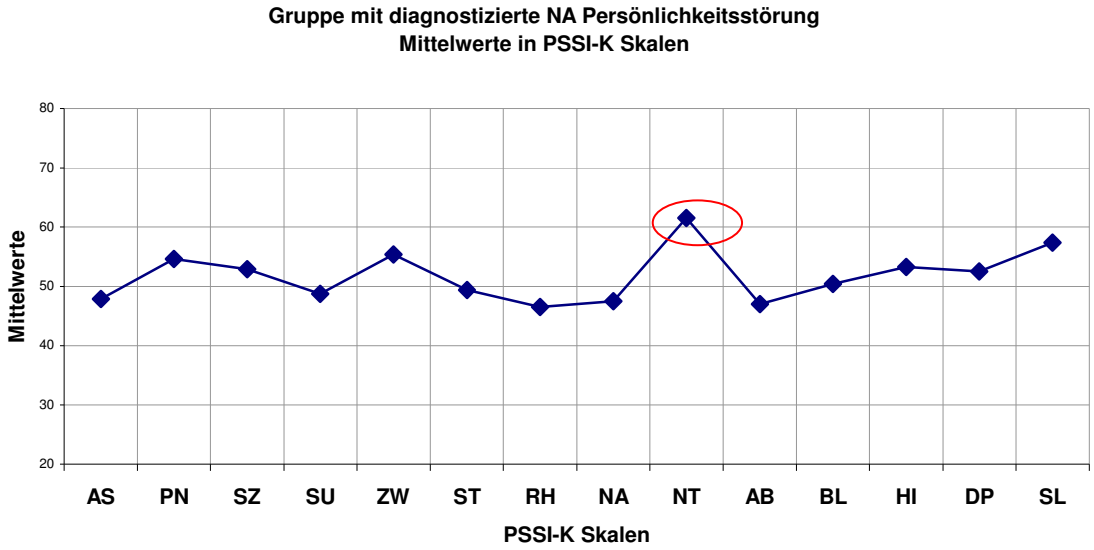
2. Gruppe mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Der höchste Mittelwert (über einer Standarabweichung) zeigt sich bei dieser Patientengruppe in der Skala „kritisch/negativistisch“ (NT), gefolgt von der Skala „ahnungsvoll/schizotypisch“ (ST). Alle anderen Skalen liegen innerhalb der Normwerte. Die unabhängigen t-Tests ergaben keine signifikanten Unterschiede mit den anderen Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Skala „ehrgeizig/narzisstisch“.

Es zeigten sich interessante Unterschiede mit den anderen Gruppen in der Skala “kritisch/negativistisch”. Die Gruppe mit diagnostizierter narzisstischer Persönlichkeitsstörung hat

signifikant höhere Werte in dieser Skala im Vergleich zu alle anderen Gruppen: KG1 (t (17) = 2.90, p<.05), KG2 (t (17) = 2.76, p<.05), BL-Gruppe (t (21) = 2.59, p<.05), SU-Gruppe (t(19) = 2.43, p<.05), SZ-Gruppe (t (13) = 2.05, p<.10) und ST-Gruppe (t(25) = 2.07, p<.10).

Abb. 12.



3. Gruppe mit schizoider Persönlichkeitsstörung

Die *höchste Mittelwerte* (über einer Standarabweichung) zeigt sich bei dieser Patientengruppe in der Skala, die der dieser Persönlichkeitsstörung entsprechende Stil misst (Skala „zurückhaltend/schizoid“ (SZ)), gefolgt von der Skala „still/depressiv“ (DP). Die *niedrigsten Mittelwerte* zeigen sich bei den Skalen „liebenswürdig/histrionisch“ (HI) und „loyal/abhängig“ (AB). Die unabhängigen t-Tests ergaben keine signifikanten Unterschiede mit den anderen Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Skala „zurückhaltend/schizoid“.

4. Gruppe mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung

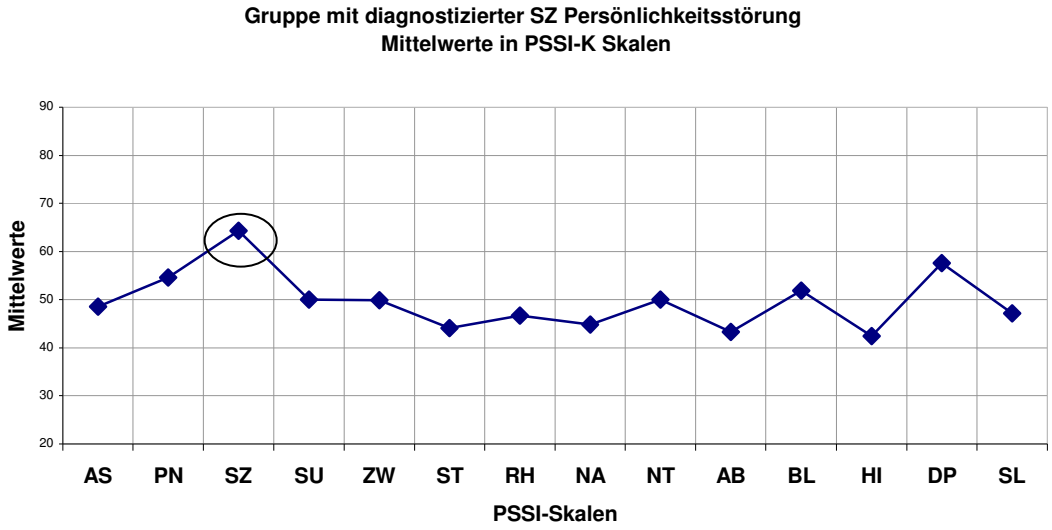
Die *höchsten Mittelwerte* zeigt sich bei dieser Patientengruppe in den Skalen „zurückhaltend/schizoid“ (SZ) und „sorgfältig/zwanghaft“ (ZW), während die niedrigste in der Skala „liebenswürdig/histrionisch“ (RH) lag. Die unabhängigen t-Tests ergaben ein signifikanter Unterschied in der Skala „ahnungsvoll/schizotypisch“ mit der BL-Gruppe: Die BL-Gruppe hatte signifikant niedrige Werte in dieser Skala in Vergleich mit der ST-Gruppe.

5. Gruppe mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung

Die meisten Mittelwerte liegen innerhalb der Normwerte. Die höchsten Mittelwerte zeigten sich bei der Skala „hilfsbereit/selbstlos“, gefolgt von den Skalen „still/depressiv“ (DP), „eigenwillig/paranoid“ (PN) und „zurückhaltend/schizoid“ (SZ). Der *niedrigste Mittelwert* liegt in dieser Patientengruppe in der Skala „liebenswürdig/histrionisch“ (RH). Die unabhängigen t-Tests ergaben keine signifikanten

Unterschiede mit den anderen Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Skala die dieser Persönlichkeitsstörung, entsprechender Stil misst (Skala „selbstkritisch/selbstunsicher“ (SU)).

Abb. 13.



1.5.5 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Chi-Quadrat Tests in der Skala *„**zurückhaltend/schizoid**“* ergaben eine marginal signifikante Übereinstimmung von klinischem Urteil und PSSI-K. Weiterhin zeigten sich in der SZ-Gruppe die höchsten Mittelwerte (über einer Standarabweichung) in der Skala des PSSI, die den entsprechenden Stils misst. Jedoch unterscheidet sich die SZ-Gruppe nicht signifikant hinsichtlich der Ausprägung dieser Skala mit den Kontrollgruppen und den anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen.

Die Chi-Quadrat-Tests ergaben in der Skala *„**spontan/borderline**“* eine hoch signifikante Übereinstimmung von klinischem Urteil und PSSI-K. Jedoch unterscheidet sich die BL-Gruppe nicht signifikant hinsichtlich der Ausprägung der entsprechenden Skala mit den Kontrollgruppen und den anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen.

Für alle anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen ergaben die unterschiedlichen Analysen keine Übereinstimmung zwischen klinischen Urteil und PSSI-K. Zusammenfassend halten wir fest, dass die beiden Gruppen mit größter Übereinstimmung zwischen klinischen Urteil und PSSI-K die SZ-Gruppe gefolgt von der BL-Gruppe waren.

PSSI-Profile von diagnostizierten Störungen: Ich werde im Folgenden einiges zu den Profilen der einzelne Persönlichkeitsgruppen erläutern, wobei es nicht um die Frage nach der Übereinstimmung zwischen klinischer Diagnose und PSSI-Werten geht, sondern um die zusätzliche Information, die PSSI-Gesamtprofile über eine Patientengruppen geben können:

1. Rein deskriptiv ist die ***BL-Gruppe*** die Gruppe mit den *höchsten und niedrigsten Mittelwerten in den Skalen des PSSI-K.* Bei den anderen Gruppen liegen die meisten Mittelwerte innerhalb der Normwerte. Eine Analyse der Mittelwerte (Abb. 11) für die Borderline-Gruppe legt die

Vermutung nahe, dass es sich nicht um eine stark impulsive Borderline-Gruppe handelt, da die Mittelwerte in den Skalen liebenswürdig/histrionisch“ (HI) und „optimistisch/rhapsodisch“ (RH) sehr niedrig waren.

Basierend auf klinischer Erfahrung, Cluster- und Faktorenanalysen beschreiben Millon und Davis (1996) Subtypen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungs-Subtypen[11], die da sind: der „Impulsive“ (Mischung aus histrionischen und antisozialen Persönlichkeitseigenschaften), der „Petulant“ (Mischung mit passiv-aggressiven Persönlichkeitseigenschaften), der „Lustlose“ (Mischung mit ängstlich-vermeidenden, depressiven und abhängigen Persönlichkeitseigenschaften) und der „Selbstzerstörerische“ (Mischung mit depressiven und selbstbekämpfenden Persönlichkeitseigenschaften).

Die PSSI-Profile legen die Vermutung nahe, es könnte sich hier mehr um den "mutlosen" oder selbstzerstörerischen Subtypus von BL handeln, also Borderline mit einer Mischung aus depressiven und selbstunsicheren Eigenschaften. Dieser Subtyp wird beschrieben als „*flexibel, unterwürfig, loyal, fühlt sich vulnerabel und ständig in Gefahr, hoffnungslos, depressiv, wehrlos und impotent“* (Blockian & Jongsma, 2001, S.105). Der selbstzerstörerische Subtypus beschreibt eine Variante, die mehr mit intra-aggressiven Impulsen, Irritation und suizidaler Neigung charakterisiert ist.

Dieses PSSI-Profile kann auch ein Hinweis auf depressive Symptome (Achse I) bei dieser Gruppe sein, obwohl anhand der klinischen Kriterien (siehe Tabelle 1.2.4) die ängstliche Symptome bei dieser Gruppe überwiegen. Anhand der PSI-Theorie könnten diese PSSI-Profile sich bei der BL-Gruppe dadurch erklären, dass es eine Hemmung des positiven Affekts gab, was wiederum als Hinweis auf Depressivität interpretiert werden kann.

2. In der ***NA-Gruppe*** zeigte sich *der höchste Mittelwert (über einer Standarabweichung) in der Skala „kritisch/negativistisch“ (NT).* Personen dieser Gruppe waren sehr negativistisch. Ferner hatte die NA-Gruppe signifikant höhere Werte in dieser Skala im Vergleich zu allen anderen Gruppen (Kontroll- und Persönlichkeitsstörungsgruppen).

Diese Subtype wird von Millon als „Compensatory Narcissistic“ bezeichnet und folgendermaßen beschrieben: *„They tend to be conflicted. They have deep-seated feelings of ambivalence toward others. On one hand, they want to see themselves as being superior to others. On the other hand, they are insecure and painfully aware of their own limitations. Has underlyings feelings of inferiority and low self-estem that seeks to offset by creating illusions of superiority. This conflict may surface through mood changes: They may be compliant at times, only to become resentful and angry in other instances ant to contrite, apologetic, and overly cooperatives on still other occasions. They often make good first impresions because they can be friendly and helpful in interpersonal relationships. However, they are unlikely to accept criticism and tend to project whatever feeling of inadequancy they have, attempting to dismiss their failures as resulting from the*

[11] Eine Beschreibung dieser Subtypen findet sich in Millon und Davis (1996) und bei Blockian und Jongsma (2001)

irresponsability or incompetence of others. These individuals are bound to resent any control placed on them... They are hypersensitive to slights, criticisms, and disapproval and are prone to anger. Such people may benefit from learning how they normally operate and project negative feelings onto others." (Blockian & Jongsma, 2001, S. 224).

Diese Eigenschaften unterscheiden sich z.B. von den Eigenschaften der NA-Gruppe, die eher mit einer Mischung von *Antisozial* einhergeht ("Unprincipled narcisstic"), die häufiger in Gruppen mit Alkohol- oder Substanzmißbrauch gefunden wird (Choca & Van Denburg, 1997, S.137).

3. In der ***ST-Gruppe*** zeigte sich der höchste Mittelwert (über einer Standarabweichung) in der Skala „zurückhaltend/schizoid". Über diese Kombination äußern Blockian und Jongsma (2001, S.373) in Anlehnung an Millons Subtype-Klassifikation: „*Person with Schizotypal Personality Disorder often has an additional diagnosis of either Schizoid or Avoidant Personality Disorder. The Schizotypal-Schizoid (insipid schizotypal) will appear flat, drained, and empty, whereas the Schizotypal-Avoidant (timorous schizotypal) will appear nervous, edgy, frightened, and somewhat paranoid. Both have Schizotpyal Personality Disorder, but they are quite different from one another, indeed, they are sufficiently different that there will be substantial differences in their treatment."*

4. In der ***SU-Gruppe*** liegen *die meisten Mittelwerte innerhalb der Normwerte*. Die höchsten Mittelwerte zeigten sich bei der Skala *„hilfsbereit/selbstlos"*. Die Items dieser Skala erfassen einen im DSM-IV nicht enthaltenen Persönlichkeitsstil, der gekennzeichnet ist durch Hilfsbereitschaft, Empathie und soziales Engagement. In der pathologischen Übersteigerung ergibt sich ein übermäßig aufopferndes Verhalten, chronische Unterordnung der eigenen Bedürfnisse unter die anderer Personen und eine Unfähigkeit, angenehme Erfahrungen zu genießen. Personen dieser Persönlichkeitsstörung nehmen die Bedürfnisse anderer grundsätzlich wichtiger als ihre eigenen und sind unfähig, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Beispiel-Items lauten: „Die Sorgen anderer beschäftigen mich mehr als meine eigenen Bedürfnisse" „Man kann mich leicht ausnutzen", **„**Es fällt mir leichter, an andere als an mich selbst zu denken."

Es sei hier bereits angedeutet, dass die therapeutischen Maßnahmen bei jedem dieser Subtypen sogar innerhalb einer Persönlichkeitsstörung nicht dieselben sein können. Mit dieser Überlegung glaube ich aufzeigen zu können, wie bedeutend die klinische Diagnose mit den Informationen des PSSI ergänzt werden kann. In der Gesamtdiskussion dieser Arbeit am Schluß werde ich auf diese Implikationen näher eingehen.

1.6 GRUPPENUNTERSCHIEDE IN AFFEKT- UND TEMPERAMENTSKOMPONENTEN

Um zu untersuchen, ob sich die klinisch diagnostizierten Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen von den beiden Kontrollgruppen ohne Persönlichkeitsstörungen mit niedriger versus hoher Symptomschwere in den Affekt- und Temperamentskomponenten (gemessen mit der Befindlichkeitsfragebogen (BEF-3) unterscheiden, wurden *multivariate Varianzanalysen* mit dem Faktor Gruppe (SZ, ST, NA, SU, BL, KG1, KG2) gerechnet. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekte für den Faktor Gruppe in der Skala Aktivierung $F(6) = 2.44$, $p<.05$).

Um die Gruppenunterschiede in den Affekt und Temperamentskomponenten genauer zu analysieren, wurden *unabhängigen t-Tests* für alle Subskalen des BEF-3 für alle Gruppen berechnet. Dabei war der Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen und der Kontrollgruppe gleicher Symptomschwere (KG2) von besonderem Interesse. Ferner wurde der Vergleich innerhalb der Persönlicheisstörungsgruppe analysiert. In Tabelle 1.6.1 sind die Mittelwerte aller Skalen des BEF-3 für alle Gruppen wiedergegeben und in Abb. 14 veranschaulicht.

1.6.1 Vergleich zwischen den Kontrollgruppen: Die Analyse ergab einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Kontrollgruppen: der Kontrollgruppe mit niedriger Symptomausprägung (KG1) hatte marginal signifikant niedrigere Werte in der Skala Aktivierung ($t (20) =- 1.76$, $p<.10$) im Vergleich zur KG2 (Kontrollgruppe mit hoher Symptomausprägung).

1.6.2 Vergleich zwischen der KG1 und allen Persönlichkeitsstörungsgruppen: Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der KG1 und folgenden Persönlichkeitsstörungsgruppen: der schizoiden Gruppe (SZ) und der selbstunsicheren (SU) Gruppe. Die KG1 hat signifikant niedrige Werte in der Skala Aktivierung im Vergleich zu der ST-Gruppe ($t (26) = -2.36$, $p<.05$) und der NA-Gruppe ($t (17) = - 2.16$, $p<.05$). Weiterhin hat die NA-Gruppe marginal signifikant höhere Werte in der Skala Ärger ($t (17) = 1.79$, $p<.10$) als KG1.

1.6.3 Vergleich zwischen der KG2 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe: Außer der Borderline- Gruppe zeigte keine andere Persönlichkeitsstörungsgruppen signifikante Unterschiede im Vergleich zur KG2 (Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und gleicher Symptomschwere). Die BL-Gruppe hat im Vergleich zu der KG2 signifikant niedrige Werte in der Skala Aktivierung ($t (22) = 2.08$, $p <.05$) und signifikant höhere Werte in Erregung ($t (22) = -2.27$, $p<.05$) und Lustlosigkeit ($t (22) = -2.12$, $p<.05$).

1.6.4 Vergleich zwischen den Persönlichkeitsstörungsgruppen:

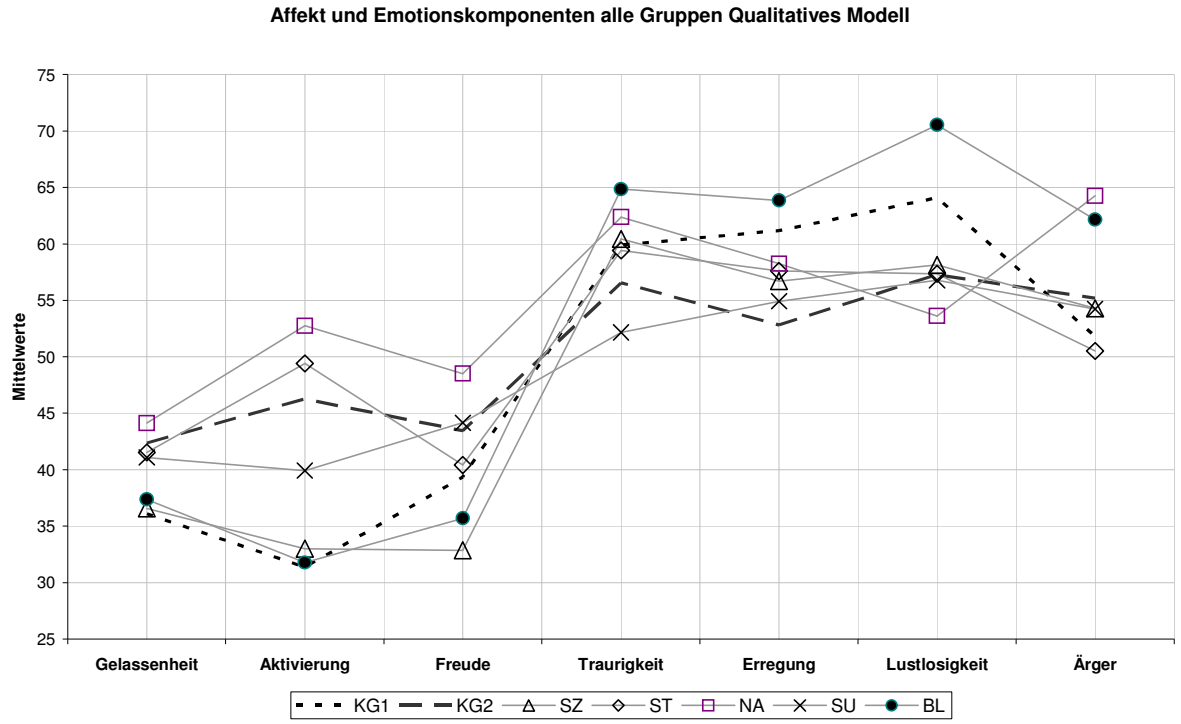
- ***Gelassenheit:*** innerhalb der gesamten Persönlichkeitsstörungsgruppe hat die NA-Gruppe die höchsten Mittelwerte in *Gelassenheit,* obwohl diese etwas unter der Normwerten (T-Wert 50) sind. Die niedrigsten Mittelwerte (unter einer Standarabweichung) in dieser Skala zeigen sich in der SZ-Gruppe, gefolgt von der BL-Gruppe. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich dieser Skala innerhalb der gesamten Persönlichkeitsstörungsgruppe.

Tab. 1.6.1: Mittelwerte in BEF-3 in alle Gruppen des Qualitativen Modells.

Gruppen	Gelassenheit A (-)	Aktivierung T+	Freude A+	Traurigkeit A-	Erregung T-	Lustlosigkeit A (+)	Ärger
KG1	36,09	31,36	39,36	59,91	61,18	64,09	51,82
KG2	42,36	46,27	43,45	56,55	52,82	57,27	55,18
ST A + & A - [1]	41,53	49,41	40,41	59,41	57,59	57,35	50,53
BL T + & T -	37,38	31,77	35,69	64,85	65,85	70,54	62,15
SU A (+) & A-	41,08	39,92	44,15	52,17	54,92	56,77	54,23
SZ A (+) & A{-}	36,57	33,00	32,86	60,43	56,71	58,14	54,29
NA A + & A (-)	44, 13	52,75	48,50	62,38	58,25	53,62	64,25

[1] Postulierte Affekt- und Temperamentskonfigurationen in der PSI-Theorie

Abb. 14.



- ***Aktivierung:*** die höchsten Mittelwerte zeigen sich bei der NA-Gruppe und die niedrigsten bei der BL-Gruppe, gefolgt von der SZ-Gruppe. Die BL-Gruppe hat signifikant niedrige Werte in *Aktivierung* im Vergleich zu der NA ($t(19) = -2.59$, $p<.05$) und ST Gruppe ($t(28) = -2.73$, $p<.05$).

- ***Freude:*** die höchsten Mittelwerte zeigten sich bei der NA-Gruppe, während die niedrigsten bei der SZ-Gruppe liegen. Die NA-Gruppe hat signifikant höhere Werte in Freude im Vergleich zu der SZ-Gruppe ($t(13) = 2.20$, $p<.05$) und der BL-Gruppe ($t(19) = 2.23$, $p<.05$).

- ***Traurigkeit/Hilflosigkeit:*** die BL-, NA-, SZ- und ST- Gruppen haben Mittelwerte die über eine Standarabweichung sich finden. Die BL-Gruppe ist die Gruppe mit den höchsten Mittelwerten, während die SU-Gruppe die niedrigste hatte. Die BL-Gruppe hat signifikant höhere Werte in *Traurigkei*t im Vergleich zu der SU-Gruppe ($t(24) = 2.39$, $p<.05$).

- ***Erregung:*** die BL-Gruppe hat die höchsten Mittelwerten in Erregung (über eine Standarabweichung). Die BL-Gruppe hat signifikant höhere Werte in *Erregung* im Vergleich zu der SU-Gruppe ($t(24) = 2.03$, $p<.05$).

- ***Lustlosigkeit:*** die BL-Gruppe hat die höchsten Mittelwerten in Lustlosigkeit (über zwei Standarabweichung). Die BL-Gruppe hat signifikant höhere Werte in *Lustlosigkeit* im Vergleich zu der ST ($t(28) = 2.33$, $p<.05$), der NA ($t(19) = 1.10$, $p<.05$) und der SU ($t(24) = 2.14$, $p<.05$) Gruppe.

- ***Ärger:*** die NA und die BL Gruppen haben die höchsten Mittelwerten in *Ärger* (über ein Standarabweichung). Beide haben signifikant höhere Werte in dieser Skala im Vergleich zu der ST-Gruppe (NA: $t(23) = 2.45$, $p<.05$; BL: $t(28) = 2.32$, $p<.05$)

Weiterhin zeigten sich Unterschiede zwischen die SZ- und ST-Gruppe: Die SZ-Gruppe hat im Vergleich zu der ST-Gruppe marginal niedrige Werte in Aktivierung ($t(22) = -1.84$, $p<.10$). Sie haben auch marginal signifikant niedrige Werte ($t(18) = -1.74$, $p<.10$) in Freude im Vergleich zu der SU-Gruppe

Weitere unabhängigen t-Tests für den ***Geschlechtvergleich*** hinsichtlich der Skalen der BEF-3 innerhalb der ***Gruppe mit Borderline Persönlichkeitsstörung*** sind gerechnet. In der Skala *Lustlosigkeit* hatten die Frauen marginal signifikante höhere Werte ($t(13) = 1.87$, $p<.10$). Die Männer hatten marginal signifikante höhere Werte in Erregung ($t(13) = 1.96$, $p<.10$) und signifikant höhere Werte in Ärger ($t(13) = 2.47$, $p<.05$). Die Mittelwerte der Männer in dieser Skala lagen zwei Standarabweichungen über dem Normwerten.

1.6.5 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit sind keine Hypothesen bezüglich der Affekt- und Temperamentskomponenten gemacht worden, jedoch kann die Analyse dieser Aspekte wichtige Informationen zusätzlich zu den Ergebnissen bezüglich der Selbststeuerungsfunktionen geben.

Bezüglich des ***Vergleichs mit KG2*** (Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und gleicher Symptomschwere) zeigte lediglich die Borderline-Gruppe signifikante Unterschiede. Personen dieser Gruppe hatten im Vergleich zu der KG2 signifikant niedrigere Werte in der Skala Aktivierung und signifikant höhere Werte in Erregung und Lustlosigkeit.

Die ***KG1*** (Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedrig Symptomschwere) hatte signifikante niedrigere Werte in der Skala Aktivierung im Vergleich zu der ST und NA-Gruppe.

Der ***Vergleich innerhalb der Persönlichkeitsstörungsgruppen*** ergab interessante Unterschiede:

- Die BL-Gruppe war die Gruppe die die meisten signifikanten Unterschiede zu den anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen zeigte. Nur mit der SZ-Gruppe gab es keine signifikanten Unterschiede. Personen der BL-Gruppen hatten innerhalb der ganzen Persönlichkeitsstörungsgruppen die höchsten Mittelwerte in Traurigkeit, Erregung und Lustlosigkeit. Weiterhin hat die BL-Gruppe zusammen mit der SZ-Gruppe die niedrigsten Mittelwerte in Gelassenheit, Aktivierung und Freude.
- Im Gegensatz zum Profil der BL-Gruppe und SZ-Gruppe haben die Personen der NA-Gruppe im Vergleich zu den Kontrollgruppen und den anderen Persönlichkeitsstörungen mehr Gelassenheit, mehr Aktivierung und mehr Freude. Sie haben nach der Borderline-Gruppe auch die höchsten Mittelwerte in Traurigkeit.
- Die BL-Gruppe und die NA-Gruppe hatten die höchsten Mittelwerte in Ärger.

Die *höheren Mittelwerte in Erregung bei der* ***BL-Gruppe*** passen zu der für diese Störungsgruppe in der PSI-Theorie postulierten hohen sensorischen Erregbarkeit (T-). Im Gegenteil dazu überraschen die Ergebnisse in der Skala *Aktivierung*. Diese Störung wird in der PSI-Theorie durch eine extreme Kombination von hoher Impulsivität und sensorischer Erregbarkeit (T+ & T-) beschrieben, die BL-Gruppe hatte jedoch von allen Gruppen (mit Ausnahme der KG1) die niedrigsten Mittelwerte in der Skala *Aktivierung*. Weiterhin waren diese Mittelwerte signifikant niedriger im Vergleich zur KG2, der NA- und der ST-Gruppe.

Diese niedrigen Mittelwerte in *Aktivierung*, zusammen mit den niedrigen Mittelwerten in *Freude* und den hohen Mittelwerten in *Lustlosigkeit* (über zwei Standarabweichung) und *Traurigkeit* (über eine Standarabweichung) bestätigt die im vorigen Abschnitt diskutierte niedrige Impulsivität bei dieser Gruppe von Borderline-Patienten. Anhand der von Millon und Davis (1996) postulierten Subtypen bei dieser Störungsgruppe wurde bereits diskutiert, dass es sich hier eher um einen „lustlosen“ Subtypus

handelt als um den „impulsiven“ Subtypus. Eine andere alternative Hypothese, die auch diskutiert wurde war, dass möglicherweise das Depressionsniveau bei diesen Patienten hoch war. Das Profil der BL-Gruppe in den Skalen des BEF-3 unterstützt diese Hypothese. Ferner waren auch die Mittelwerte in der Skala *Depressivität* des SCL-90 (Skala SCL-04) bei der BL-Gruppe hoch (siehe Tabelle 1.3.3).

Die NA-Gruppe hatte zudem höchste Mittelwerte in *Ärger*. *Traurigkeit* war bei dieser Gruppe ebenfalls hoch. Interessant ist zu beachten, dass die Mittelwerte bei den Skalen, die positiven Affekt messen noch innerhalb der Normvarianz lagen.

1.7 GRUPPENUNTERSCHIEDE IN DEN SELBSTSTEUERUNGSFUNKTIONEN

1.7.1 Multivariate Varianzanalysen

Um zu untersuchen, ob sich die klinisch diagnostizierten Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen von den beiden Kontrollgruppen ohne Persönlichkeitsstörungen mit niedriger versus hoher Symptomschwere in den Selbstregulationsfähigkeiten unterscheiden, wurden multivariate Varianzanalysen mit dem Faktor Gruppe (SZ, ST, NA, SU, BL, KG1, KG2) gerechnet (siehe Tabelle 1.7.1).

Tab. 1.7.1: Ergebnisse multivariate Varianzanalysen mit dem Faktor Gruppe (SZ, ST, NA, SU, BL, KG1, KG2)

Abhängige Variable	F	Signifikanz
Selbstmotivierung	3,355	,006
Aktivierungskontrolle	1,361	,242
Selbstbestimmung	,746	,614
Volitionaler Initiative	4,168	,001
Volitionaler Aktivität	4,430	,001
Konzentration	2,973	,012
Zielrelativierung	,664	,679
Unabhängigkeit	,701	,650
Gelassenheit	,931	,478
Belastung	1,473	,199
Bedrohung	1,876	,096
Selbstbestimmung Makro	1,866	,098
Zielumsetzung Makro	,701	,650
Lageorientierung Makro	5,493	,000
Zielorientierung Makro	,633	,703
Bedrohung & Belastung Makro	1,610	,157
HOM	,549	,769
HOP	1,968	,081

Es zeigten sich signifikante Haupteffekte für den Faktor Gruppe in den Skalen Selbstmotivierung ($F(7) = 3.36$, $p<.01$), Volitionaler Initiative ($F(7) = 4.17$, $p<.01$), Volitionaler Aktivität ($F(7) = 4.43$, $p<.01$), Konzentration $F(7) = 2.97$, $p<.05$) und Lageorientierung Makro ($F(7) =3.68$, $p<.001$). Marginal signifikante Haupteffekte zeigten sich in den Skalen Druck ($F(7) = 1.88$, $p<.10$) und Selbstbestimmung Makro ($F(7) = 1.87$, $p<.10$). Bezüglich den HAKEMP zeigte sich ein marginal signifikanter Haupteffekt in der Skala Prospektive Handlungsorientierung (HOP) ($F(7) = 1.97$, $p<.10$).

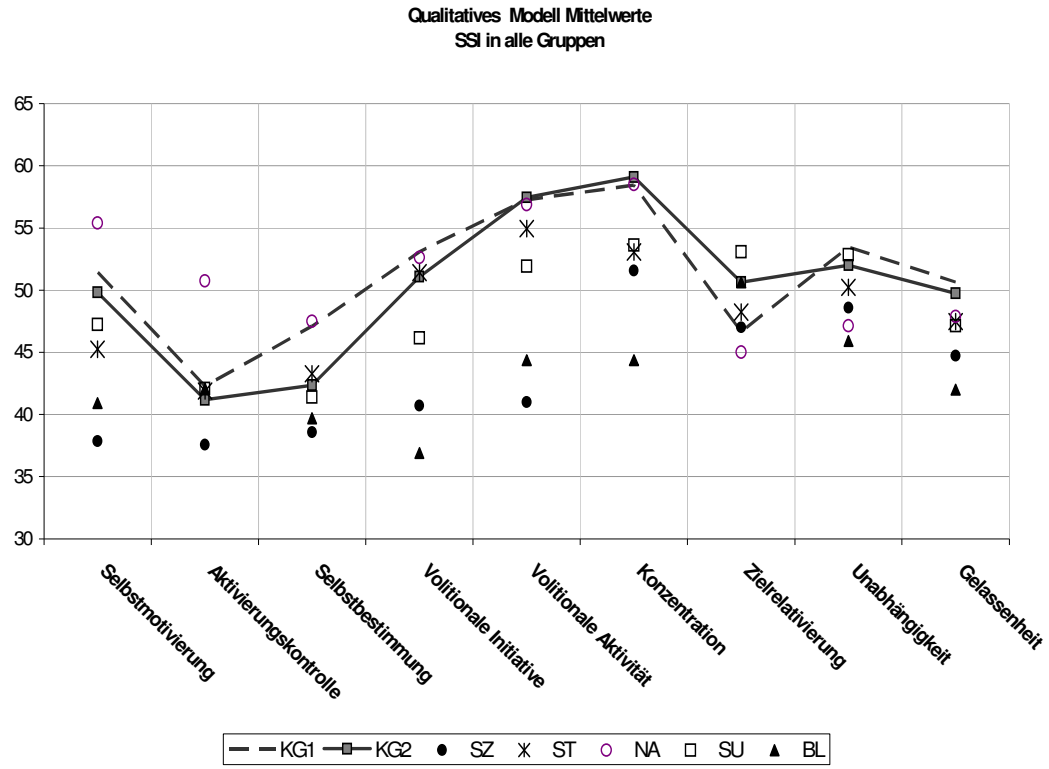
Tab.1.7.2: QUALITATIVES MODELL: Mittelwertsvergleiche der Selbststeuerungsfunktionen aus dem Selbststeuerungsinventar (SSI-K2) in den beiden Kontrollgruppen ohne Persönlichkeitsstörung mit niedriger versus hohe Symptomschwere (KG1 und KG2) und der klinisch diagnostizierten Gruppe mit Persönlichkeitsstörung.

Subskalen SSI-K	KG1	KG2	SZ	ST	NA	SU	BL
Selbstmotivierung	51,45	49,82	37,86	45,24	55,38	47,23	40,92
Aktivierungskontrolle	42,27	41,18	37,57	41,88	50,75	42,08	42,08
Selbstbestimmung	47,09	42,36	38,57	43,29	47,50	41,38	39,69
Volitionaler Initiative	53,09	51,09	40,71	51,41	52,63	46,15	36,92
Volitionaler Aktivität	57,27	57,45	41,00	54,94	56,88	51,92	44,38
Konzentration	58,45	59,09	51,57	53,06	58,50	53,62	44,38
Zielrelativierung	46,64	50,64	47,00	48,24	45,00	53,08	50,62
Unabhängigkeit	53,45	52,00	48,57	50,24	47,13	52,85	45,92
Gelassenheit	50,64	49,73	44,71	47,47	47,88	47,15	42,00
Belastung	53,55	52,91	63,14	58,59	64,25	55,62	57,77
Bedrohung	50,27	51,55	56,00	58,88	65,38	56,38	58,69
Selbstbestimmung Makro	44,64	43,00	34,43	41,82	51,75	41,92	38,62
Zielumsetzung Makro	62,64	59,09	56,57	62,06	61,50	60,31	53,54
Lageorientierung Makro	40,73	43,09	56,43	46,35	42,75	49,23	59,62
Zielorientierung Makro	55,45	49,00	55,00	52,06	54,88	48,31	55,08
Bedrohung & Belastung Makro	52,00	52,36	59,71	58,82	64,75	56,00	58,23

Tab. 1.7.3: QUALITATIVES MODELL: Mittelwertsvergleiche der Subskalen des HAKEMP in den beiden Kontrollgruppen ohne Persönlichkeitsstörung mit niedriger versus hohe Symptomschwere (KG1 und KG2) und der klinisch diagnostizierten Gruppe mit Persönlichkeitsstörung.

Subskalen HAKEMP	KG1	KG2	SZ	ST	NA	SU	BL
HOM	45,36	45,82	39,57	48,12	47,50	48,77	47,31
HOP	49,18	53,09	39,43	52,53	54,50	47,00	44,62

Abb. 15. Mittelwerte in SSI-K in alle Gruppen des Qualitativen Modells



1.7.2 Unabhängige t-Test für die Mittelwertunterschiede

Um die Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen genauer zu analysieren, wurden unabhängige t-Tests für alle Subskalen des SSI-K und des HAKEMP für alle Gruppen berechnet. Dabei war der Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen und der Kontrollgruppe gleicher Symptomschwere (KG2) von besonderem Interesse.

Es wurde erwartet (Hyp. 2.1), dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu Personen ohne Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Ferner wurde erwartet (Hyp. 2.2), dass diese Unterschiede unabhängig von der Symptomschwere auftreten. Aus diesem Grund war der Vergleich mit einer Kontrollgruppe mit gleicher Symptomschwere von besonderem Interesse.

Die Ergebnisse der unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere (KG2) sind in Tabelle 1.7.4 und 1.7.5 zusammengefasst. Die Ergebnisse bezüglich des Vergleichs zwischen jeder Persönlichkeitsstörungs-Gruppe und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschere (KG1) sind in Tabelle 1.7.6 und 1.7.7 zusammengefasst.

1.7.2.1 Vergleich der beiden Kontrollgruppen: Entgegen der Erwartungen ergaben die unabhängigen t-Tests keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen zwischen der Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere (KG1) und der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2). Es wurde erwartet, dass Personen der KG2 Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu Personen der KG1 aufweisen, da sie höhere Symptomausprägung haben.

1.7.2.2 Vergleich KG2 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe

Tab. 1.7.4: QUALITATIVES MODELL: Ergebnisse Unabhängige T-Test für die Mittelwertunterschiede (in SSI-K) zwischen Personen mit einer klinischen Diagnose von Persönlichkeitsstörung (PT) und Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

PT	Selbstmotivierung	Aktivierungskontrolle	Selbstbestimmung	Volitinale Initiative	Volitionale Aktivität	Konzentration	Zielrelativierung	Unabhängigkeit	Gelassenheit	Selbstbestimmung makro	Zielumsetzung makro	Zielorientierung makro	Lageorientierung makro	Belatung	Bedrohung	Belastung & Bedrohung
SZ	↓ *			↓ +	↓ **	↓ +				↓ +			↑ *			
ST						↓ +										
NA		↑ +												↑ +	↑ *	
SU																
BL	↓ *			↓ ***	↓ ***	↓**			↓ +				↑ ***			

Tab. 1.7.5: QUALITATIVES MODELL: Ergebnisse Unabhängige T-Test für die Mittelwertunterschiede (in HAKEMP) zwischen Personen mit einer klinischen Diagnose von Persönlichkeitsstörung (PT) und Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2).

PS	HOM	HOP
SZ		↓ *
ST		
NA		
SU		
BL		

Anmerkungen: + p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

↓ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant niedrigere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

↑ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant höhere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

1.7.2.3 Vergleich KG1 und jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe

Tab. 1.7.6: QUALITATIVES MODELL: Ergebnisse Unabhängige T-Test für die Mittelwertunterschiede (SSI-K) zwischen Personen mit einer klinischen Diagnose von Persönlichkeitsstörung und Personen ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose und niedrige Symptomschwere (KG1).

PS	Selbstmotivierung	Aktivierungskontrolle	Selbstbestimmung	Volitinale Initiative	Volitionale Aktivität	Konzentration	Zielrelativierung	Unabhängigkeit	Gelassenheit	Selbstbestimmung makro	Zielumsetzung makro	Zielorientierung makro	Lageorientierung makro	Belatung	Bedrohung	Belastung & Bedrohung
SZ	↓ **		↓ +	↓ *	↓ **	↓ +				↓ *			↑ **	↑ *		↑ *
ST															↑ *	↑ +
NA														↑ *	↑ **	↑ *
SU				↓ +									↑ *			
BL	↓ **			↓ ***	↓ ***	↓ **			↓ *		↓ *		↑ ***		↑ *	↑ *

Tab. 1.7.7: QUALITATIVES MODELL: Ergebnisse Unabhängige T-Test für die Mittelwertunterschiede (in HAKEMP) zwischen Personen mit einer klinischen Diagnose von Persönlichkeitsstörung (PT) und Personen ohne PT und niedriger Symptomschwere (KG1).

PS	HOM	HOP
SZ		↓ *
ST		
NA		
SU		
BL		

Anmerkungen: + p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

↓ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant niedrigere Werte als Personen ohne PT und niedriger Symptomschwere (KG1)

↑ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant höhere Werte als Personen ohne PT und niedriger Symptomschwere (KG1)

1.7.3. ANALYSE DER ERGEBNISSE IN JEDER SSI-K SKALA

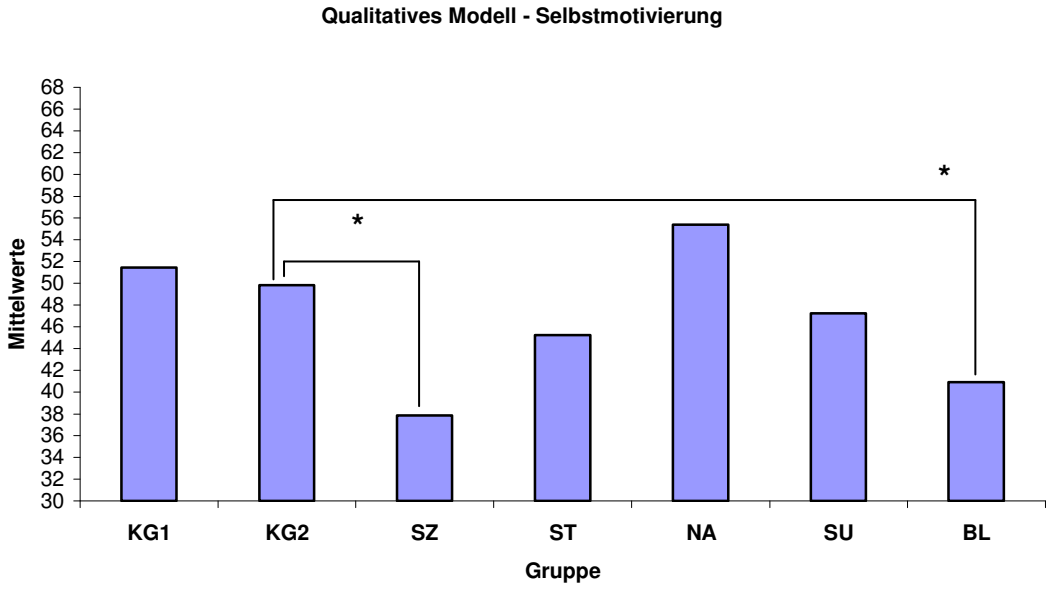
In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse, die in Tabelle 1.7.4, 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 zusammengefasst wurden, im Detail dargestellt. Angesicht des Ziels dieser Arbeit steht im Mittelpunkt die Darstellung und Analyse der Ergebnisse der unabhängigen t-Tests für die Mittelwertunterschiede zwischen jeder Gruppe mit einer klinischen Diagnose von Persönlichkeitsstörung und den Kontrollgruppen, insbesondere der Kontrollgruppe von Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung (KG2). Zusätzlich werden die Gruppen mit einer Diagnose von Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen miteinander verglichen. Dabei geht es um die Frage, in wieweit sie in den Selbststeuerungsfunktionen sich unterscheiden.

1.7.3.1. SELBSTREGULATION

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die drei Skalen der Selbstregulation (Selbstmotivierung, Aktivierungskontrolle und Selbstbestimmung) dargestellt. Die Kompetenzen der Selbstregulation sind, wie erläutert wurde, als ein Zeichen der „inneren Demokratie“ gesehen.

Selbstmotivierung: Dieser Skala misst die Fähigkeit positive Stimmung selbst herzustellen. In der Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigten sich signifikant niedrigere Werte in dieser Skala im Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und gleicher Symptomschwere (KG2) bei folgenden Persönlichkeitsstörungen: *der schizoiden (SZ)* (t (16) = - 2.80, p <.05) *und der Borderline (BL)* (t (22)=- 2.30, p<.05) *Persönlichkeitsstörung.*

Abb. 16.



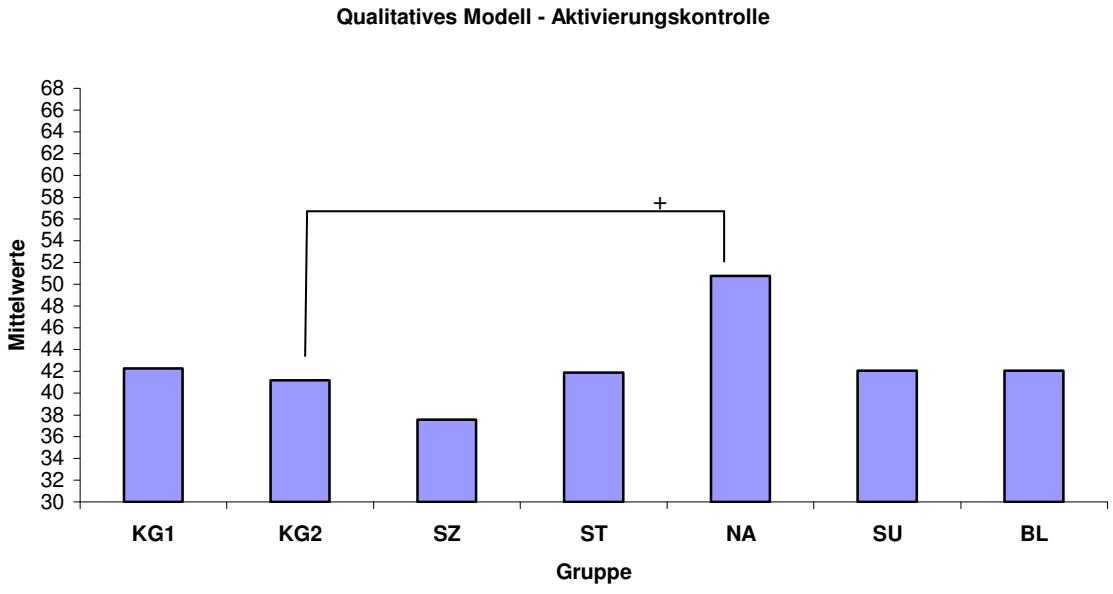
Bezüglich den Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschwere (KG1) ergaben die unabhängigen t-Tests wiederum, dass *der schizoiden (SZ)* (t (16) = - 3.67, p <.01) und *der Borderline (BL)* (t (22)= -2.97, p <.01) signifikant niedrige Werte in Selbstmotivierung hatten.

In der Tendenz der Mittelwerte ist zu erkennen, dass die Gruppe mit klinisch diagnostizierter *narzisstischen* Persönlichkeitsstörung (NA) höhere Werte im Vergleich zu der Kontrollgruppe (KG2) zeigte; die Unterschiede in den Mittelwerten wurden jedoch nicht signifikant.

Weitere unabhängige t-Tests wurden berechnet, um die verschiedenen Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf Selbstmotivierung zu vergleichen. Die Gruppe mit diagnostizierter *narzisstischer Persönlichkeitsstörung* (NA) hat signifikant höhere Werte in Selbstmotivierung im Vergleich zu folgenden Gruppen: die Schizoider Gruppe (SZ) (t (13) = 3.05, p<.01), die Borderline-Gruppe (t (19) = 2.92, p<.01) und die Schizotypische Gruppe (ST) (t (23) = 2.07, p<.05).

Aktivierungskontrolle: Dieser Skala misst die Selbstberuhigungsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit innere Anspannung und Nervosität gezielt abbauen zu können. Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen Kontrollgruppe 2 und jeder Gruppe von Persönlichkeitsstörungen ergaben lediglich einen marginal signifikant Unterschied zwischen dieser Kontrollgruppe und der Gruppe mit diagnostizierter *narzisstischer* Persönlichkeitsstörung. Die NA-Gruppe hat marginal signifikant höhere Werte in der Skala Aktivierungskontrolle (t (17) = 1.81, p<.10) im Vergleich zu der Kontrollgruppe 2. Alle anderen Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieser Skala im Vergleich zu der KG2.

Abb. 17.

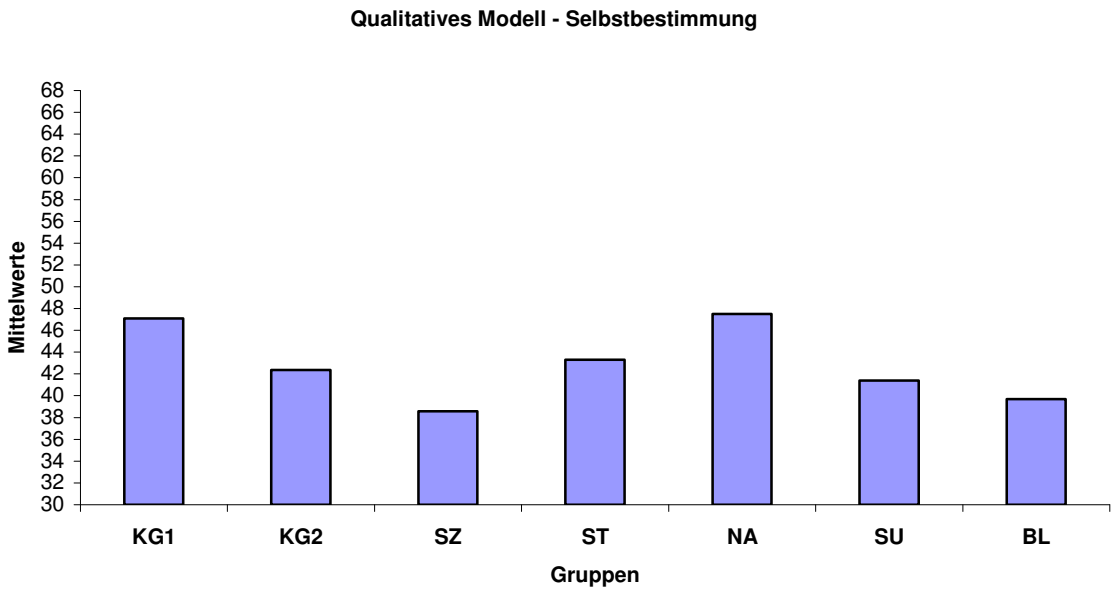


Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der KG1 und den einzelnen Persönlichkeitsstörungsgruppen.

Bezüglich des Persönlichkeitsstörungsgruppenvergleichs ergaben die berechneten unabhängigen T-Tests folgende signifikanten Unterschiede: Die NA-Gruppe hat signifikant höhere Werte in Aktivierungskontrolle im Vergleich zur Schizoiden Gruppe (SZ) (t (13) = 2.14, p<.05) und zur Schizotypischen Gruppe (ST) (t (23) = 1.98, p<.10).

Selbstbestimmung: In der Skala Selbstbestimmung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der KG2 und den einzelnen Persönlichkeitsstörungsgruppen. Die SZ-Gruppe hat marginal signifikant niedrige Werte in dieser Skala (t (16) = - 1.92, p <.10) im Vergleich zu der KG1. Ferner unterscheiden sich die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen nicht signifikant voreinander in dieser Skala.

Abb. 18.



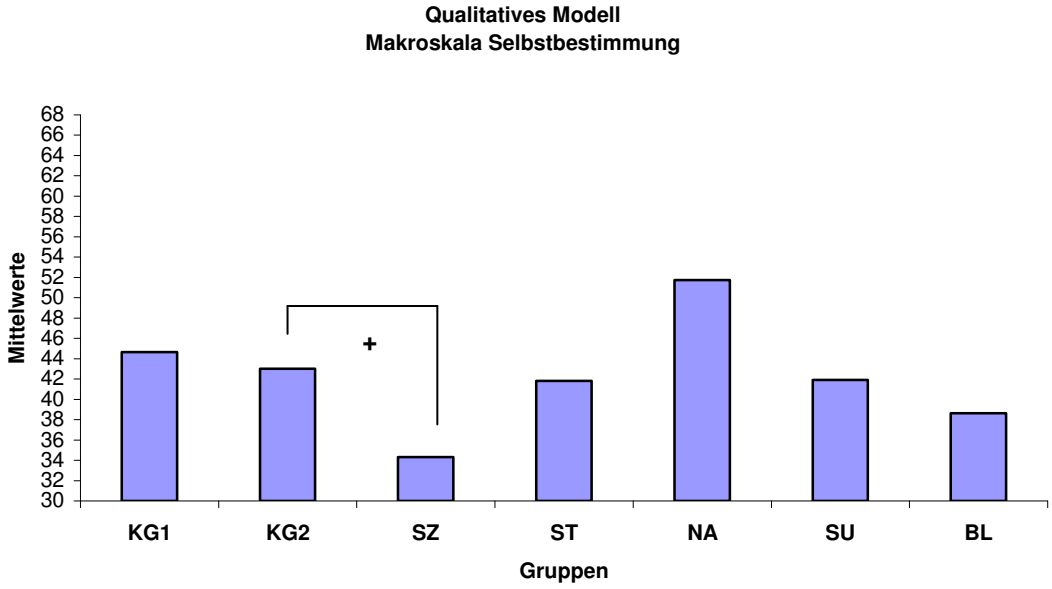
Makroskala Selbstbestimmung: Wie in der Kapitel der Testverfahren erläutert wurde werden im SSI-K vier Makroskalen dargestellt. Die Kennwerte der Makroskala Selbstbestimmung sind das Ergebnis der Summe der Kennwerte der drei Skalen der Selbstregulation (Selbstbestimmung und Selbstmotivierung, Aktivierungskontrolle) und bezeichnet das Ausmaß an Selbstregulation.

Im Vergleich zu der Kontrollgruppe 2 hat die Gruppe mit klinisch diagnostizierter *schizoider Persönlichkeitsstörung* (SZ) marginal signifikante niedrigere Werte (t (16) = - 1.81, p<.10) in dieser Skala. Das gilt auch für den Vergleich mit der Kontrollgruppe 1 (t (16) = - 2.51, p<.05).

Bei den anderen Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich weder mit der Kontrollgruppe 2 noch mit der Kontrollgruppe 1.

In der Tendenz der Mittelwerte ist zu erkennen, dass die Gruppe mit klinisch diagnostizierter *narzisstischer* Persönlichkeitsstörung (NA) die höheren Mittelwerte in dieser Makroskala zeigt. Diese Gruppe zeigte signifikant höhere Werte in dieser Skala in Vergleich zu der SZ (t (13) = 3.05, p<.01) und der BL- Gruppe (t (19) = 1.93, p<.10).

Abb. 19.



1.7.3.2 WILLENSBAHNUNG (VS. WILLENSHEMMUNG)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die drei Skalen der Willensbahnung (Volitionaler Initiative, Volitionaler Aktivität und Konzentration) dargestellt. Diese Skalen messen Komponenten der Prospektiven Handlungsorientierung (HOP). Niedrige Werte in diesen Skalen sind Hinweise auf einer Willenshemmung und auf dem Verlust der zielorientierten Selbstkontrolle unter Belastung (*prospektive Lageorientierung*).

Volitionaler Initiative (vs. Initiativmangel, LOP): Dieser Skala misst die Fähigkeit Absichten und Ziele zu umsetzen. Von der Gruppe mit klinisch diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen zeigten signifikante niedrige Werte in dieser Skala im Vergleich zu der Kontrollgruppe 2 folgenden Persönlichkeitsstörungen: der *schizoider* (SZ) (t(16) = - 1.10, p<.10) und der *Borderline* (BL) (t (22) = - 3.63, p<.01) Persönlichkeitsstörung.

Weiterhin zeigen diese beide Gruppen (SZ und BL) auch signifikant niedrige Werte in dieser Selbststeuerungsfunktion im Vergleich zu der KG1 (SZ: t(16) = - 2.38, p<.05 und BL: t(22) = - 4.50,

p<.001). Ferner haben Personen mit diagnostizierter selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung (SU) marginal signifikant niedrige Werte in Volitionaler Initiative im Vergleich zu der KG1.

Abb. 20.

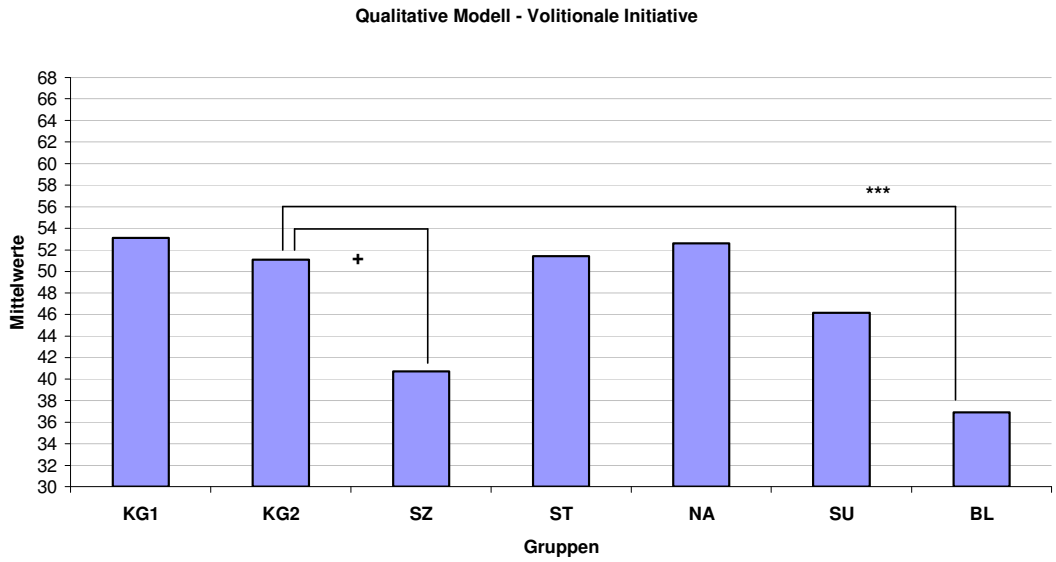
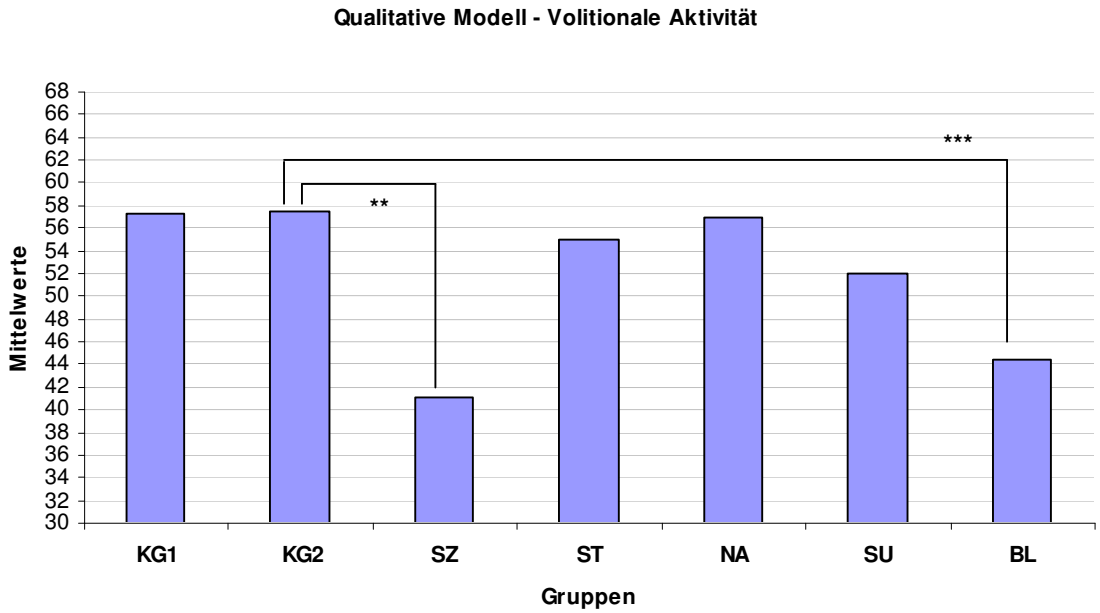


Abb. 21.



Volitionaler Aktivität (vs. Volitionaler Passivität): Dieser Skala misst die Fähigkeit *eigener* Handlungsabsichten zu umsetzen. Die Ergebnisse der unabhängige t-Test für dieser Skala wiesen durchweg in dieselbe Richtung wie bei der Skala Volitionaler Initiative: Die *Schizoider Gruppe* (SZ) (t (16) = -3.12, p<.01) und die *Borderline-Gruppe* (BL) (t (22) = -3.95, p<.001) zeigten signifikant niedrigere Werte im Vergleich zu der KG2. Die anderen Gruppen mit klinisch diagnostizierten

Persönlichkeitsstörungen zeigen keine signifikanten Unterschiede in dieser Skala mit der erwähnten Kontrollgruppe.

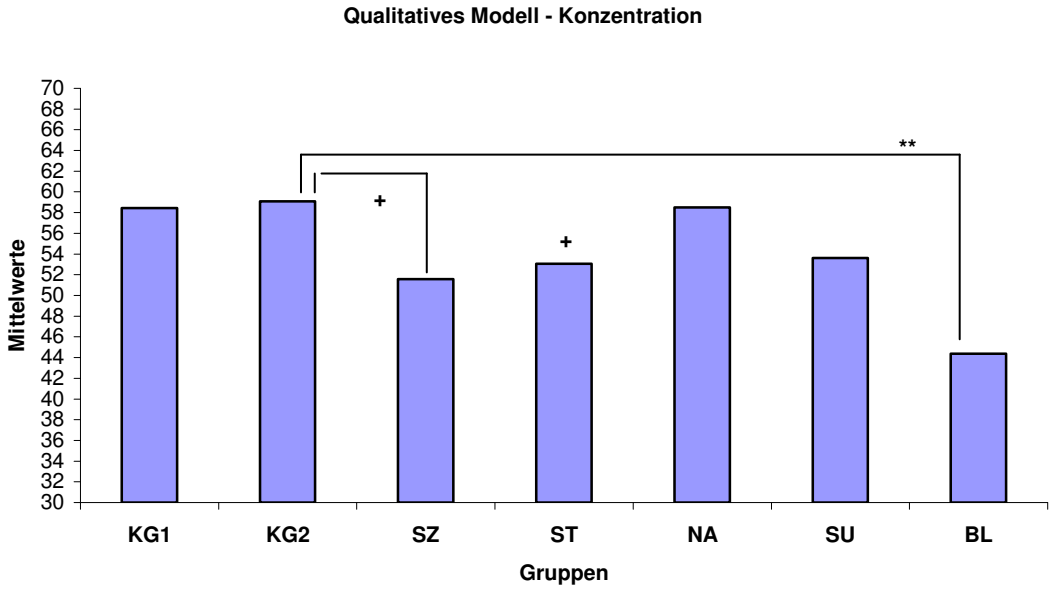
Weiterhin zeigen diese beide Gruppen (SZ und BL) auch signifikant niedrige Werte (SZ: $t(16) = -3.56$, $p<.01$ und BL: $t(22) = -4.21$, $p<.001$) in dieser Selbststeuerungsfunktion im Vergleich zu der KG1.

Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Mittelwertsvergleich innerhalb den verschiedenen Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen, dass die SZ-Gruppe sich signifikant in dieser Selbststeuerungsfunktion von alle anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen (mit der Ausnahme von der BL- Gruppe) unterscheidet. Die SZ-Gruppe zeigt Volitionaler Passivität (d.h. die Fähigkeit, die Energie zum Umsetzen eigener Ziele ist gemindert) im Vergleich zur NA ($t(13) = -2.53$, $p<.05$), SU ($t(18) = -1.99$, $p<.10$) und ST-Gruppe ($t(22) = -2.64$, $p<.05$).

Konzentration (vs. Konzentrationsschwäge, Intrusionen): Dieser Skala misst die Fähigkeit Ablenkung von außen oder von innen (z.B. durch irrelevante Gedanken) zu unterbinden.

Die *Borderline-Gruppe* hat signifikant niedrigere Werte in dieser Skala im Vergleich sowohl zu der KG2 ($t(22) = -3.49$, $p<.01$) als auch zu der KG1 ($t(22) = -3.33$, $p<.01$). Die Gruppe mit klinisch diagnostizierter *schizoider Persönlichkeitsstörung* (SZ) hat marginal signifikant niedrige Werte ($t(18) = -1.97$, $p<.10$) in dieser Skala als der KG2.

Abb. 22.



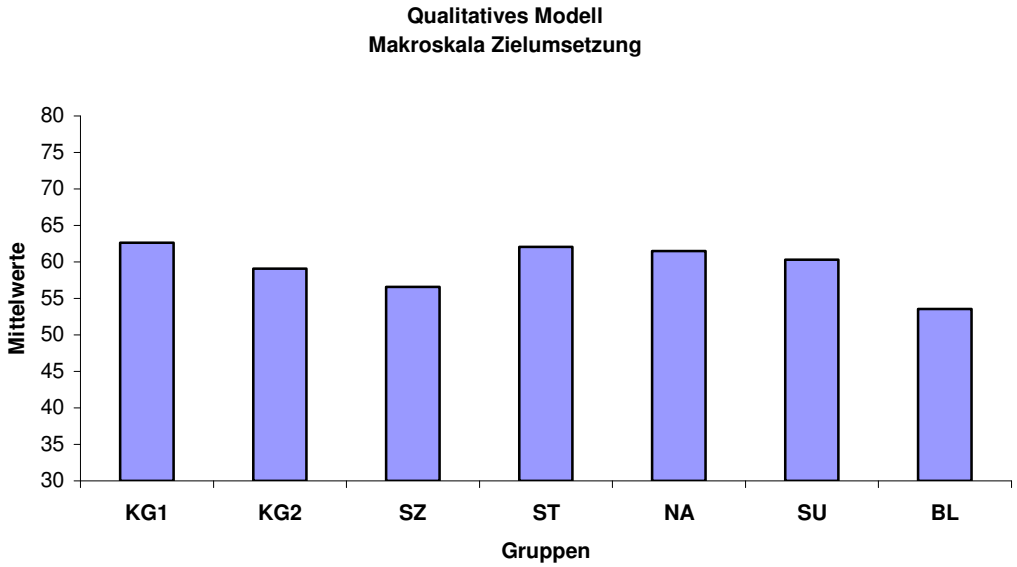
Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Mittelwertsvergleich innerhalb den verschiedenen Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen, dass die Borderline-Gruppe sich von alle anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen (mit der Ausnahme von der SZ-Gruppe) in der Skalen der

Willensbahnung unterscheidet. Die Borderline-Gruppe zeigt im Vergleich zur NA[12], SU[13], und ST[14]-Gruppen signifikant niedrigere Werte in alle Skalen der Willensbahnung.

Makroskala Zielumsetzung: Die Kennwerte dieser Skala das das Ergebnis der Summe der Kennwerte der drei Skalen der Willensbahnung (Volitionaler Initiative, Volitionaler Aktivität und Konzentration). Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen KG2 und jeder Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bezüglich dieser Skala ergaben keine signifikanten Unterschiede.

Hinsichtlich das Vergleich mit der KG1 zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit den BL-Gruppe: Personen der Borderline Gruppe haben signifikant niedrige Werte ($t(22) = -1.99$, $p<.10$) in Zielumsetzung als Personen der KG1.

Abb. 23.



1.7.3.3 SELBSTKONTROLLE

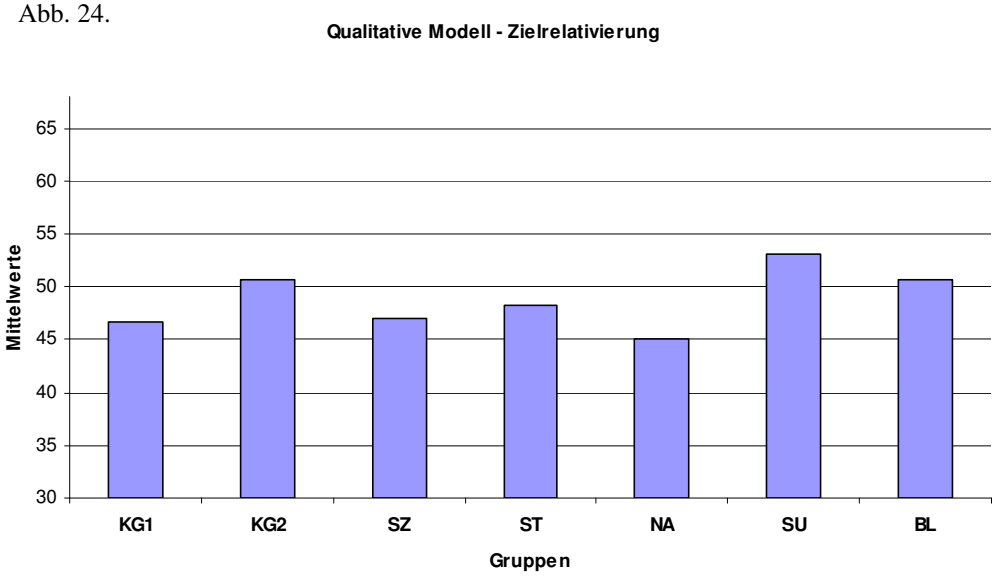
Zielrelativierung (vs. Zielfixierung): Entgegen der Erwartungen (Hyp. 2.1.2) zeigte keine Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen signifikante Unterschiede in dieser Subskala im Vergleich zu der KG2. Das gilt auch für den Vergleich mit der KG1. Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voreinander in dieser Skala.

[12] Volitionaler Initiative ($t(19) = -3.25$, $p<.01$), Volitionaler Aktivität ($t(19) = -2.93$, $p<.01$) und Konzentration ($t(19) = -2.79$, $p<.05$)

[13] Volitionaler Initiative ($t(24) = -2.33$, $p<.05$), Volitionaler Aktivität ($t(24) = -1.98$, $p<.10$) und Konzentration ($t(24) = -1.84$, $p<.10$)

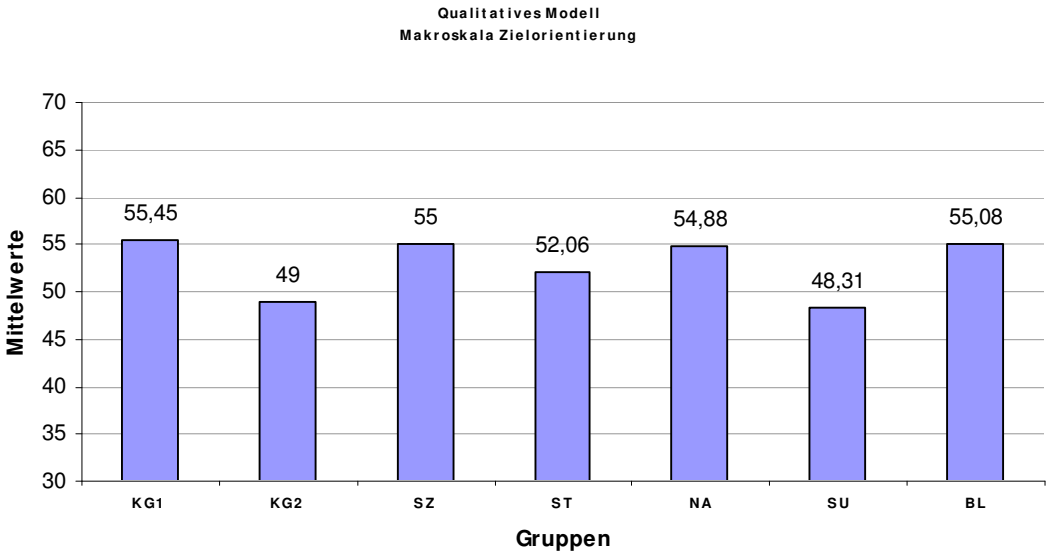
[14] Volitionaler Initiative ($t(28) = -3.70$, $p<.01$), Volitionaler Aktivität ($t(28) = -2.85$, $p<.01$) und Konzentration ($t(28) = -2.30$, $p<.05$)

Abb. 24.



Makroskala Zielorientierung (vs. Zielfixierung): Die Kennwerte dieser Skala sind das Ergebnis der Summe der Kennwerte der Skalen der Selbstkontrolle. Die Zielorientierung bedeutet eine ständige gedankliche Weiterbeschäftigung mit in der Zukunft liegenden Zielzuständen.

Abb. 25.



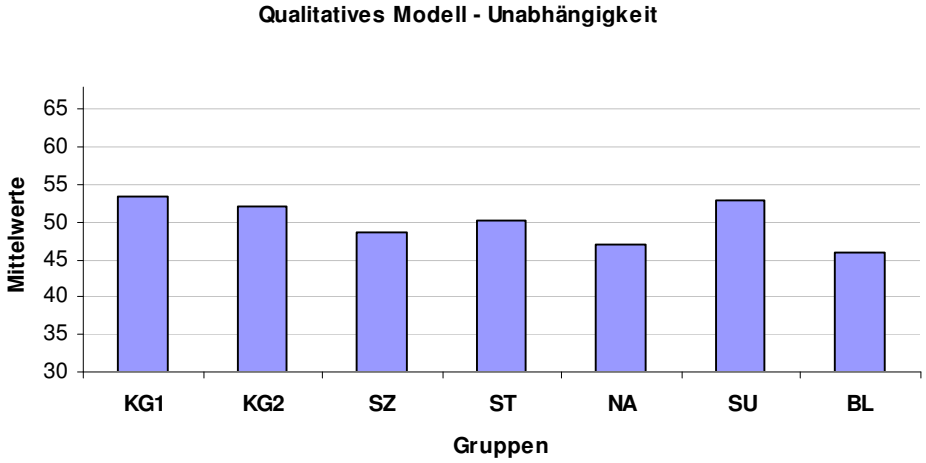
Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen KG2 und jeder Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bezüglich dieser Skala ergaben keine signifikanten Unterschiede. Das gilt auch für den Vergleich mit der KG1. Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voreinander in dieser Skala.

1.7.3.4 SELBSTBAHNUNG (VS. SELBSTHEMMUNG)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die zwei Skalen der Selbstbahnung dargestellt. Diese Skalen messen Komponenten der misserfolgsbezogenen Handlungsorientierung (HOM). Niedrige Werte in diesen Skalen sind Hinweise auf einer Selbsthemmung und misserfolgsbezogenen Lageorientierung (LOM).

Unabhängigkeit (vs. Konformität): Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen KG2 und jeder Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bezüglich dieser Skala ergaben keine signifikanten Unterschiede. Das gilt auch für den Vergleich mit der KG1. Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voreinander in dieser Skala.

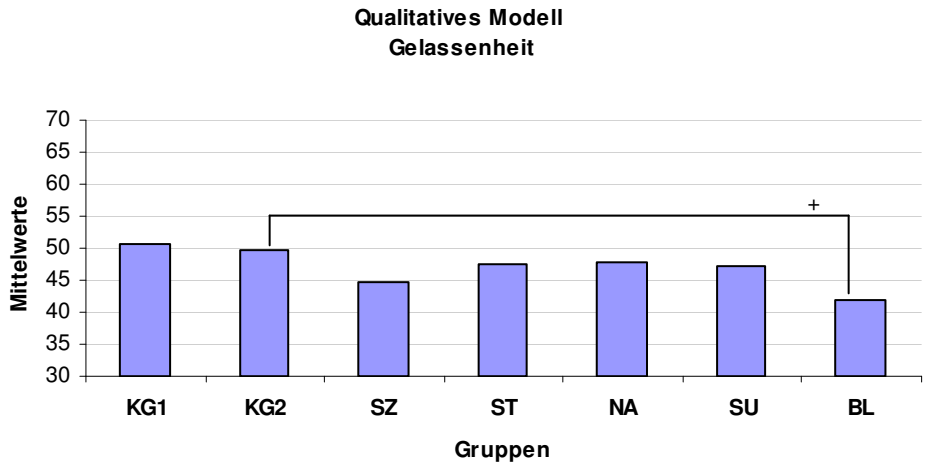
Abb. 26.



Gelassenheit (vs. Grübeln, LOM): Von alle Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigte lediglich die *Borderline-Gruppe* signifikante Unterschiede in dieser Skala im Vergleich zu der KG2. Die Borderline-Gruppe hat marginal signifikant niedriger Werte ($t(22) = -2.01$, $p<.10$) in Gelassenheit im Vergleich zu der erwähnten Kontrollgruppe. Das gilt auch für den Vergleich mit der KG1 ($t(22) = -2.28$, $p<.05$).

Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voreinander in dieser Skala.

Abb. 27.

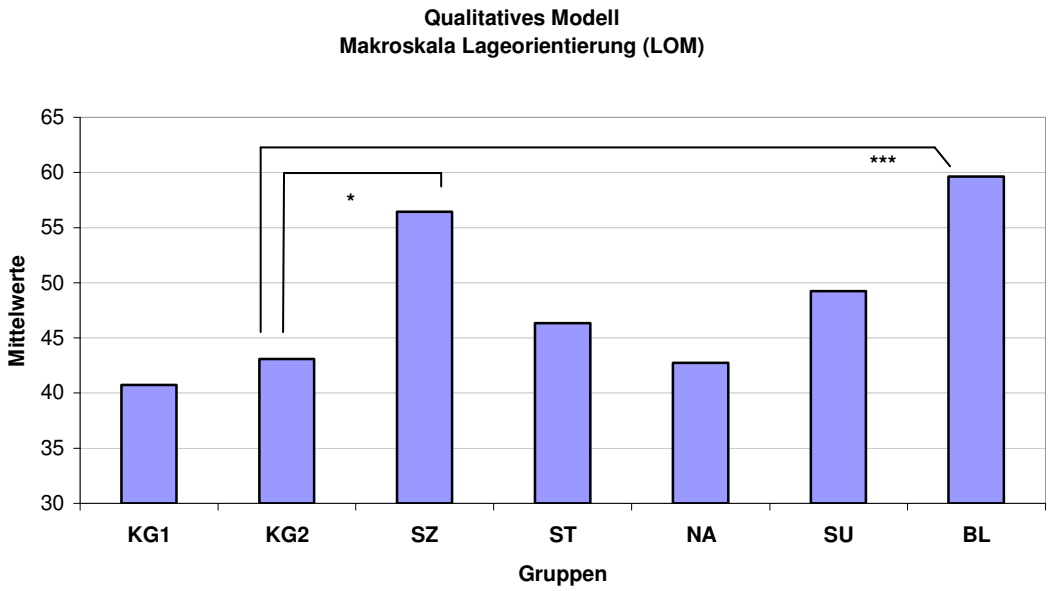


Makroskala Lageorientierung: Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der Skalen Unabhängigkeit und Gelassenheit. Diese Skala misst die grüblerische Auseinandersetzung nach Misserfolgen (d.h. LOM).

Von der Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigten signifikante höhere Werte in dieser Makroskala im Vergleich zur KG2 der schizoide ($t(16) = 2.49$, $p<.05$) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung ($t(22) = 4.24$, $p<.001$). Im Vergleich zu der KG1 zeigten die BL ($t(22) = 5.56$, $p<.001$), die SZ ($t(16) = 3.36$, $p<.01$) und die SU ($t(22) = 2.22$, $p<.05$) Gruppen signifikant höhere Werte in dieser Skala.

Bezüglich des Persönlichkeitsstörungsgruppenvergleichs ergaben die berechneten unabhängigen T-Tests folgende signifikanten Unterschiede:

- Die BL- Gruppe hat signifikant höhere Werte in dieser Skala als Personen der NA ($t(19) = 3.49$, $p<.01$), SU ($t(24) = 2.41$, $p<.05$) und ST ($t(28) = 3.70$, $p<.001$) Gruppe.



1.7.3..5 BELASTUNG UND BEDROHUNG

Belastung: Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen der Kontrollgruppe 2 und aller Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bezüglich dieser Skala ergaben ein marginal signifikanter Unterschied: die NA-Gruppe hat marginal signifikant höhere Werte ($t(17) = 1.87$, $p<.10$) in Belastung als der KG2. Weiterhin zeigten die NA ($t(17) = 2.32$, $p<.05$) und die SZ-Gruppe ($t(16) = 2.53$, $p<.05$) signifikant höhere Werte in Belastung im Vergleich zur KG1.

Bedrohung: Die Gruppe mit einer diagnostizierten *narzisstischen Persönlichkeitsstörung* (NA) hat signifikant höhere Werte in Bedrohung ($t(17) = 2.23$, $p<.05$) im Vergleich zu der KG2. Das gilt auch für den Vergleich mit der KG1 ($t(17) = 3.12$, $p<.01$). Im Vergleich zu der KG1 zeigt der Borderline-Gruppe ($t(22) = 2.28$, $p<.05$) und der schizotypische Gruppe ($t(26) = 2.33$, $p<.05$) signifikant höhere Werte in *Bedrohung*.

Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voreinander in diesen Skalen.

Makroskala Belastung und Bedrohung: Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen der KG2 und aller Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bezüglich dieser Skala ergaben kein signifikanter Unterschied.

Es zeigten sich signifikante Unterschiede mit der KG1: die SZ ($t(16) = 2.27$, $p<.05$), die NA ($t(17) = 2.80$, $p<.05$), die ST ($t(26) = 1.92$, $p<.10$) und die BL-Gruppe ($t(22) = 1.92$, $p<.10$) haben signifikant höhere Werte in dieser Makroskala im Vergleich zur KG1.

Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voreinander in dieser Skala.

Abb. 28.

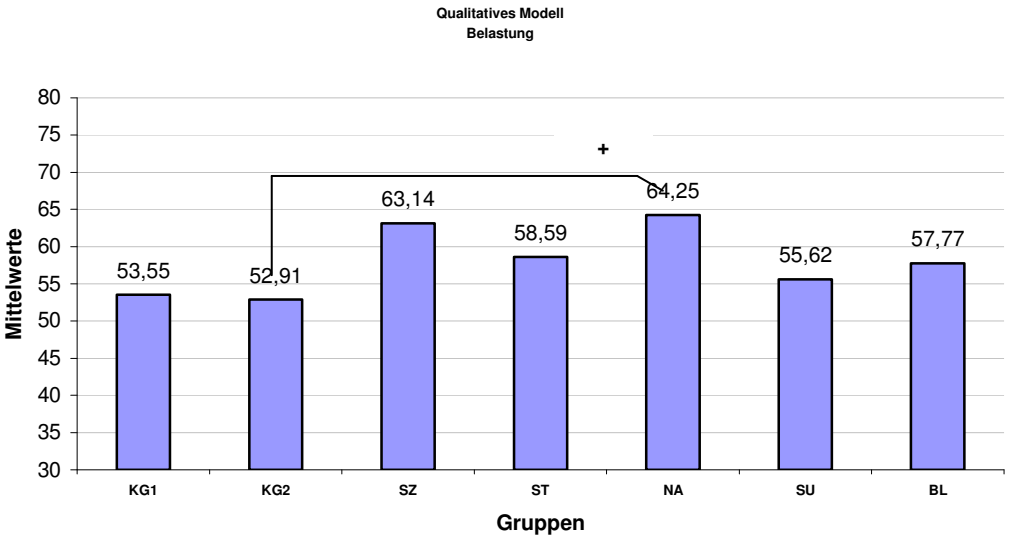
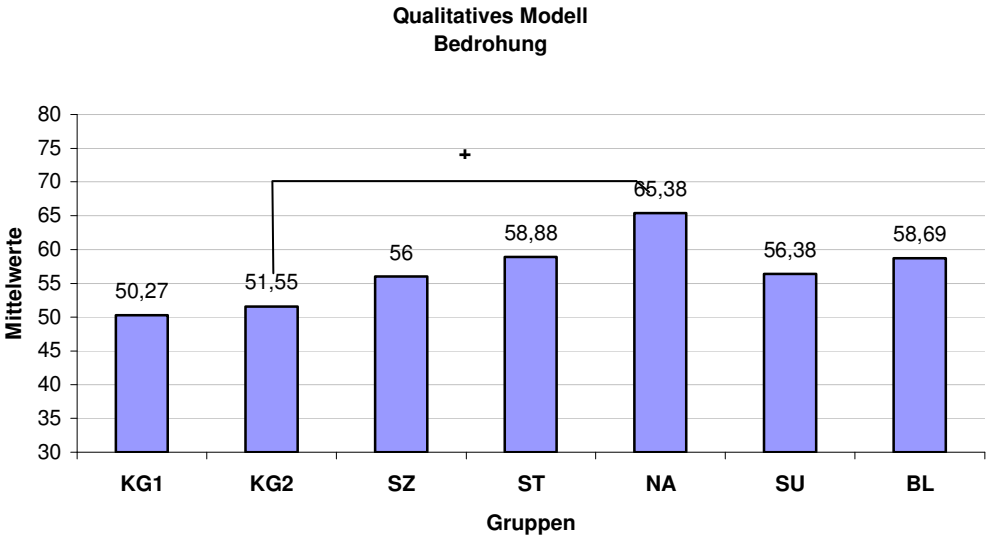

Qualitatives Modell
Belastung
Mittelwerte
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
+
53,55
52,91
63,14
58,59
64,25
55,62
57,77
KG1
KG2
SZ
ST
NA
SU
BL
Gruppen

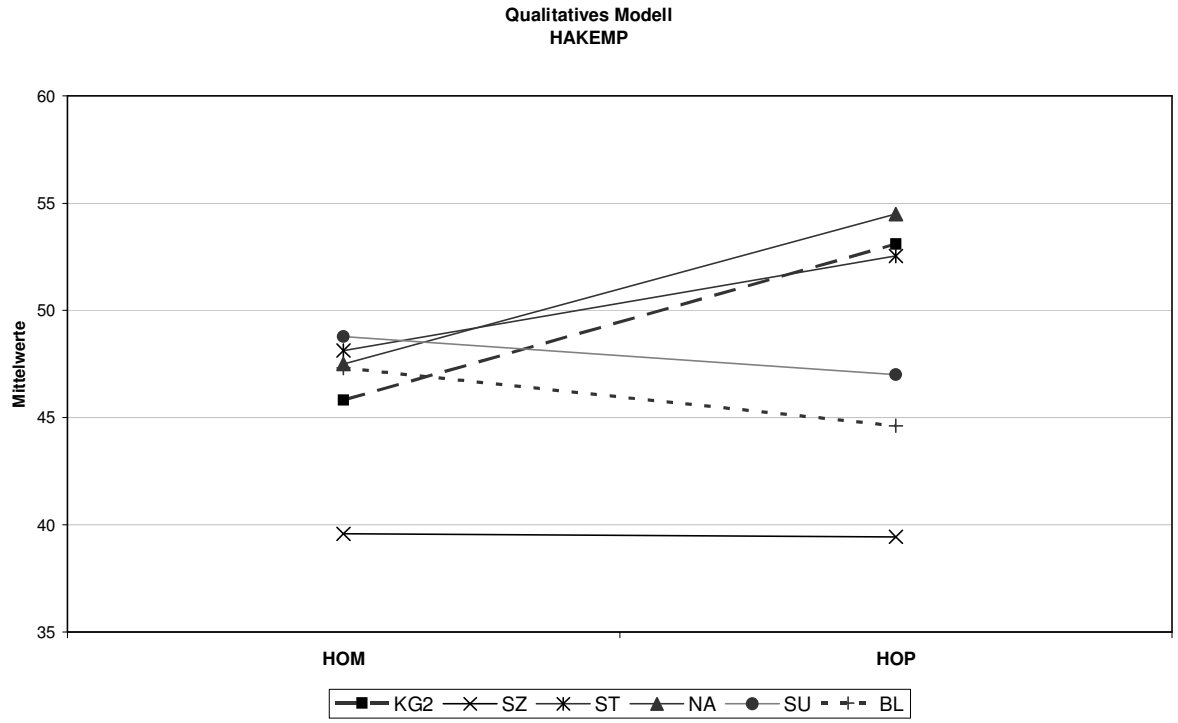
Abb. 29.


Qualitatives Modell
Bedrohung
Mittelwerte
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
+
50,27
51,55
56
58,88
65,38
56,38
58,69
KG1
KG2
SZ
ST
NA
SU
BL
Gruppen

1.7.4 ANALYSE DER ERGEBNISSE FÜR DEN HAKEMP

In der Tendenz der Mittelwerte ist zu erkennen, dass Personen mit einer diagnostizierten schizoider Persönlichkeitsstörung die niedrigsten Mittelwerte in beiden Skalen des HAKEMP haben. In der Skala HOP sind die höchsten Mittelwerte bei der NA-Gruppe. Diese Mittelwerte sind eher durchschnittliche.

Abb. 30.



Handlungsorientierung nach Misserfolg: Die berechneten unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen der KG2 und alle Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bezüglich dieser Skala ergaben kein signifikanter Unterschied. Das gilt auch für den Vergleich mit der KG1.

In der Tendenz der Mittelwerte ist zu erkennen, dass die SZ-Gruppe niedrige Werte in dieser Skala im Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung aber gleicher Symptomschwere (KG2) zeigte; der unabhängige t-Test war jedoch nicht signifikant.

Ebenfalls ist innerhalb der Persönlichkeitsstörungs-Gruppe die SZ-Gruppe die Gruppe die niedrigsten Mittelwerte in dieser Skala zeigte.

Prospektive Handlungsorientierung: Von der Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigten sich Unterschiede im Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung gleicher Symptomschwere (KG2) lediglich bei der schizoiden Gruppe (SZ). Personen mit diagnostizierter schizoider Persönlichkeitsstörung zeigten signifikant niedrigere Werte ($t(16) = -2.19$, $p<.05$) in dieser Skala im Vergleich zur KG2.

Abb. 31.

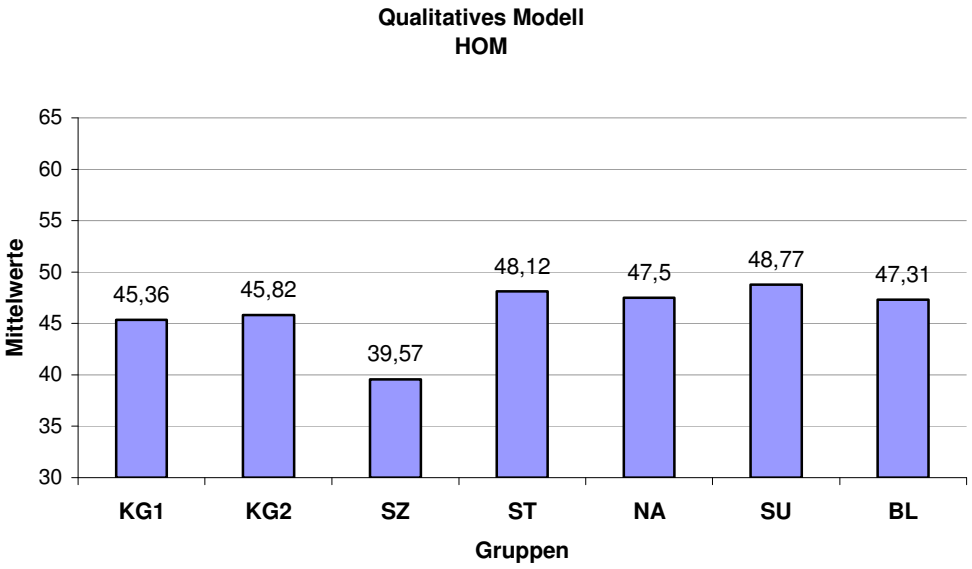
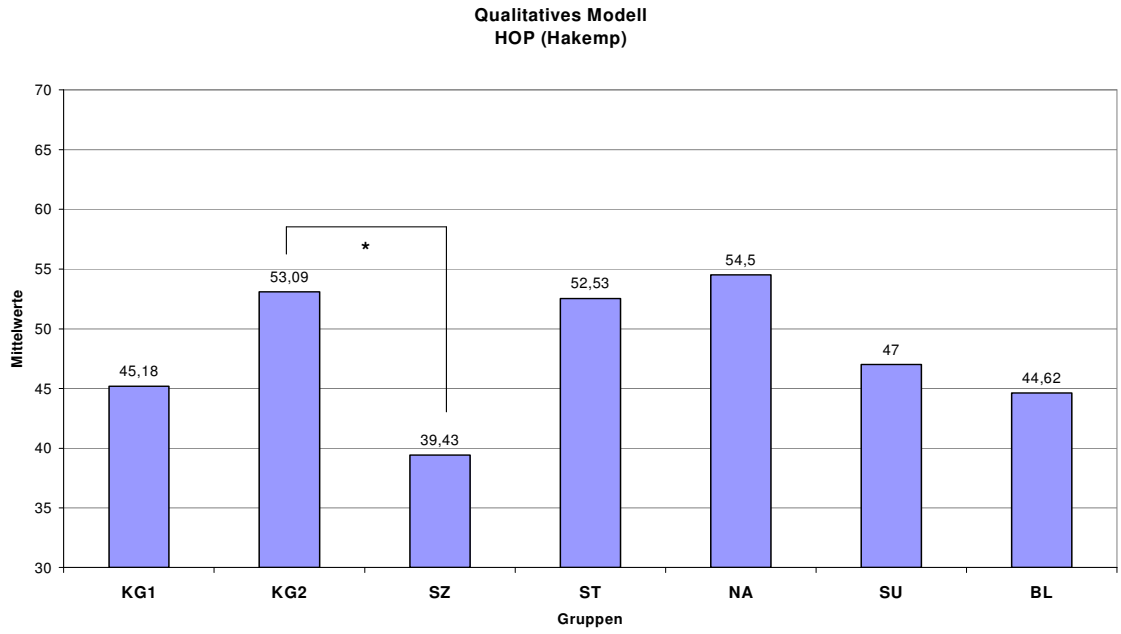

Qualitatives Modell
HOM
Mittelwerte
65
60
55
50
45
40
35
30
45,36
45,82
39,57
48,12
47,5
48,77
47,31
KG1
KG2
SZ
ST
NA
SU
BL
Gruppen

Abb. 32


Qualitatives Modell
HOP (Hakemp)
Mittelwerte
70
65
60
55
50
45
40
35
30
*
45,18
53,09
39,43
52,53
54,5
47
44,62
KG1
KG2
SZ
ST
NA
SU
BL
Gruppen

1.7.5 ZUSAMMENFASSUNG: Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen

Die Ergebnisse der unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere (KG2) sind in Tabelle 1.7.4 und 1.7.5 zusammengefasst. Die Ergebnisse bezüglich des Vergleichs zwischen jeder Persönlichkeitsstörungs-Gruppe und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschere (KG1) sind in Tabelle 1.7.6 und 1.7.7 zusammengefasst.

Die Ergebnisse der multivariate Varianzanalysen (Abschnitt 1.7.1) ergaben insbesondere signifikante unterschiede zwischen den Kontrollgruppe und die Persönlichkeitsstörungsgruppen hinsichtlich der Skalen der Willensbahnung und Selbstmotivierung, d.h. der Unterschied lag in besonders in der Fähigkeit zur Heraufregulierung positive Affekts.

Eine genauere Analyse dieser Unterschiede durch unabhängige t-Tests für alle Gruppen ergab, dass die beiden Persönlichkeitsgruppen die signifikanten Unterschiede in diese Skalen im Vergleich zu der KG2 zeigten waren die Gruppe mit klinisch diagnostizierter *schizoider (SZ)* und *Borderline (BL)* Persönlichkeitsstörung.

Beide Gruppen zeigten signifikante niedrigere Werte in alle die ***Skalen der Willensbahung*** (Volitionaler Initiative, Volitionaler Aktivität und Konzentration) in Vergleich zu der KG2. Niedrige Werte in diesen Skalen sind Hinweise auf einer Willenshemmung und auf dem Verlust der zielorientierten Selbstkontrolle unter Belastung (prospektive Lageorientierung). Diese Gruppe zeigten auch signifikant niedrige Werte in *Selbstmotivierung* (d.h. Fähigkeit positive Stimmung selbst herzustellen). Alle diese Ergebnisse replizieren sich in den Vergleich zwischen diese beide Gruppen (SZ und BL) und der KG1.

In der ***Skala Selbstbestimmung*** zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der KG2 und den einzelnen Persönlichkeitsstörungsgruppen. Die *SZ-Gruppe* hat marginal signifikant niedrige Werte in dieser Skala aber im Vergleich zu der KG1. Ferner hat die SZ-Gruppe marginal signifikante niedrigere Werte in der Markoskala Selbstbestimmung (Summe der Kennwerte der drei Skalen der Selbstregulation) im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen.

Keine Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zeigte signifikante Unterschiede in der ***Skala Zielrelativierung*** (vs. Zielfixierung) im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Analoges lässt sich sagen für die Makroskala Zielorientierung (vs. Zielfixierung).

Weitere signifikante Unterschiede zwischen die Gruppe mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen und der KG2 zeigten sich in der ***Makroskala Lageorientierung.*** Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der Skalen Unabhängigkeit und Gelassenheit. Diese Skala misst die grüblerische Auseinandersetzung nach Misserfolgen (d.h. LOM). Die *SZ und BL-Gruppen* hatten signifikant höhere Werte in dieser Skala im Vergleich zur KG2. Diese Ergebnisse replizieren sich in den Vergleich mit der KG1.

Die *Borderline-Gruppe* hat marginal signifikant niedriger Werte in ***Gelassenheit (vs. Grübeln)*** im Vergleich zu beide Kontrollgruppen. Niedrige Werte in dieser Skala können Hinweise auf einer Selbsthemmung sein.

Hinsichtlich der Skalen die den Stress messen **(*Belastung und Bedrohung*)** ergaben interessanterweise die unabhängigen T-Tests, dass die *NA-Gruppe* signifikante höhere Mittelwerte im Vergleich zu der KG2 hatte. Keine der anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen zeigte signifikante Unterschiede im Vergleich zu der KG2 in diesen Skalen, jedoch schon im Vergleich mit der KG1.

Die ***NA-Gruppe*** hatte von alle Gruppen (Kontrollgruppen und Persönlichkeitsstörungsgruppen) die *höheren Mittelwerte in Sebstmotivierung.* Diese Mittelwerte unterscheiden sich nicht signifikant von den Kontrollgruppen, jedoch von anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen. Die NA-Gruppe hatte im Vergleich zu der SZ, BL, und ST Gruppe signifikant höhere Selbstmotivierung. Ferner hatte die NA-Gruppe *signifikant höhere Werte in Aktivierungskontrolle* (Selbstberuhigungsfähigkeit) im Vergleich zu der KG2 und zu folgenden Persönlichkeitsstörungsgruppen: SZ und ST.

Zusammenfassend läst sich sagen, dass die NA-Gruppe die höhere Werte in den Skalen der Selbstregulation (Selbstmotivierung, Aktivierungskontrolle und Selbstbestimmung) hatte. Die Unterschiede waren nicht signifikant im Vergleich mit den Kontrollgruppen (außer in Aktivierungskontrolle), aber schon im Vergleich mit den anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen.

Entgegen der Erwartungen zeigten der ***SU-Gruppe*** keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu der KG2. Es wurde erwartet worden, dass diese Gruppe auch signifikante niedrige Mittelwerte in der Skalen der Willensbahnung zeigte. Es wurde auch erwartet, dass sie sie Hinweise auf Selbsthemmung (niedrige Werten in der Skalen der Selbstbahnung) zeigten. Diese Unterschiede zeigten sich nicht in dem Vergleich mit der KG2. Hinsichtlich das Vergleich mit der KG1 hatten Personen der SU-Gruppe signifikant höhere Werte in der Makroskala Lageorientierung.

Die ***ST- Gruppe*** zeigte auch in allgemein keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Kontrollgruppen.

Bezüglich der ***Skalen des HAKEMP*** zeigte ledig der *SZ-Gruppe* ein signifikanter Unterschied im Vergleich zu der KG2. Diese Gruppe hatte signifikant niedrige Werte in der Skala HOP im Vergleich zu der genannten Kontrollgruppe. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich bezüglich der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolg. Das gilt für den Vergleich mit beiden Kontrollgruppen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die beiden Persönlichkeitsstörungsgruppen die mehr Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu der KG2 zeigten waren die SZ und die BL-Gruppe. Beide Gruppen zeigten Hinweise auf Willenshemmung. Zusätzlich zeigte die BL-Gruppe Hinweise auf Selbsthemmung.

2. QUANTITATIVES MODELL

2.1 AUSWERTUNGSSTRATEGIEN

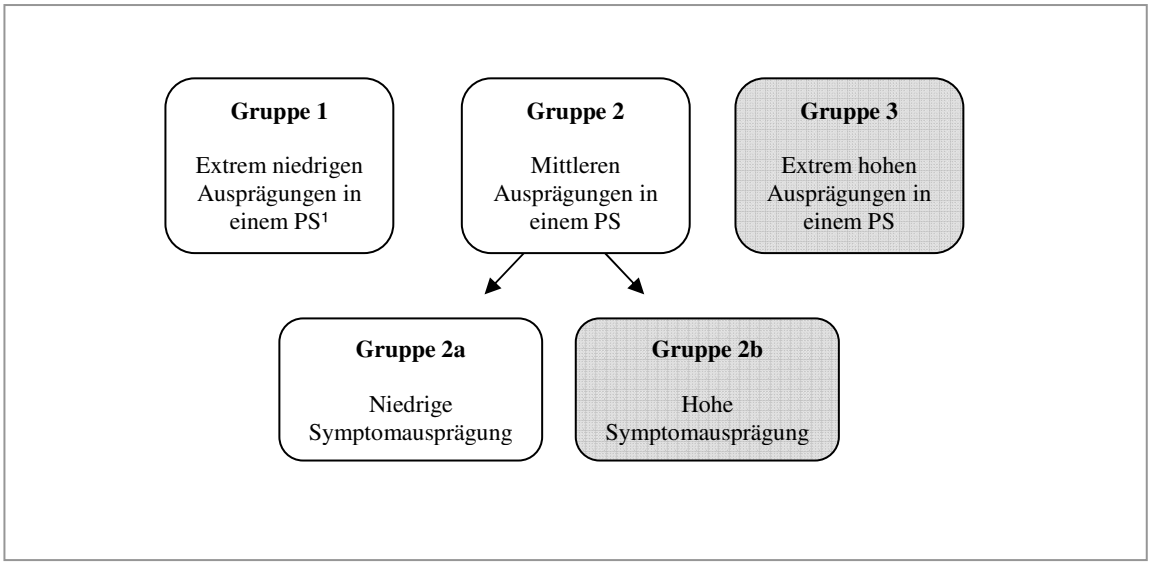
Das quantitative Modell wurde in beiden Stichproben (d.h. alte und neue Stichprobe) separat überprüft. Grundlage für die Analyse sind die Ausprägungen in den PSSI-K Kennwerten. Die Normen des PSSI finden sich in dem Kapitel über die Instrumente der TOP-Diagnostik.

Für die Analyse wurden, separat aufgrund der PSSI- Normen, Gruppen gebildet. Diese Gruppen wurden für jede Stichprobe separat gebildet. Die Gruppen (siehe Abb. 32) sind folgende:

1. Eine Gruppe mit einer extrem niedrigen Ausprägungen in einem Persönlichkeitsstil (T-Wert kleiner als 40, d.h. unter einer Standarabweichung)
2. Eine Gruppe mit einer mittleren Ausprägung in einem Persönlichkeitsstil (T-Wert zwischen 40 und 70) und
3. Eine Gruppe mit extrem hohen Werten in einem Persönlichkeitsstil (T-Wert größer als 70, d.h. über zwei Standarabweichung)

Die mittlere Gruppe *(Gruppe 2)* wurde für jede PSSI-K Skala anschließend mit Hilfe eines Mediansplits in der Skala „Symptomschwere“ (BES-K) geteilt. Dadurch entstanden eine Gruppe mit einer mittleren Ausprägung des jeweiligen Persönlichkeitsstil und gleichzeitig einer niedrigen Symptomausprägung *(Gruppe 2a)* und eine zweite Gruppe mit einer mittleren Ausprägung des Persönlichkeitsstils bei gleichzeitig hoher Symptomausprägung *(Gruppe 2b).*

Abb. 32. Auswertungsstrategie Quantitatives Modell



Dieses Vorgehen sollte ermöglichen, Personen mit einer mittleren und hohen Ausprägung in einem Persönlichkeitsstil zu finden, die sich in ihrer Symptomschwere nicht voneinander unterscheiden. Wenn sich zwischen diesen beiden Gruppen mit mittlerer und hoher

Persönlichkeitssausprägung Unterschiede in den Selbststeuerungskomponenten zeigen, können diese nicht auf Unterschiede in der Symptomausprägung zurückgeführt werden. Das einzige, worin sich diese beiden Gruppen unterscheiden, ist die Ausprägung des Persönlichkeitsstils, da die Symptomausprägung kontrolliert ist.

Mit diesem Vorgehen wurde versucht, dieselbe Auswertungsstrategie wie bei dem Qualitativen Modells anzuwenden. Bei diesem Modell wurde versucht die Gruppe mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung mit einer Gruppe ohne eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose aber gleicher Symptomschwere zu verglichen. Bei dem Quantitativen Modell geht es um den Vergleich zwischen Gruppen mit einer starke Ausprägung eines Persönlichkeitsstils (Gruppe 3) und Gruppen mit mittlerer Ausprägung des entsprechende Stil und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b). Ziel war es zu analysiert ob die Ergebnisse des Qualitativen Modells sich in dem Quantitativen Modell replizieren oder nicht.

Bezüglich die Interpretation der PSSI Ausprägung ist grundsätzlich zu beachten, dass extrem hohe Werte auf einer Skala (z.B. T-Wert > 70) zwar den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung erhöhen, in keinem Fall jedoch ausreichen, eine solche Diagnose festzulegen.

Weiterhin wird analysiert ob innerhalb des Quantitativen Modells die Ergebnisse in beiden Stichproben repliziert werden oder nicht.

Bei diesem Modell werden, im Unterschied mit zu Analyse des Qualitativen Modells, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile nicht untereinander verglichen. Weiterhin werden die Mittelwertsvergleiche auf die Selbststeuerungsfunktionen sich konzentrieren. Unterschiede z.B. in Affekten und Temperamentskomponenten werden nicht analysiert.

In Tabelle 2.1.1 sind die Anzahl für jede der erwähnten Gruppen (Gruppen mit niedrig, mittel und hohe Ausprägung eines Persönlichkeitsstils) für die alte Stichprobe und in Tabelle 2.1.2 für die neue Stichprobe dargestellt.

Persönlichkeitsstile für die nicht mehr als N = 4 hohe Ausprägungen vorlagen, wurden nicht berücksichtigt.

In der *alten Stichprobe* sind die Stile die nicht berücksichtigen wurden folgende: der ehrgeizige/narzisstische, der loyal/abhängig, der liebenswürdige/histrionische und der optimistische/rhapsodische Stil.

In der *neuen Stichprobe* wurden auch diese erwähnte Stile nicht berücksichtigen. Zusätzlich wurden auch folgende Stile nicht berücksichtigen: der selbstbestimmt/antisoziale, ahnungsvoller/schizotypische, der still/depressive, der hilfsbereit/selbstlose.

Die selbstbestimmte, die ahnungsvoller, die stille und die hilfsbereite Stile wurden nur für die alte Stichprobe analysiert, das bedeutet das die Ergebnisse von diesbezügliche Stile nicht replizieren werden können.

Tab. 2.1.1: QUANTITATIVES MODELL: Alte Stichprobe (n = 123)

	Ausprägung des Persönlichkeitsstils (PSSI-K Kennwerten)			
Persönlichkeitsstil	Gruppe Niedrig (< 40) N	Gruppe Mittel (40 – 70) mit wenig Symptomen N	Gruppe Mittel (40 – 70) mit vielen Symptomen N	Gruppe Hoch (>70) mit vielen Symptomen N
AS	21	47	47	8 (6,5%)
PN	26	44	46	7 (5,7%)
SZ	15	52	50	6 (4,9%)
SU	31	44	44	4 (3,3%)
ZW	8	53	57	5 (4,1%)
ST	37	40	41	5 (4,1%)
BL	34	41	42	6 (4,9%)
NT	23	45	47	8 (6,5%)
DP	24	46	45	8 (6,5%)
SL	12	49	54	8 (6,5%)

Tab. 2.1.2: QUANTITATIVES MODELL: Neue Stichprobe (n = 137)

	Ausprägung des Persönlichkeitsstils (PSSI-K Kennwerten)			
Persönlichkeitsstil	Gruppe Niedrig (< 40) N	Gruppe Mittel (40 – 70) mit wenig Symptome N	Gruppe Mittel (40 – 70) mit vielen Symptomen N	Gruppe Hoch (>70) mit vielen Symptomen N
PN	26	49	50	12 (8,7%)
SZ	14	54	59	10 (7,3%)
SU	29	49	48	11 (8 %)
ZW	11	58	60	8 (5,8%)
BL	26	54	52	5 (3,6%)
NT	22	53	56	6 (4,4%)
SL	16	59	55	7 (5,1 %)

Die drei Stilen die sowohl in der alten als auch in der neuen Stichprobe nicht berücksichtigen wurden (der ehrgeizige/narzisstische, der liebenswürdige/histrionische und der optimistische/rhapsodische Stil) sind Stile, die gemäß der PSI-Theorie mit einer dispositioneller hohe Belohnungssensibilität bei gleichzeitig niedrige Bestrafungssensibilität assoziieren sind.

Die Prozentwerte von extrem hohen Ausprägungen liegen in der alten Stichprobe zwischen 3,3% und 6,5%. In der neuen Stichprobe liegen zwischen 4,4% und 8,7%.

Die Anzahl der Fälle ist in den verschiedenen Gruppen unterschiedlich hoch und besonders in den Extremgruppen, zum Teil sehr niedrig (N = 4). Dieser Umstand kann die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Befunde sind daher ausschließlich explorativ.

2.2 MITTELWERTSVERGLEICHE DER SYMPTOMSCHWERE

Wie erwähnt, wurde die mittlere Gruppe *(Gruppe 2)* für jede PSSI-K Skala anschließend mit Hilfe eines Mediansplits in der Skala „Symptomschwere“ des BES-K geteilt. In diesem Abschnitt werden alle Gruppen des Quantitativen Modells hinsichtlich der Symptomschwere verglichen. *Unabhängige t-Tests* wurden berechnet, um die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Symptomschwere genauer zu analysieren. Dabei war der Vergleich zwischen jeder Gruppe mit einer hohen Ausprägung des Persönlichkeitsstils *(Gruppe 3)* und den Gruppen mit einer mittleren Ausprägung des entsprechenden Persönlichkeitsstil und einer hohen Symptomausprägung *(Gruppe 2b)* von besonderem Interesse.

Wichtig war, dass sich die Gruppe mit einer mittleren Ausprägung des Persönlichkeitsstil und einer hohen Symptomausprägung (Gruppe 2b) nicht signifikant von der Gruppe mit einer hohen Ausprägung des entsprechenden Persönlichkeitsstils (Gruppe 3) hinsichtlich der Symptomausprägung unterscheidet.

2.2.1. Stichprobe 1: Alte Stichprobe

Die berechneten unabhängigen t-Tests (Tab. 2.2.1) zeigen, dass sich in allgemein die Gruppen mit einer mittleren Ausprägung eines Persönlichkeitsstil und einer hohen Symptomausprägung *(Gruppe 2b)* nicht signifikant von den Gruppen mit einer hohen Ausprägung des entsprechenden Persönlichkeitsstils *(Gruppe 3)* hinsichtlich der Symptomausprägung unterscheidet.

Die einzigen Ausnahmen zeigten sich bei der selbstbestimmte und der hilflose Stile. Die Gruppe mit mittlerer Ausprägung des selbstbestimmten Stils hat signifikant höhere Mittelwerte ($t(54) = 2.37$, $p<.05$) in Symptomausprägung im Vergleich zu der Gruppe mit höhere Ausprägung des entsprechenden Stils. Ferner hat der Gruppe mit mittlere Ausprägung des hilfloses Stils auch signifikant höhere Werte ($t(60) = 2.19$, $p<.05$) in Symptomausprägung als der Gruppe mit hoher Ausprägung des entsprechenden Stils. Da die Gruppen mit höherer Ausprägung jedoch niedrigere Symptomschwere aufweisen als die Gruppen mit mittlerer Stilausprägung, können eventuelle Selbststeuerungsdefizite bei extremer Stilausprägung nicht auf die Symptomschwere zurückgeführt werden.

2.2.2 Stichprobe 2: Neue Stichprobe

Die berechneten unabhängigen t-Tests (Tab. 2.2.2) zeigen, dass sich die Gruppen mit einer mittleren Ausprägung eines Persönlichkeitsstil und einer hohen Symptomausprägung *(Gruppe 2b)* nicht signifikant von den Gruppen mit einer hohen Ausprägung des entsprechenden Persönlichkeitsstils *(Gruppe 3)* hinsichtlich der Symptomausprägung unterscheidet.

Eine Ausnahme zeigte sich bei der sorgfältiger Stil. Die Gruppe mit mittlere Ausprägung des sorgfältiger Stils hat marginal signifikant höhere Mittelwerte ($t(66) = 1.80$, $p<.10$) in Symptomausprägung im Vergleich zu der Gruppe mit höhere Ausprägung des entsprechendes Stils.

Nach diesen Ergebnissen lässt sich sagen, dass es gelungen ist, für die meisten Stile eine Kontrollgruppe gleicher Symptomausprägung zu finden, so dass die Unterschiede in weiteren abhängigen Variablen auf die Ausprägung des Persönlichkeitsstils und nicht auf die Symptomausprägung zurückzuführen sind.

Tab. 2.2.1: ALTE STICHPROBE: Ergebnisse unabhängige t- Test für die Mittelwertunterschiede zwischen Gruppe mit einer höhere Ausprägung der Persönlichkeitsstils (Gruppe 3) und Gruppe mit einer mittlere Ausprägung des Persönlichkeitsstil und gleichzeitig einer hohen Symptomausprägung (Gruppe 2b) hinsichtlich der Symptomausprägung (BES-K).

				T-Test für die Mittelwertvergleich	
PS	**Gruppen**	**Mittelwert**	**Standarab weichung**	**T**	**Sig. (2-seitig)**
AS	Mittel viele Symptome Hoch	56,39 51,23	4,622 10,347	2,37	,021*
PN	Mittel viele Symptome Hoch	57,43 57,00	4,837 7,724	,200	,842
SZ	Mittel viele Symptome Hoch	59,96 55,33	5,088 6,889	,715	,477
SU	Mittel viele Symptome Hoch	57,74 58,51	4,498 11,498	-,299	,766
ZW	Mittel viele Symptome Hoch	56,68 56,80	4,839 9,391	-,051	,960
ST	Mittel viele Symptome Hoch	57,06 57,16	4,686 9,119	-,037	,971
NT	Mittel viele Symptome Hoch	56,97 57,88	4,405 8,839	-,454	,652
BL	Mittel viele Symptome Hoch	57,75 57,79	4,844 9,016	-,018	,985
DP	Mittel viele Symptome Hoch	57,60 56,23	4,338 9,600	-,680	,500
SL	Mittel viele Symptome Hoch	57,13 52,76	5,256 5,359	2,190	0,32

Tab. 2.2.2: NEUE STICHPROBE: Ergebnisse unabhängige t- Test für die Mittelwertunterschiede zwischen Gruppe mit einer höhere Ausprägung der Persönlichkeitsstils (Gruppe 3) und Gruppe mit einer mittlere Ausprägung des Persönlichkeitsstil und gleichzeitig einer hohen Symptomausprägung (Gruppe 2b) hinsichtlich der Symptomausprägung (BES-K).

				T-Test für die Mittelwertvergleich	
PS	**Gruppen**	**Mittelwert**	**Standarab weichung**	**T**	**Sig. (2-seitig)**
SZ	Mittel viele Symptome Hoch	60,61 59,00	6,772 7,528	,685	,496
PN	Mittel viele Symptome Hoch	61,24 59,67	6,352 8,637	,717	,476
SU	Mittel viele Symptome Hoch	61,06 61,91	6,110 8,006	-,391	,698
ZW	Mittel viele Symptome Hoch	60,58 55,75	6,647 10,375	1,800	,076 +
BL	Mittel viele Symptome Hoch	62,15 60,20	6,232 7,497	,659	,513
NT	Mittel viele Symptome Hoch	60,68 60,33	6,542 8,914	,119	,906
SL	Mittel viele Symptome Hoch	60,44 63,29	6,599 7,994	-1,052	,297

2.3 GRUPPENUNTERSCHIEDE IN DEN SELBSTSTEUERUNGSFUNKTIONEN

Es wurden unabhängige t-Tests für alle Subskalen des SSI-K und HAKEMP gerechnet, um Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen zu testen. Dabei war der Vergleich zwischen jeder Gruppe mit einer höheren Ausprägung der Persönlichkeitsstil (PSSI) (Gruppe 3) und Kontrollgruppen mit einer mittleren Ausprägung des Persönlichkeitsstils und gleichzeitig hohen Symptomausprägung (Gruppe 2b) von besonderem Interesse (siehe Tabellen 2.3.1 und 2.3.2). Das einzige, worin sich diese beiden Gruppen unterscheiden, ist die Ausprägung des Persönlichkeitsstils, da die Symptomausprägung kontrolliert wurde.

Tab.2.3.1: QUANTITATIVES MODELL: Ergebnisse der unabhängigen T-Tests für die Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen mit einer höheren (Gruppe 3) und denen mit mittlerer Ausprägung der Persönlichkeitsstile bei gleichzeitig starker Symptomausprägung (Gruppe 2b).

PS	Selbstmotivierung	Aktivierungskontrolle	Selbstbestimmung	Volitinale Initiative	Volitionale Aktivität	Konzentration	Zielrelativierung	Unabhängigkeit	Gelassenheit	Selbstbestimmung makro	Zielumsetzung makro	Zielorientierung makro	Lageorientierung makro	Belatung	Bedrohung	Belastung & Bedrohung
NT ***(AS)***		↓ +		↓ +					↓ ***	↓ +	↓ *	↑ **	↑ ***	↑ ***	↑ **	↑ **
NT ***(NS)***														↑ *	↑ *	↑ *
SZ ***(AS)***														↑ +		↑ +
SZ ***(NS)***	↓ *		↓ +	↓ **	↓ *			↓ **	↓ *	↓ *		↑ **	↑ *			
BL ***(AS)***	↓ **	↓ *		↓ **		↓ +			↓ *	↓ ***	↓ **	↑ **	↑ **			
BL ***(NS)***				↓ +	↓ *	↓ **		↓ +	↓ *			↑ *	↑ **			
SU ***(AS)***	↓ *	↓ +						↓ *	↓ *			↓ *	↑ **	↑ *		
SU ***(NS)***	↓ *		↓ **	↓ *		↓ **	↓ *	↓ **	↓ ***			↓ **	↑ **			

+ p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

AS = Alte Stichprobe *NS* = Neue Stichprobe

↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlerer Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere

↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlerer Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere

Tab.2.3.2: QUANTITATIVES MODELL: Ergebnisse der unabhängigen T-Tests für die Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen mit einer höheren (Gruppe 3) und denen mit mittlerer Ausprägung der Persönlichkeitsstile bei gleichzeitig starker Symptomausprägung (Gruppe 2b).

Persönlich keitsstile	Selbstmotivierung	Aktivierungskontrolle	Selbstbestimmung	Volitionaler Initiative	Volitionaler Aktivität	Konzentration	Zielrelativierung	Unabhängigkeit	Gelassenheit	Selbstbestimmung makro	Zielumsetzung makro	Zielorientierung makro	Lageorientierung makro	Belastung	Bedrohung	Belastung & Bedrohung
PN *(AS)*	↓ *									↓ **						
PN *(NS)*	↓ *	↓ *		↓ **	↓ **	↓ *	↓ *	↓ *	↓ **	↓ *		↑ *	↑ **			
SL (AS)			↓ +													
SL *(NS)*									↓ **			↑ *		↑ *	↑ *	↑ *
ZW *(AS)*	↑ *		↑ **	↑ **	↑ *				↑ *	↑ *			↓ *			
ZW *(NS)*			↑ +	↑ **			↓ **				↑ *		↓ +			
AS *(AS)*	↑ **	↑ +	↑ **	↑ **	↑ *	↑ *		↑ **	↑ ***	↑ **	↑ *	↓ *	↓ **	↓ *		↓ +
ST *(AS)*		↓ +										↑ +	↑ **	↑ +	↑ +	↑ +
DP *(AS)*	↓ **	↓ **	↓ *	↓ **		↓ +		↓ **	↓ ***	↓ **	↓ **	↑ **	↑ **	↑ +	↑ +	↑ +

+ p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

AS = Alte Stichprobe
NS = Neue Stichprobe

↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlerer Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere

↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlerer Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere

Tab. 2.3.3: QUANTITATIVES MODELL: Ergebnisse der unabhängigen T-Tests für die Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen mit einer höheren (Gruppe 3) und denen mit mittlerer Ausprägung der Persönlichkeitsstile bei gleichzeitig starker Symptomausprägung (Gruppe 2b) für die Skalen des HAKEMP.

Persönlichkeitsstile	HOM	HOP
NT *(AS)*		
NT *(NS)*		
SZ *(AS)*		
SZ *(NS)*		↓ **
BL *(AS)*		
BL *(NS)*		
SU *(AS)*		
SU *(NS)*	↓ *	↓ *
PN *(AS)*		
PN *(NS)*		
SL *(AS)*		
SL *(NS)*		
ZW *(AS)*		↑ **
ZW *(NS)*		
AS *(AS)*	↑ **	
ST *(AS)*		↓ +
DP *(AS)*		↓ +

+ p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

AS = Alte Stichprobe
NS = Neue Stichprobe

↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlerer Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere

↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlerer Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere

Tab. 2.3.4. ZUSAMMENFASSUNG QUANTITATIVES MODELL: Die Gruppen mit hoher Ausprägung eines Persönlichkeitsstils (PSSI-Skalen) (Gruppe 3) zeigten signifikant niedrigere Werte in folgenden Skalen des SSI-K im Vergleich zu den Gruppen mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b).

Makrobereiche	Skala SSI-K	Alte Stichprobe	Neue Stichprobe	Beide Stichproben
SELBSTREGULATION	**Selbstmotivierung**	DP **, BL**, SU *, PN *	PN *, SZ *, SU *	SU und PN
	Aktivierungskontrolle	DP **	PN *	--
	Selbstbestimmung	DP *, SL +	SZ +, SU **	--
	Selbstbestimmung Makro	NT+, BL ***, PN **, DP **	PN * , SZ *	PN
WILLENSHEMMUNG	**Volitionaler Initiative**	NT +, BL **, DP **	PN**, SZ **, BL +, SU*	BL
	Volitionaler Aktivität		SZ*, BL*, PN**	--
	Konzentration	DP+, BL +	PN*, BL**, SU**	BL
	Zielumsetzung Makro	NT*, BL**, DP**	--	---
SELBSTKONTROLLE	**Zielfixierung**	--	PN*, ZW**, SU*	
	Zielfixierung Makro	NT**, BL**, SU*, ST+, DP**	SZ**, BL*, SU**, PN*, SL*	BL und SU
SELBSTHEMMUNG	**Abhängigkeit**	DP**, SU*	PN*, SZ**, BL+, SU**	SU
	Grübeln	NT***, BL*, SU*, DP**	SZ*, BL*, SU***, PN**, SL**	BL und SU
	Lageorientierung Makro	NT***, BL**, SU**, ST**, DP**	SZ*, BL**, SU**, PN**,	BL und SU
BELASTUNG UND BEDROHUNG	**Belastung**	NT***, SZ+, SU*, ST+, DP+	NT*, SL*,	NT
	Bedrohung	NT**, ST+, DP+	NT*, SL*	NT
	Belastung und Bedrohung Makro	NT**, SZ+, ST+, DP+	NT*, SL*	NT

+ p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

Abkürzungen für die Persönlichkeitsskalen (PSSI-K):

AS (selbstbestimmt/antisozial); PN (eigenwillig/paranoid); SZ (zurückhaltend/schizoid); SU (selbstkritisch/selbstunsicher); ZW (sorgfältig/zwanghaft); ST (ahnungsvoll/schizotypisch); RH (optimistisch/rhapsodisch); NA (ehrgeizig/narzisstisch); NT (kritisch/negativistisch); AB (loyal/abhängig); BL (spontan/borderline); HI (liebenswürdig/histrionisch); DP (still/depressiv) und SL (hilfsbereit/selbstlos).

3. ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE BEIDER MODELLE

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse separat für jedes Persönlichkeitsstil, die in beide Modelle untersucht worden, dargestellt. Es wird diskutiert, ob die Ergebnisse in den beiden Modellen sich replizieren oder nicht. Es wird auch analysiert, ob die Ergebnisse des qualitativen Modells in beiden Stichproben (alte und neue Stichprobe) sich replizieren oder nicht. In Abschnitt 3.6 werden die Ergebnisse für weitere Stile dargestellt, die im quantitativen Modell analysiert wurden, jedoch nicht im qualitativen.

3.1 Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung

Tab. 3.1: Zusammenfassung der Ergebnisse für qualitatives und quantitatives Modell

	Qualitatives Modell	**Quantitatives Modell**
		Neue Stichprobe
ST-Gruppe	Konzentration ↓ +	Aktivierungskontrolle ↓ + Zielorientierung Makro↑ + Lageorientierung Makro↑ ** Belastung ↑ + Bedrohung ↑ + HOP ↓ +

Anmerkungen: + p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

Qualitatives Modell:

↓ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant niedrigere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörungs-Diagnose (KG2)

↑ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant höhere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörungs-Diagnose (KG2)

Quantitatives Modell:

↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

In der PSI-Theorie wird dieser Stil mit einer starken Ausprägung beider Emotions- bzw. Motivationslagen erklärt. Eine erhöhte Aktivierung von positiven wie negativen Affekten dämpft den Zugriff auf die hochinferenten Funktionen des Denkens und des Fühlens (1. und 2MA). Dadurch wurde erwartet, dass Personen mit einer Diagnose von Schizotypischer Persönlichkeitsstörung signifikant niedriger Kennwerte in den Skalen der Selbstregulation (Hyp. 2.1.1.2) und der Selbstbahnung (Hyp. 2.1.3) als bei der Probanden ohne Persönlichkeitsstörungen zeigten. Ferner wurde erwartet, dass Personen dieser Persönlichkeitsstörungsgruppe mit erhöhten Kennwerten der Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) einhergehen.

Qualitatives Modell: Die unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen Personen mit klinisch diagnostizierter schizotypischer Persönlichkeitsstörung und der KG2 (Kontrollgruppe ohne eine Diagnose von Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere) waren, entgegen der

Erwartungen, in allgemein nicht signifikant. Diese Gruppe hat im Vergleich zu der KG2 lediglich eine marginal signifikant geringe Konzentrationsfähigkeit. Dieser Unterschied replizierte sich nicht im quantitativen Modell.

Quantitatives Modell: In diesem Modell zeigten sich mehr signifikante Unterschiede als im qualitativen. Jedoch muss beachtet werden, dass die Skala „ahnungsvoll/schizotypische“ nur für die alte Stichprobe analysiert wurde, da in der neuen Stichprobe nicht genug Personen eine extrem hohe Ausprägung in dieser Skala hatten.

Im Vergleich mit der Gruppe mit mittlerer Ausprägung des ahnungsvollen Stils und hohe Symptomschwere (2b) zeigte die Gruppe mit hoher Ausprägung des entsprechenden Stils (Gruppe 3) (siehe Tab. 2.3.2):

- marginal signifikant niedrigere Werte in Aktivierungskontrolle ($t(44) = -1.89$, $p<.10$),
- marginal signifikant höhere Werte in Belastung ($t(44) = 1.74$, $p<.10$) und in Bedrohung ($t(44) = 1.80$, $p<.10$),
- marginal signifikant höhere Werte in der Makroskala Zielorientierung ($t(44) =1.80$, $p<.10$),
- signifikant höhere Werte in der Makroskala Lageorientierung ($t(44) = 3.11$, $p<.01$),
- signifikant niedrigere Werte in der Skala Prospektive Handlungsorientierung ($t(44) = - 1.70$, $p<.10$)

Zusammenfassend betrachtet replizierten sich die Ergebnisse der beiden Modelle nicht. Sie replizieren sich nur für die Skalen, in denen sich in beiden Modellen keine Defizite zeigen: *Selbstbahnung* und *Selbstkontrolle*. Weiterhin zeigten sich in beiden Modellen keine signifikanten Unterschiede in den Skalen des HAKEMP.

3.2 Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Tabelle 3.2 veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse beider Modelle. In der PSI-Theorie wird der Borderline-Typus durch eine extreme Kombination von Impulsivität und sensorischer Erregbarkeit (T+ & T-) beschrieben. Diese Kombination dämpft den Zugriff auf die hochinferenten Funktionen des Denkens und des Fühlens (1. und 2MA). Dadurch wurde erwartet, dass Personen mit einer Diagnose von Borderline Persönlichkeitsstörung signifikant niedrigere Kennwerte in den Skalen der Selbstregulation (Hyp. 2.1.1.2) und der Selbstbahnung (Hyp. 2.1.3) als bei der Probanden ohne Persönlichkeitsstörungen zeigten. Ferner wurde erwartet (Hyp. 2.3.1), dass Personen dieser Persönlichkeitsstörungsgruppe mit erhöhten Kennwerten der Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) einhergehen.

Tab. 3.2: Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen und quantitativen Modells

	Qualitatives Modell (1)	**Quantitatives Modell**	
		Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
BL-Gruppe	Selbstmotivierung ↓ *	Selbstmotivierung ↓ **	
		Aktivierungskontrolle ↓ *	
	Volitionaler Initiative ↓ ***	*Volitionaler Initiative* ↓ **	*Volitionaler Initiative* ↓ +
	Volitionaler Aktivität ↓ ***		Volitionaler Aktivität ↓ *
	Konzentration ↓ **	*Konzentration* ↓ +	*Konzentration* ↓ **
			Unabhängigkeit
	Gelassenheit ↓ +	*Gelassenheit* ↓ *	*Gelassenheit* ↓ *
		Selbstbestimmung M. ↓ ***	
		Zielumsetzung M. ↓ **	
		Zielorientierung M. ↑ **	Zielorientierung M. ↑ **
	Lageorientierung Makro ↑ ***	*Lageorientierung M.* ↑**	*Lageorientierung M.*↑ **

Anmerkungen: + p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

(1) Alle die Unterschiede die zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose und mit gleicher Symptomausprägung (KG2) sich zeigten, replizieren sich in dem Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose und mit niedriger Symptomausprägung (KG1) (siehe Tabelle 1.7.6).

Qualitatives Modell:

↓ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant niedrigere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

↑ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant höhere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

Quantitatives Modell:

↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

Sowohl in dem Qualitativen Modell als in der alten Stichprobe des quantitativen Modells zeigten sich hypothesenkonform signifikante Unterschiede in der *Selbstmotivierung*. Personen der Borderline-Gruppe haben im Vergleich zu den Kontrollgruppen eine signifikant geringere Fähigkeit, positive Stimmung selbst herzustellen. Es fällt ihnen schwerer, sich selbst zu motivieren, wenn sich in einer schwierigen Situation nicht unterstützt werden.

In beiden Modellen und in beiden Stichproben innerhalb des quantitativen Modells zeigten Personen der BL-Gruppe signifikante Unterschiede in der willensbahnenden Funktionen (Initiativmangel und Konzentrationsschwäche). Anders gesagt zeigten sie Hinweise von *Willenshemmung*. Sie sind stärker *prospektiv lageorientiert* (*Initiativmangel*) als die Personen der Kontrollgruppe. Weiterhin ist bei ihnen die Fähigkeit, Ablenkungen von außen oder von innen (z.B. irrelevante Gedanken) zu unterbinden, geringer als bei der Kontrollgruppen (*Konzentrationsschwäche*).

Ferner zeigten Personen der BL-Gruppe *Volitionaler Passivität*. Der positive Affekt ist bei ihnen mehr gedämpft und damit ist Energie zum Umsetzen eigener Handlungsabsichten geringer als

die Kontrollgruppen. Bei ihnen ist damit die Anfälligkeit für Umsetzung fremder Ziele höher als bei der Kontrollgruppen.

In den beiden Modellen und in den beiden Stichproben des Quantitativen Modells hatte die BL-Gruppe signifikant höhere Werte in der *Makroskala Lageorientierung* des SSI-K2. Diese Skala, deren Kennwerte des Ergebnisses der Summe der Skalen Unabhängigkeit und Gelassenheit sind, erfasst die grüblerische Auseinandersetzung nach Misserfolgen (d.h. LOM). Die Borderline-Gruppe hat eine stärkere *Neigung zu Grübeln* als die Kontrollgruppe, was den Zugang zum ganzheitlichen Fühlen und zur integrativen Selbstwahrnehmungen erschwert. Es fehlt ihnen die Überblick über die Gesamtheit eigener Bedürfnisse und Werte, so dass oft Dinge getan werden, die nur momentanen eigenen oder fremden Einzelinteressen entsprechen, andere Selbstaspekte aber vernachlässigen, so dass das eigene Verhalten später „leid tut“ oder man nicht voll hinter früheren Entscheidungen steht.

Innerhalb des quantitativen Modells zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Makroskala *Zielorientierung:* die BL-Gruppe hatte signifikante höhere Werte in dieser Skala. Die Kennwerte dieser Skala ist die Ergebnisse der Summe der Kennwerte der Skalen der Selbstkontrolle. Die Zielorientierung bedeutet eine ständige gedankliche Weiterbeschäftigung mit in der Zukunft liegenden Zielzuständen.

Hinsichtlich der Ziele der vorliegenden Arbeit ist wichtig; dass alle berichteten Unterschiede zu den Kontrollgruppen nicht auf die Unterschiede in der Symptomschwere zurückzuführen sind. Es muss sich vielmehr um eine grundlegende Störung in der Modulation des Affekterlebens handeln.

Zusammenfassend betrachtet zeigten sich zwischen beiden Modellen wichtige Übereinstimmungen. Entsprechend den Erwartungen zeigte die BL-Gruppe Defizite in den Selbststeuerungsfunktionen gemessen durch den SSI-K2, entgegen den Erwartungen jedoch keine signifikanten Unterschiede in den Skalen des HAKEMP, was für beide Modelle gilt. Es war erwartet worden, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit erhöhten Kennwerten in Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) einhergeht. Anders ausgedrückt wurde erwartet, dass diese Probanden Schwierigkeiten zeigten, negativem Affekt selbst herabzuregulieren.

3.3 Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Tab. 3.3: Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen und quantitativen Modells.

	Qualitatives Modell (1)	**Quantitatives Modell**	
		Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
SZ - Gruppe	Selbstmotivierung ↓ *		Selbstmotivierung ↓ *
			Selbstbestimmung ↓ +
	Volitionaler Initiative ↓ +		Volitionaler Initiative ↓ **
	Volitionaler Aktivität ↓ **		Volitionaler Aktivität ↓ *
			Unabhängigkeit ↓ **
			Gelassenheit ↓ *
	Selbstbestimmung Makro ↓ +		Selbstbestimmung Makro ↓ *
	Lageorientierung Makro ↑ *		Zielorientierung Makro ↑ **
			Lageorientierung Makro ↑ *
	HOP ↓ *	Belastung ↑ +	HOP ↓ **
		Belastung und Bedrohung ↑ +	

(1) Alle die Unterschiede die zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose und mit gleicher Symptomausprägung (KG2) sich zeigten, replizieren sich in dem Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose und mit niedriger Symptomausprägung (KG1).

Qualitatives Modell:

- ↓ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant niedrigere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)
- ↑ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant höhere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

Quantitatives Modell:

- ↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)
- ↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

Qualitatives Modell: Die Ergebnisse zeigen erwartungsgemäß (Hyp. 2.1.1.1), dass die Personen mit schizoider Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu der KG2 eine signifikant geringere Selbstmotivierungsfähigkeit ($t(16) = -2.80$, $p < .05$) haben.

Die erwarteten Unterschiede hinsichtlich der Selbstbestimmung (Hyp. 2.1.1.1) zeigen sich nicht im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung gleicher Symptomschwere (KG2), jedoch mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschwere (KG1). Trotzdem zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit der KG2 hinsichtlich der Makroskala *Selbstbestimmung*.

Hypothesenkonform (Hip. 2.1.4) zeigten diese Probanden im Vergleich zu der KG2 *Initiativmangel*, *Volitionaler Passivität* und *Konzentrationsschwäche*. Theoriekonform zeigten sich aber keine signifikanten Unterschiede in *Selbstbahnung*, weder mit der Kontrollgruppe 2 noch mit der Kontrollgruppe 1. Jedoch zeigten Personen mit diagnostizierter schizoider Persönlichkeitsstörung signifikant höhere Werte in der Makroskala Lageorientierung (LOM). Diese Neigung zu

Lageorientierung nach Misserfolg repliziert sich nicht in der Skala HOM des HAKEMP, wo sich keine signifikanten Unterschiede weder mit der KG2 noch mit der KG1 zeigten.

Alle Unterschiede zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose und mit gleicher Symptomausprägung (KG2) replizierten sich in dem Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörungsdiagnose und mit niedriger Symptomausprägung (KG1) (siehe Tabelle 1.7.2.3).

Es sei hier erneut darauf hingewiesen, dass alle Unterschiede zu KG2 nicht auf Unterschieden in der Symptomschwere zurückzuführen sind, was hinsichtlich der Zielfragestellung der vorliegenden Arbeit wichtig ist.

Quantitatives Modell: Die Ergebnisse von beiden Stichproben replizieren sich nicht. Trotzdem ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der neuen Stichprobe des quantitativen Modells die Ergebnisse des Qualitativen Modells replizieren (siehe Tabelle 3.3).

Zusammenfassend betrachtet, zeigten sich bei dieser Persönlichkeitsstörungsgruppe in beiden Modellen *Selbstmotivierungsdefizite, Selbststimmungsdefizite und Hinweise auf Willenshemmung* (Initiativmangel und Volitionaler Passivität). Weiterhin replizieren sich die Ergebnisse bezogen auf die Skalen des HAKEMP: in beiden Modellen zeigten die Personen der SZ-Gruppe eine Neigung zu prospektiver Lageorientierung.

3.4 Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

***Qualitatives Model*:** Die unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen Personen mit klinisch diagnostizierter selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und Personen der Kontrollgruppe (KG2) mit gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der SSI-Skalen waren entgegen der Erwartungen (Hyp. 2.1.1.1, 2.1.2.1, 2.1.3 und 2.1.4) nicht signifikant. Analoges und auch entgegen der Erwartungen (Hyp. 2.3.1 und 2.3.2) lässt sich sagen für den beiden Handlungskontrolldispositionen (HAKEMP).

Bei dieser Persönlichkeitsstörung ist zu berücksichtigen, dass sie signifikant niedrigere Werte in der Symptomschwere (nach klinische Beurteilung) im Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere (KG2) hatten (Abschnitt 1.2).

Tab. 3.4: Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen und Quantitativen Modells

	Qualitatives Modell	**Quantitatives Modell**	
		Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
SU-Gruppe	-- (1)	Selbstmotivierung ↓ * Aktivierungskontrolle ↓ + Unabhängigkeit ↓ * Gelassenheit ↓ * Zielorientierung Makro ↓ * Lageorientierung Makro ↑ ** Belastung ↑ *	Selbstmotivierung ↓ * Selbstbestimmung ↓ ** Volitionaler Initiative ↓ * Konzentration ↓ ** Zielrelativierung ↓ * Unabhängigkeit ↓ ** Gelassenheit ↓ *** Zielorientierung Makro ↓ ** Lageorientierung Makro↑ ** HOM↓* HOP ↓ *

Anmerkungen: + p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

(1) Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere (KG2), jedoch mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschwere (KG1) (siehe Tabelle 1.7.2.3)

Quantitatives Modell:

↓ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant niedrigere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

↑ Personen mit hoher Ausprägung des entsprechendes Stils (Gruppe 3) haben signifikant höhere Werte als Personen mit mittlere Ausprägung des Stils bei gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b)

***Quantitatives Modell*:** Im Gegenteil zu den Ergebnissen des qualitativen Modells zeigten sich bei dieser Gruppe im quantitativen Modell verschiedenen Defizite in den Selbststeuerungsfunktionen. In beiden Stichproben zeigte die Gruppe mit hoher Ausprägung des selbstunsicheren Stils (Gruppe 3) signifikante Mittelwertunterschiede in folgenden Skalen des SSI-K im Vergleich zur Gruppe mit mittlerer Ausprägung dieses Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b):

- *Skalen der Selbstregulation:* signifikant niedrigere Werte in Selbstmotivierung (alte Stichprobe: t (47) = - 2.20, p<.05 und neue Stichprobe: t (57) = - 2.07, p<.05),
- *Skalen der Selbstbahnung:* signifikant niedrigere Werte in Unabhängigkeit (alte Stichprobe: t (46) = - 2.46, p<.05 und neue Stichprobe: t (57) = - 3.16, p<.01) und in Gelassenheit (alte Stichprobe: (t (46) = - 2,44, p<.05 und neue Stichprobe: t (57) = - 3.87, p<.001)
- *Makroskalen:* signifikant höhere Werte in den Skalen Zielorientierung (alte Stichprobe: t (47) = 3.39, p<.001 und neue Stichprobe: t (57) = 4.10, p<.001) und Lageorientierung (alte Stichprobe: t (47) = 1.74, p<.10 und neue Stichprobe: (t (57) = 2.11, p<.05)

Diesen Ergebnissen zufolge zeigten Personen mit hoher Ausprägung des selbstunsicheren Stils *Selbstmotivierungsdefizite, Hinweise auf Selbsthemmung und auf einer starken Selbstkontrolle.*

Zusammenfassend betrachtet replizierten sich die Ergebnisse der beiden Modelle nicht.

Abb.33 Alte Stichprobe: Mittelwerte (SSI-K und Hakemp) für die Gruppen der selbstkritischen/selbstunsicheren Skala (PSSI)

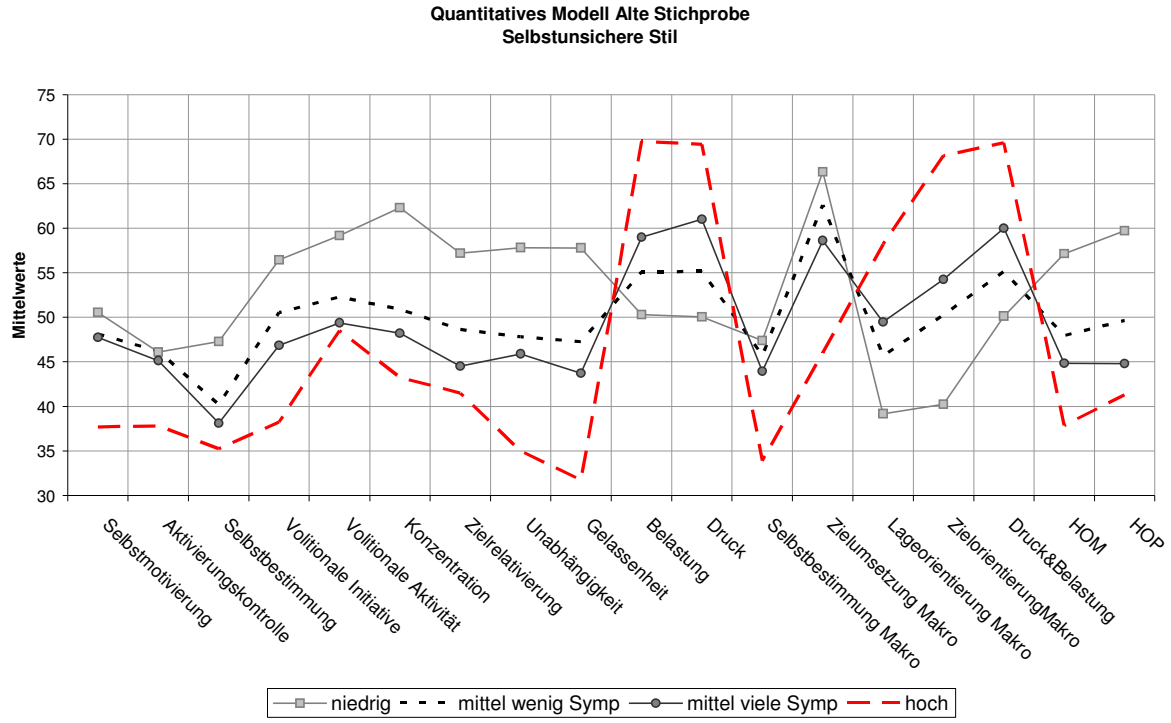
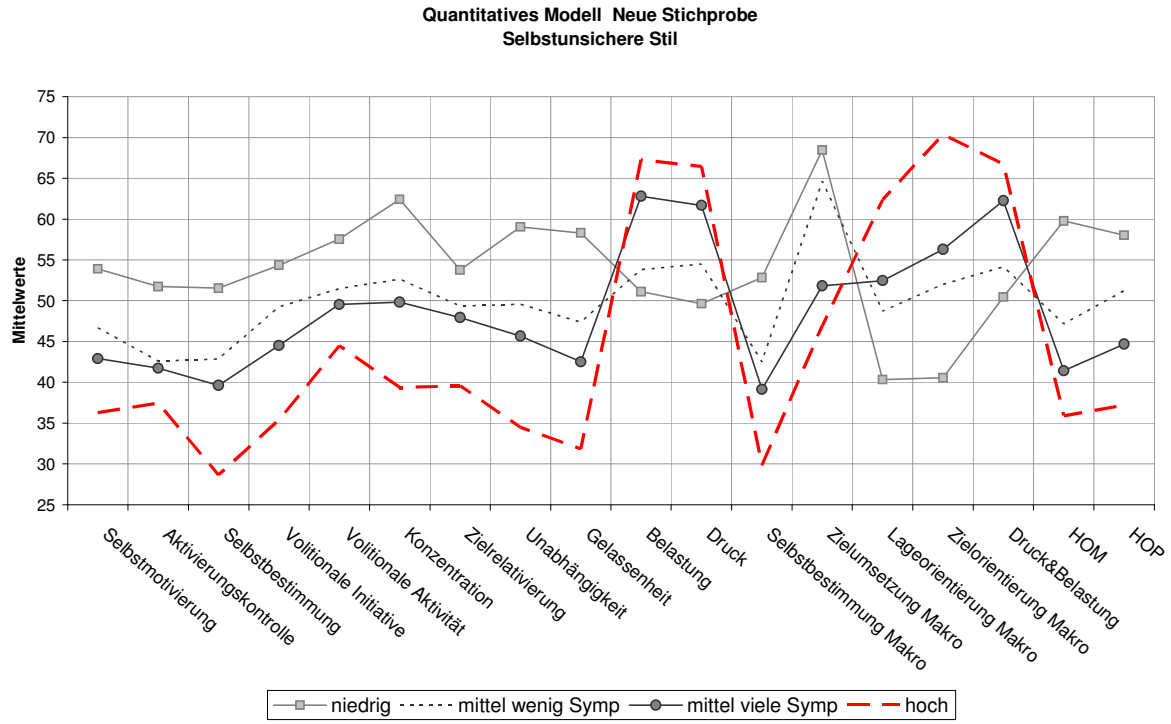


Abb.34 Neue Stichprobe: Mittelwerte (SSI-K und Hakemp) für die Gruppen der selbstkritischen/selbstunsicheren Skala (PSSI)



3.5 Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung

Eine wichtige Anmerkung an dieser Stelle ist, dass in der Quantitatives Modell der „ehrgeizige/narzisstische“ Stil nicht analysiert wurde, da in diesem Modell wurden Persönlichkeitsstile für die nicht mehr als N = 4 hohe Ausprägungen vorlagen, nicht berücksichtigt. Das war den Fall für den „ehrgeizige/narzisstische“ Stil. So für diese Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung konnte man die Ergebnisse der beiden Modelle nicht analysieren.

Tab. 3.5: Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen und Quantitativen Modells

	Qualitatives Modell	**Quantitatives Modell**	
		Alte Stichprobe	**Neue Stichprobe**
NA – Gruppe	Aktivierungskontrolle ↑ + Belastung ↑ + Bedrohung ↑ +	--	--

Anmerkungen: + p<.10 * p <.05 ** p <.01 *** p<.001

Qualitatives Modell:

↓ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant niedrigere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

↑ Personen mit einer klinischen Diagnose der entsprechender PT haben signifikant höhere Werte als Personen gleicher Symptomschwere ohne Persönlichkeitsstörung Diagnose (KG2)

Die narzisstische Gruppe zeigte im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und gleicher Symptomschwere (KG2) *mehr Aktivierungskontrolle* sowie *mehr Belastung und Bedrohung*. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der narzisstischen Gruppe und der KG2 in den anderen Selbststeuerungsfunktionen. Analoges gilt auch für die Skalen des HAKEMP. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschwere (KG1) zeigten sich dieselben Ergebnisse wie bei KG2 (siehe Tabelle 1.7.2.3).

3.6 ANDERE PERSÖNLICHKEITSSTILE

Dieser Abschnitt stellt die Ergebnisse für die Stile dar, die im quantitativen Modell analysiert worden, jedoch nicht in dem qualitativen Modell.

3.6.1 Kritischer Stil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Die Ergebnisse ließen sich für die *Subskalen und Makroskalen Belastung und Bedrohung* (siehe Tabelle 2.3.1) replizieren. In beiden Stichproben hatte die Gruppe mit hoher Ausprägung des kritischen Stils (Gruppe 3) signifikant höhere Werte in den erwähnten Skalen im Vergleich zur Gruppe mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b).

3.6.2 Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Die Ergebnisse von beiden Stichproben lassen sich für die Subskala *Selbstmotivierung* und die Makroskala *Selbstbestimmung* replizieren. Diesen Ergebnissen zufolge haben Personen mit hoher Ausprägung des eigenwilligen Stils (Gruppe 3) signifikant niedrigere Werte in Selbstmotivierung und Selbstbestimmung (Makroskala) als Personen mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b).

3.6.3 Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Die Ergebnisse beider Stichproben replizierten sich nicht für diese Skala des PSSI.

3.6.4 Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Die Skala „still/depressiv“ wurde nur für die alte Stichprobe analysiert, da in der neuen Stichprobe nicht genug Personen ausreichend hohe Werte in dieser Skala hatten.

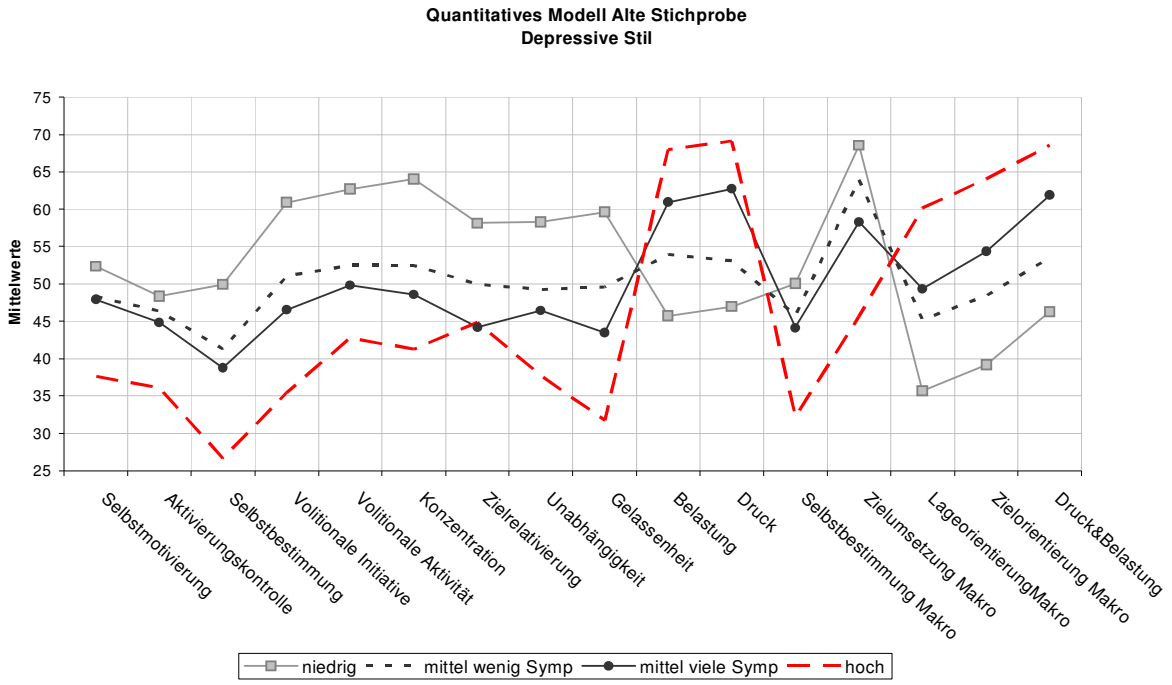
Die Gruppe mit hoher Ausprägung des stillen Stils (Gruppe 3) hat im Vergleich zu der Gruppe mit mittlerer Ausprägung dieses Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b) signifikant niedrigere Werte in alle Skalen der Selbstregulation und der Selbstbahnung (siehe Tabelle 2.3.2), d.h. sie zeigten *Hinweise auf Selbsthemmung.* Weiterhin zeigen diese Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe Initiativmangel und Konzentrationsschwäche (*Willenshemmung*).

Ferner zeigten sich in dieser Gruppe signifikante Unterschiede bei allen Makroskalen (signifikant niedrigere Werte in der Subskalen Selbstbestimmung und Zielorientierung und signifikant höhere Werte in den Subskalen Zielorientierung und Lageorientierung).

Die Analyse mit den Subskalen des HAKEMP ergab, dass Personen mit hoher Ausprägung des stillen Stils signifikant niedrigere Werte in der Subskala *Prospektive Handlungsorientierung* im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten.

Zusammenfassend betrachtet zeigten sich bei der Gruppe mit hoher Ausprägung des stillen Stils *Selbststeuerungsdefizite in allen Makrobereichen*.

Abb. 35: Mittelwerte (SSI-K) für die Gruppen der Skala „still/depressiv“ (PSSI)

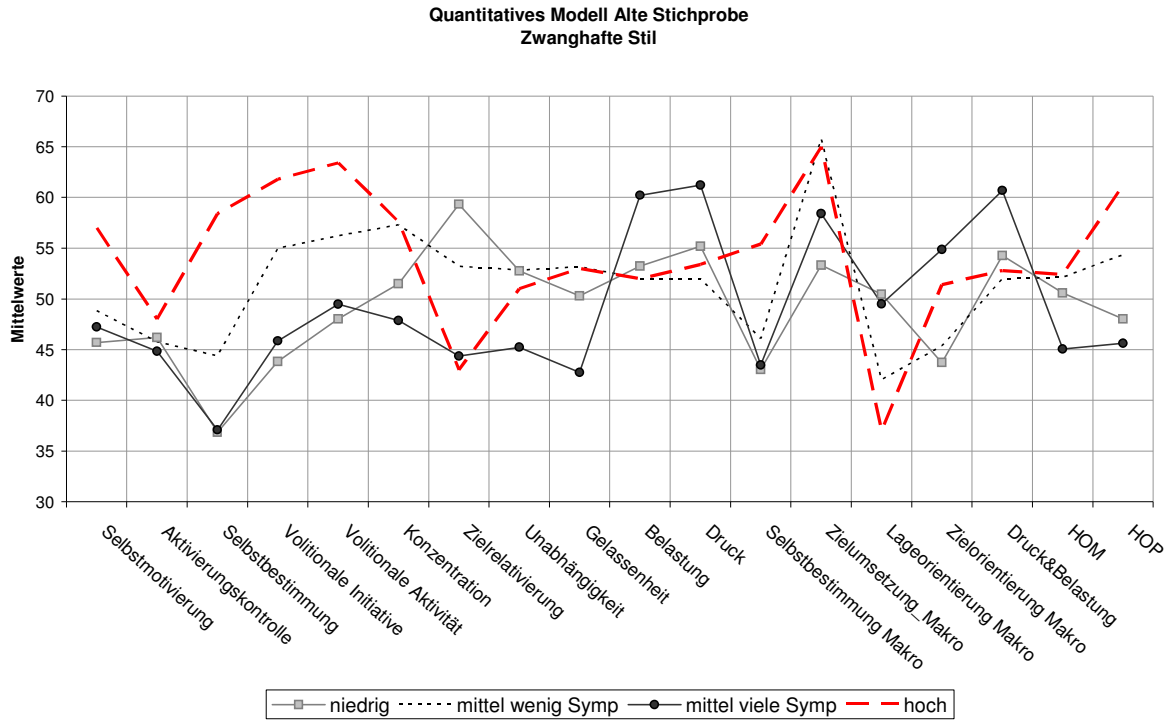


3.6.5 Sorgfältiger Persönlichkeitsstil bzw. zwanghafte Persönlichkeitsstörung

In beiden Stichproben zeigte die Gruppe mit hoher Ausprägung des sorgfältigen Stils (Gruppe 3) signifikante Mittelwertunterschiede in folgenden Skalen des SSI-K im Vergleich mit der Gruppe mittlerer Ausprägung dieses Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b):

- *Skalen der Selbstregulation:* signifikant höhere Werte in Selbstbestimmung
- *Skalen der Willensbahnung:* signifikant höhere Werte in Volitionaler Initiative
- *Makroskalen:* signifikant niedrigere Werte in der Makroskala Lageorientierung

Abb. 36 Alte Stichprobe: Mittelwerte (SSI-K und Hakemp) für die Gruppen der Skala „sorgfältig/zwanghaft“ (PSSI)



3.6.6 Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung

Der Skala „selbstbestimmt/antisozial“ wurde nur für die alte Stichprobe analysiert, da in der neuen Stichprobe nicht genug Personen eine extrem hohe Ausprägung in dieser Skala hatten.

Die unabhängigen t-Tests waren signifikant für alle Skalen der Selbstregulation. Die Gruppe mit hoher Ausprägung des selbstbestimmten Stils (Gruppe 3) hat im Vergleich zu der Gruppe mit mittlerer Ausprägung dieses Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b) signifikant höhere Werte in *Selbstmotivierung* (t (54) = 3.46, p<.001), *Selbstbestimmung* (t (54) = 2.74, p<.01) und *Aktivierungskontrolle* (t (54) = 1.79, p<.10). Ferner hat die Gruppe mit hoher Ausprägung des selbstbestimmten Stils signifikant höhere Werte in alle Skalen der Willensbahnung: *Volitionaler Initiative* (t (54) = 3.48, p<.001), *Volitionaler Aktivität* (t (54) = 2.30, p<.05) und *Konzentration* (t (54) = 2.31, p<.05).

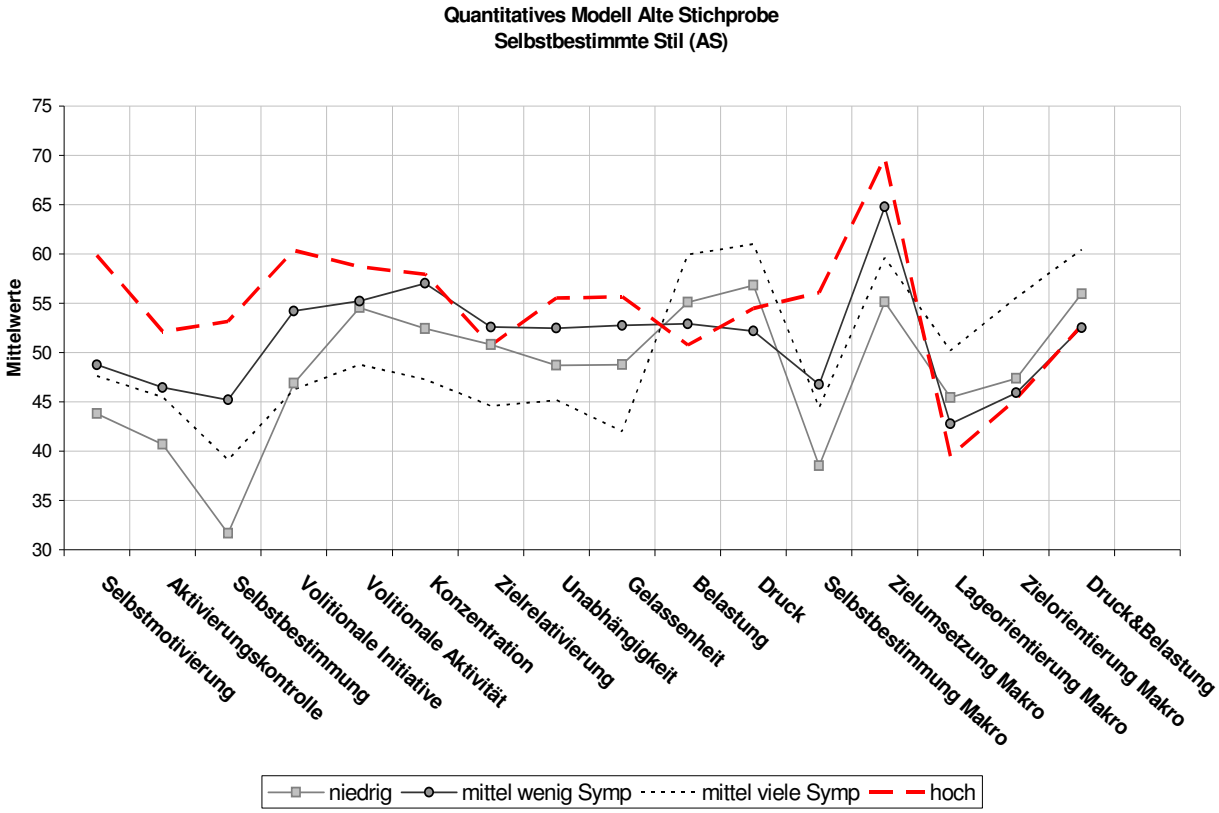
Die unabhängigen t-Tests zeigen, dass Personen mit hoher Ausprägung des selbstbestimmten Stils signifikant höhere Werte in *Gelassenheit* (t (54) = 4.04, p<.001) und in *Unabhängigkeit* (t (54) = 3.08, p<.01) haben als Personen mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b).

Personen mit hoher Ausprägung des selbstbestimmten Stils zeigen signifikant höhere Werte in den Makroskalen *Selbstbestimmung* (t (54) =3.11, p<.01) und *Zielumsetzung* (t (54) = 2.49, p <.05) als die Personen der Kontrollgruppe. Ferner zeigte die Gruppe mit hoher Ausprägung des entsprechenden

Stils signifikant niedrigere Werte in der Makroskala *Zielorientierung* (t (54) = -2.55, p<.05) und in der Makroskala *Lageorientierung (*t (54) = -2.79, p <.01).

Entsprechende Analyse mit den Subskalen des HAKEMP zeigten, dass Personen mit hoher Ausprägung des selbstbestimmten Stils signifikant höhere Werte in der Subskala *Handlungsorientierung nach Misserfolg* (HOM) (t (54) =3.26, p<.01) im Vergleich zur Kontrollgruppe haben.

Abb.37: Alte Stichprobe: Mittelwerte (SSI-K und Hakemp) für die Gruppen der Skala „selbstbestimmt/antisozial“ (PSSI)



ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION ERGEBNISSE TEIL I

Wir waren von der Annahme ausgegangen, dass sowohl Bedürfnisfrustration als auch verschiedene Arten von Stressfaktoren das Risiko der Symptomentstehung erhöhen können. Es ging in diesem Teil der Arbeit speziell um die *Überprüfung einiger Vermittlungshypothesen* zu den Entstehungszusammenhängen: Wann führt die Frustration sozialer Bedürfnisse zu Symptomen? Wann führen Stressfaktoren (belastende und bedrohliche Ereignisse) zu Symptomen? Warum entwickeln manche Menschen unter Stress oder nach Bedürfnisfrustrationen oder Stressfaktoren mehr Symptome als anderen Menschen?

Im Mittelpunkt der Untersuchung stand der Vergleich der Vermittlungsfunktionen der unterschiedlichen Persönlichkeitsstile (als Normvarianten der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV). In Ergänzung dazu wurden die potentiellen Vermittlungsfunktionen der einzelnen Persönlichkeitsstile zwischen den Ausgangsfaktoren Bedürfnisfrustration und Stress (sowohl Belastung als auch Bedrohung) und verschiedenen Affekt- und Temperamentsreaktionen untersucht. Die diesbezügliche Frage lautete: Mit welchen Affekt- und Temperamentsmustern reagieren die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile unter Stress oder nach einer Bedürfnisfrustration?

In einem ***zweiten Schritt*** wurden Defizite in den Selbststeuerungskompetenzen (Affektregulation, affektive Zweitereaktion) als Mediatoren überprüft. Wir gingen der Frage nach, welche Rolle prospektive (LOP) und misserfolgsbezogene Lageorientierung (LOM) im Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration / Stressfaktoren und Symptomentstehung spielen.

In einem ***dritten Schritt*** wurden analoge Mediationsmodelle für Depression und Angst geprüft. Welche Rolle spielen diese klinischen Kategorien im Übergang von Bedürfnisfrustration zur Symptombildung? Für welche dieser klinischen Kategorien sind die Auswirkungen einer Bedürfnisfrustration bedeutsamer? Die Vermittlungsfunktion von Depression und Angst wurde sowohl auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (Trait) als auch auf der Ebene der aktuellen Befindlichkeit (State) untersucht.

Zur Beantwortung aller Fragestellungen dieses Teils wurden verschiedene ***Mediationsmodelle*** überprüft. *Abbildung 1 (Seite 11) zeigt eine Zusammenfassung aller Mediationsmodelle. Abbildung 1.4.2 (siehe empirischer Teil – Abschnitt 1.4.1) listet die Variablen auf, die in die Analysen eingegeben wurden.*

Der ***empirische Teil*** dieser Arbeit beruht auf zwei klinisch-ambulanten Stichproben[16]. Untersucht wurden Patienten mit verschiedenen klinischen Syndromen (z.B. Depressive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen usw. Alle Auswertungsstrategien wurden immer für beide Stichproben getrennt verwendet, um zu untersuchen, inwieweit die Ergebnisse der einen Stichprobe sich in der anderen replizieren oder nicht.

[16] Die Stichproben wurden „alte Stichprobe“ und „neue Stichprobe“ genannt.

1. Mittelwertsvergleiche zwischen beiden Stichproben

Die *unabhängigen t-Tests* (Empirischer Teil: Abschnitt 1.6) ergaben, dass die Patienten der beiden Stichproben sich nicht in der erlebten *Bedürfnisfrustration* unterscheiden. Analoges gilt für die erlebte *Belastung und Bedrohung*. Weiterhin zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Handlungskontrolldispositionen (HAKEMP).

Beide Stichproben unterscheiden sich voneinander in der *Intensität der Symptomausprägung* und der Negative Emotionalität (gemessen mit der BES-K), jedoch nicht in spezifischen Symptomkategorien (SCL-90). Die Patienten der neuen Stichproben hatten eine stärkere Ausprägung der Symptomatologie im Vergleich zu den Patienten der alten Stichprobe.

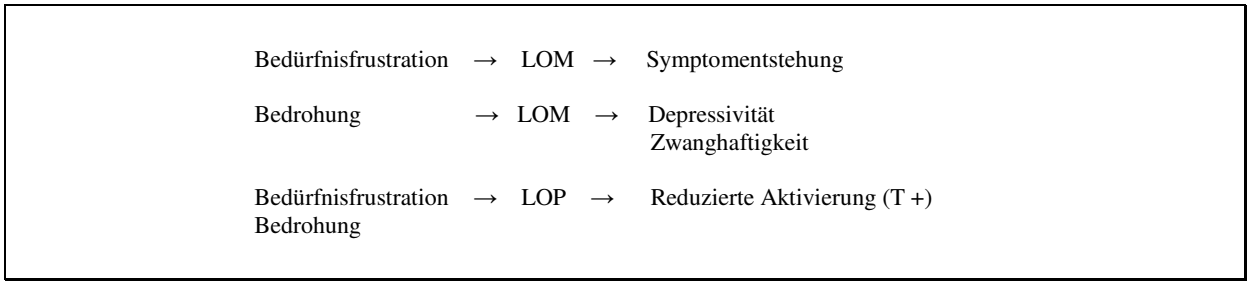
Ferner hatten die Patienten der neuen Stichproben signifikant höhere Werte in Traurigkeit, Erregung und Lustlosigkeit, sowie signifikant weniger Gelassenheit, Freude und Aktivierung. (gemessen mit der BEF-3).

Bezogen die *PSSI-Skalen* hatten die Patienten der neuen Stichprobe signifikant höhere Werte in folgenden Skalen: „zurückhaltend/schizoid“, „selbstkritisch/selbstunsicher“, „spontan/Borderline“ und „still/depressiv“. Diese Unterschiede können an dem Anteil von Personen der neuen Stichproben die einer Diagnose von Persönlichkeitsstörung hatten zurückzuführen werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollen die erwähnten Unterschiede zwischen beide Stichproben berücksichtigt werden.

2. Mediationsmodelle mit prospektiver und misserfolgsbezogener Lageorientierung

Tabelle 2.6 und Tabelle 2.7 aus Abschnitt 2.5, Ergebnis-Teil I, legen eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller signifikanten Mediationsmodelle dar. Abbildung 2.1 zeigt nun die Ergebnisse, die sich in beiden Stichproben replizieren ließen.

Abb. 2.1



Die Ergebnisse alle berechneten Mediationsmodellen mit LOM und LOP lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ***Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung*** waren signifikante Prädiktoren für erhöhte Werte sowohl in Lageorientierung nach Misserfolg als auch für Prospektive Lageorientierung.
- ***Bedürfnisfrustration als Prädiktor:*** Beide Persönlichkeitsdispositionen weisen eine signifikante Vermittlungsfunktion zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

auf, wobei für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration LOM bedeutsamer als LOP war. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einer Bedürfnisfrustration Symptome entwickelt, ist größer, wenn sie mit LOM reagiert. Diese Schlussfolgerung wird bestärkt durch den Befund, dass Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) in beiden Stichproben einen entscheidenden Mediationsstatus zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung hatte, während Prospektive Lageorientierung (LOP) nur in der alten Stichprobe Mediator war.

- ***Belastung als Prädiktor:*** Entgegen der Erwartung (Hyp. 2.2.1) hatte LOP in beiden Stichproben keine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomentstehung. LOM jedoch war in der neuen Stichprobe erneut ein Mediator dieses Zusammenhangs.
- ***Bedrohung als Prädiktor:*** Hypothesenkonform (Hyp. 2.2.2) war für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Symptomentstehung LOM bedeutsamer als LOP: in beiden Stichproben war LOP kein signifikanter Mediator für diesen Zusammenhang. Personen, die negativen Affekt schlecht selbstgesteuert herabregulieren können (LOM), reagieren auf bedrohliche Lebensereignisse mit depressiven (Abb. 43 und 45) und zwanghaften (Abb. 44 und 46) Symptomen.

Lageorientierte (LOP) reagieren auf Bedrohung und Bedürfnistrustration mit einer Reduzierung der Aktivierung (T+ reduziert). Der Zusammenhang zwischen Belastung und reduzierter Aktivierung war in der neuen Stichprobe ebenfalls durch LOP vermittelt. Es scheint außerdem, dass diese Reaktion bei LOP unabhängig vom Prädiktor ist. Prospektiv lageorientierte Personen (LOP) sind in der Tat durch ein Energiedefizit charakterisiert, das die Aufrechterhaltung und Durchführung ihrer Absichten verhindert. Dieses Energiedefizit entsteht als Folge der Schwierigkeit, die derart Lageorientierte haben, Verluste von positivem Affekt, wie sie z.B. in schwierigen oder frustrierenden Situationen auftreten, ohne äußere Unterstützung, d.h. „selbstgesteuert“, gegenzuregulieren (z.B. durch Selbstmotivierung: s. Beckmann & Kuhl, 1984).

Wir haben gesehen, dass diese beiden Selbststeuerungsdefizite (LOM und LOP) eine signifikante Vermittlungsfunktion für die Symptomentstehung haben und dass sie unterschiedlich auf unsere verwendeten Prädiktoren reagieren. Individuelle Unterschiede in Affektregulation, Wohlbefinden und Symptomentstehung sind hinlänglich dokumentiert. Schwächen in der volitionalen Affektsteuerung wurden mit Grübeln, Alienation, Depression und Ängstlichkeit in Verbindung gebracht, wobei die Befunde außerdem zeigten, dass Defizite nur dann beobachtet werden können, wenn die entsprechenden Stressoren präsent sind (Kuhl, 2001; Kuhl & Beckmann, 1994b): Nämlich belastende Situationen für LOP und das Erleben von Bedrohung bei LOM. Dementsprechend sind auch die spezifischen Formen der Affektregulation von den beiden Dispositionen abhängig: HOP profitiert von Selbstmotivation und HOM von (Selbst-)Entspannung um zu subjektivem Wohlbefinden zu führen (Beckmann & Kuhl, 1984; Koole & Jostmann, 2003; Kuhl & Baumann, 2000).

3. Persönlichkeitsstile und Selbstregulationsfähigkeiten

Die Vermittlungsrolle der Wechselwirkung zwischen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) und Selbststeuerung (HAKEMP-90) (Frage 3) wurde ebenfalls mit Mediationsmodellen überprüft. In Übereinstimmung mit Baumann, Kaschel u. Kuhl (2005) wurde der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstilen und zahlreichen Symptomen durch Selbstregulationsfähigkeiten moderiert. Entgegen der Erwartung (Hyp. 3) war die Kombination „ungünstiger" Dispositionen (z.B. Depressiver Persönlichkeitsstil und LOM) jedoch in keinen Fall ein signifikanter Vermittlungsmechanismus zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen.

4. Angst und Depression

Eine ausführliche Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse dieser Mediationsmodelle findet sich in Abschnitt 4.1 (über Trait-Varianten) und Abschnitt 4.2.3 (über State-Varianten).

An dieser Stelle sind die folgenden Ergebnisse von Bedeutung.

Erwartungsgemäß (Hyp. 4.2.1) hatten sowohl der depressive Stil als auch der selbstunsichere Stil (Trait-Ebene) eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Gleiches stellte sich für Bedrohung als Prädiktor heraus (Hyp. 4.2.2). Interessanterweise blieb nur der depressive Stil als Vermittler übrig bei Belastung. Als weiteres *bedeutendes Ergebnis* zeigte sich, dass für den Zusammenhang zwischen allen untersuchten Prädiktoren und den unterschiedlichen Symptome und Affektreaktionen auf der Ebene von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren (***Trait-Ebene***) eine depressive Reaktion schwerwiegender war als eine ängstliche.

Hypothesenkonform (Hyp. 4.1.1) hatte auf eine ***State-Ebene*** sowohl Depressivität als auch Ängstlichkeit eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Mediationsmodelle für den Übergang zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung für die State-Varianten wurden in dieser Arbeit nicht überprüft. Weiterhin waren die State-Varianten wichtigere Mediatoren für die Entstehung von körperlichen Beschwerden als die Trait-Varianten.

Von besonderer Bedeutung ist in dieser Beziehung, dass sowohl auf State- als auch auf Trait-Ebene Depressivität (gemessen mit der SCL-90) wichtiger als Mediator als Ängstlichkeit (Skala SCL-90) im Übergang von Bedürfnisfrustration zur Symptomentstehung war. Depressivität geht sowohl auf einer State- als auch auf einer Trait-Ebene mit spezifischeren Symptomen einher (z.B. Zwanghaftigkeit) als Ängstlichkeit und – ebenfalls i.U. zu Ängstlichkeit – auch mit einer allgemein stärkeren Ausprägung der Symptome.

Affektkopplung: Um die Bedeutung einer Affektkopplung (Frage 4.4) in dem Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomen zu untersuchen, wurden entsprechende Mediationsmodelle mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor überprüft. Entgegen der Erwartung (Hyp. 4.4) war die Interaktion einer Affektkopplung weder auf State- (Interaktion von Lustlosigkeit und Erregung) noch auf Trait-Ebene (Interaktion von depressivem und selbstunsicherem Persönlichkeitsstil) kein signifikanter Mediator von Bedürfnisfrustration zur Symptomentstehung.

5. Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediator

Im Abschnitt 1.5 (Ergebnisse Teil I) findet sich eine ausführliche Zusammenfassung der Ergebnisse und verschiedene Tabellen, die die Ergebnisse in zusammenfassender Form darstellen.

Zunächst bestätigen diese Ergebnisse die Annahme, dass die Persönlichkeitsstile und ihre zugrundeliegenden Affektdispositionen eine wichtige Rolle in den untersuchten Zusammenhängen spielen.

In einer sehr ***allgemeine Betrachtung*** und unabhängig von spezifischen Unterschiede zwischen beide Stichproben ergaben die Analysen, dass für die unterschiedlichen untersuchten Zusammenhänge folgende Persönlichkeitsstile eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten: ***still/depressiv (DP), spontan/Borderline (BL), kritisch/negativistisch (NT), selbstkritisch/selbstunsicher (SU), eigenwillig/paranoid (PN), zurückhaltend/schizoid (SZ) und selbstlose/hilfsbereit (SL).***

Eine ***nähere Betrachtung*** der Ergebnisse machte innerhalb diese Persönlichkeitsstile zwei Gruppen unterscheidbar: *(1) Persönlichkeitsstile, die eine signifikante Vermittlungsfunktion für alle untersuchten Zusammenhänge dieser Arbeit hatten, (2) Persönlichkeitsstile, die eine mehr „spezifische" signifikante Vermittlungsfunktion hatten.*

(1) Bezüglich der ersten Gruppe:

***(a) Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung (DP)*:** Eines der zentralen Ergebnisses der vorliegenden Untersuchung zeigte sich für diesen Persönlichkeitsstil. Die Befunde ergaben erstaunlicherweise, dass dieser Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für alle untersuchten Zusammenhänge hatte. Dieser Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion für die Entstehung von unterschiedlichen Symptomen (z.B. Depression und Zwanghaftigkeit) und ging mit einer erhöhten allgemeinen Ausprägung der Symptome einher. Ferner hat dieser Stil sich gegen alle andere Stile als bedeutsamster Mediator für mehrere Zusammenhänge durchgesetzt [17]. Mit Belastung als Prädiktor ließen sich die Ergebnisse nur für diesen Stil replizieren. Zusammenfassend

[17] Wenn mehr als ein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für einen Zusammenhang hatten, wurden sie immer gleichzeitig in die Regressionsanalyse als Mediator eingegeben. Ziel war es, zu untersuchen, ob einer dieser Stile als Mediator für den entsprechenden Zusammenhang bedeutsamer als andere war.

betrachtend war der depressive Stil der bedeutsamste Mediator für die untersuchten Zusammenhänge von allen Persönlichkeitsstilen, die mit dem Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar gemessen wurden.

(b) Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BL): Nach dem depressiven Stil zeigte der spontane Stil die wichtigste Vermittlungsfunktion für die Entstehung von verschiedenen Symptomen (z.B. Depression und Zwanghaftigkeit) und für verschiedene Affekt- und Temperamentsreaktionen (Erregung, Traurigkeit, Lustlosigkeit und Ärger).

(c) Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (SU): Obwohl die Ergebnisse für den selbstunsicheren Stil zwischen beiden Stichproben weniger konsistent als für den depressiven und spontanen Stil waren, zeigten sie durchweg in die bereits erwähnte Richtung.

Anhand dieser Ergebnisse lässt sich feststellen, dass für die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung das Vorliegen einen depressiven Stil besonders von Bedeutung ist. Zusätzlich sind die Auswirkungen dieser Prädiktoren für BL und SU von größerer Bedeutung. So sind diese drei erwähnten Faktoren bei Vorliegen dieser Stile, insbesondere des DP-Stils, überragende Risikofaktoren.

(2) Bezüglich der zweiten Gruppe:

***(a) Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung* (NT):** Die Vermittlungsfunktion des kritischen Stils ließ sich im allgemeinem nicht in beiden Stichproben für dieselben Symptomen replizieren, jedoch geben die Ergebnisse Hinweise über die Bedeutung für die Symptomentstehung bei einem passiv-aggressiven Reaktionsmuster. Der NT-Stil war in beiden Stichproben der bedeutsamste Mediator für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und *Paranoidem Denken*, wobei er in beiden Stichproben besonders zwischen Bedürfnisfrustration im Machtbereich und Paranoides Denken und zwischen Bedrohung und Ärger vermittelt.

(b) Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung (PN): Dieser Stil hatte in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität.

(c) Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung (SL): Dieser Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion bei Bedrohung als Prädiktor in beiden Stichproben und bei Bedürfnisfrustration als Prädiktor zumindest in der alten Stichprobe. Die Ergebnisse für diesen Stil konnten nicht für dieselben Symptome in beiden Stichproben repliziert werden und es wurden keine signifikanten Vermittlungswerte für die Modelle mit den Affekt- und Temperamentskomponenten als Kriterium gefunden.

(d) Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung (SZ): Dieser Stil hatte eine signifikante Vermittlungsfunktion mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor in der alten Stichprobe.

Der SZ- und der PN-Stil hatten in keiner der Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion für eine allgemeine Ausprägung in der Symptomatologie, weder für die drei Prädiktoren noch bei einer Aufteilung der Bedürfnisfrustration nach einzelnen Motiven. Jedoch zeigten diese Stile eine Vermittlungsfunktion für spezifische Symptome.

In beiden Stichproben hatten folgenden Persönlichkeitsstile ***keine signifikante Vermittlungsfunktion*** in den untersuchten Zusammenhängen: der selbstbestimmte/antisozial (AS), der sorgfältige/zwanghafte (ZW), der ahnungsvolle/schizotypische (ST), der ehrgeizige/narzisstisch (NA) und der loyale/abhängig (AB) Stil.

Zwar hatten auch der optimistische/rhapsodische (RH) und liebenswürdige/histrionische (HI) Stile keine Vermittlungsfunktion zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung, jedoch durchaus für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Als interessantes Ergebnis zeigte sich bei diesen Stilen, dass sie tatsächlich auf Bedürfnisfrustration mit erhöhter Beziehungszufriedenheit und erhöhter Aktivität/Impulsivität reagieren, während es sich ja bei den anderen Persönlichkeitsstilen gerade umgekehrt verhält.

Die wichtigsten Fragen nach diesen Untersuchungsbefunden lauten also:

(1) Was haben die Persönlichkeitsstile mit signifikanten Vermittlungsfunktionen gemeinsam (insbesondere DP, BL und SU), das sie empfindlicher macht gegenüber den Auswirkungen von Bedürfnisfrustration und Stressfaktoren?
(2) Warum ist gerade der depressive Persönlichkeitsstil ein so wichtiger Mediator?
(3) Was haben die Persönlichkeitsstile ohne signifikante Vermittlungsfunktion gemeinsam?
(4) Warum ist Depression sowohl auf Trait-Ebene als auch auf State-Ebene bedeutsamer als Ängstlichkeit für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung?

In der vorliegenden Arbeit werden keine Hypothesen bezüglich der spezifischen Persönlichkeitsstile gemacht. Ziel war es vielmehr, die Gemeinsamkeiten statt der Unterschiede zu finden. Aus diesem Grunde werden die Gemeinsamkeiten der Stile mit signifikanten Vermittlungsfunktionen diskutiert. Selbstverständlich wäre darüber hinaus eine Diskussion über die spezifischen Zusammenhänge interessant, die jedoch außerhalb des Rahmens dieser Arbeit liegt.

Bevor ich zu der Diskussion der erwähnten Frage komme, werden die wichtigsten Ergebnisse bezogen auf die Prädiktoren im folgenden zusammengefasst und diskutiert.

6. Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung

Alle vorhergehend zitierten Ergebnisse sind nun wichtig für das Verständnis der unterschiedlichen Risikobedeutungen und Auswirkungen der drei Prädiktoren für das subjektive Wohlfinden und Symptomentwicklung. Die Ergebnisse bestätigen also auch die symptomverursachende Bedeutsamkeit von Bedürfnisfrustration und Stress und ergaben,

(a) dass hypothesenkonform (Hyp. 1.1 und 1.2.2) die einzelnen Persönlichkeitsstile unterschiedliche Reaktionen auf Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung zeigten und

(b) dass die untersuchten Prädiktoren (Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung) unterschiedliche Auswirkungen auf Symptom- und Emotionsebene haben. Beide Feststellungen lassen sich mit Hilfe der Postulate der PSI-Theorie verbinden, da einerseits die Prädiktoren mit unterschiedlichen Affektwirkungen in Verbindung stehen und gleichzeitig die Persönlichkeitsstile mit unterschiedlicher Affektsensibilität assoziiert sind.

Bezüglich Punkt **(a):**

(1) Einige Persönlichkeitsstile hatten eine Vermittlungsfunktion lediglich mit einem Prädiktor. Das gilt insbesondere für Bedürfnisfrustration (z.B. bei der SZ, RH und HI Stile).

(2) Bei einigen Persönlichkeitsstilen (besonders DP, aber auch BL und SU) waren die Auswirkungen von alle Prädiktoren von Bedeutung. Innerhalb dieser Gruppe zeigt sich bei jedem Prädiktor anhand aller der Ergebnisse, die sich nicht in beide Stichproben replizieren ließen (s. Tab. 1.5.4 – Abschnitt 1.5, Ergebnisse Teil I), weniger differenzierte Muster von Symptomen. Differenziertere Muster zeigten sich jedoch auf Affekt- und Temperamentsebene (s. Tab. 1.5.6 – Abschnitt 1.5, Ergebnisse Teil I), da diese Stile auf Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung mit unterschiedlichen Affekt- und Temperamentsreaktionen antworten. Beispielsweise hatte der depressive Stil eine signifikante Vermittlungsfunktion für Traurigkeit und Erregung mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor, jedoch nicht mit Belastung und Bedrohung. An dieser Stelle ist auch wichtig, dass es beim DP-Stil auch Emotionen und Symptome gab, die sich bei allen Prädiktoren zeigten. In diesem Fall war diese typischen Reaktionen (Symptome oder Emotion) wichtiger als der einzelne Prädiktor. Beispielweise der depressive Stil hat eine signifikante Vermittlungsfunktion für reduzierte Aktivierung oder für depressive Symptome bei allen verwendeten Prädiktoren.

Bezüglich Punkt **(b),** den unterschiedlichen Auswirkungen der Prädiktoren:

Die Ergebnisse bestätigen die Annahmen**, (1)** dass Belastung (Frustration, Unkontrollierbarkeit, „schwierige“ Aufgaben, Nichterreichen von Zielen oder Idealen) eher mit einer Hemmung der positiven Affektivität und i.U. zu "Bedrohung" nicht (oder nicht in gleicher Masse) mit einer Erhöhung der negativen Emotionalität entsprechenden Selbsthemmung einhergeht; **(2)** dass

Bedürfnisfrustration und Bedrohung (z.B. Gefahren, Unvorhersagbarkeit, plötzliche Veränderungen, selbstwertbedrohliche Aufgaben) mit einer Erhöhung der negativen Emotionalität einhergehen. Die Ergebnisse die dieser Annahmen unterstützen sind folgende:

- Die Persönlichkeitsstile (DP und BL) hatten eine signifikante Vermittlungsfunktion für eine reduzierte Gelassenheit, wenn Bedürfnisfrustration und Bedrohung als Prädiktor eingegeben wurden, jedoch nicht mit Belastung.
- In keiner der Stichproben fand sich ein Persönlichkeitsstil (DP, BL oder SU) mit signifikanter Vermittlungsfunktion für Negative Emotionalität (Subskala des BES-K), Traurigkeit und Erregung (Subskalen des BEF-3), wenn Belastung als Prädiktor eingegeben wurde.
- Die Ergebnisse mit Belastung als Prädiktor replizierten sich für Lustlosigkeit und reduzierte Aktivierung, also für die Hemmung positiven Affekts und Aktivierung.
- Die Mediationsmodelle mit LOP/LOM als Mediatoren waren mit Belastung als Prädiktor signifikant für eine reduzierte Aktivierung, nicht für Erregung, Traurigkeit oder reduzierte Gelassenheit.

Wie bereits erläutert misst die Subskala Belastung des SSI-K Frustration durch situative und persönliche Umstände, die positive Affekte abschwächen (Frustration, Unkontrollierbarkeit, Verlust positiver Anreize, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele, Nichterreichen von Zielen oder Idealen) und geht gemäß der 1. Modulationsannahme (MA) mit einer Beanspruchung des Intentionsgedächtnisses parallel. Ausgehend von dieser MA aktiviert die Hemmung positiven Affekts das Intentionsgedächtnisses und hemmt seine Verbindung mit der intuitiven Verhaltenssteuerung, was zu Subformen der klinischen Depression, die durch Passivität und Anhedonie gekennzeichnet sind, führen kann. In diesem Fall wird von *Willenshemmung* gesprochen, weil der „funktionale Ort“ dieser Hemmung zwischen dem Absichtsgedächtnis (Gedächtnis für gewollte Handlungen) und der Ausführungskomponente liegt. Das erklärt, warum die Mediationsmodelle sowohl mit den Persönlichkeitsstil-Mediatoren als auch mit Selbststeuerungsdefiziten unter Belastung besonders signifikant für Lustlosigkeit und reduzierte Aktivierung waren. Zusätzlich ist zu bedenken, dass die Persönlichkeitsstile, die eine signifikante Vermittlungsfunktion (DP, SU, PN, NT und BL) hatten, mit einer reduzierten Belohungssensibilität (außer BL) assoziiert sind. Das erklärt auch, warum die Mediationsmodelle mit Belastung nicht signifikant für reduzierte Gelassenheit, Negative Emotionalität und Erregung waren, denn diese Zustände stehen im engen Zusammenhang mit der Beanspruchung des Extensionsgedächtnisses während Belastung i.U. zu Bedrohung und Bedürfnisfrustration mit einer Beanspruchung des Intentionsgedächtnisses einhergeht.

Einige Befunde sprechen weiterhin dafür, dass **(3)** für eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration und Bedrohung bedeutsamer als die Auswirkungen von Belastung sind und dass wiederum **(4)** die Auswirkungen von Bedürfnisfrustration

für die Persönlichkeitsstile mit signifikanten Vermittlungsfunktionen (DP, BL und SU) schwerwiegender für die Entstehung von negativen Emotionen als unter Bedrohung sind.

Bezüglich Punkt (3): Auf der *Symptomebene* waren Bedürfnisfrustration und Bedrohung Prädiktoren für mehr Symptome als Belastung (s. Tab. 1.5.1 – Abschnitt 1.5, Ergebnisse Teil I). An dieser Stelle ist wichtig zu berücksichtigen, dass sich zwischen beiden Stichproben Unterschiede hinsichtlich dieser Ergebnisse zeigten. In der neuen Stichprobe erreichten die drei Prädiktoren für mehr Symptome Signifikanz. Dennoch war selbst in der neuen Stichprobe Belastung Prädiktor für weniger Symptome als Bedürfnisfrustration und Bedrohung. In beiden Stichproben war Belastung i.U. zu Bedrohung und Bedürfnisfrustration kein Prädiktor für Unsicherheit im Sozialkontakt, Phobische Angst, Aggressivität und Paranoidem Denken.

Weiterhin hatten die Persönlichkeitsstile (DP, BL, SU, NT und SL) eine signifikante Vermittlungsfunktion für eine erhöhte *Ausprägung der Symptomatologie* (Subskalen Symptomausprägung und Global Severity Index) wenn Bedürfnisfrustration und Bedrohung als Prädiktor eingegeben wurden, jedoch nicht mit Belastung.

Ferner war die Mediationsrolle der Persönlichkeitsstile die im Allgemeinen eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten (DP, BL, SU und NT) nach den Ergebnissen, die sich in beiden Stichproben replizieren ließen (Tab.1.5.3), bedeutsamer hinsichtlich der Symptomentstehung mit Bedürfnisfrustration/Bedrohung als Prädiktoren als mit Belastung als Prädiktor. So sind also die symptomverursachenden Auswirkungen von Bedürfnisfrustration und bedrohlichen Ereignissen (d.h. Ereignissen der den negativen Affektzustand erhöhen) für diese Persönlichkeitsstile schwerwiegender als die Auswirkungen von Belastung (Ereignisse die positive Affekte abschwächen).

Auf der *Emotionsebene* waren Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung Prädiktoren für dieselben Affekt- und Temperamentsreaktionen (Tab. 1.2, 1.4.1 und 1.4.2), jedoch hatten die Persönlichkeitsstile dabei wie erwähnt bei allen drei Prädiktoren Vermittlungsfunktionen für spezifische Affekt- und Temperamentsreaktionen (Tab. 1.5.6).

Bezüglich Punkt (4): In beiden Stichproben hatte kein Persönlichkeitsstil eine signifikante Vermittlungsfunktion für Erregung und Traurigkeit mit Bedrohung als Prädiktor, jedoch durchaus mit Bedürfnisfrustration als Prädiktor (Tab. 1.5.6). Analoges lässt sich sagen für Negative Emotionalität (Subskala BES-K) (Tab. 1.5.4). Es wurde erwartet, dass die Persönlichkeitsstile die durch eine erhöhte Belohnungssensibilität gekennzeichnet sind, auf Bedrohung mit Erregung und Traurigkeit reagieren. Diese Dissoziationen in den Ergebnissen zwischen Bedürfnisfrustration und Bedrohung legen die Vermutung nahe, dass für die Entstehung von selbsthemmenden negativen Emotionen Bedürfnisfrustration ein wichtiger Prädiktor als Bedrohung ist. Warum reagieren die Persönlichkeitsstile mit offensichtlich signifikanter Vermittlungsfunktion (DP, BL und SU) so stark mit *Negativer Emotionalität*, *Erregung* und *Traurigkeit* auf Bedürfnisfrustration, nicht aber auf Bedrohung? Einen Erklärungs bietet das STAR-Modell der PSI-Theorie, in dem diese Stile unter

anderem durch einen chronisch erschwerten Zugang zum Selbstsystem gekennzeichnet sind, bei denen also das System, das Erfahrungen in einem ausgedehnten ("ex-tension") Netzwerk verknüpft und im relevanten Kontext zugängig macht, von den Handlungssystemen und der augenblicklichen Einzelwahrnehmung abgeschnitten ist. Wir können annehmen, dass hinter einer Bedürfnisfrustration (die sogar auf expliziter Ebene repräsentiert ist, da sonst mit dem MUT nicht erfaßbar) eine fundamentale und tiefergreifende "Verletzung" des Selbst (nämlich seiner essentiellen Bedürfnisse) steht als im Falle von Bedrohung im Sinne von situativem und vorübergehendem Stresserleben. Tatsächlich wurde ja *Bedürfnisfrustration* über eine Skala der Motivmessung erfaßt (MUT-Skala *Empfinden*), die eine andauernde Konstellation der Makrosysteme darstellen soll, während Bedrohung und Belastung die subjektive Wahrnehmung der aktuellen Lebensumstände abbilden. Die stärkere Vermittlungsfunktion der Stile DP, BL und SU erklärt sich also aus einer tiefergreifenden Verletzung von Bedürfnissen, die die *ganze Person*, sprich, das Selbstsystem, betreffen und aus der sich andauernde Konstellationen, sprich Stile, reaktiv herausbilden.

7. Negativer Affekt wiegt mehr als gehemmter positiver Affekt: Selbst- und Willenshemmung

Die wichtigsten Mediatoren (DP, BL und SU) haben gemeinsam, dass sie im STAR-Modell mit einer erhöhten Aktivität des Belohnungssystem oder erhöhter Erregbarkeit (BL und DP) assoziiert sind. Die signifikante Vermittlungsfunktion dieser Stile lässt sich anhand der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie erklären: Negative Affekte führen zu einer Dominanz des Empfindens von Unstimmigkeiten und einer Unterdrückung des Fühlens und des Erlebens eines integrierten Selbst (d.h. Selbsthemmung).

In diesem Fall verliert die Person alle Funktionen der Selbstregulation die für die emotionale Unterstützung eines selbstgewollten Ziels wichtig sind (z.B. Selbstmotivierung und –Beruhigung, Möglichkeiten der kreativen Umgestaltung vorgefundener Situationen). Es wird generell die Beteiligung von ganzheitlich-kreativen Funktionen (Kreativität, Körperwahrnehmungen, Orientierung im gegenständlichen oder sozialen Raum, etc) erschwert. Bei der Hemmung von Selbst- und anderen Kontextrepräsentationen wird als Begleiterscheinung des Grübelns über negative Ereignisse eine gesteigerte *Rigidität* erwartet. Die Selbsthemmung verursacht, dass die Person nicht flexibel auf alternative Lösungswege oder sogar andere Ziele umgeschaltet kann. Der erschwerte Zugang zu Selbstrepräsentationen führt zu einer Entfremdung von den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen.
Eine hervorstechende Folge der Frustration von Bedürfnissen ist, dass die Person den Überblick über die *Gesamtheit* eigener Bedürfnisse, Werte und anderer Selbstaspekte und demzufolge die Fähigkeit zu selbstkongruentem Handeln verliert.

Obendrein kann ohne den Zugriff auf das Selbstsystem die Kompatibilität einer aktuellen Handlungsabsicht (d.h. der Inhalt des Absichtsgedächtnisses) mit den integrierten Selbstrepräsentationen (EG) nicht geprüft ("gefühlt") werden. Die Person kann in diesem Fall die Selbstkompatibilität (*Selbstbestimmung*) anstehender Ziele und Handlungen nicht aufprüfen. Das steigert das Risiko für selbstinkompatible Ziele und Absichten. Diese Inkongruenz kann sich auch in

einer mangelnden Übereinstimmung zwischen impliziten Motiven und expliziten Zielen ausdrücken, was anhand des in der PSI-Theorie postulierten Modells unspezifischer Ursachen psychischer Störungen (Abb. 2.1 – Kapitel 2) zu stärkerer Bedürfnisfrustration führen wird. Die Ursache einer Bedürfnisfrustration ist, nach diesem Modell, die Diskrepanz zwischen bewussten Zielen und latenten Bedürfnissen (Kasten 2, Abb. 2.1). Hier liegt eine weitere mögliche Erklärung warum DP, aber auch SU und BL eine signifikante Vermittlungsfunktion darstellen. Alle diese Stile stehen– aus unterschiedlichen Gründen – mit selbstinkongruentem Verhalten in enger Verbindung.

Die PSI-Theorie stützt sich auch auf neurobiologische Grundlagen (siehe Abschnitt 2.5 – Kapitel 2), die bei einer starken Hemmung des Selbstzugangs das Risiko von Symptomen erhöhen können. Negative Affekte wie Angst oder chronischer Stress hemmen den Zugang zur rechtshemisphärischen Aktivierung, welcher mit der Effizienz der Selbstprozesse verbunden ist. Ferner werden die kognitiven und affektregulierenden Funktionen des Hippocampus durch übermäßigen Stress gehemmt, was psychologisch einer Regression auf elementare Formen der Informations- und Angstverarbeitung entspricht.

Weiterhin haben viele der Stile, die eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten, die Hemmung positiven Affekts gemeinsam (der paranoide, der selbstunsichere, der negativistische und der depressive), die wir weiter oben bereits als die Grundlage der *Willenshemmung* herausgestellt haben.

Der depressive und der selbstunsichere Stil sind gleichzeitig mit einer reduzierten Belohnungssensibilität und einer erhöhten Bestrafungssensibilität assoziiert, was einer Kombination zweier Risikofaktoren gleichkommt. Diese Konfiguration kann zu einer gleichzeitigen Willens- *und* Selbsthemmung führen und bezüglich der Hemisphärenunterschiede zu einer starken linkshemisphärischen Dominanz führen. Dieser Konfiguration entspricht auch die Diskrepanz zwischen dem kohärenten, implizit "gefühlten" Selbst und dem expliziten Selbst*konzept*.

8. Temperamentsbedingte Emotionalität

Wir stellen zusätzlich fest, dass viele der Persönlichkeitsstile mit signifikanter Vermittlungsfunktion in der PSI-Theorie als Temperamentstypen (T-Typen) eingeordnet werden (depressive, Borderline-, negativistische und selbstloser Stil).

Interessanterweise hatten die T-Typen im Vergleich zu den analogen Affekttypen (A-Typen) eine bedeutend wichtigere Vermittlungsfunktion. So zeigt sich z.B. dass der DP-Typ [T (+) & T-] im Vergleich zu dem SU-Typ [A(+) & A -] eine wichtigere Vermittlungsfunktion hat. Analoges gilt für den NT-Typus [T (+) & T(-)] im Vergleich zum PN-Typus [A (+) & A (-)] und dem BL-Typus [T+ & T-] im Vergleich zum ST-Typus [A+ & A -].

Diese Ergebnisse führen zu folgender Frage: Ist die temperamentsbedingte Emotionalität ein Risikofaktor für die Entstehung von Symptomen? Wenn dem so ist, warum? Was macht diese Persönlichkeitsstile so vulnerabel für die Entwicklung von Symptomen? Ist es schwerwiegender für

die Symptomentstehung auf Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren mit Erregung anstatt mit negativem Affekt zu reagieren?

Bevor ich weiter auf dieses Thema eingehe, ist zu berücksichtigen, dass alle diese Stile nicht dieselben Temperamentskonfigurationen haben. Den DP-, BL- und SL-Typen gemeinsam ist das hohe Erregungsniveau (T-). Nur der NT-Typus ist von diesen Stilen mit niedriger Erregung assoziiert [T(-)]. Ferner sind der DP-, der NT- und der SL-Typus durch niedrige Aktivierung gekennzeichnet [T(+)], so dass hier die Ausnahme beim BL-Typus, liegt (starke Aktivierung, T+).

Im Folgenden werden wir kurz einige der im Theorie-Teil schon erörterten Eigenschaften der Temperamentebene im Unterschied zur Anreizmotivation rekapitulieren, die zur Erklärung unserer Ergebnisse wichtig sind.

(a) Reduzierte Selbstintegration, defizitäre intrinsische Motivation und Selbstbestimmung bei T-Typen: Eine zentrale Hypothese der PSI-Theorie ist, dass Temperament i.U. zu Affekt nicht den Hemisphärenantagonismus moduliert. Dadurch werden die beiden wichtigsten persönlichkeitspsychologischen Leistungen des Hemisphärenwechsels durch eine einseitige Aktivierung der Temperamentsebene erschwert: die Unterbindung ungewollter Gedanken (EG → OES) bzw. die Bildung selbstkongruenter Ziele (EG → IG). Die einseitige Aktivität der Temperamentssysteme, ganz gleich ob sie in der gebahnten oder der gehemmten Form vorliegt, kann die Aktivität des Affektsystems reduzieren, so dass der für die Integration von Absichten in das Selbst und umgekehrt für die Bildung selbstkongruenter Absichten notwendige Affektwechsel nicht reibungslos funktioniert. Allen T-Typen gemeinsam ist aus den postulierten Gründen gemäß der PSI-Theorie die reduzierte Selbstintegration.

Die Integration von Handlungsabsichten ins Selbstsystem ist eine Voraussetzung für selbstbestimmtes und intrinsisch motiviertes Handeln. Darüber hinaus ergibt sich, dass bei allen temperamentsbedingten Störungen mit einer defizitären intrinsischen Motivation zu rechnen ist (Kuhl, 2001, S. 916). Diese defizitäre intrinsischen Motivation bei T-Typen zeigte sich in einer Untersuchung von 36 Paaren (Gunsch, 1996): Ein Maß für Selbstbestimmheit der Partnerwahl und der intrinsischen Motivation für Partnerschaft korrelierte nur mit den vier T-Stilen signifikant negativ, nicht aber mit den A-Stilen.

Diese verringerte Fähigkeit, intrinsisch zu handeln und Sinn zu erleben, macht möglicherweise diesen Stilen so vulnerabel für Symptomentwicklung und Bedürfnisfrustration. Zusätzlich geben beziehungsstiftende Integrationsfunktionen dem Selbst Einheitlichkeit und Zusammenhang (Kohärenz), wobei die Entwicklung einer kohärenten Identität für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung ist.

(b) Wirkung von erhöhter Erregbarkeit: Ferner wird in der PSI-Theorie postuliert, dass die Interaktion zwischen integriertem Selbst und diskrepanter Objektwahrnehmungen bei erhöhter

Erregbarkeit dauerhafter gestört ist als bei erhöhter Sensibilität für negativen Affekt. Grund dafür ist, dass die Herabregulierung von Erregung keine so starke Wirkung auf die Wiederherstellung der Kommunikation zwischen dem integrierten Selbst und dem OES wie die Herabregulierung von negativem Affekt hat.

Während des Verlaufs einer Herabregulierung von hohem auf niedrigen negativen Affekt entsteht ein Zeitfenster, in dem die beiden Hemisphären gemäß der 2. Modulationsannahme etwa gleichstark aktiviert sind. Innerhalb dieses Zeitfensters können selbstkompatible Absichten oder Anweisungen (Introjekten aus dem IG, dem Denken) ins Selbst (EG) integriert werden, so dass sich bei erhöhter Sensibilität für negativen Affekt durchaus ein profundes Selbstwachstum ergeben kann (wenn es hinreichend viele Situationen gibt, in denen der negative Affekt durch äußere Einflüsse oder selbstgesteuert beseitigt wird).

Veränderungen (z.B. Herabregulierungen) der globalen Aktivierung (T+) oder Erregung (T-) führen i.U. zu ein analoges Affektwechsel nicht zu einem Austausch zwischen den Systemen, sie ermöglichen keinen Wechsel der Dominanzverhältnisse zwischen den Hemisphären. Gründe dafür können sein:

a. Aktivierung und Erregung hemmen hochinferente Systeme weniger nachhaltig.
b. Der auftretende Affektwechsel bei T-Beteiligung erfolgt schneller als bei ausschließlicher Beteiligung der Affektebene.

In der Folge sind die Zeitfenster der gleichstarken Aktivierung beider Hemisphären zu kurz. Wenn dieses Zeitfenster zu selten oder zu kurz entsteht, wie bei erhöhter Erregbarkeit angenommen wird, können selbstkompatible Anweisungen nicht integriert werden. Als Folge davon wiederum kann es zu einer Entwicklungsstörung des integrierten Selbst bei den Temperamentstypen kommen (z.B. bei der Borderline-Störung, die durch hohe Erregung gekennzeichnet ist).

Außerdem wird Temperament als globale Intensivierung sämtlicher psychischer Prozesse verstanden und geht dementsprechend auch mit einer Intensivierung von positivem und negativem Affekt einher. Ein erhöhtes Erregungsniveau verstärkt negativen Affekt und dessen Konsequenzen.

Warum reagieren einige Menschen auf Belastungen und Bedrohung mehr mit dem Temperament als mit dem Affekt? Bei temperamentsbedingten Stilen und Störungen ist ein gegenüber den affektabhängigen Stilen erhöhter Einfluss genetischer Faktoren empirisch belegt (Panteleyeva, 1975; Wilson & Matheny, 1996). Dies schließt natürlich keineswegs die Möglichkeit einer Intensivierung des Verlangens nach erhöhter oder erniedrigter sensorischer Erregbarkeit bzw. motorischer Aktivierbarkeit durch frühe oder spätere (therapeutische) Erfahrungen aus (Kuhl, 2001). Diese Überlegungen bewegen sich jedoch aufgrund Ermangelung empirischer Evidenz noch im hypothetischen Raum.

An dieser Stelle ist es interessant, die Ergebnisse der Mediationsmodelle mit negativem Affekt (Traurigkeit) und Erregung als Mediatoren zu analysieren (Abschnitt 4.2.2.2 und 4.2.2.3). Die Ergebnisse mit diesen beiden Mediatoren waren sehr inkonsistent. Es zeigten sich Unterschiede zwischen beiden Stichproben, und anhand dieser Ergebnisse zeigen sich keine signifikanten

Unterschiede zwischen Traurigkeit und Erregung als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung. Weiterhin muss man auch beachten, dass die Variablen nicht sauber separiert vorliegen. Diese Mediatoren sind mit den Stressfaktoren als Prädiktoren nicht berechnet.

(c) Opportunistische Anreizbildung: Einer der persönlichkeitspsychologisch wichtigsten Unterschiede zwischen Temperament und Affekt betrifft die Bindung von Affekten an bestimmte Objekte (Personen oder Gegenstände).

Die beiden Temperamentskomponenten (verhaltensseitige Aktivierung und erlebnisseitige Erregung) haben im Gegensatz zu der Anreizmotivation eine weniger „objektgebundene", d.h. weniger spezifische und weniger konsistente Auswirkung auf das Verhalten und Erleben durch konkrete „Objekte" (einschl. Personen) als die objektgebundenen Affekte. Die temperamentsbedingte Emotionalität ist eher situations- und stimmungsabhängig („opportunistische Anreizbildung"). Dispositionell erhöhtes Temperament führt zu einer „aus der Situation heraus" entstehenden Emotionalität. Wenn die geringe Belohnungssensibilität bzw. erhöhte Bestrafungssensibilität mehr temperamentsbedingt ist, müssten die beschriebenen Effekte mehr „aus der Situation heraus" auftreten und dürften nicht besonders stark auf bestimmte Objekte oder Personen begrenzt sein. Die theoretische Einordnung des stillen Stils bzw. der depressiven Störung auf der Temperamentsdimension hilft, die Globalisierung zu erklären, die mit depressiven Störungen verbunden ist: die Zurücknahme eigener Interessen, die kontemplative bzw. grüblerische Einstellung und Offenheit für fremdinduziertes oder regelbasiertes Verhalten ist nicht konsistent an bestimmte Personen oder Objekte gebunden, sondern eher situations- und stimmungsabhängig (Kuhl & Kazén, 1997, S. 71).

Eine Erklärungsmöglichkeit ist also auch, dass die T-Typen aufgrund ihrer „opportunistischen Anreizbildung" leichter von situativen Bedingungen erregbar sind als A-Typen. Es kann sein, dass diese Stile mehr kontext-abhängig sind als die anderen:

> „*Activation is considered to increase "opportunistic" behaviour because arousal changes more easily than affect across situations because it is not as easily conditioned to objects as is the case for conditioning of affect"* (Lang, 1995; Rolls, 1990)

Dies könnte die funktionelle Basis sein für den Unterschied zwischen einerseits den klassischen Stilen und Persönlichkeitsstörungen, die eine konstante Tendenz über verschiedene Situationen hinweg zeigen, und andererseits eher reaktiven Stilen, deren tendenzielle Auswirkungen mehr auf spezifische Reize in Situationen reagieren.

In einer rezenten Untersuchung von Baumann, Kuhl und Kaschel (2005) wurde die bereits erwähnte Hypothese diskutiert. Befunde dieser Untersuchung ergaben, dass der depressive und der kritische Persönlichkeitsstil im Vergleich zu anderen Persönlichkeitstypen (SU und SZ) eine große Abhängigkeit von situationalen Stressoren zeigen. Nicht stressreiche Lebensereignisse, sondern Selbstregulationskompetenzen zeigten die entscheidende Interaktion mit ausgeprägten

Persönlichkeitsstilen und Symptomentwicklung. Interessanterweise blieben der still-depressive und der kritisch-negativistische Stil von dieser Regel ausgenommen und interagierten entscheidend mit Kontextfaktoren, die an der Symptomentstehung maßgeblich beteiligt waren:

> *„As it seems, depressive und negativistic disorders have strong reactive components compared to personality disorders included the DSM-IV (which did not interact with situational stressors in our study). Despite the dependence on contextual factors, symptom formation in passive/depressive and critical/negativistic styles was not associated with random, but very specific combinations of components of life stress" (*Baumann, Kuhl und Kaschel, 2005, S. 26)

Es bleibt unbedingt zu berücksichtigen, dass die diskutierte antagonistische Interaktion zwischen Temperament und Affekt nur bei den extremen Ausprägungen von Bahnung und Hemmung der Aktivierungs- bzw. Erregung-Komponente erwartet wird, wie sie für Persönlichkeitsstörungen angenommen wird. Im Normalbereich kann von einer reziproken positiven Rückkopplung zwischen Temperament und Affekt ausgegangen werden (Kuhl, 2001, S. 917). Obwohl die untersuchten Stichproben klinisch waren, handelt es sich hier nicht um extreme Ausprägungen von Persönlichkeitsstilen.

Die Befunde dieser Untersuchung könnten ein Hinweis darauf sein,

a. dass die temperaments- und affektbedingter Persönlichkeitsstile unterschiedliche Rollen bei der Entstehung von Symptomen haben und weiter, dass die temperamentsbedingten Typen eine wichtigere Vermittlungsfunktion als die Affekttypen haben.
b. dass der zugrundeliegende Mechanismus dieser beiden Gruppen (A und T-Typen) unterschiedlich ist.
c. dass die Unterscheidung zwischen Affekt- und Temperamentstypen ebenso berechtigt ist wie die Einordnung dieser Stile als temperamentsbedingte Stile.

Jedoch kann man anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung solche Schlussfolgerungen nicht endgültig ziehen und muß diese Fragen für zukünftige Untersuchungen offen lassen. In der Forschung bleibt die Differenzierung temperaments- und affektbedingter Störungen noch vernachlässigt. Aufgrund der Ermangelung an Befunden sind die Zuordnungen der „Temperaments-Störungen" im STAR-Modell als vorläufig zu verstehen (Kuhl, 2001, S.944). Besonders stark ist der Untersuchungsbedarf bei der Differenzierung temperaments- und affektbedingter Störungen (Kuhl, 2001, S. 944).

9. Überlappungen oder Komorbidität zwischen den Persönlichkeitsstilen

In der Forschungsliteratur wird wiederholt über die essentiellen Interkorrelationen zwischen Persönlichkeits-Skalen berichtet (Clark, Livesley & Morey, 1997). Frühere Forschung hat gezeigt,

dass es eine starke Überlappung zwischen verschiedenen Maßen für Persönlichkeitsstörungen gibt (Shea, 1995).

In dieser Untersuchung ergaben die Korrelationsanalysen, dass die den selbstunsicheren, Borderline- und depressiven (und in geringer Masse auch negativistischen) Persönlichkeitsstörungen entsprechenden Persönlichkeitsstile in beiden Stichproben hoch miteinander korrelieren (s. Abschnitt 1.7.3, Kapitel Fragebögenkorrelationen). Hohe positive Korrelationen zeigten sich zwischen der Skala „spontan/borderline“ und der Skala „selbstkritisch/selbstunsicher“ (in der alten Stichprobe r =.64 und in der neuen Stichprobe r =.67). Noch wichtiger ist, dass diese zwei wichtigste Mediatoren (selbstunsicher und Borderline) die höchsten Korrelationen mit dem depressiven Stil haben: (a) zwischen der Skala „spontan/borderline“ und „still/depressiv“ in der alten Stichprobe r =.74 und in der neuen Stichprobe r=.82 und (b) zwischen der Skala „selbstkritisch/selbstunsicher“ und „still/depressiv“ in der alten Stichprobe r =.75 und in der neuen Stichprobe r =.74. In geringerem Maße zeigt der depressive Stil auch positive hohe Korrelationen mit dem kritischen Stil (in der alten Stichprobe r =.65 und in der neuen Stichprobe r =. 46).

In einer von Huprich et al. (2002) durchgeführte Untersuchung zeigten sich auch hohe Korrelationen zwischen den Ergebnissen der Depressive Personality Disorders Inventory (DPDI) und der selbstunsicheren so wie Borderline-Persönlichkeitsstörung (erfaßt mit SCID-II).

Selbstverständlich muss in einer Untersuchung mit Fragebogen miteinbezogen werden, dass sich eine Mischung zwischen Skalen (in diesem Fall denen des PSSI-K) ergibt. Jedoch spiegeln die Beziehungen zwischen den Skalen die hohe innere Komorbidität zwischen SU, BL und NT in der Realität wider. Ein Zusammenhang zwischen den analogen Persönlichkeitsstörungen dieser Persönlichkeitsstile deutete sich in vielen Komorbiditätsstudien an (siehe Tabelle 1.5, Kapitel 1). Mit der depressiven Persönlichkeitsstörung gibt es zurzeit wenige Komorbiditätsstudien. Millon (1996, S. 322), eine Autor, der die depressive Persönlichkeit in seine Klassifikationen miteinschließt, verdeutlicht, dass die depressive Persönlichkeit hohe Überlappungen mit viele anderen Persönlichkeitsstörungen der Achse II zeigt, insbesondere mit der selbstunsicheren, der negativistischen, der Borderline-, der schizoiden und der abhängigen Störung. Jedoch räumt Millon ein, dass es zurzeit zu wenige Komorbiditätsstudien mit der depressiven Persönlichkeitsstörung gibt, so dass das gesagte mehr auf theoretischen Ableitungen als auf empirischen Daten beruht. Ryder and Bagby (1999) kommentieren dazu, dass es einfach zu große Überschneidungen gibt zwischen der depressiven Persönlichkeitsstörung und den Cluster C-Persönlichkeitsstörungen.

Eine der Punkte dieser aktuellen Diskussion um das DSM-IV-Schema ist, ob sich diese Persönlichkeitsstörung von den anderen Persönlichkeitsstörungen überhaupt genug unterscheiden läßt und ob sie als eigenständige Kategorie zu konzeptualisieren seien oder nicht. Für unser Thema erscheint in Verbindung mit dieser Diskussion eine andere Explikation für die herausragende Mediationsrolle dieses Stils plausibel: *Es könnte sein, dass der depressive Stil lediglich den depressiven Anteil anderer Persönlichkeitsstörung repräsentiert* und insbesondere den der anderen wichtigen Mediatoren: nämlich BL und SU. Die hohen Korrelationen dieses Stils mit vielen anderen

Skalen des PSSI-K (und besonders mit SU und BL) können wir als Hinweise für diese Hypothese nehmen. Zu beachten ist, dass der depressive Stil auch positive Korrelationen mit folgenden Persönlichkeitsstörungen bzw. entsprechenden -Stilen hat: paranoid, schizoid, abhängig und hilfsbereit (siehe Tabelle 1.7.14 und 1.7.15, Abschnitt 1.7.3.1 im Kapitel über Korrelationen).

In epidemiologischen Studien wurden Zusammenhänge festgestellt zwischen depressiven Episoden und jeder der der Cluster der Persönlichkeitsstörungen (z.B. Zimmermann & Coryell, 1990). Solche Zusammenhänge wurden auch in klinischen Studien berichtet (Bunce & Coccaro, 1999; Kool et al., 2000; Rossi et al., 2001; Skodol et al., 1999). Depressive Störungen (sowie Angststörungen) stehen im Vordergrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Jedoch reagieren nach Millon (1996, S. 322) beide Störungen unterschiedlich, wenn sie unter depressiven Symptomen leiden: der BL-Typus reagiert mehr mit Ärger und Impulsivität, während der DP-Typus eher durch eine passive Haltung gekennzeichnet ist. Dieser Unterschied auf phänomenologischer Ebene lässt sich vor dem Hintergrund der PSI-Theorie folgendermaßen erklären: der BL-Typus ist i.U. zum DP-Typus durch eine erhöhte globale Aktivierung gekennzeichnet, was die Impulsivität dieses Stils erklärt. Die niedrige globale Aktivierung des DP-Stils erklärt die passive Grundhaltung. Selbstunsichere Personen neigen eben auch zu depressiver Stimmung. Ergebnisse von Komorbiditätsstudien ergaben, dass etwa in 50 Prozent der Fälle depressive Patienten die Diagnosekriterien einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erfüllen (Fiedler, 2000, S. 48). Auch hier macht Millon auf der phänomenologischen Ebene einen Unterschied: Der SU-Typus ist durch eine Vermeidung von Reizen, die negativen Affekt auslösen, gekennzeichnet, während der DP-Typus, wie bereits beschrieben, eher durch Passivität und nicht aktive Vermeidung gekennzeichnet ist.

Wir stellen fest, dass eine Abgrenzung zwischen der depressiven Persönlichkeitsstörung und depressiven Symptomen (Achse I) weiterhin schwer ist. Ich komme auf diesen Punkt im nächsten Abschnitt zurück.

Ein Überblick über die Kriterien der depressiven Persönlichkeitsstörung (Tab. 3.2, Kapitel 3) lässt erkennen, dass diese vielen Persönlichkeitsstörungen gemeinsam sind. Wir finden häufige Niedergeschlagenheit, Gefühle der Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit, häufige Schuldgefühle und Schwierigkeit, positive Emotionen zu empfinden, weshalb Selbstbeschuldigungen und ein sich selbst herabsetzendes Selbstbild vorhanden sein können[18] .

Den BL-, DP- und SU-Stilen ist das negative Selbstbild gemein, jedoch ist das Selbstkonzept beim DP-Typus stabiler als beim BL-Typus.

Andererseits gibt es Kriterienüberlappungen zwischen der depressiven und der negativistischen Persönlichkeit(sstörung) in der Neigung, sich missverstanden zu fühlen und sich "kritisch" negativ zu verhalten (5. Diagnosekriterium: „verhält sich anderen gegenüber negativistisch,

[18] An diesem Punkt scheint es lohnenswert, die Items dieser Skala genauer zu analysieren: „Ich fühle mich oft niedergeschlagen und kraftlos“ (Item 13), „Ich habe oft Schuldgefühle“ (Item 27), „Mir schwindet oft die Hoffnung, das Dinge, die mir gefallen, je anders werden“ (Item 41) und „Ich fühle mich oft unzulänglich und wertlos“ (Item 55).

kritisch und abwertend"). Beiden Kategorien gemeinsam sind auch die pessimistische Lebenseinstellung und die Gefühle der Wertlosigkeit, die nach Millon jedoch beim DP-Typus tiefer als beim NT-Typus verwurzelt sind. Ferner neigt der DP-Typus mehr zu Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen als zu Groll und Beleidigung/Kränkung, wie sie für den NT-Typus charakteristisch sind. Aus funktionsanalytischer Sichtweise ist der NT-Typus i.U. zum DP-Typus durch eine starke Fixierung auf das Selbst (aufgrund der niedrige sensorische Erregbarkeit) gekennzeichnet. Beiden Stilen gemeinsam ist gemäß ihrer Einordnung im STAR-Modell die niedrige globale Aktivierung, die erklärt, dass beide Stile durch eine Dominanz der Denk-Funktion des Intentionsgedächtnisses gekennzeichnet sind.

Eine ähnliche Diskussion ergibt sich für die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. Es könnte sein, dass die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung lediglich spezifische Anteile und Aspekte anderer Persönlichkeitsstörungen repräsentiert. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung dieser Stile (passiv-aggressiv/negativistisch) ist nach wie vor umstritten. Sie findet sich bis heute nur im Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, dort jedoch durchgängig seit dem DSM-I (von 1952). In der ICD-10 und ihren Vorläuferinnen gibt es sie nicht. Das diagnostische Problem dieser Typisierung liegt auch in seiner engen Bezugsnahme auf den Aspekt der Widerständigkeit gegenüber Anforderungen. Aufgrund der Ich-Syntonie und gewohnheitsmäßigen Reaktanz gegenüber Veränderungen und Kritik der Personeneigenarten, die den meisten Persönlichkeitsstörungen unterstellt wird, finden sich auch widerständiges, oppositionelles oder auch obstruktives Verhalten bei fast allen anderen Persönlichkeitsstörungen, und zwar als zentrales Merkmal (Fiedler, 1998, S. 323).

Auch bei vielen psychischen Störungen treten diese störungsbedingt auf, z.B. bei Depressionen, und tatsächlich bestehen Überlappungen mit der depressiven Persönlichkeitsstörung (Fiedler, 2000, S. 45). In epidemiologischen und Komorbiditätsstudien ließen sich wiederum teils beachtliche Ko-Diagnosen mit anderen Persönlichkeitsstörungen (siehe Tabelle 1.5, Kapitel 1) finden[19]. Nur sehr selten ist beobachtbar, dass eine dieser weiteren Persönlichkeitsstörungen nicht komorbid vorhanden ist.

Dies ist einer der weiteren Gründe, warum das Konzept der negativistischen Persönlichkeitsstörung nach wie vor umstritten ist (Fiedler, 2000). In der aktuellen Diskussion dieser Störungskategorie wird auch von Psychoanalytikern kritisch eingewendet, das es sich bei dem passiv-aggressiven Handlungsmuster eher um einen speziellen, situations- und Bedürfnisgebundenen Abwehr-Mechanismus handele, der bei unterschiedlichen psychischen wie Persönlichkeitsstörungen zum Tragen käme, und der deshalb nicht als eigenständige Charakterstörung betrachtet werden sollte (Vaillant, 1976; Kernberg, 1984). Nach Saß (1999b) handelte sich eher um einen Verhaltensstil als um die breite Konzeption einer Persönlichkeitsvariante.

[19] Die höchsten finden sich bei der selbstunsicheren und histrionischen Persönlichkeitsstörungen (um 20 Prozent), gefolgt von der dissozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung (um 18 Prozent), der abhängigen (15 Prozent), der paranoiden und der zwanghaften (zwischen 10 und 12 Prozent) (Fiedler, 1998, S. 323).

Zusammenfassend halten wir fest, dass die erwähnten starken Kriterienüberlappungen des depressiven Stil mit anderen Persönlichkeit(sstörung) einer der Gründe ist, weshalb sich diese Störung zur Zeit noch so sehr in der Erforschung befindet (Fiedler, 2000).

10. Depressiver Persönlichkeitsstil und Depressivität

Die schwierige Abgrenzung dieser beiden Kategorien voneinander (siehe Kapitel 3, Abschnitt 3.2.2 – Theorie Teil) war ein Grund für die Entscheidung, die depressive Persönlichkeitsstörung im Anhang des DSM-IV zu belassen. Eine weitere Fragestellung (4.3) der vorliegenden Arbeit lautet: Wie unterscheidet sich die Mediationsrolle von Depression als klinisches Syndrom (unipolare Depression) einerseits und als Persönlichkeitsstil andererseits und unterscheiden sie sich überhaupt? Haben sie einen unabhängigen Mediationsstatus und hat insbesondere der depressive Persönlichkeitsstil einen Mediationsstatus unabhängig von der Achse-I Depression?

Die Vermittlungsrolle von Depression als affektive Störung (unipolare Depression) und Depression als Persönlichkeitsstil (PSSI-K) wurde verglichen. Eine Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse dieses Teils der vorliegenden Arbeit findet sich in Abschnitt 4.3. In diesem Zusammenhang sind folgende Ergebnisse von Bedeutung:

Es wurde vermutet (Hyp. 4.3.2), dass die Mediationsrollen von Depression als State- und Depression als Trait-Variante sich auf der Symptomebene unterscheiden werden. Ein Unterschied zeigt sich auf der Ebene der Körperlichen Beschwerden. Für *Körperliche Beschwerden* waren erwartungsgemäß (Hyp. 4.3.2.1) die State-Varianten von Depression (Lustlosigkeit des BEF-3 und Depressivität des SCL-90) bedeutsamer Mediatoren als die Trait-Variante (depressiver Stil). Eine weitere Unterscheidung zeigte sich darin, dass für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration und *Beziehungsunzufriedenheit* der depressive Stil, nicht aber Lustlosigkeit oder Depressivität signifikante Mediatoren waren. Analoges ließ sich feststellen für *Negative Emotionalität.*

Bezogen auf Affekt- und Temperamentsreaktionen vermitteln beide (depressiver Stil und Depressivität) zwischen Bedürfnisfrustration und reduzierter Freude, reduzierter Gelassenheit und reduzierter Aktivierung. Im Unterschied zu Depressivität (Achse I) war der depressive Stil auch ein signifikanter Mediator für Traurigkeit, Erregung und Ärger.

Regressionsanalysen mit dem depressiven Stil als Mediator mit einer Unterteilung der Stichprobe in hohe und niedrige Depressivität (SCL-04) wurden mit jeweils Bedürfnisfrustration, Belastung und Bedrohung als Prädiktoren berechnet (Abschnitt 4.4.1). Der depressive Stil hatte auch dann eine signifikante Vermittlungsfunktion für den Zusammenhang zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung, wenn Depressivität (Achse I) niedrig war, was für die Mediationsanalysen mit allen drei Prädiktoren gilt. In diesem Sinn zeigen diese Ergebnisse, *dass die Mediationsrolle dieses Stils nicht von der aktuellen Depressivität abhängt*.

Weiterhin hatte in der Gruppe mit niedriger Ausprägung in Depressivität (Gruppe 1) der depressive Stil immer eine signifikante Vermittlungsfunktion für Beziehungsunzufriedenheit. Personen mit einem depressiven Stil jedoch ohne eine gleichzeitige depressive Störung (Achse I)

reagieren auf Belastung, Bedrohung und Bedürfnisfrustration mit Beziehungsunzufriedenheit. In der Gruppe mit hoher Ausprägung in Depressivität (Gruppe 2) hatte der depressive Stil immer eine signifikante Vermittlungsfunktion für Zwanghaftigkeit (SCL-90), Depressivität und für die Skalen die eine allgemeine Ausprägung der Symptomatologie messen. Personen mit einem depressiven Stil und gleichzeitig hoher Depressivität (Achse I) reagieren auf Belastung, Bedrohung und Bedürfnisfrustration mit zwanghaften Symptomen. Sie leiden jedoch nicht unter zwanghaften Symptomen, wenn ihre Depressivität gering ist. Analog verhält es sich mit der allgemeinen Ausprägung in der Symptomatologie.

Von diesen Ergebnissen ist wichtig, dass der depressive Stil mit den drei Prädiktoren eine wichtigere Mediationsrolle als Lustlosigkeit und Depressivität für Beziehungsunzufriedenheit[20] hatte. Ferner blieb die Vermittlungsfunktion des DP-Stils für Beziehungsunzufriedenheit auch in der Gruppe mit niedriger Ausprägung von Depressivität vorhanden. Die Unzufriedenheit mit Beziehungen hängt beim depressiven Stil nicht von aktuellen depressiven Symptomen (Achse I) ab, was, zusammen mit dem Befund über State-Depressivität als wichtiger Mediator für körperliche Beschwerden, spricht für die Unterscheidung zwischen depressivem *Stil* und *Depressivität*. Die Unterscheidung bezieht sich auf die Betonung kognitiver, interpersoneller und intrapsychischer Persönlichkeitsmerkmale gegenüber einem Beschwerdekomplex, der auch verschiedene somatische Symptome enthält:

> „*The diagnostic criteria for Depressive personality disorder focus on cognitive and behavioural symptoms. Although people with this personality disorder are considered vulnerable to major depression and dysthymia, they are seen as having a negative, hopeless, self-limiting way of life and thinking style that is distinct from the somatic and mood symptoms of depression itself" (Oldham & Morris, 1992, S. 381)*

In einer Studie fand Huprich (2002), dass das Depressive Personality Disorders Inventory (DPDI, Huprich, Margrett, Barthelemy & Fine, 1996) signifikant Werte voraussagen konnte für interpersonalen Verlust, sogar wenn die State-Depression kontrolliert wurde. Man fand, dass die Empfindlichkeit der depressiven Persönlichkeit für solche Verluste eine wichtige Rolle in der Ausprägung der Persönlichkeit spielt (für einen Überblick zu diesem Thema siehe Huprich, 1998; Phillips, Gunderson, Hirschfeld, & Smith, 1990). Besonders hellen diese Befunde entscheidende Charakteristika der depressiven Persönlichkeit auf, da sie nahelegen, dass der Effekt von interpersonalem Verlust mehr mit der Persönlichkeit als mit depressiven Symptomen zusammenhängt, was theoretisch konsistent ist mit der Annahme, wie sich die depressive Persönlichkeit entwickelt (Huprich, 1998). Es wurde vorgeschlagen und empirisch erhärtet, dass die depressive Persönlichkeit mit frühem Erfahrungen von Verlust oder Enttäuschung von

[20] Die Skala Beziehungszufriedenheit besteht aus folgenden Items: „Ich bin zufrieden mit meinen Beziehungen zu anderen Menschen (Familie, Beruf, Freizeit)", „Ich bin in den letzten Tagen herzlich gewesen", „Ich bin in den letzten Tagen liebevoll gewesen", „Ich bin in den letzten Tagen zärtlich gewesen".

Bezugspersonen zusammenhängt, sowie mit der Einstellung, dass die aktuelle Beziehung nicht genug adäquate Unterstützung bietet (Huprich, 1998, 2001a; Huprich, Smith, & Young, 2001).
In diese Richtung hat Kernberg (1984) angenommen, dass die Objektbeziehungen der depressiven Persönlichkeit charakterisiert ist durch die Erwartung, dass (a) andere einem nicht genug Unterstützung und Fürsorge geben können und (b) andere einen schließlich allein und im Stich lassen werden.

Es sei hier der wichtige Befund, dass der depressive Stil signifikanter Mediator zwischen Bedürfnisfrustration und Depressivität (Abb. 7 und 8, Abschnitt 1) war, was analog auch für den Zusammenhang zwischen Bedrohung und Depressivität (Abb. 18 und 19, Abschnitt 1.3.2) gilt. Empirische Forschungsergebnisse stützen die These, dass Personen mit depressiver Persönlichkeitsstörung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auch die Kriterien einer Dysthemie oder Major Depression erfüllen. So entsteht ein Teufelskreis, der eine Differenzierung zwischen beiden Kategorien erschwert (siehe Kapitel 3). Geringe Selbstwertschätzung und Hoffnungslosigkeit zeigten sich als gemeinsamen Symptomen (Ryder & Bagby, 2001).

Die positiven Korrelationen zwischen der betroffenen Skala des PSSI und der Skala Depressivität des SCL-90 (Tabelle 1.7.18 und 1.7.19) könnten so interpretiert werden, dass die PSSI-Skala eher depressive Symptome als die depressive Persönlichkeit erfaßt. Die starke Überschneidung zwischen Maßen für Persönlichkeit und Symptomebene fand sich bereits bei anderen Verfahren, die die depressive Persönlichkeit messen (Huprich, 2002). Ziel dieses Teils der Arbeit war nicht, die Konstruktvalidität oder diskrimante Validität der Skala *still/depressiv* des PSSI-K zu überprüfen, jedoch muss ich aufgrund der großen Bedeutung, die diese Skala in allen Mediationsmodellen zeigte, zu dem Schluß kommen, dass es wichtig sein wird, in zukünftigen Arbeiten mehr als ein Maß für die Persönlichkeitsstörung zu verwenden und ihre Gültigkeit und ihren Validitäts-Bereich im Felde unserer Fragestellung zu überprüfen (z.B. SKID-II).

Ein anderer wichtiger Punkt ist, dass das Ausmaß der Überschneidung von der depressiven Persönlichkeit mit der Symptomatologie der Depression in dieser Arbeit nicht evaluiert wurde. Die Auswirkungen von depressiven Symptomen (Achse I) wurden nicht kontrolliert. Studien mit Berücksichtigung nicht-klinischer Gruppen mögen den Vorteil haben, das Ausmaß einer Funktionsstörung, depressive Persönlichkeitsstörung oder depressive Symptome und Komorbidität nicht zu konfundieren (Cox, Enns, Borger, & Parker, 1999; Flett, Vredenburg, & Krames, 1997; Trull, 1995; Vredenburg, Flett, & Krames, 1993). Genau daraus ergibt sich jedoch auch der Vorteil einer Untersuchung mit klinischen Stichproben, da in ihnen die tatsächlich möglichen Mischungen dieser Kategorien vorhanden uns erfassbar sind.

Wir oben bereits vorgeschlagen, regen die Ergebnisse dazu an, verschiedene Maße für die Persönlichkeitsvariante der Depression vergleichend einzusetzen, was hier noch nicht geschehen ist. Es wurden ausschließlich Maße zur Selbsteinschätzung verwendet, die Optimalerweise zukünftig mit anderen Zugängen kombiniert werden sollten.

Aus diesen Einschränkungen heraus können die hier gezogenen Schlussfolgerungen nur Versuche sein, eine Richtung der Interpretation aufzuzeigen. Die Frage nach der Unabhängigkeit der Kategorien eines Depressiven Stils (Achse II) und Depressivität (Achse I) bleibt schwer zu beurteilen. Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kann man sagen, dass beide eine signifikante Vermittlungsfunktion haben und dass diese Vermittlungsfunktionen für unterschiedliche Symptome Geltung haben. Vielleicht als die sicherste Erkenntnis stellen wir fest, dass für die Auswirkungen von Stressfaktoren und Bedürfnisfrustration eine Reaktion depressiven Charakters von großer Bedeutung ist.

11. Zusammenfassung: Stiller Persönlichkeitsstil bzw. Depressive Persönlichkeitsstörung

Als zentraler Befund dieser Arbeit stellte sich die herausragende Mediationsrolle des still/depressiven Stils heraus, wie er vom PSSI-K erfaßt wird. Warum war dieser Stil mit der überwiegend pessimistischen, freudlosen, unglücklichen und kritischen Persönlichkeitsvariante ein so wichtiger Mediator? Folgende Erklärungen wurden bisher diskutiert:

1. Temperaments-Hypothese: Dieser Stil ist in der PSI-Theorie durch eine Konfiguration von gehemmter Aktivierung und erhöhter sensorischer Erregbarkeit [T(+)& T-] beschrieben. Die Temperamentsebene wird in der PSI-Theorie als basale, der Affektebene vorgeordnete Funktionsebene betrachtet, so dass sie umfassendere Effekte im Gesamtsystem zeigt, als dies bei affektiven Einseitigkeiten zu erwarten ist. Hinzu kommt die bereits explizierte unabhängig von Objekt-, Situations- und Anreizbindung wirkende Energetisierung der Makrosysteme.

2. Unabhängig von der Unterscheidung zwischen A- und T-Typen finden sich beim still/depressiven Typus nach PSI-theoretischen Annahmen zwei Risikofaktoren durch die hohe Sensibilität sowohl auf der Belohnungs- als auch auf der Bestrafungs-Achse. Hier bleibt zu fragen, warum andere Persönlichkeitsstile mit diesem Konfigurationsmuster nicht eine analog wichtige Vermittlungsfunktion hatten. Diese Frage lässt sich in besonders gut exemplarisch für den SU-Typ betrachten. In Abschnitt 4.1 (Ergebnisse Teil I) der vorliegenden Arbeit und in Hinblick auf den Vergleich von Depressivität und Ängstlichkeit auf eine Trait-Ebene wurden die Ergebnisse für DP und der SU ausführlich analysiert. Für diesen Zusammenhang ist es wichtig, dass die Ergebnisse für alle Mediationsmodelle (sowohl mit Bedürfnisfrustration als auch mit den Stressfaktoren als Prädiktoren) für den depressiven Stil viel konsistenter waren als für den selbstunsicheren Stil. Dieser Vergleich spricht erneut für die Temperaments-Hypothese.

3. Der depressive Stil beinhaltet oder repräsentiert die depressive Komponente (und andere Aspekte wie z.B. Gefühle der Wertlosigkeit) aus den anderen wichtigen Mediatoren (BL, SU aber auch NT). Somit stellt möglicherweise der depressive Stil einen "gemeinsamen Nenner"

aller starken Mediatoren dar bzw. das verbindende Element, das eine Art prototypische Störung des Gesamtsystems Persönlichkeit darstellt: Chronischer Verlust der Selbstfunktionen und gleichzeitige Willenslähmung auf der Handlungsachse.

Trotz verschiedenseitiger Kritik und den Schwierigkeiten einer näheren Bestimmung hat ein beträchtlicher Teil der aktuellen Forschung zu der allgemeinen Schlussfolgerung geführt, dass die Depressive Persönlichkeitsstörung eine valide Diagnosekategorie darstellt. Teilweise wird dieses Urteil durch eben jene Personen gestützt, die nach halbstrukturierten und klinischen interwievs ausschließlich die Kriterien der Depressiven Persönlichkeitsstörung und keiner anderen Stimmungs- und Persönlichkeitsstörung erfüllen (Gunderson, Phillips, Triebwasser, & Hirschfeld, 1994; Hirschfeld & Holzer, 1994, Huprich, 2000, 20001a; Klein, 1990; Klein & Miller, 1993; Phillips, Gunderson, Triebwasser, Kimble, Faedda, Lyoo, & Renn, 1998). Nach Fiedler (1994) rechtfertigt die mögliche Neu- oder auch Wiedereinführung einer depressiven Persönlichkeitsstörung sich nicht nur aus der langen Tradition heraus, mit der dieses Konzept in der Forschung und in klinischen Kontexten diskutiert und ausgearbeitet wurde. Sie rechtfertigt sich auch mit der nach wie vor gegebener Unklarheit im Bereich der Übergänge zu den klinisch bedeutsamen affektiven Störungen und mit der Frage, ob bestimmten Persönlichkeits- oder Temperamentseigenarten in diesem Zusammenhang nicht eine besondere prämorbide Risikowirkung für affektive Erkrankungen zugeschrieben werden kann oder nicht. Möglicherweise kann ihre weitere Erforschung auch erheblich zur differentiellen Indikation therapeutischer Maßnahmen beitragen helfen. Die Differenzierung zwischen beide Kategorien führt zu vielen wichtigen klinischen Implikationen. So ist anzunehmen, z.B. dass Patienten, mit einer Depressiven Persönlichkeitsstörung nicht so gut auf pharmakologische Maßnahmen antworten.

12. Persönlichkeitsstile ohne signifikante Vermittlungsfunktion

Wir wollen uns nun den Persönlichkeitsstilen zuwenden, die keine signifikante Vermittlungsfunktion für die untersuchten Zusammenhänge hatten und der Frage nach dem warum nachgehen.

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass sich Persönlichkeitsunterschiede als unterschiedliche Strategien der Stressbewältigung auffassen lassen, mag man zunächst vermuten, dass diese Stile i.U. zu den anderen, eine positive oder bessere Stressanpassung haben. Jedoch ist zu beachten, dass eine Überkompensation in dieser Richtung auch zur Fehlanpassung führen kann.

Diese Ergebnisse erinnern an eine Untersuchung von Baumann (2004), in der jene Persönlichkeitsstile in Assoziation mit hoher Sensibilität für positiven oder niedriger Sensibilität für negativen Affekt nicht signifikant mit Befindlichkeitsstörungen oder Symptomen verbunden waren, sondern dass im Gegenteil z.B. der liebenswürdige/histrionische Stil emotional mehr Wohlbefinden berichtet und weniger über somatische Beschwerden – *besonders dann, wenn Selbstregulationskompetenzen niedrig waren.*

Eine plausible Erklärung ist, dass gemäß den in den Kapiteln 2 (Abschnitt 2.7) dargestellten Systemvarianten bei Stilen mit typisch starker Herabregulierung negativer Affekt durch volitionale Prozesse vermindert wird („selbstgesteuerte Herabregulierung von negativem Affekt“).

Jedoch man es muss berücksichtigen werden, dass diese Untersuchung an klinischen Stichproben durchgeführt wurde. Entsprechende Ergebnisse in einer nicht-klinischen Stichprobe wären leichter interpretierbar. Allerdings besteht anderseits ein bedeutender Unterschied zwischen den entsprechenden Persönlichkeitsstörungen (d.h. extremen Verengungen) dieser Stile: die histrionische Persönlichkeits*störung* wird sicherlich nicht als adaptiv angesehen werden können.

Eine Frage die kann man sich an dieser Stelle machen ist: Reagieren diese Stile tatsächlich mit weniger Symptomen oder sind sie sich weniger dieser Symptome bewußt (denn der PSSI erfragt die Stile ja über die explizite Ebene)? Folgende Punkte sind zu beachten:

(1) *Reduzierte Selbstkritik*: Viele dieser Persönlichkeitsstile sind durch eine Systemkonfiguration von erhöhter Sensibilität für positiven Affekts und reduzierte Sensibilität für negativen Affekts [A+ & A(-)] gekennzeichnet. Hemmung negativen Affekts führ zu starker Selbstaktivierung und einer Dominanz der kongruenzbetonten Aufmerksamkeit (weniger "selbstkritisch"). Durch die Kombination von A+ und A(-) wird plausibel, dass eigene Ängste oder Symptomen weniger bewusst werden, was nicht bedeutet, dass sie nicht auf einer anderen Ebene durchaus erlebt werden. In diesem Sinne ist umgekehrt zu erwägen, ob die Persönlichkeitsstile mit signifikanter Vermittlungsfunktion nicht ihren eigenen Ängsten, Symptomen, negativen Affekten mehr bewusst sind. Damit können Fragebögen und Adjektivchecklisten, die naturgemäß nur bewusste Stimmungen erfassen, nicht als allgemeine Methode zur Messung von Stimmungen und Gefühlen aufgefasst werden, sondern eher als Methoden zur Messung von Gefühlen in Verbindung mit einer Systemkonfiguration: *„wer seine negativen Gefühle häufig bewusst erlebt und in Fragebögen entsprechend angibt, hat nicht nur negative Gefühle (z.B. Ängste) sondern neigt zu einem selbstkritischen oder sogar selbstunsicheren Umgang mit diesen Gefühlen“* (Kuhl, 2001, S. 817)

(2) *Ausweichen in positiven Affekt:* Allen Persönlichkeitsstilen ohne signifikante Vermittlungsfunktion (mit Ausnahme des loyalen Stils) ist gemeinsam, dass sie in der PSI-Theorie mit einer erhöhten Sensibilität für positiven Affekt assoziiert sind. Es sei daran erinnert, dass STAR-Modell und PSI-Theorie nahelegen, dass bei den Typen mit mittlerer Bestrafungssensibilität die Vermeidung negativen Affekts durch die Hemmung bzw. Bahnung positiven Affekts bzw. Aktivierung erfolgt (vgl. „Flucht in den positiven Affekt“ und „Aktionismus“). Das *Ausweichen in positiven Affekt* ist durch die „Flucht in Impulsivität" (impulsive Aktivierung von Handlungsbereitschaft) und die „Flucht in den positiven Affekt“ (Beschönigungstendenzen) gekennzeichnet. Diese Verdrängungsvariante wird durch eine hohe motorische Aktivierbarkeit (T+), zusätzlich auch durch eine hohe Belohnungssensibilität (A+) unterstützt: Wenn bei Konfrontation mit einer bedrohlichen Situation eine starke motorische Aktivierung oder starke positive Emotionen sehr

rasch generiert werden, kann gemäß diesem Modell die Entstehung negativer Affekte oft verhindert werden. Bei diesem Typus dominieren intuitive Verhaltensprogramme für die soziale Interaktion, die gemäß der Modulationsannahme durch positiven Affekt gebahnt werden und somit die gefundene hohe Beziehungszufriedenheit dieses Typus im Selbstbericht erklären können. Viele Charakteristika des positiven Ablenkungstypus wurden als Korrelat des klassischen *Repressor-Typus* empirisch bestätigt. Die histrionische Persönlichkeitsstörung wird als pathologische Übersteigerung dieses Stils interpretiert, der echter Konfrontation und Bewältigung aus dem Weg geht.

13. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse stützen die Annahme, dass die Persönlichkeitsstile und besonders die ihnen zugrundeliegenden Affektivdispositionen eine sehr wichtige Rolle in den untersuchten Zusammenhängen spielen. Für die symptomverursachenden Auswirkungen von Bedürfnisfrustration und Stress sind insbesondere der DP-, BL-, SU- und NT-Stil von Bedeutung. Neben dem hervorstechend wichtigen DP-Stil (s.o.) ist selbstverständlich auch die Vermittlungsfunktion des spontanen Stils (bzw. der Borderline-Störung) von Bedeutung, jedoch ist diese nicht so überraschend in der diesbezüglichen Forschungsgeschichte. Die analoge Persönlichkeitsstörung dieses Stils steht heute im Zentrum der Aufmerksamkeit der Forschung und klinische Diskussionen.

Ich möchte mit meiner Analyse auch hervorheben, dass alle Persönlichkeitsstile schwache und starke Seiten haben, sowohl die für Symptomentstehung Vulnerabeln als auch die weniger Vulnerabeln. Darüber hinaus merkt Kuhl (2001) an, dass es „in den sich ergebenden Persönlichkeitstaxonomien keine eindeutigen „Gewinner-Typen“ oder eindeutigen „Verlierer-Typen" gibt… allenfalls *äußere* Gewinner, die *innere* Verlierer sind, und äußere Verlierer, die innere Gewinner sind“. Die Lösung dieses scheinbaren Paradoxon wird in der PSI-Theorie durch die Anwendung der beiden Formen der Bildung und Anwendung von Konfigurationswissen und der Belastung- versus Entspannungsabhängigkeit der skizzierten Modellarchitekturen erklärt. Diese Erklärung bietet die Möglichkeit, die Vorteile und Nachteile unterschiedlicher Formen der Stressbewältigung zu sehen. Für weitere Studien wäre es interessant, die Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen zu untersuchen.

Die Ergebnisse zeigen besonders deutlich die symptomverursachenden Auswirkungen der Selbsthemmung.

Die Ergebnisse heben die wichtige Rolle, d.h. den potentiellen Risikofaktor der Bedürfnisfrustration für das Wohlfinden hervor. Ferner legen die Dissoziationen in den Ergebnissen zwischen Bedürfnisfrustration und Bedrohung die Vermutung nahe, dass für die Entstehung von selbsthemmenden negativen Emotionen Bedürfnisfrustration ein wichtiger Prädiktor als Bedrohung ist. Es wäre interessant in zükunftige Forschung analoge Mediationsmodelle mit Bedürfnisfrustration auf einer unbewussten Ebene zu untersuchen, da in dieser Arbeit nur Maße auf expliziter Ebene für Bedürfnisfrustration verwendet wurden. Es wäre auch interessant, die Auswirkungen der drei Motive auf die unterschiedlichen Affekt- und Temperamentskomponenten zu untersuchen, sowie die

Auswirkungen der Interaktionseffekte von belastenden und bedrohlichen Ereignissen auf die Symptomentstehung.

Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen Belastung und Bedrohung, wie sie in der PSI-Theorie postuliert wird, und zwischen unterschiedlichen Auswirkungen von Dämpfung des Belohnungssystems (niedriger positiver Affekt) und einer Aktivierung des Bestrafungssystems. *Die Befunde bestärken die Differenzierung von Persönlichkeitsstilen, Selbstregulation und Stress-Empfinden entlang den Basis-Dimensionen von positivem und negativem Affekt.*

Bezogen auf die Verbindung zwischen Achse I und Achse II wurde in der vorliegende Arbeit die Hypothese überprüft, dass bestimmte Persönlichkeitsstile und ihre zugrundeliegenden Bewältigungsfähigkeiten zu einer Vulnerabilität für klinische Syndrome führen können. Diese Hypothese steht im Einklang mit dem Modell der Vulnerabilität (siehe Kapitel 1, Abschnitt 1.8.2.2.2, Erklärungsmodelle zur Verbindung zwischen Achse I und II). *Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass für die Entstehung von Achse I-Störungen die Betrachtung der Achse II (Störung oder Stil) von Bedeutung ist.* Jedoch kann die Verbindung zwischen Achse I und II nicht allein durch dieses Modell erklärt werden, die Persönlichkeitseigenarten bzw. Störungen können als Mitgestalter (als prädisponierenden) Faktoren oder/und als Ergebnis (im Sinne von mehr oder weniger stabilen Persönlichkeitsänderungen) einer schweren Achse -I-Störungen angesehen werden.

Für die Behandlung und Konzeptualisierung müssen in jedem Fall zwei Aspekte berücksichtigt werden:

1. ein dysfunktionaler Persönlichkeitsstil kann ein Risikomerkmal zur Entstehung von spezifischen Symptomen sein und
2. klinische Syndrome können ebenfalls Veränderungen der Persönlichkeit bewirken.

14. Einschränkungen der vorliegenden Arbeit

Wir haben bereits bei den aufgeworfenen Fragestellungen festgestellt, dass wir auf Schwierigkeiten mit grundlegenden Überlegungen stoßen, die nicht in dieser Arbeit geklärt werden können, so dass diese Arbeit sich zwangsläufig auf diesem weiten Felde begrenzen musste.

Eine Einschränkung der vorliegenden Untersuchung ergibt sich aus der Verwendung einer sehr heterogenen klinischen Stichproben. Außerdem war die neue Stichprobe klinischer als die alte und zeigte mehr Achse-I und Achse-II Diagnosen auf. Diese Bedingungen sollten zu Vorsicht bei der Generalisierung der Befunde führen. Weitere Einschränkungen dieser Arbeit im Überblick sind:

1. Die fehlende Kontrollgruppe von Nicht-Patienten um Ergebnisse zu vergleichen.
2. Die Heterogenität der Stichprobe, die für diese Studie als angemessen angesehen wurde, da die meisten zentralen Hypothesen sich auf unspezifische Symptome beziehen. Um spezifische Hypothesen zu überprüfen sollten jedoch die betroffenen Untergruppen besser differenziert werden. Dieser Untersuchung liefert erste Hinweise für eine Forschungsrichtung, wobei nicht alle Symptomkategorien untersucht wurden. Wichtig wären im Folgenden z.B. Essstörungen,

Abhängigkeitsstörungen, bipolare Störungen und die Beziehung wie z.B. zwischen zwanghafter Persönlichkeit und zwanghaften Symptomen.

3. Die mögliche Unter- oder Überrepräsentanz von einigen Symptomkategorien. Hier wäre es ideal, die Mediationsmodelle mit "reineren" Gruppen bestimmter Symptomstörungen und diagnostiziert nach klinischen Kriterien zu rechnen.

4. Die Grenzen der Fragebögen auf der expliziten, verbalen Ebene.

Eine Stärke dieser Studie liegt sicherlich in der hohen Anzahl an Patienten, die die Analyse von zwei Stichproben erlaubte. Viele Ergebnisse jedoch verlangen zunächst nach Replikation. So sollte diese Studie mit ihren Befunden als Basis für zukünftige Forschung z.B. für spezifischere Symptome oder für einzelne Persönlichkeitsstile betrachtet werden.

15. Implikationen für die Psychotherapie

In der vorliegenden Arbeit wurde die Beziehung zwischen situativen Variablen, Persönlichkeitsdeterminanten und Symptomentstehung untersucht, die aus Sicht der klinischen Praxis einige wichtige Implikationen mit sich bringen.

Bezogen auf die situativen Variablen, zeigen die Ergebnisse die diagnostische Bedeutsamkeit einer genauen Differenzierung zwischen Belastung und Bedrohung, wie der SSI sie ermöglicht. Ebenso wird die Bedeutung der Messung von Motivausprägungen, -konfigurationen und Bedürfnisfrustration aus den Befunden erkenntlich. Der MUT lässt sich interpretieren als Beschreibung unterschiedlicher Strategien, die eine Person zur Bedürfnisbefriedigung einsetzt.

Bereits in der Einführung dieser Arbeit wurde die Bedeutsamkeit von „Persönlichkeitseigenschaften“ betont, die unabhängig vom Vorliegen einer Störung im Hinblick auf Psychotherapie und Verständnis von Symptomkomplexen relevant sind, denn sie bringen die Bedeutung der Persönlichkeitsvariablen durch das Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen der Symptomentstehung. Persönlichkeitsstile (und natürlich mehr noch Persönlichkeitsstörungen) können die Symptomentstehung und die Symptomäußerungen beeinflussen. Das dimensionale Konzept der Persönlichkeitsstile hinter dem PSSI ermöglicht nicht nur das Erkennen persönlichkeitstypischer Wahrnehmungs- und Kognitionsmuster, sondern gleichermaßen einen ressourcenorientierten (statt einseitig defizitorienten) therapeutischen Zugang, da jeder Persönlichkeitsstil in seinen Stärken und seinen Risiken/Schwächen dargestellt wird, und der Patient die Erfahrung macht, dass sein oftmals seltsam und befremdlich wirkendes Verhalten als subjektiv sinnhafte Anpassungs- und Überlebensstrategie in spezifischen Sozialisationskontexten verstanden wird.

Nun ist die Berücksichtigung des individuellen Stils für die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung maßgeblich, sowie für das Verständnis der Therapiemotivation und der ableitbaren Auswahl, Gestaltung und zeitlichen Abstimmung von Therapiezielen. Die differentielle Beurteilung persönlicher Stile trägt entscheidend zur Flexibilität therapeutischer Planungen bei, und es

eröffnen sich immer wieder leicht neue Behandlungsmöglichkeiten (Fiedler, 2000), selbst noch im Prozeß der Therapie vor dem Hintergrund der hier verwendeten Persönlichkeitstheorie, die den Zusammenhang von basalen psychologischen Mechanismen und komplexe, überdauernden Verhaltensmustern herstellt. So wird die Unterscheidung von Affekt- und Temperamentsreaktionen, wie sie in dieser Arbeit in einigen Aspekten herausgearbeitet wurden, praktisch bedeutungsvoll. So schlußfolgert auch Greenberg (1997, S. 46): *„Different types of personality styles and disorders also need to be taken into account in assessing emotion“*.

Die inhaltliche (oftmals hintergründige) Bedeutung von emotionalem Ausdruck ist bei verschiedenen Typen oder Stilen durchaus unterschiedlich (Benjamin, 1993, 1996). So taucht z.B. beim Borderline-Typus Ärger vor allem dann auf, wenn eine Bezugsperson als unzuverlässig oder achtlos erlebt wird, was zu panischem Ausdruck von Angst und extremen Versuchen führt, die gewünschte Aufmerksamkeit des anderen zu erzwingen. Der histrionische Typus wird Ärger "vorspielen", um Bewunderung zu erlangen; eine antisoziale Persönlichkeit wird kalten Ärger in Verbindung mit emotionaler Distanz und Kontrollversuchen zeigen usw. So liegt die Entstehungswurzel des Ärgers bei den Persönlichkeitstypen in unterschiedlichen Themenbereichen des Erlebens, der Ärgerausdruck erfüllt unterschiedliche Funktionen, die einzeln verstanden werde müssen. Greenbergs *Emotional Focused Therapy* versucht beispielsweise, an den Kern in all diesen verschiedenen Ausdrucksarten zu kommen, sie also als Zugang zu den zugrundeliegenden Elementen zu benutzen, die in der vorliegenden Arbeit im Aspekt der Bedürfnisfrustration operationalisiert wurden. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die wichtigsten Ergebnisse sich auf eben jene Persönlichkeits-Einseitigkeiten beziehen, die auf der Verletzung auf fundamentaler Ebene beruhen (s.o.)

Wir haben bereits diskutiert, dass die meisten der Persönlichkeitsstile mit signifikanter Vermittlungsfunktion zur Symptomentstehung in dieser Untersuchung, mit starker Selbsthemmung zusammenhängen. Aus diesem Grunde sollten therapeutische Maßnahmen, die den Zugang zu Selbstfunktionen erleichtern, von zentraler Bedeutung sein, um die Neigung zur Symptomentstehung zu verringern. Der funktionale Ort der dafür essentiellen Affektregulation liegt in den Modellen der PSI-Theorie im impliziten Selbst (siehe auch Koole & Jostman, 2003; Linville, 1987; Showers & Kling, 1996). Die 4. Modulationsannahme (als Umkehrung der 2. MA) beschreibt, wie in bedrohlichen Situationen verlorengegangener positiver Affekt durch die Herabregulierung von negativem Affekt (sich beruhigen können) wiederhergestellt werden kann (vgl. das lerntheoretische Konzept der negativen Verstärkung). Die bloße Aktivierung des Extensionsgedächtnis und somit des Selbst spielt eine wichtige Rolle in der Selbstregulation des negativen Affekts (Linville, 1987; Showers & Kling, 1996), wie eine Untersuchung von Linville (1987) empirisch bestätigte: Die Komplexität von Selbstrepräsentationen sagte voraus, wie gut belastende Lebensereignisse ohne die subjektiven und objektiven Begleiterscheinungen erhöhter Stressreaktionen wie Infektionsanfälligkeit, Depression etc. bewältigt werden konnten. Das Selbst kann durch kreative Beschäftigungen oder durch „Sinnstiftung” im Sinne eines Aufzeigens der persönlichen Bedeutung einer Tätigkeit den Teufelskreis von

Verengung, Symptomentstehung und Selbstentfremdung zu durchbrechen. Auf dieser „therapeutischen“ Wirkung dieser Übungen bauen bereits viele Trainings und Therapien aus Erfahrungswissen auf. Durch den Zugriff zum Selbst können alternative Strategien *wiedergefunden* werden, so dass die Entwicklung von Selbststeuerung zum "Selbstläufer" wird.

Die Strategien werden dabei für die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile nicht dieselben sein, wir sprechen hier von einem allgemeinen Schema in der Terminologie der PSI-Modelle. Die Therapie muss in erster Linie die kompletten „Profile“ von Persönlichkeitsstilen, die der Patient zeigt, berücksichtigen - eine Person mit BL-Persönlichkeit und starker HI-Tendenz ist ein anderer Fall als eine mit beispielsweise starken schizoiden Ausprägungen.

Während die Affekt-Ebene leicht ansprechbar ist und über sie eine Selbstregulation lernbar[21], besteht für die Therapie bei den gestörten Temperamentstypen die Frage, wie man durch Ansprechen des Temperaments (d.h. der Aktivierung und der Erregung) zu einer Dämpfung extremer Reaktionsmuster gelangen kann (siehe Kuhl, 2001). Eine Dämpfung mag gerade bei der negativistischen Störung paradox erscheinen, weil doch gerade das Temperament gedämpft ist. In der PSI-Theorie wird jedoch die Regel postuliert, dass man eben nur hemmen kann, was vorher angeregt wurde. Daraus ergibt sich, dass übermäßige Hemmung von Aktivierung und Erregung erst dann beseitigt werden kann, wenn die Betroffenen lernen, nicht mehr so stark auf der Temperamentsebene zu reagieren (Kuhl, 2001, S. 916).

Eine wichtige Annahme der PSI-Theorie ist, dass selbst extrem einseitig affektive Dispositionen zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung kommen können, wenn sie mit der Fähigkeit verbunden sind, die dispositionell vorbereitete affektive Reaktion immer wieder selbstgesteuert gegenzuregulieren. So zeigte sich z.B in einer entwicklungspsychologischen Untersuchung von Scheffer (2001), dass Personen mit einem hohen Kennwert auf der Borderline-Skala des PSSI (verbunden mit einer hohen emotionalen Labilität) Hinweise auf eine gesunde Entwicklung der Selbststeuerung (operationalisiert an Hand des Reziprozitätsempfindens: Chasiotis, 1999) brachten. Sie zeigten eine signifikant erhöhte Ausprägung in einer Form des Beziehungsmotivs, nämlich der selbstkongruenten, intrinsischen, von positiven Gefühlen getragenen und auf authentische Begegnung ausgerichteten Beziehungsmotivation.

Für die Praxis bedeutet dies, dass eine sehr einseitige Ausprägung eines Persönlichkeitsstils nicht ausreicht, eine Krankeitsursache oder eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren.

Schließlich zeigte diese Untersuchung, wie viele Informationen eine differentielle Funktionsdiagnostik wie die TOP bringen kann. Diese differentielle Funktionsdiagnostik ermöglicht einen sehr umfassenden Überblick über sonst oft unabhängig voneinander betrachtete Aspekte und eröffnet potentiell ganz neue Perspektiven für die Therapie und die zugehörige Forschung.

---

[21] Die Selbstäußerungskontingenzhypothese (Abschnitt 2.4.5) liefert interessante Implikationen für die Wirkmechanismen therapeutischer Interventionen - der Bedeutung von den Kontingenten Reaktionen des Therapeuten auf die Äußerungen des Klienten.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION TEIL II

Das Ziel des zweiten Teils der Arbeit war die Untersuchung der Selbststeuerungsfunktionen bei Personen mit Diagnose von Persönlichkeitsstörungen, die anhand der klinischen Kriterien (DSM-IV) erhoben wurde. Folgende Gruppen von Persönlichkeitsstörungen wurden analysiert: schizoid (SZ), schizotypisch (ST), narzisstisch (NA), selbstunsicher (SU) und Borderline (BL). Als Kontrollgruppe wurden Patienten ohne Persönlichkeits- aber mit Achse-I-Störungen untersucht. Ziel war es, zu untersuchen, ob sich die Personen mit einer Diagnose von Persönlichkeitsstörungen von den Personen ohne eine solche Diagnose aber mit gleicher Symptomschwere hinsichtlich der selbstregulatorischen Kompetenzen unterscheiden oder nicht.

Um zu analysieren, ob sich die Ergebnisse dieses Modells (qualitatives Modell) replizieren ließen oder nicht, wurde ferner ein anderes (quantitatives) Modell überprüft. Das quantitative Modell bezieht sich auf die Ergebnisse eines Persönlichkeitsfragebogens (PSSI-K), dessen Kennwerte Grundlage für die Analyse waren. Für die Analyse wurden, separat nach den PSSI-Normen Gruppen gebildet (siehe Abb. 1.4.5 – Empirischer Teil, Abschnitt 1.4.2: Auswertungsstrategien Teil II). Hier ist wichtig zu beachten, dass nicht von der Ausnahme ausgegangen wurde, hohe Ausprägungen des PSSI seien allein zu einer Diagnose von Persönlichkeitsstörungen ausreichend. Obwohl extrem hohe Werte auf einer Skala (z.B. T-Werte > 70) den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung erhöhen, reichen sie in keinem Fall aus, eine solche Diagnose festzulegen, was analoges für alle Fragebogen gelten sollte, die Persönlichkeitsstile messen.

Das quantitative Modell wurde in beiden Stichproben (d.h. in alter und neuer Stichprobe) separat überprüft. Das qualitative Modell (klinische Kriterien) wurde nur für die neue Stichprobe überprüft, da in der alten Stichprobe die klinischen Diagnosen nicht erhoben wurden. Abb. 1.4.3 und 1.4.4 (Empirische Teil, Abschnitt 1.4.2: Auswertungsstrategien Teil II) veranschaulichen die Auswertungsstrategien.

Es wurde versucht, im quantitativem Modell dieselbe Auswertungsstrategie wie beim qualitativen Modells anzuwenden (d.h. eine Gruppe mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung mit einer Gruppe ohne eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose aber gleicher Symptomschwere zu verglichen). Bei dem Quantitativen Modell ging es um den Vergleich zwischen Gruppen mit einer starken Ausprägung eines Persönlichkeitsstils und Gruppen mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere. Weiterhin wurde analysiert ob sich innerhalb des quantitativen Modells die Ergebnisse in beiden Stichproben replizieren ließen oder nicht.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtig, dass die Anzahl der Fälle im quantitativem Modell in den verschiedenen Gruppen unterschiedlich hoch und besonders in den Extremgruppen zum Teil sehr niedrig war (siehe Tabelle 2.1.1 und Tabelle 2.1.2). Dieser Umstand kann die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Befunde sind daher ausschließlich explorativ.

1. Übereinstimmung von klinischer Diagnose und PSSI-K Skalen

Um die Übereinstimmung der klinischen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (qualitatives Modell) mit den PSSI-Ergebnissen (quantitatives Modell) zu überprüfen, wurden unterschiedliche Analysen, die im Abschnitt 1.4 – Ergebnisse Teil II dargestellt werden, berechnet. Zusammenfassend betrachtet sind die SZ- und die BL-Gruppe die beiden Gruppen mit den größten Übereinstimmungen zwischen klinischem Urteil und PSSI-K. Für alle anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen ergaben die unterschiedlichen Analysen keine Übereinstimmung zwischen klinischem Urteil und PSSI-K.

Wie im Theorie-Teil dieser Arbeit bereits erörtert ergaben sich bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eine Reihe von Besonderheiten gegenüber der Diagnostik anderer psychiatrischer Störungen (sog. Achse-I-Störungen), die sie besonders erschwerten. Ein Hauptproblem nicht-operationaler psychiatrischer Diagnostik ist die mangelnde "Reliabilität", wobei unter "Reliabilität" v.a. die so genannte "Interrater-Übereinstimmung" gemeint ist, d.h. unterschiedliche Diagnostiker kommen bei demselben Patienten zu unterschiedlichen Diagnosen. Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen durch Kliniker werden im Allgemeinen als weniger verlässlich und valide erachtet als Diagnosen nach systematischer Erfassung durch Selbstbeurteilungsfragebögen und Teilstrukturierte Interviews (Widiger & Coker, 2001). Weiterhin sind Selbstbeurteilungsverfahren eher im Sinn eines Screeningsinstruments zu betrachten – einem Konzept, dem auch die Konstruktion des PSSI folgte - sie allein sind zur Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nicht geeignet.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Diagnosen retrospektiv gemacht, die Psychotherapeuten und Psychiater haben die Diagnosen erst nach Monaten gestellt. Diese Methode hat der Vorteil, dass eine längere Zeitperspektive eingenommen wurde, was in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörung besonders von Bedeutung ist (Verlaufs-/Entwicklungsdiagnose). Jedoch muss hier kritisch angemerkt werden, dass diese Zeitsperspektive nicht für alle Patienten erfüllt wurde (insbesondere für die letzten untersuchten Patienten).

Obwohl eine klinische Diagnose einige Vorteile gegenüber strukturierten Interviews haben kann, wäre eine solche Erfassung für eine Untersuchung von gewinnbringender Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit wurde für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kein strukturiertes klinisches Interview eingesetzt, was als Einschränkung dieser Arbeit zu betrachten ist. Grund dafür war, dass diese schwer im klinischen Alltag anzuwenden sind. Interviewverfahren sind oft sehr zeitaufwendig, was die Durchführung betrifft (bis zu mehreren Stunden). Ferner sind grundsätzliche Probleme mit der Erhebung von Persönlichkeitsstörungen in einem nicht-therapeutischen Kontakt beachten. Skodol, Rosnick, Kellman und Oldham (1988) haben darauf hingewiesen, dass viele der Persönlichkeitsstörungen nur bei Berücksichtigung mehrerer Informationsquellen, die erst im therapeutischen Kontext möglicht sind, hinreichend valide diagnostiziert werden können. Und sogar in den ersten diagnostischen Kontakten ist es schwer, eine zuverlässige Diagnose festzustellen. Darüber hinaus sagt Fiedler:

„Nun berühren gerade die Persönlichkeitsstörung das grundsätzliche Problem, ob sie sich in einmaligen diagnostischen Kontakten überhaupt zuverlässig feststellen lassen. Wie angedeutet liegt ein wesentliches Merkmal der Persönlichkeitsstörungen darin, dass es sich um zwischenmenschlich auffällige, weitgehend routinierte Interaktionsprobleme handelt, die den Betroffenen selbst nicht unmittelbar einsichtig (Ich-synton), von ihnen also nunmehr schwer verbalisierbar sind. Ich-dyston erlebt werden vor allem die fluktuierenden Symptome. Erst in dem Masse, wie wiederholte und längdauernde Kontakte möglich sind, gewinnt damit die diagnostische Feststellung der ich-syntonen Persönlichkeitsstörung ein höheres Maß an Zuverlässigkeit“ (1998, S. 222)

Desweiteren sollte man mit einem größeren Zeitraum für die Untersuchung rechnen, um eine aussagekräftige Größe der Stichprobe zu erzielen, gerade aufgrund der praktischen Probleme der Anwendung von klinischen Interwies. Ein anderes Problem ist, dass nicht alle Kliniker einverstanden damit sind, dass eine externe Person solche Interviews mit seinen Patienten durchführt, noch sind Patienten immer einverstanden, solche Interviews mitzumachen. Eine solche Methode bedarf aus meiner Sicht einer besonderen Teamarbeit.

Zusammenfassend betrachtet wäre es, aufgrund der Komplexität solch einer Diagnose, die beste Methode, wenn die klinische Diagnose mit anderen Methoden (Selbstbeurteilungsverfahren, Strukturiertes Interviews) kombiniert werden kann. Außerdem sollten solche Diagnosen deutlich verbessert werden, wenn innerhalb einer gut funktionierenden Arbeitsgruppe gearbeitet wird.

In zukünftiger Forschung sollten die Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen systematischer erfasst werden. Jeder erfahrener Kliniker weiß, dass es nicht den schizoiden oder vermeidenden oder depressiven Typ gibt, sondern dass sie sich in verschiedenen Variationen um einen typischen Kern der Persönlichkeit herum zeigen. Die Variabilität innerhalb eines Störungstyps ist zu berücksichtigen ebenso wie eine typenspezifische "innere" Komorbidität.

2. Symptomschwere

2.1 Symptomschwere Qualitatives Modell

Da die möglichen Selbststeuerungsdefizite bei den Persönlichkeitsstörungsgruppen auf die aktuelle Ausprägung der Grundsyntomatik (z.B. Ängstlichkeit, Depressivität - Achse I) zurückgeführt werden können, wurde in dieser Arbeit versucht, die Symptomschwere zu kontrollieren. Aus diesem Grunde wurden die Gruppen mit diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen mit einer klinischen Kontrollgruppe verglichen. Weiterhin wurde die Kontrollgruppe (Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung) hinsichtlich ihrer Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) medianisiert, so dass Untergruppen mit niedriger vs. hoher Symptomschwere vorlagen (KG1 und KG2). So wurde es möglich, die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit einer Gruppe von Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, aber mit gleicher Symptomschwere hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen zu vergleichen.

Unabhängige t-Tests (Abschnitt 1.2.1.1) ergaben, dass die Kontrollgruppen[22] sich signifikant in der Symptomschwere (nach klinischer Beurteilung) unterschieden. Die genannte Kontrollgruppe 1 hat nach klinischer Beurteilung eine hoch signifikant niedrigere Symptomschwere im Vergleich zur der genannten Kontrollgruppe 2. Die Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere (KG1) zeigt eine signifikant niedriger Symptomschwere im Vergleich zu allen Gruppen, mit Ausnahme der selbstunsicheren Gruppe.

Ferner unterscheidet sich die Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) darin nicht von der schizoiden, der narzisstischen und der Borderline-Gruppe. Im Gegenteil zeigen die selbstunsichere und schizotypische Gruppe sogar signifikant niedrigere Symptomschwere im Vergleich zu dieser Kontrollgruppe.

Unterschiede zwischen den Gruppen mit schizoider, narzisstischer und Borderline-Persönlichkeitsstörungen und der Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere (KG2) sind daher nicht auf Unterschiede in der Symptomschwere zurückzuführen. Im Gegensatz dazu war es nicht möglich, eine Kontrollgruppe gleicher Symptomschwere wie in den Gruppen der selbstunsicheren und schizotypischen Persönlichkeitsstörungen zu bilden. Dennoch können eventuelle Defizite gegenüber der KG2 in diesen Gruppen (SU und ST) nicht auf die Symptomschwere zurückgeführt werden, da diese in der Gruppe mit Persönlichkeitsstörung sogar signifikant niedriger war.

Innerhalb der Gruppe mit Persönlichkeitsstörung zeigte die selbstunsichere Gruppe die niedrigste Symptomschwere, gefolgt von der schizotypischen Gruppe. Die schizoide und die Borderline-Gruppen haben die höchste Symptomschwere.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtig, dass sich diese Unterschiede in der Symptomschwere nach klinischer Beurteilung innerhalb aller Gruppen des qualitativen Modells in den Ergebnissen der Fragebögen (SCL-90 und BES-K) nicht replizieren ließt. Es gab keine Übereinstimmung hinsichtlich der Symptomschwere nach klinischer Beurteilung und nach Selbsteinschätzung. Die Analysen wurden nach der klinischen Beurteilung gemacht, nach der die Symptomschwere der Kontrollgruppe medianisiert wurden.

2.2 Symptomschwere Quantitatives Modell

Es ist gelungen, für die meisten Stile eine Kontrollgruppe gleicher Symptomausprägung zu finden, so dass die Unterschiede in weiteren abhängigen Variablen auf die Ausprägung z.B. des Persönlichkeitsstils und nicht mehr auf die Symptomausprägung zurückgeführt werden konnten.

[22] KG1 = Kontrollgruppe mit niedriger Symptomschwere
KG2 = Kontrollgruppe mit hoher Symptomschwere

3. Gruppenunterschiede in Affekt- und Temperamentskomponenten

In einem zweiten Schritt (Abschnitt 1.5- Ergebnisse Teil II) wurden die Gruppen des qualitativen Modells hinsichtlich unterschiedlicher Affekt– und Temperamentskomponenten (BEF-3) verglichen. Ein analoger Vergleich wurde für die Gruppen des quantitativen Modells nicht durchgeführt.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Persönlichkeitsstörungsgruppen und der Kontrollgruppe, was zu erwarten war, da der BEF ja in erster Linie nach der aktuellen affektiven Lage fragt. Es tauchten jedoch innerhalb der Persönlichkeitsgruppen, insbesondere bei der BL-Gruppe, signifikante Unterschiede zu den übrigen Persönlichkeitsstörungsgruppen (mit Ausnahme der SZ-Gruppe) auf.

Als ein interessantes Ergebnis dieses Teils lässt sich hervorheben, dass die Borderline-Gruppe im Vergleich zu der KG2 zwar einerseits signifikant höhere Werte in Erregung aufwies, was mit der in der PSI-Theorie postulierten borderline-typischen hohen Erregung übereinstimmt, dass jedoch - und dieser Befund macht zunächst stutzig – diese Gruppe signifikant niedrigere Werte in der Skala *Aktivierung* und signifikant höhere Werte in *Lustlosigkeit* hatte. Diese niedrigen Mittelwerte in *Aktivierung* und *Freude* und die hohen Mittelwerte in *Lustlosigkeit* (über zwei Standardabweichungen) und *Traurigkeit* (über eine Standardabweichung) widerspricht zunächst scheinbar dem PSI-theoretischen Modell der Borderline-Störung mit chronisch hoher Aktivierung (T+), bestätigt allerdings die im vorigen Abschnitt (1.4.5 – Ergebnisse Teil II) diskutierte Annahme über die Borderline-Variante niedriger Impulsivität bei diesen Patienten. Entsprechend der von Millon und Davis (1996) postulierten Subtypen dieser Störungsgruppe wurde hier der „lustlose“ Subtypus anstelle des „impulsiven“ Subtypus vermutet. Eine zusätzliche Hypothese, die bereits weiter oben diskutiert wurde, bezog sich auf das möglicherweise hohe (aktuelle) Depressionsniveau bei diesen Patienten und wurde durch die Profile der BL-Gruppe in den Skalen des BEF-3 unterstützt. Ferner lagen die Mittelwerte von *Depressivität* in der SCL-90 (Skala SCL-04) deutlich erhöht (siehe Tabelle 1.3.3).

Es mutet seltsam an, dass bei der Borderline-Gruppe gerade *Aktivierung* so überdurchschnittlich niedrig ausfällt (und das quasi Gegenstück *Lustlosigkeit* so hoch), da doch in der PSI-Theorie das Gegenteil postuliert wird: so wie die Temperamentskomponente der sensorischen Erregung, sollte auch die der (motorischen) Aktivierung in der Borderline-Konfiguration hoch ausgeprägt sein. Dass wir hier für Aktivierung das Gegenteil finden, lässt sich allerdings ohne Widerspruch durch die zentrale Annahme über die BL-Konfiguration erklären, denn gerade sie reagiert äußerst sensibel (T-) und schnell-impulsiv (T+) auf äußere Stimuli *auf der Temperamentsebene*. Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Studie ja nicht gerade in einer Lage, in der Aktivierung angeregt oder bloß erhalten wurde. Die Fragebogen-Situation wird dazu beigetragen haben, eher verbale, explizite Funktionen des Denkens zu aktivieren, die innerhalb der Theorie eher T(+) fordern (wenn auch nicht unbedingt auslösen, was empirisch überprüft werden müsste). Da im BEF ganz explizit nach dem momentanen Befinden gefragt wird, ist dieser Befund durchaus kein Widerspruch zu den theoretischen Annahmen über diese Konfiguration.

4. Gruppenunterschiede in den Selbststeuerungsfunktionen

4.1 Qualitatives Modell [23]

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalysen (Abschnitt 1.6.1) ergaben insbesondere signifikante Unterschiede zwischen Kontrollgruppe 2 und den Persönlichkeitsstörungsgruppen hinsichtlich der Skalen der Willensbahnung und Selbstmotivierung, d.h. der Unterschied lag besonders in der Fähigkeit zur Heraufregulierung positiven Affekts. Eine genauere Analyse dieser Unterschiede durch unabhängige t-Tests für alle Gruppen ergab, dass die beiden Persönlichkeitsgruppen, die signifikanten Unterschiede in diese Skalen im Vergleich zu Kontrollgruppe 2 zeigten, die Gruppe mit klinisch diagnostizierter **schizoider (SZ) und Borderline-(BL)** Persönlichkeitsstörung waren.

Beide Gruppen zeigten signifikant niedrigere Werte in allen Skalen der ***Willensbahnung*** (*Volitionaler Initiative*, *Volitionaler Aktivität* und *Konzentration*) im Vergleich zur Kontrollgruppe 2. Niedrige Werte in diesen Skalen sind Hinweise auf eine Willenshemmung und auf den Verlust zielorientierter Selbstkontrolle unter Belastung (prospektive Lageorientierung). Diese Gruppen zeigten auch signifikant niedrige Werte in ***Selbstmotivierung*** (d.h. der Fähigkeit, positive Stimmung selbst herzustellen). Alle diese Ergebnisse fanden sich auch im Vergleich zwischen diesen beiden Gruppen **(SZ und BL)** und Kontrollgruppe 1 (Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung mit niedriger Symptomschwere) (siehe Tabelle 1.6.6 – Ergebnisse Teil II).

Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit klinisch diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen und Kontrollgruppe 2 zeigten sich in der Makroskala ***Lageorientierung.*** Die Kennwerte dieser Skala ergeben sich aus der Summe der Skalenwerte für *Unabhängigkeit* und *Gelassenheit*. Diese Skala misst die grüblerische Auseinandersetzung nach Misserfolgen (d.h. LOM). Die **SZ- und BL-Gruppen** hatten signifikant höhere Werte in dieser Skala im Vergleich zur Kontrollgruppe 2. Diese Ergebnisse replizierten sich im Vergleich mit Kontrollgruppe 1.

Die **Borderline-Gruppe** hat marginal signifikant niedrigere Werte in *Gelassenheit (vs. Grübeln)* im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen. Niedrige Werte in dieser Skala können Hinweise auf eine grundlegende ***Selbsthemmung*** sein, da die Herabregulierung von A- nicht die spezifische Form der Selbstregulation fordert, sondern auch weitere Teile des Selbst (bzw. des EG) mit einbezieht, die eine aversive Erfahrung ("Bedrohung") in das Erfahrungswissen integriert.

Entgegen den Erwartungen zeigte die **SU-Gruppe** keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur KG2. Es war erwartet worden, dass diese Gruppe auch signifikant niedrigere Mittelwerte in den Skalen der Willensbahnung und Hinweise auf Selbsthemmung (niedrige Werten in

[23] Die Ergebnisse der unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen jeder Persönlichkeitsstörungsgruppe und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und hoher Symptomschwere (KG2) hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen sind in Tabelle 1.7.4 und 1.7.5 zusammengefasst (Ergebnisse Teil II). Die Ergebnisse bezüglich des Vergleichs zwischen jeder Persönlichkeitsstörungs-Gruppe und der Kontrollgruppe ohne Persönlichkeitsstörung und niedriger Symptomschere (KG1) sind in Tabelle 1.7.6 und 1.7.7 zusammengefasst (Ergebnisse Teil II).

den Skalen der Selbstbahnung) zeigen würde. Diese Unterschiede zeigten sich jedoch nicht im Vergleich mit KG2. Hinsichtlich des Vergleichs mit KG1 hatten Personen der SU-Gruppe signifikant höhere Werte in der Makroskala *Lageorientierung*.

Die **ST-Gruppe** zeigte im allgemeinen keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu KG2.

Die Ergebnisse bestätigen nicht die allgemeinen Erwartungen bezüglich der Skalen des ***HAKEMP.*** Von allen Persönlichkeitsstörungsgruppen die in diesem Modell analysiert wurden, zeigte lediglich die **SZ-Gruppe** einen signifikanten Unterschied zur KG2 mit signifikant niedrigeren Werten in der Skala HOP. Keine der Persönlichkeitsstörungsgruppen zeigte signifikante Unterschiede in Handlungsorientierung nach Misserfolg im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen.

Ein weiterer interessanter Befund zeigte sich für die **NA-Gruppe.** Diese Störung, die im Star-Modell mit einer Überfunktion der Belohnungsaktivierung und der Bestrafungshemmung erklärt wird, hatte von alle Gruppen (Kontrollgruppen und Persönlichkeitsstörungsgruppen) die höchsten Werte in den Skalen der ***Selbstregulation*** (*Selbstmotivierung*, *Aktivierungskontrolle* und *Selbstbestimmung*). Die Unterschiede waren nicht signifikant im Vergleich mit den Kontrollgruppen (außer in *Aktivierungskontrolle*), durchaus aber im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen. So zeigte sich, dass die NA-Gruppe im Vergleich zur SZ, BL, und ST Gruppe signifikant höhere *Selbstmotivierung* und signifikant höhere Werte in *Aktivierungskontrolle* (Selbstberuhigungsfähigkeit) im Vergleich zur KG2 und den SZ- sowie ST-Störungen hatte. Diese Skala (Aktivierungskontrolle) misst Komponenten der belastungsabhängigen Selbstaktivierungs-[24] und Selbstberuhigungsfähigkeit[25].

Hinsichtlich der Skalen die den Stress messen ***(Belastung und Bedrohung)*** ergaben interessanterweise die unabhängigen T-Tests, dass die **NA-Gruppe** signifikante höhere Mittelwerte im Vergleich zu der KG2 hatte. Keine der anderen Persönlichkeitsstörungsgruppen zeigte signifikante Unterschiede im Vergleich zu der Kontrollgruppe 2 in diesen Skalen. Eine Diskussion dazu lasse ich weiter unten in den Abschnitten zu einzelnen Stilen folgen.

Die Ergebnisse der **SZ- und BL-Gruppen** bestätigen die allgemeine Erwartung (Hyp. 2.1), dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose viel eher Selbststeuerungsdefizite aufweisen als Personen ohne eine solche Diagnose bei dennoch gleicher Symptomschwere.

[24] „ Sobald Hindernisse auftauchen, spüre ich, wie ich aktiver werde“, „Ich erreiche meine beste Form erst dann, wenn Schwierigkeiten auftauchen“.
[25] „Ich kann mich auch in einem Zustand starker innerer Anspannung schnell wieder entspannen“, „Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird“.

4.2 Quantitatives Modell [26]

Im allgemeinen zeigte sich im quantitativen Modell, dass die Gruppen mit starker Ausprägung eines Persönlichkeitsstils (Gruppe 3) vermehrt Hinweise auf Selbststeuerungsdefizite im Vergleich zu den Gruppen mit mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b) hatten. Als Ausnahme von diesem generellen Trend zeigte sich, dass die Gruppen mit starker Ausprägung in den Skalen „***sorgfältig/zwanghaft***" (ZW) und „***selbstbestimmt/antisozial***" (AS) sogar höhere Mittelwerte in den Selbststeuerungsfunktionen zeigten als die Gruppen mit mittlerer Ausprägung und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b). Diese Ergebnisse sind natürlich nicht so interpretierbar, dass diese Stile eine ausgereifte Selbststeuerung mit sich bringen. Da der ZW- und der AS-Typus nur im quantitativen Modell untersucht worden, ist es interessant nach einer befriedigenden Erklärung für dieses Ergebnis zu suchen, zu der wir weiter unten kommen werden.

Die ***still/depressive*** (DP) Gruppe war im quantitativen Modell die Gruppe mit den stärksten Selbststeuerungsdefiziten, was in Verbindung mit den Ergebnissen aus dem ersten Teil dieser Arbeit sinnvoll erscheint (s.o. zu der Diskussion über den Faktor "Depressivität"). Diese Gruppe zeigte Defizite in allen Makrobereichen der Selbststeuerung, sowohl in Selbst- als auch Willenshemmung. und mit signifikant mehr LOP in den HAKEMP-Werten. Diese Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da dieser Stil nur im quantitativen Modell untersucht wurde und nur für eine der beiden Stichproben.

Die Gruppen mit höheren Ausprägung eines Persönlichkeitsstils (PSSI-Skalen) und mit größeren Selbststeuerungsdefiziten als die Gruppen mittlerer Ausprägung des entsprechenden Stils bei gleicher Symptomschwere waren die SU-, PN-, BL-, SU- und NT-Störung (siehe Tabelle 2.3.4). Diese Ergebnisse stehen in direkter Verbindung mit den Ergebnissen aus Teil I der Arbeit, in dem wir bei gerade diesen Stilen die bedeutendsten Mediatorrollen für Symptomentstehung gefunden haben.

Es folgt nun eine detailliertere Diskussion über die Ergebnisse der einzelnen Persönlichkeitsstörungen wie sie im qualitativen Modell analysiert wurden.

5. Diskussion über die Ergebnisse der einzelnen Persönlichkeitsstörungen

5. 1 Schizoide Persönlichkeitsstörung (SZ)

Tabelle 3.3 (Abschnitt 3.3 – Ergebnisse Teil II) veranschaulicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse beider Modelle für diese Persönlichkeitsstörung-Gruppe, anhand derer wir feststellen, dass besonders Selbstmotivierungs- und Selbststimmungsdefizite sowie *Hinweise auf Willenshemmung* (*Initiativmangel* und *Volitionaler Passivität*) deutlich werden. Es replizierten sich auch die Ergebnisse des HAKEMP: In beiden Modellen fand sich in der SZ-Gruppe eine *Neigung zu prospektiver*

[26] Die Ergebnisse der unabhängigen t-Tests für den Vergleich zwischen Gruppen mit einer höheren (Gruppe 3) und denen mit mittlerer Ausprägung der Persönlichkeitsstile bei gleichzeitig starker Symptomschwere (Gruppe 2b) hinsichtlich der Selbststeuerungsfunktionen sind in Tabelle 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 und 2.3.4 zusammengefasst (Ergebnisse Teil II).

Lageorientierung, was der typspezifischen Fixierung auf A(+) entspricht. Diese Ergebnisse sind also hypothesenkonform (Hyp. 2.1.1.1 und 2.3.2), da dieser Stil durch einer Dämpfung des positiver Affekt charakterisiert ist, aus der sich in der PSI-Theorie die Merkmale dieses Typus (Sachlichkeit, geringe Äußerung positiver Emotionalität, soziale Zurückhaltung) ableiten lassen. Gemäß der 1.Modulationshypothese wird hier analytische Denken zur Hauptfunktion und die spontane Bahnung anreizmotivierter Verhaltensroutinen sowie erfahrungsunabhängiges intuitives Erleben und Verhalten gebremst bzw. von der dominanten Denkfunktion abgekoppelt. Gemäß der PSI-Theorie reagieren SZ-Typen auf Stresssituationen mit einem Ausweichen in die Hemmung positiven Affekts *(„Zurückhaltende Ablenkung“).* Gemäß dem diesem Typus zugeordneten Bewältigungsstil (s. Differenzierung von affektiver Bewältigungsformen – Kapitel 2) werden unter Belastung (d.h. bei drohendem oder eingetretenem Kontrollverlust) positive Affekt gehemmt, wodurch verhindert werden soll, dass negative Affekte durch eigenes Handeln verursacht auftreten. Im Alltag ließe sich diese Bewältigungsform durch die Erfahrung beschreiben, dass man um so weniger zu fürchten hat (d.h. um so weniger das Risiko eines negativen Affekts besteht), je weniger man zu verlieren hat (Kuhl, 2001, s. 931). Ein zurückhaltender oder schizoider Mensch versucht, die Probleme und Ängste des Alltags durch Unterbindung impulsiver und allzu heftiger Gefühle und spontaner Handlungen zu bewältigen.

5.2 Borderline Persönlichkeitsstörung (BL)

Zusammenfassend betrachtet (siehe Tabelle 3.2), zeigten sich wichtige Übereinstimmungen zwischen beiden Modellen. Entsprechend den Erwartungen zeigte die BL-Gruppe Defizite in den Selbststeuerungsfunktionen (gemessen mit dem SSI-K). Wie bereits erwähnt fanden sich in beiden Modellen *Hinweise auf Willens- und Selbsthemmung* in den Ergebnissen des SSI-K. Betrachten wir nun das besonders interessante Ergebnis der Willenshemmung. In der Literatur zu dieser Störung wird oft über die Schwierigkeiten dieser Patienten derart berichtet, negativen Affekte (z.B. Angst, "Bedrohung") herabzuregulieren (*Selbstberuhigung*), und viele therapeutische Ansätze konzentrieren sich auf diese Problematik. Darüber hinaus sagt Linehan (1996) *„Obwohl Schwierigkeiten mit negativen Emotionen Teil der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, gibt es bislang wenig Forschung zu den positiven Emotionen“* (S. 183).

Die erwähnte Ergebnisse dieses Teils könnten erste Hinweise liefern für die Bedeutung von *Selbstmotivierungs*techniken bei dieser Patientengruppe. Die PSI-Theorie ermöglicht in diesem Sinne auch, die Differenzierung von A+ und A(+) gesamtsystemisch zu verstehen und in eine Therapie zu integrieren. *Willenshemmung* ist gemäß der PSI-Theorie erkennbar, wenn jemand zwar ständig darüber nachdenken kann, was er (selbst) tun oder erreichen möchte, aber nicht „die nötige Energie“ hat, die entsprechenden Handlungsschritte einzuleiten. Eigene, explizite Absichten (besonders schwierige Absichten), die im Intentionsgedächtnis aufrechterhalten werden, kommen nicht zur Ausführung. In diesem Fall fällt es schwer, den Prozess des Analysierens abzubrechen und zum Handeln überzugehen. Das scheint bei BL-Patienten paradox, da sie doch gerade durch impulsives

Handeln charakterisiert sind, jedoch zeigt sich hier, wie wichtig es ist zu differenzieren, dass *Willens*hemmung nicht notwendigerweise mit *Verhaltens*hemmung einhergeht.

Wie kann man nun die gefundene ausgeprägte *Willenshemmung* bei der BL-Gruppe interpretieren? Die signifikant höheren Werte in *Lustlosigkeit* und die signifikant niedrigen Werte in *Aktivierung* im Vergleich zu den Kontrollgruppen könnten Hinweise auf eine Form von Depression bei diesen Patienten sein. Depression ist durch A(+) charakterisiert und steht somit funktional in engem Zusammenhang mit einer Willenshemmung. Außerdem zeigte sich in beiden Modellen, dass die BL-Gruppe signifikant niedrigere Werte in Selbstmotivierung hatte. Das Risiko einer Willenshemmung unter Belastung ist besonders hoch, wenn die Fähigkeit, positive Stimmung Selbst zu erzeugen (“Selbstmotivierung“) allgemein reduziert ist. Der Prozess der Selbstmotivierung ist eine der wichtigsten Teilkomponenten der Selbststeuerung, da sie notwendig ist, um gewollte Absichten umzusetzen und somit eine Kongruenz zwischen Selbst (Fühlen) und Handlung zu erreichen. Gerade Borderliner berichten ja die gegenteilige Erfahrung: sie fühlen mit erschreckender Klarheit, dass das, was sie tun, nicht wirklich von ihnen gewollt ist, nicht ihrem Selbsterleben entspricht, sich also wie fremdgesteuert, wie "jemand anderes " anfühlt.

Hinzu kommt, wie im Theorie-Teil bereits erläutert, dass Willenshemmung mit einer Neigung zur Introjektion fremder Erwartungen gekoppelt ist (Kuhl und Kazén, 1994). Die Übernahme fremder Ziele (Introjektionsneigung) kann wiederum positiven Affekt hemmen, was die zusätzlich die Fähigkeit reduziert, eigene Absichten umzusetzen („Willenshemmung": Kuhl & Kazén, 1999). Eine Art Teufelskreis der Funktionsdefizite.

Entgegen der Erwartungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Skalen des HAKEMP (in keinem der beiden Modelle), obwohl erhöhte Kennwerte in Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) angenommen werden konnten. Eine störungsunabhängige Diskussion über die Unterschiede des SSI zum HAKEMP folgt weiter unten.

Innerhalb des quantitativen Modells zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Makroskalen *Zielorientierung* für die BL-Gruppe mit signifikant höheren Werten. Warum eine so ausgeprägte Zielfixierung bei Borderlinern?

Die als konstituierend für den Borderline-Typus angenommene hohe Erregung lässt sich als eine generelle *Hyperempfindlichkeit* für *jede Art von Affekt* beschreiben, eine Sensibilisierung auf geringste innere und äußere Stimuli (was sich sicherlich aus den Entwicklungsgeschichten dieser Patienten erklären ließe). Gerade hier könnte der funktionale Kern der hohen Dissoziations-Tendenz liegen: wenn schon bei geringen Affektschwankungen starke Reaktionen auftreten, dann kommt es nie zu dem Affektgleichgewicht, das notwendig ist, um einen ausreichenden Austausch der Hemisphären, sprich der kontralateralen Makrosysteme, zu gewährleisten. Somit arbeiten die Systeme zwar "auf Hochtouren", allerdings "aneinander vorbei". Das IG hält also angespannt an einem Ziel fest, bis es eine Rückmeldung seiner tatsächlichen Umsetzung aus der IVS erhält, was bei dem angenommenen abrupten Affektwechsel zu selten stattfinden kann, so dass die Fixierung auf das gefasste Ziel bestehen bleibt.

In der PSI-Theorie wird postuliert, dass Borderliner durchaus eine gewisse Selbstwahrnehmung haben, aber aufgrund des erschwerten Kontakts des Selbstsystems mit dem Objekterkennungssystem ihre Empfindungen nicht entsprechend integrieren können. Im Unterschied zu dem durch negativen Affekt gehemmten Selbstzugang, der bei der selbstunsicheren und bei der schizotypischen Störung angenommen wird, wird bei der Borderline-Störung keine direkte Hemmung, sondern eine „Umgehung" des Selbst angenommen (Kuhl, 2001, S. 925).

Das bisher Gesagte lässt auch eine Erklärung für die charakteristische Wut über sich Selbst der BL-Patienten zu: Borderliner *fühlen*, welche Gedanken, Gefühle und Handlungen selbstkompatibel wären, können aber ihren *Empfindungen* oft nicht durch integrierte Selbstrepräsentationen und selbstkongruentes Handeln mit expliziten Absichten einen befriedigenden Ausdruck geben.

Affektregulationsdefizite bei Borderline: Die meisten Forschungsgruppen sehen derzeit Störungen der Affektregulation im Zentrum der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus, 2002). Linehan (1994, 1996) vertritt mit ihrem Ansatz der Dialektischen Verhaltenstherapie ein affektives Vulnerabilitätskonzept und vermutet eine konstitutionell angelegte Dysfunktion der Affektregulation bei Individuen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mit Blick auf die Ergebnisse des HAKEMP ist eine solche Schlussfolgerung nach dieser Arbeit nicht möglich. Die Ergebnisse des SSI-K2 zeigten jedoch durchaus, dass die BL-Gruppe spezifische Schwierigkeiten in der Regulierung von A+ und A– hatte. Das Bild verlangt auf jeden Fall eine differenziertere Auseinandersetzung, zumal wenn die Implikationen der PSI-theoretischen Modelle zum Tragen kommen, nach denen eine Temperaments- und eben keine Affektstörung vorliegt.

5.3 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NA)

In bezug auf die oben zusammengefassten Ergebnisse stellt sich die Frage, warum sich bei Personen mit einer NA Diagnose höhere Mittelwerte in Belastung und Bedrohung als bei den Kontrollgruppen finden. Sollten wir nicht gerade bei der Gruppe, die hohe *Gelassenheit* (s.o.) berichtet, eine geringe Ausprägung dieser Stresskomponenten finden, zumal diese ja sogar explizit abgefragt werden (in den Items des SSI)? Der scheinbar Widerspruch zu der Annahme klärt sich genauer Betrachtung der fixierten Konfiguration dieser Störung: Hohe Ausprägung von A(-) fordert ja eine hohe Sensibilität für A-, um es effizient herabregulieren zu können – möglichst noch bevor es das Bewusstsein erreicht. Die affektive und somit funktionale Festlegung auf eine Dominanz des EG führt zu einer ("zwanghaft") kongruenzbetonten Wahrnehmung äußerer und innerer Gegebenheiten, die ja als "Ego-Zentrierung" des NA-Typus deutlich wird. Die Patienten unserer Stichprobe befanden sich nun keineswegs in einer Lage, in der eine kongruenzherstellende Wahrnehmung noch leicht war, so dass gerade die sensible Konstellation der NA-Störung für A- subjektiv außergewöhnlich starken Stress erlebt, wie wir es in den SSI-Werten fanden.

Eine Erklärung kann auch an die *„Externalizierungstendenz"* der NA-Typus liegen. Bei allen Stilen, die mit einer dispositionellen Neigung zur (sofortigen) Herabregulierung von negativer

Emotionalität gekennzeichnet sind, wird eine „Externalisierungstendenz“ erwartet. Gemäß der 2. Modulationshypothese erfordern Selbstkritik und Selbstrevision eine mit ungedämpfter negativer Emotionalität verbundene Sensibilität für Selbstkritik und Selbstrevision die mit Sensibilität für Schwächen, Inkongruenzen, also für Empfindungen, die nicht zu den existierenden Selbstrepräsentationen passen verbunden ist [27].

Die besseren Werte für die Selbstregulation bei NA im Vergleich zu den anderen Störungen ist theoriegemäß verständlich: der affektregulatorische Anteil des Selbst ist stark entwickelt was jedoch in bezug auf die erläuterte fehlende Erfahrungserweiterung und Integration inkongruenter Wahrnehmungen zu einem "unterentwickelten, flachen Selbst" führt.

5.4 Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (SU)

Die Ergebnisse des quantitativen Modells unterscheiden sich von denen des qualitativen Modells: Warum hatte die Gruppe mit klinisch diagnostizierter SU-Persönlichkeitsstörung keine Selbststeuerungsdefizite? Eine Erklärung könnte in der Diagnose liegen, die mit unterschiedlichen Kriterien oder nicht korrekt durchgeführt wurde bei diesem Störungstyp.

Fydrich et al. (1996a) kommen zu dem Schluss, dass die hohen Prävalenzen der SU-Störung, sowie der abhängigen Persönlichkeitsstörung, weniger spezifische Störungen oder gar eine Störung der Persönlichkeit darstellen, sondern eher auf einen Faktor zurückgeführt werden können, der vielen psychischen Störungen allgemein zugrunde liegt: zu den Charakteristika der SU-Persönlichkeitsstörung gehört der starke Wunsch nach persönlicher Nähe, ein geringes Maß an Selbstsicherheit und eine weitreichende Unsicherheit in sozialen Situationen, im Umgang mit anderen Menschen, gepaart mit der oft auftretenden Furcht, von anderen nicht akzeptiert und abgelehnt zu werden. Es ist naheliegend zu vermuten, dass derartige Probleme in unspezifischer Weise mit symptomatischen psychischen Störungen (Achse I) zusammenhängen, was bei zu oberflächlicher Betrachtung zu falschen Diagnosen führen kann.

Diese Problematik wird deutlicher durch die sehr unterschiedlichen Ergebnisse beider Modelle. Während in dem qualitativen Modell diese Gruppe keine Defizite zeigte, zeigte sie im quantitativen Modell eine umfassende Schwächung aller zentralen Selbststeuerungsmechanismen und ausgeprägte Lageorientierung (siehe Abschnitt und Tabelle 3.4 der Ergebnisse von Teil II). Diese Befunde bestätigen unsere Vermutung, dass für diese Funktionen der Selbstregulation, wie der Begriff ja bereits impliziert, das Selbst als funktionaler Ort die entscheidende Rolle spielt. Dieser Stil bleibt sozusagen in der selbstentfremdenden Affektlage [A-, aber auch A(+)] gefangen, für deren Lösung (Entspannung: A(-) und Willensbahnung: A+) er gerade das System bräuchte, das am meisten geschwächt ist. Dass dieser Typus besonders auf Affektsteuerung von außen angewiesen ist, wird daher verständlich. Gerade von einer verlässlichen Beziehung wird er durch seine "innere

[27] So fanden sich im quantitativen Modell auch bei der Gruppe mit des NT-Typus, der auch mit A (-) Fixierung in Verbindung gebracht wird, in beiden Stichproben signifikant höhere Mittelwerte in Belastung und Bedrohung im Vergleich mit der Gruppe mit mittlerer Ausprägung dieses Stil und hohe Symptomschwere.

Abhängigkeit" zur Fremdregulation auch äußerlich abhängig, eben *selbst*-unsicher. Doch auch hier ergibt sich leicht ein Teufelskreis, denn für die spontane, "warmherzige" und aktive soziale Interaktion bedarf es eher der Dominanz der intuitiven Verhaltenssteuerung, die durch A+ gebahnt wird, was dem SU fehlt. Vielleicht können wir in dieser Systemkonfiguration den Prototypen unserer allgemeinen Hypothese erkennen, denn hier wird besonders deutlich, wie sich aus affektiven Tendenzen und den resultierenden funktionalen Einseitigkeiten überdauernde Stile bis zu Störungen entwickeln, wenn das Gesamtsystem seine selbstregulatorischen Fähigkeiten verliert und in eine Extremlage "einrastet". Somit wären das Erscheinungsbild einer Störung, wie sie klinisch klassifiziert wird, und die Modelle der Selbstregulation wie sie besonders in der PSI-Theorie ausgearbeitet wurden, gar nicht mehr getrennt voneinander zu betrachten.

5.5 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ZW)

Wir sind bereits weiter oben auf die unerwarteten Befunde in den Ergebnissen bezüglich der ZW-Skala eingegangen: Warum haben Personen mit starker Ausprägung in dieser Skala und hoher Symptomschwere (Gruppe 3) höhere Werte in *Selbstbestimmung*, *Volitionaler Initiative* und niedrigere Werte in der Makroskala *Lageorientierung* als Personen mit mittlere Ausprägung dieser Skala und hohe Symptomschwere (Gruppe 2b)? Diese Ergebnisse scheinen in jeder Hinsicht so widersprüchlich zu sein, dass man von einer Form von Artefakt ausgehen möchte, besonders, wenn man sich vor Augen hält, dass es sich um Personen mit hoher Symptomschwere handelt.

Ein Erklärungsansatz, der sich uns erneut aus den PSI-theoretischen Annahmen anbietet, lässt tatsächlich eine Art "vorhersagbares Artefakt" vermuten. Der ZW-Konstellation wird in erster Linie durch eine ausgeprägte Sensibilisierung oder (wenn die aktuelle Lebenssituation es begünstigt) sogar Fixierung auf negativen Affekt (A-) und der damit verbundenen Selbsthemmung und Dominanz der Empfindungsfunktion und ihrer Einzelobjektwahrnehmung. Gleichzeitig aber bleibt eine gewisse Handlungsfähigkeit bestehen, da für diesen Typus keine Einseitigkeit für A+ angenommen wird. Unsere entscheidende Frage ergibt sich nun: Wie reagiert dieser Typus auf die Art der Befragung, wie sie durch die Fragebögen dieser Untersuchung stattfand? Es ist aus den Annahmen ableitbar, dass hier nicht das Selbstsystem mit seinem breiten Selbsterfahrungswissen und Überblick über das Gesamtsystem benutzt wird, weil dieses ja chronisch gehemmt, das heißt von der Interaktion mit anderen Systemen abgeschnitten ist. Stattdessen findet sich eine dominant-linkshemsphärische Beantwortung der Fragen in den aktiven Systemen: dem Denken (IG) und dem Empfinden (OES). Items werden also nicht nur isoliert mit Detailfokus betrachtet (OES), sondern dann auch aus dem Denken, das heißt aus dem Selbst*konzept* statt dem eigentlichen Selbst beantwortet. Wir hatten weiter oben schon aufgezeigt, dass diese Systemlage äußerst anfällig ist für die fehlinfomierte Form der Introjektion, zu der eben auch soziale Standards ("soziale Erwünschtheit") gehören. Unter diesem Blickwinkel ist es nicht verwunderlich, dass die am stärksten betroffenen dieses selbstgehemmten Typus in expliziten Fragebögen "gute" Werte über sich berichten: um zu sehen, wie sehr ihnen in Wirklichkeit diese selbstinhärenten Fähigkeiten fehlen, bräuchten sie das, was ihnen am meisten fehlt:

einen Selbstzugang, der die Einzelobjektwahrnehmung integrieren kann. Hier schließt sich auch der Kreis zu der hohen Symptomausprägung, denn - wie bereits weiter oben diskutiert - die stark linkshemisphärische *Selbstkontrolle* verursacht und verstärkt die Symptomentstehung durch die Unterdrückung der regulierenden Selbst- und Fühl-funktionen.

5.6 Antisoziale Persönlichkeitsstörung (AS)

Die Gruppe mit hoher Ausprägung des selbstbestimmten Stils (Gruppe 3) hat im Vergleich zu der Gruppe mit mittlerer Ausprägung dieses Stils und gleicher Symptomschwere (Gruppe 2b) signifikant höhere Werte in alle Skalen der Selbstregulation, der Willensbahnung, der Selbstbahnung und signifikant höhere Werte in der Subskala *Handlungsorientierung nach Misserfolg* (HOM) des HAKEMP. Die Erklärung dieses Zusammenhangs geht analog zu der oben bereits formulierten zur NA-Störung in bezug auf Herabregulierung von negativem Affekt und der fehlenden Entwicklungschance des Selbstsystems als integrierende Gesamtheit. Wie messen also mit dem SSI den *Zugang zum Selbst*, nicht aber seine Entwicklungsstufe, seine "Tiefe".

Erneut lassen auch hier die Ergebnisse den engen funktionalen Zusammenhang zwischen den beiden zunächst getrennt betrachteten Bereichen der Persönlichkeitsstörung und der Selbststeuerung erkennen. Wir kommen nicht umhin, diese "zwei Seiten derselben Medaille" zusammenhängend zu sehen.

6. Unterschiede in den Ergebnisse zwischen HAKEMP und SSI

Wir sind in unseren Befunden mehrmals auf deutliche, zunächst nicht erwartete Diskrepanzen zwischen in den Ergebnissen zwischen HAKEMP und SSI gestoßen. Warum z.B. zeigten sich die Defizite bei Borderlinern im SSI nicht auch im HAKEMP?

Wie es im Theorie-Teil dieser Arbeit erläutert wurde, läge es nahe, auf den ersten Blick das Konzept der Handlungsorientierung mit den Kompetenzen der Affektregulation gleichzusetzen (d. h. HOP entspräche der Selbstmotivierung und HOM der Selbstberuhigung). Die PSI-Theorie macht jedoch auch hier einen feinen Unterschied: In einigen Faktorenanalysen zeigte sich, dass die beiden Skalen der Handlungs-/ Lageorientierung (HOM und HOP) zwar mit den entsprechenden SSI-Skalen auf jeweils einem Faktor luden (d.h. mit der Willens- bzw. Selbsthemmung). Die dissoziationsorientierte Analyse[28] der Unterschiede zwischen den korrelierenden Skalen, erbrachte jedoch folgendes Ergebnis: Die Skalen zur Handlungs-/Lageorientierung sollen zwar ähnlich wie die entsprechenden SSI-Skalen Determinanten der Dauer negativer bzw. gehemmter positiver Zustände messen, das Konzept der Lageorientierung (gemessen mit dem HAKEMP) bezieht sich allerdings auf den *Ausstiegs*gradienten aus einer bestehenden affektiven Lage bei einem entsprechenden Ausstiegswunsch, während die analogen Skalen des SSI (z. B. niedrige Selbstberuhigung, Grübeln, belastungsabhängige Lähmung) diese Komponente des Kontroll(-verlusts) nicht ebenso stark

[28] „Dissoziationsorientierter Ansatz“: auch bei korrelierenden Variablen wird nach den funktionalen Unterschieden gesucht

thematisieren, sondern mehr ein *Verweilen* in dem affektiven Zustand erfassen, ohne den Versuch, wieder herauszugehen, was ja die Fähigkeit noch nicht ausschließt, aus dem affektiven Zustand wieder herauszukönnen, sobald man dies will (Fröhlich & Kuhl, 2003).

Mit diesen feinen, aber wichtigen Unterscheidungen wird nun versuchsweise erklärt, warum der Fragebogen zur Handlungs- und Lageorientierung („HAKEMP“) den SSI ergänzt, aber nicht durch die ihm ähnlichen SSI-Skalen ersetzt werden kann (Fröhlich & Kuhl, 2003). In diesem Sinne erlaubte also der Einsatz beider Maße eine differenziertere Betrachtung der genauen spezifischen Zusammenhänge ihrer gemessenen Funktionen mit den einzelnen Typen der Persönlichkeitsstörungen.

7. Auswertungsstrategien

Die Methodik und Auswertungsstrategien dieser Untersuchung wurden bereits an entsprechender Stelle ausführlich erläutert. Es seien daher hier nur noch einige kritische Anmerkungen und Einschränkungen der gewählten Vorgehensweise erwähnt.

Zunächst entsteht natürlich die Frage nach der Kontrolle der Symptomschwere, die einmal in klinischer Beurteilung und dann in Form von Selbsteinschätzung (Fragebogen) durchgeführt wurde. Gerade deshalb, weil sich so wenig Übereinstimmung zeigt, müssen wir vermuten, dass zwei unterschiedliche Ebenen in bezug auf Symptombelastung erfasst wurden. Es steht außer Frage, dass selbst der erfahrene Kliniker eine andere Einschätzung trifft, als der aktuell betroffene Patient, der nun aus seiner inneren Erlebenssituation heraus berichtet. Gerade dies zeigt uns, wie sehr sich diese beiden Blickpunkte ergänzen müssen – nicht nur in der klinischen Praxis, sondern ebenso in der empirischen Untersuchung, wie sie hier angesetzt wurde. Wir schlagen daher vor, in zukünftigen Untersuchungen verschiedene Maße für diesen Bereich zu benutzen oder doch zumindest in diesem Sinne abzuwägen, welche Form der Erfassung den Fragestellungen am besten entspricht. Es bleibt mit "Ungereimtheiten" zu rechnen.

Als weiteren Einschränkungspunkt haben wir bereits an früherer Stelle den hier benutzen ausschließlichen Vergleich mit klinischen Kontrollgruppen diskutiert.

Als dritten kritischen Punkt sehe ich den gewählten Vergleich zwischen quantitativem und qualitativem Modell. Auch hier werden ja recht offensichtlich zwei Bereiche nebeneinander gestellt, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln vielleicht sogar auf unterschiedliche Dinge sehen. Allerdings waren hier gerade die divergierenden Ergebnisse aufschlussreicher als es eine noch so erwünschte Übereinstimmung sein kann: wenn ein Kliniker tatsächlich in Diagnose und Einschätzung deutlich und generell von den theorie-basierten Fragebögen wie sie hier verwendet wurden, abweicht, so ist dies ein wichtiger Ansatz für weitere, klinisch relevante Forschung. Die benutzen Maße dieser Studie sind Teil der umfassenden Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP) und werden bereits in diesem Feld eingesetzt. Eine Ergänzung zum Therapieangebot erscheint nach den Befunden dieser Arbeit umso sinnvoller, wo Therapeuten zu abweichenden Ergebnissen kommen. Es geht hier noch keineswegs um die Frage nach "richtiger" oder "falscher" Diagnose, was angesichts der ungeklärten Konzeptfragen (wie andernorts diskutiert) absurd anmuten würde, sondern um die der

Integration. Was also im Kern eine Einschränkung darstellt, da wir hier noch keine Kombination beider Verfahren für dieselbe Stichprobe verwendet haben, führt uns zu einem vorsichtigen Plädoyer für eine parallele Nutzung sowohl der Experteneinschätzung als auch einer ausgereiften, umfassenden Persönlichkeitsdiagnostik.

8. Selbststeuerungsdefizite und Symptome

Ein Problem bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist die Abgrenzung zu klinischen Syndromen und die Konfundierung von Persönlichkeitsstörungen und klinischen Syndromen, wie sie insbesondere am Anfang einer Behandlung passieren kann.

Hängen nun aber diese Selbststeuerungsdefizite von der Symptomschwere ab oder liegen sie in der Struktur der Persönlichkeit? Oder müssen wir eine dritte Erklärung der Zusammenhänge annehmen? Interessant wäre es in der Zukunft, Mediationsmodelle für Gruppen mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen. In der vorliegenden Arbeit war dies aufgrund der Versuchspersonenanzahl noch nicht möglich. Es ist auch für diese Studie noch nicht in befriedigender Weise gelungen, die Symptomschwere so zu kontrollieren, dass sie stichprobenübergreifend (und modellübergreifend in diesem Fall) vergleichbar wird. Diese Beschränkung wurde oben bereits näher diskutiert. Dennoch ist unsere Fragestellung in erster Linie eine grundlegende und gar nicht so sehr davon abhängig, wie stark nun Symptomausprägungen tatsächlich oder im subjektiven Erleben der Patienten ist. Unser Fokus galt daher weniger den Symptomen und ihrer Ausprägung, sondern den Mechanismen, die hinter einer solchen Entwicklung stehen. Da wir nur mit klinischen Stichproben gearbeitet haben, würde uns ja auch der Vergleich zu "symptomfreien" Probanden gar nicht zu Verfügung stehen. Eine solche Untersuchung sollte aber in bezug auf diese Problematik als sinnvoll angesehen werden, um die Konstrukte "Symptom" und "Symptomschwere" überhaupt besser abzugrenzen und explizierbar zu machen und von der Abhängigkeit einiger weniger Fragebogenkonstrukte, auf die wir uns diesmal beschränkt haben, zu lösen.

Wie sehr nun Selbststeuerungsdefizite eine entscheidende Rolle spielen bei der Entwicklung (dieser Art) von Symptomen, lässt sich gar nicht pauschal, sondern scheinbar nur typ-spezifisch beantworten. Daher haben wir uns in der Diskussion auch erneut auf einzelne Stile einlassen müssen, um ihren Funktionsmechanismen gerecht zu werden. Unsere erste vorsichtige Schlussfolgerung wäre hier, dass Selbststeuerung, Persönlichkeitsstörung und Symptomausprägung weniger drei getrennte Elemente darstellen, sondern vielmehr verschiedene Wirkprinzipien eines Entwicklungsablaufs, die wir betonen können, je nachdem wie wir an das Gesamtsystem herantreten. Die Fülle an Untersuchungsansätzen und Erfassungs-Maßen ist in diesem Sinne zu verstehen: nicht als Entweder-oder-Bedingung, sondern vielmehr zur Komplimentierung des Gesamtbildes. Und da erkennen wir bereits schemenhaft soweit es diese Studie zulässt, dass Selbststeuerung, chronisch affektive Störung und deren Ausdruck in erfassten Krankheitssymptomen eine komplexes Interaktionsgefüge bilden, das zu durchdringen weitere Detail-Studien in dieser Richtung notwendig sind.

SCHLUSSWORT

Wir haben uns den drei Komplexen Symptome, Persönlichkeitsausprägung und Selbststeuerung zunächst als drei getrennten Bereichen genähert, dabei aber festgestellt, dass ihr Zusammenhang komplex verwoben ist. Eine simple Kausalkette "Selbstregulationsstörung-Persönlichkeitsstörung – Symptome" ist nun nicht mehr haltbar. Vielleicht ist das bei allen explorativen Einzelfragen ein Fazit, dass in weiteren Studien Beachtung finden sollte. Wir haben begonnen, uns den Stilen und Störungstypen im einzelnen zuzuwenden (und sind nicht durchgekommen, alle 14 PSI-theoretisch postulierten Varianten ausführlich zu betrachten) und dabei festgestellt, dass sie ab einem bestimmten Störungsgrad eine Eigendynamik entwickeln, die die Entwicklungsgesetzmäßigkeiten der Stile und Persönlichkeitssysteme teilweise zu verändern scheint. Daher ist es aus Sicht dieser hier dargestellten Befunde besonders wichtig, einzelne Störungstypen auch in ihrer eigenen spezifischen Entwicklungs- und Erhaltungsdynamik zu betrachten, wofür wir hier hoffen, die ersten Ansätze und Schritte exemplarisch zu zeigen vermochten. Diese erwünschte Richtung gilt nun keineswegs nur für die Forschung, sondern in besonderer Weise auch für die klinische Praxis: die Ergebnisse weisen deutlich daraufhin, dass Persönlichkeitsstörungen nicht nur inhaltlich und funktional unterschiedlich sind, sondern auch in sich unterschiedlich funktionieren, so dass die Therapie-Ansätze tatsächlich unterschiedliche Charakteristiken für jeden Störungsstyp haben dürften. Gerade für die Unterscheidung von Mechanismen wird es von Bedeutung sein, mit theoretischen Konzepten arbeiten zu können, die die feineren Differenzierungen zwischen ähnlichen Prinzipien erlauben und vorantreiben, sowie die echten Gemeinsamkeiten zu erkennen. Nur so lassen sich haltbare und praktisch nützliche Erkenntnisse sichern, die die Zusammenhänge verschiedener Ebenen der psychischen Konstitution verstehbar machen: von der Bedürfnisfrustration über die affektive Imbalance, über "Stress" hin zu Selbststeuerungsdefiziten und Persönlichkeitsstörungen.

LITERATURVERZEICHNIS

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions.* Newbury Park, CA: Sage.

Akiskal, H.S., Khani, M. K., & Scott-Strauss, A. (1979). Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 2*, 527-554.

Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A, & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 40*, 801-810.

Akiskal, H. S. (1985). Anxiety: Definition, relationship to depression, and proposal for an integrative model. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 787-797). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Akiskal, H. S. (1990). Toward a clinical understanding of the relationship of anxiety and depressive disorders. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 597-609). Washington: American Psychiatric.

Akiskal, H.S. & Akiskal, K. (1992). Cyclothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as subaffektive variants of mood disorder. In A. Tasman & M.B. Riba (Eds.), Review of Psychiatry – Vol. 11 (pp. 43 – 62). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Amelang, M. & Bartussek, D. (1985). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.: revised.).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.: revised).* Washington, DC: American Psychiatric Association (deutsch: Saß, Wittchen & Zaudig (Hrsg.), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe).

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mistery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: dgvt-Verlag.

Atkinson, J.W. (1958). *Motives in fantasy, action, and society.* Princeton, NJ: Van Nostrand.

Atkinson, J.W., Heyns, R.W. & Veroff, J. (1954). The effect of experimental arousal of the affiliation motive on thematic apperception. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 49*, 405-410.

Baars, B.J. (1988*). A cognitive theory of consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baddeley, A. (1996). Exploring the central executive. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 49,* 5-28.

Ball, S.A., Tennen, H. Poling, J.C. Kranzler, H.R. & Rounsaville, B.J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 545-553.

Bandura. A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–1182.

Baumann, N. (1998). *Selbst- versus Fremdbestimmung: Zum Einfluss von Stimmung, Bewusstheit und Persönlichkeit*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Osnabrück.

Baumann, N., & Kuhl, J. (2002). Intuition, affect, and personality: Unconscious coherence judgments and self-regulation of negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 83,* 1213–1223.

Baumann, N., Kaschel, R., & Kuhl, J. (2003). *Affect regulation and need-incongruent achievement goals: Antecedents of subjective well-being and symptom formation.* Eingereichtes Manuskript. Universität Osnabrück

Baumann, N., Kaschel, R., & K. Kuhl, J. (2004). From Personality Styles to Symptom Formation: The Moderating Role of Self-Regulation. Eingereichtes Manuscript. Universität Osnabrück

Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T. & Freeman, A. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen.* Weinheim:

Beltz.
Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. Mün chen: Urban & Schwarzenberg.
Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders.* New York: Guilford.
Biebrich, R. & Kuhl, J. (2000). *Neurotizismus und Kreativität: Wie kann Selbststeuerung bei der Problembewältigung helfen?* Eingereichtes Manuskript. Universität Osnabrück.
Biebrich, R., & Kuhl, J. (2002a). *Neurotizismus und Kreativität:* Strukturelle Unterschiede in der Beeinflussung kreativer Leistung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23,* 171-190.
Biebrich, R., & Kuhl, J. (2002b). *Selbststeuerung und affektive Sensibilität*: Persönlichkeitsspezifische Antezedenzien der Depressivität. *Zeitschrift für Psychologie, 210,* 74-86.
Bienvenu, O.J, Stein, B. M. (2003). Personality And Anxiety Disorders: A Review. Journal of Personality Disorders, 17(2),139-151
Blasczyk-Shiep, S. (2003). *Selbststeuerung und Suizidrisiko.* Europäische Hochschulschrifen, Reihe VI, Psychologie. Peter Lang.
Blockian, N.R & Jongsma, A.E. (2001). The Personality Disorders Treatment Planer. Chichester, England. Wiley.
Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Forschritte der Psychotherapie. Band 14. Hogrefe.
Bohus, M., Stieglitz R.-D., Fiedler, P. & Berger, M. (1998): Persönlichkeitsstörungen: In: Berger, M (Hrsg): Psychiatrie und Psychotherapie, 772 – 841. München: Urban & Schwarzenberg
Bradshaw, J.L. (1989). *Hemispheric specialization and psychological function.* Chichester, England: Wiley.
Bronisch, T. (1992). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller Klassifikationssysteme. Verhaltenstherapie 2, 140 – 150.
Bronisch, T., Mombour, W. (1994). Comparison of diagnostic checklist with a structured interview for the assessment of DSM-III-R and ICD-10 personality disorders. Psychopathology 27:312-320
Bronisch, T., W. Hiller, W. Mombour, M. Zaudig (1995): Internationale Diagnosen-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (IDCL-P). Huber, Bern-Göttingen-Toronto
Bronisch, T. (2000): Persönlichkeitsstörungen. In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer: Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
Brownell, H.H., Simpson, T.L., Bihrle, A.M., Potter, H.H. & Gardner, H. (1990). Appreciation of metaphoric alternative word meanings by left and right brain-damaged patients. *Neuropsychologia, 28*, 375-383.
Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 1061-1070.
Brunstein, J.C. & Maier, G.W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau, 47,* 1-15.
Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Grässmann, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 1006-1019.
Brunstein, J. C. (2001). Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung: Wer bindet sich an realistische und bedürfniskongruente Ziele? *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22,* 1-12.
Bunce, S.C., & Coccaro, E. (1999). Factors differentiating personality disordered individuals with and without a history of unipolar mood disorder. *Depression and Anxiety, 10*, 147-157.
Casey, P.R. (1989). The Epidemiology of personality disorder. In: Tyrer, P. (ed.): Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course (pp. 74 – 81). Wright, London – Boston – Singapore – Sydney –Toronto –Wellington.
Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1995). Perspectives on personality: Boston: Allyn and Bacon.
Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality.* Baltimore: Penguin Books.
Chasiotis, A. (1999). *Kindheit und Lebenslauf. Untersuchungen zur evolutionären Psychologie der Lebensspanne.* Bern: Huber.
Choca, J.P. & Van Denburg, E. (1997). Interpretive Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory: 2nd Edition. APA Books.

Clark, L.A. (1992). Resolving taxonomic issues in personality disorders. *Journal of Personality Disorder*s, 6, 360-378.

Clark, L., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Personality disorders assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders,* 112, 155-159

Clark, L-A., Vittengl, J. Kraft. D., & Jarrett, R. (2003). *Separate Personality Traits from States To Predict Depression.* Journal of Personality Disorders, 17(2) 152-172

Costa, P.T. & Widiger, T.A. (Hrsg.) (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment, 4,* 5-13.

Cox, B.J., Enns, M.W., Borger, S.C. & Parker, J.D.A. (1999). The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behavioral Research and Therapy, 37*, 15- 24

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In E. Dienstbier (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation* 1990. (S. 237-288).

Dawson, M.E. & Schell, A.M. (1982). Electrodermal responses to attended and nonattended significant stimuli during dichotic listening. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 8*, 315-324.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90 administration, scoring and procedures manua*l. Baltimore: Johns Hopkins.

Derogatis, L. R., Klerman, G. L., & Lipman, R. S. (1972). Anxiety states and depressives neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 155, 392-403.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Scienc*e, 19, 1-15.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapital V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinie*n. Bern: Hans Huber.

Dittmann, V., R.-D. Stieglitz: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (1994). In: Stieglitz , R.-D., U. Baumann (Hrsg.): Psychodiagnostik psychischer Störungen, S.230 – 244. Enke, Stuttgart.

Dolan-Sewell, R.G., Krueger, R.F., & Shea, M.T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. In W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 84-104). New York: Guilford.

Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1058-68.

Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality theory and research* (S. 165-192). New York: Guilford Press.

Epstein, S. (1992). Constructive thinking and mental and physical well-being. In L. Montada (Hrsg.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (S. 385-409). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the dynamic unconscious. *American Psychologist, 49,* 709-724.

Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V. & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 390-405.

Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Fabrega, H. Mezzich, J., Jacob, R. & Ulrich, R. (1988). Somatoform disorder in a psychiatric setting. Systematic comparisons with depression and anxiety disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, 176,431-439

Fabrega, H., Ulrich, R., Pilkonis, P., & Mezzich, J. E. (1992). Pure personality disorders in an intake psychiatric setting. *Journal of Personality Disorders, 6,* 153-161

Fahrenberg, J. (1987). Concepts of activation and arousal in the theory of emotionality (Neuroticism). In J. Strelau & H.J. Eysenck (Hrsg.), *Personality dimensions and arousal* (S. 99-120). New York: Plenum.

Fava, M., Copeland, P.M., Schweiger, U. & Herzog, M.D. (1989). Neurochemical abnormalities of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 146,* 963-971

Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. Journal of Chronic Diseases,23, 455-468.

Fiedler, P. (1993). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz: Weinheim.
Fiedler, P. (1995). Persönlichkeitsstörungen (2.Aufl.).Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Fiedler, P. (1996a). Psychotherapeutische Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie (S.200-218). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Fiedler, P. (1996b). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Fiedler, P. (1997). Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag immer schon ziemlich genau in der Mitte, zwischen Phänomen- und Störungsorientierung. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18, 229-251.
Fiedler, P. (1999). Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In R. Oerter et al. (Hrsg.), Klinische Entwicklungspsychologie (S. 314-334). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. 2., unveränderte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
First, M.B., Bell, C.B., Cuthbert, B., Krystal, J.H., Malison, R., Offord, D.R., Reiss, D., Shea, M.T., Widiger, T.A., & Wisner, K.L. (2002). Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In D.J. Kupfer, M.B. First, & D.A. Regier (Eds.). *A research agenda for DSM-V* (pp. 123-199). Washington, DC: American Psychiatric Association.
Flett, G. L.,Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin, 121*, 395- 416.
Frances, A.J. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050-1054.
Freud, A. (1936/1964). *Das Ich und seine Abwehrmechanismen*. München: Kindler.
Freud, S. (1917/1975). Trauer und Melancholie. In Sigmund Freud, *Studienausgabe* (Bd. 3, S. 197-212). Frankfurt/Main: S. Fischer.
Fröhlich, S. & Kuhl, J. (2003). Das Selbststeuerungsinventar. Dekomponierung volitionaler Funktionen. In J. Steinmeier-Pelster & F. Rheinberg (Hrg.). *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept* (S.221-257).Göttingen: Hogrefe.
Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinike, S., König. J. (1996a): Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, T. Fydrich, K. Limbacher (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. 56-90. Psychologie Verlags Union, Weinheim
Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C., Bodem, M. (1996b): Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen: In: B. Schmitz, T. Fydrich, K. Limbacher (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. 91-116. Psychologie Verlags Union, Weinheim
Guevara, M. L. (1994). *Alienation und Selbstkontrolle: Das Ignorieren eigener Gefühle*. Bern, Switzerland: Lang.
Goschke, T. & Kuhl, J. (1993). The representation of intentions: Persisting activation in memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 19,* 1211-1226.
Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.
Gray, J.A. (1987). *The psychology of fear and stress*. (2nd ed.). Cambridge: University Press.
Gray, J.A., Feldon, J., Rawlins, J.N.P., Hemsley, D.R. & Smith, A.D. (1991). The neuropsychology of schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences, 14,* 1-20.
Greenberg, L. & Paivio, S. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. The Guilford Press.
Gunsch, D. (1996). *Selbstbestimmung und Persönlichkeitsstile in Zweierbeziehungen.* Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Osnabrück.
Hartlage, S., Arduino, K., & Alloy, L. B.(1998). Depressive personality characteristics: State dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current de-ression. *Journal of Abnormal Psychology, 10*7, 349-354.

Hartmann, K. & Kuhl, J. (im Druck). Der Wille in der Verhaltenstherapie. In K. Grawe, E. Wiesenhüter & H. Petzold (Hrsg.). *Der Wille in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hartung, J., & Schulte, D. (1994). Action and state orientation during therapy of phobic disorders. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 217-231). Seattle, Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (1994). Action control in the context of psychopathological disorders. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and Personality: Action versus state orientation* (S. 209-215). Seattle: Hogrefe.

Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Hestenes, D. (1992). A neural network theory of manic-depressive illness. In D.S. Levine & S.J. Leven (Hrsg.), *Motivation, emotion and goal direction in neural networks* (S. 209-257). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94,* 319-340.

Higgins, E.T. & Sorrentino, R.M. (Hrsg.) (1990). *Handbook of motivation and cognition* (Bd. 2, S. 193-228). New York: Guilford Press.

Hirschfeld, R. M. A., & Holzer, C. E. (1994). Depressive personality disorder: Clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry, 55* (supplement), 10-17.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11,* 213-218.

Huprich, S.K., Margrett, J., E., Barthelemy, K.J., & Fine, M.A. (1996). The Depressive Personality Disorder Inventory: An initial investigation of its psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology,* 52, 153-159.

Huprich, S. K. (1998). Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review, 1*8, 477-500.

Huprich, S. K. (2001a). Object loss and object relations in the depressive personality. *Bulletin of the Menninger Clini*c, *6*5, 549-559

Huprich, S. K. (2001b). The overlap of depressive personality and dysthymia, reconsidered. *Harvard Review of Psychiatry,* 9, 158-168.

Huprich, S.K., Smith, M., & Young, K.A. (2001). Interpersonal loss, perceived parental behavior, and perfeccionism in the depressive personality. Manuscript submitted.

Huprich, S.K., Sanford, K. & Smith, M. (2002). Psychometric Evaluation of the Depressive Personality Disorder Inventory. *Journal of Personality Disorders*. 16(3), 255-269

Huprich, S.K. (2003). Evaluating Facet-Level Predictions and Construct Validity of Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 17(3), 219-232

Insel, T.R. (1992). Neurobiology of obsessive compulsive disorder: A review. *International Clinical Psychopharmacology, 7*, 31-33.

Isen, A.M. (1984). Toward understanding the role of affect in cognition. In R.S. Wyer, Jr. & T.K. Srull (Hrsg.), *Handbook of social cognition* (Bd. 3, S. 179-236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Jahrreiss, R. (1990). Therapeutisches Gesamtkonzept der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies. Eigendruck.

Jehrschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 66 (12), 545-552.

Joseph, R. (1996). *Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience*. Baltimore: Wiliams and Wilkins.

Jung, C.G. (1936/1990). *Typologies.* München: dtv.

Juvonen, J. (1991). Deviance, perceived responsibility, and negative peer interactions. *Developmental Psychology, 27,* 672-681.

Kapur, S. & Remington, G. (1996). Serotonin-Dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 153,* 466-476

Kaschel, R., & Kuhl, J. (in press). Motivational counselling in an extended functional context: Personality Systems Interaction Theory and Assessment. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counselling: Motivating People for Change*. Sussex: Wiley.

Kazén, M., Baumann, N. & Kuhl, J. (1999). *Determinants of self-infiltration and autonoetic interference: The roles of personality and affect in goal pursuit and attitude change*. Manuskript. Universität Osnabrück.

Kazén, M. & Kuhl, J. (1999). *Regulation of positive affect in a sequential-analytic task: The role of strategic and personality factors*. Manuskript. Universität Osnabrück.

Kazén, M. & Kuhl, J. (2000). Needs and the modulation of cognitive systems: Volitional facilitation and inhibition as a function of affective contents of need-related stimuli. Manuskript. Universität Osnabrück.

Kazén, M., Baumann, N., & Kuhl, J. (2003). Self-infiltration vs. self-compatibility checking in dealing with unattractive tasks: The moderating influence of state vs. action orientation. *Motivation and Emotion, 27,* 157-197.

Keller, H. (1997). Entwicklungspsychopathologie: Das Entstehen von Verhaltensproblemen in der frühesten Kindheit. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (2. überarb. Aufl., S. 625-642). Bern: Huber.

Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs.* New York: Norton.

Kernberg, O.F. (1975/1980). *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Aronson [deutsch (1980): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus* (4. Aufl.). Frankfurt/Main: Suhrkamp].

Kernberg, O.F. (1984). Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press.

Kim, J.M. (2001) Depression und Angst: Modulation selbstregulatorischer Funktionen durch verschiedene Emotionskomponenten. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Osnabrück.

Klein, D. N. (1990). Depressive personality: Reliability, validity, and relation to dysthymia. *Journal of Abnormal Psycholog*y, *9*9, 412-421**.**

Klein, D. N., & Miller, G. A. (1993). Depressive personality in a nonclinical sample. *American Journal of Psychiatr*y, *15*0, 1718-1724.

Klein, D. N., & Shih, J. H. (1998). Depressive personality: Associations with DSM-III-R mood and personality disorders and negative and positive affectivity, 30-month stability, and prediction of course of Axis I depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 10*7, 319-327.

Klein, D. N. (1999). Depressive personality in the relatives of outpatients with dysthymics disorder and episodic major depressive disorder and normal controls. *Journal of Affective Disorders, 5*5, 19-27.

Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst.* Frankfurt: Suhrkamp.

Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I.J., & Jonghe F.D. (2000). Major depression, double depression, and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 14*, 274-281.

Koole, S., & Jostmann, N. (2003). Getting a grip on your feelings: Effects of action orientation and social demand on intuitive affect regulation. Manuscript submitted for publication. Fee University of Amsterdam.

Kriz. J. (1990). Synergetics in clinical psychology. In H. Haken & M. Stadler (Hrsg.), *Synergetics of cognition* (S. 293-304). Bertlin: Springer.

Kriz, J. (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner: Eine Einführung.* Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.

Krohne, H.W. (1996). *Angst und Angstbewältigung.* Stuttgart: Kohlhammer.

Krueger, R.F., Tackett, J.L. (2003) *Personality and Psychopathology: Working Toward the Bigger Picture.* Journal of Personality Disorders, 17(2), 109-128

Kuhl, J. (1972). Zum *Problem der Eindimensionalität der Messung von Leistungsmotivation mittels des Heckhausen-TAT*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Ruhr-Universität Bochum.

Kuhl, J. (1978a). Situations-, reaktions- und personbezogene Konsistenz des Leistungsmotivs bei der Messung mittels des Heckhausen-TAT. *Archiv für Psychologie, 130,* 37-52.

Kuhl, J. (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state vs. action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology, 40,* 155-170.

Kuhl, J. (1983a). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Kuhl, J. (1994a). Motivation and Volition. In G. d'Ydevalle, P. Bertelson & P. Eelen (Hrsg.), Current *advances in psychological science: An international perspective* (S. 311-340). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kuhl, J. (1994b). Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action-Control-Scale (ACS-90) (S. 47-59). In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Action control: From cognition to behavior*. Göttingen/Toronto: Hogrefe.

Kuhl, J. (1995). *Introjektion, Alienation und Grübeln: Von rationalen Motivationsmodellen zu EEG-Korrelaten volitionaler Hemmung***.** Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Osnabrück.

Kuhl, J. (1996a). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Motivation, Volition und Handlung* (Serie IV, Band 4, S. 665-765). Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Von der Funktionsanalyse zur Aktivierungsdynamik psychischer Systeme. *Psychologische Rundschau, 49*, 61-77.

Kuhl, J. (1999). *Der Motiv-Umsetzungs-Test (MUT)*. Unveröffentlichter Fragebogen. Universität Osnabrück.

Kuhl, J. (2000). A functional-design approach to motivation and volition: The dynamics of personality systems interactions. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Hrsg.), *Self-regulation: Directions and challenges for future research* (S. 111-169). NewYork: Academic Press.

Kuhl, J., & Baumann, N. (2000). Self-regulation and rumination: Negative affect and impaired self-accessibility. In W. Perrig & A. Grob (Hrsg.), *Control of human behavior mental processes and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (S. 283-305). New York: Wiley.

Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme.* Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. (2002). Entfremdung als Krankeitsursache: Von der Funktionsanalyse zum Langzeiterfolg prozessdiagnostisch unterstützter Intervention: Eingerichtes Manuskript. Universität Osnabrück.

Kuhl, J., Baumann, N., Fuhrmann, A. & Kazén, M. (1995). *Messung und Analyse von Selbstdiskri minationsdefiziten*. DFG-Bericht, Universität Osnabrück.

Kuhl, J., Baumann, N. & Kazén, M. (1999). *Affektive und kognitive Korrelate von Persönlichkeitsstilen*. DFG-Forschungsbericht, Universität Osnabrück.

Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994a). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Seattle: Hogrefe.

Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994b). Alienation: Ignoring one's preferences. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Seattle: Hogrefe.

Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing self-regulation and self-control: The volitional components checklist. In J. Heckhausen & C. Dweck (Hrsg.), *Life span perspectives on motivation and control* (S. 15-49). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kuhl, J. & Hartmann, K. (im Druck). Funktionsdiagnostik von Selbststeuerungs- und Persönlichkeitsstörungen. In K. Grawe, E. Wiesenhüter & H. Petzold (Hrsg.). *Der Wille in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kuhl, J. & Helle, P. (1986). Motivational and volitional determinants of depression: The degenerated-intention hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 247-251.

Kuhl, J. & Kazén, M. (1994a). Volitional aspects of depression: State orientation and self-discrimination. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 297-315). Seattle/ Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. & Kazén, M. (1994b). Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 1103-115.

Kuhl, J. (1996a). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Motivation, Volition und Handlung* (Serie IV, Band 4, S. 665-765). Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. (1996b). Zwangserkrankungen: Warum müssen manche Menschen immer wieder dasselbe tun? *Z-aktuell, 1,* 5-10.

Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Das Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI): Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. & Kazén, M. (1999). Volitional facilitation of difficult intentions: Joint activation of intention memory and positive affect removes stroop interference. *Journal of Experimental Psychology: General, 128,* 382-399.

Kuhl, J. & Scheffer, D. (1999). *Der operante Multi-Motiv-Test (OMT): Manual*. Universität Osnabrück.

Lang, P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist, 50,* 372-385.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation.* New York: Oxford University Press.

Leston, J.A. (1996). Migraine and tension-type headache are not separate disorders. *Cephalalgia, 16,* 220-222.

Ley, R.G. & Bryden, M.P. (1979). Hemispheric differences in recognizing faces and emotions. *Brain and Language, 7,* 127-138.

Ley, R.G. & Bryden, M.P. (1982). A dissociation between right and left hemispheric effects for recognizing emotional tone and verbal content. *Brain and Cognition, 1,* 3-9.

Liebowitz, M.R. (1992). Diagnostic issues in anxiety disorders. In A. Tasman & M.B. Riba (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 11, pp. 247-259). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. NewYork: Guilford Press.

Linehan, M. (1994). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.). *Handbuch Stationärer Verhaltenstherapie* (S. 796-804). Weinheim: Psychologie Verlangs-Union.

Linehan, M.M (1996) Grundlagen der dialektischen Verhaltenstherapie bei BPD. In: B. Schmitz, T. Fydrich, K. Limbacher (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, 179 – 199. Psychologie Verlags Union, Weinheim

Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 663-676.

Livesley, J.W, Douglas. N, Jackson, D.N & Schroeder, M.L. (1989). A study of the factorial structure of personality pathology. Journal of Personality Disorders 3, 292-306.

Livesley, J.W., Schroeder, M.L., Jackson, D.N & Kang, K.L (1994). Categorial distinctions in the study of personality disorders. Implications for classification. Journal of Abnormal Psychology, 103, 6-17.

Livesley, J.W. (2003). Introduction to the special Feature on Personality, Personality Disorder, and Psychopathology. Journal of Personality Disorders, 17(2), 87-89.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A. et al. (1994). IPDE: The International Personality Disorder Examination. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders. Arch.Gen. Psychiatry 51: 215-224

Loranger, A.W. A. Janca, N. Sartorius (1997). Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge University Press, Cambridge U.K.

Luria, A. (1973/1992). *Das Gehirn in Aktion*. Hamburg: Rowohlt.

Maier, W., D. Lichtermann, T. Klinger, R. Heun & Hallmayer.J (1992): Prevalences of disorders (DSM-III-R) in the community. Journal of Personality Disorders 6.187-196

Maser, J.D. & Cloninger, C.R. (1990). Comorbidity of mood and anxiety disorders: Introduction and Overview. In: J.D. Maser & C.R. Cloninger (Eds), Comorbidity of mood and anxiety disorders (S.3-12). Washington: American Psychiatric Press.

Markovitz, P.J. & Wagner, S.C. (1995). Venlafaxine in the treament of boderline personality disorder. *Psychopharmacological Bulletin, 31*, 773-777.

Martin, L.L. & Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J.S. Uleman & J.A. Bargh (Hrsg.), *Unintended thought* (S. 306-326). New York: Guilford.

McClelland, D.C. (1985). *Human motivation.* Glenview, IL: Scott, Foresman & Co.

McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A. & Lowell, E.L. (1953). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.

McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 81-90.

McGlashan, T. H. (1987). Borderline personality disorder and unipolar affective disorder: Long-term effects of comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 467-473

Menec, V.H. (1995). *Volition and motivation: The effect of distracting learning conditions on students differing in action control and perceived control.* Dissertation, University of Manitoba.

Meerson, Y.A. (1986). Left and right brain hemispheres in the process of the estimation of the probability prognosois. *Fiziol. Chel., 12*, 723-731.
Millon, T. (1981). Disorders *of Personality: DSM III. Axis II.* New York: Wiley.
Millon, T. (1981). *Disorders of Personality's-III, Axis II.* New York:Wiley
Millon, T. (1987). Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. Manual for the MCMI-II. Minneanopolis: National Computer Systems.
Millon, T. (1990). *Toward a new personology. An evolutionary model*. New York: Wiley
Millon, T., R. Davis. (1996): *Disorders of personality, DSM-IV and beyond. 2nd* ed. New York: Wiley
Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis: National Computer Systems.
Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna.* Barcelona Ed. Masson.
Millon, T. & Everly, G. (1985). *Personality and disorders*. New York: Wiley.
Murray, H.A. (1943). *Thematic Apperceptive Test Manual.* Cambridge: Harvard University Press.
Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology, 1*, 35-59.
Nurnberg, H.G., Siegel, O., Prince, R., Levine, P.E., Raskin, M. & Pollack, S. (1993). Axis II comorbidity of self-defeating personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 7*, 10-21.
O'Keefe, J. & Nadel, L. (1978). *The hippocampus as a cognitive map*. Oxford, England: Clarendon Press.
Oldham, J.M. (Hrsg.). (1990). Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Oldham, J.M. & Morris, L.B (1992): Ihr Persönlichkeitsportrait. Kabel, Hamburg.
Oldham, J.M., Skodol, A.E, Kellmann, H.D, H.D, Hyler, S.E. , Rosnick, L. & Davies, M. (1992).Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. American Journal of Psychiatry, 149, 213-220.
Oldham, J.M. & Skodol, A.E. (1996). Persönlichkeitsstörungen. In F.I. Kass. J.M. Oldham, H. Pardes, L.B. Morris & H.U. Wittchen (Hrsg.), Das große Handbuch der seelischen Gesundheit (S. 202 – 211). Weinheim: Beltz.
Orstein, R., Herron, J., Johnstone, J. & Swencionis, C. (1979). Differential right hemisphere involvement in two readings tasks. *Psychopshysiology, 16*, 398-401.
Panteleyeva, T.A. (1975). Die genetische Komponente in der Stärke und Labilität des Nervensystems beim Menschen. In B.A. Nikityuk (Hrsg.), *Differentielle Psychophysiologie und ihre genetischen Aspekte*. UdSSR Akademie der pädagogischen Wissenschaften, Moskau (russisch).
Papoušek, H. & Papoušek , M. (1987). Intuitive Parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J. D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of infant development* (2. Aufl., S. 669-720). New York: Wiley.
Paris, J. (1994). "Borderline personality disorders". Ed. American Psychiatric Press. Washington.
Perry, J.C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. American Journal of Psychiatry, 149, 1645-1653-
Peterson, C., Seligman, M.E.P. & Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 23-27.
Pervin, L. & John, O. (Eds.). (1999). *Handbook of personality. Theory and research* (2nd ed.) New York: Guilford.
Phillips, K. A., Gunderson, J. G.,Triebwasser, J., Kimble, C. R., Faedda, G., Lyoo, I. K., & Renn, J. (1998). Reliability and validity of depressive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1044-1048.
Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. A., & Smith, L. E. (1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry, 147*, 830-837.
Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children.* New York: International University Press.
Reich, J., Yates, W. & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 24, 12-16.
Riskind, J. H., Beck, A. T., Brown, G., & Berchick, R. (1987). Reliability of DSM-III diagnoses for major depression and generalized anxiety disorder using the Structured Clinical Interview for DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 44,817-820.
Ryder, A. G., & Bagby, R.M. (1999). Diagnostic viability of depressive personality disorder: Theoretical and conceptual issues. *Journal of Personality Disorders*, 13, 99- 117.

Ryder, A.G., & Bagby, R.M, & Dion, K.L. (2001). Chronic, Low-grade depression in a non clinical sample: Depressive Personality or Dysthimia?. *Journal of Personality Disorders*, 15, 84- 93

Rolls, E.T. (1990). A theory of emotion, and its application to understanding the neural basis of emotion. *Cognition and Emotion, 4,* 161-190.

Ronningstam, E. & Gunderson, J. (1991). Differentiating borderline personality disorders from narcisstic personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 5*, 225-232.

Rosahl, S.K., Tennigkeit, M., Kuhl, J. & Haschke, R. (1993). Handlungskontrolle und langsame Hirnpotentiale: Untersuchungen zum Einfluß subjektiv kritischer Wörter (Erste Ergebnisse). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2*, 1-8.

Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Scinto, A., Cicco, L.D., Kalyvoka, A., & Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders, 65*, 3-8.

Rotenberg, V.S. (1993). Richness against freedom: two hemisphere functions and the problem of creativity. *Eur. High Ability*, 4, 11-19.

Rotenberg, V.S. & Weinberg, I. (1999). Human memory, cerebral hemispheres, and limbic system: a new approach. *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr., 125*, 45-70.

Ruegg, R. & Frances, A. (1995). New Research in personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 9*, 1-48.

Rubio Larrosa , V. (1994). Trastornos de la personalidad en Salud Mental: Enfermeria Psiquiatrica de Bobes, J. Ed. Sintesis. Madrid.

Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile.* Göttingen: Hogrefe.

Sapolsky, R.M. (1992). *Stress, the aging brain, and the mechanism of neuron death*. Cambridge, MA: MIT Press.

Saß, H. Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H. Hoben, I., Herpertz, S. & Steinmeyer, E.M. (1996a). Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, T. Fydrich, K. Limbacher (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. (S. 42) Psychologie Verlags Union, Weinheim

Saß, H. Herpertz S. (Hrsg) (1999a), Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen. Stuttgart: Thieme.

Saß, H. Hoben, I., Herpertz, S. (1999b). Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen (S. 1 – 15). Stuttgart: Thieme.

Saß, H., Jünemann, K. & Houben, I. (2000). Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen – Gegenwärtiger Stand und Perspektiven im neuen Jahrtausend. Persönlichkeitsstörungen, 4, 43-58.

Scheffer, D. (2000). *Implizite Motive: Entwicklungskontexte und modulierende Mechanismen*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Osnabrück.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228.

Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). (1996a). Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (1996b). Diagnostik und Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Eine Einführung. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie (S.1-26). Weinheim: Psychologie Verlags Union

Schmitz, B. Fydrich. T., Schifferer, E., Obermeier, S. & Teufel, E. (1996c). Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Behandlungserfolg bei psychischen und psychosomatischen Störungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie (S.318-343). Weinheim: Psychologie Verlags Union

Schmitz, B. (1996). Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie (S. 318-333). Stuttgart: Thieme

Schmitz, B. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen:

Behandlungsansätze und Psychoedukation. In H. Saß (Hrsg), Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen. (S. 25 – 47). Stuttgart: Thieme.

Schmitz, B. Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A. (2001) Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Therapieprogramm zur Förderung von Selbstakzeptanz, Menschenkenntnis und persönlicher Entwicklung. Pabst Science Publishers

Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development.* Hillsdale: Erlbaum.

Schore, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the original developmental psychopatology. *Dev. Psychopathol., 8*, 59-87.

Schuler, P., Jung, A., Jahrreiss, R., Wagner, A., Schmitz, B., Handke-Raubach, A., Limbacher, K. & Husen, e. (2000). Koinzidenz von Sucht und Persönlichkeitsstörung: Komorbidität, Merkmale der Patientengruppe und Evaluation der stationären Behandlung. 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Reha-Prozess. DVR-Schriften, Bd. 20, 390-393.

Schulz von Thun, F. (1989). *Miteinander reden II. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung: Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Schwarzer, R. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Scully, J. A., Tosi, H., & Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement, 60,* 864-876.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco, CA: Freeman.

Seligman, M.E.P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.

Shea, M.T., T.A. Widiger, M.H. Klein, (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *J. consult. clin. Psychol.* 60, 857 – 868.

Shea, M.T. (1993). Psychosocial treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders,* 7, 167-180

Shea, M.T. (1995). Interrelationships among categories of personality disorders. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders.* 397 -406. New York: Guilford.

Showers, C.J. & Kling, K.C. (1996). Organization of self-knowledge: Implications for recovery from sad mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 578-590.

Siever, L.J., K.L.Davis (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. Amer.J. Psychiatry 148, 1647-1658

Skodol, A.E., Rosnick, L., Kellmann, H.D., Oldham, J.M. & Hyler, S. (1988).Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1297-1299.

Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallagher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 156,* 733-738.

Sobel, M. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Lei hart (Ed), Sociological methodology (pp. 290-312).San Francisco: Jossey-Bass.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Skodol, A.E. (1980). DSM-III: The major achievements and an Overview. *American Journal of Psychiatry, 137*, 151- 164.

Springer, S.P. & Deutsch, G. (1993). *Left brain, right brain* (4th edition). New York: Freeman.

Tellenbach, H. (1961). Melancholie (4.Aufl).Berlin: Springer-Verlag.

Torgersen, S., Kringlen, E.G. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch.Gen. Psychiatry 58*, 590-596.

Trull, T. J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 553-560.

Trull, T. J.(1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 1. Identification and validation. *Psychological Assessment,* 7, 33- 41.

Tyrer, P., Johnson, T. (1996).Establishing the severity of personality disorder. Am. J. Psychiatry 153: 1593-1597

Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M. & Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state

and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259.
Tyrer, P., Seivewright, H., Johnson T. (2003). The Core Elements of Neurosis: Mixed Anxiety-Depression (Cothymia) and Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17(2), 129-138
Vaillant,G.E. (1976). Natural history of male psychological health: V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry, 33*, 535 – 545.
Van Velzen, C.J.M., P.M.G. Emmelkamp. (1996) The assessment of personality disorders: Implications for cognitive und behavior therapy. Bev. Res. Ther.34 655-668.
Veroff, J. (1957). Development and validation of a projective measure of power motivation. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 54,* 1-8.
Vredenburg, K., Flett, G.L., & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin, 113*, 327- 344.
Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98,* 219-235.
Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.
Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory.* Morristown, NJ: General Learning Press.
Widiger, T.A. & Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders. Perspectives from psychology. *Archives of General Psychiatry, 42*, 615 -623
Widiger, T.A. (1992). Categorial versus dimensional classification: Implications from and for research. Journal of Personality Disorders, 6, 287-300.
Widiger, T.A (2003). Personality Disorder and Axis I Psychopathology: The Problematic Boundary Of Axis I and Axis II. Journal of Personality Disorders, 17(2), 90-108
Wilson, R.S. & Matheny, A.P., Jr. (1986). Behavior-genetics research in infant temperament: The Louisville Twin Study. In R. Plomin & J. Dunn (Hrsg.). *The study of temperament: Changes, continuities and challenges.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Winner, E. & Gardner, H. (1977). The comprehension of metaphor in brain-damaged patients. *Brain, 100*, 717-729.
Winter, D.G. (1996). *Personality: Analysis and interpretation of lives.* New York: McGraw-Hill.
Wittchen, H.-U. (1996). Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie (S.27). Weinheim: Psychologie Verlags Union
Wittchen, H. U., & Zerssen, D. v. (1988). Einleitung und Problemstellung: Theoretischer Teil. In H. U. Wittchen & D. v. Zerssen (Hrsg.), *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen: Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung* (S. 1- 76). Berlin: Springer.
Wittling, W. (1990). Psychophysiological correlates of human brain asymmetry: Blood pressure changes during lateralized presentation of an emotionally laden film. *Neuropsychologia, 28,* 457-470.
World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: WHO.
Zaranini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry 39 (5),* 296-302.
Zerssen, D.v. (1991). Zur prämorbiden Persönlichkeit des Melancholikers. In Ch. Mundt. P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* (S. 76 -94). Berlin: Springer-Verlag.
Zimmerman, M.; Coryell, W.H. (1989): DSM-III personality disorder diagnoses in an nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry, 46*: 682-689.
Zimmerman, M.; Coryell, W. (1990): Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 527-531.
Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 225-245.

Übersicht der Tabellen (Ergebnisse Teil I und II)
(Seitenangaben)

ERGEBNISSE TEIL I
PERSÖNLICHKEITSSTILE (PS)

1. PS als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

Tabelle 1.1 192
Tabelle 1.2 193
Tabelle 1.3 200
Tabelle 1.4 201

1.1 Dekomponierung der Bedürfnisse

Tabelle 1.1.1 207
Tabelle 1.1.2 207
Tabelle 1.1.3 209
Tabelle 1.1.4 209
Tabelle 1.1.5 210
Tabelle 1.1.6 211
Tabelle 1.1.7 215
Tabelle 1.1.8 215
Tabelle 1.1.9 216

1.2 PS als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen

Tabelle 1.2 217
Tabelle 1.2.1 218

1.3 PS als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung
1.3.1 Belastung als Prädiktor

Tabelle 1.3.1.1 223
Tabelle 1.3.1.2 223
Tabelle 1.3.1.3 225
Tabelle 1.3.1.4 226

1.3.2 Bedrohung als Prädiktor

Tabelle 1.3.2.1 228
Tabelle 1.3.2.2 229
Tabelle 1.3.2.3 234
Tabelle 1.3.2.4 235

1.4 PS als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen

Tabelle 1.4.1 239
Tabelle 1.4.1.1 240
Tabelle 1.4.2 242
Tabelle 1.4.2.1 243

1.5 Zusammenfassung alle Mediationsmodelle mit den PS als Mediatoren

Tabelle 1.5.1 248
Tabelle 1.5.2 248
Tabelle 1.5.3 249
Tabelle 1.5.4 250
Tabelle 1.5.5 251
Tabelle 1.5.6 251
Tabelle 1.5.7 252
Tabelle 1.5.8 252
Tabelle 1.5.9 252

Tabelle 1.5.10 253
Tabelle 1.5.11 253

2. SELBSTSTEUERUNGSDEFIZITE
Tabelle 2.1 264
Tabelle 2.2 266
Tabelle 2.3 268
Tabelle 2.4 269
Tabelle 2.5 270
Tabelle 2.6 272
Tabelle 2.7 272

4. DEPRESSION UND ANGST
4.1 Trait Varianten (Persönlichkeitsstile) von Depression und Angst
Tabelle 4.1 281
Tabelle 4.2 282

4.2 State Variante von Angst und Depression
Tabelle 4.3 286
Tabelle 4.4 286
Tabelle 4.5 289
Tabelle 4.6 290
Tabelle 4.7 291
Tabelle 4.8 292
Tabelle 4.9 293

4.3 State versus Trate Varianten von Depression
Tabelle 4.10 297
Tabelle 4.11 298
Tabelle 4.12 299
Tabelle 4.13 300
Tabelle 4.14 300
Tabelle 4.15 301
Tabelle 4.16 302
Tabelle 4.17 302
Tabelle 4.18 303
Tabelle 4.19 304
Tabelle 4.20 304
Tabelle 4.21 305
Tabelle 4.22 306
Tabelle 4.23 307

ERGEBNISSE TEIL II
1. QUALITATIVES MODELL
Tabelle 1.1 311
Tabelle 1.1.1 312
Tabelle 1.1.2 313
Tabelle 1.1.3 314
Tabelle 1.1.4 315
Tabelle 1.2.1 318
Tabelle 1.2.2 318
Tabelle 1.2.3 319
Tabelle 1.2.4 319
Tabelle 1.3.1 321
Tabelle 1.3.2 321

Tabelle 1.3.3 323
Tabelle 1.3.4 324
Tabelle 1.5.1 332
Tabelle 1.6.1 339
Tabelle 1.7.1 343
Tabelle 1.7.2 344
Tabelle 1.7.3 344
Tabelle 1.7.4 346
Tabelle 1.7.5 346
Tabelle 1.7.6 347
Tabelle 1.7.7 347

2. QUANTITATIVES MODELL
Tabelle 2.1.1 366
Tabelle 2.1.2 366
Tabelle 2.2.1 368
Tabelle 2.2.2 368
Tabelle 2.3.1 369
Tabelle 2.3.2 370
Tabelle 2.3.3 371
Tabelle 2.3.4 372

3. Zusammenfassung der Ergebnisse für qualitatives und quantitatives Modell
Tabelle 3.1 373
Tabelle 3.2 375
Tabelle 3.3 377
Tabelle 3.4 379
Tabelle 3.5 381

Tab. 1: Für die Stichprobe, die in einer ambulanten Klinik in Osnabrück neu erhoben wurde (Stichprobe 2 oder neue Stichprobe), wurde eine Tabelle entwickelt, die auf den Prinzipien der DSM-IV Kriterien beruht. Diese Tabelle sollte von den behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt werden.

Name des Patienten:	**Alter**	**Geschlecht**	**Persönlichkeits-störung?**	**Welche? (Abkürzung reicht: s. S. 2)**	**Was überwiegt?**			**Symptomschwere**
					Angst	**Depression•**	**A= D**	
			( ) ja ( ) nein					
			( ) ja ( ) nein					
			( ) ja ( ) nein					
			( ) ja ( ) nein					

0 %- keine Symptome
100% - maximale Symptomatik

• **E** für episodische (depressive Episode)
D für dauerhafte dysthyme Stimmung

Tab. 2: Auflistung der inneren Konsistenzen *(Cronbachs alpha)* der Subskalen der einzelnen TOP-Verfahren (Kurzversion)

Verfahren (Makrofunktionsbereiche)	**Subskalen** (Mikrofunktionsbereiche)	**Cronbachs alpha (α)**
Befindlichkeit (BEF-3)		
	1. Freude	.91
	2. Hilflosigkeit	.80
	3. Aktivierung	.74
	4. Erregung	.86
	5. Lustlosigkeit	.73
	6. Gelassenheit	.87
	7. Ärger	.82
Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung (BES-K)		
	1. Symptomausprägung	.89
	2. Negative Emotionalität	.89
	3. Aktivität - Impulsivität	.91
	4. Beziehungszufriedenheit	.85
	5. Körperliche Beschwerden	.80
Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar (PSSI-K)		
	1. Selbstbestimmt / antisozial	.78
	2. Eigenwillig / paranoid	.63
	3. Zurückhaltend / schizoid	.77
	4. Selbstkritisch / selbstunsicher	.71
	5. Sorgfältig / zwanghaft	.78
	6. Ahnungsvoll / schizotypisch	.78
	7. Optimistisch / rhapsodisch	.74
	8. Ehrgeizig / narzisstisch	.68
	9. Kritisch / negativistisch	.78
	10. Loyal / abhängig	.77
	11. Spontan / borderline	.73
	12. Liebenswürdig / histrionisch	.71
	13. Still / depressiv	.79
	14. Hilfsbereit / selbstlos	.73
Fragebogen zur Handlungskontrolle (HAKEMP-90)		
	1. HOP = Handlungsorientierung prospektiv	.78
	2. HOM = Handlungsorientierung nach Misserfolg	.70
Das Selbst-Steuerungs-Inventar (SSI-K2)		
A. Selbstregulation (Kompetenz)	1. Selbstmotivierung	.82
	2. Aktivierungskontrolle	.72
	3. Selbstbestimmung	.81
B. Willenshemmung (Selbstbeherrschung)	4. Besonnenheit /prospektive Lageorientierung	.74
	5. Abwägen / Volitionaler Passivität	.89
	6. Selbstkritik /Konzentrationsschwäche	.84
C. Selbstkontrolle	7. Kognitive Selbstkontrolle / Planung	.78
	8. Affektive Selbstkontrolle	.72
D. Selbsthemmung	9. Anpassungsfähigkeit / Konformität	.76
	10. Besorgtheit/ Lageorientierung nach Misserfolg	.84
E. Allgemeine Stressbelastung	11. Belastung	.82
	12. Bedrohung	.85

Verfahren (Makrofunktionsbereiche)	**Subskalen** (Mikrofunktionsbereiche)	**Cronbachs alpha (α)**
MUT-K30		
Hauptskalen	1. Anschluss-Fühlen	.44
	2. Anschluss-Intuieren	.66
	3. Anschluss-Denken	.65
	4. Anschluss-Empfinden	.78
	5. Macht-Fühlen	.68
	6. Macht-Intuieren	.60
	7. Macht-Denken	.69
	8. Macht-Empfinden	.68
	9. Leistung-Fühlen	.74
	10. Leistung-Intuieren	.55
	11. Leistung-Denken	.70
	12. Leistung-Empfinden	.70
Dominanzskalen	13. Anschlussdominanz	.73
	14. Machtdominanz	.42
	15. Leistungsdominanz	.82
Zusatzskalen	16. Macht Intuieren: positiv	.77
	17. Anschluss: extrinsisch	.68
	18. Leistung: sozialer Vergleich	.89

Tab. 3: Auflistung der mit dem PSSI erfassten individuellen Stile, der korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen, der internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) und der erwarteten Gesamttestreliabilitäten der einzelnen Skalen nach „Split-Half"-Methode (berechnet mit der Spearman-Brown „Phrophecyformel" (N=720)

Stil	Störung	Abk.	Erw.Gesamttest-reliabilität	Cronbachs alpha (Langversion)	Cronbachs alpha (Kurzversion)
Selbstbestimmt	*Antisocial*	AS	.86	$\alpha = .86$	α = . 78
Eigenwillig	*Paranoid*	PN	.75	$\alpha = .79$	α = . 63
Zurückhaltend	*Schizoid*	SZ	.79	$\alpha = .81$	α = . 77
Selbstkritisch	*Selbstunsicher*	SU	.82	$\alpha = .79$	α = . 71
Sorgfältig	*Zwanghaft*	ZW	.81	$\alpha = .84$	α = . 78
Ahnungsvoll	*Schizotypisch*	ST	.89	$\alpha = .85$	α = . 78
Optimistisch	*Rhapsodisch*	RH	.85	$\alpha = .84$	α = . 74
Ehrgeizig	*Narzisstisch*	NA	.77	$\alpha = .76$	α = . 68
Kritisch	*Negativistisch*	NT	.77	$\alpha = .75$	α = . 78
Loyal	*Abhängig*	AB	.82	$\alpha = .83$	α = . 77
Spontan	*Borderline*	BL	.87	$\alpha = .85$	α = . 73
Liebenswürdig	*Histrionisch*	HI	.86	$\alpha = .84$	α = . 71
Still	*Depressiv*	DP	.85	$\alpha = .81$	α = . 79
Hilfsbereit	*Selbstlos*	SL	.79	$\alpha = .80$	α = . 73

PSSI-K

Julius Kuhl & Miguel Kazén, Juni 1997
Universität Osnabrück

Instruktionen: Bitte geben Sie in folgendem Fragebogen an, inwieweit die hier aufgelisteten Aussagen auf Sie zutreffen.

(0= trifft gar nicht zu, 1 = trifft etwas zu, 2 = trifft überwiegend zu, 3 = trifft ausgeprochen zu)

1) Wenn andere etwas haben möchten, was ich brauche, setze ich mich meist durch.
2) Auf die meisten Menschen kann man sich verlassen, wenn man ihnen Vertrauen schenkt.
3) Intimität zu anderen Menschen ist mir eher unangenehm.
4) Kritik tut mir schneller weh als anderen.
5) Meine Gründlichkeit kann ich auch dann nicht ablegen, wenn ich unter Zeitdruck stehe.
6) Ich glaube, dass andere manchmal meine Gefühle spüren, auch wenn sie sich anderswo aufhalten.
7) Ich kann mich jeden Tag für irgendwelche Dinge oder Menschen begeistern.
8) Ich meinem bisherigen Leben habe oft das Gefühl gehabt, etwas Besonderes zu sein.
9) Ich fühle mich von anderen oft missverstanden.
10) In der Familie oder einer Freundschaft brauche ich viel Bestätigung, wirklich geliebt zu werden.
11) Ich spüre oft eine innerliche Leere.
12) Ich habe ein lebhaftes Temperament.
13) Ich fühle mich oft niedergeschlagen und kraftlos.
14) Man kann mich leicht ausnutzen.
15) Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertig machen.
16) Es gibt viele ehrliche und offene Menschen.
17) Ich lasse andere nicht gern an mich heran.
18) Wenn mir eine Schwäche bewusst wird, kann mich das eine ganze Zeit belasten.
19) Beständigkeit und feste Grundsätze bestimmen mein Leben.
20) Manchmal spüre ich die Anwesenheit einer fernen Person so stark, als wäre sie wirklich da.
21) Mein Optimismus ist unbesiegbar.
22) Der Gedanke, eine berühmte Persönlichkeit zu sein, reizt mich.
23) Ich bin in meinem Leben oft ungerecht behandelt worden.
24) Es tut mir gut, einen Menschen um mich zu haben, der ein wenig für mich sorgt.
25) Meine Selbstachtung kann abrupt zwischen sehr positiven und sehr negativen Empfindungen wechseln.
26) Ich gehe sehr spontan auf andere Menschen zu.
27) Ich habe oft Schuldgefühle.
28) Es fällt mir leichter, an andere als an mich selbst zu denken.
29) Wenn andere mir Schwierigkeiten machen, kann ich sehr ungemütlich werden.
30) Die meisten Menschen verfolgen gute Absichten.
31) Ich bin gern mit anderen Menschen zusammen.
32) Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich.
33) Ich bin ein gewissenhafter Mensch.
34) Ich glaube an Gedankenübertragung.
35) Viele Menschen mögen mich sehr, weil ich überall Sonnenschein verbreite.
36) Oft wünsche ich mir, dass mehr Menschen das Besondere an mir sehen.
37) Andere erkennen meine Leistungen oft nicht hinreichend an.

38) Ich bin ein sehr anhänglicher Mensch.

39) Meine Gefühle wechseln oft abrupt und plötzlich.

40) Meine gute Laune überträgt sich oft auf andere.

41) Mir schwindet oft die Hoffnung, dass Dinge, die mir nicht gefallen, je anders werden.

42) Manchmal geht es mir schlecht, weil ich mir das Leid zu vieler Menschen zu Herzen nehme.

43) Wer mir schaden will, muss mit meiner Vergeltung rechnen.

44) Ich traue manchmal auch meinen Freunden nicht mehr.

45) Ich mag die Nähe anderer Menschen.

46) Ich habe oft Gewissensbisse.

47) Genauigkeit und Ordnung sind mir sehr wichtig.

48) Es gibt übernatürliche Kräfte.

49) Ich kann mich jeden Tag, auch über kleine Dinge, wie ein Kind freuen.

50) Im Mittelpunkt zu stehen, hat für mich einen besonderen Reiz.

51) Ich bin in meinem Leben oft vom Pech verfolgt worden.

52) Ich brauche sehr viel Liebe und Angenommensein.

53) Ich habe schon einmal den Impuls gespürt, mich zu verletzen.

54) Ich weiß sehr gut, wie ich beim anderen Geschlecht Interesse für mich wecken kann.

55) Ich fühle mich oft unzulänglich und wertlos.

56) Die Sorgen anderer beschäftigen mich mehr als meine eigenen Bedürfnisse.

Auswertungsschlüssel PSSI-K

	Skalen	Items
1.	Selbstbestimmt Persönlichkeitsstil / Antisozial Persönlichkeitsstörung	1, 15, 29, 43
2.	Eigenwillig Persönlichkeitsstil / Paranoid Persönlichkeitsstörung	2*U*, 16*U*, 30*U*, 44
3.	Züruckhaltend Persönlichkeitsstil / Schizoid Persönlichkeitsstörung	3, 17, 31*U*, 45*U*
4.	Selbstkritisch Persönlichkeitsstil / Selbstunsicher Persönlichkeitsstörung	4, 18, 32, 46
5.	Sorgfältig Persönlichkeitsstil / Zwanghaft Persönlichkeitsstörung	5, 19, 33, 47
6.	Ahnungsvoll Persönlichkeitsstil / Schizotypisch Persönlichkeitsstörung	6, 20, 34, 48
7.	Optimistisch Persönlichkeitsstil / Rhapsodisch Persönlichkeitsstörung	7, 21, 35, 49
8.	Ehrgeizig Persönlichkeitsstil / Narzißtisch Persönlichkeitsstörung	8, 22, 36, 50
9.	Kritisch Persönlichkeitsstil / Negativistisch Persönlichkeitsstörung	9, 23, 37, 51
10.	Loyal Persönlichkeitsstil / Abhängig Persönlichkeitsstörung	10, 24, 38, 52
11.	Spontan Persönlichkeitsstil / Borderline Persönlichkeitsstörung	11, 25, 39, 53
12.	Liebenswürdig Persönlichkeitsstil / Histrionisch Persönlichkeitsstörung	12, 26, 40, 54
13.	Still Persönlichkeitsstil / Depressiv Persönlichkeitsstörung	13, 27, 41, 55
14.	Hilfsbereit Persönlichkeitsstil / Selbstlos Persönlichkeitsstörung	14, 28, 42, 56

Die Rohwerte des PSSI- Fragebogens ergeben sich für jede 14 Skalen aus der Summe der 4 zugehörigen Itemwerte. Alle im PSSI-Auswertungsschlüssel mit **U (Umgepolt)** markierten Items werden umgepolt (umgepolter Itemkennwert = 3 minus nicht umgepolter Itemkennwert). Daraus ergeben sich folgende Werte: trifft gar nicht zu = 3 Punkte, trifft etwas zu = 2 Punkte, trifft überwiegend zu = 1 Punkt, trifft ausgesprochen zu = 0 Punkte).

Kurzbeschreibung der Skalen der PSSI-K (Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar)

Im Folgenden werden die mit den einzelnen Skalen gemessenen Stile erläutert. Ist eine Skala direkt aus den Diagnosekriterien des DSM-III-R bzw. DSM-IV abgeleitet, wird in Klammern die entsprechende Kennzeichnung aufgeführt.

1. Selbstbestimmter Stil und antisoziale Persönlichkeitsstörung (301.70). Hauptmerkmale des mit dieser Skala erfassten Stils sind selbstbestimmtes bzw. (in der pathologischen Übersteigerung) rücksichtloses Durchsetzen eigener Ziele, selbstsicheres (bzw. verletzendes und erniedrigendes) Verhalten gegenüber anderen. Die antisoziale Störung ist durch verantwortungsloses, rücksichtsloses und unsoziales Verhalten sowie durch fehlende Schuldgefühle bei Normverletzungen charakterisiert. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, vorausschauend zu planen. Sie können sich den rechtlichen Normen der Gesellschaft nicht anpassen. Beispiel *„Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertig machen“*

2. Eigenwilliger Stil und paranoide Persönlichkeitsstörung (301.00). Die Items dieser Skala erfassen einen Persönlichkeitsstil, der durch die Neigung gekennzeichnet ist, eigene Absichten sehr deutlich zu erleben, die Absichten anderer zu ergründen und sich gegen sie abzugrenzen. Personen dieses Persönlichkeitsstils vertrauen sich nur zögernd anderen Menschen an und stellen die Loyalität anderer Menschen in Zweifel, in der pathologischen Übersteigerung oft grundlos auch die Loyalität von Freunden oder Mitarbeitern. Paranoide Menschen fühlen sich von anderen ausgenutzt oder benachteiligt, hegen lange eine Groll gegen andere oder können nicht vergeben. Handlungen anderer werden als absichtlich erniedrigend, abwertend oder bedrohlich interpretiert. Beispiel: *„Ich traue manchmal auch meinem Freunden nicht mehr“*

3. Zurückhaltender Stil und schizoide Persönlichkeitsstörung (301.20). Die Hauptmerkmale des mit dieser Skala erfassten Persönlichkeitsstils sind eine eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksintensität, nüchterne Sachlichkeit sowie eine Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen. Personen mit diesem Persönlichkeitsstil suchen sich bevorzugt Unternehmungen aus, die sie allein machen können. In der pathologischen Übersteigerung haben sie keine engen Freunde oder Vertraute und sind gleichgültig gegenüber Lob oder Kritik von anderen. Beispiel: *„Intimität zu anderen Menschen ist mir eher unangenehm“*

4. Selbstkritischer Stil und selbstunsichere ("avoidant") Persönlichkeitsstörung (301.82). Personen mit diesem Persönlichkeitsstil sind sensibel für Kritik und zeigen sich in Gesellschaft zurückhaltend, weil sie sich oft "nicht so wichtig" nehmen. Sie verfügen über eine ausgeprägte Fähigkeit, eigene Erwartungen, Einschätzungen, bis hin zu komplexen Modellen ihrer Umwelt, in Frage zu stellen und zu revidieren, sobald widersprüchliche Informationen auftauchen. In der pathologischen Übersteigerung kann diese selbstkritische Haltung in eine ausgeprägte Besorgnis münden, vor anderen etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen. Die selbstunsichere Störung ist durch Angst vor negativer Beurteilung, Schüchternheit und sozialem Unbehagen gekennzeichnet. Selbstunsichere Menschen gehen nur Beziehungen ein, wenn sie sich der Akzeptanz sicher sind. Sie zeigen Verlegenheit z.B. durch Erröten und meiden berufliche Aktivitäten, wenn sie größere soziale Anforderungen bedingen. Beispiel: *„Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich“*

5. Sorgfältiger Stil und zwanghafte Persönlichkeitsstörung (301.40). Dieser Stil ist durch Gründlichkeit und Genauigkeit in der Ausführung eigener Tätigkeiten gekennzeichnet. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung ist von Perfektionismus und Starrheit geprägt. Betroffene zeigen z.B. eine übermäßige Gewissenhaftigkeit und können Vorhaben aufgrund der übermäßig strengen eigenen Normen oder Zielvorstellungen häufig nicht realisieren. Sie beschäftigen sich übermäßig mit Details, Regeln, Ordnung und Sauberkeit. Arbeit wird oft über Vergnügen bzw. zwischenmenschliche Kontakte gestellt. Beispiel: *„Ich bin ein gewissenhafter Mensch“*

6. Ahnungsvoller Stil und schizotypische Persönlichkeitsstörung (301.22). Hauptmerkmal dieses Persönlichkeitsstils ist eine besondere Sensibilität für das Erahnen von Ereignissen und Handlungsmöglichkeiten, die weder durch logisches Denken noch

aufgrund intuitiver Erfahrung gefunden werden können. Viele Ereignisse, Gegenstände und Personen erhalten eine emotionale Bedeutung, die weit über ihren rational begründbaren Gehalt hinausgeht. Personen mit einer pathologischen Übersteigerung dieses Stils haben oft seltsame Glaubensinhalte, zum Beispiel einen Glauben an Hellseherei, Telepathie oder den "6. Sinn". Die Betroffenen wirken in ihrem Verhalten oder in der äußeren Erscheinung oft seltsam oder exzentrisch. In sozialen Situationen sind sie äußerst ängstlich. Beispiel: *„Ich glaube an Gedankenübertragung“*

7. Optimistischer Stil und rhapsodische Persönlichkeitsstörung. Dieser dem liebenswürdig-histrionischen Typus ähnliche Stil ist durch eine durchweg positive Lebenseinstellung gekennzeichnet. Auch negativen Erlebnissen wird leicht eine positive Seite abgewonnen. In der pathologischen Übersteigerung kann diese Einstellung zu chronischer Schwärmerei und der Unfähigkeit führen, negative Seiten im Selbsterleben und bei anderen zu sehen und sich mit Konfliktquellen und Problemen auseinanderzusetzen. Dieser Stil erscheint nicht im DSM-III-R oder DSM-IV, dürfte aber eine gewisse Überlappung mit dem histrionischen Typus haben, dessen selbstdarstellerische und verführerischen Anteile jedoch nicht zum rhapsodischen Typus gezählt werden. Beispiel: *„Mein Optimismus ist unbesiegbar“*

8. Ehrgeiziger Stil und narzißtische Persönlichkeitsstörung (301.81). Die Items dieser Skala erfassen einen Persönlichkeitsstil, der gekennzeichnet ist durch einen ausgeprägten Sinn für das Besondere. Diese Haltung kann sich z.B. in einer besonderen Leistungsorientierung, einer Bevorzugung ausgefallener Kleidung, ein elitäres Kunstempfinden, "alternativer" Lebensweisen oder besonders gepflegter Umgangsformen und statusbewußtem Auftreten ausdrücken. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch ein durchgängiges Muster von erlebter Großartigkeit in der Phantasie oder im Verhalten, einen Mangel an Einfühlungsvermögen und eine Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung durch andere. Narzißtische Personen sind in übertriebenem Maße von ihrer eigenen Bedeutung überzeugt. Sie übertreiben ihre Fähigkeiten und erwarten, auch ohne besondere Leistungen, dass sie als "etwas Besonderes" Beachtung zu finden. Sie beschäftigen sich mit Phantasien grenzenlosen Erfolges. Auf Kritik reagieren sie mit Wut, Scham oder erlebter Demütigung. Beispiel: *„Oft wünsche ich mir, dass mehr Menschen das Besondere an mir sehen“*

9. Kritischer Stil und passiv-aggressive bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung (301.84 laut DSM-III-R). Dieser Stil ist durch ein ruhiges bis phlegmatisches Temperament charakterisiert. Die Schwellen für die Aktivierung von Bewegungen und für das Entdecken von Reizen in den verschiedenen Sinnesmodalitäten sind erhöht, so dass der Eindruck einer Gelassenheit gegenüber den Ereignissen der Außenwelt entsteht. In der entsprechenden Persönlichkeitsstörung drückt sich diese Gelassenheit in einer allgemeinen Passivität selbst in solchen Situationen aus, in denen normalerweise Aktivität erwartet wird (z.B. Anweisungen von Vorgesetzten). Die passive Haltung ist mit einer kritischen Einstellung assoziiert, die eine "gesunde" Skepsis gegenüber Anregungen beinhaltet, die von anderen Menschen kommen. Hauptmerkmale der entsprechenen Störung sind ein passiver Widerstand gegenüber Leistungsanforderungen im sozialen und beruflichen Bereich und eine ungerechtfertige Annahme, missverstanden, ungerecht behandelt und übermäßig in die Pflicht genommen zu werden. Die Betroffenen drücken ihren Widerstand indirekt aus durch Verzögerungsmanöver, Trödelei und "Vergeßlichkeit". Diese im DSM-III-R als "passiv-aggressiv" beschriebene Störung ist noch nicht endgültig ins DSM-IV aufgenommen, wird dort aber als weiter erforschungsbedürftige Störung um "negativistische" Symptome erweitert, wie die negative Deutung auch gutgemeinter Ratschläge, der Überzeugung, anderen gehe es durchweg besser als einem selbst, etc. Beispiel: *„Ich fühle mich von anderen oft missverstanden“*

10. Loyaler Stil und abhängige Persönlichkeitsstörung (301.60). Der mit dieser Skala erfasste Persönlichkeitsstil ist gekennzeichnet durch ein loyales Verhalten gegenüber anderen Menschen, das die Bereitschaft miteinschließt, eigene Wünsche zurückzustellen, wenn sie mit den Interessen wichtiger Bezugspersonen kollidieren. In der Übersteigerung kann dieser Stil in abhängiges oder unterwürfiges Verhalten und die Unfähigkeit münden, eigene Entscheidungen zu treffen oder umzusetzen. Abhängige Personen haben gewöhnlich Angst davor, verlassen zu werden. Sie übernehmen auch solche Tätigkeiten, die für sie

unangenehm sind, wenn sie dadurch die Zuneigung anderer gewinnen können. Die übermäßige Abhängigkeit von anderen erschwert jegliche Eigeninitiative oder Eigenaktivitäten. Beispiel: *„Ich brauche sehr viel Liebe und Angenmmensein“*

11. Spontaner Stil und Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83). Der mit dieser Skala erfasste Persönlichkeitsstil ist durch eine relativ intensive Emotionalität gekennzeichnet, die sich äußert in einer spontanen Begeisterungsfähigkeit für positive Wahrnehmungen und in einer impulsiven Ablehnung von Dingen oder Personen, die negative Eigenschaften zeigen. Spontane Menschen sind wenig nachtragend: Selbst starke negative Reaktionen gegenüber einem Menschen können nach kurzer Zeit vergessen sein. In der pathologischen Übersteigerung nimmt die Spontaneität die Züge der "Borderline"-Persönlichkeitsstörung an: Instabilität des Selbstbildes (Identität), der Stimmung sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen sind einige der auffälligen Symptome. Beispiel: *„Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv“*

12. Liebenswürdiger Stil und histrionische Persönlichkeitsstörung (301.50). Der liebenswürdige Stil ist durch ein warmherziges Verhalten gegenüber anderen Menschen, das mehr durch intuitiv-spontanen Ausdruck als durch analytisches Denken und zielorientiertes Planen gekennzeichnet ist (impressionistischer Stil). Die Hauptmerkmale der dem liebenswürdigen Stil entsprechenden histrionischen Persönlichkeitsstörung sind eine übertriebene sozial orientierte Emotionalität und übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit. Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung fordern ständig Bestätigung und Lob. Sie fühlen sich unwohl, wenn sie nicht im Mittelpunkt stehen, sind übertrieben attraktiv bzw. verführerisch und drücken sich sprachlich sehr vage aus. Beispiel *„Ich habe ein lebhaftes Temperament“*

13. Passiver (stiller) Stil und depressive Persönlichkeitsstörung. Hauptmerkmale des mit dieser Skala erfaßten Persönlichkeitsstils sind eine eher passive Grundhaltung, ein vertieftes Erleben eigener und fremder Gefühle, ein gedämpftes Erleben positiver Anreize und eine mehr kontemplative als pragmatische Grundeinstellung. Die pathologische Entsprechung des passiven Stils ist die depressive Persönlichkeitsstörung. Sie ist gekennzeichnet durch häufige Niedergeschlagenheit, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit sowie eine pessimistische Grundhaltung. Personen dieses Persönlichkeitsstils haben eine kritische Haltung sich selbst gegenüber, leiden oft unter Schuldgefühlen und sind nicht in der Lage, positive Emotionen zu empfinden. Die depressive Persönlichkeitsstörung ist nicht in der Achse II der DSM-III-R erfaßt. Sie gehört jedoch ebenfalls zu den ursprünglich für das DSM-IV vorgeschlagenen Störungen. Beispiel: *„Ich fühle mich oft unzulänglich und wertlos“*

14. Altruistischer Stil und selbstlose Persönlichkeitsstörung. Die Items dieser Skala erfassen einen im DSM-IV nicht enthaltenen Persönlichkeitsstil, der gekennzeichnet ist durch Hilfsbereitschaft, Empathie und soziales Engagement. In der pathologischen Übersteigerung ergibt sich ein übermäßig aufopferndes Verhalten, chronische Unterordnung der eigenen Bedürfnisse unter die anderer Personen und eine Unfähigkeit, angenehme Erfahrungen zu genießen. Personen dieser Persönlichkeitsstörung nehmen die Bedürfnisse anderer grundsätzlich wichtiger als ihre eigenen und sind unfähig, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Die selbstlose Persönlichkeitsstörung ist nicht im DSM-III-R erfaßt. Sie war jedoch ursprünglich zur Aufnahme in das DSM-IV vorgeschlagen worden. Beispiel: *„Die Sorgen anderer beschäftigen mich mehr als meine eigenen Bedürfnisse“*.

BEF-3

Instruktionen: Bitte schätzen Sie anhand der aufgelisteten Eigenschaftswörter ein, wie Sie sich im Moment fühlen. Entscheiden Sie spontan ohne lange nachzudenken, welche der vier Antwortmöglichkeiten (0 = Überhaupt nicht; 1 = Etwas; 2 = Ziemlich; 3 = Sehr) am ehesten auf Sie zutrifft.

Jetzt – in diesem Moment – fühle ich mich:

1. freudig	12. gehemmt
2. hilflos	13. sicher
3. aktiv	14. wütend
4. angespannt	15. fröhlich
5. träge	16. überreizt
6. ruhig	17. tatkräftig
7. aggressiv	18. verkrampft
8. gutgelaunt	19. lahm
9. ratlos	20. entspannt
10. wach	21. gereizt
11. beunruhigt	

Auswertungsschlüssel BEF-3

Skalen	Items
1) Freude [A+]	1, 8, 15
2) Hilflosigkeit [A-]	2, 9, 16
3) Aktivierung [T+]	3, 10, 17
4) Erregung [T-]	4, 11, 18
5) Lustlosigkeit [A/T (+)]	5, 12, 19
6) Gelassenheit [A/T (-)]	6, 13, 20
7) Ärger	7, 14, 21

BES-K

Instruktionen: Bitte beurteilen Sie für jede Aussage, wie gut sie Ihr Befinden beschreibt. Wie stark trifft die Aussage zu?

0 = gar nicht; **1** = ganz wenig; **2** = wenig; **3** = etwas; **4** = überwiegend; **5** = sehr stark; **6** = vollkommen

1. Ich habe in den letzten Tagen unter meinen seelischen Beschwerden und Symptomen gelitten.
2. Meine seelischen Beschwerden haben sich in den letzten Tagen gebessert.
3. Ich habe in den letzten Tagen unter immer wiederkehrenden, nicht abschaltbaren Gedanken gelitten.
4. Ich habe mich in den letzten Tagen leistungsfähig gefühlt.
5. Ich bin zufrieden mit meinen Beziehungen zu anderen Menschen (Familie, Beruf, Freizeit).
6. Ich habe in den letzten Tagen unter körperlichen Beschwerden gelitten (z.B. Kopf- oder Rückenschmerzen, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen usw.)
7. Meine seelischen Beschwerden haben sich in den letzten Tagen verschlimmert.
8. Ich habe in den letzten Tagen unter Ängstlichkeit gelitten.
9. Ich bin in den letzten Tagen AKTIV gewesen
10. Ich bin in den letzten Tagen NERVÖS gewesen.
11. Ich bin in den letzten Tagen FREUNDLICH gewesen.
12. Ich habe mich in den letzten Tagen RUHIG gefühlt.
13. Ich habe mich in den letzten Tagen HILFLOS gefühlt.
14. Ich bin in den letzten Tagen HERZLICH gewesen.
15. Ich habe mich in den letzten Tagen KRAFTLOS gefühlt.
16. Ich bin in den letzten Tagen SELBSTBEWUSST gewesen.
17. Ich habe mich in den letzten Tagen FREI gefühlt.
18. Ich habe mich in den letzten Tagen TRAURIG gefühlt.
19. Ich habe mich in den letzten Tagen BESORGT gefühlt.
20. Ich bin in dem letzten Tagen ERREGT.
21. Ich bin in den letzten Tagen LIEBEVOLL gewesen.
22. Ich bin in den letzten Tagen ZÄRTLICH gewesen.
23. Ich habe mich in dem letzten Tagen KONTAKFREUDIG gewesen.
24. Ich habe mich in dem letzten Tagen SCHULDIG gefühlt.
25. Ich bin in den letzten Tagen FLEXIBEL gewesen.

Auswertungsschlüssel BES-K

Skalen	Items
1) Symptomausprägung	1, 2*U*, 3, 7, 8
2) Negative Emotionalität	13, 17*U*, 18, 19, 24
3) Aktivität - Impulsivität	4, 9, 16, 23, 25
4) Beziehungszufriedenheit	5, 14, 21, 22
5) Körperliche Beschwerden	6, 12*U*, 15
6) Übrige Items (nicht zu berechnen)	10, 11, 20,

Bemerkung: Die Rohwerte pro Skala ergeben sich aus der Summe der Itemwerte („Wie gut beschreibt die Aussage Ihr Befinden? 0 = ganz nicht; 1 = ganz wenig; 2 = wenig; 3 = etwas; 4 = überwiegend; 5 = sehr stark; 6 = vollkommen). Bei allem mit ***U*** markierten Items wird der Itemwert vor der Summierung ***U***mgepolt (neuer Itemkennwert = 6 minus alter Itemkennwert) berechnet.

HAKEMP- 90
Kuhl, J. (1994)

Instruktionen: Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten (A oder B) auf dem Antwortbogen an, die für Sie eher zutrifft.

1) Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann
   A. kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren
   B. denke ich nicht mehr lange darüber nach.

2) Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann
   A. muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu kriegen
   B. fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen.

3) Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles mißlungen ist, dann
   A. dauert es oft lange, bis ich mich damit abfinde
   B. denke ich nicht mehr lange darüber nach.

4) Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann
   A. kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll
   B. habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung.

5) Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann
   A. denke ich bald nicht mehr daran
   B. geht mir das noch eine ganze Weile durch den Kopf.

6) Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann
   A. kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor
   B. überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann.

7) Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen und nicht mehr zu reparieren ist, dann
   A. finde ich mich rasch mit der Sache ab
   B. komme ich nicht so schnell darüber hinweg.

8) Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann
   A. lege ich meist sofort los
   B: gehen mir zuerst andere Dinge durch den Kopf, bevor ich mich richtig an die Aufgabe heranmache.

9) Wenn ich jemanden, mit dem ich etwas Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann
   A. geht mir das oft durch den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige
   B. blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.

10) Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann
   A. überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann
   B. entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeit für eine der möglichen Beschäftigungen.

11) Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber dasGeld nicht mehr zurückbekomme, dann
   A. fällt es mir schwer, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren
   B. fällt es mir leicht, die Sache auszublenden.

12) Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müßte, dann
   A. fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen
   B. fange ich meist ohne weiteres an.

13) Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann
   A. lasse ich mich davon nicht beirren
   B. bin ich zuerst wie gelähmt.

14) Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann
   A. überlege ich oft, wo ich anfangen soll
   B. fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.

15) Wenn ich mich verfahre (z.B. mit dem Auto, mit dem Bus; usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse, dann
   A. kann ich mich zuerst schlecht aufraffen, irgend etwas anderes anzupacken

B. lasse ich die Sache erst einmal auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu.

16) Wenn ich zu zwei Dingen Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann
A. beginne ich schnell mit einer Sache und denke nicht mehr an die andere
B. fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.

17) Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann
A. verliere ich allmählich den Mut
B. vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen.

18) Wenn ich etwas Wichtiges aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann
A. lege ich meist sofort los
B. kann es eine Weile dauern, bis ich mich aufraffe.

19) Wenn mich etwas traurig macht, dann
A. fällt es mir schwer, irgendetwas zu tun
B. fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.

20) Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann
A. denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll.
B. habe ich keine Probleme, loszulegen.

21) Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tage mißlingen, dann
A. weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen
B. bleibe ich fast genauso tatkräftig, als wäre nichts passiert.

22) Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann
A. habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen
B. bin ich manchmal wie gelähmt.

23) Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz daran gesetzt habe, eine bestimmte Aufgabe gut zu verrichten und es geht schief, dann
A. kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden
B. fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun.

24) Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann
A. bringe ich die Sache ohne Schwierigkeiten hinter mich
B. fällt es mir schwer, damit anzufangen.

Auswerteschlüssel HAKEMP-90

Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM): 1b, 3b, 5a, 7a, 9b, 11b, 13a, 15b, 17b, 19b, 21b, 23a

Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung (HOP):

2b, 4b, 6b, 8a, 10b, 12b, 14b, 16a, 18a, 20b, 22a, 24a

MUT-K30

Bitte machen Sie die Angaben spontan, ohne lange nachzudenken.

Trifft gar nicht zu
Trifft etwas zu
Trifft überwiegend zu
Trifft ausgesprochen zu

1) Wie ich mich einem Menschen gegenüber verhalte, ist irgendwie von all dem bestimmt, was ich mit ihm schon erlebt habe.
2) Ich mag körperliche Nähe zu anderen Menschen.
3) Ich mache mir oft Gedanken darüber, was mein Verhalten bei Freunden oder Partner/In bewirkt.
4) Wenn ich auf Ablehnung stoße, bin ich wie gelähmt.
5) Wenn ich meine Meinung äußere, fühle ich mich meist ganz frei, das zu sagen, was ich wirklich vertreten kann.
6) Wie ich meinen Stil zeigen kann, spüre ich immer ganz spontan aus dem Bauch heraus.
7) Wenn ich eine einflußreiche Position erreicht habe, drängt es mich immer weiter nach oben.
8) Wenn andere nicht von selbst merken, was ich brauche, verzichte ich lieber darauf.
9) Wenn ich an meine bisherigen Leistungen denke, fühle ich mich ganz wohl.
10) Neue Aufgaben gehe ich ganz aus dem Gefühl an.
11) Je schwieriger eine Aufgabe wird, desto zäher wird mein Durchhaltevermögen.
12) Auch bei noch so guten Leistungen sehe ich immer die kritischen Punkte
13) Es macht mir Freude, mich mit anderen Menschen auszutauschen.
14) Oft suche ich regelrecht die Auseinandersetzung mit anderen.
15) Wenn ich eine schwierige Aufgabe gelöst habe, suche ich mir am liebsten gleich die nächste Herausforderung.
16) Wenn eine Beziehung belastet wird, wachsen mir ganz neue Kräfte zu.
17) Oft spüre ich das intensive Bedürfnis anderen nah zu sein.
18) Wenn ich eine Partnerschaft oder Freundschaft habe, überlege ich oft, was man noch besser machen kann.
19) Wenn mich jemand nicht mag, geht mir das lange nach.
20) Wenn mir jemand über den Mund fährt, habe ich gleich die passende Reaktion parat.
21) Ich fühle mich anderen oft überlegen.
22) Wenn ich jemanden von etwas überzeugen will, überlege ich mir gut, auf was er am ehesten anspricht.
23) Wenn jemand sehr selbstbewußt auftritt, halte ich mich eher zurück.
24) Bei den Aufgaben, die ich im Alltag bearbeite, fühle ich mich ziemlich frei, so vorzugehen, wie ich es für richtig halte.
25) Ich muss neue Aufgaben mögen, sonst läuft nichts.
26) Im Leistungsbereich wähle ich mir am liebsten die schwierigsten Aufgaben aus.
27) Fehlschläge nehmen mir meist völlig den Mut.
28) Ich fühle mich in meinem Element, wenn ich mit anderen Menschen plaudern kann.
29) Andere haben es oft gern, wenn ich sage, wo es langgeht.
30) Wenn es eine schwierige Aufgabe anzupacken gilt, melde ich mich oft freiwillig.
31) Wenn ich in eine Gruppe komme, entwickle ich schnell ein gutes Gespür dafür, welche Themen jede einzelne Person ansprechen und welche nicht.
32) Menschen in meiner Nähe nehmen meist meine ganze Aufmerksamkeit ein.
33) In einer Freundschaft überlege ich mir oft, welche Folgen mein Verhalten für die Beziehung hat.

34) Wenn jemand unfreundlich zu mir ist, macht mich das ganz fertig.
35) Wenn ich mit meiner Auffassung nicht durchkomme, drehe ich erst richtig auf.
36) Stil ist mir sehr wichtig im Leben.
37) Wenn es um Durchsetzen geht, ist für mich nur die erste Position gut genug.
38) Auch wenn ich mit einem Menschen ganz gut auskomme, sehe ich meistens Punkte, in denen ich unterlegen bin.
39) Mit meinen bisherigen Leistungen im Leben bin ich recht zufrieden.
40) Ich kann gute Leistungen nur erbringen, wenn ich spontan Lust dazu habe.
41) Am meisten reizen mich die ganz schwierigen Aufgaben.
42) Auch wenn mir etwas gelungen ist, sehe ich immer noch irgendetwas, das noch nicht ganz in Ordnung ist.
43) Menschliche Nähe ist mir in meinem Leben wichtiger als Leistung.
44) In meinen Tagträumen spiele ich oft die Heldenrolle.
45) Wenn ich stundenlang an einer schwierigen Sache arbeiten kann, bin ich rundum glücklich.
46) Ich finde immer wieder Menschen, mit denen ich echte Gefühle austauschen kann.
47) Im Umgang mit anderen lasse ich mich ganz von meinen Gefühlen leiten.
48) Von einer Partnerschaft erwarte ich viel.
49) Wenn ich jemanden kennenlerne, habe ich oft Angst, abgelehnt zu werden.
50) Ich bin sehr schlagfertig.
51) Gefühle der Überlegenheit tun mir gut.
52) Ich strebe danach, in einer Rangfolge immer weiter nach oben zu kommen.
53) Es fällt mir oft schwer, einzuschätzen, ob ich gegen einen anderen Menschen ankomme oder nicht.
54) Mit den meisten Aufgaben, die ich übernehme, kann ich mich voll und ganz identifizieren.
55) Wenn man Leistung von mir erwartet, verliere ich die Lust.
56) Mein Leistungswille ist unersättlich.
57) Ein Misserfolg kann mir total den Schwung nehmen.
58) Ich mag es, mit netten Menschen über alles Mögliche zu reden.
59) Wenn ich weiß, was ich will, möchte ich auch andere dafür begeistern.
60) Oft suche ich mir ganz spontan eine Beschäftigung, bei der ich meine Fähigkeiten prüfen kann.
61) Ich mag Geselligkeit.
62) Ich setze mich gern für andere Menschen ein.
63) Eine Leistung ist für mich ein Erfolg, wenn ich im Vergleich zu anderen gut abschneide.
64) Ich mag unkomplizierte Menschen am liebsten.
65) Ich habe Freude daran, für die Anliegen anderer zu kämpfen.
66) Ich vergleiche meine Leistungen oft mit denen anderer.
67) Ich mag nette Konversation lieber als tiefgründige Gespräche.
68) Ich habe die Fähigkeit, andere für eine gute Sache zu gewinnen.
69) Besser sein zu wollen als andere, ist für mich ein starker Ansporn.
70) Ich komme mit den meisten Leuten ganz gut zurecht.
71) In einer Gruppe sorge ich meist für die Zusammenheit.
72) Leistung heißt besser sein als andere.

Auswertungsschlüssel MUT-K 30 (Motiv-Umsetzungs-Test)

Hauptskalen	**Items**
1. Anschluss – Fühlen	1, 16, 31, 46
2. Anschluss - Intuieren	2, 17, 32, 47
3. Anschluss-Denken	3, 18, 33, 48
4. Anschluss-Empfinden	4, 19, 34, 49
5. Macht-Fühlen	5, 20, 35, 50
6. Macht-Intuieren	6, 21, 36, 51
7. Macht-Denken	7, 22, 37, 52
8. Macht-Empfinden	8, 23, 38, 53
9. Leistung-Fühlen	9, 24, 39, 54
10. Leistung-Intuieren	10, 25, 40, 55
11. Leistung-Denken	11, 26, 41, 56
12. Leistung-Empfinden	12, 27, 42, 57
13. Anschlussdominanz	13, 28, 43, 58
14. Machtdominanz	14, 29, 44, 59
15. Leistungsdominanz	15, 30, 45, 60
Zusatzskalen	
Macht Intuieren: positiv	62, 65, 68, 71
Anschluss: extrinsisch	61, 64, 67, 70
Leistung: sozialer Vergleich	63, 66, 69, 72

Tab. 4: Beispiel-Items aus den 12 Basis-Skalen des Motiv-Umsetzungs-Tests (MUT): Jede Skala mißt die Anbindung eines der drei Hauptmotive an eines der vier kognitiven Makrosysteme (Cronbachs α ist als Kennwert für die innere Konsistenz jeder Skala in Klammern angegeben).

Motiv	Makrosystem	Itemtext
Anschluss	Fühlen (α=0,79)	1) Wenn eine Beziehung belastet wird, wachsen mir ganz neue Kräfte zu
		2) Ich finde immer wieder Menschen, mit denen ich echte Gefühle austauschen kann.
	Intuitive VS (α=0,86)	3) Im Umgang mit anderen lasse ich mich ganz von meinen Gefühlen leiten
		4) Ich mag körperliche Nähe zu anderen Menschen.
	Denken (α=0,80)	5) Von einer Partnerschaft erwarte ich viel.
		6) Ich mache mir oft Gedanken darüber, was mein Verhalten bei Freunden oder Partner/In bewirkt.
	Empfinden (α=0,84)	7) Wenn mich jemand nicht mag, geht mir das lange nach.
		8) Wenn ich jemanden kennenlerne, habe ich oft Angst, abgelehnt zu wer den.
Macht	Fühlen (α=0,80)	9) Wenn mir jemand über den Mund fährt, habe ich gleich eine passende Reaktion parat.
		10) Wenn ich meine Meinung äußere, fühle ich mich ganz frei, das zu sagen, was ich wirklich vertreten kann.
	Intuitive VS (α=0,82)	11) Gefühle der Überlegenheit tun mir gut.
		12) Wie ich meinen Stil zeigen kann, spüre ich immer ganz intuitiv.
	Denken (α=0,80)	13) Wenn es um Macht geht, ist für mich nur die erste Position gut genug.
		14) Wenn ich jemanden von etwas überzeugen will, überlege ich mir gut, auf was er am ehesten anspricht.
	Empfinden (α=0,88)	15) Wenn jemand sehr selbstbewußt auftritt, halte ich mich eher zurück.
		16) Auch wenn ich mit einem Menschen ganz gut auskomme, sehe ich meistens Punkte, in denen ich unterlegen bin.
Leistung	Fühlen (α=0,83)	17) Mit meinen bisherigen Leistungen bin ich recht zufrieden.
		18) Mit den meisten Aufgaben, die ich übernehme, kann ich mich voll und ganz identifizieren.
	Intuitive VS (α=0,74)	19) Wenn man Leistung von mir erwartet, verliere ich die Lust.
		20) Ich muss neue Aufgaben mögen, sonst läuft nichts.
	Denken (α=0,86)	21) Am meisten reizen mich die ganz schwierigen Aufgaben.
		22) Mein Leistungswille ist unersättlich.
	Empfinden (α=0,92)	23) Auch bei noch so guten Leistungen sehe ich immer die kritischen Punkte.
		24) Ein Mißerfolg kann mir total den Schwung nehmen.

SSI-K

Instruktionen: Bitte geben Sie in folgendem Fragebogen an, inwieweit die hier aufgelisteten Aussagen auf Ihre momentane Situation zutreffen:

Trifft auf mich zu: (1) gar nicht (2) etwas (3) überwiegend (4) ausgesprochen

1) Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.

2) Sobald Hindernisse auftauchen, spüre ich, wie ich aktiver werde.

3) Bei meinen Handlungen spüre ich meist, dass ich es bin, der so handeln will.

4) Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit, ohne zu zögern.

5) Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf.

6) Oft muss ich an Dinge denken, die mit dem, was ich gerade tue, gar nichts zu tun haben.

7) Ich vergegenwärtige mir öfters am Tag, was ich noch alles tun will.

8) Man muss sich im Leben oft sehr zusammennehmen.

9) Ich habe oft das Gefühl, die Erwartungen anderer erfüllen zu müssen.

10) Wenn etwas Schlimmes passiert ist, dauert es sehr lange, bis ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.

11) Ich erlebe viele Konflikte zwischen unvereinbaren Ansprüchen an meine Lebensgestaltung.

12) In meinem Leben hat sich vieles verändert, mit dem ich klar kommen muss.

13) Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.

14) Ich erreiche meine beste Form erst dann, wenn Schwierigkeiten auftauchen.

15) Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen.

16) Wenn eine Aufgabe erledigt werden muss, packe ich sie am liebsten sofort an.

17) Ich schiebe viele Dinge vor mir her.

18) Meine Gedanken treiben oft von der Sache weg, auf die ich mich eigentlich konzentrieren möchte.

19) Dinge, die ich noch nicht erledigt habe, mache ich mir immer wieder bewusst.

20) Es gibt viele Dinge, die ich einfach tun muss, auch wenn ich sie nicht mit Freude mache.

21) Ich befürchte oft, dass ich die Sympathie anderer verliere, wenn ich nicht tue, was sie von mir erwarten.

22) Nach einem Misserfolg muss ich lange darüber nachdenken, wie es dazu kommen konnte, bevor ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.

23) Meine momentanen Lebensumstände sind schon recht hart.

24) Ich muss mit großen Veränderungen in meinem Leben fertig werden.

25) Ich kann meine Stimmung so verändern, dass mir dann alles leichter von der Hand geht.

26) Ich kann mich auch in einem Zustand starker innerer Anspannung schnell wieder entspannen.

27) Auch wenn Probleme auftauchen, bin ich mir meist sicher, dass es irgendwie klappt.

28) Ich fühle mich oft ziemlich lustlos.

29) Oft warte ich mit der Erledigung einer Aufgabe, bis andere ungeduldig werden.

30) Es passiert mir öfters, dass ich ein plötzliches Verlangen nicht aufschieben kann.

31) Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe.

32) Wenn ich eine unangenehme Pflicht erfüllen muss, stelle ich mir vor, wie schlimm ich mich fühle, wenn ich sie nicht rechtzeitig erledigt habe.

33) Mein Verhalten erscheint oft widersprüchlich, weil immer wieder eine andere Seite von mir hervortritt.

34) Nach unangenehmen Erlebnissen kann ich Gedanken nicht loswerden, die mir die Energie nehmen.

35) Ich muss mit einer Menge Schwierigkeiten fertig werden.

36) Ich hatte in der letzten Zeit eine Menge Ärger.

37) Ich kann ganz gezielt an heitere Dinge denken, um lockerer voranzukommen.

38) Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird.

39) Auch in schwierigen Situationen vertraue ich darauf, dass ich die Probleme irgendwie bewältigen werde.

40) Ich habe oft zu wenig Energie.

41) Unangenehmes erledige ich oft erst in letzter Minute.

42) Wenn eine Versuchung auftaucht, fühle ich mich oft wehrlos.

43) Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan.

44) Oft komme ich erst dadurch in Gang, dass ich mir vorstelle, wie schlecht ich mich fühle, wenn ich eine Sache nicht tue.

45) Ich habe sehr widersprüchliche Seiten.

46) Wenn etwas Unangenehmes passiert ist, verliere ich oft den Schwung.

47) Ich bin zurzeit mit vielen Schwierigkeiten in meinem Leben konfrontiert.

48) Ich muss mich auf eine ganz neue Situation in meinem Leben einstellen.

Auswertungsschlüssel SSI-K2

Skalen		**Items**	
		Items	
I. SELBSTREGULATION (Kompetenz)	**1. Selbstmotivierung**	1 + 13	Motivationskontrolle
		+ 25 + 37	Emotionskontrolle
	2.Aktivierungskontrolle	2 + 14	Selbstaktivierung
		+ 26 + 38	Selbstberuhigung
	3. Selbstbestimmung	3 + 15	Selbstkongruenz = Selbstbestimmung
		+ 27 + 39	Optimismus = allgemeines Selbstvertrauen
II. WILLENSHEMMUNG (Selbstbeherrschung)	**4. LOP (prospektive Lageorientierung)**	U4 + U16	Initiativmangel = umgepolte Initiative
		+ 28 + 40	Energiedefizit = Energiemangel/Lustlosigkeit
	5. Volitionale Passivität	5 + 17	Aufschieben = Nichtumsetzung von Vorsätzen
		+ 29 + 41	Fremdbestimmtheit
	6. Konzentrationsschwäche	6 + 18	Instrusionsneigung = Konzentrationsschwäche
		+ U30 + U42	Niedrige Impulskontrolle = umgepolte Impulskontrolle
III. SELBSTKONTROLLE	**7. Kognitive selbskontrolle**	7 + 19	Zielvergegenwärtigung
		+ 31 + 43	Planungsfähigkeit
	8. Affektive Selbstkontrolle	8 + 20	Selbstdisziplin
		+ 32 + 44	Negative Selbstmotivierung = ängstliche Selbstmotivierung
IV. SELBSTHEMMUNG	**9. Konformität (Anpassungsfähigkeit)**	9 + 21	Introjektionsneigung
		+ 33 + 45	Fragmentierung
	10. LOM Lageorientierung nach Misserfolg	10 + 22	Grübeln = negative Emotionalität
		+ 34 + 46	Lähmung nach Misserfolg = belastungsabhängige Lähmung
V. ALLGEMEINE STRESSBELASTUNG	**11) Belastung**	11 + 23 + 35 + 47	Situative Anregung von Willenshemmung
	12) Bedrohung	12 + 24 + 36 + 48	Situative Anregung von Selbsthemmung

SCL-90 (Symptom-Check-List)

Anleitung: Sie finden nachstehend eine Liste von Probleme und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie im Allgemeinen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte jeweils nur ein Kreuz. Wie sehr litten Sie unter?

(0) Überhaupt nicht
(1) ein wenig
(2) ziemlich
(3) stark
(4) sehr stark

1. Kopfschmerzen
2. Nervosität oder innerem Zittern
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen
7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind
9. Gedächtnisschwierigkeiten
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein
12. Herz- und Brustschmerzen
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört
17. Zittern
18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann
19. schlechtem Appetit
20. Neigung zum Weinen
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge
27. Kreuzschmerzen
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen
29. Einsamkeitsgefühlen
30. Schwermut
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren
33. Furchtsamkeit
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
35. der Ideen, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind

37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird
39. Herzklopfen oder Herzjagen
40. Übelkeit oder Magenverstimmung
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden
44. Einschlafschwierigkeiten
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug
48. Schwierigkeiten beim Atmen
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden
51. Leere im Kopf
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft
55. Konzentrationsschwierigkeiten
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben
60. dem Drang, sich zu überessen
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen
64. frühem Erwachen am Morgen
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist
72. Schreck- oder Panikanfällen
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können
79. dem Gefühl, wertlos zu sein
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen

83. dem Gefühl, dass die Leute Sie auszunutzen, wenn Sie es zulassen würden
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten
86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können
89. Schuldgefühlen
90. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist

Auswertungsschlüssel SCL- 90

Skalen	Items
(1) Somatisierung	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
(2) Zwanghaftigkeit	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
(3) Unsicherheit im Sozialkontakt	6, 21, 34, 36, 37, 41,61,69, 73
(4) Depressivität	5, 14, 25, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
(5) Ängstlichkeit	1, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
(6) Aggressivität/Feindseligkeit	11, 24, 63, 67, 74, 81
(7) Phobische Angst	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
(8) Paranoides Denken	8, 18, 43, 68,76, 83
(9) Psychotizismus	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Inhaltsverzeichnis Anhang B

1. Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung 6
1.1 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile 7
1. Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung 7
2. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung 9
3. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung 11
4. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung 13
5. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung 15
6. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung 17
7. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung 18
8. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung 20
9. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung 22
10. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung 24
11. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 26
12. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung 28
1.1.1 Dekomponierung der Bedürfnisse 30

1.2 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen 47
1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung 47
2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung 48
3. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodischer Persönlichkeitsstörung 49
4. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung 50
5. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung 51
6. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung 52
7. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung 53
8. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung 54
9. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 55
10. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung 56

1.3 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung 57
1.3.1 Belastung als Prädiktor 57
1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung 58
2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung 60
3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung 62
4. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung 64
5. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung 66
6. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung 67
7. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung 69
8. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung 71
9. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung 73
10. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 75
11. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung 77

1.3.2 Bedrohung als Prädiktor 79
1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung 80
2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung 83
3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung 84
4. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung 86
5. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung 88
6. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung 90
7. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung 92
8. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 94
9. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung 96

1.4 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen 98
1.4.1 Belastung als Prädiktor 98
1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung 98
2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung 99

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung 100
4. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung 101
5. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung 102
6. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung 103
7. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung 104
8. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung 105
9. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung 106
10. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung 107
11. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 108
12. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung 109

1.4.2 Bedrohung als Prädiktor 110
1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung 110
2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung 111
3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung 112
4. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung 113
5. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. passiv-aggressive oder negativistische Persönlichkeitsstörung 114
6. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung 115
7. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung 116
8. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 117
9. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung 118

2. Selbststeuerungsdefiziten 119
2.1 LOM/LOP als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung 119
2.1.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) 119
2.1.2 Prospektive Lageorientierung (LOP) 121

2.2 LOM/LOP als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen 123
2.2.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM) 123
2.1.2 Prospektive Lageorientierung (LOP) 124

2.3 LOM/LOP als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung 125
2.3.1 Belastung als Prädiktor 125
2.3.1.1 LOM als Mediator 125
2.3.1.2 LOP als Mediator 127
2.3.2 Bedrohung als Prädiktor 129
2.3.2.1 LOM als Mediator 129
2.3.2.2 LOP als Mediator 131

2.4 LOM/LOP als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen 132
2.4.1 Belastung als Prädiktor 132
2.4.1.1 LOM als Mediator 132
2.4.1.2 LOP als Mediator 133
2.4.2 Bedrohung als Prädiktor 134
2.4.2.1 LOM als Mediator 134
2.4.2.2 LOP als Mediator 135

4. Depression und Angst 136
4.1 Mediationsmodelle mit Trait-Varianten (Persönlichkeitsstile) von Depression und Angst 136
4.2 Mediationsmodelle mit den State-Varianten von Angst und Depression 138
4.2.1 Skalen des SCL-90 138
4.2.1.1 Depressivität 138
4.2.1.2 Ängstlichkeit 140
4.2.2 Skalen des BEF-3 141
4.2.2.1 Lustlosigkeit 141
4.2.2.2 Erregung 143
4.2.2.3 Traurigkeit 145
4.3 State- versus Trait-Variante von Depression 147
4.3.1 Der depressive Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration- 147
Stressfaktoren und Symptomentstehung nach Medianteilung der Stichprobe
in niedrige und hohe Depressivität

Abkürzungen

Fragebögen

TOP = Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik

PSSI = Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar

PSSI-K (Kurzversion des Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar)

BES = Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung

BES-K (Kurzversion der Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung)

BEF = Befindlichkeitsfragebogen

BEF-3 (Kurzversion der Befindlichkeitfragebogen)

SSI = Selbststeuerungs-Inventar

SSI-K2 (Kurzversion des Selbststeuerungs-Inventar)

MUT = Motiv-Umsetzungs-Test

MUT-30 (Kurzversion der Motiv-Umsetzungs-Test)

OMT = Operantes Multi-Motivtest

SCL - 90 = Symptom Checklist

HAKEMP = Fragebogen zur Handlungskontrolle

SCL-90 Skalen

SCL01 = Somatisierung,

SCL02 = Zwanghaftigkeit

SCL03 = Unsicherheit im Sozialkontakt

SCL04 = Depressivität

SCL05 = Ängstlichkeit

SCL06 = Aggressivität / Feindseligkeit

SCL07 = Phobische Angst

SCL08 = Paranoides Denken

SCL09 = Psychotizismus

GSI = Global Severity Index

PSDI = Positive Symptom Distress Index

PST = Positive Symptom Total

Handlungskontrolldispositionen

LOM = Lageorientierung nach Misserfolg, Präokkupation

LOP = prospektive Lageorientierung, Zögerlichkeit

Persönlichkeitsstörungen

AS	=	Antisozial	(Selbstbestimmt)[1]
PN	=	Paranoid	(Eigenwillig)
SZ	=	Schizoid	(Zurückhaltend)
SU	=	Selbstunsicher	(Selbstkritisch)
ZW	=	Zwanghaft	(Sorgfältig)
ST	=	Schizotypisch	(Ahnungsvoll)
RH	=	Rhapsodisch	(Optimistisch)
NA	=	Narzisstisch	(Ehrgeizig)
NT	=	Negativistisch	(Kritisch)
AB	=	Abhängig	(Loyal)
BL	=	Borderline	(Spontan)
HI	=	Histrionisch	(Liebenswürdig)
DP	=	Depressiv	(Still)
SL	=	Selbstlos	(Hilfsbereit)

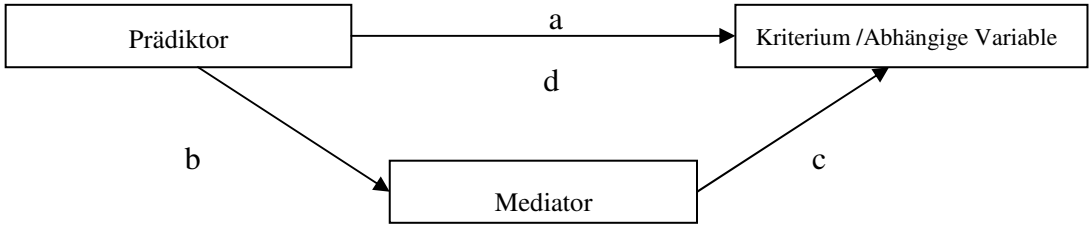
BF	=	Bedürfnisfrustration
BFA	=	Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich
BFL	=	Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich
BFM	=	Bedürfnisfrustration im Machtbereich

[1] In Klammern stehen die den Persönlichkeitsstörungen entsprechenden Persönlichkeitsstilen

ANMERKUNG

Folgende Abbildung zeigt das allgemeine Modell zur Berechung der Mediatoren. Die Buchstaben an den Pfaden entsprechen den Buchstaben in den Tabellen dieses Anhangs.

Abb.1



Beispiel Tabelle

		Beta	**T**
b.	**BF**	-,25 **	- 2,91

Abhängige Variable: AS

Abhängige Variable (Kriterium)			**Beta**	**T**	**Sobel Test**
Symptomausprägung	**a.**	1. BF (1)	,40 ***	4,80	
	d.	2. BF (2)	,44 ***	5,15	-- (3)
	c.	AS	,15 +	1,81	

(1) Block 1
(2) Block 2
(3) Kein Sobel Test wurde gerechnet, da die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalyen nicht erfüllt wurden.

Um die Mediationsmodelle zu überprüfen, wurde eine Reihe von Regressionsanalysen gerechnet (Baron & Kenny, 1986):

(1) Im ersten Schritt wurde jeweils der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium untersucht (Pfad *a* in Abb.1).

(2) Im zweiten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor und dem Mediator untersucht (Pfad *b* in Abb.1).

(3) Im dritten Schritt wurde untersucht, ob der Mediator das Kriterium signifikant über den Einfluss des Prädiktor hinaus vorhersagt (Pfad *c* in Abb.1).

(4) Im vierten Schritt wurde untersucht, ob der direkte Einfluss des Prädiktors auf das Kriterium nicht mehr signifikant war, wenn der Einfluss des Mediators kontrolliert wurde (Pfad *d* in Abb.1).

Ferner wurde der Test zur Überprüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhanges (Sobel, 1982) gerechnet. Das gilt für die Mediationsmodelle in denen die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalyen erfüllt wurden.

Die Fälle, in denen die Schritte (1) und (2) nicht signifikant wurden, werden nicht mit angeführt, da dann die Mediationsmodelle als ganzes nicht signifikant waren.

1. Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

In Tabelle 1.1 sind die Ergebnisse aus den Regressionsanalysen mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium) für beide Stichproben dargestellt (Pfad *a* Abb.1). Die Subskalen des BES-K und SCL-90, in denen Bedürfnisfrustration kein signifikanter Prädiktor war (Tab. 1.1), werden in den weiteren Tabellen nicht mit angeführt. Analoges gilt für den Zusammenhang zwischen dem Prädiktor (Bedürfnisfrustration) und jeder einzelnen PSSI-K Subskala (Mediator) (Pfad *b* Abb.1, Tab. 1.2): die Subskalen des PSSI-K, in denen Bedürfnisfrustration kein signifikanter Prädiktor war, werden in den weiteren Tabellen nicht mit angeführt (in beiden Stichproben ZW und ST, in der neuen Stichprobe auch NA).

Tab. 1.1 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	,40 ***	4,80	,43 ***	5,45
Negative Emotionalität (BES-K)	,43 ***	5,31	,48 ***	6,41
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-,24 **	-2,68	-,52 ***	- 7,15
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-,20 *	-2,28	-,48 ***	- 6,32
Körperliche Beschwerden (BES- K)	,29 **	3,37	,35 ***	4,27
Zwanghaftigkeit (SCL-90) (BES- K)	,04 ns	,46	-,05 ns	-,62
Somatisierung (SCL-90)	,13 ns	,97	,43 **	3,22
Zwanghaftigkeit (SCL-90) (SCL-90)	,34 **	2,66	,60 ***	5,06
Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90)	,41 **	3,24	,49 ***	3,78
Depressivität (SCL-90)	,29 *	2,19	,59 ***	4,83
Ängstlichkeit (SCL-90)	,12 ns	,84	,37 **	2,70
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	-,02 ns	-,14	,44 **	3,36
Phobische Angst (SCL-90)	,14 ns	1,05	,33 *	2,37
Paranoides Denken (SCL-90)	,26 +	1,92	,26 +	1,84
Psychotizismus (SCL-90)	,14 ns	,99	,52 ***	4,13
Global Severity Index (SCL-90)	,27 *	2,01	,58 ***	4,81
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	.,30 *	2,32	,52 ***	4,08
Positive Symptom Total (SCL-90)	,07 ns	,54	,54 ***	4,33

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.2 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator).

	Alte Stichprobe		**Neue Stichprobe**	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,25**	-2,91	-,16 +	-1,90
Eigenwillig / Paranoid	,32***	3,78	,37***	4,58
Zurückhaltend / Schizoid	,32***	3,73	,49***	5,83
Sorgfältiger / Zwanghaft	,10 ns	1,10	,05 ns	,62
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,11 ns	1,27	,06 ns	,71
Optimistisch / Rhapsodisch	-,26**	-2,93	-,23 **	-2,77
Liebenswürdig / Histrionisch	-,24**	-2,73	-,35***	-4,40
Ehrgeizig / Narzisstisch	,21*	2,36	,00 ns	,02
Loyaler / Abhängig	,42***	5,07	,43***	5,50
Spontan / Borderline	,57***	7,60	,71***	11,63
Altruistisch / Selbstlos	,42***	5,07	,43***	5,46
Kritisch / Negativistisch	,54***	7,18	,48***	6,23
Still / Depressiv	,62***	8,87	,76***	13,66
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,73***	11,86	,78***	14,59

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.1 Ergebnisse für einzelne Persönlichkeitsstile

1. Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	-,25 **	- 2,91

Abhängige Variable: AS

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1.[2] BF	,40 ***	4,80	--[4]
	d.	2. [3]BF	,44 ***	5,15	
	c.	AS	,15 +	1,81	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,46 ***	5,53	
	c.	AS	,12 ns	1,46	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	- 2,68	--
	d.	2. BF	-,18 *	- 2,05	
	c.	AS	,21 *	2,36	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	- 2,28	--
	d.	2. BF	-,18 *	- 2,00	
	c.	AS	,07 ns	,81	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,32 ***	3,53	
	c.	AS	,09 ns	1,07	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,34 *	2,54	
	c.	AS	-,02 ns	-,13	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,40 **	3,04	
	c.	AS	-,04 ns	-,32	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,27 +	2,00	
	c.	AS	,07 ns	-,48	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,24 +	1,74	
	c.	AS	-,06 ns	-,45	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,27 +	1,97	
	c.	AS	,02 ns	,16	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,36 **	2,70	
	c.	AS	,23 +	1,73	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.00

[2] Block 1
[3] Block 2
[4] Kein Sobel Test wurde gerechnet, da die Kriterien der vier Schritte der Regressionsanalyen nicht erfüllt wurden.

1. Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	-,16 +	-1,90

Abhängige Variable: AS

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	
	d.	2. BF	,43 ***	5,43	--
	c.	AS	,03 ns	,43	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	
	d.	2. BF	,48 ***	6,26	--
	c.	AS	-,02 ns	-,30	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	
	d.	2. BF	-,51 ***	- 6,85	--
	c.	AS	,11 ns	1,45	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	
	d.	2. BF	-,48 ***	-6,20	--
	c.	AS	,01 ns	,09	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	
	d.	2. BF	,34 ***	4,19	--
	c.	AS	-,01 ns	-,08	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	
	d.	2. BF	,46 **	3,47	--
	c.	AS	,20 ns	1,53	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	
	d.	2. BF	,59 ***	4,88	--
	c.	AS	-,05 ns	-,42	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	
	d.	2. BF	,52 ***	4,03	--
	c.	AS	,20 ns	1,51	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	
	d.	2. BF	,57 ***	4,63	--
	c.	AS	-,07 ns	-,59	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	
	d.	2. BF	,35 *	2,53	--
	c.	AS	-,11 ns	-,82	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	
	d.	2. BF	,47 **	3,55	--
	c.	AS	,17 ns	1,27	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	
	d.	2. BF	,34 *	2,35	--
	c.	AS	,03 ns	,19	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	
	d.	2. BF	,29 *	2,06	--
	c.	AS	,20 ns	1,40	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	
	d.	2. BF	,55 ***	4,30	--
	c.	AS	,16 ns	1,23	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	
	d.	2. BF	,58 ***	4,69	--
	c.	AS	-,00 ns	-,03	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	
	d.	2. BF	,50 ***	3,88	--
	c.	AS	-,10 ns	-,81	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	
	d.	2. BF	,53 ***	4,20	--
	c.	AS	-,02 ns	-,17	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.00

2. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,32***	3,78

Abhängige Variable: PN

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,34 ***	3,98	
	c.	PN	,17 +	1.91	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43***	5,31	--
	d.	2. BF	,38 ***	4,51	
	c.	PN	.15+	1.75	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	--
	d.	2. BF	-,18+	-1,92	
	c.	PN	-.19 *	2.04	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	z = 1.87, p<.10
	d.	2. BF	-,14 ns	-1,52	
	c.	PN	-,19 *	-2,08	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,25 **	2,74	
	c.	PN	,13 ns	1,43	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,26 +	1,87	
	c.	PN	,21 ns	1,49	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,34 *	2,46	
	c.	PN	,18 ns	1,30	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	z = 2.26, p<.05
	d.	2. BF	,14 ns	1,06	
	c.	PN	,36 *	2,62	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,16 ns	1,09	
	c.	PN	,25 +	1,74	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,17 ns	1,21	
	c.	PN	,23 ns	1,62	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,28 +	1,96	
	c.	PN	,05 ns	,36	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.00

2. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,37***	4,58

Abhängige Variable: PN

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	--
	d.	2. BF	,32 ***	3,97	
	c.	PN	,29 ***	3,64	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	d.	2. BF	,39 ***	5,02	
	c.	PN	,25 **	3,12	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	--
	d.	2. BF	-,42 ***	-5,55	
	c.	PN	-,30 ***	3,12	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	--
	d.	2. BF	-,33 ***	-4,50	
	c.	PN	-,40 ***	-5,37	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	--
	d.	2. BF	,25 **	2,99	
	c.	PN	,26**	3,05	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	--
	d.	2. BF	,38 **	2,86	
	c.	PN	,24 +	1,80	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	d.	2. BF	,58 ***	4,78	
	c.	PN	,09 ns	,70	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,44 **	3,41	
	c.	PN	,25 +	1,99	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,53 ***	4,47	
	c.	PN	,26 *	2,24	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,32 *	2,34	
	c.	PN	,25 +	1,83	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,39 **	2,97	
	c.	PN	,28 *	2,17	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,27 +	1,96	
	c.	PN	,31 *	2,29	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	z = 2.02, p<.05
	d.	2. BF	,20 ns	1,41	
	c.	PN	,32 *	2,31	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,47 ***	3,77	
	c.	PN	,22 +	0,81	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,53 ***	4,44	
	c.	PN	,25 *	2,06	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,47 **	3,72	
	c.	PN	,22 +	1,76	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,49 ***	3,97	
	c.	PN	,22 +	1,81	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

3. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,32***	3,73

Abhängige Variable: SZ

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,37 ***	4,27	
	c.	SZ	,08 ns	,88	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,40 ***	4,68	
	c.	SZ	.10 ns	1.27	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	z = 2.50, p<.05
	d.	2. BF	-,14 ns	-1,54	
	c.	SZ	-,31***	-3,51	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	z = 2.64, p<.01
	d.	2. BF	-,09 ns	-1,06	
	c.	SZ	-,34 ***	-3,86	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,24 *	2,63	
	c.	SZ	,17 +	1,87	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,35 *	2,45	
	c.	SZ	-,02 ns	-,15	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,41 **	2,93	
	c.	SZ	-,01 ns	-,07	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,21 ns	1,45	
	c.	SZ	,18 ns	1,27	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,23 ns	1,58	
	c.	SZ	,05 ns	,33	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,27 +	1,80	
	c.	SZ	,00 ns	,01	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,35 *	2,41	
	c.	SZ	-,11 ns	-,77	

+ p < .10 * p < .05 **p < .01 *** p < .001

3. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,49 ***	5,83

Abhängige Variable: SZ

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	--
	d.	2. BF	,39 ***	4,47	
	c.	SZ	,08 ns	,88	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	d.	2. BF	,45 ***	5,34	
	c.	SZ	,07 ns	,86	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	--
	d.	2. BF	-,41***	-5,12	
	c.	SZ	-,26***	-3,31	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	--
	d.	2. BF	-,36 ***	- 4,40	
	c.	SZ	-,26**	-3,21	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	--
	d.	2. BF	,30 **	3,32	
	c.	SZ	,10 ns	1,13	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	--
	d.	2. BF	,42 **	2,89	
	c.	SZ	,02 ns	,10	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	d.	2. BF	,52 ***	4,07	
	c.	SZ	,20 ns	1,59	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,47 **	3,33	
	c.	SZ	,03 ns	,24	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,54 ***	4,07	
	c.	SZ	,11 ns	,84	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,40 *	2,66	
	c.	SZ	-,08 ns	-,51	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,45 **	3,06	
	c.	SZ	-,01ns	-,05	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,30 +	1,97	
	c.	SZ	,07 ns	,47	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,26 +	1,68	
	c.	SZ	-,01 ns	-,04	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,48 **	3,50	
	c.	SZ	,09 ns	,66	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,53 ***	4,04	
	c.	SZ	,11 ns	,87	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,46 **	3,34	
	c.	SZ	,14 ns	,98	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,52 ***	3,82	
	c.	SZ	,04 ns	,26	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

4. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	-,24**	2,73

Abhängige Variable: HI

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,41***	4,84	
	c.	HI	,07 ns	,78	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,44***	5,24	
	c.	HI	,04 ns	,43	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	z = 1.98, p<.05
	d.	2. BF	-,17 ns	1,95	
	c.	HI	,27**	3,06	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	z = 2.05, p<.05
	d.	2. BF	-,13 ns	1,50	
	c.	HI	,29**	3,36	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,29**	3,30	
	c.	HI	,02 ns	,18	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,37**	2,73	
	c.	HI	,09 ns	,66	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,43 **	3,31	
	c.	HI	,10 ns	,76	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,29 *	2,14	
	c.	HI	,03 ns	,16	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,30 *	2,22	
	c.	HI	,19 ns	1,38	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,29 *	2,11	
	c.	HI	,09 ns	,68	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,35*	2,64	
	c.	HI	,20 ns	1,48	

+ p < .10 * p < .05 **p < .01 *** p < .001

4. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	-,35 ***	- 4,40

Abhängige Variable: HI

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	
	d.	2. BF	,39 ***	4,67	--
	c.	HI	,10 ns	-1,23	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	
	d.	2. BF	,44 ***	5,52	--
	c.	HI	-,11 ns	-1,39	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	
	d.	2. BF	-,41 ***	-5,54	--
	c.	HI	,33***	4,55	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	
	d.	2. BF	-,37 ***	-4,82	--
	c.	HI	,30***	3,95	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	
	d.	2. BF	,30 **	3,51	--
	c.	HI	-,12 ns	-1,42	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	
	d.	2. BF	,43 **	3,06	--
	c.	HI	-,02 ns	-,10	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	
	d.	2. BF	,58 ***	4,73	--
	c.	HI	-,06 ns	-,52	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	
	d.	2. BF	,48 **	3,57	--
	c.	HI	-,03 ns	-,19	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	
	d.	2. BF	,54 ***	4,34	--
	c.	HI	-,17 ns	-1,36	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	
	d.	2. BF	,28 *	2,12	--
	c.	HI	-.36**	2,75	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	
	d.	2. BF	,43 **	3,13	--
	c.	HI	-,05 ns	-,37	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	
	d.	2. BF	,22 +	1,68	--
	c.	HI	-,45**	-3,53	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	
	d.	2. BF	,26 +	1,76	--
	c.	HI	-,00 ns	-,00	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	
	d.	2. BF	,47 **	3,68	--
	c.	HI	-,19 ns	-1,51	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	
	d.	2. BF	,53 ***	4,32	--
	c.	HI	-.21+	-1,71	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	
	d.	2. BF	,46 **	3,59	--
	c.	HI	- ,24+	- 1,86	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	
	d.	2. BF	,47 ***	3,80	--
	c.	HI	-,28 *	- 2,29	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.00

5. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,26 **	- 2,93

Abhängige Variable: RH

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,42 ***	4,86	
	c.	RH	,08 ns	,88	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	, 42 ***	4,98	
	c.	RH	-,05 ns	-,55	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	--
	d.	2. BF	-,15 +	1,72	
	c.	RH	,35 ***	4,03	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	--
	d.	2. BF	-,14 ns	1,55	
	c.	RH	,25 **	2,86	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,29 **	3,23	
	c.	RH	-,00 ns	-,04	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,32 *	2,30	
	c.	RH	-,08 ns	-,59	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,39 **	2,87	
	c.	RH	-,06 ns	-,45	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,22 ns	1,58	
	c.	RH	-,21 ns	- 1,50	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,24 ns	1,68	
	c.	RH	-,05 ns	-,35	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	24 ns	1,67	
	c.	RH	-,09 ns	-,64	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,32 *	2,30	
	c.	RH	,06 ns	,39	

+ p < .10 * p < .05 **p < .01 *** p < .001

5. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	-,23 **	- 2,77

Abhängige Variable: RH

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	--
	d.	2. BF	,40 ***	4,96	
	c.	RH	-,13 ns	- 1,60	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	d.	2. BF	,44 ***	5,77	
	c.	RH	-,19 *	- 2,53	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	--
	d.	2. BF	-,46 ***	- 6,41	
	c.	RH	,27 ***	3,74	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	--
	d.	2. BF	-,42 ***	- 5,62	
	c.	RH	,23 **	3,10	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	--
	d.	2. BF	,31 ***	3,76	
	c.	RH	-,16 +	- 1,89	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	--
	d.	2. BF	,44 **	3,25	
	c.	RH	,08 ns	,61	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	d.	2. BF	,58 ***	4,93	
	c.	RH	-,18 ns	- 1,56	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,49 ***	3,76	
	c.	RH	,05 ns	,36	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,56 ***	4,70	
	c.	RH	-,20 ns	- 1,65	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,35 *	2,55	
	c.	RH	-,22 ns	- 1,65	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,45 **	3,36	
	c.	RH	,06 ns	,41	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,32 *	2,26	
	c.	RH	-,11 ns	-,80	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,28 +	1,93	
	c.	RH	,13 ns	,92	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,52 ***	4,08	
	c.	RH	,02 ns	,17	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,56 ***	4,67	
	c.	RH	-,16 ns	- 1,31	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,49 ***	3,94	
	c.	RH	-,20 ns	- 1,61	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,54 ***	4,29	
	c.	RH	,04 ns	,31	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.00

6. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,22 *	2,42

Abhängige Variable: RH

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,37 ***	4,36	
	c.	RH	,16 ns	1,85	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,40 ***	4,90	
	c.	RH	,13 ns	1,61	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	- 2,68	--
	d.	2. BF	-,24 **	- 2,67	
	c.	RH	,02 ns	,24	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	- 2,28	--
	d.	2. BF	-,23 *	- 2,50	
	c.	RH	,11 ns	1,26	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,27 **	3,01	
	c.	RH	,13 ns	1,43	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,36 **	2,70	
	c.	RH	-,07 ns	- ,53	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,44 **	3,36	
	c.	RH	-,12 ns	- ,91	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,33 *	2,45	
	c.	RH	-,17 ns	- 1,27	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,25 +	1,78	
	c.	RH	,03 ns	,21	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,30 *	2,17	
	c.	RH	-,12 ns	-,90	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	-,31 *	2,26	
	c.	RH	-,03 ns	-,17	

+ p < .10 * p < .05 **p < .01 *** p < .001

7. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,54***	7,18

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	c.	2. BF	,20 **	2,14	
	d.	NT	,36***	3,88	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	c.	2. BF	,25 **	2,70	
	d.	NT	,34***	3,63	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	--
	c.	2. BF	-,07 ns	-,69	
	d.	NT	-,31 **	- 3,02	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	--
	c.	2. BF	-,05 ns	-,52	
	d.	NT	-,27 **	- 2,67	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	c.	2. BF	,12 ns	1,27	
	d.	NT	,30**	3,04	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	c.	2. BF	,33 *	2,03	
	d.	NT	,02 ns	,10	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	c.	2. BF	,38 *	2,39	
	d.	NT	,04 ns	,25	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	c.	2. BF	,17 ns	1,04	
	d.	NT	,19 ns	1,15	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	z = 1.91, p<.10
	c.	2. BF	,06 ns	,34	
	d.	NT	.33+	2,00	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	c.	2. BF	,22 ns	1,29	
	d.	NT	,08 ns	,49	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	c.	2. BF	,26 ns	1,57	
	d.	NT	,07 ns	,42	

+ p < .10 * p < .05 **p < .01 *** p < .001

7. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,48***	6,29

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	--
	d.	2. BF	,33 ***	3,74	
	c.	NT	,21*	2,38	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	d.	2. BF	,43 ***	5,02	
	c.	NT	,11 ns	1,33	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	--
	d.	2. BF	-,50 ***	- 5,95	
	c.	NT	-,06 ns	-,67	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	--
	d.	2. BF	-,42 ***	- 4,88	
	c.	NT	-,13 ns	- 1,46	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	--
	d.	2. BF	,25 **	2,74	
	c.	NT	.21*	2,27	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	--
	d.	2. BF	,36 *	2,37	
	c.	NT	,15 ns	1,01	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	d.	2. BF	,54 ***	4,05	
	c.	NT	,12 ns	,85	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,40 **	2,77	
	c.	NT	,18 ns	1,27	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,51 ***	3,77	
	c.	NT	,14 ns	1,06	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,25 ns	1,65	
	c.	NT	,25 ns	1,66	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,43 **	2,81	
	c.	NT	,04 ns	,27	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,27 +	1,69	
	c.	NT	,14 ns	,86	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	z = 2.01, p<.10
	d.	2. BF	,11 ns	,68	
	c.	NT	,33*	2,15	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,43 **	3,06	
	c.	NT	,19 ns	1,33	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,49 ***	3,68	
	c.	NT	,17 ns	1,27	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,45 **	3,12	
	c.	NT	,15 ns	1,04	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,46 **	3,28	
	c.	NT	,17 ns	1,20	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

8. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,42 ***	5,07

Abhängige Variable: AB

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	
	d.	2. BF	*,35***	3,83	--
	c.	AB	,12 *	1,32	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	
	d.	2. BF	,39 ***	4,36	--
	c.	AB	,10 ns	1,16	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	
	d.	2. BF	-,25 *	-2,56	--
	c.	AB	,03 ns	,32	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	
	d.	2. BF	-,29**	-3,08	--
	c.	AB	,22*	2,33	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	
	d.	2. BF	,24 *	2,58	--
	c.	AB	,11 ns	1,19	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	
	d.	2. BF	,38 *	2,69	--
	c.	AB	-,09 ns	-,63	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	
	d.	2. BF	,45 **	3,25	--
	c.	AB	-,10 ns	-,74	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	
	d.	2. BF	,36 *	2,56	--
	c.	AB	-,19 ns	- 1,34	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	
	d.	2. BF	,28 +	1,90	--
	c.	AB	-,05 ns	-,37	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	
	d.	2. BF	,34 *	2,37	--
	c.	AB	-,19 ns	-1,29	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	
	d.	2. BF	,33 *	2,30	--
	c.	AB	-,07 ns	-,46	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

8. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,43 ***	5,50

Abhängige Variable: AB

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	
	d.	2. BF	,39 ***	4,48	--
	c.	AB	,09 ns	1,03	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	
	d.	2. BF	,42 ***	5,06	--
	c.	AB	.15+	1,84	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	
	d.	2. BF	-,55 ***	-6,74	--
	c.	AB	,06 ns	,68	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	
	d.	2. BF	-,53 ***	-6,36	--
	c.	AB	,12 ns	1,47	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	
	d.	2. BF	,35 ***	3,93	--
	c.	AB	-,02 ns	-,19	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	
	d.	2. BF	,51 **	3,20	--
	c.	AB	-,15 ns	-,92	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	
	d.	2. BF	,68 ***	4,82	--
	c.	AB	-,15 ns	- 1,05	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	
	d.	2. BF	,49 ***	3,16	--
	c.	AB	-,01 ns	-,03	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	
	d.	2. BF	,59 ***	4,04	--
	c.	AB	-,01 ns	-,06	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	
	d.	2. BF	,50 **	3,10	--
	c.	AB	-,24 ns	-1,47	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	
	d.	2. BF	,46 **	2,89	--
	c.	AB	-,03 ns	-,18	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	
	d.	2. BF	,43 *	2,57	--
	c.	AB	-,18 ns	- 1,06	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	
	d.	2. BF	,23 ns	1,36	--
	c.	AB	,05 ns	,31	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	
	d.	2. BF	,64 ***	4,32	--
	c.	AB	-,22 ns	-1,48	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	
	d.	2. BF	,71 ***	5,03	--
	c.	AB	-,24 +	-1,69	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	
	d.	2. BF	,62 ***	4,14	--
	c.	AB	-,19 ns	-1,28	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	
	d.	2. BF	,69 ***	4,80	--
	c.	AB	-,28 +	-1,95	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

9. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,57***	7,60

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,21 *	2,22	
	c.	BL	,33**	3,38	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,21 *	2,24	
	c.	BL	.40***	4,34	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	z = 2.91, p<.01
	d.	2. BF	-,05 ns	-,50	
	c.	BL	-,33 *	- 3,18	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	Z = 2.46, p<.05
	d.	2. BF	-,05 ns	-,45	
	c.	BL	-,27 *	-2,62	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	z = 2.10, p<.05
	d.	2. BF	,12 ns	1,17	
	c.	BL	.30**	2,10	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	z = 1.80, p<.10
	d.	2. BF	,15 ns	,95	
	c.	BL	.30+	1.87	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,34 *	2,10	
	c.	BL	,11 ns	,65	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	z = 1.97, p<.05
	d.	2. BF	,08 ns	,47	
	c.	BL	.34 *	2,06	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,11 ns	,63	
	c.	BL	,24 ns	1,39	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,13 ns	,77	
	c.	BL	,22 ns	1,28	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,26 ns	1,52	
	c.	BL	,07 ns	,43	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

9. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,71***	11,63

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	z = 4.38, P<.001
	d.	2. BF	,08 ns	,79	
	c.	BL	.49***	4.74	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	z = 4.33, P<.001
	d.	2. BF	,16 ns	1,56	
	c.	BL	.46***	4.68	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	z = - 4.92, P<.001
	d.	2. BF	-,16 ns	1,71	
	c.	BL	-.51***	-5.45	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	z = - 4.92, P<.001
	d.	2. BF	-,12 ns	- 1,23	
	c.	BL	-.51***	-5.14	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	z = 2.75, p<.01
	d.	2. BF	,12 ns	1,09	
	c.	BL	.32**	2,84	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	z = 2.00, p<.05
	d.	2. BF	,15 ns	,83	
	c.	BL	.41*	2.31	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	d.	2. BF	,50 **	3,06	
	c.	BL	,14 ns	,83	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	z = 2.00, p<.05
	d.	2. BF	,24 ns	1,40	
	c.	BL	,35 *	2,04	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,41 *	2,48	
	c.	BL	,25 ns	1,51	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,26 ns	1,36	
	c.	BL	,16 ns	,83	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,25 ns	1,38	
	c.	BL	,28 ns	1,56	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,17 ns	,89	
	c.	BL	,23 ns	1,19	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,29 ns	1,47	
	c.	BL	-,05 ns	-,23	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,42 *	2,41	
	c.	BL	,14 ns	,80	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,54 **	3,17	
	c.	BL	,06 ns	,37	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,47 *	2,66	
	c.	BL	,07 ns	,37	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,52 **	2,98	
	c.	BL	,03 ns	,14	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

10. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,42***	5,07

Abhängige Variable: SL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	
	d.	2. BF	,37 ***	4,07	--
	c.	SL	,06 ns	,69	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	
	d.	2. BF	,39 ***	4,36	--
	c.	SL	,10 ns	1,15	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	
	d.	2. BF	-,21 *	- 2,13	--
	c.	SL	-,07 ns	-,74	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	
	d.	2. BF	-,23 *	- 2,39	--
	c.	SL	,07 ns	,75	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	
	d.	2. BF	,27 **	2,79	--
	c.	SL	,06 ns	,65	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	
	d.	2. BF	,29 +	1,97	--
	c.	SL	,12 ns	,84	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	
	d.	2. BF	,28 *	2,04	--
	c.	SL	.27+	1,94	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	z = 1.94
	d.	2. BF	,15 ns	1,01	p<.05
	c.	SL	.31*	2,14	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	z = 1.81
	d.	2. BF	,12 ns	,83	p<.10
	c.	SL	29+	1.97	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	
	d.	2. BF	,15 ns	,99	--
	c.	SL	.26+	1.76	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	
	d.	2. BF	,24 ns	1,61	--
	c.	SL	,14 ns	,95	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

10. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung:

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,43 ***	5,46

Abhängige Variable: SL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	
	d.	2. BF	,38 ***	4,40	--
	c.	SL	,11 ns	1,27	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	
	d.	2. BF	,45 ***	5,40	--
	c.	SL	,08 ns	,93	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	
	d.	2. BF	-,54 ***	- 6,68	--
	c.	SL	,04 ns	,53	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	
	d.	2. BF	-,50 ***	- 5,92	--
	c.	SL	,04 ns	,51	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	
	d.	2. BF	,28 **	3,20	--
	c.	SL	,14 ns	1,63	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	
	d.	2. BF	,33 *	2,29	--
	c.	SL	,23 ns	1,58	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	
	d.	2. BF	,51 ***	3,96	--
	c.	SL	,21 ns	1,65	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	
	d.	2. BF	,45 **	3,16	--
	c.	SL	,08 ns	,55	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	
	d.	2. BF	,50 ***	3,78	--
	c.	SL	,20 ns	1,51	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	
	d.	2. BF	,44 **	2,89	--
	c.	SL	-,16 ns	-1,04	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	
	d.	2. BF	,43 **	2,88	--
	c.	SL	,05 ns	,31	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	
	d.	2. BF	,46 **	3,11	--
	c.	SL	-,31 *	- 2,08	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	
	d.	2. BF	,24 ns	1,48	--
	c.	SL	,06 ns	,39	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	
	d.	2. BF	,50 ***	3,56	--
	c.	SL	,05 ns	,35	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	
	d.	2. BF	,56 ***	4,17	--
	c.	SL	,04 ns	,31	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	
	d.	2. BF	,46 **	3,26	--
	c.	SL	,14 ns	1,01	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	
	d.	2. BF	,52 ***	3,75	--
	c.	SL	,04 ns	,28	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.00

11. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,73 ***	11,86

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	z = 1.98,
	d.	2. BF	,22 +	1,85	p<.05
	c.	SU	,24 *	2,02	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	
	d.	2. BF	,32 *	2,71	--
	c.	SU	,15 ns	1,27	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	- 2,68	
	d.	2. BF	-,10 ns	-,77	--
	c.	SU	-,19 ns	- 1,47	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	
	d.	2. BF	-,17 ns	-1,33	--
	c.	SU	-,04 ns	-,30	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 ***	3,37	
	d.	2. BF	,17 ns	1,35	--
	c.	SU	,16 ns	1,31	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,13 ns	,97	
	d.	2. BF	-,03 ns	-,16	--
	c.	SU	,22 ns	1,07	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	
	d.	2. BF	,20 ns	1,00	--
	c.	SU	,20 ns	1,02	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	
	d.	2. BF	,30 ns	1,59	--
	c.	SU	,14 ns	,72	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	
	d.	2. BF	,09 ns	,44	--
	c.	SU	,27 ns	1,36	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	
	d.	2. BF	,21 ns	1,03	--
	c.	SU	,06 ns	,31	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	
	d.	2. BF	,16 ns	,80	--
	c.	SU	,14 ns	,69	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	
	d.	2. BF	,24 ns	1,21	--
	c.	SU	,08 ns	,41	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

11. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
a.	**BF**	,78***	14,59

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	
	d.	2. BF	,28 *	2,28	--
	c.	SU	,18 ns	1,44	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	z = 2.95
	d.	2. BF	,19 ns	1,69	p<.01
	c.	SU	,35 **	3,02	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	-7,15	
	d.	2. BF	-,38 **	-3,23	--
	c.	SU	-,19 ns	-1,60	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	-6,32	
	d.	2. BF	-,46 ***	-3,75	--
	c.	SU	-,03 ns	-,22	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	
	d.	2. BF	,22 +	1,72	.--
	c.	SU	,16 ns	1,21	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	
	d.	2. BF	,41 +	1,82	--
	c.	SU	,03 ns	,13	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	
	d.	2. BF	,71 ***	3,59	--
	c.	SU	-,14 ns	-,70	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	
	d.	2. BF	,37 +	1,74	--
	c.	SU	,14 ns	,66	
Depressivität	**a.**	1. BF	,58 ***	4,83	
	d.	2. BF	,58 **	2,87	--
	c.	SU	,00 ns	,02	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	
	d.	2. BF	,35 ns	1,51	--
	c.	SU	,03 ns	,14	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	
	d.	2. BF	,38 +	1,72	--
	c.	SU	,08 ns	,36	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	
	d.	2. BF	,13 ns	,56	--
	c.	SU	,25 ns	1,10	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	
	d.	2. BF	,27 ns	1,15	--
	c.	SU	-,02 ns	-,06	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	
	d.	2. BF	,56 **	2,68	--
	c.	SU	-,06 ns	-,26	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	
	d.	2. BF	,70 ***	3,48	--
	c.	SU	-,15 ns	-,75	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	
	d.	2. BF	,77 ***	3,73	--
	c.	SU	-,32 ns	-1,55	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	
	d.	2. BF	,42 *	2,02	--
	c.	SU	,15 ns	,72	

12. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,62 ***	8,87

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	Z = 3.52, p<.001
	d.	2. BF	,16 ns	1,55	
	c.	DP	,39 ***	3,86	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43***	5,31	z = 3.80, p<.001
	d.	2. BF	,17 +	1,78	
	c.	DP	,41 ***	4,23	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	z = - 4.33, p<.001
	d.	2. BF	,09 *ns*	,82	
	c.	DP	-,51 ***	-4,99	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	z = -2.68, p<.05
	d.	2. BF	-,01 *ns*	-,07	
	c.	DP	-,31 **	-2,83	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	z = 3.29, p<.001
	d.	2. BF	,06 *ns*	,53	
	c.	DP	,38 **	3,57	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	z = 2.72, p<.05
	d.	2. BF	,05 *ns*	,74	
	c.	DP	,45 **	2,88	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,24 ns	1,47	
	c.	DP	,26 ns	1,64	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	z = 3.65, p<.001
	d.	2. BF	-,10 *ns*	-,68	
	c.	DP	,61 ***	4,03	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	*ns*
	d.	2. BF	,05 ns	,30	
	c.	DP	,32 +	1,89	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	z = 3.65, p <.001
	d.	2. BF	-,09 ns	-,56	
	c.	DP	,55 ***	3,53	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	z = 2.18, p<.05
	d.	2. BF	,07 ns	,40	
	c.	DP	37 *	2,26	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

12. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,76 ***	13,66

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	z = 4.79, p<.001
	d.	2. BF	-,01 ns	-,06	
	c.	DP	,57 ***	5,13	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	z = 5.61, p<.001
	d.	2. BF	-,00 ns	-,01	
	c.	DP	,64 ***	6,17	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	z = - 6.64, p<.001
	d.	2. BF	,03 ns	,28	
	c.	DP	-,72 ***	- 7,62	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	z = - 5.37, p<.001
	d.	2. BF	-,01 ns	-,11	
	c.	DP	-,61 ***	- 5,85	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	z = 3.48, p<.001
	d.	2. BF	,02 ns	,14	
	c.	DP	,43 ***	3,61	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	z = 1.80, p<.10
	d.	2. BF	,20 ns	1,10	
	c.	DP	,33 +	1,82	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	z = 3.64, p<.001
	d.	2. BF	,22 ns	1,48	
	c.	DP	,55 ***	3,79	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	z = 1.71, p<.10
	d.	2. BF	,28 ns	1,57	
	c.	DP	,30 +	1,73	
Depressivität	**a.**	1. BF	,59 ***	4,83	z = 3.69, p<.001
	d.	2. BF	,19 ns	1,27	
	c.	DP	,56 ***	3,84	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,24 ns	1,25	
	c.	DP	,19 ns	,10	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	z = 1.73, p<.10
	d.	2. BF	,22 ns	1,25	
	c.	DP	,32 +	1,75	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,22 ns	1,14	
	c.	DP	,15 ns	,79	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,19 ns	,93	
	c.	DP	,11 ns	,54	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,38 *	2,16	
	c.	DP	,21 ns	1,18	
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	z = 2.63, p<.01
	d.	2. BF	,28 +	1,80	
	c.	BF	,42 *	2,69	
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	z =2.93, p<.01
	d.	2. BF	,18 ns	1,08	
	c.	DP	,49 **	3,01	
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,34 *	2,01	
	c.	DP	,28 ns	1,65	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

1. 1. Dekomponierung der Bedürfnisse

Aufgrund der großen Anzahl von Variablen werden nur die Mediationsmodelle, die signifikant waren, dargestellt. Ferner werden nur die Mediationsmodelle für die Persönlichkeitsstilen die in beiden Stichproben eine signifikante Vermittlungsfunktion hatten dargestellt (d.h. BL, DP, SU, NT und PN). Die Ergebnisse der Sobel Test findet sich in Tabelle 1.1.5 und 1.1.6 der Arbeit.

Tab. 1.1.1 Alte Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit jeder Empfindunkskala des MUT als Prädiktor und die Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Anschluss		**Leistung**		**Macht**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
BES-K						
Symptomausprägung	,39***	4,71	,45***	5,52	,22*	2,54
Negative Emotionalität	,44***	5,36	,44***	5,46	,27**	3,13
Aktivität / Impulsivität	,27**	3,06	,31***	3,64	,20*	2,20
Beziehungszufriedenheit	-,23*	-2,58	-,25**	-2,80	-,15+	-1,73
Körperliche Beschwerden	-,15+	-1,67	-,22*	-2,54	-,16+	-1,84
Zwanghaftigkeit	,02 ns	,25	,02 ns	,16	,07 ns	,76
SCL-90						
Somatisierung	,01 ns	,06	,18 ns	1,34	,16 ns	1,16
Zwanghaftigkeit	,28*	2,09	,29*	2,24	,32*	2,43
Unsicherheit in Sozialkontakt	,32*	2,49	,35**	2,70	,38**	2,96
Depressivität	,19 ns	1,38	,29*	2,17	,27*	2,08
Ängstlichkeit	,03 ns	,24	,17 ns	1,24	,10 ns	,76
Aggressivität / Feindseligkeit	-,19 ns	-1,42	-,02 ns	-,16	,16 ns	1,15
Phobische Angst	,07 ns	,52	,17 ns	1,24	,13 ns	,99
Paranoides Denken	,16 ns	1,20	,18 ns	1,35	,31*	2,34
Psychotizismus	,16 ns	1,18	,13 ns	,94	,06 ns	,46
Global Severity Index	,13 ns	,94	,29*	2,20	,28*	2,09
Positive Syndrome Distress Index	,15 ns	1,07	,34*	2,62	,31*	2,34
PST	-,02 ns	-,11	,03 ns	,24	,17 ns	1,22

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.1.2 Neue Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus den Regressionsanalysen mit jeder Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und die Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Anschluss		**Leistung**		**Macht**	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
BES-K						
Symptomausprägung	,37***	4,59	,40***	5,12	,36***	4,51
Negative Emotionalität	,40***	5,08	,47***	5,80	,44***	5,70
Aktivität / Impulsivität	-,50***	-6,62	-,51***	-6,84	-,40***	-5,02
Beziehungszufriedenheit	-,45***	-5,77	-,41***	-5,18	-,42***	-5,41
Körperliche Beschwerden	,29***	3,52	,31***	3,80	,32***	3,92
Zwanghaftigkeit	,01 ns	2,38	-,11 ns	-1,30	-,04 ns	-,41
SCL-90						
Somatisierung	,33*	2,38	,41**	3,06	,42**	3,10
Zwanghaftigkeit	,53***	4,22	,62***	5,31	,47**	3,58
Unsicherheit in Sozialkontakt	,46**	3,47	,42**	3,18	,44**	3,37
Depressivität	,52***	4,15	,55***	4,50	,49***	3,86
Ängstlichkeit	,36*	2,65	,28+	1,97	,37**	2,71
Aggressivität / Feindseligkeit	,41**	3,00	,43**	3,25	,36*	2,65
Phobische Angst	,33*	2,34	,30*	2,15	,27+	1,89
Paranoides Denken	,27+	1,92	,19 ns	1,34	,25+	1,76
Psychotizismus	,44**	3,30	,46**	3,54	,51***	4,04
Global Severity Index	,52***	4,10	,53***	4,26	,52***	4,11
Positive Syndrome Distress Index	,47**	3,61	,48**	3,72	,45**	3,38
PST	,46**	3,47	,43**	3,19	,58***	4,88

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.1.3 Alte Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit jeder Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator).

	Anschluss		Leistung		Macht	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,30**	-3,50	-,12 ns	-1,35	-,24**	-2,74
Eigenwillig / Paranoid	,30**	3,54	,33***	3,90	,22*	2,51
Zurückhaltend / Schizoid	,29 **	3,67	,26**	2,92	,29**	3,39
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,68***	10,23	,66***	9,68	,59***	8,17
Sorgfältiger / Zwanghaft	,03 ns	,37	,11 ns	1,22	,12 ns	1,31
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,18 +	1,97	13 ns	1,50	-,00 ns	-,03 ns
Optimistisch / Rhapsodisch	-,28**	-3,22	-,20*	-2,22	-,20*	-2,24
Ehrgeizig / Narzisstisch	,18*	2,08	,30**	3,42	,08 ns	,90
Kritisch / Negativistisch	,46***	5,71	,55***	7,26	,44***	5,34
Loyaler / Abhängig	,37***	4,46	,45***	5,66	,28**	3,22
Spontan / Borderline	,52***	6,82	,57***	7,76	,40***	4,89
Liebenswürdig / Histrionisch	-,29**	-3,36	-,14 ns	-1,54	-,20*	-2,25
Still / Depressiv	,54***	7,11	,68***	10,21	,44***	5,48
Altruistisch / Selbstlos	,35***	4,16	,35***	4,17	,39***	4,70

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.1.4 Neue Stichprobe: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit jeder Empfindungsskala des MUT als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator).

	Anschluss		Leistung		Macht	
Abhängige Variable (Mediator)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	-,13 ns	-1,48	-,15 +	-1,72	-,16+	-1,85
Eigenwillig / Paranoid	,39 ***	4,90	,26**	3,14	,33***	4,00
Zurückhaltend / Schizoid	,38***	4,80	,36***	4,53	,45***	5,84
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,73***	12,24	,68***	10,78	,68***	10,83
Sorgfältiger / Zwanghaft	,01 ns	,07	,07 ns	,81	,07 ns	,76
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,00 ns	,04	,07 ns	,85	,08 ns	,97
Optimistisch / Rhapsodisch	-,25 **	-3,01	-,15+	-1,79	-,22*	-2,57
Ehrgeizig / Narzisstisch	,00 ns	,05	,02 ns	,21	-,02 ns	-,20
Kritisch / Negativistisch	,45***	5,81	,39***	4,86	,44***	5,65
Loyaler / Abhängig	,42***	5,31	,38***	4,71	,35***	4,37
Spontan / Borderline	,64***	9,63	,68***	10,82	,57***	8,03
Liebenswürdig / Histrionisch	-,35***	4,35	-,21*	-2,53	-,38***	-4,78
Still / Depressiv	,68***	10,74	,73***	12,22	,63***	9,41
Altruistisch / Selbstlos	,38***	4,73	,34***	4,25	,41***	5,27

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
b.	**BFA**	,52***	6,82

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFA	-,23*	- 2,58
	d.	2. BFA	-,06 ns	-,57
	c.	BL	-,33 ***	- 3,28
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFA	-,15+	-1,67
	d.	2. BFA	,01 ns	,12
	c.	BL	-,31 ***	-,03
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,27**	3,06
	d.	2. BFA	,10 ns	1,00
	c.	BL	,32***	3,25
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFA	,28*	2,09
	d.	2. BFA	,07 ns	,45
	c.	BL	,36 *	2,32

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
b.	**BFL**	,57***	7,76

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFL	-,25**	-2,80
	d.	2. BFL	-,06 ns	-,60
	c.	BL	-,32 **	- 3,10
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFL	-,22*	-2,54
	d.	2. BFL	-,08 ns	-,73
	c.	BL	-,26 *	2,44
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,31***	3,64
	d.	2. BFL	,15 ns	1,46
	c.	BL	,29 **	2,81
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFL	,29*	2,24
	d.	2. BFL	,07 ns	,42
	c.	BL	,36 *	2,17
Depressivität	**a.**	1. BFL	,29*	2,17
	d.	2. BFL	,07 ns	,42
	c.	BL	,34 *	2,07

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
b.	**BFM**	,40***	4,89

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,22 *	2,54
	d.	2. BFM	,05 ns	,59
	c.	BL	,43 ***	4,81
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFM	,27**	3,13
	d.	2. BFM	,08 ns	,89
	c.	BL	,49 ***	5,75
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFM	,20*	2,20
	d.	2. BFM	,05 ns	,59
	c.	BL	,35 **	3,81
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFM	-,16+	-1,84
	d.	2. BFM	-,05 ns	-,53
	c.	BL	-,28 **	- 2,97
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFM	-,15+	-1,73
	d.	2. BFM	-,01 ns	-,14
	c.	BL	-,35***	- 3,78
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFM	,32*	2,43
	d.	2. BFM	,18 ns	1,29
	c.	BL	,32*	3,23
Depressivität	**a.**	1. BFM	,27*	2,08
	d.	2. BFM	,13 ns	,95*
	c.	BL	,33*	2,34

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

1. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
b.	**BFA**	,64***	9,63

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFA	,37***	4,59
	d.	2. BFA	,04 ns	,37
	c.	BL	,52***	5,53
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFA	,40***	5,08
	d.	2. BFA	,06 ns	,64
	c.	BL	,54***	5,84
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFA	-,45***	-5,77
	d.	2. BFA	-,12 ns	- 1,28
	c.	BL	-,52***	- 5,73
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,29***	3,52
	d.	2. BFA	,06 ns	,55
	c.	BL	,37***	3,57
Somatisierung	**a.**	1. BFA	,33*	2,38
	d.	2. BFA	-,01 ns	-,05
	c.	BL	,52**	3,01
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFA	,46**	3,47
	d.	2. BFA	,20 ns	1,19
	c.	BL	,39*	2,34
Depressivität	**a.**	1. BFA	,52***	4,15
	d.	2. BFA	,30 ns	1,87
	c.	BL	,33*	2,04
Aggressivität	**a.**	1. BFA	,41**	3,00
	d.	2. BFA	,19 ns	1,06
	c.	BL	,33*	1,90

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
b.	**BFL**	,68***	10,82

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFL	,40***	5,12
	d.	2. BFL	,06 ns	,63
	c.	BL	,50***	5,06
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFL	,47***	5,80
	d.	2. BFL	-,10 ns	1,08
	c.	BL	,50***	5,22
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFL	-,41***	- 5,18
	d.	2. BFL	-,01 ns	-,11
	c.	BL	,58***	- 6,12
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,31***	3,80
	d.	2. BFL	,07 ns	,64
	c.	BL	,36***	3,29
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFL	-,51***	- 6,84
	d.	2. BFL	-,15 ns	- 1,64
	c.	BL	-,53***	- 5,77
Somatisierung	**a.**	1. BFL	,41**	3,06
	d.	2. BFL	,13 ns	,76
	c.	BL	,42*	2,49
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFL	,42**	3,18
	d.	2. BFL	,14 ns	,85
	c.	BL	,43*	2,53
Aggressivität	**a.**	1. BFL	,43**	3,25
	d.	2. BFL	,24 ns	1,35
	c.	BL	,30 +	1,73

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
b.	**BFM**	,57***	8,03

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,36***	4,51
	d.	2. BFM	,08 ns	,89
	c.	BL	,50***	5,67
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFM	,44***	5,70
	d.	2. BFM	,17 ns	1,99
	c.	BL	,48***	5,63
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFM	,32***	3,92
	d.	2. BFM	,14 ns	1,41
	c.	BL	,33***	3,41
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFM	-,42***	- 5,41
	d.	2. BFM	-,13 ns	- 1,52
	c.	BL	-,52***	- 6,15
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFM	-,40***	-5,02
	d.	2. BFM	-,06 ns	-,73
	c.	BL	-,59 ***	- 7,26
Somatisierung	**a.**	1. BFM	,42**	3,10
	d.	2. BFM	-,19 ns	1,25
	c.	BL	,40*	2,65
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFM	,47**	3,58
	d.	2. BFM	,28 ns	1,88
	c.	BL	,33*	2,15
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFM	,44**	3,37
	d.	2. BFM	,22 ns	1,49
	c.	BL	,40*	2,64
Depressivität	**a.**	1. BFM	,49***	3,86
	d.	2. BFM	,29 ns	1,96
	c.	BL	,37*	2,53
Aggressivität	**a.**	1. BFM	,36*	2,65
	d.	2. BFM	,16 ns	1,01
	c.	BL	,37*	2,30
Phobische Angst	**a.**	1. BFM	,27 +	1,89
	d.	2. BFM	,11 ns	,64
	c.	BL	,29 +	1,71

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

2. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,68***	10,23

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,27**	3,06
	d.	2. BFA	,13 ns	1,10
	c.	SU	,20+	1,72

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,59**	8,17

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,22*	2,54
	d.	2. BFM	-,02 ns	-,24
	c.	SU	,42***	4,06
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFL	,27**	3,13
	d.	2. BFL	,07 ns	,63
	c.	SU	,35***	3,85
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,20 *	2,20
	d.	2. BFL	,04 ns	,34
	c.	SU	,27*	2,49

Neue Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,73***	12,24

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFA	,37 ***	4,59
	d.	2. BFA	,16 ns	1,40
	c.	SU	,29 *	2,50
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFA	,40 ***	5,08
	d.	2. BFA	,06 ns	,53
	c.	SU	,47 ***	4,41
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,29 ***	3,52
	d.	2. BFA	,11 ns	,89
	c.	SU	,26 *	2,16

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFL**	,68***	10,78

Abhängige Variable: SU

Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,31***	3,80
	d.	2. BFL	,16 ns	1,44
	c.	SU	,22*	2,02

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,68***	10,83

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,36***	4,51
	d.	2. BFM	,17 ns	1,54
	c.	SU	,29**	2,70
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFL	,44***	5,70
	d.	2. BFL	,17 ns	1,66
	c.	SU	,40***	4,01
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,32***	3,92
	d.	2. BFL	,18 ns	1,59
	c.	SU	,21*	1,91

3. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung
Alte Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,54***	7,11

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFA	,39***	4,71
	d.	2. BFA	,18 ns	1,97
	c.	DP	,39***	4,17
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFA	-,23*	- 2,58
	d.	2. BFA	,03 ns	,32
	c.	DP	,48***	4,98
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,27**	3,06
	d.	2. BFA	,06 ns	,63
	c.	DP	,38***	3,86
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFA	,28*	2,09
	d.	2. BFA	-,00 ns	,03
	c.	DP	,49**	3,32
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFA	,32*	2,49
	d.	2. BFA	,13 ns	,88
	c.	DP	,34*	2,26

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFL**	,68***	10,21

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFL	,44***	5,46
	d.	2. BFL	,16 ns	1,56
	c.	DP	,41***	3,97
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFL	-,25**	- 2,80
	d.	2. BFL	,13 ns	1,13
	c.	DP	-,54***	- 4,99
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFL	-,22*	- 2,54
	d.	2. BFL	-,02 ns	-,15
	c.	DP	-,30*	- 2,60
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,31***	3,64
	d.	2. BFL	,06 ns	,56
	c.	DP	,37***	3,29
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFL	,29*	2,24
	d.	2. BFL	-,05 ns	-,33
	c.	DP	,52**	3,23
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFL	,35**	2,70
	d.	2. BFL	,13 ns	,77
	c.	DP	,33+	1,897
Depressivität	**a.**	1. BFL	,29*	2,17
	d.	2. BFL	-,13 ns	-,86
	c.	DP	,63***	4,09
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BFL	,29*	2,20
	d.	2. BFL	-.07 ns	-,44
	c.	DP	,54**	3,38
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BFL	,34*	2,62
	d.	2. BFL	,11 ns	,68
	c.	DP	,34*	2,01

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,44***	5,48

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,22 *	2,54
	d.	2. BFM	,01 ns	,12
	c.	DP	,48***	5,44
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFM	,27**	3,13
	d.	2. BFM	,05 ns	,58
	c.	DP	,50***	5,81
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFM	-,15+	-1,72
	d.	2. BFM	,06 ns	,69
	c.	DP	-,49***	- 5,44
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFM	-,16+	1,84
	d.	2. BFM	-,03 ns	-,31
	c.	DP	-,30**	3,15
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFM	,20*	2,20
	d.	2. BFM	,02 ns	,17
	c.	DP	,40***	4,39
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFM	,32*	2,43
	d.	2. BFM	,13 ns	,92
	c.	DP	,43**	3,22
Depressivität	**a.**	1. BFM	,27*	2,08
	d.	2. BFM	,04 ns	,30
	c.	DP	,53***	4,04
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BFM	,28*	2,09
	d.	2. BFM	,07 ns	,50
	c.	DP	,47**	3,47
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BFM	,31*	2,34
	d.	2. BFM	,15 ns	1,09
	c.	DP	,35*	2,47

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

3. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,68***	10,74

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFA	,37***	4,59
	d.	2. BFA	-,03 ns	-,26
	c.	DP	,58***	5,94
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFA	,40***	5,08
	d.	2. BFA	-,06 ns	-,61
	c.	DP	,67***	7,41
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFA	-,50***	- 6,62
	d.	2. BFA	-,03 ns	-,41
	c.	DP	-,68***	- 8,12
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFA	-,45***	- 5,77
	d.	2. BFA	-,04 ns	-,48
	c.	DP	-,59***	- 6,05
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,29***	3,52
	d.	2. BFA	-,02 ns	-,20
	c.	DP	,46***	4,35
Somatisierung	**a.**	1. BFA	,33*	2,38
	d.	2. BFA	,06 ns	,35
	c.	DP	,43*	2,54
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFA	,53***	4,22
	d.	2. BFA	,14 ns	1,06
	c.	DP	,61***	4,47
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFA	,46***	3,47
	d.	2. BFA	,24 ns	1,45
	c.	DP	,35*	2,12
Depressivität	**a.**	1. BFA	,52**	4,15
	d.	2. BFA	,14 ns	1,01
	c.	DP	,61***	4,43
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BFA	,41**	3,00
	d.	2. BFA	,18 ns	1,06
	c.	DP	,36*	2,14
Psychotizismus	**a.**	1. BFA	,44**	3,30
	d.	2. BFA	,24 ns	1,41
	c.	DP	,32*	1,92
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BFA	,52***	4,10
	d.	2. BFA	,21 ns	1,41
	c.	DP	,49**	3,31
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BFA	,47**	3,61
	d.	2. BFA	,14 ns	,93
	c.	DP	,52**	3,46
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BFA	,46**	3,47
	d.	2. BFA	,21 ns	1,31
	c.	DP	,39*	2,39

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFL**	,73***	12,22

Abhängige Variable: **DP**

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFL	,40 ***	5,12
	d.	2. BFL	-,01 ns	-,06
	c.	DP	,57***	5,45
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFL	,45 ***	5,80
	d.	2. BFL	-,03 ns	-,29
	c.	DP	,66***	6,77
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFL	-,51***	- 6,84
	d.	2. BFL	,00 ns	,04
	c.	DP	-,71***	- 7,91
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFL	,41***	- 5,18
	d.	2. BFL	,09 ns	,91
	c.	DP	-,69***	- 6,99
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,31***	3,80
	d.	2. BFL	-,02 ns	-,21
	c.	DP	,46***	4,10
Somatisierung	**a.**	1. BFL	,41**	3,05
	d.	2. BFL	,16 ns	,87
	c.	DP	,36*	1,93
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFL	,62***	5,31
	d.	2. BFL	,25*	1,69
	c.	DP	,53**	3,62
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFL	,42***	3,18
	d.	2. BFL	,15 ns	,83
	c.	DP	,39*	2,16
Depressivität	**a.**	1. BFL	,55***	4.50
	d.	2. BFL	,13 ns	,85
	c.	DP	,60***	4,04
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BFL	,43**	3,25
	d.	2. BFL	,20 ns	1,09
	c.	DP	,33*	1,81
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BFL	,53***	4,26
	d.	2. BFL	,19 ns	1,16
	c.	DP	,49**	3,02
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BFL	,48***	3,72
	d.	2. BFL	,10 ns	,61
	c.	DP	,50**	3,26
POSITIVE SYMPTOM TOTAL	**a.**	1. BFL	,43**	3,19
	d.	2. BFL	,12 ns	,67
	c.	DP	,44*	2,43

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFM**	,63***	9,41

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,36***	4,51
	d.	2. BFM	,01 ns	,16
	c.	DP	,55***	6,00
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFM	,44***	5,70
	d.	2. BFM	,07 ns	,79
	c.	DP	,59***	6,91
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFM	-,40***	- 5,02
	d.	2. BFM	,08 ns	,95
	c.	DP	-,75***	- 9,51
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFM	-,42***	- 5,41
	d.	2. BFM	-,05 ns	-,60
	c.	DP	-,59***	- 6,75
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFM	,32***	3,92
	d.	2. BFM	,07 ns	,67
	c.	DP	,40***	4,04
Somatisierung	**a.**	1. BFM	,42***	3,10
	d.	2. BFM	,23 ns	1,49
	c.	DP	,34*	2,24
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BFM	,47***	3,58
	d.	2. BFM	,12 ns	,97
	c.	DP	,64***	5,03
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BFM	,44***	3.37
	d.	2. BFM	,25 ns	1,65
	c.	DP	,36*	2,40
Depressivität	**a.**	1. BFM	,49***	3,86
	d.	2. BFM	,17 ns	1,31
	c.	DP	,60***	4,81
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BFM	,36*	2,65
	d.	2. BFM	,15 ns	,98
	c.	DP	,39*	2,50
GLOBAL SEVERITY INDEX	**a.**	1. BFM	,52***	4,11
	d.	2. BFM	,26 +	1,90
	c.	DP	,48***	3,59
POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX	**a.**	1. BFM	,48***	3,38
	d.	2. BFM	,16 ns	1,16
	c.	DP	,52***	3,77

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

4. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,30**	3,54

Abhängige Variable: PN

Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFA	-,15 +	1,67
	d.	2. BFA	-.09 ns	- ,92
	c.	PN	-,21*	- 2,29

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFL**	,33***	3,90

Abhängige Variable: PN

Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFL	-,22*	- 2,54
	d.	2. BFL	-,16 ns	1,77
	c.	PN	-,18 *	- 1,98
Depressivität	**a.**	1. BFL	,29*	2,17
	d.	2. BFL	,17 ns	1,29
	c.	PN	,36**	2,75

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,22*	2,51

Abhängige Variable: PN

Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFM	-,16+	1,84
	d.	2. BFM	-,12 ns	1,30
	c.	DP	-,21*	2,35
Depressivität	**a.**	1. BFM	,27*	2,08
	d.	2. BFM	,17 ns	1,35
	c.	DP	,37**	2,85
Aktivität	**a.**	1. BFM	-,15+	1,73
	d.	2. BFM	-,11 ns	1,17
	c.	DP	-,22*	2,45

Neue Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,39***	4,90

Abhängige Variable: PN

Paranoides Denken	**a.**	1. BFA	,27 +	1,92
	d.	2. BFA	,19 ns	1,38
	c.	PN	,31 *	2,22

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,33***	4,00

Abhängige Variable: PN

Paranoides Denken	**a.**	1. BFM	,25 +	1.76
	d.	2. BFM	,18 ns	1,26
	c.	PN	,32 *	2,28
Phobische Angst	**a.**	1. BFM	,27 +	1,89
	d.	2. BFM	,19 ns	1,39
	c.	PN	,32*	2,30

5. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung
Alte Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,46***	5,71

Abhängige Variable: NT

Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFA	,27 **	3,06
	d.	2. BFA	,12 ns	1,29
	c.	NT	,32 **	3,36
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFA	- ,23 *	- 2,58
	d.	2. BFA	- ,09 ns	- ,92
	c.	NT	-,30 **	- 3,17
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFA	- ,15+	1,67
	d.	2. BFA	- ,01 ns	- ,14
	c.	NT	- ,30 **	- 3,04

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFL**	,55***	7,26

Abhängige Variable: NT

Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFL	,31***	3,64
	d.	2. BFL	,16 ns	1,57
	c.	NT	,29**	2,87
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFL	-,25**	- 2,80
	d.	2. BFL	,08 ns	-,80
	c.	NT	-,30**	- 2,95
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFL	-,22*	- 2,54
	d.	2. BFL	-,08 ns	-,80
	c.	NT	-,26*	- 2,50

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,44***	5,34

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T
Symptomausprägung	**a.**	1. BFM	,22*	2,54
	d.	2. BFM	,02 ns	,25
	c.	NT	,46***	5,21
Negative Emotionalität	**a.**	1. BFM	,27**	3,13
	d.	2. BFM	,08 ns	,93
	c.	NT	,44***	4,93
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BFM	-,15 +	1,72
	d.	2. BFM	,01 ns	,06
	c.	NT	,34***	3,60
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BFM	-,16 +	1,84
	d.	2. BFM	,04 ns	,41
	c.	NT	-,29**	2,98
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BFM	,20*	2,20
	d.	2. BFM	,04 ns	,44
	c.	NT	,35***	3,79
Paranoides Denken	**a.**	1. BFM	,31*	2,34
	d.	2. BFM	,16 ns	1,07
	c.	NT	,28+	1,83

Neue Stichprobe

Bedürfnisfrustration im Anschlussbereich (BFA)

		Beta	T
a.	**BFA**	,45***	5.81

Abhängige Variable: NT

Paranoides Denken	**a.**	1. BFA	,27 +	1,92
	d.	2. BFA	,12 ns	,75
	c.	NT	,33 *	2,11

Bedürfnisfrustration im Leistungsbereich (BFL)

		Beta	T
a.	**BFL**	,39***	4,86

Abhängige Variable: NT

Ängstlichkeit	**a.**	1. BFL	,28 +	1,97
	d.	2. BFL	,17 ns	1,16
	c.	NT	,31 *	2,14

Bedürfnisfrustration im Machtbereich (BFM)

		Beta	T
a.	**BFM**	,44***	5,65

Abhängige Variable: NT

Paranoides Denken	**a.**	1. BFM	,25 +	1,76
	d.	2. BFM	,09 ns	,62
	c.	NT	,34 *	2,20

1.2 Die Persönlichkeitsstilen als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	--
	d.	2. BF	,51 ***	6,54	
	c.	PN	,14 +	1,73	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	--
	d.	2. BF	-,26 **	- 3,03	
	c.	PN	-,31 ***	- 3,60	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	--
	d.	2. BF	-,24 **	- 2,71	
	c.	PN	-,27 **	- 3,07	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	--
	d.	2. BF	-,27 **	- 3,07	
	c.	PN	-,25 **	- 2,85	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	--
	d.	2. BF	,41 ***	5,00	
	c.	PN	,24 **	2,95	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,34 ***	4,14	
	c.	PN	,26 **	3,18	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	--
	d.	2. BF	,25 **	2,98	
	c.	PN	,30 ***	3,56	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	--
	d.	2. BF	,56 ***	7,94	
	c.	PN	,17*	2,38	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	--
	d.	2. BF	-,25 ***	- 3,06	
	c.	PN	-,35 ***	- 4,40	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	--
	d.	2. BF	-,31 ***	- 3,87	
	c.	PN	-,30 ***	- 3,77	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	--
	d.	2. BF	-,34 ***	- 4,20	
	c.	PN	-,24 **	- 2,92	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	--
	d.	2. BF	,44 ***	5,59	
	c.	PN	,19 *	2,37	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	--
	d.	2. BF	,50 ***	6,42	
	c.	PN	,13 +	1,67	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	--
	d.	2. BF	,29**	3,40	
	c.	PN	,16 +	1,88	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	--
	d.	2. BF	,50 ***	6,43	
	c.	SZ	,18 *	2,33	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	--
	d.	2. BF	-,28 **	-3,21	
	c.	SZ	-,25 **	- 2,85	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	--
	d.	2. BF	-,27 **	- 3,03	
	c.	SZ	-,17 +	-1,86	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	--
	d.	2. BF	-,29 **	- 3,26	
	c.	SZ	-,19 *	- 2,16	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	--
	d.	2. BF	,45 ***	5,45	
	c.	SZ	,09 ns	1,07	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,38 ***	4,50	
	c.	SZ	,14 +	1,66	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	--
	d.	2. BF	,31 **	3,48	
	c.	SZ	,14 ns	1,57	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	--
	d.	2. BF	,52 ***	7,19	
	c.	SZ	,23 **	3,10	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	--
	d.	2. BF	-,27 **	- 3,11	
	c.	SZ	-,23 **	- 2,65	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	--
	d.	2. BF	-,27 **	- 3,23	
	c.	SZ	-,34 ***	- 4,14	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	--
	d.	2. BF	-,37 ***	- 4,30	
	c.	SZ	-,12 ns	- 1,43	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	--
	d.	2. BF	,48 ***	5,79	
	c.	SZ	,05 ns	,64	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	--
	d.	2. BF	,52 ***	6,43	
	c.	SZ	,05 ns	,57	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	--
	d.	2. BF	,36 ***	3,96	
	c.	SZ	-,02 ns	-,21	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

3. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	--
	d.	2. BF	,55 ***	7,12	
	c.	RH	-,01 ns	-,17	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	--
	d.	2. BF	-,25 **	- 3,19	
	c.	RH	,40 ***	5,00	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	--
	d.	2. BF	-,23 **	- 2,82	
	c.	RH	,35 ***	4,24	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	--
	d.	2. BF	-,26 **	-3,19	
	c.	RH	,33 ***	3,94	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	--
	d.	2. BF	,47 ***	5,74	
	c.	RH	-,05 ns	-,55	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,40 ***	4,75	
	c.	RH	-,12 ns	-1,47	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	--
	d.	2. BF	,37 ***	4,24	
	c.	RH	,08 ns	,86	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	--
	d.	2. BF	,59 ***	8,66	
	c.	RH	-,16	- 2,29	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	--
	d.	2. BF	-,33 ***	- 4,10	
	c.	RH	,19 *	2,36	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	--
	d.	2. BF	-,38 ***	- 4,79	
	c.	RH	,17 *	2,23	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	--
	d.	2. BF	-,40 ***	- 5,00	
	c.	RH	,13 +	1,67	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	--
	d.	2. BF	,51 ***	6,69	
	c.	RH	,03 ns	,35	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	--
	d.	2. BF	,53 ***	7,17	
	c.	RH	-,03 ns	-, 45	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	--
	d.	2. BF	,40 ***	4,87	
	c.	RH	,20 *	2,45	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

4. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	
	d.	2. BF	,52 ***	6,83	--
	c.	RH	-,15 +	-1,96	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	
	d.	2. BF	-,27 **	- 3,33	--
	c.	RH	-,37 ***	4,56	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	
	d.	2. BF	-,25 **	- 2,96	--
	c.	RH	,32 ***	3,81	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	
	d.	2. BF	-,31 ***	-3,61	--
	c.	RH	,15 +	1,69	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	
	d.	2. BF	,50 ***	6,14	--
	c.	RH	,07 ns	,90	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	
	d.	2. BF	,43 ***	5,08	--
	c.	RH	-,01 ns	-,07	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	
	d.	2. BF	,39 ***	4,54	--
	c.	RH	,16 +	1,88	

Neue Stichprobe

			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	
	d.	2. BF	,56 ***	7,98	--
	c.	RH	-,28 *	- 2,52	
Freude A+	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	
	d.	2. BF	-,24 **	- 2,99	--
	c.	RH	,40 ***	5,04	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	
	d.	2. BF	-,29 ***	- 3,72	--
	c.	RH	,37 ***	4,82	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	
	d.	2. BF	-,36 ***	- 4,37	--
	c.	RH	,20 *	2,48	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit (A -)	**a.**	1. BF	,51***	6,82	
	d.	2. BF	,52 ***	6,51	--
	c.	RH	,03 ns	,42	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	
	d.	2. BF	,53 ***	6,82	--
	c.	RH	-,04 ns	-,47	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	
	d.	2. BF	,38 ***	4,34	--
	c.	RH	,07 ns	,81	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

5. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	--
	d.	2. BF	,46 ***	5,17	
	c.	NT	,19 *	2,13	
Freude A+	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	--
	d.	2. BF	-,21*	- 2,18	
	c.	NT	-,26 **	2,69	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	--
	d.	2. BF	-,21*	- 2,05	
	c.	NT	-,22 *	- 2,15	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	--
	d.	2. BF	-,19 +	- 1,90	
	c.	NT	-,30 **	-3,05	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit (A -)	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	--
	d.	2. BF	,28 **	3,20	
	c.	NT	,37 ***	4,14	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,23 *	2,53	
	c.	NT	,36***	3,96	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	--
	d.	2. BF	,20 *	2,03	
	c.	NT	,28 **	2,89	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	--
	d.	2. BF	,64 ***	8,28	
	c.	NT	-,02 ns	-,26	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	--
	d.	2. BF	-,33 ***	- 3,60	
	c.	NT	-,10 ns	- 1,14	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	--
	d.	2. BF	-,42 ***	- 4,66	
	c.	NT	-,01 ns	-,11	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	--
	d.	2. BF	-,38 ***	- 4,25	
	c.	NT	-,11 ns	-1,26	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	--
	d.	2. BF	,37 ***	4,59	
	c.	NT	,28 **	3,47	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	--
	d.	2. BF	,44 ***	5,49	
	c.	NT	,21*	2,60	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	--
	d.	2. BF	,26 **	2,86	
	c.	NT	,19 *	2,12	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

6. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	
	d.	2. BF	,52 ***	6,35	--
	c.	AB	,08 ns	,98	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	
	d.	2. BF	-,33 **	- 3,57	--
	c.	AB	-,06 ns	-,63	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	
	d.	2. BF	-,33 **	- 3,50	--
	c.	AB	,02 ns	,18	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	
	d.	2. BF	-,27 **	- 2,95	--
	c.	AB	-,18 +	- 1,98	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	
	d.	2. BF	,50 ***	6,14	--
	c.	AB	,07 ns	,90	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	
	d.	2. BF	,35 ***	3,92	--
	c.	AB	,20 *	2,29	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	
	d.	2. BF	,27 **	2,97	--
	c.	AB	,19 *	2,12	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	
	d.	2. BF	,62 ***	8,32	--
	c.	AB	,01 ns	,13	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	
	d.	2. BF	-,36 ***	- 4,10	--
	c.	AB	-,03 ns	-,32	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	
	d.	2. BF	-,48 ***	- 5,52	--
	c.	AB	,13 ns	1,49	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	
	d.	2. BF	-,41 ***	- 4,69	--
	c.	AB	-,05 ns	-,62	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	
	d.	2. BF	,43 ***	5,28	--
	c.	AB	,18 *	2,23	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	
	d.	2. BF	,49 ***	6,12	--
	c.	AB	,13 ns	1,63	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	
	d.	2. BF	,30 **	3,37	--
	c.	AB	,12 ns	1,32	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

7. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	
	d.	2. BF	,34 ***	4,00	--
	c.	BL	,39 ***	4,64	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	
	d.	2. BF	-,22 *	- 2,19	--
	c.	BL	-,24 +	-2,42	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	
	d.	2. BF	-,19 +	- 1,85	--
	c.	BL	-,24 *	- 2,34	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	z = 3.58,
	d.	2. BF	-,12 ns	-1,28	p<.001
	c.	BL	-,40 ***	- 4,09	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	
	d.	2. BF	,20 *	2,36	--
	c.	BL	,50 ***	5,87	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	z = 4.50,
	d.	2. BF	,15 +	1,68	p<.001
	c.	BL	,50 ***	5,63	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	z = 4.48,
	d.	2. BF	,06 ns	,68	p<.001
	c.	BL	,51 ***	5,59	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	
	d.	2. BF	,40 ***	4,36	--
	c.	BL	,32 **	3,52	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	z = 4.77,
	d.	2. BF	,01 ns	,08	p<.001
	c.	BL	-,54 ***	- 5,25	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	
	d.	2. BF	-,13 ns	-1,25	--
	c.	BL	-,41***	- 3,89	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	z = 3.99,
	d.	2. BF	-,13 ns	-1,27	p<.001
	c.	BL	-,42 ***	- 3,10	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	
	d.	2. BF	,23 *	2,29	--
	c.	BL	,39 ***	4,00	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	
	d.	2. BF	,30 **	3,06	--
	c.	BL	,34 ***	3,46	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	z = 2.94,
	d.	2. BF	,11 ns	1,01	p<.01
	c.	BL	,34 **	3,05	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

8. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	
	d.	2. BF	,50 ***	6,06	--
	c.	SL	,15 +	1,83	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	
	d.	2. BF	-,33 ***	-3,58	--
	c.	SL	-,06 ns	-,61	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	
	d.	2. BF	-,28 **	- 2,97	--
	c.	SL	-,11 ns	-1,13	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	
	d.	2. BF	-,31 **	- 3,36	--
	c.	SL	-,08 ns	-,89	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	
	d.	2. BF	,43 ***	5,01	--
	c.	SL	,12 ns	1,34	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	
	d.	2. BF	,40 ***	4,42	--
	c.	SL	,08 ns	,89	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	
	d.	2. BF	,34 ***	3,65	--
	c.	SL	,03 ns	,30	

Neue Stichprobe

1			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	
	d.	2. BF	,58 ***	7,81	--
	c.	SL	,11 ns	1,53	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	
	d.	2. BF	-,40 ***	-4,54	--
	c.	SL	,06 ns	,69	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	
	d.	2. BF	-,43 ***	- 4,94	--
	c.	SL	,02 ns	,21	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	
	d.	2. BF	-,43 ***	-4,95	--
	c.	SL	-,00 ns	-,03	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	
	d.	2. BF	,44 ***	5,37	--
	c.	SL	,17 *	2,13	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	
	d.	2. BF	,48 ***	6,07	--
	c.	SL	,14 +	1,82	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	
	d.	2. BF	-,33 ***	3,70	--
	c.	SL	,05 ns	,53	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

9. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	
	d.	2. BF	,22 *	2,11	--
	c.	SU	,47 ***	4,61	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	z = 1.88,
	d.	2. BF	-,19 ns	- 1,53	p<.10
	c.	SU	-,23 +	1,91	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	
	d.	2. BF	-,18 ns	-1,45	--
	c.	SU	-,20 ns	- 1,58	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	z = 2.23,
	d.	2. BF	-,14 ns	-1,19	p<.05
	c.	SU	-,28 *	-2,28	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	z = 4.25,
	d.	2. BF	,13 ns	1,16	p<.001
	c.	SU	,49 ***	4,57	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	z = 3.71,
	d.	2. BF	,11 ns	,94	p<.001
	c.	SU	,44 ***	3,92	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	z = 2.35,
	d.	2. BF	,14 ns	1,14	p<.05
	c.	SU	,29 *	2,41	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	
	d.	2. BF	,39 ***	3,69	--
	c.	SU	,30 **	2,89	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	z = 1.79,
	d.	2. BF	-,19 ns	-1,53	p<.10
	c.	SU	-,23 +	1,81	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	
	d.	2. BF	-,19 ns	-1,54	--
	c.	SU	-,29 *	-2,39	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	
	d.	2. BF	-,23 +	-1,85	--
	c.	SU	-,26 *	-2,08	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	
	d.	2. BF	,26 *	2,26	--
	c.	SU	,32 **	2,71	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	
	d.	2. BF	,26 *	2,30	--
	c.	SU	,36 **	3,24	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	
	d.	2. BF	,29 *	2,26	--
	c.	SU	,07 ns	,57	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

10. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressiver Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56 ***	7,43	
	d.	2. BF	,23 **	2,74	--
	c.	DP	,52 ***	6,24	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,36 ***	- 4,23	z = 4.59,
	d.	2. BF	-,07 ns	-,70	p<.001
	c.	DP	-,46 ***	- 4,59	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32 ***	- 3,78	z = 4.17,
	d.	2. BF	-,03 ns	-,32	p<.001
	c.	DP	-,46 ***	- 4,58	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 4,10	z = 4.30,
	d.	2. BF	-,04 ns	-,41	p<.001
	c.	DP	-,49 ***	- 4,95	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48 ***	6,11	z = 6.87,
	d.	2. BF	,11 ns	1,30	p<.001
	c.	DP	,59 ***	6,87	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	z = 5.42,
	d.	2. BF	,05 ns	,53	p<.001
	c.	DP	,61 ***	6,90	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,17	z = 3.30,
	d.	2. BF	,12 ns	1,17	p<.001
	c.	DP	,37 ***	3,58	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	z = 6.56,
	d.	2. BF	,13 ns	1,45	p<.001
	c.	DP	,66 ***	7,50	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	
	d.	2. BF	,23 *	2,23	--
	c.	DP	-,79 ***	-7,71	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	z = 5.67,
	d.	2. BF	,09 ns	,82	p<.001
	c.	DP	-,67 ***	- 6,25	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	z = 3.86,
	d.	2. BF	-,08 ns	-,69	p<.001
	c.	DP	-,46 ***	-4,04	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51***	6,82	z = 3.70,
	d.	2. BF	,16 ns	1,49	p<.001
	c.	DP	,46 ***	4,24	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	z = 3.40,
	d.	2. BF	-,19 ns	-1,53	p<.001
	c.	DP	,38 **	3,52	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	z = 2.30,
	d.	2. BF	,13 ns	1,08	p<.05
	c.	DP	,29 *	2,34	

+ p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p <.001

1.3 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediator zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung

1.3.1 Belastung als Prädiktor

Tab.1.3.1.1: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Belastung (SSI-K) als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

Abhängige Variable (Kriterium)	Alte Stichprobe Beta	Alte Stichprobe T	Neue Stichprobe Beta	Neue Stichprobe T
Symptomausprägung (BES-K)	.48 ***	6,03	,62 ***	9,11
Negative Emotionalität (BES-K)	.52 ***	6,75	,59 ***	8,58
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-.41 ***	-4,98	-,43***	-5,48
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-.34 ***	-4,01	-,41***	-5,21
Körperliche Beschwerden (BES- K)	.42 ***	5,20	,51***	6,85
Zwanghaftigkeit (SCL-90) (BES- K)	-.11 ns	-1,17	-,01 ns	-,07
Somatisierung (SCL-90)	.17 ns	1,31	,25 +	1,73
Zwanghaftigkeit (SCL-90) (SCL-90)	.21 ns	1,55	,40**	2,96
Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90)	.12 ns	,91	,09 ns	,63
Depressivität (SCL-90)	.22 ns	1,61	,40**	2,93
Ängstlichkeit (SCL-90)	.09 ns	,64	,25+	1,74
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	-.05 ns	-,38	,22 ns	1,50
Phobische Angst (SCL-90)	-.01 ns	-,06	,16 ns	1,23
Paranoides Denken (SCL-90)	.19 ns	1,37	,18 ns	1,25
Psychotizismus (SCL-90)	.14 ns	1,06	,32 +	2,32
Global Severity Index (SCL-90)	.18 ns	1,34	,40 **	2,92
Positive Syndrom Distress Index (SCL-90)	.25 +	1,91	,37*	2,70
Positive Symptom Total (SCL-90)	.03 ns	,19	,22 ns	1,49

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.3.1.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Belastung (SSI-K) als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator)

Abhängige Variable	Alte Stichprobe Beta	Alte Stichprobe T	Neue Stichprobe Beta	Neue Stichprobe T
Selbstbestimmt / Antisozial	-,05 ns	-,55	-,04 ns	-,48
Eigenwillig / Paranoid	,32***	3,79	,43***	5,60
Zurückhaltend / Schizoid	,32***	3,78	,30***	3,67
Sorgfältiger / Zwanghaft	,02 ns	,27	,14 ns	1,60
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,26**	3,00	,18*	2,17
Optimistisch / Rhapsodisch	-,16+	-1,75	-,18*	-2,07
Liebenswürdig / Histrionisch	-,10ns	-1,08	-,11 ns	-1,26
Ehrgeizig / Narzisstisch	,22*	2,42	,11 ns	1,29
Loyaler / Abhängig	,36***	4,31	,26**	3,17
Spontan / Borderline	,52***	6,71	,45***	5,92
Altruistisch / Selbstlos	,26**	2,10	,42***	5,42
Negativistisch / Kritisch	,65***	9,50	,60***	8,70
Still / Depressiv	,59***	8,13	,48***	6,40
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,37***	4,37	,40***	5,07

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,32***	3,79

Abhängige Variable: PN

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	
	d.	2. Belastung	,43***	5,22	--
	c.	PN	,14 ns	1,64	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	
	d.	2. Belastung	,48 ***	5,95	--
	c.	PN	,12 ns	1,45	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41***	-4,98	
	d.	2. Belastung	-,37 ***	- 4,27	--
	c.	PN	-,12 ns	- 1,43	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	
	d.	2. Belastung	-,30 ***	- 3,31	--
	c.	PN	-,14 ns	- 1,59	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42***	5,20	
	d.	2. Belastung	,40 ***	4,61	--
	c.	PN	,08 ns	,95	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	
	d.	2. Belastung	,22 ns	1,57	--
	c.	PN	,09 ns	,63	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,43***	5,60

Abhängige Variable: PN

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,53 ***	7,12	
	c.	PN	,19 *	2,51	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,50 ***	6,55	
	c.	PN	,18 *	2,33	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,26 **	- 3,20	
	c.	PN	-,34 ***	- 4,15	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,21*	- 2,63	
	c.	PN	-,43 ***	- 5,43	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,42 ***	5,21	
	c.	PN	,17 *	2.09	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	--
	d.	2. Belastung	,12 ns	,77	
	c.	PN	,26 ns	1,62	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40**	2,96	--
	d.	2. Belastung	,39 *	2,52	
	c.	PN	,02 ns	,10	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,28 +	1,87	
	c.	PN	,24 ns	1,55	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,74	--
	d.	2. Belastung	,13 ns	,79	
	c.	PN	,26 ns	1,59	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 +	2,32	--
	d.	2. Belastung	,22 ns	1,40	
	c.	PN	,22 ns	1,37	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,29 +	1,92	
	c.	PN	,21 ns	1,39	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,28 +	1,81	
	c.	PN	,18 ns	1,18	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,32***	3,78

Abhängige Variable: SZ

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,46 ***	5,51	
	c.	SZ	,05 ns	,56	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,50 ***	6,13	
	c.	SZ	,06 ns	,77	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,33 ***	- 3,91	
	c.	SZ	-,25 **	- 2,93	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,25 **	- 2,87	
	c.	SZ	-,29 **	-3,38	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,39 ***	4,49	
	c.	SZ	,12 ns	1,39	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,27 +	1,89	
	c.	SZ	-,04 ns	-,30	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,30 ***	3,67

Abhängige Variable: SZ

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,60 ***	8,38	
	c.	SZ	,07 ns	1,02	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,56 ***	7,78	
	c.	SZ	,11 ns	1,46	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,32 ***	- 4,23	
	c.	SZ	-,35 ***	- 4,55	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,31 ***	- 3,99	
	c.	SZ	-,33 ***	- 4,27	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,48 ***	6,19	
	c.	SZ	,09 ns	1,18	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	--
	d.	2. Belastung	,22 ns	1,49	
	c.	SZ	,14 ns	,94	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40**	2,96	
	d.	2. Belastung	,33 *	2,52	--
	c.	SZ	,34 *	2,60	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	
	d.	2. Belastung	,34 *	2,55	--
	c.	SZ	,25 +	1,87	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,74	
	d.	2. Belastung	,24 ns	1,64	--
	c.	SZ	,03 ns	,22	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 +	2,32	
	d.	2. Belastung	,28 +	1,96	--
	c.	SZ	,23 ns	1,61	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	
	d.	2. Belastung	,34 *	2,53	--
	c.	SZ	,26 +	1,89	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	
	d.	2. Belastung	,32 *	2,31	--
	c.	SZ	,25 +	1,85	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,26 **	3,00

Abhängige Variable: ST

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	
	d.	2. Belastung	,45 ***	5,54	--
	c.	ST	,09 ns	1,08	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	
	d.	2. Belastung	,49 ***	6,19	--
	c.	ST	,11 ns	1,33	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	
	d.	2. Belastung	-,37 ***	- 4,42	--
	c.	ST	-,14 ns	1,60	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	
	d.	2. Belastung	-,35 ***	- 3,97	--
	c.	ST	,04 ns	,43	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	
	d.	2. Belastung	,40 ***	4,75	--
	c.	ST	,09 ns	1,02	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	
	d.	2. Belastung	,27 +	1,98	--
	c.	ST	-,08 ns	-,61	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,18 *	2,17

Abhängige Variable: ST

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,64 ***	9,29	
	c.	ST	-,11 ns	- 1,56	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,60 ***	8,47	
	c.	ST	-,03 ns	-,37	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	-5,48	--
	d.	2. Belastung	-,46 ***	- 5,91	
	c.	ST	,18 ns	2,35	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	-5,21	--
	d.	2. Belastung	-,45 ***	-5,85	
	c.	ST	,24 **	3,09	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,53 ***	7,05	
	c.	ST	-,12 ns	-1,54	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	--
	d.	2. Belastung	,25 +	1,71	
	c.	ST	-,02 ns	-,12	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,41 **	2,99	
	c.	ST	-,09 ns	-,68	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,41 **	2,99	
	c.	ST	-,14 ns	1,01	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,74	--
	d.	2. Belastung	,26 +	1,85	
	c.	ST	-,20 ns	- 1,38	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 +	2,32	--
	d.	2. Belastung	,32 *	2,27	
	c.	ST	,04 ns	,27	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,41 **	2,98	
	c.	ST	-,14 ns	- 1,03	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,38 **	2,74	
	c.	ST	-,12 ns	-,87	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	-,16 +	- 1,75

Abhängige Variable: RH

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,49 ***	6,03	
	c.	RH	,04 ns	,55	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,51 ***	6,52	
	c.	RH	-,08 ns	-,96	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,36 ***	- 4,59	
	c.	RH	,33 ***	4,17	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,30 ***	- 3,63	
	c.	RH	,24 **	2,84	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,42 ***	5,09	
	c.	RH	-,01 ns	-,14	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	-,11 ns	- 1,17	--
	d.	2. Belastung	-,08 ns	-,85	
	c.	RH	,18 ns	2,04	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,25 +	1,86	
	c.	RH	-,03 ns	-,18	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	-,18 *	- 2,07

Abhängige Variable: RH

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,60 ***	8,73	
	c.	RH	-,11 +	- 1,67	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,56 ***	8,17	
	c.	RH	-,20 **	- 2,85	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,37 ***	- 4,98	
	c.	RH	,31 ***	4,16	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,36 ***	- 4,72	
	c.	RH	,27 **	3,50	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,48 ***	6,48	
	c.	RH	-,14 +	- 1,91	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	--
	d.	2. Belastung	,26 +	1,80	
	c.	RH	,09 ns	,58	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,37 *	2,68	
	c.	RH	-,18 ns	- 1,29	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,21 ns	1,43	
	c.	RH	-,22 ns	- 1,55	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 +	2,32	--
	d.	2. Belastung	,33 *	2,29	
	c.	RH	,03 ns	,19	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,37 *	2,66	
	c.	RH	-,15 ns	- 1,08	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,33 *	2,40	
	c.	RH	-,19 ns	- 1,39	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

5. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,22 *	2,42

Abhängige Variable: NA

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	.48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,45 ***	5,58	
	c.	NA	,14 +	1,68	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,50 ***	6,32	
	c.	NA	,11 ns	1,42	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,42 ***	- 5,01	
	c.	NA	,06 ns	,73	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,37 ***	- 4,31	
	c.	NA	,15 +	1,69	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,40 ***	4,85	
	c.	NA	,09 ns	1,13	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,27 +	1,86	
	c.	NA	-,04 ns	-,25	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,65 ***	9,50

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,30 **	2,92	
	c.	NT	,28 **	2,74	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,37 ***	3,71	
	c.	NT	,23 *	2,31	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,32 **	- 2,99	
	c.	NT	-,13	- 1,22	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,25 *	- 2,23	
	c.	NT	-,14 ns	- 1,26	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,32 **	2,97	
	c.	NT	,16 ns	1,54	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,18 ns	1,11	
	c.	NT	,12 ns	,73	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,60***	8,70

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,62 ***	7,35	
	c.	NT	-,01 ns	-,14	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,63 ***	7,27	
	c.	NT	-,06 ns	-,69	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,39 ***	- 4,02	
	c.	NT	-,06 ns	-,60	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,34 **	- 3,43	
	c.	NT	-,12 ns	- 1,26	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,49 ***	5,28	
	c.	NT	,03 ns	,31	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	--
	d.	2. Belastung	,11 ns	,65	
	c.	NT	,26 ns	1,59	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,28 +	1,80	
	c.	NT	,22 ns	1,40	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,27 +	1,71	
	c.	NT	,24 ns	1,54	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25+	1,74	z = 1.97, p <.05
	d.	2. Belastung	,07 ns	,45	
	c.	NT	,33 *	2,04	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 *	2,32	z = 1.85, p <.10
	d.	2. Belastung	,16 ns	1,02	
	c.	NT	,31 +	1,91	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	z = 1.96, p <.05
	d.	2. Belastung	,25 ns	1,61	
	c.	NT	,27 +	1,75	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,25 ns	1,57	
	c.	NT	,23 ns	1,41	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
a.	**Belastung**	,36 ***	4,31

Abhängige Variable: AB

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,44 ***	5,19	
	c.	AB	,11 ns	1,24	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,49 ***	5,91	
	c.	AB	,09 ns	1,07	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,44 ***	- 5,00	
	c.	AB	,09 ns	,99	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,43 ***	- 4,90	
	c.	AB	,26 **	2,91	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,40 ***	4,55	
	c.	AB	,07 ns	,79	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,27 +	1,85	
	c.	AB	-,04 ns	-,24	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,26 **	3,17

Abhängige Variable: AB

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,59 ***	8,45	
	c.	AB	,10 ns	1,42	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,55 ***	7,76	
	c.	AB	,19 **	2,67	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,41 ***	- 5,05	
	c.	AB	-,07 ns	-,89	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,41 ***	- 5,02	
	c.	AB	,00 ns	,04	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,51 ***	6,58	
	c.	AB	,00 ns	,01	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	--
	d.	2. Belastung	,23 +	1,59	
	c.	AB	,09 ns	,62	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,37 **	2,74	
	c.	AB	,16 ns	1,45	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,36 *	2,65	
	c.	AB	,25 +	1,86	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25+	1,74	--
	d.	2. Belastung	,25 +	1,71	
	c.	AB	-,01 ns	-,05	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 *	2,32	--
	d.	2. Belastung	,31 *	2,18	
	c.	AB	,08 ns	,53	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,38 **	2,75	
	c.	AB	,08 ns	,60	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,36 *	2,54	
	c.	AB	,09 ns	,61	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

8. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,52 ***	6,71

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	
	d.	2. Belastung	,34 ***	3,76	--
	c.	BL	,27 **	3,03	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	
	d.	2. Belastung	,35 ***	4,06	--
	c.	BL	,34 ***	3,97	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	
	d.	2. Belastung	-,31 **	- 3,25	--
	c.	BL	-,20 *	- 2,06	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	
	d.	2. Belastung	-,25 *	- 2,57	--
	c.	BL	-,17 +	- 1,73	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	
	d.	2. Belastung	,32 **	3,38	--
	c.	BL	,21 *	2,20	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	
	d.	2. Belastung	,18 ns	1,14	--
	c.	BL	,14 ns	,87	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

8. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,45 ***	5,92

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,47 ***	6,60	
	c.	BL	,33 ***	4,68	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,42 ***	5,95	
	c.	BL	,38 ***	5,42	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,18 *	- 2,42	
	c.	BL	-,55 ***	- 7,38	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,18 *	- 2,32	
	c.	BL	-,51 ***	- 6,63	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,27 **	2,12	
	c.	BL	,22 **	2,65	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	z = 3.04, p <.01
	d.	2. Belastung	,11 ns	,82	
	c.	BL	,48 **	3,59	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,28 *	2,20	
	c.	BL	,40 **	3,12	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,27 **	2,12	
	c.	BL	,45 **	3,61	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25+	1,74	z = 1.89, p <.10
	d.	2. Belastung	,17 ns	1,42	
	c.	BL	,29 *	2,02	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 *	2,32	z = 2.44, p <.05
	d.	2. Belastung	,22 ns	1,59	
	c.	BL	,37 **	2,72	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,30 *	2,21	
	c.	BL	,35 *	2,62	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,28 *	2,04	
	c.	BL	,31 *	2,27	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

9. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,26 **	2,10

Abhängige Variable: SL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,45 ***	5,52	
	c.	SL	,10 ns	1,21	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,48 ***	6,12	
	c.	SL	,14 +	1,75	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,40 ***	- 4,63	
	c.	SL	-,05 ns	-,63	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,36 ***	- 4,08	
	c.	SL	,07 ns	,80	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,41 ***	4,81	
	c.	SL	,07 ns	,76	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,21 ns	1,51	
	c.	SL	,20 ns	1,49	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

9. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,42 ***	5,42

Abhängige Variable: SL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,61 ***	8,16	
	c.	SL	,01 ns	,15	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,59 ***	7,63	
	c.	SL	,02 ns	,28	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,42 ***	- 4,91	
	c.	SL	-,01 ns	-,10	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,41 ***	- 4,73	
	c.	SL	,01 ns	,07	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,48 ***	5,88	
	c.	SL	,06 ns	,75	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	z = 1.99, p <.05
	d.	2. Belastung	,13 ns	,85	
	c.	SL	,32 *	2,18	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,28 +	2,00	
	c.	SL	,32 *	2,32	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,28 *	2,01	
	c.	SL	,30 *	2,15	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,74	--
	d.	2. Belastung	,28 +	1,78	
	c.	SL	-,08 ns	-,48	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 *	2,32	--
	d.	2. Belastung	,26 +	1,75	
	c.	SL	,16 ns	1,08	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,34 *	2,31	
	c.	SL	,15 ns	1,05	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,28 +	1,95	
	c.	SL	,23 ns	1,57	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

10. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,37 ***	4,37

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,38 ***	4,64	
	c.	SU	,26 **	3,21	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,44 ***	5,43	
	c.	SU	,23 **	2,80	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,36 ***	- 4,13	
	c.	SU	-,13 ns	- 1,44	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,32 **	- 3,53	
	c.	SU	-,05 ns	-,52	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,37 ***	4,23	
	c.	SU	,15 +	1,77	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	--
	d.	2. Belastung	,18 ns	1,28	
	c.	SU	,20 ns	1,39	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

10. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,40 ***	5,07

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,53***	7,32	
	c.	SU	,18 *	2,55	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,46 ***	6,58	
	c.	SU	,33 ***	4,71	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	--
	d.	2. Belastung	-,28 **	- 3,52	
	c.	SU	-,37 ***	- 4,70	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,30 ***	- 3,67	
	c.	SU	-,26 **	- 3,16	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,45 ***	5,58	
	c.	SU	,15 +	1,90	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	z = 2.06, p <.05
	d.	2. Belastung	,19 ns	1,38	
	c.	SU	,32 *	2,30	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	--
	d.	2. Belastung	,34 **	2,63	
	c.	SU	,37 **	2,88	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	--
	d.	2. Belastung	,33 **	2,60	
	c.	SU	,41 **	3,25	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,74	z = 1.77, p <.10
	d.	2. Belastung	,20 ns	1,43	
	c.	SU	,27 +	1,92	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 *	2,32	--
	d.	2. Belastung	,26 +	1,97	
	c.	SU	,35 *	2,61	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	--
	d.	2. Belastung	,33 *	2,59	
	c.	SU	,35 **	2,69	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	--
	d.	2. Belastung	,33 *	2,41	
	c.	SU	,24 +	1,74	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

11. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,59***	8,13

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,48 ***	6,03	--
	d.	2. Belastung	,29 **	3,11	
	c.	DP	,31 ***	3,29	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,52 ***	6,75	--
	d.	2. Belastung	,33 **	3,57	
	c.	DP	,33 ***	3,62	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 4,98	--
	d.	2. Belastung	-,21 *	- 2,17	
	c.	DP	-,33 ***	- 3,41	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,34 ***	- 4,01	--
	d.	2. Belastung	-,24 **	- 2,27	
	c.	DP	-,18 +	- 1,69	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,42 ***	5,20	--
	d.	2. Belastung	,28 *	2,81	
	c.	DP	,25 *	2,48	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,91	z = 2.48, p <.05
	d.	2. Belastung	,06 ns	,44	
	c.	DP	,38 *	2,62	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

11. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,48 ***	6,40

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Belastung	,62 ***	9,11	--
	d.	2. Belastung	,45 ***	6,29	
	c.	DP	,34 ***	4,79	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Belastung	,59 ***	8,58	--
	d.	2. Belastung	,38 ***	5,44	
	c.	DP	,45 ***	6,58	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Belastung	-,43 ***	- 5,48	z = -5.26, p <.001
	d.	2. Belastung	-,11 ns	- 1,65	
	c.	DP	-,65 ***	- 9,32	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Belastung	-,41 ***	- 5,21	--
	d.	2. Belastung	-,14 +	- 1,88	
	c.	DP	-,55 ***	- 7,22	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Belastung	,51 ***	6,85	--
	d.	2. Belastung	,38 ***	4,67	
	c.	DP	,26 **	3,16	
Somatisierung	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,73	z = 2.75, p <.01
	d.	2. Belastung	,08 ns	,55	
	c.	DP	,44 ***	3,08	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,96	z = 4.21, p <.001
	d.	2. Belastung	,15 ns	1,36	
	c.	DP	,64 ***	5,65	
Depressivität	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,93	z = 4.17, p <.001
	d.	2. Belastung	,15 ns	1,33	
	c.	DP	,64 ***	5,57	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Belastung	,25 +	1,74	z = 1.92, p <.05
	d.	2. Belastung	,13 ns	,88	
	c.	DP	,31 *	2,04	
Psychotizismus	**a.**	1. Belastung	,32 *	2,32	z = 2.59, p <.01
	d.	2. Belastung	,17 ns	1,98	
	c.	DP	,40 **	2,87	
GSI	**a.**	1. Belastung	,40 **	2,92	z = 3.62, p <.001
	d.	2. Belastung	,18 ns	1,48	
	c.	DP	,55 ***	4,45	
PSDI	**a.**	1. Belastung	,37 *	2,70	z = 3.58, p <.001
	d.	2. Belastung	,16 ns	1,25	
	c.	DP	,55 ***	4,45	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.3.2 Mediationsmodelle mit den Persönlichkeitsstile als Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung

Tab. 1.3.2.1: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor und den Symptomskalen des BES-K und SCL-90 als abhängige Maße (Kriterium).

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung (BES-K)	.50 ***	6,47	,51***	6,94
Negative Emotionalität (BES-K)	.53 ***	6,94	,53***	7,31
Aktivität / Impulsivität (BES-K)	-.29 **	-3,40	-,35***	-4,28
Beziehungszufriedenheit (BES- K)	-.25 **	-2,89	-,38***	-4,79
Körperliche Beschwerden (BES- K)	.39 ***	4,76	,41***	5,28
Zwanghaftigkeit (SCL-90) (BES- K)	.01 ns	,11	,15+	1,70
Somatisierung (SCL-90)	.34 *	2,60	,19 ns	1,32
Zwanghaftigkeit (SCL-90) (SCL-90)	.24 +	1,83	,33*	2,40
Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90)	.30 *	2,29	,14 ns	,99
Depressivität (SCL-90)	.28 *	2,11	,35*	2,50
Ängstlichkeit (SCL-90)	.18 ns	1,35	,26+	1,79
Aggressivität / Feindseligkeit (SCL-90)	-.02 ns	-,17	,30*	2,14
Phobische Angst (SCL-90)	.02 ns	,15	,19 ns	1,30
Paranoides Denken (SCL-90)	.33 *	2,54	,29*	2,05
Psychotizismus (SCL-90)	.28 *	2,13	,28+	1,98
Global Severity Index (SCL-90)	.29 *	2,20	,37*	2,68
Positive Syndrome Distress Index (SCL-90)	.39 **	3,89	,35*	2,50
Positive Symptom Total (SCL-90)	.13 ns	.95	,23 ns	1,58

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Tab. 1.3.1.2: Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der Regressionsanalyse mit der Skala Bedrohung (SSI-K) als Prädiktor und den Subskalen des PSSI-K als abhängige Maße (Mediator)

	Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)	**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Selbstbestimmt / Antisozial	,02 ns	.18	-,03 ns	-,30
Eigenwillig / Paranoid	,38***	4,59	-,46***	6,08
Zurückhaltend / Schizoid	,28**	3,02	,18*	2,06
Sorgfältiger / Zwanghaft	,07 ns	,74	,13 ns	1,57
Ahnungsvoller / Schizotypisch	,24**	2,74	,29**	3,56
Optimistisch / Rhapsodisch	,10 ns	-1,13	-,16+	-1,86
Liebenswürdig / Histrionisch	-,08 ns	-,83	-,11 ns	-1,23
Ehrgeizig / Narzisstisch	,15 ns	1,64	,14 ns	1,62
Loyaler / Abhängig	,36***	4,29	,32***	3,93
Spontan / Borderline	,50***	6,14	,45***	5,82
Altruistisch / Selbstlos	,31***	3,57	,42***	5,85
Negativistisch / Kritisch	,64***	9,29	,60***	8,67
Still / Depressiv	.59***	7,10	,50***	6,78
Selbstkritisch / Selbstunsicher	,41***	4,98	,42***	5,30

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,38 ***	4,59

Abhängige Variable: PN

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,47 ***	5,54	
	c.	PN	,10 ns	1,17	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,50 ***	6,03	
	c.	PN	,08 ns	,97	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. Bedrohung	-,23 *	- 2,53	
	c.	PN	-,15 ns	- 1,65	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. Bedrohung	-,19 *	-2,02	
	c.	PN	-,16 +	- 1,75	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,37 ***	4,09	
	c.	PN	,07 ns	,78	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,31 *	2,15	
	c.	PN	,08 ns	,57	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	*Ns*
	d.	2. Bedrohung	,14 ns	,10	
	c.	PN	,26 +	1,80	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	--
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,49	
	c.	PN	,23 ns	1,63	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	Z = 2.26,
	d.	2. Bedrohung	,14 ns	,99	p <.05
	c.	PN	,36 **	2,66	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,24 +	1,75	
	c.	PN	,21 ns	1,53	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,48	
	c.	PN	,18 ns	1,22	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,20 ns	1,42	
	c.	PN	,22 ns	1,57	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,39 **	2,77	
	c.	PN	,01 ns	,09	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,46 ***	6,08

Abhängige Variable: PN

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,41 ***	5,05	
	c.	PN	,22 **	2,66	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	--
	d.	2. Bedrohung	,45 ***	5,54	
	c.	PN	,18 *	2,27	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35***	-4,28	--
	d.	2. Bedrohung	-,17 *	- 2,03	
	c.	PN	-,37 ***	- 4,31	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	--
	d.	2. Bedrohung	-,18 *	- 2,19	
	c.	PN	-,44 ***	- 5,32	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41***	5,28	--
	d.	2. Bedrohung	,32 ***	3,69	
	c.	PN	,20 *	2,30	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33*	2,40	--
	d.	2. Bedrohung	,30 +	1,99	
	c.	PN	,09 ns	,57	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	z = 1.81,
	d.	2. Bedrohung	,24 ns	1,61	p <.10
	c.	PN	,28 +	1,92	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	--
	d.	2. Bedrohung	,15 ns	1,02	
	c.	PN	,26 ns	1,68	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	z = 1.81,
	d.	2. Bedrohung	,19 ns	1,27	p <.10
	c.	PN	,29 +	1,93	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	z = 1.85,
	d.	2. Bedrohung	,18 ns	1,18	p <.10
	c.	PN	,29 +	1,97	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	--
	d.	2. Bedrohung	,18 ns	1,21	
	c.	PN	,25 ns	1,66	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	--
	d.	2. Bedrohung	,27 +	1,86	
	c.	PN	,25 +	1,69	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	--
	d.	2. Bedrohung	,26 +	1,76	
	c.	PN	,22 ns	1,46	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. Zurückhaltend Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,28 **	3,20

Abhängige Variable: SZ

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,49 ***	5,99	
	c.	SZ	,06 ns	,75	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,51 ***	6,38	
	c.	SZ	,08 ns	1,05	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. Bedrohung	-,21 *	- 2,45	
	c.	SZ	-,30 **	- 3,43	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. Bedrohung	-,16 +	- 1,87	
	c.	SZ	-,33 ***	- 3,77	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,35 ***	4,13	
	c.	SZ	,15 +	1,70	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,29 *	2,08	
	c.	SZ	,14 ns	1,04	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	--
	d.	2. Bedrohung	,23 ns	1,57	
	c.	SZ	,05 ns	,35	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	--
	d.	2. Bedrohung	,28 +	1,96	
	c.	SZ	,07 ns	,49	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	--
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,49	
	c.	SZ	,20 ns	1,43	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,32 *	2,26	
	c.	SZ	,04 ns	,28	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,32 *	2,24	
	c.	SZ	-,10 ns	-,73	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,28 +	1,99	
	c.	SZ	,02 ns	,11	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,43 **	3,17	
	c.	SZ	-,11 ns	-,83	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. Zurückhaltend Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,18*	2,06

Abhängige Variable: SZ

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	
	d.	2. Bedrohung	,48 ***	6,24	--
	c.	SZ	,11 ns	1,44	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	
	d.	2. Bedrohung	,49 ***	6,54	--
	c.	SZ	,13 +	1,72	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35 ***	-4,28	
	d.	2. Bedrohung	-,24 **	-3,01	--
	c.	SZ	-.38 ***	-4,79	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	
	d.	2. Bedrohung	-,28 ***	- 3,59	--
	c.	SZ	-,34 ***	- 4,37	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41 ***	5,28	
	d.	2. Bedrohung	,38 ***	4,63	--
	c.	SZ	,13 ns	1,54	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,40	
	d.	2. Bedrohung	,28 *	2,15	--
	c.	SZ	,37 **	2,82	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35 *	2,50	
	d.	2. Bedrohung	,31 *	2,27	--
	c.	SZ	,28 *	2,09	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	
	d.	2. Bedrohung	,25 +	1,70	--
	c.	SZ	,05 ns	,34	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	
	d.	2. Bedrohung	,28 +	1,99	--
	c.	SZ	,13 ns	,94	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	
	d.	2. Bedrohung	,28+	1,95	--
	c.	SZ	,06 ns	,42	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	
	d.	2. Bedrohung	,25+	1,76	--
	c.	SZ	,25 +	1,79	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	
	d.	2. Bedrohung	,33 +	2,46	--
	c.	SZ	,28*	2,11	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	
	d.	2. Bedrohung	,31*	2,27	--
	c.	SZ	,28*	2,05	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung:
Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,24 **	2,74

Abhängige Variable: ST

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,48 ***	6,01	
	c.	ST	,09 ns	1,14	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,50 ***	6,42	
	c.	ST	,11 ns	1,45	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. Bedrohung	-,25 **	- 2,86	
	c.	ST	-,17 +	- 1,97	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. Bedrohung	-,25 **	- 2,81	
	c.	ST	,01 ns	,08	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,37 ***	4,34	
	c.	ST	,10 ns	1,20	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,39 **	2,89	
	c.	ST	-,18 ns	- 1,36	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	--
	d.	2. Bedrohung	,24 +	1,75	
	c.	ST	-,01 ns	-,03	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	--
	d.	2. Bedrohung	,29 *	2,13	
	c.	ST	,03 ns	,19	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	--
	d.	2. Bedrohung	,25 +	1,83	
	c.	ST	,09 ns	,70	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,31 *	2,30	
	c.	ST	,06 ns	,45	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,27 +	1,92	
	c.	ST	,06 ns	,42	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,30 *	2,20	
	c.	ST	-,05 ns	-,39	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,43 **	3,29	
	c.	ST	-,15 ns	- 1,13	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,29 **	3,56

Abhängige Variable: ST

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	
	d.	2. Bedrohung	,53 ***	7,03	--
	c.	ST	-,08 ns	-1,09	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	
	d.	2. Bedrohung	,53 ***	7,19	--
	c.	ST	-,01 ns	,13	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35***	-4,28	
	d.	2. Bedrohung	-,37 ***	-4,61	--
	c.	ST	,16 *	2,02	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	
	d.	2. Bedrohung	-,42***	-5,35	--
	c.	ST	,23 **	2,92	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41***	5,28	
	d.	2. Bedrohung	,43 ***	5,41	--
	c.	ST	-,09 ns	-1,17	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33*	2,40	
	d.	2. Bedrohung	,35*	2,46	--
	c.	ST	-,11 ns	-,76	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	
	d.	2. Bedrohung	,36*	2,62	--
	c.	ST	-,15 ns	-1,11	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	
	d.	2. Bedrohung	,28+	1,98	--
	c.	ST	-,21 ns	-1,50	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	
	d.	2. Bedrohung	,33*	2,32	--
	c.	ST	-,20 ns	-1,41	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	
	d.	2. Bedrohung	,29*	1,10	--
	c.	ST	,02 ns	,14	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	
	d.	2. Bedrohung	,28+	1,92	--
	c.	ST	,03 ns	,18	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	
	d.	2. Bedrohung	,39**	2,81	--
	c.	ST	-,16 ns	-1,16	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	
	d.	2. Bedrohung	,36*	2,60	--
	c.	ST	-,14 ns	-,99	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. Negativistisch Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,64 ***	9,29

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,34 **	3,44	
	c.	NT	,25 *	2,54	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,39 ***	3,96	
	c.	NT	,22 *	2,27	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	z = 2.30, p <.05
	d.	2. Bedrohung	-,12 ns	- 1,12	
	c.	NT	-,26 *	- 2,39	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	z = 2.07, p <.05
	d.	2. Bedrohung	-,10 ns	-,87	
	c.	NT	-,24 *	- 2,14	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,27 *	2,48	
	c.	NT	,20 +	1,88	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,32 +	1,97	
	c.	NT	,02 ns	,13	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	--
	d.	2. Bedrohung	,17 ns	1,03	
	c.	NT	,11 ns	,67	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	--
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,29	
	c.	NT	,14 ns	,86	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	--
	d.	2. Bedrohung	,16 ns	,95	
	c.	NT	,20 ns	1,21	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,17 ns	1,08	
	c.	NT	,25 ns	1,58	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,26 ns	1,56	
	c.	NT	,03 ns	,19	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,25 ns	1,51	
	c.	NT	,06 ns	,36	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,40 *	2,48	
	c.	NT	-,02 ns	-,09	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. Negativistisch Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,60 ***	8,67

Abhängige Variable: NT

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,46 ***	4,99	
	c.	NT	,09 ns	,94	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	--
	d.	2. Bedrohung	,53***	5,84	
	c.	NT	-,00 ns	-,01	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35***	-4,28	--
	d.	2. Bedrohung	-,27**	-2,64	
	c.	NT	-,13 ns	-1,34	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	--
	d.	2. Bedrohung	-,29**	-2,95	
	c.	NT	-,15ns	-1,52	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41 ***	5,28	--
	d.	2. Bedrohung	,34**	3,52	
	c.	NT	,12ns	1,20	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,40	z = 1.84,
	d.	2. Bedrohung	,22 ns	1,48	p <.10
	c.	NT	,28 +	1,89	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35 *	2,50	z = 1.93,
	d.	2. Bedrohung	,23 ns	1,54	p <.10
	c.	NT	,29 +	1,99	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	z = 2.06,
	d.	2. Bedrohung	,12 ns	,82	p <.05
	c.	NT	,32 *	2,13	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	--
	d.	2. Bedrohung	,24 ns	1,58	
	c.	NT	,14 ns	,92	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	z = 2.06,
	d.	2. Bedrohung	,16 ns	1,07	p <.05
	c.	NT	,32*	2,13	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	--
	d.	2. Bedrohung	,15 ns	,98	
	c.	NT	,33*	2,23	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	z = 2.04,
	d.	2. Bedrohung	,24 ns	1,68	p <.05
	c.	NT	,31*	2,11	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	z = 1.70,
	d.	2. Bedrohung	,24 ns	1,61	p <.10
	c.	NT	,26 +	1,75	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

5. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,36 ***	4,29

Abhängige Variable: AB

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,47 ***	5,63	
	c.	AB	,10 ns	1,14	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,39 ***	3,96	
	c.	AB	,22 *	2,27	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. Bedrohung	-,31 **	- 3,30	
	c.	AB	,04 ns	,41	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. Bedrohung	-,33 ***	- 3,60	
	c.	AB	,22 *	2,39	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,37 ***	4,10	
	c.	AB	,08 ns	,93	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,40 **	2,89	
	c.	AB	-,17 ns	- 1,28	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	--
	d.	2. Bedrohung	,25 +	1,76	
	c.	AB	-,02 ns	-,17	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	--
	d.	2. Bedrohung	,31 *	2,21	
	c.	AB	-,03 ns	-,20	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	--
	d.	2. Bedrohung	,33 *	2,34	
	c.	AB	-,16 ns	- 1,13	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,35 *	2,52	
	c.	AB	-,06 ns	-,45	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,40 **	3,06	
	c.	AB	-,37 **	- 2,79	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,34 *	2,48	
	c.	AB	-,17 ns	- 1,20	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,42 **	3,08	
	c.	AB	-,08 ns	-,56	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

5. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,32 ***	3,93

Abhängige Variable: AB

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	
	d.	2. Bedrohung	,48***	6,17	--
	c.	AB	,10 ns	1,29	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	
	d.	2. Bedrohung	,48***	6,29	--
	c.	AB	,18*	2,36	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35***	-4,28	
	d.	2. Bedrohung	-,32***	-3,76	--
	c.	AB	-,08 ns	-,89	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	
	d.	2. Bedrohung	,39***	-4,59	--
	c.	AB	,02 ns	,23	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41***	5,28	
	d.	2. Bedrohung	,41***	4,98	--
	c.	AB	,00 ns	,03	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33*	2,40	
	d.	2. Bedrohung	,30*	2,14	--
	c.	AB	,16 ns	1,14	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	
	d.	2. Bedrohung	,30*	2,15	--
	c.	AB	,25+	1,82	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	
	d.	2. Bedrohung	,26+	1,76	--
	c.	AB	-,02 ns	-,11	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	
	d.	2. Bedrohung	,27+	1,88	--
	c.	AB	,17 ns	1,18	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	
	d.	2. Bedrohung	,27+	1,83	--
	c.	AB	,13 ns	,88	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	
	d.	2. Bedrohung	,27+	1,83	--
	c.	AB	,08 ns	,52	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	
	d.	2. Bedrohung	,35*	2,50	--
	c.	AB	,08 ns	,56	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	
	d.	2. Bedrohung	,33*	2,32	--
	c.	AB	,08 ns	,57	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,50 ***	6,14

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,38 ***	4,13	
	c.	BL	,26 **	3,00	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,36 ***	4,40	
	c.	BL	,34 ***	4,05	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	z = - 2.59, p <.01
	d.	2. Bedrohung	-,16 ns	- 1,61	
	c.	BL	-,28 **	- 2,88	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	z = 2.19, p <.05
	d.	2. Bedrohung	-,14 ns	- 1,38	
	c.	BL	-,23 *	- 2,36	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,28 **	2,99	
	c.	BL	,23 *	2,49	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,28 +	1,88	
	c.	BL	,13 ns	,86	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	z = 2.33, p <.05
	d.	2. Bedrohung	,07 ns	,49	
	c.	BL	,37 *	2,54	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	--
	d.	2. Bedrohung	,19 ns	1,31	
	c.	BL	,24 ns	1,54	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	z =2.11, p <.05
	d.	2. Bedrohung	,12 ns	,85	
	c.	BL	,33 *	2,27	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,24 ns	1,64	
	c.	BL	,19 ns	1,29	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,27 ns	1,76	
	c.	BL	,03 ns	,19	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,19 ns	1,29	
	c.	BL	,21 ns	1,41	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,36 *	2,49	
	c.	BL	,06 ns	,44	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. borderline Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,45 ***	5,82

Abhängige Variable: BL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,34***	4,45	
	c.	BL	,39***	5,18	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	--
	d.	2. Bedrohung	,35***	4,70	
	c.	BL	,42***	5,72	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35 ***	-4,28	z = 1.81,
	d.	2. Bedrohung	-,08 ns	,28	p <.001
	c.	BL	-,59***	-7,88	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	--
	d.	2. Bedrohung	-,15+	-1,90	
	c.	BL	-,52***	-6,81	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41***	5,28	--
	d.	2. Bedrohung	,29**	3,45	
	c.	BL	,27**	3,20	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33*	2,40	z = 2.77,
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,57	p <.01
	c.	BL	,42**	3,19	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35 *	2,50	z = 3.07,
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,61	p <.01
	c.	BL	,47**	3,68	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	z = 1.87,
	d.	2. Bedrohung	,17 ns	1,17	p <.10
	c.	BL	,29*	2,00	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	z = 2.59,
	d.	2. Bedrohung	,18ns	1,35	p <.01
	c.	BL	,40**	2,94	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	--
	d.	2. Bedrohung	,27+	1,79	
	c.	BL	,08 ns	,54	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	z = 2.48,
	d.	2. Bedrohung	,17 ns	1,21	p <.05
	c.	BL	,38**	2,78	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	--
	d.	2. Bedrohung	,26+	1,95	
	c.	BL	,36*	2,64	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	--
	d.	2. Bedrohung	,25+	1,82	
	c.	BL	,32*	2,29	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. Selbstlose Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,31 **	3,57

Abhängige Variable: SL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,48 ***	5,89	
	c.	SL	,07 ns	,85	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,50 ***	6,21	
	c.	SL	,11 ns	1,41	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. Bedrohung	-,27 **	- 2,98	
	c.	SL	-,07 ns	-,82	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. Bedrohung	-,27 **	- 2,94	
	c.	SL	,06 ns	,65	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,38 ***	4,32	
	c.	SL	,06 ns	,65	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,25 +	1,91	
	c.	SL	,28 *	2,09	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	--
	d.	2. Bedrohung	,18 ns	1,31	
	c.	SL	,20 ns	1,44	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	z = 2.04,
	d.	2. Bedrohung	,20 ns	1,49	p <.05
	c.	SL	,34 *	2,59	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	z = 1.95,
	d.	2. Bedrohung	,18 ns	1,35	p <.05
	c.	SL	,32 *	2,41	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,25 +	1,86	
	c.	SL	,27 *	2,02	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,22 ns	1,61	
	c.	SL	,19 ns	1,38	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	z = 1.66,
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,54	p <.10
	c.	SL	,26 +	1,94	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,35 *	2,61	
	c.	SL	,14 ns	1,09	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. Selbstlose Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,42 ***	5,85

Abhängige Variable: SL

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,48***	5,95	
	c.	SL	,07 ns	,83	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	--
	d.	2. Bedrohung	,51***	6,34	
	c.	SL	,06 ns	,70	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35***	-4,28	--
	d.	2. Bedrohung	-,32***	-3,63	
	c.	SL	-,05 ns	-,59	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	--
	d.	2. Bedrohung	-,38***	-4,28	
	c.	SL	-,01 ns	-,12	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41***	5,28	--
	d.	2. Bedrohung	,37***	4,27	
	c.	SL	,11 ns	1,30	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,40	--
	d.	2. Bedrohung	,20 ns	1,40	
	c.	SL	,35*	2,47	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35 *	2,50	--
	d.	2. Bedrohung	,22 ns	1,55	
	c.	SL	,33*	2.27	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	--
	d.	2. Bedrohung	,29+	1,83	
	c.	SL	-,08 ns	-,51	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	--
	d.	2. Bedrohung	,25 ns	1,65	
	c.	SL	,13 ns	,86	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	--
	d.	2. Bedrohung	,27+	1,73	
	c.	SL	,06 ns	,39	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	--
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,39	
	c.	SL	,18 ns	1,19	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	--
	d.	2. Bedrohung	,31*	1,97	
	c.	SL	,16 ns	1,11	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	--
	d.	2. Bedrohung	,26+	1.73	
	c.	SL	,24 ns	1,62	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

8. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,41 ***	4,98

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,41 ***	4,90	
	c.	SU	,24 **	2,85	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,45 ***	5,45	
	c.	SU	,20 **	2,47	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. Bedrohung	-,22 **	- 2,39	
	c.	SU	-,17 +	- 1,79	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. Bedrohung	-,22 *	- 2,31	
	c.	SU	-,08 ns	-,78	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,33 ***	3,68	
	c.	SU	,15 +	1,70	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	--
	d.	2. Bedrohung	,31 *	2,15	
	c.	SU	,06 ns	,44	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	z = 1.87,
	d.	2. Bedrohung	,12 ns	,83	p <.10
	c.	SU	,29 *	2,06	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	z = 1.87,
	d.	2. Bedrohung	,18 ns	1,26	p <.10
	c.	SU	,29 *	2,06	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	z = 1.70,
	d.	2. Bedrohung	,17 ns	1,17	p <.10
	c.	SU	,26 +	1,85	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	--
	d.	2. Bedrohung	,29 +	2,00	
	c.	SU	,10 ns	,66	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,30 *	2,06	
	c.	SU	-,05 ns	-,35	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	--
	d.	2. Bedrohung	,22 ns	1,50	
	c.	SU	,17 ns	1,16	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,34 *	2,43	
	c.	SU	,12 ns	,85	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

8. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,42***	5,30

Abhängige Variable: SU

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,42***	5,28	
	c.	SU	,23**	2,88	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	--
	d.	2. Bedrohung	,39***	5,18	
	c.	SU	,36***	4,79	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35 ***	-4,28	--
	d.	2. Bedrohung	-,18*	-2,15	
	c.	SU	-,41***	-5,01	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	--
	d.	2. Bedrohung	-,27**	-3,17	
	c.	SU	-,27**	-3,23	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41 ***	5,28	--
	d.	2. Bedrohung	,33***	3,94	
	c.	SU	,19*	2,26	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,40	--
	d.	2. Bedrohung	,27*	2,10	
	c.	SU	,38**	2,94	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35 *	2,50	--
	d.	2. Bedrohung	,28*	2,20	
	c.	SU	,42**	3,30	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	z = 1.79,
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,51	p <.10
	c.	SU	,27+	1,95	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	--
	d.	2. Bedrohung	,25+	1,84	
	c.	SU	,34*	2,56	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	--
	d.	2. Bedrohung	,26+	1,85	
	c.	SU	,16ns	1,13	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	z = 2.32,
	d.	2. Bedrohung	,22 ns	1,66	p <.05
	c.	SU	,36*	2,67	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	--
	d.	2. Bedrohung	,31*	2,40	
	c.	SU	,36**	2,75	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	--
	d.	2. Bedrohung	,31*	2,24	
	c.	SU	,25+	1,80	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

9. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,59 ***	7,10

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,50 ***	6,47	--
	d.	2. Bedrohung	,34 ***	3,61	
	c.	DP	,29 **	3,11	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53 ***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,34 ***	3,81	
	c.	DP	,32 **	3,58	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,29 ***	- 3,40	z = 3.73
	d.	2. Bedrohung	-,04 ns	-,37	p <.001
	c.	DP	-,44 ***	- 4,42	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,25 **	- 2,89	z = 2.27,
	d.	2. Bedrohung	-,10 ns	-,97	p <.05
	c.	DP	-,26 *	- 2,42	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,39 ***	4,76	--
	d.	2. Bedrohung	,23 *	2,35	
	c.	DP	,27 **	2,76	
Somatisierung	**a.**	1. Bedrohung	,34 *	2,60	z = 2.28,
	d.	2. Bedrohung	,18 ns	1,26	p <.05
	c.	DP	,33 *	2,37	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,24 +	1,83	z = 3.11,
	d.	2. Bedrohung	,01 ns	,10	p <.01
	c.	DP	,48 ***	3,49	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. Bedrohung	,30 *	2,29	z = 2.32,
	d.	2. Bedrohung	,13 ns	,92	p <.05
	c.	DP	,35 *	2,48	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,11	z = 3.47,
	d.	2. Bedrohung	,03 ns	,19	p <.001
	c.	DP	,53 ***	4,01	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,54	z = 1.67,
	d.	2. Bedrohung	,21 ns	1,44	p <.10
	c.	DP	,25 +	1,74	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28 *	2,13	--
	d.	2. Bedrohung	,20 ns	1,31	
	c.	DP	,18 ns	1,19	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,29 *	2,20	z = 3.03,
	d.	2. Bedrohung	,07 ns	,50	p <.01
	c.	DP	,46 ***	3,39	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,39 **	3,89	--
	d.	2. Bedrohung	,25 +	1,80	
	c.	DP	,29 *	2,11	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

9. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,50***	6,78

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. Bedrohung	,51***	6,94	--
	d.	2. Bedrohung	,31***	3,93	
	c.	DP	,41***	5,18	
Negative Emotionalität	**a.**	1. Bedrohung	,53***	7,31	--
	d.	2. Bedrohung	,29***	3,89	
	c.	DP	,49***	6,70	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. Bedrohung	-,35***	-4,28	z = 5.58,
	d.	2. Bedrohung	,01ns	,16	p <.001
	c.	DP	-,71***	-9,95	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. Bedrohung	-,38***	-4,79	z = 4.96,
	d.	2. Bedrohung	-,09ns	-1,17	p <.001
	c.	DP	-,57***	-7,36	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. Bedrohung	,41***	5,28	--
	d.	2. Bedrohung	,26**	2,94	
	c.	DP	,32***	3,63	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. Bedrohung	,33 *	2,40	z = 4.38,
	d.	2. Bedrohung	,06 ns	,51	p <.001
	c.	DP	,68***	5,80	
Depressivität	**a.**	1. Bedrohung	,35 *	2,50	z = 4.33,
	d.	2. Bedrohung	-,07 ns	-,65	p <.001
	c.	DP	,66***	5,68	
Ängstlichkeit	**a.**	1. Bedrohung	,26+	1,79	z = 1.90,
	d.	2. Bedrohung	,13 ns	,87	p <.05
	c.	DP	,30 *	2,00	
Aggressivität	**a.**	1. Bedrohung	,30*	2,14	z = 2.67,
	d.	2. Bedrohung	,13 ns	,92	p <.01
	c.	DP	,42**	2,94	
Paranoides Denken	**a.**	1. Bedrohung	,29*	2,05	--
	d.	2. Bedrohung	,23 ns	1,49	
	c.	DP	,14 ns	,93	
Psychotizismus	**a.**	1. Bedrohung	,28+	1,98	z = 2.70,
	d.	2. Bedrohung	,11 ns	,76	p <.01
	c.	DP	,43**	2,97	
GSI	**a.**	1. Bedrohung	,37*	2,68	z = 3.70,
	d.	2. Bedrohung	,14 ns	1,10	p <.001
	c.	DP	,57***	4,47	
PSDI	**a.**	1. Bedrohung	,35*	2,50	z = 3.66,
	d.	2. Bedrohung	,12 ns	,91	p <.001
	c.	DP	,56***	4,40	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.4 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediator zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen

1.4.1 Belastung als Prädiktor

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung
Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,36 ***	4,23	
	c.	PN	,19*	2,17	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,28 **	- 3,35	
	c.	PN	-,30 **	- 3,53	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,21*	- 2,43	
	c.	PN	-,28**	- 3,14	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,43 ***	- 5,27	
	c.	PN	-,20 *	- 2,40	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,50 ***	6,61	
	c.	PN	,21**	2,71	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,45***	5,74	
	c.	PN	,23**	2,91	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,27**	3,16	
	c.	PN	,30**	3,51	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,25**	2,87	
	c.	PN	,27	3,10	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,33***	- 4,03	
	c.	PN	-,30***	- 3,71	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,24 ns	- 1,57	
	c.	PN	-,36***	- 4,12	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,35***	-4,10	
	c.	PN	-,21*	-2,52	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,44***	5,32	
	c.	PN	,16+	1,93	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,51***	6,46	
	c.	PN	,09 ns	1,09	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,24**	2,67	
	c.	PN	,16+	1,81	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,35 ***	4,11	
	c.	SZ	,23 **	2,71	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,30 **	- 3,52	
	c.	SZ	-,24 **	- 2,76	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,25 **	- 2,74	
	c.	SZ	-,17 +	-1,91	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,45 ***	- 5,44	
	c.	SZ	-,14 +	- 1,66	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,55 ***	7,06	
	c.	SZ	,05 ns	,70	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,49 ***	6,08	
	c.	SZ	,11 ns	1,30	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,32***	3,65	
	c.	SZ	,13 ns	1,50	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,25**	3,19	
	c.	SZ	,39***	4,98	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,39***	-4,97	
	c.	SZ	-,24**	-3,03	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,17*	-2,11	
	c.	SZ	-,41***	-5,20	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,39***	-4,81	
	c.	SZ	-,18*	-2,19	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,47***	5,99	
	c.	SZ	,13+	1,69	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,51***	6,88	
	c.	SZ	,13+	1,67	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,30**	3,44	
	c.	SZ	,05 ns	,62	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,36***	4,36	
	c.	ST	,23**	2,82	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,34	
	c.	ST	-,01 ns	-,09	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26 **	- 2,98	
	c.	ST	-,15+	- 1,67	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,46 ***	- 5,72	
	c.	ST	-,11 ns	- 1,32	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,50***	6,84	
	c.	ST	,29***	3,97	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,46***	5,99	
	c.	ST	,27**	3,53	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,32***	3,76	
	c.	ST	,16+	1,81	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,39***	4,82	
	c.	ST	-,15+	-1,79	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,51***	- 6,85	
	c.	ST	,28***	3,76	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,34***	- 4,21	
	c.	ST	,27**	3,37	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,46***	-5,92	
	c.	ST	,14+	1,75	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,52 ***	6,82	
	c.	ST	-,07 ns	-,94	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,55***	7,53	
	c.	ST	,00 ns	,01	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,33***	3,90	
	c.	ST	-,07 ns	-,85	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Ehrgeiziger Persönlichkeitsstil bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,42***	4,94	
	c.	NA	,02 ns	,26	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,42 ***	- 5,01	
	c.	NA	,19 *	2,32	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,32 ***	- 3,59	
	c.	NA	,07 ns	,78	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,51***	- 6,28	
	c.	NA	,06 ns	,77	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,54 ***	7,19	
	c.	NA	,16*	2,10	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,51***	6,45	
	c.	NA	,10 ns	1,21	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,32***	3,77	
	c.	NA	,23**	2,75	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,38***	4,69	
	c.	NA	-,12 ns	1,49	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,48***	- 6,38	
	c.	NA	,20 **	2,67	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,31***	-3,80	
	c.	NA	,18 *	2,24	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,46 ***	-5,98	
	c.	NA	,18 *	2,40	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,51***	6,83	
	c.	NA	-,07 ns	,97	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,57***	7,91	
	c.	NA	-,13+	-1,80	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,31***	3,70	
	c.	NA	,06 ns	,75	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

5. Optimistischer Persönlichkeitsstil bzw. rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,41***	4,91	
	c.	RH	-,09 ns	- 1,10	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,31***	- 4,13	
	c.	RH	,42 ***	5,45	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,24 **	- 3,02	
	c.	RH	,37 ***	4,62	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,95	
	c.	RH	,32 ***	4,37	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,56 ***	7,46	
	c.	RH	-,08 ns	- 1,05	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,50***	6,54	
	c.	RH	-,15+	- 1,90	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,37***	4,35	
	c.	RH	,04 ns	,45	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,32***	4,06	
	c.	RH	-,24**	-2,98	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,42***	-5,56	
	c.	RH	,19*	2,53	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,25**	-3,08	
	c.	RH	,22**	2,69	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,41***	-5,28	
	c.	RH	,15+	1,97	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,50***	6,63	
	c.	RH	-,00 ns	-,05	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,54***	7,41	
	c.	RH	-,06 ns	-,85	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,34***	4,15	
	c.	RH	,17*	2,04	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6. Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,40***	4,98	
	c.	HI	-,24**	- 2,95	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,34 ***	- 4,47	
	c.	HI	-,40 ***	- 5,24	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,27 **	- 3,32	
	c.	HI	,35 ***	4,35	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,48 ***	- 6,12	
	c.	HI	,18 *	2,25	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,57***	7,66	
	c.	HI	,01 ns	,13	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,52***	6,74	
	c.	HI	-,06 ns	-,75	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,38***	4,46	
	c.	HI	,10 ns	1,24	

Neue Stichprobe

1			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,33***	4,33	
	c.	HI	-,34***	-4,52	
Freude A+	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,41***	-6,09	
	c.	HI	,44***	6,44	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,24**	-3,29	
	c.	HI	,45***	6,10	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,41***	-5,48	
	c.	HI	,29***	3,84	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit (A -)	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,49***	6,61	
	c.	HI	-,10 ns	-1,31	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,53***	7,52	
	c.	HI	-,17*	-2,34	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,31***	3,74	
	c.	HI	-,03 ns	-,36	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,36***	4,14	
	c.	AB	,17+	1,93	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,35 ***	- 3,95	
	c.	AB	-,07 ns	-,76	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,30 **	- 3,22	
	c.	AB	-,01 ns	-,14	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,30	
	c.	AB	-,13 ns	- 1,60	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,49 ***	6,34	
	c.	AB	,23**	2,94	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,46***	5,69	
	c.	AB	,18*	2,20	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,29**	3,30	
	c.	AB	,20*	2,26	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,31***	3,82	
	c.	AB	,19*	2,36	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,44***	-5,54	
	c.	AB	-,07 ns	-,85	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,29**	-3,39	
	c.	AB	,00 ns	,02	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,41***	-5,08	
	c.	AB	-,12 ns	-1,51	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,44***	5,89	
	c.	AB	,25**	3,36	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,50***	6,86	
	c.	AB	,21**	2,86	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,27**	3,17	
	c.	AB	,18*	2,10	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

8. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,24*	2,26	
	c.	NT	,28**	2,67	
Freude A+	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,23 *	- 2,11	
	c.	NT	-,23 *	- 2,13	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,15 ns	- 1,38	
	c.	NT	-,23*	- 2,03	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,40 ***	- 3,92	
	c.	NT	-,14 ns	- 1,32	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit (A -)	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,40***	4,24	
	c.	NT	,26**	2,72	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,36***	3,64	
	c.	NT	,26*	2,58	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,19+	1,78	
	c.	NT	,27 *	2,44	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,30**	3,03	
	c.	NT	,10 ns	1,00	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,47***	-4,93	
	c.	NT	,03 ns	,26	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26 *	-2,51	
	c.	NT	-,05 ns	-,51	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,41***	-4,24	
	c.	NT	-,04 ns	-,45	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,36***	3,93	
	c.	NT	,25**	2,69	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	-,47***	5,25	
	c.	NT	,14 ns	1,57	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,19+	1,89	
	c.	NT	,20*	1,99	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

9. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,16+	1,93	
	c.	BL	,50***	5,84	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26 **	- 2,70	
	c.	BL	-,23 *	- 2,44	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,17 +	- 1,72	
	c.	BL	-,26 *	- 2,61	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,34 ***	- 3,89	
	c.	BL	-,29 **	- 3,25	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,35***	4,78	
	c.	BL	,43***	5,57	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,31***	3,77	
	c.	BL	,42***	5,18	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	z = 4.25,
	d.	2. BELASTUNG	,11 ns	1,27	p<.001
	c.	BL	,49 ***	5,56	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	z = 4.54,
	d.	2. BELASTUNG	,11 ns	1,47	p<.001
	c.	BL	,55***	7,19	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,27**	- 3,45	
	c.	BL	-,41***	-5,27	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	Z = 4.03,
	d.	2. BELASTUNG	-,08 ns	-,95	p<.001
	c.	BL	-,47***	- 5,57	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26**	- 3,22	
	c.	BL	-,39***	- 4,91	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,32***	4,20	
	c.	BL	,42***	5,47	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,38***	5,13	
	c.	BL	,38***	5,17	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	Z = 3.27,
	d.	2. BELASTUNG	,15 ns	1,77	p<.01
	c.	BL	,35***	3,97	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

10. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,35***	4,30	
	c.	SL	,26**	3,22	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,35 ***	- 4,08	
	c.	SL	-,10 ns	- 1,20	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26 **	- 2,96	
	c.	SL	-,15+	- 1,74	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,47 ***	- 5,77	
	c.	SL	-,09 ns	- 1,14	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,53***	6,10	
	c.	SL	,16*	2,09	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,50***	6,27	
	c.	SL	,12 ns	1,45	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,34 ***	3,96	
	c.	SL	,08 ns	,91	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,26**	2,99	
	c.	SL	,25**	2,89	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,50***	-5,95	
	c.	SL	,10 ns	1,22	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	--
	d.	2. BELASTUNG	-,27**	-2,96	
	c.	SL	-,05 ns	-,54	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,44***	-5,11	
	c.	SL	,00 ns	,01	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,43***	5,32	
	c.	SL	,18*	2,15	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,49***	6,27	
	c.	SL	,14+	1,79	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,28**	3,13	
	c.	SL	,07 ns	,75	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

11. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,22 **	3,01	
	c.	SU	,54 ***	7,43	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,28 **	- 3,24	
	c.	SU	-,27 **	- 3,06	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,21*	- 2,34	
	c.	SU	-,25 **	- 2,77	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,41 ***	- 4,95	
	c.	SU	-,23 **	- 2,85	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,41***	5,92	
	c.	SU	,43***	6,15	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,39***	5,14	
	c.	SU	,38***	5,01	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,26**	2,95	
	c.	SU	,30**	3,46	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	z = 4.16,
	d.	2. BELASTUNG	,14 ns	1,95	p<.001
	c.	SU	,55***	7,43	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,36***	-4,47	
	c.	SU	-,24**	-2,93	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	z = - 3.39,
	d.	2. BELASTUNG	-,13 ns	1,61	p<.001
	c.	SU	-,39***	- 4,65	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,31***	- 3,90	
	c.	SU	-,31***	- 3,84	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,36***	4,76	
	c.	SU	,38***	5,08	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,39***	5,53	
	c.	SU	,41***	5,85	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,23*	2,69	
	c.	SU	,21*	2,41	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

12. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	z = 5.57,
	d.	2. BELASTUNG	,04 ns	,48	p<.001
	c.	DP	,64***	7,70	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	z = - 3.87,
	d.	2. BELASTUNG	-,13 ns	-1,30	p<.001
	c.	DP	-,43 ***	- 4,44	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	z = - 4.11,
	d.	2. BELASTUNG	-,02 ns	-,24	p<.001
	c.	DP	-,47 ***	- 4,80	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	
	d.	2. BELASTUNG	-,29 **	-3,10	--
	c.	DP	-,35 ***	- 3,74	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	
	d.	2. BELASTUNG	,28**	3,43	--
	c.	DP	,50 ***	6,23	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	
	d.	2. BELASTUNG	,23**	2,69	--
	c.	DP	,51***	6,08	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	z = 3.23,
	d.	2. BELASTUNG	,16 ns	1,57	p<.01
	c.	DP	,35***	3,54	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	z = 5.58,
	d.	2. BELASTUNG	,00 ns	,02	p<.001
	c.	DP	,75***	11,52	
Freude A +	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	-5,99	
	d.	2. BELASTUNG	-,21**	-2,76	--
	c.	DP	-,52***	-6,88	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	z = - 4.87,
	d.	2. BELASTUNG	-,00 ns	-,02	p<.001
	c.	DP	-,60***	-7,58	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	
	d.	2. BELASTUNG	-,24**	-2,99	--
	c.	DP	-,40***	-4,92	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51 ***	6,77	
	d.	2. BELASTUNG	,30***	3,86	--
	c.	DP	,44***	5,73	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	
	d.	2. BELASTUNG	,36***	4,82	--
	c.	DP	,40***	5,32	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	z = 2.99,
	d.	2. BELASTUNG	,16 ns	1,81	p<.01
	c.	DP	,31**	3,43	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

1.4 Mediationsmodelle mit einzelnen Persönlichkeitsstilen als Mediator zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentskomponenten

1.4.2 Bedrohung als Prädiktor

1. Eigenwilliger Persönlichkeitsstil bzw. paranoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	--
	d.	2. BEDROHUNG	,31**	3,49	
	c.	PN	,18*	2,04	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,25**	- 2,85	
	c.	PN	-,29**	- 3,36	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	z = - 2.50, p<.05
	d.	2. BEDROHUNG	-,15 ns	- 1,66	
	c.	PN	-,29 **	- 3,15	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,32***	- 3,68	
	c.	PN	-,21*	- 2,40	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,46***	5,73	
	c.	PN	,19*	2,38	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	,41***	4,88	
	c.	PN	,22**	2,65	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	,22*	2,54	
	c.	PN	,30**	3,40	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	--
	d.	2. BEDROHUNG	,21 *	2,38	
	c.	PN	,28 **	3,13	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,29 ***	- 3,41	
	c.	PN	-,31 ***	- 3,71	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	z = - 3.46, p<.001
	d.	2. BEDROHUNG	-,08 ns	-,92	
	c.	PN	-,38 ***	- 4,26	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,31 ***	- 3,56	
	c.	PN	-,22 *	- 2,51	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	--
	d.	2. BEDROHUNG	,33 ***	3,77	
	c.	PN	,19 *	2,23	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	--
	d.	2. BEDROHUNG	,49 ***	5,88	
	c.	PN	,08 ns	1,02	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	--
	d.	2. BEDROHUNG	,20 *	2,19	
	c.	PN	,17 +	1,88	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. Zurückhaltender Persönlichkeitsstil bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	--
	d.	2. BEDROHUNG	,31***	3,69	
	c.	SZ	,25**	3,02	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,29**	- 3,43	
	c.	SZ	-,25**	- 2,10	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,21*	- 2,31	
	c.	SZ	-,19*	- 2,18	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,35***	- 4,16	
	c.	SZ	-,18*	- 2,17	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,51***	6,46	
	c.	SZ	,09 ns	1,16	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	,45***	5,55	
	c.	SZ	,14 +	1,71	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30**	3,37	
	c.	SZ	,16 +	1,77	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	--
	d.	2. BEDROHUNG	,22 **	2,87	
	c.	SZ	,40 ***	5,08	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,54	
	c.	SZ	-,25 **	- 3,15	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,13 +	- 1,67	
	c.	SZ	-,42 ***	- 5,33	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,41	
	c.	SZ	-,19 *	- 2,31	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	--
	d.	2. BEDROHUNG	,37 ***	4,58	
	c.	SZ	,16 *	2,00	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	--
	d.	2. BEDROHUNG	,49 ***	6,38	
	c.	SZ	,14 +	1,81	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	--
	d.	2. BEDROHUNG	,26 **	3,05	
	c.	SZ	,07 ns	,75	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. Ahnungsvoller Persönlichkeitsstil bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	--
	d.	2. BEDROHUNG	,32***	3,85	
	c.	ST	,25**	3,10	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,36***	- 4,10	
	c.	ST	-,02 ns	-,24	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,22*	- 2,49	
	c.	ST	-,16 +	- 1,84	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,37***	- 4,38	
	c.	ST	-,14 ns	- 1,66	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,46 ***	6,29	
	c.	ST	,31***	4,16	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	,42***	5,46	
	c.	ST	,29***	3,72	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30**	3,45	
	c.	ST	,17+	1,96	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	--
	d.	2. BEDROHUNG	,36 ***	4,45	
	c.	ST	-,14 +	- 1,67	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,48 ***	- 6,30	
	c.	ST	,27 **	3,55	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,30 ***	- 3,70	
	c.	ST	,26 **	3,21	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,47	
	c.	ST	,13 ns	1,61	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	--
	d.	2. BEDROHUNG	,43 ***	5,37	
	c.	ST	-,05 ns	-,64	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	--
	d.	2. BEDROHUNG	,52 ***	7,01	
	c.	ST	,01 ns	,15	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	--
	d.	2. BEDROHUNG	,29 ***	3,50	
	c.	ST	-,06 ns	-,74	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Loyaler Persönlichkeitsstil bzw. abhängige Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	--
	d.	2. BEDROHUNG	,31**	3,56	
	c.	AB	,19*	2,09	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,33***	- 3,69	
	c.	AB	-,08 ns	-,85	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,25**	- 2,66	
	c.	AB	-,03 ns	-,32	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,34***	- 3,90	
	c.	AB	-,17+	- 1,96	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,45***	5,70	
	c.	AB	,24**	3,06	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	,42***	5.07	
	c.	AB	,19*	2,34	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	,26**	2,93	
	c.	AB	,21*	2,37	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	--
	d.	2. BEDROHUNG	,28 **	3,32	
	c.	AB	,19 *	2,20	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,03	
	c.	AB	-,05 ns	-,62	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,94	
	c.	AB	,01 ns	,09	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,38 ***	- 4,56	
	c.	AB	-,11 ns	- 1,29	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	--
	d.	2. BEDROHUNG	,34 ***	4,20	
	c.	AB	,26 **	3,22	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	--
	d.	2. BEDROHUNG	,47 ***	6,12	
	c.	AB	,19 *	2,50	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	--
	d.	2. BEDROHUNG	,23 **	2,64	
	c.	AB	,17 *	2,01	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

5. Kritischer Persönlichkeitsstil bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	z = 2.91,
	d.	2. BEDROHUNG	,17 ns	1,64	p<.01
	c.	NT	,32**	3,08	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	
	d.	2. BEDROHUNG	-,20 +	- 1,86	--
	c.	NT	-,25 *	- 2,33	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	
	d.	2. BEDROHUNG	-,09 ns	-,77	--
	c.	NT	-,27 *	- 2,45	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	
	d.	2. BEDROHUNG	-,25*	- 2,36	--
	c.	NT	-,24 *	- 2,24	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	
	d.	2. BEDROHUNG	,35***	3,59	--
	c.	NT	,30**	3,12	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	
	d.	2. BEDROHUNG	,30**	3,01	--
	c.	NT	,30**	2,99	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	z = 2.61,
	d.	2. BEDROHUNG	,15 ns	1,39	p<.01
	c.	NT	,29**	2,73	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	
	d.	2. BEDROHUNG	,27 **	2,63	--
	c.	NT	,12 ns	1,22	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	
	d.	2. BEDROHUNG	-,43 ***	- 4,41	--
	c.	NT	-,00 ns	-,02	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	
	d.	2. BEDROHUNG	-,21 *	- 1,98	--
	c.	NT	-,08 ns	-,81	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	
	d.	2. BEDROHUNG	-,37 ***	- 3,77	--
	c.	NT	-,07 ns	-,70	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	
	d.	2. BEDROHUNG	,23 *	2,39	--
	c.	NT	,33 ***	3,46	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	
	d.	2. BEDROHUNG	,43 ***	4,71	--
	c.	NT	,17 +	1,83	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	z = 2.16,
	d.	2. BEDROHUNG	,15 ns	1,44	p<.05
	c.	NT	,23 *	2,24	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6. Spontaner Persönlichkeitsstil bzw. Borderline Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	z = 4.32,
	d.	2. BEDROHUNG	,12 ns	1,47	p<.001
	c.	BL	,52***	6,17	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	
	d.	2. BEDROHUNG	-,24*	- 2,52	--
	c.	BL	-,25*	- 2,63	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	z = - 2.62,
	d.	2. BEDROHUNG	-,12 ns	- 1,23	p<.01
	c.	BL	-,29**	- 2,93	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	
	d.	2. BEDROHUNG	-,23*	- 2,55	--
	c.	BL	-,35***	- 3,91	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	
	d.	2. BEDROHUNG	,31***	4,00	--
	c.	BL	,46***	5,91	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	
	d.	2. BEDROHUNG	,27**	3,29	--
	c.	BL	,45***	5,52	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	z = 4.18,
	d.	2. BEDROHUNG	,09 ns	1,03	p<.001
	c.	BL	,50***	5,79	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	z = 4.54,
	d.	2. BEDROHUNG	,09 ns	1,13	p<.001
	c.	BL	,56 ***	7,35	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	
	d.	2. BEDROHUNG	-,24 **	- 3,01	--
	c.	BL	-,43 ***	- 5,44	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	z = - 4.07,
	d.	2. BEDROHUNG	-,04 ns	-,48	p<.001
	c.	BL	-,48 ***	- 5,79	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	
	d.	2. BEDROHUNG	-,23 **	- 2,82	--
	c.	BL	-,41 ***	- 5,08	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	
	d.	2. BEDROHUNG	,21 **	2,75	--
	c.	BL	,46 ***	5,93	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	
	d.	2. BEDROHUNG	,35 ***	4,64	--
	c.	BL	,40 ***	5,34	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	z = 3.35,
	d.	2. BEDROHUNG	,12 ns	1,38	p<.001
	c.	BL	,36 ***	4,16	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. Hilfsbereiter Persönlichkeitsstil bzw. selbstlose Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30**	3,54	
	c.	SL	,26**	3,11	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,33***	- 3,77	
	c.	SL	-,09 ns	- 1,06	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,21*	-2,34	
	c.	SL	-,16+	-1,73	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,37***	-4,31	
	c.	SL	-,10 ns	1,14	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,49***	6,22	
	c.	SL	-,15 +	- 1,84	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	,46***	5,56	
	c.	SL	,10 ns	1,26	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	,32 ***	3,54	
	c.	SL	,07 ns	,81	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	--
	d.	2. BEDROHUNG	,23 **	2,65	
	c.	SL	,26 **	3,03	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,47 ***	- 5,44	
	c.	SL	,09 ns	1,00	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,23 *	- 2,48	
	c.	SL	-,07 ns	-,74	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,66	
	c.	SL	-,02 ns	-,18	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	--
	d.	2. BEDROHUNG	,33 ***	3,89	
	c.	SL	,22 +	2,61	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	--
	d.	2. BEDROHUNG	,46 ***	5,76	
	c.	SL	,16 +	1,96	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	--
	d.	2. BEDROHUNG	,25 **	2,72	
	c.	SL	,08 ns	,93	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

8. Selbstkritischer Persönlichkeitsstil bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	z = 4.10,
	d.	2. BEDROHUNG	,15 ns	4,58	p<.001
	c.	SU	,56***	7,39	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	
	d.	2. BEDROHUNG	-,25**	- 2,83	--
	c.	SU	-,27 **	- 2,97	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	z = - 2.43,
	d.	2. BEDROHUNG	,15 ns	1,64	p<.05
	c.	SU	-,27**	- 2,85	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	
	d.	2. BEDROHUNG	,30**	- 3,37	--
	c.	SU	-,26**	- 2,98	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	
	d.	2. BEDROHUNG	-,36***	4,85	--
	c.	SU	,43***	5,86	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	
	d.	2. BEDROHUNG	,33***	4,19	--
	c.	SU	,38***	4,84	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	
	d.	2. BEDROHUNG	,21*	2,39	--
	c.	SU	,31**	3,43	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	z = 4.30,
	d.	2. BEDROHUNG	,11 ns	1,41	p<.001
	c.	SU	,56 ***	7,51	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	
	d.	2. BEDROHUNG	-,33 ***	- 3,94	--
	c.	SU	-,25 **	- 2,98	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	z = - 3.52,
	d.	2. BEDROHUNG	,09 ns	1,03	p<.001
	c.	SU	-,41 ***	- 4,79	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	
	d.	2. BEDROHUNG	-,28 ***	- 3,39	--
	c.	SU	-,32 ***	- 3,89	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	
	d.	2. BEDROHUNG	,25 **	3,18	--
	c.	SU	,42 ***	5,34	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	
	d.	2. BEDROHUNG	,35 ***	4,86	--
	c.	SU	,42 ***	5,81	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	
	d.	2. BEDROHUNG	,19 *	2,13	--
	c.	SU	,22 *	2,51	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

9. Stiller Persönlichkeitsstil bzw. depressive Persönlichkeitsstörung

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	z = 5.32,
	d.	2. BEDROHUNG	-,01 ns	-,17	p<.001
	c.	DP	,68***	8,12	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	z = - 3.84,
	d.	2. BEDROHUNG	-,10 ns	- 1,07	p<.001
	c.	DP	-,44***	- 4,61	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	z = - 4.16,
	d.	2. BEDROHUNG	,04 ns	,36	p<.001
	c.	DP	-,51***	- 5,18	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	z = 3.78,
	d.	2. BEDROHUNG	-,15 ns	- 1,62	p<.001
	c.	DP	-,43***	- 4,51	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	
	d.	2. BEDROHUNG	,23**	2,80	--
	c.	DP	,53***	6,54	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	
	d.	2. BEDROHUNG	,17*	2,07	--
	c.	DP	,54***	6,42	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	z = 3.31,
	d.	2. BEDROHUNG	,12 ns	1,19	p<.001
	c.	DP	,38***	3,78	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	z = 5.86,
	d.	2. BEDROHUNG	-,05 ns	-,80	p<.001
	c.	DP	,77 ***	11,80	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	
	d.	2. BEDROHUNG	-,16 *	- 2,05	--
	c.	DP	-,54 ***	- 6,96	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	z = - 5.12,
	d.	2. BEDROHUNG	,06 ns	,77	p<.001
	c.	DP	-,63 ***	- 7,89	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	
	d.	2. BEDROHUNG	-,20 *	- 2,39	--
	c.	DP	-,42 ***	- 4,99	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	
	d.	2. BEDROHUNG	,17 *	2,17	--
	c.	DP	,49 ***	6,14	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	
	d.	2. BEDROHUNG	,32 ***	4,11	--
	c.	DP	,41 ***	5,32	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	z = 3.13,
	d.	2. BEDROHUNG	,12 ns	1,28	p<.001
	c.	DP	,33 ***	3,57	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2. SELBSTSTEUERUNGSDEFIZITEN

2.1 Mediationsmodelle mit LOM/LOP als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

2.1.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM)

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,51 ***	6,55

Abhängige Variable: LOM

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,27 **	2,90	
	c.	LOM	,25 **	- 2,62	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,33 ***	3,52	
	c.	LOM	,21 *	- 2,22	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-, 24 **	- 2,68	z = 3.28, p <.05
	d.	2. BF	-,05 ns	-,49	
	c.	LOM	-,37 ***	3,83	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	- 2,28	z = 3.05, p <.05
	d.	2. BF	-, 03 ns	-,28	
	c.	LOM	-,34 ***	3,48	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	--
	d.	2. BF	,20 *	2,02	
	c.	LOM	,18 +	- 1,78	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	--
	d.	2. BF	,21 ns	1,28	
	c.	LOM	,23 ns	- 1,41	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,48 **	3,06	
	c.	LOM	,13 ns	,82	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,14 ns	,87	
	c.	LOM	,24 ns	-1,47	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,30 +	1,80	
	c.	LOM	,08 ns	,47	
GSI	**a.**	1. BF	-,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,18 ns	1,10	
	c.	LOM	,14 ns	-,81	
PSDI	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,32 +	1,92	
	c.	LOM	,03 ns	,16	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.1.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM)

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,71 ***	11, 74

Abhängige Variable: LOM

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	z = 3.77,
	d.	2. BF	,13 ns	1,20	p <.001
	c.	LOM	,42 ***	- 3,99	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	
	d.	2. BF	,26 *	2,49	--
	c.	LOM	,32 **	- 3,02	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	- 7,15	
	d.	2. BF	-,23 *	- 2,36	--
	c.	LOM	- ,41 ***	4,17	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	
	d.	2. BF	-,26 *	- 2,47	--
	c.	LOM	- ,31 **	2,95	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	z = 3.23,
	d.	2. BF	,08 ns	,73	p <.05
	c.	LOM	,37 ***	- 3,37	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	
	d.	2. BF	,47 **	2,78	--
	c.	LOM	,07 ns	,41	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	
	d.	2. BF	,52 **	3,45	--
	c.	LOM	,13 ns	-,88	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	
	d.	2. BF	,45 **	2,72	--
	c.	LOM	,06 ns	-,39	
Depressivität	**a.**	1. BF	,58 ***	4,83	
	d.	2. BF	,43 **	2,86	--
	c.	LOM	,25 ns	-1,67	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	
	d.	2. BF	,26 ns	1,52	--
	c.	LOM	,17 ns	-,10	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	
	d.	2. BF	,39 *	2,32	--
	c.	LOM	,09 ns	-,52	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	
	d.	2. BF	,31 +	1,72	--
	c.	LOM	,04 ns	-,22	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	
	d.	2. BF	,35 +	1,91	--
	c.	LOM	,14 ns	,75	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	
	d.	2. BF	,52 **	3,24	--
	c.	LOM	,00 ns	,02	
GSI	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	
	d.	2. BF	,61 ***	3,98	--
	c.	LOM	,06 ns	,36	
PSDI	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	
	d.	2. BF	,52 **	3,20	--
	c.	LOM	,00 ns	,02	
PST	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	
	d.	2. BF	,56 ***	3,52	--
	c.	LOM	,04 ns	,23	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.1.2 Prospektive Lageorientierung (LOP) als Mediator

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,49 ***	6,34

Abhängige Variable: LOP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,31 **	3,24	
	c.	LOP	,19 +	- 1,97	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,30 **	3, 33	
	c.	LOP	,26 **	- 2,85	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-, 24 **	- 2,68	z = - 2.98, p<.01
	d.	2. BF	-,07 ns	-,73	
	c.	LOP	-,33 ***	3,42	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	- 2,28	z = - 3.07, p<.01
	d.	2. BF	-,03 ns	-,31	
	c.	LOP	-,35 ***	3,55	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 **	3,37	z = 2.60, p<.01
	d.	2. BF	, 15 ns	1,58	
	c.	LOP	,28 **	- 2,88	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,34 *	2,66	--
	d.	2. BF	,30 +	1,92	
	c.	LOP	,08 ns	-,54	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,51 **	3,40	
	c.	LOP	,19 ns	1,25	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	--
	d.	2. BF	,29 +	1.83	
	c.	LOP	,00 ns	,03	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,27 +	1,69	
	c.	LOP	,03 ns	,18	
GSI	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	--
	d.	2. BF	,31 +	1,96	
	c.	LOP	,08 ns	,53	
PSDI	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,36 *	2,26	
	c.	LOP	,10 ns	,61	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.1.2 Prospektive Lageorientierung (LOP) als Mediator

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,57 ***	8,10

Abhängige Variable: LOP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**b.**	1. BF	,43 ***	5,45	--
	c.	2. BF	,26 **	2,84	
	d.	LOP	,29 **	3,10	
Negative Emotionalität	**b.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	c.	2. BF	,33 ***	3,72	
	d.	LOP	,26 **	2,94	
Aktivität / Impulsivität	**b.**	1. BF	-, 52 ***	- 7,15	--
	c.	2. BF	-,27 **	- 3,33	
	d.	LOP	-,44 ***	- 5,48	
Beziehungszufriedenheit	**b.**	1. BF	-,48 ***	- 6,32	--
	c.	2. BF	-,30 ***	- 3,43	
	d.	LOP	-,30 ***	- 3,42	
Körperliche Beschwerden	**b.**	1. BF	, 35 ***	4,27	--
	c.	2. BF	,19 +	1,94	
	d.	LOP	,28 **	2,91	
Somatisierung	**b.**	1. BF	,43 **	3,22	--
	c.	2. BF	,37 *	2,52	
	d.	LOP	,16 ns	1,13	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**b.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	c.	2. BF	,47 ***	3,89	
	d.	LOP	,32 **	2,69	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**b.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	c.	2. BF	,55 ***	3,90	
	d.	LOP	,15 ns	1,06	
Depressivität	**b.**	1. BF	,58 ***	4,83	--
	c.	2. BF	,49 ***	3,85	
	d.	LOP	,22 +	1,73	
Ängstlichkeit	**b.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	c.	2. BF	,39 *	2,60	
	d.	LOP	,05 ns	,35	
Aggressivität / Feindseligkeit	**b.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	c.	2. BF	,43 **	2,95	
	d.	LOP	,04 ns	,27	
Phobische Angst	**b.**	1. BF	,33 *	2,27	--
	c.	2. BF	,29 +	1,89	
	d.	LOP	,11 ns	,71	
Paranoides Denken	**b.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	c.	2. BF	,42 **	2,87	
	d.	LOP	,39 **	2,71	
Psychotizismus	**b.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	c.	2. BF	,52 ***	3,77	
	d.	LOP	,00 ns	,03	
GSI	**b.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	c.	2. BF	,56 ***	4,27	
	d.	LOP	,04 ns	,27	
PSDI	**b.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	c.	2. BF	,50 **	3,57	
	d.	LOP	,05 ns	,36	
PST	**b.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	c.	2. BF	,53 ***	3,88	
	d.	LOP	,02 ns	,14	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.2 Mediationsmodelle mit LOM/LOP als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Affekt- und Temperamentsreaktionen

2.2.1 Lageorientierung nach Misserfolg (LOM)

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48***	6,11	--
	d.	2. BF	,39***	4,32	
	c.	LOM	,18 *	1,98	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56***	7,43	--
	d.	2. BF	,48***	5,55	
	c.	LOM	,16 +	1,80	
Freude A+	**a.**	1. BF	-,36***	-4,23	--
	d.	2. BF	-,18 +	-1,89	
	c.	LOM	-,36***	-3,83	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35***	-4,10	--
	d.	2. BF	-,19 *	-2,01	
	c.	LOM	-,31***	-3,26	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32***	-3,78	--
	d.	2. BF	-,17 +	-1,80	
	c.	LOM	-,30**	-3,07	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,35 ***	3,69	
	c.	LOM	,16 +	1,75	
Ärger	**a.**	1. BF	,35***	4,17	--
	d.	2. BF	,32 **	3,25	
	c.	LOM	,07 ns	,66	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51 ***	6,82	--
	d.	2. BF	,28 **	2,75	
	c.	LOM	,32 **	3,16	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	--
	d.	2. BF	,50 ***	5,23	
	c.	LOM	-,18 +	1,94	
Freude A+	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	z = - 3.51, p <.001
	d.	2. BF	-,09 ns	-,83	
	c.	LOM	-,40 ***	- 3,69	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	z = - 3.93, p <.001
	d.	2. BF	-,12 ns	- 1,13	
	c.	LOM	-,44 ***	- 4,19	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	-5,38	--
	d.	2. BF	-,20 +0	-1,83	
	c.	LOM	-,31 **	- 2,89	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	--
	d.	2. BF	,32 **	3,19	
	c.	LOM	,32 **	3,18	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	z = 2.09, p <.05
	d.	2. BF	,18 ns	1,58	
	c.	LOM	,24 *	2,13	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.2.2 Prospektive Lageorientierung (LOP)

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,48***	6,11	--
	d.	2. BF	,34 ***	3,85	
	c.	LOP	,29 **	3,36	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,56***	7,43	--
	d.	2. BF	,36 ***	4,58	
	c.	LOP	,39 ***	4,96	
Freude A+	**a.**	1. BF	-,36***	- 4,23	--
	d.	2. BF	-,22 *	- 2,32	
	c.	LOP	-,28 **	- 2,95	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,35***	- 4,10	--
	d.	2. BF	-,22 *	- 2,32	
	c.	LOP	-,25 **	- 2,67	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,32***	- 3,78	z = - 3.65, p<.001
	d.	2. BF	-,12 ns	- 1,29	
	c.	LOP	- ,41 ***	- 4,52	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,43 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,31 ***	3,35	
	c.	LOP	,25 **	2,69	
Ärger	**a.**	1. BF	,35***	4,17	--
	d.	2. BF	,27 **	2,83	
	c.	LOP	,16 ns	1,63	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,51 ***	6,82	--
	d.	2. BF	,33 ***	3,78	
	c.	LOP	,32 ***	3,71	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,63 ***	9,31	--
	d.	2. BF	,38 ***	5,20	
	c.	LOP	,42 ***	5,76	
Freude A+	**a.**	1. BF	-,38 ***	- 4,70	z = 4.56, p<.001
	d.	2. BF	-,10 ns	- 1,08	
	c.	LOP	-,49 ***	- 5,56	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,43 ***	- 5,51	--
	d.	2. BF	-,20 *	- 2,24	
	c.	LOP	-,40 ***	- 4,54	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,42 ***	- 5,38	z = 5.41, p<.001
	d.	2. BF	-,08 ns	- 1,02	
	c.	LOP	-,59 ***	- 7,33	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,54 ***	7,50	--
	d.	2. BF	,41 ***	4,76	
	c.	LOP	,23 **	2,68	
Ärger	**a.**	1. BF	,35 ***	4,34	--
	d.	2. BF	,30 ***	3,02	
	c.	LOP	,09 ns	,95	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.3 Mediationsmodelle mit LOM/LOP als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Symptomentstehung

2.3.1 Belastung als Prädiktor

2.3.1.1 LOM als Mediator

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,35 ***	4,13

Abhängige Variable: LOM

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**b.**	1. BELASTUNG	48 ***	6,03	--
	c.	2. BELASTUNG	,39 ***	4,78	
	d.	LOM	,25 **	3,03	
Negative Emotionalität	**b.**	1. BELASTUNG	.52 ***	6,75	--
	c.	2. BELASTUNG	,44 ***	5,54	
	d.	LOM	,22 **	2,72	
Aktivität / Impulsivität	**b.**	1. BELASTUNG	-.41 ***	- 4,98	--
	c.	2. BELASTUNG	-,31 ***	- 3,68	
	d.	LOM	-,29 **	- 3,39	
Beziehungszufriedenheit	**b.**	1. BELASTUNG	-.34 ***	- 4,01	--
	c.	2. BELASTUNG	-,25 **	- 2,81	
	d.	LOM	-,27 **	- 3,09	
Körperliche Beschwerden	**b.**	1. BELASTUNG	.42 ***	5,20	--
	c.	2. BELASTUNG	,37 ***	4,31	
	d.	LOM	,15 +	1,72	
PSDI	**b.**	1. BELASTUNG	.25 +	1,91	--
	c.	2. BELASTUNG	,22 ns	1,57	
	d.	LOM	,09 ns	,65	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Neue Stichprobe

		Beta	T
a.	**BF**	,50 ***	6,68

Abhängige Variable: LOM

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BELASTUNG	,62 ***	9,11	--
	d.	2. BELASTUNG	,50***	6,27	
	c.	LOM	,28***	3,77	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BELASTUNG	,59 ***	8,58	--
	d.	2. BELASTUNG	,44 ***	5,67	
	c.	LOM	,29***	3,74	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BELASTUNG	-,43***	- 5,48	--
	d.	2. BELASTUNG	-,17*	- 2,08	
	c.	LOM	-,50 ***	- 6,23	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BELASTUNG	-,41***	- 5,21	--
	d.	2. BELASTUNG	-,20*	- 2,35	
	c.	LOM	-,40***	- 4,70	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BELASTUNG	,51***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,38 ***	4,53	
	c.	LOM	,25**	2,98	
Somatisierung	**a.**	1. BELASTUNG	,25 +	1,73	--
	d.	2. BELASTUNG	,19 ns	1,16	
	c.	LOM	,14 ns	,84	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BELASTUNG	,40**	2,96	--
	d.	2. BELASTUNG	,25 +	1,72	
	c.	LOM	,34*	2,33	
Depressivität	**a.**	1. BELASTUNG	,40**	2,93	z = 2.69,
	d.	2. BELASTUNG	,21 ns	1.49	p<.01
	c.	LOM	,42**	2,97	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BELASTUNG	,25+	1,74	z =1.71,
	d.	2. BELASTUNG	,12 ns	,79	p<.10
	c.	LOM	,28+	1,79	
Psychotizismus	**a.**	1. BELASTUNG	,32 +	2,32	--
	d.	2. BELASTUNG	,23 ns	1,47	
	c.	LOM	-,22 ns	1,39	
GSI	**a.**	1. BELASTUNG	,40 **	2,92	--
	d.	2. BELASTUNG	,32 *	2,08	
	c.	LOM	-,18 ns	1,18	
PSDI	**a.**	1. BELASTUNG	,37 *	2,70	--
	d.	2. BELASTUNG	,29 +	1,87	
	c.	LOM	,19 ns	1,21	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.3.1.2 LOP als Mediator zwischen Belastung und Symptomentstehung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,38 ***	4,62

Abhängige Variable: LOP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BELASTUNG	48 ***	6,03	--
	d.	2. BELASTUNG	,41 ***	4,83	
	c.	LOP	,18 *	2,13	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BELASTUNG	.52 ***	6,75	--
	d.	2. BELASTUNG	,43 ***	5,27	
	c.	LOP	,25 **	3,06	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BELASTUNG	-.41 ***	- 4,98	--
	d.	2. BELASTUNG	-,32 ***	- 3,64	
	c.	LOP	-,25 **	- 2,83	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BELASTUNG	-.34 ***	- 4,01	--
	d.	2. BELASTUNG	-,24 **	- 2,66	
	c.	LOP	-,27 **	- 3,03	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BELASTUNG	.42 ***	5,20	--
	d.	2. BELASTUNG	,34 ***	3,92	
	c.	LOP	,22 *	2,59	
PSDI	**a.**	1. BELASTUNG	.25 +	1,91	--
	d.	2. BELASTUNG	,26 +	1,75	
	c.	LOP	,02 ns	,12	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**Belastung**	,40***	5,12

Abhängige Variable: LOP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BELASTUNG	,62 ***	9,11	--
	d.	2. BELASTUNG	,53 ***	7,35	
	c.	LOP	,22 **	3,10	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BELASTUNG	,59 ***	8,58	--
	d.	2. BELASTUNG	,49 ***	6,76	
	c.	LOP	,26 **	3,51	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BELASTUNG	-,43***	- 5,48	--
	d.	2. BELASTUNG	-,22 **	- 3,03	
	c.	LOP	-,51 ***	- 6,96	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BELASTUNG	-,41***	- 5,21	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26 **	- 3,24	
	c.	LOP	-,37 ***	- 4,67	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BELASTUNG	,51***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,42 ***	5,32	
	c.	LOP	,22 **	2,72	
Somatisierung	**a.**	1. BELASTUNG	,25 +	1,73	--
	d.	2. BELASTUNG	,16 ns	1,06	
	c.	LOP	,25 ns	1,68	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BELASTUNG	,40**	2,96	--
	d.	2. BELASTUNG	,25 +	1,91	
	c.	LOP	,42	3,19	
Depressivität	**a.**	1. BELASTUNG	,40**	2,93	--
	d.	2. BELASTUNG	,29 *	2,06	
	c.	LOP	,31 *	2,27	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BELASTUNG	,25+	1,74	--
	d.	2. BELASTUNG	,24 ns	1,58	
	c.	LOP	,02 ns	,10	
GSI	**a.**	1. BELASTUNG	,40 **	2,92	--
	d.	2. BELASTUNG	,35 *	2,40	
	c.	LOP	,14	,93	
PSDI	**a.**	1. BELASTUNG	,37*	2,70	--
	d.	2. BELASTUNG	,32 *	2,20	
	c.	LOP	,13 ns	,89	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.3.2 Bedrohung als Prädiktor

2.3.2.1 LOM als Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung

Alte Stichprobe

		Beta	T
a.	**Bedrohung**	,33**	3,81

Abhängige Variable: LOM

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BEDROHUNG	,50 ***	6,47	--
	d.	2. BEDROHUNG	,43 ***	5,41	
	c.	LOM	,25 **	3,22	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	6,94	--
	d.	2. BEDROHUNG	,46 ***	5,91	
	c.	LOM	,23 **	2,99	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BEDROHUNG	-,29 ***	- 3,40	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,19*	- 2,22	
	c.	LOM	-,34 ***	- 3,92	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BEDROHUNG	-,25 **	- 2,89	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,16 +	- 1,80	
	c.	LOM	-,31 ***	- 3,51	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BEDROHUNG	,39 ***	4,76	--
	d.	2. BEDROHUNG	,34 ***	3,97	
	c.	LOM	,17 *	2,03	
Somatisierung	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 *	2,60	--
	d.	2. BEDROHUNG	,36 *	2,61	
	c.	LOM	,07 ns	,48	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BEDROHUNG	,24 +	1,83	Z =1.87, p<.10
	d.	2. BEDROHUNG	,15 ns	1,12	
	c.	LOM	,31*	2,28	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BEDROHUNG	,30 *	2,29	--
	d.	2. BEDROHUNG	,28 +	1,99	
	c.	LOM	,08 ns	,58	
Depressivität	**a.**	1. BEDROHUNG	,28*	2,11	Z = 1.68, p<.10
	d.	2. BEDROHUNG	,20 ns	1,46	
	c.	LOM	,27*	1,98	
Paranoides Denken	**a.**	1. BEDROHUNG	,33 *	2,54	--
	d.	2. BEDROHUNG	,33 *	2,38	
	c.	LOM	,01 ns	,04	
Psychotizismus	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 *	2,13	--
	d.	2. BEDROHUNG	,23 ns	1,67	
	c.	LOM	,17 ns	1,22	
GSI	**a.**	1. BEDROHUNG	,29 *	2,20	--
	d.	2. BEDROHUNG	,24+	1,72	
	c.	LOM	,18 ns	1,28	
PSDI	**a.**	1. BEDROHUNG	,39 **	3,89	--
	d.	2. BEDROHUNG	,37 **	2,80	
	c.	LOM	,05 ns	,40	
PST	**a.**	1. BEDROHUNG	,39 **	3,89	--
	d.	2. BEDROHUNG	,11 ns	,74	
	c.	LOM	,08 ns	,57	

Neue Stichprobe

		Beta	T
a.	**Bedrohung**	,44***	5,72

Abhängige Variable: LOM

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BEDROHUNG	,51***	6,94	--
	d.	2. BEDROHUNG	,35***	4,59	
	c.	LOM	,36***	4,71	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BEDROHUNG	,53***	7,31	--
	d.	2. BEDROHUNG	,38***	4,95	
	c.	LOM	,34***	4,45	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BEDROHUNG	-,35***	- 4,28	z = 4.33, p<.001
	d.	2. BEDROHUNG	-,11ns	- 1,45	
	c.	LOM	-,53***	- 6,72	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BEDROHUNG	-,38***	- 4,79	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,19*	- 2,33	
	c.	LOM	-,41 ***	5,04	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BEDROHUNG	,41***	5,28	--
	d.	2. BEDROHUNG	,27 **	3,20	
	c.	LOM	,32***	3,81	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BEDROHUNG	,33*	2,40	z = 2.45, p<.05
	d.	2. BEDROHUNG	,21 ns	1,49	
	c.	LOM	,38*	2,85	
Depressivität	**a.**	1. BEDROHUNG	,35*	2,50	z = 2.86, p<.01
	d.	2. BEDROHUNG	,20 ns	1,48	
	c.	LOM	,45**	3,35	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BEDROHUNG	,26+	1,79	z =1.79, p<.10
	d.	2. BEDROHUNG	,16 ns	1,09	
	c.	LOM	,28+	1,91	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BEDROHUNG	,30*	2,14	--
	d.	2. BEDROHUNG	,24 ns	1,66	
	c.	LOM	,25 +	1,70	
Paranoides Denken	**a.**	1. BEDROHUNG	,29*	2,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,29+	1,91	
	c.	LOM	,02 ns	,14	
Psychotizismus	**a.**	1. BEDROHUNG	,28+	1,98	--
	d.	2. BEDROHUNG	,19 ns	1,32	
	c.	LOM	,25 +	1,71	
GSI	**a.**	1. BEDROHUNG	,37*	2,68	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30*	2,12	
	c.	LOM	,22 ns	1,53	
PSDI	**a.**	1. BEDROHUNG	,35*	2,50	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30*	2,12	
	c.	LOM	,21 ns	1,49	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.3.2.2 LOP als Mediator zwischen Bedrohung und Symptomentstehung

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**Bedrohung**	,33 ***	3,81

Abhängige Variable: LOP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BEDROHUNG	,50 ***	6,47	--
	d.	2. BEDROHUNG	,44 ***	5,46	
	c.	LOP	,19 *	2,40	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	6,94	--
	d.	2. BEDROHUNG	,44 ***	5,73	
	c.	LOP	,27 **	3,43	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BEDROHUNG	-.29 **	-3,40	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,19 *	- 2,22	
	c.	LOP	-,30 **	- 3,47	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BEDROHUNG	-.25 **	-2,89	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,15+	- 1,71	
	c.	LOP	-,31 **	- 3,53	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BEDROHUNG	.39 ***	4,76	--
	d.	2. BEDROHUNG	,31 ***	3,68	
	c.	LOP	,25 **	2,97	
Somatisierung	**a.**	1. BEDROHUNG	.34 *	2,60	--
	d.	2. BEDROHUNG	,38 **	2,73	
	c.	LOP	,12 ns	,86	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BEDROHUNG	.24 +	1,83	--
	d.	2. BEDROHUNG	,18 ns	1,26	
	c.	LOP	,18 ns	1,30	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BEDROHUNG	.30 *	2,29	--
	d.	2. BEDROHUNG	,31 *	2,16	
	c.	LOP	,02 ns	,12	
Depressivität	**a.**	1. BEDROHUNG	.28 *	2,11	--
	d.	2. BEDROHUNG	,26 +	1,79	
	c.	LOP	,06 ns	,45	
Paranoides Denken	**a.**	1. BEDROHUNG	.33 *	2,54	--
	d.	2. BEDROHUNG	,33 *	2,34	
	c.	LOP	,00 ns	,02	
Psychotizismus	**a.**	1. BEDROHUNG	.28 *	2,13	--
	d.	2. BEDROHUNG	,29 *	2,03	
	c.	LOP	,03 ns	,18	
GSI	**a.**	1. BEDROHUNG	.29 *	2,20	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30 *	2,08	
	c.	LOP	,02 ns	,13	
PSDI	**a.**	1. BEDROHUNG	.39 **	3,89	--
	d.	2. BEDROHUNG	,41 **	2,98	
	c.	LOP	,05 ns	,34	

2.4 Mediationsmodelle mit LOM/LOP als Mediatoren zwischen Stressfaktoren und Affekt- und Temperamentsreaktionen

2.4.1 Belastung als Prädiktor

2.4.1.1 LOM als Mediator

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,50 ***	6,48	
	c.	LOM	,20 **	2,64	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,32 ***	3,83	
	c.	LOM	,29**	3,42	
Freude A+	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,26 **	- 3,06	
	c.	LOM	-,36 ***	- 4,26	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	-,40 ***	- 4,96	
	c.	LOM	- ,27 **	- 3,30	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,30 ***	- 3,51	--
	d.	2. BELASTUNG	-,19 *	- 2,19	
	c.	LOM	- ,32 ***	- 3,60	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,46 ***	5,75	
	c.	LOM	,18 *	2,21	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,33 ***	3,65	
	c.	LOM	,11 ns	1,27	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,51***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,33 ***	4,07	
	c.	LOM	,36 ***	4,45	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	z = 4.28, p<.001
	d.	2. BELASTUNG	,13 ns	1,54	
	c.	LOM	,47 ***	5,64	
Freude A+	**a.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	- 5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,30 ***	- 3,57	
	c.	LOM	-,31 ***	- 3,73	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,24 **	- 2,87	
	c.	LOM	-,40 ***	- 4,87	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	z = 3.78, p<.001
	d.	2. BELASTUNG	-,09 ns	- ,97	
	c.	LOM	-,41 ***	- 4,63	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,38 ***	4,85	
	c.	LOM	,36 ***	4,60	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,17 +	1,86	
	c.	LOM	,28 **	3,10	

2.4.1.2 LOP als Mediator

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BELASTUNG	,57 ***	7,71	--
	d.	2. BELASTUNG	,46***	6,05	
	c.	LOP	,28***	3,71	
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BELASTUNG	,42 ***	5,14	--
	d.	2. BELASTUNG	,24**	3,03	
	c.	LOP	,48***	6,21	
Freude A+	**a.**	1. BELASTUNG	-,38 ***	- 4,54	--
	d.	2. BELASTUNG	-,27**	- 3,11	
	c.	LOP	,28**	3,24	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BELASTUNG	-,49 ***	- 6,27	--
	d.	2. BELASTUNG	,41***	4,96	
	c.	LOP	-,21*	- 2,46	
Aktivierung T +	**a.**	1. BELASTUNG	-,30 ***	- 3,51	--
	d.	2. BELASTUNG	-,14 +	1,66	
	c.	LOP	-,42 ***	4,88	
Erregung T -	**a.**	1. BELASTUNG	,53 ***	6,85	--
	d.	2. BELASTUNG	,44 ***	5,41	
	c.	LOP	,23 *	2,86	
Ärger	**a.**	1. BELASTUNG	,37 ***	4,35	--
	d.	2. BELASTUNG	,30**	3,30	
	c.	LOP	-,18*	2,00	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**b.**	1. BELASTUNG	,51***	6,77	--
	d.	2. BELASTUNG	,36 ***	4,79	
	c.	LOP	,36 ***	4,79	
Lustlosigkeit A (+)	**b.**	1. BELASTUNG	,36 ***	4,53	--
	d.	2. BELASTUNG	,12 +	1,74	
	c.	LOP	,59 ***	8,29	
Freude A+	**b.**	1. BELASTUNG	-,46 ***	- 5,99	--
	d.	2. BELASTUNG	-,29 ***	- 3,78	
	c.	LOP	-,43 ***	- 5,69	
Gelassenheit A (-)	**b.**	1. BELASTUNG	-,44 ***	- 5,65	--
	d.	2. BELASTUNG	-,27 **	- 3,54	
	c.	LOP	-,41 ***	- 5,24	
Aktivierung T +	**b.**	1. BELASTUNG	-,29 **	- 3,53	z = 4.37, p<.001
	d.	2. BELASTUNG	-,04 ns	-,54	
	c.	LOP	-,62 ***	- 8,58	
Erregung T -	**b.**	1. BELASTUNG	,55 ***	7,69	--
	d.	2. BELASTUNG	,44 ***	5,83	
	c.	LOP	,29 ***	3,89	
Ärger	**b.**	1. BELASTUNG	,31 ***	3,81	--
	d.	2. BELASTUNG	,25 **	2,77	
	c.	LOP	,16 +	1,86	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.4.2 Bedrohung als Prädiktor

2.4.2.1 LOM als Mediator

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	--
	d.	2. BEDROHUNG	,29***	3,43	
	c.	LOM	,31***	3,73	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,25**	- 3,03	
	c.	LOM	-,37***	- 4,49	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,16 +	- 1,83	
	c.	LOM	-,33***	- 3,86	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	- 4,88	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,31***	- 3,74	
	c.	LOM	,31***	3,78	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	--
	d.	2. BEDROHUNG	,43***	5,27	
	c.	LOM	,21*	2,60	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	,47***	6,01	
	c.	LOM	,24**	3,06	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	--
	d.	2. BEDROHUNG	,30***	3,35	
	c.	LOM	,14 ns	1,54	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	z = 4.09,
	d.	2. BEDROHUNG	,13 ns	1,59	p <.001
	c.	LOM	,48***	-5,94	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,29 ***	- 3,41	
	c.	LOM	-,31 ***	- 3,71	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	z = 3.70,
	d.	2. BEDROHUNG	-,07 ns	-,82	p <.001
	c.	LOM	,42***	4,93	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	--
	d.	2. BEDROHUNG	-,19 *	- 2,40	
	c.	LOM	-,44 ***	-5,50	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	--
	d.	2. BEDROHUNG	,22**	2,74	
	c.	LOM	,43***	5,40	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	--
	d.	2. BEDROHUNG	,32***	4,22	
	c.	LOM	,41***	5,39	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	--
	d.	2. BEDROHUNG	,16 +	1,83	
	c.	LOM	,30***	3,42	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

2.4.2.2 LOP als Mediator

Alte Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Traurigkeit / Hilflosigkeit A -	**b.**	1. BEDROHUNG	,54 ***	7,05	
	c.	2. BEDROHUNG	,43 ***	5,74	--
	d.	LOP	,32 ***	4,25	
Lustlosigkeit A (+)	**b.**	1. BEDROHUNG	,38 ***	4,57	
	c.	2. BEDROHUNG	,22 **	2,87	--
	d.	LOP	,50 ***	6,59	
Freude A+	**b.**	1. BEDROHUNG	-,36 ***	- 4,30	
	c.	2. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,10	--
	d.	LOP	- ,30 **	- 3,53	
Gelassenheit A (-)	**b.**	1. BEDROHUNG	-,40 ***	-4,88	
	c.	2. BEDROHUNG	-,32 ***	-3,77	--
	d.	LOP	- ,26 **	- 3,08	
Aktivierung T +	**b.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 2,99	z = - 3.03,
	c.	2. BEDROHUNG	-,12 ns	- 1,43	p <.001
	d.	LOP	-,43 ***	- 5,17	
Erregung T -	**b.**	1. BEDROHUNG	,49 ***	6,23	
	c.	2. BEDROHUNG	,40 ***	5,04	--
	d.	LOP	,27 **	3,36	
Ärger	**b.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	3,99	
	c.	2. BEDROHUNG	,27 **	3,08	--
	d.	LOP	,21*	2,33	

Neue Stichprobe

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 ***	4,19	
	d.	2. BEDROHUNG	.12 +	1.68	--
	c.	LOP	,60***	8,69	
Freude A +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,43 ***	- 5,53	
	d.	2. BEDROHUNG	-,26***	3,60	--
	c.	LOP	- ,46***	- 6,20	
Aktivierung T +	**a.**	1. BEDROHUNG	-,26 **	- 3,08	z = - 3.94,
	d.	2. BEDROHUNG	-,02 ns	-,21	p <.001
	c.	LOP	-,63***	- 8,98	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BEDROHUNG	-,41 ***	- 5,23	
	d.	2. BEDROHUNG	,23**	3,06	--
	c.	LOP	- ,44***	- 5,77	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BEDROHUNG	,42 ***	5,35	
	d.	2. BEDROHUNG	,26 ***	3,43	--
	c.	LOP	,42***	5,54	
Erregung T -	**a.**	1. BEDROHUNG	,53 ***	7,17	
	d.	2. BEDROHUNG	,38***	5,10	--
	c.	LOP	,34***	4,58	
Ärger	**a.**	1. BEDROHUNG	,28 **	3,42	
	d.	2. BEDROHUNG	,23*	2,62	--
	c.	LOP	,19*	2,81	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

4. Mediationsmodelle mit den State Variante von Angst und Depression

4.1.1 Mediationsmodelle mit den Trait Varianten (Persönlichkeitsstile)

Der depressive Stil und der selbstunsichere Stil gleichzeitig als Mediatoren zwischen Bedürfnisfrustration und Symptomentstehung

		Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)		**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Symptomausprägung	1. BF	,40 ***	4,80	,43 ***	5,45
	2. BF	,16 ns	1,34	,01 ns	,07
	DP	**,39 ****	3,22	**,58 *****	4,88
	SU	-,00 ns	-,03	-,03 ns	-,25
Negative Emotionalität	1. BF	,43 ***	5,31	,48 ***	6,41
	2. BF	,24 *	2,14	-,08 ns	-,63
	DP	**,49 *****	4,19	**,59 *****	5,36
	SU	-,16 ns	-1,19	,14 ns	1,24
Körperliche Beschwerden	1. BF	,29 ***	3,37	,35 ***	4,27
	2. BF	,10 ns	,82	,02 ns	,12
	DP	**,43 *****	3,37	**,43 *****	3,36
	SU	-,11 ns	-,73	,00 ns	,01
Aktivität / Impulsivität	1. BF	-,24 **	-2,68	-,52 ***	-7,15
	2. BF	,00 ns	,01	-,02 ns	-,16
	DP	**-,61 *****	-4,94	**-,75 *****	-7,42
	SU	,20 ns	1,39	,09 ns	,81
Beziehungszufriedenheit	1. BF	-,20 *	-2,28	-,48 ***	-6,32
	2. BF	-,10 ns	-,82	-,13 ns	-1,07
	DP	**-,42 ****	-3,20	-,69 ***	-6,21
	SU	,23 ns	1,50	,22 *	1,93
Zwanghaftigkeit	1. BF	,04 ns	,46	-,05 ns	-,62
	2. BF	-,02 ns	-,10	-,18 ns	-1,19
	DP	-,23 +	-1,70	-,17 ns	-1,24
	SU	,28 +	1,75	,33 *	2,28

		Alte Stichprobe		Neue Stichprobe	
Abhängige Variable (Kriterium)		**Beta**	**T**	**Beta**	**T**
Somatisierung	1. BF	,13 ns	,97	,43 **	3,22
	2. BF	-,18 ns	-,93	,21 ns	,85
	DP	**,61 ** **	3,34	**,33 +**	1,79
	SU	-,11 ns	-,50	-,01 ns	-,05
Zwanghaftigkeit	1. BF	,34 **	2,66	,60 ***	5,06
	2. BF	,08 ns	,42	,37 +	1,91
	DP	**,48 ***	2,66	**,57 *****	3,91
	SU	-,06 ns	-,27	-,21 ns	-1,20
Unsicherheit in Sozialkontakt	1. BF	,41 **	3,24	,49 ***	3,78
	2. BF	,24 ns	1,24	,20 ns	,84
	DP	,27 ns	1,45	,30 ns	1,65
	SU	-,01 ns	-,03	,11 ns	,50
Depressivität	1. BF	,29 *	2,19	,58 ***	4,83
	2. BF	-,07 ns	-,37	,24 ns	1,19
	DP	**,64 *****	3,71	**,57 *****	3,82
	SU	-,07 ns	-,35	-,07 ns	-,37
Ängstlichkeit	1. BF	,12 ns	,84	,37 **	2,70
	2. BF	-,07 ns	-,34	,23 ns	,90
	DP	**,53 ** **	2,79	,19 ns	,98
	SU	-,21 ns	-,94	,01 ns	,04
Aggressivität /Feindseligkeit	1. BF	-,02 ns	-,14	,44 **	3,36
	2. BF	-,40 +	-1,96	,19 ns	,80
	DP	,27 ns	1,38	**,31 +**	1,70
	SU	,28 ns	1,25	,04 ns	,20
Phobische Angst	1. BF	,14 ns	1,05	,33 *	2,37
	2. BF	,09 ns	,43	,05 ns	,19
	DP	**,34 +**	1,71	,13 ns	,68
	SU	-,22 ns	-,95	,24 ns	1,01
Paranoides Denken	1. BF	,26 +	1,92	,26 +	1,84
	2. BF	,12 ns	,58	,21 ns	,77
	DP	**,37 +**	1,95	,11 ns	,54
	SU	-,14 ns	-,62	-,03 ns	-,12
Psychotizismus	1. BF	,14 ns	,99	,52 ***	4,13
	2. BF	,08 ns	,37	,44 +	1,86
	DP	**,42 ***	2,18	,21 ns	1,20
	SU	-,28 ns	-1,25	-,08 ns	-,38
GSI	1. BF	,27 *	2,01	,58 ***	4,81
	2. BF	,01 ns	,05	,43 *	2,07
	DP	**,63 *****	3,57	,44 **	2,79
	SU	-,20 ns	,96	-,20 ns	-1,08
PSDI	1. BF	,30 *	2,32	,52 ***	4,08
	2. BF	,14 ns	,70	,46 *	2,18
	DP	**,43 ***	2,31	,52 **	3,30
	SU	-,15 ns	-,68	-,38 *	-2,04
PST	1. BF	,07 ns	,54	,54 ***	4,33
	2. BF	,00 ns	-,00	,26 ns	1,12
	DP	**,42 ***	2,10	,27 ns	1,57
	SU	-,27 ns	-1,18	,12 ns	,57

4.2 Mediationsmodelle mit den State-Varianten von Angst und Depression

4.2.1 Skala Depressivität (SCL-04) des SCL-90

Ganze Stichprobe

		Beta	T
b.	BF	,43 ***	4,73

Abhängige Variable: SCL-04

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,35 ***	3,72	--
	d.	2. BF	,17 +	1,78	
	c.	SCL-04	,42 ***	4,41	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,42 ***	4,59	--
	d.	2. BF	,22 *	2,46	
	c.	SCL-04	,46 ***	5,13	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,29 **	- 3,02	Z = - 3.60, p<.001
	d.	2. BF	-,07 ns	-,71	
	c.	SCL-04	-,52 ***	- 5,66	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,34 **	- 3,60	--
	d.	2. BF	-,18 +	- 1,88	
	c.	SCL-04	-,36 ***	- 3,68	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	-,28 **	2,91	Z = 3.29, p<.001
	d.	2. BF	,09 ns	,96	
	c.	SCL-04	,45 ***	4,67	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,26 **	2,74	Z = 3.60, p<.001
	d.	2. BF	,04 ns	,43	
	c.	SCL-04	,53 ***	5,66	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,47 ***	5,27	Z = 4.23, p<.001
	d.	2. BF	-,12 ns	-1,56	
	c.	SCL-04	,68 ***	9,64	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,44 ***	4,87	--
	d.	2. BF	,16 ns	2,15	
	c.	SCL-04	,64 ***	8,45	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,23 *	2,41	Z = 4.03, p<.001
	d.	2. BF	-,05 ns	-,59	
	c.	SCL-04	,66 ***	7,85	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,16 ns	1,65	--
	d.	2. BF	-,10 ns	- 1,13	
	c.	SCL-04	,62 ***	6,90	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,24 *	2,43	Z = 3.02, p<.001
	d.	2. BF	,06 ns	,64	
	c.	SCL-04	,40 ***	4,02	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 **	2,69	Z = 3.86, p<.001
	d.	2. BF	,00 ns	,01	
	c.	SCL-04	,60 ***	6,83	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,34 ***	3,65	Z = 4.13, p<.001
	d.	2. BF	,05 ns	,65	
	c.	SCL-04	,68 ***	8,67	
GSI	**a.**	1. BF	,41 ***	4,55	Z = 4.51, p<.001
	d.	2. BF	,05 ns	,98	
	c.	SCL-04	,84 ***	15,25	
PSDI	**a.**	1. BF	,41 ***	4,46	Z = 4.08, p<.001
	d.	2. BF	,13 +	1,68	
	c.	SCL-04	,65 ***	8,31	
PST	**a.**	1. BF	,29 **	2,94	Z = 4.27, p<.001
	d.	2. BF	-,04 ns	-,52	
	c.	SCL-04	,76 ***	10,12	

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Lustlosigkeit A (+)	**a.**	1. BF	,59 ***	7,26	--
	d.	2. BF	,46 ***	5,46	
	c.	SCL-04	,28 **	3,34	
Freude A +	**a.**	1. BF	-,35 ***	- 3,81	Z = 5.44, p<.001
	d.	2. BF	-,14 ns	- 1,59	
	c.	SCL-04	-,49 ***	- 5,44	
Aktivierung T +	**a.**	1. BF	-,31 **	- 3,25	Z = 3.30, p<.01
	d.	2. BF	,16 ns	2,15	
	c.	SCL-04	-,33 **	- 3,30	
Gelassenheit A (-)	**a.**	1. BF	-,26 **	- 2,66	Z = 3.46, p<.001
	d.	2. BF	-,05 ns	-,48	
	c.	SCL-04	-,49 ***	- 5,20	
Traurigkeit/ Hilflosigkeit A -	**a.**	1. BF	,45 ***	5,00	--
	d.	2. BF	,26 **	2,95	
	c.	SCL-04	,43 ***	4,77	
Erregung T -	**a.**	1. BF	,47 ***	5,33	--
	d.	2. BF	,33 ***	3,61	
	c.	SCL-04	,32 **	3,43	
Ärger	**a.**	1. BF	,29 **	3,03	--
	d.	2. BF	,21 *	1,99	
	c.	SCL-04	,19 +	1,86	

4.2.1.2 Skala Ängstlichkeit des SCL-90 als Mediator

Ganze Stichprobe

		Beta	T
b.	BF	,23 *	2,41

Abhängige Variable: SCL-05

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,35 ***	3,72	--
	d.	2. BF	,28 **	3,05	
	c.	SCL-05	,28 **	3,05	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,42 ***	4,59	--
	d.	2. BF	,36 ***	3,97	
	c.	SCL-05	,25 **	2,75	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,29 **	- 3,02	--
	d.	2. BF	-,23 *	- 2,43	
	c.	SCL-05	-,24 *	- 2,50	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,34 **	- 3,60	--
	d.	2. BF	-,30 **	- 3,14	
	c.	SCL-05	-,16 +	- 1,68	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	-,28 **	2,91	--
	d.	2. BF	,23 *	2,42	
	c.	SCL-05	,22 *	2,30	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,26 **	2,74	--
	d.	2. BF	,16 +	1,83	
	c.	SCL-05	,43 ***	4,81	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,47 ***	5,27	--
	d.	2. BF	,36 ***	4,56	
	c.	SCL-05	,47 ***	6,06	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,44 ***	4,87	--
	d.	2. BF	,31 ***	4,15	
	c.	SCL-05	,56 ***	7,51	
Depressivität	**a.**	1. BF	,43 ***	4,73	--
	d.	2. BF	,29 ***	4,00	
	c.	SCL-05	,57 ***	7,85	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,16 ns	1,65	--
	d.	2. BF	,05 ns	,55	
	c.	SCL-05	,49 ***	5,45	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,24 *	2,43	Z = 2.31, p<.05
	d.	2. BF	,08 ns	1,06	
	c.	SCL-05	,67 ***	9,04	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 **	2,69	Z = 2.28, p<.05
	d.	2. BF	,12 ns	1,50	
	c.	SCL-05	,60 ***	7,51	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,34 ***	3,65	--
	d.	2. BF	,20 **	2,66	
	c.	SCL-05	,61 ***	8,09	
GSI	**a.**	1. BF	,41 ***	4,55	--
	d.	2. BF	,25 ***	4,05	
	c.	SCL-05	,71 ***	11,64	
PSDI	**a.**	1. BF	,41 ***	4,46	--
	d.	2. BF	,27 ***	3,65	
	c.	SCL-05	,57 ***	7,66	
PST	**a.**	1. BF	,29 **	2,94	--
	d.	2. BF	,12 +	1,73	
	c.	SCL-05	,70 ***	9,89	

4.2.2 Skalen des BEF-3

4.2.2.1 Skala Lustlosigkeit des BEF-3 als Mediator

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,56 ***	7,43

Abhängige Variable: Lustlosigkeit A (+)

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,21 *	2,20	
	c.	Lustlosigkeit	,34 ***	3,54	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	.43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	.25 **	2,64	
	c.	Lustlosigkeit	.33 ***	3,55	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	Z = 4.35, p<.001
	d.	2. BF	,05 ns	,54	
	c.	Lustlosigkeit	-,51 ***	-5,41	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	Z = - 1,82, +
	d.	2. BF	-,09 ns	-,87	
	c.	Lustlosigkeit	-,20 +	-1,89	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 ***	3,37	Z = 4.03, p<.001
	d.	2. BF	*,03 ns*	,35	
	c.	Lustlosigkeit	,46 ***	4,84	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	Z = 2.40, p<.05
	d.	2. BF	,08 ns	,46	
	c.	Lustlosigkeit	,41 *	2,56	
Unsicherheit in Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	Z = 1.69, p<.10
	d.	2. BF	,22 ns	1,36	
	c.	Lustlosigkeit	,28 +	1,76	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	Z = 2.38, p<.05
	d.	2. BF	,02 ns	,10	
	c.	Lustlosigkeit	,42 *	2,53	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,17 ns	,94	
	c.	Lustlosigkeit	,14 ns	,78	
GSI	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	Z = 1.72, p<.10
	d.	2. BF	,07 ns	,40	
	c.	Lustlosigkeit	,31 +	1,78	
PSDI	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	Z = 1.69, p<.10
	d.	2. BF	,11 ns	,66	
	c.	Lustlosigkeit	,30 +	1,75	

4.2.2.1 Skala Lustlosigkeit des BEF-3 als Mediator

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	BF	,63 ***	9,31

Abhängige Variable: Lustlosigkeit A (+)

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	Z = 3.89, p<.001
	d.	2. BF	,17 +	1,83	
	c.	Lustlosigkeit	,40 ***	4,30	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	d.	2. BF	,20 *	2,28	
	c.	Lustlosigkeit	,45 ***	5,05	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	-7,15	Z = 6.29, p<.001
	d.	2. BF	-,12 ns	-1,56	
	c.	Lustlosigkeit	-,65 ***	-8,57	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	-6,4	--
	d.	2. BF	-,19 *	-2,09	
	c.	Lustlosigkeit	-,47***	-5,29	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	Z = 5.06, p<.001
	d.	2. BF	-,00 ns	-,04	
	c.	Lustlosigkeit	,56 ***	6,06	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	-,05 ns	-,62	--
	d.	2. BF	,09 ns	,83	
	c.	Lustlosigkeit	-,23 *	-2,11	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	Z = 2.79, p<.01
	d.	2. BF	,20 ns	1,37	
	c.	Lustlosigkeit	,43 **	2,94	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,60 ***	5,06	--
	d.	2. BF	,38 **	2,95	
	c.	Lustlosigkeit	,41 **	3,24	
Unsicherheit in Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,41 ***	2,68	
	c.	Lustlosigkeit	,15 ns	,95	
Depressivität	**a.**	1. BF	,58 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,42 **	3,08	
	c.	Lustlosigkeit	,30 *	2,17	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	--
	d.	2. BF	,38 *	2,31	
	c.	Lustlosigkeit	-,02 ns	-,10	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,34 *	2,21	
	c.	Lustlosigkeit	,19 ns	1,20	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,30 +	1,82	
	c.	Lustlosigkeit	,05 ns	,31	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,33 +	1,97	
	c.	Lustlosigkeit	-,13 ns	-,79	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,47 **	3,14	
	c.	Lustlosigkeit	,09 ns	,62	
GSI	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,44 **	3,15	
	c.	Lustlosigkeit	,26 +	1,90	
PSDI	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,42 **	2,90	
	c.	Lustlosigkeit	,22 ns	1,49	

4.2.2.1 Skala Erregung des BEF-3 als Mediator

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,43***	5,27

Abhängige Variable: Erregung T -

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,23 **	2,68	
	c.	Erregung	,40 ***	4,69	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,26 **	3,18	
	c.	Erregung	,39 ***	4,71	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	-2,68	Z = -3.19, p<.05
	d.	2. BF	-,08 ns	-,82	
	c.	Erregung	-,37 ***	-4,08	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	-2,28	--
	d.	2. BF	-,16 +	-1,66	
	c.	Erregung	-,09 ns	-,93	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 ***	3,37	Z = 3.96, p<.001
	d.	2. BF	,07 ns	,84	
	c.	Erregung	,51 ***	6,12	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	Z = 1.94, p<.10
	d.	2. BF	,23 +	1,69	
	c.	Erregung	,29 *	2,12	
Unsicherheit in Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,35 *	2,54	
	c.	Erregung	,15 ns	1,11	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	Z = 1.92, p<.10
	d.	2. BF	,17 ns	1,25	
	c.	Erregung	,29 *	2,10	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	--
	d.	2. BF	,19 ns	1,30	
	c.	Erregung	,17 ns	1,19	
GSI	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	Z = 1.68, p<.10
	d.	2. BF	,17 ns	1,18	
	c.	Erregung	,25 +	1,80	
PSDI	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	--
	d.	2. BF	,23 ns	1,60	
	c.	Erregung	,20 ns	1,40	

4.2.2.1 Skala Erregung des BEF-3

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,54 ***	7,50

Abhängige Variable: Erregung T -

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	Z=5.34, p <.001
	d.	2. BF	,10 ns	1,31	
	c.	Erregung	,60 ***	7,67	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	--
	d.	2. BF	,20 *	2,56	
	c.	Erregung	,52 ***	6,73	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	-7,15	--
	d.	2. BF	-,39 ***	-4,63	
	c.	Erregung	-,24 **	-2,81	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	-6,32	--
	d.	2. BF	-,36 ***	-4,05	
	c.	Erregung	-,22 *	-2,50	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	Z= 4.44 p<.001
	d.	2. BF	,08 ns	,96	
	c.	Erregung	,48 ***	5,55	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	Z= 2.19 p<.05
	d.	2. BF	,22 ns	1,43	
	c.	Erregung	,36 *	2,31	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,60 ***	5.06	--
	d.	2. BF	,44 **	3,16	
	c.	Erregung	,27 +	1,10	
Unsicherheit in Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,39 *	2,47	
	c.	Erregung	,17 ns	1,09	
Depressivität	**a.**	1. BF	,58 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,36 *	2,65	
	c.	Erregung	,38 **	2,73	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	Z= 2.37 p<.05
	d.	2. BF	,14 ns	,89	
	c.	Erregung	,40 *	2,52	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	Z= 1.97 p<.05
	d.	2. BF	,26 ns	1,66	
	c.	Erregung	,32 *	2,06	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,36 *	2,08	
	c.	Erregung	-,05 ns	-,27	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,15 ns	,86	
	c.	Erregung	,20 ns	1,13	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,46 **	2,98	
	c.	Erregung	,10 ns	,67	
GSI	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,44 **	3,06	
	c.	Erregung	,24 ns	1,63	
PSDI	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,25 +	1,80	
	c.	Erregung	,46 **	3,26	
PST	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,44 **	2,89	
	c.	Erregung	,18 ns	1,16	

4.2.2.3 Skala Traurigkeit des BEF-3

Alte Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,48 ***	6,11

Abhängige Variable: Traurigkeit

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,40 ***	4,80	--
	d.	2. BF	,21*	2,40	
	c.	Traurigkeit	,39 ***	4,38	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,43 ***	5,31	--
	d.	2. BF	,24 **	2,79	
	c.	Traurigkeit	,40 ***	4,65	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,24 **	- 2,68	Z= 3.81
	d.	2. BF	-,02 ns	-,19	p<.001
	c.	Traurigkeit	-,45 ***	- 4,93	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,20 *	- 2,28	--
	d.	2. BF	-,14 ns	- 1,40	
	c.	Traurigkeit	-,13 ns	- 1,25	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,29 ***	3,37	Z= 3.78
	d.	2. BF	,07 ns	,86	p<.001
	c.	Traurigkeit	,44 ***	4,89	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,34 **	2,66	Z= 3.13
	d.	2. BF	,13 ns	1,01	p<.001
	c.	Traurigkeit	,48 **	3,69	
Unsicherheit im Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,41 **	3,24	--
	d.	2. BF	,27 *	2,02	
	c.	Traurigkeit	,30 *	2,19	
Depressivität	**a.**	1. BF	,29 *	2,19	Z= 3.71
	d.	2. BF	,10 ns	,75	p<.01
	c.	Traurigkeit	,42 **	3,06	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,92	Z= 1.92
	d.	2. BF	,12 ns	,86	p<.05
	c.	Traurigkeit	,30 *	2,05	
GSI	**a.**	1. BF	,27 *	2,01	Z= 2.44
	d.	2. BF	,10 ns	,70	p<.10
	c.	Traurigkeit	,38 **	2,70	
PSDI	**a.**	1. BF	,30 *	2,32	Z= 1.69
	d.	2. BF	,19 ns	1,32	p<.10
	c.	Traurigkeit	,26 +	1,79	

4.2.2.3 Skala Traurigkeit des BEF-3

Neue Stichprobe

		Beta	T
b.	**BF**	,51 ***	6,82

Abhängige Variable: Traurigkeit T -

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,43 ***	5,45	Z= 5.30
	d.	2. BF	,10 ns	1,32	p<.001
	c.	Traurigkeit	,63 ***	8,53	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,48 ***	6,41	Z= 4.99
	d.	2. BF	,20 ns	2,67	p<.001
	c.	Traurigkeit	,55 ***	7,40	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,52 ***	-7,15	--
	d.	2. BF	-,33 ***	- 4,14	
	c.	Traurigkeit	-,37 ***	- 4,59	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,48 ***	-6,32	--
	d.	2. BF	-,31***	- 3,70	
	c.	Traurigkeit	-,34 ***	- 4,52	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BF	,35 ***	4,27	Z= 4.57
	d.	2. BF	,08 ns	,92	p<.001
	c.	Traurigkeit	,52 ***	6,22	
Somatisierung	**a.**	1. BF	,43 **	3,22	--
	d.	2. BF	,29 *	2,03	
	c.	Traurigkeit	,31 *	2,14	
Zwanghaftigkeit	**a.**	1. BF	,60 ***	5.06	--
	d.	2. BF	,44 ***	3,58	
	c.	Traurigkeit	,34 **	2,79	
Unsicherheit in Sozialkontakt	**a.**	1. BF	,49 ***	3,78	--
	d.	2. BF	,35 *	2,50	
	c.	Traurigkeit	,31 *	2,27	
Depressivität	**a.**	1. BF	,58 ***	4,83	--
	d.	2. BF	,37 **	3,17	
	c.	Traurigkeit	,46 ***	3,96	
Ängstlichkeit	**a.**	1. BF	,37 **	2,70	Z= 2.50
	d.	2. BF	,20 ns	1,36	p<.05
	c.	Traurigkeit	,39 *	2,71	
Aggressivität / Feindseligkeit	**a.**	1. BF	,44 **	3,36	--
	d.	2. BF	,27 *	1,94	
	c.	Traurigkeit	,40 **	2,88	
Phobische Angst	**a.**	1. BF	,33 *	2,37	--
	d.	2. BF	,32 *	2,02	
	c.	Traurigkeit	,03 ns	,17	
Paranoides Denken	**a.**	1. BF	,26 +	1,84	--
	d.	2. BF	,16 ns	,99	
	c.	Traurigkeit	,24 ns	1,49	
Psychotizismus	**a.**	1. BF	,52 ***	4,13	--
	d.	2. BF	,44 **	3,16	
	c.	Traurigkeit	,17 ns	1,21	
GSI	**a.**	1. BF	,58 ***	4,81	--
	d.	2. BF	,44 **	3,42	
	c.	Traurigkeit	,31 *	2,45	
PSDI	**a.**	1. BF	,52 ***	4,08	--
	d.	2. BF	,33 *	2,57	
	c.	Traurigkeit	,41 **	3,13	
PST	**a.**	1. BF	,54 ***	4,33	--
	d.	2. BF	,39 **	2,96	
	c.	Traurigkeit	,33 *	2,46	

4.3 State versus Trate Varianten von Depression

4.3.3 Der depressive Stil als Mediator zwischen Bedürfnisfrustration/Stressfaktoren und Symptomentstehung nach Medianteilung der Stichprobe in niedrige und hohe Depressivität

4.3.3.1 Bedürfnisfrustration als Prädiktor:

Gruppe 1: Niedrigen Ausprägung im Depressivität (SCL-04)

		Beta	T
b.	**BF**	,53 ***	4,38

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,27 +	1,99	Z= 2.21
	d.	2. BF	,06 ns	,39	p<.05
	c.	DP	,40 *	2,64	
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BF	-,28 *	- 2,03	Z= 2.21
	d.	2. BF	-,06 ns	-,42	p<.05
	c.	DP	-,41 *	- 2,64	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BF	-,40 **	- 3,07	Z= 2.67
	d.	2. BF	-,15 ns	- 1,04	p<.01
	c.	DP	-,48 **	- 3,45	

Gruppe 2: Hohe Werte in Depressivität (SCL-04)

		Beta	T
a.	**BF**	,66 ***	6,13

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Symptomausprägung	**a.**	1. BF	,26 *	2,07	Z= 1.77
	d.	2. BF	,05 ns	,27	p<.10
	c.	DP	,33 +	1,87	
Negative Emotionalität	**a.**	1. BF	,32 *	2,41	Z= 2.18
	d.	2. BF	,06 ns	,35	p<.05
	c.	DP	,40 *	2,36	
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BF	,52 ***	4,33	Z= 1.79
	d.	2. BF	,10 ns	,75	p<.01
	c.	DP	,30 +	1,90	
Depressivität	**a.**	1. BF	,39 **	2,98	Z= 2.49
	d.	2. BF	,13 ns	,76	p<.05
	c.	DP	,40 *	2,45	

4.3.3.2 Belastung als Prädiktor

Gruppe 1: Niedrigen Ausprägung im Depressivität (SCL-04)

		Beta	T
b.	**BELASTUNG**	,51 ***	4,12

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Aktivität / Impulsivität	**a.**	1. BELASTUNG	-,41 **	- 3,11	Z= 1.86
	d.	2. BELASTUNG	-,25 ns	- 1,69	p<.10
	c.	DP	-,31 *	- 2,14	
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BELASTUNG	-,34 *	- 2,57	Z= 2.73
	d.	2. BELASTUNG	-,08 ns	-,59	p<.01
	c.	DP	-,52 ***	- 3,74	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BELASTUNG	,40 ***	3,09	Z= 1.98
	d.	2. BELASTUNG	,23 ns	1,60	p<.05
	c.	DP	,34 *	2,33	

Gruppe 2: Hohe Werte in Depressivität (SCL-04)

		Beta	T
b.	**BF**	,33 *	2,49

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BELASTUNG	,38 **	2,94	Z= 1.96
	d.	2. BELASTUNG	,24 ns	1,91	p<.05
	c.	DP	,43 ***	3,43	
Depressivität	**a.**	1. BELASTUNG	,28 *	2,07	Z= 1.94
	d.	2. BELASTUNG	,14 ns	1,03	p<.05
	c.	DP	,44 **	3,35	
GSI	**a.**	1. BELASTUNG	,31 *	2,33	Z= 1.51
	d.	2. BELASTUNG	,22 ns	1,59	p<.10
	c.	DP	,28 *	2,04	

4.3.3.3 Bedrohung als Prädiktor

Gruppe 1: Niedrigen Ausprägung im Depressivität (SCL-04)

		Beta	T
b.	**BEDROHUNG**	,56 ***	4,73

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Beziehungszufriedenheit	**a.**	1. BEDROHUNG	-,33 *	- 2,46	Z= 2.91
	d.	2. BEDROHUNG	-,03 ns	-,18	p<.01
	c.	DP	-,54 ***	- 3,77	
Körperliche Beschwerden	**a.**	1. BEDROHUNG	-,25 +	1,80	Z= 2.49
	d.	2. BEDROHUNG	-,01 ns	-,06	p<.05
	c.	DP	,46 *	2,99	

Gruppe 2: Hohe Werte in Depressivität (SCL-04)

		Beta	T
b.	**BEDROHUNG**	,27 *	1,99

Abhängige Variable: DP

Abhängige Variable (Kriterium)			Beta	T	Sobel Test
Zwanghaftigkeit (SCL-90)	**a.**	1. BEDROHUNG	,34 *	2,59	Z= 1.70
	d.	2. BEDROHUNG	,22 ns	1,80	p<.10
	c.	DP	,45 ***	3,65	
Depressivität	**a.**	1. BEDROHUNG	,27 *	2,01	Z= 1.67
	d.	2. BEDROHUNG	,15 ns	1,20	p<.10
	c.	DP	,44 ***	3,46	
GSI	**a.**	1. BEDROHUNG	,30 *	2,23	Z= 1.66
	d.	2. BEDROHUNG	,22 ns	1,63	p<.10
	c.	DP	,40 **	3,34	