

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

**Mehrdimensionale Diagnostik von Abwehrmechanismen bei Patienten
mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen**

Alexander Holst

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität zur Erlangung des akademischen Doktorgrades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. P. Buchheim, em.
2. Univ.-Prof. Dr. M. von Rad, em.
3. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 17.02.2005 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 08.02.2006 angenommen.

Inhaltsverzeichnis	2
A Einleitung	8
B Literatur zum Thema	10
I. Aktuelle Entwicklungen in der klinisch-phänomenologischen Diagnostik von Borderlinepersönlichkeitsstörungen, BPS	10
1.0 Die BPS im DSM-III-R / IV	10
2.0 Die BPS in der ICD-10	10
II. Entwicklung psychodynamischer Klassifikation von Borderlinepersönlichkeitsstörungen	10
1.0 Konzepte und Instrumente zur BPS	10
2.0 Das psychodynamische Konzept der BPS nach Kernberg	12
2.1.1 Identitätsdiffusion	13
2.1.2 primitive Abwehrmechanismen	13
2.1.3 intakte Realitätsprüfung	14
2.2 Das Strukturelle Interview nach Kernberg	15
3.0 Entwicklung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik	15
3.1 Frühe Entwicklungen	15
3.2 Die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – OPD	16

4.0	Die klinische Bedeutung von Abwehrmechanismen und ihre Beziehung zur Persönlichkeitsstruktur	17
III	Instrumente zur Diagnostik von Abwehrmechanismen und Persönlichkeitsstörung	19
1.	Selbstbeurteilungsfragebögen	19
1.1	Persönlichkeitsstörungen	19
1.2	Abwehrmechanismen	20
2.	Semistrukturierte Interviews	20
2.1	Persönlichkeitsstörungen	20
2.2	Abwehrmechanismen	21
3.	Projektive Tests	21
3.1	Rorschach-Test bei BPS	21
3.2	Defense Mechanism Test (DMT)	22
3.3	Abwehrmechanismen-Computer-Test (ACT)	22
C	Ziele, Fragestellungen u. Hypothesen der Untersuchung	24
D	Untersuchungsgut und Methodik	24
1.0	Instrumente der Untersuchung	24
1.1	SKID-II	25
1.2	Operationalisierung der Abwehr gem. OPD	27

1.3	Der ACT	31
1.3.1	Grundlage für den ACT	31
1.3.2	Die Bilder des ACT	33
1.3.3	Abwehrmechanismen im ACT	33
1.3.4	Testvorbereitung	37
1.3.5	Testdurchführung	38
1.3.6	Testauswertung	40
2.	Rekrutierung der Stichprobe	43
2.1	Einschlusskriterien	43
2.2	Ausschlusskriterien	43
E	Soziodemografische Daten und diagnostische Stichprobe	44
1.	Befunde zu demografischen Daten	44
2.	Befunde zur DSM-III-R-Diagnostik	46
3.	Befunde zur Abwehrdiagnostik gem. OPD	48
4.	Befunde im ACT	51
4.1	Häufigste Abwehrmechanismen insgesamt	51
4.2	Art der Abwehrmechanismen, aufgeteilt nach Bewusstseinsniveaus	53
4.2.1	Auf Niveau „bewusst“	53
4.2.2	Auf Niveau „vorbewusst“	54
4.2.3	Auf Niveau „unbewusst“	55

4.3	Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT	56
4.3.1	Anzahl insgesamt	56
4.3.2	Auf Niveau „bewusst“	57
4.3.3	Auf Niveau „vorbewusst“	58
4.4.4	Auf Niveau „unbewusst“	59
F	Ergebnisse	60
1.	Ergebnisse zu Hypothese I	60
1.1	Typische Abwehrmechanismen im ACT	60
1.2	Befunde zum Abwehrmechanismus „Verleugnung“ im ACT	63
2.	Ergebnisse zu Hypothese II	65
2.1.	Art der Abwehr im ACT und Anzahl der komorbiden Achse-II-Diagnosen	66
2.1.1	PRO im ACT und komorbide Achse-II-Diagnosen	66
2.1.2	MINT im ACT und komorbide Achse-II-Diagnosen	67
2.1.3	INTRO im ACT und komorbide Achse-II-Diagnosen	68
2.2	Vorherrschende Abwehrmechanismen im ACT und häufigste komorbide Per- sönlichkeitsstörungen im DSM-III-R	70
2.3	Abwehr in der OPD und komorbide Ach- se-II-Diagnostik im DSM-III-R	72

2.3.1	„Projektive Identifizierung“ und komorbide DSM-III-R-Diagnosen	72
2.3.2	„Spaltung“ und komorbide DSM-III-R-Diagnosen	74
2.4	Abwehrmechanismen im ACT und in der OPD	75
2.4.1	PRO im ACT und „Projektive Identifizierung“ in der OPD	75
2.4.2	PRO im ACT und „Spaltung“ in der OPD	77
2.4.3	INTRO im ACT und „Projektive Identifizierung“ in der OPD	78
2.4.4	INTRO im ACT und „Spaltung“ in der OPD	79
2.4.5	MINT im ACT und „projektive Identifizierung“ in der OPD	80
2.4.6	MINT im ACT und „Spaltung“ in der OPD	81
G	Diskussion	82
H	Zusammenfassung	90
I	Literaturverzeichnis	93
K	Anhang	106

1. Verzeichnis der Tabellen	106
2. Fragebögen	118
2.1 Eingangsfragen des SKID-II	126
2.2 Fragenkatalog des SKID-II	127
3. Abkürzungsverzeichnis	
Danksagung	133
Lebenslauf	134

A EINLEITUNG

Unter den Persönlichkeitsstörungen nimmt die Borderlinepersönlichkeitsstörung, BPS, eine besondere Rolle ein, da sie mit einer Prävalenz von 30-60% unter den Persönlichkeitsstörungen die größte Gruppe darstellt.

In der Allgemeinbevölkerung wird die Prävalenz auf insgesamt ca. 2% geschätzt. Bei ambulanten psychiatrischen Patienten schätzt man die Zahl auf ca. 10% bzw. 20% bei stationären psychiatrischen Patienten (3).

BPS finden sich gemäß den heute gültigen Diagnosekriterien operationalisiert im Kapitel F6 der ICD-10 (21) bzw. in der Achse II der DSM-IV (4), wobei beide jedoch lediglich eine ausschließlich phänomenologische Klassifikation darstellen.

Begriffe wie „bewusst“ oder „unbewusst“, die u. a. wesentliche Bestandteile tiefenpsychologischen Denkens sind, werden mittels phänomenologischer Diagnostik nicht erfasst obwohl Abwehrmechanismen sowohl im DSM-III-R (1) wie auch im aktuellen DSM-IV (5) als Teil der Diagnostik Erwähnung finden.

Die Autoren der OPD, der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, starteten den Versuch, gleichzeitig allgemein gültige Standards zu berücksichtigen, als auch dem psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten zusätzlich auf insgesamt fünf Achsen operationalisiert Hinweise auf das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen, wie auch auf die Beziehungsgestaltung, die Konfliktebene und die Struktur des Probanden zu geben (71).

Die Unterteilung der einzelnen Niveaus der „Abwehr“ in der OPD von „gut integriert“ bis „desintegriert“ sind zwar durch die

dort aufgeführten Abwehrmechanismen eindeutig, lassen jedoch der Interpretation des jeweiligen Untersuchers Spielraum.

Erste Veröffentlichungen zur Strukturachse der OPD liegen bereits vor (39).

Ziel dieser Arbeit ist es, ein weiteres Verfahren, den Abwehrmechanismen-Computer-Test, ACT (33), einzusetzen und somit die phänomenologische Diagnostik des DSM-III-R und die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik, OPD, um eine computergestützte Mehrebenendiagnostik zu erweitern. Nach Krause verbiete sich eh eine eindimensionale Erfassung von Abwehrmechanismen (62).

Der ACT, dessen Grundlage die sog. Perzeptgenese ist (59), stellt eine Weiterentwicklung des DMT, Defense Mechanism Test dar und ist in der Lage, mittels subliminaler Wahrnehmung Abwehrstrukturen auf verschiedenen Ebenen zu erfassen und könnte so bei der Diagnostik des Strukturniveaus ein neues Fenster darstellen.

Der ACT wird hierzu bei einer Gruppe von Patienten mit einer BPS gem. DSM-III-R eingesetzt und es wird versucht, einen Vergleich der durch dieses Instrument ermittelten Abwehrmechanismen denjenigen gegenüberzustellen, die durch die klinische Einschätzung mittels der Kriterien der OPD vom Untersucher gefunden wurden.

Als diagnostisches Instrument für die BPS wurde der SKID-II gewählt. Da der SKID-II sich jedoch auf die Kriterien des DSM-III-R bezieht und nicht auf das aktuelle DSM-IV wird in dieser Arbeit demnach auf das DSM-III-R Bezug genommen.

Besonderes Interesse in dieser Arbeit gilt hierbei dem Finden von für die Probanden spezifischen, sog. „frühen“ Abwehrmechanismen im ACT.

B Literatur zum Thema

I Aktuelle Entwicklungen in der klinisch/phänomenologischen Diagnostik von BPS

Die BPS ist sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 rein phänomenologisch beschrieben. Abwehrmechanismen sind bei ihnen nicht Teil der Diagnostik.

1. Die Borderlinepersönlichkeitsstörung im DSM-III-R / IV

Die Borderlinepersönlichkeitsstörung findet sich im DSM-IV im Cluster B (3), zusammen mit der antisozialen, der histrionischen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Ihnen gemeinsam ist, dass sie als dramatisch, emotional und launisch beschrieben werden (Tabelle E).

Für die Diagnose der Borderlinepersönlichkeitsstörungen sind gem. DSM-IV neun Kriterien vorgesehen, von denen insgesamt mindestens fünf zutreffen müssen (Tabelle F).

2. Die Borderlinepersönlichkeitsstörung in der ICD-10

Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung „Borderline Typus“, Kapitel V (F) 60.31, handelt es sich gem. ICD 10 um eine Persönlichkeitsstörung, bei welcher einige Kennzeichen emotionaler Instabilität vorhanden sind, jedoch sind zusätzlich oft das eigene Selbstbild, die Ziele sowie die sog. „inneren Präferenzen“ gestört. Die Neigung zu intensiven, unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten Krisen führen mit Suiziddrohungen, selbstbeschädigenden Handlungen, auch ohne deutliche Auslöser (19).

II Entwicklung psychodynamischer Klassifikation von „Borderlinepersönlichkeitsstörungen“

1.0 Konzepte und Instrumente zur Borderlinepersönlichkeitsstörung

Helene Deutsch sprach bereits 1934 von den sog. „Als-ob“-Persönlichkeiten (15). In seinen „frühen Schriften“ beschrieb W. Reich den sog. „triebhaften Charakter“ (77). Der Begriff „Borderline“ hingegen wurde erstmals von Stern (1938) verwendet (80). Knight bezeichnete (1954) die bei seinen Patienten gefundenen Zustände „borderline state“ (57), und bezog sich auf Studien von Hoch und Polatin (1949) sowie Hoch und Catell (1959), die das Störungsbild „pseudoneurotische Schizophrenie“ nannten (43, 44). Rado (1956) sprach von einer sog. „extractive disorder“ (76). 1959 unterteilten Hoch und Polatin die Merkmale in pan-neurosis, pan-anxiety, pan-sexuality (39).

Weinshel (1968) schlug vor, den borderline-state als akuten Zustand (87) zu verwenden, Grinker, Werble & Drye (1968) schlugen vor, „Borderline“ lediglich als Syndrom von Verhaltensauffälligkeiten zu verwenden (40). Zetzel ordnete „Borderline“ einer nosologischen Gruppe zu (88). Cary (1972) verwendete „Borderline“ tiefenpsychologisch (15). Giovacchini (1973) bezeichnete mit „Borderline“ eine Charakterstörung (32). Anstöße, die BPS von den schizoiden, später auch schizotypischen Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen stammen vom von Gunderson und Kolb (1981) entwickelten „Diagnostischen Interview für Borderline-Patienten“, DIB (41) (Tabelle A). Die Gütekriterien des DIB wurden von Eckert et al. (1987) überprüft (20).

Nach Rohde-Dachser (1989) sollte die Borderline-Diagnose erwogen werden, wenn mindestens 2 von 13 von ihr beschriebenen Symptomen gleichzeitig auftraten (79) (Tabelle B).

Auf das spätere DSM-Konzept der Borderlinepersönlichkeitsstörung hatten Grinker, Werble & Drye (1968) einen wesentlichen Einfluß (40).

2.0 Das psychodynamische Konzept der Borderlinepersönlichkeit nach Kernberg

Der Begriff „Borderline“ wird je nach diagnostischer Grundlage als Borderlinepersönlichkeits“störung“ oder als Borderlinepersönlichkeits“organisation“ verwendet. Die Kriterien von Gunderson (Tabelle A), von Kernberg (50) und von der DSM-IV (Tabelle F) unterscheiden sich nämlich diesbezüglich.

Der Begriff „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ meint dabei eher die von Kernberg angeführten Kriterien, der die Diagnose von einer strukturellen Analyse abhängig macht (Tabelle 1), „Borderlinepersönlichkeitsstörung“ hingegen lehnt sich eher an Gunderson und das DSM-III-R und das DSM-IV Konzept an.

Tabelle 1: Grundlagen struktureller Analyse nach Kernberg

1. Identitätsdiffusion
2. Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen
3. intakte Realitätsprüfung

2.1.1 Identitätsdiffusion

Wesentliche Merkmale für die Diagnose einer Borderlinepersönlichkeitsorganisation seien nach Kernberg hierbei u. a. die sog. Identitätsdiffusion. Der von Erikson (24) entlehnte Begriff meint die Unfähigkeit des Subjektes, ein stabiles Bild von sich oder anderen zu bilden, was zu schweren Verzerrungen im zwischenmenschlichen Bereich führt.

2.1.2 primitive Abwehrmechanismen

Des weiteren seien nach Kernberg die eben aus der Identitätsdiffusion resultierenden typischen Abwehrmechanismen richtungsweisend für die Diagnose.

Die sog. primitiven Abwehrmechanismen gruppieren sich nach Kernberg um den Mechanismus der Spaltung, bei der es zu völliger Trennung gegensätzlicher Konzepte für sich selbst oder auch für die ihnen nahe stehenden Personen kommt.

Die Spaltung wird ergänzt um primitive Idealisierung, Entwertung, Omnipotenz, Verleugnung und projektive Identifizierung (Tabelle 2)

Tabelle 2: Primitive Abwehrmechanismen nach Kernberg

1. Spaltung
2. primitive Idealisierung
3. Omnipotenz und Entwertung
4. Verleugnung
5. projektive Identifizierung

2.1.2.1 Spaltung

Beim Borderliner ergibt sich die Spaltung einfach aus der noch mangelhaften Integrationsleistung des Ich.

2.1.2.2 Primitive Idealisierung

Bei diesem Abwehrmechanismus werden bestimmte Objekte zu „total guten“ gemacht, anderen hingegen entwertet.

2.1.2.3 Omnipotenz und Entwertung

Omnipotenz und Entwertung sind nach Kernberg direkte Manifestationen der Benutzung primitiver Introjektionen und Identifizierungen zu Abwehrzwecken.

2.1.2.4 Verleugnung

Bei diesem Abwehrmechanismus werden Emotionen verleugnet, d. h., ein bestimmter Sektor seines inneren subjektiven Erlebens oder der wahrgenommenen Außenwelt wird einfach skotomisiert.

2.1.2.5 Projektive Identifizierung

Der Hauptzweck der Projektion besteht nach Kernberg in der Externalisierung total böser Selbst- und Objektimages. Hierbei entstehen vergeltungssüchtige Objekte, gegen die der Borderliner sich zur Wehr setzen muß.

2.1.3 intakte Realitätsprüfung

Die Realitätsprüfung ist bei Borderlinern in der Regel erhalten. Jedoch ist die Wahrnehmung der eigenen Identität ebenso eingeschränkt wie das Bild von anderen, die durch die Spaltungs-

mechanismen entweder idealisiert oder als verfolgend wahrgenommen werden. Die Realitätsprüfung sei nach Kernberg nur unter Drogeneinfluß oder ungünstigem therapeutischen Verlauf beeinträchtigt (52).

Kernbergs „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ ist demnach keine nosologische Einheit sondern ein strukturelles Organisationsniveau.

2.2 Das Strukturelle Interview nach Kernberg

Im Mittelpunkt des Strukturellen Interviews nach Kernberg steht der Versuch, die Geschichte der persönlichen Erkrankung des Patienten und sein allgemeines psychisches Funktionieren in direkte Beziehung zur Interaktion des Patienten mit dem Diagnostiker zu bringen. Es geht dabei um ein relativ frei geführtes Interview entlang einem Leitfaden, der das Wechselspiel zwischen Exploration und psychodynamisch geführtem Interview erlaubt (51).

3.0 Entwicklung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik

3.1 Frühe Entwicklungen

Neben der Symptomatik sollten im sog. Hamstead-Index (23) die Biografie, die Triebentwicklung sowie die Charakteristik der Ich-Funktionen und des Über-Ichs wie auch Fixierungspunkte und Regressionstendenzen und Konfliktmerkmale differenziert werden. Blanck und Blanck (7, 8) ordneten Patienten drei Entwicklungskategorien des Ichs zu. Bibring et al. entwickelten eine neue Fassung bereits teiloperationalisierter Abwehrmechanismen (6). Das Karolinska Psychodynamic Profile mit seinen

18 Subskalen von Weinryb und Rössel zeigt als systematisches Ratinginstrument ausreichend Interrater-Reliabilität (86). Die Definition von ideographischen Basiskonzepten Perrys et al. (73) waren Vorarbeiten zur Systematisierung von Abwehrmechanismen. Ein Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme legten Horowitz et al. bereits 1988 vor (44).

Gem. W. Steffens und H. Kächele (49) muß "jeder Versuch, eine Taxonomie der Abwehrvorgänge vorzunehmen, auf dem Hintergrund der Widersprüche gesehen werden, die sich daraus ergeben, dass sich die theoretische Entwicklung der Psychoanalyse vom klassischen triebtheoretischen wie auch vom ichpsychologischen Modell partiell gelöst hat".

3.2 Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik, - die OPD

Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik, OPD, ist Ausdruck der Unzufriedenheit mit den aktuellen phänomenologischen Klassifikationssystemen der DSM-IV und der ICD-10. In fünf Achsen beschreibt die OPD das Krankheitserleben, die Behandlungsvoraussetzungen, die Beziehung, die Konfliktart und die Struktur (Tabelle C) des Patienten.

Den Autoren ging es darum, eine Ergänzung der zur Zeit gültigen, rein phänomenologisch orientierten, Diagnosesysteme zu entwickeln und auf fünf verschiedenen Ebenen neben der Diagnose nach ICD-10 oder DSM-IV ein möglichst umfassendes psychisches Profil des Betroffenen erstellen zu können.

Außerdem starteten die Autoren den Versuch, die Beliebigkeit der Fachtermini zu reduzieren um sich auf allgemein kommunizierbare Standards festzulegen (71). Hierfür einigten sich die Autoren auf insgesamt 5 Achsen. Die Achse IV, - Struktur -,

stellt dabei gem. OPD, die Basis dar, auf welcher Konflikte gründen.

Als Unterschiede in der Integration sind die Strukturniveaus, „gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“ und „desintegriert“ für die Bereiche „Selbstwahrnehmung“, „Selbststeuerung“, „Abwehr“, „Objektwahrnehmung“, „Kommunikation“ und „Bindung“ vorgesehen (s.d.) (Tabelle C).

Die phänomenologische Diagnose einer BPS wird mit der OPD nicht gestellt. Ziel der OPD ist es, eine strukturelle Diagnose zu stellen und sich dabei auch der phänomenologischen Diagnostik von ICD 10 bzw. DSM-III-R bzw. DSM-IV zu bedienen. Dieser wird in der sog. „fünften Achse“ Rechnung getragen. In dieser Achse besteht auch die Möglichkeit, psychosomatische Krankheiten zu verschlüsseln (Tabelle D).

4.0 Die klinische Bedeutung von Abwehrmechanismen und ihre Beziehung zur Persönlichkeitsstruktur

Der Begriff der Abwehr wird in seiner psychologischen Bedeutung zum ersten Mal von S. Freud in „Die Abwehrpsychosen“ verwendet (31).

In frühen Arbeiten nennt er die Konversion, die Verschiebung des Affektes, den Rückzug von der Realität, die Verdrängung und die Projektion als Funktionen der Abwehr. Später (1915) beschreibt er die Verkehrung ins Gegenteil, die Wendung gegen die eigene Person und die Unterdrückung (29).

Zunächst verwendete Freud Abwehr und Verdrängung synonym. Später zur Bezeichnung für alle Mechanismen, die das Ich bei innerpsychischen Konflikten verwendet, um sich gegen Triebansprüche des Es zu wehren und zu kontrollieren (30).

Anna Freud (1936) betonte, dass Abwehrmechanismen erst dann pathologisch würden, wenn sie nicht mehr flexibel, sondern zu starr und in stereotyper Weise benutzt werden (26). Auch sprach sie im Kontext der Entwicklung implizit von unreifen und reifen Mechanismen und führte das Kriterium der zeitlichen Angemessenheit ein (27).

Otto Fenichel (1974) unterschied gesunde von pathologischen Abwehrmechanismen und ordnete sie im Rahmen der psychischen Entwicklung an (25). Holland (1973) (46), Suppes und Warren (1975) (88) versuchten eine Reduzierung der Anzahl der Abwehrmechanismen. Hoffmann (1987) stellt eine Übersicht über die Abwehrtheorien auf und teilt sie in drei Entwicklungslinien auf, mit der sich verschiedene Autoren befassen (45). So hat Bibring (1961, zitiert nach Hoffmann, 1987) einen Katalog von 26 basalen und 19 komplexen Abwehrformen aufgestellt, während Laughlin (1970, zitiert nach Hoffmann, 1987) 22 primäre und 26 sekundäre Abwehrmechanismen beschreibt. Vaillant (1971) beschreibt insgesamt 18 Abwehrmechanismen (90). Gleser und Ihilevich (1969) schlagen mit dem DMI, Defense Mechanism Inventory, eine Reduktion von fünf Abwehrmechanismen vor (38).

Eine Übersicht über die Ergebnisse und Instrumente der Validierung des Abwehrkonstruktes beschreibt Kline (56)

Otto Kernberg (1976) leistete mit seiner Objektbeziehungstheorie einen großen Beitrag zu einer Zuordnung von Abwehrmechanismen zu Reifestufen. Gem. Kernberg kann die Diagnose einer Borderlinepersönlichkeitsstörung nur auf Grundlage einer strukturellen Analyse gestellt werden (53, 54) und nennt u. a. die Abwehrstruktur neben der Identitätsdiffusion und der i. d. R. erhaltenen Realitätsprüfung als Kriterien. Die wesentlichen sog. frühen Abwehrmechanismen wie Verleugnung, primitive Idealisierung, Omnipotenz u. Entwertung als Derivate der Spaltung und des weiteren projektive Identifizierung (53).

III Instrumente zur Diagnostik von Abwehrmechanismen und Persönlichkeitsstörungen

Nach Millon werden die zur Zeit gebräuchlichen Instrumente in vier Kategorien, - Selbstbeurteilungs-Instrumente, (Semi-)strukturierte klinische Interviews, persönlichkeitsorientierte Checklisten und projektive Tests unterteilt (Tabelle G) (72).

1. Selbstbeurteilungsfragebögen

1.1 Persönlichkeitsstörungen

- 1.1.1 Morey et al. (1985) machten Vorstudien bezüglich MMPI und Persönlichkeitsstörungen gem. DSM-II (70)
- 1.1.2 Das "Personality Diagnostic Questionnaire-4" (PDQ-4, 1990) misst mittels richtig/falsch-Antworten Kriterien der Achse-II des DSM-IV die Persönlichkeitsstörungen insgesamt (48).
- 1.1.3 Mittels einer interpersonellen Perspektive, bei der jedes Kriterium der Achse II der DSM-IV repräsentiert wird, versucht der "Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV" (WISPI-IV, 1993) durch 360 Items dimensionale Werte zu liefern (55).
- 1.1.4 Das "Inventory of Personality Organization" (IPO, 1996) hilft, Kernbergs Konzepte von Persönlichkeitsorganisation zu erfassen (zit. nach Kernberg, Dulz, Sachsse: Handbuch der Borderlinepersönlichkeitsstörungen, Stuttgart: Schattauer, 2000)
- 1.1.5 Mit dem "Clinical Multiaxial Inventory" (MCMI-III, 1997)

lassen sich ebenfalls mit richtig/falsch-Antworten die schizotype, die paranoide und die BPS erfassen (69).

1.2 Abwehrmechanismen

1.2.1 Bond (11), Devens und Erickson (24) stellten einen Zusammenhang der mit dem "Defense Style Questionnaire" (DSQ, 1983) ermittelten Abwehrstile und der BPS her.

1.2.2 Mit dem "Borderline-Persönlichkeits-Inventar" (BPI, 1997) lassen sich primitive Abwehrmechanismen darstellen (64, 65).

2. Semistrukturierte Interviews

2.1 Persönlichkeitsstörungen

2.1.1 Das von J. Gunderson und J. E. Kolb 1978 entwickelte diagnostische Interview für das Borderline-Syndrom, DIB, erfasst 5 Bereiche, die als besonders charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeit erachtet wurden. Das DIB misst einerseits Persönlichkeitsstörungen, schließt aber auch psychodynamische Konzepte mit ein (41, 42) (Tabelle A).

Gem. Clarkin et al. (12) sei das DIB ein Hybrid verschiedener psychoanalytischer Auffassungen ohne aber selbst im eigentlichen Sinn die deskriptive Ebene zu verlassen. Zudem würde die Nähe zu den affektiven Störungen überbewertet (zitiert nach Kernberg, Dulz, Sachsse: Handbuch der Borderlinepersönlichkeitsstörungen, Stuttgart: Schattauer, 2000, 132)

2.1.2 Das 1993 entwickelte strukturierte klinische Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, SKID-II, ist

ein halb-strukturiertes Interview, das zur Diagnose der im DSM-III aufgeführten Persönlichkeitsstörungen führt (Tabellen L u. M)

2.1.3 Das "International Personality Disorder Examination" (IPDE, 1994), ein semistrukturiertes Interview für Achse-II-Störungen, erfasst die Bereiche "Arbeit", "Selbst", "interpersonelle Beziehungen", "Affekte", "Realitätsprüfung", "Impulskontrolle" (66).

2.2 Abwehrmechanismen

2.2.1 Defense Mechanism Rating Scales, DMRS (Perry, 1991)

Auf die persönlichkeitsorientierten Checklisten wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

3. **Projektive Tests**

3.1 Der Rorschach-Test bei Borderline-Patienten

In einer Studie von Singer und Larson ließ sich mit dem Rorschach-Test die Borderlinegruppe von Schizophrenen und Neurotikern unterscheiden. Die Borderlinegruppe neigte in diesem wenig strukturierten projektiven Testverfahren eher zu primärprozeßhaftem Denken als Schizophrene taten (83). In einer von Berg durchgeführten Studie (7) wurden Ich-Funktionen untersucht. Borderliner verwendeten in dieser Studie häufiger den Abwehrmechanismus der Spaltung.

Daß der Rorschach-Test ein wesentlicher Test zur Diagnose der Borderlinepersönlichkeitsstörung ist, zeigte Rickers-Ovskina (1960) (78).

Cooper & Arnow (1986) bezeichneten Spaltung, wenn der Proband in der Testung Versuche machte, ein belebtes oder unbelebtes Objekt zu schützen, in einer Antwortenreihe Objekte beschrieb, die sich bezüglich Dimensionen wie Stärke, Kraft, Ehrlichkeit und Dauer unterschieden oder in aufeinanderfolgenden Bildern gegensätzliche Inhalte sah, wie z. B. erst eine häßliche Fledermaus und dann einen hübschen Schmetterling (16).

Patrick u. Wolfe (1983) fanden bei Borderlinepatienten heraus, daß diese, mittels DSM-III-Kriterien ausgesucht, einen Mangel an normalen Abwehrmechanismen haben (72).

3.2 Der „Defense Mechanism Test (DMT)“

Zum ersten Male wurde der DMT von Kragh (1960) veröffentlicht und fand im wesentlichen bei der Personalauswahl in Schweden, Norwegen und England Anwendung.

Beim DMT handelt es sich um ein tachistoskopisches Verfahren, welches über die subliminale Wahrnehmung 10 definierte Abwehrmechanismen zu diagnostizieren in Anspruch nahm (Verdrängung, Isolierung, Verleugnung, Reaktionsbildung, Identifikation mit dem Aggressor, Wendung gegen das Selbst, Introjektion, Identifikation mit dem Gegengeschlecht, Introjektion eines anderen Objektes, Projektion, Regression) (60). Studien zur Reliabilität wurden an dänischen Kampftauchern und Fallschirmspringern von Kragh durchgeführt (58).

Die im DMT zu bestimmenden Abwehrmechanismen waren eine Weiterentwicklung der fünf Abwehrmechanismen nach Freud. Auch wurde der DMT in der Vergangenheit wiederholt auch bei Borderlinepatienten eingesetzt. Gitzinger (1988) führte die einzige deutsche Studie mit dem DMT durch (33).

Beim DMT gaben u. a. die Bildmotive Anlaß zur Kritik. Die meisten Studien entwickelten eigene Bilder, jedoch ohne die Unterschiede zu den Originalbildern festzuhalten. Auch waren Untersuchungsleitereffekte nie untersucht worden. Die Kontrolle von Sehschärfedefiziten wurde ebenfalls nicht beachtet. Bezüglich der Ratings waren einmal die mangelnde Standardisierung in Auswertung und Darbietung Kritikpunkt. So revidierte Kragh sein Kategoriensystem mehrfach (63) Weitere Kritikpunkte waren aufwendige Raterschulungen und lange Auswertungszeiten.

Sundbom, Kullgren, Franssen und Armelius gelang es, mit dem DMT Kernbergs Theorie bezüglich Struktur und Psychodynamik bei Borderlinepatienten zu stützen (6, 87)

3.3 Der Abwehrmechanismen-Computer-Test (ACT)

Der ACT stellt eine Weiterentwicklung des DMT dar.

Bei dem Abwehrmechanismus-Computer-Test (ACT) handelt es sich um einen von Inez Gitzinger-Albrecht entwickelten, computergestützten, projektiven Test, mit welchem zehn Abwehrmechanismen diagnostisch erfaßt und computergestützt operationalisiert werden (33). Einige Ergebnisse, u. a. bei Essstörungen liegen bereits vor (38).

Gleichermaßen untersuchte Gitzinger die Veränderung der Abwehrmechanismen mit dem ACT während psychoanalytischer Therapie (35) sowie vor und nach Therapie bulimischen und anorektischen Patientinnen (36).

Weitere Details zum ACT sind in Kapitel „Instrumente“ (Kapitel D, 1.3) beschrieben.

C Ziele, Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

1. Bei den Probanden mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung gem. DSM-III-R sind sowohl in der OPD als auch im ACT spezifische, unreife Abwehrmechanismen, z. B. „Projektion“ und „Verleugnung“, nachweisbar
2. Weder die Art noch die Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT oder OPD korreliert signifikant mit der Art oder der Anzahl der komorbiden Achse-II-Diagnosen des DSM-III-R.

D Untersuchungsgut und Methodik

1. Instrumente der Untersuchung

Einen Tag nach der stationären Aufnahme wurde der SKID-II durchgeführt. Das OPD-Interview erfolgte einen Tag danach, also am dritten Tag der stationären Behandlung. Der ACT wurde am vierten Tage der stationären Behandlung durchgeführt. (Tabelle 3)

Tabelle 3: Reihenfolge und Zeitpunkte der Durchführung der Studie

Tage nach stationärer Aufnahme	Instrument
1. Tag	SKID-II
2. Tag	OPD
3. Tag	ACT

1.1 SKID-II, - strukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Den sog. neueren diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen, sowie im Speziellen für die BPS sind sowohl im DSM-III-R als auch in der ICD-10 gemein, dass sie phänomenologisch, d.h. symptomorientiert sind. Bei beiden Klassifikationssystemen ist eine Reihe von Symptomen vorgegeben, von denen für die Diagnose BPS eine Mindestanzahl erfüllt sein muß (Tabelle H). Das SKID-II ist ein halbstrukturiertes Interview, das zur Diagnose der im DSM-III-R auf der Achse II und in deren Anhang aufgeführten Persönlichkeitsstö-

rungen führt und das sich in zwei Teile gliedert, die aufeinander folgen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Teile des SKID-II

Reihenfolge der Durchführung	Art der Untersuchung
1.	Fragebogen
2.	Interview

Zuerst füllt der Proband einen standardisierten Fragebogen aus. Die einzelnen Fragen beziehen sich auf die in der DSM-III-R angeführten Persönlichkeitsstörungen. Der Proband muß lediglich „ja“ oder „nein“ ankreuzen. Nach dem Ausfüllen wird der Bogen bezüglich der mit „ja“ angekreuzten Antworten mit dem Probanden nochmals durchgegangen. Sind die jeweiligen Kriterien für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen erfüllt, ist bzw. sind diese als Diagnose vergebbar. Auf diese Weise kann ein Patient sowohl eine als auch mehrere Persönlichkeitsstörungen als Diagnose gestellt bekommen.

Der SKID-II wurde vom Untersucher als einem erfahrenen Interviewer am folgenden Tag der stationären Aufnahme durchgeführt.

Den Probanden wurde mitgeteilt, dass es sich hierbei um einen Fragebogen handelt, der dem Untersucher hilft, etwas mehr über ihn zu erfahren. Gem. Vorgabe des SKID-II wurde den Probanden die Fragebögen ausgeteilt. Zum Ausfüllen des Fragebogens konnten sich die Probanden in einen ruhigen Raum zurückziehen und hatten so lange Zeit, wie sie benötigten. Nachdem der Proband die Fragen beantwortet hat, beginnt das eigentliche Interview.

Gemeinsam für alle sind die ersten neun Fragen (s. Anhang, „Fragebögen“ II).

Befragt wird einmal die Fähigkeit des Probanden zur Selbstbeschreibung und zur Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und wer die wichtigsten Menschen in seinem Leben sind. Des Weiteren werden allen Probanden Fragen bezüglich des Auskommens mit ihren wichtigsten Personen und auch mit anderen gestellt. Nach einer Frage bezüglich der Freizeitgestaltung folgt die Frage des Untersuchers, in welcher Beziehung der Proband anders sein würde, wenn er seine Persönlichkeit in einigen Punkten ändern könnte (s. Anhang, „Fragebögen“ II).

Anschließend werden die mit „ja“ angekreuzten Antworten vom Untersucher genauer hinterfragt, bzw., wenn der Fragebogen nicht ausgefüllt wurde, die Fragen einzeln durchgegangen (s. Anhang, „Fragebögen“ II).

Für die Diagnose einer BPS gem. DSM-III-R werden fünf zutreffende Antworten erwartet. Ein Interview mit dem SKID-II dauert durchschnittlich 45 – 60 Min.

1.2 Operationalisierung der Abwehr gem. OPD

Vor der Durchführung des OPD-Interviews machte der Untersucher vier Trainingsseminare in OPD Schulungszentren (Göttingen, Heidelberg, Bonn, München) über die Technik des OPD-Interviews mit insgesamt 60 Std.

Die Autoren der OPD (71) versuchen auf insgesamt fünf Achsen die aktuelle phänomenologische Diagnostik von ICD-10 und DSM-IV zu vervollständigen. In der OPD wird die „Abwehr“ als eine strukturelle Beurteilungsdimension gesehen und in der Achse IV (Tabelle C) Allen Dimensionen gemeinsam ist die Unterscheidung in die Niveaus „gut“, „mäßig“, „gering“ sowie „desintegriert“ (Tabelle 5).

Tabelle 5: Integrationsniveaus der Strukturachse der OPD

Integrationsniveau
gut integriert
mäßig integriert
gering integriert
desintegriert

Für die Bestimmung des Abwehnniveaus ziehen die Autoren einmal den Gegenstand, den Erfolg, die Stabilität, die Flexibilität und die Form der Abwehr heran. Tabelle 6 gibt die von den Autoren der OPD formulierten Kriterien an, die für die Einschätzung des Abwehnniveaus berücksichtigt werden.

Tabelle 6: Kriterien der Einschätzung des Abwehnniveaus gem. OPD

1. Gegenstand der Abwehr
2. Erfolg der Abwehr
3. Stabilität der Abwehr
4. Flexibilität der Abwehr
5. Form der Abwehr

Auch ordnen die Autoren jedem der einzelnen Integrationsniveaus jeweils typische Abwehrmechanismen zu (Tabelle 7).

Tabelle 7: Zuordnung der Abwehrmechanismen Integrationsniveaus der OPD

Integrationsniveau	Abwehrmechanismen
gut integriert	Verdrängung Rationalisierung Verschiebung
mäßig integriert	Verleugnung Wendung gegen die eigene Person Reaktionsbildung Isolierung Projektion
gering integriert	Spaltung projektive Identifizierung
desintegriert	Spaltung Verleugnung psychotische Projektion

Die Definition der einzelnen Abwehrmechanismen ist im Anhang aufgeführt (Tabelle C)

Die Abwehr bei der guten Integration richtet sich gem. OPD gegen innere Triebwünsche und Affekte, wobei die inneren Bilder des Patienten von sich und anderen nicht verändert werden und somit stabil bleiben. Die Abgrenzung bzw. Bezogenheit auf andere Personen wird durch die Abwehrstruktur hier im wesentlichen nicht berührt, sie ist stabil und bleibt dauerhaft verfügbar, ist flexibel und in umschriebenen Konfliktsituationen eingeschränkt.

Typische Abwehrmechanismen bei der guten Integration wären Verdrängung, Rationalisierung und Verschiebung (s. d.)

Bei der mäßigen Integration ist die Verfügbarkeit struktureller Dimensionen prinzipiell erhalten, jedoch situativ herabgesetzt.

Auch bei der mäßigen Integration richtet sich die Abwehr gegen innere Triebwünsche und Affekte. Auch hier bleiben die Selbst- und Objektrepräsentanzen stabil, sie kann in Krisen jedoch temporär versagen, kann einerseits zu stark, d.h. überschießend wie auch hemmend ausgeprägt sein und kann in Konfliktsituationen auf Abwehrmechanismen schlechterem integrierten Niveau wie Spaltung, Idealisierung und Entwertung übergehen. Die Abwehr hier wird situativ nicht variiert, ist also in seiner Flexibilität stark eingeschränkt.

Typische Abwehrmechanismen bei der mäßigen Integration sind Verleugnung, Wendung gegen die eigene Person, Reaktionsbildung, Isolierung und Projektion (s. d.).

Bei Menschen mit einer geringen Integration reichen die Abwehrmechanismen gegen innere Triebwünsche und Affekte nicht aus, was zu einer Veränderung bis hin zu verzerrten, überhöhten oder selbstentwertenden Ausformung von Selbst- bzw. Objektrepräsentanzen führen kann. Auf der nächsttieferen Stufe wird die Abwehr interpersonal. Da die Abwehr die Selbst- und Objektgrenzen verändert, wird eine Abgrenzung bzw. Bezogenheit zum anderen durch die Abwehr nicht mehr ausreichend ermöglicht. Die Abwehr kann auf diesem Niveau stabil sein, ist aber in der Flexibilität stark herabgesetzt.

Typische Abwehrmechanismen sind die Spaltung und die projektive Identifizierung (s. d.)

Bei der desintegrierten Struktur besteht aufgrund eines Mangels an kohärenter Selbststruktur im Zusammenhang von Belastungen die Gefahr der Desintegration. Der Betroffene versucht wesentliche Triebimpulse oder narzißtische Bedürfnisse abzuspalten oder zu verleugnen, um eine Stabilität der fragilen Struktur zu erreichen. Wenn auch dieser Stabilisierungsversuch mißlingt, kommt es im Rahmen psychotischer Dekompensation zu projektiver Verarbeitung und das bislang Unbewußte wird

nun als von außen kommend erlebt. Dabei werden primitivste Abwehrmechanismen wirksam. Hier erfolgt die Abwehr um den Preis einer noch weiteren Einschränkung der Realitätsprüfung. Die Abwehr kann auf diesem Niveau stabil sein. Die Flexibilität der Abwehr ist jedoch weitgehend aufgehoben (Tabelle C).

Typische Abwehrmechanismen bei der desintegrierten Struktur sind die Spaltung, die Verleugnung wie auch die psychotische Projektion (s. d.).

Zur Einschätzung der einzelnen Abwehrmechanismen sind in der OPD einzelne Ankerbeispiele vorgegeben (71)

1.3 Der Abwehrmechanismen-Computer-Test, – ACT

1.3.1 Grundlage für den ACT

Grundlage für den ACT ist die sogenannte Perzeptgenese (59), die annimmt, daß die Wahrnehmung Resultat oder Endprodukt eines Prozesses über die Zeit sei. Eine allgemeine Regel ist, dass Wahrnehmung ein gedanklicher Vorgang ist, der zu Schlussfolgerungen über den Reizeinfluß kommt. Im perzeptgenetischen Prozeß spiegeln sich die Lebenserfahrungen eines jeden wider, wobei sich frühe Erfahrungen auf dem Kontinuum der Perzeptgenese in frühen Teilen ausdrücken, späte Erfahrungen jedoch in späten Teilen.

Wahrnehmung ist in der Perzeptgenese ein eher unbewusster Vorgang, der sich aus den individuellen Erinnerungen und emotionalen Erfahrungen speist und wird somit zum Prozess, der sich auf frühere Erfahrungen verlässt.

Da die Aufmerksamkeit des Betrachters im perzeptgenetischen Prozeß auf die Endphase gerichtet ist, also da er darauf kon-

zentriert ist das ganze Bild zu erkennen und nicht nur die einzelne kurze Darbietung, wird diese Quasi-Momentaufnahme als funktionale Illusion verstanden. Der perceptogenetische Prozeß benötigt für den Probanden nur einen Bruchteil einer Sekunde und tritt daher für ihn nur als Moment in Erscheinung. Durch Wiederholung und Verlängerung der Darbietungszeit wird die Momentaufnahme weniger illusorisch.

Der perceptogenetische Prozeß geht davon aus, daß schon bei extrem kurzen Bildexpositionen (beginnend mit 14 ms) subliminal das Ganze erkannt wird. Da die Wiedergabe aber damit nicht schritthalten kann, wird der Proband auf seine spezifischen, früheren Erfahrungen zurückgreifen und damit seine Eindrücke vervollständigen. In der psychoanalytischen Theorie entspricht dies dem Unbewußten.

Abwehrmechanismen, die in den ersten Darbietungen operationalisiert werden, können so im unbewussten Bereich angenommen werden, während solche, die aus einer zeitlich längeren Exposition heraus diagnostiziert werden, im bewußtseitsnahen Bereich angesiedelt sind.

Tabelle 8 zeigt eine Übersicht über die Bewusstseinsniveaus bei verschiedenen Bildexpositionen in Funktion der Zeit.

Tabelle 8 : Wahrnehmungsniveaus bei Darbietung der Bilder im ACT

Wahrnehmungszeit in ms	20 – 40	55 – 290	380 - 2000
Bewußtseinsniveau	unbewusst	vorbewußt	bewusst

1.3.2 Die Bilder des ACT

Das Originalbild des ACT besteht aus TAT-ähnlichen Bildern, die in Schwarz-weiß-Schattierungen von einem Künstler angefertigt worden sind. Die Strukturen und Stimuli der Bilder sind geschlechtsspezifisch, d.h. es gibt einen Test für weibliche und einen Test für männliche Probanden.

Abgebildet sind ein Held und eine Beiperson, jeweils in dem Geschlecht des Probanden sowie ein Instrument als Attribut, mit welchem sich der Held beschäftigt und welches als Teil des Helden betrachtet wird. Als Held (H) wird die Person bezeichnet, die von dem Probanden als zentrale Figur in der Bildmitte beschrieben wird. Die Beiperson (BP) befindet sich bei Bildern im Querformat am rechten Bildrand bzw. bei Bildern im Hochformat am linken Bildrand und ist eine böse, zähne-fletschende Person. Bei Bildern im Querformat für weibliche Probanden sitzt ein Mädchen am Tisch (H) und hat vor sich eine Pfanne mit einem Spiegelei (I). An der Seite rechts vom Betrachter steht eine Frau (BP). Bei männlichen Probanden, entsprechend ein Junge am Tisch mit einem Auto darauf und einem Mann an der rechten Seite in gleicher Position und gleicher Mimik wie für weibliche Probanden.

Bilder im Hochformat haben als Motiv ein knieendes Mädchen mit geöffneter Geldbörse und links dahinter eine Frau für weibliche Versuchspersonen bzw. einen knienden Gitarrespieler und links dahinter einen Mann für männliche Probanden.

1.3.3 Abwehrmechanismen im ACT

Grundlage für die Wahl der Abwehrmechanismen im ACT waren zahlreiche Untersuchungen mit dem DMI, dem SBAK und dem FKBS, wobei sich letztere als dt. Version des DMI verstehen, jedoch beide unterschiedliche Abwehrmechanismen definieren (Tabelle O). Mittels einer Therapeuten Checkliste wurden die

10 Abwehrmechanismen des DMT von erfahrenen Therapeuten definiert und bewertet. Weiterhin wurde eine Einstufung der Hierarchie dieser Abwehrmechanismen vorgenommen (37).

Bei den mittels ACT diagnostizierbaren Abwehrmechanismen handelt es sich um: Verdrängung, Isolierung, Verleugnung, Reaktionsbildung, Identifikation mit dem Aggressor, Wendung gegen das Selbst, Identifikation mit dem Gegengeschlecht, Introjektion eines anderen Objektes, Projektion und Regression (Tabelle 9).

Tabelle 9: Abwehrmechanismen des ACT

Verdrängung
Isolierung
Verleugnung
Reaktionsbildung
Identifikation mit dem Aggressor
Wendung gegen das eigene Ich
Identifikation mit dem anderen Geschlecht
Multiple Introjektion
Projektion
Regression

Obwohl manche Abwehrmechanismen im ACT von der Begrifflichkeit her denen in der OPD gleich sind, sind sie vom Wesen und von der Definition her doch nicht identisch.

Im Anhang finden sich die Definitionen der Abwehrmechanismen des ACT und der OPD (Tabellen C u. J).

Im folgenden werden die Abwehrmechanismen erklärt, wie sie sich im ACT darstellen:

1.3.3.1 Verdrängung (VER)

Operationalisierung: BP/H werden als starr, unbelebt, verkleidet, als Tiere, Skulpturen, Statuen, Masken usw. gesehen. Das Instrument ist entseelt, z.B. Skelett, Körperteile, Gesicht über das ganze Feld, usw.

1.3.3.2 Isolierung (ISO)

Operationalisierung: H/BP sind deutlich getrennt, ausgeschlossen, unterbrochen, wenden sich ab, sind undeutlich, nebelig oder leuchten. BP hat weißes Haar oder einen weißen Kragen, BP ist neutral.

1.3.3.3 Verleugnung (VERL)

Operationalisierung: BP wird explizit verneint, bagatellisiert oder verharmlost oder explizit als Fall beschrieben. Wenn der Proband eine Theatervorstellung beschreibt oder die positive Stimmung des Helden bedroht wird.

1.3.3.4 Reaktionsbildung (REAK)

Operationalisierung: H/BP haben positive Kontakte bzw. eine nette, freundliche Beziehung. H/BP lächeln oder haben Opferphantasien oder sind gemeinsam in einem Unglück oder wenn die H/BP - Beziehung als angenehm oder chaotisch beschrieben wird.

1.3.3.5 Identifikation mit dem Aggressor (IDEN)

Operationalisierung: H. ist aggressiv, die Rollen sind vertauscht. Wenn die Stimmung grantig oder gereizt ist.

1.3.3.6 Wendung gegen das eigene Ich (WEND)

Operationalisierung: H. ist verletzt, schlecht, krank, tot oder blutend, ist unterlegen oder Müll. Wenn das Instrument zerbrochen, wertlos ist oder wenn H. einen schwarzen Fleck an sich hat oder BP ein schwarzer Gegenstand oder Schatten ist.

1.3.3.7 Identifikation mit dem anderen Geschlecht (INTRO)

Operationalisierung: H. wird mit falschem Geschlecht gesehen, I. ist entsprechend typisch weiblich oder typisch männlich.

1.3.3.8 Multiple Introjektion (MINT)

Operationalisierung: H. wird verdoppelt oder verändert ohne Geschlecht, Kumpel, Kinder, Schulkamerad, wenn der Proband unverändert falsche BP sieht, das Alter des H. zu jung oder als zu alt beschrieben wird, wenn H. mit einem entlebten Gegenstand gesehen wird oder wenn die BP gespiegelt wird.

1.3.3.9 Projektion (PRO)

Operationalisierung: Wenn H. auf BP einwirkt, wenn BP verzweifelt oder machtlos erlebt wird, wenn H. auf BP einwirkt oder H. als machtlos oder unnatürlich, frierend usw. beschrieben wird.

1.3.3.10 Regression (REG)

Operationalisierung: Wenn vorher dagewesene Strukturen zusammenbrechen, Linien gesehen werden, wenn im Bild Farbe gesehen wird oder der Proband reale Antworten oder Beziehungsantworten gibt.

1.3.4 Testvorbereitung für den ACT

Am vierten Tage der stationären Behandlung erfolgte die Durchführung des Abwehrmechanismen-Computer-Testes (ACT).

Es wurde darauf geachtet, bei jeder Testung die gleichen optischen und akustischen Bedingungen herzustellen. Der Bildschirm stand jeweils am gleichen Ort und der Raum war jeweils leicht verdunkelt. Es wurde ebenfalls darauf geachtet, dass während der Bilddarstellungen keinerlei störende Geräusche zum Probanden drangen.

Dem zu untersuchenden Patienten wurde mitgeteilt, dass es sich um eine Testung handelt, die dem Untersucher hilft, etwas mehr über ihn zu erfahren.

Der Proband (S. 38, rechts im Bild 1) sitzt vor einem Computerbildschirm und hat vor sich einen vorgefertigten Block mit 22 identischen Seiten und einen Bleistift.

Auf jede Seite ist ein standardisiertes Quadrat aufgezeichnet, welches den Computerbildschirm darstellen soll. Hinter dem Probanden (S. 33, links im Bild) sitzt der Untersucher. Vor sich befindet sich die Tastatur des Computers und ein Schreibblock.

Der Untersucher teilt dem Probanden mit, dass dieser auf dem vor ihm stehenden Bildschirm insg. 22 Bildern sehen würde.

Jedes Mal, wenn der Untersucher auf die Leertaste der sich vor ihm befindenden Tastatur drückt vergehen noch drei Sekunden, bis am Bildschirm vor dem Probanden ein Bild auftaucht welches nach kürzester Zeit wieder verschwindet.

1.3.5 Testdurchführung

Nach der jeweiligen Bildexposition zeichnet der Proband das, was er geglaubt hat zu sehen, in ein Kästchen, welches auf einen zuvor vorbereiteten Block aufgezeichnet ist. Gleichzeitig teilt er dem Untersucher wörtlich seinen Eindruck wie auch den Inhalt des jeweiligen Bildes mit, was dieser schriftlich festhält. Hat der Proband eine Zeichnung beendet, ist dies für den hinter ihm sitzenden Untersucher Zeichen, wiederum auf die Leertaste zu drücken. Wiederum vergehen drei Sekunden bis das nächste Bild für den Probanden erscheint, welches er wie beim ersten Male aufzeichnet und dem Untersucher seinen Eindruck und den Inhalt des Bildes mitteilt usw.

Dem Probanden wurde in einer ansteigenden Darbietungszeit, beginnend mit 14 ms bis zu 2000 ms immer das gleiche Bild auf einem Bildschirm dargeboten.

Die Testserie besteht aus insgesamt 20 Zeichnungen und entsprechend 20 Protokollen, die vom Untersucher gem. den Aussagen des jeweiligen Probanden nach jeder Bildsequenz geführt werden.

Die Informationen, die sich sowohl aus Zeichnung als auch aus den vom Probanden berichteten Informationen werden dann in einem computergestützten-interaktiven und standardisierten Ratingverfahren ausgewertet. Nach einem prozentualen Schlüsselwert verrechnet der Computer dann die sowohl die Anzahl wie auch die Art der jeweiligen Abwehrmechanismen.

Bild 1: Versuchsanordnung des Abwehrmechanismen-Computer-Testes

1.3.6 Testauswertung

Die Probanden wurden doppelblind codiert und anschließend mit dem Computerprogramm für das ACT ausgewertet.

Für die jeweilige Antwort werden sowohl die vom Probanden angefertigte Zeichnungen wie auch das Mitgeschriebene, d.h. die mündlich geäußerte Interpretation des Probanden über das vermeintlich Gesehene mit einbezogen.

Das Auswertungsprogramm ist standardisiert und gibt dem Untersucher die Möglichkeit mittels „ja“-, „nein“-, „trifft nicht zu“- usw. Antworten die vom Programm vorgegebenen standardisierte Fragen und Antworten im Programm auszuwählen.

<p>Frage 1: Gibt der Proband vor, etwas gesehen zu haben?</p> <p>Ja Nein Trifft nicht zu</p>
--

Es ergibt sich so am Ende sowohl für die Bereiche „unbewusst“, „vorbewusst“ und „bewusst“ wie auch „insgesamt“ je eine Auswertung mit einer für die jeweilige Ebene hierarchisch aufgelisteten Verteilung der Abwehrmechanismen.

Im folgenden werden ein paar Beispiele aufgeführt, wie sie bei einem der Probanden ermittelt hätten sein können.

Der fiktive männliche Proband hätte also z. B. in der Bildsequenz 3 das Geschlecht des Helden falsch erkannt. Gem. Definition der Abwehrmechanismen im ACT wäre das INTRO.

Bild 3: Auswertungsbeispiel für INTRO

Proband: *„Da sitzt eine Frau“.*

In der Bildsequenz 8 z. B. hätte der Proband in der Mitte des Bildes 2 Personen wahrgenommen. Gem. Definition der Abwehr im ACT wäre dies MINT.

Proband: *„Da hocken jetzt zwei in der Mitte“.*

Nach dem Auswerten aller vom Probanden gezeichneten und gesprochenen Informationen ergibt sich eine mittels Computer errechnete Tabelle mit der Verteilung der verschiedenen Abwehrmechanismen insgesamt, wie auch zugeordnet zu den einzelnen Niveaus „unbewusst“, „vorbewusst bzw. „bewusst“. Tabelle 9 gibt ein Beispiel, wie es bei einem der Probanden ermittelt wurde.

Tabelle 9: Auswertungsbeispiel für den ACT

Abw.	VER	ISO	VERL	REAK	IDEN	WEND	INTRO	MINT	PRO	REG
insg	5	0	4	0	0	1	8	9	7	0
bw	3	0	4	0	0	0	4	3	7	0
vbw	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0
ubw	2	0	0	0	0	1	0	5	0	0

Wie aus der Tabelle ersichtlich, kommt bei dem Probanden der Abwehrmechanismus MINT mit einem Wert von 9 insgesamt am häufigsten vor. INTRO insgesamt am zweithäufigsten mit dem Wert 8, PRO folgt insgesamt an dritter Stelle mit einem ipsativen Wert von 7.

Bei genauer Betrachtung ist fest zu stellen, wie sich die Abwehrmechanismen in den verschiedenen Ebenen „bewusst“, „unbewusst“ und „vorbewußt“ verteilen. So hat in obigem Beispiel der Proband insgesamt zwar MINT am häufigsten, im Bereich „bewusst“ ist jedoch PRO mit einem Wert von 7 am stärksten vertreten.

So ergibt sich je eine Reihenfolge für jede Ebene und eine Reihenfolge für das Gesamtergebnis.

2. Rekrutierung der Stichprobe

Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren wurden in einem südbayerischen Bezirkskrankenhaus 60 Patienten und Patientinnen mit der rein deskriptiven Hauptdiagnose Borderlinepersönlichkeitsstörung mittels SKID-II nach den Kriterien des DSM-III-R für diese Studie ausgewählt. Mit den Probanden wurde eine psychodynamische Einschätzung der Dimension „Abwehr“ der Achse IV der OPD vorgenommen. Das diagnostische Spektrum wurde sodann um die Mehrebenendiagnostik mittels ACT erweitert.

2.1 Einschlusskriterien:

- 1) Hauptdiagnose BPS gem. DSM-III-R
- 2) Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- 3) stationäre Behandlung während der Untersuchung
- 4) Freiwilligkeit stationärer Behandlung

2.2 Ausschlusskriterien:

- 1) Patienten, die zum Untersuchungszeitpunkt unter dem Einfluß von psychotropen Substanzen standen
- 2) Patienten mit hirnorganischer Symptomatik
- 3) Patienten in verwirrtem Zustand
- 4) Patienten mit akut psychotischer Symptomatik
- 5) ablehnende Haltung des Probanden gegenüber der Untersuchung
- 6) Unfreiwilligkeit stationärer Behandlung

E Soziodemografische Daten und diagnostische Stichprobe

1. Befunde zu demografischen Daten

Von den 60 untersuchten Patienten waren 26 Männer (43,3%) und 34 Frauen (56,7%). Der Altersdurchschnitt betrug 27,67 Jahre bei einer Standardabweichung von 5,84. Frauen waren durchschnittlich 27,8 Jahre, Männer durchschnittlich 26,5 Jahre alt. (Tabelle 10).

Tabelle 10 : Geschlechterverteilung und Altersdurchschnitt der Probanden

Geschlecht	Anzahl (N)	Verteilung (%)	Alters- durchschnitt
Männer	26	43,3	26.5
Frauen	34	56,7	27.8

Das Alter bewegte sich insgesamt zwischen 18 und 45 Jahren, - im Mittel 27,67 Jahre. Die meisten Probanden N=11 waren 28 Jahre alt (18,3%). N=5 Probanden waren 27 Jahre alt (8,3%). Je vier Probanden (N=4) waren 20, 23, 25 bzw. 30 Jahre alt (6,7%). Die restlichen Probanden verteilten sich zu je einem bzw. zwei oder drei (Tabelle 11).

Tabelle 11: Altersverteilung der Probanden

Alter	Häufigkeit insgesamt	Prozent
18	2	3,3
19	3	5,0
20	4	6,7
21	1	1,7
22	2	3,3
23	4	6,7
24	1	1,7
25	4	6,7
26	2	3,3
27	5	8,3
28	11	18,3
29	1	1,7
30	4	6,7
31	1	1,7
32	3	5,0
33	3	5,0
34	1	1,7
35	3	5,0
36	1	1,7
37	1	1,7
38	1	1,7
41	1	1,7
45	1	1,7

2. Befunde zur DSM-III-R-Diagnostik

In der Regel werden mit dem SKID-II zur Diagnose der jeweiligen Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-III-R mindestens vier bzw. fünf Aussagen erwartet (Tabelle L), wobei im ersten Teil die einzelnen Items vom Probanden beantwortet, d. h. mit „ja“ oder „nein“ angekreuzt werden.

Insgesamt wurden bei den N=60 Probanden bei N=22 (36,7%) die Kriterien für eine „selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ als erfüllt gesehen. N=21 Probanden (35,0%) hatten als weitere Diagnose die „antisoziale“, bei je N=17 (28,3%) die „negativistische“ bzw. die „paranoide Persönlichkeitsstörung“. Die „dependente“ war bei N=8 (13,4%) der Probanden zu finden, die „narzisstische“ bei N=7 (11,7%). Je ein mal, N=1 (1,7%) wurde die „histrionische“, die bzw. die „schizotypen Persönlichkeitsstörung“ gestellt. Die „schizoide“ und die „anankastische Persönlichkeitsstörung“ wurden nicht gefunden (Tabelle 12).

Tabelle 12: Häufigkeit aller komorbiden Persönlichkeitsstörungen gem. DSM-III-R insgesamt

Hauptdiagnose nach DSM-III-R	komorbide Persönlichkeitsstörung	Häufigkeit (N)	Verteilung (%)
Borderline	Selbstunsichere	22	36,7
	Antisoziale	21	35,0
	Pass.-aggress.	17	28,3
	Paranoide	17	28,3
	Dependente	8	13,4
	Narzisstische	7	11,7
	Histrionische	1	1,7
	Depressive	1	1,7
	Schizotype	1	1,7
	Schizoide	0	0
	Anankastische	0	0

Die häufigste relevanteste komorbide Persönlichkeitsstörung war mit N=16 (26,7%) die „selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“, gefolgt von N=8 (13,3%) mit einer „passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung“. Die „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ bei N=7 (11,7%), die „paranoide“ bei N=5 (8,3%), die „narzisstische“ bei N=4 (6,7%), die „dependente“ bei N=2 (3,3%) vertreten. Bei einem Probanden, N=1 (1,7%), war es die sog. „schizotype Persönlichkeitsstörung“ (Tabelle 13).

Tabelle 13 : relevanteste Zweitdiagnose der Achse-II gem. DSM-III-R

relevanteste Zweitdiagnosen der Achse II	Häufigkeit (N)	Anteil (%)
keine komorbide Diagnose der Achse II	17	28,33
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	16	26,7
Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung	8	13,3
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	7	11,7
Paranoide Persönlichkeitsstörung	5	8,3
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	4	6,7
Dependente Persönlichkeitsstörung	2	3,3
Schizotype Persönlichkeitsstörung	1	1,7
Schizoide Persönlichkeitsstörung	0	0
Anankastische Persönlichkeitsstörung	0	0
gesamt	60	100

3. Befunde zur Abwehrdiagnostik gem. OPD

N=54 Probanden wurden vom Untersucher gem. Kriterien des I,„Abwehr“ in der OPD als „schlecht integriert“ eingeschätzt, während N=6 Probanden als „mäßig integriert“ diagnostiziert wurden. 90% der Probanden mit einer BPS hatten also ein „gering integriertes“ und 10% ein „mäßig strukturiertes“ Niveau.

Von denen, die als „mäßig strukturiert“ eingeschätzt wurden, waren N=1 (1,7%) Mann und N=5 (8,3%) Frauen.

Unter den vom Untersucher als „schlecht integriert“ eingeschätzten waren N=25 (41,7%) Männer und N=29 (48,3%) Frauen

In der Stichprobe wurden weder die Kriterien für „gut integriert“ noch für „desintegriert“ als erfüllt gesehen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Einstufung des Strukturniveaus der Dimension „Abwehr“ nach Geschlecht

Strukturniveau der „Abwehr“ der OPD	Anzahl der Probanden (N)	Verteilung gesamt (%)	Männer		Frauen	
			(N)	(%)	(N)	(%)
gut integriert	0	0	0	0	0	0
mäßig integriert	6	10	1	1,7	5	8,3
gering integriert	54	90	25	41,7	29	48,3
desintegriert	0	0	0	0	0	0

Außer der Erstdiagnose einer BPS hatten N=17 Probanden (28,33%) keine weitere Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

Lediglich eine weitere Achse-II-Diagnose hatten N=13 (21,7%), zwei weitere Diagnosen aus dem Bereich der Achse II hatten N=11 (18,3%) Probanden, N=12 (20,0%) der Probanden hatten drei und N=7 (11,7%) hatten vier weitere Diagnosen aus der Achse II der DSM. (Tabelle 15).

Tabelle 15: Anzahl der weiteren Achse-II-Diagnosen des DSM-III-R

komorbide Diagnosen der Achse II der DSM-III-R	Häufigkeit (N)	Häufigkeit (%)
0	17	28,3
1	13	21,7
2	11	18,3
3	12	20,0
4	7	11,7
gesamt	60	100

Von denjenigen N=17 Probanden, die keine weitere Diagnose aus dem Bereich der Achse II der DSM-III-R hatten, wurden vom Untersucher N=2 (5%) „mäßig integriert“ gem. Kriterien der OPD eingeschätzt.

N=13 Probanden hatte eine weitere Diagnose der Achse II. N=1 (1,7%) Proband wurde vom Untersucher als „mäßig integriert“ und N=12 (20%) als „schlecht integriert“ eingeschätzt.

Von den N=11 Probanden mit zwei weiteren Achse II Diagnosen wurde keiner mit einem „mäßig strukturierten Niveau“ gefunden, genauso wie bei den N=7 mit vier Achse II Diagnosen. Von den N=12 Probanden mit drei Achse II Diagnosen wurden vom Untersucher N=2 (3,3%) mit „mäßig integriert“ eingestuft (Tabelle 16).

Tabelle 16: Anzahl der Achse II Diagnosen bezogen auf das Strukturniveau des Items „Abwehr“ der Achse IV der OPD

Anzahl der komorbiden Achse-II Diagnosen	Abwehr		gesamt
	mäßig	gering	
(N) 1	1	12	13
(%) 1	1,7	20	21,7
(N) 2	0	11	11
(%) 2	0	18,3	18,3
(N) 3	2	10	12
(%) 3	3,3	16,7	20,0
(N) 4	0	7	7
(%) 4	0	11,7	11,7
(N) 0	3	14	17
(%) 0	5	23,3	28,3
(N) gesamt	6	54	60
(%) gesamt	10	90	100

4. Befunde zur Abwehrdiagnostik im ACT

Für jeden Probanden gibt es nach Auswertung eine Liste mit 10 Abwehrmechanismen, zahlenmäßig hierarchisch aufgelistet. Also jeder Proband hat einen Abwehrmechanismus, den er insgesamt bzw. in der jeweiligen Ebene am häufigsten, am zweithäufigsten, usw. verwendet.

4.1 Ergebnisse zu den drei häufigsten Abwehrmechanismen insgesamt

Im ACT, dem Abwehr-Mechanismen-Computer-Test, wurde bei den Probanden insgesamt am häufigsten mit N=38 (23,31%) der Abwehrmechanismus „Projektion“ unter den drei vorherrschenden Abwehrmechanismen gefunden. Desweiteren war „Multiple Introjektion“ N=35 (21,47%) mal vertreten, „Introjektionen“ N=30 (18,4%) mal.

An Häufigkeit folgten mit N=24 (14,72%) „Isolierung“, mit N=16 (9,81%) „Verdrängung“, „Reaktionsbildung“, mit N=10 (6,13%). Lediglich jeweils N=3 (1,84%) mal waren „Identifikation mit dem Aggressor“ und „Regression“ als einer der drei häufigsten gefunden.

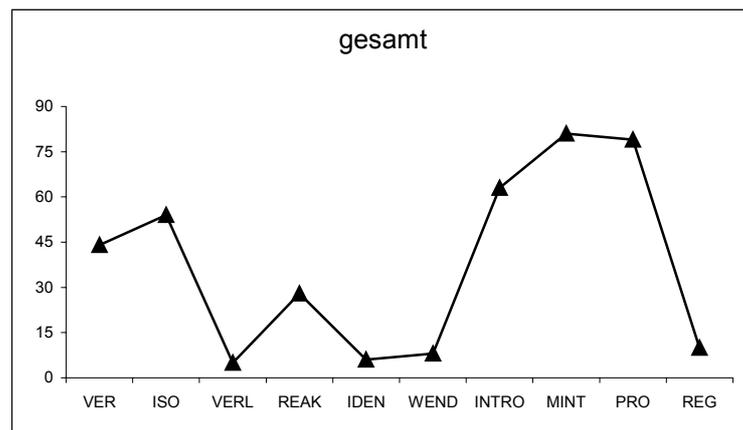
„Wendung gegen das Selbst“ wie auch „Verleugnung“ waren N=2 (1,2%) mal als einer der drei häufigsten Abwehrmechanismen zu finden (Tabelle 18 bzw. Grafik 1).

Tabelle 17 und Grafik 1 zeigen eine hierarchische Auflistung derjenigen Abwehrmechanismen, die bei den einzelnen Probanden als jeweils drei häufigste gefunden wurde.

Tabelle 17: jeweils drei häufigste Abwehrmechanismen im ACT insgesamt

Abwehrmechanismus im ACT	Häufigkeit (N)	Verteilung (%)
VER	16	9,81
ISO	24	14,72
VERL	2	1,2
REAK	10	6,13
IDEN	3	1,84
WEND	2	1,2
INTRO	30	18,40
MINT	35	21,47
PRO	38	23,31
REG	3	1,84
gesamt	163	96,7
INTRO/MINT/PRO	103	63,18

Grafik 1: Grafische Darstellung der am häufigsten ermittelten Abwehrmechanismen im ACT



Demnach haben knapp 2/3 der Probanden (63,18%) entweder MINT, INTRO oder PRO als vorherrschende im ACT.

4.2 Befunde zu den Abwehrmechanismen, aufgeteilt nach Bewusstseinsniveaus

4.2.1 Befunde auf Niveau „bewusst“

Als drei häufigste Abwehrmechanismen im Bereich „bewusst“ fallen „Projektion“ in N=28 (21%) Fällen, „Introjektionen“ in N=23 (17,29%) Fällen und sowohl „multiple Introjektionen“ und „Verdrängung“ in jeweils N=22 (17,29%) Fällen. (Tabelle 18).

Tabelle 18: jeweils drei häufigste Abwehrmechanismen im Bereich „bewusst“ im ACT

Abwehrmechanismus im ACT	Häufigkeit (N)	Verteilung (%)
VER	22	16,54
ISO	12	12,0
VERL	2	1,5
REAK	9	6,8
IDEN	4	3,0
WEND	3	2,25
INTRO	23	17,29
MINT	22	16,54
PRO	28	21,0
REG	2	1,5
gesamt	133	88,4
PRO/INTRO/MINT/VER	73	54,88

PRO/INTRO/MINT/VER sind in der Ebene „bewußt“ in etwas über die Hälfte (54,88%) die drei häufigsten Abw. im ACT.

4.2.2 Befunde auf Niveau „vorbewusst“

Am *häufigsten* trat als meist vertretener erster Mechanismus hier „Introjektionen“ und „multiple Introjektionen“ bei je N=15 (25%) auf, gefolgt von „Projektionen“ mit N=8 (13,3%). N=7 (11,7%) der Probanden hatten „Isolierung“ als *häufigsten* Abwehrmechanismus, N=4 (6%) „Reaktionsbildung“, N=3 (5%) „Verdrängung“, N=2 (3,3%) Regression. „Verleugnung“, „Identifikation mit dem Aggressor“ und „Wendung gegen das Selbst“ waren bei dem Probandengut nicht zu finden (Tabelle 19).

Tabelle 19: jeweils drei häufigste Abwehrmechanismen im Bereich „vorbewusst“

Abwehrmechanismus im ACT	Häufigkeit (N)	Verteilung (%)
VER	10	7,0
ISO	23	16,7
VERL	3	2,1
REAK	11	7,8
IDEN	1	0,7
WEND	1	0,7
INTRO	21	15,21
MINT	34	24,63
PRO	30	21,7
REG	4	2,8
gesamt	138	100
MINT/PRO/ISO	87	63

MINT/PRO/ISO stellen im Bereich „vorbewusst“ nahezu 2/3 der drei häufigsten Abwehrmechanismen.

4.2.3 Ergebnisse auf Niveau „unbewusst“

Am häufigsten wurde hier "multiple Introjektion" in N=25 (22,12%) ermittelt. An zweiter Stelle folgten mit N=12 (18,6%) "Projektion", "multiple Introjektion" und Isolierung in je N=19 (16,8%).

"Verdrängung" wurde in N=12 (10,6%), „Reaktionsbildung“ in N=8 (7%), „Regression“ und „Wendung gegen das Selbst“ in je N=4 (3,5%), "Identifikation mit dem Aggressor" in nur N=1 (0,7%) der Fälle gefunden. „Verleugnung" tauchte in dieser Ebene nicht auf (Tabelle 20).

Tabelle 20: häufigste Abwehrmechanismen im Bereich „unbewusst“

Abwehrmechanismus im ACT	Häufigkeit (N)	Verteilung (%)
VER	12	10,6
ISO	19	16,8
VERL	0	0
REAK	8	7
IDEN	1	0
WEND	4	3,5
INTRO	19	16,8
MINT	25	22,12
PRO	21	18,6
REG	4	3,5
gesamt	113	100
MINT/PRO/INTRO/ISO	84	74,3

MINT, PRO, INTRO und ISO stellen im Bereich „unbewusst“ im ACT mit 74,3% die häufigsten Abwehrmechanismen dar.

4.3 Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT

4.3.1 Befunde zur Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT insgesamt

N=2 (3,3%) der Probanden hatten nichts erkannt, fielen also aus der Wertung heraus. N=15 (25,0%) Probanden verwendeten 4 Abwehrmechanismen, N=14 (23,3%) Probanden 6 Abwehrmechanismen N= 7 (11,7%) Probanden 3 , N= 5 (8,3%) Probanden verwendeten 5, weitere N=5 (8,3%) 7. N=4 (6,7%) der Probanden verwendeten 9, weitere N=4 (6,7%) 2 Abwehrmechanismen. Lediglich N=3 (5,0%) der Probanden verwendete einen Abwehrmechanismus (Tabelle 21).

Tabelle 21: Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen im ACT insgesamt pro Proband

Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen	Anzahl der Probanden (N)	Häufigkeit (%)
0	2	3,3
1	3	5,0
2	4	6,7
3	7	11,7
4	15	25,0
5	5	8,3
6	14	23,3
7	5	8,3
8	1	1,7
9	4	6,7
gültig	58	96,7
fehlend	2	3,3
insgesamt	60	100

4.3.2 Befunde zur Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT auf Niveau „bewusst“

Alle Probanden zusammengerechnet kamen hier höchstens auf 6 verschiedene Abwehrmechanismen.

N=2 (3,3%) der Probanden verwendeten 6 Abwehrmechanismen, jeweils N=11 (18,3%) Probanden verwendeten entweder 1 bzw. 5 Abwehrmechanismen. Jeweils N=10 (16,7%) Probanden entweder 2 oder 4, N=9 (15,0%) Probanden verwendeten 3, N=7 (11,7%) Probanden keinen Abwehrmechanismus in der Ebene bewusst (Tabelle 22).

Tabelle 22: Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen im Bereich „bewusst“ im ACT

Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen in bew.	Anzahl der Probanden (N)	Häufigkeit (%)
0	7	11,7
1	11	18,3
2	10	16,7
3	9	15,0
4	10	16,7
5	11	18,3
6	2	3,3
gültig	58	96,7
fehlend	2	3,3
insgesamt	60	100

4.3.3 Befunde zur Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT auf Niveau „vorbewusst“

N=5 (8,3%) der Probanden hatten hier überhaupt keinen Abwehrmechanismus.

N=12 (20,0%) der Probanden verwendeten 2, N=11 (18,3%) verwendeten 3, jeweils N=10 (16,7%) 5 bzw. 4 Abwehrmechanismen. N=8 (13,3%) Probanden verwendeten nur 1 Abwehrmechanismus, N=3 (5,0%) 7 Abwehrmechanismen und N=1 (1,7%) 6 Abwehrmechanismen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen im Bereich „vorbewusst“ im ACT

Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen in vorbew.	Anzahl der Probanden (N)	Häufigkeit (%)
0	5	8,3
1	8	13,0
2	12	20,0
3	11	18,3
4	10	16,7
5	10	16,7
6	1	1,7
7	3	5,0
gültig	58	96,7
fehlend	2	3,3
insgesamt	60	100

4.3.4 Befunde zur Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT auf Niveau „unbewusst“

N=12 (20,0%) der Probanden hatten hier überhaupt keinen Abwehrmechanismus.

N=14 (23,3%) der Probanden verwendeten 3, N=13 (21,7%) verwendeten 2, N=9 (15,0%) lediglich 1 Abwehrmechanismus. N=6 (10,0%) Probanden verwendeten nur 4 Abwehrmechanismen, N=4 (6,7%) 5 Abwehrmechanismen und N=2 (3,3%) 6 Abwehrmechanismen (Tabelle 24).

Tabelle 24: Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen im Bereich „unbewusst“

Anzahl der verwendeten Abwehrmechanismen in unbew.	Anzahl der Probanden (N)	Häufigkeit (%)
0	12	20,0
1	9	15,0
2	13	21,7
3	14	23,3
4	16	10,0
5	4	6,7
6	2	3,3
gültig	58	96,7
fehlend	2	3,3
insgesamt	60	100

F Ergebnisse

1. Ergebnisse zu Hypothese I

1.1 Ergebnis zur Frage typischer Abwehrmechanismen im ACT

Bei Betrachtung der jeweils drei häufigsten Abwehrmechanismen *insgesamt* fällt auf, dass als häufigster „Projektion“ auftaucht, gefolgt von „multiple Introjektionen“ und „Introjektion“ und an vierter Stelle „Isolierung“.

Im Bereich „*unbewusst*“ tritt am häufigsten "multiple Introjektion" unter den ersten drei auf, gefolgt von "Projektion", dann "Isolierung" und "Introjektionen".

Bei Betrachten der jeweils drei häufigsten Abwehrmechanismen im Bereich „*vorbewusst*“ ergeben sich „multiple Introjektionen“, „Projektionen“ und „Isolierung“.

Die ersten drei häufigsten Abwehrmechanismen im Bereich „*bewusst*“ betrachtet ergibt sich „Projektion“ am häufigsten, gefolgt von „Introjektionen“, an dritter Stelle jeweils „Verleugnung“ und „multiple Introjektionen“ (Tabelle 25 bzw. Grafik 2).

Tabelle 25: Verteilung der jeweils häufigsten drei Abwehrmechanismen im ACT insgesamt

Abwehrmechanismus	unbewußt	vorbewußt	bewußt	gesamt
VER	12	10	22	44
ISO	19	23	12	54
VERL	0	3	2	5
REAK	8	11	9	28
IDEN	1	1	4	6
WEND	4	1	3	8
INTRO	19	21	23	63
MINT	25	34	22	81
PRO	21	30	28	78
REG	4	4	2	10

Grafik 2: Verteilung der Abwehrmechanismen im ACT, aufgeteilt nach Bewußtseinsniveau

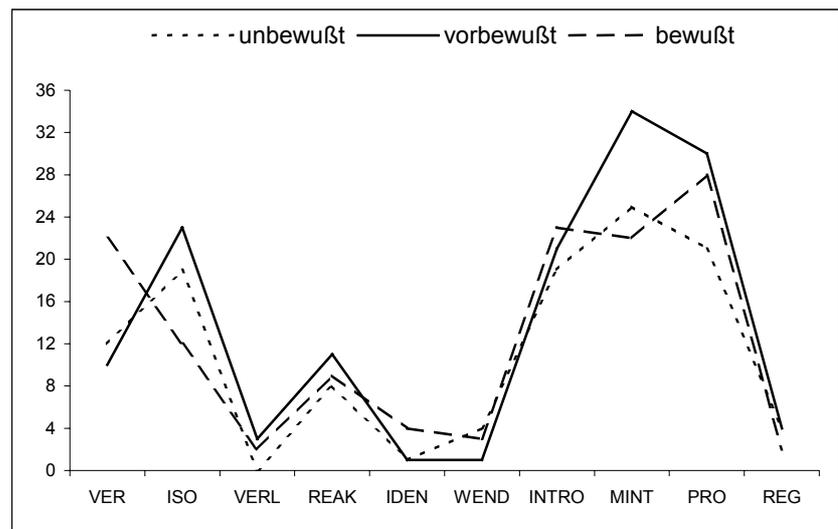


Tabelle 26 zeigt im Vergleich die Häufigkeiten der drei Abwehrmechanismen in den verschiedenen Ebenen des ACT und die Häufigkeit insgesamt (Tabelle 26).

Tabelle 26: häufigste Abwehrmechanismen in verschiedenen Ebenen im ACT

Rang	bewusst	vorbewußt	unbewusst	insgesamt
1.	PRO	MINT	MINT	PRO
2.	INTRO	PRO	PRO	MINT
3.	MINT VER	ISO (INTRO)	ISO INTRO	INTRO

1.2. Ergebnis zur Frage der Bedeutung des Abwehrmechanismus „Verleugnung“ im ACT

Von den N=60 Probanden zeigten in der Bilderfolge insgesamt N=9 (15%) den Abwehrmechanismus „Verleugnung“ (Tabelle 37) überhaupt, d. h. bei den entsprechenden Probanden wurde dieser Abwehrmechanismus in mindestens einem der Bereiche „unbewusst“, „vorbewusst“ oder „bewusst“ diagnostiziert, egal ob "Verleugnung" in nur einem, zwei oder allen drei Ebenen gefunden wurde (Tabelle 27).

Tabelle 27 : Häufigkeitsverteilung des Abwehrmechanismus „Verleugnung“ bei den Probanden im ACT insgesamt

„Verleugnung“	Häufigkeit (N)	(%)
vorhanden	9	15
nicht vorhanden	51	85
insgesamt	60	100

N=4 (6,7%) Probanden zeigten dabei „Verleugnung“ im Bereich „bewusst“ (Tabelle 28)

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung des Abwehrmechanismus „Verleugnung“ im ACT im Bereich „bewusst“

„Verleugnung“	Häufigkeit (N)	(%)
vorhanden	4	6,7
nicht vorhanden	56	93,3
insgesamt	60	100

N=5 (8,3%) Probanden zeigten „Verleugnung“ im Bereich „vorbewusst“ (Tabelle 29)

Tabelle 29 : Häufigkeitsverteilung des Abwehrmechanismus „Verleugnung“ im ACT im Bereich „vorbewusst“

„Verleugnung“	Häufigkeit (N)	(%)
vorhanden	5	8,3
nicht vorhanden	55	91,7
insgesamt	60	100

N=2 (3,3%) der Probanden zeigten „Verleugnung“ im Bereich „unbewusst“ (Tabelle 30)

Tabelle 30 : Häufigkeitsverteilung des Abwehrmechanismus „Verleugnung“ im ACT im Bereich „unbewusst“

„Verleugnung“	Häufigkeit (N)	(%)
vorhanden	2	3,3
nicht vorhanden	58	96,7
insgesamt	60	100

Die Vermutung, bei den Probanden den Abwehrmechanismus „Verleugnung“ überhaupt im ACT zu finden, konnte vom Untersucher bestätigt werden.

2. Ergebnisse zu Hypothese II

Weder die Art noch die Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT oder OPD korreliert signifikant mit der Art oder der Anzahl der komorbiden Achse-II-Diagnosen des DSM-III-R.

Zu diesem Zwecke wurden sowohl die Anzahl wie auch die Art der komorbiden Achse-II-Diagnosen des DSM-III-R mit den Befunden der OPD und der Art und auch der Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT in Zusammenhang gebracht.

2.1 Art der Abwehrmechanismen im ACT und Anzahl der komorbiden Achse-II-Diagnosen gem. DSM-III-R

2.1.1 PRO im ACT und Anzahl der komorbiden Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R

N=45 Probanden hatten im ACT „PRO“. Von diesen hatten N=10 Probanden 3, N=9 Probanden eine, N=7 Probanden 2, N=4 Probanden hatten 4 komorbide Achse-II-Diagnosen. Zusätzlich zur BPS hatten jedoch N=15 Probanden keine komorbide Diagnose (Tabelle 31).

Tabelle 31: PRO im ACT und Anzahl komorbider Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R

Anzahl ko-morbider Diagnosen der Achse II	PRO		gesamt
	nein	ja	
0	2	15	17
1	4	9	13
2	4	7	11
3	2	10	12
4	3	4	7
gesamt	15	45	60

Gerechnet wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson, wobei Chi mit .378 nicht signifikant war (Tabelle 32)

Tabelle 32: Chi-Quadrat-Test

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,212	4	.378
gültige Fälle	60		

2.1.2 MINT im ACT und Anzahl der komorbiden Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R

Bei N= 46 der Probanden wurde „multiple Introjektion“ im ACT gefunden. N=14 der Probanden mit „multiple Introjektion“ hatten keine komorbide Diagnose. N=11 hatten eine komorbide Diagnose, N=9 hatten 3, N=7 hatten 2 und N=5 Probanden mit „multiple Introjektion“ im ACT hatten 4 komorbide Diagnosen im DSM-IV (Tabelle 33)

Tabelle 33: MINT im ACT und Anzahl komorbider Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R

Anzahl ko-morbider Diagnosen der Achse II	MINT		gesamt
	nein	ja	
0	3	14	17
1	2	11	13
2	4	7	11
3	3	9	12
4	2	5	7
gesamt	14	46	60

Gerechnet wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson, wobei dieser mit $\chi^2 = ,747$ nicht signifikant war (Tabelle 34).

Tabelle 34: Chi-Quadrat-Test

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,936	4	.747
gültige Fälle	60		

2.1.3 *INTRO* im ACT und komorbide Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R

N=12 der Probanden mit "Introjektionen" im ACT hatten keine komorbide Diagnose im DSM-III-R. N=7 Probanden hatten 1 komorbide Diagnose, N=6 Probanden 3. Je N=5 hatten 4 bzw. 2 komorbide Diagnosen (Tabelle 35).

Tabelle 35: *INTRO* im ACT und Anzahl komorbider Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R

Anzahl komorbider Diagnosen der Achse II	INTRO		gesamt
	nein	ja	
0	5	12	17
1	6	7	13
2	6	5	11
3	6	6	12
4	2	5	7
gesamt	25	35	60

Gerechnet wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson, wobei dieser mit $\chi^2 = .601$ nicht signifikant war (Tabelle 36).

Tabelle 36: Chi-Quadrat-Test

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,754	4	.601
gültige Fälle	60		

Keiner der drei am häufigsten gefundenen Abwehrmechanismen im ACT konnte signifikant mit der Anzahl der komorbiden Diagnosen im DSM-III-R korreliert werden.

Die Hypothese konnte somit bestätigt werden.

2.2 Vorherrschende Abwehrmechanismen im ACT und komorbide Persönlichkeitsstörungen gem. DSM-III-R

N=7 Probanden mit einer „*Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*“ hatten „multiple Introjektion“ als häufigsten Abwehrmechanismus im ACT, gefolgt von „Projektion“ bei N=6 und "Introjektionen" bei N=4 der Probanden.

N=6 Probanden mit einer „*Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung*“ als komorbide Diagnose hatten im ACT "Introjektionen" als vorherrschenden Abwehrmechanismus, gefolgt von N=4 Probanden mit „multiple Introjektion“.

Je N=5 Probanden mit einer „*Antisozialen Persönlichkeitsstörung*“ als komorbide Diagnose hatten "multiple Introjektion" und "Introjektionen" als häufigste Abwehrmechanismen im ACT „Projektion“ und "Isolierung" hatten jeweils N=2 der Probanden mit „antisozialer Persönlichkeitsstörung“ als komorbide Diagnose (Tabelle 37).

Tabelle 37: Korrelation der Abwehrmechanismen des ACT mit den häufigsten komorbiden Achse-II-Diagnosen im DSM-III-R im gesamten Kollektiv

Pers. Störg	vorherrschender Abwehrmechanismus										
	VER	ISO	VERL	REAK	IDEN	WEND	INTRO	MINT	PRO	REG	kein
Selbstunsicher	0	3	0	1	1	0	4	7	6	0	1
Passiv-aggr.	0	2	0	2	1	0	6	4	2	0	1
Antisozial	2	3	0	1	1	0	5	5	3	0	1
Paranoid	0	1	0	0	1	0	3	2	5	0	1

Gerechnet wurde jeweils der Chi-Quadrat-Test nach Pearson, wobei sich Signifikanzen gem. Tab. 39 ergaben (Tabelle 38):

Tabelle 38: Chi-Quadrat-Werte nach Pearson

	Selbstunsichere	Paranoide	Antisoziale	Passiv-aggr.
ISO	.578	.395	.432	.037
INTRO	.928	.529	.355	.003
MINT	.473	.484	.388	.982
PRO	.757	.069	.206	.005

Die Korrelation der „paranoiden Persönlichkeitsstörung“ mit „PRO“ im ACT war mit Chi-Quadrat = .069 signifikant.

Hochsignifikant war jedoch die „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ mit PRO im ACT (Chi-Quadrat = .005) und INTRO (Chi-Quadrat = .003).

Auch mit ISO (Chi-Quadrat = .037) war die „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ signifikant in Korrelation

Die Hypothese, dass die Art der komorbiden Diagnosen keinen Zusammenhang mit der Art der vorherrschenden Abwehrmechanismen hat, konnte somit *nicht* bestätigt werden.

2.3 Abwehr in der OPD und komorbide Achse-II-Diagnostik im DSM-III-R

Mittels Kreuztabelle wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson sowohl für „Spaltung“ wie auch für „Projektive Identifizierung“ für alle Persönlichkeitsstörungen ermittelt

2.3.1 „Projektive Identifizierung“ gem. OPD und Art der komorbiden Achse-II-Diagnose gem. DSM-III-R

Betrachtet wurden die jeweils vier am häufigsten vorkommenden Persönlichkeitsstörungen bei den Probanden.

Die Tabelle 39 zeigt die Signifikanzen für die Korrelation der „Antisozialen Persönlichkeitsstörung“ und „projektive Identifizierung“ gem. OPD (Chi-Quadrat = .007).

Des Weiteren die Korrelation der „Paranoiden Persönlichkeitsstörung“ mit „projektiver Identifizierung“ gem. Kriterien der OPD (Chi-Quadrat = .022).

Für die „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ ergab sich ein Chi-Quadrat = .600, für die „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ eine Korrelation von Chi-Quadrat = .730.

Tabelle 39: „Projektive Identifizierung“ gem. OPD und komorbide Achse-II-Diagnostik gem. DSM-III-R

Komorbide Achse-II-Diagnose gem. DSM-III-R	Anzahl (N)	Chi-Quadrat nach Pearson
Paranoide	17	.022
Antisoziale	20	.007
Passiv-aggressive	17	.730
Selbstunsichere	22	.600

Hochsignifikante Werte ergaben sich somit für die sog. „projektive Identifizierung“ gem. OPD und sowohl für die „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ als auch für die „paranoide Persönlichkeitsstörung“ gem. DSM-III-R.

Für die „projektive Identifizierung“ gem. OPD und die „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ wie auch für die „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ gem. DSM-III-R ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

2.3.2 „Spaltung“ gem. OPD und Art der komorbiden Achse-II-Diagnose gem. DSM-III-R

Die „paranoide Persönlichkeitsstörung“ korrelierte mit „Spaltung“ gem. OPD mit einem Chi-Quadrat = .522, die „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ mit einem Chi-Quadrat = .086, die „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ korrelierte mit „Spaltung“ mit einem Chi-Quadrat = .159, die „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ mit .231 (Tabelle 40)

Tabelle 40: „Spaltung“ gem. OPD und komorbide Achse-II-Diagnose gem. DSM-III-R

Persönlichkeitsstörung gem. DSM-III-R	Anzahl (N)	Chi-Quadrat nach Pearson
Paranoide Ps.	17	.522
Antisoziale Ps.	20	.086
Passiv-aggressive Ps.	17	.159
Selbstunsichere Ps.	22	.231

Signifikante Werte ergaben sich somit für die „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (Chi-Quadrat = .086).

Für die „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ ergab sich bei der untersuchten Stichprobe genauso wenig eine Signifikanz (Chi-Quadrat = .522) wie für die „Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ (Chi-Quadrat = .159) oder die „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ (Chi-Quadrat = .231)

2.4 Abwehrmechanismen im ACT und Abwehrmechanismen in der OPD

Als häufigste Abwehrmechanismen im ACT wurden bei den Probanden PRO, MINT und INTRO ermittelt.

Diese werden mit den Abwehrmechanismen korreliert, die vom Untersucher am häufigsten gem. Kriterien der OPD gefunden wurden.

Hierbei handelt es sich um „projektive Identifizierung“ und „Spaltung“.

2.4.1 PRO im ACT und „projektive Identifizierung“ in der OPD

Von den N=41 Probanden, die PRO als einen der ersten drei häufigsten im ACT insgesamt hatten, ermittelte der Untersucher bei N=35 den Abwehrmechanismus der „projektiven Identifizierung“ gem. Kriterien der OPD. (Chi-Quadrat = .856).

Im Bereich „unbewusst“ hatten N=22 Probanden PRO als einen der drei häufigsten Abwehrmechanismen im ACT und N=16 den Abwehrmechanismus „projektive Identifizierung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .432)

Im Bereich „vorbewusst“ hatten N=34 Probanden PRO als einen der drei häufigsten Abwehrmechanismen im ACT und N=28 den Abwehrmechanismus „projektive Identifizierung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .343)

Im Bereich „bewusst“ hatten N=33 Probanden PRO als einen der drei häufigsten Abwehrmechanismen im ACT, N=25 den Abwehrmechanismus „projektive Identifizierung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .592) (Tabelle 41).

Tabelle 41: PRO im ACT in den verschiedenen Bewußtseinsebenen und „projektive Identifizierung“ in der OPD

PRO	projektive Identifizierung		gesamt	Chi-Quadrat (Pearson)
	nein	ja		
unbewußt	nein	31	38	.432
	ja	6	22	
vorwußt	nein	18	25	.343
	ja	6	34	
bewußt	nein	22	27	.592
	ja	8	33	
insgesamt	nein	12	19	.856
	ja	10	41	

2.4.2 PRO im ACT und „Spaltung“ in der OPD

Von N=41 Probanden, mit PRO als einen der häufigsten im ACT, wurde bei N=35 „Spaltung“ in der OPD ermittelt (Chi-Quadrat =.856).

Im Bereich „unbewusst“ hatten N=22 Probanden PRO im ACT und N=16 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .432)

Im Bereich „vorbewusst“ hatten N=34 Probanden PRO im ACT und N=28 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .343)

Im Bereich „bewusst“ hatten N=33 Probanden PRO im ACT und N=25 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .592)
(Tabelle 42).

Tabelle 42: Spaltung in der OPD und PRO im ACT in den verschiedenen Bewusstseinsstufen

PRO	Spaltung		gesamt	Chi-Quadrat (Pearson)
	nein	ja		
unbewußt	nein	31	38	.432
	ja	16	22	
vorbewußt	nein	18	25	.343
	ja	28	34	
bewußt	nein	22	27	.592
	ja	25	33	
insgesamt	nein	12	19	.856
	ja	35	41	

2.4.3 INTRO im ACT und „projekt. Identif.“ in der OPD

Von den N=35 Probanden, die INTRO als einen der häufigsten im ACT hatten, wurde gem. Kriterien der OPD bei N=28 „projektive Identifizierung“ ermittelt (Chi-Quadrat .711).

Im Bereich „unbewusst“ hatten N=20 Probanden INTRO als einen der drei häufigsten Abwehrmech. im ACT und N=15 „projektive Identifizierung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .628)

Im Bereich „vorbewusst“ hatten N=25 Probanden INTRO als einen der drei häufigsten Abwehrmech. im ACT und N=21 „projektive Identifizierung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .628)

Im Bereich „bewusst“ hatten N=21 Probanden INTRO als einen der drei häufigsten Abwehrmech. im ACT, N=16 „projektive Identifizierung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .767) (Tabelle 43).

Tabelle 43: INTRO im ACT in versch. Bewusstseins-ebenen u. „projekt. Identif.“ in der OPD

INTRO	projektive Identifizierung		gesamt INTRO	Chi-Quadrat (Pearson)
	nein	ja		
unbewußt	nein	32	40	.658
	ja	15	20	
vorwußt	nein	26	35	.368
	ja	21	25	
bewußt	nein	31	39	.767
	ja	16	21	
insgesamt	nein	19	25	.711
	ja	28	35	

2.4.4 INTRO im ACT und „Spaltung“ in der OPD

Von den N=35 Probanden, die INTRO als einen der ersten drei häufigsten im ACT, wurde bei N=28 „Spaltung“ gem. Kriterien der OPD. ermittelt (Chi-Quadrat = .711).

Im Bereich „unbewusst“ hatten N=15 Probanden INTRO im ACT und N=20 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .658)

Im Bereich „vorbewusst“ hatten N=25 Probanden INTRO im ACT und N=21 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .368)

Im Bereich „bewusst“ hatten N=21 Probanden INTRO im ACT, N=16 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .767) (Tabelle 44).

Tabelle 44: INTRO im ACT in den verschiedenen Bewußtseinsebenen Spaltung in der OPD

INTRO	Spaltung		gesamt	Chi- Quadrat (Pearson)
	nein	ja		
unbewußt	nein	8	32	.658
	ja	5	15	
vorwußt	nein	9	26	.368
	ja	4	21	
bewußt	nein	8	31	.767
	ja	5	16	
insgesamt	nein	6	19	.711
	ja	7	28	

2.4.5 MINT im ACT u. „projekt. Identif.“ in der OPD

Von N=46 Probanden, die MINT als einen der häufigsten im ACT insgesamt hatten, wurde gem. Kriterien der OPD bei N=35 „projektive Identifizierung“ ermittelt. (Chi-Quadrat = .444).

Im Bereich „unbewusst“ hatten N=28 Probanden MINT im ACT und N=24 „projekt. Identif.“ in der OPD (Chi-Quadrat = .194)

Im Bereich „vorbewusst“ hatten N=37 Probanden MINT im ACT und N=30 „projekt. Identif.“ in der OPD (Chi-Quadrat = .512)

Im Bereich „bewusst“ hatten N=24 Probanden MINT im ACT, N=20 „projekt. Identif.“ in der OPD (Chi-Quadrat = .664) (Tabelle 45).

Tabelle 45: MINT im ACT in versch. Bewußtseins-ebenen und „projekt. Identif.“ in der OPD

MINT	projektive Identifizierung		gesamt	Chi-Quadrat (Pearson)
	nein	ja		
unbewußt	nein	23	32	.194
	ja	4	28	
vorbewußt	nein	17	23	.512
	ja	7	37	
bewußt	nein	22	28	.664
	ja	4	24	
insgesamt	nein	12	14	.444
	ja	11	46	

2.4.6 MINT im ACT und „Spaltung“ in der OPD

Von N=46 Probanden, die MINT im ACT hatten, wurde gem. OPD bei N=35 „Spaltung“ ermittelt (Chi-Quadrat = .444).

Im Bereich „unbewusst“ hatten N=28 Probanden MINT im ACT und N=24 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .194)

Im Bereich „vorbewusst“ hatten N=37 Probanden MINT im ACT und N=30 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .512)

Im Bereich „bewusst“ hatten N=24 Probanden MINT im ACT, N=20 „Spaltung“ in der OPD (Chi-Quadrat = .664) (Tabelle 46).

Tabelle 47: MINT im ACT in den verschiedenen Bew.-ebenen und Spaltung in der OPD

MINT	Spaltung		gesamt	Chi-Quadrat (Pearson)
	nein	ja		
unbewußt	nein	23	32	.194
	ja	4	28	
vorwußt	nein	17	23	.512
	ja	7	37	
bewußt	nein	22	28	.664
	ja	4	24	
insgesamt	nein	12	14	.444
	ja	11	46	

G Diskussion

In einer 1998 veröffentlichten Studie der Heidelberger Gruppe wurden die Zusammenhänge zwischen der Achse „Struktur“ und den Achsen „Konflikt“ und „Beziehung“ bei insgesamt 100 stationär behandelten Patienten untersucht. Die Ergebnisse zeigten, daß deskriptiv-phänomenologische Diagnosen kaum Rückschluss auf die strukturelle Beeinträchtigung zulassen (39).

Ziel dieser Arbeit ist ein Vergleich dreier Diagnoseinstrumente unter besonderer Berücksichtigung der Abwehrmechanismen, wobei die deskriptive Diagnostik gem. Kriterien des DSM-III-R um die operationalisierte Diagnostik nach OPD und um ein projektives Testverfahren, den ACT, bereichert werden sollte. Hierfür wurden 60 Patienten mit der Diagnose einer Borderlinestörung, diagnostiziert mittels SKID-II, ausgesucht.

Bei einer ersten Betrachtung ergibt sich kein großer Unterschied in der Verteilung der Abwehrmechanismen des ACT in den verschiedenen Ebenen bei den untersuchten Probanden. Es deutet sich demnach an, daß die untersuchten Probanden ähnliche Reaktionsmuster, d. h. Abwehrmechanismen im ACT aufweisen. Im ACT kristallisierten sich bei den untersuchten Borderlinepatienten die Abwehrmechanismen "MINT", - multiple Introjektionen, "PRO", - Projektion und "INTRO", - Introjektionen als gehäuft heraus und dies in allen drei Bewußtseisebenen. Die Rangfolge der o. g. Abwehrmechanismen ist im "unbewußten" und "vorbewußten" Bereich gleich (Rang 1: "MINT", Rang 2: "PRO", Rang 3: "INTRO" und "ISO"), ändert sich jedoch quantitativ zum Bereich "bewußt", wo "PRO" - Projektion am häufigsten auftaucht, gefolgt von "INTRO" - Introjektionen und an dritter Stelle "MINT" - Multiple Introjektionen. Hieraus ist zu folgern, dass Projektion ein bewusstseinsnaher Abwehrmechanismus ist, während "MINT" und "INTRO" eher bewußt-

seinsfern wären. Fenichel (25) und Klein (55) beschreiben die "Projektion" als Bestandteil der frühen Entwicklungsstufe des Ichs (25). In der OPD wird Projektion dem "mäßig integrierten Niveau" zugeschrieben (71). Das Ergebnis des ACT stimmt somit der Einschätzung gem. OPD und der Einschätzung Fenichels und Melanie Kleins überein.

Krause (62) schlägt eine mehrstufige Abwehrskala vor, in welcher Projektion dem Verleugnungsniveau zugeordnet ist und somit Teil des 4. Niveaus von ins. sieben darstellt. "PRO" trat auch bei denjenigen Probanden am häufigsten auf, die keine weitere komorbide Diagnose der Achse II des DSM-III-R hatten. Das könnte bedeuten, dass "PRO" ein für die Borderlinepathologie typischer Abwehrmechanismus ist, der auch durch komorbide Diagnosen nicht in seiner Ausprägung verändert bzw. beibehalten wird.

Im Bereich "bewusst" tritt in gleicher Häufigkeit wie "MINT" der Abwehrmechanismus "VER" Verdrängung auf, ein Abwehrmechanismus, der in den anderen Bewusstseinssebenen kaum Bedeutung hatte. Verdrängung kann also ebenfalls als bewusstseinsnaher Abwehrmechanismus angesehen werden.

Gleichzeitig nimmt die Bedeutung des Abwehrmechanismus "ISO" – Isolierung hier ab und taucht nicht mehr als einer der drei häufigsten Abwehrmechanismen auf.

Gem. Kernberg (53) sei nicht die deskriptive Symptomatik, sondern u. a. die sog. Identitätsdiffusion und das Vorherrschen bestimmter Abwehrmechanismen vorrangig für die Diagnose von Borderlinepersönlichkeitsstörungen. Kernberg nennt hier die "Spaltung" und ihre Derivate wie "primitive Idealisierung", "Entwertung", "Verleugnung" und die "projektive Identifizierung" (s. Kap. II, 2.1.2).

Diese Abwehrmechanismen sind, bis auf "Verleugnung" im ACT nicht beschrieben. Daß "multiple Introjektionen" wie auch "Introjektionen" gehäuft bei den untersuchten Borderlinepatienten

gefunden wurde, könnte mit der Identitätsdiffusion verglichen werden, die Kernberg aber nicht als spezielle Abwehrmechanismus beschreibt, sondern als übergeordnete Voraussetzung für das Einsetzen von Spaltungsprozessen ansieht. Die Unfähigkeit, ein stabiles Konzept von sich und anderen zu haben könnte in "MINT" und "INTRO" seinen Niederschlag im ACT finden, da bei "MINT" eines der Kriterien u. a. entweder die Identifikation mit einem deutlich jüngeren oder deutlich älteren Helden oder wenn dieser ohne Geschlecht gesehen wird und bei "INTRO" der Held mit falschem Geschlecht gesehen wird, also bei beiden die Identifikation bezüglich Alter oder Geschlecht nicht eindeutig ist. Mit der Introjektion, bei welcher das Subjekt in der Phantasie ein Objekt oder Qualitäten von Objekten von außen nach innen gelangen lässt wird nach Feniichel (1974) eine Verbindung zur oralen Einverleibung hergestellt, diese also ebenfalls als früher Mechanismus beschrieben (25). Gem. Freud (1915) würde so alles Angenehme introjiziert (28).

Laplanche und Pontalis (1972) betonen, dass man von der Introjektion von Objekten oder deren Qualitäten sprechen sollte (65). Auch bei M. Klein (55) findet sich die Introjektion als wichtiger Ausdruck, mit denen das Hin und Her der guten und bösen Objekte beschrieben wird. Hierbei findet sich bereits ein Hinweis auf die Spaltung. Mentzos (1982), der in seinen Abwehrtheorien Bezug auf A. Freud nimmt, weist "Introjektion" ebenfalls der unreifsten Ebene zu (67). "VERL" - Verleugnung, "IDEN" - Identifikation mit dem Aggressor und "WEND" - Wendung gegen das Selbst waren in allen Ebenen deutlich unterrepräsentiert. Auffällig was das völlige Fehlen des Abwehrmechanismus "VERL" - Verleugnung im Bereich "unbewußt". Ansonsten waren bei den Probanden alle zehn möglichen Abwehrmechanismen des ACT vertreten. Gem. Kernberg wäre Verleugnung ein für die Borderlinepathologie typischer Abwehrmechanismus.

Es wäre zu erwarten gewesen, diesen Abwehrmechanismus bei den Probanden auch im ACT zu finden. Verleugnung ist im ACT

definiert als u. a. das explizite Verneinen der Existenz der Beiperson bzw. der Bedrohung des Helden.

Im ACT ist von den von Kernberg Genannten nur die "Verleugnung" beschrieben. Nach Fenichel (1974) weigerte sich das Individuum bei der Verleugnung bestimmte Anteile seiner Realität anzuerkennen (25).

Auch im Rahmen der Coping-Theorien wird "Verleugnung" als besonders maladaptiv gesehen (74) Der Abwehrmechanismus „Verleugnung“ konnte auch im ACT identifiziert werden, jedoch spielte er in der Wertigkeit bei den Probanden eine untergeordnete Rolle. Es muß hierbei betont werden, dass gleichzeitig keiner der Probanden vom Untersucher in der „Abwehr“ der OPD als „desintegriert“ betrachtet wurde. Es ist nicht auszuschließen, dass bei solchen Probanden der Abwehrmechanismus „Verleugnung“ auch im ACT häufiger gefunden worden wäre. In dieser Studie jedoch kann vermutet werden, dass diese dann u. U. unter dem Einfluß von psychotropen Substanzen stünden und somit nicht in die Studie aufgenommen worden wären. Dies müssten jedoch weitere Studien klären.

Eine weitere Auffälligkeit war die Verteilung des Abwehrmechanismus „VER“ – Verdrängung in den verschiedenen Bewußtseinsebenen des ACT. Im Bereich „bewusst“ wurde der Abwehrmechanismus Verdrängung doppelt so häufig gefunden wie in den jeweils anderen Ebenen, was bedeutet, dass bei den Probanden der Abwehrmechanismus Verdrängung bewusstseinsnah ist.

Gleichermaßen verhält es sich mit „IDEN“ – Identifikation mit dem Aggressor. Obwohl dieser Abwehrmechanismus bei den Probanden nur in wenigen Fällen zu finden war, so tauchte er im Bereich „bewusst“ viermal so häufig auf, wie in den anderen Bewusstseinssebenen.

Insgesamt war ein zahlenmäßiger Anstieg der Abwehrmechanismen vom Bereich „unbewusst“ bis „bewusst“ zu verzeich-

nen. Die größte Ausprägung ergab sich vom Bereich „unbewusst“ zu „vorbewusst“ und zwar um mehr als 20%. Die Zahl der verwendeten Abwehrmechanismen nahm von „vorbewusst“ zu „bewusst“ wieder ab, fiel jedoch nicht auf die Werte des Bereiches „unbewusst“ zurück. Die Probanden hatten folglich im Bereich „vorbewusst“ die meisten Abwehrmechanismen. Auch im Bereich „bewusst“ waren mehr Abwehrmechanismen ermittelt worden, als im Bereich „unbewusst“. Dies könnte bedeuten, dass die Probanden in den verschiedenen Bewusstseinsstufen eben eine insgesamt unterschiedliche Anzahl von Abwehrmechanismen verwenden, die Hauptabwehrmechanismen "PRO", "MINT" und "INTRO" aber durchgehend Bedeutung haben.

Die Hälfte der Probanden verwendete entweder vier oder sechs Abwehrmechanismen. Gem. OPD (71) wäre Stabilität der Abwehr zwar ein Kriterium für ein "gut integriertes Niveau", das ermittelte Ergebnis könnte aber Hinweis auf eine Rigidität sein, eben dass die Probanden hauptsächlich nur die erwähnten Abwehrmechanismen einsetzen und somit die für ein "gut integriertes Niveau" notwendige Anpassungsfähigkeit nicht haben.

Dass im Bereich "bewußt" weniger Abwehrmechanismen ermittelt wurden als im Bereich "vorbewußt" bedeutet, dass den Probanden in diesem Bereich offensichtlich weniger Abwehrmechanismen zur Verfügung stehen.

Gem. W. Steffens und H. Kächele (49) muß "jeder Versuch, eine Taxonomie der Abwehrvorgänge vorzunehmen, auf dem Hintergrund der Widersprüche gesehen werden, die sich daraus ergeben, dass sich die theoretische Entwicklung der Psychoanalyse vom klassischen triebtheoretischen wie auch vom ichpsychologischen Modell partiell gelöst hat".

Daß in der Untersuchung kein Proband in der Dimension "Abwehr" gem. OPD-Kriterien als "desintegriert" gefunden wurde,

könnte daran liegen, dass diese meist medikamentös behandelt werden müssen. Der Einfluß psychotroper Substanzen zum Untersuchungszeitpunkt galt aber als eines der Ausschlusskriterien für diese Studie. Möglicherweise ist dies auch die Erklärung für das Fehlen des Abwehrmechanismus Verleugnung im ACT.

Bei Vergleich der drei am häufigsten gefundenen Abwehrmechanismen mit der Anzahl der komorbiden Diagnosen der Achse II des DSM-III-R wurde keine signifikante Korrelation festgestellt. Dies würde bedeuten, dass die Menge der komorbiden Persönlichkeitsstörungen keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Abwehrmechanismen ermöglicht.

Bei der Korrelation der am häufigsten ermittelten komorbiden Persönlichkeitsstörungen ergaben sich hochsignifikante Werte für die sog. Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung gem. DSM-III-R und "INTRO" im ACT.

Im Gegensatz zur DSM-III-R ist die Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung im DSM-IV nicht in die Klassifikation mit aufgenommen. In der DSM-IV ist sie nur im Anhang, unter den sog. "nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörungen" bzw. in den Forschungskriterien aufgeführt. Beschrieben ist, dass diese häufig u. a. zusammen mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen auftreten. Als sog. zusätzliche Merkmale zu den Forschungskriterien werden diese Personen als offenkundig ambivalent, unentschlossen beschrieben, die von einer Vorgehensweise zu deren Gegenteil schwanken. Hier deutet sich die Nähe zur Borderlinepersönlichkeitsstörung an, bei der das Hin und Her von guten und bösen Anteilen ja bereits beschrieben wurde. Ebenfalls signifikante Werte ergaben sich für die Probanden mit der sog. Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung zu "PRO" und "ISO".

Für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung ergaben sich keine signifikanten Korrelationen. Gem. Kernberg ist die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung auch auf einem höheren Organisationsniveau, es ist also nicht verwunderlich, dass hier keine Korrelation gefunden wurde.

Für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung wurde ebenfalls keine signifikante Korrelation ermittelt, jedoch haben auch diese Probanden tendenziell mehr die Abwehrmechanismen, die auch für die anderen Probanden als typisch ermittelt worden waren. Für die Probanden mit einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung als komorbide Diagnose ergab sich lediglich eine signifikante Korrelation zu "PRO" im ACT. Gem. Kernberg ist die paranoide Persönlichkeit dem niedrigeren Organisationsniveau zugeordnet. Hier würden sich die beiden Ergebnisse ergänzen.

Hochsignifikante Korrelationen ergaben sich beim Vergleich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung wie auch der Paranoiden Persönlichkeitsstörung mit dem Abwehrmechanismus "projektive Identifizierung" gem. Kriterien der OPD, wobei sich eine weitere Signifikanz von der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zum Abwehrmechanismus "Spaltung" ergab. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung korreliert demnach signifikant zu "Spaltung" und "projektiver Identifizierung" im OPD. Diese ist gem. Einschätzung des Untersuchers in Übereinstimmung mit der OPD die am wenigsten integrierte aller untersuchten Persönlichkeitsstörungen. Auch Kernberg weist die Antisoziale Persönlichkeitsstörung dem niedrig strukturierten Niveau zu.

Bei der Korrelation der am häufigsten ermittelten Abwehrmechanismen im ACT und der "projektiven Identifizierung" bzw. der "Spaltung" gem. OPD konnte keine signifikante Korrelation ermittelt werden. Lediglich tendenziell korreliert nur "MINT" sowohl mit "Spaltung" als auch mit "projektiver Identifizierung", jedoch war die Anzahl der Probanden insgesamt zu gering. Es

ist nicht auszuschließen, dass eine größere Anzahl von Probanden ein u. U. deutlicheres Ergebnis erbracht hätte.

Auch ist der Einfluss der Achse-I-Diagnosen nicht zu vernachlässigen. Ziel dieser Arbeit war, auch im ACT typische Abwehrmechanismen für Borderlinepatienten, unabhängig von der Achse-I-Diagnose zu finden. Weitere Diagnosen wie z. B. Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen, Essstörungen o. a. blieben in dieser Arbeit unberücksichtigt. Ebenfalls das Geschlecht. Das Ergebnis bezieht sich also lediglich auf die Achse-II-Diagnose des DSM-III-R. Weitere Studien werden klären, ob es auch im ACT möglich ist, für die genannte Gruppe Unterschiede bezüglich der Abwehrmechanismen nach Geschlecht bzw. nach Unterschieden in der Achse-I-Diagnose zu identifizieren.

H Zusammenfassung

Ziel der Untersuchung war es, bei 60 Patienten, die aus in einem südbayerischen Bezirkskrankenhaus rekrutiert wurden, mit einer nach DSM-III-R diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren komorbide Diagnosen der Achse II des DSM-III-R zu erfassen und dann im Rahmen einer OPD-Diagnostik die relevanten Abwehrmechanismen zu ermitteln. Diese wurden dann mit den Ergebnissen in Beziehung gesetzt, die mit dem Abwehrmechanismen-Computer-Test (ACT) ermittelt wurden. Mit diesem Instrument lassen sich 10 verschiedene Abwehrmechanismen darstellen.

Von den 60 untersuchten Patienten waren 26 (43,3%) Männer und 34 (56,7%) Frauen. Der Altersdurchschnitt betrug 27,67 Jahre. Frauen waren durchschnittlich 27,8 Jahre alt, Männer durchschnittlich 26,5 Jahre alt.

Bei 43 (71,67%) fanden sich komorbide Diagnosen der Achse II des DSM-III-R, namentlich bei 36,7% eine „Selbstunsichere“, bei 35% eine „Antisoziale“, bei jeweils 28,3% eine „Passiv-aggressive“ bzw. „Paranoide“, 13,4% eine „Dependente“, bei 11,7% eine „Narzisstische“ Persönlichkeitsstörung. Bei jeweils 5,1% fanden sich die „Histrionische“, die „Depressive“ und die „Schizotype“ Persönlichkeitsstörung.

17 (28,33%) hingegen hatten keine Achse-II-Zweitdiagnose.

In Bezug auf Hypothese I, für die Probanden spezifische, unreife Abwehrmechanismen zu ermitteln, fanden sich gem. OPD-Diagnostik bei allen Probanden unreife Abwehrstrukturen wie „Verleugnung“, „Projektion“, „Projektive Identifizierung“, „Spaltung“ und deren Derivate wie Idealisierung und Entwertung. Bei 54 (90%) ergab sich ein „gering integriertes“ Niveau, bei 6 Probanden (10%) ein „mäßig integriertes“ Strukturniveau.

Ebenfalls in Bezug auf Hypothese I fanden sich im Abwehrmechanismen Computer Test (ACT) am häufigsten „Projektion“ (PRO = 21,31%), „Multiple Introjektion“ (MINT = 21,47%) und „Introjektion“ (INTRO = 18,4%). Diese machten insgesamt 63,18% aus und können ebenfalls als spezifisch für diese Gruppe angesehen werden.

Die Hypothese, sowohl gem. OPD- als auch gem. ACT-Kriterien, für die Probanden spezifische Abwehrmechanismen zu finden, konnte bestätigt werden.

Entsprechend der Hypothese II, dass die Befunde der deskriptiv/phänomenologischen Diagnostik keine Rückschlüsse auf die strukturelle Beeinträchtigung zulassen, wurden sowohl Anzahl als auch Art der komorbiden DSM-III-R-Diagnosen mit den Befunden der OPD und denen des ACT statistisch mittels T-Test und chi-Quadrat-Test korreliert.

Der mit OPD ermittelte Abwehrmechanismus „projektive Identifizierung“ korrelierte hierbei signifikant mit der „Paranoiden“ (.022) wie auch mit der „Antisozialen“ Persönlichkeitsstörung (.007), „Spaltung“ u. „projektive Identifizierung“ zwar nicht signifikant, aber doch tendenziell mit „Multiple Introjektionen“ (MINT) im ACT mit jeweils .194.

Die Korrelation von „Spaltung“ gem. Kriterien der OPD und „Antisozialer“ Persönlichkeitsstörung war mit .086 nur tendenziell signifikant.

In Bezug auf Hypothese II haben sich unterschiedliche Ergebnisse gezeigt: einmal konnte keine Korrelation zwischen der Anzahl der im ACT ermittelten Abwehrmechanismen und der Anzahl der komorbiden Diagnosen gem. DSM-III-R hergestellt werden. Signifikante Ergebnisse zeigten sich jedoch für die Art der jeweiligen Abwehrstruktur.

Hochsignifikante Werte ergaben sich nämlich beim Vergleich der Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung und „INTRO“

(Introjektion) im ACT, signifikante Werte zu „PRO“ (Projektion) und „ISO“ (Isolierung). Eine ebenfalls hochsignifikante Korrelation ergab sich sowohl zwischen der Antisozialen Persönlichkeitsstörung wie auch bei der Paranoiden Persönlichkeitsstörung mit „projektiver Identifizierung“ gem. OPD. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung korrelierte ebenfalls signifikant mit „Spaltung“ gem. OPD.

Die Anzahl der Abwehrmechanismen im ACT ergab keine Korrelation mit „projektiver Identifizierung“ oder „Spaltung“.

Mit dieser Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass ein mehrdimensionaler Vergleich von phänomenologischer, wie auch struktureller Diagnostik möglich und sinnvoll ist und als Grundlage für vergleichende Untersuchungen dienen kann.

I Literaturverzeichnis:

1. American Psychiatric Association
„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
DSM-III-R“
dtsche. Bearb. von Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M.
2. American Psychiatric Association
„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
DSM-III-R“
dtsche. Bearb. von Wittchen, H., Saß, H., Zaudig, M.,
Belz: Weinheim u. Basel 1989, 418-20
3. American Psychiatric Association
„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
DSM-IV“
dtsche. Bearb. von Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M.
Göttingen: Hogrefe 1996, 711 – 12
4. American Psychiatric Association
„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
DSM-IV“
dtsche. Bearb. von Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M.
Göttingen: Hogrefe 1996, 711 – 12
5. American Psychiatric Association
„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
DSM-IV“
dtsche. Bearb. von Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M.
Göttingen: Hogrefe 1996, 711 – 12
6. Armelius, B., Sundbom, E., Fransson, P., Kullgren, G.
„Personality Organization defined by DMT and the structural
interview.“
Scand J Psychol 31 (1990) 81 - 8

7. Berg, J.
"Differentiating Ego Functions of Borderline and Narcissistic Personalities"
J Pers Asses 55 (1990) 537 - 48
8. Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., Valenstein, A.F.
A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. I. Some propositions and comments. II. Methodological considerations. Appendices, outline of variables, glossary of defences.
Psychoanal S Child 16 (1961) 45 - 72
9. Blanck, G., Blanck, R.
Angewandte Ich-Psychologie I
Stuttgart, Klett-Cotta, 1974
10. Blanck, G., Blanck, R.
Ich-Psychologie II
Stuttgart, Klett-Cotta, 1979
11. Bond, M.
Are „borderline defenses“ specific for borderline personality disorder?
J Personal Dis 4 (1990) 251 - 6
12. Bradley, S.J.
The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescent: A pilot study.
Am J Psych 136 (1979) 424 - 426.
13. Cary, G.L.
The Borderline Condition: A structural dynamic viewpoint.
Psych R 59 (1972) 33 - 54

14. Clarkin, J.F., Martius, P., Damman G., Smole, S., Buchheim, P.
 IPO – „Inventory of Personality Organization“:
 Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der
 Persönlichkeitsorganisation.
 Persönlichkeitsstörungen 2 (1998) 169 – 72

15. Conte, H.R., Plutchik, R. Karasu, T.B, Jerrett, I.
 A self-report borderline-scale. Discriminative validity and
 preliminary norms
 J Nerv Dis 168 (1980) 428 – 35

16. Cooper, S., Arnow, D.
 An Object Relations View of the Borderline Defenses:
 A Rorschach Analysis.
 In M. Kissen (Hrsg.) Assessing Object Relations
 International Universities Press (1986) 143 - 171

17. Deutsch, H. (1934)
 Über einen Typus mit Pseudoaffektivität
 Int Z Psychoanal 20 (1934) 323 - 35

18. Devens, M. Erickson, M. T.
 The relationship between defense styles and personality
 disorders
 J Personal Dis 12 (1998) 86 - 93

19. Dilling, H., Mombour W., Schmidt, M. H.
 „Internationale Klassifikation psychischer Störungen,
 ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien“
 Huber, Bern, Göttingen, Toronto, 1996, 2. Auflage, 212-13

20. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H.
 „Internationale Klassifikation psychischer Störungen,
 ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien“
 Huber, Bern, Göttingen, Toronto, 1996, 2. Auflage, 104 - 5

21. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H.
„Internationale Klassifikation psychischer Störungen,
ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien“
Huber, Bern, Göttingen, Toronto, 1996, 2. Aufl., 108 - 36
22. Eckert, J. et al.
Überprüfung der Gütekriterien des „Diagnostischen Inter-
view für Borderline-Störungen (DIB)“.
Z Psychother med Psychol 37 (1987) 68 -78.
23. Ehlers, W., Gitzinger, I
Beurteilungsbogen u. Glossar zur Klin. Beurteilung des Wi-
derstandes (KBWI) und der Widerstandsanalyse (KBWA)
In: Unveröffentlichtes Manuskript. Forschungsstelle für
Psychotherapie, Stuttgart (1985)
24. Erikson EH
The problem of Ego Identity
J Am Psychoanal Assoc, 4 (1956) 56-121
25. Fenichel, O. (1974)
Psychoanalytische Neurosenlehre
Olten: Walter
26. Freud, A. (1936)
Das Ich und die Abwehrmechanismen
Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag
27. Freud, A. (1965)
Wege und Irrwege der Kinderentwicklung
Stuttgart: Klett, 1968
28. Freud, A.
Maßstäbe zur Bewertung der path. Kinderentwicklung
In: Die Schriften A. Freud, Bd. 6
Kindler, München, 1980, 1649 - 1673

29. Freud, S.
Charakter und Analerotik
In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Band 10
Fischer, Frankfurt a. M., 1960, 203 - 209
30. Freud, S.
Zur Disposition der Zwangsneurose
In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Band 8
Fischer, Frankfurt a.M., 1960, 442 - 452
31. Freud, S. (1894)
Die Abwehr-Neuropsychosen
In A. Freud, Bibring, Hoffer, Kris & Isakower (Hrsg.),
Gesammelte Werke (4. Aufl., 1972), Bd. I.
Frankfurt a. M.: Fischer
32. Giovacchini, P.L.
Character disorders: With special ref. to the borderline
Int J Psych Res, 7 (1973) 35 - 53.
33. Gitzinger, I.
Mehrebenendiagnostik von Abwehrprozessen als eine
Strategie der Psychotherapieforschung
Europäische Hochschulschriften, VI/404
Frankfurt a. M.: Peter Lang
34. Gitzinger, I.
„Anorexie und Bulimie, eine Krankheit der Frau?“
In: Th. Seifert (Hrsg.): 25 Jahre Psychotherapeutische Kli-
nik Sonnenberg. Wege-Aufgaben-Ziele
Stuttgart, Press
35. Gitzinger, I.
“Change of Defense Mechanisms in psychonalitic therapy”
In: Abstract book. SPR meeting
Lyon, Society for Psychotherapy Research

36. Gitzinger, I.
Change of Defense Mechanisms before and after
therapy with bulimic and anorectic inpatients
In: Abstract book, Internationals Symposium of Eating Dis-
orders, Paris
37. Gitzinger, I.
Operationalisierung von Abwehrmechanismen:
Wahrnehmungsabwehr und Einstellungsmessung
psychoanalytischer Abwehrkonzepte. Empirischer Ver-
gleich ausgewählter Verfahren: DMT, SBAK, FPI-R
Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Freiburg
38. Gleser, G.C. & Ihlilevich D.
An objective instrument for measuring defense mecha-
nisms
J Cons C Psych 33 (1969) 51 – 60
39. Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C.
Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynami-
schen Diagnostik (OPD). Forschungsergebnisse zum Kon-
zept und zur klinischen Anwendung
Persönlichkeitsstörungen 4 (1998) 173 - 182
40. Grinker, R.R., Werble, B., & Drye, R.
The borderline-syndrome: A behavioral study of ego func-
tions.
New York: Basic Books, 1968
41. Gunderson, J.G., Kolb, J.E. & Austin, V.
The diagnostic interview for borderlines.
Am J Psych 138 (1981) 896 – 903
42. Gunderson, J.G.
Borderline personality disorder.
Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984

43. Hoch, P.H., & Polatin, P.
Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia.
Psych Quart 23 (1949) 248-276
44. Hoch, P.H. & Catell, J.
The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia.
Psych Quart 33 (1959) 17 - 43
45. Hoffmann, S. O.
Die psychoanalytische Abwehrlehre – aktuell, antiquiert?
F Psychoanal 3 (1987) 22 – 39
46. Holland, J
Defence, displacement and the Ego's algebra
Int J Psa 54 (1973) 247 – 257
47. Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A.,
Inventory of Interpersonal Problems
J Consult Psychol, 56 (1988) 885 - 892.
(dt. Manual: Horowitz, L.M., Strauss, B. & Kordy, H., 1994).
Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D).
Göttingen: Hogrefe.)
48. Hyler, Skodol, Kellman, Oldham, Rosnick, .
Validity of the personality diagnostic questionnaire-
revised: comparison with two structured interviews.
Am J Psychiatry 147 (1990) 1043 - 8
49. Kächele, H., Steffens, W. (Hrsg.)
Bewältigung u. Abwehr: Beiträge zur Psychologie u.
Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten
Berlin, Heidelberg: Springer, 1988
50. Kernberg, Otto F.
Borderline personality organization.
J Am Psychoan A 15 (1967) 641 - 685.

51. Kernberg, Otto
Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie. Diagnose,
Behandlungsstrategien
Stuttgart: Klett-Cotta, 3. Aufl., 1991
52. Kernberg, Otto F.
Borderlinestörungen und pathologischer Narzißmus
Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 7. Auflage, 1993
53. Kernberg, Otto F.
The structural diagn. of borderl. personality organization.
In: P. Hartocollis (Ed.), Borderline personality disorders
New York: Intern Univ Press (1977) 87 – 121
54. Kernberg, O. F. (1976)
Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse
(5. veränd. Aufl., 1992)
Stuttgart: Clett-Cotta
55. Klein, MH., Benjamin, LS., Rosenfeld, R., Treece, C.,
Husted, J., Greist, JH
The Wisconsin Personality Inventory: Development,
reliability and validity
J Person Disord 7 (1993) 285 - 303
56. Kline, G. S.,
„Fact and fantasy in Freudian theory“
Methuen, London, Sec. Edition
57. Knight, R. P.
„Borderline States“
In: v. R. P. Knight und C. R. Friedman (Hrsg.)
Psychoanalytic Psychiatry and Psychology,
Intern Univ Press, New York, 1954, 97 - 109

58. Kragh, U.
Predictions of success of Danish attack divers by the
Defense Mechanism Test
J Appl Psych 40 (1962) 303
59. Kragh, U., Smith, G.J.W. (1970)
Percept-Genetic Analysis
Lund: Gleerup
60. Kragh, U.
The Defense Mechanism Test: a new method for diagnosis
and personal selection
J Appl Psychol, 1960, 44, 303 - 9
61. Kragh, U.
Defense Mechanism Test.
DMT Manual.
Persona, Stockholm, 1980
62. Krause, R.
Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre
Köln: Kohlhammer, Band 2. Modelle (1997) 220 u. 233
63. Laplanche, J., Pontalis, J.-B (1972)
Das Vokabular der Psychoanalyse (12. Aufl., 1994)
Frankfurt a. M: Suhrkamp
64. Leichsenring, F. (1997)
Borderline-Persönlichkeits-Inventar, Manual
Göttingen: Hogrefe
65. Leichsenring, F. (1996)
Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbe-
ziehungen von Borderlinepatienten.
Göttingen: Hogrefe

66. Loranger, A.W. (1995)
International Personality Disorder Examination Manual:
ICD-10 Module.
Genf: World Health Organization
67. Mentzos, S. (1976)
Neurotische Konfliktverarbeitung (ungek. Ausg., 1996)
Frankfurt a. M.: Fischer
68. Millon, T., & Everly, G.S.
Personality and its disorders: a biosocial learning ap-
proach.
N. Y.: Wiley, 1985
69. Millon, T., Davis, R., Millon, C. (1997)
MCMI-III manual. 2nd ed.
Minneapolis, MN: National Computer Systems
70. Morey, L.C., Blashfield, R. K. Webb, W.W., Jewell, J.
MMPI scales for DSM-III-pers.-disorders: a preliminary
study
J Clin Psychol 44 (1988) 47 – 50
71. Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
Grundlagen und Manual / Arbeitskreis OPD (Hrsg.),
Göttingen: Huber 1996
72. Patrick, J., Wolfe, B.
Rorschach Representation of Borderline Personality Disor-
der: Primary Process Manifestations
J Clinic P 39 (1983) 3, 442 - 7
73. Perry, J.C., Cooper, A.M.
Klinische Ratingskalen für Abwehrmechanismen
5. Auflage, dt. Version 1990, rev. 02/1991

74. Prystaf, G
Psychologische Copingforschung
Diagnostica 27 (1981) 189-214
75. Pütterich, H.
Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom von
J. Gunderson
Weinheim: Beltz Test GmbH, 1990, 2. korrigierte Auflage
76. Rado, S.
„Schizotypal organization: A Study of Schizophrenia“.
In: S. Rado & G.E. Daniels (Eds.)
Changing concepts of psychoanalytic medicine
New York: Grune & Stratton, 1956, 225 – 236
77. Reich, W.
Der triebhafte Charakter
In: W. Reich, Frühe Schriften I
Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1977, 246 – 340
78. Rickers-Ovskiankina, M. (1960)
Rorschach Psychology
N. Y.: Wiley
79. Rohde-Dachser, C.
Das Borderline-Syndrom
Bern: Huber, 1995, 5., völlig überarbeitete Auflage
80. Siever, L.J. & Davis, K.L.
A psychobiological perspective on the personality disorders.
Am J Psych 148 (1991) 1647 – 1658
81. Singer, M. Th., Larson, D. G.
Borderline Personality and the Rorschach Test
Arch Gen Psych 38 (1981) 6, 693 - 8

82. Soloff, P.H. & Millward, J.W.
Developmental histories of borderline patients.
Comp Psych 24 (1983) 574 - 588.
83. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W, Gibbon, M.
Structured Clinical Interview for the DSM-II-R Personality
Disorders, SCID-II, New York State Psychiatric Institute,
N. Y.: Biometrics Research, 1987
84. Stern, A.
Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border-
line Group of Neuroses,
Psych Quart 7 (1938) 467 – 489
85. Sundbom, E., Kullgren, G., Armelius, BA
Psychodynamic Features in Borderline Personality Disorder
identified by a subliminal test, the DMT
Acta Psychiatr Scand, 80 (1989) 101 - 5
86. Suppes, P., Warren, H.
On the generation and classif. of defense mechanisms
Int J Psa 56 (1975) 1161 – 1173
87. Thaler-Singer, Margaret, Larson, Dale G.
Borderline Personality and the Rorschach Test
Arch Gen Psych 38, 6, 1981
88. Vaillant, G.E.
Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms.
Arch Gen Psych 24 (1971) 107 – 118
89. Vaillant, G.E. & Perry, J.C.
„Persönlichkeitsstörungen“
In: Freedman, Kaplan, Sadock, Peters (Hrsg.)
Psychosomatische Störungen: Psychiatrie in Praxis u.Klinik
Thieme: Stuttgart, 1988, 4, 113 – 157

90. Weinryb, R.M., Rössel, R.J
Karolinsks Psychodynamic Profile KAPP
Acta Psych Scand 83 (1991) 1 - 23

91. Weinshel, E.M.
Panal report: Severe regressive states during analysis.
J Am Psychoan A 14 (1968) 538 - 568

92. Zetzel, E.
A developmental approach to the borderline patient.
Am J Psych 128 (1971) 867 – 871

K Anhang

1. Verzeichnis der Tabellen

- A Kriterien des Diagnostischen Interviews für Borderlinepersönlichkeitsstörungen, DIB, nach Gunderson und Kolb
- B Diagnostische Kriterien für BPS nach Rohde-Dachser
- C Achse IV der OPD - „Struktur“
- D Achse V der OPD, - psychische und psychosomatische Störungen
- E Cluster der Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV
- F Kriterien der BPS nach dem DSM-IV
- G Unterteilung der Instrumente zur Diagnostik von BPS nach Millon
- H Persönlichkeitsstörungen des DSM-III-R und ihre jeweils erforderliche Mindestanzahl von Kriterien im SKID-II
- I Abwehrmechanismen in SBAK und FKBS
- K Definition der Abwehrmechanismen im ACT
- L Abwehr-Niveaus u. individuelle Abwehrmechanismen gem. DSM-IV-R

Tabelle A: Kriterien des „Diagnostischen Interviews für Borderline-Patienten ,DIB, nach Gunderson und Kolb (1981)

1. niedriger sozialer Erfolg
2. Impulsivität
3. manipulative Suizidhandlungen
4. gesteigerte Affektivität
5. dezente psychotische Erlebnisse
6. gesteigerte Kontaktbedürftigkeit
7. gestörte zwischenmenschliche Beziehungen

Tabelle B: Diagnostische Kriterien für BPS nach Rohde-Dachser

1. chronische, frei flottierende Angst in Kombination mit anderen Symptomen, nicht ausreichen, um Angst zu binden
2. polymorph-perverse Sexualität
3. multiple Phobien
4. dissoziative Reaktionen aller Art
5. bizarre Konversionssymptome
6. chronische Depersonalisationserlebnisse
7. episodischer Verlust der Impulskontrolle
8. selbstschädigende Handlungen ohne Suizidabsicht
9. zwischenmenschliche Beziehungen schwanken zwischen oberflächlichen und klammernd-abhängigen Beziehungen
10. ausgestanzte Wahnbildungen
11. auf den Konfliktbereich beschränkte dezente Denk- und Wahrnehmungsstörungen
12. pseudohalluzinatorische Erlebnisse
13. Depression mit Wut anstelle von Schuldgefühlen

Tabelle C: Achse IV der OPD, - Struktur

	gut integriert	mäßig integriert	gering integriert	desintegriert
<u>Allgemeine Charakteristik</u>	Weitgeh. automes Selbst; regulierende Funktionen verfügbar; psychischer Binnenraum struktur., Über-Ich streng, aber integriert	Verfügbarkeit über regul. Funkt. herabg.; intrapsychische Konfl. destruktiv, archaisch; Über-Ich streng, evtl. extern.; Ich-Ideal überzogen	Seelischer Binnenraum u. psychische Substrukturen wenig entwickelt; regulierende Funkt. deutl. red.; Konfl. interspers.	Kein kohäsives S. ; bei Belastung Gefahr von Desintegr. oder Fragmentierung; psychot. Zusammenbruch kann psychot. Restituirung folgen
<u>Abwehr</u> Fähigkeit, seel. Gleichgewicht in inneren u. äusseren Konflikten durch best. Abwehrmechanismen zu erhalten/wiederherzuzust.	Abwehr stabil, effektiv; gegen Triebwünsche und Affekte gerichtet; Verdrängung, Rationalisierung, Verschiebung	Abwehr unflexibel überschießend oder versagend; Verleugnung, Wendung gegen eigene Person, Reaktionsbildung, Isolierung, Projektion	Abwehr durch Veränderung von Selbst- und Objektpräsenz.; Spaltung, proj. Identifizierung, Objektidealisierung, Objektentwertung	Abwehr instabil, unflexibel; Objektbesetzung wird entzogen; psychotische Verleugnung, psychotische Projektion

Tabelle D: Achse V der OPD,
- psychische und psychosomatische Störungen

Achse Va: Diagnose für psychische Störungen nach
ICD 10

1. Diagnose: ...
2. Diagnose: ...
3. Diagnose: ...
4. Diagnose: ...
5. Diagnose: ...

Achse Vb Persönlichkeitsstörungen

1. Diagnose: ...
2. Diagnose: ...

Tabelle E: Cluster der Persönlichkeitsstörungen
im DSM-IV

Cluster	Persönlichkeitsstörung	häufige Erscheinungsform
A	Paranoide Schizoide Schizotype	sonderbar u. exzentrisch
B	Antisoziale Histrionische Borderline Narzisstische	dramatisch, emotional, launisch
C	Selbstunsichere Dependente Zwanghafte	ängstlich u. furchtsam

Tabelle F: Kriterien der BPS nach dem DSM-IV

1. verzweifelten Bemühen, tatsächliches oder vermutet Verlassenwerden zu vermeiden,
2. Muster instabiler intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen mit einem Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung,
4. Impulsivität in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen,
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen o. Selbstverletzungsverhalten,
6. affektive Instabilität wobei diese gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauert,
7. chronisches Gefühl von Leere,
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren und
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Tabelle G: Unterteilung der Instrumente zur Diagnostik von BPS (nach Millon)

Selbstbeurteilungsinstrumente	„Inventory of Personality Organization“ (IPO) „Borderline Persönlichkeits-Inventar“ (BPI) „Personality Diagnostic Questionnaire“ (PDQ-IV) „Millon Clinical Multiaxial Inventory“ (MCMII-III) „Wisconsin Personality Disorders Inventory“ (WISPI-IV) „Defense Style Questionnaire“ (DSQ)
(Semi-) strukturierte klinische Interviews	„Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom“ (DIB) „Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnostik von (SKID-II) Persönlichkeitsstörungen“ „International Personality Disorder Examination“ (IPDE) „Strukturelles Interview nach Kernberg“
Persönlichkeitsorientierte Checklisten	
Projektive Tests	„Rorschach-Test“ „Defense Mechanism Test“ (DMT) „Abwehr-Mechanismen-Computer-Test“ (ACT)

Tabelle H: Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV und ihre jeweils erforderliche Mindestanzahl von Kriterien im SKID-II

Persönlichkeitsstörung im DSM-IV:	Itemzahl	Item-Nr.	Mindestzahl
Selbstunsichere	7	1 - 7	4
Dependente	8	8 - 15	5
Zwanghafte	9	16 - 24	5
Negativistische	8	25 - 32	4
Depressive	8	33 - 40	4
Paranoide	9	41 - 48	4
Schizotypische	8	49 - 59	5
Schizoide	8	60 - 65	4
Histrionische	7	66 - 72	5
Narzißtische	16	73 - 88	5
Borderline	14	89 - 102	5
Antisoziale	15	103 - 117	5

Tabelle I: Abwehrmechanismen in SBAK und FKBS

Instrument	Abwehrmechanismen	Zusammensetzung
SBAK	RAT VERL WGO REGR VSK	INT, ISO, REAK, Gefühlsbeherrschung VERS, REAK Affektverschiebung
FKBS	TAO PRO PRN TAS REV	TAO, IDEN, VERS INT, RAT, ISO VERN, VERL, REAK, UNGE, VERD

Tabelle K: Definition der Abwehrmechanismen im ACT

Abw. im ACT	Definition der Abwehrmechanismen im ACT
VER	Wenn Vorstellungsinhalte vergessen werden, wenn das Gesehene entseelt, starr, unbelebt wird.
ISO	Wenn pathogene Traumata nicht vergessen werden können, wenn Herstellen von Abständen nötig wird.
VERL	Wenn dem Lustprinzip vor Unangenehmem Raum gegeben wird oder wenn Unangenehmes explizit verneint wird, wenn Wahrnehmung und Gedächtnis der Wunscherfüllung dienen oder wenn dem Bewußten vom Ich Ersatzbilder angeboten werden.
REAK	Wenn das Prinzip zutrifft, daß die Erfüllung des Lustprinzipes durch das Gegenteil einer Tatsache automatisch Vorrang hat oder wenn Opferphantasien oder manifeste Gegenbesetzungen auftreten oder wenn es nur noch Ungefährliches gibt.
IDEN	Wenn durch Introjektion des Objektes eine Affektabfuhr möglich wird oder wenn eine Bedrohung vom eigenen Ich ausgeht, wenn die Rollen vertauscht werden oder wenn die Affekte an einer anderen Person wahrgenommen werden, um die Wahrnehmung an der eigenen Person zu vermeiden.
WEND	Wenn eine Bedrohung auf das eigene Ich gerichtet wird, wenn Schuld und Zerstörung in der eigenen Person gesehen werden.

INTRO	Wenn durch Identifikation mit dem Gegengeschlecht Wiedererlangung verlorener Allmacht erreicht oder das Objekt als unabhängiger Gegenstand zerstört werden soll. Dient dies mehr der Triebbefriedigung als der Abwehr.
MINT	Wenn das Objekt als unabhängiger Gegenstand durch die Einführung eines Hilfs-Ichs zerstört wird oder wenn durch die Verdoppelung des Objektes die Wiedererlangung verlorener Allmacht erreicht werden soll.
PRO	Wenn Emotionen als außerhalb des Ichs empfunden und diese Realität verzerrt bzw. entsprechend der jeweiligen unbewußten Bedürfnisse interpretiert werden.
REG	Wenn das Ich passiv wird oder wenn eine spezifische Schwäche der Ich-Organisation auftritt.

Tabelle L: Abwehr-Niveaus u. individuelle Abwehrmechanismen gem. DSM-IV-R

Hochadaptives Niveau	Affiliation Altruismus Antizipation Humor Selbstbehauptung Selbstbeobachtung Sublimation Unterdrückung
Niveau mit psychischen Hemmungen	Affektisolation Dissoziation Intellektualisierung Reaktionsbildung Ungeschehenmachen Verdrängung Verschiebung
Niveau mit leichter Vorstellungszerrung	Entwertung Idealisierung Omnipotenz
Verleugnungs-Niveau	Projektion Rationalisierung Verleugnung
Niveau mit schwerer Vorstellungszerrung	Autistische Phantasie Projektive Identifizierung Spalten des Selbstbildes u. des Bildes von anderen
Handlungsniveau	Apathischer Rückzug Ausagieren Hilfe-zurückweisendes Klagen Passive Aggression
Niveau mit Abwehr-Dysregulation	Psychotische Verleugnung Psychotische Verzerrung Wahnhaftige Projektion

2. Fragebögen

I. Eingangsfragen des SKID-II

1. Wie würden Sie sich selbst beschreiben?
2. Wie würden andere Leute Sie beschreiben?
3. Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?
4. Wie kommen Sie im allgemeinen mit Ihnen aus?
5. Haben Sie den Eindruck, daß die Art und Weise, wie Sie üblicherweise auf Dinge und Ereignisse reagieren, zu Problemen im Umgang mit mit anderen Leuten führt?
6. Falls 5. unklar: Haben Sie schon einmal etwas getan, womit Sie andere Leute möglicherweise verärgert haben?
7. Wie verbringen Sie im allgemeinen Ihre Freizeit?
8. Wenn Sie Ihre Persönlichkeit in einigen Punkten ändern könnten, in welcher Beziehung wären Sie gerne anders?
- 9a. Jetzt möchte ich gerne zu einigen Fragen kommen, die Sie im Fragebogen mit „ja“ beantwortet haben: bzw.
- 9b. Falls der Fragebogen nicht ausgefüllt wurde:
„ich möchte mit Ihnen nun folgende Fragen durchgehen:“

II. Fragenkatalog des SKID-II

1. Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?

2. Meiden Sie Kontakt mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, daß diese Sie wirklich mögen?

3. Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe stehen?

4. Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert zu werden?

5. Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennenlernen?

6. Glauben Sie, daß Sie nicht so klug, geschickt oder attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?

7. Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren?

8. Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z. B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen?

9. Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z. B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags, von anderen Personen abhängig?
10. Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie meinen, daß diese im Unrecht sind?
11. Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft?
12. Übernehmen Sie oft freiwillig unerfreuliche Aufgaben?
13. Fühlen Sie sich im allgemeinen unwohl, wenn Sie allein sind?
14. Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können?
15. Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert?
16. Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt, oder machen Sie gern Listen und Zeitpläne?
17. Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?

18. Glauben Sie selbst oder haben andere schon gesagt, daß Sie mit Ihrer Arbeit oft beschäftigt sind, daß keine Zeit Freunde o. Vergnügung bleibt?
19. Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?
20. Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuwerfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können?
21. Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Angelegenheit nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?
22. Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere auszugeben, auch wenn Sie genügend haben?
23. Sind Sie sich oft so sicher, recht zu haben, daß Ihnen ganz gleich ist, was andere sagen?
24. Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?
25. Wenn jemand Sie um etwas bittet, das Sie nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar „ja“, arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig?
26. Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu vergessen?
27. Haben Sie häufig den Eindruck, daß andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?

28. Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten?
29. Haben Sie oft das Gefühl, daß die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?
30. Erleben Sie es häufig als ungerecht, daß andere Menschen mehr besitzen als Sie?
31. Beschweren Sie sich oft darüber, daß Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert?
32. Passiert es Ihnen oft, daß Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann alles tun, was der andere will, um es wiedergutzumachen?
33. Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich oder ohne Lebensfreude?
34. Halten Sie sich im Grunde für minderwertig und haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung?
35. Machen Sie sich selbst oft schlecht?
36. Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht?
37. Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an Ihnen auszusetzen?

38. Denken Sie, daß die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind?
39. Befürchten Sie fast immer das Schlimmste?
40. Haben Sie oft Schuldgefühle, weil Sie etwas getan oder etwas unterlassen haben?
41. Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, daß andere Sie ausnutzen oder verletzen?
42. Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?
43. Glauben Sie, daß es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?
44. Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun?
45. Sind Sie sehr nachtragend, d.h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?
46. Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, aus wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt?
47. Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?

48. Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Partner sei untreu?
49. Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten denken Sie dann häufig, daß man über Sie redet?
50. Haben Sie oft das Gefühl, daß Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?
51. Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen?
52. Hatten Sie jemals den Eindruck, daß Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie sich es wünschen oder daran denken?
53. Haben Sie persönliche Erfahrungen mit übernatürlichen Dingen?
54. Glauben Sie einen „sechsten Sinn“ zu haben, so daß Sie im Gegensatz zu anderen - Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können?
55. Haben Sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere, oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten?
56. Haben Sie manchmal das Gefühl, daß eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen konnten?

57. Sehen Sie oft die Aura oder Energiefelder von anderen Menschen?
58. Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?
59. Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind?
60. Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen?
61. Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit andern zusammen machen?
62. Könnten Sie ohne sexuelle Beziehung zufrieden sein?
63. Gibt es nur ganz wenige Dinge, die Ihnen wirklich Freude bereiten?
64. Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?
65. Haben Sie das Gefühl, daß es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann?
66. Stehen Sie gern im Mittelpunkt?
67. Flirten Sie oft?

68. Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?
69. Versuchen Sie, durch Ihre äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen?
70. Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit?
71. Sind Sie oft unsicher in Ihren Meinungen und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer?
72. Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, sehr schnell engen Kontakt?
73. Haben Sie das Gefühl, daß die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?
74. Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?
75. Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?
76. Denken Sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?
77. Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?

78. Glauben Sie, daß es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind?
79. Ist es Ihnen sehr wichtig, daß andere Sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern?
80. Glauben Sie, daß Sie sich bestimmten Regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken?
81. Glauben Sie, daß es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten?
82. Mußten Sie schon einmal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen?
83. Sind Ihnen Ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die anderer?
84. Sind Sie oft der Meinung, daß andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollten?
85. Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten anderer auseinanderzusetzen?
86. Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind?

87. Haben Sie den Eindruck, daß andere oft neidisch auf Sie sind?
88. Glauben Sie, daß nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?
89. Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, daß jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verläßt?
90. Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?
91. Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, daß sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?
92. Erleben Sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen?
93. Ändern Sie oft plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und ähnliches?
94. Handeln Sie oft impulsiv?
95. Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?
96. Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?

97. Sind Sie launisch?
98. Fühlen Sie sich oft innerlich leer?
99. Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so böse, daß Sie die Kontrolle verlieren?
100. Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?
101. Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?
102. Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?

Vor dem 15. Lebensjahr ...

103. Haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?
104. Haben Sie Schlägereien angefangen?
105. Haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt, wie z. B. einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver?

106. Haben Sie versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?
107. Haben Sie manchmal Tiere gequält
108. Haben Sie jemals einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten?
109. Haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellem Kontakt gezwungen?
110. Haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?
111. Haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?
112. Sind Sie irgendwo eingebrochen (z.B. Wohnung, Haus, Auto)?
113. Haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?
114. Haben Sie jemals etwas gestohlen, z. B. in einem Kaufhaus?
115. Sind Sie jemals von z. H. weggelaufen und über Nacht weggeblieben?

Vor dem 13. Lebensjahr ...

116. Sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause
gekommen als Sie durften?

117. Haben Sie oft die Schule geschwänzt?

3. Abkürzungsverzeichnis

BPS	Borderlinepersönlichkeitsstörung
DMT	Defense Mechanism Test
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Diseases
DSQ	Defense Stile Questionnaire
FKBS	Fragebogen zur Konfliktbewältigungs-Strategie
ICD	International Classification of Diseases
IDEN	Identifikation mit dem Aggressor
INTRO	Introjektion des anderen Geschlechts
ISO	Isolierung
MINT	Mutliple Introjektionen
O	Objekt
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PRN	Prinzipalisierung
PRO	Projektion
RAT	Rationalisierung
REAK	Reaktionsbildung
REG	Regression
S	Subjekt
SBAK	Stuttgarter Bogen für Abwehrkategorien
TAO	Turning against Object
TAS	Turning against Subjekt
VERD	Verdrängung
VERL	Verleugnung
VSK	Vermeidung sozialer Kontakte
WEND	Wendung gegen das Selbst
WGO	Wendung gegen das Objekt

Danksagung

An aller erster Stelle möchte ich Herrn Prof. P. Buchheim nennen, der als Doktorvater diese Arbeit über lange Jahre begleitete und mir wertvolle Hinweise gab, die für das Gelingen dieser Arbeit unerlässlich waren und durch den ich viel über wissenschaftliches Arbeiten lernte.

Dr. phil. Dipl. Psych. Inez Gitzinger vermittelte mir überhaupt erst das Interesse für den ACT und war unermüdlich bei entsprechenden Fragestellungen.

Dr. Roland Steybe, Elfriede Kennerknecht-Bullinger und Dr. Ulrich Etschmann, die als Teilnehmer der Arbeitsgruppe ACT mit viel Interesse und v. a. Spaß und guter Laune die mühsame Arbeit leichter machten. Dr. Martin Schmidt, der mir bei dieser Arbeit mit vielen Hinweisen half, Dr. Klaus Senftl, der mir jedes Mal Bescheid gab, wenn ein potentieller Proband im Krankenhaus aufgenommen wurde und v. a. Frau Dr. Mary Jack, die mit ihren profunden Kenntnissen über Statistik wesentlich zur Auswertung der vielen Ergebnisse beitrug und der keine der von mir gestellten Fragen zu viel schien.

Danken möchte ich natürlich auch meiner lieben Frau Cornelia, die mir für diese Arbeit beharrlich den Rücken freihielt, sich auch an meiner Statt um unsere beiden Kinder kümmerte und mit ihrer Geduld die Ruhe verschaffte, mich dieser Arbeit zu widmen.

Lebenslauf

Name	:	Holst
Vorname	:	Alexander
Familienstand	:	verh., 2 Kinder
Geburtsdatum	:	01.12.1960
Geburtsort	:	Schweinfurt
Wohnh.	:	Neuenried 4, 87648 Aitrang
Tel.	:	08343 – 923 868

Schulischer Werdegang:

1966 – 1968:	Friedrich-Schiller Grundschule Schweinfurt
1968 – 1970:	Volksschule Schwebheim
1970 – 1972:	Alexander-von-Humboldt-Gymnasium Schweinfurt
1972 – 1978:	Staatl. Knabenrealschule Schweinfurt mit dem Abschluss „Mittlere Reife“

Beruflicher Werdegang:

1978 – 1981:	Mittlerer Polizeivollzugsdienst
1981 – 1984:	Allgemeine Hochschulreife über den 2. Bildungsweg am Bayernkolleg Schweinfurt
1984 – 1985:	Studium der rumänischen Sprache in Suceava /Rumänien
1985 – 1991:	Studium der Allgemeinmedizin an der Universität Klausen- burg / Rumänien mit dem Abschluss <u>Dr.-medic (Ro)</u>
1991 – 1993:	Assistenzarzt im Psychosomatischen Akutkrankenhaus Wil- kenberg / Meinerzhagen
1993 – 1994:	Assistenzarzt in den Psychiatrischen Krankenanstalten Mari- enborn / Zülpich
1995 – 1999:	Assistenzarzt im BKH Kaufbeuren
17.03.1999:	Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie
seit 01.04. 1999:	Oberarzt der Psychosomatischen Klinik Buching