

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie,
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

**Scham und implizites Selbstkonzept
bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau

Vorgelegt 2007

von Ines Corinna Göttler,

geboren in Freiburg im Breisgau

Dekan	Prof. Dr. Christoph Peters
1. Gutachter	Prof. Dr. Klaus Lieb
2. Gutachter	PD Dr. Almut Zeeck
Jahr der Promotion	2007

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	4
VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN.....	4
VORWORT	5
ZUSAMMENFASSUNG	6
1. EINLEITUNG	7
1.1 DIE BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSTÖRUNG	7
1.2 SCHAM.....	8
1.3 IMPLIZITES SELBSTKONZEPT	10
1.4 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	10
1.5 HYPOTHESEN.....	10
2. METHODIK.....	11
2.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	11
2.2 MESSINSTRUMENTE	14
2.2.1 STANDARDISIERTE INTERVIEWS.....	14
2.2.2 SELBSTBEURTEILUNGSSKALEN ZUR ERFASSUNG VON SCHAM.....	14
2.2.3 SELBSTBEURTEILUNGSSKALEN ZUR ERFASSUNG VON PSYCHOPATHOLOGIE, SELBSTWERT UND LEBENSQUALITÄT	16
2.2.4 MESSUNG DES IMPLIZITEN SCHAM-BETONTEN SELBSTKONZEPTES.....	19
2.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG	23
3. ERGEBNISSE	23
3.1 GRUPPENVERGLEICHE VON SCHAM, SCHULD UND ANGST IN SELBSTBEURTEILUNGSSKALEN.....	23
3.2 GRUPPENVERGLEICH DES IMPLIZITEN SELBSTKONZEPTES.....	25
3.3 KORRELATIONEN ZWISCHEN IAT-WERTEN UND SELBSTWERT, LEBENSQUALITÄT SOWIE ÄRGER/FEINDESELIGKEIT.....	26
3.4 VERGLEICH DER EXPLIZITEN UND IMPLIZITEN MESSUNGEN VON SCHAM UND ANGST.....	28
3.5 KORRELATIONEN VON SCHAM UND SCHULD MIT SELBSTWERT, LEBENSQUALITÄT UND FEINDESELIGKEIT	28
4. DISKUSSION	29
LITERATURVERZEICHNIS	32

Abkürzungsverzeichnis

ADS	= Allgemeine Depressions-Skala
BPS	= Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	= Dialektisch Behaviorale Therapie
DSM-IV	= Diagnostisches Statistisches Manual-IV
ESS	= Experiential Shame Scale
IAT	= Implicit Association Test
ICD-10	= International Classification of Diseases-10
M	= Mittelwert
M.I.N.I	= Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview
n.s.	= nicht signifikant
RSE	= Rosenberg's Self-Esteem Scale
SBQoL	= SmithKline Beecham Quality of Life Scale
SCL-90-R	= Symptom Checkliste
SD	= Standardabweichung (standard deviation)
STAI	= State-Trait-Angstinventar
TOSCA-3	= Test of Self-Conscious Affect, Version 3

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tab. 2.1: Demographische Daten.....	13
Tab. 2.2: Diagnosen und klinische Symptome.....	14
Tab. 2.3: Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham.....	16
Tab. 2.4: Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie, Selbstwert und Lebensqualität.....	19
Tab. 2.5: Aufteilung der Blöcke des IAT.....	23
Tab. 3.1: Ergebnisse der Messungen von Scham und Schuld.....	25
Tab. 3.2: Ergebnisse der Messungen von Angst, Selbstwert, Lebensqualität und Depressivität.....	26
Tab. 3.3: Korrelationen der Scham- und Schuldwerte mit Selbstwert, Lebensqualität und Ärger/Feindseligkeit aller drei Gruppen.....	28
Abb. 1: Bildschirmoberfläche während des IAT.....	21
Abb. 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der IAT-Werte.....	27

Vorwort

Die Ergebnisse dieser Studie wurden im März 2007 veröffentlicht:

Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, K., Jacob, G., Corrigan, P., Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3);500-508.

Ich danke meinem Betreuer und Leiter der vorliegenden Studie, Dr. Nicolas Rüsch, für sein Engagement und seine geduldige Unterstützung.

Zusammenfassung

Hintergrund: Scham wird als eine der zentralen Emotionen in der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) angesehen, und steht nach klinischer Erfahrung in Beziehung zu Selbstverletzungen, chronischer Suizidalität und Feindseligkeit. Da Scham außerdem zu Schwierigkeiten in der Psychotherapie führen kann, ihr Ausmaß und Einfluss in der BPS aber bisher nicht quantitativ untersucht worden sind, beschäftigt sich diese Studie mit Schamneigung, momentaner Scham, Schuld und Angst, jeweils erfasst mit Selbstbeurteilungsskalen, und mit scham-bezogenem impliziten Selbstkonzept (relativ zu Angst) bei Frauen mit BPS. Zusätzlich untersuchten wir den Zusammenhang zwischen Scham und Selbstbewusstsein, Lebensqualität und Ärger/Feindseligkeit.

Methode: 60 Frauen mit BPS, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung einer stationären Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) unterzogen, füllten Selbstbeurteilungsbögen aus, die Scham- und Schuldneigung, momentane Scham, Ängstlichkeit, Depression, Selbstwertgefühl, Lebensqualität und klinische Symptomatik untersuchten. Als Kontrollgruppen dienten 30 Frauen mit sozialer Phobie und 60 gesunde Frauen. Scham-bezogenes implizites Selbstkonzept (relativ zu Angst) wurde durch den Implicit Association Test (IAT) gemessen.

Ergebnisse: Frauen mit BPS zeigten signifikant höhere Werte für Scham- und Schuldneigung, momentane Scham und Ängstlichkeit als Frauen mit sozialer Phobie und gesunde Frauen. Das implizite Selbstkonzept der Patientinnen mit BPS war stärker mit Scham assoziiert (relativ zu Angst) als das der Kontrollgruppen. Es zeigte sich eine negative Korrelation zwischen Schamneigung und Lebensqualität sowie Selbstwert, und eine positive Korrelation zwischen Schamneigung und Feindseligkeit.

Diskussion: Scham ist bei der BPS stark ausgeprägt. Daher sollte Scham in Psychotherapien stärker berücksichtigt werden, insbesondere da Scham auch mit niedrigerer Lebensqualität, niedrigerem Selbstwert und höherer Feindseligkeit assoziiert ist.

1. Einleitung

1.1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Punktprävalenz der BPS kann in der Allgemeinbevölkerung mit etwa 1.2 % angegeben werden, ca. 70% der Betroffenen sind Frauen (Bohus, 2002). Erstmals wurde der Begriff „Borderline“ von Adolf Stern 1938 verwendet. Er verstand darunter einen Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose. 1967 entwickelte O. Kernberg den Begriff der „Borderline Personality Organization“, bei dem er von einer Störung der Entwicklung im Säuglingsalter ausging, in dem Selbst- und Objektrepräsentanten noch nicht, dagegen „Gut“ und „Böse“ als polarisierte Formen stark von einander getrennt seien. Diese Störung der reifen Ich-Identität führe schließlich zu einer Regression auf die Ebene der Borderline-Struktur.

Heute wird im DSM-IV auf operationalisierte Kriterien von Gunderson und Kolb (1978) zurückgegriffen. Diese ursprünglich sieben Kriterien wurden durch Spitzer et al (1979) um das Kriterium „instabile Identität“ und schließlich durch das Kriterium „vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ erweitert.

Das ICD-10 übernahm dies weitgehend, ordnete die BPS jedoch gemeinsam mit dem „impulsiven Typus“ den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen zu.

Die klinische Symptomatik kann nach Bohus (2002) in fünf Problembereiche unterteilt werden:

- 1) *Affektregulation*: BPS-Patientinnen leiden häufig unter Störungen der Affektregulation. Es kommt zu einem hohen Erregungsniveau und einer verzögerten Rückbildung dieser Erregung, wobei die Emotion nicht zugeordnet werden kann. Als Bewältigungsversuche dieser Spannungszustände werden dysfunktionale Verhaltensmuster wie beispielsweise Selbstverletzungen eingesetzt. 60% der Patientinnen entwickeln während dieser aversiven Anspannungszustände dissoziative Symptome.
- 2) *Selbst und Selbstbild*: Borderline-Patientinnen leiden häufig unter Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität und Integrität
- 3) *Psychosoziale Integration*: Das Beziehungsmuster von Patientinnen mit BPS ist geprägt durch Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz. Eine schlecht ausgeprägte intrapsychische Repräsentanz von Bezugspersonen lässt die Patientinnen Abwesenheit mit manifester Verlassenheit verwechseln.

- 4) *Kognitive Funktionsfähigkeit*: Zum derzeitigen Forschungsstand ist nicht von einer generellen kognitiven Leistungsminderung auszugehen, allerdings berichten ca. 60% der Patientinnen mit BPS von einer ausgeprägten dissoziativen Symptomatik. Dies betrifft sowohl Derealisations- als auch Depersonalisationserlebnisse, sowie somatoforme dissoziative Phänomene, also Veränderungen der sensorischen Wahrnehmung, wie Verzerrung des Raum- Zeit-Gefühls und Kontrollverlust über die Realität. Szenisches Wiedererleben von traumatisierenden Erlebnissen der Vergangenheit, so genannte „Flashbacks“, kann von den Patientinnen nur rational, nicht aber emotional der Vergangenheit zugeordnet werden.
- 5) *Verhaltensebene*: Über Selbstverletzungen berichten ca. 70 bis 80% der Borderline-Patientinnen, wobei neben selbst zugefügten Schnittverletzungen auch das Schlagen des Kopfes gegen Wände, Verbrühen und ähnliches vorkommen. Hochrisikoverhalten wie Balancieren auf Baukränen, Störungen des Eß- und Trinkverhaltens, Promiskuität, Drogenmissbrauch (40%) sowie aggressive Durchbrüche stellen weitere Probleme auf der Verhaltensebene dar.

1.2 Scham

Die klinische Erfahrung zeigt, dass Scham eine zentrale Rolle in der BPS spielt (Linehan, 1993; Crowe, 2004; Lansky 1987), dennoch wird diese Emotion in der Psychotherapie häufig nicht ausreichend beachtet. Möglicherweise liegt dies an einer Tendenz zur Geheimhaltung, was zu Schwierigkeiten bei der Identifizierung der Scham führt, oder aber daran, dass sie durch Reaktionen wie Feindseligkeit oder Ärger überdeckt wird. Klinische Erfahrungen legen nahe, dass in der BPS Scham diejenige Emotion ist, die am stärksten mit chronischer Suizidalität, Selbstverletzungsverhalten, Feindseligkeit und Impulsivität in Verbindung steht (Linehan, 1993; Lester, 1997). Es wurde sogar bereits in Erwägung gezogen, dass die BPS an sich eine Reaktion auf chronische Scham sein könnte (Crowe, 2004). Dennoch gibt es bisher keine empirischen Studien, die das Ausmaß und den Einfluss von Scham bei der BPS untersuchen.

Scham wird als negativ erlebt und ist durch ein Gefühl der Entblößung (Williams, 2000) und der Abwertung gekennzeichnet. Sie wird definiert als eine soziale, aber innere Erfahrung des Selbst als sozial unattraktives Wesen, das unter dem Druck steht, mögliche negative Folgen durch

Flucht oder Beschwichtigung zu verringern (Gilbert, 1998) Die subjektive Empfindung von Scham drückt sich häufig durch typische, objektiv erkennbare Verhaltensweisen aus. Hierzu gehören Erröten, Senken des Kopfes, Vermeiden von Augenkontakt (Kaufman, 1980), der Wunsch sich zu Verstecken (Lewis, 1971) oder der Impuls, sich der Situation durch Flucht zu entziehen. Oftmals löst Scham auch Emotionen wie Feindseligkeit oder Ärger aus, die in diesem Zusammenhang dazu dienen, die Scham zu verbergen oder sie zu verarbeiten. Schamneigung ist daher eng verbunden mit Impulsivität und Feindseligkeit (Tangney & Dearing, 2002a), Verhaltensweisen, die bei Borderline-Patientinnen häufig festzustellen sind. Menschen mit einer hohen Schamneigung könnten geneigt sein, Situationen zu vermeiden, die potenziell eine Schamreaktion auslösen könnten, wie beispielsweise Sozialkontakte oder auch das Suchen nach Hilfe. Da Scham darüber hinaus in Beziehung steht zu einem Nicht-Öffnen in der Psychotherapie (Swan & Andrews, 2003), könnte dies ein großes Problem im klinischen Setting darstellen. Es ist zwischen momentaner Scham und Schamneigung zu unterscheiden, da momentane Scham situationsbezogen und vorübergehend ist. Die Prädisposition, sich selbst in seinem gesamten Dasein dauerhaft für negative Erfahrungen zu entwerten (Tangney, 1990), oder die Scham chronisch, als persistierendes Erleben zu empfinden (Harder & Zalma, 1990), wird als Schamneigung verstanden. Eine weitere wichtige Unterscheidung muss zwischen Scham und Schuld vorgenommen werden. Während Schuldgefühle sich auf eine konkrete Handlung beziehen, bezieht sich Scham weitgehend darauf, wie eine Person in ihrem gesamten Dasein bewertet wird, und zwar nicht nur von anderen, sondern insbesondere auch von sich selbst (Jacoby, 1991). Demnach führen Gefühle von Schuld häufig zu empathischen Verhaltensweisen, die den Schaden wieder gutmachen sollen, während Scham mit Wutanfällen (Tangney & Dearing, 2002b), Selbststigma (Rüsch et al, 2006) und Suizidalität (Hastings et al., 2000) in Verbindung steht. Auch ist mit dem Gefühl der Scham ein Verlust an Selbstachtung verknüpft, während der Schuldige auf Wiedergutmachung hoffen kann (Jacoby, 1991). In vielen Studien zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Scham und Psychopathologie sowie interpersonellen Schwierigkeiten, während dies bei Schuld überwiegend nicht der Fall war (Tangney & Dearing, 2002a).

1.3 Implizites Selbstkonzept

Die Forschung hat gezeigt, dass das Selbstkonzept einer Person sowohl von expliziten, bewusst zugänglichen als auch von impliziten, automatischen Kognitionen abhängt, die nicht unbedingt übereinstimmen müssen. Beispielsweise würde eine Person, die zu Scham neigt, explizit sagen „Ich bin verlegen“, diese Aussage wäre auf einer impliziten Ebene begleitet von verschiedenen Affekten und Erinnerungen, derer sich das Individuum nicht immer bewusst ist. Da Personen versuchen schamassozierte Kognitionen zu verbergen, ist es nützlich, sowohl explizite als auch implizite Messinstrumente zu benutzen, um Scham zu untersuchen (Gilbert, 1998). Dies ist besonders wichtig bei der BPS, da sowohl explizite als auch implizite Kognitionen Einfluss auf emotionale Verarbeitungsprozesse haben, die sowohl funktional als auch dysfunktional sein können. Nach dem Kognitionsmodell bestimmen Schemata, also grundlegende kognitive Strukturen, automatisch und implizit unsere Wahrnehmung und Interpretationen des Selbst und der Welt (Beck et al., 2004). Aus einer psychodynamischen Perspektive ähnlich entscheidend sind implizite und unbewusste schamassozierte Erinnerungen und Vorstellungen, besonders bei der Borderline-Störung (Lansky, 1987). Daher ist eine Person, die implizit oder unbewusst stark zu Scham neigt, emotional besonders verletzlich und neigt zu dysfunktionalen Verhaltensweisen.

1.4 Zielsetzung der Arbeit

In dieser Studie wollten wir Ausmaß von Scham bei Frauen mit Borderline-Störung sowie den Zusammenhang zwischen Scham und Kernsymptomen der BPS wie Ärger/Feindseligkeit, geringem Selbstwertgefühl und verringerter Lebensqualität untersuchen.

1.5 Hypothesen

Diese Studie untersuchte die drei folgenden Hypothesen:

Erste Hypothese: Schamneigung und momentane Scham sind stärker ausgeprägt bei BPS-Patientinnen als bei anderen Krankheitsbildern und gesunden Frauen. Als Kontrollgruppe wurden in dieser Studie Frauen mit sozialer Phobie untersucht, da nach DSM-IV die Furcht vor Demütigung und Abwertung zentrale Kriterien einer sozialen Phobie sind. Daher stellen Frauen mit sozialer Phobie eine sinnvolle Vergleichsgruppe dar.

Zweite Hypothese: Frauen mit BPS haben ein mehr mit Scham assoziiertes Selbstkonzept als Frauen mit sozialer Phobie oder gesunde Frauen, was einer stärkeren Assoziation mit Scham (relativ zu Angst) entspricht.

Dritte Hypothese: Hohe Schamlevel, explizit gemessen, als auch starke Assoziationen mit Scham während des IAT sind vergesellschaftet mit niedrigem Selbstwert, geringerer Lebensqualität und höherer Feindseligkeit bzw. Ärger.

2. Methodik

2.1 Stichprobenbeschreibung

Die 60 Borderline-Patientinnen dieser Studie wurden in den Jahren 2003 und 2004 an der Freiburger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, sowie an der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Spezialklinik für Frauen Meissenberg, Zug in der Schweiz, behandelt. Die Patientinnen beider Kliniken wurden nach demselben therapeutischen Konzept, der stationären Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), behandelt. Die DBT ist eine für die BPS spezifische Psychotherapie und wurde ursprünglich von Linehan als ambulante Therapie entwickelt. 2002 wurde an der Universitätsklinik Freiburg ein stationäres Konzept entwickelt (Bohus & Barthruff, 2000). Zur Wirksamkeit der DBT liegen kontrolliert-randomisierte Studien vor (Lieb et al., 2004). Einschlusskriterien für die Studie waren die Diagnose einer BPS nach DSM-IV, Alter zwischen 18 und 50 Jahren, weibliches Geschlecht und Vorlage einer schriftlichen Einwilligung der Patientin nach Aufklärung. Als klinische Kontrollgruppe wurden an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg sowie am Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim, 30 Frauen mit sozialer Phobie untersucht. Einschlusskriterien waren hier die Diagnose einer sozialen Phobie nach DSM-IV, Alter zwischen 18 und 50 Jahren, weibliches Geschlecht und Vorlage einer schriftlichen Einwilligung der Patientin nach Aufklärung. Ausschlusskriterien sowohl für die Patientinnen mit BPS als auch mit sozialer Phobie waren die Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder Bipolar-I-Störung, Intelligenzminderung, akute Suizidalität und Geschäftsunfähigkeit, bei den Patientinnen mit sozialer Phobie durfte keine BPS zusätzlich vorliegen.

Im gleichen Zeitraum wurden 60 Probandinnen, gematched nach Alter und Schuljahren, untersucht. Einschlusskriterien waren Alter zwischen 18 und 50 Jahren, weibliches Geschlecht und Vorlage einer schriftlichen Einwilligung der Probandin nach Aufklärung. Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer aktuellen oder früheren psychiatrischen Erkrankung. Alle Probandinnen wurden daraufhin sorgfältig untersucht.

Die wichtigsten demographischen und erkrankungsbezogenen Daten werden im Folgenden dargestellt: Die 60 Patientinnen mit BPS waren durchschnittlich fast 28 Jahre alt und hatten etwa zehneinhalb Jahre die Schule besucht, die Patientinnen mit sozialer Phobie waren im Schnitt 35 Jahre alt und hatten etwa zwölf Jahre die Schule besucht, während die Probandinnen durchschnittlich beinahe 26 Jahre alt waren und fast elf Jahre die Schule besucht hatten (Tab. 2.1).

Tabelle 2.1: Demographische Daten

	BPS-Patientinnen N=60	Patientinnen mit sozialer Phobie N=30	Kontrollgruppe N=60
Schulisches Abschlussniveau In Jahren (SD)	10.5 (1.5)	11.9 (1.7)	10.9 (1.5)
Alter In Jahren (SD)	27.8 (6.9)	35.1 (11.9)	26.6 (7.4)

In Tabelle 2.2 werden die Diagnosen nach dem Mini Internationalen Neuropsychiatrischen Interview (M.I.N.I.) dargestellt. Die bei BPS-Patientinnen häufig auftretenden Komorbiditäten waren mit einer Major Depression, einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer Essstörung von jeweils etwa 40% vertreten. 17% der Patientinnen der BPS-Gruppe litten an einer sozialen Phobie.

Tabelle 2.2: Diagnosen und klinische Symptome

	BPS-Patientinnen N=60	Patientinnen mit sozialer Phobie N=30	Signifikanz
Episode einer Major Depression aktuell in %	42	20	p<0.05
Zwangsstörung aktuell in %	8	7	n.s.
Posttraumatische Belastungsstörung aktuell in %	38	0	p<0.001
Alkohol- oder sonstiger Substanzmissbrauch aktuell in %	42	7	p<0.001
Essstörung aktuell in %	40	3	p<0.001
Anzahl der Suizidversuche (SD)	3.95 (4.4)	0.18 (0.7)	p<0.001
Anzahl der psychiatrischen stationären Voraufenthalte (SD)	4.53 (4.8)	0.08 (0.3)	p<0.001
Generelle Psychopathologie (SD)	1.63 (0.7)	0.95 (0.7)	p<0.001
Ärger/Feindseligkeit (SD)	1.57 (1.0)	0.74 (0.7)	p<0.001

Nach Selbstauskunft der BPS-Patientinnen stellte sich heraus, dass sie im Durchschnitt etwa vier Suizidversuche, sowie fast fünf psychiatrisch stationäre Voraufenthalte in ihrer Vorgeschichte hatten. Nach Auskunft der behandelnden Therapeuten lag ein sexueller Missbrauch in ca. 48%, sonstiger Missbrauch in 30% und eine frühere Essstörung in 60% der Fälle vor. Als aktuelle Krankheitsmerkmale wurden die Anzahl der BPS-Kriterien, im Durchschnitt etwa sieben, und der Anteil der Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten, ca. 93%, erhoben. Diese 56 Patientinnen verletzten sich durchschnittlich zehnmal pro Monat, wobei Schneiden mit rund 80% die häufigste Art der Selbstverletzung war. 80% der BPS-Patientinnen erhielten zum Zeitpunkt der

Untersuchung Psychopharmaka. Am häufigsten waren Antidepressiva mit rund 80%, Sedativa mit rund 44% und atypische Neuroleptika mit rund 40%. Außerdem erhielt knapp ein Drittel das Stimulans Methylphenidat.

2.2 Messinstrumente

2.2.1 Standardisierte Interviews

Das M.I.N.I wurde von Sheehan et al. (1998) entwickelt. Es wurde als ein kurzes strukturiertes Interview zur Erfassung der hauptsächlich psychiatrischen Achse-I-Störungen im DSM-IV und ICD-10 konzipiert. Mehrere Studien konnten zeigen, dass das M.I.N.I annehmbar hohe Validierungs- und Reliabilitätswerte hat und in kurzer Zeit durchgeführt werden kann. In dieser Studie wurde es in der deutschen Version M.I.N.I 5.0.0/ICD-10-DSM-IV/ aktualisiert (1998) verwendet, um Komorbiditäten der Patientinnen zu erfassen. Die BPS-Diagnose wurde durch das strukturierte, klinische Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (First et al., 1997) gesichert.

2.2.2 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham

Die **Experiential Shame Scale** (ESS; Turner & Waugh, 2001; dt. Version von Rüscher & Brück, unveröffentlicht) ist ein Fragebogen, der momentane Scham erfasst. Die ESS besteht aus elf Items, die körperliche, emotionale und soziale Aspekte von Scham erfassen. Diese Items werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Turner und Waugh (2001) zeigten Konstrukt-Validität und interne Konsistenz ($\alpha=.81$) der ESS. Sie korreliert signifikant positiv mit dem Success and Failure Affects Wort „ashamed“ ($r=.74$) und dem Personal Feelings Questionnaire-2 ($r=.74$). Außerdem konnte gezeigt werden, dass die ESS unempfindlich gegenüber sozialer Erwünschtheit ist, da die Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Reynolds, 1982) und die ESS nicht signifikant positiv korrelieren ($r=.27$).

Die kurze Version des **Test of Self-Conscious Affect-3** (TOSCA-3; Tangney et al., 2000; dt. Version von Rüscher & Brück, unveröffentlicht) besteht aus elf Szenarien, in denen eigenes Fehlverhalten beschrieben wird. Für jedes Szenario gibt es vier Reaktionsmöglichkeiten, die Scham, Schuld, Externalisierung und emotionaler Unberührtheit entsprechen.

Die interne Konsistenz des TOSCA-3 konnte gezeigt werden (Scham, $\alpha=.88$; Schuld, $\alpha=.83$; Externalisierung, $\alpha=.80$; emotionale Unberührtheit, $\alpha=.77$). Daten zur Test-Retest-Reliabilität und zur Validität liegen nur zur ersten Version des TOSCA, dem Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (Tangney, 1990), und zum TOSCA-2 (Tangney et al., 1996) vor. Der TOSCA-2 wurde verbessert und der TOSCA-3 (Tangney et al., 2000), der aus 16 Szenarien besteht, entwickelt. Die kurze Version des TOSCA-3 zu verwenden ist legitim, da die Kurzversion gut mit der Vollversion korreliert (Scham, $r=.94$, Schuld, $r=.93$).

Tabelle 2.3: Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham

Instrument	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Item-Skalierung	Richtung
ESS	Momentane Scham	Gesamtwert (11; 1-7)	7 Punkte Beurteilungsintervall wurde für die einzelnen Items individuell formuliert (von 1-7)	Je höher, desto stärker die Schamreaktion
Kurzversion des TOSCA-3	Affektive Reaktionen auf Fehlverhalten	Scham (11;11-55) Schuld (11;11-55) Externalisierung (11; 11-55) Emotionale Unberührtheit (11; 11-55)	5 Punkte von 1="nicht wahrscheinlich" bis 5="sehr wahrscheinlich"	Je höher, desto stärker die Neigung mit Scham / Schuld / Externalisierung / emotionaler Unberührtheit auf eigenes Fehlverhalten zu reagieren

2.2.3 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie, Selbstwert und Lebensqualität

Die **Symptom Checkliste** (SCL-90-R; Derogatis, 1977, dt. Version von Franke, 1995) besteht aus 90 Items, die Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Angstneigung, Ärger/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus sowie als Gesamtwert allgemeine Psychopathologie erfassen. Alle Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten sieben Tage. Aufgrund zahlreicher Studien kann den Items heute „face validity“ zugesprochen werden (Franke, 1995). Die interne Konsistenz für die dem SCL-90-R vorangegangene Version, die SCL-90, ergab Werte zwischen $r=.77$ und $r=.90$ (Derogatis et al., 1976).

Das **State-Trait-Angstinventar** (STAI; Laux et al., 1981) ist die deutsche Übersetzung und Adaptation des von Spielberger et al. (1970) entwickelten „State-Trait Anxiety Inventory“. Die zwei Skalen mit jeweils 20 Items dienen der Erfassung von Angst als Zustand, wobei der Proband angibt, wie er sich „in diesem Moment“ fühlt (State-Angst, STAI-X1), und Angstneigung als Wesenszug (Trait-Angst, STAI- X2), wobei gefragt wird, wie sich der Proband „im allgemeinen“ fühlt. Die Test-Retest-Reliabilität des Trait-Tests lag bei $r=.77-.90$, die der State-Angstskala zwischen $r=.22$ und $r=.53$ entsprechend dem Konzept der Zustandsangst im Sinne eines zeitlich instabilen Merkmals (Laux et al., 1981). Die interne Konsistenz betrug für die Trait-Angst zwischen $\alpha=.88$ und $\alpha=.91$ und für die State-Angst $\alpha=.90-.92$ (Laux et al., 1981).

Die **Allgemeine Depressions-Skala** (ADS) ist die deutsche Version der Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (Radloff, 1977). Die Kurzform (Hautzinger & Bailer, 1993), die im Rahmen dieser Studie verwendet wurde, besteht aus 15 Items, die Depressivität erfassen. Diese Items werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Bei einer Bevölkerungsstichprobe lag die interne Konsistenz bei $\alpha=.90$ und die Reliabilität nach der Spearman-Brown Formel bei $r=.90$, für die Gruppe der depressiven Patienten wurden Werte von $\alpha=.93$ und $r=.93$ erzielt (Hautzinger & Bailer, 1993). Die lange und die kurze Form der ADS zeigten eine gute Übereinstimmung. Insgesamt erwies sich damit die kurze Version als reliabel und valide und nahezu identisch mit der langen Form der ADS (Hautzinger & Bailer, 1993). Die

ADS korreliert mit anderen Selbstbeurteilungsdepressionsskalen wie dem BDI (Beck Depressionsinventar, Beck & Steer, 1987) hoch und positiv (Hautzinger & Bailer, 1993).

Die **SmithKline Beecham Quality of Life Scale** (SBQoL, Stoker et al., 1992) besteht aus 28 Items, die Lebensqualität (in mentaler, körperlicher und sozialer Hinsicht) erfassen. Untersucht wurde die SBQoL an 129 Patienten, die entweder an einer Major Depression oder einer generalisierten Angststörung litten. Der Vergleich zur Hamilton Depressionsskala (Hamilton, 1960) und Hamilton Angstskaala (Hamilton, 1959) zeigte gute Konstruktvalidität (Stoker et al., 1992). Die Konkurrenzvalidität wurde u.a. durch den Vergleich mit dem General Health Questionnaire (Goldberg et al., 1987) mit $r=.69$ bestätigt (Stoker et al., 1992). Die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) ergab $\alpha=.85-.95$, die Test-Retest-Reliabilität lag zwischen $r=.66$ und $r=.83$ (Stoker et al., 1992). In dieser Studie wurde die deutsche Version (Rüsch & Brück, unveröffentlicht) verwendet.

Die **Rosenberg's Self-Esteem Scale** (RSE; Rosenberg 1965; dt. Version von Ferring & Philipp, 1996) ist eine Skala zur Erfassung des Selbstwertes. Sie besteht aus 10 Items. Die deutsche Übersetzung wurde von Ferring und Philipp (1996) hinsichtlich interner Konsistenz ($.81 < \alpha < .88$), Testhälftenreliabilität ($.81 < r < .84$) und Validität überprüft: Der RSE-Wert korreliert signifikant negativ mit Hoffnungslosigkeit ($r=-.67$), und signifikant positiv mit Befindlichkeit ($r=.55$) und Optimismus ($r=.70$).

Tabelle 2.4: Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie, Selbstwert und Lebensqualität

Instrument	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Item-Skalierung	Richtung
SCL-90-R	Allgemeine Psycho-Pathologie	Gesamtwert (90; 0-4) Somatisierung (12; 0-4) Zwanghaftigkeit (10; 0-4) Unsicherheit im Sozialkontakt (9; 0-4) Depressivität (13; 0-4) Angstneigung (10; 0-4) Aggressivität (6; 0-4) Phobische Angst (7; 0-4) Paranoides Denken (6; 0-4) Psychotizismus (10; 0-4)	5 Punkte von 0=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr stark“	Je höher, desto stärker die Symptome
STAI X1	Angst als Zustand	Gesamtwert (20; 20-80)	4 Punkte von 1=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr“	Je höher, desto größer die Angst Je höher, desto stärker die Symptome
STAI X2	Angst als Eigenschaft	Gesamtwert (20; 20-80)	4 Punkte von 1=„fast nie“ bis 4=„fast immer“	Je höher, desto größer die Angst
ADS	Depressivität	Gesamtwert (15; 15-60)	4 Punkte von 1=„selten“ bis 4=„meistens“	Je höher, desto stärker die Depressivität
SBQoL	Lebensqualität	Gesamtwert (28; 28-196)	7 Punkte Beurteilungsintervall wurde für die einzelnen Items individuell formuliert (von 1-7)	Je höher, desto besser die Lebensqualität
RSE	Selbstwert	Gesamtwert (10; 0-3)	4 Punkte von 0=„trifft gar nicht zu“ bis 3=„trifft voll und ganz zu“	Je höher, desto höher der Selbstwert

2.2.4 Messung des impliziten Scham-betonten Selbstkonzeptes

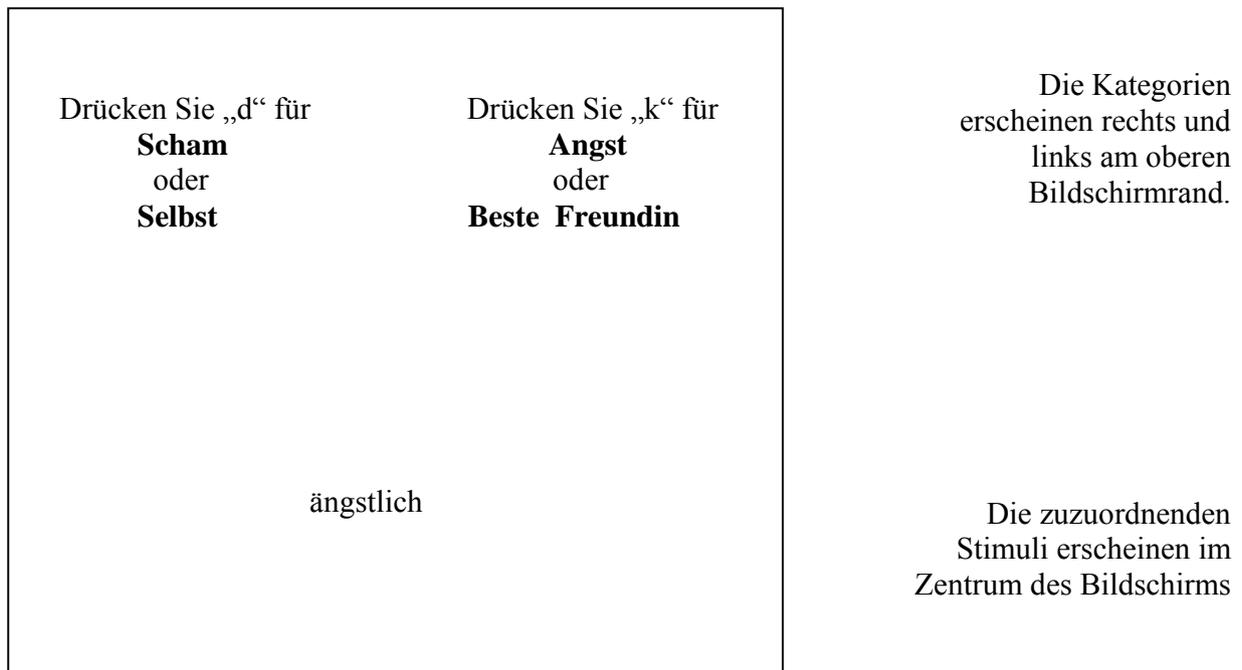
Der Implicit Association Test (IAT) ist erst einige Jahre alt und wurde als Messinstrument für implizite oder automatische Assoziationen benutzt, um die relative Stärke von Assoziationen zu verschiedenen Konstrukten zu beurteilen (Greenwald et al., 1998). Implizite Einstellungen manifestieren sich als Handlungen oder Beurteilungen, die unter der Kontrolle automatischer Bewertungen stattfinden. Dabei ist sich die Person der Ursache nicht bewusst. Beispielsweise könnte eine Person, die in einer Psychotherapie gelernt hat, dass Scham eine negative Emotion ist, den Eindruck erwecken wollen, sie habe keine starke Schamneigung und könnte bei expliziten Messungen eher niedrige Schamwerte erreichen, selbst wenn die Emotion noch eine große Rolle bei ihr spielt. Bei einer Scham-Messung durch den IAT, in der auf Assoziationen von „Selbst“ zu „Scham“ geachtet wird, dürfte sie dagegen unbeeinflusst vom Versuch, die eigene Schamneigung als gering darzustellen, relativ starke Assoziationen von „Selbst“ zu „Scham“ aufweisen.

Während der IAT in den ersten Jahren verwendet wurde, um Vorurteile gegen Menschen anderer Hautfarben, Frauen und anderer sozialer Gruppen zu messen, ist er in jüngster Zeit angewendet worden, um implizite Selbst-Konzepte zu untersuchen (Greenwald & Farnham, 2000). Er wurde auch bei klinischen Studien benutzt, um dysfunktionale kognitive Schemata, insbesondere bei Angststörungen, zu untersuchen (Teachman et al., 2001). Frühere Studien belegten die Reliabilität und Validität des IAT bei Assoziationen von „Selbst“ zu angstbezogenen Wörtern. 41 Psychologiestudenten nahmen an zwei Sitzungen teil. In der ersten wurde der IAT durchgeführt, in der zweiten füllten die Studenten das State-Trait Anxiety Inventory (STAI) aus. Dabei zeigte sich ein Cronbachs Alpha von $\alpha=.77$ in der ersten und $\alpha=.80$ in der zweiten Sitzung. Die Test-Retest-Korrelation betrug $r=.57$ (Egloff & Schmukle, 2002). Zudem ist der IAT robust gegen Selbstpräsentationsstrategien (Greenwald et al., 1998).

Der IAT wurde bei unserer Studie genutzt, um unbewusste, implizite Assoziationen von „Selbst“ (relativ zu „Beste Freundin“) zu „Scham“ (relativ zu „Angst“) zu messen. Die Teilnehmerinnen bekamen Anweisung, auf dem Bildschirm erscheinende Wörter übergeordneten Kategorien zuzuordnen. Vier Kategorien wurden auf dem Bildschirm gleichzeitig dargeboten. Zwei repräsentierten die Zielkategorien („Selbst“ und „Beste Freundin“), zwei die beschreibenden

Kategorien („Scham“ und „Angst“). In der Mitte des Bildschirms erschienen verbale Stimuli, die aus allen vier Kategorien stammen konnten, beispielsweise „ängstlich“ für die beschreibende Kategorie „Angst“ (s. Abb. 1). Die Teilnehmerinnen mussten die Wörter nach rechts oder links zuordnen, je nach dem, in welche Kategorie der Stimulus gehörte. Dazu benutzten sie die Tasten „k“ für rechts und „d“ für links.

Abbildung 2: Bildschirmoberfläche während des IAT



Bei diesem Bild müsste die Teilnehmerin „k“ drücken, um den Stimulus „ängstlich“ der Kategorie Angst zuzuordnen.

Der IAT lief folgendermaßen ab (Tab. 2.5): Erst wurden die beschreibenden Kategorien geübt. Dafür erschienen „Scham“ und „Angst“ links bzw. rechts am oberen Bildschirmrand. In der Mitte des Bildschirms wurden nun verbale Stimuli hintereinander eingeblendet, die aus diesen zwei Kategorien stammten. Im Anschluss daran wurden nach dem gleichen Schema die Zielkategorien, also „Selbst“ und „Beste Freundin“, eingeübt. Jetzt folgte eine Übungsphase mit kombinierten Kategorien, zum Beispiel „Scham“ mit „Selbst“ kombiniert und „Angst“ mit „Beste Freundin“, danach folgte dasselbe als Test (Abb. 1). Daraufhin wurden die Zielkategorien nochmals einzeln geübt, da die Seiten getauscht wurden. Stand beispielsweise „Selbst“ im ersten

Durchlauf auf der linken Seite, „Beste Freundin“ dagegen auf der rechten, wurde jetzt „Selbst“ auf der rechten Seite und „Beste Freundin“ auf der linken Seite eingeblendet. Die Seitenveränderung der beschreibenden Kategorien wurde eingehalten und mit den Zielkategorien kombiniert, so dass jetzt die andere mögliche Kombination getestet wurde, in diesem Beispiel also „Beste Freundin“ mit „Scham“ und „Selbst“ mit „Angst“. Da der IAT die relative Assoziationsstärke misst, mussten für die beschreibenden Kategorien vergleichbare Konstrukte gewählt werden, daher wurde neben Scham Angst als ebenfalls negative Emotion ausgewählt. Wir verwendeten folgende Stimuli für die jeweiligen Kategorien: Für „Selbst“ wurden am Anfang des Experiments persönliche Daten der Teilnehmerin erfragt wie Vorname, Nachname und Geburtstag (in der Form von beispielsweise 6. Juni). Diese sowie zusätzlich „Ich“ wurden in den Computer eingegeben, so dass sie als idiographische Stimuli während des Tests erschienen. Für „Beste Freundin“ machte die Teilnehmerin ebenfalls Angaben. Sie wählte eine gute Freundin oder Bekannte aus und machte die gleichen Angaben auch für sie, statt „Ich“ wurde dann „sie“ benutzt. Für Scham wurden die Wörter „Scham“, „beschämt“ und „peinlich“ gewählt, für Angst dagegen „Angst“, „Furcht“ und „ängstlich“.

Der IAT misst Reaktionszeiten, schnellere Reaktionen erfolgen, wenn die kombinierten Kategorien vorbewussten Assoziationen entsprechen. Die Antwort wird also schneller erfolgen, wenn die gepaarten Kategorien für die Teilnehmerin zusammenpassen, d.h. wenn sie den automatischen Assoziationen der Person entsprechen, als wenn sie dies nicht tun. Wenn also beispielsweise eine Teilnehmerin sich selbst mehr mit Scham als mit Angst assoziiert, wird sie schneller reagieren, wenn „Scham“ und „Selbst“ gepaart auf der einen und „Angst“ und „Beste Freundin“ gepaart auf der anderen Seite stehen, als wenn „Angst“ und „Selbst“ gegen „Scham“ und „Beste Freundin“ kombiniert dargeboten werden.

Der IAT lief auf Windows 98 oder Windows NT und wurde durch Inquisit, Version 1.33 (Draine, 2003) ausgeführt. Er bestand aus 7 Blöcken (Tab. 2.5). Bei Block 2, also der Festlegung, auf welcher Seite „Selbst“ und „Beste Freundin“ anfänglich erschienen, wurde bei jedem zweiten IAT die Seitenzuordnung ausgetauscht, um in Block 3 am Anfang abwechselnd „Scham“ mit „Selbst“ oder „Beste Freundin“ zu kombinieren, dies um Beeinflussungen durch die Reihenfolge der Blöcke auszuschließen, in der Annahme, dass die erste dargebotene Kombination stärker verinnerlicht wird. Zur Berechnung des IAT-Effekts wurde ein verbesserter Algorithmus (Greenwald et al., 2003) benutzt. Der IAT-Effekt, resultierend in einem D-Wert, wird

folgendermaßen errechnet: Die Daten aus den Blöcken 3, 4, 6 und 7 werden für die Berechnung benutzt, alle anderen Blöcke werden nicht berücksichtigt. Aus den Latenzzeiten jedes dieser Blöcke wird je ein Mittelwert errechnet. Zwei Standardabweichungen werden errechnet, eine für die Blöcke 3 und 6 (den Übungsblöcken), eine für die Blöcke 4 und 7 (den Testblöcken). Von dem Mittelwert des Blockes 6 wird der des Blockes 3 abgezogen, genauso wird von Block 4 der Mittelwert von Block 7 abgezogen. Jede dieser Differenzen wird durch die jeweilige Standardabweichung geteilt. Aus den erhaltenen beiden Quotienten wird wieder ein Mittelwert gebildet, dieser ist jetzt der benutzte D-Wert. Negative D-Werte bedeuten in unserem Fall eine stärkere Assoziation von „Selbst“ mit „Angst“, relativ zu „Scham“, während positive Werte eine stärkere Assoziation von „Selbst“ mit „Scham“ bedeuten.

Tabelle 2.5: Aufteilung der Blöcke des IAT

Block	Anzahl der Stimuli	Funktion des Blockes	Links zuzuordnende Stimuli	Rechts zuzuordnende Stimuli
1	20	Übung	Scham	Angst
2	24	Übung	Selbst	Beste Freundin
3	24	Übung	Scham + Selbst	Angst + Beste Freundin
4	40	Test	Scham + Selbst	Angst + Beste Freundin
5	24	Übung	Beste Freundin	Selbst
6	24	Übung	Scham + Beste Freundin	Angst + Selbst
7	40	Test	Scham + Beste Freundin	Angst + Selbst

2.3 Statistische Auswertung

Für alle statistischen Analysen wurde SPSS, Version 11.5 (SPSS, Chicago) benutzt. Die Mittelwerte der Gruppen wurden bei drei Gruppen durch eine Varianzanalyse (ANOVA) oder bei zwei Gruppen durch einen t-Test verglichen. Um post-hoc Vergleichstests zwischen den Gruppen zu berechnen, wurde ein Scheffé-Test durchgeführt. Assoziationen zwischen verschiedenen Variablen wurden durch den Pearson-Korrelationskoeffizienten untersucht. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .01$ festgelegt.

3. Ergebnisse

3.1 Gruppenvergleiche von Scham, Schuld und Angst in Selbstbeurteilungsskalen

Die erste Hypothese besagte, dass sich die Werte für momentane Scham und Schamneigung bei Borderline-Patientinnen signifikant von denen der anderen Gruppen unterscheiden. Mit einer Serie von ANOVAs wurde dies für die Selbstbeurteilungsbögen für die Konstrukte momentane Scham, Schamneigung, Schuldneigung und Angst geprüft. BPS-Patientinnen zeigten signifikant höhere Werte für Schamneigung, Schuldneigung (gemessen durch den TOSCA-3), und Angst (gemessen durch die STAI-X1 und STAI-X2) als Frauen mit sozialer Phobie, die wiederum höhere Werte als gesunde Frauen erreichten (Tabellen 3.1, 3.2). Die Unterschiede in Schuldneigung waren nicht länger signifikant, nachdem für Schamneigung in einer Kovarianzanalyse kontrolliert wurde, was auf eine Kovarianz von Schuldneigung mit Schamneigung hindeutet, und darauf, dass „schamfreie“ Schuldneigung in allen drei Gruppen ähnlich stark ausgeprägt ist. Im Gegensatz dazu zeigte sich die „schuldfreie“ Schamneigung, nachdem für Schuldneigung kontrolliert wurde, in allen drei Gruppen signifikant unterschiedlich ($F=42.00$, $p < 0.001$) BPS-Patientinnen zeigten die niedrigsten Werte für Selbstwert (gemessen durch die RSE) und für Lebensqualität (gemessen durch die SBQoL), und die höchsten Werte für Depressivität (gemessen durch die ADS), jeweils gefolgt von Frauen mit sozialer Phobie und gesunden Frauen (Tab. 3.2). Ärger/Feindseligkeit (gemessen durch die SCL-90-R) war bei Frauen mit BPS signifikant stärker ausgeprägt als bei Frauen mit sozialer Phobie (Tab. 2.2).

Tabelle 3.1: Ergebnisse der Messungen von Scham und Schuld

Konstrukt (Messinstrument)	BPS N=60	Soziale Phobie N=30	Gesunde Kontrollen N=60	Varianzanalyse		Post-Hoc-Test (p, Scheffé)		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	p	BPS/soziale Phobie	BPS/gesunde Kontrollen	Soziale Phobie/gesunde Kontrollen
Scham assoziiertes Selbstkonzept (IAT)	-0.02 (0.30)	-0.21 (0.33)	-0.17 (0.26)	5.58	0.005	0.02	0.02	0.58
Schamneigung (TOSCA-3)	43.6 (6.9)	34.9 (7.8)	25.8 (7.2)	91.80	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Schuldneigung (TOSCA-3)	49.2 (4.4)	44.9 (4.7)	43.1 (3.6)	33.29	<0.001	<0.001	<0.001	0.19
Emotionale Unberührtheit (TOSCA-3)	24.6 (6.7)	27.0 (6.8)	32.1 (6.8)	18.70	<0.001	0.32	<0.001	0.007
Externalisierung (TOSCA-3)	22.5 (7.3)	22.5 (4.4)	22.2 (5.0)	0.06	0.94	1.0	0.95	0.97
Momentane Scham (ESS)	4.7 (0.9)	3.8 (0.8)	3.0 (0.6)	65.52	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

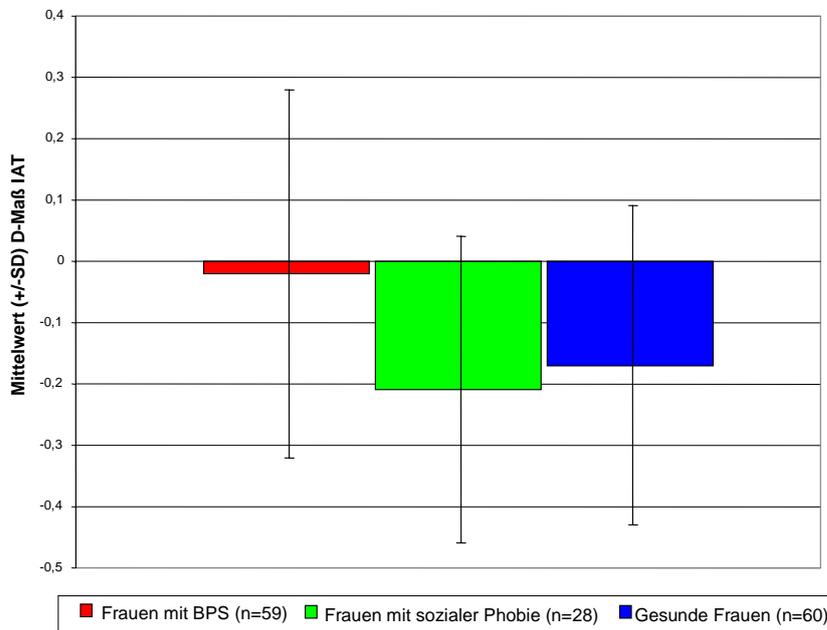
Tabelle 3.2: Ergebnisse der Messungen von Angst, Selbstwert, Lebensqualität und Depressivität

Konstrukt (Messinstrument)	BPS N=60 M (SD)	Soziale Phobie N=30 M (SD)	Gesunde Kontrollen N=60 M (SD)	Varianzanalyse		Post-Hoc-Test (p, Scheffé)		
				F	p	BPS/Soziale Phobie	BPS/Gesunde Kontrollen	Soziale Phobie/Gesunde Kontrollen
Angst als Zustand (STAI-X1)	59.0 (11.5)	47.0 (10.0)	36.2 (8.7)	75.50	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Angstneigung (STAI- X2)	61.1 (10.4)	53.2 (10.5)	36.1 (8.2)	104.20	<0.001	0.003	<0.001	<0.001
Selbstwert (RSE)	1.0 (0.7)	1.6 (0.8)	2.5 (0.4)	93.13	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Lebens- Qualität (SBQoL)	3.0 (0.7)	3.6 (0.8)	5.22 (0.7)	158.48	<0.001	0.001	<0.001	<0.001
Depressivität (ADS)	27.9 (9.9)	18.5 (10.8)	8.1 (5.7)	79.96	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.2 Gruppenvergleich des impliziten Selbstkonzeptes

Um unsere zweite Hypothese, dass Frauen mit BPS ein stärker mit Scham als mit Angst assoziiertes Selbstkonzept haben als Frauen mit sozialer Phobie und gesunde Frauen, zu prüfen, führten wir eine ANOVA zwischen den Gruppen durch (Tab.3.1). Im Durchschnitt zeigten BPS-Patientinnen IAT-Werte um die Null, was andeutet, dass diese Patientinnen ein implizites Selbstkonzept haben, das gleich stark mit Scham und Angst assoziiert ist. Im Gegensatz dazu waren die durchschnittlichen IAT-Werte der Frauen mit sozialer Phobie und der gesunden Frauen negativ, sie assoziierten sich also implizit stärker mit Angst als mit Scham (Abb.2).

Abbildung 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der IAT-Werte



Zusätzlich zeigte sich, dass Frauen mit sozialer Phobie negativere IAT-Werte als gesunde Frauen hatten, sich also stärker mit Angst als mit Scham assoziierten, diese Unterschiede waren allerdings nicht signifikant.

3.3 Korrelationen zwischen IAT-Werten und Selbstwert, Lebensqualität sowie Ärger/Feindseligkeit

Um die Zusammenhänge zwischen den IAT-Werten und den expliziten Messungen von Selbstwert, Lebensqualität und Feindseligkeit zu untersuchen, wie in unserer dritten Hypothese vorgestellt, berechneten wir den Pearson-Korrelationskoeffizienten (Tab.3.3). Ein mit Scham assoziiertes Selbstkonzept (relativ zu Angst) korrelierte signifikant negativ mit Selbstwert und Lebensqualität. Nachdem für Depressivität kontrolliert wurde, waren diese Unterschiede jedoch nicht länger signifikant. Zwischen Ärger/Feindseligkeit und IAT-Werten fand sich keine signifikante Korrelation.

Tabelle 3.3: Korrelationen der Scham- und Schuldwerte mit Selbstwert, Lebensqualität und Ärger/Feindseligkeit aller drei Gruppen

	Korrelationen		
	Selbstwert	Lebensqualität	Ärger/Feindseligkeit
Implizites, Scham assoziiertes Selbstkonzept (IAT)	-0.25*	-0.23*	0.07
Kontrolliert für Depressivität	-0.11	-0.13	0.10
Schamneigung (TOSCA-3)	-0.74**	-0.80**	0.51**
Kontrolliert für Depressivität	-0.50**	-0.60**	0.42**
Kontrolliert für Depressivität und Schuldneigung	-0.46**	-0.57**	0.35*
Schuldneigung (TOSCA-3)	-0.55**	-0.57**	0.36*
Kontrolliert für Depressivität	-0.27*	-0.27*	0.25
Kontrolliert für Depressivität und Schamneigung	0.01	0.09	0.00
Momentane Scham (ESS)	-0.72**	-0.79**	0.51**
Kontrolliert für Depressivität	-0.43**	-0.53**	0.40**

* p<0.01, **p<0.001

3.4 Vergleich der expliziten und impliziten Messungen von Scham und Angst

Hierfür untersuchten wir die Zusammenhänge zwischen den expliziten Messungen von Scham und Angst, gemessen durch ESS, TOSCA-3, STAI-X1 und STAI-X2, und den IAT-Werten. Um die Werte der Fragebögen mit den IAT-Werten vergleichbar zu machen, die eine relative Assoziationsstärke von Selbst mit Scham und Angst messen, berechneten wir relative Selbstbeurteilungsindizes. Dafür berechneten wir die Differenzen und Quotienten der standardisierten z-Werte der jeweiligen Messungen für den momentanen (ESS -- STAI-X1; ESS/STAI-X1) und allgemeinen (TOSCA-3 -- STAI-X2; TOSCA-3/STAI-X2) Emotionszustand. Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den IAT-Werten und den expliziten Werten für Scham relativ zu Angst.

3.5 Korrelationen von Scham und Schuld mit Selbstwert, Lebensqualität und Feindseligkeit

Ebenfalls zum Test unserer dritten Hypothese untersuchten wir den Zusammenhang der expliziten Messungen der Konstrukte Scham und Schuld mit Selbstwert, Lebensqualität und Ärger/Feindseligkeit, indem wir Korrelationen, nicht kontrolliert für Störvariablen, und partielle Korrelationen berechneten, bereinigt um Depression (ADS) als möglichen Störfaktor (Tab.3.3). Sowohl momentane Scham (ESS) als auch Schamneigung (TOSCA-3) korrelierten negativ mit Selbstwert und Lebensqualität. Nachdem für Depressivität kontrolliert wurde, war Schuldneigung, ebenfalls gemessen durch den TOSCA-3, nur leicht negativ korreliert mit Selbstwert und Lebensqualität.

Wiederum bereinigt um Depressivität, zeigte sich sowohl bei BPS-Patientinnen als auch bei Frauen mit sozialer Phobie eine signifikante Korrelation von Feindseligkeit mit Schamneigung und momentaner Scham, diese Signifikanz bestand nicht bei der Korrelation von Feindseligkeit mit Schuldneigung. Um „schuldfreie“ Schamneigung und ihre Korrelationen zu untersuchen, kontrollierten wir für Schuldneigung und Depressivität durch partielle Korrelationen (Tab.3.3) und fanden, dass „schuldfreie“ Schamneigung immer noch negativ mit Selbstwert und Lebensqualität, und positiv korreliert mit Feindseligkeit war. „Schamfreie“ Schuldneigung allerdings, für Schamneigung und Depressivität kontrolliert, war nicht länger signifikant korreliert mit Selbstwert oder Lebensqualität.

4. Diskussion

In dieser Studie wurden momentane Scham, Schamneigung und mit Scham assoziiertes Selbstkonzept bei Frauen mit BPS untersucht, und die Ergebnisse mit den Werten gesunder Frauen und Frauen mit sozialer Phobie verglichen. Die Ergebnisse unterstützen unsere erste Hypothese, dass Frauen mit BPS höhere Schamwerte erreichen als Frauen mit sozialer Phobie oder gesunde Frauen. Diese Ergebnisse decken sich mit klinischen Berichten, die Scham als eine zentrale Emotion der Borderline-Störung beschreiben (Linehan 1993, Crowe 2004, Lansky 1987, Seidler 2000).

Da Frauen mit sozialer Phobie laut DSM-IV unter der Furcht vor Demütigung und Abwertung leiden, war es sinnvoll anzunehmen, dass diese Frauen ebenfalls ein eher mit Scham assoziiertes Selbstkonzept haben. Unter Berücksichtigung der Forschung, dass Schuld eine Emotion ist, die durchaus funktionale Verhaltensweisen auslösen kann und nicht immer mit Psychopathologie assoziiert ist (Tangney & Dearing, 2002a; Beck et al., 2004), erscheinen die nicht höheren „schamfreien“ Schuldwerte der Patientinnen mit BPS, verglichen mit den Kontrollgruppen, plausibel.

In Einklang mit unserer zweiten Hypothese, dass Frauen mit Borderline-Störung ein mehr mit Scham assoziiertes Selbstkonzept haben als Frauen mit sozialer Phobie, assoziierten sich die untersuchten Patientinnen mit BPS implizit gleichstark mit Scham wie mit Angst. Im Gegensatz dazu zeigten die IAT-Werte, dass sich sowohl Frauen mit sozialer Phobie als auch gesunde Frauen implizit stärker mit Angst assoziierten als mit Scham.

Da der IAT nur relative Assoziationen misst, also Scham relativ zu Angst, ist es nicht verwunderlich, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen relativ gering ausfielen, hatten doch Frauen mit BPS in den Selbstbeurteilungsskalen sowohl höhere Werte für Scham als auch für Angst. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich Frauen mit BPS gleich stark mit Scham und Angst assoziierten, und in den Selbstbeurteilungsbögen hohe Werte für Scham, Angst und Ärger/Feindseligkeit hatten, liegt der Schluss nahe, dass es für BPS-Patientinnen charakteristisch sein könnte, unter großen emotionalen Schwierigkeiten zu leiden mit einer großen Bandbreite an negativen Emotionen. Im Gegensatz dazu leiden Frauen mit sozialer Phobie eher an umschriebeneren angstabhängigen emotionalen Problemen.

Da die IAT-Werte nicht mit den expliziten Messungen von Scham und Angst korrelierten, unterstützt dies die Annahme, dass explizite und implizite Aspekte von Scham unterschiedliche Level von kognitiven und emotionalen Vorgängen reflektieren, und auch unterschiedlich in der Psychotherapie berücksichtigt werden sollten (Gilbert, 1998). Unsere Ergebnisse unterstützen außerdem unsere dritte Hypothese, dass Scham mit Feindseligkeit, geringer Lebensqualität und niedrigem Selbstwert verbunden ist. Die Verbindung von Scham und Ärger/Feindseligkeit könnte bedeuten, dass Scham zum Auftreten von Feindseligkeit und Ärger beiträgt, die typische, problematische Verhaltensweisen bei Frauen mit BPS darstellen. Es zeigte sich weiterhin, dass ein implizites, scham-betontes Selbstkonzept, gemessen mit dem IAT, negativ korrelierte mit Selbstwert und Lebensqualität, was sowohl die Validität dieses IAT unterstützt als auch annehmen lässt, dass dieses mehr mit Scham als mit Angst assoziierte Selbstkonzept einen negativen Einfluss auf die Person selbst und ihr Leben hat. Implizite Assoziationen repräsentieren automatische Strukturen des Gedächtnisses und unterstützen dysfunktionale kognitive Schemata. Wegen des Einflusses von kognitiven Schemata sowohl auf die Wahrnehmung als auch auf das Verhalten, könnten Borderline-Patientinnen daher niedrigere Lebensqualität, einen niedrigeren Selbstwert und höhere Feindseligkeit aufweisen als andere. Die bei Borderline-Patientinnen stark ausgeprägte implizite Assoziation von Selbst mit Scham mag von traumatisierenden und erniedrigenden Erfahrungen in der Kindheit stammen. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass typische Verhaltensweisen der Borderline-Patientinnen mit expliziter und impliziter Scham in Verbindung stehen, und daher schwer bewusst zu machen sind.

Unsere Ergebnisse haben Bedeutung für die psychotherapeutische Behandlung, und zwar sowohl aus kognitiv-behavioraler Perspektive (Linehan, 1993) als auch aus der Perspektive der Psychodynamik (Lansky, 1987; Seidler, 2000). Unabhängig vom theoretischen Hintergrund gefährdet das Nicht-Erkennen von Scham in der Beziehung von Therapeut und Patientin und die zentrale Rolle der Scham im inneren Erleben der Patientin den Therapieerfolg. Unsere Ergebnisse unterstützen diese Erkenntnis. Es ist daher wichtig, psychotherapeutische Strategien mit Fokus auf expliziter und impliziter Scham zu entwickeln.

Es sind einige Kritikpunkte der Studie zu nennen. Da nur Frauen untersucht wurden, wurden mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede nicht untersucht. Da einige der Borderline-Patientinnen als Komorbidität eine soziale Phobie aufwiesen, könnten sich die Gruppenunterschiede verwischt haben. Dennoch ist eine hohe Komorbiditätsrate klinischer Alltag bei Borderline-Patientinnen, und spricht für die externe Validität dieser Studie. Die Ergebnisse der IAT-Messungen stellen nur relative Assoziationen dar. In zukünftigen Studien könnte es sinnvoll sein, mehrere verschiedene IATs durchzuführen, um beispielsweise die Assoziationen von Selbst zu Angst (relativ zu Ruhe) und Selbst zu Scham (relativ zu Stolz) näher zu untersuchen. Dies könnte helfen, Unklarheiten der Assoziationen von Selbst und Scham, relativ zu Selbst und Angst, zu beseitigen.

Kontrolliert werden sollte ebenfalls, ob ein stationäres oder ambulantes Umfeld eine Rolle spielt. Auch die Rolle von Scham bei der Häufigkeit von Selbstverletzungen und den Ausbrüchen von Wut und Feindseligkeit sollte noch näher untersucht werden, indem Subgruppen der Patientinnen verglichen werden. In unserer Studie verletzten sich nur vier der Borderline-Patientinnen nicht, was zu wenig ist, um eine statistisch relevante Aussage treffen zu können. Langzeitstudien könnten über Veränderungen der Scham und des impliziten Selbstkonzeptes informieren, da sich dieses im Verlauf der Therapie ändern kann. Teachman und Woody (2003) beispielsweise konnten signifikante Veränderungen von impliziten Assoziationen bei Patienten mit Spinnenphobie vor und nach Expositionstherapie feststellen.

Zusammenfassend ist unsere Studie der erste empirische Hinweis, dass Scham, sowohl implizit als auch explizit, eine prominente Rolle in der BPS spielt. Darüber hinaus wurden starke Korrelationen zwischen Scham und zentralen Problemen der Borderline-Patientinnen, wie niedriger Selbstwert, niedrige Lebensqualität und ausgeprägte Feindseligkeit demonstriert. Dies unterstützt die klinische Erfahrung von Scham als einer zentralen Emotion der BPS.

Literaturverzeichnis

- Beck, A., Freeman, A., Davis, D. (2004). Cognitive therapy of personality-disorders. *New York, Guildford Press.*
- Beck, A., Steer, R. (1987). Beck Depression Inventory-Manual. *San Antonio, Psychological Corporation.*
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. *Göttingen, Hogrefe-Verlag.*
- Bohus, M., Barthruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog, 4, 55-66.*
- Crowe M. (2004). Never good enough, part one: Shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 327-334.*
- Derogatis, L. (1977). SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. *Johns Hopkins University School of Medicine, Eigendruck.*
- Derogatis, L., Rickel, K., Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.*
- Draine, S., (2003). Inquisit, Version 1.33. *Seattle, Millisecond Software.*
- Egloff, B., Schmuckle, S. (2002) Predictive validity of an implicit association test for assessing anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology, 83(6), 1441-1455.*
- Ferring, D., Filipp, S. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica, 3, 284-292.*
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I), clinical version. *Washington D.C, American Psychiatric Press.*
- Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis, deutsche Version. *Weinheim, Beltz.*
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert and B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture. Oxford, University Press, 3-38.*
- Goldberg D., McDowell, I., Newell, C. (1987). Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. *New York, Oxford University Press, 139-150.*
- Greenwald, A., Franham, S. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-Concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 79(6), 1022-1038.*

- Greenwald, A., McGhee, D., Schwartz, J. (1998) Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480.
- Greenwald, A., Nosek, B., Banaji, M. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality & Social Psychology*. 85(2), 197-216.
- Gunderson, J., Kolb, J. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 135(7), 792-796.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23(1), 56-62.
- Harder, D., Zalma, A. (1990). Two Promising Shame and Guilt Scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3&4), 729-745.
- Hastings, M., Northman, L., Tangney, J. (2000). Shame, guilt and suicide, in *Suicide Science: Expanding the Boundaries*. Edited by Joiner T., Rudd M.. *New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers*, 67-79.
- Hautzinger, M., Bailer, M., (1993). Die allgemeine Depressionsskala. *Weinheim, Beltz*.
- Jacoby, M. (1991). Scham - Angst und Selbstwertgefühl: Ihre Bedeutung in der Psychotherapie. *Olten, Walter-Verlag*.
- Kaufman, G. (1980). Shame: The power of caring. *Rochester, Vermont, Schenkman Books*.
- Lansky, M. (1987). Shame in the family relationships of borderline patients, in *The Borderline Patient*, edited by Grotstein J., Solomon, M., Lang, J., Hillsdale, N..Vol.2. *New York, Analytic Press*, 187-199.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D. (1981) Das State-Trait-Angstinventar. *Weinheim, Beltz*.
- Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L.I., Lépine, J.P., Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Ackenheil, M., Stotz, G., Dietz-Bauer, R., Vossen, A. (1998) M.I.N.I. Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview, Deutsche Version 5.0.0, DSM-IV & ICD-10. *Paris, Hôpital de la Salpêtrière; Tampa, University of South Florida; München, Psychiatrische Universitätsklinik*.
- Lewis, H. (1971). Shame and guilt in neurosis. *New York, International Universities Press*.

- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1993). Cognitive behavior treatment of borderline personality disorder. *New York, Guildford Press*.
- Lester, D. (1997). The role of shame in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 352-361.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Reynolds, W. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 119-125.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Princeton, Princeton University Press*.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G., Bohus, M., Lieb, K., Corrigan, P. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 766-773.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, K., Jacob, G., Corrigan, P., Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
- Seidler, G. (2000). In other's eyes: An analysis of shame. *Madison, International Universities Press*.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L., Lépine, J., Janavs, J., Baker, R., Knapp, E., Sheehan, M., Ackenheil, M., Stotz, G., Dietz-Bauer, R. & Vossen, A. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. *Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press*.
- Spitzer, R., Endicott, J., Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry* 36(1), 17-24.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 7, 467-489.

- Stoker, M., Dunbar, G., Beaumont, G. (1992). The SmithKline Beecham “quality of life” scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of life Research*, 1, 385-395.
- Swan, S., Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders, and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 367-378.
- Tangney, J., (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(1), 102-111.
- Tangney, J., Dearing, R. (2002a) Shame, guilt and psychopathology, in Shame and Guilt. *New York, Guilford Press*, 112-129.
- Tangney, J., Dearing, R. (2002b). Shame into Anger? The special link between shame and interpersonal hostility, in Shame and Guilt. *New York, Guilford Press*, 90-111.
- Tangney, J., Dearing, R., Wagner, P., Gramzow, R. (2000). The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). *Fairfax, VA, George Mason University*.
- Tangney, J., Ferguson, T., Wagner, P., Crowley, S., Gramzow, R. (1996). The Test of Self-Conscious Affect-2 (TOSCA-2). *Fairfax, VA, George Mason University*.
- Teachman, B., Gregg, A., Woody, S. (2001). Implicit associations for spider-relevant stimuli among individuals with snake and spider fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 226-235.
- Teachman, B., Woody, S. (2003). Automatic processing in spider phobia: Implicit fear associations over the course of treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 100-109.
- Turner, J., Waugh, R. M. (2001). Feelings of Shame: Capturing the Emotion and Investigating Concomitant Experiences. *Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco*.
- Williams, B. (2000). Scham, Schuld und Notwendigkeit. *Berlin, Akademie Verlag*.