

**Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Univ. - Prof. Dr. med. Harald Jürgen Freyberger)
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität
Greifswald**

**Häufigkeit und Korrelate von
Persönlichkeitsstörungen in der stationären
Psychotherapie der Psychiatrie**

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Medizin
(Dr. med.)
der
Medizinischen Fakultät
der
Ernst-Moritz-Arndt Universität
Greifswald
2008

vorgelegt von:

Christian Sasse

geb. am 30. Oktober

1981

in Erfurt

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger

2. Gutachter: Prof. Dr. Burghard Andresen

Ort, Raum: Greifswald, Hörsaal Ellernholzstrasse

Tag der Disputation: 28.09.2009

1. Einleitung	1
1.1. DEFINITION UND KLINIK VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN.....	1
1.2. KLASSIFIKATIONSSYSTEME.....	2
1.2.1. ICD-10.....	2
1.2.2. DSM-IV.....	3
1.2.3. Gegenüberstellung ICD und DSM.....	4
1.3. CLUSTER.....	5
1.4. KOMORBIDITÄT DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN UNTEREINANDER.....	6
1.5. EPIDEMIOLOGIE VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN.....	11
1.5.1. Epidemiologie in der Allgemeinbevölkerung.....	11
1.5.2. Epidemiologie in klinischen Stichproben.....	11
1.6. SOZIODEMOGRAPHISCHE KORRELATE VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN.....	17
1.7. DEFINITIONEN FÜR DIE MIT PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN VERBUNDENE PSYCHOPATHOLOGIE.....	19
1.8. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIESE UNTERSUCHUNG UND HYPOTHESEN.....	22
2. Methodik	24
2.1. STUDIENDESIGN UND VORGEHEN.....	24
2.2. ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	25
2.2.1. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II)	25
2.2.2. Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R).....	25
2.2.3. Beck Depressions Inventar (BDI).....	26
2.2.4. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS).....	27
2.2.5. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D).....	27
2.2.6. Sense-of-Coherence-Fragebogen (SOC-29).....	29
2.2.7. Toronto-Alexithymie-Skala-20 (TAS-20).....	29
2.3. STATISTISCHE ANALYSE.....	30
3. Ergebnisse	31
3.1. SOZIODEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISIERUNG DER UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE.....	31
3.2. KLINISCHE CHARAKTERISIERUNG.....	35
3.3. PRÄVALENZ UND VERTEILUNG DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN NACH SKID-II.....	41

3.4. SOZIODEMOGRAPHIE UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	45
3.5. PSYCHOPATHOLOGIE, INTERPERSONELLE PROBLEME UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	49
3.6. ALEXITHYMIE, LEBENSORIENTIERUNG UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	52
4. Diskussion	56
4.1. REPRÄSENTATIVITÄT DER STICHPROBE	56
4.1.1. Geschlechterverhältnis und Partnersituation	56
4.1.2. Schulbildung	56
4.1.3. Berufsabschluss und Arbeitslosenrate	57
4.2. PRÄVALENZ DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	57
4.2.1. Vergleich mit anderen klinischen Populationen	57
4.2.2. Anzahl der Persönlichkeitsstörungen im Vergleich	62
4.2.3. Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen im Vergleich	63
4.2.4. Clusterverteilung der Persönlichkeitsstörungen	67
4.2.5. Divergenz zwischen SKID-II-Fragebogen und klinischer Diagnose ...	67
4.2.6. Reliabilität und Validität des SKID-II	70
4.3. PSYCHOPATHOLOGIE UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	72
4.3.1. SCL-90-R und Persönlichkeitsstörungen	72
4.3.2. BDI und Persönlichkeitsstörungen	73
4.3.3. FDS und Persönlichkeitsstörungen	75
4.3.4. IIP und Persönlichkeitsstörungen	76
4.3.5. SOC und Persönlichkeitsstörungen	77
4.3.6. TAS und Persönlichkeitsstörungen	78
4.4. METHODENKRITIK UND WEITERFÜHRENDE FORSCHUNG	79
5. Zusammenfassung	88
6. Literatur	90
Abkürzungsverzeichnis	107
Lebenslauf	109

1. Einleitung

1.1. Definition und Klinik von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen (im folgenden PS genannt) werden definiert als „andauerndes Verhaltens- und Erlebnismuster, das deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht“ (Pschyrembel 2007).

Einzelne Merkmale der Persönlichkeit haben extreme Ausprägung, was sich beispielsweise in stereotypen, unzweckmäßigen, charakteristischen Verhaltensmustern in bestimmten Situationen widerspiegelt. Zudem sind Denken, Fühlen, Wahrnehmen und die Beziehungsgestaltung in jeweils spezifischer Art und Weise im Vergleich zu einer „Durchschnittsnorm“ verändert (Dilling et al. 1993). Rimmel (2006) bezeichnet PS als überdauernde „gestörte Informationsprozesse“ des menschlichen Organismus bezüglich seiner Um- und Mitwelt. Damit betont er die körperliche Dimension der PS. Menschen mit PS sind unfähig, flexibel und adäquat auf Veränderungen und Anforderungen des Lebens zu reagieren, auf Stress antworten sie häufig mit nicht gesellschaftskonformen Reaktionen (Widiger und Rogers 1989).

Die Störungen beginnen meist in der späten Kindheit und finden ihren Höhepunkt häufig im frühen Erwachsenenalter. PS sind weitestgehend tief verwurzelt und stabil in vielfältigen Lebensbereichen, obwohl ab einem Alter von 40 Jahren ein leichter Rückgang der Symptome zu verzeichnen ist.

Sowohl die Betroffenen selbst als auch die Gesellschaft leiden unter den Störungen, wobei in den unterschiedlichen Kulturen die Akzeptanz der Abweichungen variiert. Maßgebend ist hier die Durchschnittsnorm und nicht die Wertennorm.

Abzugrenzen davon sind organische Persönlichkeitsveränderungen, die durch Krankheit, Hirnschädigung oder Verletzung zustande kommen (Huber 2005). Außerdem muss eine andere psychische Störung, die das abnorme Verhalten erklärt, ausgeschlossen sein. Die Abgrenzung zu den im späteren Leben erworbenen Persönlichkeitsänderungen fällt oft schwer, da es keine grundsätzlichen Unterschiede zum Normalen gibt. Obwohl manche PS Prädispositionen für Psychosen darstellen, sind sie von diesen grundsätzlich zu trennen. Eine psychologisch fundierte Theorie, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung der PS erklärt, fehlt bisher (Ritz-Schulte 2004).

Die obengenannten Definitionen entsprechen weitestgehend denen Kurt Schneiders aus dem Jahr 1923. Seine Psychopathiedefinition schließt alle Menschen ein, die in ihrer Persönlichkeit vom breiten Durchschnitt der Bevölkerung abweichen. Dabei leide die Gesellschaft oder der Persönlichkeitsgestörte selbst unter seiner Abnormalität. Schneiders elf Psychopathiedefinitionen sind die Grundlage für die heutigen Klassifikationssysteme (vgl. auch Tabelle 1.3.1.).

1.2. Klassifikationssysteme

In der modernen psychiatrischen Diagnostik dominieren zwei Klassifikationssysteme, die International Classification of Diseases (ICD-10) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

1.2.1. ICD-10

Die ICD wurde nach dem zweiten Weltkrieg durch Vereinheitlichungsbemühungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Die Komplexität psychiatrischer Erkrankungen kann durch die multiaxiale Klassifikation dieses Systems auf den insgesamt drei Achsen gut dargestellt werden. Entsprechend der zehnten Revision der ICD werden die psychiatrischen Diagnosen nach Ausfaltungsstrukturen geordnet.

Auf der ersten Achse befinden sich psychische Störungen und körperliche Erkrankungen aufgegliedert in:

- Ia psychische Störungen
- Ib Persönlichkeitsstörungen
- Ic Störungen durch psychotrope Substanzen
- Id körperliche Störungen

Somit können auf der ersten Achse alle wichtigen Haupt- und Zusatzdiagnosen abgebildet werden. Die psychischen Störungen von Achse I sind des Weiteren in insgesamt zehn Unterkategorien gegliedert, wobei die PS zusammen mit einigen anderen psychischen Störungen an sechster Stelle zu finden sind (F6).

Die zweite Achse beinhaltet die Beurteilung sozialer Funktionseinschränkung. Unterpunkte sind, ob die Person fähig ist für sich selbst zu sorgen, welchem Beruf sie nachgeht, die Situation in Familie, Haushalt und die Funktionsfähigkeit im weiteren sozialen Kontext, z.B. die Teilnahme an Freizeit- und sozialen

Aktivitäten. Diese Punkte werden zu einer Globaleinschätzung (Gesamtbeeinträchtigung) zusammengefasst.

Die dritte Achse umschließt in zehn Unterpunkten verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren, wie z.B. negative Erlebnisse in der Kindheit, Umweltbelastungen, soziale Umgebung oder Lebensbewältigung.

Es gilt das Komorbiditätsprinzip (Widiger et al. 1991). Das bedeutet, dass der Hauptdiagnose die größte Bedeutung zukommt, aber um eine exakte Beschreibung des Krankheitsbildes zu gewährleisten sollen so viele Nebendiagnosen gestellt werden wie erforderlich sind, um das klinische Bild vollständig zu beurteilen. Von den Betroffenen müssen die Störungen nicht als solche wahrgenommen werden.

Um die Diagnose PS zu vergeben wurden in der ICD-10 eine Reihe von Kriterien aufgestellt, von denen mindestens drei erfüllt sein sollten:

1. deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen
2. das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig
3. das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen Situationen eindeutig unpassend
4. die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter
5. die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden
6. die Störung ist mit einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit verbunden (Dilling et al. 1993; gekürzt).

1.2.2. DSM-IV

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) wurde in den 70er Jahren durch amerikanische Psychiater entwickelt. Ähnlich wie die ICD-10 stellt das DSM-IV ein multiaxiales System dar, wobei die Achse I sämtliche psychiatrischen Störungen außer den geistigen Behinderungen und den PS umfasst. Diese werden auf Achse II erfasst. Die Achse III umfasst Störungen körperlicher Natur, während Achse IV den Schweregrad psychosozialer

Belastungsfaktoren und Achse V die Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus abbilden.

PS werden als komplexe Störung zwischenmenschlicher Interaktion verstanden.

Auch im DSM-IV gibt es Leitlinien, die die Diagnose einer PS definieren:

1. Manifestation in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affekt, interpersonelle Beziehungen
2. unflexible und andauernde Erlebens- bzw. Verhaltensmuster in einem breiten Spektrum sozialer Situationen
3. klinische Beschwerden und beeinträchtigte Leistungsfähigkeit
4. stabiles und andauerndes Erlebens- und Verhaltensmuster, das auf die Jugend oder Kindheit zurückverfolgt werden kann
5. das Muster ist nicht Folge oder Merkmal einer anderen psychischen Störung
6. keine organische Ursache, nicht auf Substanzwirkung zurückzuführen (American Psychiatric Association 1994; gekürzt).

Nach dem DSM-IV ist es möglich bei einer Person mehrere PS zu diagnostizieren (Mehrfachdiagnose). Hier wird nach dem polythetischen Ansatz verfahren, d. h. nur ein Teil der Gesamtkriterien, die einer Wichtung unterliegen, muss zutreffen.

1.2.3. Gegenüberstellung ICD und DSM

Die diagnostischen Leitlinien des ICD-10 entsprechen in etwa den Kriterien des DSM-IV. Beiden ist die gründliche Untersuchung der PS auf Beständigkeit wichtig, somit sollten mehrere Interviews durchgeführt werden und auch Aussagen Bekannter und Verwandter geprüft werden. Die Diagnose darf nur gestellt werden, wenn der Betroffene sich nicht in einer Phase einer anderen psychiatrischen Störung befindet. In der ICD-10 ist die narzisstische PS nicht zu finden, die schizotypische PS wird zu Störungsgruppe F2 (Schizophrenie, schizotypische und wahnhafte Störung) gerechnet. Die emotional-instabile PS wird untergliedert in einen impulsiven Subtyp und einen Borderline-Typ.

Bis zur Einführung des DSM-III waren keine komorbiden Diagnosen erlaubt und erst seit der Einführung des ICD-10 sind die beiden Systeme weitgehend kongruent. Die Konkordanzraten liegen um die 90%. Die Verwendung des DSM statt der ICD hat im Allgemeinen höhere Prävalenzen zur Folge (Koner mann et al. 2006).

1.3. Cluster

Die PS lassen sich aufgrund von Ähnlichkeiten der Erscheinungsbilder in drei Hauptgruppen gliedern, die auch als Cluster bezeichnet werden.

Cluster A beinhaltet die paranoide, schizoide und schizotypische PS. Menschen mit diesen PS werden auch als sonderbar oder exzentrisch (Bronisch 1992) charakterisiert. Hier besteht eine konzeptuelle Nähe zu schizophrenen und wahnhaften Störungen (Fiedler 2001).

Cluster B enthält die histrionische, narzisstische, dissoziale/antisoziale und emotional instabile/Borderline-PS. Menschen mit diesem Typ PS werden als „dramatisch, emotional und launisch“ (Bronisch 1992) bezeichnet. Für sie ist eine gestörte Affektregulation bezeichnend.

In Cluster C finden sich die ängstlich (vermeidende)/selbstunsichere, abhängige/dependente und die anankastische/zwanghafte PS. Menschen dieser Gruppe haben oft Phobien als Nebendiagnose und können als angsterfüllt charakterisiert werden.

Die depressive und passiv-aggressive PS sind im DSM-IV unter der Kategorie „andere spezifische PS“ aufgeführt.

Tabelle 1.3.1. veranschaulicht die Clusterverteilung der einzelnen PS in den beiden Klassifikationssystemen.

Tabelle 1.3.1. Clusterverteilung und Typologien von PS

<i>Cluster</i>	<i>ICD-10</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>Kurt Schneider</i>
<i>A</i>	paranoide PS schizoide PS	paranoide PS schizoide PS schizotypische PS	
<i>B</i>	dissoziale PS emotional instabile PS -Borderline-Typ -impulsiver Typ histrionische PS	antisoziale PS Borderline-PS histrionische PS narzisstische PS	gemütslose und willenlose PS geltungsbedürftige PS fanatische PS
<i>C</i>	ängstliche PS abhängige PS anankastische PS	selbstunsichere PS dependente PS zwanghafte PS	selbstunsichere PS asthenische PS anankastische PS
<i>andere spezifische PS</i>		depressive PS passiv-aggressive PS	depressive PS hyperthyme PS stimmungslabile PS

1.4. Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen untereinander

Die einzelnen PS sind per Definition nicht eindeutig voneinander abgrenzbar. In einigen Fällen ist ein psychiatrisch Erkrankter nur von einer einzigen PS betroffen, meist lassen sich eine Reihe anderer PS feststellen. In einer Studie von Nurnberg et al. (1991) wurden 110 psychiatrische Patienten bezüglich dieser Problematik mit einem strukturierten Interview untersucht. Bei über der Hälfte der Persönlichkeitsgestörten wurde eine weitere PS festgestellt, insgesamt wurden an den Studienteilnehmern 154 PS diagnostiziert. Eine ähnliche Studie von Oldham et al. (1992) fand bei 100 psychiatrischen Patienten 290 Diagnosen einer PS, wobei nur elf Probanden eine einzige PS hatten.

Die PS mit den höchsten Komorbiditätsraten ist die paranoide PS. Bei über 75% der Erkrankten lassen sich noch weitere PS diagnostizieren. Am häufigsten ist hier die schizotypische PS (66,7%) zu finden, aber auch die narzisstische (38,7%), schizoide (34,4%), zwanghafte (33,3%) und passiv-aggressive PS (32,3%) zeigen hohe Komorbiditätsraten mit der paranoiden PS (Stuart et al. 1998). Bei Unsicherheiten, welche PS die vorherrschende ist, sollte das bis ins Wahnhafte übersteigerte Misstrauen der paranoiden Persönlichkeit als Differentialdiagnose gebraucht werden.

Die schizoide PS kommt häufig gemeinsam mit der schizotypischen (37,5%) und der paranoiden (46,9%) PS vor (Morey 1988), deshalb ist hier eine genaue Abgrenzung nötig, denn allen diesen PS ist eine soziale Isolation gemeinsam. Außerdem ist die selbstunsichere PS zu nennen, hier gibt es nach Morey (1988) eine Überschneidung von mehr als 50%.

Die schizotypische PS wird oft gemeinsam mit der Borderline-PS diagnostiziert. Mc Glashan (1987) stellte die Diagnose beider PS in 16,5% der Fälle. Bei Widiger et al. (1986a) fanden sich diese beiden PS sogar in 52,5% der Fälle gleichzeitig. In beiden Studien wurde eine Abgrenzung nur durch diagnostische Kriterien, wie z.B. Kommunikations- und Denkinhalte, erreicht. In weniger als 50% der Fälle ist eine eindeutige Zuordnung möglich (Khouri et al. 1980), da sich die Diagnosekriterien zwischen schizotypischer und Borderline-PS zum Teil überlappen. Auch bei der selbstunsicheren und paranoiden PS ist eine Abgrenzung zu der schizotypischen PS aufgrund der ähnlichen Kriterien schwierig. Hier fand Morey (1988) in 53% der Fälle eine Doppeldiagnose.

Die antisoziale PS überlappt besonders mit den anderen PS des Clusters B. In einer Studie von Widinger und Rogers (1989) konnte nachgewiesen werden, dass über 80% der dissozialen Patienten an einer weiteren PS erkrankt waren, wobei die Borderline-PS (26%), narzisstische (16%) und histrionische (15%) PS am häufigsten vertreten waren. Es ist darauf hinzuweisen, dass delinquentes Verhalten auch ein Merkmal der Borderline-PS ist. In einer Arbeit von Pfohl et al. (1986) hatten 14% der Borderline-Patienten auch eine antisoziale PS.

Dramatisierende Präsentation ist eine Gemeinsamkeit von antisozialer und histrionischer PS. Eine Ähnlichkeit mit der narzisstischen PS besteht im Mangel an Empathie, Unberechenbarkeit und in der Tendenz zur Ausnutzung der Mitmenschen. Allerdings konnte von Blashfield und Breen (1989) dargestellt werden, dass nur 56% der DSM-III-Kriterien für die antisoziale PS von den Beurteilern exakt zugeordnet werden konnten. Demnach mangelt es der Definition dieser PS an Spezifität und Validität.

Bei der Borderline-PS gibt es ein breites Spektrum an komorbiden Diagnosen mit fast allen anderen PS. In einer Zusammenstellung von Studien von Widiger und Trull (1993) stehen hier besonders die schizotypische, antisoziale, histrionische, narzisstische, selbstunsichere und dependente PS im Vordergrund.

Die Borderline-PS wird häufig gemeinsam mit der narzisstischen PS diagnostiziert. Letztere ist von der Borderline-PS dadurch abzugrenzen, dass sie weniger impulsives und emotionales Verhalten beinhaltet. Auch die Abgrenzung zur histrionischen PS ist schwierig. Die Erkrankten zeigen hier eine stabilere Persönlichkeitsstruktur, Identitätsstörungen sind seltener. In einer Studie von Pfohl et al. (1986) erhielten über 60% der Patienten beide Diagnosen.

In einer Studie von Zanarini et al. (1998) fand sich eine ausgeprägte Überlappung der Borderline-PS mit paranoider, narzisstischer und passiv-aggressiver PS.

Die histrionische PS hat mit der dissozialen PS deviante Verhaltensmuster gemeinsam, die bei letzterer dominieren. Widinger und Rogers (1989) fanden diese beiden PS in 16% der Fälle gemeinsam vor. Morey (1988) konnte bei über 50% der histrionischen Probanden auch eine Borderline- oder narzisstische PS finden, in über 30% der Fälle hatten die Patienten mit histrionischer PS auch eine dependente PS. Ein Kriterium der Unterscheidung bezüglich histrionischer und dependenter PS ist, dass Patienten mit letzterer in geringerem Maß Aufmerksamkeit fordern und wenig theatralisches Verhalten zeigen.

Die narzisstische PS zeigt eine große Breite an Komorbidität zu den anderen PS. Hier sind als erstes die PS in Cluster B zu nennen. Die narzisstische PS ist stark mit der Borderline-PS vergesellschaftet. Sie treten in 46,9% der Fälle gemeinsam auf (Morey 1988). Die Betroffenen beider PS sind sehr sensibel gegenüber Kritik

und Ablehnung und reagieren mit Zorn und selbstschädigenden Handlungen (Gunderson 2000). Die Kennzeichen für die Diagnose einer narzisstischen PS sind zum Teil in Definitionen anderer PS wieder zu finden. Das trifft nach Morey (1988) besonders auf die histrionische PS (53,1% Komorbidität) und die antisoziale PS (15,6% Komorbidität) zu. Auch eine Abgrenzung zur zwanghaften PS ist nicht immer einfach, da Betroffene auch hier zu Perfektionismus und Elitedenken neigen. Die nicht vorhandene Anlage zur Selbstkritik bei der narzisstischen Persönlichkeit ist in der Differentialdiagnose hilfreich. In der oben genannten Studie von Blashfield und Breen (1989) konnte nachgewiesen werden, dass nur 69% der DSM-III-Kriterien dieser PS durch die Beurteiler korrekt zugeordnet werden konnten. Dies erklärt zum Teil auch die beträchtliche Überlappung mit anderen PS.

Die selbstunsichere PS wird am häufigsten gemeinsam mit der paranoiden, der schizoiden, der dependenten und der schizotypischen PS diagnostiziert. In einer Arbeit von Morey (1988) steht besonders die Borderline- (44,3%) und die dependente (40,5%) PS im Vordergrund. Reich und Noyes (1986) stellten bei den diagnostischen Kriterien eine beachtliche Überschneidung zur schizoiden PS fest. Beide PS sind durch fehlende enge Beziehungen gekennzeichnet (Beck und Freeman 1993). Hier gilt die interpersonelle Angst der selbstunsicheren Persönlichkeiten als bedeutendstes Unterscheidungskriterium zur Feststellung der vorherrschenden PS (Benjamin 1993).

Da Abhängigkeit ein Merkmal vieler PS darstellt, ist die Differentialdiagnose der dependenten PS zu anderen PS schwierig. Das trifft nach Morey (1988) besonders für die selbstunsichere (49,2%) und Borderline-PS (50,8), aber auch für die passiv-aggressive PS zu. Bei letzterer wurde von Spitzer et al. (1989) eine Komorbidität von 51% zu der abhängigen PS herausgestellt. Hier gilt es zu erkennen, ob die Abhängigkeit das zentrale Merkmal oder lediglich ein Nebenkriterium der Persönlichkeitsstruktur darstellt. Dies bezieht sich insbesondere auf die selbstunsichere, histrionische, schizotypische und paranoide PS.

Gemeinsam mit der zwanghaften PS tritt am häufigsten die paranoide (39,4%), selbstunsichere (35,0%), die narzisstische PS (32,3%), die passiv-aggressive (32,3%) und die dependente PS (30,8%) auf (Stuart et al. 1998). Differenzialdiagnostisch muss hier auf übermäßige Normorientierung der zwanghaften Persönlichkeit auf beruflicher und privater Ebene geachtet werden.

Tabelle 1.4.1. gibt einen Überblick über die Häufigkeiten, wobei die PS in den Spalten als Hauptdiagnose und die PS in den Zeilen als komorbide Nebendiagnose gelten.

Die Komorbidität schwankt je nachdem welches Untersuchungsinstrument man benutzt. So ist bei klinischen Diagnosen eine niedrigere Rate der Zusatzdiagnosen als bei strukturierten Interviews zu verzeichnen (Koneremann et al. 2006). In einer Studie von Alnaes und Torgersen (1988b) wurden in einer psychiatrischen Ambulanz durch strukturierte Interviews PS erfasst. Hier zeigte sich für alle PS beinahe vollständig keine Spezifität der Komorbidität.

Tabelle 1.4.1. Häufigkeiten der Komorbidität der PS untereinander

	<i>PN</i>	<i>SZ</i>	<i>ST</i>	<i>AS</i>	<i>BL</i>	<i>HS</i>	<i>NZ</i>	<i>SU</i>	<i>DP</i>	<i>ZW</i>	<i>PA</i>
<i>PN paranoid</i>	⊠	++	+++	+	+++	+	++	++	+	++	+
<i>SZ schizoid</i>	+++	⊠	+++	+	+	+	+	++	+	++	+
<i>ST schizotypisch</i>	+++	+++	⊠	+	++	+	++	++		++	
<i>AS antisozial</i>	++	+	+	⊠	+++	++	++	+	+		++
<i>BL Borderline</i>	+++	++	++	++	⊠	++	++	+++	+++	+	+
<i>HS histrionisch</i>	+	+	+	++	+++	⊠	+++	+	++	+	++
<i>NZ narzisstisch</i>	++	+	+	++	++	+++	⊠	+	+	++	+
<i>SU selbstunsicher</i>	++	++	+++	+	+++	+	+	⊠	+++	++	++
<i>DP dependent</i>	+	+		+	+++	++	+	+++	⊠	++	++
<i>ZW zwanghaft</i>	++	+	+		+	+	++	+	+	⊠	++
<i>PS passiv-aggressiv</i>	++	+		++	++	+	+	+	++	++	⊠

(+++ → sehr häufig vorkommend, ++ → häufig vorkommend, + → gelegentlich vorkommend, kein Kreuz → selten vorkommend)

1.5. Epidemiologie von Persönlichkeitsstörungen

1.5.1. Epidemiologie in der Allgemeinbevölkerung

Die Angaben zur Häufigkeit schwanken sehr je nach untersuchter Population, Klassifikationssystem und Erhebungsmethode. Differenzierte Darstellungen über die Prävalenz einzelner PS sind meist erst nach Einführung des DSM-III 1980 und in Folge der danach zunehmenden Verfügbarkeit standardisierter Erhebungsverfahren veröffentlicht worden. Die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden führen über die Studien hinweg zu divergierenden Prävalenzraten. Ähnlich der Komorbiditätsdiagnostik ist bei klinischen Diagnosen meist eine niedrigere Prävalenz als in strukturierten Interviews zu verzeichnen (Koner mann et al. 2006). Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen fünf und 13% (Renneberg und Fydrich, 2003). Nach Hautzinger (1993) haben ca. zehn bis 20% der Bevölkerung eine PS.

Eine der größten Studien zu diesem Thema in Deutschland wurde von Maier et al. (1992) in der Rhein-Main-Region durchgeführt. Hierzu wurden im Rahmen einer Familienstudie zufällig 109 Probanden ausgewählt und gemeinsam mit mindestens einem Verwandten ersten Grades und Freunden zu Hause oder im Krankenhaus mit dem SKID-II getestet. Von den insgesamt 452 Studienteilnehmern hatten zehn Prozent mindestens eine PS.

Bestätigt wird diese Zahl durch Studien von Reich et al. (1989), die in den USA 235 Personen mit dem Personality Disorders Questionnaire (PDQ) untersuchten. Hier wurde zufällig ausgewählten Personen im Umkreis von Iowa City per Post ein Fragebogen zugeschickt. Es konnte eine Prävalenz von 11,1% nach DSM-III festgestellt werden. Bronisch (1992) spricht von einer Häufigkeit von ca. zehn bis 20% in der Allgemeinbevölkerung.

1.5.2. Epidemiologie in klinischen Stichproben

In klinischen Populationen ist der Anteil von PS erwartungsgemäß deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Bei 30-40% psychiatrischer Poliklinikpatienten und 40-50% der stationären Patienten in der Psychiatrie sind die Kriterien einer PS erfüllt (Casey 1989).

Kass et al. (1985) beschreiben eine Prävalenz von 51%. Sie untersuchten 609 ambulante psychiatrische Patienten mit Hilfe einer Vierpunkteskala, wobei Grad vier als eine PS nach DSM-III definiert war.

In zwei psychiatrischen Kliniken in Oslo wurde von Dahl (1986) innerhalb eines Jahres mit 231 Patienten ein klinisches Interview durchgeführt. Nach den Kriterien des DSM-III erhielten 44,6% der Probanden die Diagnose einer PS.

Alnaes und Torgersen (1988a) untersuchten 298 ambulante psychiatrische Patienten der Osloer Universitätsklinik mit dem Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP) und fanden dabei eine Prävalenz für PS von 81%.

In einer Studie von Reich et al. (1989) wurde eine Gruppe von 82 neu aufgenommenen ambulanten Patienten einer psychiatrischen Klinik getestet. Hier hatten bei Verwendung des Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) 67,1% der Probanden eine PS. Die oben genannten Arbeiten sind in Tabelle 1.5.1. zusammengestellt.

Tabelle 1.5.1. Prävalenz (in Prozent) der PS in klinischen Stichproben nach DSM-III

	<i>Kass et al.</i> (1985)	<i>Dahl</i> (1986)	<i>Alnaes und Torgersen</i> (1988a)	<i>Reich et al.</i> (1989)
<i>Stichprobengröße</i>	609	231	298	82
<i>Art der Stichprobe</i>	ambulante psychiatr. Patienten	stationäre psychiatr. Patienten	ambulante psychiatr. Patienten	ambulante psychiatr. Patienten
<i>Erhebungsmethodik</i>	Vierpunkte- skala	klinisches Interview	SIDP	PDQ
<i>paranoid</i>	5	5,0	5	1,3
<i>schizoid</i>	1	2,7	2	4,0
<i>schizotypisch</i>	4	22,0	6	30,3
<i>antisozial</i>	2	18,2	0	5,3
<i>Borderline</i>	11	20,3	15	30,3
<i>histrionisch</i>	6	19,6	14	27,6
<i>narzisstisch</i>	3	1,6	5	0,0
<i>selbstunsicher</i>	5	9,1	55	15,8
<i>dependent</i>	8	2,1	47	43,4
<i>zwanghaft</i>	2	0,5	20	26,3
<i>passiv-aggressiv</i>	2	1,6	10	4,0
<i>kombiniert</i>	-	2,1	-	-
<i>gesamt</i>	51	44,6	81	67,1

Morey (1988) bezog in eine Studie 291 psychiatrische Patienten mit PS ein, um die innere Konsistenz von DSM-III und dessen Revision DSM-III-R zu prüfen. Im klinischen Interview erhielten 77,7% der Patienten die Diagnose einer PS. Er konnte nachweisen, dass der DSM-III-R eine breitere Diagnostik von PS ermöglicht ohne die Reliabilität des Testes zu senken.

Mit 100 Anwärtern auf einen längeren Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik führten Oldham et al. (1992) ihre Arbeit durch. Die Probanden wurden mit dem SKID-II untersucht, wobei sich eine Prävalenz von 86% für PS ergab.

Anschließend wurden sie auch mit dem Personality Disorder Questionnaire getestet. Hiernach waren 74% persönlichkeitsgestört.

Eine große Studie zur Prävalenz wurde von Loranger et al. (1994) durchgeführt. Von 716 anhand der International Personality Disorder Examination (IPDE) befragten stationären psychiatrischen Patienten erfüllten 39,5% die Kriterien von mindestens einer PS nach ICD-10. Nach DSM-III-R waren es sogar 51,1%, was darauf zurückzuführen ist, dass in diesem Klassifikationssystem weitere fünf Kategorien aufgeführt sind.

In einer Studie von Fydrich und Schmitz (1994) erhielten 27,1% der 435 Untersuchten die Zusatzdiagnose einer PS. Probanden waren hier Patienten aus deutschen psychosomatischen Fachkliniken, die anhand des SKID-II untersucht wurden.

Die größte und repräsentativste deutsche Arbeit stammt von Konermann et al. (2006). Hier wurden 49984 Patienten verschiedener psychosomatischer Kliniken erfasst. Mindestens eine PS konnte bei 26,1% festgestellt werden. In einer ähnlichen Studie von Tritt et al. (2006) hatten von 18411 Patienten aus psychosomatischen Kliniken 26,6% eine PS. Die Diagnose erfolgte in beiden Fällen mittels klinischer Interviews der Behandler nach den Leitlinien der ICD-10.

In forensisch-psychiatrischen Kliniken ist sogar von einer Häufigkeit von bis zu 80% auszugehen (Merikangas und Weismann 1986).

In einer Arbeit von Mulder et al. (1999) hatten von 256 stationären Patienten anhand des SKID-II 52% mindestens eine PS.

Für die Prävalenzen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen sind in den verschiedenen Studien durch die Veränderung der diagnostischen Kriterien beträchtliche Unterschiede aufzufinden. Eine Zusammenstellung findet sich in den Tabellen 1.5.2. bis 1.5.4. gegliedert in DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10.

Tabelle 1.5.2. Prävalenz (in Prozent) der PS in klinischen Stichproben nach DSM-III-R

	<i>Morey (1988)</i>	<i>Oldham et al. (1992)</i>	<i>Oldham et al. (1992)</i>	<i>Loranger et al. (1994)</i>
<i>Stichprobengröße</i>	291	100	100	716
<i>Art der Stichprobe</i>	ambulante psychiatr. Patienten	Anwärter auf einen psychiatrischen Klinikaufenthalt		stationäre psychiatr. Patienten
<i>Erhebungsmethodik</i>	klinisches Interview	SKID-II	PDE	IPDE
<i>paranoid</i>	22,0	35	15	5,9
<i>schizoid</i>	11,1	12	1	2,8
<i>schizotypisch</i>	9,3	18	19	3,5
<i>antisozial</i>	6,2	7	9	6,4
<i>Borderline</i>	33,3	62	64	14,5
<i>histrionisch</i>	21,6	25	17	7,1
<i>narzisstisch</i>	22,0	17	20	1,3
<i>selbstunsicher</i>	27,1	50	40	11,0
<i>dependent</i>	22,3	33	34	4,5
<i>zwanghaft</i>	7,9	18	22	3,1
<i>passiv-aggressiv</i>	12,4	13	8	5,0
<i>kombiniert</i>	22,3	-	-	-
<i>gesamt</i>	77,7	86	74	51,1

Tabelle 1.5.3. Prävalenz (in Prozent) der PS in klinischen Stichproben nach DSM-IV

	<i>Fydrich und Schmitz (1994) DSM-IV</i>	<i>DSM-IV (1998)</i>
<i>Stichprobengröße</i>	435	
<i>Art der Stichprobe</i>	stationäre psychosomat. Patienten	
<i>Erhebungsmethodik</i>	SKID-II	
<i>schizotypisch</i>	1,1	-
<i>antisozial</i>	0,2	3-30
<i>Borderline</i>	3,0	ambulant 10; stationär 20
<i>histrionisch</i>	1,6	-
<i>narzisstisch</i>	0,2	2-16
<i>selbstunsicher</i>	16,3	10
<i>dependent</i>	8,7	sehr häufig
<i>zwanghaft</i>	4,4	3-10
<i>passiv-aggressiv</i>	0,2	-
<i>gesamt</i>	27,1	-

Tabelle 1.5.4. Prävalenz (in Prozent) der PS in klinischen Stichproben nach ICD-10

	<i>Loranger et al. (1994)</i>	<i>Konermann et al. (2006)</i>	<i>Tritt et al. (2006)</i>
<i>Stichprobengröße</i>	716	49984	18411
<i>Art der Stichprobe</i>	stationäre psychiatr. Patienten	stationäre psychosomat. Patienten	
<i>Erhebungsmethodik</i>	IPDE	klinisches Interview	
<i>paranoid</i>	2,4	0,4	1,8
<i>schizoid</i>	1,8	0,6	1,3
<i>schizotypisch</i>	-	0,2	1,0
<i>antisozial</i>	3,2	0,1	0,3
<i>Borderline</i>	14,9	5,6	24,2
<i>histrionisch</i>	4,3	1,3	5,1
<i>selbstunsicher</i>	15,2	3,0	10,3
<i>dependent</i>	4,6	3,5	14,2
<i>zwanghaft</i>	3,6	0,9	2,9
<i>kombiniert</i>	-	-	16,4
<i>gesamt</i>	39,5	26,1	26,6

1.6. Soziodemographische Korrelate von Persönlichkeitsstörungen

Die Geschlechterverteilung bezogen auf alle PS ist annähernd gleich. In einer Studie von Maier et al. (1992) waren ca. 9,6% der Männer und 10,3% der Frauen persönlichkeitsgestört. Bei den spezifischen Störungen ergeben sich jedoch beträchtliche Unterschiede. In dieser Studie von Maier und Kollegen wurde beschrieben, dass signifikant mehr Frauen an der dependenten, histrionischen und Borderline-PS erkranken. Die zwanghafte, schizotypische und antisoziale PS wird eher bei Männern gefunden. Fast 3/4 aller Borderline-Erkrankten sind Frauen (Swartz et al. 1990).

Im Alter ist eine Tendenz der Abnahme der Symptome zu erkennen. In der oben genannten Studie von Maier et al. (1992) waren Persönlichkeitsgestörte vorwiegend jüngere Menschen. Ausnahmen waren die zwanghafte und paranoide PS. Diese Aussage wird von Zimmermann und Coryell (1989) unterstrichen: sie

fanden bei allen PS, außer der schizoiden Störung, signifikant jüngere Probanden als in der Vergleichsgruppe ohne PS.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung gibt es bei Persönlichkeitsgestörten mehr Unverheiratete und eine höhere Scheidungsrate. Dieser Trend wird durch eine Studie von Zimmermann und Coryell (1989) erhärtet. Hier hatten mehr als doppelt soviel Probanden mit PS Scheidung und Trennung in ihrem Lebenslauf als in der Vergleichsgruppe. Alle einst verheirateten Borderline-Persönlichkeitsgestörten waren getrennt oder geschieden. Diese Auffälligkeit traf auch auf die Mehrzahl der abhängigen (78,6%) und antisozialen (70,0%) Probanden zu. Die Studie von Reich et al. (1989) unterstreicht diese Ergebnisse. Eheschwierigkeiten gab es bei 29% der Persönlichkeitsgestörten, in der Vergleichsgruppe waren es nur 3,5%. Jedoch konnten Rees et al. (1997) bei 41 Probanden mit PS und einer Vergleichsgruppe von 143 Personen keinen Unterschied im Beziehungsstatus feststellen.

Kass et al. (1985) trafen bei ihren Probanden mit PS vorwiegend auf schwächere soziale Schichten. Außerdem ist Alkoholabhängigkeit (19% bzw. 0,6%) unter Persönlichkeitsgestörten häufiger zu finden (Reich et al. 1989). Des Weiteren treten PS häufiger in der Stadtbevölkerung als in ländlichen Bevölkerungsgruppen auf (Merikangas und Weissmann 1986).

Auch in einer Studie von Konermann et al. (2006) wurden soziodemographische Faktoren erfasst. Unter den Probanden mit PS (n = 13044) waren 34,4% Männer und 65,6% Frauen. Durchschnittlich waren die Persönlichkeitsgestörten 39,5 Jahre alt, der Anteil der über 60-jährigen blieb unter 5%. Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer mit PS lebten in festen Partnerschaften, der Rest hatte entweder wechselnde Partner oder war ledig. Je knapp ein Drittel dieser Patienten erreichten einen Hauptschul- bzw. einen Realschulabschluss. Es hatten 33,1% das Abitur bestanden.

Über die Hälfte der Probanden mit PS absolvierten eine Fachschule oder Lehre, 1/5 hatte die Universität oder Fachhochschule besucht, ohne Abschluss blieben 14,2% der Studienteilnehmer (Konermann et al. 2006).

Unter den Persönlichkeitsgestörten ist die Rate an Arbeitslosen signifikant höher als in der Normalbevölkerung. Reich et al. (1989) ermittelten bei Probanden mit PS eine Arbeitslosenrate von 23% (mehr als sechs Monate bezogen auf fünf Jahre), in der Vergleichsgruppe waren es 9%.

1.7. Definitionen für die mit Persönlichkeitsstörungen verbundene Psychopathologie

In diesem Abschnitt werden die mit PS gemeinsam vorkommenden Diagnosen und die Grundlagen der dafür entwickelten Untersuchungsmethoden vorgestellt.

PS treten in vergleichsweise hohem Maß gleichzeitig mit Achse-I-Störungen auf. Das ist ein Hinweis darauf, dass zumindest einige der Erkrankungen sehr stark miteinander verwandt sind (Schmitz et al. 1996). Überdurchschnittlich häufig werden PS bei Patienten mit Angststörungen vorgefunden, Schmitz et al. (1996) sprechen von 56%. Besonders oft sind hier Menschen mit PS aus Cluster A oder B zu finden (Gude und Vaglum 2001). Weiterhin haben 58% der Patienten mit Essstörungen eine PS (Schmitz et al. 1996), hier finden sich nach Gude und Vaglum (2001) vermehrt PS des Clusters B.

Unter diesen Gesichtspunkten soll auch der Zusammenhang von PS und Depressionen in unserer Arbeit näher beleuchtet werden. Diese sind Störungen der Affektivität mit depressiven Episoden (Pschyrembel 2007). Die Symptome reichen von Angst, Antriebsschwäche, Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, vegetativen Störungen bis zu Suizidalität. Neben genetischen und neurobiochemischen Ursachen können auch bestimmte Lebenssituationen auslösend sein. Corruble et al. (1996) schätzen, dass 50-85% der ambulanten Patienten mit einer Major-Depression eine dazu in Zusammenhang stehende PS haben.

Haben Menschen mit PS weitere psychiatrische Nebendiagnosen so hat sich in vielen Studien bestätigt, dass der Therapieerfolg um einiges schlechter ist als bei Patienten ohne PS. In einer Studie von Hardy et al. (1995) konnte nachgewiesen werden, dass Probanden mit PS und Depressionen signifikant längere Krankheitszeiten hatten als eine Vergleichsgruppe von depressiven Patienten ohne PS.

PS und Depression wurden von Shea et al. (1992) zu 23-78% gemeinsam diagnostiziert. In einer Studie von Rees et al. (1997) wurden depressive

Symptome von Probanden mit Cluster C PS anhand des Beck Depressions Inventar untersucht. Hier zeigten sich signifikante Korrelationen zur selbstunsicheren und dependenten PS. Weiterhin ist die Komorbidität der Borderline-PS mit affektiven Störungen häufig (Hartkamp et al. 2002). Frances und Katz (1986) konnten außerdem bei histrionischen Probanden beträchtliche dysthyme Störungen diagnostizieren.

Unter Dissoziation versteht man die Spaltung der normalerweise integrierten Funktion des Bewusstseins, der Identität, des Gedächtnisses und der Wahrnehmung sowie verschiedener neurophysiologischer Systeme wie Sensorik und Motorik. Der zusammengehörige psychische Vorgang zerfällt in einzelne Teile (Tölle 1999). Die Symptome sind vielfältig. Möglich ist eine autobiographische Amnesie, das heißt, die betroffene Person kann sich an Teile eines Erlebnisses nicht mehr erinnern. Auch Derealisation und Depersonalisation treten auf. Unter Derealisation versteht man, dass Wahrnehmungen unwirklich, fremd und in die Ferne gerückt erscheinen (Huber 2005). Depersonalisation bedeutet Entfremdung gegenüber den eigenen Handlungen, Emotionen und Vorstellungen. Die dissoziative Identitätsstörung steht der histrionischen PS sehr nahe (Weber und Rammsayer 2005).

Ein weiteres wichtiges Syndrom der Dissoziation ist die Konversion. Sie wird definiert als Umwandlung eines verdrängten seelischen Konfliktes in eine körperliche Symptomatik (Tölle 1999). Auch hier sollen eventuelle Verknüpfungen zu den PS untersucht werden. Zanarini et al. (2000) konnten besonders für die Borderline-PS, aber auch für die übrigen PS erhöhte Werte dissoziativer Symptome nachweisen.

Das interpersonelle Modell ist die theoretische Grundlage für das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). Hier werden positive und negative Komponenten einer Verhaltensweise auf einer zweidimensionalen Achse im Raum beschrieben. Eine Dimension, Fürsorge, umfasst z.B. das Spektrum von extrem feindseligen bis zu ausgesprochen liebevollen Verhalten. Dabei geht es hauptsächlich darum, die Beziehungsmuster zu beschreiben und empirisch zu erfassen. Dieses System wird besonders in der Eingangs- und Verlaufsdiagnostik

der Psychotherapie angewandt und dient zur Validitätsprüfung anderer Methoden, besonders von Persönlichkeitsdiagnostika.

Grundlage des IIP ist die „interpersonelle Theorie“, die die Beziehungsproblematik und -störung in der situativen Interaktion als Mittelpunkt hat (Dammann 2004). Sullivan (1953), ein Mitbegründer dieser Theorie, betont die Beziehung und deren Auswirkung auf die Entwicklung des Selbst-Systems. Beziehungen können demnach entweder durch Auflösung von Angst zu einer Bedürfnisbefriedigung oder zu Vergrößerung von Angst und zum Verlust interpersoneller Sicherheit führen. Durch Letzteres wird die Qualität interpersoneller Interaktion vermindert (Fiedler 2001).

Psychosozialen und soziodemographischen Variablen wie Familienstand, familiäre Situation und Paarbeziehung, die die Beziehungsmuster und die Beziehungsgestaltung widerspiegeln, werden bei der Entstehung von PS eine große Bedeutung beigemessen (Walter und Dammann 2006). Das IIP kommt hier zur Anwendung, um den Beziehungsaspekt in Bezug auf PS näher zu erforschen.

Der Zusammenhang zwischen PS und der generellen Lebensorientierung kann anhand der Salutogenesetheorie von Antonovsky (1997) untersucht werden. Hier geht es um die Frage, was Menschen trotz Belastungen gesund erhält bzw. wieder gesund werden lässt (Hannöver et al. 2004). Das Konzept des Kohärenzgefühls steht im Salutogenesemodell im Vordergrund. Es kann erklärt werden als „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Antonovsky 1979). Die individuellen Ressourcen für den gesundheitsförderlichen Umgang mit Stressoren sowie die Aktivierung generalisierter Widerstandsressourcen werden beschrieben. Die Eignung dieses Modells zur Diagnostik von PS ist noch in der Untersuchung. Ob hier Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne PS existieren, soll in den nächsten Kapiteln näher beleuchtet werden. Persönlichkeitsgestörte haben an vielen Stellen kein adäquates Selbstwertgefühl. Die Gründe dafür stehen oft in familiärem, sozialem aber auch in hereditärem Zusammenhang. Somit bleibt hier

zu erforschen inwieweit sich das fehlende Selbstvertrauen, das einige PS charakterisiert, durch dieses Konstrukt beschreiben lässt.

Das Konstrukt Alexithymie wird definiert als „Unvermögen, Gefühle hinreichend wahrzunehmen, zu beschreiben und von körperlichen Folgen einer Belastungssituation zu unterscheiden“ (Pschyrembel 2007). Es bestehen enge Zusammenhänge zu Somatisierungsstörungen und chronischen Schmerzen (Gündel 2005). Die Entstehung wird durch eine gering ausgeprägte oder fehlende Mutter-Kind-Beziehung erklärt. Durch negative zwischenmenschliche Erfahrungen werden Emotionen als Angst und Bedrohung wahrgenommen und deshalb gemieden. Demzufolge bleiben Spannungsgefühle und Missemphindungen zurück. Häufig steht eine ausgeprägte Überforderung in zeitlichem Zusammenhang. Das Phänomen wird von Ruesch (1948) auch als „infantile Persönlichkeit“ bezeichnet. Die Persönlichkeitsstruktur eines Alexithymen bezeichnet Gündel (2005) als „emotionales Analphabetentum“. Deshalb bietet sich eine Untersuchung des Konstruktes in Bezug auf PS an. Es stellt sich die Frage, inwieweit die hier beschriebenen Defizite von Menschen mit Alexithymie auch zur Entstehung von PS beitragen.

1.8. Schlussfolgerungen für diese Untersuchung und Hypothesen

Es kann festgestellt werden, dass es sich bei PS um äußerst komplexe Krankheitsbilder handelt, deren Epidemiologie und soziodemographische Parameter noch nicht ausreichend erforscht sind. Auch die Psychopathologie im Vergleich zwischen persönlichkeitsgestörten und nicht persönlichkeitsgestörten psychiatrischen Patienten lässt noch viele Fragen offen.

Mit dem Ziel jenes Gebiet näher zu beleuchten, wurden in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Stralsund Patienten mit vorwiegend affektiven Störungen untersucht, um besonders in folgenden Punkten mehr Klarheit zu gewinnen:

1. In welchen Bereichen unterscheiden sich die soziodemographischen Merkmale der Persönlichkeitsgestörten signifikant von den Patienten ohne PS?
2. Wie hoch ist die Prävalenz von PS in unserer Untersuchungsstichprobe? Wie unterscheiden sich die Prävalenzen für PS bei Anwendung verschiedener

Untersuchungsmethoden? Sind unsere Werte mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar?

3. In welchem Maß werden mehrere PS pro Patient diagnostiziert? Wie unterscheiden sich die ermittelten Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungsinstrumente?
4. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Beeinträchtigung, die durch die SCL-90 erfasst wird und dem generellen Vorkommen von PS? Welchen Skalen kommt hier besondere Bedeutung zu?

Lassen sich anhand der BDI Assoziationen zwischen Depressivität und PS nachweisen?

In wie weit lassen dissoziative Symptome, gemessen anhand des FDS, Rückschlüsse auf PS zu?

Inwieweit sind durch das IIP diagnostizierte pathologische Beziehungsmuster charakteristisch für PS?

Beinhalten PS Abweichungen in der generellen Lebensorientierung und ist dies auf dem Gesamtscore und den Subskalen des SOC-Fragebogens ersichtlich?

Kann anhand der TAS ein Zusammenhang zwischen PS und Alexithymie aufgezeigt werden?

Inwieweit könnten die mit den verschiedenen Erhebungsinstrumenten gewonnenen pathologische Ergebnisse auf PS hinweisen?

5. Korrelieren die klinischen Diagnosen für PS mit den Ergebnissen der Untersuchungsinstrumente?

2. Methodik

2.1. Studiendesign und Vorgehen

Die vorliegende Untersuchung wurde von Juni 2004 bis Dezember 2005 auf einer Psychotherapiestation der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im HANSE-Klinikum Stralsund durchgeführt. Auf dieser Station werden vorrangig Patienten mit neurotischen Erkrankungen, insbesondere mit affektiven, somatoformen sowie Angst- und Essstörungen behandelt. Es wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

- Alter ab 18 Jahren
- Ausschluss einer kognitiven Beeinträchtigung (nach klinischem Urteil)
- Ausschluss von Patienten mit psychotischen Erkrankungen oder schweren formalen Denkstörungen, die auf ein mangelndes Verständnis der Fragebögen schließen lassen sowie Patienten, deren Muttersprache nicht Deutsch ist
- Ausschluss von Patienten, die länger als zehn Tage auf einer anderen Station behandelt (z.B. nach Suizidversuchen auf der geschützten Station) und dann auf die Psychotherapiestation verlegt wurden

Alle Patienten, die diese prinzipiellen Eingangskriterien erfüllten, wurden nach ihrer Einverständniserklärung mit den unten dargestellten Fragebögen innerhalb der ersten fünf Tage nach der stationären Aufnahme untersucht. Die klinischen Diagnosen wurden nach den ICD-10-Kriterien gestellt und als Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Ia), Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 Achse Ib) sowie Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 Achse Ic) abgebildet. Die soziodemographische Charakterisierung der Patienten erfolgte entsprechend den Empfehlungen der psychotherapeutischen Fachgesellschaften mit Hilfe der Psy-BaDo (Heuft et al. 1998).

2.2. Erhebungsinstrumente

2.2.1. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II)

Das SKID-II „ist ein Verfahren zur Erfassung von PS nach den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen“ (American Psychiatric Association 1994). Es besteht zum Ersten aus einem Screening-Fragebogen im Selbstbeurteilungsformat (Self-Report; SR). Dieser beinhaltet 113 Items, die mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind. Dabei sollte sich die Person auf ihre allgemeine Persönlichkeitsstruktur während der letzten fünf bis zehn Jahre beziehen. Bis auf einige Ausnahmen ergibt jede ja-Antwort einen Punkt. Die einzelnen Items sind den verschiedenen PS des DSM-IV zugeordnet, so dass anhand der Ergebnisse im SKID-SR eine vorläufige Verdachtsdiagnose geäußert werden kann.

Zum Zweiten besteht das SKID-II aus einem auf den Fragebogen aufbauenden halbstrukturierten klinischen Interview, in dem nur die bejahten Fragen mit einigen Zusatzfragen von einem Experten geprüft werden. Dieses Interview wurde in dieser Studie nicht durchgeführt. Dem SKID-II sollte eine psychopathologische Aufklärung auf der Achse I, z.B. mit dem SKID-I vorausgehen, um eine saubere Trennung zwischen Achse I (aktuelle psychopathologische Syndrome) und II (PS) des DSM zu gewährleisten.

Eine Zusammenstellung über sieben Studien mit insgesamt 225 psychiatrischen Patienten für Untersuchungen über die Reliabilität des SKID-II ist bei Segal et al. (1994) zu finden. Die Kappa-Werte erstrecken sich von 0.50 bis 1.0, sodass man insgesamt von einer befriedigenden bis sehr guten Interrater-Reliabilität des SKID-II für die Anwendung des Fragebogens und des darauf folgenden klinischen Interviews sprechen kann. Eine ausführliche Darstellung über Reliabilität und Validität des SKID-II findet sich im Kapitel 4.2.6.

2.2.2. Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome während der letzten sieben Tage vor der Untersuchung. Sie ist sprachlich einfach formuliert

und kann als Screening-Instrument zum Erheben der allgemeinen psychopathologischen Belastung angewandt werden.

Neun Subskalen informieren über die Belastung in folgenden syndromalen Bereichen:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Somatisierung | 6. Aggressivität/Feindseligkeit |
| 2. Zwanghaftigkeit | 7. phobische Angst |
| 3. Unsicherheit im Sozialkontakt | 8. paranoides Denken |
| 4. Depressivität | 9. Psychotizismus |
| 5. Ängstlichkeit | |

Der Patient gibt die Antworten auf einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht“ = 0 bis „sehr stark“ = 4). Zur Auswertung des Tests wird für jedes Syndrom ein Mittelwert gebildet. Als Maß für die Gesamtschwere der psychopathologischen Beeinträchtigung dient der Global Severity Index (GSI).

Die innere Konsistenz (Cronbachs α) für die einzelnen Skalen ist sehr gut und liegt zwischen 0.77 und 0.90 (Zweig-Frank und Paris 2002). Innerhalb einer Woche lag die Retest-Reliabilität bei deutschen Studierenden zwischen 0.69 und 0.92 (Franke 2002).

2.2.3. Beck Depressions Inventar (BDI)

Das BDI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik bei klinischen Populationen. Es ist keiner Ätiologietheorie verpflichtet.

Es besteht aus 21 Gruppen von Aussagen, die die typischen Symptome der Depression beschreiben. Jede Gruppe enthält vier Aussagen in aufsteigender Intensität (0 = „nicht vorhanden“ bis 3 = „starke Ausprägung“). Interpretationsgrundlage ist der Summenwert des Fragebogens. Bis neun Punkte weisen klinisch unauffällige Kontrollpersonen und depressive Patienten in Remission auf. Darüber hinaus wird von einer milden Ausprägung depressiver Symptome gesprochen, ein Wert von 18 Punkten und darüber kann als Hinweis auf eine klinisch signifikante Depression angesehen werden.

Die innere Konsistenz (Cronbachs α) liegt bei gesunden Kontrollpersonen bei 0.74 und bei psychiatrischen Patienten bei 0.92 (Hautzinger et al. 1994). Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei 0.71 (Rees et al. 1997).

2.2.4. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Der FDS ist die deutsche Fassung der Dissociative Experience Scale (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Der FDS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur psychometrischen Diagnostik dissoziativer Phänomene.

Mit dem 44 Items umfassenden Fragebogen ist eine „breite dimensionale Syndromdiagnostik“ (Freyberger et al. 1999) dissoziativer Phänomene für den Erwachsenenbereich möglich. Für die deutsche Version wurden den ursprünglich 28 Items der DES weitere 16 hinzugefügt, um auch dissoziative Symptome gemäß der ICD-10 abzubilden.

Neben dem Gesamtscore können vier Subskalen berechnet werden:

1. Amnesie
2. Absorption und imaginative Erlebniswelten
3. Derealisation und Depersonalisation
4. Konversion

Jedes Item wird anhand einer Skala von 0 – 100% (in Zehnerschritten) durch einfaches Ankreuzen beantwortet. Die Itemwerte der Subskalen werden zu einem Summenwert addiert und anschließend durch die Anzahl der beantworteten Items dividiert. Der Gesamtscore wird analog berechnet.

Die innere Konsistenz (Cronbachs α) liegt bei 0.94, bei den Subskalen zwischen 0.78 und 0.82, die Test-Retest-Reliabilität liegt für den Gesamttest bei 0.82, für die Subskalen zwischen 0.58 und 0.83 (Spitzer et al. 1999).

2.2.5. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)

Das IIP ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung interpersonaler Schwierigkeiten. Die Patienten können darin ihre Probleme im Umgang mit anderen Menschen einschätzen. Die 64 Items des IIP werden acht Skalen zugeordnet, die die Achsen der gegensätzlichen Beziehungsmuster repräsentieren. Anhand der gebildeten Skalenmittelwerte wird eine Rohwertsumme errechnet. Dieser mittlere Score über alle 64 Items kennzeichnet somit das globale Ausmaß interpersonaler Probleme, egal welcher Art. Die Skalen werden wie folgt benannt:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. zu autokratisch/dominant | 5. zu selbstunsicher/unterwürfig |
| 2. zu streitsüchtig/konkurrierend | 6. zu ausnutzbar/nachgiebig |
| 3. zu abweisend/kalt | 7. zu fürsorglich/freundlich |

4. zu introvertiert/sozial vermeidend

8. zu expressiv/aufdringlich

Die Konsistenzkoeffizienten schwanken zwischen 0.36 und 0.64 (Horowitz et al. 2000). Diese Divergenzen werden durch Unterschiede zwischen der amerikanischen und der deutschen Version erklärt. Die Retest-Reliabilität liegt zwischen 0.81 und 0.90 (Horowitz 2000). In einer Studie mit 454 Studenten untersuchten Scarpa und Kollegen (1999) die Reliabilität und Validität des IIP. Die interne Konsistenz lag hier bei 0.90, die Test-Retest Reliabilität war in den einzelnen Subskalen zwischen 0.68 und 0.90.

2.2.6. Sense-of-Coherence-Fragebogen (SOC-29)

Der SOC-Fragebogen erfasst eine generelle Lebensorientierung. Er besteht aus 29 Items, die drei inhaltliche Dimensionen abbilden:

1. Verstehbarkeit
2. Sinnhaftigkeit
3. Handhabbarkeit

Alle Fragen werden auf einer siebenstufigen Skala beantwortet. Die Auswertung sollte nur auf der Basis eines Gesamtscores über alle Items erfolgen.

Es bestehen hohe negative Korrelationen des SOC-Fragebogens bei Messungen von Ängstlichkeit und Depressivität (Kontinen et al. 2008).

Die innere Konsistenz (Cronbachs α) liegt in der erwachsenen Normalbevölkerung bei 0.92 (Abel et al. 1995). Schumacher et al. (2000) berichten über gute bis sehr gute interne Konsistenzen für die Gesamtskala (Cronbachs α zwischen 0.84 und 0.95) und zufrieden stellende bis gute Ergebnisse in den einzelnen Subskalen (Cronbachs α zwischen 0.71 und 0.87).

2.2.7. Toronto-Alexithymie-Skala-20 (TAS-20)

Die TAS-20 erfasst im Selbstbeurteilungsformat das Konstrukt Alexithymie. Die deutsche Version umfasst drei Skalen mit insgesamt 20 Items.

1. Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
2. Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
3. extern orientierter Denkstil

Als Antwortskalen stehen jeweils fünf Alternativen zur Verfügung (1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“). Durch Addition der Items wird ein Summenwert für die Subskalen gebildet und daraus ein Gesamtwert berechnet.

Für die Skalen wurden befriedigende bis gute Reliabilitätskoeffizienten ermittelt, die innere Konsistenz lag zwischen 0.67 und 0.84 (Kupfer et al. 2001). Die Validität wurde von Kirmayer und Robbins (1993) geprüft und als befriedigend bis gut bewertet.

2.3. Statistische Analyse

Die Analyse der Daten erfolgte mit dem Computerprogramm „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS, Version 11.5). Je nach Qualität der Daten wurden Häufigkeiten (n) und entsprechende Prozentwerte (%) oder Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (s) berechnet und angegeben.

Um Gruppen miteinander zu vergleichen wurden in Abhängigkeit von der Datenqualität der χ^2 -Test oder einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) berechnet. Um den Einfluss der untersuchten Konstrukte auf die Diagnose einer PS zu bestimmen, wurden logistische Regressionen mit PS als abhängige Variable durchgeführt und die Gesamtwerte der verschiedenen Selbstbeurteilungsinstrumente als Prädiktorvariablen ermittelt. Es wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ gefordert.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemographische Charakterisierung der Untersuchungsstichprobe

Insgesamt wurden die Selbstbeurteilungsfragebögen von 204 Patienten ausgefüllt. Von 107 Probanden waren die Fragebögen vollständig auswertbar. Trotzdem wurden von den Studienteilnehmern nicht immer alle Fragen komplett beantwortet. Demzufolge gibt es zum Teil Unterschiede in der Gesamtzahl bei den einzelnen Unterkategorien.

Von den 107 Probanden waren 71 weiblich und 36 männlich (Tabelle 3.1.1.). Das Alter der Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung lag zwischen 19 und 80 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 41,9 Jahren. Die Standardabweichung ergab 11,6.

Tabelle 3.1.1. Verteilung nach Geschlecht und Altersspanne

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<i>weiblich</i>	71	66,4	40,3	11,8	19	65
<i>männlich</i>	36	33,6	45,0	10,7	19	80
<i>gesamt</i>	107	100,0	41,9	11,6	19	80

(n = Anzahl der Probanden, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, Alter in Jahren)

Bei der Frage nach dem Familienstand gaben 33 Personen (30,8%) an allein zu leben. 37 Probanden (34,6%) waren verheiratet, 14 Studienteilnehmer (13,1%) lebten getrennt von ihrem Partner. Weitere 20 Patienten (18,7%) waren geschieden und drei Personen (2,8%) verwitwet (Tabelle 3.1.2.).

Tabelle 3.1.2. Familienstand

	<i>n</i>	%
<i>ledig</i>	33	30,8
<i>verheiratet</i>	37	34,6
<i>getrennt lebend</i>	14	13,1
<i>geschieden</i>	20	18,7
<i>verwitwet</i>	3	2,8
<i>gesamt</i>	107	100,0

Die Partnersituation der Studienteilnehmer ist in Tabelle 3.1.3. aufgezeigt. Wechselnde Partner bzw. kurzfristig oder dauerhaft keinen Partner hatten 35 Probanden (33,3%). Verheiratet oder in fester Partnerschaft waren 70 (66,7%) Patienten.

Tabelle 3.1.3. Partnersituation

	<i>n</i>	%
<i>wechselnde oder kein Partner</i>	35	33,3
<i>Ehepartner oder fester Partner</i>	70	66,7
<i>gesamt</i>	105	100,0

Die Frage nach der Art der Haushaltsführung (Tabelle 3.1.4.) beantworteten 85 der Studienteilnehmer (80,3%) mit „eigenständig“. Mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam, in einer Wohngemeinschaft oder einem sonstigen Haushalt lebten 21 Studienteilnehmer (19,7%). Sie wurden zu der Kategorie „kein eigener Haushalt“ zusammengefasst.

Tabelle 3.1.4. Haushalt

	<i>n</i>	%
<i>eigener Haushalt</i>	85	80,3
<i>kein eigener Haushalt</i>	21	19,7
<i>gesamt</i>	106	100,0

Einen Überblick über die Schulbildung der Patientengruppe bietet Tabelle 3.1.5. Ein Proband (1,0%) ging noch in die Schule, zwei Studienteilnehmer (1,9%)

hatten keinen Abschluss, drei (2,9%) gaben einen Sonderschulabschluss an. Die Hauptschule bzw. 8. Klasse der Polytechnischen Oberschule (POS) hatten 22 (20,9%) besucht, 59 (56,2%) waren auf einer Realschule bzw. 10. Klasse POS. Ein Fachabitur, Abitur oder die Erweiterte Oberschule (EOS) hatten 18 Probanden (17,1%) absolviert.

Tabelle 3.1.5. Schulbildung

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>noch in der Schule/kein Abschluss</i>	3	2,9
<i>Sonderschulabschluss</i>	3	2,9
<i>Hauptschule/8. Klasse POS</i>	22	20,9
<i>Realschule/10. Klasse POS</i>	59	56,2
<i>Fachabitur/Abitur/ EOS</i>	18	17,1
<i>gesamt</i>	105	100,0

Noch in der Ausbildung bzw. ohne Berufsabschluss waren zwölf Teilnehmer (13,3%), 63 (70,0%) hatten eine Lehre oder Fachschule abgeschlossen. Eine Meisterprüfung, einen Fachschul- oder Universitätsabschluss hatten 15 Probanden (16,7%) aufzuweisen. Tabelle 3.1.6. stellt diese Ergebnisse dar.

Tabelle 3.1.6. Berufliche Qualifikation

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>noch in der Ausbildung/ohne Berufsabschluss</i>	12	13,3
<i>Lehre/Fachschule</i>	63	70,0
<i>Meister/ Fachhochschule/Universität</i>	15	16,7
<i>gesamt</i>	90	100,0

Es arbeiteten 34 Patienten (32,7%) voll- oder teilzeitig. Hausfrauen, in der Ausbildung oder anderweitig beschäftigt waren zwölf Teilnehmer (11,5%), 45 Patienten (43,3%) waren arbeitslos oder bezogen Frührente. Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente erhielten 13 Studienteilnehmer (12,5%). Diese Angaben werden in Tabelle 3.1.7. sichtbar.

Tabelle 3.1.7. Berufliche Situation

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>berufstätig, Voll- o. Teilzeit</i>	34	32,7
<i>Hauptfrau, Ausbildung oder anderweitig</i>	12	11,5
<i>arbeitslos gemeldet oder Frührente</i>	45	43,3
<i>EU-/BU-Rente</i>	13	12,5
<i>gesamt</i>	104	100,0

Die Aussagen der Patienten über ihren gegenwärtigen beruflichen Status spiegelt Tabelle 3.1.8. wider. Als un-, angelernte oder Facharbeiter waren 44 Probanden (48,3%) tätig. Angestellt waren 38 (41,8%) Studienteilnehmer, neun Patienten (9,9%) arbeiteten als selbstständige Handwerker oder Akademiker.

Tabelle 3.1.8. Berufsgruppen

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>un-/angelernter Arbeiter/ Facharbeiter</i>	44	48,3
<i>einfache, mittlere oder höher qualifizierte Angestellte</i>	38	41,8
<i>selbst. Handwerker und Akademiker</i>	9	9,9
<i>gesamt</i>	91	100,0

Tabelle 3.1.9. enthält die Angaben der Studienteilnehmer bezüglich eines laufenden Rentenverfahrens. Hierum hatten sich 66 Studienteilnehmer (66,7%) nicht bemüht, während 16 (16,2%) bereits berentet waren. Einen Rentenantrag hatten vier Probanden (4,0%) gestellt, weitere fünf (5,0%) befanden sich im Rentenstreit und acht (8,1%) bezogen eine Zeitrente.

Tabelle 3.1.9. Laufendes Rentenverfahren

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>nein</i>	66	66,7
<i>bereits berentet</i>	16	16,2
<i>Rentenantrag</i>	4	4,0
<i>Rentenstreit</i>	5	5,0
<i>Zeitrente</i>	8	8,1
<i>gesamt</i>	99	100,0

3.2. Klinische Charakterisierung

In diesem Kapitel werden die klinischen Diagnosen dargestellt, die auf der Psychotherapiestation von den Therapeuten am Ende der Behandlung (Entlassungsdiagnose) vergeben wurden (Tabelle 3.2.1.). Die folgenden Tabellen erläutern die Diagnosestellungen detaillierter.

Tabelle 3.2.1. Übersicht über die Diagnosen nach ICD-10

<i>Störungsgruppe</i>		<i>Hauptdiagnose</i>		<i>Nebendiagnose</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>F3</i>	affektive Störung	94	87,9	9	8,4
<i>F4</i>	neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	11	10,3	37	34,6
<i>F5</i>	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	2	1,9	2	1,9
<i>F6</i>	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-	-	39	36,4
<i>F1</i>	Störungen durch psychotrope Substanzen	-	-	26	24,3
	<i>gesamt</i>	107	100,0	113	100,0

Als Hauptdiagnose wurde bei 94 (87,9%) der Probanden eine affektive Störung festgestellt. Bei elf Teilnehmern (10,3%) wurde eine neurotische, Belastungs-

oder somatoforme Störung diagnostiziert. Zwei Probanden (1,9%) hatten eine Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Bei 42 (39,3%) der 107 Probanden konnten eine oder mehrere Nebendiagnosen diagnostiziert werden. Affektive Störungen wurden bei neun (8,4%) Patienten festgestellt. Eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung wiesen 37 Patienten (34,6%) auf, bei zwei (1,9%) weiteren wurde eine Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren diagnostiziert.

Bei 39 Studienteilnehmern (36,4%) wurde klinisch eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung diagnostiziert, 26 (24,3%) Probanden hatten Störungen durch psychotrope Substanzen.

In Tabelle 3.2.2. sind alle klinischen Diagnosen affektiver Störungen der Patientengruppe aufgelistet. Die Hauptdiagnose einer bipolar affektiven Störung wurde bei vier Studienteilnehmern (3,7%) gestellt. Eine depressive Episode hatten 39 Probanden (36,4%) als Hauptdiagnose und sechs Patienten (5,6%) als Nebendiagnose. Unter einer rezidivierenden depressiven Störung litten 53 Patienten, wobei 51 (47,7%) diese als Hauptdiagnose und zwei (1,9%) als Nebendiagnose hatten. In der Kategorie anhaltende affektive Störungen wurde bei einem (0,9%) Studienteilnehmer die Nebendiagnose einer Dysthymie gestellt.

Tabelle 3.2.2. Klinische Diagnosen affektiver Störungen (F3)

ICD-10	Störungsgruppe	Hauptdiagnose		Nebendiagnose	
		n	%	n	%
F31	bipolare affektive Störung	4	3,7	-	-
F31.3	gegenwärtig mittelgradige oder leichte depressive Episode	1	0,9	-	-
F31.4	gegenwärtig schwere depressive Episode	1	0,9	-	-
F31.6	gegenwärtig gemischte Episode	1	0,9	-	-
F31.8	sonstige bipolare affektive Störung	1	0,9	-	-
F32	depressive Episode	39	36,4	6	5,6
F32.0	leichte depressive Episode	3	2,8	2	1,9
F32.1	mittelgradige depressive Episode	29	27,1	4	3,7
F32.2	schwere depressive Episode	7	6,5	-	-
F33	rezidivierende depressive Störungen	51	47,7	2	1,9
F33.0	gegenwärtig leichte Episode	1	0,9	1	0,9
F33.1	gegenwärtig mittelgradige Episode	36	33,7	1	0,9
F33.2	gegenwärtig schwere Episode	12	11,2	-	-
F33.3	gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	1	0,9	-	-
F33.8	sonstige rezidivierende depressive Störung	1	0,9	-	-
F34	anhaltende affektive Störung	-	-	1	0,9
F34.1	Dysthymia	-	-	1	0,9
	gesamt	94	87,9	9	8,4

Tabelle 3.2.3. veranschaulicht die klinischen Diagnosen neurotischer-, Belastungs- und somatoformer Störungen. Eine phobische Störung wurde bei zwei Patienten (1,9%) als Hauptdiagnose und bei zwölf Studienteilnehmern (11,2%) als Nebendiagnose festgestellt. Fünf Probanden (4,7%) hatten eine sonstige Angststörung als Hauptdiagnose, sechs (5,6%) als Nebendiagnose. Reaktionen auf schwere Belastungen oder Anpassungsstörungen waren bei einem Patienten (0,9%) die Hauptdiagnose und bei elf (10,3%) weiteren die

Nebendiagnose. Als Hauptdiagnose zeigten drei Patienten (2,8%) eine somatoforme Störung, acht Studienteilnehmer (7,5%) als Nebendiagnose.

Tabelle 3.2.3. Klinische Diagnosen neurotischer-, Belastungs- und somatoformer Störungen (F4)

ICD-10	Störungsgruppe	Haupt- diagnose		Neben- diagnose	
		n	%	n	%
F40	phobische Störung	2	1,9	12	11,2
F40.0	Agoraphobie	1	0,9	8	7,5
F40.1	soziale Phobien	1	0,9	4	3,7
F41	sonstige Angststörungen	5	4,7	6	5,6
F41.0	Panikstörung	5	4,7	6	5,6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1	0,9	11	10,3
F43.0	akute Belastungsreaktion	-	-	1	0,9
F43.1	posttraumatische Belastungsstörung	1	0,9	9	8,4
F43.2	Anpassungsstörungen	-	-	1	0,9
F45	somatoforme Störungen	3	2,8	8	7,5
F45.0	Somatisierungsstörungen	1	0,9	4	3,7
F45.1	undifferenzierte Somatisierungsstörungen	-	-	1	0,9
F45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung	1	0,9	1	0,9
F45.4	anhaltende somatoforme Schmerzstörung	1	0,9	2	1,9
	gesamt	11	10,3	37	34,6

In Tabelle 3.2.4. sind die klinischen Diagnosen der Essstörungen veranschaulicht. Weitere Diagnosen von Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren wurden nicht gestellt. Zwei Patienten (1,9%) hatten eine Essstörung als Hauptdiagnose, zwei weitere (1,9%) als Nebendiagnose.

Tabelle 3.2.4. Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)

<i>ICD-10</i>	<i>Störungsgruppe</i>	<i>Haupt- diagnose</i>		<i>Neben- diagnose</i>	
		n	%	n	%
<i>F50</i>	Essstörungen	2	1,9	2	1,9
<i>F50.1</i>	Atypische Anorexia nervosa	-	-	1	0,9
<i>F50.2</i>	Bulimia nervosa	-	-	1	0,9
<i>F50.5</i>	Erbrechen bei psychischen Störungen	1	0,9	-	-
<i>F50.9</i>	nicht näher bezeichnete Essstörung	1	0,9	-	-
	gesamt	2	1,9	2	1,9

In Tabelle 3.2.5. sind die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen der Studienteilnehmer, die alle als Nebendiagnose gestellt wurden, aufgelistet. An spezifischen PS litten 15 Studienteilnehmer (14,0%), kombinierte und sonstige PS waren bei 21 (19,6%) der Probanden zu verzeichnen. Ein Patient (0,9%) hatte die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung, die nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns ist. An abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle litten zwei Studienteilnehmer (1,9%).

Tabelle 3.2.5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

<i>ICD-10</i>	<i>Störungsgruppe</i>	<i>Neben- diagnose</i>	
		n	%
<i>F60</i>	Persönlichkeitsstörungen	15	14,0
<i>F60.3</i>	emotional instabile PS	6	5,6
<i>F60.5</i>	anankastische PS	1	0,9
<i>F60.6</i>	ängstliche (vermeidende) PS	2	1,9
<i>F60.7</i>	abhängige PS	4	3,7
<i>F60.8</i>	sonstige PS	2	1,9
<i>F61</i>	kombinierte und sonstige PS	21	19,6
<i>F61,0</i>	kombinierte PS	21	19,6
<i>F62</i>	andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	1	0,9
<i>F62.1</i>	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit	1	0,9
<i>F63</i>	abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	2	1,8
<i>F63.0</i>	pathologisches Glücksspiel	1	0,9
<i>F63.3</i>	Trichotillomanie	1	0,9
	gesamt	39	36,4

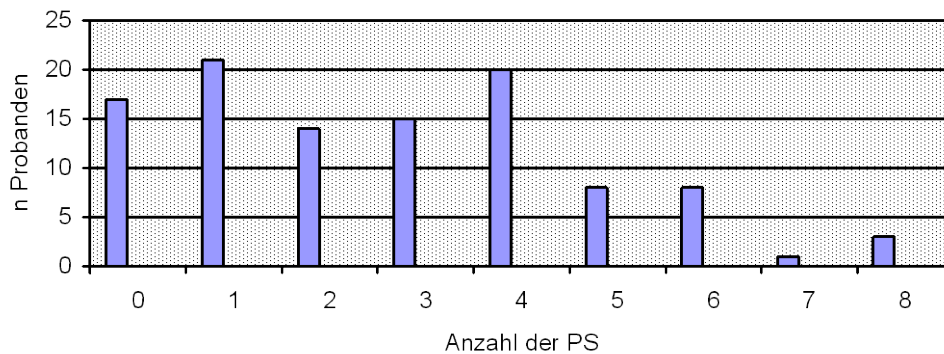
Tabelle 3.2.6. zeigt Störungen der Studienteilnehmer durch psychotrope Substanzen, die definitionsgemäß nach ICD-10 als Nebendiagnosen gestellt werden. Störungen durch Alkohol waren bei 17 Patienten (15,9%) zu verzeichnen. Vier Studienteilnehmer (3,7%) hatten Störungen durch Sedativa und Hypnotika. Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen waren bei fünf Patienten (4,7%) festgestellt worden.

Tabelle 3.2.6. Störungen durch psychotrope Substanzen

ICD-10	Störungsgruppe	Nebendiagnose	
		n	%
<i>F10</i>	Störungen durch Alkohol	17	15,9
<i>F10.0</i>	akute Alkoholintoxikation	1	0,9
<i>F10.1</i>	schädlicher Alkoholgebrauch	4	3,7
<i>F10.2</i>	Alkoholabhängigkeit	12	11,2
<i>F13</i>	Störungen durch Sedativa und Hypnotika	4	3,7
<i>F13.1</i>	schädlicher Gebrauch von Sedativa und Hypnotika	1	0,9
<i>F13.2</i>	Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika	3	2,7
<i>F19</i>	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	5	4,7
<i>F19.1</i>	schädlicher Gebrauch multipler und sonstiger psychotroper Substanzen	2	1,9
<i>F19.2</i>	Abhängigkeit von multiplen und sonstigen psychotropen Substanzen	3	2,8
	gesamt	26	24,3

3.3. Prävalenz und Verteilung der Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II

Das Diagramm 3.3.1. beschreibt, inwieweit die 107 Probanden von keiner, einer oder mehreren PS betroffen waren. Diese Werte beziehen sich auf die Diagnosen, die durch den SKID-II-Fragebogen ermittelt wurden. Nur bei 17 Studienteilnehmern (15,9%) wurde mittels des SKID-II keine PS diagnostiziert. Bei 21 Patienten (19,6%) konnte nur eine PS festgestellt werden, während 14 Probanden (13,1%) von zwei PS betroffen waren. Die Diagnose von drei PS hatten 15 (14,0%) der Teilnehmer, vier PS wurden bei 20 Probanden (18,7%) diagnostiziert. Je acht Patienten (7,5%) hatten fünf und sechs PS, einer (0,9%) hatte sieben PS und bei drei Studienteilnehmern (2,8%) wurden sogar acht PS gefunden. Durchschnittlich war jeder Patient mit PS von 2,7 Störungen betroffen ($s = 2,1$).

Diagramm 3.3.1. Anzahl der PS nach SKID-II

Das Diagramm 3.3.2. gibt Aufschluss über die Verteilung der einzelnen PS. Hierbei stehen die dunkelgrauen Banden für die SKID-II-Diagnosen, die helleren Banden beschreiben die klinischen Beurteilungen.

In Cluster A fanden sich nur SKID-II-Diagnosen. Dies bedeutet, dass keiner der Probanden aus unserem Patientenkollektiv die klinische Diagnose einer PS dieses Clusters bekam. Die paranoide bzw. schizoide PS hatten nach dem SKID-II-Self-Report je 36 Patienten (33,6%), bei drei Studienteilnehmern (2,8%) wurde eine schizotypische PS diagnostiziert. Die große Diskrepanz zwischen klinischer- und SKID-II-Diagnose zieht sich auch durch die weiteren Cluster.

In Cluster B gab es lediglich bei der Borderline-PS sechs klinische Diagnosen (5,6%), ansonsten wurden durch das SKID-II 26 Patienten (24,3%) als antisozial, 49 (45,8%) als Borderline, drei (2,8%) als histrionisch und sieben (6,5%) als narzisstisch eingestuft.

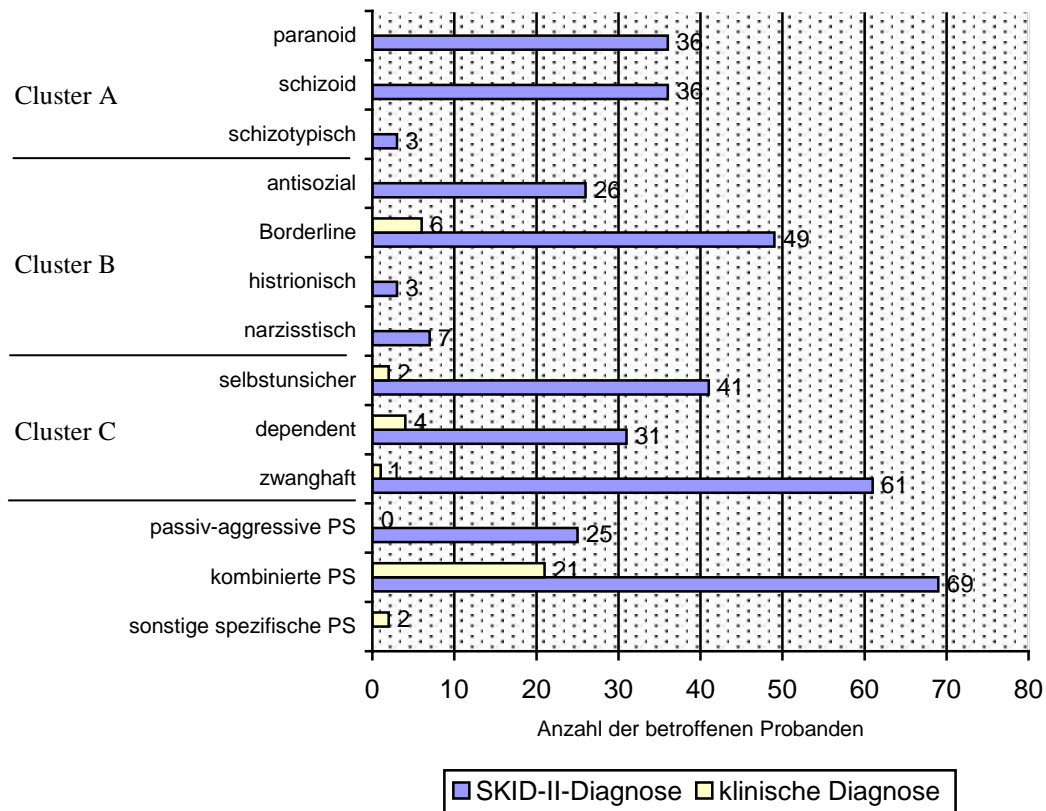
In Cluster C wurden klinisch zwei Patienten (1,9%) als selbstunsicher, vier (3,7%) als dependent und einer (0,9%) als zwanghaft eingestuft. Durch den SKID-II-Fragebogen wurden demgegenüber 41 (38,3%) als selbstunsicher, 31 (29,0%) als dependent und 61 Probanden (57,0%) als zwanghaft eingeordnet.

Eine passiv-aggressive PS erhielten 25 Probanden (23,4%) anhand des SKID-II, die klinische Diagnose wurde nicht vergeben.

Waren die klinischen Bilder nicht eindeutig nur einer PS zuzuordnen, weil die Kriterien dafür nicht vollständig erfüllt, aber auch Kriterien anderer PS nur zum Teil vorhanden waren, so wurde die Diagnose „kombinierte PS“ vergeben. Diese klinische Diagnose erhielten 21 Studienteilnehmer (19,6%). Da eine kombinierte PS als solche nicht mit dem SKID-II diagnostiziert werden kann, wurden alle

Probanden mit mehr als einer PS im SKID-II im Diagramm unter „kombinierte PS“ zusammengefasst. Bei zwei Patienten (1,9%) wurde die klinische Diagnose „sonstige nicht näher bezeichnete PS“ gestellt.

Diagramm 3.3.2. Verteilung der einzelnen PS



In unserer Studie sind die Diagnosen von vier der sechs Patienten mit klinischer Diagnose „Borderline-PS“ kongruent mit dem SKID-II-Fragebogen, bei den vier Patienten mit dependenter PS die Hälfte. Vollständige Übereinstimmung besteht aber bei selbstunsicherer und zwanghafter PS. Auch hier wurden Probanden mit mehr als einer PS im SKID-II unter „kombinierte PS“ zusammengefasst. Neben einem Patienten mit nur einer PS erhielten alle Studienteilnehmer dieser Kategorie auch im SKID-II die Diagnose von zwei oder mehr PS.

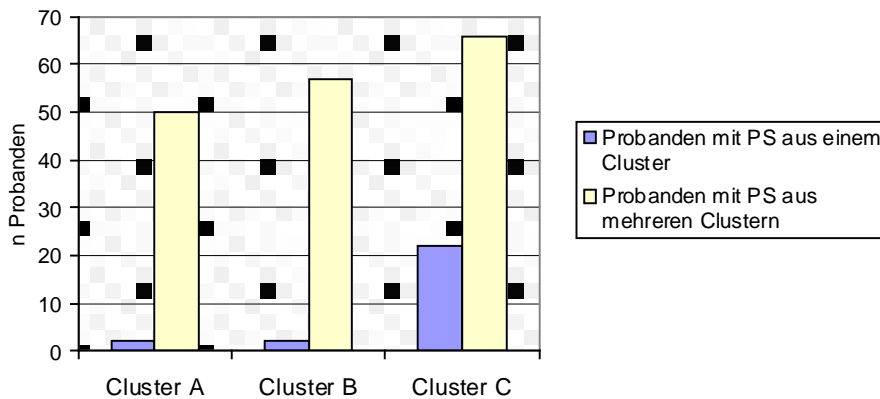
Die Kategorie „sonstige spezifische PS“ beinhaltet u.a. die exzentrische, haltlose, narzisstische, passiv-aggressive, psychoneurotische und unreife Persönlichkeit. Hier hatte einer der Probanden mehrere der aufgeführten Störungen. Die Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 3.3.1. aufgeführt.

Tabelle 3.3.1. Vergleich der klinischen Diagnosen mit den Ergebnissen des SKID-II

<i>PS</i>	<i>klin. Diagnose</i>	<i>Bestätigung durch SKID-II</i>	<i>%</i>
<i>Borderline-PS (F60.3)</i>	6	4	66,7
<i>dependente PS (F60.7)</i>	4	2	50,0
<i>selbstunsichere PS (F60.6)</i>	2	2	100,0
<i>zwanghafte PS (F60.5)</i>	1	1	100,0
<i>kombinierte PS (F61.0)</i>	21	20 (mehr als 1 PS)	95,2
<i>sonstige spez. PS (F60.8)</i>	2	1	50,0
<i>gesamt</i>	36	30	83,3

Das Diagramm 3.3.3. veranschaulicht die Clusterverteilung der PS bei SKID-II-Diagnosen. Die dunklen Banden entsprechen der Anzahl der Studienteilnehmer, die nur von PS eines Clusters betroffen waren. Je zwei Patienten (1,9%) waren alleinig an einer oder mehreren PS im Cluster A oder B erkrankt, für 22 Probanden (20,6%) stellte sich die Diagnose aus PS des Clusters C zusammen.

Die hellen Banden stehen für die Anzahl der Probanden, die an PS aus verschiedenen Clustern litten. Insgesamt waren hier 50 Studienteilnehmer (46,7%) neben PS aus anderen Clustern von PS des Clusters A betroffen. Neben weiteren Diagnosen von PS aus Cluster A und C waren 57 (53,3%) an PS des Clusters B erkrankt. Weiterhin hatten 66 Probanden (61,7%) die Diagnose einer Cluster C PS erhalten und waren auch von PS aus anderen Clustern betroffen.

Diagramm 3.3.3. Clusterverteilung der PS nach SKID-II

3.4. Soziodemographie und Persönlichkeitsstörungen

Der Zusammenhang von PS mit verschiedenen soziodemographischen Merkmalen wird im folgenden Abschnitt untersucht.

Das Alter der Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung lag zwischen 19 und 80 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei 41,9 Jahren lag. Die Standardabweichung betrug 11,6.

Tabelle 3.4.1. stellt die Geschlechtscharakteristik der Studiengruppe dar. Eine PS wurde bei 60 (66,7%) Frauen und 30 (33,3%) Männern diagnostiziert. Bei elf Frauen (64,7%) und sechs Männern (35,3%) konnte keine PS festgestellt werden. Die Verteilung der PS zwischen den Geschlechtern zeigte keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 0,025$; $p = 0,88$).

Tabelle 3.4.1. Verteilung der PS nach Geschlecht

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>weiblich</i>	60	66,7	11	64,7
<i>männlich</i>	30	33,3	6	35,3

In Tabelle 3.4.2. wird der Familienstand der Probanden in Abhängigkeit der PS ausgewertet. Ledig waren 61 Patienten (78,9%) mit PS und neun (52,9%) ohne PS, 19 Persönlichkeitsgestörte (21,1%) hatten einen Ehepartner, acht (47,1%)

Studienteilnehmer ohne PS waren verheiratet. Demzufolge gibt es keine signifikante Unterschiede im Familienstand zwischen Menschen mit und ohne PS ($\chi^2 = 3,782$; $p = 0,51$).

Tabelle 3.4.2. Familienstand

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>ledig</i>	61	78,9	9	52,9
<i>verheiratet</i>	19	21,1	8	47,1

Tabelle 3.4.3. gibt Informationen über Unterschiedlichkeiten bezüglich der Partnersituation in den beiden Gruppen. Keinen oder wechselnde Partner hatten 32 Patienten (35,9%) mit PS, in der Vergleichsgruppe waren es drei (18,6%). Von den Persönlichkeitsgestörten waren 57 (64,1%) verheiratet oder hatten einen festen Partner, bei den Probanden ohne PS 13 (81,4%). Im Vergleich ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 1,807$; $p = 0,18$).

Tabelle 3.4.3. Partnersituation

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>wechselnder oder kein Partner</i>	32	35,9	3	18,6
<i>Ehepartner oder fester Partner</i>	57	64,1	13	81,4

Die Aussagen über die Haushaltssituation enthält Tabelle 3.4.4. Über einen eigenen Haushalt verfügten 70 Probanden (78,7%) mit und 15 (88,2%) ohne PS. Gemeinsam mit den Eltern oder in einer Wohngemeinschaft (sonstiger Haushalt) lebten 19 Patienten (21,3%) mit PS und zwei Probanden (11,8%) ohne PS. Die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne PS bezüglich der Wohnsituation sind nicht signifikant ($\chi^2 = 1,807$; $p = 0,36$).

Tabelle 3.4.4. Haushalt

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>eigener Haushalt</i>	70	78,7	15	88,2
<i>sonstiger Haushalt</i>	19	21,3	2	11,8

Tabelle 3.4.5. beschreibt die Relation zwischen PS und Schulbildung. Keinen Abschluss hatten bzw. noch in der Schule waren drei (3,4%) Patienten mit PS. Einen Sonderschulabschluss hatten drei (3,4%) der Probanden mit PS. In diesen beiden Kategorien fanden sich keine Studienteilnehmer ohne PS. Den Hauptschulabschluss bzw. die achte Klasse der Polytechnischen Oberschule (POS) erreicht hatten 20 (22,4%) Patienten mit PS und zwei (12,5%) ohne PS. Einen Realschulabschluss bzw. die zehnte Klasse der POS absolvierten 49 (55,0%) Studienteilnehmer mit und zehn (62,5%) ohne PS. Das Abitur bestanden 14 (15,8%) Patienten mit PS und vier (25%) ohne PS. Aus diesen Werten konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden ($\chi^2 = 2,536$; $p = 0,64$).

Tabelle 3.4.5. Schulbildung

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>noch in der Schule/keinen Abschluss</i>	3	3,4	0	0,0
<i>Sonderschulabschluss</i>	3	3,4	0	0,0
<i>Hauptschule/8. Klasse POS</i>	20	22,4	2	12,5
<i>Realschule/10. Klasse POS</i>	49	55,0	10	62,5
<i>Fachabitur/Abitur/EOS</i>	14	15,8	4	25,0

Tabelle 3.4.6. gibt einen Überblick über die erworbene berufliche Qualifikation. Probanden, die noch in der Ausbildung oder ohne Abschluss waren wurden zusammengefasst. Hier hatten elf Studienteilnehmer (14,9%) eine PS, bei einem (6,3%) wurde diese Diagnose nicht gestellt.

Eine Lehre oder Fachschule hatten 52 Probanden (70,2%) mit und elf (68,7%) ohne PS absolviert. Die Kategorien „Meister“, „Fachhochschule“ und

„Universität“ wurden ebenfalls zusammengefasst. Es gab es elf Patienten (14,9%) mit PS und vier Studienteilnehmer (25,0%) ohne PS. Auch in dieser Gegenüberstellung ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 1,547$; $p = 0,46$).

Tabelle 3.4.6. Berufliche Qualifikation

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>noch in der Ausbildung, ohne Abschluss</i>	11	14,9	1	6,3
<i>Lehre/Fachschule</i>	52	70,2	11	68,7
<i>Meister/Fachhochschule/Universität</i>	11	14,9	4	25,0

In Tabelle 3.4.7. wird die berufliche Situation der Studienteilnehmer aufgezeigt. Berufstätig waren 30 Probanden (34,1%) mit und vier (25%) ohne PS. Ein (6,3%) Patient in der Vergleichsgruppe war in der Ausbildung, unter den Persönlichkeitsgestörten waren elf Studienteilnehmer (12,5%) der Kategorie „Hausfrau, Ausbildung oder anderweitig“ zugeordnet. Die Kategorien „Frührente“ und „gemeldete Arbeitslosigkeit“ wurden zusammengefasst. Es befanden sich 37 Studienteilnehmer (42,0%) mit und acht (49,9%) ohne PS in dieser Gruppe. Eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente empfangen zehn Probanden (11,4%) mit und drei (18,8%) ohne PS. Auch aus diesen Angaben ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 1,589$; $p = 0,662$).

Tabelle 3.4.7 Berufliche Situation

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>berufstätig, Voll- o. Teilzeit</i>	30	34,1	4	25,0
<i>Haufrau, Ausbildung oder anderweitig</i>	11	12,5	1	6,3
<i>arbeitslos gemeldet o. Frührente</i>	37	42,0	8	49,9
<i>EU-/BU-Rente</i>	10	11,4	3	18,8

Tabelle 3.4.8. zeigt mögliche Assoziationen zwischen PS und den Berufsgruppen. Un-, angelernt oder als Facharbeiter waren 36 Personen (48,0%) mit und acht (50,0%) ohne PS tätig. Angestellt waren 33 Persönlichkeitsgestörte (44,0%) und fünf Probanden (31,2%) ohne PS. Sechs Studienteilnehmer (8,0%) mit PS und drei (18,8%) ohne PS waren selbstständige Handwerker oder Akademiker. Auch hier ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2 = 2,065$; $p = 0,356$).

Tabelle 3.4.8. Berufsgruppen

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>un-/angelernter Arbeiter, Facharbeiter</i>	36	48,0	8	50,0
<i>einfache, mittlere u. höher qualifizierte Angestellte</i>	33	44,0	5	31,2
<i>selbst. Handwerker und Akademiker</i>	6	8,0	3	18,8

3.5. Psychopathologie, interpersonelle Probleme und Persönlichkeitsstörungen

Aus Tabelle 3.5.1. geht hervor, dass Patienten, bei denen mit dem SKID-II-Fragebogen eine PS diagnostiziert wurde, in allen Unterpunkten der SCL-90-R signifikant höhere Werte erzielten als diejenigen ohne PS. Die Mittelwerte in den einzelnen Subskalen des SCL-90-R schwanken bei Persönlichkeitsgestörten zwischen 1,3 und 2,1 ($s = 0,8 - 1,1$), in der Vergleichsgruppe liegen die Mittelwerte zwischen 0,3 und 1,1 ($s = 0,3 - 0,8$).

Tabelle 3.5.1. SCL-90-R und PS

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>		<i>ANOVA</i>	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Somatisierung</i>	1,48	0,84	0,83	0,75	8,90	0,004
<i>Zwanghaftigkeit</i>	1,85	0,82	0,73	0,67	26,72	0,001
<i>Unsicherheit</i>	1,59	0,95	0,45	0,31	22,20	0,001
<i>Depressivität</i>	2,10	0,80	1,06	0,83	22,70	0,001
<i>Ängstlichkeit</i>	1,66	0,84	0,80	0,70	15,48	0,001
<i>Aggressivität</i>	1,26	0,78	0,43	0,39	18,51	0,001
<i>phobische Angst</i>	1,29	1,05	0,29	0,49	16,02	0,001
<i>paranoides Denken</i>	1,48	0,87	0,53	0,55	18,72	0,001
<i>Psychotizismus</i>	1,12	0,79	0,29	0,27	17,07	0,001
<i>Gesamtindex</i>	1,59	0,69	0,67	0,45	25,84	0,001

Wie in Diagramm 3.5.1. dargestellt beträgt der durchschnittliche Summenwert im BDI bei den Patienten ohne PS 10,6 Punkte, bei denen mit PS 25,6. Die Standardabweichung beläuft sich auf 10,7 bei den Studienteilnehmern mit und 7,9 ohne PS. Diese Differenz ist signifikant ($F = 27,3$; $p = 0,001$).

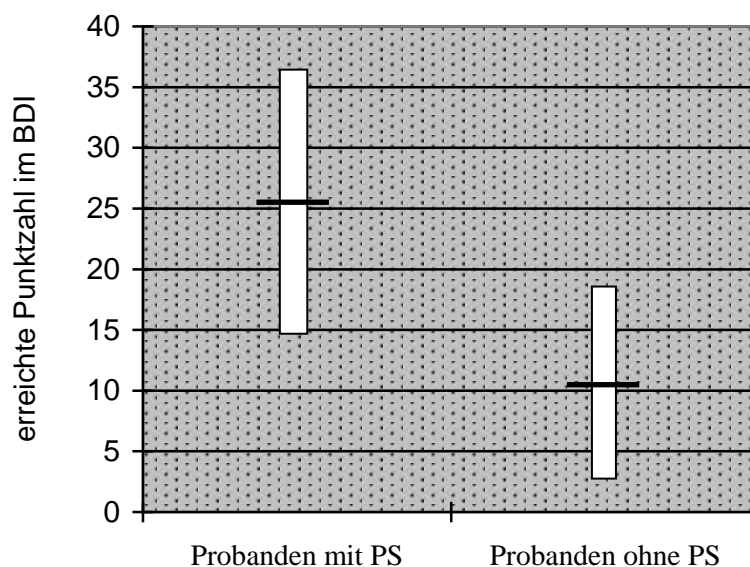
Diagramm 3.5.1. BDI und PS

Tabelle 3.5.2. veranschaulicht die deskriptive Statistik für den Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Patienten ohne PS erzielten einen Mittelwert von 4,1 ($s = 7,6$), Teilnehmer mit PS kamen auf über das Vierfache ($M = 17,3$; $s = 15,9$). Ähnliche Werte ergaben sich bei der Dissociative Experience Scale (DES). Studienteilnehmer mit PS erreichten einen Mittelwert von 18,7 ($s = 16,8$), in der Vergleichsgruppe ergab sich ein Mittelwert von 4,4 ($s = 7,4$). In allen Subskalen des Fragebogens blieb diese Tendenz erhalten. Die Unterschiede sind für den FDS, die DES und die Subskalen signifikant.

Tabelle 3.5.2. FDS und PS

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>		<i>ANOVA</i>	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>FDS</i>	17,34	15,89	4,11	7,59	9,93	0,002
<i>DES</i>	18,70	16,75	4,41	7,44	10,48	0,002
<i>Amnesie</i>	12,71	15,82	3,17	7,92	5,19	0,025
<i>Absorption</i>	23,66	18,13	6,74	10,84	12,19	0,001
<i>Derealisation</i>	13,47	16,90	2,00	4,33	6,78	0,011
<i>Konversion</i>	16,84	17,56	3,49	8,89	7,68	0,007

(M = Mittelwert, s = Standardabweichung, F = Varianz, p = Signifikanzniveau)

In Tabelle 3.5.3. wird der Zusammenhang des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D) in Bezug auf PS dargestellt. Patienten mit PS erreichten im Gesamtwert einen Mittelwert von 1,7 ($s = 0,6$), die Studienteilnehmer ohne PS hatten einen Mittelwert von 0,9 ($s = 0,5$; $p = 0,001$). Auch bei den Subskalen erreichten Patienten mit PS nach dem SKID-II signifikant höhere Werte als diejenigen ohne PS.

Tabelle 3.5.3. IIP-D und PS

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>		<i>ANOVA</i>	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>zu autokratisch</i>	0,95	0,54	0,38	0,39	15,39	0,001
<i>zu streitsüchtig</i>	1,38	0,75	0,53	0,41	17,97	0,001
<i>zu abweisend</i>	1,54	0,95	0,77	0,66	9,11	0,003
<i>zu introvertiert</i>	1,90	0,96	0,96	0,79	12,95	0,001
<i>zu unterwürfig</i>	2,19	0,94	1,26	0,92	12,57	0,001
<i>zu ausnutzbar</i>	2,02	0,79	1,19	0,75	10,91	0,001
<i>zu fürsorglich</i>	1,97	0,75	1,28	0,89	10,10	0,002
<i>zu expressiv</i>	1,38	0,65	0,79	0,59	10,79	0,001
<i>IIP-Gesamtwert</i>	1,66	0,56	0,91	0,53	23,35	0,001

3.6. Alexithymie, Lebensorientierung und Persönlichkeitsstörungen

Wie aus Tabelle 3.6.1. zu entnehmen, sind die Mittelwerte der Patienten mit PS in allen Unterpunkten des SOC-Fragebogens signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe. Während Studienteilnehmer mit PS im GSI durchschnittlich Werte von 106,9 ($s = 31,4$) erreichten, hatten Probanden ohne PS im Mittel 154,1 Punkte ($s = 23,3$).

Tabelle 3.6.1. SOC und PS

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>		<i>ANOVA</i>	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Verstehbarkeit</i>	37,52	11,74	54,33	10,75	25,27	0,001
<i>Handhabbarkeit</i>	38,35	11,05	54,07	7,86	26,13	0,001
<i>Sinnhaftigkeit</i>	31,33	11,49	45,71	6,89	20,58	0,001
<i>globaler Kennwert GSI</i>	106,94	31,37	154,14	23,32	28,98	0,001

Tabelle 3.6.2. veranschaulicht den Vergleich zwischen Patienten mit und ohne PS bezüglich der Alexithymie. Der Mittelwert der Studienteilnehmer mit PS liegt im Gesamtindex bei 57,0 ($s = 9,1$), bei der Vergleichsgruppe ergibt sich ein Mittelwert von 45,4 ($s = 6,6$). In den drei Skalen der TAS spiegeln sich ähnliche Verhältnisse.

Tabelle 3.6.2. TAS und PS

	<i>PS</i>		<i>keine PS</i>		<i>ANOVA</i>	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Affektdifferenzierung</i>	16,49	5,30	10,07	3,32	19,07	0,001
<i>Affektbeschreibung</i>	14,13	3,07	10,64	3,88	14,45	0,001
<i>externer Denkstil</i>	23,92	3,49	22,00	4,51	3,29	0,001
<i>gesamt</i>	57,02	9,11	45,35	6,55	21,09	0,001

3.7. Logistische Regression der Diagnose einer PS

Es erhebt sich die Frage, inwieweit die in der Arbeit untersuchten psychologischen Dimensionen mit einer PS assoziiert sind bzw. diese präzisieren können. Aufschlüsse werden sichtbar durch Anwendung der logistischen Regression.

Der Wert e^b beschreibt die Wahrscheinlichkeit für das positive Eintreten der Erwartung, diese wird umso größer, je mehr e^b von dem Wert eins in die positive Richtung abweicht, ein Wert kleiner als eins steht für die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines negativen Ereignisses, somit kann e^b auch als das Odds Ratio der logistischen Regression bezeichnet werden. Nagelkerkes R^2 beschreibt die Modellgüte, das bedeutet inwieweit die Varianz bezüglich der Zugehörigkeit zu einer Gruppe aufgeklärt werden kann.

Um die einzelnen Tests auch untereinander vergleichen zu können, mussten alle Probanden, die in mindestens einem Test kein Ergebnis hatten, ausgeschlossen werden, hier blieben noch 88 Studienteilnehmer übrig.

Tabelle 3.7.1. Logistische Regression in Bezug auf die Diagnose einer PS durch das SKID-II

<i>Modell</i>	<i>B</i>	<i>Standard- fehler</i>	<i>p</i>	e^b	<i>95% Konfidenz- Intervall für e^b</i>	
TAS	-0,098	0,109	0,415	0,915	0,738	1,133
FDS	0,199	0,126	0,115	1,220	0,952	1,564
IIP	0,787	1,122	0,483	2,196	0,244	19,789
BDI	0,107	0,107	0,340	1,107	0,898	1,365
SCL-90-R	0,989	1,615	0,540	2,688	0,113	63,684

SOC	-0,023	0,022	0,300	0,978	0,936	1,020
-----	--------	-------	-------	-------	-------	-------

Die Ergebnisse für die logistische Regression bezüglich der Diagnose einer PS nach SKID-II sind in Tabelle 3.7.1. dargestellt. Das Signifikanzniveau bewegt sich zwischen 0,115 und 0,540, jedoch wurde ein Wert unter 0,05 gefordert. Das bedeutet, dass keine der dargestellten Dimensionen mit PS nach SKID-II assoziiert sind. Nagelkerkes R^2 liegt bei 0,626.

Tabelle 3.7.2. Logistische Regression in Bezug auf die klinische Diagnose einer PS

<i>Modell</i>	<i>B</i>	<i>Standard- fehler</i>	<i>p</i>	<i>e^b</i>	<i>95% Konfidenz- Intervall für e^b</i>	
TAS	0,019	0,038	0,615	1,019	0,947	1,097
FDS	0,031	0,023	0,174	1,032	0,986	1,080
IIP	1,000	0,735	0,173	2,719	0,644	11,481
BDI	0,083	0,057	0,144	1,086	0,972	1,214
SCL-90-R	-1,605	0,795	0,044	0,201	0,042	0,955
SOC	-0,007	0,016	0,666	0,993	0,962	1,025

Die Regressionsanalyse für das Vorhandensein der klinischen Diagnose einer PS ist in Tabelle 3.7.2. dargestellt. Nagelkerkes R^2 liegt hier bei 0,309. Für die TAS, den FDS, das IIP, den BDI und die SOC liegt das Signifikanzniveau über dem geforderten Wert von 0,05. Also besteht kein Zusammenhang zwischen der klinischen Diagnose einer PS und diesen psychologischen Dimensionen. Nur für die SCL-90-R liegt das Signifikanzniveau unter 0,05, sodass hier eine Vorhersage erlaubt ist. Der Wert für e^b von 0,2 sagt aus, dass unter Berücksichtigung aller anderen psychopathologischen Tests Probanden mit der klinischen Diagnose einer PS niedrigere psychopathologische Werte aufweisen. Also sind sie subjektiv weniger durch körperliche und psychische Symptome beeinträchtigt. Jedoch erzielten Probanden mit der Diagnose einer PS nach SKID-II in der SCL-90-R pathologischere Ergebnisse als die Vergleichsgruppe. Diese beiden Aussagen stehen somit im Widerspruch. Eine Erklärungsmöglichkeit wäre, dass es sich hier um die Differenz zwischen der univariaten Varianzanalyse und multivariaten Analyse der logistischen Regression handelt. Aber auch die geringe

Teilnehmerzahl von 88 Probanden kann Grund für widersprüchliche Ergebnisse sein.

4. Diskussion

4.1. Repräsentativität der Stichprobe

Die relativ kleine Stichprobengröße der vorliegenden Studie von $n = 107$ liegt unterhalb des Durchschnitts der bisher untersuchten Populationen von stationär behandelten persönlichkeitsgestörten Patienten in Deutschland. Fydrich und Schmitz (1994) führten ihre Studie anhand von 435 Patienten aus einer deutschen psychosomatischen Fachklinik durch. In ihrer Studie erfassten Konermann et al. (2006) 13044 Patienten aus 17 psychosomatischen Kliniken. Dies wirft die Frage auf, inwieweit die vorliegende Studie repräsentativ für deutsche psychiatrische Patienten ist.

4.1.1. Geschlechterverhältnis und Partnersituation

Die Untersuchungsgruppe der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Stralsund bestand aus 66,4% Frauen und 33,6% Männern. Dies spiegelt die Geschlechterverteilung der Studie von Konermann et al. (2006) recht gut wider. Hier waren es 65,6% Frauen und 34,4% Männer.

Demnach sind in klinischen Populationen zwei Drittel der Persönlichkeitsgestörten Frauen und ein Drittel Männer.

Von den Persönlichkeitsgestörten unserer Studie waren 64,1% verheiratet oder in fester Partnerschaft, 35,9% hatten wechselnde oder keine Partner. Die oben genannte Studie von Konermann et al. (2006) erbrachte ein Verhältnis von 50,2% (ohne oder wechselnde Partner) zu 49,8% (partnerschaftlich fest gebunden).

Obwohl Persönlichkeitsgestörte häufig auch Defizite der Interaktion aufweisen, die partnerschaftliche Beziehungen stark beeinträchtigen, ist aus der Datenstruktur unserer Probandengruppe keine auffällige Tendenz bezüglich der Partnersituation abzuleiten.

4.1.2. Schulbildung

Die Ergebnisse hinsichtlich der Schulbildung aus der Studie von Konermann et al. (2006) ähneln denen dieser Studie teilweise. Während die Patienten hier zu 70,1% eine Haupt- oder Realschule besucht hatten, sind es bei uns 77,6%. Das Abitur

absolvierten bei Konermann et al. doppelt so viele Probanden wie in unserer Untersuchungsgruppe.

Im Blick auf die deutlich höhere Zahl an Studienteilnehmern bei Konermann et al. berechtigen diese Relationen die Annahme, dass Persönlichkeitsgestörte hinsichtlich Schulbildung in etwa das Niveau der Allgemeinbevölkerung erreichen. Um diese Aussage zu fundieren, sollten auf diesem Gebiet weitere Untersuchungen folgen.

4.1.3. Berufsabschluss und Arbeitslosenrate

Die Daten dieser Studie über den Berufsabschluss von Patienten mit PS weichen von den Ergebnissen von Konermann et al. (2006) insofern ab, dass dort die Hälfte der Studienteilnehmer eine Lehre oder Fachschule absolviert hatte, in unserer Stichprobe waren es über 70%. Dagegen besuchten in Konermanns Studie mehr als doppelt so viele Patienten eine Fachhochschule oder Universität wie bei uns. Die Daten über Studienteilnehmer ohne Berufsabschluss ähneln sich wieder (14,2% bei Konermann versus 12,2% in unserer Patientenstichprobe).

Rückschlüsse, ob Menschen mit PS einen niedrigeren beruflichen Bildungsstand gegenüber der Allgemeinbevölkerung aufweisen, sollten aus weiteren Studien gewonnen werden. Gegenwärtig steht diesbezüglich wenig Datenmaterial zur Verfügung.

Die Arbeitslosenrate ist bei den Probanden unserer Studie allgemein hoch. Ein Grund hierfür könnte die große Anzahl an affektiven Störungen unserer Probanden darstellen. Reich et al. (1989) ermittelten unter Persönlichkeitsgestörten eine signifikant höhere Zahl an Arbeitslosen als in der Vergleichsgruppe. Auch hier fehlen weitere vergleichbare Studien

4.2. Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen

4.2.1. Vergleich mit anderen klinischen Populationen

Zur Erfassung der Prävalenz von PS gibt es zum einen die Möglichkeit den Patienten einen Fragebogen ausfüllen zu lassen und diesen auszuwerten, ein strukturiertes Interview durchzuführen oder die Diagnose durch ein Interview im klinischen Alltag zu stellen. Im Mittel wird bei der Verwendung eines

Fragebogens bei 60% der Untersuchten eine PS diagnostiziert, mit strukturierten Interviews reduziert sich diese Rate auf durchschnittlich 44% (Schmitz et al. 1996), deshalb sollen die unterschiedlichen Methoden separat ausgewertet werden.

Zuerst soll auf die Studien eingegangen werden, in denen nicht mit standardisierten Instrumenten gearbeitet wurde, sondern die klinische Einschätzung maßgeblich war. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 4.2.1.

In der klinischen Diagnostik unserer Studie wurde bei 13 (12,1 %) der Probanden eine spezifische PS festgestellt. Weiterhin hatten 23 (21,5%) unserer Patienten eine kombinierte oder nicht näher bezeichnete PS, so dass insgesamt bei 33,6% der Probanden eine PS nach klinischer Diagnostik festgestellt wurde.

Die bereits mehrfach zitierte Studie von Konermann et al. (2006) mit Patienten aus 17 psychosomatischen Kliniken erbrachte eine Prävalenz von 26,1% mit mindestens einer PS. Auch hier wurden kombinierte und nicht näher bezeichnete PS berücksichtigt. Diese Daten sind Bestandteil einer Basisdokumentation von neu aufgenommenen Patienten. Die Therapeuten wurden hinsichtlich der Diagnostik nach ICD-10 geschult und diagnostizierten die PS durch ein klinisches Interview.

Tabelle 4.2.1. Prävalenzen von PS nach klinischer Diagnostik

<i>Studie</i>	<i>Prävalenz</i>	<i>Probandenzahl</i>	<i>Methode</i>
<i>Konermann et al. (2006)</i>	26,1%	49984	Diagnostik nach ICD-10, klinisches Interview durch den Therapeuten
<i>unsere Studie</i>	33,6%	107	Diagnostik nach ICD-10, klinisches Interview durch den Therapeuten

Nachstehend werden Studien aufgeführt, in denen mit einem strukturierten Interview gearbeitet wurde. Ausgewählte Ergebnisse finden sich in Tabelle 4.2.2.

Tabelle 4.2.2. Prävalenzen von PS bei Studien mit standardisierten Interviews

<i>Studie</i>	<i>Prävalenz</i>	<i>Methode</i>	<i>Probandenzahl</i>	<i>Setting</i>
<i>Saß und Mende (1990)</i>	48/26%	AMPS ICD-10/ DSM-III-R	414	stationär
<i>Loranger et al. (1994)</i>	39,5/ 51,1%	IPDE ICD-10/ DSM-III-R	716	ambulant und stationär
<i>Herpertz et al. (1994)</i>	56/37%	AMPS ICD-10/ DSM-III-R	231	stationär
<i>Kass et al. (1985)</i>	51%	klin. Interview nach DSM-III- Kriterien	609	ambulant
<i>Stuart et al. (1998)</i>	56,2%	SIDP-R	1116	ambulant/ stationär/ Familien- mitglieder
<i>Jackson et al. (1991)</i>	67%	SIDP	112	stationär
<i>Oldham et al. (1992)</i>	74/86%	PDE/SKID-II	100	stationär/ Warteliste
<i>Alnaes u. Torgersen (1988a)</i>	81,1%	SIDP	298	ambulant

Saß und Mende (1990) untersuchten 414 stationäre psychiatrische Patienten mit der Aachener Merkmalsliste für PS (AMPS) und erhielten eine Prävalenz von 48% nach ICD-10 und 26% nach DSM-III-R.

Bei Loranger et al. (1994) erfüllten 39,5% der Patienten die Kriterien von mindestens einer PS nach ICD-10, nach DSM-III-R waren es 51,1%. Diese Studie wurde mit einem semistrukturierten Interviewverfahren, der International Personality Disorder Examination (IPDE), durchgeführt. Die 716 Studienteilnehmer waren Patienten in 14 verschiedenen Kliniken. Davon wurden 295 stationär und 421 (58,8%) ambulant behandelt.

Herpertz et al. (1994) untersuchten 231 stationäre psychiatrische Patienten anhand der AMPS, gemäß der ICD-10 hatten 56%, nach dem DSM-III-R 37% eine PS.

In der Arbeit von Kass et al. (1985) hatten 51% der ambulanten psychiatrischen Patienten eine PS. Die Diagnostik erfolgte anhand der DSM-III-Kriterien, je nach Ausprägung der PS wurden die Probanden innerhalb einer Skala mit vier Graden eingestuft.

In einer Arbeit von Stuart et al. (1998) wurde das Structured Interview for DSM-III Personality Disorders Revised (SIDP-R) verwendet. Die Studienteilnehmer aus verschiedenen Kliniken in den Vereinigten Staaten und Italien waren mehrheitlich ambulante, zum Teil auch stationäre Patienten und Familienmitglieder von Menschen mit verschiedenen psychiatrischen Störungen. Hier hatten von den 1116 Probanden 56,2 % eine PS.

Von 112 stationären psychiatrischen Patienten in einer Studie von Jackson et al. (1991) hatten 67% eine PS, hier wurde mit dem Structured Interview for DSM-III Personality Disorder (SIDP) gearbeitet.

Oldham et al. (1992) verglichen die Personality Disorder Examination (PDE) und den SKID-II-Fragebogen. Die 100 Studienteilnehmer hatten aufgrund schwerer Persönlichkeitspathologie einen Antrag auf einen längerfristigen stationären Aufenthalt gestellt und wurden persönlich von Psychiatern interviewt. Die Prävalenz für PS betrug bei der PDE 74% und beim SKID-II 86%.

Die Probanden von Alnaes und Torgersen (1988a) waren ambulante Patienten im Großraum von Oslo und hatten Störungen der ersten oder zweiten Achse des DSM-III. Hier waren 81,1% der mit dem SIDP untersuchten Studienteilnehmer persönlichkeitsgestört.

Alnaes und Torgersen erwägen folgende Gründe für die hohe Prävalenz: Da es sich hier um Menschen handelt, die Hilfe und Fürsorge suchen, schätzen sie sich selbst auch in besonderem Maß als bedürftig ein. Des Weiteren sind die meisten der aufgeführten Vergleichsstudien aus Amerika, wo das Gesundheitssystem im Gegensatz zu Norwegen kostenpflichtig ist. Aus diesem Grunde werden Menschen aus Norwegen psychiatrische Hilfe eher in Anspruch nehmen (Alnaes und Torgersen 1988a). Dem ist entgegengesetzt, dass in einer amerikanischen Studie von Oldham et al. (1992) ähnlich hohe Prävalenzen gefunden worden sind. Die Prävalenzwerte der verschiedenen Studien sind zum Teil enorm divergent. Zum einen kann die unterschiedliche Auswahl der Probanden einen Grund dafür darstellen, zum anderen unterscheiden sich die Interviewverfahren und die Ausbildung der Interviewer. Aber auch beim Vergleich von Studien, in denen

dasselbe Interviewverfahren angewandt wurde, gibt es beträchtliche Unterschiede. In den Studien von Alnaes und Torgersen (1988a) und von Stuart et al. (1998) wurde das SIDP bzw. das SIDP-R verwendet, auch das Training für die Mitarbeiter, die das Interview führten, lief ähnlich ab. Trotzdem gab es bei Alnaes und Torgersen 30% mehr Diagnosen für eine PS. Gründe für die unterschiedlichen Ergebnisse könnten hier auch im kulturellen Umfeld zu suchen sein.

Abschließend wird ein Überblick über Untersuchungen gegeben, in denen ein Selbstbeurteilungsfragebogen angewendet worden ist (Tabelle 4.2.3.).

Tabelle 4.2.3. Prävalenzen von PS bei Studien mit isolierter Anwendung von Fragebögen

<i>Studie</i>	<i>Prävalenz</i>	<i>Methode</i>	<i>Probandenzahl</i>	<i>Setting</i>
<i>Hunt und Andrews (1992)</i>	67,5%	PDQ	40	ambulant
<i>Hylér et al. (1992)</i>	69,0%	PDQ	59	ambulant
<i>Reich und Noyes (1987)</i>	78,0%	PDQ	24	stationär
<i>eigene Studie</i>	84,1%	SKID-II	107	stationär

Hunt und Andrews (1992) berichten bei der Untersuchung von 40 ambulant psychiatrischen Patienten anhand des Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) über eine Prävalenz von 67,5%, Hylér et al. (1992) gaben mit der gleichen Untersuchungsmethode mit 59 ambulant psychiatrischen Patienten eine Prävalenz von 69% an. In einer klinischen Stichprobe mit Patienten mit affektiven Störungen führten Reich und Noyes (1987) eine Studie durch, hier waren gemäß dem PDQ 78% persönlichkeitsgestört.

In unserer Studie kam es auf der Basis des SKID-II-Fragebogens zu einer Prävalenz von 84,1% bei den Patienten, die ebenfalls vorwiegend an affektiven Störungen litten. Wie zu erwarten sind die Ergebnisse in Studien, in denen mit ambulanten Patienten oder der Normalbevölkerung gearbeitet wurde, niedriger als unsere Werte. Die Prävalenz von Reich und Noyes (1987) zeigt die größte Ähnlichkeit zu unserer Arbeit, der Grund dafür könnte das ähnliche Patientenkollektiv sein.

4.2.2. Anzahl der Persönlichkeitsstörungen im Vergleich

Die Diagnoserate für PS ist durch strukturierte Interviews überdurchschnittlich hoch und mehrere PS werden signifikant öfter als im gewöhnlichen Patientengespräch diagnostiziert. Ein Grund hierfür könnte die Überlappung der Kriterien sein. Durch Selbstbeurteilungsfragebögen kann diese Tendenz noch gesteigert werden. Sowohl in unserer Studie als auch bei Stuart et al. (1998) haben die Probanden im SKID-II und dem PDE einen Schnitt von 2,7 PS, bei Alnaes und Torgersen (1988a) waren es nur 2,4. Zanarini et al. (1987) untersuchten 252 stationäre Patienten mit dem Diagnostic Interview for Personality Disorders (DIPD) und beschreiben einen Durchschnitt von 2,6 PS. Oldham et al. (1992) ermittelte sowohl mit dem SKID-II als auch mit dem PDE einen Durchschnitt von 3,4 PS. Diese Arbeit zeigt, dass es sich bei der hohen Komorbidität um keine Spezifität des SKID-II handeln kann. Dafür sprechen auch die folgenden Ergebnisse.

Widiger et al. (1986b) nutzten das Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ein semistrukturiertes Interview. Die 71 stationären Patienten hatten durchschnittlich 3,8 PS. Bei Skodol et al. (1988) waren es bei einer longitudinalen Untersuchung von 20 psychiatrischen Patienten mit dem SKID-II durchschnittlich 4,6 PS, einige Studienteilnehmer erfüllten dort sogar die Kriterien von sieben oder mehr PS, ähnlich unserer Untersuchungsstichprobe. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 4.2.4. zusammengefasst.

Tabelle 4.2.4. Prävalenzen (in Prozent) der PS in strukturierten Interviews oder bei Selbstbeurteilungsfragebögen

<i>Studie und Methode</i>	<i>keine PS</i>	<i>1 PS</i>	<i>2 PS</i>	<i>3 PS</i>	<i>4-7 PS</i>	<i>Durchschnitt</i>
<i>Alnaes und Torgersen (1988a) SIDP</i>	19	25	24	16	14	2,4
<i>Zanarini et al. (1987) DIPD</i>	19	7	23	21	30	2,6
<i>Stuart et al. (1998) SIDP-R</i>	44	18	14	7	17	2,7
<i>SKID-II Fragebogen Stralsund</i>	16	20	13	14	37	2,7
<i>Oldham et al. (1992) SKID-II</i>	14	11	23	15	37	3,4
<i>Oldham et al. (1992) PDE</i>	26	14	17	13	30	3,4
<i>Widiger et al. (1986b) MMPI</i>						3,8
<i>Skodol et al. (1988) SKID-II</i>						4,6

4.2.3. Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen im Vergleich

Obwohl bisher nur wenige Arbeiten über die interne Komorbidität der PS vorliegen kann eingeschätzt werden, dass der Großteil der Patienten nicht nur von einer, sondern von mehreren PS betroffen ist.

Die recht aufwendigen Untersuchungen zur Häufigkeit und Verteilung der PS im Sinne moderner Diagnosesysteme liegen nur in sehr geringer Zahl vor (Fiedler 2001). Als erstes soll genauer betrachtet werden, wie oft PS als alleinige Diagnose oder in Begleitung weiterer PS auftreten, letzteres wird als Kodiagnose bezeichnet. Bei etwa 23% der Persönlichkeitsgestörten innerhalb der Allgemeinbevölkerung wird mehr als eine PS diagnostiziert. Das entspricht den niedrigsten Raten, die in klinischen Untersuchungen gefunden wurden (Maier et al. 1992). Zimmermann und Coryell (1989) fanden bei der Untersuchung Angehöriger von gesunden Probanden und Verwandten von psychiatrischen Patienten, dass 47% der Persönlichkeitsgestörten weitere PS hatten. Oldham et al. (1992) ermittelten in bisherigen Studien eine mehrfache Diagnose von mindestens 50% zwischen den PS.

Eine detaillierte Aufschlüsselung über die Komorbidität von PS enthält eine Studie von Nurnberg et al. (1991). Hier wurden 110 ambulante psychiatrische Patienten mit einem strukturierten Interview befragt, dass alle Kriterien des DSM-

III-R beinhaltet. Wie in unserer Arbeit sind weitreichende Überlappungen der PS über die drei Cluster hinweg erkennbar.

In einer Arbeit von Widiger und Rogers (1989), einer Zusammenstellung aus vier Studien, stammen die 277 Probanden hauptsächlich aus klinischen Populationen. Hier wurde auf eine Angabe der Probandenzahl in den einzelnen PS verzichtet. Eine Übersicht der Ergebnisse von Nurnberg, Widiger und Rogers und unserer Studie ist in Tabelle 4.2.6. dargestellt.

Tabelle 4.2.6. Häufigkeit von Kodiagnosen in unserer Studie, bei Nurnberg et al. (1991) und bei Widiger und Rogers (1989)

<i>PS</i>	<i>unsere Studie</i>			<i>Nurnberg et al.</i>			<i>Widiger und</i>
	<i>n = 90</i>			<i>n = 140</i>			<i>Rogers (1989)</i>
	<i>gesamt</i>	<i>Kodiagnose</i>		<i>gesamt</i>	<i>Kodiagnose</i>		<i>Kodiagnose</i>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
<i>paranoid</i>	36	36	100	14	12	86	100
<i>schizoid</i>	36	35	97,3	4	2	50	83
<i>schizotypisch</i>	3	3	100	3	3	100	84
<i>antisozial</i>	26	25	96,2	2	2	100	82
<i>Borderline</i>	49	48	98,0	22	18	82	96
<i>histrionisch</i>	3	3	100	19	15	79	83
<i>narzisstisch</i>	7	7	100	18	16	89	93
<i>selbstunsicher</i>	41	38	92,7	26	18	69	83
<i>dependent</i>	31	30	96,8	18	14	76	76
<i>zwanghaft</i>	61	50	82,0	6	5	83	69
<i>passiv-aggressiv</i>	25	25	100	8	8	100	88

In Nurnbergs Studie bewegen sich alle Raten der komorbiden Diagnosen, außer die der schizoiden PS mit nur zwei Probanden, zwischen 69 und 100%. Diese Tendenz ist in unserer Studie noch ausgeprägter zu sehen. Die komorbiden Diagnosen für die PS sind hier zwischen 82 bis 100%. Die Prozentwerte für die Kodiagnosen sind bei der schizotypischen, antisozialen, zwanghaften und passiv-aggressiven PS identisch oder annähernd gleich. Unterschiede ergeben sich vor

allem in der Kodiagnose der schizoiden PS, bei Nurnberg sind es 50% und bei uns 97,3% der Probanden. Die Werte von Widiger und Rogers unterstreichen die oben gemachten Aussagen. Auch hier bewegen sich die Prozentwerte der komorbiden Diagnosen zwischen 69 und 100%, bei acht der elf untersuchten PS sind die Prozentwerte für die Komorbidität bei Widiger und Rogers gleich oder in der Mitte zwischen den Werten von Nurnberg und unserer Arbeit.

In wenigen Studien werden die Überschneidungen zwischen den PS explizit angegeben, manchmal auch nur für einzelne PS. Das macht den Vergleich schwierig. Die Ergebnisse unserer Arbeit unterstreichen die der vorangegangenen Studien. Es zeigt sich eine ausgesprochen hohe Komorbidität der PS untereinander. Nur ein Fünftel der durch den SKID-II diagnostizierten Persönlichkeitsgestörten haben eine einzige PS. Davon haben mehr als die Hälfte eine zwanghafte PS. Somit wurde bei der zwanghaften PS die höchste Rate an Einzeldiagnosen mit 18% erreicht, weiterhin waren 7,3% aller selbstunsicheren PS Einzeldiagnosen. Für die schizoide, die Borderline-, und die dependente PS blieb die Rate der Einzeldiagnosen unter 4%. Die paranoide, schizotypische, histrionische, narzisstische und passiv-aggressive PS wurden in unserer Arbeit nie als Einzeldiagnose im SKID-II diagnostiziert.

Die einzige Studie, in der die Komorbidität für die PS vollständig durchgeführt wurde, stammt von Stuart et al. (1998). Hier wurden insgesamt 1116 ambulante oder stationäre psychiatrische Patienten aus Nordamerika und Italien sowie deren Familienmitglieder anhand des Structured Interview for DSM-III Personality Disorders Revised (SIDP-R) untersucht. Durch die über 10-fach höhere Probandenzahl können in dieser Studie wahrscheinlich allgemeingültigere Aussagen gemacht werden. Aufgrund der geringen Fallzahlen für die schizotypische, histrionische und narzisstische PS in unserer Untersuchungsstichprobe ergeben sich hier extreme Prozentwerte in der Komorbiditätsuntersuchung. Deshalb werden diese PS aus dem Vergleich herausgenommen.

Da es sich bei beiden Studien um unterschiedliche Probandenrekrutierung und Fragebögen handelt und in verschiedenen Ländern gearbeitet wurde, sind Abweichungen zu erwarten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4.2.7. und 4.2.8. dargestellt.

Tabelle 4.2.7. Komorbidität zwischen den PS unserer Studie

	<i>n</i>	<i>PN</i>	<i>SZ</i>	<i>ST</i>	<i>AS</i>	<i>BL</i>	<i>HS</i>	<i>NZ</i>	<i>SU</i>	<i>DP</i>	<i>ZW</i>	<i>PA</i>
<i>PN</i> paranoid	36	58,3	5,6	44,4	75,0	0,0	13,9	61,1	50,0	66,7	50,0	
<i>SZ</i> schizoid	36	58,3	2,8	36,1	66,7	0,0	11,1	55,6	33,3	55,6	33,3	
<i>ST</i> schizotypisch	3	66,7	33,3	100	100	0,0	66,7	100	66,7	100	66,7	
<i>AS</i> antisozial	26	61,5	50,0	11,5	65,4	3,8	0,0	50,0	42,3	69,2	42,3	
<i>BL</i> Borderline	49	55,1	49,0	6,1	34,7	4,1	14,3	51,0	44,9	71,4	44,9	
<i>HS</i> histrionisch	3	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	66,7	66,7	0,0	
<i>NZ</i> narzisstisch	7	71,4	57,1	28,6	0,0	100	0,0	85,7	57,1	57,1	71,4	
<i>SU</i> selbstunsicher	41	53,7	48,8	7,3	31,7	61,0	0,0	14,6	46,3	63,4	43,9	
<i>DP</i> dependent	31	58,1	38,7	6,5	35,5	71,0	6,5	12,9	61,3	74,2	48,4	
<i>ZW</i> zwanghaft	61	39,3	32,8	4,9	29,5	57,4	3,3	6,6	42,6	3,8	26,2	
<i>PA</i> passiv-aggress.	25	72,0	48,0	8,0	44,0	88,0	0,0	20,0	7,2	60,0	64,0	

Tabelle 4.2.8. Komorbidität bei Stuart et al. 1998

	<i>n</i>	<i>PN</i>	<i>SZ</i>	<i>ST</i>	<i>AS</i>	<i>BL</i>	<i>HS</i>	<i>NZ</i>	<i>SU</i>	<i>DP</i>	<i>ZW</i>	<i>PA</i>
<i>PN</i>	155	34,4	66,7	21,3	28,7	27,3	38,7	26,7	23,9	33,3	32,3	
<i>SZ</i>	32	7,1	24,2	4,3	4,7	3,4	5,4	7,2	4,5	7,7	6,2	
<i>ST</i>	33	14,2	25,0	8,5	9,4	5,0	8,6	8,7	8,0	6,6	7,5	
<i>AS</i>	47	6,5	6,3	12,1	14,0	7,1	8,6	6,5	5,0	5,5	9,3	
<i>BL</i>	171	31,6	25,0	48,5	51,1	36,6	38,7	28,2	41,8	24,0	36,6	
<i>HS</i>	238	41,9	25,0	36,4	36,2	50,9	73,1	28,5	44,8	27,3	46,0	
<i>NZ</i>	93	23,2	15,6	24,2	17,0	21,1	28,6	13,0	21,9	16,4	20,5	
<i>SU</i>	277	47,7	62,5	72,7	38,3	45,6	33,2	38,7	59,2	53,0	51,6	
<i>DP</i>	201	31,0	28,1	48,5	21,3	49,1	37,8	47,3	43,0	33,9	42,9	
<i>ZW</i>	183	39,4	43,8	36,4	21,3	25,7	21,0	32,3	35,0	30,8	32,3	
<i>PA</i>	161	33,5	31,3	36,4	31,9	34,5	31,1	35,5	30,0	34,3	28,4	

In 85% der Fälle haben Probanden unserer Studie eine höhere Komorbidität als bei Stuart et al., am extremsten ist der Unterschied zwischen antisozialer und zwanghafter PS. Hier ergab sich in unserer Studie ein fast 13-fach höherer Prozentwert (69,2% versus 5,5%).

Bei den Komorbiditätsraten der schizoiden und der antisozialen PS sind unsere Werte in mehr als der Hälfte der kodiagnostizierten PS reichlich siebenfach höher. Die Werte für die selbstunsichere und zwanghafte PS ähneln sich. Bei den anderen PS bewegen sich die Werte unserer Studie in den meisten Fällen zwischen 0,8- und zweifacher Prozentzahl. Zanarini et al. (1987) erklären die erhebliche Kodiagnostik der PS durch eine hohe Prävalenz der PS in Cluster B. In unserer Studie sind Probanden mit Cluster-B-PS mehr als doppelt so häufig vertreten wie bei Stuart et al. (48,6% versus 18,2%).

4.2.4. Clusterverteilung der Persönlichkeitsstörungen

Wie in Tabelle 1.3.1. ersichtlich ist, herrscht noch keine Einigkeit zur Clusterverteilung. In unserer Studie waren die PS, wie in Diagramm 3.3.3 veranschaulicht, selten auf ein Cluster beschränkt, was nicht zuletzt auch an der hohen Prävalenz im Selbstbeurteilungsfragebogen liegen mag. Die hohe Überschneidungsrate der PS beschränkt sich nicht auf die einzelnen Cluster. So konnten sowohl Gude und Vaglum (2001) bei der Untersuchung von 1040 stationären Patienten als auch Nurnberg et al. (1991) bei der Befragung von 110 ambulanten psychiatrischen Patienten keine eindeutige Trennung der PS nach dem Clusterkonzept ermitteln.

4.2.5. Divergenz zwischen SKID-II-Fragebogen und klinischer Diagnose

Die Debatte, ob klinische Interviews oder Fragebögen zur Diagnostik von PS verwendet werden sollen, ist alt (Wiggins 1981). Instrumente zur Selbstbeurteilung haben in den letzten Jahren erheblich an Popularität gewonnen, denn es müssen weniger Fachkräfte zur Diagnostik ausgebildet werden, die Struktur wird durch die Fragebögen präzisiert und die Beeinflussung durch die subjektive Meinung der untersuchenden Person kann verringert werden (Widiger und Frances 1987). Ob ein Patient jedoch die Frage verstanden und alle nötige Information zur Diagnosefindung weitergegeben hat, kann nur durch einen Spezialisten beurteilt werden (Spitzer 1983). Interviews ermöglichen zwar eine größere Flexibilität, aber auch diese haben ihre Grenzen (Robins 1985). So lassen sich durch Selbstbeurteilungsfragebögen mehr PS diagnostizieren als durch klinische Interviews (Hurt et al. 1984; Edel 1984). Patienten mit drei bis sieben

PS sind oft schwierig einzuordnen. Deshalb neigen Kliniker in diesen Fällen dazu, zu untertreiben oder die gefundenen Beschwerdebilder in einer oder zwei Störungen zusammenzufassen (Widiger et al. 1986b; Pfohl et al. 1986). In diesen Fällen erfassen Fragebögen die Aussagen der Patienten besser. Des Weiteren bestehen die Kriterien einer Reihe von PS in negativen Charaktereigenschaften. Hier bieten Fragebögen gut vorformulierte Fragen, die es dem Patienten einfacher machen, seine Persönlichkeitseigenschaften einzuschätzen. Trotzdem kommt es bei Selbstbeurteilungsfragebögen oft zu einer Überdiagnostik und sie sollten daher differenziert angewendet werden (Zimmermann 1994).

Der Unterschied in den Prävalenzen zwischen klinischer Diagnose und SKID-II-Fragebogen ist in unserer Studie beträchtlich. Während 33,6% der Probanden die klinische Diagnose einer PS erhielten, wurde durch den SKID-II-Fragebogen eine Prävalenz für PS von 84,1% diagnostiziert. Dahl (1986) ermittelte bei einem klinischen Interview anhand der Kriterien des DSM-III eine Prävalenz von 44,6%, aber nur bei 23,4% dieser Studienteilnehmer war vom Therapeuten eine PS diagnostiziert worden.

Jacobsberg et al. (1995) verglichen die Ergebnisse des SKID-Fragebogens ohne darauf folgendes Interview mit der klinischen Diagnose von PS durch die Personality Disorder Examination (PDE). Die Stichprobe bestand aus einer Gruppe von 260 gesunden Probanden, die einen HIV-Test machen ließen. Die Ergebnisse sind im Vergleich mit unseren in Tabelle 4.2.11. aufgeführt.

Durch die Verwendung des strukturierten Interviews (PDE) konnten bei der klinischen Diagnostik Jacobsbergs höhere Prävalenzen als bei uns in den einzelnen PS gefunden werden. Nur unter Berücksichtigung der kombinierten PS ist unsere klinische Gesamtprävalenz höher. Trotz unterschiedlicher Untersuchungsstichproben und Ergebnisse in den einzelnen PS im SKID-II sind die Gesamtprävalenzen vergleichbar.

Bei Jacobsberg et al. war die Rate der falsch negativen Ergebnisse, gemessen an den klinischen Diagnosen bei jeder PS durch die isolierte Anwendung des SKID-II-Fragebogens gering. Für die selbstunsichere und dependente PS war das Ergebnis fast gleich. Er empfiehlt den SKID-Fragebogen grundsätzlich als vorausgehendes Screeninginstrument und als vollwertiges

Untersuchungsinstrument für die dependente und selbstunsichere PS. Bei diesen beiden PS sind die Prävalenzen in unserer Studie ebenfalls divergent, sodass nur dem Vorschlag des generellen Screening zugestimmt werden könnte.

Tabelle 4.2.11. Vergleich der Prävalenzen (in Prozent) der klinischen Diagnosen und der Ergebnisse aus dem SKID-II-Fragenbogen mit denen von Jacobsberg (1995)

<i>PS</i>	<i>klin. Diagnose</i>	<i>klin.Diagnose</i>	<i>SKID-II</i>	<i>SKID-II</i>
	<i>Jacobsberg</i> <i>(PDE)</i>	<i>Stralsund</i>	<i>Jacobsberg</i>	<i>Stralsund</i>
<i>paranoid</i>	6,5	-	46,2	33,6
<i>schizoid</i>	0,8	-	13,8	33,6
<i>schizotypisch</i>	1,5	-	14,2	2,8
<i>antisozial</i>	4,2	-	35,4	24,3
<i>Borderline</i>	7,7	5,6	20,0	45,8
<i>histrionisch</i>	6,2	-	33,5	2,8
<i>narzisstisch</i>	3,8	-	25,4	6,5
<i>selbstunsicher</i>	7,3	1,9	9,6	38,3
<i>dependent</i>	7,3	3,7	8,1	29,0
<i>zwanghaft</i>	8,1	0,9	29,6	57,0
<i>passiv-aggressiv</i>	1,9	-	15,4	23,4
<i>kombiniert</i>	-	19,6	-	-
<i>gesamt</i>	23,8	32,7	75,4	84,1

Unterschiedliche Meßmethoden stellen meist einen Grund für divergente Ergebnisse dar. Studien, welche unterschiedliche Fragebögen zur Diagnostik von PS vergleichen, können durchgängig nur bescheidene Übereinstimmungen feststellen. Skodol und Kollegen (1991) verglichen anhand von 100 Anwärtern auf einen langzeitlichen stationären Aufenthalt den SKID-II mit der PDE. Die Interrater-Reliabilität betrug hier im Mittel nur 0.45.

Beim Vergleich zwischen klinischem Interview und Selbstbeurteilungsfragebogen kommt es in den meisten Studien zu gravierenden Abweichungen (Hunt und Andrews 1992). Auch eine Systematisierung von Informationen, die nur auf der

Selbstbeurteilung beruhen, gestaltet sich durch den unterschiedlichen Schwellenwert der subjektiven Zustimmung des Patienten schwierig (Widiger und Frances 1987). Ferner bieten die eher theoretischen Kriterien des DSM-III auch dem Kliniker viel Anlass zur Interpretation (Zanarini et al. 1987).

Ein Grund für die fehlenden Diagnosen der paranoiden und schizoiden PS im klinischen Interview könnte sein, dass diese Menschen selten psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen (Pfohl et al. 1986), da sie ihre Krankheit als ich-synton wahrnehmen.

Auch in einer Arbeit von Perry (1992) wurden das strukturierte Interview und der Selbstbeurteilungsfragebogen für PS miteinander verglichen. Grundlage waren 9 bereits zu diesem Thema durchgeführte Studien. Die Interrater-Reliabilität zwischen den beiden Untersuchungsmethoden war niedrig ($\kappa = 0.25$). Der Autor schließt daraus, dass die einzelnen Methoden zur Diagnostik von PS zwar akzeptable Ergebnisse erzielen, aber der Vergleich der Verfahren untereinander kein wissenschaftlich verwertbares Material liefert. Hier sollte besonders das klinische Interview verbessert werden, da dieses am besten einen systematischen Überblick über die Persönlichkeitsstruktur liefern kann.

4.2.6. Reliabilität und Validität des SKID-II

Eine Studie zur Reliabilität des SKID-II im deutschsprachigen Raum wurde von Fydrich et al. (1996) durchgeführt. Hier wurde bei den 91 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik eine prozentuale Übereinstimmung der diagnostischen Urteile für die einzelnen PS zwischen 89 und 100% erreicht ($\kappa = 0.55-0.82$), für die Diagnose mindestens einer PS 87%. Dies kann als akzeptables bis gutes Ergebnis gewertet werden.

Die repräsentativste Studie auf diesem Gebiet wurde von Maffei et al. (1997) mit 231 ambulanten und stationären Patienten durchgeführt. Hier waren die Koeffizienten für die Interrater-Reliabilität zwischen 0.48 und 0.98, der Durchschnittswert lag bei 0.83.

Bei der Untersuchung der Interrater-Reliabilität des SCID-II in Bezug auf die histrionische PS konnten von Del-Ben et al. (1996) keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden.

Studien über Charakterstörungen wie PS erreichen niedrigere Reliabilitätswerte als andere, die eine weniger schwere Pathologie untersuchen, auch wenn

Untersuchungsinstrumente selbst entwickelt werden ist die aufgezeigte Interrater-Reliabilität im Allgemeinen größer (Zimmerman 1994).

Besonders schlechte Ergebnisse für die Interrater-Reliabilität werden bei unstrukturierten Interviews festgestellt. Spitzer et al. (1979) sprechen von 0.61, Mellsoop und Kollegen (1982) nur von 0.41. Auf Grundlage eines Fragebogens konnten diese Werte deutlich verbessert werden, in einer Zusammenstellung von 15 Studien mit insgesamt 740 ambulanten und stationären Patienten waren die mittleren Kappa-Werte für jede PS, außer für die paranoide PS, zwischen 0.69 und 0.77.

Validitätsstudien von Schmitz et al. (1996) stellen den SKID-II Fragebogen und das darauf folgende strukturierte Interview als unbefriedigend dar. In einer Zusammenstellung von 10 Studien beträgt der Median aller Kappa-Koeffizienten für die Übereinstimmung verschiedener diagnostischer Verfahren für die einzelnen PS lediglich 0.3. Im zweiten Teil der eben genannten Studie wurden die nach Kriterien des SKID-II gestellten Beurteilungen mit den Diagnosen verglichen, die von den behandelnden Therapeuten zum Zeitpunkt der Entlassung gestellt wurden. Von den insgesamt 435 psychosomatischen Patienten hatten klinisch nur 39 eine PS, anhand des SKID-II waren es 117 gewesen. Dies entspricht einer Übereinstimmung von nur 9% der positiv diagnostizierten Fälle. Daraus folgt, dass zwischen den durchgeführten strukturierten Interviews und den diagnostischen Beurteilungen der Behandelnden keinerlei Übereinstimmung besteht. Weiterhin stellen Schmitz und Kollegen fest, dass auch im Allgemeinen die verschiedenen diagnostischen Verfahren untereinander unwesentliche oder keine Zusammenhänge aufzeigen. Handelt es sich in beiden Fällen z.B. um einen Fragebogen, werden immerhin höhere Übereinstimmungen erzielt. Die geringe Validität ist nach Schmitz et al. nicht zuletzt auf die geringe Übereinstimmung der Klassifikationssysteme DSM und ICD-10 zurückzuführen.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass in unserer Arbeit auch eine ähnlich große Divergenz zwischen klinischer Diagnose und SKID-II entstanden wäre, selbst wenn dem Fragebogen ein strukturiertes Interview gefolgt wäre.

Nach Widiger und Frances (1987) bleibt die Frage nach der optimalen Struktur in der Diagnosefindung noch offen.

4.3. Psychopathologie und Persönlichkeitsstörungen

4.3.1. SCL-90-R und Persönlichkeitsstörungen

Die Untersuchung mit der SCL-90-R in unserer Studie hat gezeigt, dass Patienten mit PS in allen Unterkategorien (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus) signifikant höhere Werte erzielten als diejenigen ohne PS. Besonders im Gesamtindex wurde dieses Ergebnis unterstrichen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Tritt und Kollegen (2006), die 12383 Patienten aus psychosomatischen Kliniken untersuchten. Auch hier wiesen Patienten mit PS signifikant höhere Skalenwerte auf. Die geringsten Abweichungen im Vergleich wurden sowohl in unserer Studie als auch bei Tritt und Kollegen (2006) auf der Somatisierungsskala gemessen. Kool et al. (2000) konnten dagegen im selben Vergleich nur erhöhte Werte im Global Severity Index (GSI), in der Depressivitäts-, der Ängstlichkeits- sowie der Somatisierungsskala bei Menschen mit PS finden.

Starcevic et al. (2000) untersuchten anhand von 112 ambulanten psychiatrischen Patienten, ob die SCL-90 zum Screening für PS genutzt werden kann. Zum Vergleich wurde das SKID-II verwendet. Für PS im Allgemeinen waren besonders die Skalen Aggressivität und paranoides Denken wegweisend. Durch Addition der Skalen Somatisierung und Zwanghaftigkeit konnten 86,6% der Cluster-B-PS und 94,6% der PS in Cluster A exakt bestimmt werden. Für das Screening von PS im Allgemeinen und für Cluster-C-PS konnten Starcevic und Kollegen die SCL-90 nicht empfehlen, weil sich dort zu viele falsch negative Befunde ergaben.

Im Manual der SCL-90-R gibt Franke (2002) an, dass Persönlichkeitsgestörte erhöhte Werte vor allem in den Skalen Depression, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Psychotizismus aufweisen. Das konnte in unserer Studie zum größten Teil bestätigt werden.

In einer Studie von Boleloucký und Polach (1989) wurde anhand der SCL-90 geprüft, inwieweit sich Gesunde, neurotische Menschen und Borderline-Persönlichkeitsgestörte voneinander unterscheiden lassen. In jeder der drei Gruppen befanden sich 31 Probanden. Mit Hilfe von 15 der 90 Fragen konnten

86,8% der neurotischen Studienteilnehmer und alle Borderline-Patienten herausgefiltert werden.

In einer Arbeit von Viinamäki et al. (2002) wurden 175 ambulante Patienten mit einer depressiven Störung anhand der SCL-90 untersucht. Am Anfang unterschieden sich die SCL-90-Werte der 30 Probanden mit einer Cluster-C-PS nicht von der Vergleichsgruppe. In den follow-up Untersuchungen nach 6, 12 und 24 Monaten zeigten die Patienten mit PS in der SCL-90 deutlich höhere und damit pathologischere Werte als Studienteilnehmer ohne PS.

Wildgoose et al. (2000) verglichen anhand der SCL-90 eine Gruppe von 33 ambulanten Borderline-Patienten mit 24 ambulanten Patienten mit anderen PS. Hier hatten die Studienteilnehmer mit Borderline-PS zwar in keiner der Subskalen, aber im GSI signifikant pathologischere Werte als die Vergleichsgruppe.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass stationäre und ambulante psychiatrische Patienten mit PS durch körperliche und psychische Symptome in einem weitaus höheren Maße belastet sind als diejenigen ohne PS.

4.3.2. BDI und Persönlichkeitsstörungen

Das Vorliegen einer PS scheint bei depressiven Patienten eher die Regel als die Ausnahme zu sein (Hammen 1999). Corruble et al. (1996) schätzen, dass 50-85% der ambulanten Patienten mit einer Major Depression zusätzlich eine PS haben.

Der Fakt, dass PS und Depressionen oft gemeinsam auftreten und deshalb nur „quasi“ unabhängig scheinen, hat dafür gesorgt, dass diesen beiden Syndromen in steigendem Maße Aufmerksamkeit zukommt (Joffe und Regan 1988). PS und Depression wurden von Shea et al. (1992) zu 23-78% miteinander diagnostiziert. Loranger et al. (1991) vermuten, dass die beiden Störungen durch die strikte Trennung auf den zwei verschiedenen Achsen im DSM-IV derartig gehäuft diagnostiziert werden. Dysphorische Stimmung bei affektiven Störungen beeinflusst die Stabilität der Persönlichkeit (Hirschfeld et al. 1983).

Die meisten PS machen Menschen anfällig für Depressionen (Widiger und Rogers 1989). So reagieren Menschen mit dependenter PS bei Verlust oder Trennung schnell depressiv, während narzisstische Menschen bei Korrektur des grandiosen, zerbrechlichen Selbstbildes sehr verletzlich sind. Wiederum neigen

selbstunsichere Menschen aufgrund der pessimistischen, selbstanklagenden Denkweise zu Hoffnungslosigkeit.

In Arbeiten von Pfohl et al. (1984), Docherty et al. (1986) und Shea et al. (1987) konnte belegt werden, dass das Vorhandensein von PS bei depressiven Menschen dazu führt, dass die Depression schlechter auf pharmakologische Therapie anspricht. Weiterhin gibt es bei diesen Personen mehr vorherige depressive Episoden, mehr Fälle von Suizidalität, weniger soziale Ressourcen, mehr Stressoren im Leben sowie mehr Trennung und Scheidung.

Depressionen und antisoziale PS sind die am meisten gemeinsam diagnostizierten Erkrankungen unter suchtkranken Patienten (Brooner et al. 1997). In einer türkischen Untersuchung über Substanzmissbrauch von Evren et al. (2006) erreichten Probanden mit antisozialer PS deutlich höhere Mittelwerte im BDI als eine Vergleichsgruppe ohne PS.

In einer Arbeit von Rees et al. (1997) wurden 184 Studienteilnehmer neben dem BDI auch anhand der Personality Disorder Examination (PDE) untersucht. Hier wurden nur geringe Korrelationen zwischen den PS und den Werten des BDI gefunden ($r = 0.20-0.27$). Somit konnte herausgestellt werden, dass die Diagnose von PS neben den affektiven Störungen eine wichtige Bedeutung hat, weil sie nicht zwangsläufig gemeinsam vorkommen.

Bei Zimmermann und Coryell (1990) korrelierten hohe Werte des Personality Diagnostic Questionnaires (PDQ) mit einem höheren Index für Depressivität.

PS des Clusters C und Depressionen stehen in signifikantem Zusammenhang. Das wurde in einer Studie von Viinamäki et al. (2002) anhand von 175 ambulanten psychiatrischen Patienten mit einer Major Depression in einer 24-monatigen prospektiven Studie untersucht. Mit dem BDI-Fragebogen konnte festgestellt werden, dass Probanden mit PS signifikant höhere Werte aufwiesen und mehr Zeit zur Genesung brauchten als die Vergleichsgruppe.

Skodol et al. (2005) untersuchten 668 Patienten mit verschiedenen PS über drei Jahre hinweg anhand des semistrukturierten Interviews „Medical Outcomes Study“ (MOS). Auch mit dieser Untersuchungsmethode ließen sich PS und Major Depression häufig vereint erkennen. Hier waren körperliche, soziale und emotionale Aspekte sowie das allgemeine Befinden mit einbezogen worden. Skodol und Kollegen schließen aus diesem Ergebnis, dass körperliche Gesundheit, Gefühle und Sozialkompetenz bei Menschen mit PS reduziert sind.

Zusammenfassend kann eine signifikante Assoziation zwischen Depressivität und PS unserer Untersuchungsstichprobe die Ergebnisse vieler anderer Studien bestätigen.

4.3.3. FDS und Persönlichkeitsstörungen

Die Auswertung des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS) hat gezeigt, dass Patienten mit PS sowohl im Gesamtscore als auch in den vier Subskalen signifikant höhere Werte erreichten als die Vergleichsgruppe. Auf diesem Gebiet sind nur wenige Studien durchgeführt worden, so dass ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist.

In einer Studie von Zanarini et al. (2000) wurden 290 Borderline-Patienten mit der Dissociative Experience Scale (DES), der amerikanischen Originalversion des FDS, untersucht. Sie erzielten signifikant höhere Mittelwerte als die Vergleichsgruppe (21,8 versus 7,5).

Die Borderline-PS ist charakterisiert durch einen sehr hohen Grad an Dissoziation (Carlson und Putnam 1993). In einer Studie von Wildgoose et al. (2000) hatten 24 Probanden mit Borderline-PS signifikant höhere Werte im Dissociation Questionnaire (DIS-Q) als 57 Patienten mit anderen PS. Auch Studienteilnehmer mit Borderline-Symptomen aus der Vergleichsgruppe hatten höhere Werte für Dissoziation. Diese Ergebnisse werden auch von Ross (2007) bestätigt. Von 93 Patienten mit Borderline-PS waren 59% anhand der DES von einer dissoziativen Störung betroffen, in der Vergleichsgruppe von 108 Probanden waren es nur 22%. Enge Verbindungen zwischen dissoziativen Symptomen und Traumata aus der Kindheit konnten Middleton und Butler (1998) nachweisen. Auch in den Theorien zur Ätiologie von PS spielen Traumata eine große Rolle.

Irvin (2001) untersuchte den Zusammenhang dissoziativer Tendenzen mit Schizotypie anhand von 116 erwachsenen australischen Studienteilnehmern. Er bezieht sich nicht spezifisch auf die schizotypische PS, sondern auf Persönlichkeitsbereiche von Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis. Trotzdem sind die anhand des Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) untersuchten Merkmale denen der PS identisch. Hier konnten signifikante Korrelationen zwischen dem durch die DES ermittelten Maß an Dissoziation und der Schizotypie gefunden werden.

In unserer Arbeit konnte gezeigt werden, dass dissoziative Symptome mit PS in Zusammenhang stehen. Diese Ergebnisse wurden von den wenigen vorhandenen weiteren Studien bestätigt.

4.3.4. IIP und Persönlichkeitsstörungen

Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP) ist unter der Voraussetzung, dass PS gut über das Vorhandensein chronischer Probleme in mitmenschlichen Beziehungen zu diagnostizieren sind, ein zuverlässiges Beurteilungsinstrument (Kim et al. 1997).

Es existieren wenige empirische Forschungsergebnisse im Bereich „Beziehungen“ und Diagnostik von PS. Insgesamt haben Persönlichkeitsgestörte weniger soziale Aktivitäten als die Allgemeinbevölkerung, auch in der Adoleszenz halten die Freundschaften nur in geringerem Grad (Bernstein et al. 1993). Daley et al. (2000) konnten Korrelationen zwischen Leid und Unzufriedenheit in der Partnerschaft und PS nachweisen. Hier waren die Ergebnisse in Cluster B am signifikantesten. Insbesondere bei Persönlichkeitsgestörten mit pathologischen und unflexiblen Beziehungsmustern konnten depressive Krisen ausgelöst werden. Auf diesem Weg kommen viele Menschen mit PS in eine Therapie (Walter und Dammann 2006).

Die Untersuchung mit dem IIP-Fragebogen in unserer Studie hat gezeigt, dass Menschen mit PS in allen Unterkategorien und vor allem im Gesamtindex signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe erreichen. Das deutet u.a. auf instabile zwischenmenschliche Beziehungen hin.

Kim et al. (1997) führten eine Studie anhand von 1004 ambulanten psychiatrischen Patienten aus fünf amerikanischen und britischen Kliniken durch. Die Probanden litten vorwiegend an affektiven und Angststörungen. Kim und Kollegen entwickelten sieben verschiedene Itemkombinationen des IIP und untersuchten daran, aus welchen Items der Fragebogen bestehen muss um PS am besten zu diagnostizieren. Es kristallisierte sich folgendes Modell heraus: als Kriterium erster Ordnung wurde der IIP-Gesamtwert ausgewählt, diesem waren fünf der acht Skalen nachgeordnet. Dieses Instrument wurde bereits von Pilkonis et al. (1996) entwickelt und als IIP-Personality Disorders (IIP-PD) bezeichnet.

Im Vergleich zu unserer Studie wurde deutlich, dass auch die persönlichkeitsgestörten Patienten in unserer Untersuchungsstichprobe den signifikantesten Unterschied zur Vergleichsgruppe im IIP-Gesamtwert aufwiesen.

Auch in den von Pilkonis et al. (1996) ausgewählten fünf Skalen (zu autokratisch, zu streitsüchtig, zu introvertiert, zu unterwürfig, zu ausnutzbar) waren durchgängig signifikantere Werte als in den drei übrigen Skalen (zu abweisend, zu fürsorglich, zu expressiv) zu finden. Diese Übereinstimmungen machen deutlich, dass besonders diese ausgewählten Skalen des IIP in der Diagnostik von PS eine wertvolle Hilfe sind.

Eine gute Diagnostik von Borderline-PS durch das IIP bestätigen Lejuez et al. (2003), sie untersuchten 78 College-Studenten und 78 Probanden, die eine Drogenentziehung anstrebten, anhand des IIP und der Borderline Symptom List (BSL). Hier kristallisierten sich die IIP-Skalen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu streitsüchtig“ heraus. Diese spiegeln die Symptome der Borderline-PS gut wider und rechtfertigen die Nutzung zur Diagnostik dieser PS. Lejuez und Kollegen sehen den Vorteil des IIP darin, dass Abnormitäten des Verhaltens und der Gefühle gut aufgezeigt werden. Borderline-Patienten erleben ihre Beziehungen zu Mitmenschen zumeist als feindselig, die Internalisierung dieser Beziehungen hat Selbstzerstörung und Selbstaufgabe zur Folge (Benjamin und Wonderlich, 1994). Horowitz (2000), der Begründer des IIP, stellt fest, dass Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen den Hauptgrund für den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Deshalb hängt für die Betroffenen der Behandlungserfolg nicht nur von einer Linderung der Symptomatik, sondern auch von der Verbesserung der interpersonellen Probleme ab (Leichsenring et al. 2005).

Aus den genannten Studien und den Ergebnissen unserer Untersuchungsstichprobe wird deutlich, dass durch das IIP die Defizite der Persönlichkeitsgestörten im zwischenmenschlichen Umgang sehr gut abgebildet werden können.

4.3.5. SOC und Persönlichkeitsstörungen

In unserer Studie konnte gezeigt werden, dass Probanden mit PS sowohl in den drei Subskalen „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ als auch im Gesamtindex signifikant pathologischere Werte erzielten als die Vergleichsgruppe. Anderen Arbeiten zeigen ähnliche Ergebnisse.

Ristkari et al. (2006) untersuchten 2348 finnische junge Männer mit dem SOC-13-Fragebogen. Von 2348 Probanden hatten 60 (2,6%) eine antisoziale PS, diese

hatten signifikant niedrigere Werte im SOC-Fragebogen erreicht. Weiterhin konnte belegt werden, dass psychiatrische Störungen im Allgemeinen mit einer niedrigeren Punktzahl im SOC korrelieren.

In einer Studie von Sammallahti et al. (1996) wurden der SOC und der Bond's Defense Style Questionnaire (DSQ) miteinander verglichen, wobei 122 ambulante psychiatrische Patienten einer Kontrollgruppe von 334 Personen gegenübergestellt wurden. Der DSQ untersucht das Coping in bestimmten Situationen anhand einer Hierarchie von vier Abwehrmustern, die an Pathologie zunehmen: reif, neurotisch, Borderline und unreif. Sammallahti und Kollegen konnten belegen, dass beide diagnostischen Instrumente signifikant miteinander korrelieren. Somit bevorzugten Probanden, die einen hohen Wert im SOC-Fragebogen erreichten, reifere Abwehrmechanismen.

Die Borderline-Abwehr beinhaltet vier Unterpunkte: ausgeprägte Abwertung oder Idealisierung, Isolation, Ablehnung und Spaltung. Es wurde deutlich, dass Probanden, die diese Abwehrmuster anwandten auch in der SOC einen signifikant niedrigeren Gesamtwert verzeichneten. Außerdem erreichte eine Gruppe von 54 ambulanten Patienten mit PS signifikant pathologischere Werte im SOC und dem DSQ als die Vergleichsgruppe von 334 Personen.

Niedrige Werte in der Subskala „Verstehbarkeit“ deuten darauf hin, dass Stimuli, Ereignisse und Reaktionen von intern und extern weniger als verständliches Geschehen wahrgenommen werden. Ein geringer Optimismus und wenig Zuversicht, kommende Herausforderungen zu bewältigen zeigen sich bei Persönlichkeitsgestörten anhand der niedrigeren Werte in der Subskala „Handhabbarkeit“. Des Weiteren sind Menschen mit PS wenig davon überzeugt, dass es Dinge im Leben gibt, für die sich ein persönlicher Einsatz lohnt. Das manifestiert sich auf der Skala „Sinnhaftigkeit“ in Werten im unteren Bereich.

4.3.6. TAS und Persönlichkeitsstörungen

Ca. 25% der Patienten, die psychotherapeutische Behandlung suchen, werden als alexithym eingestuft (Grabe et al., im Druck).

In unserer Arbeit wurden bei Probanden mit PS signifikant höhere Alexithymiewerte gemessen (siehe Tabelle 3.6.2.). Studien, die dieses Thema näher beleuchten, sind bis jetzt kaum durchgeführt worden. Guttmann und Laporte (2002) untersuchten 204 junge Frauen, darunter 35 mit Borderline-PS.

Während junge Frauen in der Normalbevölkerung im Allgemeinen die niedrigsten Werte für Alexithymie aufweisen, erreichten die Studienteilnehmerinnen mit Borderline-PS in der TAS konstant sehr hohe Werte. Auch die Familienangehörigen dieser Frauen hatten sehr hohe Werte für Alexithymie.

In Bezug auf die antisoziale PS konnten Sayar et al. (2001) ähnliche Zusammenhänge aufzeigen. Sie untersuchten 40 Soldaten mit antisozialer PS und fanden signifikant erhöhte Werte für Alexithymie. Diese Ergebnisse stehen zwar in keinem Zusammenhang mit Werten der SCL-90 oder des BDI, aber mit dem sozioökonomischen Status.

Sexton et al. (1998) untersuchten 53 essgestörte Frauen und 14 Probandinnen einer Kontrollgruppe mit dem TAS, BDI und SKID-II-Fragebogen. Sie konnten feststellen, dass der Grad der Depression und das Vorhandensein einer selbstunsicheren PS am höchsten mit einem erheblichen Alexithymiewert korrelierten. Ähnliche Ergebnisse fand auch Berenbaum (1996). Er konnte nachweisen, dass Kindesmissbrauch, Alexithymie und PS sehr stark miteinander assoziiert sind.

In einer noch nicht veröffentlichten Studie von Grabe et al. wurden 217 alexithyme Studienteilnehmer mit einer Kontrollgruppe von 80 Personen verglichen, alle waren stationäre Patienten. Von den Probanden mit Alexithymie waren 178 (82,0%), von der Kontrollgruppe 69 (86,3%) Patienten von einer PS betroffen. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen konnte nicht gefunden werden.

Über den Zusammenhang von Alexithymie und PS ist bisher noch wenig Forschung betrieben worden. Die bis jetzt veröffentlichten Arbeiten und unsere Studie weisen auf einen Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukte hin.

4.4. Methodenkritik und weiterführende Forschung

Obwohl bei der Durchführung der Studie auf eine einheitliche Vorgehensweise der Datenerhebung und den Einsatz psychometrisch guter Verfahren geachtet wurde, sind einige methodenkritische Aspekte zu diskutieren.

Die Daten wurden nur zu einem Zeitpunkt erhoben, und zwar in der ersten Woche nach der stationären Aufnahme. Somit ist es möglich, dass eine Zunahme der Anzahl der SKID-II-Diagnosen durch akute Psychopathologie stattgefunden hat.

Es bleibt also offen, ob die mittels SKID-II diagnostizierten PS zu einem späteren Zeitpunkt, beispielsweise nach Remission der Achse-I-Störungen, weiterhin diagnostizierbar gewesen wären.

Unterschiede bei den Prävalenzen durch klinische Interviews werden stark von der Person beeinflusst, die das Interview führt (Widiger und Rogers 1989). Psychologen und Psychiater, die schon lange klinisch arbeiten, können dazu neigen weniger Diagnosen von PS zu vergeben als ihre Kollegen, die ihren Schwerpunkt eher auf die Forschung ausgerichtet haben. Dies könnte einen Einfluss auf die niedrigen Prävalenzen von PS in unseren klinischen Interviews gehabt haben. Höhere Prävalenzraten werden zum Teil auch durch nicht-professionelle Interviewer gefunden (Widiger und Frances 1987). Niedrige Prävalenz- und Komorbiditätsraten können auch dadurch zustande kommen, wenn die Interviews schwach strukturiert sind und die Kliniker dazu verleiten, nicht mehr als zwei Diagnosen von PS zu stellen.

Besonders niedrige Übereinstimmung zwischen verschiedenen Interviewern herrscht bei Kriterien, die eine subjektive Einschätzung fordern, wie z.B. „übertrieben attraktiv und verführerisch im Äußeren und Gehabe“ bei der histrionischen PS (Arntz et al. 1992). Weiterhin lassen sich affektive Erlebensweisen der Patienten vergleichsweise schlecht einschätzen (Fydrich et al. 1996).

Die niedrigen Prävalenzraten für die schizoide PS in klinischen Interviews könnten dadurch verursacht sein, dass die diagnostischen Kriterien im DSM sehr restriktiv sind. Selten suchen Patienten ein therapeutisches Gespräch und werden daraufhin als gefühllos und indifferent erlebt. Auch in unserer Arbeit wurde keine einzige Diagnose einer schizoiden PS gestellt.

Fragebögen führen in der Regel zu einer Überdiagnose und werden z.T. nur noch als Screeninginstrument empfohlen (Zimmermann 1994). Ihr Vorteil ist dass der Störfaktor „Subjektivität der Beurteilung“ völlig eliminiert werden kann.

Trotzdem geben die durch Selbstbeurteilungsfragebögen und durch klinische Interviews erhältlichen Informationen teilweise nur begrenzt Aufschluss über Patienten und ihre PS. So beschreiben Probanden ihre Vergangenheit vielfach

ungenau und idealisierend (Tyrrer et al. 1984). Zudem haben sie oft Schwierigkeiten, zwischen ihren aktuellen Problemen, wie z.B. Depression oder Angststörungen, und ihren fortwährenden Hindernissen zu unterscheiden (Widiger und Frances 1987). In diesen Fällen könnte die objektivere Sicht von Partnern, Freunden oder Verwandten eine wichtige Hilfe zur Diagnosefindung sein. In einer Studie von Zimmermann et al. (1988) gaben Angehörige und Bekannte mehr Hinweise auf PS an als die Patienten selbst. Dagegen steht, dass Dreessen et al. (1998) bei der Untersuchung von 42 ambulanten Patienten und deren Angehörigen wenig übereinstimmende Aussagen finden konnten. In den Interviews waren die Aussagen der Patienten stichhaltiger als die der Angehörigen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Fragebogenverfahren im Gegensatz zu klinischen Interviews ohne festgelegte Struktur eine höhere Sensitivität, gleichzeitig aber eine niedrigere Spezifität bei der Diagnostik von PS aufweist (Schmitz et al. 1996).

Es muss kritisch hinterfragt werden ob jemand, der eine Reihe von prototypischen Kriterien für eine bestimmte PS erfüllt, wirklich das klinische Bild dieser PS im Sinne einer „tatsächlichen Störung mit Krankheitswert“ (Schmitz et al. 1996) bietet. So ist die erforderliche Kriterienanzahl im SKID-II für viele PS weitgehend willkürlich gewählt und bietet keine empirische Bestätigung (Livesley et al. 1994). Außerdem werden Diagnosen für PS in der Praxis vielfach vergeben auch wenn die Leistungsfähigkeit des Patienten nicht wesentlich beeinträchtigt ist und zu keinen subjektiven Beschwerden führt (Wittchen et al. 1991). Das entspricht aber nicht den Forderungen des DSM-IV.

In einer Studie von Widiger et al. (1986b) wurden Personen mit ausgeprägter PS zum einen mit einer Kontrollgruppe zum anderen mit Studienteilnehmern, die die Kriterien für eine oder mehrere PS nur unterschwellig erfüllten, verglichen. Letztere waren Patienten mit ausgeprägter PS ähnlicher als solchen, die keine Kriterien für die Diagnose erfüllten. Daraus kann man schließen, dass eine dichotome Unterscheidung zwischen „krank“ und „gesund“ durch eine Kriterienfestlegung nur beschränkt möglich ist.

Weiterhin sollte der SKID-II-Fragebogen nicht als einziges Instrument zur Diagnostik von PS verwendet werden, sondern immer anhand eines darauf

aufbauenden strukturierten Interviews die klinische Relevanz überprüft werden. Das ist in unserer Studie unterblieben und aus diesem Grunde wurden wahrscheinlich auch falsch positive Befunde erhoben. Andererseits berichten Studien in denen das Interview durchgeführt wurde (Oldham et al. 1992) von ähnlich hohen Werten. Bereits Campbell und Fiske (1959) empfehlen, zur Diagnostik von PS sowohl einen Selbstbeurteilungsfragebogen als auch das klinische Gespräch zu nutzen.

Nicht zuletzt aufgrund der Vielzahl von Methoden zur Diagnostik von PS variieren die Ergebnisse beträchtlich. Während sich einige Autoren nach den Kriterien des DSM richten, arbeiten andere mit der ICD-10. Obwohl sich die beiden Klassifikationssysteme in den letzten Jahren einander angenähert haben, könnte dies besonders in älteren Studien ein Grund für Divergenz sein. Auch durch die Veränderungen des DSM-III zum DSM-III-R und schließlich zum DSM-IV haben sich die Prävalenzen einiger PS stark verändert, besonders in den Fällen, wo von einer monothetischen zu einer polythetischen Definition übergegangen wurde. Das heißt, dass nur noch eine bestimmte Zahl der vorgegebenen Kriterien reicht, um die Diagnose einer spezifischen PS zu stellen. Dieser Ansatz unterstreicht einerseits die Komplexität des Persönlichkeitskonstrukts, führt andererseits aber zu einer gewissen Randunschärfe (Schmitz et al. 1996).

Insbesondere erlaube die kurze Zeitspanne zwischen den Revisionen des DSM keine ausreichende Ansammlung von empirischen Daten, sodass die Veränderungen nicht immer zu Verbesserungen geführt haben (Zimmermann et al. 1988; Blashfield et al. 1992). Dadurch sind negative Studien schwierig zu interpretieren weil offen bleibt, ob die Kriterienveränderung des DSM oder das Untersuchungsinstrument die Validität beeinflussen.

Bei den verschiedenen Studien zu PS entstehen Ergebnisse in ungewöhnlich großer Bandbreite. So wird z.B. aufgezeigt, dass die Major Depression und PS in 9% bis zu 85% der Fälle gemeinsam vorkommen (Garyfallos et al. 1999). Während Oldham et al. (1992) in klinischen Populationen eine Prävalenz für PS von 86% ermitteln, sind es bei Fydrich und Schmitz (1994) nur 27,1%. Auch bei Nutzung der gleichen Untersuchungsmethoden gibt es starke Unterschiede, nach Zimmermann et al. (1991) hatten aus einer Gruppe von Probanden mit Major Depression 40-50% eine PS, nach Alnaes und Torgersen (1989) waren es 85%, beide hatten das Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP) angewendet.

Die Schwankungen sind nicht zuletzt damit zu begründen, dass trotz intensiver Bemühungen, einheitliche diagnostische Kriterien zu schaffen, die Einordnung der Patienten in ein Krankheitsbild vielfach eine subjektive Interpretation des Therapeuten bleibt. Aus diesem Grund sind Schlussfolgerungen aus den

Ergebnissen selten eindeutig und lassen sich mit Hilfe vorhandener Studien in verschiedene Richtungen diskutieren. Bis jetzt gibt es noch keine generelle Einigkeit darüber, wie, wann und auf welche Art PS zu bewerten sind (Rees et al. 1997), Barnow et al. (2008) stellen fest, dass durch die kategoriale Verdichtung der Merkmale viele Informationen verloren gehen. Nach Fiedler (2001) kommt derzeit ein massives theoretisches Defizit zum Tragen. Er bezeichnet die derzeitige Situation als ungünstige Stagnation und die gegenwärtigen Klassifikationssysteme als antiquierte Diagnostik im Wandel und Übergang.

Aufgrund der hohen Prävalenzunterschiede und der Überlappung zwischen den PS muss nach einem neuen Modell zur Klassifizierung gesucht werden. Hier gibt es erste Versuche, die innerhalb der differentiellen Psychologie eingeführten dimensional, faktorenanalytisch gewonnenen Persönlichkeitsbeschreibungen mit den Theorien für PS zu vergleichen. Das dimensionale Konzept geht von fließenden Übergängen zwischen Normalität und Abweichung aus. Dazu werden die PS zu Gruppen zusammengefasst, um sie in wenigen Dimensionen abbilden zu können. Insgesamt gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt 18 Vorschläge für eine dimensionale Klassifikation von PS (Widiger und Simonsen 2005), wovon sich die meisten in eine einheitliche Struktur integrieren lassen.

Grundlage sind die von Eysenck (1952) definierten Dimensionen „Extraversion“ (Geselligkeit, Aktivität, Bestimmtheit, Dominanz) und „Neurotizismus“ (Emotionalität und Instabilität). Das von Fiske (1949) entwickelte Fünf-Faktoren-Modell mit den Subskalen „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „Neurotizismus“ und „Offenheit für Erfahrung“ baut darauf auf. Dieses ist in der klinischen Psychologie von außerordentlichem Wert, mit seiner Hilfe lässt sich ein relativ umfassendes und globales Bild der Persönlichkeit entwerfen. Während in der klinischen Psychologie zur Beschreibung von PS bis heute das Klassifikationsmodell bevorzugt wird, hat sich in der persönlichkeitspsychologischen Grundlagenforschung das dimensionale Modell zur Beschreibung der normalen Persönlichkeit bereits durchgesetzt (Barnow et al. 2008).

Saulsman und Page (2004) berichten in einer Metaanalyse auf der Basis von 15 Primärstudien, dass hohe Ausprägungen auf der Dimension des Neurotizismus und niedrige Werte auf der Dimension der Verträglichkeit in allen

eingeschlossenen Studien konsistent mit PS korrelieren. Weiterhin stehen hohe Ausprägungen in den Dimensionen der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit ebenfalls in engem Zusammenhang mit PS, hier ist die Höhe der einzelnen Korrelationskoeffizienten aber von der spezifischen Störung abhängig.

Allerdings deckt das Fünf-Faktoren-Modell einige für PS relevante Bereiche, wie z.B. traditionelle moralische Werte oder individuelle Autonomie nicht ab (John 1990). Zanarini et al. (2005) kritisieren, dass sich vorübergehende akute Symptome mit dem Fünf-Faktoren-Modell nicht abbilden lassen.

Die Forschung der nächsten Jahre sollte sich verstärkt in diese Richtung orientieren. Wie aufgezeigt bleiben viele Fragen, wie, wann und auf welche Art PS zu bewerten sind, bis jetzt noch offen. Zimmermann (1994) empfiehlt vorerst die Nutzung eines bereits etablierten Interviewverfahrens in Kombination mit einem standardisierten Fragebogen. Barnow et al. (2008) befürworten dagegen eine multimodale Herangehensweise: zuerst eine dimensionale Beschreibung auf der Grundlage des Fünf-Faktoren-Modells, danach die Darlegung der einzelnen klinischen Symptome und die Bestimmung ihrer Schwere, darauf folgend die Bewertung und Einschätzung der Dominanz der jeweiligen spezifischen PS und zuletzt das Aufführen der Ressourcen der Patienten zur individuellen Therapieplanung. Die Erforschung dieses Verfahrens in Studien könnte den derzeitigen Wissensstand über PS deutlich erweitern. Es bleibt offen, ob das Modell im klinischen Alltag umsetzbar ist.

Die Vielfalt der faktorenanalytischen Ordnungsversuche hat über die Jahre hinweg zu einer gewissen Stagnation geführt, weil sich die Forscher nicht darauf einigen konnten, wie viele Faktoren der Persönlichkeit existieren und wie diese zu interpretieren sind, daraus folgt, dass die Frage, wie viele PS es gibt, selbst mit der inzwischen erreichten Annäherung an eine zuverlässig einsetzbare Prototypendiagnostik nicht zu beantworten ist (Fiedler 2001). Die Untersuchungen der nächsten Jahre sollten deshalb weiterhin ihren Schwerpunkt auf Vereinheitlichung von diagnostischen Kriterien legen. Die daran angepassten Fragebögen und Interviewverfahren wären dann besser miteinander vergleichbar.

Über Schulbildung, Partner- und besonders berufliche Situation im Vergleich zwischen Menschen mit und ohne PS gibt es bis jetzt sehr wenige Arbeiten.

Weiterhin existieren kaum Studien, die sich mit der rein klinischen Diagnostik von PS beschäftigen. Grund dafür könnte sein, dass sich die rein subjektive Beurteilung des behandelnden Therapeuten schlecht kategorisieren lässt und der Schwerpunkt der Forschung in vielen Kliniken auf strukturierten Untersuchungsmethoden beruht.

Auch der Vergleich einer klinischen Diagnose mit einem strukturierten Interview- oder Fragebogenverfahren wurde bis jetzt selten durchgeführt. Dadurch verzögert sich die Verbesserung der beiden Methoden und ihre Kombination bleibt weiterhin eine Ausnahme. So ist z.B. die Studie von Jakobsberg (1995) eine der wenigen, in der Ergebnisse des SKID-Fragebogens einer klinischen Diagnose gegenübergestellt werden. Hier handelt es sich aber um gesunde Probanden.

Auch über die interne Komorbidität von PS gibt es kaum Vergleichsstudien, hier könnten neue Erkenntnisse über häufig gemeinsam auftretende PS auch die Diagnostik im klinischen Alltag erleichtern.

Des Weiteren sollte die Forschung über PS der nächsten Jahre zunehmend den dimensionalen Ansatz des kontinuierlichen Übergangs verfolgen, weil dadurch eine differenziertere Beschreibung möglich wird. Engen Grenzen zwischen „normal“ und „persönlichkeitsgestört“ werden nicht allen Patienten gerecht. Normale und gestörte Persönlichkeiten unterscheiden sich zwar voneinander, resultieren aber beide aus identischen, nämlich normal psychologischen Prozessen (Tress et al. 2002). Die geforderten Mindestkriterien der PS sind nahezu willkürlich festgelegt (Herpertz und Saß 2003) und nach wie vor kaum ausreichend dahingehend überprüft worden, wie „gesund“ oder „krank“ oder „deviant“ jemand wirklich ist (Fiedler 2001). Auch eine Wichtung der Kriterien nach ihrer Bedeutung findet bis jetzt nicht statt (Barnow et al. 2008).

Um auch Patienten gerecht zu werden, die nicht die volle Ausprägung einer Störung aufweisen, könnte hier z.B. die Kategorie „Ansätze einer oder mehrerer PS“ definiert und erforscht werden. Hier gibt es bereits Anfänge von Oldham und Morris (1995), die einen fließenden Übergang von verschiedenen Persönlichkeitsstilen in PS definieren.

Die SCL-90-R hat sich als wertvolle Hilfe zur Diagnostik von PS erwiesen, ob dadurch neben der Borderline-PS auch andere spezifische PS diagnostiziert werden können, sollte geprüft werden.

Dass sowohl Depressivität als auch Dissoziation und PS miteinander assoziiert sind, konnte in unserer Arbeit bestätigt werden. Hier sollte sich der Forschungsschwerpunkt in den kommenden Jahren verstärkt auf patientenorientierte therapeutische Hilfestellungen richten.

Der Zusammenhang zwischen Defiziten in der mitmenschlichen Beziehungsgestaltung und PS konnte anhand des IIP aufgezeigt werden. Weiterhin konnte anhand des SOC bestätigt werden, dass die generelle Lebensorientierung Menschen mit PS mehr Probleme bereitet. Auch hier sollte in den kommenden Jahren verstärkt untersucht werden, durch welche therapeutischen Ansätze die Defizite gemindert werden können.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt sollte der Zusammenhang von Alexithymie und PS sein, da dieser Begriff erst kürzlich geprägt wurde existieren hier noch wenige Arbeiten.

Anhand der logistischen Regression konnte für die in der Arbeit verwendeten psychopathologischen Tests keine Vorhersage über das Vorhandensein einer PS getroffen werden. Hier sollte der Versuch mit einer größeren Anzahl von Probanden wiederholt werden.

5. Zusammenfassung

Persönlichkeitsstörungen (PS) sind von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichende, andauernde Verhaltens- und Erlebnismuster. Als Grundlage ihrer Beschreibung dienen zum einen das multiaxiale System der International Classification of Diseases (ICD-10), zum anderen das in Amerika dominierende Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). PS werden nach Ähnlichkeit in drei Cluster eingeteilt.

Angaben über die Prävalenz von PS schwanken stark. Während sie in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 10% der Menschen vorkommen, werden sie unter psychiatrischen Patienten in den meisten Studien zu 40 - 70% diagnostiziert.

Zur Beschreibung der Prävalenz von PS gibt es erstens die Möglichkeit einer klinischen Beurteilung, wodurch durchschnittlich nur wenige Patienten diese Diagnose erhalten. Weiterhin gibt es strukturierte Interviews, welche im Allgemeinen eine höhere Prävalenz verzeichnen. Durch Selbstbeurteilungsfragebögen lassen sich die meisten Diagnosen für PS vergeben.

Die 107 Probanden dieser Studie, stationär-psychiatrische Patienten mit vorwiegend affektiven Störungen, wurden anhand des Selbstbeurteilungsfragebogens des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV Achse II (SKID-II) untersucht, danach hatten 90 Studienteilnehmer (84,1%) eine oder mehrere PS. Durch den Therapeuten wurde bei 36 Patienten (33,6%) diese Diagnose vergeben.

Im Vergleich dieser Ergebnisse mit anderen Studien konnte festgestellt werden, dass allein durch die klinische Diagnostik zu wenig PS festgestellt werden, besonders wenn sie kumuliert auftreten. Eine gute diagnostische Möglichkeit bietet ein strukturiertes Interview eventuell in Kombination mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen. Wird letzterer einzeln eingesetzt, ergeben sich viele falsch positive Befunde, sodass der Fragebogen sich eher für das Screening eignet.

Hinsichtlich der Komorbidität der durch das SKID-II ermittelten PS lagen diese bei mehr als einem Drittel der Probanden über 50%. Durchschnittlich hatte jeder Patient 2,7 PS, gemäß der klinischen Diagnose waren es nur 0,3 PS. Diese Ergebnisse ähneln den Vergleichsstudien.

Die nach dem SKID-II untersuchten Probanden mit und ohne PS unterschieden sich hinsichtlich Geschlechterverhältnis, Familiensituation und Beruf nicht

voneinander. Sie wurden anhand der folgenden Selbstbeurteilungsinstrumente miteinander verglichen:

Die Symptom Checkliste (SCL-90-R) erlaubt eine Selbstbeurteilung der allgemeinen psychischen Belastung durch klinisch relevante Symptome. Besonders im Gesamtindex und in allen Unterkategorien erzielten Probanden mit PS signifikant höhere Werte. Sie sind durch körperliche und psychische Symptome in einem weitaus höheren Maße belastet als die Normalbevölkerung.

Mit dem Beck Depressions Inventar wurde die Schwere der depressiven Symptomatik gemessen. Menschen mit PS litten hier signifikant öfter an Depressionen.

Mit Hilfe des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS) konnte die Ausprägung dissoziativer Symptome erfasst werden. Auch im FDS erzielten Patienten mit PS sowohl im Gesamtscore als auch in den vier Subskalen signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe.

Interpersonale Schwierigkeiten wurden anhand des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) aufgezeichnet. Bei dieser Untersuchung erreichten Menschen mit PS in allen Unterkategorien und vor allem im Gesamtindex signifikant höhere Ergebnisse als die Vergleichsgruppe, was auf instabile zwischenmenschliche Beziehungen hindeutet.

Mit dem Sense-of-Coherence-Fragebogen (SOC) wird eine generelle Lebensorientierung erfasst. Probanden mit PS erzielten sowohl in den drei Subskalen des SOC als auch im Gesamtindex signifikant pathologischere Werte als die Vergleichsgruppe. Das bedeutet, dass Ereignisse und Reaktionen schlechter verarbeitet, eigene Fähigkeiten schlechter wahrgenommen werden und weniger Optimismus vorhanden ist

Zuletzt wurde Alexithymie mit der Toronto-Alexithymie-Skala erfasst. Auch hier wurden bei Studienteilnehmern mit PS signifikant höhere Ergebnisse gemessen. Das deutet darauf hin, dass sie Gefühle schlechter wahrnehmen und beschreiben können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass psychiatrische Krankheiten und soziale Probleme bei Menschen mit PS signifikant öfter auftreten.

6. Literatur

Abel T, Kohlmann T, Noack H: SOC-Fragebogen: Revidierte Fassung der Übersetzung von Noack, Bachmann u. a. (1987). Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin 1995

Alnaes R, Torgersen S: DSM-III symptom disorder (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988a; 78: 348-355

Alnaes R, Torgersen S: The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988b; 78: 485-492

Alnaes R, Torgersen S: Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 79: 363-369

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4rd ed.). Washington DC, American Psychiatric Association 1994

Antonovsky A: Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco, Jossey-Bass 1979

Antonovsky A: Salutogenese. Tübingen, DGVT-Verlag 1997

Arntz A, van Beijsterveldt B, Hoekstra R, Hofman A, Eussen M Sallaerts S: The interrater reliability of a Dutch version of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85: 394-400

Barnow S: Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung. Bern, Huber 2008

Beck AT, Freeman A: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen.

Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union 1993

Benjamin S: Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New

York, Guilford 1993

Benjamin LS, Wonderlich SA: Social perceptions and borderline personality

disorder: The relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1994;

103: 610–624

Berenbaum H: Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of*

Psychosomatic Research 1996; 41: 585-595

Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability and validity of a dissociation

scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1986; 174: 727-735

Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L:

Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in community-

based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 1237-

1243

Blashfield RK, Breen MJ: Face validity of the DSM-III-R personality disorders.

American Journal of Psychiatry 1989; 146: 1575-1579

Blashfield R, Blum N, Pfohl B: The effects of changing axis II diagnostic criteria.

Comprehensive Psychiatry 1992; 44: 245-252

Bolelouký Z, Polach J: Discriminant analysis of items in the SCL-90

questionnaire. *Activitas nervosa superior* 1989; 31: 122-124

Bronisch T: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller

internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie* 1992; 2: 120-150

Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE: Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abuser. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 71-80

Campbell D, Fiske D: Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin* 1959; 56: 81-105

Carlson EB, Putnam FW: An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation* 1993; 6: 16-27

Casey P: The epidemiology of personality disorders. In: Tyrer P (Hrsg.) *Personality disorders: diagnosis management and course*. London, Wright 1989

Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD: Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders* 1996; 37: 157-170

Dahl A: Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 1986; 328: 61-67

Daley SE, Burge D, Hammen C: Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109: 451-460

Dammann G: Interaktionelle Methode und übertragungsfokussierte Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 2004; 20: 314-330

Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW: Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 1996; 29: 1675-1682

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.): Weltgesundheitsorganisation Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. (2. Aufl.) Bern, Huber 1993
- Docherty J, Fiester S, Shea T: Syndrome diagnosis and personality disorder. In: Hales R, Frances A (Hrsg.): Psychiatry update, American psychiatric association's annual review. Washington DC, American Psychiatric Press 1986
- Dreessen L, Hildebrand M, Arntz A: Patient-informant concordance on the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders* 1998; 12: 149-161
- Edel W: The borderline syndrome index. Clinical validity and utility. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1984; 172: 254-263
- Evren C, Kural S, Erkiran M: Antisocial personality disorder in Turkish substance dependent patients and its relationship with anxiety, depression and a history of childhood abuse. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 2006; 41: 40-46
- Eysenck HJ: The scientific study of personality. London, Routledge & Keagan Paul 1952
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. (5. Aufl.) Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union 2001
- Fiske DW: Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1949; 44: 329-344
- Frances AJ, Katz SE: Treating a young woman with a mix of affective and personality disorders. *Hospital & Community Psychiatry* 1986; 37: 331-333
- Franke GH: SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis - Deutsche Version, Göttingen, Beltz Test GmbH 2002

Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual. Bern, Huber 1999

Fydrich T, Schmitz B: Persönlichkeitsstörungen: Beiträge zur Diagnostik, Prävalenz und Validität. Heidelberg, Psychologisches Institut der Universität 1994

Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J: Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Beltz Psychologie Verlagsunion 1996

Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, Giouzepas J, Paraschos A: Personality disorders in dystymia and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 99: 332-340

Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Gröger R, Franke GH, Barnow S, Freyberger HJ, Spitzer C: Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (im Druck)

Gündel H: Alexithymie als Dimension von Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen* 2005; 9: 90-98

Gude T, Vaglum P: One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: a prospective study comparing patients with „pure“ and comorbid conditions within cluster C, and „pure“ C with „pure“ cluster A or B conditions. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15: 216-228

Gunderson JG: *Borderline personality disorder, a clinical guide*. (1. Aufl.) Washington, American Psychiatric Press Inc. 2000

Guttman H, Laporte I: Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry* 2002; 43: 448-455

Hammen C: *Depression: Erscheinungsform und Behandlung*. Bern, Huber 1999

Hannöver W, Michael A, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2004; 54: 179-186

Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA, Stiles WB, Rees A, Reynolds S: Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 997-1004

Hartkamp N, Schmitz N, Schulze-Edinghausen A, Ott J, Tress W: Specific countertransference experience and interpersonal problem description in psychodynamic psychotherapy. *Nervenarzt* 2002; 73: 272-277

Hautziger M: Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Beck AT, Freeman A et al.: *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim, Beltz Psychologie Verlagsunion 1993

Hautziger M, Bailer M, Worall H, Keller F: *Beck Depressionsinventar*. Bern, Huber 1994

Herpertz S, Steinmeiner EM, Saß H: „Patterns of comorbidity“ among DSM-III-R and ICD-10 personality disorders as observed with a new inventory for assessment of personality disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1994; 244: 161-169

Herpertz S, Saß H: *Persönlichkeitsstörungen*. (1. Aufl.) Stuttgart, Georg Thieme Verlag 2003

Heuft G, Senf W: Qualitätssicherung: Psych-BaDo - Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 1998; 95: 2685-2688

Hirschfeld RM, Klerman GL, Clayton PF, Keller MB, McDonald-Scott P, Larkin BH: Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140: 695-699

Horowitz LM, Strauß B, Kordy: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual (2. Aufl.) Göttingen, Beltz Test GmbH 2000

Huber G: Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. (7. Aufl.) Stuttgart, Schattauer GmbH 2005

Hunt C, Andrews G: Measuring personality disorder: the use of self-report questionnaires. *Journal of Personality Disorders* 1992; 6: 125-133

Hurt S, Hyler S, Frances A, Clarkin J, Brent R: Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 1228-1231

Hyler SE, Skodol AE, Oldham JM, Kellman DH, Doidge N: Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: a replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry* 1992; 33: 73-77

Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J: Diagnosing personality disorders in psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 83: 206-213

Jacobsberg LB, Perry S, Frances A: Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment* 1995; 65: 428-433

Joffe RT, Regan JT: Personality and depression. *Journal of Psychiatric Research* 1988; 22: 279-286

John OP: The search for basic dimensions of personality: review and critique. *Advances in Psychological Assessment* 1990; 7: 1-37

Kass F, Skodol AE, Charles E, Spitzer RL, Williams JB: Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 627-630

Khouri PJ, Haier RJ, Rieder R, Rosenthal D: A symptom schedule for the diagnosis of borderline schizophrenia. A first report. *British Journal of Psychiatry* 1980; 137: 140-167

Kim Y, Pilkonis PA: Confirmatory factor analysis of the personality disorder subscales from the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment* 1997; 69: 284-296

Kirmayer LJ, Robbins JM: Cognitive and social correlates of the TAS. *Psychosomatics* 1993; 34: 41-52

Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, de Jonghe F: Major depression, double depression and personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 2000; 14: 274-281

Konermann J, von Hammerstein A, Zaudig M, Tritt K: Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. *Persönlichkeitsstörungen* 2006; 10: 3-17

Kontinen H, Haukkala A, Uutela A: Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine* 2008; 12: 2401-2412

Kupfer J, Brosig B, Brähler E: Toronto-Alexithymie-Skala-26 (Deutsche Version). Göttingen, Hogrefe 2001

Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H: The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *The International Journal of Psychoanalysis* 2005; 86: 433-455

Lejuez CW, Daughters SB, Nowak JA, Lynch T, Rosenthal MZ, Kosson D: Examining the inventory of interpersonal problems as a tool for conducting

analogue studies of mechanisms underlying borderline personality disorder. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry* 2003; 34: 313-324

Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL: Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implication for classification. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103: 6-17

Loranger AW, Lenzenweger MF, Gartner AF, Susman VL, Herzig J, Zammit GK, Gartner JD, Abrams RC, Young RC: Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 720-728

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavana SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RWF, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA: The international personality disorder examination: IPDE. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 215-224.

Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, Namia C, Novella L, Petrachi M: Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders* 1997; 11: 279-284

Maier W, Lichtermann D, Klinger T, Heun R: Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders* 1992; 5: 187-196

McGlashan TH: Testing DSM-III symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 143-148

Mellsop GW, Varghese F, Joshua S, Hicks A: The reliability of axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 1360-1361

Merikangas KR, Weissman MM: Epidemiology of DSM-III Axis II personality disorders. In: Frances AJ, Hales RE (Hrsg.): American psychiatric association annual review (Vol. 5). Washington DC, American Psychiatric Press 1986

Middleton W, Butler J: Dissociative identity disorder: an Australian series. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 794-804

Morey LC: Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage and internal consistency. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 573-577

Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA: The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine* 1999; 29: 943-951

Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollak S, Siegel O, Prince R: The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1991;148: 1371-1377

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Rosnick L, Davies M: Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 213-220

Oldham JM, Morris LB: *Ihr Persönlichkeitsportrait*. Hamburg, Kabel 1995

Perry JC: Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 1645-1653

Pfohl B, Stangl D, Zimmermann M: The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders* 1984; 7: 309-318

- Pfohl B, Coryell W, Zimmermann M, Stangl D: DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry* 1986; 27: 21-34
- Pilkonis PS, Kim Y, Proietti JM, Barkham M: Scales for personality disorders developed from the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Disorders* 1996; 10; 355–369
- Psychembel: *Klinisches Wörterbuch*. (261. Aufl.) Berlin, De Gruyter 2007
- Rees A, Hardy GE, Barkham M: Covariance in the measurement of depression/anxiety and three cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive). *Journal of Affective Disorders* 1997; 45: 143-153
- Reich J, Noyes R: Differentiating schizoid and avoidant personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 1062
- Reich JH, Noyes R: A comparison of DSM-III personality disorder in acutely ill panic and depressed patients. *Journal of Anxiety Disorders* 1987; 1: 123-131
- Reich J, Yates W, Nduaguba M: Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 24: 12-16
- Rommel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauß B (Hrsg.): *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. (1. Aufl.) Stuttgart, Schattauer GmbH 2006
- Renneberg B, Fydrich T: Persönlichkeitsstörungen. In: Leibing E, Hiller W, Sulz SKD (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie Bd. 3*. München CIP-Medien 2003
- Ristkari T, Sourander A, Ronning J, Helenius H: Self-reported psychopathology, adaptive functioning and sense of coherence and psychiatric diagnosis among young men. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 523-531

- Ritz-Schulte G: Problembearbeitung und Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen. (1. Aufl.) Göttingen, Hogrefe Verlag 2004
- Robins L: Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 918-924
- Ross CA: Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation* 2007; 8: 71-80
- Ruesch J: The infantils personality. *Psychosomatic Medicine* 1948; 10: 134-144
- Sammallahti PR, Holi MJ, Komulainen EJ, Aalberg VA: Comparing two self-report measures of coping - the sense of coherence scale and the defense style questionnaire. *Journal of Clinical Psychology* 1996; 52: 517-524
- Saß H, Mende M: Zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mit einer integrierten Merkmalsliste gem. DSM-III-R und ICD-10 bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In: Baumann K, Fähndrich E, Stieglitz RD, Woggon B (Hrsg.): *Veränderungsmessung in Psychiatrie und Klinischer Psychologie*. München, Profit-Verlag 1990
- Saulsman LM, Page AC: The five-factor model and personality disorder empirical literature: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2004; 23: 1055-1085
- Sayar K, Ebrinc S, Ak I: Alexithymia in patients with antisocial personality disorder in a military hospital setting. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 2001; 38: 81-87
- Scarpa A, Luscher KA, Smalley KJ, Pilkonis PA, Kim Y: Screening for personality disorders in a nonclinical population. *Journal of Personality Disorders* 1999; 13: 346-360

Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Beltz Psychologie Verlagsunion 1996

Schneider K: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Wien, Deuticke 1923

Schumacher J, Wilz G, Gunzelmann T, Brähler E: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2000; 50: 472-482

Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB: Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review: Comprehensive Psychiatry 1994; 35: 316-327

Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA: The relationship between alexithymia, depression and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. The International Journal of Eating Disorders 1998; 23: 277-286

Shea TM, Glass D, Pilkonis P, Watkins J, Docherty J: Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. Personality Disorders 1987; 27-42

Shea TM, Widiger TA, Klein MH: Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992; 60: 857-868

Skodol AE, Rosnick L, Kellmann HD, Oldham JM: Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. American Journal of Psychiatry 1988; 145: 1297-1299

Skodol AE, Oldham JM, Rosnick L, Kellman HD, Hyler SE: Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: a comparison of two structured interviews. International Journal of Methods in Psychiatric Research 1991; 1: 13-26

Skodol AE, Grilo CM, Pagano ME, Bender DS, Gunderson JG, Shea MT, Yen S, Zanarini MC, McGashan TH: Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice* 2005; 1: 363-368

Spitzer RL, Forman JB, Nee J: DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry* 1979; 136: 815-817

Spitzer R: Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry* 1983; 24: 399-411

Spitzer L, Williams JB, Kass J, Davies M: National field trial of the DSM-III-R diagnostic criteria for self-defeating personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1561-1567

Spitzer C, Stieglitz RD, Freyberger HJ: FDS Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Bern, Huber 1999

Starcevic V, Bogovevic G, Marinkovic J: The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of Personality Disorders* 2000; 14: 199-207

Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R: The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1998; 12: 302-315

Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders* 1990; 4: 257-272

Sullivan HS: *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York 1953

Tölle R: *Psychiatrie*. (12. Aufl.) Berlin, Springer-Verlag 1999

Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J: Persönlichkeitsstörungen Leitlinien und Quellentext. Stuttgart, Schattauer 2002

Tritt K, von Heymann F, Konermann J, Bidmon RK, Nickel M, Gätz K, Loew T, Zaudig, M: Der Einsatz der Symptom Checkliste SCL-90-R bei Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie 2006; 10: 18-30

Tyrer P, Cicchetti D, Casey P, Fitzpatrick K, Oliver R, Balter A, Giller E, Harkness L: Cross-national reliability study of a schedule for assessing personality disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 1984; 172: 718-721

Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen, H, Kuisma S, Antikainen R, Tanskanen A, Lehtonen J: Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. Journal of Affective Disorders 2002; 71: 35-41

Walter M, Dammann G: Beziehungen bei Persönlichkeitsstörungen, empirische Ergebnisse aus interpersoneller Perspektive: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie 2006; 10: 121-131

Weber H, Rammsayer T (Hrsg.): Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und der Differentiellen Psychologie. Göttingen, Hogrefe 2005

Widiger TA, Frances A, Warner L, Blum C: Diagnosis criteria for the borderline and schizotypal personality disorders. Journal of Abnormal Psychology 1986a; 95: 43-51

Widiger T, Sanderson C, Warner L: The MMPI, prototypal typology, and borderline personality disorder. Journal of Personality Assessment 1986b; 100: 399-406

- Widiger TA, Frances A: Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review* 1987; 7: 49-75
- Widiger TA, Rogers JH: Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Annals of Clinical Psychiatry* 1989; 19: 132-136
- Widiger TA, Frances AJ, Harris M, Jacobsberg LB, Fyer M, Manning D: Comorbidity among axis II disorders in personality disorders: New perspectives on diagnostic validity. Washington DC, American Psychiatric Press 1991
- Widiger TA, Trull TJ: Borderline and narcissistic personality disorders. In: Sutker PB, Adams HE (Hrsg.): *Comprehensive handbook of psychopathology*. (2nd ed.) New York, Plenum Press 1993
- Widiger TA, Simonsen E: Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19: 110-130
- Wiggins J: Clinical and statistical prediction: Where are we and where do we go from here? *Clinical Psychology Review* 1981; 1: 3-18
- Wildgoose A, Waller G, Crarke S, Reid A: Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 288: 757-763
- Wittchen HU, Zaudig M, Spengler P, Mombour W, Hiller W, Essau CA, Rummeler R, Spitzer RL, Williams J: Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? - Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1991; 20: 136-153
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, Gunderson JG: The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 467-480

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V: Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1998; 39: 290-302

Zanarini MC, [Ruser TF](#), [Frankenburg FR](#), [Hennen J](#), [Gunderson JG](#): Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal Nervous and Mental Disorders* 2000; 188: 26-30

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR: The McLean study of adult development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19: 505-523

Zimmermann M, Pfohl B, Coryell W, Stangl D, Corenthal C: Diagnosing personality disorders in depressed patients. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 733-737

Zimmermann M, Coryell W: DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 682-689

Zimmermann M, Coryell W: Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-reported and interview measures. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47: 349-360.

Zimmermann M, Pfohl B, Coryell W, Corenthal C, Stangl D: Major depression and personality disorder. *Journal of Affective Disorders* 1991; 22: 199-210

Zimmermann M: Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry* 1994; 52: 225-245

Zweig-Frank H, Paris J: Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002; 43 : 103-107

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Variance
AMPS	Aachener Merkmalsliste für PS
B	logistischer Regressionskoeffizient
BDI	Beck Depressions Inventar
BSL	Borderline Symptom List
DES	Dissociative Experience Scale
DSQ	Defense Style Questionnaire
DIPD	Diagnostic Interview for Personality Disorders
DSM-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
e ^b	Odds Ratio der logistischen Regression
F	Varianz
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Classification of Diseases
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
IPDE	International Personality Disorder Examination
κ	Reliabilität
PDE	Personality Disorder Examination
M	Mittelwert
Max.	Maximum
MCMI	Millon Clinical Multiaxial Inventory
Min.	Minimum
MOS	Medical Outcomes Study
n	Anzahl der Probanden
p	Signifikanzniveau
PDE	Personality Disorder Examination
PDQ	Personality Disorder Questionnaire
Psy-BaDo	Basisdokumentation Psychotherapie
PS	Persönlichkeitsstörung
R	Korrelationskoeffizient
s	Standardabweichung
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von Derogatis
SIDP	Structured Interview for DSM-III Personality disorders

SIDP-R	Structured Interview for DSM-III Personality Disorders Revised
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II
SKID-D	Structured Interview for DSM-IV Dissociative Disorders
SOC	Sense-of-Coherence-Fragebogen
SPQ	Schizotypal Personality Questionnaire
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAS	Toronto-Alexithymie-Skala

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Christian Sasse
Geburtsdatum: 30.10.1981 in Erfurt
Familienstand: ledig

Ausbildungsdaten:

1988-1991 Polytechnische Oberschule „Heinrich Heine“ Erfurt
1991-1992 Staatliche Grundschule 30 Erfurt
1992-2000 5. Gymnasium „Heinrich Mann“ Erfurt
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
2001-2008 Medizinstudium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
9/2003 Ärztliche Vorprüfung
2007 Wahlfach Psychiatrie an der Sonnenhalde Klinik,
Riechen
12/2008 Ärztliche Prüfung

Praktika und Auslandsaufenthalte:

01.07.2000-31.08.2001 „anderer Dienst im Ausland“ an der Jugend- und
Behindertenbegegnungsstätte Tabgha, Israel

22.07.2002-25.09.2002 Pflegepraktikum im „Centre Hospitalier et Universitaire
de Yaoundé“, Kamerun

Erklärung zur Doktorarbeit

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Doktorarbeit mit dem Titel:

Häufigkeit und Korrelate von Persönlichkeitsstörungen in der stationären Psychotherapie der Psychiatrie

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinne nach entnommen sind, habe ich in jedem Falle durch Angaben der Quelle, auch der Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist nicht veröffentlicht.

Christian Sasse

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit unterstützt haben. Zuerst den Probanden für das Ausfüllen der Fragebögen. Ohne sie wäre die Untersuchung unmöglich gewesen.

Des Weiteren gilt mein Dank meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. Harald Jürgen Freyberger für die Ermöglichung der Dissertation.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Carsten Spitzer für die kontinuierliche Betreuung während des Projektes.