

PERSÖNLICHKEIT UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG - EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG DER VDS - PERSÖNLICHKEITSSKALEN

Serge Sulz, Ute Gräff-Rudolph, Christian Jakob

Zusammenfassung

Anliegen dieser Studie war die empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. Sie erfassen Selbstunsicherheit, Dependenz, Zwanghaftigkeit, passive Aggressivität, Histrionie, Schizoidie, Narzißmus und emotionale Instabilität (Borderline) entsprechend den DSM-III-R Definitionen. Die 8 Skalen haben mittlere bis sehr gute innere Konsistenz und insbesondere in der Interviewform niedrige Interkorrelationen. Sie sind in ihren testtheoretischen Kennwerten vergleichbar mit faktorenanalytisch gewonnenen Skalen im klinischen Bereich. Die Übereinstimmung der Selbstbeurteilung durch Fragebogen mit der Interviewerform war gut, so daß auf eine Datenerhebung mit zeitaufwendigen Interviews verzichtet werden kann. Die 8 VDS-Persönlichkeitsskalen eignen sich zur Differenzierung von Diagnosegruppen (Depression, Panik/Agoraphobie, soziale Angst, Migräne). Insgesamt zeigen sich die VDS-Persönlichkeitsskalen als geeignetes Instrument bei ambulanten Psychotherapie-Patienten als Eingangsdiagnostik zur Erfassung von dysfunktionalen Persönlichkeitsanteilen.

Schlüsselwörter Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - Persönlichkeitsfragebogen - Persönlichkeits-Interview

Summary

62 unselected psychotherapeutic outpatients were analysed for premorbid personality. VDS-personality inventory, derived from DSM-III-R criteria was used for analysis.

The VDS-personality scales had good reliability, low intercorrelations and high correlations between patient self rating and interview rating. Personality scales outcome comparison with the Munich personality test MPT (v. Zerssen et al. 1988) showed good fitness for these scales, which were measures for the same constructs. MPT fails to measure anxious, dependent and passiv-aggressive personality traits. MPT seems to be a test for measuring premorbid personality of psychiatric patients with schizophrenic or affective disorders. Dealing with psychotherapeutic patients the eight VDS-scales anxious, dependent, anancastic, passive-aggressive, histrionic, schizoid, narzistic and emotional instabil seam to be reliable and valid measures of dysfunctional aspects of personality.

key words personality - personality disorder - personality scale - personality interview

Einleitung

Psychiatrische Klassifikationen der Persönlichkeitsstörungen

Mit Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung beschäftigte sich die Psychiatrie primär, um Psychopathie im Sinne einer angeborenen krankhaften Ausgestaltung menschlichen Erlebens und Verhaltens zu definieren. Emil Kraepelin (1909) unterschied sieben verschiedene psychopathische Persönlichkeiten: der Erregbare, der Haltlose, der Triebmensch, der Verschrobene, der Lügner und Schwindler, der Gesellschaftsfeind und der Streitsüchtige. Ernst Kretschmer (1921) beschrieb das zylothym-zykloide Temperament und das schizothym-schizoide Temperament als zwei Pole einer Dimension. Menschen mit normalem Charakter befinden sich im mittleren Bereich dieser Dimension. Kurt Schneider (1923) beschrieb zehn psychopathische Charaktere: der Hyperthyme, der Depressive, der Selbstunsichere, der Fanatische, der Gelungsbedürftige, der Stimmungslabile, der Explosible, der

Gemütlose, der Willenlose und der Asthenische. Seine Einteilung war eine wichtige Quelle der heutigen psychiatrischen Klassifikationen DSM und ICD. Er betonte, daß es diese reinen Formen nur selten gibt und seine Einteilung nur grobe Orientierung bietet.

DSM-III-R (1987) hat folgende Persönlichkeitsstörungen aufgelistet: Paranoide, schizoide, schizotypische, antisoziale, Borderline, histrionische, narzißtische, selbstunsichere, dependente, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. In ICD-10 sind Persönlichkeitsstörungen und einige Verhaltensstörungen in einem Kapitel (F6) zusammengefaßt. Folgende Persönlichkeitsstörungen werden definiert: paranoide, schizotypische, schizoide, dissoziale, emotional-instabile (impulsiver Typus, Borderline Typus), histrionische, anankastische (zwanghafte), ängstliche (vermeidende), abhängige (asthenische) und andere spezifische Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu DSM-III-R wurde die narzißtische und die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung weggelassen.

DSM-IV (1994) hat letztendlich folgende Kategorien der Persönlichkeitsstörungen festgelegt: paranoid, schizoid, schizotypisch, antisozial, Borderline, histrionisch, narzißtisch, selbstunsicher, dependent, zwanghaft und andere Persönlichkeitsstörung. Im Anhang wird die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung als Forschungsstrategie umschrieben und auch eine neue Kategorie einer depressiven Persönlichkeitsstörung skizziert. Persönlichkeitszüge werden von Persönlichkeitsstörungen folgendermaßen unterschieden:

„Persönlichkeitszüge sind überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens, und zwar im Hinblick auf die Umwelt und auf sich selbst. ... Wir sprechen von Persönlichkeitsstörungen nur dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und wenig angepaßt sind und die Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen oder zu subjektiven Beschwerden führen“ (DSM-IV, 1994, S. 630, zitiert aus Fiedler, 1995).

Folgende sechs Kriterien (zitiert aus Fiedler, 1995) dienen der Unterscheidung von Persönlichkeitszug und Persönlichkeitsstörung:

- a) Die Persönlichkeitsstörung manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: als Störung der Kognition, des Affektes, der interpersonellen Beziehungen und/oder der Impulskontrolle.
- b) Das gezeigte Erlebens- bzw. Verhaltensmuster ist unflexibel und andauernd in einem breiten Spektrum persönlicher und sozialer Situationen.
- c) Die Persönlichkeitsstörung führt zu klinisch bedeutsamen Beschwerden und/oder zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen persönlichen Situationen und Zusammenhängen.
- d) Das Erlebens- und Verhaltensmuster erweist sich als stabil und lang andauernd, und seine Entstehung kann wenigstens bis in das Jugendalter, wenn nicht gar bis in die Kindheit zurückverfolgt werden.
- e) Das Muster tritt nicht vorrangig als zentrales Merkmal oder erst als Folge einer anderen psychischen Störung in Erscheinung oder aber
- f) es läßt sich nicht ursächlich auf direkte physiologische Wirkungen von Substanzen (z.B. Drogenmißbrauch, Medikament, Vergiftungen) oder andere organische Störungsbedingungen (wie z.B. Schädel-Hirn-Traumen) zurückführen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Untersuchung von Herpertz et al. (1997) interessant, die facettenanalytische Vergleiche durchführten.

Persönlichkeit ist für die Forschung hinsichtlich drei Fragestellungen relevant: Ist die Persönlichkeit so sehr gestört, daß die Diagnose einer klinischen Störung als Persönlichkeitsstörung gestellt werden muß (Dittmann et al. 1996, Turkat 1990)? Besteht eine Disposition zur psychischen Erkrankung durch das Vorliegen einer bestimmten Persönlichkeitstruktur (Angst und Ernst 1996, Bronisch 1996, Gross 1996, Heerlein et al. 1996, Mundt et al. 1997, Stanghellini et al. 1997, von Zerssen 1996)? Gibt es dysfunktionale Aspekte der Persön-

lichkeit, deren Therapie erforderlich ist, um eine psychische Erkrankung dauerhaft zu heilen (Sulz 1992, 1994)? Darüberhinaus interessieren die Inhalte der Persönlichkeitszüge und die Zusammensetzung der Persönlichkeitstruktur (Paunonen et al. 1996, Vollrath et al. 1996). Neben den dysfunktionalen Aspekten werden als Ressourcen die funktionalen Aspekte bedeutend (Riemann 1996). Die klinische versus testpsychologische Darbietung der Persönlichkeitsfragen ist ein methodischer Untersuchungsgegenstand (Rost und Hoberg 1997) und die dimensionale versus die klassifikatorische Einteilung ein weiterer (Sass 1996).

Persönlichkeitspsychologische Forschung

Als wesentliches Ergebnis der Persönlichkeitsforschung kann das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit betrachtet werden. Wiederholt wurden fünf Faktoren extrahiert mit ähnlicher Benennung (Ostendorf 1990). Fiedler (1995) gibt einen Überblick und benennt: Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrung.

Bei der Untersuchung der prämorbidem Persönlichkeit von psychiatrischen Patienten fand von Zerssen (1993) ebenfalls fünf ähnliche Faktoren. Im Methodenteil wird ausführlich darauf eingegangen. Der Unterschied zu DSM und ICD ist der Anspruch, die Persönlichkeit insgesamt zu erfassen und nicht nur deren dysfunktionale Aspekte. Vergleiche beider Ansätze können deshalb stets nur zu partiellen Übereinstimmungen führen. Die aus der Persönlichkeitsforschung stammenden Skalen haben im Rahmen der Psychotherapie nur bei wissenschaftlichen Fragen Einsatz gefunden. In der Praxis interessieren dagegen im wesentlichen die dysfunktionalen Aspekte, deren Operationalisierung zugleich zu konkreten Therapiezielen hinführt. Daher ist auch das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung sekundär, da nicht erst wenn diese vorliegt, therapeutische Maßnahmen erforderlich werden (Alden und Capreol 1993, Benjamin 1993, Costa und Widiger 1993, Sulz 1994, 1998, Turkat 1990).

Methodik

Die Untersuchungsmethoden

Ziel der Untersuchung ist es, die VDS-Persönlichkeitsskalen von Sulz (1992) wissenschaftlich zu untersuchen. Die VDS-Persönlichkeitsskalen erfassen dysfunktionale Persönlichkeitsaspekte, orientiert an den Definitionen von DSM-III-R (1987): Selbstunsicherheit mit 12 Fragen, Dependenz mit 9 Fragen, Zwanghaftigkeit mit 10 Fragen, passive Aggressivität mit 8 Fragen, Histrionie mit 8 Fragen, Schizoidie mit 10 Fragen, Narzißismus mit 9 Fragen und emotionale Instabilität (Borderline) mit 8 Fragen. Wegen ihrer extremen Seltenheit im ambulanten psychotherapeutischen Bereich wurden die paranoide, die schizotypische und die antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht in die Untersuchung einbezogen. Die Datenerhebung erfolgte verteilt auf zwei Sitzungen im Abstand von 1-2 Wochen. In der ersten Sitzung wurde eine psychiatrische Untersuchung durchgeführt, in der der Patient

frei sein Anliegen schildern konnte. Bis zur 2. Sitzung füllte er 1. den Anamnesefragebogen VDS1 (Sulz 1992), 2. die VDS-Persönlichkeitsskalen nach DSM-III-R zur Selbstbeurteilung (Sulz 1992), 3. die MPT-Skalen zur prämorbidem Persönlichkeit (von Zerssen et al. 1988). Ein naher Angehöriger füllte 4. die MPT-Skalen zur prämorbidem Persönlichkeit (von Zerssen et al. 1988) als Fremdeinschätzung aus. In der zweiten Sitzung wurde 5. das SKID-Interview (1989) durchgeführt, um die DSM-III-R Diagnose zu erhalten und 6. die VDS-Persönlichkeitsskalen von Sulz in Interviewform bearbeitet. Zudem erfolgte 7. eine Nachexploration zur VDS-Anamnese.

Der MPT (1988) dient der Erfassung der prämorbidem Persönlichkeit. Seine sechs Skalen wurden faktorenanalytisch gewonnen: 1. Extraversion (E), 10 Items, 2. Neurotizismus (N), 10 Items, 3. Frustrationstoleranz (F), 6 Items, 4. Rigidität (R), 8 Items, 5. Isolationstendenz (Is), 5 Items, 6. Esoterische Neigungen (Es), 3 Items. Darüber hinaus enthält er 2 Kontrollskalen: 7. Orientierung an sozialen Normen (No), 6 Items, 8. Motivation (Mo), 3 Items. Zudem werden die beiden Skalen Isolationstendenz (Is) und Esoterische Neigungen (Es) zu einer weiteren Skala zusammengefaßt: 5. + 6. Schizoidie. Vom Inhalt her lassen sich die Extraversionsfragen des MPT zum Teil der Histrionie der VDS-Persönlichkeitsfragebögen zuordnen, die Neurotizismusfragen der emotionalen Instabilität und dem Narzißmus, die Rigiditätsfragen der Zwanghaftigkeit und die Isolationstendenz der Schizoidie. Esoterische Neigungen sind in im VDS-Persönlichkeitsfragebogen nicht repräsentiert. Umgekehrt findet sich im MPT keine Frage zur Selbstunsicherheit, Dependenz und passiver Aggressivität. Die drei letzten Konstrukte von Persönlichkeitsaspekten sind also im MPT nicht aufgenommen. Gerade für die psychotherapeutische Praxis sind aber diese Differenzierungen hilfreich und notwendig.

Die Stichprobe

Es wurden 62 Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz untersucht, die sich im Jahr 1992 um psychotherapeutische Behandlung bemühten. Sie wurden teils von niedergelassenen Psychiatern, Nervenärzten, Hausärzten, Fachärzten verschiedener Gebiete, psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken und Polikliniken überwiesen, teils kamen sie direkt über das Telefonbuch oder über private Empfehlung. Ausgeschlossen waren Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, bipolare Erkrankung, hirnorganische Erkrankung und Suchtkrankheiten sowie Minderbegabungen.

Die Untersuchung wurde von 2 ärztlichen Interviewern durchgeführt. Diese hatten eine SKID-Schulung absolviert. Die Befunderhebung und Diagnose erfolgt mit dem SKID (Wittchen et al. 1989). Der Diagnosestellung lag das DSM-III-R (1987) zugrunde, da zu diesem Zeitpunkt noch kein auf ICD-10 basierendes Instrument der standardisierten Befunderhebung in deutscher Sprache vorlag.

Die Patienten waren zwischen 17 und 57 Jahre alt. Durchschnittsalter war 35 Jahre bei einer Standardabweichung von 10. Weiblichen Geschlechts waren 44 (71 %). 18 (29 %) waren männlich.

Folgende Erstdiagnosen ergaben sich:

- 1 (1.6 %) Andere Bestimmte Familiäre Umstände (DSM-III-R Nr. V61.80)
- 1 (1.6 %) Probleme einer Lebensphase oder andere Lebensumstände (DSM-III-R V62.89)
- 9 (14.2 %) Major Depression (DSM-III-R 296.21)
- 14 (22,5 %) Panikstörung und/oder Agoraphobie (DSM-III-R 300.01, 300.21 300.22)
- 6 (9.7 %) Soziale Phobie (DSM-III-R 300.23)
- 4 (6.5 %) Einfache Phobie (DSM-III-R 300.29)
- 5 (8.1 %) Dysthyme Störung (DSM-III-R 300.40)
- 1 (1.6 %) Alkoholmißbrauch (DSM-III-R 305.00)
- 1 (1.6 %) Poltern (DSM-III-R 307.00)
- 1 (1.6 %) Anorexia Nervosa (DSM-III-R 307.10)
- 1 (1.6 %) Primäre Insomnie (DSM-III-R 307.42)
- 2 (3.2 %) Bulimia Nervosa (DSM-III-R 307.51)
- 1 (1.6 %) Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung (DSM-III-R 309.00)
- 1 (1.6 %) Anpassungsstörung mit gemischten emotionalen Merkmalen (DSM-III-R 309.28)
- 2 (3.2 %) Nicht näher bezeichnete depressive Störung (DSM-III-R 311.00)
- 9 (14.5 %) Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen (DSM-III-R 316.00)
- 3 (4.8 %) Keine Achse-I-Störung

Bei 3 Patienten lag keine Achse-I-Störung vor. Sie hatten ausschließlich eine Persönlichkeitsstörung.

Zusätzlich zu dieser Erstdiagnose erhielten 11 Patienten eine Zweitdiagnose auf Achse I.

Folgende Zweitdiagnosen wurden gestellt (bei Vorliegen einer der obigen Erstdiagnosen):

- 1 (1.6 %) Panikstörung mit Agoraphobie (DSM-III-R Nr. 300.21)
- 2 (3.2 %) Soziale Phobie (DSM-III-R Nr. 300.23)
- 4 (6.5 %) Dysthyme Störung (DSM-III-R 300.40)
- 1 (1.6 %) Undifferenzierte somatoforme Störung (DSM-III-R 300.70)
- 1 (1.6 %) Ejaculatio Praecox (DSM-III-R 302.75)
- 1 (1.6 %) Identitätsstörung (DSM-III-R 313.82)
- 1 (1.6 %) Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen (DSM-III-R 316.00)
- 51 (82.3 %) Keine Zweitdiagnose auf Achse I.

Eine Persönlichkeitsstörung wurde zunächst bei 7 Patienten diagnostiziert.

- 4 (6.5 %) Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (DSM-III-R 301.82)
- 2 (3.2 %) Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-III-R 301.83)
- 1 (1.6 %) Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (DSM-III-R 301.90)

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lag im deutschen Sprachraum noch kein standardisiertes Instrument zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen vor. Die Diagnosestellung folgte einer psychiatrischen Untersuchung und Exploration.

Im zweiten Teil der Untersuchung (N=32) wurde auch die DSM-III-R-Achse V geschätzt: Das psychosoziale Funktionsniveau. Der Mittelwert war 59, der Median 60, die Standardabweichung 13.5.

Für syndrombezogene Berechnungen wurden mehrere Diagnosen zusammengefaßt:

Depression, Panik/Agoraphobie, soziale Angst, Migräne (Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen). Im einzelnen setzten sich diese Syndromgruppen aus folgenden Diagnosen zusammen:

DEPRESSION:

Major Depression, Einzelepisode(DSM-III-R Nr. 296.21), Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung (DSM-III-R 309.00), Nicht näher bezeichnete depressive Störung (DSM-III-R 311.00), Dysthyme Störung (DSM-III-R 300.40). Nicht aufgenommen wurden Patienten mit einer rezidivierenden Depression (DSM-III-R 296.3.), da hier weniger anamnestic Hinweise erwartet wurden bzw. andere Auslöser.

PANIK/AGORAPHOBIE:

Panikstörung mit Agoraphobie (DSM-III-R 300.21), Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte (DSM-III-R 300.22)

SOZIALE ANGST:

Soziale Phobie (DSM-III-R 300.23), Poltern (DSM-III-R 307.00), Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (DSM-III-R 301.82)

KÖRPERL. ZUSTAND (Migräne):

Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen (DSM-III-R 316.00). Dies waren neun Migränapatienten.

In diese vier Syndromgruppen fielen 42 der insgesamt 62 Patienten:

DEPRESSION	13 (21.0 %)
PANIK/AGORAPHOBIE	13 (21.0 %)
SOZIALE ANGST	7 (11.3 %)
KÖRPERL. ZUSTAND	9 (14.5 %)

Bei 14.4 % der Patienten bestand die Erkrankung schon seit 1970 oder früher, bei weiteren 20.8 % trat sie zwischen 1971 und 1985 auf. Bei 38.7 % trat sie zwischen 1986 und 1990 und bei 24.2 % erst in den letzten zwei Jahren auf. 18 (29 %) Patienten waren früher schon in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. 6 (5 %) Patienten waren früher schon einmal in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung.

Ergebnis

Im folgenden werden die einzelnen VDS-Persönlichkeitskalen und ihre statistischen Kennwerte dargestellt. Jedes Item besteht aus einer Selbstaussage, die ein Patient als für ihn

zutreffend (1 = ja) oder nicht zutreffend (0 = nein) bezeichnen kann.

1. Selbstunsicherheit

- 101 Ich bin durch Kritik oder Ablehnung leicht verletzbar
- 102 Ich gehe Beziehungen zu anderen Menschen nur ein, wenn ich sicher bin, daß ich akzeptiert/gemocht werde
- 103 Ich vermeide oft soziale oder berufliche Aktivitäten, bei denen engere zwischenmenschliche Kontakte geknüpft werden
- 104 Ich bin in Gesellschaft zurückhaltend, aus Angst, etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten können
- 105 Ich befürchte, vor anderen in Verlegenheit zu geraten, z.B. durch Erröten, Weinen oder Anzeichen von Angst
- 106 Ich neige dazu, gesellschaftliche Pflichten abzusagen, aus Furcht, ihnen nicht gewachsen zu sein
- 107 Ich weiß im Gespräch mit unvertrauten Menschen oft nicht, was ich sagen soll
- 108 Ich traue mich selten, anderen direkt zu sagen, was ich will - aus Angst, daß sie mir dann böse sind
- 109 Forderungen anderer kann ich schlecht ablehnen
- 110 Ich sage oft ja, obwohl ich lieber nein sagen möchte
- 111 Wenn mich etwas ärgert, behalte ich es meist für mich, um Streit zu vermeiden
- 112 Mir ist es wichtig, daß ich nicht unangenehm auffalle

Mittelwert 6.8, Standardabweichung 3.4, Minimum 1, Maximum 12. Bei der VDS-Skala Selbstunsicherheit wurden durchschnittlich sieben Ja-Antworten je Frage gegeben bei insgesamt zwölf Fragen. Die mittlere Item-Schwierigkeit ist 0.57 (Mittelwert geteilt durch die Anzahl der Items). Nur zweiundvierzig Prozent der Patienten gaben weniger als sieben Ja-Antworten.

2. Dependenz

- 201 Ich treffe auch im Alltag kaum Entscheidungen, ohne mich mit meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) zu beraten oder von ihr die Zustimmung zu dieser Entscheidung zu holen
- 202 Die wichtigsten Entscheidung trifft immer meine Bezugsperson (z.B. wo ich am besten wohne, wo ich arbeite)
- 203 Mir wichtigen Menschen pflichte ich im Gespräch immer bei, selbst wenn diese im Unrecht sind, damit sie mich nicht zurückweisen
- 204 Ohne meine Bezugspersonen unternehme ich nichts
- 205 Bei gemeinsamen Aktivitäten geht die Initiative immer von meinen Bezugspersonen aus
- 206 Wenn ich dadurch die Zuneigung meiner Bezugspersonen erringe, übernehme ich dafür unangenehme und auch niedrige Tätigkeiten
- 207 Ich fühle mich allein meist unwohl und hilflos und vermeide dies nach Möglichkeit
- 208 Ich bin am Boden zerstört und hilflos, wenn eine enge Beziehung in Brüche geht
- 209 Ich habe in Beziehungen Angst, verlassen zu werden

Mittelwert 2.8, Standardabweichung 2.2, Minimum 0, Maximum 9. Bei der Skala Dependenz wurden durchschnittlich etwa drei von neun Ja-Antworten gegeben. Die mittlere Item-

Schwierigkeit ist 0.31. Siebenundsiebzig Prozent der Patienten gaben weniger als fünf Ja-Antworten.

3. Zwanghaftigkeit

- 301 Immer wieder kann ich Aufgaben nicht erfüllen, weil ich es so genau und perfekt machen möchte
- 302 Ich verliere mich oft in Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, daß mir die Hauptsache dabei verloren geht
- 303 Ich beharre sehr fest darauf, daß meine Arbeits- oder Vorgehensweisen von anderen übernommen werden
- 304 Ich überlasse anderen nur widerwillig Tätigkeiten, weil diese sie ohnehin nicht korrekt durchführen
- 305 Meine Arbeit und Produktivität ist mir wichtiger als meine privaten Vergnügen und als zwischenmenschliche Beziehungen
- 306 Ich zögere Entscheidungen oft hinaus, weil ich das Für und Wider zu ausgiebig abwäge und mir nicht klar werde, was mir letztendlich wichtiger erscheint
- 307 Ich bin in sehr hohem Maße gewissenhaft, besorgt und unnachgiebig in Bezug auf Moral und menschliche Werte
- 308 Mit Zeit, Geld oder Geschenken bin ich nur großzügig, wenn ich angemessene Gegenleistungen erwarten kann
- 309 Ich kann mich auch von längst nicht mehr benutzten Gegenständen nicht trennen
- 310 Gefühle drücke ich nur sparsam aus

Mittelwert 2.7, Standardabweichung 1.8, Minimum 0, Maximum 8. Bei der Skala Zwanghaftigkeit wurden durchschnittlich fast drei Ja-Antworten bei zehn Items gegeben. Die mittlere Item-Schwierigkeit beträgt 0.27. Neunzig Prozent der Patienten gaben weniger als sechs Ja-Antworten.

4. Passive Aggressivität

- 401 Ich kann Fristen deshalb nicht einhalten, weil ich mit dem Betreffenden bis zuletzt über Unstimmigkeiten oder Unklarheiten streiten oder verhandeln muß
- 402 Wenn man von mir etwas verlangt, das ich nicht tun möchte, werde ich mürrisch oder gereizt oder es kommt zum Streit
- 403 Arbeiten, die ich nicht tun möchte, verrichte ich immer langsam oder als „Dienst nach Vorschrift“
- 404 Oft beschwere ich mich, weil andere unsinnige Forderungen an mich stellen
- 405 Pflichten „vergesse“ ich einfach
- 406 Ich bin in der Ausübung meiner Tätigkeiten besser, als andere glauben
- 407 Ich ärgere mich, wenn andere mir sagen wollen, wie ich meine Arbeit besser machen könne
- 408 Wie und wann ich meine Arbeit mache, entscheide ich, die sollen warten, bis ich fertig bin
- 409 Bei Autoritätspersonen fällt mir sofort ein, was es an denen zu kritisieren gibt, so daß ich nicht so viel Achtung vor Ihnen habe

Mittelwert 2.1, Standardabweichung 1.7, Minimum 0, Maximum 8. Bei der VDS-Skala „passiv-aggressiv“ wurden durchschnittlich etwa zwei von neun Fragen mit Ja beantwortet. Die mittlere Item-Schwierigkeit ist 0.21.

5. Histrionie

- 501 Ich brauche sehr viel Bestätigung und Beifall und irgendwie verschaffe ich mir das auch
- 502 Attraktives Aussehen und Auftreten steht an erster Stelle und verführerisch wirken darf gern dabei sein
- 503 Ich achte sehr darauf, daß es mir nicht passiert, unattraktiv auszusehen, das wäre mir sehr unangenehm
- 504 In zwischenmenschlichen Situationen bin ich mit meinen Gefühlen mit Haut und Haaren dabei und ich drücke meine Gefühle sehr stark aus - manchen mag das überschwänglich erscheinen
- 505 Ich fühle mich wohler, wenn ich im Mittelpunkt stehe, als wenn ich wenig Beachtung in einer geselligen Runde finde
- 506 Meine Gefühle können relativ schnell wechseln - ich bleibe nicht zu lange an tiefen Gefühlen hängen
- 507 Meine Interessen sind mir am wichtigsten und da möchte ich nicht lange warten. Wenn ich mir etwas wünsche, möchte ich es gleich haben
- 508 Sprachlich verwende ich gerne ausschmückende Worte, so eine genaue Sprache liegt mir nicht

Mittelwert 2.8, Standardabweichung 2.3, Minimum 0, Maximum 8. Diese Skala ist mit nur acht Fragen neben der Skala „emotional instabil (Borderline)“ die kürzeste Skala. Von acht Fragen der Skala „histrionisch“ wurden durchschnittlich fast drei mit Ja beantwortet. Die mittlere Item-Schwierigkeit ist 0.34.

6. Schizoidie

- 601 Ich verspüre nicht den Wunsch nach einer nahen Beziehung, ich habe auch keine Freude an solchen Beziehungen
- 602 Es ist mir nicht wichtig, einer Familie oder einem Freundeskreis anzugehören
- 603 Ich suche mir fast immer Unternehmungen aus, die ich allein machen kann
- 604 So starke Gefühle wie Wut oder Freude habe ich selten
- 605 Sexuelle Kontakte sind mir nicht wichtig
- 606 Lob und Kritik anderer Menschen lösen in mir kaum Gefühle aus
- 607 Abgesehen von Eltern und Geschwistern habe ich höchstens eine wichtige Bezugsperson (Freund(in), oder Person meines Vertrauens)
- 608 Ich lasse nur sehr wenig Gefühle aus mir heraus
- 609 Ich weiß von mir, teils weil andere mir das sagten, daß ich kaum Wärme ausstrahle, eher distanziert wirke
- 610 Ich weiß von mir, teils durch andere, daß ich selten durch meinen Gesichtsausdruck oder Gesten (wie Lächeln oder Nicken) zeige, was in mir vorgeht

Mittelwert 2.5, Standardabweichung 2.3, Minimum 0, Maximum 8. Die VDS-Skala „schizoid“ hat zehn Items. Durchschnittlich wurden etwas mehr als zwei dieser Fragen mit Ja beantwortet. Die mittlere Item-Schwierigkeit ist 0.25.

7. Narzißmus

- 701 Auf Kritik reagiere ich oft mit intensiven Gefühlen der Wut, Scham oder Demütigung, ob ich es nun zeige oder nicht
- 702 Es gelingt mir oft, die Beziehungen zu anderen Menschen dazu zu nutzen, meine Ziele voranzubringen
- 703 Ich bin mir meiner Fähigkeiten und Talente sehr bewußt und möchte, daß andere diese sehen und respektieren
- 704 Wenn ich mal Probleme habe, dann aus ganz besonderen einzigartigen Gründen. Nur wenige, besondere Menschen können das dann verstehen
- 705 Sehr oft bewegen mich Phantasien großen Erfolges oder großer Macht, großer Schönheit oder idealer Liebe
- 706 Ich habe den Anspruch, von anderen meiner Persönlichkeit entsprechend behandelt zu werden, nicht wie einer unter vielen
- 707 Im Kontakt mit anderen ist mir deren laufende Aufmerksamkeit wichtig. Ich ertappe mich dabei, daß ich mir Ihre Bewunderung holen möchte
- 708 Mit den Gefühlen anderer befasse ich mich nicht so sehr
- 709 Wenn andere mehr haben oder erreichen, werde ich ganz neidisch

Mittelwert 3.2, Standardabweichung 1.8, Minimum 0, Maximum 9. Von den neun Fragen der VDS-Skala „narzißtisch“ wurden durchschnittlich drei mit Ja beantwortet. Die mittlere Item-Schwierigkeit ist 0.36.

8. Emotionale Instabilität (Borderline)

- 801 Ich habe meist sehr intensive Beziehungen zu einem anderen Menschen, leider nicht dauerhaft. Oft beginnt es mit starken Idealisierungen und endet in Verachtung
- 802 Ganz impulsiv kommt es bei mir zu Geldausgeben oder Ladendiebstahl oder rücksichtslosem Fahren oder sexuellen Exzessen oder Freßanfällen oder Medikamentengebrauch
- 803 Stundenlang habe ich außerhalb psychischer Erkrankungen Verstimmungen mit Depression, Reizbarkeit oder Angst
- 804 Immer wieder kommt es bei mir zu extrem starker Wut oder ich kann meine Wut nicht kontrollieren
- 805 Es kommt immer wieder dazu, daß ich mit Selbstmord drohe oder einen Selbstmordversuch begehe oder mich körperlich absichtlich verletze
- 806 Es fällt mir sehr schwer, mir bewußt zu machen und zu spüren, wer oder was ich bin, was ich langfristig will, was mir eigentlich wichtig ist, auch bei meinen Freunden
- 807 Ich habe sehr oft und anhaltend ein Gefühl der Leere oder Langeweile
- 808 Allein und verlassen sein ist so schlimm, daß ich alles tue, fast verzweifelt, um dies zu verhindern

Mittelwert 2.2, Standardabweichung 2.2, Minimum 0, Maximum 7. Von acht Fragen der VDS-Skala „emotional instabil (Borderline)“ wurden durchschnittlich zwei mit Ja beantwortet. Die mittlere Item-Schwierigkeit ist 0.27.

Die Patienten dieser Stichprobe machten in sehr großem Ausmaß selbstunsichere Selbstaussagen. Sie bejahten durchschnittlich 57 % der Fragen der betreffenden VDS-Skala. Es folgen in der Häufigkeit der Ja-Antworten die Skalen narzißtisch mit 36 %, histrionisch mit 34 % und dependent mit 31 % Ja-Antworten. Am seltensten sind zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitszüge.

Reliabilität der VDS-Persönlichkeitsskalen

Die innere Konsistenz der Skalen Selbstunsicherheit, Dependenz, Histrionie, Schizoidie und emotionale Instabilität ist mit Werten zwischen 0.72 und 0.83 gut. Zwanghaftigkeit, passive Aggressivität und Narzißmus hatten mittlere Alpha-Werte (0.47 bis 0.53). Die Übereinstimmung zwischen der Fragebogen- und der Interviewform ist deutlich. Nur die passive Aggressivität scheint vom Interviewer im Gespräch nicht reliabel erfaßt zu werden, was verständlich ist, da dieser Persönlichkeitszug sich doch erst im Laufe einer schon bestehenden zwischenmenschlichen Beziehung im interaktiven Verhalten manifestiert.

Tabelle 1: Reliabilitätswerte der Persönlichkeitslisten der Fragebogenform (vom Patienten ausgefüllt) und der Interviewform (innere Konsistenz Alpha)

Skala	Zahl der Fragen	Patienten Reliabilität	Interviewer Reliabilität
selbstunsicher	12	.83	.80
dependent	9	.72	.76
zwanghaft	10	.47	.43
passiv-aggressiv	8	.53	.10
histrionisch	8	.74	.78
schizoid	10	.74	.72
narzißtisch	9	.48	.52
emotional instabil	8	.77	.66
Gesamtskala	75	.88	.79

Interkorrelationen der Persönlichkeitsskalen (Selbsteinschätzung und Interviewerform)

Betrachtet man die Korrelationen zwischen den Persönlichkeits-Skalen in der Fragebogenform, so zeigen sich folgende Zusammenhänge:

Selbstunsicherheit korreliert hoch mit dependent, mittel mit zwanghaft, schizoid und emotional instabil. Sie korreliert nicht mit passiv-aggressiv und histrionisch. Dependenz korreliert hoch mit selbstunsicher und emotional instabil, nicht mit passiv-aggressiv und histrionisch. Zwanghaftigkeit korreliert hoch mit keinem, mittel mit selbstunsicher, passiv-aggressiv, narzißtisch, nicht mit keinem. Passive Aggressivität korre-

liert hoch mit keinem, mittel mit zwanghaft und narzißtisch nicht mit selbstunsicher und dependent. Histrionie korreliert hoch mit keinem, mittel mit passiv-aggressiv und narzißtisch, nicht mit selbstunsicher, dependent und schizoid. Schizoidie korreliert hoch mit keinem, mittel mit selbstunsicher, nicht mit histrionisch, narzißtisch, emotional instabil. Narzißmus korreliert hoch mit keinem, mittel mit zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch und emotional instabil, nicht mit schizoid. Emotionale Instabilität korreliert hoch mit dependent, mittel mit selbstunsicher, narzißtisch, nicht mit schizoid. Im Mittel beträgt die Korrelation zwischen den Skalen 0.31. Diese Zusammenhänge gehen aus folgender Korrelationsmatrix hervor.

Zum Vergleich dienen die Skalen-Interkorrelationen der Interviewform. Sie sind in der Grundtendenz sehr ähnlich, prinzipiell jedoch niedriger. Die mittlere Korrelation zwischen den Skalen beträgt 0.19. Insbesondere korreliert im Vergleich mit der Selbsteinschätzung bei der Interviewform die Skala Selbstunsicherheit weniger mit schizoid und mit narzißtisch. Dependenz korreliert weniger mit narzißtisch und schizoid. Zwanghaftigkeit korreliert weniger mit schizoid und mit passiv-aggressiv. Passive Aggressivität korreliert weniger mit histrionisch. Histrionie korreliert weniger mit emotional instabil und schizoid. Narzißmus korreliert weniger mit emotional instabil (vergl. Lieberz und Geiser, 1996).

dependent	.60***						
zwanghaft	.46***	.30**					
passiv-aggressiv	.10	.12	.42***				
histrionisch	-.00	.07	.28*	.47***			
schizoid	.45***	.29**	.28*	.22	-.08		
narzißtisch	.28*	.28*	.40***	.53***	.59***	.17	
emotional instabil	.48***	.66***	.30**	.20	.28*	.09	.51***
	selbst-unsicher	dependent	zwanghaft	passiv-aggressiv	histrionisch	schizoid	narzißtisch

Tabelle 2: Interkorrelationen der VDS-Persönlichkeitsskalen in der Selbsteinschätzung der Patienten (Fragebogenform, N = 62, *p<=.05; **p<=.01; ***P<=.001)

dependent	.65***						
zwanghaft	.31**	.26*					
passiv-aggressiv	.03	.05	.24*				
histrionisch	-.17	.02	.27*	.21***			
schizoid	.27*	.14	.02**	.29**	-.33**		
narzißtisch	.04*	.08*	.33**	.27*	.64***	.13	
emotional instabil	.55***	.67***	.24*	.08	.08	.10	.27*
	selbst-unsicher	dependent	zwanghaft	passiv-aggressiv	histrionisch	schizoid	narzißtisch

Tabelle 3: Interkorrelationen der VDS-Persönlichkeitsskalen im Persönlichkeitsrating der Interviewer (N = 62)

Korrelation zwischen Fragebogenform und Interviewform

Die Korrelationen zwischen Selbsteinschätzung durch die Patienten (Fragebogenform) und Interviewform war gut bis sehr gut (.75 bis .90). D.h. daß grundsätzlich die Interviewform durch die Fragebogenform ersetzbar ist.

Tabelle 4: Interkorrelationen der Persönlichkeitsratings der Interviewer mit den Selbsteinschätzungen der Patienten (Spearman-Korrelationen, N = 62, alle Korrelationen sind auf dem 1-Promill-Niveau signifikant)

VDS-Persönlichkeits-Skala	Korrelation zwischen Fragebogen und Interview
selbstunsicher	.83
dependent	.90
zwanghaft	.85
passiv-aggressiv	.80
histrionisch	.85
schizoid	.78
narzißtisch	.75
emotional instabil	.78
Gesamtskala	.86

Korrelation der VDS-Persönlichkeitsskalen mit dem MPT

Zum Vergleich wurden die MPT-Skalen (von Zerssen et al. 1988) zur Erfassung der prämorbidem Persönlichkeit herangezogen, eingeschätzt durch den Patienten und durch seinen nächsten Angehörigen (meist der Ehepartner). Dies wurde nur bei der Hälfte der Patienten durchgeführt. Die Interkorrelationen der MPT-Skalen lagen in der vorliegenden Stichprobe häufig zwischen 0.3 und 0.5. Die Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung waren bei Extraversion (E) .5, bei Neurotizismus (N) .41, bei Frustrationstoleranz (F) .34, bei Rigidität (R) .39, bei Isolationstendenz (Is) .48, bei Esoterische Neigungen (Es) .47, bei Normorientierung (No) .21, bei Motivation (Mo) .02, bei Schizoidie (Sc) .53.

Die VDS-Skala Selbstunsicherheit korreliert signifikant positiv mit Esoterischen Neigungen und mit Neurotizismus, korreliert signifikant negativ mit Frustrationstoleranz und mit Extraversion. Die VDS-Skala Dependenz korreliert hoch mit Neurotizismus, mittel mit Esoterischen Neigungen, Schizoidie und Rigidität. Die VDS-Skala Zwanghaftigkeit korreliert hoch mit Rigidität, mittel mit Schizoidie und Esoterischen Neigungen, Isolationstendenzen und negativ mit Frustrationstoleranz. Die VDS-Skala Passive Aggressivität korreliert hoch mit Neurotizismus, mittel mit Isolationstendenz, Schizoidie und Extraversion. Die VDS-Skala Histrionie korreliert mit Neurotizismus, mit Extraversion, gering mit Schizoidie und negativ mit Normorientiertheit und Frustrationstoleranz. Die VDS-Skala Schizoidie korreliert mit Motivation und Frustrationstoleranz. Die VDS-Skala Narzißmus korreliert

Tabelle 5: Korrelationen zwischen VDS- und den MPT-Skalen (Selbsteinschätzungen der VDS-Persönlichkeits-Skalen, N = 34)

	selbstunsicher	dependent	zwanghaft	passiv-aggressiv	histrionisch	schizoid	narzißtisch	emotional instabil
MO	-.17	.26	-.045	.11	.08	.36*	.00	.24
NO	-.12	.11	-.19	-.28	-.44**	.010	-.39**	-.067
IS	-.02	.19	.34*	.35*	.16	.18	.26	.16
ES	.31*	.345*	.41*	.03	.25	.16	.20	.35*
SC	.17	.30*	.52***	.32*	.28*	.19	.35*	.33*
R	.20	.37*	.67***	.15	.16	.13	.18	.30*
F	-.31*	-.14	-.29*	-.17	-.38*	.33*	-.24	-.13
N	.32*	.54***	.542***	.512***	.55***	.27	.643***	.64***
E	-.37*	-.17	-.034	.33*	.36*	-.22	.23	.11

hoch mit Neurotizismus, mittel mit Schizoidie und negativ mit Normorientiertheit. Die VDS-Skala Emotionale Instabilität korreliert hoch mit Neurotizismus, mittel mit Esoterischen Neigungen, Schizoidie und Rigidität. Bedenkt man, daß der MPT die Persönlichkeitsaspekte Selbstunsicherheit, Dependenz, passive Aggressivität und Narzißmus inhaltlich nicht berücksichtigt, so ergeben sich doch bestätigende Korrelationen: Es korrelieren die Skalen Selbstunsicherheit, Dependenz, passive Aggressivität, Narzißmus und emotionale Instabilität mit Neurotizismus. Mit Extraversion korrelieren positiv Histronie, passive Aggressivität und negativ die Skala Selbstunsicherheit. Die Skala Zwanghaftigkeit korreliert hoch mit der MPT-Skala Rigidität. Frustrationstoleranz ist bei Selbstunsicheren und Histronischen gering ausgeprägt, bei Schizoidie sehr hoch. Lediglich die Schizoidie-Skala (SC) und die beiden Skalen Isolationstendenz (IS) und Esoterische Neigungen (ES) ergeben nicht die zu erwartenden Korrelationen mit der VDS-Skala Schizoidie.

Persönlichkeit und psychische Erkrankung: Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen

Bei folgenden Persönlichkeitsskalen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den vier Diagnosegruppen: bei Selbstunsicherheit, wobei Depression und soziale Angst vergleichsweise hohe Mittelwerte hatten, bei Dependenz, wobei Depression einen vergleichsweise hohe Mittelwert hatte, bei emotionaler Instabilität, wobei Migräne einen vergleichsweise niedrigen Mittelwert hatte, bei der Gesamtskala (alle Skalensummen zusammengezählt), wobei Depression und soziale Angst vergleichsweise hohe Mittelwerte hatten.

Bei der Interviewform ergaben sich die gleichen Tendenzen. Zusätzlich war noch der Unterschied bei der Skala schizoid signifikant, wobei soziale Angst vergleichsweise hohe Mittelwerte hatte. Dies ist naheliegend, da Menschen mit sozialer Angst ebenso sehr wie schizoide Menschen sozialen Kontakt vermeiden.

Tabelle 6: Einfache Varianzanalyse Patientenselbsteinschätzungen ihrer Persönlichkeit unterschieden nach der Diagnosegruppe (Syndrom)

	Depression	Panik/Agoraph.	soziale Angst	Migräne	
selbstunsicher	19.8	17.5	20.3	16.8	F = 3.1*
dependent	13.3	10.8	11.9	10.3	F = 5.3**
zwanghaft	12.8	12.5	13.4	12.4	F = 0.4 n.s.
passiv-aggressiv	11.5	10.7	11.3	11.0	F = 0.5 n.s.
histronisch	10.8	11.4	10.4	9.8	F = 1.0 n.s.
schizoid	12.5	11.7	13.9	11.7	F = 2.2 n.s.
narzißtisch	12.3	12.6	12.6	11.1	F = 1.1 n.s.
emotional instabil	10.8	10.2	10.3	8.6	F = 2.8 *
Gesamt	103.8	97.3	104.0	91.5	F = 3.3*

Tabelle 7:

Einfache Varianzanalyse Interviewerratings der Persönlichkeit unterschieden nach der Diagnosegruppe (Syndrom)

	Depression	Panik/Agoraph.	soziale Angst	Migräne	
selbstunsicher	20.2	17.2	20.3	17.0	F = 4.2**
dependent	13.2	10.9	11.3	10.6	F = 4.7**
zwanghaft	12.2	12.2	13.0	12.3	F = 0.4 n.s.
passiv-aggressiv	10.3	10.2	11.0	10.6	F = 0.7 n.s.
histronisch	10.5	11.5	10.4	10.0	F = 0.9 n.s.
schizoid	11.5	10.7	12.7	11.7	F = 3.1 *
narzißtisch	12.1	12.5	12.3	11.3	F = 0.6 n.s.
emotional instabil	9.9	9.1	9.4	8.3	F = 3.5 *
Gesamt	103.8	94.2	100.4	91.4	F = 4.2*

Vom VDS-Persönlichkeits-Interview zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung

Die Interviewform der VDS-Persönlichkeitsskalen liefert den vollständigen Befund, der zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erforderlich ist. In Anwendung der DSM-III-Kriterien ergaben sich aufgrund des VDS-Persönlichkeitsinterviews folgende Diagnosen: 5 selbstunsichere, 7 dependente, 4 histrionische und 2 emotional instabile Persönlichkeitsstörungen.

Es wurden keine zwanghafte, keine passiv-aggressive, keine schizoide und keine narzißtische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Hätte man nur die Zahl der erfüllten Kriterien (vier bzw. fünf der in DSM-III-R genannten Kriterien) berücksichtigt, hätte sich eine sehr hohe Anzahl von Persönlichkeitsstörungen ergeben. Diese verringerte sich durch die Berücksichtigung des Zeitpunktes des Beginns der Störung und des Ausmaßes der Beeinträchtigung wie oben zitiert („führt zu klinisch bedeutsamen Beschwerden und/oder zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ...“, Fiedler 1995). Damit ergeben sich mit Hilfe des VDS-Persönlichkeits-Interviews eine deutlich höhere Zahl von Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen als durch freie psychiatrische Befunderhebung (18 versus 7 diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen in dieser Stichprobe).

Diskussion

Die VDS-Persönlichkeitsskalen haben ähnlich gute test-theoretische Kennwerte wie faktorielle Skalen im klinischen Anwendungsbereich (Fydrich et al. 1996). Sie sind zur Erfassung der dysfunktionalen Anteile der Persönlichkeit eines Patienten geeignet und wegen der damit verbundenen Zielformulierung bzgl. Modifikation im emotionalen, kognitiven und interaktionellen Bereich im psychotherapeutischen Bereich relevant. Es liegen relativ geringe Interkorrelationen der einzelnen Skalen vor, so daß insbesondere bei der Interviewform von unabhängigen Konstrukten ausgegangen werden kann. Die 8 Skalen messen tatsächlich 8 verschiedene Aspekte der Persönlichkeit. Eine 11-Skalenversion, die paranoide, schizotypische und antisoziale P. einschließt, wird gegenwärtig untersucht. Es zeigt sich, daß in der vorliegenden Stichprobe Selbstunsicherheit am stärksten ausgeprägt war, Zwanghaftigkeit und passive Aggressivität dagegen selten vorkam. Daraus ergibt sich die Frage, ob erstere anfällig macht für psychische Erkrankung und letztere einen protektiven Faktor darstellen. Der Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe kann hier Aufschluß geben (Sulz et al. in Vorbereitung). Die Reliabilität (innere Konsistenz) der einzelnen Skalen ist mittel bis sehr gut, so daß die Gewinnung der Skalenwerte durch Summenbildung gerechtfertigt ist. Die Übereinstimmung der Selbstbeurteilungsform mit der Interviewform ist sehr hoch, so daß auf die zeitaufwendige Interviewform verzichtet werden kann, wenn es darum geht,

dysfunktionale Persönlichkeitsanteile der Persönlichkeit zu erfassen. Um eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, kann die Interviewform verwendet werden. Die VDS-Persönlichkeitsskalen erreichen darüber hinaus eine gute Differenzierung zwischen verschiedenen Diagnosegruppen.

Literatur

- Alden L.E., Capreol M.J. Avoident personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24, 357 - 376
- American Psychiatric Association Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Weinheim: Beltz 1987
- American Psychiatric Association Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Weinheim: Beltz 1996
- Angst J. Ernst C. Prämorbid und postmorbid Persönlichkeit bei affektiv Erkrankten In: Gross G., Huber G., Morgner J. Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - Psychose. 10. Weissenauer Schizophrenie-Symposium am 17. und 18. Juni 1994 in Dresden, Schattauer, Stuttgart, 1996, Seiten 119-132
- Benjamin L.S. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York: Guilford 1993
- Bronisch T. The typology of personality disorders - Diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior *Crisis*, 1996, 17 (2), 55-58
- Costa P.T., Widiger T.A. (Hrsg.) Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, DC: American Psychological Association 1993
- Dilling H., Mombour W., Schmidt, M.H. Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. 2. Aufl. Bern: Huber 1993
- Dittmann V., Albus M., Grefe J. Disorders of adult personality and behaviour (F6) Results from the ICD-10 field trial of the diagnostic criteria for research in German-speaking countries *Psychopathology*, 1996, 29 (5), 301-305
- Fiedler, P. Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz 1995
- Fydrich T., Schmitz B., Hennch C. Bodem M. Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen In: Schmitz B., Fydrich T., Limbacher K. Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996, Seiten 91-113
- Gross G. Prämorbid Persönlichkeit bei Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankungen In: Gross G., Huber G., Morgner J. Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - Psychose. 10. Weissenauer Schizophrenie-Symposium am 17. und 18. Juni 1994 in Dresden, Schattauer, Stuttgart, 1996, Seiten 190-203
- Heerlein A., Santander J., Richter P. Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders *Comprehensive Psychiatry*, 1996, 37 (6), 430-434
- Herpertz S., Steinmeyer E.M., Pukrop R., Woschnik M., Sass H. Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen. Eine facetten-theoretische Analyse der Ähnlichkeitsbeziehungen *Z. Klein. Psychol.* 1997, 26 (2), 109-117
- Kraepelin, E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. Leipzig: Barth 1909
- Kretschmer, E. Körperbau und Charakter. Berlin: Springer. 25. Aufl. Berlin: Springer 1921
- Lieberz K., Geiser F. Narzißmus und Schizoidie *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 1996, 42 (4), 358-

374

- Mundt C., Backenstrass M., Kronmüller K.T., Fiedler P., Kraus, A., Stanghellini, G. Personality and endogenous/major depression: An empirical approach to typus melancholicus 2: Validation of typus melancholicus core-properties by personality inventory scales *Psychopathology*, 1997, 30 (3), 130-139
- Ostendorf F. Sprache und Persönlichkeitsstruktur. Zur Validität des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit. Regensburg: Roderer 1990
- Paunonen S.V., Keinonen M., Trzebinski J., Försterling F., Grishenko-Roze N., Kouznetsova L., Chan D.W. The structure of personality in six cultures *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1996, 27 (3), 339-353
- Riemann R. Konstruktion und Validierung eines Inventars zur Erfassung von Persönlichkeits-Fähigkeiten *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 1996, 17 (4), 222-235
- Rost D., Hoberg K. Itempositionsveränderungen in Persönlichkeitsfragebogen: Methodischer Kunstfehler oder tolerierbare Praxis? *Diagnostica*, 1997, 43 (2), 97-112
- Sass H., Houben I., Herpertz S., Steinmeyer E.M. Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen In: Schmitz B., Fydrich T., Limbacher K. Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996, Seiten 42-55
- Stanghellini G., Mundt C. Personality and endogenous/major depression: An empirical approach to typus melancholicus 1: Theoretical issues *Psychopathology*, 1997, 30 (3), 119-129
- Sulz S. Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien 1992
- Sulz, S. Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien 1994
- Sulz S. (Hrsg.) Praxis der Strategischen Kurzzeittherapie. In Sulz (Hrsg.) Kurz-Psychotherapien - Wege in die Zukunft der Psychotherapie. München: CIP-Medien 1998
- Turkat I.D. The personality disorders. A psychological approach to clinical management. New York: Pergamon Press 1990
- VDS1 Fragebogen: Anamnese zur Erhebung der Lebens- und Krankheitsgeschichte. München: CIP-Medien 1997
- VDS4 Interview-Leitfaden: Anamnese zur Erhebung der Lebens- und Krankheitsgeschichte. München: CIP-Medien 1998
- VDS17 Die VDS-Persönlichkeitsskalen zur Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitsanteile. 11 Skalen (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, narzisstisch, emotional instabil (Borderline-Typus), paranoid, schizotyp, dissozial). München: CIP-Medien 1998
- Vollrath M., Alnaes R., Torgersen S. Coping in DSM-IV options personality disorders *Journal of Personality Disorders*, 1996, 10 (4), 335-344
- Zerssen D.v. Normal and abnormal variants of premorbid personality in functional disorders. Conceptual and methodological issues. *Journal of Personality Disorders*, 1993, 7, 116-136
- Zerssen D.v. Forschungen zur prä-morbiden Persönlichkeit in der Psychiatrie der deutschsprachigen Länder: Die letzten drei Jahrzehnte Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 1996, 64 (5), 168-183

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz

80634 München, Nymphenburger Str. 185,

Fax 089/132133, e-mail: cipmedien@compuserve.com