

DIAGNOSE UND DIFFERENZIALDIAGNOSE VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

DIAGNOSIS UND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDER

Serge K. D. Sulz und Sabine Sauer

Zusammenfassung

Zunächst werden theoretische Konzeptionen von Persönlichkeitsstörungen diskutiert. Anschließend wird über Studien zu Diagnose und Differenzialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen und über empirische Untersuchungen zu den VDS-Persönlichkeitsskalen berichtet. Diese wurden mit dem Ziel entwickelt, für die psychotherapeutische Praxis ökonomisch einsetzbare Messinstrumente zur Verfügung zu stellen, die dysfunktionale Persönlichkeitszüge erfassen, die häufig die Entstehung psychischer Erkrankungen sowie Verlauf und Ergebnis von Psychotherapien beeinflussen können. Dann wird über den Versuch berichtet, durch eine Nachexploration mit Hilfe eines strukturierten Interviews Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 zu diagnostizieren. Es wird eine neue Studie vorgestellt über die ersten Erfahrungen mit dem Einsatz der Interviews zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (VDS30-Int). Bei 81 Patienten wurden die um die drei Skalen paranoid, schizotyp und dissozial auf elf Skalen erweiterten VDS30-Persönlichkeitsskalen eingesetzt und anschließend das Persönlichkeitsstörungsinterview VDS30-Int durchgeführt. Die Korrelation zwischen Selbstbeurteilung (Persönlichkeitsskalen) und Fremdbeurteilung (Interview) war bei den Skalen selbstunsicher, histrionisch, zwanghaft, narzisstisch, dependent und emotional instabil (Borderline) gut bis sehr gut, bei passiv-aggressiv, paranoid und schizotyp schlecht. Die Interraterreliabilität des Interviews war gut. Es bestand eine hohe Komorbidität von selbstunsicheren, zwanghaften und dependenten Persönlichkeitsstörungen.

Schlüsselwörter

Persönlichkeitsstörung – Diagnose – Persönlichkeitsfragebogen – Persönlichkeitsinterview - Psychotherapie

Summary

At first, theoretical concepts of personality disorders are being discussed. Afterwards, there is a report on studies regarding diagnosis and differential diagnosis of personality disorders and empirical research regarding the VDS personality scales. These were developed with the aim to place economically employable measuring instruments for the psychotherapeutic practice at disposal which register dysfunctional personality traits that can often have influence on the emergence of psychic illnesses and can also influence the course and result of psychotherapies negatively. Then there is a report about a study on diagnosing personality disorders according to ICD-10 by an after-exploration with the help of a structured interview. A new study is presented introducing first experiences about the employment of the interview recording personality disorders (VDS 30-Int). Among 81 patients, the VDS 30-personality scales which were extended up to eleven scales by the three scales paranoid, schizotype and dissocial were used and afterwards the personality disorder interview VDS 30-Int was carried out. The correlation between self assessment (personality scales) and cross assessment (interview) were good to very good with the scales avoidant, histrionic, compulsive, narcissistic, dependent and emotionally unstable (borderline), low with passive-aggressive, paranoid and schizotype. The interrater reliability of the interview was good. There was a high comorbidity of avoidant, compulsive and dependent personality disorders.

Keywords

personality disorder, diagnosis, personality scales, personality interview, psychotherapy

1 Überblick über diagnostische Konzeptionen von Persönlichkeitsstörungen

Wenn wir davon ausgehen, dass bei etwa 10 % der Bevölkerung eine Persönlichkeitsstörung vorliegt (Maier et al. 1992), so erscheinen Diagnose und Differenzialdiagnose bedeutsam (Saß et al., 1999; Trautmann-Sponsel und Zaudig, 1997). Auch die Tatsache, dass diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen inzwischen der Ausgangspunkt zielgerichteter psy-

chotherapeutischer Behandlungen sind (z. B. Beck et al., 1995; Benjamin, 2001; Fiedler, 1995; Fydrich, 2001a,b; Katschnig et al., 2000; Linehan, 1996; Pretzer, 2001; Schmitz et al., 1996; Sulz, 2001; Tress, 2002), macht ihre qualifizierte Diagnose bedeutsam.

1.1 Grundlegende Zugangsweisen

Gegenwärtig konkurrieren drei persönlichkeits-theoretische Ansätze in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und krankheitsrelevanten Persönlichkeitszügen: das psychiatrische System der kategorialen Klassifikation (früher DSM-III-R [APA, 1987], jetzt DSM-IV [APA, 1997] und ICD-10 [Dilling et al., 1993]), die faktorenanalytische Persönlichkeitspsychologie mit ihren dimensional Modellen (Zusammenfassung bei Fiedler 1995) und der interpersonelle Ansatz, der versucht, Persönlichkeit durch Beobachtung und Beschreibung des Interaktionsverhalten zu erfassen (Benjamin, 2001; Horowitz et al., 1994; Kiesler, 1983; Leary, 1957; Tress, 2002).

Kurt Schneiders (1976) Einteilung der Charakterstörungen 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. Er beschrieb zehn psychopathische Charaktere: den Hyperthymen, den Depressiven, den Selbstunsicheren, den Fanatischen, den Geltungsbedürftigen, den Stimmungs-labilen, den Explosiblen, den Gemütlosen, den Willenlosen und den Asthenischen. DSM-III-R und DSM-IV definieren selbstunsichere, dependente, zwanghafte, histrionische, schizoide, Borderline-, paranoide, schizotype und dissoziale/antisoziale Persönlichkeiten. DSM-III-R weist zudem die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung aus. Bei DSM-IV laufen unter "Andere Persönlichkeitsstörung" die passiv-aggressive und die depressive Persönlichkeitsstörung.

Dem gegenüber steht die ebenfalls sehr lange Tradition der faktorenanalytischen Persönlichkeitsforschung, die von Ostendorf (1990) skizziert wird. Fünf Faktoren wurden wiederholt extrahiert: Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrung. Fiedler (1995) vergleicht diese Faktoren mit der DSM- und ICD-Nomenklatur: Schizoide, schizotypische, selbstunsichere und zwanghafte Menschen sind eher introvertiert, histrionische Menschen eher extravertiert. Paranoide, schizoide, schizotypische,

Borderline-, antisoziale, narzisstische, zwanghafte und passiv-aggressive Menschen sind eher nicht verträglich. Antisoziale, dependente und passiv-aggressive Menschen sind eher nicht gewissenhaft. Schizoide Menschen sind eher nicht offen für Erfahrung.

Leary (1957) ging von den beiden interpersonellen Dimensionen Liebe versus Hass und Dominanz versus Unterwürfigkeit aus. In seinem Kreismodell mit 8 Sektoren ergeben sich so acht Persönlichkeitstypen. Kiesler (1983) erweiterte dieses Kreismodell zu sechzehn Persönlichkeitszügen. Er postuliert zudem die Komplementarität des Interaktionsverhaltens zweier Menschen: Ist z. B. der eine dominant, so reagiert der andere unterwürfig. Horowitz (z.B. Horowitz et al., 1994) entwickelte das Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C/-D) auf der Basis dieser beiden Circumplexmodelle. Er benennt acht Haupttypen. Benjamin (2001) bildet ebenfalls auf den beiden Dimensionen Status (Kontrolle) und Liebe - Hass acht Reaktionsmöglichkeiten in einem Kreismodell ab. Zusätzlich unterscheidet sie als Aufmerksamkeitsfokus in der Interaktion die Selbst- versus Objektbezogenheit. Damit ergibt sich ein Kreismodell für Objektbezogenheit mit diesen acht Reaktionsmodi und ein zweites Kreismodell für Selbstbezogenheit. Drei Foci ergeben sich demnach: Ich gehe aktiv mit dem anderen Menschen um. Ich reagiere auf die Aktivität des anderen Menschen. Ich gehe mit mir selbst um.

Das klinische Arbeiten in Diagnostik und Therapie mit ihrem SASB-Modell und ihren Interpersonellen Persönlichkeitsfragebögen (INTREX) ist bei Tress (2002) beschrieben. Benjamin (2001) beschreibt eine "Landkarte der Wünsche" für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel: Histrionisch: Du musst mich beständig versorgen und bewundern, wie du es versprochen hast.

Dissozial: Nie hatte ich von dir etwas anderes zu erwarten als Schikanen, also Sorge ich dafür, dass ich immer den Befehl führe oder außer Reichweite bin.

Tabelle 1: Interpersonelle Verhaltensweisen im aktiven, reaktiven und im reflexiven Modus

Aktives Interaktionsangebot	Reaktive Antwort auf das Interaktionsangebot des anderen	Umgang mit sich selbst
1. Dem anderen Freiheit gewähren	1. Sich vom anderen unabhängig machen	1. Sich selbst gegenüber emanzipieren
2. Den anderen bestätigen, verstehen	2. Sich dem anderen öffnen, offenbaren	2. Sich selbst bestätigen, sich selbst erforschen
3. Den anderen aktiv lieben, umsorgen	3. Sich vom anderen lieben lassen, genießen	3. Sich selbst (aktiv) lieben
4. Dem anderen helfen, beschützen	4. Dem anderen vertrauen, sich auf ihn verlassen	4. Sich selbst beschützen
5. Den anderen kontrollieren, beaufsichtigen	5. Dem anderen nachgeben, sich ihm unterwerfen	5. Sich selbst kontrollieren, einschränken
6. Den anderen beschuldigen, herabsetzen	6. Schmollen, den anderen beschwichtigen	6. Sich selbst anklagen, unterdrücken
7. Den anderen angreifen, ablehnen, zurückweisen	7. Sich zurückziehen, protestieren	7. Sich selbst angreifen, ablehnen
8. Den anderen ignorieren, vernachlässigen	8. Zumachen, dem anderen ausweichen	8. Sich selbst ignorieren, vernachlässigen

Neben diesen biografisch abgeleiteten interpersonellen persönlichkeitspezifischen Wünschen und Bedürfnissen beschreibt Benjamin typische interpersonelle Ängste und Befürchtungen. Diese beiden Motive machen verständlich, wie ein Mensch hinsichtlich der acht Grunddimensionen in den drei Foci der Interaktion reagiert.

Auch Sachse (2001) betrachtet Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen. Von einer zielorientierten Gesprächspsychotherapie in der Tradition Rogers ausgehend entwickelt er das "Modell der doppelten Handlungsregulation", aus dem er therapeutische Strategien und Interventionen ableitet.

1.2 Persönlichkeitsmodelle, die Wechselwirkungen mit biologischen und sozialen Faktoren postulieren

Bronisch (2001) weist sowohl auf die Vererbbarkeit als auch auf nachweisbare biologische Charakteristika von Persönlichkeitsstörungen hin (vgl. Sulz, 2002b). Cloninger und Svrakic (2000) fassen die neurobiologischen Erkenntnisse zu einer Konzeption der Persönlichkeitsstörungen zusammen. Neugier (novelty seeking) erfolgt aus Aktivitäten des dopaminergen Systems und ist bei antisozialer Persönlichkeit stark, bei zwanghafter gering ausgeprägt. Belohnungsabhängigkeit (reward dependence) entspricht Aktivitäten des noradrenergen Systems und ist bei dependenter Persönlichkeit groß, bei schizoide Persönlichkeit gering. Vermeidung unangenehmer Erlebnisse (harm avoidance) geht auf Aktivitäten des serotonergen Systems zurück, wobei emotional instabile Persönlichkeiten hohe, histrionische Persönlichkeiten niedrige Werte aufweisen. Persistenz als vierte biologisch determinierte Dimension korreliert mit glutaminergen und gabaergen Aktivitäten und ist bei zwanghafter Persönlichkeit stark und bei passiv-aggressiver Persönlichkeit gering ausgeprägt. Bezüglich der Dominanz der Hemisphären ergab sich, dass bei zwanghaften Persönlichkeiten linkshemisphärisch die präfrontale Aktivität erhöht ist und bei histrionischen Persönlichkeiten rechtshemisphärisch. Dies entspricht deren bevorzugter Art zu denken (analytisch versus intuitiv).

Millon (1996) nimmt neben biologischen Faktoren (angeboren, pränatale Einflüsse, postnatale biologische Einflüsse) psychologische und soziale Determinanten des Verhaltens und der Persönlichkeit an. Nach Millon lässt sich die Persönlichkeit eines Menschen am einfachsten verstehen, wenn man von den Verstärkungen, die sein Leben beeinflussen, ausgeht. Aufschluss gibt die Art der Verstärkung (positiv = C+ erhaltend oder negativ = Vermeidung von C-), die Quelle der Verstärkung (selbst oder andere, wechselnd, oder fehlend) und die eingesetzte Strategie, um Verstärkung zu erlangen (aktiv, passiv, schwankend, distanziert = kein).

Dadurch kommt Millon auf eine Verstärkungs-Matrix der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge nach DSM-IV: Der Antisoziale erfährt Selbstverstärkung durch aktives (antisoziales) Verhalten, der Paranoide vermeidet Bedrohung durch aktives (paranoides) Verhalten, der Narzisstische erfährt Selbstverstärkung durch passives Verhalten (bewundern lassen). Der Histrionische verhindert Bedrohung durch aktives (histrionisches)

Verhalten, der Dependente verhindert Bedrohung durch passives Verhalten (dem anderen die Aktivität überlassen). Zwanghafte werden positiv verstärkt oder verhindern aversive Erfahrung mit anderen Menschen durch passives Verhalten (keine emotionale Zuwendung). Selbstunsichere verhindern soziale Ablehnung durch aktives (Rückzugs-) und Schizoide durch passives Verhalten (nicht in Beziehung treten). Borderline-Persönlichkeiten schwanken zwischen aktivem und passivem Verhalten und werden dafür positiv belohnt oder vermeiden Bedrohliches.

Während Millon Bedürfnisbefriedigung (Verstärkung) und Angstreduktion als zentrale Motive menschlicher Verhaltenssteuerung berücksichtigt, geht er auf die bei antisozialen und paranoiden Persönlichkeiten im Vordergrund stehende Thematik der Aggressivität bzw. Feindseligkeit nicht ein.

Beck, Freeman et al. (1993) konzentrieren sich auf die aus der Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt resultierenden kognitiven Schemata. Je traumatischer die Erfahrungen sind, die zur Bildung dieser Denkschemata führen, umso rigider und umso weniger der heutigen Erwachsenenrealität entsprechend sind diese. Vermeidung hat das Ausbleiben erfolgreichen Sozialverhaltens zur Folge. Die Autoren betonen drei kognitive Aspekte: automatische Gedanken, systematische Denkfehler (kognitive Verzerrungen) und dysfunktionale Schemata. Ihr kognitives Modell nimmt einen kognitiv-interpersonellen Kreislauf an. Dieser besteht aus einem interpersonellen Kreislauf: äußeres Ereignis, automatischer Gedanke, zwischenmenschliches Verhalten, Reaktionen anderer, automatische Gedanken. Dieser kommt über die automatischen Gedanken mit dem kognitiven Kreislauf in Wechselwirkung: Schema (aktiviert durch das äußere Ereignis), automatischer Gedanke, emotionale Reaktion, voreingenommene Wahrnehmung und Erinnerung, automatischer Gedanke usw.

1.3 Ein affektiv-kognitives Entwicklungsmodell der Persönlichkeit

Sulz hat ein affektiv-kognitives Entwicklungsmodell der Persönlichkeit und der Persönlichkeitsstörungen formuliert (Sulz 2001), das Ausgangspunkt für die Behandlung sein kann. Die Wechselwirkung zwischen den Eltern mit ihrem Elternverhalten und dem Kind mit seinen angeborenen Dispositionen führt neben Befriedigungen auch zu Frustrationen und Bedrohungen, die bestimmte Bedürfnisse bleibend in den Vordergrund rücken lassen, z.B. das Bedürfnis nach Geborgenheit oder das Bedürfnis nach Beachtung. Sie führt auch dazu, dass ein Mensch dauerhaft auf die Vermeidung spezifischer Bedrohungen bzw. Ängste achtet und so ein individuelles Profil an Vermeidungshandlungen aufbaut, immer dafür sorgen, Menschen um sich zu haben. Ein weiteres wichtiges Ergebnis seiner Sozialisation ist die Hemmung seiner aggressiven Tendenzen den Mitgliedern seiner sozialen Gemeinschaft gegenüber. Der Inhalt der Wuttendenzen, z. B. den anderen durch tagelanges Schweigen zu strafen oder aus Wut wegzugehen, ist charakteristisch für einen Menschen und ist ebenfalls Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Eltern und Kind bzw. zwischen ihm und anderen wichtigen Bezugspersonen (z.B. Bruder, Schwester, Großeltern). Sulz (2000) kann

te zentrale Bedürfnisse in wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen aus Patientenanamnesen empirisch beschreiben, die eine sehr gute Interraterreliabilität aufweisen (Sulz und Tins, 2000). Sulz und Müller (2000) haben neben zentralen Bedürfnissen auch zentrale Ängste und Wut mit den Persönlichkeitstypen in Zusammenhang bringen können. Die Dauerblockade der Wut- und Angriffstendenz ist eine wichtige Aufgabe der Selbst- und Beziehungsregulation. Viele Menschen gehen dabei so weit, dass sie z. B. selbstunsicher und ängstlich werden.

Denn der Ängstliche und Unsichere schützt sich durch seine Angst davor, allzu forsch in die Offensive zu gehen (Funktionalität des selbstunsicheren Verhaltens). Die psychische Homöostase kann kognitiv als Regelwerk verstanden werden, und die wichtigste Regel ist die, die das Überleben sichert. Meist geht es in Beziehungen nur um das emotionale Überleben, d.h. um das Verhindern von psychischen Schädigungen. Eine in der Kindheit optimal auf die soziale Umwelt der Kindheitsfamilie zugeschnittene Überlebensregel wird, wenn sie nicht modifiziert wird, im Erwachsenenleben aber dysfunktional. Unsere Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten dysfunktional wird, d.h. dem betreffenden Menschen zum Nachteil gereichen. Wer z. B. die Überlebensregel hat "Nur wenn ich mich immer zurückhalte und nie widerspreche, bewahre ich mir Zuneigung und verhindere Kritik und Ablehnung", kann sich in einer wichtigen Problemsituation nicht angemessen wehren. Zudem verhindert diese Regel, dass die Beziehungen des Erwachsenenlebens stützend und befriedigend für beide Seiten bleiben, denn der Zurückhaltende gibt dem anderen zu wenig Wärme und Zugehörigkeitsgefühl. Damit haben wir es in unseren Betrachtungen zunächst mit den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen zu tun, wie sie z.B. im DSM-III-R (1987), DSM-IV (1997) und ICD-10 (Dilling et al. 1993) beschrieben werden. Die Ausprägung dieser Züge kann so stark sein, dass eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist. Die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen schränken das aktive Verhaltensrepertoire eines Menschen zum Teil erheblich ein, es unterbleiben interessierte Kontaktaufnahmen, soziale Veranstaltungen werden gemieden. Dadurch ist er schwierigen Problemen weniger oder nicht gewachsen. Die auslösende Lebenssituation kann z.B. nur durch Symptombildung beantwortet werden. So kann eine Depression entstehen, wenn es nicht gelingt, in der Ehe eigene wichtige Bedürfnisse zu befriedigen, weil niemals dem Partner deutlich genug gezeigt wird, wie frustrierend oder verletzend dessen Verhalten ist. Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Meisterung des Problems geführt hätten, sind verboten, z. B. wütende Auseinandersetzung. Sie würden die Überlebensregel verletzen und das emotionale Überleben gefährden. Welche Lebenssituation zur Symptombildung führt, ist somit auch durch die Persönlichkeit des betroffenen Menschen festgelegt. Eine therapeutische Veränderung diagnostizierter dysfunktionaler Persönlichkeitszüge hat deshalb einen hohen Stellenwert in der psychotherapeutischen Zieldefinition und Behandlungsplanung.

2 Zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen – Überblick über Studien

2.1 Übereinstimmung von Beurteilern in der diagnostischen Zuordnung

Die bis heute vorliegenden Ergebnisse zur Reliabilität und Gültigkeit des Diagnoseprozesses und -ergebnisses sind nicht konsistent. Renneberg (1991) fand in einer klinischen Stichprobe von Agoraphobiepatienten eine Prävalenz von 56 %. Bei der Befunderhebung mit dem Strukturierten Klinischen Interview (SKID) zeigte sich in seiner Studie eine Interraterübereinstimmung von $Kappa = 0.67$.

Bronisch et al. (1993) verglichen zwei Instrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen - das "Personality Disorders Questionnaire Revised" (PDQ-R) und die "Munich Diagnostic Checklist" (MDCL-P). Kappa war für die diagnostische Übereinstimmung niedriger als 0.40, sowohl für Persönlichkeitsstörung bzw. keine Persönlichkeitsstörung als auch für spezifische Persönlichkeitsstörungen. Beim PDQ-R wurden häufiger Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert als bei der MDCL-P (58 versus 43 Prozent). Bronisch und Mombour (1994) verglichen die strukturierte Befunderhebung und Diagnostik durch die International Personality Disorder Examination (IPDE) mit freier Befunderhebung und Checklisten-unterstützter Diagnostik mit Hilfe der Internationalen Diagnosechecklisten (IDCL-P). Zwei erfahrene Psychiater untersuchten 40 stationäre Patienten. Bei der Fragestellung Persönlichkeitsstörung ja oder nein ergaben sich Kappa-Werte von .52 und .75, wenn DSM-III-R- und ICD-10-Diagnosekriterien zugrunde gelegt wurden. In der Studie von Bronisch und Mombour (1994) ergaben sich bei Fragen nach der Differentialdiagnose zwischen einzelnen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R Kappa-Werte zwischen -.07 und .71, nach ICD-10 zwischen .38 und .68. Die Ergebnisse weisen einerseits darauf hin, dass die reliablere Operationalisierung in ICD-10 als in DSM-III-R vorliegt. Eine freie Befunderhebung scheint zu deutlich anderen Ergebnissen zu führen als ein strukturiertes Interview (Bronisch und Mombour, 1994).

Bronisch et al. (1992) untersuchten SKID-II im Rahmen einer Test-Retest-Studie auf ihre Reliabilität hin. Das Interview dauerte durchschnittlich 36 Minuten. Bei 48 Prozent der Patienten lag eine Persönlichkeitsstörung vor. Der Kappa-Wert betrug 0.62 (Persönlichkeitsstörung vorhanden versus nicht vorhanden). Für spezifische Persönlichkeitsstörungen lag Kappa zwischen 0.35 und 0.79.

Saß et al. (1996) untersuchten die "Aachener Merkmalsliste für Persönlichkeitsstörungen" (AMPS). AMPS ermöglicht die Bestimmung übergeordneter Gruppen von Persönlichkeitsstörungen, die über Clusteranalyse an 389 Patienten gewonnen wurden und mit theoretischen Überlegungen und Ergebnissen anderer Studien zu Persönlichkeitsstörungen weitgehend übereinstimmten. Im Vergleich mit dem "Sechs-Faktoren-Test" von D. von Zerßen (1993) zeigte sich, dass sich die Persönlichkeitsdimensionen inhaltlich begründbar in die Gruppen von Persönlichkeitsstörungen der AMPS integrieren ließen.

Berner et al. (1998) diskutieren die Diagnostizierbarkeit von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Sie führen aus, dass Persönlichkeitsstörungen behandlungsrelevante Symptome

beschreiben, anhand derer eine spezifische Behandlungsindikation und -begründung erfolgen kann. Weiterhin weisen sie darauf hin, dass wegen des Chronifizierungsrisikos und der relativ hohen Therapieresistenz bei Erwachsenen ein früher Behandlungsbeginn sinnvoll erscheint. Untersuchungen mit dem "Inventar zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und -störungen" (IPMS), einem Selbsteinschätzungsverfahren, das Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-IV gibt, dessen Aussagen überwiegend Reaktionen auf soziale Interaktionssituationen beschreiben und somit ein Screening hinsichtlich konflikthafter Lebensbereiche im Einzelfall ermöglichen, ergaben Hinweise auf die Validität des IPMS. Die Studie wurde mit 2247 unbehandelten Jugendlichen durchgeführt.

Die Untersuchungen von Zerssens (1996) zur prämorbidem Persönlichkeit führten zur Einbeziehung der biografischen Angaben zur Krankheitsgeschichte mit Erfassung äußerer Lebensumstände und des konkreten Erlebens und Verhaltens. Dies ermöglicht eine Persönlichkeitsbeschreibung anhand allgemeiner Eigenschaften. Die resultierende Typendiagnose wurde operationalisiert und auf 261 Krankengeschichten angewandt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Typendiagnose im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen gut anwendbar ist, allerdings mit sehr hohem Arbeitsaufwand.

2.2 Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Renneberg (1991) berichtet über eine Übereinstimmung mit einem Fragebogenverfahren (Millon Clinical Multiaxial Inventory) von $Kappa = 0.51$. Die fehlende Übereinstimmung von Interview- und Fragebogen-Daten kann aber nicht in voller Höhe auf eine mangelnde Validität zurückgeführt werden, sondern ist auf einen Methodenartefakt zurückzuführen (vgl. Sulz et al., 1998; Sulz und Gigerenzer, 1982a,b;).

In einem Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen weisen Bronisch und Mombour (1998) darauf hin, dass Present-Disorder-Examination(PDE)-basierte und DSM-III-R-basierte Instrumente zu verschiedenen Ergebnisse kommen. Dagegen weisen diese Instrumente gute Reliabilitätswerte bezüglich Interrater- und Retest-Reliabilität auf. Sie sind demnach zuverlässig, aber nicht vergleichbar.

Durch den Münchner Persönlichkeitstest MPT (von Zerssens, 1993) wird versucht, die prämorbidem Persönlichkeit zu erfassen. Deshalb ist er auch nicht an den in den psychiatrischen Klassifikationssystemen DSM und ICD definierten Persönlichkeitsbeschreibungen orientiert, sondern an einem dimensional Persönlichkeitsmodell. Der MPT enthält neben dem Selbstbeurteilungsfragebogen einen parallelen Fremdbeurteilungsfragebogen, der wichtigen Angehörigen vorgelegt werden kann, was bei schwer psychisch Kranken manchmal die einzige Möglichkeit der Datenerhebung ist. Die Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung waren beim Faktor Extraversion .52, bei Neurotizismus .41, Frustrationstoleranz .34, Rigidity .39, Isolationstendenz .48, esoterische Neigungen .47, Normorientierung .21, Motivation .02 und bei Schizoidie .53.

Assion et al (1998) verglichen Selbst- und Fremdbeurteilungen (durch Verwandte der Patienten) mit den Skalen des "Münchener Persönlichkeitstest" bei elf Patienten mit und 29 Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Bei keiner Skala ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdrating. Die Autoren berichten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen signifikant neurotischer waren und eine stärkere Isolationstendenz aufwiesen, tendenziell weniger frustrationstolerant waren, weniger normorientiert und schizoider als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

2.3 Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit Achse-I-Störungen

Fydrich et al. (1996) berichten über die Bad Dürkheimer Komorbiditätsstudie, in der die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei 435 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik erhoben wurde. Bei mehr als 25 % der Patienten waren die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt. Es wurden in hohem Maße Mehrfachdiagnosen gestellt.

Feske et al. (1996) untersuchten den Einfluss einer komorbiden selbstunsicheren (ängstlich-vermeidenden) Persönlichkeitsstörung auf das Behandlungsergebnis einer Expositionsbildung von sozialen Phobien bei 48 ambulanten Patienten. Vor und drei Monate nach der Behandlung hatten die Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung bei Selbstbeurteilungsfragebögen zu Angst, Depression, Missbefinden, negatives Selbstbild und soziale Phobie höhere Werte, obgleich sie signifikant von der Therapie profitierten. Die Autoren vermuten, dass die stärkere Ausprägung von Depression größere Therapieerfolge bei der Expositionsbildung verminderte.

2.4 Komorbidität innerhalb der Persönlichkeitsstörungen

Funsch (1999) weist darauf hin, dass die mangelnde Abgrenzung zu einem nichtpathologischen Persönlichkeitsstil und die unzureichende Differenzierung zwischen den verschiedenen Formen spezifischer Persönlichkeitsstörungen zu diagnostischen Unklarheiten führen. Bei differenzialdiagnostisch schwierigen Entscheidungen griffen Diagnostiker auf zuvor bestehende Urteilsstereotypen zurück (vgl. auch Sulz und Gigerenzer, 1982a,b).

3 Die Entwicklung dimensionaler Messinstrumente als Diagnosehilfen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen

3.1 VDS17-Persönlichkeitsskalen

Grundlage der VDS-Persönlichkeitsfragebögen VDS17 (Sulz, 1999c, 2000) ist die in DSM-III-R beschriebene Kategorisierung von Persönlichkeitsstörungen. Hierzu wurde versucht, für jedes objektivierte Kriterium einer Persönlichkeitsstörung eine Selbstaussage zu formulieren, die ein Patient als für ihn zutreffend oder nicht zutreffend bezeichnen kann (Ja/Nein-Antworten). Es wurden nicht alle in DSM-III-R definierten Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt. Von der Häufigkeit und der praktischen Bedeutsamkeit im psychotherapeutischen Kontext ausgehend wurden folgende acht Persönlichkeits-

definitionen aufgenommen: selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch und Borderline. Wie stark die einzelnen Persönlichkeitszüge in der Patientenstichprobe ausgeprägt waren (Sulz et al. 1998), wenn man berechnet wie viele Patienten mehr als die Hälfte der Fragen einer Skala bejahten: selbstunsicher 57 %, histrionisch 26 %, dependent und narzisstisch je 23 %, Borderline 19 %, schizoid 16 %, zwanghaft 10 % und passiv-aggressiv 8 %. Die Autoren interpretierten dies so, dass passiv-aggressiv eher vor psychischer Erkrankung schützt als selbstunsicher, und zwanghaft eher als histrionisch.

Eine Untersuchung zur Testgüte und zur Deimensionalität legten Sulz et al. (1998) vor. Einer Stichprobe von 62 Patienten der CIP-Ambulanz wurden der VDS17, MPT (von Zerssen 1993) und der VDS-Anamnesefragebogen VDS1 gegeben. Außerdem erhielten die Angehörigen die Fremdbeurteilungsversion des MPT. Die ärztlichen Untersucher schätzten mit Hilfe des VDS17 die Persönlichkeit des Patienten und führten zudem ein Interview zur Nachexploration durch. Es liegen relativ geringe Interkorrelationen der einzelnen Skalen vor – vergleichbar faktorenanalytisch gewonnener Skalen, so dass von unabhängigen Konstrukten ausgegangen werden kann. Die 8 Skalen messen tatsächlich 8 verschiedene Aspekte der Persönlichkeit. Die Reliabilität (innere Konsistenz) der einzelnen Skalen ist mittel bis sehr gut, so dass die Gewinnung der Skalenwerte durch Summenbildung gerechtfertigt ist.

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 schlechte Alpha-Werte (0.47 bis 0.53). Die Übereinstimmung zwischen der Fragebogen- und der Interviewform war sehr groß. Die Fremdratings der Untersucher hatten ähnlich gute innere Konsistenz. Nur die passive Aggressivität wurde vom Interviewer im Erstgespräch nicht reliabel erfasst, was verständlich ist, da dieser Persönlichkeitszug sich doch erst im Laufe einer schon bestehenden zwischenmenschlichen Beziehung im interaktiven Verhalten manifestiert. Die Korrelationen zwischen Selbsteinschätzung durch die Patienten (Fragebogenform) und Fremdrating war gut bis sehr gut (.75 bis .90). D.h., dass das Fremdrating mit Nachexploration durch die Fragebogenform ersetzbar ist – wenn es nur um die Bestimmung der Ausprägung eines Persönlichkeitszuges im Kontext eines dimensional Persönlichkeitsmodells und nicht um die kategoriale Diagnose einer Persönlichkeitsstörung geht.

3.2 Beziehungen zwischen den VDS17-Skalen und Dimensionen präorbider Persönlichkeitszüge

Betrachtet man die Korrelationen der VDS-Persönlichkeitskalen mit den Faktoren des MPT (von Zerssen, 1993), so zeigt sich, dass sich vom Inhalt her die Extraversionsfragen des MPT zum Teil dem Histrionischen des VDS17, die MPT-Neurotizismusfragen der emotionalen Instabilität und dem Narzissmus des VDS17, die Rigiditätsfragen der VDS-Zwanghaftigkeit und die MPT-Isolationstendenz der VDS-Schizoidie entsprechen. Esoterische Neigungen (MPT) sind

im VDS 17 nicht repräsentiert. Umgekehrt findet sich im MPT keine Frage zur Selbstunsicherheit, Dependenz und passiver Aggressivität. Diese Konstrukte sind also im MPT nicht enthalten. Gerade für die psychotherapeutische Praxis sind aber diese Differenzierungen hilfreich und notwendig.

Differenzierte man innerhalb der Stichprobe nach Achse-I-Diagnosen, so zeigte sich, dass sich die vier Diagnosegruppen Depression, Panik/Agoraphobie, soziale Phobie und Migräne hinsichtlich Selbstunsicherheit (hohe Werte bei Depression und sozialer Angst), Dependenz (hohe Werte bei Depression), Schizoidie (hohe Werte bei sozialer Angst) und emotionaler Instabilität (Borderline) (niedrige Werte bei Migräne) unterscheiden.

In der Studie von Sulz et al. (1998) ergaben sich vielfältige Zusammenhänge zwischen den mit den VDS-Persönlichkeitskalen erfassten dysfunktionalen Persönlichkeitszügen und lebensgeschichtlichen Daten sowie allgemeiner und spezieller Krankheitsgeschichte (Tab. 2).

3.3 Beziehungen zwischen den VDS17-Skalen und Aspekten der Entwicklungspsychopathologie

Sulz und Theßen (1999) verwendeten die weiterentwickelte Form der VDS-Persönlichkeitsfragebögen. Sie skalierten die Fragen nicht mehr dichotom, sondern es gab jeweils sechs Antwortmöglichkeiten (nicht, kaum, etwas, deutlich, sehr, extrem). Sie erhöhten außerdem die Zahl der Items zwei bis acht auf jeweils zehn. Dies führte zu deutlich höherer Reliabilität im Sinne der inneren Konsistenz. Sie korrelierten die Persönlichkeitsdimensionen mit den Entwicklungsstufen nach Kegan (1986), wie sie im Entwicklungsfragebogen VDS31 (Sulz, 1999a, 2001, 2002a) operationalisiert wurden (einverleibend, impulsiv, souverän, zwischenmenschlich, institutionell und überindividuell). Im Vergleich zweier benachbarter Stufen fällt auf, dass auf den unteren Stufen etwas noch nicht gekonnt wird, etwas noch gebraucht wird und etwas noch bedrohlich ist, was auf der nächsthöheren Stufe kein Thema mehr darstellt, denn das Können ist schon da, die Bedürftigkeit ist verschwunden, und die Gefahr ist nicht mehr vorhanden. Der Entwicklungsschritt zur nächsthöheren Stufe impliziert, dass die Defizite der gegenwärtigen Stufe behoben werden, z.B. dass Schutz nicht mehr das vorherrschende Bedürfnis ist, Trennung nicht mehr die größte Gefahr, wenn die impulsive Stufe verlassen wird. Wer diese Bedürftigkeit und dieses Bedrohtheit beibehält, z. B. aufgrund unsicherer Bindung zur Mutter oder aufgrund traumatischer Erfahrungen, kann sich nicht auf die souveräne Stufe entwickeln. Ähnlich wie in Noams Studien (Noam, 1996; Noam et al., 1995) ergab sich, dass nicht stufenweises Fortschreiten die emotionale Entwicklung charakterisiert, sondern dass viele Menschen horizontale (fehlende Errungenschaften einer Stufe) und vertikale (Defizite auf früheren Stufen) Einkapselungen haben (vgl. auch Sulz, 2001).

Korreliert man getrennt die Stufen-Defizite und die Stufen-Errungenschaften mit den Persönlichkeitsskalen nach DSM-III-R bzw. ICD-10, so besteht am häufigsten ein Zusammenhang zwischen den Defiziten der einverleibenden Stufe (passiv-perzeptiv) und den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Die größten Korrelationen weisen Selbstunsicherheit, Depen-

Tabelle 2: Lebensgeschichtliche Daten und Persönlichkeit (Sulz et al., 1998)

Persönlichkeit	Lebensgeschichte
Selbstunsicher	jüngerer Vater, belastendere Beziehung zum Vater, Probleme mit Vater und mit Mutter tragen zur Erkrankung bei, Probleme mit eigenen Gefühlen tragen zur Erkrankung bei, länger zurückliegende psychische Erkrankung, eigene Leistung wird nicht auf Begabung zurückgeführt
Dependent	niedriges psychosoziales Funktionsniveau, dachte häufiger an Selbstmord, belastendere Beziehung zum Vater, Probleme mit Vater/Mutter bzw. ein belastendes Lebensereignis tragen zur Erkrankung bei, als belastendes Lebensereignis wird Versöhnung mit dem Partner nach erheblicher Krise und Wohnungswechsel genannt, frühere psychische/psychosomatische Erkrankung
Zwanghaft Passiv-aggressiv	häufiger an Selbstmord gedacht, eigene Leistung wurde nicht auf Begabung zurückgeführt häufiger an Selbstmord gedacht, geringere Probleme mit dem Vater, stützendere Beziehung zur Mutter, Probleme mit Gefühlen trugen weniger zur Erkrankung bei, Scheidung häufiger als belastendes Lebensereignis genannt, ein belastendes Lebensereignis trug zur Erkrankung bei
Histrionisch	Probleme mit dem Vater trugen weniger zur Erkrankung bei, das Verhältnis zum Vater war inniger, Patient war bei der Scheidung der Eltern älter, Probleme mit Gefühlen und ein belastendes Lebensereignis trugen häufiger zur Erkrankung bei.
Schizoid	eher männliches Geschlecht, seltener an Selbstmord gedacht, häufiger war der Vater verstorben, eher von der Mutter geliebt und akzeptiert gefühlt, Umgang mit Gefühlen als stützend empfunden, als belastendes Lebensereignis häufiger eine erhebliche Erkrankung eines Angehörigen genannt
Narzisstisch	jüngerer Vater, Probleme mit dem Vater trugen weniger zur Erkrankung bei, bei der Scheidung der Eltern älter, belastenderer Umgang mit Gefühlen, als belastendes Lebensereignis häufiger Scheidung oder Schwangerschaft genannt
Emotional instabil (Borderline)	niedrigeres psychosoziales Funktionsniveau, häufiger an Selbstmord gedacht, belastendere Beziehung zum Vater, belastenderer Umgang mit Gefühlen, häufiger trug Umgang mit Gefühlen und Lebensereignissen zur Erkrankung bei, häufiger bestand früher eine psychische/psychosomatische Erkrankung, häufiger bestanden während früherer psychischer Erkrankungen Selbstmordgedanken
Neurotizismus (Gesamtwert über alle 8 Skalen)	häufiger an Selbstmord gedacht, häufiger trugen Probleme mit der Mutter oder ein belastendes Lebensereignis zur Erkrankung bei, häufiger Wohnungswechsel als belastendes Lebensereignis angeben, häufiger wurde bei einer früheren psychischen Erkrankung an Selbstmord gedacht, häufiger wurde der Patient früher schon einmal psychiatrisch behandelt

denz und emotionale Stabilität auf. Die Defizite der impulsiven Stufe (impulsiv, ungeduldig) korrelieren am höchsten mit der narzisstischen und der histrionischen Persönlichkeit. Die Defizite der souveränen Stufe sind am stärksten bei der histrionischen, der narzisstischen und der passiv-aggressiven Persönlichkeit vorzufinden (unreife Formen der Abgrenzung). Mit den Defiziten der zwischenmenschlichen Stufe korreliert nur die Dependenz hoch (nicht ohne Beziehung sein können). Die Defizite der institutionellen Stufe weisen vor allem die zwanghafte und die schizoide Persönlichkeit auf (Vermeidung von nahen Gefühlen und von Beziehung).

Da man davon ausgehen kann, dass diese beiden Persönlichkeitstypen sich nicht auf dieses hohe Niveau hinauf entwickelt haben, sind deren hohe Defizit-Werte als gelernte Vermeidungshaltung zu betrachten. Ohne diese beiden relativ hohen Korrelationen ist ersichtlich, dass mit zunehmender Stufenhöhe die Ausprägung bei den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen umso geringer ist. Die Autoren bildeten einen Ressourcen-Defizit-Quotienten, der das Entwicklungsniveau im Verhältnis von Entwicklungserregenschaften und Entwicklungsdefiziten beschreibt. Er korrelierte zu 0.57 mit dem

Gesamtwert des VDS17 (Summe über alle acht Persönlichkeitsskalen), der sich in der Studie von Sulz et al. (1998) als Neurotizismus-Wert charakterisieren ließ, da er hoch mit dem Neurotizismus-Score des MPT korrelierte. Dies bedeutet, dass ein Überwiegen von Entwicklungsdefiziten gegenüber Entwicklungserregenschaften mit hohen Ausprägungen bei den VDS-Persönlichkeitsskalen einhergeht. Ob gestörte Entwicklung zu dysfunktionalen Persönlichkeitszügen oder gestörte Persönlichkeit zu Entwicklungsdefiziten führt, kann nicht gesagt werden.

3.4 Beziehungen zwischen den VDS17-Skalen und Bedürfniskonstellationen

Sulz und Müller (2000, vergl. auch Sulz 1999b) untersuchten den Zusammenhang zwischen den zentralen interpersonellen Motiven Bedürfnis, Angst und Wut/Ärger und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Sie verwendeten einen Bedürfnisfragebogen mit 21 Bedürfnissen, die in einem sechsdimensionalen Faktorenraum abbildbar sind: Bindung, Selbstwert, Autonomie/Autarkie, Orientierung, Identität und Homöostase. Dies entspricht zu einem großen Teil den Faktoren, die in der

Forschung immer wieder gefunden wurden (vgl. Epstein, 1990; Grawe, 1998). Dollard und Miller (1950) gehen davon aus, dass die Befriedigung sozialer Bedürfnisse in der Kindheit ein wichtiger Faktor in der Entwicklung der Persönlichkeit ist und das fehlende Befriedigung zu Störungen in der Persönlichkeit führt.

Eine Faktorenanalyse des Angstfragebogens ergab die Dimensionen Liebesverlust, Hingabe, Trennung, Gegenaggression, Verlust der Kontrolle über andere, Vernichtung, Verlust der Kontrolle über sich. Die Wutskala lässt sich ebenfalls in einem siebendimensionalen Raum abbilden, dessen Achsen Hörig machen, Trennung, Gegenaggression, Liebesentzug, Bemächtigen/Quälen, Vernichtung und Explosive Wut sind. Am deutlichsten zeigte sich dies bei der Korrelation zwischen Angst und Persönlichkeit. Es wurde sowohl für den Angst- als auch für den Wutfragebogen die Summe der Ausprägungen der Items gebildet und mit den Summenwerten der einzelnen Persönlichkeitsskalen korreliert. Bei Selbstunsicherheit und bei Dependenz sind die Korrelationen hoch. Das Ausmaß von Angst und von Wut differenziert Persönlichkeiten (Tab. 3). Es gibt Persönlichkeitszüge mit wenig Angst und wenig Wut (schizoid, zwanghaft) und solche mit mittlerer Angst und mittlerer Wut (histrionisch, passiv-aggressiv) ebenso wie solche mit viel Angst und wenig Wut (selbstunsicher, dependent). Narzissmus ist gekennzeichnet durch viel Wut und mittlere Angst, die Borderline-Störung durch mittlere Wut und viel Angst. Neurotizismus (als Summe der Ausprägungen über alle Persönlichkeitsskalen = Summe aller dysfunktionalen Aussagen) weist viel Angst und viel Wut auf. Diese zweifaktorielle Einteilung (Ausmaß der Angst und Ausmaß der Wut) ist weitergehend als die Unterscheidung extravertiert versus introvertiert. Emotionen und die Motive als steuernde Elemente des Verhaltens und Erlebens sind unterscheidbare Charakteristika der hier untersuchten Persönlichkeitszüge. Schließlich erscheint bedeutsam, dass Art und Ausmaß der Angst nicht zur Differenzierung von introvertierten (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, schizoid) und extravertierten (histrionisch, narzisstisch, Borderline) Persönlichkeiten beiträgt, sondern dass diese Differenzierung durch Art und Ausmaß geäußerter Wut gelingt.

Fasst man das Ausmaß der geäußerten Bedürftigkeit zusammen, so kommt man zu folgender Aussage: Nur histrionische Personen zeigen eine Orientierung an Bedürfnissen (Verstärkung). Millons (1996) Annahmen einer überwiegenden Verstärkerorientierung von narzisstischen Personen konnte hier nicht bestätigt werden. Jedoch entsprechen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Angst und Persönlichkeit Millons Aussagen zu Vermeidungstendenzen einzelner Persönlichkeiten. Sulz und Müller (2000) untersuchten zudem den Zusammen-

hang zwischen Persönlichkeit und frustrierendem Elternverhalten in der Kindheit (Fragebogen mit 21 Aussagen zum Elternverhalten in der Kindheit). Je größer die Frustration von Selbst- und von Homöostasebedürfnissen in der Kindheit, umso selbstunsicherer und umso passiv-aggressiver schilderten sich Probanden in der Gegenwart. Je größer die Frustration von Homöostasebedürfnissen in der Kindheit, umso narzisstischer waren die Probanden in der Selbstbeurteilung. Je größer die Frustration von Zugehörigkeits-, von Selbst- und von Homöostasebedürfnissen in der Kindheit, umso stärker waren Borderline-Züge ausgeprägt.

4 Zur Testgüte einer erweiterten Version der VDS-Persönlichkeitsskalen

Anliegen der Studie war die Erprobung dieser erweiterten Version, andererseits der Einsatz eines Interviews zu Befunderhebung und Diagnosestellung bei Verdacht auf Persönlichkeitsstörungen. Die Stichprobe bestand aus 81 Patienten, die sich in einer psychotherapeutischen Ambulanz zum Erstgespräch angemeldet hatten, um eine Psychotherapie beginnen zu können. Insgesamt waren die Patienten zwischen 18 und 71 Jahre alt (durchschnittlich 40 Jahre). Weiblichen Geschlechts waren 49 Patienten (60,5%). 45 Patienten (55,6%) waren ledig, 27 (33,3%) verheiratet und 10 (12,3%) geschieden. Die Stichprobe ist in Bezug auf den Bildungsgrad und die aktuelle berufliche Situation sehr heterogen. Bei 5 Patienten war vom untersuchenden Arzt der Ambulanz eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Weitere Diagnosen waren: 4 Suchterkrankungen (F10-F14), 32 affektive (depressive) Störungen (F31-F34), 13 Angsterkrankungen (F40-F41), 14 Anpassungsstörungen (F43), 5 somatoforme Störungen (F45), 2 Essstörungen (Bulimie, F50.2) und 4 Sexualstörungen (F65) und eine Verhaltensstörung (F63). 21,9%, also 19 Patienten, erhielten eine zweite Diagnose (5 Depressionen, 4 Angststörungen, 1 Zwangsstörung, 2 Anpassungsstörungen, 2 Anorexien, 2 Bulimien, 2 Sexualstörungen, 1 Verhaltensstörung). Für die vorliegende Studie wurden die VDS-Persönlichkeitsskalen (VDS30; Sulz, 1999a) um drei Skalen erweitert: paranoid, schizotyp und dissozial. Deren Items wurden so formuliert, dass die Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV weitgehend berücksichtigt sind.

4.1 Vorgehen

Das Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen VDS30-I baut auf den Persönlichkeitsskalen VDS30 auf. Es enthält deren Fragen. Der Interviewer überträgt zunächst die vom Patienten erhaltenen Antworten. Hat der Patient bei einer Frage 0 (nicht), 1 (kaum) oder 2 (etwas) angekreuzt, so

Tabelle 3: Wut, Angst und Persönlichkeit

	Keine Wut	Wenig Wut	Mittlere Wut	Große Wut
Keine Angst	schizoid			
Wenig Angst		zwanghaft		
Mittlere Angst			histrionisch, passiv-aggressiv	narzisstisch
Große Angst		selbstunsicher, dependent	Borderline	Neurotizismus

trägt der Interviewer bei dieser Frage nichts ein. Hat der Patient 3 (deutlich) oder 4 (sehr) oder 5 (extrem) angekreuzt, so überträgt der Interviewer diesen Zahlenwert in sein Interviewheft. Wenn der Patient bei einer Skala mindestens bei 4 Fragen einen der Werte 3, 4 oder 5 angekreuzt hat, so wird mit dem Interview zu dieser Skala begonnen. Der Untersucher stellt jede im Fragebogen mit deutlich, sehr oder extrem beantwortete Frage nochmals und geht nach folgender Instruktion vor:

Instruktion für den Interviewer

Beginnen Sie jede Frage mit:

“Sie haben angegeben ...” und lesen Sie dann die angekreuzte Aussage wörtlich vor. Dann sagen Sie:

“Können Sie eine Beispielsituation nennen?”

Notieren Sie diese in der dafür vorgesehenen Spalte. Halten Sie diejenigen Aspekte fest, die als Beleg des Konstrukts der betreffenden Skala dienen.

Fragen Sie weiter: “Wie haben Sie das erlebt, was dachten, fühlten Sie und wie haben Sie gehandelt?” Notieren Sie wieder die Antwort in der dafür vorgesehenen Spalte.

Und fragen Sie “Warum und wozu reagierten Sie so? Was bewegte Sie zu dieser Reaktion?” Nachdem Sie auch diese Antwort notierten, schätzen Sie ein, ob der Patient dieses Kriterium erfüllt (nein/ja), wenn ja, unterscheiden Sie noch zwischen 3 (deutlich), 4 (sehr) und 5 (extrem).

Zum Schluss prüfen Sie noch, ob der Patient die angegebene Zahl von Kriterien erfüllt. Wenn ja, diagnostizieren Sie die betreffende Persönlichkeitsstörung – sofern der Patient auch die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt.

Gehen Sie dann zur nächsten Skala über.

Jedliches Wissen über den Patienten darf hinzugezogen werden. Befragungszeitraum sind die letzten 5 Jahre, außerhalb von oder vor stark beeinträchtigenden Erkrankungsepisoden.

Nachdem der Untersucher für die betreffenden Fragen einer Skala Beispielsituation, Erleben und Reaktionen und Beweggrund des Handelns exploriert und dokumentiert hat, prüft er zunächst, ob die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind:

- Unausgeglichen in Einstellung/Verhalten/Affekt/Antrieb/Impulskontrolle/Wahrnehmung/Denken/Beziehungen
- Die Auffälligkeiten sind andauernd, gleich bleibend, nicht nur während Krankheiten
- Die Auffälligkeiten sind tief greifend, in vielen Situationen unpassend
- Sie beginnen in Kindheit und Jugend und dauern im Erwachsenenalter an
- Sie führen zu subjektivem Leiden, manchmal erst spät
- Sie führen zu deutlicher Verminderung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit

Ist dies der Fall, so prüft er das Zutreffen der Kriterien der jeweiligen spezifischen Persönlichkeitsstörung. So müssen z. B. vier der folgenden Kriterien einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (F60.6) erfüllt sein:

- insgesamt und ständig angespannt und besorgt
- überzeugt, unattraktiv, minderwertig zu sein (Aussage 107)
- Sorge, kritisiert, abgelehnt zu werden (Aussage 101 oder 105 oder 112)
- soziale Kontakte nur, wenn sicher akzeptiert und gemocht (Aussage 102)

- sicherheitshalber eingeschränkte Aktivitäten (Aussage 104 oder 108 oder 109 oder 110 oder 111)
- soziale und berufliche Aktivitäten mit intensivem Kontakt werden vermieden (Aussage 103)

In Klammern steht die Nummer der das Kriterium kennzeichnenden Frage bzw. Aussage des Persönlichkeits-Interviews.

Die Auswertung je Skala wird wie folgt festgehalten

Auswertung

- Der Patient hat bei mindestens 4 Aussagen einen der Werte 3 oder 4 oder 5 angekreuzt.
- Kriterien sind erfüllt (Bitte tragen Sie die Zahl der erfüllten Kriterien ein). Dies führt zu folgender Beurteilung:
 - Diese Persönlichkeitsstörung liegt **nicht** vor
 - Es besteht eine **selbstunsichere** Persönlichkeitsstörung

Die Durchführung des Interviews dauerte je nach vorliegender Persönlichkeitsstörung zehn Minuten, also bei zwei Störungen zwanzig und bei drei dreißig Minuten. Eine zusätzliche Fragestellung war der Zusammenhang mit Beziehungsverhalten, wie es in den Circumplexmodellen von Leary (1957), Kiesler (1983), Horowitz (1994) und Benjamin (2001) definiert ist. Ein Teil der Patienten füllte deshalb Checklisten zum Interaktionsverhalten (Sulz, 1999a) aus, die sich an den Begriffsdefinitionen der interpersonellen Circumplexmodelle orientierten (Benjamin, 2001; Horowitz et al., 1994; Kiesler, 1983). Dem Ansatz von Benjamin entsprechend wurden für die drei Foci aktives Interaktionsangebot, reaktives Eingehen auf dieses Angebot und Umgang mit sich selbst je eine Checkliste ausgegeben (vgl. Tab. 1).

4.2 Ergebnisse zur Testgüte

Wie in den früheren Studien ergab sich, dass die VDS-Persönlichkeitsskalen gute bis sehr gute Reliabilität im Sinne innerer Konsistenz der Skalen haben. Tabelle 4 zeigt die Reliabilitätswerte im Vergleich mit den früheren Studien. Direkt verglichen werden können die Werte der jetzigen Studie mit denjenigen der Studie von Sulz und Theßen (1999), da beiden klinische Stichproben zugrunde lagen und die Items eine sechsstufige Skalierung vorweisen. Es zeigen sich in fast allen Skalen deutlich höhere Reliabilitäten. Dies kann daran liegen, dass in der früheren Studie den Patienten mitgeteilt wurde, dass es sich um eine Studie handelte und die Skalen demnach nicht ein Instrument zur Verbesserung ihrer Diagnose und Therapie war. Hingegen war bei der jetzigen Studie der Einsatz der VDS-Persönlichkeitsskalen fester Bestandteil des therapievorbereitenden Diagnoseprozesses, so dass die Skalen mit größerer Sorgfalt ausgefüllt wurden. Die drei neuen Skalen paranoid, schizotyp und dissozial weisen eine sehr gute Reliabilität auf (.77, .82 und .86).

Die Interkorrelationen der Skalen (Summenwerte) sind in Tabelle 5 wiedergegeben. Hoch korrelieren Selbstunsicherheit mit Dependenz, Narzissmus mit passiver Aggressivität und mit Paranoidie und Paranoidie mit Schizotypie. Dies entspricht etwa den Ergebnissen von Sulz et al., 1998. Dabei ist zu be-

achten, dass auch faktoriell gewonnene Skalen, die in der Praxis nicht durch Berechnen der genauen Faktorenwerte, sondern durch einfaches Bilden von Summenwerten ausgewertet werden, ähnlich hohe Korrelationen aufweisen. Wenn man die Tatsache bedenkt, dass eine hohe Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen besteht (siehe unten), so spiegeln die Interkorrelation dies wider.

Bei 60 von 81 Patienten wurde das Persönlichkeitsstörungsinterview angewandt. Die restlichen 21 Patienten hatten bei keiner Skala mehr als dreimal bedeutsame Ausprägungen angegeben. Bei weiteren 23 Patienten führte das Interview zu dem Ergebnis, dass keine Persönlichkeitsstörung vorlag. Damit bestand bei 44 Patienten (54,3 %) keine Persönlichkeitsstörung. Bei 37 Patienten (45,7 %) bestand mindestens eine Persönlichkeitsstörung. 13 Patienten (16 %) hatten eine zweite Persönlichkeitsstörung, und bei zwei Patienten wurde eine dritte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Die drei häufigsten Persönlichkeitsstörungen:

Je zehn Patienten hatten eine selbstunsichere und eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (12,3 %). Bei neun Patienten (11,1 %) bestand eine dependente Persönlichkeitsstörung. Bei acht Patienten (9,9 %) lag eine histrionische Persönlichkeitsstörung vor.

Mit mittlerer Häufigkeit traten auf: sechsmal narzisstische (8,6 %) und fünfmal emotional instabile Persönlichkeitsstörung (6,2 %).

Seltene Persönlichkeitsstörungen sind passiv-aggressive (einmal diagnostiziert) und paranoide Persönlichkeitsstörung (zweimal diagnostiziert). Schizoide, dissoziale und schizotypische Persönlichkeitsstörungen wurden nicht diagnostiziert. Diese Ergebnisse entsprechen denen anderer Studien, wenn man die insgesamt sehr große Streuung berücksichtigt.

Die Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen ist außerordentlich hoch. So tritt die selbstunsichere in neun von zehn Fällen gemeinsam mit einer weiteren Persönlichkeitsstörung auf - fünfmal mit der dependenten, dreimal mit der zwanghaften, einmal mit der paranoiden und einmal mit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus. Die zwanghafte und die dependente Persönlichkeitsstörung traten je fünfmal gemeinsam mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf, die narzisstische viermal von sechs Fällen. Bevorzugt treten selbstunsicher, dependent und zwanghaft gemeinsam auf, als Doppel- oder als Dreifachdiagnose.

Die Übereinstimmung zwischen Selbsteinschätzung der Patienten im Fragebogen und Interviewerrating fiel in der aktuellen Untersuchung (Tab. 6) für die Skalen passiv-aggressiv und schizoid deutlich geringer aus als in der Studie von Sulz et al. (1998). Allerdings wurde in der früheren Untersuchung mit dichotomen Items gearbeitet, was die Möglichkeiten der Abweichung zwischen Selbsteinschätzungs- und Interviewergebnissen verringert. Da für die Dissoziale Persönlichkeitsskala kein Interview durchgeführt wurde, entfällt die Korrelationsberechnung. Es gehört zur Natur sowohl der paranoiden als auch der schizotypen Persönlichkeit, dass die Selbstbeurteilung unrealistisch ist, deshalb ist auch keine hohe Übereinstimmung zwischen Untersucher und Patient zu erwarten.

Bei 35 Patienten wurde das Persönlichkeitsinterview von einem zweiten Untersucher nachgeratet, ohne den Patienten gesehen zu haben. Material der Beurteilung waren die Notizen der Interviewerin zu Beispielsituation, Verhalten und Motiv. Die Übereinstimmung bezüglich des Vorliegens irgendeiner Persönlichkeitsstörung betrug 0.88 (Kappa), bezüglich des Vorliegens einer spezifischen Persönlichkeitsstörung 0.82.

Tabelle 4: Reliabilität (interne Konsistenz, Cronbachs Alpha) der VDS-Persönlichkeitsskalen in verschiedenen Untersuchungen. Standardisierter Alpha-Koeffizient. Korreliert wurden die Summenwerte je Skala. Die Skalen der Studie von 1998 waren noch ja/nein-skaliert.

Skala	Sulz et al., 1998 (N = 62) Patienten der CIP-Ambulanz	Sulz und Theßen, 1999 (N = 160) Patienten psychotherapeut. Praxen	Sulz und Müller, 2000 (N = 203) nichtklinische Stichprobe	Hier berichtete Studie (N = 81) Patienten der CIP-Ambulanz
VDS-Version	ja-nein-skaliert	VDS17 (8 Skalen, 6-stufig)	VDS17 (8 Skalen, 6-stufig)	VDS30 (11 Skalen, 6-stufig)
Selbstunsicher	.83	.82	.90	.86
Dependent	.72	.71	.79	.82
Zwanghaft	.47	.63	.73	.72
Passiv-aggressiv	.53	.67	.80	.71
Histrionisch	.74	.71	.84	.84
Schizoid	.74	.72	.83	.74
Narzisstisch	.48	.70	.77	.84
Borderline	.77	.82	.85	.88
Paranoid	-	-	-	.82
Schizotyp	-	-	-	.77
Dissozial/antisozial	-	-	-	.82
Gesamt	.88	.92	.93	.86

Tabelle 5: Interkorrelationen der 11 VDS-Persönlichkeitsskalen (Fragebogenmodus)
(Spearman-Koeffizient, Signifikanz: * = 5%-Niveau, **= 1%-Niveau, *** = 1-Promille-Niveau)

	Selbst- unsicher	Depen- dent	Zwang- haft	Passiv- Aggressiv	Histri- onisch	Schizo- id	Narzisst- tisch	Border- line	Para- noid	Schizo- typ
Dependent	,60***									
Zwanghaft	,40***	,30								
Passiv-aggressiv	,25*	,29**	,25*							
Histrionisch	,15	,41***	,29**	,33**						
Schizoid	,31**	,22*	,44***	,24*	-,03					
Narzisstisch	,23*	,25*	,32**	,64***	,45***	,30**				
Borderline	,37***	,48***	,41***	,32**	,31**	,33**	49***			
Paranoid	,18	,26*	,37***	,46***	,36***	,39***	,72***	,57***		
Schizotyp	,24*	,22*	,38***	,36***	,22	,42***	,47***	,50***	,68***	
Dissozial/antisozial	-,01	,08	,20	,29**	,35***	,15	,42***	,40***	,41***	,36***

Tabelle 6: Übereinstimmung zwischen Fragebogen- und Interviewform

VDS-Persönlich- keits-Skala	Sulz et al., 1998	vorliegende Studie
Selbstunsicher	,83	,82
Dependent	,90	,71
Zwanghaft	,85	,86
Passiv-aggressiv	,80	,45
Histrionisch	,85	,78
Schizoid	,78	,50
Narzisstisch	,75	,73
Emotional instabil	,78	,69
Paranoid	-	,47
Schizotyp	-	,36
Dissozial	-	-

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den VDS-Persönlichkeitsskalen und den interpersonellen Persönlichkeitsbeschreibungen brachte Ergebnisse, die mit den reichhaltigen empirischen Ergebnissen von Benjamin (2001) übereinstimmen. Die interpersonellen Ansätze (z. B. Benjamin, 2001; Tress, 2000) beschreiben Persönlichkeit durch interaktionelles Erleben und Verhalten. Den Patienten der hier berichteten Studie wurden Listen mit Verben zur Selbstbeurteilung und zur Beurteilung wichtiger Bezugspersonen gegeben. Eine Liste erfasste den aktiven Modus (initiativ aktiver Umgang mit der anderen Person) und eine zweite den reaktiven Modus (auf das aktive Verhalten des anderen reagierend). Es ergaben sich folgende Zusammenhänge zwischen den VDS-Persönlichkeitsskalen und interpersonellem Verhalten (aktiver Modus): Emotional Instabile gewähren keine Freiheit. Passiv-Aggressive bestätigen und verstehen nicht, Zwanghafte und Passiv-Aggressive lieben und umsorgen nicht aktiv. Selbstunsichere und Passiv-Aggressive helfen und beschützen nicht, Histrionische, Narzisstische und Paranoide kontrollieren und beaufsichtigen. Zwanghafte, Narzisstische und Paranoide beschuldigen. Zwanghafte, Passiv-Aggressive, Narzisstische, Emotional-Instabile, Paranoide, Schizotype und Dissoziale greifen an und lehnen ab. Zwanghafte, Passiv-Aggressive, Histrionische, Schizoide ignorieren und vernachlässigen.

Beim reaktiven Modus ergab sich, dass Selbstunsichere, Zwanghafte, Narzisstische, emotional Instabile, Paranoide und Schizotype sich nicht lieben lassen. Emotional Instabile vertrauen nicht und verlassen sich nicht auf den anderen. Selbstunsichere, Dependente und Schizotype geben nach und unterwerfen sich. Selbstunsichere, Zwanghafte ziehen sich zurück. Selbstunsichere machen zu und weichen aus.

Die Patientenbeurteilung des Verhaltens von Bezugspersonen (Korrelationen ab 0.3 berücksichtigt): Die Bezugspersonen von Paranoiden machen sich unabhängig, diejenigen von Schizotypen öffnen sich. Bezugspersonen von Selbstunsicheren und Schizotypen lassen sich lieben, diejenigen von Passiv-Aggressiven, von Narzisstischen, von Paranoiden und von Dissozialen geben nach und unterwerfen sich. Die Bezugspersonen von emotional Instabilen ziehen sich zurück, protestieren. Die Bezugspersonen von Schizoiden machen zu, weichen aus.

4.3 Diskussion

Sowohl die Komorbidität von Achse-I- und Achse-II-Störungen als auch die notwendige Berücksichtigung von dysfunktionalen Persönlichkeitszügen bei der Therapieplanung lassen es hilfreich erscheinen, eine qualifizierte Persönlichkeitsdiagnostik zu betreiben. Dies wird mit den Persönlichkeitskalen des Verhaltensdiagnostiksystems versucht. Die VDS-Persönlichkeitsskalen wurden um die drei Skalen paranoid, schizotyp und dissozial erweitert. Die Skalen bilden die Persönlichkeitskategorien ab, wie sie in DSM-IV und ICD-10 definiert sind. Allerdings wird dabei von einem Kontinuum von dysfunktionalem Erleben und Verhalten ausgegangen. Geringere Ausprägungen, die noch keine Persönlichkeitsstörung darstellen, haben auch klinische Relevanz, da solche Persönlichkeitszüge in extrem schwierigen Situationen meisternde Verhaltensweisen verhindern können, so dass eine Symptombildung resultiert. Behandlungsbedürftigkeit besteht demnach nicht erst dann, wenn die Kriterien der diagnostischen Kategorien von DSM-IV bzw. ICD-10 erfüllt sind. Allerdings legt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung doch eine erhebliche Umgewichtung der therapeutischen Maßnahmen nahe und führt auch zu anderen Einschätzungen bezüglich der Prognose. Analog zum standardisierten Interview zur Erfassung von Achse-I-Störungen (VDS14; Sulz et

al., 2002) wurde von den VDS-Persönlichkeitsskalen ausgehend ein Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (VDS30-Int) entwickelt und an einer Stichprobe von 81 überwiegend ambulanten Psychotherapie- und Psychiatrie-Patienten erprobt. Ähnlich wie bei anderen Studien wurde auch hier eine sehr hohe Komorbidität von insbesondere selbstunsicheren, dependenten und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen festgestellt. Die Übereinstimmung von Selbstbeurteilung mit dem Fragebogen und Fremdbeurteilung durch das Interview war bei mehreren Skalen gut, bei der passiv-aggressiven, der paranoiden und der schizotypen Skala jedoch schlecht. Die Interraterreliabilität beträgt 0.85. Im dritten Teil der Studie wurde für eine Teilstichprobe der Zusammenhang zwischen den VDS-Persönlichkeitsskalen und interpersonellen Aspekten des Verhaltens untersucht (Circumplexmodell von Benjamin, 2001). Dabei wurden interpersonelle Verhaltenstendenzen deutlich, die mit dem psychiatrisch-kategorialen Konstrukt der einzelnen Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen übereinstimmen.

Insgesamt kann ein hilfreicher Einsatz der VDS-Persönlichkeitsskalen und des VDS-Persönlichkeitsstörungsinterviews in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis erwartet werden. Es stehen Vergleichsstudien mit anderen standardisierten Interviews wie SKID-II und die Untersuchung von Stichproben mit einer größeren Zahl von z. B. paranoiden, schizotypen und dissozialen Persönlichkeiten aus. Auch eine größere Stichprobe von Untersuchern ist erforderlich, um die Stabilität des Instruments zu prüfen.

Neben dem Zugewinn an diagnostischer Sicherheit kann das Interview zugleich wichtiges Material für die Planung kognitiv-behavioraler Therapiestrategien (Fydrich, 2001a,b; Sulz, 2000, 2001) bieten.

5 Implikationen einer sorgfältigen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen für die Wahl und Gestaltung von Psychotherapien

Beck, Freeman et al. (1995) gehen ebenfalls von der DSM-III-R-Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen aus und führen sie auf kognitive und interpersonelle Kreisläufe zurück. Sie beschreiben störungsspezifische kognitive Interventionen, die das ganze Spektrum der Persönlichkeitsstörungen umfassen.

Fydrich (2001a) betrachtet Persönlichkeitsstörungen als interpersonelle Interaktionsstörungen. Er stellt handlungsleitende Schemata und Kernmotive des interaktionellen Verhaltens für die im DSM-IV aufgelisteten 12 dysfunktionalen Persönlichkeitsstörungen und -stile dar. Sein Modell (MIIM) basiert auf Schemata und Kernmotiven und dient der psychotherapeutischen Indikation und Behandlung. Je nach dem Grad der Ich-Syntontität bzw. Ich-Dystontität der Schemata und der Motive schlägt er vor, in der Therapie eher symptom- bzw. eher interaktionsorientiert vorzugehen.

Analog kann von der VDS-Persönlichkeitsdiagnostik aus vorgegangen werden. Die Exploration im VDS30-Interview ist bereits ein verhaltensanalytisches Vorgehen, durch das kon-

kret veränderungsbedürftige Reaktionsweisen operationalisiert und in ihrer situativen und interpersonellen Einbettung dargestellt werden. Diejenigen Aussagen bzw. Items des Fragebogens und Interviews, die einen konkreten Befund als deutlich bis extrem gestörtes Verhalten und Erleben im Rahmen einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung darstellen, werden als Verhaltensziele in die Therapieplanung übernommen. Es werden Situationen festgelegt, in denen diese dysfunktionalen Reaktionsweisen durch wirksames und erfolgreiches Verhalten ersetzt werden. Dieses wird zunächst im Rollenspiel geübt, dann in Realsituationen so lange ausprobiert, bis es das alte Verhalten dauerhaft ersetzt hat. Als Beispiel sei ein Therapiekonzept für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung skizziert (Tab. 7).

Diese Verhaltens- und Zielanalyse ist für die wichtigsten Persönlichkeitsstörungen verfügbar und wird jeweils durch einen störungsspezifischen Therapieplan ergänzt (Sulz, 2001). Elaborierte Therapiekonzepte bestehen für die Borderline- (Linehan, 1996a, b) und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Ullrich de Muynck und Ullrich, 1998a,b). Kasuistiken mit Fall- und Therapiekonzeptionen liegen z. B. für die histrionische (Sulz, 2000) und für die paranoide Persönlichkeitsstörung (Fydrich, 2001b) vor.

Zusammenfassend besteht die therapeutische Chance und Notwendigkeit, Persönlichkeitsstörungen in der psychotherapeutischen Diagnostik und Therapieplanung zu erfassen und rechtzeitig einen Gesamtbehandlungsplan zu entwickeln, der der Eigenart des Patienten gerechter wird. Mit großer Wahrscheinlichkeit sind dysfunktionale Persönlichkeitszüge an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen beteiligt. Ihre Veränderung stellt deshalb ein wichtiges Therapieziel dar. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung führt zu einer noch weitergehenderen Modifikation des Behandlungsplans, der zu weiten Teilen deren Veränderung als Anliegen umfassen muss. Die in dieser Studie vorgestellten und diskutierten Messinstrumente des Verhaltensdiagnostiksystems VDS können ein Weg sein, um in der psychotherapeutischen Praxis auf ökonomische Weise die hierzu notwendige Diagnostik zu etablieren. Es sind jedoch weitere Studien zur wissenschaftlichen Evaluation erforderlich.

6 Ausblick

In der psychotherapeutischen Praxis und in der Supervision der psychotherapeutischen Ausbildung sehen wir uns zwei wichtigen Problemen gegenüber. Einerseits sind Psychotherapeuten mit der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und von dysfunktionalen Persönlichkeitszügen wenig vertraut. Sie berücksichtigen zu wenig Selbstaussagen des Patienten zu dessen innerem Befinden und lassen sich laut Berichten von Supervisoren in ihre Persönlichkeitsurteile zu sehr von beobachtbarem Verhalten in der Therapiesitzung leiten. Zum anderen wirken sich Persönlichkeitsstörungen und dysfunktionale Persönlichkeitszüge erheblich auf Gestaltung und Verlauf der Therapie von Achse-I-Störungen aus und müssen verstärkt in die Therapieplanung einbezogen werden. Hinzu

Tabelle 7:
Bedingungs- und Zielanalyse bei Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsaspekt	Istzustand (Störung)	Sollzustand (Therapieziel)
Bedürfnis/Hoffnung	willkommen sein	Zugehörigkeitsbedürfnisse wahrnehmen lernen
Angst/Furcht	vor Verlust der Kontrolle über andere	tun, was Angst macht: Impulse zulassen
Wut	sadistische Wut	wahrnehmen lernen
Beziehung	wird verwaltet	lernen, dass Impulsivität die Beziehung stützt
Impulssteuerung	introvertiert	wütende Impulse zulassen
Umgang mit Emotionen	wenig Gefühle	Gefühle zulassen
Konflikt	impulsiver Angriff versus Verwaltung der Welt	mal angreifen, mal liebevoll sein
Selbstbild + Rolleneinnahme	Ich kann ordnen und verwalten	Ich kann und darf wütend impulsiv sein
Weltbild + Komplementärrollen-Zuweisung	muss geordnet werden	Du hältst meine Wut aus
Überlebensregel	immer ordnen, nie impulsiv sein	das Gegenteil machen = impulsiv sein
Verhalten, dessen Wirkungen	verwalten und ordnen	gefühlvoll interagieren
Dysfunktionales Repetitives Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp (DRIBS)	durch Zwanghaftigkeit bleibt Willkommensein aus	durch Impulsivität aus der Spirale austreten
Entwicklungsstufe	non-impulsiv	zuerst impulsiv sein können, dann souverän werden

kommen die methodischen Probleme, die mehrfach berichtet werden: geringe Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdrating und zwischen verschiedenen Messinstrumenten. In dieser Arbeit wurde versucht, für den deutschen Sprachraum den Erkenntnisstand zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu erfassen und zu diskutieren. Grundsätzlich gibt es die kategorialen und die dimensional Herangehensweisen. Davon ausgehend wurde über Möglichkeiten der Entwicklung von ökonomisch in der psychotherapeutischen Praxis einsetzbaren Messinstrumenten berichtet, einerseits über Selbstbeurteilungsskalen (die achtdimensionale VDS17, weiterentwickelt zur elfdimensionalen VDS30), die aber nicht hinreichend sind für die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, andererseits über eine Kombination dieser Persönlichkeitssskalen mit einer Nachexploration als Persönlichkeitsinterview (VDS30-Int), dessen Ergebnis Achse-II-Diagnosen sind. Erste Ergebnisse zur Testgüte liegen vor und ermuntern zur weiteren Erprobung. Sie zeigen auch wie die weiteren referierten Studien, dass von einer ausreichenden Validität und Zuverlässigkeit der verschiedenen diagnostischen Verfahren ausgegangen werden kann. Komorbidität sowohl zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen als auch zwischen Persönlichkeitsstörungen und Achse-I-Diagnosen werden von mehreren Autoren berichtet. Dies bestärkt den Gedanken der Einbeziehung in die individuelle Therapieplanung. Die von Benjamin (2001) in ihren Studien aufgezeigte und in der hier berichteten Studie ebenfalls skizzierte Übersetzbarkeit der Beschreibungen der Persönlichkeitsstörungen in interper-

sonelles Erleben und Verhalten bringt weitere Möglichkeiten, die Persönlichkeitsdiagnostik zu einem wichtigen Ausgangspunkt der Therapieplanung zu machen. Die erfolgreiche Gestaltung von Beziehungen, nicht zuletzt der therapeutischen Beziehung, kann so gezielter und individueller erarbeitet werden.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised DSM III-R. Washington D.C. American Psychiatric Association 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, DSM IV. Washington D.C. American Psychiatric Association 1997
- Assion HJ; Müller H; Möller HJ: Selbst- und Fremdrating mit dem Münchner Persönlichkeitstest (MPT) bei Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung. In Stieglitz, Rolf-Dieter; Fähndrich, Erdmann; Möller, HJ(Hrsg.): Syndromale Diagnostik psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 1998, 201-203
- Beck AT, Freeman A & Associates: Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press, 1989 (Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1993)
- Benjamin LS: Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien, 2001
- Berner W, Benninghoven C, Genau M, Lehmkuhl G: Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen: Empirische Untersuchung einer Feldstichprobe mit dem "Inventar zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und -Störungen" (IPMS). Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie 1998;4:191-200

- Bronisch T: Neurobiologie der Persönlichkeitsstörungen mit dem Schwerpunkt Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie* 2001;6/2:233-246
- Bronisch T, Flett S, Garcia-Borreguero D, Wolf R: Comparison of a self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders; Vergleich eines Selbsteinschätzungsfragebogens mit einer diagnostischen Checkliste bei der Messung von DSM-III-R-Persönlichkeitsstörungen. *Psychopathology* 1993;26/2:102-107
- Bronisch T, Garcia-Borreguero D, Flett S, Wolf R, Hiller W: The Munich Diagnostic Checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders for use in routine clinical care and research; Die Münchner Diagnosen-Checkliste für die Erfassung von DSM-III-R-Persönlichkeitsstörungen zum Gebrauch im klinischen Alltag und in der Forschung. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;242/2-3:77-81
- Bronisch T, Mombour W: Comparison of a Diagnostic checklist with a structured Interview for the Assessment DSM-III-R and ICD-10 Personality Disorders. *Psychopathology*; 1994;27: 312-320
- Bronisch T, Mombour W: The modern Assessment of Personality Disorders Part I: Definition and Typology of Personality Disorders. *Psychopathology*, 1998; 31: 274-280
- Cloninger CR, Svrakic DM: Personality Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol II, 7. Ed. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins, 2000, 1723-1764
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Huber, 1993
- Dollard J, Miller NE: *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. New York: McGraw-Hill, 1950
- Epstein S: The cognitive-experiential self-theory. In: Pervin LA (ed.): *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: Guilford, 1990, 165 - 192
- Feske U, Perry KJ, Chambless DL, Renneberg B, Goldstein AJ: Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *J Pers Disord* 1996;10/2:174-184
- Fiedler P: *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz, 1995
- Funsch K: Die Berücksichtigung von Basisraten bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In der Reihe: Halder-Sinn P, Netter P (Hrsg.): *Psychologische Forschungsergebnisse*. Bd. 42. Hamburg: Kovac, 1999
- Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J: Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen; Prevalence and comorbidity of personality disorders. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: PVU 1996, 56-90
- Fydrich T: Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell für die kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen (MIIM). *Psychotherapie* 2001a;6:247-255
- Fydrich T: Paranoide Persönlichkeit: Kognitiv-behaviorales Störungsmodell und Falldarstellung. *Psychotherapie* 2001b;6:256-266
- Grawe K: *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS: Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *J Consul Clin Psychol* 1994 ;88 :622-628
- Katschnig H, Demal U, Lenz G, Berger P (Hrsg.): *Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, histrionische, narzisstische und antisoziale Lebensstrategien*. Wien: Facultas, 2000
- Kegan R: *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt, 1986
- Kiesler DJ: The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychol Rev* 1983;90:185-214
- Leary T: *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Roland, 1957
- Linehan M: *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996a
- Linehan M: *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996b)
- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J: Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community; Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen (DSM-III-R) in der Allgemeinbevölkerung. *J Pers Disord* 1992;6/3:187-196
- Millon T: *Toward a new personology. An evolutionary model*. New York: Wiley, 1996
- Noam G: High Risk Youth: Transforming our understanding of human development. *Human Development* 1996;39:1-17
- Noam G, Chandler M, LaLonde C: Clinical Developmental Psychology: Constructivism and Social Cognition in the Study of Psychological Dysfunction. In: Cicchetti D, Cohen D: *Handbook of Developmental Psychopathology* 1995;1:424-464
- Ostendorf F: *Sprache und Persönlichkeitsstruktur. Zur Validität des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit*. Regensburg: Roderer, 1990
- Pretzer J: Sand sieben in der Wüste oder Kann Hans lernen, was Hänschen nie konnte? Kognitive Therapie bei antisozialer Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie* 2001;6:268-280
- Renneberg B: *Personality Disorders and Interactional Behaviour of Agoraphobic Outpatients*. Dissertation, Universität Marburg, 1991
- Sache R: *Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention*. *Psychotherapie* 2001;6:282-292
- Saß H, Houben I, Herpertz S, Steinmeyer EM: Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen - konzeptionelle und klassifikatorische Aspekte; Personality and personality disorders - Concepts and classification. In: Gross G, Huber G, Morgner J (Hrsg.): *Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - Psychose*. 10. Weißbener Schizophrenie-Symposium am 17. und 18. Juni 1994 in Dresden. Stuttgart: Schattauer, 1996, 23-38
- Saß H, Houben I, Herpertz S: Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Saß H, Herpertz S (Hrsg.): *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenergreifenden Vorgehen*. Stuttgart: Thieme, 1999, 1-15
- Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: PVU, 1996
- Schneider K: *Klinische Psychopathologie*. 11. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1976
- Sulz SKD: *Das Verhaltensdiagnostiksystem*. München: CIP Medien, 1992
- Sulz SKD: *Strategische Therapieplanung – Materialienmappe*. München: CIP-Medien 1999a
- Sulz SKD: *Histrionische Persönlichkeitsstörung – Verständnis und Therapie*. In Katschnig H, Demal U, Lenz G, Bergeer P (Hrsg.): *Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, Histrionische, Narzisstische und Antisoziale Lebensstrategien*. Wien: Facultas 1999b, 37-53
- Sulz SKD: *Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS*. München: CIP-Medien 1999c
- Sulz SKD: *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption*. München: CIP-Medien 2000
- Sulz SKD: *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Planung und Gestaltung der Psychotherapie*. München: CIP-Medien 2001
- Sulz SKD: *Praxis-Manual zur Strategischen Veränderung des Erlebens und Verhaltens*. München: CIP-Medien, 2002a

- Sulz SKD (2002b): Neuropsychologie und Hirnforschung als Herausforderung für die Psychotherapie. *Psychotherapie* 7, 18-33
- Sulz SKD, Gigerenzer G: Über die Beeinflussung psychiatrischer Diagnoseschemata durch implizite nosologische Theorien. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1982a; 232, 5-14
- Sulz SKD, Gigerenzer G: Psychiatrische Diagnose und nosologische Theorie: Bestimmen explizite nosologische Theorien das Diagnoseschema des Arztes? *Arch Psychiatr Nervenkr* 1982b; 232, 39-51
- Sulz SKD, Müller S: Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit – eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. *Psychotherapie* 2000;5:22-37
- Sulz SKD, Theßen L: Entwicklung und Persönlichkeit – Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie* 1999;4:31-44
- Sulz SKD, Tins A: Qualitative Analysis of needs in Childhood and the influence of frustration and satisfaction upon development of personality and psychic disorders. *Eur Psychotherapy* 2000;1:81-98
- Sulz SKD, Gräff U, Jakob C: Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie* 1998;3/1: 46-56
- Sulz SKD, Hörmann I, Hiller W, Zaudig M: Strukturierte Befunderhebung und Syndromdiagnose in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapie* 2002;7:6-16
- Trautmann-Sponsel RD, Zaudig M: Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie* 1997;1/2:51-62
- Tress W (Hrsg.): SASB – Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. München: CIP-Medien, 2002
- Ullrich de Muynck R, Ullrich R: ATP: Anleitung für den Therapeuten. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 1998a
- Ullrich de Muynck R, Ullrich R: ATP 2: Einübung von Selbstvertrauen – Grundkurs. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 1998b
- Zerssen D von: Normal and abnormal variants of pre-morbid personality in functional disorders. Conceptual and methodological issues. *J Pers Disord* 1993;7:116-136
- Zerssen D von: Methodische Probleme bei der Erfassung der prä-morbiden Persönlichkeit; Methodological problems in the assessment of pre-morbid personality. In: Gross G, Huber G, Morgner J (Hrsg.): *Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - Psychose*. 10. Weißnauer Schizophrenie-Symposium am 17. und 18. Juni 1994 in Dresden. Stuttgart: Schattauer, 1996, 39-56

Dr. Dr. Serge K.-D. Sulz
Nymphenburger Str. 185
80634 München
Fax • 089-132 133
cipmedien@aol.com