

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor Prof. Dr. Naber

DISSERTATION

Diagnostische Methoden im Vergleich bei angstnahen Persönlichkeitsstörungen

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Katrin Schröder

Hamburg 2004

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 09.03.2005

Veröffentlicht mit der Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuß, die/der Vorsitzende/r: Prof. Dr. D. Naber

Prüfungsausschuß: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. W. Berner

Prüfungsausschuß: 3. Gutachter/in: PD Dr. B. Andresen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Fragestellung und Ziel der Arbeit.....	5
1.2	Persönlichkeit	6
1.3	Persönlichkeitsstörungen.....	9
1.3.1	Einteilung der Persönlichkeitsstörungen.....	11
1.4	Probleme der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.....	16
1.4.1	Objektivität, Reliabilität und Validität.....	16
1.4.2	Kategoriale versus dimensionale Klassifikation	18
1.4.3	Komorbidität oder begründbare Koexistenz.....	22
1.5	Problemstellungen und Ziele der Arbeit.....	25
1.5.1	Konvergente und diskriminante Validität der drei Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen	27
1.5.2	Beziehungen der Basisdimensionen der Persönlichkeit zu den angstnahen Persönlichkeitsstörungen.....	30
1.5.3	Psychische Symptombelastung: Konfundierung und Komorbidität mit den Angstnahen Persönlichkeitsstörungen.....	32
2	Methodik	36
2.1	Diagnostische Methoden	36
2.1.1	Verfahren zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.....	36
2.1.2	Erfassung der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit: Hamburger Persönlichkeitsinventar	40
2.1.3	Fragebogen zur psychischen Symptombelastung: SCL-190-R	42
2.2	Stichprobenbeschreibung	45
2.2.1	Rekrutierungskennzeichen	45
2.2.2	Demographische Merkmale und klinische Diagnosen	47
2.3	Statistische Auswertung	50
2.3.1	Korrelationen	50
2.3.2	Varianzanalyse	51
2.3.3	Kategoriale Übereinstimmung.....	51
2.3.4	Reliabilitätsanalyse	52
3	Ergebnisse	53

3.1	Zusammenhänge zwischen dem IKP, dem IPDE-Interview und dem IPDE-Screening-Fragebogen	53
3.1.1	Multitrait-Multimethod Analyse der drei Methoden zu Diagnose von Persönlichkeitsstörungen.....	53
3.1.2	Zusammenhänge zwischen den Angstnahen Persönlichkeitsstörung des ICD-10 und korrespondierenden und ergänzenden Diagnosen des DSM-IV	74
3.1.3	Varianzanalysen der Cluster C Persönlichkeitsstörungen	79
3.1.4	Übereinstimmung der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.....	99
3.2	Korrelation der Cluster C Persönlichkeitsstörungen mit den sechs Basisfaktoren der Persönlichkeit.....	102
3.3	Korrelation der Cluster C Persönlichkeitsstörung mit den Skalen der Symptom-Checkliste SCL-190-R.....	105
3.3.1	Korrelationen der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung.....	105
3.3.2	Korrelationen der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung.....	107
3.3.3	Korrelationen der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung.....	110
4	Diskussion.....	112
4.1	Korrelationsverhalten der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.....	112
4.2	Konvergente und diskriminante Validität der verschiedenen Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen.....	114
4.2.1	Multitrait-Multimethod Analyse der dimensionalen Diagnosen	115
4.2.2	Korrelative Zusammenhänge zwischen den Angstnahen Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 und korrespondierenden und ergänzenden Diagnosen des DSM-IV	155
4.2.3	Varianzanalysen der Cluster C Persönlichkeitsstörungen	158
4.2.4	Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen.....	163
4.2.5	Schlußfolgerungen und Zusammenfassung der Untersuchung der drei Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen	166

4.3	Zusammenhänge der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit mit den angstnahen Persönlichkeitsstörungen	169
4.3.1	Persönlichkeitsprofil der Anankastischen Persönlichkeitsstörung.....	170
4.3.2	Persönlichkeitsprofil der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung	173
4.3.3	Persönlichkeitsprofil der Abhängigen Persönlichkeitsstörung.....	174
4.3.4	Beurteilung der Beziehungen der Normalpersönlichkeit zu den Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden	177
4.4	Beziehungen zwischen den Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Belastung durch akute psychische Symptome	179
4.4.1	Zusammenhänge der SCL-190-R Symptomskalen mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung.....	179
4.4.2	Zusammenhänge der SCL-190-R Symptomskalen mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung.....	182
4.4.3	Zusammenhänge der SCL-190-R Symptomskalen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung.....	188
4.4.4	Abschließende Beurteilung der Beziehungen der Symptomskalen der SCL-190-R und den Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden ...	194
5	Zusammenfassung	197
6	Literaturverzeichnis.....	199
7	Anhang A.....	205
7.1	Reliabilitätsanalysen der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.....	205
7.1.1	Reliabilitätsanalyse des IPDE-Interviews.....	205
7.1.2	Reliabilitätsanalyse des IPDE-Fragebogens.....	206
7.1.3	Reliabilitätsanalyse des IKP.....	206
7.2	Ergänzende Korrelationen	208
7.2.1	Korrelationen der Skalen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörungen mit den einzelnen Items dieser Skalen	208
7.2.2	Korrelationen der Dimensionen der Persönlichkeit des HPI mit den ängstlichen Persönlichkeitsstörungen des IKP	212
7.2.3	Ergänzende Korrelationen der SCL-190-R Skalen und Items mit den Persönlichkeitsstörungen.....	212

7.3	Kreuztabellen der kategorialen Diagnosen	213
7.3.1	Kreuztabellen zwischen den Diagnosen des IPDE-Interviews und des Fragebogens.....	213
7.3.2	Kreuztabellen zwischen den klinischen Diagnosen und denen des IPDE-Interviews.....	215
8	Anhang B.....	216
8.1	Definitionen der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10.....	216
8.1.1	Allgemeine klinisch-diagnostische Leitlinien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F 60)	216
8.1.2	Forschungskriterien der Anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5)	216
8.1.3	Forschungskriterien der Ängstlichen (Vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (F60.6)	217
8.1.4	Forschungskriterien der Abhängigen Persönlichkeitsstörung (F60.7)....	218
8.2	Definitionen der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV	218
8.2.1	Allgemeine diagnostische Leitlinien von Persönlichkeitsstörungen	218
8.2.2	Diagnostische Kriterien der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung (301.4)	219
8.2.3	Diagnostische Kriterien der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (301.82)	220
8.2.4	Diagnostische Kriterien der Dependenden Persönlichkeitsstörung nach 301.6.....	220
8.2.5	Neu konzipierte Forschungskriterien der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung.....	221
8.2.6	Neu konzipierte Forschungskriterien der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung.....	222
8.2.7	Neu konzipierte Forschungskriterien der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung.....	223
9	Anhang C.....	224
9.1	Danksagung.....	224
9.2	Lebenslauf	225
9.3	Eidesstattliche Erklärung	226

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Ziel der Arbeit

In dieser Arbeit soll vornehmlich die Validität verschiedener Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen untersucht werden. Da nach wie vor ein Referenzmedium für Vergleiche von Instrumenten zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen fehlt, soll in dieser Studie versucht werden, mit Hilfe verschiedener Ansätze festzustellen, inwieweit die Validität der drei untersuchten Instrumente zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gegeben ist.

Um die diskriminante und die konvergente Validität der verwendeten Instrumente zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu untersuchen, werden diese mit Hilfe verschiedener statistischer Ansätze miteinander verglichen. Die konvergente Validität wird durch Prüfung der Übereinstimmung der Diagnosen durch die drei Instrumente beurteilt. Um die diskriminante Validität zu überprüfen wird untersucht, wie gut die Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen in den Instrumenten abgebildet wird. Allerdings müssen auch inhaltliche Überlappungen als Ursache mangelnder Abgrenzbarkeit in Erwägung gezogen werden.

Es werden darüber hinaus die Zusammenhänge zwischen den angstnahen Persönlichkeitsstörungen und den Basisdimensionen der Persönlichkeit des NEOCAR-Modells, dem von Andresen [5] modifizierten Five-Factor Model mit einem sechsten Faktor *Risikobereitschaft/Mut* und einem inhaltlich etwas anders akzentuierten Faktor *Agreeableness*, geprüft. Diese Zusammenhänge werden mit den Ergebnissen anderer Studien zu diesem Thema verglichen und dienen als externe Validierung der diagnostischen Methoden der Persönlichkeitsstörungen.

Kritische Punkte bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sind Abgrenzungsprobleme und mögliche Überlappungen mit aktuellen Störungsbildern der Achse I nach der DSM-Einteilung. Insbesondere inwieweit die Achse-I-Störungen die Persönlichkeitsstörungen und deren Beurteilung beeinflussen, konnte noch nicht abschließend geklärt werden. Daher wird der Zusammenhang der angstnahen Persönlichkeitsstörungen mit den akuten Symptomen von Achse-I-Störungsbildern untersucht, um eine mögliche Konfundierung oder inhaltliche Überlappungen der Persönlichkeitsstörungen mit den aktuellen Achse-I-Störungen erkennen zu können.

1.2 Persönlichkeit

Die Anfänge der Beschäftigung mit den interindividuellen Unterschieden der Persönlichkeit und der Charakterlehre reichen zurück bis in die Antike. In Griechenland entstand schon um 400 vor Christus eine Beschreibung und Einteilung der Menschen nach ihren Wesenszügen. In der Humorallehre des Hippokrates wurden vier Grundtemperamente unterschieden. Diese wurden in Verbindung mit den vier Körpersäften gesehen und konnten wie diese auch in unterschiedlichem Mischungsverhältnis vorliegen. Auf dieser Mischung der Säfte sollten sowohl physische als auch psychische Eigenschaften und Krankheiten beruhen [94, S. 45-47;68, S. 332].

Trotz der langen Tradition der Beschäftigung mit Temperament, Persönlichkeit und Charakter besteht nach wie vor Unstimmigkeit über die Definitionen, die Ätiologie der Unterschiede und die Grenzen der Normalität. Übereinstimmend wird in der Psychologie und Psychiatrie *“mit dem Begriff der Persönlichkeit die Einzigartigkeit und die über Zeit und Situationen hinweg relative Stabilität von Strukturen und Prozessen angesprochen“* [117, S. 27]. Es sind die Verhaltenseigenschaften, Interaktionsmuster und Denkstile, die für die jeweilige Person charakteristisch sind, und denen diese Stabilität und Besonderheit des Einzelnen zugeschrieben werden.

Es existieren verschiedene Ansätze, um die Persönlichkeit zu beschreiben. Empirisch gut untersucht ist der Versuch, die Basisdimensionen der Persönlichkeit zu erfassen. Für diese Basisdimensionen zur Beschreibung der Persönlichkeit wird eine universale, transkulturelle Gültigkeit postuliert.

Von den verschiedenen dimensional Modellen hat sich das Five-Factor Model von Costa, McCrae und anderen am weitesten durchgesetzt. Als ein weitverbreiteter Selbstbeurteilungsfragebogen des Five-Factor Modells ist das *NEO Five-Factor Inventory (NEO-PI-R)* von Costa und McCrae [25] zu nennen.

Das Five-Factor Model beruht ursprünglich auf lexikalisch-adjektivistischen Beschreibungen von Personeneigenschaften, die mit Hilfe der Faktorenanalyse zu Basisfaktoren gebündelt wurden. Es besteht aus fünf annähernd orthogonalen Faktoren. Diesen Faktoren entspricht jeweils ein Kontinuum von Ausprägungsgraden der jeweiligen Basisdimension der Persönlichkeit, die sich in hohen beziehungsweise niedrigen Werten auf der jeweiligen Skala ausdrücken.

Das dieser Studie zugrundeliegende NEOCAR-Modell von Andresen [7], dessen Name das Akronym der Faktoren darstellt, ist auf der Basis des Five-Factor Models faktorenanalytisch entwickelt worden, wobei ein sechster eigenständiger orthogonaler Faktor eingeführt wurde. Der adjektivistische Ansatz wurde bei der Entwicklung des NEOCAR-Modells sowohl bei der Faktorenanalyse, bei der statt dessen internationale und eigene Fragebogenskalen analysiert wurden, als auch bei den Items des Fragebogens, der auf dem NEOCAR-Modell basiert, verlassen. Es resultieren somit sechs Skalen des Hamburger Persönlichkeitsinventars (HPI), die mit *Neuroticism*, *Extraversion*, *Openness to experience*, *Conscientiousness*, *Agreeableness* und *Risikobereitschaft/Mut* bezeichnet werden. Soweit nicht anders angegeben, entsprechen die einzelnen Basisdimensionen weitgehend denen des Five-Factor Models von Costa und McCrae.

Hohe Werte des Faktors *Neuroticism* (*Nervosität, Sensibilität und emotionale Labilität*) beschreiben hohe emotionale Instabilität, ausgeprägte Bereitschaft auf Streß zu reagieren, sowie eine Neigung zu unangenehmen Affekten und Empfindungen, weiterhin auch eine selbstkritische Veränderungsmotivation bei negativen Erfahrungen. Inhalt des anderen Pols des Kontinuums dieses Faktors ist Gelassenheit gegenüber alltäglichen Belastungen und Streß, emotionale Stabilität, Ausgeglichenheit und positives Selbstempfinden.

Der Faktor der *Extraversion* (*Extrovertiertheit, Lebhaftigkeit und Kontaktfreudigkeit*) bedeutet bei hohen Werten eine positiv-emotionale Erlebnisbereitschaft mit Geselligkeit, Gemeinschaftsgefühl und Mitteilsamkeit, Suche nach Abwechslung und Vergnügungen und allgemein die Tendenz zu Fröhlichkeit und gehobener Stimmung. Niedrige Werte auf dieser Skala beschreiben ein einzelgängerisches Verhalten mit der Neigung zu sozialem Rückzug, Kontaktscheue und kühler Reserviertheit.

Bei dem Faktor der *Openness to experience* (*Offenheit für Erfahrungen*) bedeuten hohe Werte Unkonventionalität, Subjektorientierung, Fantasie und Kreativität, Erlebnisoffenheit und starkes Interesse an kulturellen, spirituellen, philosophischen und ähnlichen Gebieten. Geringe Ausprägung auf dieser Dimension bedeutet konventionelles Denken, kein Interesse an Neuem und Ungewohnten, keine Neigung zu Abstraktion und Komplexität, weiterhin ein eingeschränktes kulturelles Interesse mit einem allgemein engen weltanschaulichen Horizont.

Hohe Werte auf der Skala *Conscientiousness* (*Kontrolliertheit und Normorientiertheit*) bilden Gewissenhaftigkeit, Rigidität, Selbstkontrolle und Moralismus ab. Kennzeichnend ist weiterhin die Wertschätzung der Sekundärtugenden und die realistische, sachliche, objektorientierte Grundhaltung mit Beachtung von Details, Regeln und Ordnung und einer Neigung zum Planen und methodischen Vorgehen, wobei sowohl der Lebens- als auch der kognitive Stil eher beständig und rigide ist. Charakteristisch für niedrige Werte auf dieser Skala ist die Tendenz zur Planlosigkeit und Impulsivität, Haltlosigkeit, kaum Beachtung der Sekundärtugenden, mangelnde Zeiteinteilung und Zuverlässigkeit.

Im NEOCAR-System besitzt die Dimension *Agreeableness* (*Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft*) gegenüber dem Five-Factor Model nach Costa und McCrae einen inhaltlich etwas anders gelagerten Aspekt.

Wie Saucier [90] mit dem lexikalisch-adjektivistischen Ansatz erst 2003 transkulturell zeigte, läßt sich diese Dimension, die das zwischenmenschliche Verhalten beschreibt, in zwei Unterfaktoren aufteilen, deren Interkorrelationen nicht höher sind als zwischen den übrigen Dimensionen. Die beiden Subfaktoren der Dimension *Agreeableness* müssen damit unabhängig voneinander angesehen werden. Der eine Faktor wird auf der positiven Seite als *Concern for others* bezeichnet, die dazugehörigen Beschreibungen sind unter anderem *Altruism*, *Generosity* und *Tendermindedness*, der Gegenpol dieses Faktors sei *Egotism*. Mit diesem Faktor werden die fürsorglichen, allgemein pro-sozialen Aspekte des interpersonellen Verhaltens gebündelt. Der zweite Faktor wird *Even Temper* benannt, wobei die entsprechenden beschreibenden Worte unter anderen *Hostility*, *Possessiveness* und *Defensiveness* im Sinne von *Territoriality*, weiterhin *Frustration Intolerance* und *Proneness to Conflict* sind. Dieser Faktor erfaßt den aggressiven Anteil des zwischenmenschlichen Verhaltens.

In dem NEOCAR-System liegt der Akzent der Dimension *Agreeableness* auf dem ersteren Faktor Sauciers, im Five-Factor Model nach Costa und McCrae besteht der Faktor *Agreeableness* aus den beiden mit *Agreeableness* verwandten Faktoren, wodurch eine geringere Homogenität dieser Skala resultiert [6]. Somit bedeuten hohe Werte auf der Skala *Agreeableness* des HPI eine pro-soziale Orientierung, kooperative Haltung, Bedürfnisse nach Zärtlichkeit, Harmonie und Friedfertigkeit, Selbstlosigkeit und Hilfsbereitschaft, Mitgefühl und Fürsorge für Schwächere und ein ausgeprägter Familiensinn. Niedrige Werte auf dieser HPI Skala stehen für wenig Rücksicht auf andere und wenig Hilfsbereitschaft und

Mitgefühl, Egoismus, Bindungsabneigung und Ablehnung von Weichheit und menschlicher Warmherzigkeit.

Der letzte Faktor *Risikobereitschaft/Mut* (zur Entwicklung und Validierung siehe [5, S. 58-74, 7, 117-141]) ergänzt das Five-Factor Model um eine weitere orthogonale Dimension, mit der das konkurrierende, kämpferische und sportive Verhaltensspektrum beschrieben wird. Hohe Werte bezeichnen eine Wettkampforientierung und kämpferische Lebenseinstellung, Abenteuerlust und Courage mit Verantwortungsbereitschaft bis zum heldenhaften Verhalten, daneben auch eine Kaltblütigkeit mit Härte und Durchsetzungsvermögen, Ergeiz und Dominanz. Niedrige Werte bedeuten wenig Tapferkeit, Mut und geringe Risikoneigung, aber auch ein schwacher Willen, Unentschlossenheit und wenig Unabhängigkeit mit Durchsetzungsschwäche.

Die Diskussionen über die dimensionale Vollständigkeit und die erschöpfende Aufklärung der gemeinsamen Merkmalsvarianz des Modells sind indes nicht abgeschlossen, dazu näheres ausführlich bei Andresen [7, S. 13-19].

1.3 Persönlichkeitsstörungen

Die Uneinigkeit, die in Bezug auf die Modellvorstellungen der Persönlichkeit herrscht, findet sich in fast stärkerem Maß im Bereich der Persönlichkeitsstörungen wieder. Mit dieser Bezeichnung werden Persönlichkeiten beschrieben, die ausgeprägte, kennzeichnende Persönlichkeitszüge besitzen, die von den Zügen der Normalpersönlichkeit abweichen.

Hier war es Pinel [83, zitiert nach Fiedler 30, S. 13], der in der neuzeitlichen Psychiatrie mit seinem Aufsatz über die *“manie sans délire“* die erste nosologische Einordnung gestörter Persönlichkeiten schuf. In dieser Zeit bestand vor allem ein Interesse darin, die Schuldfähigkeit bei abweichendem Verhalten zu klären [43, S.; 182], woraus sich ein Teil der diskriminierenden Konnotation erklären läßt. Diese manifestiert sich zum Beispiel in dem umgangssprachlichen Gebrauch der Bezeichnung *Psychopath*, womit ursprünglich in der medizinischen Nomenklatur Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung bezeichnet wurden. Der andere Anteil der stigmatisierenden Wirkung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wurde schon früh von Jaspers [47, zitiert nach Fiedler 30, S. 9] benannt: *“menschlich aber bedeutet die Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht“*.

Die aktuellen Leitlinien zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, das ICD-10 der World Health Organisation [108] und das DSM-IV [4] der American Psychiatric Association, versuchen mit einem deskriptiven Vorgehen, mit möglichst theoriefreien Beschreibungen der Störungsbilder, die durch explizite Darstellungen der erforderlichen diagnostischen Merkmale ergänzt werden [117], die negative Konnotation zu überwinden.

Die Definitionen einer Persönlichkeitsstörung enthalten zusätzlich zu der Stabilität über Situation und Zeit einen weiteren, entscheidenden Aspekt, nämlich das Leiden, das durch die Persönlichkeitsstörung entweder beim Betroffenen selbst oder bei seinen Interaktionspartnern entsteht. Kernberg [51, S. 116] verwendet *“den Begriff Persönlichkeitsstörungen für Konstellationen anormaler oder pathologischer Charaktermerkmale (wobei er Charakter und Persönlichkeit als auswechselbare Begriffe bezeichnet), deren Intensität ausreicht, wesentliche Störungen im intrapsychischen und/oder zwischenmenschlichen Funktionieren zu implizieren.“*

Auch in den beiden aktuellen Leitlinien zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen wird, neben der charakteristischen Stabilität und Dauerhaftigkeit der abweichenden Persönlichkeitseigenschaften, dieser Leidensdruck, der durch die Persönlichkeitsstörungen bei der Person selbst oder in ihrem Umfeld entsteht, thematisiert. In dem dieser Arbeit vorwiegend zugrundeliegendem ICD-10 sind die allgemeinen Kennzeichen einer Persönlichkeitsstörung folgendermaßen formuliert:

“Diese Störungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher.“ [108, S. 225]

Zusätzlich bestehen einige störungsübergreifende Kriterien, näheres dazu im Anhang B.

Den Persönlichkeitsstörungen ist weiterhin gemeinsam, daß im allgemeinen die Verhaltensweisen und Eigenschaften der Persönlichkeit *Ich-synton* sind. Das bedeutet, daß diese aus der Eigenperspektive des Betroffenen nicht als eine

krankheitswertige Störung wahrgenommen werden [43, S. 181], sondern als Eigenschaften, die *zu sich gehörig* empfunden werden. Auch bei einem starken Leidensdruck, als Folge der von dem Betroffenen selbst mitverursachten Interaktionsschwierigkeiten, wird die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung zumeist oder zunächst nur durch die Außenperspektive ermöglicht [30].

1.3.1 Einteilung der Persönlichkeitsstörungen

In der Klassifikation des DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen in drei Hauptgruppen, sogenannte Cluster, unterteilt. Dadurch wird versucht, die Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der konzeptionell als charakteristisch angesehenen Interaktionsstile zu systematisieren. Da empirische Untersuchungen [72, 89] zu Einteilungen der Persönlichkeitsstörungen in Untergruppen auf der Basis von Clusteranalysen nicht zu eindeutigen Ergebnissen gekommen sind, die diese theoretische Unterteilung stützen würden, wurde auf die Untergliederung im ICD-10 verzichtet. Trotzdem hat die Einteilung praktischen Wert und wird in der Forschung häufig zur Abgrenzung benutzt. Deshalb wird im folgenden die Zugehörigkeit der einzelnen Persönlichkeitsstörungen zu den Clustern angegeben und eine daran angelehnte Gruppierung der Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-10 Klassifikation nach Fiedler [30, S. 40-46] dargestellt.

Die Persönlichkeitsstörungen, die im DSM in den Cluster A fallen, werden als sonderbar oder exzentrisch bezeichnet. Der Cluster A des DSM-IV beinhaltet die Schizotypische, die Schizoide und die Paranoide Persönlichkeitsstörung, wovon nur die beiden letzten nach der ICD-10 als Persönlichkeitsstörungen klassifiziert werden, die Schizotype Störung ist dagegen in der ICD-10 im Kapitel der Schizophrenie-Spektrums-Erkrankungen eingeordnet.

Die Adjektive dramatisch, emotionell und launisch beschreiben die als typisch für die Persönlichkeitsstörungen des Cluster B angesehenen Eigenschaften. Die dazugehörigen Persönlichkeitsstörungen nach der DSM-IV Klassifikation sind die Antisoziale, die Borderline, die Histrionische, die Narzißtische und im Anhang die Depressive Persönlichkeitsstörung. In der ICD-10 gehört in diesen Cluster die Dissoziale Persönlichkeitsstörung, die das Pendant zu der Antisozialen Persönlichkeitsstörung darstellt. Des weiteren muß die Emotional instabile Persönlichkeitsstörung genannt werden, die nach der ICD-10 Klassifikation in zwei Unterstörungen aufgeteilt wird. Die beiden Unterformen sind zum einen der

Impulsive Typ, dem im DSM-IV die Intermittierend explosible Störung entspricht, zum anderen der Borderline Typ, der weitgehend der Borderline Persönlichkeitsstörung des DSM-IV gleichkommt. Es fehlt nach ICD-10 noch die Histrionische und die Narzißtische Persönlichkeitsstörung, von denen die letztere nur im Anhang unter der Restkategorie *Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen* genannt wird. Die zur weiteren Erforschung im Anhang des DSM-IV dargestellte Depressive Persönlichkeitsstörung findet am ehesten ihre Entsprechung in der Dysthymen Störung des ICD-10, die bei den affektiven Störungen eingeordnet ist.

Als übergreifende Merkmale des Cluster C werden ängstliche, furchtsame Züge angenommen, man spricht auch von Angstnahen Persönlichkeitsstörungen. Der Cluster C des DSM-IV enthält die Zwanghafte, die Ängstliche, die Dependente, und die Passiv-Aggressive (Negativistische) Persönlichkeitsstörung. Die letztere wird im ICD-10 wiederum nur im Anhang unter der Restkategorie *Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen* genannt. Die drei erstgenannten haben jeweils eine mehr oder weniger analoge Entsprechung in der ICD-10, die dort als Anankastische statt als Zwanghafte Persönlichkeitsstörung, als Selbstunsichere (Vermeidende) statt als Ängstliche Persönlichkeitsstörung und als Abhängige statt als Dependente Persönlichkeitsstörung bezeichnet werden.

Obwohl die Angstnahen Persönlichkeitsstörungen relativ häufig sind, ist in der Vergangenheit dieser Bereich vor allem zu Gunsten der Borderline und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung von der Forschung vernachlässigt worden [37]. Der Zusammenstellung von verschiedenen Studien zur Prävalenz in unterschiedlichen klinischen Stichproben und den eigenen Daten von Fydrich, Schmitz, Dietrich, Heinicke und König [32] kann man entnehmen, daß die Ängstliche und die Abhängige Persönlichkeitsstörung am häufigsten vorkommen. Die Anankastische Persönlichkeitsstörung wurde seltener als die Ängstliche und die Abhängige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, aber diese Diagnose wurde ungefähr gleich häufig mit der einer Borderline Persönlichkeitsstörung gestellt.

Daher wird in dieser Studie ein besonderes Augenmerk auf die Angstnahen Persönlichkeitsstörungen gerichtet sein. Da die Passiv-Aggressive Persönlichkeitsstörung im ICD-10 nicht als eigene Störung geführt wird, sondern nur mit mehreren anderen gemeinsam unter der Restkategorie *Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen* dargestellt wird, beschäftigt sich diese Studie nur mit den Persönlichkeitsstörungen, die in der ICD-10 konzeptualisiert werden.

1.3.1.1 Anankastische Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer Anankastischen Persönlichkeitsstörung sind gekennzeichnet durch übertriebene Ordnungsliebe, Pedanterie, Rigidität und Enge in den Denkstrukturen, oft auch verbunden mit ausgeprägten Moralvorstellungen. Weitere Charakteristika sind Unzulänglichkeitsgefühle, Skrupelhaftigkeit, Entschlußunfähigkeit und peinliche Genauigkeit, wobei die Beschäftigung mit Details unangemessen viel Zeit in Anspruch nimmt. Ebenfalls typisch ist die Unfähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und Aufgaben an andere zu delegieren.

Die konzeptionelle Einordnung bei den Angstnahen Persönlichkeitsstörungen läßt sich über die Motivation dieses Verhaltens erklären. Aufgrund der Angst vor Unvollkommenheit und angstmachender Unsicherheit wird ein Perfektionismus angestrebt. Sicherheit vermittelt ebenfalls die Starrheit im Denken und Handeln angesichts Unsicherheit und angsterzeugender Veränderungen jeder Art [73, S. 128].

Fiedler [30, S. 311] nennt als Gründe für das typische übermäßige Streben nach Sorgfalt und Perfektion eine tiefgreifende persönliche Unsicherheit, die sich in der Unentschlossenheit der Betroffenen, ihrem inneren Zweifel und in einer übermäßigen Vorsicht ausdrücke.

Die Kriterien der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 und die der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung im DSM-IV unterscheiden sich, wie damit auch die jeweiligen dahinterstehenden Konzepte der Störungen, nicht wesentlich voneinander. Die vollständige Auflistung der Kriterien beider Klassifikationen erfolgt in Anhang B.

1.3.1.2 Ängstliche (Vermeidende) Persönlichkeitsstörung

Die Kriterien und damit auch das Bild der Störung divergieren zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach der ICD-10 und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV in stärkerem Ausmaß.

In den beiden aktuellen Klassifikationen übereinstimmend ist jedoch bezeichnend für Personen mit einer Ängstlichen Persönlichkeitsstörung die übergroße Empfindsamkeit gegenüber Ablehnung durch andere. Obwohl eine Sehnsucht nach zwischenmenschlicher Nähe und Akzeptanz durch andere

besteht, werden enge Beziehungen vermieden, um nicht zurückgewiesen zu werden.

Fiedler [30 S. 289-290] stellt nun fest, daß im DSM-IV ein stärkerer Akzent auf dem Konflikt zwischen Bindungs- und Autonomiebedürfnis läge, und diesem ein mangelndes Selbstvertrauen zu unabhängigen Entscheidungen entspräche, da die Möglichkeit, sich einer Lächerlichkeit preiszugeben, vermieden werden solle. Auf der anderen Seite würde die Betonung in der ICD-10 auf dem unvermindert stark bleibenden Bedürfnis nach Zuneigung und Akzeptanz liegen, welches trotz der weiterhin bestehenden sozialen Vermeidung existiere.

Andresen [8] sieht den Unterschied zwischen den beiden Klassifikationen darin, daß die Kriterien des DSM-IV ausschließlich den Bereich der habituellen sozialen Angst darstellen. Es werde ein Bild *“durchgehender Unsicherheit, Gehemmtheit und Schüchternheit im zwischenmenschlichen Kontakt“* beschrieben, wobei es durch Angst vor Demütigung, Zurückweisung und Blamage zu Einschränkungen der sozialen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Selbstverwirklichung komme.

In der ICD-10 werde hingegen die Ängstliche Persönlichkeitsstörung zusätzlich zu diesem Symptomenkomplex um Kriterien erweitert, die allgemeine Ängstlichkeit erfassen. Das Kriterium 1 *Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit*¹ und das Kriterium 5 *Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit* gingen über das Konstrukt des DSM-IV hinaus. Mit diesen Kriterien werde *“das Feld bekanntermaßen hinreichend eigenständiger physischer Ängste sowie ansatzweise auch der Leistungs- (Prüfungs-, Anforderungs-) Ängste“* [8] berührt.

Folgerichtig konstruierte Andresen, um die Auswertbarkeit des IKP nach beiden Klassifikationen zu gewährleisten, für die Abbildung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach der ICD-10 zwei weitere Skalen, durch die diese Bereiche der allgemeinen Ängstlichkeit erfaßt werden. Die hinter diesen Skalen stehenden Konzeptionen werden als Vital-Phobische und als Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Diese Persönlichkeitsstörungsskalen sollen jeweils einen der beiden Bereiche der allgemeinen Ängstlichkeit erfassen. Um die Ängstliche Persönlichkeitsstörung des ICD-10 abzubilden, werden die beiden

¹ Im folgenden werden die Persönlichkeitsstörungskriterien der Klassifikationen und die Items der Fragebögen und des Interviews mit dieser kleineren, kursiven Schrift kenntlich gemacht.

zusätzlichen Skalen mit der Skala der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung des DSM-IV additiv gewichtet kombiniert.

Um die Unentschlossenheit hinsichtlich der Zugehörigkeit des Symptombereichs der allgemeinen Ängstlichkeit zu dieser Persönlichkeitsstörung zu verdeutlichen, sei noch hinzuzufügen, daß in der Revision des DSM-III, dem DSM-III-R, im Gegensatz zu der aktuellen DSM-IV Fassung, sehr wohl Bereiche dieses Symptomenkomplexes zu der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung hinzugehören und mit dem Kriterium *Übertreibt potentielle Probleme, körperliche Gefahren oder Risiken, die bei üblichen, für ihn jedoch ungewöhnlichen Aktivitäten auf ihn zukommen können* erfaßt wurden. In der vorherigen Fassung, dem DSM-III war dagegen kein analoges Kriterium enthalten. Hier bestand die Angst der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, wie auch im DSM-IV, ausschließlich im interpersonellen Bereich.

Im Anhang B erfolgt eine Zusammenstellung sämtlicher Kriterien der genannten Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10.

1.3.1.3 Abhängige Persönlichkeitsstörung

Abhängigkeit beziehungsweise Dependenz bezieht sich bei dieser Persönlichkeitsstörung auf den zwischenmenschlichen Bereich. Das Hauptmerkmal dieser Persönlichkeitsstörung besteht in der übermäßigen Abhängigkeit von relevanten Bezugspersonen. Es besteht weiter eine mangelnde Fähigkeit oder fehlende Bereitschaft, autonome Verantwortung zu übernehmen und berechtigte Ansprüche durchzusetzen, vor allem gegenüber Menschen, von denen die Betroffenen abhängig sind. Bei der Notwendigkeit eigene Entscheidungen treffen zu müssen entsteht ein starkes Gefühl der Hilflosigkeit.

Dieser Hilflosigkeit entspricht die Angst, allein mit den Anforderungen des Lebens nicht zurechtzukommen, der Angst, auf sich selbst gestellt zu sein und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Diese werden anderen Menschen übertragen, und damit wird auch die Verantwortung der Entscheidung abgegeben. Durch diese Übertragung der Entscheidungen und der Verantwortung wird die bestehende Abhängigkeit gegenüber den Bezugspersonen verstärkt [73, S. 127]. Um von diesen nicht verlassen zu werden und weiterhin diese Unterstützung zu erfahren, passen sich die Patienten den Bezugspersonen an und ordnen sich deren Ansprüchen unter.

Die Abhängige und die Dependente Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich weder hinsichtlich der Kriterien noch bezüglich des dahinterstehenden Konzeptes bei Klassifikation nach der ICD-10 oder nach der DSM-IV wesentlich voneinander. Eine vollständige Auflistung der Kriterien beider Klassifikationen erfolgt in Anhang B.

1.4 Probleme der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

1.4.1 Objektivität, Reliabilität und Validität

Mit Einführung operationalisierter diagnostischer Systematiken ab dem DSM-III [2] kam es zu einer grundlegenden Neuorientierung mit darauf folgendem Anstieg der wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen [19, 30, 49]. Durch die Operationalisierung der psychiatrischen Diagnosen (zu den Voraussetzungen und der Umsetzung dieser in den Systematiken siehe Bronisch [19]), also einer Festlegung von Kriterien zur empirischen Erfassung der theoretischen Konstrukte der Störungen, und durch die parallel erfolgende bessere Definition der einzelnen Kriterien ließen sich deutliche Verbesserungen der Objektivität und der Reliabilität erreichen [33].

Die Verbesserung der Reliabilität und Objektivität läßt sich insbesondere auf die Entwicklung von Untersuchungsinstrumenten zurückführen. Die klinische Diagnose hatte auch nach der Einführung des DSM-III weiterhin nach wie vor nur eine geringe Reliabilität [64], und Livesley [56] stellte fest, daß die Demonstration der verbesserten Reliabilität durch die Einführung der operationalisierten diagnostischen Systematiken in hohem Maße auf dem Gebrauch strukturierter Interviews basiert. Dabei ist festzuhalten, daß die Übereinstimmung zwischen strukturiertem Interview und klinischer Diagnose in der Studie von Fydrich, Schmitz, Hennch und Bodem [33], klassifiziert nach DSM-III-R, nur sehr gering war.

Trotz der genannten Fortschritte werden die ICD- und DSM-Klassifikationen noch immer Revisionen unterzogen, die auf inhaltlicher Kritik begründet sind. Man muß davon ausgehen, daß auch die jetzigen Klassifikationen von Persönlichkeitsstörungen nur vorläufig sind, denn jede Änderung der Kataloge zur Klassifikation der Psychiatrischen Störungen brachte auch erhebliche Modifikationen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt stellte Fiedler 1998 [30, S. 514] fest, daß

“die gegenwärtigen Klassifikationssystematiken im Bereich der Persönlichkeitsstörungen selbstkritisch, flexibel und perspektivisch als antiquierte Diagnostik im Wandel und Übergang zu betrachten“ sind.

Insbesondere ist weiterhin die Validität der Kriterien und Kategorien der Persönlichkeitsstörungen in den DSM und ICD Klassifikationen nicht sicher geklärt.

Als Kritikpunkte am DSM-III-R [3] werden im Übersichtsartikel von Endler und Kocovski [27] mangelnde *face validity* und die Überlappung der Diagnosen genannt. Diese Überlappung, die sich in mehreren Diagnosen von Persönlichkeitsstörung pro Patient manifestiere und die gegen eine deutliche Abgegrenztheit der einzelnen Störungen voneinander spräche, stütze nach Shea [98] nicht den Aspekt der deskriptiven Validität, die hier von ihr im Sinne einer Übereinstimmung der Klassifikationen mit der klinischen Realität beschrieben wird. Auch würde die deskriptive Validität aufgrund der Ähnlichkeit der Fälle mit der gleichen Diagnose gestützt werden, doch auch hier ergäbe sich bei den empirischen Daten eine Heterogenität der einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Auch wenn die Kriterien im DSM-IV in der Richtung modifiziert worden sind, so daß eine Reduzierung der Überlappung und eine Erhöhung der Homogenität zu erwarten ist, sei es trotz alledem wahrscheinlich, daß Überlappung und Mangel an Homogenität in bezug auf die Kategorien der Persönlichkeitsstörungen problematisch bleiben, bis tiefere Veränderungen des DSM Systems vorgenommen würden.

Blais, Benedikt und Norman [16] führten eine psychometrische Studie durch, in der die interne Konsistenz einer Checkliste, die wörtlich auf den DSM-III-R Kriterien beruht, berechnet wurde und die konvergente Validität gemessen wurde, indem die Korrelationen der Items mit den dazugehörigen Skalen berechnet wurden. Ebenfalls wurde die diskriminante Validität gemessen, indem die Korrelationen der Items mit den fremden Skalen berechnet wurden. Sowohl die diskriminante Validität als auch die Reliabilität seien nur dürftig, diese Ergebnisse seien konsistent mit denen aus einer früheren Studie von Morey [70]. Ihr daraus gezogener Schluß war: *“it appears that many of the difficulties hindering the progress in PD (Personality Disorder) research such as low reliability and excessive comorbidity, result from inadequacies contained within the PD criteria sets themselves”* [16, S. 799]. In einer weiteren Studie nach demselben Muster mit den DSM-IV Kriterien kamen Blais und Norman [15] zu Ergebnissen, die nahelegen, daß die Reliabilität des DSM-IV sich im Vergleich zum DSM-III-R

verbessert habe, aber die diskriminante Validität wie auch in der Vorgängerstudie ein Problem der DSM Persönlichkeitsstörungen bleibe.

Die Kritikpunkte an den Klassifikationen des DSM-IV und, aufgrund der wenigen Studien hierzu nur anzunehmen, auch an der ICD-10 sind also vor allem weiterhin die Unschärfe und die Überlappungen der einzelnen Störungen, die sich in hohen internen Komorbiditäten manifestieren.

Insgesamt muß festgehalten werden, daß die Gültigkeit der diagnostischen Methoden nicht sicher geklärt ist, da kein Referenzmedium existiert. Die Validierung der Erfassung- und Meßmethoden muß daher vor allem auf der Überprüfung der Übereinstimmung der verschiedenen Methoden beruhen.

1.4.2 Kategoriale versus dimensionale Klassifikation

Grundsätzlich müssen zwei Ansätze der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen unterschieden werden.

Es gibt einmal die kategoriale Klassifikation dieser Störungen. Dabei erhält ein Patient entweder die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder nicht. Bei dem kategorialen Ansatz lassen sich des weiteren noch zwei Formen unterscheiden. Dies ist zum einen der monothetische Ansatz, wobei alle Kriterien erfüllt sein müssen, also das Krankheitsbild insgesamt dem Konzept der Störung entsprechen muß. Zum anderen muß der polythetische Ansatz genannt werden, bei dem eine definierte Mindestanzahl der Kriterien erfüllt sein muß. Der letztere ist in den Klassifikationssystemen des DSM-IV und der ICD-10 realisiert. Dadurch ist eine gewisse Inhomogenität der Kategorien dieser Systeme gegeben, denn die Individuen innerhalb der Kategorien können durch verschiedene Zusammenstellungen der Kriterien die geforderte Mindestanzahl erreichen.

Der andere Weg ist darauf ausgerichtet, die Akzentuierung einer Person im Hinblick auf die unterschiedlichen Eigenschaften festzustellen. Hierbei wird davon ausgegangen, daß die Ausprägung der verschiedenen Eigenschaften ein Kontinuum darstellt und es keinen qualitativen, sondern nur einen quantitativen Unterschied zwischen *"gesund"* und *"gestört"* gibt. Dies ist die Herangehensweise der dimensional Einordnungen. Zudem werden bei dem dimensional Vorgehen auch die Items berücksichtigt, die nicht als erfüllt gelten sondern nur als akzentuiert oder besonders ausgeprägt, in dieser Studie ist das zumindest bei zwei der drei verwendeten Methoden, dem IPDE-Interview und dem IKP, der Fall.

Bei der dimensionalen Klassifikation werden nicht Diagnosen gestellt, sondern es ergibt sich für den Patienten ein Profil der Ausprägung für jede der Persönlichkeitsstörungen.

Weitgehend einheitlich wird in der Fachliteratur die empirische und konzeptionelle Überlegenheit des dimensionalen Ansatzes angenommen [115].

Bei der dimensionalen Diagnostik, bei der ein Profil aller Akzentuierungen der Persönlichkeitsstörungen die Patienten charakterisiert, entsteht im Gegensatz zur kategorialen Klassifikation kein Verlust an Informationen. Aufgrund der vorgegeben Mindestanzahl erfüllter Kriterien bei der kategorialen Klassifikation entsteht dagegen ein Verlust an Informationen bei allen den Patienten, die einige Items einer Persönlichkeitsstörung erfüllen, aber nicht genug, um diese Diagnose zu erhalten. Bei dem dimensionalen Vorgehen dagegen sei es zusätzlich möglich, die verschiedenen Ausprägungen zu unterscheiden und Angaben über *“general background noise” of personality disorders* zu erhalten [23, S. 214].

Dieser Informationsverlust sei nach Widiger und Sanderson [115] auch der Grund für die geringere Reliabilität der kategorialen Diagnosen im Gegensatz zur dimensionalen Klassifikation. Diese Unterschiede bezüglich der Reliabilität konnten sowohl Heumann und Morey [41] für die Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R, als auch Fydrich et al. [33] für alle DSM-III-R Persönlichkeitsstörungen zeigen. Widiger [110] stellte zusätzlich heraus, daß im Falle einer zugrundeliegenden dichotomen Variablen die Reliabilität und die Validität der kategorialen Klassifikation größer seien als die der dimensionalen. Bei Dimensionalisierung dieser dichotomen Variablen würden die Gütekriterien geringere Werte zeigen, da irrelevante, invalide Informationen eingeschlossen würden. Bei Kategorialisierung einer dimensional Variable würden Reliabilität und Validität durch den oben dargestellten Informationsverlust geringer ausfallen. Bei einer Zusammenstellung von 16 Studien, bei denen sowohl dimensionale als auch kategoriale Daten vorlagen, fand er bei 15 der Studien, daß die Validität oder die Reliabilität bei Verwendung der dimensional Klassifikation anstieg.

Die Übereinstimmung verschiedener Instrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, also die konvergente Validität, erwies sich in verschiedenen Studien für die dimensional Korrelationen größer als die Konkordanz der kategorialen Diagnosen [118, 33, 88].

Ein weiteres Argument für die dimensionale Diagnostik ist, daß die Grenzziehung der kategorialen Einteilung, ab wann also eine Persönlichkeitsstör-

ung vorliegt, und dementsprechend die Mindestanzahl von erfüllten Kriterien, eher Kompromisse der DSM Komitees reflektiere als empirisch gesicherte Schwellenwerte darstelle [23]. Widiger und Sanderson [115] fanden analog zu den willkürlichen Grenzziehungen bis dato keine Studien, die eine eindeutige Unterscheidbarkeit zwischen bestehender und nicht bestehender Persönlichkeitsstörung identifizieren. Zimmerman und Coryell [119] zeigten dagegen, daß sich bei einer gemischten Stichprobe bestehend aus Verwandten ersten Grades von Patienten mit Persönlichkeitsstörung und Gesunden die erreichten Items kontinuierlich verteilen ohne Abschnitte mit geringerer Häufigkeit, die eine Grenze zwischen Normalität und Pathologie anzeigen würden.

Ebensowenig gibt es Studien, die klare Grenzen benachbarter Persönlichkeitsstörungen zeigen konnten. Im Gegenteil, es zeigte sich in verschiedenen Studien, daß im kategorialen System die Vergabe einer einzelnen Persönlichkeitsstörungsdiagnose wesentlich seltener war als die Diagnose mehrerer Persönlichkeitsstörungen [76, 19].

Gleichwohl sind sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV bei dem kategorialen Ansatz geblieben. In der Literatur lassen sich drei Argumente für die Beibehaltung der kategorialen Klassifikation finden [115, 19, 114, 119]. Erstens würde die kategoriale Klassifikation traditionell den Klinikern vertrauter sein. Zweitens sei die Kommunikation und die Begriffsbildung einer dimensional Diagnostik, die mehr Informationen enthält, schwieriger und umständlicher. Als letztes Argument wird genannt, daß ein kategoriales Modell mit klinischen Entscheidungen übereinstimme, denen zumeist eine klare Zuordnung zu "gesund" oder "gestört" zugrunde liegen müsse.

Nach Clark, Livesley und Morey [23] muß man den oben beschriebenen diagnostischen dimensional Ansatz, der weitgehend das Vorhandensein voneinander verschiedener Persönlichkeitsstörungen akzeptiere, von einem weiteren dimensional Ansatz unterscheiden. Dabei handele es sich um eine Herangehensweise, die auf Persönlichkeitszügen beruhe. Bei diesem Ansatz würde davon ausgegangen werden, daß die zugrundeliegenden Dimensionen der Persönlichkeitsstörungen nicht diese selbst seien, sondern maladaptive Varianten der Persönlichkeitszüge, aus denen einzeln oder in Kombination die Persönlichkeitsstörungen bestehen.

Es gibt verschiedene konkurrierende Modelle, die diese Persönlichkeitszüge erfassen sollen. Es werden davon hier exemplarisch zwei Ansätze genannt, auf die im weiteren Bezug genommen wird.

Große Hoffungen wurden in das in Abschnitt 1.2 genauer beschriebene Five-Factor Model gelegt, dem vielfach zugesprochen wird, daß es auch Eigenschaften erfaßt, die über die Grenzen der Normalität hinausgehen. Diese Abweichung von der Normalität wird bei dem Five-Factor Model aber in dem Sinne postuliert, daß die maladaptiven Persönlichkeitszüge extreme Varianten der Normalpersönlichkeit seien [112, 116].

Auf dieser These basierend wird angenommen, daß mit dem Five-Factor Model auch Persönlichkeitsstörungen ausreichend und vollständig zu erklären seien [62, 115]. Es bilden sich für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen Profile der Ausprägungen der Basisdimensionen der Persönlichkeit. Dabei konnte weitgehend einheitlich in verschiedenen Studien ein für alle Persönlichkeitsstörungen bestehender Zusammenhang mit einer hohen positiven Ausprägung des Faktors *Neuroticism* gezeigt werden. Diese Beziehung ergibt sich sowohl bei Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen nach den DSM-Richtlinien als auch in einer in Studie nach ICD-10 von Brieger, Sommer, Bliönk und Marneros [18]. Es existieren wesentlich mehr Studien, in denen die Persönlichkeitsstörungen nach der DSM-Klassifikation diagnostiziert wurden. 12 dieser Studien, in denen insgesamt 15 unabhängige Stichproben untersucht und die zwischen 1990 und 1998 publiziert wurden, werden in der Meta-Analyse von Saulsman und Page [92] analysiert. Die anderen Faktoren *Extraversion*, *Openness to experience*, *Conscientiousness* und *Agreeableness* zeigen in den genannten Studien weitgehend reproduzierbare, relativ charakteristische Verteilungen für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Verschiedene Studien [6, 91] zeigten aber, daß das Modell diesen Ansprüchen nicht gerecht wird, da mit dem Five-Factor Model die Varianz der DSM-Persönlichkeitsstörungen nicht ausreichend erklärbar sei. Andresen [6] zeigte, daß die Beschreibung aller Persönlichkeitsstörungen mit dem Five-Factor Model erst dann ausreichend gelänge, wenn man, neben dem Faktor *Risikobereitschaft/Mut*, der ungefähr 10 % der Varianz erkläre, einen siebten Faktor der *General Dysfunctional Personality* postuliere. Hierbei handele es sich um einen relativ globalen Pathologiefaktor der Persönlichkeit mit einem psychosenahen, kognitiv auffälligen Merkmalsschwerpunkt. Ein ähnlicher Faktor wurde beispielsweise auch

mit dem lexikalischen Ansatz von Saucier [90] gefunden. Dieser Faktor der *Negative Valence* subsumiere unerwünschte Attribute, die weniger sozial akzeptiert und toleriert seien und eine soziale Abweichung von der normalen Gesellschaft charakterisieren.

Ein anderer Ansatz besteht darin, direkt die maladaptiven Persönlichkeitszüge, die den Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen, zu identifizieren [96, 56, 22]. Diese seien besonders relevant oder sogar einzigartig für die Persönlichkeitsstörungen [23], im Gegensatz zu den allgemein gültigen Persönlichkeitszügen der Modelle der Normalpersönlichkeit. Dieser Ansatz hat mit dem Faktor der *General Dysfunctional Personality* gemein, daß ein qualitativer Unterschied zu der Normalpersönlichkeit angenommen wird, im Kontrast zu dem Five-Factor Model, welches die Unterschiede zwischen normal und pathologisch nur im Grad der Ausprägung sieht.

1.4.3 Komorbidität oder begründbare Koexistenz

In vielen Studien wird von einer beträchtlichen Koinzidenz von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen berichtet. So berichten Oldham, Skodol, Kellmann, Hyler, Rosnick und Davies [76], daß die Vergabe einer einzelnen kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnose wesentlich seltener war als die Diagnose mehrerer Persönlichkeitsstörungen. Bronisch [19] stellte fest, daß im Rahmen empirischer Studien über Persönlichkeitsstörungen bei psychiatrischen Poliklinik- und Klinikpatienten in der Mehrzahl der Fälle mehr als eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, durchschnittlich wurden 2,5 und im Extrem bis 5 und mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Mit der dimensional Klassifikation lassen sich solche Koinzidenzen besser beschreiben, so daß Oldham et al. [68] beispielsweise vorschlugen, daß man bei Patienten, welche die Kriterien für mehr als 2 Persönlichkeitsstörungen erfüllen, die Diagnose einer schweren Persönlichkeitsstörung stellen und die prädominanten Eigenschaften dimensional beschreiben solle.

In jedem Fall ist es bemerkenswert, daß eine Auffälligkeit hinsichtlich einer der Persönlichkeitsstörungen häufig mit Akzentuierungen bezüglich anderer Persönlichkeitsstörungen kombiniert ist. Fiedler [30, S. 363-367] stellte sogar fest, daß es kaum jemanden gibt, der bei Erfüllung der Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht zugleich auch mindestens die Kriterien einer weiteren Persönlichkeitsstörung

erfüllt, bei einer Auflistung der prozentualen Koinzidenz schwankte diese zwischen 100 % bei der Paranoiden und 69 % bei der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung.

Dies wirft das Problem der Komorbiditäten von Persönlichkeitsstörungen untereinander auf, die sogenannte *innere Komorbidität*. Diese ist zugleich auch kritisch hinsichtlich der Validität der Persönlichkeitsstörungen, denn die diskriminante Validität, die angibt, wie gut die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen durch die diversen diagnostischen Methode differenziert werden können, ist unmittelbar von der Koinzidenz mehrerer Persönlichkeitsstörungen abhängig und wird um so geringer, je mehr sich die einzelnen Störungen überschneiden.

Die diskutierten Gründe für das Vorliegen mehrerer Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen sind zum einen das tatsächliche Vorliegen zweier unabhängiger Persönlichkeitsstörungen, also einer Komorbidität im Sinne von Feinstein [29]. Er sprach mit *Komorbidität* jede distinkte zusätzliche klinische Entität an, die schon zuvor bestand oder auch ihren Beginn während des klinischen Krankheitsverlaufes eines Patienten hat, der an der in der Studie zu untersuchenden Krankheit leidet.

Die Komorbidität könnte auch durch eine Überlappung der einzelnen Kriterien verschiedener Diagnosen rein statistisch bedingt sein [76]. Grilo et al. [36, 35] und Becker et al. [11] wiesen zumindest innerhalb einer diagnostischen Methode nach, daß die Items der Methode nicht nur mit der Persönlichkeitsstörung, deren Kriterien mit diesen Items abgefragt werden, korrelieren, sondern auch in unterschiedlichem aber nicht zu vernachlässigendem Maße mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Besonders im ICD-10 ist im Hinblick auf die Kriterienüberlappung auf eine akzentuiert unterschiedliche Formulierung bei den einzelnen Störungsbildern geachtet worden, um damit die Kriterienüberlappung zu minimieren. Fiedler [30, S. 361-363] hält aber fest, daß unterschiedliche Deskriptionen ähnlicher Erlebens- und Verhaltensmuster nicht per se zu besseren Abgrenzungen führen. Es sei vielmehr so, daß ähnliche Verhaltensmuster zu den Merkmalen unterschiedlicher Störungsbilder durchaus dazugehören, diese aber innerhalb der einzelnen Störungen ein unterschiedliches Gewicht hätten. Damit wäre wenigstens ein Teil dieser statistischen Überlappung inhaltlich begründbar.

Shea [97, 98] postuliert für die Itemüberlappungen eine weitere artifizielle Quelle der möglichen Überlappungen, die sich vor allem in der DSM-III-R findet. Dort fehlen häufig Angaben zur Motivation der Verhaltensweisen, und gerade diese seien wichtig für die Unterscheidbarkeit ähnlich erscheinender

Verhaltensweisen, wie beispielsweise das Kriterium des DSM-III-R *Has no close friends or confidants* sowohl auf die Selbstunsichere als auch auf die Schizoide Persönlichkeitsstörung zuträfe. Im ersteren Fall sei dieses Verhalten aber motiviert durch die intensive Furcht vor Zurückweisung, bei der letzten hingegen sei es begründet durch den Mangel an Verlangen nach enger sozialer Bindung.

Sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 wurde versucht, diese Unzulänglichkeit zu beheben, dennoch bestehen nach wie vor Kriterien, bei denen die Motivation des Verhaltens nicht explizit genannt wird. Aufzuführen wäre beispielsweise das Kriterium 6 der Schizoiden Persönlichkeitsstörung *Übermäßige Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen*, das wie das oben genannte Kriterium aus dem DSM-III-R sowohl von Patienten mit einer Schizoiden als auch von Patienten mit einer Ängstlichen Persönlichkeitsstörung bejaht werden könnte. Auch in diesem Fall wäre allein die Motivation für das Verhalten das unterscheidende Moment.

Ebenso führen Pfohl und Blum [82] an, daß Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zwar ähnliche Verhaltensweisen zeigen, obgleich ihre Gründe dafür auf eine Art und Weise differieren, die sich nicht leicht durch Kriterien zu erfassen ließe. Sie stellten aber weiter fest, daß unterschiedliche Angaben von Komorbiditäten sich zum Teil auf die Methoden, die in den Studien verwendet wurden, zurückführen ließen. In einigen der strukturierten Interviews gäbe es Fragen, welche die Motivation für ein bestimmtes Verhalten ermitteln.

Die Komorbidität der Persönlichkeitsstörung könnte auch durch einen ätiologischen Zusammenhang bedingt sein. Dabei kann man unterschiedliche Beziehungen differenzieren. Zum einen könne eine vorhandene Störung eine weitere Störung verursachen oder in ihrer Entwicklung begünstigen [32].

Des weiteren berichtet Shea [98], daß Persönlichkeitsstörungsfaktoren, im Sinne der maladaptiven Persönlichkeitszüge, sowohl spezifisch für eine Persönlichkeitsstörung sein können, als auch für mehrere Persönlichkeitsstörungen. Als Beispiel für den letzteren Fall wird der Faktor *Interpersonal exploitation* genannt, der sowohl typisch für die Antisoziale, die Borderline, die Histrionische und die Narzißtische Persönlichkeitsstörung sei. Hierdurch ist ebenfalls ein gleichzeitiges Erfüllen der Kriterien verschiedener Persönlichkeitsstörungen zu erklären. Der von Andresen [6] beschriebene Faktor der *General Dysfunctional Personality* muß in diesem Zusammenhang auch genannt werden, denn dieser ist ein qualitativ von der Normalpersönlichkeit verschiedener Pathologie-Faktor, der eben das Substrat der hohen inneren Komorbidität sein könnte. Nach Andresen [6] müsse erwogen

werden, daß der *General Dysfunctional Personality* Faktor eventuell schlicht zentrale Aspekte der allgemeinen Persönlichkeitsstörungsdefinitionen repräsentiere und daß diese der Hauptgrund für die hohe Komorbiditätsrate seien.

1.5 Problemstellungen und Ziele der Arbeit

Wie eingangs erwähnt, soll in dieser Arbeit vornehmlich die Validität verschiedener Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen untersucht werden. Da weiter ein Referenzmedium für Vergleiche von diagnostischen Instrumenten fehlt, soll durch diese Arbeit versucht werden mit Hilfe verschiedener Ansätze festzustellen, inwieweit die Validität der drei untersuchten Instrumente zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gegeben ist.

In Deutschland und entsprechend auch in anderen nicht angloamerikanischen Ländern müssen zwei konkurrierende Klassifikationen berücksichtigt werden. Insbesondere muß beachtet werden, daß die Kriterien des DSM-IV und der ICD-10 nicht unerheblich voneinander differieren. Ottosson et al. [77] konnten zeigen, daß beachtenswerte Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Diagnosestellung zwischen dem DSM-IV und ICD-10 vorhanden sind. Testungen auf Übereinstimmung der beiden Klassifikationen ergaben sowohl bei der kategorialen, bei der die Kappa-Werte zwischen .37 und .97 lagen, als auch bei dimensionalen Auswertung, wofür die Korrelation nach Pearson berechnet wurde und die entsprechenden Korrelationskoeffizienten zwischen .79 und .98 lagen, nur eine moderate Kongruenz der einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Durch administrative Entscheidungen ist der Kliniker nun zumeist auf das ICD-Klassifikationssystem festgelegt, im Bereich der wissenschaftlichen Arbeit ist aber das DSM-IV aufgrund der intensiveren empirischen Fundierung und aus forschungsstrategischen Gründen auch in der deutschsprachigen Persönlichkeitsforschung unverzichtbar [8].

Es existieren trotz der verbreiteten Nutzung der ICD-10 Klassifikation wesentlich weniger Studien, die auf der WHO Klassifikation beruhen, als Studien, welche die DSM-Klassifikationen der American Psychiatric Association nutzen. Um diese Diskrepanz auszugleichen wird diese Studie vorwiegend auf der ICD-10 basieren. Dadurch ergibt sich die Schwierigkeit, die eigenen Ergebnisse mit denen anderer Studien zu vergleichen, so daß zum Teil Studien herangezogen werden

müssen, in denen die DSM-Klassifikation benutzt wird, auch wenn nur partiell inhaltliche Übereinstimmung der Klassifikationen besteht.

Teilweise erklären sich die spärlich vorhandenen Vergleichsmöglichkeiten dieser Studie auch damit, daß es im deutschen Sprachraum im Gegensatz zu der weiten Verbreitung in Klinik und Forschung im angloamerikanischen Raum nur recht wenige, zumindest vergleichsweise wenig in der Forschung benutzte, Fragebogeninventare gibt. Insofern ist die Entwicklung des IKP mit der Möglichkeit, sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV zu klassifizieren, bedarfsgerecht.

Als Methode wurde, neben dem jungen und deshalb wenig untersuchten IKP, das international weitverbreitete und bewährte IPDE-Interview ausgewählt. Des weiteren wird der zu dem IPDE-Modul gehörige Screening-Fragebogen benutzt und untersucht werden, für den zwar wenig Aussagen über die Testgütekriterien vorliegen, der sich aber anbietet, da er im Sinne eines Bindegliedes zwischen den beiden anderen Methoden fungieren kann. Es kann erwartet werden, daß er aufgrund der gleichen Autoren eine gewisse Nähe zum IPDE-Interview aufweist. Eine Ähnlichkeit mit dem IKP ist durch die Methode selbst gegeben. Wie Frydrich et al. [32] zeigten, ergeben sich höhere Übereinstimmungen der Diagnosen, wenn gleichartige diagnostische Verfahren, zum Beispiel zwei Interviews, miteinander verglichen werden. Bei der Überprüfung der Übereinstimmung unterschiedlicher Methoden, beispielsweise Fragebogen und Interview, ergeben sich geringere Werte.

Da der IKP nur für eine dimensionale Auswertung konzipiert wurde, ist der Beitrag der Arbeit zur Diskussion über die Art der Klassifikation auf den Vergleich der kategorialen Ergebnisse der beiden IPDE-Instrumente beschränkt. Als weiterer dimensionaler Ansatz muß hier auch das NEOCAR-Modell, das auf sechs Faktoren erweiterte Five-Factor Model nach Andresen [7], genannt werden. Es wird auf seine Beziehungen zu den drei Methoden zur Persönlichkeitsstörungsdiagnostik untersucht, allerdings weniger, um die Persönlichkeitsstörungen damit erklären zu wollen, sondern vielmehr als weitere Möglichkeit, die Validität der drei Methoden zu untersuchen.

Bei allen Ergebnissen, bei denen man zu der Annahme gelangen kann, daß die Validität, insbesondere die diskriminante Validität, durch den Methodenvergleich nicht bestätigt werden kann, muß beachtet werden, daß die zugrundeliegenden Kriterien eben den unscharfen, vorläufigen und kritisierbaren diagnostischen

Klassifikationen entstammen. Wenn solche Ergebnisse sich mit den verschiedenen Methoden und Ansätzen reproduzieren lassen, werden inhaltliche Interpretationen sinnvoll, die eben dann auch eine Kritik der diagnostischen Klassifikation darstellen. Insofern wird auch die Frage der Komorbidität beziehungsweise der Überlappung verschiedener Störungen behandelt werden.

Als letzter Punkt wird die aktuelle Symptombelastung der Patienten berücksichtigt und Zusammenhänge der dimensional Scores der Persönlichkeitsstörungen mit den Skalen der verschiedenen Symptome geprüft.

1.5.1 Konvergente und diskriminante Validität der drei Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

1.5.1.1 Dimensionaler Ansatz: Multitrait-Multimethod Analyse

Zur Evaluation der Validität der in dieser Studie benutzten Verfahren zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen wird eine Multitrait-Multimethod Analyse durchgeführt. Dafür werden die Korrelationen der dimensional Werte berechnet. Dabei werden zum einen die Korrelationskoeffizienten zwischen den jeweils gleichen Persönlichkeitsstörungen in den verschiedenen Methoden, zum anderen die Koeffizienten zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen einmal innerhalb der jeweiligen Methode und einmal zwischen den Methoden berechnet.

Für diese Analyse psychometrischer Verfahren postulierten Campbell und Fiske [20] eine Reihe von Bedingungen, damit konvergente und diskriminante Validität verschiedener Methoden angenommen werden kann.

Erstens sollen die Korrelationen zwischen ein und derselben Diagnose, die jeweils in den verschiedenen Methoden gemessen wird, signifikant und ausreichend stark sein, um weitere Untersuchungen zur Validität befürworten zu können. Es müsse also eine ausreichende Konvergenz zwischen den unterschiedlichen Methoden hinsichtlich der jeweiligen Diagnose bestehen.

Dazu werden die Pearson-Korrelationen der dimensional Scores der jeweiligen Persönlichkeitsstörungen in allen drei Methoden untersucht. Hiermit wird also die konvergente Validität der drei verwendeten Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen untersucht, insofern, als daß die Übereinstimmung in den verschiedenen Verfahren überprüft wird. Bei einer hohen Korrelation zwischen derselben Persönlichkeitsstörung in verschiedenen Methoden kann man

annehmen, daß jeweils das gleiche Konstrukt gemessen wird, also eine gute konvergente Validität besteht.

Die zweite Forderung ist, daß diese Übereinstimmung zwischen den gleichen Diagnosen stärker sei als die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Diagnosen, gemessen jeweils mit den verschiedenen Methoden.

Der dritte Anspruch auf einen Zusammenhang zwischen den gleichen Diagnosen in den verschiedene Methoden, der größer ist, als der Zusammenhang verschiedener Diagnosen in der gleichen Methode, erscheint den Autoren aufgrund von systematischer Varianz innerhalb einer Methode schwerer erreichbar.

Viertens solle ein Muster von Zusammenhängen der verschiedenen Diagnosen innerhalb und zwischen den Methoden vorhanden sein.

Um die diskriminante Validität der Methoden zu bestimmen, werden also die Pearson-Korrelationen der dimensional Scores zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen berechnet und mit den Korrelationskoeffizienten, die sich bei den Korrelationen zwischen den jeweils gleichen Diagnosen ergeben, verglichen. Belege für diskriminante Validität liefere nach Campbell und Fiske [20] die Erfüllung der drei letzten Forderungen.

Wenn aber die Korrelation zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen höher ist als diejenige innerhalb einer Diagnose, muß ein Zusammenhang zwischen den beiden Diagnose-Konstrukten in den jeweiligen Methoden postuliert werden, der stärker ist als derjenige innerhalb der Diagnose. Ein starker Zusammenhang zwischen verschiedenen Diagnosen läßt sich in unterschiedlicher Weise interpretieren. Man kann diese Zusammenhänge als Ausdruck der Kriterienüberlappung ansehen. Die hohen Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen können aber auch überzufällig häufige Komorbiditäten widerspiegeln. Wenn die Patienten in diesem Maße Mischformen von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen aufweisen, werden sich aufgrund des Antwortverhaltens der Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen diese korrelativen Zusammenhänge ergeben. Ebenfalls kann eine starke Korrelation zwischen verschiedenen Diagnosen, wie auch geringe Übereinstimmungen hinsichtlich der gleichen Diagnosen auf mangelhafte Validität der verwendeten Methoden hinweisen.

Die Ergebnisse werden mit Referenzstudien verglichen und es wird eine Analyse der möglichen Gründe für die gefundenen Überlappungen vorgenommen werden.

1.5.1.2 Mittelwertvergleich: Varianzanalysen der Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Als weiterer statistischer Ansatz wird ein Mittelwertvergleich der dimensional Scores in den drei Methoden mit einer unabhängigen Variablen durchgeführt, die aus drei kategorialen Ausprägungsgraden (nicht vorhanden, wahrscheinlich vorhanden, oder sicher vorhanden) der Cluster C Persönlichkeitsstörungen besteht. Bei dieser statistischen Auswertung wird ein Teil der Daten kategorial ausgewertet, der andere Teil dimensional, so daß damit auch die Konvergenz beziehungsweise Diskriminanz des ausschließlich dimensional IKP mit den kategorialen Gruppen des IPDE-Interviews bewertet werden kann.

Ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen ist dann als Zeichen einer guten konvergenten Validität zu werten, sofern dieser auftritt, wenn die abhängige und die unabhängige Variable hinsichtlich der zu messenden Persönlichkeitsstörung übereinstimmen. Bei einer optimalen konvergenten Validität der Methoden sollten die Mittelwerte in den Methoden dabei dem Ausprägungsgrad der Gruppe entsprechend ansteigen.

Ergebnisse, die für eine gute diskriminante Validität sprächen, wären keine signifikanten Mittelwertsunterschiede bei abhängigen Variablen, die andere Persönlichkeitsstörungen messen als die unabhängige Variable. Wiederum müssen bei Mittelwertsunterschieden, die zwischen einer der unabhängigen Variablen und einer dieser nicht entsprechenden abhängigen Variablen auftreten, die Gründe dieses Zusammenhangs zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungskonstrukten in den jeweiligen Methoden diskutiert werden.

1.5.1.3 Kategorialer Ansatz: Cohens Kappa

Für die Überprüfung der kategorialen Übereinstimmung werden die Kappa-Werte der zwei kategorial auswertbaren Verfahren berechnet. Die Auswertung beschränkt sich auf die Untersuchung der Übereinstimmung derselben Diagnosen, also die Überprüfung der konvergenten Validität der kategorialen Diagnosen. Außerdem wird die Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen des IPDE-Inter-

views mit den klinischen Diagnosen berechnet. Hohe Kappa-Werte bedeuten dabei eine hohe konvergente Validität dieser Diagnose zwischen den jeweiligen Verfahren.

Hinsichtlich der Konvergenz zwischen den IPDE-Instrumenten kann die Überlegenheit des dimensional oder des kategorialen Ansatzes durch Vergleiche der jeweiligen Ergebnisse bezüglich der konvergenten Validität festgestellt werden, denn wie Widiger [110] feststellte, müßte die Validität der kategorialen Klassifikation größer sein, wenn die zugrundeliegende Variable dichotom ist, wenn diese aber in ihrer Grundstruktur dimensional ist, wäre die Validität der dimensional Klassifikation größer.

1.5.2 Beziehungen der Basisdimensionen der Persönlichkeit zu den angstnahen Persönlichkeitsstörungen

Durch Berechnung der Pearson-Korrelation zwischen den Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit und den mit den drei Methoden erfaßten dimensional Werten der Cluster C Persönlichkeitsstörungen erhält man ein Profil der Normalpersönlichkeit der angstnahen Persönlichkeitsstörungen.

Da Vergleichsmöglichkeiten mit Ergebnissen anderer Studien zu diesem Thema bestehen [92, 18, 45], kann das gewonnene Profil der externen Validierung der diagnostischen Methoden der Persönlichkeitsstörungen dienen. Dabei sollten die hier erhobenen Profile den wiederholt gezeigten charakteristischen Persönlichkeitsprofilen der angstnahen Persönlichkeitsstörungen entsprechen.

Ein charakteristisches Profil für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung nach der DSM-Klassifikation, das sich in verschiedenen Studien reproduzieren ließ, konnte bislang allerdings nicht gefunden werden. In der oben genannten Meta-Analyse [92] ergibt sich nur eine nicht sehr starke Beziehung zu der Basisdimension *Conscientiousness*. Dieses ist ein Zusammenhang, der bei einer Persönlichkeitsstörung, die durch gewissenhaftes Streben nach Sorgfalt und Perfektion charakterisiert ist, erwartungsgemäß ist, auch wenn dieses durch die nicht angemessene Erfüllung der Aufgaben störend auffällt. In der Meta-Analyse ergibt sich auch kein positiver Zusammenhang zwischen der Basisdimension der Persönlichkeit *Neuroticism* und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, im Gegensatz dazu läßt sich bei fast allen anderen Persönlichkeitsstörungen eine solche Assoziation finden [92]. Die Korrelationskoeffizienten zwischen der Zwang-

haften Persönlichkeitsstörung und den Dimensionen der Normalpersönlichkeit der Meta-Analyse unterscheiden sich allerdings sehr voneinander, je nachdem welche Methode zur Erhebung der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung benutzt wurde und je nachdem, ob klinische oder nicht klinische Stichproben untersucht wurden. Für die Anankastische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 konnten Brieger et al. [18] eine hohe Korrelation mit *Neuroticism* zeigen, hier ergab sich kein substantieller Zusammenhang mit der Basisdimension *Conscientiousness*.

Eine charakteristische Ausprägung der fünf Dimensionen des Five-Factor Modells ist für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nach der DSM-Klassifikation neben einem positiven Zusammenhang mit *Neuroticism* ein erwartungsgemäßer negativer Zusammenhang mit *Extraversion* [92, 91, 26, 1]. Das dargelegte Profil für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nach der DSM Klassifikation stimmt mit den Ergebnissen für die Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 von Brieger et al. [18] überein.

Das Five-Factor-Profil der Dependenten Persönlichkeitsstörung der DSM-Klassifikation zeigt wiederum einen starken positiven Zusammenhang mit *Neuroticism* [92]. Der häufig postulierte und zum Teil empirisch gefundene positive Zusammenhang mit *Agreeableness* [26, 116] ergab sich bei der Meta-Analyse der 15 unabhängigen Stichproben nicht. Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 ergab sich in der Studie von Brieger et al. [18] ein ähnliches Bild wie für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung. Neben einem positiven Zusammenhang mit *Neuroticism* und einer negativen Beziehung zu der Dimension *Extraversion* zeigte sich hier auch eine positive Assoziation mit *Agreeableness*.

Das in dieser Studie erhobene Profil wird mit dem Hamburger Persönlichkeitsinventar erstellt. Dementsprechend ergibt sich ein von dem Five-Factor Model nach Costa und McCrae abweichendes Profil, das dem von Andresen [5] modifizierten Five-Factor Model entspricht, also den sechsten Faktor *Risikobereitschaft/Mut* und einen inhaltlich etwas anders akzentuierten Faktor *Agreeableness* beinhaltet. In der Studie von Andresen [7, S. 141-143] wurde als Methode zur Erfassung der Basisdimensionen der Persönlichkeit bei Persönlichkeitsstörungen die ursprüngliche Langform des HPI verwendet. Es wurden somit die Dimensionen des NEOCAR-Modells der Persönlichkeit erhoben.

In dieser Erhebung ergibt sich für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV als einziger substantieller Zusammenhang eine Korrelation, mit der Basisdimension *Conscientiousness*, die größer als .30 ist. Wie oben dargestellt,

konnte dieser Zusammenhang, obwohl theoretisch zu erwarten und von Widiger et al. postuliert [116], nicht in dieser Stärke in der Meta-Analyse der Studien, die nach dem DSM klassifiziert wurden, gefunden werden. Für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV ergeben sich zum einen Zusammenhänge, die sich ebenso bei Erhebung des Profils des Five-Factor Model zeigen. Diese Assoziationen ergeben sich mit den Basisdimensionen *Neuroticism* und *Extraversion*, im ersten Fall positiv, im zweiten negativ gepolt. Zum anderen ergibt sich eine von dem Five-Factor Model abweichende substantielle negative Korrelation mit der im NEOCAR-Modell neueingeführten Dimension *Risk*. Bei der Dependenten Persönlichkeitsstörung ergeben sich substantielle positive Zusammenhänge mit den Dimensionen *Neuroticism* und *Agreeableness*, weiter ein negativ gepolter Koeffizient über .30 mit dem sechsten Faktor *Risk*.

Da sich Unterschiede zwischen den Profilen der Normalpersönlichkeit in den Studien finden lassen, je nachdem, ob es sich bei dem zugrundeliegenden Modell um das ursprüngliche Five-Factor Model oder um das NEOCAR-Modell handelt, sollte versucht werden, den Einfluß der Methoden zur Erhebung der Normalpersönlichkeit, der Persönlichkeitsstörungen und möglicher weiterer Störgrößen zu klären. Weil als diagnostische Methode für die Erfassung der ICD-10 Persönlichkeitsstörungen in der Studie von Brieger et al. [18], wie auch in der vorliegenden Arbeit neben den beiden Fragebogen-Methoden, das IPDE-Interview benutzt wird, kann der Einfluß der inhaltlichen Differenzen zwischen dem HPI und der Übersetzung des NEO-Five-Factor-Inventars NEO-FFI [17], welches in der Studie von Brieger et al. [18] als Meßinstrument der Basisdimensionen der Persönlichkeit eingesetzt wurde, abgeschätzt werden.

1.5.3 Psychische Symptombelastung: Konfundierung und Komorbidität mit den Angstnahen Persönlichkeitsstörungen

In den beiden gültigen Klassifikationen des DSM und der ICD wird dem Phänomen, daß Persönlichkeitsstörungen häufig in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auftreten, Rechnung getragen. Das DSM-IV besteht aus fünf Achsen, um der Komplexität der psychischen Störungen gerecht zu werden. Innerhalb des DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II abgetrennt von den klinischen Syndromen der psychischen und psychiatrischen Störungen, die der Achse I zugeordnet sind, unabhängig von den letzteren codiert

und gegebenenfalls mit diesen gleichzeitig beurteilt. Nach den Leitlinien der ICD-10 sollen so viele Diagnosen gestellt werden, wie zur genauen Beschreibung des Krankheitsbildes notwendig sind, so daß ein dem multiaxialen System des DSM-IV ähnliches Komorbiditätsprinzip der multiplen Störungsdiagnostik gelte [30, S. 29-35 und 364-366; 4, S. 713-716; 108, S. 225-226].

Die Überlappung und Abgrenzungen zwischen den Störungsbildern der Achse I und denen der Achse II stehen weiter zur Diskussion. Insbesondere, inwieweit die Achse-I-Störungen die Persönlichkeitsstörungen und deren Beurteilung beeinflussen, konnte noch nicht abschließend geklärt werden.

Überlappung der Störungsbilder der Achse I und der Achse II können für verschiedene Persönlichkeitsstörungen aufgezeigt werden. Beispielsweise seien dependente und selbstunsichere Interaktionseigenarten Teil der Beschreibungen von Angst- und Panikstörungen und wären gleichfalls bei depressiven Patienten zu finden [30, S. 303 und 364-366].

Noch weitreichender ist die Überlappung zwischen der Selbstunsicheren beziehungsweise Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der Sozialen Phobie. Diese stehe der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV auf der Achse I als Spektrumsanalogon gegenüber [8]. Nach Morschitzki beträfe der Unterschied zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, als Achse-II-Störung, und der Sozialphobie, die auf der Achse I codiert wird, nur den Schweregrad der beiden Störungen, denn sie lägen auf einem Kontinuum, wobei die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nur durch die besondere Schwere der sozialen Störung definiert sei [73, S. 70-77]. Auch empirisch zeigten sich weder qualitative Unterschiede noch klare Grenzen zwischen der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Sozialen Phobie nach DSM-III-R in den drei von Widinger [111] kommentierten Studien.

Daneben wird auch diskutiert [84], daß die gleichzeitige Einschätzung von Affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen zu übermäßiger Diagnosestellung der letzteren führe. Der Grund dafür läge in der Beeinflussung der Eigenwahrnehmung der Persönlichkeitszüge durch die dysphorischen Verstimmungen der Patienten.

Loranger et al. [57] untersuchte mögliche Artefakte, die gleichzeitig bestehende Angststörungen und Depressionen bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bewirken können. Die Studie liefere Ergebnisse, nach denen wenig Evidenz für die Beeinflussung der Diagnosestellung durch diese Achse-I-Störungen bestände.

Dennoch wurden insgesamt weniger Kriterien der Persönlichkeitsstörungen bei Entlassung erfüllt als bei Aufnahme der Patienten. Von den Autoren werden vor allem immanent in der Wiederholung des Interviews liegende Gründe dieser Verringerung genannt, wie etwa die Erinnerung an tiefergehende Fragen bei positiven Antworten und Langeweile.

Dagegen berichtet Fava et al. [28] bei depressiven Patienten nach einer achtwöchigen Pharmakotherapie mit Fluoxetin von signifikanter Verringerung der Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung. Diese waren zum Teil assoziiert mit der Reduktion der depressiven Symptome, welche stärker war als in der Studie von Loranger et al.. Andererseits wird ein direkter Einfluß des Antidepressivums auf die maladaptiven Verhaltensweisen und Einstellungen postuliert, wodurch diese Diskussion weitere Komplexität erlange.

Weiter wird von einigen Autoren eine gegenseitige Beeinflussung der Achse-I- und der Achse-II-Störungen angenommen. Eine frühe Manifestation der Achse-I-Störungen könne möglicherweise bei Kindern und Adoleszenten die Entwicklung von maladaptiven Verhaltensweisen begünstigen, welche später in Persönlichkeitsstörungen einmünden. Umgekehrt könnten auch Persönlichkeitszüge zu Achse-I-Störungen prädispositionieren [10]. Hierzu ist eine longitudinale Studie von Johnson, Cohen, Skodol, Oldham et al [48] zu nennen, in der gezeigt werden konnte, daß Adoleszente mit einer Persönlichkeitsstörung ein mehr als doppelt erhöhtes Risiko haben, im jungen Erwachsenenalter eine Achse-I-Störung oder Suizidalität zu entwickeln. Diese Assoziation blieb signifikant, nachdem eine statistische Kontrolle der Achse-I-Störungen in der Adoleszenz durchgeführt wurde.

Bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung wird beispielsweise häufig davon berichtet, daß therapeutische Hilfe dann aufgesucht wird, wenn Arbeitsverzögerung oder Entscheidungsprobleme im Beruf von reaktiven depressiven Verstimmungen gefolgt sind [43, S. 186-187; 73, S. 128].

Die Unabhängigkeit beziehungsweise die Art und Auswirkung der Abhängigkeit der Persönlichkeitsstörungen von anderen psychiatrischen Störungen kann insofern nicht als endgültig geklärt betrachtet werden.

Daher wird der Zusammenhang zwischen den angstnahen Persönlichkeitsstörungen in den drei untersuchten diagnostischen Methoden und den akuten Symptomen in dieser Studie mit Hilfe der Pearson-Korrelation berechnet, um eine mögliche Konfundierung dieser Dimensionen mit den aktuellen Achse-I-Störungen erkennen zu können. Allerdings muß ebenso das Vorliegen einer echten

Komorbidität beziehungsweise von Kriterienüberlappungen diskutiert werden, insbesondere dann, wenn konzeptionelle Hintergründe postuliert wurden.

2 Methodik

2.1 Diagnostische Methoden

2.1.1 Verfahren zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

2.1.1.1 International Personality Disorder Examination ICD-10 Modul

Das International Personality Disorder Examination (IPDE) ICD-10 Modul ist 1994 im Auftrag der WHO von Loranger et al. entwickelt worden. In der vorliegenden Studie wird die deutsche Fassung von Mombour [59] benutzt. Es besteht aus einem Screening-Fragebogen und einem halbstrukturierten Interview.

2.1.1.1.1 IPDE-Screening Fragebogen

Mit dem IPDE Fragebogen als Screening vor dem aufwendigen Interview sollen im klinischen Gebrauch die Patienten herausgefiltert werden, die höchstwahrscheinlich keine Persönlichkeitsstörung haben, damit diese nicht mit dem Interview ausführlich untersucht werden müssen. Es handelt sich um 59 Items, bei denen kurze Aussagesätze im *falsch-richtig* Muster beantwortet werden sollen. Dabei sind knapp 20 % der Items so formuliert, daß die Antworten mit *falsch* als positiv für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden, um den Einfluß eines Antwortbias zu erniedrigen. Bei der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ) (im folgenden: Borderline Persönlichkeitsstörung) habe ich die Itemauswertung an das ICD-10 angepaßt und die Items der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ) (im folgenden: Impulsive Persönlichkeitsstörung) zu denen hinzugerechnet, die ausschließlich den Borderline-Typ charakterisieren.

Bei der kategorialen Auswertung wurde als Schwelle für die Vergabe einer Diagnose das Erfüllen von vier Items gewählt, außer für die Borderline Persönlichkeitsstörung, bei der durch die größere Itemanzahl die Grenze bei mindestens 6 Items gezogen wurde.

Von 37 der teilnehmenden Patienten wurde der IPDE-Fragebogen vollständig ausgefüllt, so daß nur diese bei der Auswertung berücksichtigt werden.

2.1.1.1.2 IPDE-Interview

Das Interview des IPDE ist ein (halb-) strukturiertes Interview, bei dem, neben vorgegebenen Fragen, eigene freiformulierte Fragen zur Nachfrage und Klärung der einzelnen Antworten zu stellen sind.

Es gliedert sich in die sechs Sektionen I. *Arbeit*, II. *Selbst, Selbstgefühl, Selbsteinschätzung*, III. *Affekte*, IV. *Realitätsbeurteilung (Realitätskontrolle)*, und V. *Impuls-Kontrolle*. In diesen Abschnitten werden die ICD-10 Kriterien jeder Persönlichkeitsstörung anhand von ein oder mehreren Fragen erfragt. Die Items sind nicht nach den Persönlichkeitsstörungen geordnet, so daß ein möglicher Halo-Effekt gemindert wird. Zu Beginn jedes Abschnitts stehen zur Überleitung offene Fragen, bei denen der Interviewte durch freies Berichten einen Hintergrund für die folgenden, vorgegebenen Fragen zur Erfassung der Kriterien gibt. Durch Prüffragen, in denen nach Beispielen und Anekdoten gefragt wird und die Häufigkeit, Intensität und Dauer des Kriteriums ermittelt werden, soll die Antwort gesichert werden.

Am Ende des Interviews beurteilt der Untersucher in drei Items das Verhalten des Patienten während des Interviews. Bei der Bewertung der Items in der IPDE wird verzeichnet, ob ein Verhalten oder ein Persönlichkeitszug fehlt beziehungsweise normal ist (Bewertung mit 0), besonders ausgeprägt oder akzentuiert ist (Bewertung mit 1) oder ein Kriterium der ICD-10 erfüllt und damit pathologisch ist (Bewertung mit 2). Dabei muß ein Verhalten mindestens fünf Jahre bestehen, damit es als Teil der Persönlichkeit angesehen werden kann. Einige Items können auf manche Probanden nicht anwendbar sein. Bei der Auswertungsanweisung wird auf diese Items nicht weiter eingegangen, sie werden im folgenden als nicht erfüllt gewertet.

Bei der dimensionalen Bewertung werden alle vergebenen Punkte zusammengezählt. Dabei zählt ein ausgeprägtes oder akzentuiertes Verhalten einen Punkt, ein voll erfülltes Kriterium der ICD-10 zwei Punkte.

Bei der kategorialen Auswertung, also der Diagnosefindung mit dem IPDE-Interview, bestehen zwei Cut-off Werte, die für jede der Persönlichkeitsstörungen festgelegt ist. Bei Überschreiten des unteren Cut-off Wertes wird die Diagnose einer wahrscheinlich vorhandenen Persönlichkeitsstörung gestellt, ab dem oberen Cut-off Wert, der in allen Fällen ein Kriterium über dem ersten liegt, die einer sicher vorhandenen Persönlichkeitsstörung.

Bei dieser Untersuchung wurde der Cut-off Wert für die wahrscheinliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung um ein Kriterium abgesenkt, das heißt, daß die Diagnose einer wahrscheinlichen Paranoiden, Schizoiden, Histrionischen, Anankastischen, Ängstlichen und Abhängigen Persönlichkeitsstörung statt bei 3 schon bei 2 erfüllten Kriterien gestellt wird. Bei der Dissozialen sind es statt 2 nur 1 erfülltes Kriterium und ebenso bei der Impulsiven, wobei die Voraussetzung gegeben sein muß, daß Kriterium 2 erfüllt ist. Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung wird die Schwelle der notwendigen Kriterien aus dem Bereich der Kriterien von 1-5 auf 3 statt zuvor 4 abgesenkt. Der obere Cut-off Wert, das heißt die Anzahl an erfüllten Kriterien, ab der eine sichere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, wurde nicht verändert. Der obere Cut-off Wert liegt bei allen Persönlichkeitsstörung bei 4 erfüllten Kriterien, damit eine sichere Diagnose der entsprechenden Persönlichkeitsstörung gestellt wird, außer bei der Borderline-Störung, wo mindestens 3 Kriterien der ersten fünf und mindestens 2 Kriterien der letzten fünf Kriterien erfüllt sein müssen, um eine sichere Diagnose zu stellen, und bei der Dissozialen und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung bei denen eine sichere Diagnose ab 3 erfüllten Kriterien gestellt wird.

Die Reliabilität des IPDE-Interviews wurde in einer weltweiten Studie von Loranger et al. [58] geprüft. Die overall weighted κ -Werte betragen für die Interrater-Übereinstimmung hinsichtlich sicherer Diagnosen nach ICD-10 .65 und .72 für sichere oder wahrscheinliche Diagnosen nach ICD-10. Für die zeitliche Stabilität, wobei das durchschnittliche Intervall sechs Monate betrug, lagen die overall weighted κ -Werte bei .54 hinsichtlich sicherer Diagnosen und bei .53 für sichere oder wahrscheinliche Diagnosen nach ICD-10. Die Werte der dimensional Bewertung waren besser und der korrigierte Median der Korrelationskoeffizienten lag bei .82.

Alle 41 Probanden dieser Studie wurden mit dem IPDE-Interview untersucht.

2.1.1.2 Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen

Das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) ist von Andresen [8] entwickelt worden. Es besteht aus zwei separaten Teilfragebögen, dem IKP-G und dem IKP-E. Der erste Teil erfaßt die nach dem DSM-IV klassifizierten Persönlichkeitsstörungen. Bei den Persönlichkeitsstörungen, die weitgehend den DSM-IV Diagnosen entsprechen, wurde die Gültigkeit der an der DSM-IV orientierten

Skalenbildung auch für die ICD-10 Diagnosen angenommen. Dieses gilt hinsichtlich der hier verwendeten Skalen für die der Histrionischen, der Zwanghaften und der Dependenden Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, die damit den Skalen der analogen Persönlichkeitsstörungen nach den Forschungskriterien des ICD-10 entsprechen. Das IKP-E besteht vorwiegend aus Skalen, mit denen einige neu konstruierte Persönlichkeitsstörungen aus bislang vernachlässigten Bereichen erfaßt werden. Zusätzlich werden die Skalen dieser ergänzenden Persönlichkeitsstörungen zum Teil dazu verwendet, die nicht mit dem DSM-IV ausreichend übereinstimmenden Diagnosen nach ICD-10 abzubilden. Dafür wird eine gewichtete kombinatorische Verrechnung verschiedener Skalen aus dem IKP-G und dem IKP-E vorgenommen (genauere Angaben siehe Anhang A, Tabelle 38). Außerdem ist im IKP-E auch die Skala der Impulsiven Persönlichkeitsstörung enthalten, für die es keine Entsprechung im DSM-IV gibt. In dieser Studie werden drei Skalen der neu konstruierten Persönlichkeitsstörungen benutzt, eine Zusammenstellung der Kriterien dieser Persönlichkeitsstörungen erfolgt im Anhang B.

Da insbesondere die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 stark von der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV abweicht (siehe 1.3.1.2), werden für die Abbildung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zwei weitere ängstliche Skalen, die der Vital-Phobischen und die der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung mit der Skala der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung additiv gewichtet kombiniert.

Die Skala der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung beschreibt eine Persönlichkeitsauffälligkeit, die durch habituelle körperbetonte Furchtsamkeit und habituelle Ängste, die sich vor allem als Natur- und Tierängste sowie Ängste vor Tod, Sterben und Krankheiten, also im allgemeinen physische und existentielle Bedrohungen manifestieren, charakterisiert ist. Der Grad der Furcht und Vermeidung ist so hoch, daß schwerwiegende Einschränkungen des alltäglichen Lebens und ein passiv-verantwortungsloses Verhalten resultieren.

Mit der Skala der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung werden tiefgreifende Muster ängstlicher Reaktionsbereitschaft unter alltäglichen Lebensbedingungen erfaßt. Die habituelle Ängstlichkeit bezieht sich vor allem auf Leistungssituationen und führt zu übermäßigen Streßreaktionen, beruflich und sozial stark einschränkendem Vermeidungsverhalten und Versagen in den angstbesetzten Situationen.

Außerdem wird in der vorliegenden Studie die Skala der neukonstruierten Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung verwendet. Diese persönlichkeitsgebundene, symptomnahe, obsessiv-kompulsive Skala ist im Sinne des Spektrumskonzeptes als Persönlichkeitspendant der obsessiv-kompulsiven Achse-I-Störung konzipiert. Es wird ein tiefgreifendes Muster obsessiver Sorgen und Befürchtungen, welches mit tiefen Zweifeln an der Sicherheit und der moralischen Integrität der eigenen Handlungen verbunden ist. Die übermäßigen Vorstellungen und Gedankenzwänge eigener Verfehlungen, Schuld und Fehlern sind dabei Ich-dyston und werden von einem inneren Widerstand begleitet. Dadurch unterscheiden sie sich von paranoiden Vorstellungen ähnlicher Art.

Jede der 18 Skalen des IKP umfaßt 18 Items, die jeweils in der symptomatischen Richtung gepolt sind, auf negativ gepolte Items wird grundsätzlich verzichtet. Jedes der Subkriterien einer Persönlichkeitsstörung wird in der betreffenden Skala oder Skalenkombination mindestens durch zwei Items abgedeckt. Die Antwortskala der Items ist vierstufig-symmetrisch, wobei 4 völlig richtig, 3 eher richtig, 2 eher falsch und 1 völlig falsch bedeutet. Die vier Stufen werden mit den Punktwerten 1-4 belegt.

Die Testgütekriterien beruhen auf einer Stichprobe von 450 freiwillig teilnehmenden Probanden der allgemeinen Bevölkerung [8], wobei allerdings nur die Einzelskalen und nicht die kombinierten Skalen zur Erfassung der Persönlichkeitsstörung nach der ICD-10 berücksichtigt wurden. Die internen Konsistenzen der in dieser Studie verwandten Einzelskalen liegen zwischen .83 und .91 (Cronbachs α) und die mittlere Itemkorrelation als testlängen-unabhängiges Homogenitätsmaß dieser Skalen beträgt zwischen .22 und .38.

41 der Probanden dieser Studie haben den IKP vollständig ausgefüllt und gehen damit in die Berechnungen ein.

2.1.2 Erfassung der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit: Hamburger Persönlichkeitsinventar

Mit dem Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI) werden die oben beschriebenen sechs Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit mit dem Anspruch auf weitgehende Orthogonalität der Dimensionen mit Interkorrelationen in Validierungstichproben nicht über .30 erfaßt. Es wurde in der Tradition des Five-Factor Models faktorenanalytisch von Andresen [7] entwickelt. In der Entwicklung

des HPI wurde durchgehend der lexikalisch-adjektivistische Ansatz zugunsten der Fragebogenmethode mit Items in kurzen ganzen Sätzen verlassen. Folglich sind die Items des HPI ebenfalls als Ganz-Satz-Aussagen konzipiert. Diese sind einheitlich unipolar formuliert, damit eine Abbildungsmöglichkeit auch dynamischer Ambivalenzen gewährleistet ist, da nur so beispielweise eine gleichzeitig vorhandene hohe Ausprägung scheinbar kontradiktorischer Gegensätze möglich ist [7, S. 31-33]. Die zu bewertenden Aussagesätze sind weiterhin stets positiv gepolt, um das Verständnis der Inhalte zu erleichtern.

Die Probanden müssen sich zwischen den vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten *völlig unzutreffend (1)*, *eher unzutreffend (2)*, *eher zutreffend (3)* oder *völlig zutreffend (4)* entscheiden.

Die sechs Faktoren können im Sinne eines Strukturmodells nach Andresen [5 und 7, S. 76-81] drei bidimensionalen Subsystemen zugeordnet werden.

Unter dem Subsystem I, *Emotion, Befindlichkeit und Stimmungen*, werden befindlichkeitsbetonte Temperamentsdimensionen, die zum einen das soziale Kontaktverhalten als auch die habituelle Lebensfreude gemeinsam in dynamischer Balance bestimmen, subsumiert. Das Subsystem I beinhaltet folglich die beiden opponierenden, jedoch nicht einander widersprechenden Skalen *Neuroticism* und *Extraversion*.

Das Subsystem II *Kognition, Weltanschauung und Denkweisen* besteht aus den Faktoren *Openness to experience* und *Conscientiousness*, durch die in ihrer jeweiligen Relation und ihrem Gleichgewicht die weltanschaulichen, ideellen Einstellungen und die Wahrnehmungs-, Denk- und Arbeitsweisen des Einzelnen erklärbar sind. Wiederum sind durch die Unabhängigkeit der Einzelfaktoren auch scheinbar widersprüchliche Ausprägungskombinationen beider Skalen möglich.

Das Subsystem III, *Motivation, Verhalten und Bereitschaften* besteht aus den beiden Faktoren *Agreeableness* und *Risikobereitschaft/Mut*. Mit diesem Subsystem wird die Verhaltenstendenz im Sinne eines offensiv-kämpferischen Verhaltens gegenüber dem dynamisch gegensätzlichen aber statistisch weitgehend unkorrelierten defensiv-friedliebenden Verhalten erfaßt. Dementsprechend bildet sich hier auch der Grad des konkurrierenden beziehungsweise kooperierenden Arbeitsstiles ab. Weiterhin werden auch Aspekte der Moralhaltung dargestellt, wobei Moral hier aber nicht die kognitiv geprägte Ethik sondern die Ausprägung archetypischer Primärtugenden wie Heldenhaftigkeit und Nächstenliebe bedeutet.

Die Testgütekriterien wurden anhand einer Grundstichprobe (N = 1665) ermittelt, wobei Cronbachs α mit .81 bis .89 angegeben wird. Die Retest-Reliabilität einer längeren Vorgängerform des HPI mit einem Zeitintervall wird bei einer Stichprobe von N = 162 mit .82 bis .89 angegeben. Weitere Angaben siehe Andresen [7, S. 86-107]. Die Validität des HPI wurde in verschiedenen Settings nachgewiesen [7, S. 117-143]

Von 40 der Studienteilnehmer liegen vollständige Daten des HPI vor, die in die Auswertung eingehen.

2.1.3 Fragebogen zur psychischen Symptombelastung: SCL-190-R

Die SCL-190-R ist ein von Andresen neuentwickeltes Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch psychische Symptome, das nach psychometrischen Überlegungen angefertigt und überprüft wurde. Die einzelnen, homogenen Skalen bestehen aus faktorenanalytisch gewonnenen Items. Die Entwicklung dieses Selbstbeurteilungsinstruments zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch psychische und psychosomatische Symptome basiert auf der revidierten Fassung der Symptom-Checkliste SCL-90-R [31].

Auch wenn die SCL-90-R als Methode zur Erfassung der aktuellen psychischen Symptombelastung weltweit zu den bekanntesten und am häufigsten eingesetzten Verfahren gehört, wird das Instrument in etlichen Studien zur testtheoretischen Überprüfung, zum Beispiel in der deutschen Studie von Hessel et al. [40] und in der norwegischen Studie von Vassend und Skrondal [107] aus psychometrischer Sicht als problematisch eingeschätzt. Insbesondere die faktorielle Validität und die dimensionale Struktur der von Derogatis postulierten und von Franke übernommenen neun Symptomskalen konnte nicht bestätigt werden. Aus diesen Gründen wird mit der SCL-190-R ein Instrument angestrebt, bei dem durch die testtheoretischen Verbesserungen und die zusätzlichen Skalen differenziertere und inhaltsvalidere Ergebnisse zu erwarten sind.

Die SCL-190-R besteht aus 16 Skalen, die jeweils aus fünf bis neun Items bestehen. Die insgesamt 118 Items beschreiben verschiedene körperliche und psychische Beschwerden. Da die Skalenbildung ausschließlich durch die Faktorenanalyse erfolgte, sind die Skalen nicht identisch mit psychiatrischen Störungsbildern, auch wenn sie teilweise analog zu einer speziellen Störung sind.

Die Probanden sollen auf einer fünfstufigen Rating-Skala, die von 0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark* reicht, angeben, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter diesen Symptomen gelitten haben. Die einzelnen Skalen bestehen aus den im folgenden beschriebenen Bereichen.

Unter der Bezeichnung *Belastungsdepression*² werden Fragen gebündelt, welche die Belastung durch alltäglichen Stress, habituelle Gefühle der Überforderung und psychische Anspannung ermitteln.

Mit der Skala *Depressivität, Verlusterleben*³ wird das Leiden unter schmerzhaften Erfahrungen, durch die das Leben weniger lebenswert als in der Vergangenheit geworden ist, unter der Angst vor weiteren Erfahrungen dieser Art und unter der Neigung zu übermäßig sensiblen Reaktionen ermittelt.

Mit den als *Hypomane Desorganisation* zusammengefaßten Items wird die Belastung durch sich aufdrängende Äußerungen einer pathologisch gehobenen Stimmung erfaßt. Die auffälligen Verhaltensweisen, beziehungsweise die Impulse dazu, betreffen den zwischenmenschlichen Bereich, wie beispielsweise Aufdringlichkeit, Albernheit und allgemein ungewöhnliches Benehmen. Zusätzlich ist die Kontrollierbarkeit der Kommunikation eingeschränkt.

Die Items der Skala der *Hypochondrie* erfragen die Belastung durch Befürchtungen um die Gesundheit, Selbstbeobachtung des eigenen Körpers und Krankheitsfurcht.

Die Skala *Suizidalität* beinhaltet Items, die verschiedene Aspekte der Suizidalität wie suizidale und autoaggressive Impulse, Todeswünsche und Haß auf die eigene Person beschreiben.

Mit der Skala der *Stoffgebundenen Suchttendenzen* wird die Belastung der Patienten durch Suchtmittelkonsum und dessen Folgen wie Entzugs-Symptome und Abhängigkeitsgefühle ermittelt.

² Die Depressionsskalen der SCL-190-R erfassen die rationalisierten Erklärungen der Patienten für depressive Gefühle. Diese Skalen sind nicht gleichzusetzen mit anderen Depressivitätsskalen, beispielsweise mit dem *Beck Depression Inventory* [11], mit denen klinische Symptome der Depressionen erfaßt werden. Faktorenanalytisch ließ sich bislang keine dementsprechende klinische Depressionsskala entwickeln. hohe Werte auf der Skala *Depressivität, Verlusterleben*, wie auch auf der Skala der *Belastungsdepression* spiegeln aber eindeutig eine depressive Gesamtstimmung wider.

³ siehe Fußnote 2

Die Skala *Schlafstörungen* beinhaltet Items, die verschiedene Symptome der Insomnie erfassen.

Die Items der Skala *Agoraphobie und Panik* erfassen den Bereich der Angststörungen, beschreiben also die Symptome der Panikstörung und der Phobien, insbesondere der Agoraphobie.

Die Fragen der Skala *Aggressivität* ermitteln das Leiden der Patienten unter ihren aggressiven Vorstellungen und Verhaltensweisen, wobei sich die Aggression gegen andere Personen oder Gegenstände richtet.

Mit den Items der Skala *Paranoia* wird die Belastung der Patienten durch paranoide Wahnvorstellungen, die sich auf Mißtrauen und Argwohn im interpersonellen Bereich beziehen, ermittelt.

Mit der Skala des *Obsessiv-kompulsives Syndroms* wird der Bereich der Zwangstörungen erfaßt. Es wird die Belastung durch Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und Zweifel erfragt.

Die Items der Skala *Nervöse Beschwerden* erfassen den psychosomatischen Bereich. Erfragt wird, inwieweit die Patienten an funktionellen körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Parästhesien und vegetativen Beschwerden leiden.

Die Fragen der Skala *Soziale Gehemmtheit* erfassen den Bereich der sozialen Phobie, wobei insbesondere Minderwertigkeitsgefühle und Einschränkungen der interpersonellen Interaktionsfähigkeit erfragt werden.⁴

Unter der Bezeichnung *Dyskognitives Syndrom* werden Fragen zusammengefaßt, welche die Belastung durch Gefühle kognitiver Unzulänglichkeit erfassen. Dabei handelt es sich um Erinnerungslücken, Verwirrtheitsgefühl, Kommunikationsprobleme und allgemeine Schwierigkeiten bei kognitiven Aufgaben.

Mit der Skala des *Paranoid-halluzinatorischen Syndroms* wird erfaßt, wie stark die Patienten unter Halluzinationen und weiteren schizophrenen Symptomen wie Beeinflussungserlebnissen, Gedankenausbreitung, Wahn und Wahnwahrnehmungen leiden.

Die Skala des *Posttraumatischen Streßsyndroms* beinhaltet Items, welche den Symptomenkreis der posttraumatischen Belastungsstörung beschreiben, wie das

⁴ Das im allgemeinen als ein Symptom der Sozialen Phobie gezählte *Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit* fällt faktorenanalytisch in die Skala *Agoraphobie und Panik*.

wiederholte Erleben eines Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen, sowie eine übermäßige Schreckhaftigkeit.

Die internen Konsistenzen liegen in einer größeren kombinierten Stichprobe zwischen .80 und .93, bis auf die Skala des *Paranoid-halluzinatorischen Syndroms*, die mit .73 etwas abfällt [9].

In der Stichprobe dieser Studie wurde in einem Fall der SCL-190-R Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt, so daß 40 Datensätze in die Berechnungen eingehen.

2.2 Stichprobenbeschreibung

2.2.1 Rekrutierungskennzeichen

Die Stichprobe besteht aus drei Gruppen von Patienten, die sich hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Cluster C Persönlichkeitsstörungen unterscheiden. Die Gruppenbildung erfolgte über die Diagnose des IPDE-Interviews. Die Gruppen bestehen jeweils aus Patienten mit einer sicheren Diagnose, einer wahrscheinlichen Diagnose und keiner Diagnose einer der angstnahen Persönlichkeitsstörungen des ICD-10. Zu den Häufigkeiten der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Ängstlichen Cluster siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Häufigkeiten der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Ängstlichen Cluster

	Anzahl der gestellten Diagnosen
Sichere Anankastische PS	7
Wahrscheinliche Anankastische PS	8
Sichere Ängstliche PS	7
Wahrscheinliche Ängstliche PS	9
Sichere Abhängige PS	4
Wahrscheinliche Abhängige PS	10
Wahrscheinliche Andere PS	15
Keine PS	8

wahrscheinliche PS: wahrscheinliche Persönlichkeitsstörung nach IPDE-Interview

sichere PS: sichere Persönlichkeitsstörung nach IPDE-Interview

andere PS: alle Persönlichkeitsstörungen außer den angstnahen Persönlichkeitsstörungen

Da es mehrere Fälle gibt, in denen die interne Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen aus mehr als nur zwei Diagnosen pro Patient besteht, ist die Anzahl der

gestellten Diagnosen höher als die absolute Zahl der Patienten. Die Diagnosen der multiplen Komorbiditäten setzten sich in 4 Fällen aus je zwei, in 2 Fällen aus je 3 Diagnosen der angstnahen Persönlichkeitsstörungen zusammen. Bei 3 weiteren Fällen treffen komorbide andere Persönlichkeitsstörungen mit der Diagnose einer angstnahen Persönlichkeitsstörung zusammen. In 5 weiteren Fällen wurden komorbide andere Persönlichkeitsstörungen zusammen mit jeweils 2 Diagnosen aus dem angstnahen Cluster diagnostiziert, und in 2 weiteren Fällen Diagnosen komorbider anderer Persönlichkeitsstörungen mit jeweils 3 Cluster C Diagnosen vergeben. 12 mal wurde nur eine Persönlichkeitsstörung aus dem angstnahen Bereich diagnostiziert und 5 mal die Diagnose einer anderen Persönlichkeitsstörung ohne komorbide angstnahe Persönlichkeitsstörungen. Die internen Komorbiditäten mit anderen als den drei angstnahen Persönlichkeitsstörungen werden hierbei zusammengefaßt betrachtet. Diese Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern A und B erreichen in allen Fällen nur das Niveau einer wahrscheinlichen Persönlichkeitsstörung. Sie setzen sich zusammen aus einer Diagnose einer wahrscheinlichen Paranoiden Persönlichkeitsstörung, 9 Diagnosen einer wahrscheinlichen Schizoiden Persönlichkeitsstörung, 2 Diagnosen einer wahrscheinlichen Dissozialen Persönlichkeitsstörung und 6 Diagnosen einer wahrscheinlichen Borderline Persönlichkeitsstörung. Des weiteren gibt es eine Diagnose einer wahrscheinlichen Histrionischen Persönlichkeitsstörung. Eine wahrscheinliche Impulsive Persönlichkeitsstörung wurde nicht diagnostiziert. Auch innerhalb dieser zusammengefaßten anderen Persönlichkeitsstörungen gibt es interne Komorbiditäten, in zwei Fällen wurden jeweils zwei Diagnosen vergeben, in einem Fall gibt es drei gleichzeitig auftretenden Diagnosen. Bei 8 Patienten wurde aus keinem der Cluster weder eine sichere noch eine wahrscheinliche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die genaue Verteilung der Komorbiditäten ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Interne Komorbiditäten

Komorbidität	sichere Ana	wahrsch. Ana	sichere Äng	wahrsch. Äng	sichere Abh	wahrsch. Abh	wahrsch. Andere PS
sichere Äng	1	2					
wahrsch. Äng	0	4					
sichere Abh	0	2	2	1			
wahrsch. Abh	3	1	2	3			
wahrsch. andere PS	3	3	4	2	2	5	
keine weitere PS	3	2	2	2	1	2	5

wahrsch. PS: wahrscheinliche Persönlichkeitsstörung nach IPDE-Interview

sichere PS: sichere Persönlichkeitsstörung nach IPDE-Interview

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

andere PS: alle Persönlichkeitsstörungen außer den angstnahen Persönlichkeitsstörungen

keine weitere PS: im IPDE-Interview keine sichere oder wahrscheinliche Persönlichkeitsstörung

2.2.2 Demographische Merkmale und klinische Diagnosen

An der Untersuchung nahmen 41 Patienten im Alter zwischen 21 und 62 Jahren teil. Das Durchschnittsalter der 18 Männer und 23 Frauen betrug 35.1 Jahre. Für 19 der Patienten stellte die aktuelle Aufnahme die Erstaufnahme dar, 11 der Patienten hatten ein bis zwei, 9 der Probanden drei bis fünf und in einem Fall gab es mehr als fünf stationäre Aufnahmen in der Vorgeschichte. Die Dauer des Aufenthaltes betrug im Median 71 Tage, Range 0 bis 321 Tage, Standardabweichung 82 Tage. Die Patienten wurden aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) rekrutiert. Von den 41 Patienten wurden 18 auf den Tageskliniken teilstationär und 23 auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen vollstationär behandelt. Eine Patientin war in ambulanter Behandlung. Die Beeinträchtigung der stationären Patienten wurde durch den Index der *Clinical Global Impressions* angegeben. Bei Aufnahme wurden in fünf Fällen die Patienten als mäßig krank, in 23 Fällen als deutlich krank und in 12 als schwer krank eingestuft. Bei Entlassung wurden zwei Patienten als Grenzfälle psychiatrischer Erkrankungen, 10 als leicht krank, 14 als mäßig krank, 13 als deutlich krank und ein Patient als schwer krank eingeschätzt.

Ausschlußkriterien stellten eine schwere Suchterkrankung, hirnorganische Erkrankungen und akute Suizidalität dar. Weiterhin war eine Schizophrenie als Ausschlußkriterium gefordert worden, in fünf Fällen wurde allerdings als Enddiagnose, die erst nach der Rekrutierung vergeben wurde, eine Diagnose aus dem Bereich F 20 der ICD-10 (Schizophrenie, Schizotypie und Wahnhafte Störungen) gestellt. Die Altersgrenzen lagen bei mindestens 18 Jahren und höchstens 65 Jahren. Die Patienten wurden über die Untersuchung aufgeklärt und gaben ihr Einverständnis. Gute Deutschkenntnisse stellten eine Voraussetzung zur Teilnahme dar.

Die Untersuchungen habe ich im UKE durchgeführt. Die Schulung für die IPDE wurde von Herrn PD Dr. Andresen vorgenommen.

Detaillierte Angaben zu den soziodemographischen Merkmalen der Stichprobe sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Schulbildung	bis einschließlich Hauptschulabschluß	11 Patienten
	bis einschließlich Realschulabschluß	12 Patienten
	ab Fachabitur bis abgeschlossenes Hochschulstudium	18 Patienten
Familienstand	ledig	25 Patienten
	verheiratet	9 Patienten
	verheiratet und getrennt lebend	3 Patienten
	geschieden	4 Patienten
Arbeitsituation	Arbeitslos/ ohne berufliche Beschäftigung	12 Patienten
	Erwerbs- oder Altersrente	6 Patienten
	Teilzeit arbeitend	14 Patienten
	Vollzeit arbeitend	4 Patienten
	Ausbildung/ Umschulung/ Student/ Praktikum	5 Patienten

Angaben über die medikamentöse Behandlung der Studienteilnehmer bei Aufnahme, während des Aufenthaltes und bei Entlassung sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: Medikamentöse Behandlung der Patienten (Einteilung nach Laux, Dietmaier und König [54])

Keine	bei Aufnahme	16	während des Aufenthaltes	3	bei Entlassung	6
Antidepressiva	bei Aufnahme	15	während des Aufenthaltes	35	bei Entlassung	31
Tranquilizer/ Anxiolytika	bei Aufnahme	2	während des Aufenthaltes	8	bei Entlassung	6
Hypnotika	bei Aufnahme	2	während des Aufenthaltes	9	bei Entlassung	5
Antipsychotische Neuroleptika	bei Aufnahme	4	während des Aufenthaltes	6	bei Entlassung	3
Andere Medikamente	bei Aufnahme	3	während des Aufenthaltes	9	bei Entlassung	7

Die klinischen Enddiagnosen, die nicht eine Persönlichkeitsstörung betreffen, folglich die Achse I-Störungen, sind in der Tabelle 5 zusammengefaßt.

Tabelle 5: : Klinische Achse I Enddiagnosen

Diagnose	Anzahl
Suchterkrankungen	6
Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises	5, davon 1 Schizotype Störung
Affektive Störungen	27, davon 3 Dysthyme Störungen
Phobien und Panikstörungen	12, davon 4 Soziale Phobien
Zwangstörungen	3
Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen	4
Dissoziative Störungen	1
Eßstörungen	2

Bei den Achse-I-Störungen muß neben den fünf Enddiagnosen aus dem Schizophrenen Formenkreis auch beachtet werden, daß in vier Fällen eine Soziale Phobie diagnostiziert wurde, die nach verschiedenen Autoren mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung auf einem Kontinuum liegen sollte, näheres dazu siehe Abschnitt 1.5.3. Bei der Berechnung der Übereinstimmung der klinischen und der IPDE-Interview Diagnosen muß also berücksichtigt werden, daß in diesen Fällen eventuell eine Übereinstimmung zwischen einer wahrscheinlichen oder sicheren

Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview mit der Diagnose einer Sozialen Phobie vorliegt, da der Unterschied eben im Grad der Ausprägung begründet ist und der Cut-off willkürlich ausfallen kann. Zwei der hier nach ICD-10 auf der Achse I liegenden diagnostizierten Störungen, die Schizotypie und die Dysthymie, stehen in der Diskussion zu den Persönlichkeitsstörungen zu gehören. Da aber diese beiden Störungen nicht im Fokus dieser Arbeit liegen, muß darauf nicht weiter eingegangen werden.

2.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Untersuchungsdaten erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows in der Version 10.0.

Es wird in allen Fällen das gewählte Signifikanzniveau angegeben. Es wurde keine Alpha-Adjustierung wegen korrelativer Mehrfachbestimmungen durchgeführt. Dementsprechend sind diese Signifikanzangaben nicht vollgültig im Sinne der tatsächlichen Zufallserwartung bei multiplen Zusammenhangsprüfungen zu interpretieren.

2.3.1 Korrelationen

Bei dimensionalen Daten wird, der Tradition psychometrischer Untersuchungen folgend, die Korrelation nach Pearson berechnet. Damit sind die Ergebnisse direkt vergleichbar mit denen der Referenzstudien. Es werden zum einen, um die Stärke des Zusammenhangs darzustellen, die numerischen Werte der Korrelationskoeffizienten angegeben. Zum anderen werden die signifikanten Korrelationskoeffizienten mit einem Asteriskus (*) markiert, um die numerische Höhe der Koeffizienten zufallskritisch abzusichern.

Bei Zweifeln an der Normalverteilung der Daten werden in Einzelfällen ebenfalls die nichtparametrischen Korrelationen nach Spearman berechnet und von den parametrischen Koeffizienten abweichende signifikante Ergebnisse dargestellt.

Das Vorgehen bezüglich der Interpretation der Multitrait-Multimethod Analyse wurde im Abschnitt 1.5.1.1 ausführlich erörtert.

2.3.2 Varianzanalyse

Es wird eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, wobei die drei Cluster C Persönlichkeitsstörungen, die mit dem IPDE-Interview erfaßt wurden und den Rekrutierungsgruppen (siehe 2.2.1) entsprechen, die unabhängigen Variablen (Faktoren) sind. Da die drei angstenahen Persönlichkeitsstörungen sich stark voneinander unterscheiden, wurde drei Mal mit jeweils einer der drei Persönlichkeitsstörungen als Faktoren die einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Jegliche Fälle von Komorbiditäten wurden gemäß der ICD-10 Richtlinien miteingeteilt. Es bestehen drei Ausprägungsgrade der Faktoren, nicht vorhanden (Gruppe 0), wahrscheinlich vorhanden (Gruppe 1) und sicher vorhanden (Gruppe 2).

Die ungleichmäßige Anzahl von Fällen in den verschiedenen Gruppen wurde hingenommen, da durch eine Dezimierung der Gruppe der Patienten ohne die jeweilige Persönlichkeitsstörung ein stärker wiegender Verlust an Information entstanden wäre. Die Gruppengröße variiert weiterhin aufgrund von Missing Data zwischen den Methoden. Diese Unterschiede werden in den entsprechenden Tabellen angegeben.

Es werden Einzelvergleiche der Ausprägungsgrade (Gruppe 0-2) durchgeführt, um festzustellen, welche der Gruppen sich bezüglich der Mittelwerte von welcher der anderen Gruppen signifikant unterscheidet. Dazu werden als Post-hoc Tests bei nicht signifikanten Varianzunterschieden ($> .05$) der Post-hoc Test nach Bonferroni und bei signifikanten Varianzunterschieden ($< .05$) Post-hoc Tests nach Tamhane durchgeführt.

2.3.3 Kategoriale Übereinstimmung

Von den verschiedenen Methoden zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen können das IPDE-Modul, also das Interview und der Screening-Fragebogen, kategorial ausgewertet werden. Auch die klinischen Diagnosen sind kategorial. Das diagnostische Konzept des IKP ist dagegen rein dimensional. Es werden die Übereinstimmungen zwischen den Diagnosen des Interviews mit denen des IPDE-Fragebogens und mit den klinischen Diagnosen bestimmt.

Es wird als Maß der Übereinstimmung *Cohens Kappa* berechnet. Es werden neben den Werten der Konkordanz auch die näherungsweise Signifikanzen und

die Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen der jeweiligen Methoden angegeben. Die originalen Kreuztabellen sind in Anhang A, Abschnitt 7.3 dargestellt.

Bei sehr niedrigen Häufigkeiten einer Diagnose fallen die κ -Werte bei ansonsten stabilen Bedingungen ab, dieses wird als Problem niedriger Basisraten bezeichnet. Es konnte nicht endgültig geklärt werden, ob es sich dabei um ein real existierendes Problem handelt, das die Schwierigkeit widerspiegelt, Unterschiede in stärker homogenen Populationen zu bestimmen [99], oder ob es sich dabei um ein in dem Maß *Kappa* (κ) immanentes Problem handelt [104]. Da auch die Ersatzmaße nicht unumstritten sind, und die Diagnosen, auf die das Hauptaugenmerk dieser Studie gerichtet ist, nur bei den klinischen Diagnosen zum Teil in nicht in ausreichendem Umfang vorliegen, wird, wie mehrfach in der Literatur zu finden, der konservative Rat von Carey und Gottesman [21, zitiert nach Shrout et al. 99] befolgt werden, daß bei Diagnosen mit einer geringeren Basisrate als 5 % die Konkordanz nicht berechnet wird.

2.3.4 Reliabilitätsanalyse⁵

Zur Reliabilitätsanalyse der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen werden die internen Konsistenzen der Skalen der drei Methoden zur Diagnose der Persönlichkeitsstörungen berechnet. Dazu wird *Cronbachs Alpha* berechnet. Zu beachten ist dabei, daß die Itemzahl der drei Methoden stark differieren. Da die α -Werte eine Funktion der Anzahl der Items und der Interkorrelation der Items je Skala sind, somit im allgemeinen die Reliabilität eines Instrumentes mit der Zahl der Items ansteigt, werden zusätzlich die mittleren Interkorrelationen der Items innerhalb der Skalen berechnet, wodurch die inhaltliche Homogenität der Skalen unabhängig von der Itemanzahl geschätzt wird.

⁵ Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind im Anhang A (siehe 7.1) dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Zusammenhänge zwischen dem IKP, dem IPDE-Interview und dem IPDE-Screening-Fragebogen

3.1.1 Multitrait-Multimethod Analyse der drei Methoden zu Diagnose von Persönlichkeitsstörungen

Die Multitrait-Multimethod Analyse der drei Methoden zu Diagnose von Persönlichkeitsstörungen wird nach den Vorgaben von Campbell und Fiske [20] erfolgen, wobei in der hier vorliegenden Untersuchung ein methodenübergreifendes, wiederkehrendes Muster von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen dann angenommen wird, wenn sich der Zusammenhang zwischen den Diagnosen mindestens bei zwei der Kreuzkorrelation zwischen den Instrumenten und innerhalb eines der Instrumente, oder umgekehrt in mindestens zwei internen Korrelationen und in einer der Kreuzkorrelationen findet. Alle Koeffizienten zwischen Persönlichkeitsstörungen, bei denen sich ein solches Muster zeigt, sind in den folgenden Tabellen kursiv dargestellt.

3.1.1.1 Interkorrelationen der verschiedenen Diagnosen innerhalb der einzelnen Verfahren

Zuerst werden die Korrelationen, die sich innerhalb der einzelnen Methoden zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ergeben, beschrieben, also eine sogenannte Multitrait-Monomethod Analyse durchgeführt, wodurch die Diskriminanz innerhalb der einzelnen Methoden überprüft wird.

3.1.1.1.1 Interne Korrelationen des IPDE-Interviews

Innerhalb des IPDE-Interviews ergeben sich nur in sieben Fällen signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen. Die Ergebnisse der Pearson-Korrelationen zwischen den dimensional Scores der verschiedenen Diagnosen, die mit dem IPDE-Interview ermittelt wurden, sind der Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Pearson-Korrelationen der dimensionalen Scores intern im IPDE-Interview

	Par Interview	Sch Interview	Dis Interview	Imp Interview	Bor Interview	His Interview	Ana Interview	Äng Interview	Abh Interview
Par Interview	1.000	.081	.534**	.282	.304	.424**	.264	.199	-.124
Sch Interview		1.000	.244	.066	.071	-.145	-.245	.188	-.007
Dis Interview			1.000	.339*	.241	.272	.121	-.146	-.047
Imp Interview				1.000	.912**	.494**	.022	-.075	-.085
Bor Interview					1.000	.534**	.098	.035	.040
His Interview						1.000	.029	.058	.238
Ana Interview							1.000	-.078	.001
Äng Interview								1.000	.385*
Abh Interview									1.000

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Innerhalb des angstnahen Clusters besteht eine signifikante Korrelation zwischen der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung (.385*).

Die meisten signifikanten Korrelationen finden sich innerhalb des Cluster B. Zwischen der Impulsiven und der Borderline Persönlichkeitsstörung ist die Korrelation am höchsten, der Koeffizient beträgt .912**. Außerdem korreliert die Borderline Persönlichkeitsstörung signifikant mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung, mit einem Wert von .534**. Die Impulsive Persönlichkeitsstörung korreliert ebenfalls signifikant mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung

(.494**). Des Weiteren findet sich eine signifikante Korrelation zwischen der Dissozialen Persönlichkeitsstörung und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung (.339*).

Zwischen den Clustern korreliert die Paranoide Persönlichkeitsstörung signifikant zum einen mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung (.534**) und zum anderen mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (.424**).

Die übrigen Werte der Korrelationskoeffizienten liegen zwischen -.245 und .304 und sind damit nicht signifikant.

3.1.1.1.2 Interne Korrelationen des IPDE-Fragebogens

Innerhalb des IPDE-Fragebogens ergeben sich mehr als doppelt so viele interne Korrelationen, als in dem dazugehörigen Interview, die Koeffizienten der internen Korrelationen des IPDE-Fragebogen zwischen den verschiedenen Diagnosen sind in der Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Pearson-Korrelationen der dimensionalen Scores intern im IPDE-Fragebogen

	Par Fragebogen	Sch Fragebogen	Dis Fragebogen	Imp Fragebogen	Bor Fragebogen	His Fragebogen	Ana Fragebogen	Äng Fragebogen	Abh Fragebogen
Par Fragebogen	1.000	.165	.229	.298	.331*	.358*	.233	.356*	.095
Sch Fragebogen		1.000	.319	.146	-.040	.183	.121	.448**	.271
Dis Fragebogen			1.000	.243	.354*	.409*	.196	.433**	.336*
Imp Fragebogen				1.000	.715**	.326*	.415*	.252	.139
Bor Fragebogen					1.000	.448**	.471**	.318	.311
His Fragebogen						1.000	.174	.427**	.403*
Ana Fragebogen							1.000	.357*	.324
Äng Fragebogen								1.000	.593**
Abh Fragebogen									1.000

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Zwischen den Persönlichkeitsstörungen des angstnahen Clusters ergeben sich zum einen zwischen der Ängstlichen und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung ein signifikanter Korrelationskoeffizient (.357*), zum anderen zwischen der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung (.593**).

Innerhalb des Cluster B ergeben sich, wie auch im Interview, mehrere signifikante Korrelationen, die Histrionische Persönlichkeitsstörung korreliert sogar mit allen anderen Störungen aus diesem Cluster signifikant. Die Koeffizienten betragen für die Korrelation mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung .409*, mit

der Impulsiven Persönlichkeitsstörung .326* und mit der Borderline Persönlichkeitsstörung .448*. Signifikante Korrelationskoeffizienten zeigen sich ebenfalls zwischen der Dissozialen Persönlichkeitsstörung und der Borderline Persönlichkeitsstörung (.354*) und weiter zwischen der Impulsiven Persönlichkeitsstörung und der Borderline Persönlichkeitsstörung, wiederum mit dem höchsten aller Koeffizienten innerhalb dieser Methode von .715**.

Zwischen den Clustern ergeben sich signifikante Werte für die Korrelationen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit beiden Typen der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ .415**, Borderline Typ .471**). Weiter lassen sich signifikante Werte für die Korrelationen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit der Paranoiden (.356*), der Schizoiden (.448**), der Dissozialen (.433**) und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (.427**) finden. Außerdem korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung signifikant mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (.403**). Des weiteren ergeben sich signifikante Werte für die Korrelationen der Paranoiden Persönlichkeitsstörung mit der Borderline (.331*) und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (.358*).

Alle weiteren Korrelationskoeffizienten sind nicht signifikant und liegen zwischen -.040 und .318.

3.1.1.1.3 Interne Korrelationen des IKP

Die signifikanten Koeffizienten der Korrelationen der dimensional Scores innerhalb des IKP sind wesentlich zahlreicher und die Werte auch höher als diejenigen der internen Korrelationen der beiden anderen Verfahren. Die Werte sind der Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Pearson-Korrelationen der dimensionalen Scores intern im IKP

	Par IKP	Sch IKP	Dis IKP	Imp IKP	Bor IKP	His IKP	Ana IKP	Äng IKP	Abh IKP
Par IKP	1.000	.552**	.692**	.785**	.711**	.617**	.602**	.312*	.239
Sch IKP		1.000	.676**	.424**	.434**	.181	.625**	.521**	.311*
Dis IKP			1.000	.647**	.607**	.585**	.424**	.383*	.267
Imp IKP				1.000	.848**	.591**	.475**	.299	.192
Bor IKP					1.000	.708**	.413**	.435**	.410**
His IKP						1.000	.158	.143	.172
Ana IKP							1.000	.432**	.231
Äng IKP								1.000	.791**
Abh IKP									1.000

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Von den Persönlichkeitsstörungen des angstnahen Clusters korrelieren die Ängstliche und die Abhängige Persönlichkeitsstörung signifikant mit einem Wert von .791**, ebenfalls signifikant ist die Korrelation zwischen der Ängstlichen und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung (.432**).

Innerhalb des Cluster B sind sämtliche Korrelationen signifikant, der Koeffizient zwischen der Impulsiven und der Borderline Persönlichkeitsstörung beträgt .848**, derjenige zwischen der Borderline und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung beläuft sich auf .708**, derjenige zwischen der Impulsiven und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung ergibt .647**. Der Koeffizient der Korrelation der Borderline

und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung beträgt $.607^{**}$, derjenige zwischen der Histrionischen und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung ergibt $.591^{**}$ und der zwischen der Histrionischen und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung beläuft sich auf $.585^{**}$.

Die beiden Persönlichkeitsstörungen des Cluster A, die Paranoide und die Schizoide Persönlichkeitsstörung, korrelieren signifikant mit einem Wert von $.552^{**}$.

Zwischen den Clustern bestehen weitere signifikante Korrelationen.

Die Anankastische Persönlichkeitsstörung korreliert außer mit der Histrionischen mit allen weiteren Persönlichkeitsstörungen signifikant, die Koeffizienten betragen für die Korrelation mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung $.625^{**}$, für die Korrelation mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung $.602^{**}$, für die Korrelation mit der Impulsive $.475^{**}$, für die Korrelation mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung $.424^{**}$ und für die Korrelation mit der Borderline Persönlichkeitsstörung $.413^{**}$. Des weiteren korreliert die Ängstliche Persönlichkeitsstörung signifikant mit der Schizoiden ($.521^{**}$), der Borderline ($.435^{**}$), der Dissozialen ($.383^*$) und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung ($.312^*$). Die Abhängige Persönlichkeitsstörung korreliert außer mit der Ängstlichen nur noch mit der Schizoiden ($.311^*$) und der Borderline Persönlichkeitsstörung ($.410^{**}$) signifikant.

Für die Korrelation der Paranoiden Persönlichkeitsstörung mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen ergeben sich sämtlich signifikante Werte, mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung ergibt sich ein Wert von $.785^{**}$. Bei der Korrelation mit der Borderline Persönlichkeitsstörung beläuft sich der Koeffizient auf $.711^{**}$, mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung beträgt der Koeffizient $.692^{**}$. Ebenso ist die Korrelation mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung signifikant ($.617^{**}$). Weiterhin korreliert die Schizoide Persönlichkeitsstörung signifikant mit der Dissozialen ($.676^{**}$), mit der Borderline ($.434^{**}$) und mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung ($.424^{**}$).

Die Koeffizienten der neun nicht signifikanten Korrelationen innerhalb des IKP liegen zwischen $.142$ und $.299$.

3.1.1.2 Zusammenhänge der verschiedenen Diagnosen zwischen den Verfahren

Um Aspekte der konvergenten und der divergenten Validität der drei verwendeten Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen, wird die Korrelationen nach Pearson zwischen den dimensional Scores in den verschiedenen diagnostischen Methoden durchgeführt, also eine Multitrait-Multimethod Analyse der Verfahren durchgeführt.

Für die Bestimmung der konvergenten Validität zwischen den verschiedenen diagnostischen Verfahren wird ermittelt, wie stark die Übereinstimmungen zwischen den dimensional Scores der einzelnen Persönlichkeitsstörungen sind. Es wird also die Korrelation der jeweils gleichen Diagnose zwischen den Verfahren berechnet. Diese Korrelationskoeffizienten sind in der Tabelle 9, der Tabelle 10, und der Tabelle 11 fett markiert und in der Diagonale zu finden.

Um die divergente Validität zu beurteilen, werden die Zusammenhänge zwischen den dimensional Scores verschiedener Diagnosen festgestellt, also die Pearson-Korrelationen zwischen den Diagnosen, jeweils gestellt mittels des IKP nach ICD-10, des IPDE-Interviews und des IPDE-Fragebogens, berechnet.

3.1.1.2.1 Korrelationen zwischen dem IPDE-Interview und dem IPDE-Fragebogen

Die Koeffizienten der Pearson-Korrelationen der dimensional Scores zwischen den beiden IPDE-Methoden sind der Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Pearson-Korrelationen der dimensionalen Scores zwischen dem IPDE-Interview und dem IPDE-Fragebogen

	Par Fragebogen	Sch Fragebogen	Dis Fragebogen	Imp Fragebogen	Bor Fragebogen	His Fragebogen	Ana Fragebogen	Äng Fragebogen	Abh Fragebogen
Par Interview	.481**	.044	.281	.092	.081	.396*	-.004	.273	.136
Sch Interview	.072	.561**	.087	.161	-.054	.116	-.069	.469**	.179
Dis Interview	.129	.258	.211	.250	-.004	.326*	-.099	-.047	-.062
Imp Interview	.320	-.052	.221	.411*	.301	.170	-.091	-.062	-.127
Bor Interview	.391*	-.111	.325*	.387*	.446**	.254	-.123	.028	.001
His Interview	.141	-.340*	.086	.100	.133	.381*	.023	-.077	.074
Ana Interview	.222	-.041	.265	.383*	.328*	.015	.475**	.033	-.037
Äng Interview	.246	.071	.349*	.069	.297	.308	.223	.570**	.459**
Abh Interview	-.141	-.074	.235	.125	.160	.045	.078	.122	.456**

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Bei der Prüfung der Übereinstimmung der beiden Instrumente hinsichtlich der Erhebung der jeweils gleichen Diagnosen ergeben sich in 8 von 9 Diagnosen signifikante Korrelationskoeffizienten. Der Koeffizient der Korrelation der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, gemessen in den beiden Instrumenten, ist der Größte, er beträgt **.570****. Die folgenden sechs Koeffizienten sind auf dem Niveau von .01 signifikant, der Koeffizient der Korrelation der Schizoiden Persönlichkeitsstörung in den beiden Methoden beträgt **.561****, derjenige der Paranoiden Persön-

lichkeitsstörung .481**, derjenige der Anankastischen Persönlichkeitsstörung .475**, derjenige der Borderline Persönlichkeitsstörung .466** und derjenige der Abhängigen Persönlichkeitsstörung .456**.

Die Korrelationen zwischen den beiden Methoden der Impulsiven Persönlichkeitsstörung (.411*) und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (.381*) sind auf dem Niveau von .05 signifikant.

Die Korrelation der Ergebnisse für die Erhebung der Dissozialen Persönlichkeitsstörung ist nicht signifikant, sie beträgt .211.

Es ergeben sich elf signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen.

Die Anankastische Persönlichkeitsstörung im Interview korreliert signifikant mit den beiden Typen der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen, die Koeffizienten betragen für den Impulsiven Typ .383* und für den Borderline Typ .328*.

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im Fragebogen korreliert signifikant mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung im Interview (.469**), und die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im Interview korreliert signifikant mit der Abhängigen (.459**) und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung (.349*) im Fragebogen.

Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung im Interview und im Fragebogen zeigt sich außer der Korrelation mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung keine signifikante Korrelation mit einer anderen Diagnose.

Die Dissoziale Persönlichkeitsstörung im Fragebogen korreliert weiter mit der Borderline Persönlichkeitsstörung im Interview (.325*), und wenn erstere im Interview erhoben wird, mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen (.326*).

Die Impulsive Persönlichkeitsstörung im Fragebogen zeigt, abgesehen von dem Zusammenhang mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, signifikante Korrelationskoeffizienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung im Interview (.387*).

Für die Borderline Persönlichkeitsstörung im Interview ergibt sich außer der oben beschriebenen Korrelation mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung weiterhin ein signifikanter Wert mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung (.391*).

Die Histrionische Persönlichkeitsstörung im Fragebogen korreliert signifikant mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung im Interview (.396*) und wenn sie im

Interview erhoben wird ergibt sich ein signifikanter, negativ gepolter Koeffizient mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung (-.340*).

Es bestehen keine weiteren signifikanten Korrelationen der Paranoiden und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung als die bereits beschriebenen.

Die signifikanten Korrelationen zwischen der jeweils gleichen Diagnose sind außer in einem Falle größer als die signifikanten Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen. Die Ausnahme bildet die Abhängige Persönlichkeitsstörung, die im Fragebogen stärker mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung korreliert als mit ihrer Entsprechung im Interview.

3.1.1.2.2 Korrelationen zwischen dem IPDE-Fragebogen und dem IKP

Die Ergebnisse der Pearson-Korrelationen der dimensional Scores zwischen dem IPDE-Fragebogen und dem IKP sind der Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Pearson-Korrelationen der dimensional Scores zwischen dem IPDE-Fragebogen und dem IKP

	Par IKP	Sch IKP	Dis IKP	Imp IKP	Bor IKP	His IKP	Ana IKP	Äng IKP	Abh IKP
Par Fragebogen	.448**	.310	.275	.369*	.390*	.293	.417*	.106	-.181
Sch Fragebogen	.266	.557**	.469**	.258	.182	.183	.195	.243	.263
Dis Fragebogen	.189	.265	.188	.396*	.452**	.211	.248	.272	.114
Imp Fragebogen	.239	.202	.128	.341*	.332*	.209	.220	.040	.024
Bor Fragebogen	.196	.155	.039	.342*	.531**	.288	.266	.201	.152
His Fragebogen	.141	-.012	.038	.300	.202	.305	.073	.121	.062
Ana Fragebogen	.591**	.408*	.295	.605**	.492**	.322	.638**	.149	.111
Äng Fragebogen	.268	.657**	.465**	.319	.379*	.173	.369*	.538**	.377*
Abh Fragebogen	.149	.345*	.037	.075	.204	.082	.380*	.529**	.563**

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Die Übereinstimmung der beiden Fragebogen-Methoden ist in 7 von 9 Diagnosen signifikant. Es ist wiederum die Dissoziale Persönlichkeitsstörung, die mit .188 die geringste konvergente Validität aufweist. Die zweite Diagnose, für die sich keine signifikanten Werte für die Übereinstimmung ergeben, ist die Histrionische Persönlichkeitsstörung (.305). Außer der Impulsiven Persönlichkeitsstörung, deren Koeffizient der Übereinstimmung .341* beträgt, sind alle weiteren Übereinstimmungskoeffizienten auf dem Niveau von .01 signifikant. Am höchsten ist derjenige der

Anankastischen Persönlichkeitsstörung (.638**), gefolgt von dem der Abhängigen Persönlichkeitsstörung (.563**). Die weiteren Koeffizienten betragen .557** für die Schizoide, .538** für die Ängstliche, .531** für die Borderline und .448** für die Paranoide Persönlichkeitsstörung.

Bei der Korrelation zwischen verschiedenen Diagnosen ergeben sich in 20 Fällen signifikante Koeffizienten.

Die Anankastische Persönlichkeitsstörung im IKP korreliert signifikant mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen (.417*). Wenn erstere mit dem IPDE-Instrument erhoben wird, ergeben sich weitere signifikante Korrelationen mit verschiedenen Diagnosen im IKP. Die Koeffizienten betragen mit der Impulsiven .605**, mit der Paranoiden .591**, mit der Borderline .492** und mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung .408*.

Zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP ergibt sich eine signifikante Korrelation mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen, der Koeffizient beträgt .529**. Mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung im IKP ebenfalls signifikant (.377*), und mit den folgenden Persönlichkeitsstörungen im IKP ergeben sich signifikante Korrelationskoeffizienten. Sie betragen für die Schizoide .657**, für die Dissoziale .465**, für die Borderline .379* und für die Anankastische Persönlichkeitsstörung .369*.

Die Abhängige Persönlichkeitsstörung korreliert außer mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung noch signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, wenn diese im IKP erhoben wird und die Abhängige Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen gemessen wird. Der Koeffizient beträgt .380*. Ebenso korreliert diese mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung, erhoben mit dem IKP, der Korrelationskoeffizient beträgt .345*.

Für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung im IKP ergibt sich außer den bereits beschriebenen noch eine signifikante Korrelation mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung im Fragebogen (.469**). Wenn die Dissoziale Persönlichkeitsstörung mit dem IPDE-Fragebogen erhoben wird, zeigen sich signifikante Korrelationen mit der Borderline (.452**) und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung (.396*), jeweils gemessen im IKP.

Außer mit den bereits genannten korrelieren die beiden Typen der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zum einen untereinander signifikant. Wenn die

Borderline im IPDE-Fragebogen und die Impulsive Persönlichkeitsstörung im IKP erhoben werden beträgt der Koeffizient $.342^*$, in der umgekehrten Konstellation $.332^*$. Zum anderen ergeben sich jeweils noch signifikante Koeffizienten mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen, wenn die beiden im IKP erfaßt werden. Die Koeffizienten betragen für die Borderline $.390^*$ und für die Impulsive Persönlichkeitsstörung $.369^*$.

Die Histrionische Persönlichkeitsstörung korreliert in keinem der Instrumente mit einer der anderen Diagnosen signifikant.

Es bestehen keine weiteren signifikanten Korrelationen mit anderen Diagnosen der Cluster A Persönlichkeitsstörungen als die bereits erwähnten.

Die signifikanten Korrelationen zwischen den jeweils gleichen Diagnosen sind bei der Anankastischen, der Abhängigen und der Borderline Persönlichkeitsstörung größer als die signifikanten Korrelationen mit anderen Diagnosen. Bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen finden sich mindestens je eine Korrelation mit einer der anderen Diagnosen, deren Koeffizient größer ist als die Koeffizienten der Übereinstimmungskorrelation.

3.1.1.2.3 Korrelationen zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP

Zu den Pearson-Korrelationen der dimensional Scores zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP siehe Tabelle 11.

Tabelle 11: Pearson-Korrelationen der dimensionalen Scores zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP

	Par IKP	Sch IKP	Dis IKP	Imp IKP	Bor IKP	His IKP	Ana IKP	Äng IKP	Abh-IKP
Par Interview	.029	-.047	-.002	-.056	-.045	.056	-.058	-.245	-.254
Sch Interview	.029	.495**	.285	-.007	.089	.045	-.112	.257	.319*
Dis Interview	.040	-.129	-.036	-.007	-.026	.142	-.205	-.280	-.089
Imp Interview	.287	-.101	.309*	.387*	.495**	.597**	-.137	-.032	.031
Bor Interview	.255	-.045	.232	.364*	.517**	.566**	-.127	.064	.017
His Interview	.080	-.220	.016	.100	.058	.252	-.150	-.096	-.168
Ana Interview	.297	.140	.078	.325*	.237	.106	.427**	-.206	-.204
Äng Interview	.088	.295	.196	.037	.137	.151	.117	.448**	.273
Abh Interview	.036	.175	-.085	.016	.054	-.059	.106	.540**	.450**

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Bei der Prüfung auf Übereinstimmung der Diagnosen sind nur 5 von den 9 Diagnosen auf dem Niveau von .01 signifikant. Die Koeffizienten der Übereinstimmungskorrelation betragen für die Borderline .517**, für die Schizoide .495** für die Abhängige .450**, für die Ängstliche .448 und für die Anankastische Persönlichkeitsstörung .427**. Der Koeffizient der Korrelation zwischen der Impulsiven Persönlichkeitsstörung in den beiden Methoden ist mit einem Wert von .387* wiederum nur auf dem Niveau von .05 signifikant. Die Übereinstimmungen der

beiden Instrumente in Hinblick auf die Paranoide (.029), die Dissoziale (-.036) und die Histrionische Persönlichkeitsstörung (.252) ist nicht signifikant.

Es bestehen nur 8 signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen.

Die Anankastische Persönlichkeitsstörung im Interview korreliert signifikant mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung im IKP (.325*).

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im IKP korreliert signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Interview (.540**).

Des weiteren korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung im Interview mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung im IKP (.319*).

Die Dissoziale Persönlichkeitsstörung im IKP korreliert signifikant mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung im Interview, der Koeffizient beträgt .309*.

Außer mit den bereits genannten korreliert die Impulsive Persönlichkeitsstörung, wenn sie im IKP erhoben wird, signifikant mit der Borderline Persönlichkeitsstörung (.364*) im Interview. In der umgekehrten Konstellation ist die Korrelation ebenfalls signifikant, der Koeffizient beträgt .495**. Ebenfalls im Interview erhoben korreliert die Impulsive Persönlichkeitsstörung noch mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung im IKP (.597**).

Mit dem Interview erhoben korreliert die Borderline Persönlichkeitsstörung außerdem noch mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung im IKP (.566**).

Die Cluster A Persönlichkeitsstörungen korrelieren, außer mit der schon genannten, mit keiner der weiteren Persönlichkeitsstörungen signifikant.

Die Korrelationskoeffizienten der Übereinstimmung sind im Falle der Anankastischen, der Impulsiven, der Borderline und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung größer als die Koeffizienten der Korrelationen mit anderen Diagnosen. Bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen ist mindestens je ein Koeffizient der Korrelationen mit anderen Diagnosen größer als die Koeffizienten der Übereinstimmungskorrelationen.

3.1.1.3 Muster von methodenübergreifenden Zusammenhängen

Muster von methodenübergreifenden Zusammenhängen betreffen zum einen die Korrelationen zur Überprüfung der Übereinstimmung der verschiedenen Methoden der jeweiligen Diagnose, zum anderen zeigen sich innerhalb und zwischen den Verfahren wiederkehrende Zusammenhänge zwischen verschiedenen Diagnosen.

3.1.1.3.1 Muster in Hinblick auf die Konvergenz der drei Methoden

Insgesamt gesehen fällt in 7 von 9 Diagnosen die Übereinstimmungskorrelation am geringsten zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP-Fragebogen aus.

Die dimensional Scores der Paranoiden Persönlichkeitsstörung korrelieren sogar nur zwischen den beiden IPDE-Instrumenten und zwischen den beiden Fragebogenmethoden signifikant miteinander. Die Unterschiede zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP-Fragebogen scheinen bei dieser Diagnose zu groß zu sein, als daß der Korrelationskoeffizient der Korrelation zwischen den beiden Verfahren signifikant ist.

Die dimensional Scores der Schizoiden Persönlichkeitsstörung korrelieren zwischen allen drei Verfahren signifikant miteinander.

Die dimensional Scores der Dissozialen Persönlichkeitsstörung korrelieren zwischen den Verfahren nicht signifikant miteinander. Dies zeigt einmal mehr wie schwierig die Diagnostik der Dissozialen Persönlichkeitsstörung mit Methoden ist, die auf Selbstauskunft beruhen.

Die Dimensionen der Impulsiven Persönlichkeitsstörung korrelieren zwischen allen drei Methoden signifikant miteinander. Bei dieser Diagnose fällt die Korrelation zwischen Interview und IKP ausnahmsweise geringgradig höher aus als zwischen den beiden Fragebogenmethoden.

Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung korrelieren die dimensional Scores zwischen allen drei Verfahren signifikant miteinander. Diese Störung ist der andere Fall, bei dem die Distanz zwischen Interview und IKP geringer als gewöhnlich ausfällt, denn die Korrelation zwischen diesen beiden ist damit etwas höher als zwischen den IPDE-Instrumenten.

Die dimensional Scores der Histrionischen Persönlichkeitsstörung korrelieren nur zwischen dem IPDE-Interview und dem dazugehörigen Fragebogen signifikant miteinander. Weder zwischen den beiden Fragebogenmethoden noch zwischen dem Interview und dem IKP sind die Korrelationen signifikant.

Bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung korrelieren wiederum die dimensional Scores zwischen allen drei Verfahren signifikant miteinander.

Auch die dimensional Scores der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung korrelieren zwischen allen drei Verfahren signifikant miteinander.

Gleichfalls sieht man bei den dimensional Scores der Abhängigen Persönlichkeitsstörung signifikante Korrelationen zwischen allen drei Verfahren.

3.1.1.3.2 Muster von wiederkehrenden Zusammenhängen verschiedener Diagnosen

Campbell und Fiske [20] fordern als drittes Kriterium als Beweis von diskriminanter Validität methodenübergreifende Muster von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Diagnosen. Dieses Muster von Zusammenhängen solle sich in allen Korrelationen zwischen den Diagnosen finden, und zwar möglichst sowohl bei den Vergleichen innerhalb einer Methode als auch zwischen den Methoden.

Bei der Beschreibung dieser Zusammenhänge wird sich die Aufmerksamkeit zuerst auf die angstnahen Persönlichkeitsstörungen richten, da auch die Stichprobe vorwiegend Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen beinhaltet.

3.1.1.3.2.1 Zusammenhänge der Persönlichkeitsstörungen innerhalb des angstnahen Clusters

Es existiert ein fast durchgängiges Muster von signifikanten Inter-Diagnose-Korrelationen zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung. Innerhalb der Methoden sind die Inter-Diagnose-Korrelationen dieser beiden Persönlichkeitsstörung allesamt signifikant. Die Kreuzkorrelation der beiden Diagnosen ist in vier der sechs Korrelationen signifikant.

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung und die Anankastische Persönlichkeitsstörung korrelieren sowohl IKP-intern als auch innerhalb des IPDE-Fragebogens signifikant miteinander. Von den Kreuzkorrelationen ist nur ein Koeffizient signifikant. Weiterhin auffällig, wenn auch nicht signifikant ist eine deutlich entgegengesetzte Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im Interview und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP.

Zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung besteht nach den gewählten Definitionen kein Muster wiederkehrender Zusammenhänge, da nur eine der Kreuzkorrelationen zwischen den Fragbogenmethoden signifikant ist.

3.1.1.3.2.2 Muster von Beziehungen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B

Von den Cluster A Persönlichkeitsstörungen lassen sich nur zwischen der Paranoiden Persönlichkeitsstörung und der Anankastischen Persönlichkeitsstör-

ung signifikante Korrelationen finden, die sich IKP-intern und in beiden Kreuzkorrelationen zwischen den zwei Fragebogenmethoden ergeben, womit die Forderungen für ein wiederkehrendes Muster erfüllt sind. Es besteht kein Muster von Beziehungen der Schizoiden mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, da sich nur Signifikanzen IKP-intern und in einer der Kreuzkorrelation ergeben.

Bei den Cluster B Persönlichkeitsstörungen finden sich wiederkehrende Muster von Zusammenhängen zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung, die signifikant miteinander zum einen innerhalb des IKP und zum anderen IPDE-Fragebogen-intern korrelieren. Weiterhin finden sich in drei der Kreuzkorrelationen signifikante Werte. Auch mit der Borderline Persönlichkeitsstörung ergibt sich ein wiederkehrendes Muster, da Signifikanzen mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung IKP-intern, IPDE-Fragebogen-intern und in zwei der Kreuzkorrelationen bestehen. Zwischen der Dissozialen und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, die nur IKP-intern signifikant miteinander korrelieren ergibt sich kein solches Muster, ebensowenig mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung, es bestehen keine signifikanten Korrelationen.

3.1.1.3.2.3 Muster von Beziehungen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B

Von den Cluster A Persönlichkeitsstörungen ergibt sich ein Muster wiederkehrender Zusammenhänge zwischen der Schizoiden und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Es bestehen IKP-intern und IPDE-Fragebogen-intern und in zwei der Kreuzkorrelationen signifikante Korrelationen. Mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung ergibt sich kein Muster, da sich nur IKP-intern und IPDE-Fragebogen-intern signifikante Korrelationen ergeben.

Bei den Cluster B Persönlichkeitsstörungen ergibt sich nur ein Muster mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung. Diese korreliert mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung innerhalb des IKP, innerhalb des IPDE-Fragebogens und in zwei der Kreuzkorrelationen signifikant. Hier findet man eine gegenläufige Kreuzkorrelation zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung im Interview. Diese ist ebenfalls zwar deutlich, aber nicht signifikant. Mit den anderen Cluster B Persönlichkeitsstörungen ergeben sich keine Muster mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Zwischen der Ängstlichen und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung zeigen sich keine

signifikanten Korrelationen. Zwischen der Ängstlichen und der Borderline Persönlichkeitsstörung finden sich nur IKP-intern und in einer der Kreuzkorrelationen signifikante Korrelationen. Zwischen Ängstlichen und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung ergibt sich nur intern im IPDE-Fragebogen eine signifikante Korrelation.

3.1.1.3.2.4 Muster von Beziehungen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B

Von den Cluster A Persönlichkeitsstörungen ergibt sich ein wiederkehrendes Muster von Zusammenhängen zwischen der Schizoiden und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung. Sie korrelieren signifikant miteinander innerhalb des IKP und in zwei der Kreuzkorrelationen. Keine der Korrelationen mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung ist signifikant.

Es ergeben sich keine Beziehungsmuster der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen. Mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung gibt es nur eine signifikante Korrelation IPDE-Fragebogen-intern, mit der Impulsive Persönlichkeitsstörung gibt es keine signifikanten Korrelationen. Mit der Borderline Persönlichkeitsstörung findet sich nur IKP-intern eine signifikante Korrelation und auch mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung gibt es nur eine signifikante Korrelation IPDE-Fragebogen-intern.

3.1.1.3.2.5 Zusammenhänge der Persönlichkeitsstörungen innerhalb des Clusters B

Innerhalb des Clusters B fällt insgesamt eine Häufung von signifikanten Inter-Diagnose-Korrelationen auf. Diese ist vor allem in den internen Korrelationen der jeweiligen Methode sehr ausgeprägt. Es ergeben sich zwischen allen Cluster B Persönlichkeitsstörungen wiederkehrende Beziehungsmuster.

Zwischen der Impulsiven und der Borderline Persönlichkeitsstörung sind die Korrelationen bis auf eine Ausnahme durchgängig signifikant, innerhalb wie zwischen den Methoden. Zum Teil kann man das sicherlich auf die konstruktimmanente Itemüberlappung zurückführen, denn alle Items des Impulsiven Typs sind gleichzeitig auch Items des Borderline-Typs. Die Dissoziale und die Impulsive Persönlichkeitsstörung korrelieren miteinander signifikant innerhalb des IKP, innerhalb des IPDE-Interviews und in zwei der Kreuzkorrelationen. Mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung korreliert auch die Borderline Persönlichkeitsstörung innerhalb des IKP, IPDE-Fragebogen-intern und

in zwei der gekreuzten Korrelationen signifikant. Auch zwischen der Dissozialen und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung ergeben sich IKP-intern, innerhalb des IPDE-Fragebogens und in einer der Kreuzkorrelationen Signifikanzen. Die Impulsive Persönlichkeitsstörung korreliert signifikant mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung jeweils innerhalb der drei Methoden und in einer der Kreuzkorrelationen zwischen den Verfahren. Außerdem korrelieren die Borderline und die Histrionische Persönlichkeitsstörung signifikant miteinander jeweils innerhalb der Methoden, und auch in einer der Kreuzkorrelationen findet sich ein signifikanter Koeffizient.

3.1.1.3.2.6 Zusammenhänge der Persönlichkeitsstörungen innerhalb des Clusters A

Der Cluster A besteht bei der Diagnose nach der ICD-10 nur aus der Paranoiden und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung. Diese korrelieren nur innerhalb des IKP signifikant miteinander, so daß man nicht von einem Beziehungsmuster sprechen kann.

3.1.1.3.2.7 Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen des Clusters B mit denen des Clusters A

Zwischen den Cluster B und den Cluster A Persönlichkeitsstörungen ergibt sich nur in zwei Fällen ein Beziehungsmuster, zum einen zwischen der Borderline und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, mit signifikanten Korrelationen IKP-intern, IPDE-Fragebogen-intern und in zwei der gekreuzten Korrelationen, zum anderen zwischen der Histrionischen und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, die miteinander signifikant intern in allen drei Methoden und in einer der Kreuzkorrelation korrelieren.

Zwischen den weiteren Persönlichkeitsstörungen aus diesen Clustern ergeben sich nicht ausreichend häufig signifikante Korrelationen, um von einem Muster sprechen zu können. Zwischen der Dissozialen und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung ergeben sich nur in den internen Korrelationen des IKP und des IPDE-Interviews Signifikanzen. Zwischen der Schizoiden und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung findet man nur IKP-intern und in einer der Kreuzkorrelationen eine signifikante Korrelation. Zwischen der Paranoiden und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung bestehen signifikante Korrelationen lediglich IKP-intern und in einer der Kreuzkorrelationen. Zwischen der Schizoiden und der Impulsiven Per-

sönlichkeitsstörung ergibt sich nur innerhalb des IKP ein signifikanter Wert, ebenso zwischen der Schizoiden und der Borderline Persönlichkeitsstörung.

Zwischen der Histrionischen Persönlichkeitsstörung und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung zeigt sich die einzige signifikante negative Korrelation. Auch einige der übrigen Korrelationen zwischen diesen beiden Diagnosen sind negativ gepolt, keine erreicht allerdings ein signifikantes Niveau. Diese überwiegend negative Polung lässt sich gut mit dem Konzept der beiden Persönlichkeitsstörungen in Einklang bringen, wenn man zum Beispiel an die gegensätzliche Präsentation der Gefühle denkt, oder an die kennzeichnende Extrabeziehungsweise Intraversion.

3.1.2 Zusammenhänge zwischen den Angstnahen Persönlichkeitsstörung des ICD-10 und korrespondierenden und ergänzenden Diagnosen des DSM-IV.

Da das IKP sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV auswertbar ist, können die korrespondierenden Diagnosen des DSM-IV auf Zusammenhänge mit den ICD-10 Diagnosen in den verschiedenen Methoden untersucht werden.

Im DSM-IV liegt den angstnahen Persönlichkeitsstörungen teilweise ein etwas anderes Konzept zugrunde. Die ICD-10 Diagnosen der Abhängigen und der Anankastischen Persönlichkeitsstörungen im IKP stimmen konzeptionell mit den Diagnosen der Dependents und der Zwanghafthaften Persönlichkeitsstörung im DSM-IV überein.

Die Ängstliche (ängstlich-vermeidende) Persönlichkeitsstörungen findet keine vollständige Entsprechung im DSM-IV. Das Konzept des IKP bei der Auswertung nach den beiden Klassifikationskatalogen, ICD-10 und DSM-IV, ist eine kombinatorische Gewichtung der Skalen. Um die Skala der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 zu erhalten, wird die Skala der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aus dem DSM-IV mit den neukonzipierten Skalen der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung im Verhältnis 5:3:2 zusammengerechnet. Die Betrachtung der Korrelationen der einzelnen Skalen dieser kombinierten Persönlichkeitsstörung mit den ICD-10 Diagnosen kann weitere Ergebnisse zur Aufspaltung in verschiedene Aspekte und Untergruppierungen oder zur Homogenität der Persönlichkeitsstörungen des Cluster C erbringen.

Ein weiterer neukonzipierter Entwurf im IKP ist die Obsessiotypische Persönlichkeitsstörung, die eine von Zwängen bestimmte Persönlichkeitsstörung beschreibt. Es ist zu prüfen ob sich diese hinreichend von der Anankastischen Persönlichkeitsstörung abgrenzt.

Zur Korrelation zwischen diesen IKP Skalen und den ICD-10 Diagnosen des IPDE-Interviews, -Fragebogens und des IKP siehe Tabelle 12.

Tabelle 12: Pearson-Korrelation der dimensional Scores der angstnahen ICD-10 Persönlichkeitsstörungen mit denen der korrespondierenden und ergänzenden IKP Skalen

	Avo IKP	Anx IKP	Pho IKP	Oty IKP
Ana Interview	-.163	-.228	-.148	-.042
Ana Fragebogen	.207	.056	.048	.367*
Ana IKP	.456**	.341*	.223	.536**
Äng Interview	.518**	.247	.308	.257
Äng Fragebogen	.609**	.366*	.283	.482**
Äng IKP	.934**	.891**	.698**	.756**
Abh Interview	.544**	.394*	.428**	.365*
Abh Fragebogen	.579**	.409*	.243	.469**
Abh IKP	.737**	.769**	.424**	.556**

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Avo: Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

Anx: Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung

Pho: Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung

Oty: Obsessiotypische Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Die Persönlichkeitsstörungen, aus denen sich die Ängstliche Persönlichkeitsstörung des IKP nach ICD-10 zusammensetzt, sind die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, die Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung und die Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung. Um die Zusammenhänge dieser Persönlichkeitsstörungen mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung einordnen zu

können, ist es notwendig, die Beziehungen zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen, welche die verschiedenen Facetten der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung darstellen, zu betrachten. Die Pearson-Korrelationen der dimensional Scores der Persönlichkeitsstörungen, die für die Ängstliche PS des ICD-10 verrechnet werden, sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Pearson-Korrelationen der Persönlichkeitsstörungen untereinander, die für die Ängstliche PS des ICD-10 verrechnet werden

	Avo IKP	Anx IKP
Anx IKP	.705**	
Pho IKP	.505**	.601**

Avo: Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Anx: Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung

Pho: Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

Die drei Persönlichkeitsstörungen, die jeweils Teilaspekte der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung darstellen, korrelieren allesamt signifikant miteinander. Die Korrelation der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung beträgt .705**, mit der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung .505** und der Korrelationskoeffizient der beiden letzteren beträgt .601**.

Die Korrelationen zwischen diesen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in IPDE-Interview und -Fragebogen zeigt trotz der hohen Korrelationen der Teilaspekte untereinander deutliche Differenzen der Zusammenhänge zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und den einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung korreliert mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in beiden IPDE-Instrumenten signifikant, im Interview mit .518** und im Fragebogen mit .609**. Die Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung korreliert nur mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen signifikant (.366*), im Interview wird nur ein Wert von .247 erreicht. Die Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung korreliert nur auf einem nicht-signifikanten Niveau mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung (.308 im Interview und .283 im Fragebogen). Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung korreliert zum Vergleich im IKP nach ICD-10 signifikant sowohl mit der Ängstlichen Persönlich-

keitsstörung im IPDE-Interview (.448**) und auch im dazugehörigen Fragebogen (.538**).

Interessanterweise zeigt sich ein ganz anderes Muster für die Korrelationen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Persönlichkeitsstörungen, die in die Berechnung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung des ICD-10 eingehen.

Es bestehen, wie oben dargestellt, auffallend viele signifikante Korrelationen zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in den verschiedenen Verfahren. Zum Vergleich korreliert die im IKP nach ICD-10 diagnostizierte Ängstliche Persönlichkeitsstörung signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sowohl im IPDE-Interview (.540**) als auch in dem dazugehörigen Fragebogen (.529**) und ebenso IKP-intern (.761**). Die Korrelation der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den einzelnen Teilaspekt-Persönlichkeitsstörungen ergibt bei allen außer einem signifikante Werte. Die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung korreliert signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview (.544**), im dazugehörigen Fragebogen (.579**) und auch IKP-intern (.737**). Auch die Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung korreliert mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in allen drei Verfahren signifikant, im Interview beträgt der Korrelationskoeffizient .394*, im IPDE-Fragebogen .409* und IKP-intern .769**. Die Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung korreliert signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sowohl im Interview (.428**) als auch innerhalb des IKP (.424**). Einzig im IPDE-Fragebogen wird kein signifikantes Niveau erreicht (.243).

Bei der Korrelation der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Persönlichkeitsstörungen, aus denen sich die Ängstliche Persönlichkeitsstörung des IKP nach ICD-10 zusammensetzt, ergeben sich nur IKP-intern signifikante Werte für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (.456**) und die Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung (.341*). In den beiden IPDE-Verfahren korreliert die Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht signifikant mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, der Koeffizient beträgt im Interview -.163 und im Fragebogen .207. Ebenso wenig ist die Korrelation mit der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung signifikant, im Interview beträgt der Koeffizient -.228 und im Fragebogen .056. Die Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung korreliert in keinem der Verfahren signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, die Werte liegen zwischen -.148 und .223.

Das Muster ist damit ähnlich der Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in den drei Verfahren und der daraus errechneten Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 im IKP, IKP-intern signifikant mit $.432^{**}$, IPDE-Interview nicht signifikant mit $-.206$ und im dazugehörigen Fragebogen ebenfalls nicht signifikant mit $.149$.

Bei der Korrelation mit der neukonzipierten Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung interessiert am meisten der Zusammenhang mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung. Es bestehen zwei signifikante Korrelationen, die Obsessiotypische Persönlichkeitsstörung korreliert zum einen mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE- Fragebogen ($.367^*$) signifikant, zum anderen IKP-intern mit $.536^{**}$, im IPDE-Interview ist allerdings der Korrelationskoeffizient mit $-.042$ nicht signifikant.

Es fällt auf, daß es auch signifikante Korrelationen zwischen der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung und den beiden anderen Cluster C Persönlichkeitsstörungen gibt. Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung korreliert sowohl im IPDE-Fragebogen ($.482^{**}$) als auch IKP-intern ($.756^{**}$) signifikant mit der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung, bei der Korrelation mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview wird kein signifikantes Niveau erreicht ($.257$).

In allen drei Verfahren korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung signifikant mit der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung, im Interview mit $.365^*$, im IPDE-Fragebogen mit $.469^{**}$ und IKP-intern mit $.556^{**}$.

Beim Vergleich sämtlicher mit dem Interview diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen fällt auf, daß die Abhängige Persönlichkeitsstörung die einzige Diagnose des IPDE-Interviews ist, die signifikant mit der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung korreliert. Bei den übrigen Diagnosen des Interviews liegen die Korrelationskoeffizienten zwischen $-.265$ und $.257$ (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Pearson-Korrelation der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung mit den übrigen IPDE-Interview Diagnosen

	Par Interview	Sch Interview	Dis Interview	Imp Interview	Bor Interview	His Interview
Oty IKP	-.265	.117	-.257	.073	.163	-.118

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Oty: Obsessiotypische Persönlichkeitsstörung

3.1.3 Varianzanalysen der Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Um Unterschiede zwischen den drei kategorialen Ausprägungsgraden der Cluster C Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der verschiedenen dimensional in den drei Methoden (IPDE-Interview, IPDE-Fragebogen und IKP) erhobenen Persönlichkeitsstörungen festzustellen, wird eine einfaktorielle Varianzanalyse der Cluster C Persönlichkeitsstörungen durchgeführt. Dafür wurden die angstnahen Persönlichkeitsstörungen mit Hilfe des IPDE-Interviews in drei kategoriale Gruppen eingeteilt in dem Sinne, daß die Persönlichkeitsstörung jeweils nicht vorhanden (Gruppe 0), wahrscheinlich vorhanden (Gruppe 1) oder sicher vorhanden (Gruppe 2) ist. In den folgenden Tabellen wird neben der Darstellung der Ergebnisse der Varianzanalysen eine nach den Gruppen getrennte Übersicht über die Besetzung der Gruppen, die Mittelwerte und die Werte der Homogenität der Varianzen erfolgen.

In den Fällen, bei denen signifikante Unterschiede der Mittelwerte ($p < .05$) zwischen den Gruppen bestehen, werden auch die Ergebnisse des Post-hoc Testes dargestellt, nach Bonferroni bei nicht signifikanten Varianzunterschieden ($> .05$) und nach Tamehane bei signifikanten Varianzunterschieden ($< .05$). Durch die Einzelvergleiche der Gruppen und der bildlichen Darstellung wird deutlich, welche der Gruppen sich bezüglich der Mittelwerte voneinander signifikant unterscheiden.

3.1.3.1 Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Die Ergebnisse der Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den dimensional Scores der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen in drei

diagnostischen Methoden als abhängige Variablen sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

Zur Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden als abhängige Variablen siehe Tabelle 15.

Tabelle 15: Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ANA 0		ANA 1		ANA 2		Homogenität	Gruppen differenz p
	N	M	N	M	N	M		
Ana Interview	26	1.12	8	6.25	7	10.43	.215	.000
Ana Fragebogen	23	3.22	8	5.37	6	4.83	.581	.009
Ana IKP	26	37.23	8	46.75	7	44.86	.785	.027
Äng Interview	26	3.42	8	6.00	7	1.71	.525	.062
Äng Fragebogen	23	3.26	8	4.62	6	2.83	.318	.109
Äng IKP	26	43.36	8	43.61	7	37.73	.400	.386
ABH Interview	26	2.38	8	3.63	7	2.29	.274	.585
ABH Fragebogen	23	2.35	8	3.75	6	1.67	.267	.049
ABH IKP	26	41.03	8	38.75	7	35.43	.723	.523

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ANA 0: Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ANA 1 Anankastische Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ANA 2: Anankastische Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Zwischen den mit dem IPDE-Interview eingeteilten Gruppen ANA 0 - ANA 2 ergeben sich auch für die Anankastische Persönlichkeitsstörung, gemessen im IPDE-Fragebogen und im IKP, signifikante Mittelwertdifferenzen. Für den

Fragebogen lautet der p-Wert .009 und für das IKP .027. Des weiteren zeigt sich auch ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte im Hinblick auf die Abhängige Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen. Bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen ergibt sich in keiner der Methoden ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen.

Für die Einzelvergleiche der abhängigen Variablen, deren p-Wert signifikant ausfällt, wird als Post-hoc Test das Verfahren nach Bonferroni benutzt, da in diesen Fällen die Varianzunterschiede nicht signifikant sind. In der Tabelle 16 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 16: Post-hoc test nach Bonferroni der signifikanten Variablen der Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Abhängige Variable	Post-hoc - Verfahren	Gruppe	Gruppe	Signifikanz
Ana Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 1	.015
Ana Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 2	.157
Ana Fragebogen	Bonferroni	ANA 1	ANA 2	1.000
Ana IKP	Bonferroni	ANA 0	ANA 1	.054
Ana IKP	Bonferroni	ANA 0	ANA 2	.203
Ana IKP	Bonferroni	ANA 1	ANA 2	1.000
Abh Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 1	.123
Abh Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 2	1.000
Abh Fragebogen	Bonferroni	ANA 1	ANA 2	.066

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ANA 0: Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ANA 1 Anankastische Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

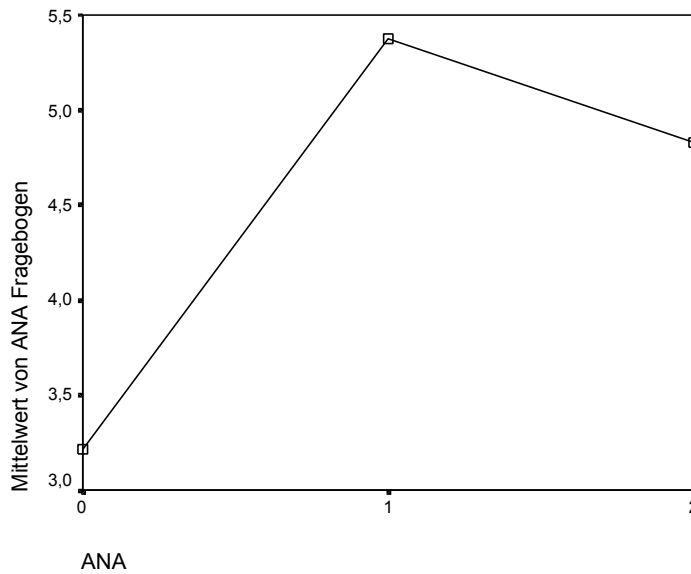
ANA 2: Anankastische Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Signifikante Mittelwertsunterschiede ergeben sich bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen als abhängige Variable zwischen den Gruppen ANA 0 und ANA 1 (.015), keine signifikanten Werte werden zwischen ANA 0 und ANA 2 und zwischen ANA 1 und ANA 2 erreicht. Die Abbildung 1 stellt die Verteilung der Mittelwerte graphisch dar.

Abbildung 1: Mittelwerte der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen innerhalb der Gruppen ANA 0 –ANA 2



Die Graphik zeigt, daß die Werte für die Gruppe ANA 1 wesentlich größer sind als die der Gruppe ANA 0 und daß die der Gruppe ANA 2 geringgradig niedriger ausfallen als die von ANA 1.

Mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IKP ergeben sich keine signifikanten Mittelwertdifferenzen. Auch mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden als abhängige Variablen sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ANA 0		ANA 1		ANA 2		Homogenität	Gruppen differenz
	N	M	N	M	N	M		
Dis Interview	26	0.31	8	0.38	7	0.43	.896	.933
Dis Fragebogen	23	1.04	8	2.50	6	1.00	.348	.006
Dis IKP	26	27.73	8	27.00	7	28.63	.071	.866
Imp Interview	26	.92	8	.75	7	.71	.392	.929
Imp Fragebogen	23	1.26	8	2.12	6	2.17	.304	.046
Imp IKP	26	33.15	8	36.37	7	40.57	.495	.300
Bor Interview	26	2.88	8	3.75	7	3.00	.433	.837
Bor Fragebogen	23	3.56	8	5.50	6	4.33	.317	.013
Bor IKP	26	33.29	8	38.10	7	35.86	.772	.412
His Interview	26	.35	8	.75	7	.43	.092	.692
His Fragebogen	23	1.87	8	2.25	6	1.83	.379	.664
His IKP	26	31.46	8	35.12	7	31.28	.297	.531

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ANA 0: Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ANA 1 Anankastische Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ANA 2: Anankastische Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Impulsive Persönlichkeitsstörung

Bor: Borderline Persönlichkeitsstörung

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Bei der Messung mit dem IPDE-Fragebogen ergeben sich bei drei der vier Cluster B Persönlichkeitsstörungen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ANA 0 - ANA 2. Für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung beträgt der p-

Wert .006, für die Impulsive Persönlichkeitsstörung .046 und für die Borderline Persönlichkeitsstörung .013. In den übrigen Methoden ergeben sich dagegen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen, genausowenig bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung in allen drei Methoden.

Für die Einzelvergleiche der abhängigen Variablen, deren p-Wert signifikant ausfällt, wird als Post-hoc Test das Verfahren nach Bonferroni benutzt, da die Varianzunterschiede nicht signifikant sind. In der Tabelle 18 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 18: Post-hoc test nach Bonferroni der signifikanten Variablen der Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Abhängige Variable	Post-hoc - Verfahren	Gruppe	Gruppe	Signifikanz
Dis Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 1	.007
Dis Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 2	1.000
Dis Fragebogen	Bonferroni	ANA 1	ANA 2	.042
Imp Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 1	.129
Imp Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 2	.170
Imp Fragebogen	Bonferroni	ANA 1	ANA 2	1.000
Bor Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 1	.011
Bor Fragebogen	Bonferroni	ANA 0	ANA 2	.820
Bor Fragebogen	Bonferroni	ANA 1	ANA 2	.481

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ANA 0: Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ANA 1 Anankastische Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ANA 2: Anankastische Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

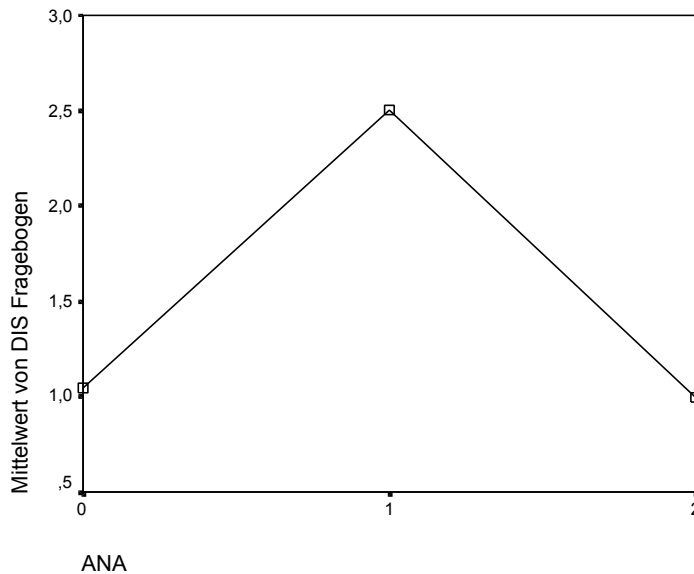
Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Impulsive Persönlichkeitsstörung

Bor: Borderline Persönlichkeitsstörung

Es finden sich signifikante Werte für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung im Fragebogen zwischen den Gruppen ANA 0 und ANA 1, der p-Wert liegt bei .007, und zwischen den Gruppen ANA 1 und ANA 2, mit einem p-Wert von .042, die Unterschiede der Mittelwerte zwischen ANA 0 und ANA 2 sind nicht signifikant. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Mittelwerte.

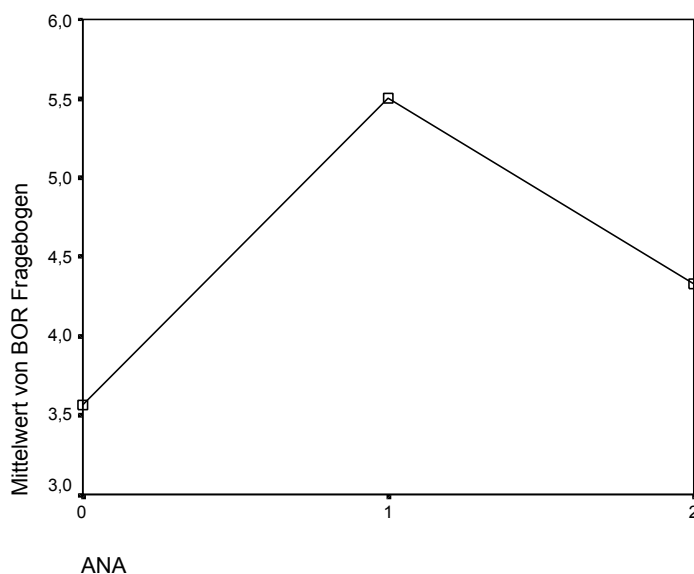
Abbildung 2: Mittelwerte der Dissozialen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen innerhalb der Gruppen ANA 0 –ANA 2



Die Abbildung macht deutlich, daß innerhalb der Gruppe ANA 1 die Mittelwerte am größten sind.

Bei der Impulsiven Persönlichkeitsstörung im Fragebogen ergeben sich keine signifikanten Werte zwischen den Gruppen. Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung zeigt sich dagegen ein signifikanter Wert im Fragebogen zwischen den Gruppen ANA 0 und ANA 1, der Wert für p beträgt .011. Die Mittelwerte der übrigen Einzelvergleiche unterscheiden sich nicht signifikant. In der Abbildung 3 ist die Verteilung der Mittelwerte eingetragen.

Abbildung 3: Mittelwerte der Borderline Persönlichkeitsstörung im Fragebogen innerhalb der Gruppen ANA 0 –ANA 2



Auch bei dieser Persönlichkeitsstörungsdimension zeigt die Abbildung, daß innerhalb der Gruppe ANA 1 die Mittelwerte am größten sind.

Die Tabelle 19 liefert die Ergebnisse der Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den dimensionalen Werten der Cluster A Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen.

Tabelle 19: Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster A Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ANA 0		ANA 1		ANA 2		Homogenität	Gruppen differenz p
	N	M	N	M	N	M		
Par Interview	26	1.15	8	1.88	7	1.71	.700	.388
Par Fragebogen	23	2.35	8	2.87	6	2.83	.988	.577
Par IKP	26	35.25	8	38.77	7	40.11	.309	.329
Sch Interview	26	1.92	8	1.25	7	1.43	.743	.683
Sch Fragebogen	23	3.78	8	3.37	6	3.65	.466	.863
Sch IKP	26	35.10	8	40.32	7	38.28	.985	.389

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ANA 0: Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ANA 1 Anankastische Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ANA 2: Anankastische Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Es bestehen in allen drei Methoden weder für die Paranoide noch für die Schizoide Persönlichkeitsstörung signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ANA 0 - ANA 2.

3.1.3.2 Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Die Ergebnisse der Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den dimensional Scores der Persönlichkeitsstörungen in den drei

diagnostischen Methoden als abhängige Variablen sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse mit den dimensionalen Werten der Cluster C Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen sind der Tabelle 20 zu entnehmen.

Tabelle 20: Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ÄNG 0		ÄNG 1		ÄNG 2		Homogenität	Gruppen differenz p
	N	M	N	M	N	M		
Ana Interview	25	3.88	9	3.33	7	3.57	.671	.936
Ana Fragebogen	21	3.57	9	4.00	7	5.00	.805	.252
Ana IKP	25	39.60	9	40.44	7	43.14	.865	.729
Äng Interview	25	1.00	9	6.22	7	9.71	.338	.000
Äng Fragebogen	21	2.67	9	4.22	7	5.00	.283	.002
Äng IKP	25	39.72	9	43.96	7	50.27	.980	.033
Abh Interview	25	1.84	9	3.11	7	4.71	.005	.071
Abh Fragebogen	21	1.81	9	3.44	7	3.57	.839	.008
Abh IKP	25	37.36	9	41.56	7	45.28	.163	.245

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ÄNG 0: Ängstliche Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ÄNG 1: Ängstliche Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ÄNG 2: Ängstliche Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung, gemessen mit dem IPDE-Fragebogen und mit dem IKP ergeben sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ÄNG 0 –ÄNG 2. Bei der erstgenannten Methode beträgt p .002, bei der Messung mit dem IKP beträgt p .033. Ebenso zeigen sich signifikante

Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen (.008). Bei den übrigen Methoden und bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung sind zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte zu verzeichnen.

Als Post-hoc Test wird der Test nach Bonferroni benutzt, da bei den drei Variablen, bei denen sich signifikante Unterschiede der Mittelwerte finden lassen, die Varianzunterschiede nicht signifikant sind. In der Tabelle 21 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 21: Post-hoc Test nach Bonferroni der signifikanten Variablen der Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Abhängige Variable	Post-hoc - Verfahren	Gruppe	Gruppe	Signifikanz
Äng Fragebogen	Bonferroni	ÄNG 0	ÄNG 1	.047
Äng Fragebogen	Bonferroni	ÄNG 0	ÄNG 2	.004
Äng Fragebogen	Bonferroni	ÄNG 1	ÄNG 2	.966
Äng IKP	Bonferroni	ÄNG 0	ÄNG 1	.732
Äng IKP	Bonferroni	ÄNG 0	ÄNG 2	.033
Äng IKP	Bonferroni	ÄNG 1	ÄNG 2	.545
Abh Fragebogen	Bonferroni	ÄNG 0	ÄNG 1	.033
Abh Fragebogen	Bonferroni	ÄNG 0	ÄNG 2	.037
Abh Fragebogen	Bonferroni	ÄNG 1	ÄNG 2	1.000

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ÄNG 0: Ängstliche Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ÄNG 1: Ängstliche Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

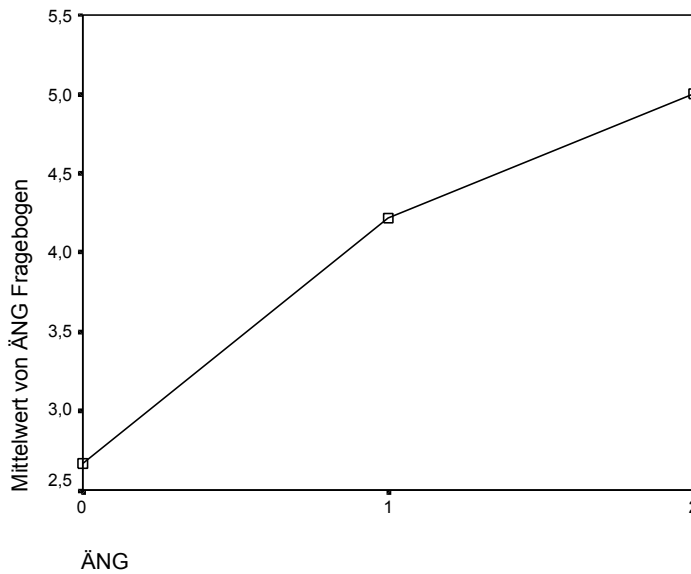
ÄNG 2: Ängstliche Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung, wenn sie im IPDE-Fragebogen gemessen wird, ergeben sich signifikante Werte zwischen den Gruppen ÄNG 0 und ÄNG 1, der p-Wert liegt bei .047, und zwischen den Gruppen ÄNG 0 und ÄNG 2, mit einem p-Wert von .004, die Unterschiede der Mittelwerte zwischen ÄNG 0 und ÄNG 2 sind nicht signifikant. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Mittelwerte.

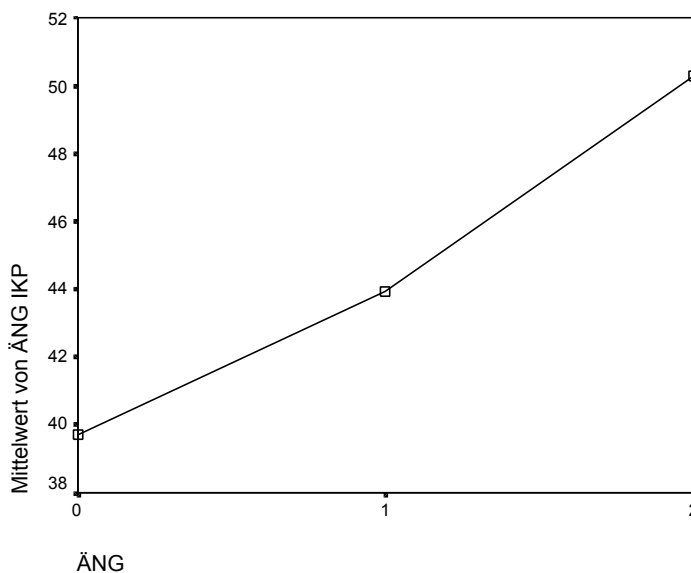
Abbildung 4: Mittelwerte der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen innerhalb der Gruppen ÄNG 0 – ÄNG 2



Die Abbildung zeigt einen Anstieg der Mittelwerte von ÄNG 0 bis ÄNG 2.

Bei der Messung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP ergibt sich ein signifikanten Wert zwischen den Gruppen ÄNG 0 und ÄNG 2 mit einem p-Wert von .033. Die weiteren Unterschiede sind nicht signifikant. In der Abbildung 5 ist die Verteilung der Mittelwerte graphisch dargestellt.

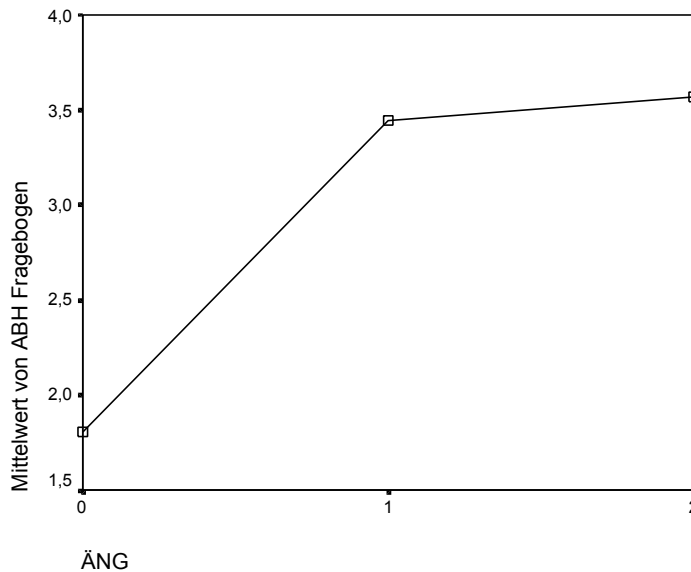
Abbildung 5: Mittelwerte der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP innerhalb der Gruppen ÄNG 0 – ÄNG 2



Auch bei der Messung im IKP zeigt die Abbildung, daß die Mittelwerte zur Gruppe ÄNG 2 hin ansteigen.

Die Einzelvergleiche der Gruppen ergeben bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen ebenfalls signifikante Unterschiede. Zwischen der Gruppe ÄNG 0 und ÄNG 1 beträgt der p-Wert .003, zwischen Ängstlichen und ÄNG 2 .037. Der Unterschied zwischen ÄNG 1 und ÄNG 2 ist nicht signifikant. In der Abbildung 6 ist die Verteilung Mittelwerte eingetragen.

Abbildung 6: Mittelwerte der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen innerhalb der Gruppen ÄNG 0 – ÄNG 2



Die Mittelwerte werden wiederum von der Gruppe ÄNG 0 bis zu ÄNG 2 hin größer.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden als abhängige Variablen sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ÄNG 0		ÄNG 1		ÄNG 2		Homogenität	Gruppen differenz
	N	M	N	M	N	M		
Dis Interview	25	.48	9	.00	7	.29	.006	.299
Dis Fragebogen	21	.95	9	2.00	7	1.71	.042	.059
Dis IKP	25	27.12	9	27.31	7	30.51	.128	.380
Imp Interview	25	1.12	9	.00	7	1.00	.014	.150
Imp Fragebogen	21	1.57	9	1.44	7	1.86	.541	.747
Imp IKP	25	35.12	9	32.67	7	37.86	.606	.676
Bor Interview	25	3.36	9	1.78	7	3.71	.300	.456
Bor Fragebogen	21	3.76	9	4.33	7	4.86	.491	.295
Bor IKP	25	34.16	9	34.07	7	37.26	.693	.724
His Interview	25	.44	9	.11	7	.86	.010	.442
His Fragebogen	21	1.67	9	2.22	7	2.43	.787	.169
His IKP	25	31.76	9	31.67	7	34.14	.395	.788

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ÄNG 0: Ängstliche Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ÄNG 1: Ängstliche Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ÄNG 2: Ängstliche Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Impulsive Persönlichkeitsstörung

Bor: Borderline Persönlichkeitsstörung

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Für alle vier der Cluster B Persönlichkeitsstörungen bestehen bei Messung mit den drei Methoden keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ÄNG 0 –ÄNG 2.

Die Tabelle 23 liefert die Ergebnisse der Varianzanalyse mit den dimensional Werten der Cluster A Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen.

Tabelle 23: Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster A Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ÄNG 0		ÄNG 1		ÄNG 2		Homogenität	Gruppen differenz
	N	M	N	M	N	M		
Par Interview	25	1.20	9	1.44	7	2.00	.723	.441
Par Frage- bogen	25	2.33	9	2.67	7	3.00	.310	.542
Par IKP	21	36.45	9	34.93	7	40.26	.788	.467
Sch Interview	25	1.40	9	2.22	7	2.14	.028	.506
Sch Frage- bogen	25	3.48	9	4.33	7	3.28	.943	.469
Sch IKP	21	34.64	9	37.60	7	42.68	.543	.155

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ÄNG 0: Ängstliche Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ÄNG 1 Ängstliche Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ÄNG 2: Ängstliche Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Es bestehen keinerlei signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ÄNG 0, ÄNG 1 und ÄNG 2 bezüglich der Paranoiden und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung, gemessen in den drei diagnostischen Methoden von Persönlichkeitsstörungen.

3.1.3.3 Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

Die Ergebnisse der Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den dimensional Scores der Persönlichkeitsstörungen in den drei diagnostischen Methoden als abhängige Variablen sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

Zur Varianzanalyse mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden als abhängige Variablen siehe Tabelle 24.

Tabelle 24: Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ABH 0		ABH 1		ABH 2		Homogenität	Gruppen differenz p
	N	M	N	M	N	M		
Ana Interview	27	3.59	10	4.20	4	3.25	.100	.894
Ana Fragebogen	24	3.83	9	3.78	4	5.00	.512	.534
Ana IKP	27	39.48	10	42.20	4	42.00	.946	.740
Äng Interview	27	2.89	10	4.30	4	7.00	.766	.083
Äng Fragebogen	24	3.37	9	3.67	4	3.750	.697	.879
Äng IKP	27	38.89	10	49.32	4	49.32	.621	.003
Abh Interview	27	.74	10	5.20	4	8.75	.030	.000
Abh Fragebogen	24	2.04	9	2.89	4	4.75	.234	.007
Abh IKP	27	35.52	10	47.00	4	49.00	.146	.004

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ABH 0: Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ABH 1 Abhängige Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ABH 2: Abhängige Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Bei der Messung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP ergibt sich ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte zwischen den Gruppen ABH 0 - ABH 2, der p-Wert beträgt .003. Bei der Varianzanalyse mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den beiden weiteren Methoden ergeben sich sowohl bei der Messung mit dem IPDE-Fragebogen (.007) als auch im IKP (.004) signifikante p-Werte. Die übrigen p-Werte liegen über .05 und sind damit nicht signifikant.

Als Post-hoc Test wird das Verfahren nach Bonferroni eingesetzt, da bei den Variablen mit signifikanten Mittelwertsunterschieden die Varianzunterschiede nicht signifikant ausfallen. Der Tabelle 25 sind die Ergebnisse zu entnehmen.

Tabelle 25: Post-hoc Test nach Bonferroni der signifikanten Variablen der Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Abhängige Variable	Post-hoc - Verfahren	Gruppe	Gruppe	Signifikanz
Äng IKP	Bonferroni	ABH 0	ABH 1	.007
Äng IKP	Bonferroni	ABH 0	ABH 2	.091
Äng IKP	Bonferroni	ABH 1	ABH 2	1.000
Abh Fragebogen	Bonferroni	ABH 0	ABH 1	.489
Abh Fragebogen	Bonferroni	ABH 0	ABH 2	.007
Abh Fragebogen	Bonferroni	ABH 1	ABH 2	.148
Abh IKP	Bonferroni	ABH 0	ABH 1	.014
Abh IKP	Bonferroni	ABH 0	ABH 2	.059
Abh IKP	Bonferroni	ABH 1	ABH 2	1.000

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ABH 0: Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ABH 1 Abhängige Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ABH 2: Abhängige Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

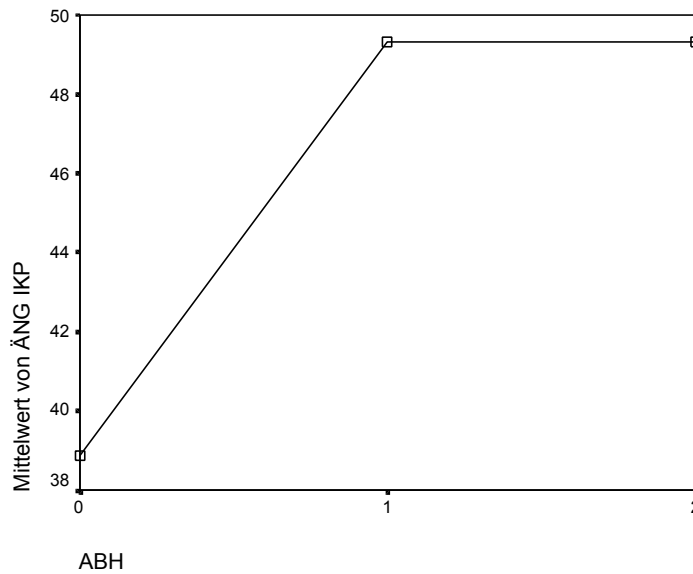
Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Bei den Einzelvergleichen der Gruppen ergeben sich für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im IKP signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ABH 0 und ABH 1, der p-Wert beträgt .007. Bei den weiteren Vergleichen dieser Variablen ergeben sich nur p-Werte über .05, also nicht signifikante Werte.

Die Abbildung 7 gibt die Verteilung der Mittelwerte graphisch wieder.

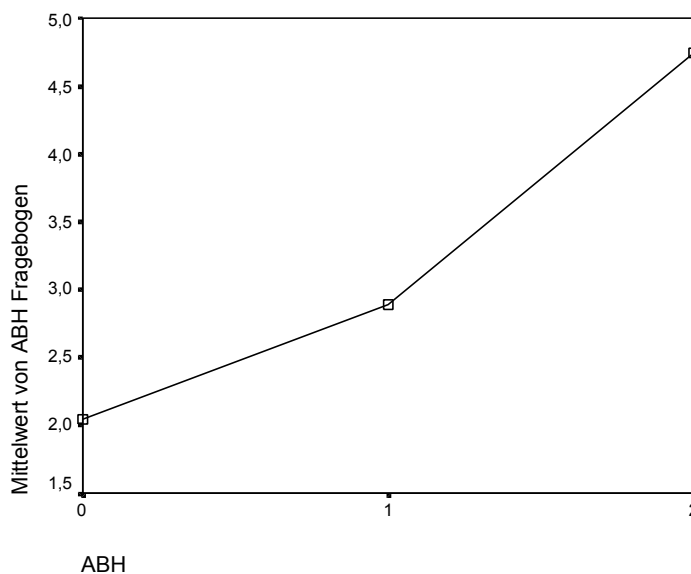
Abbildung 7: Mittelwerte der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP innerhalb der Gruppen ABH 0 – ABH 2



Es zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Mittelwerte zwischen ABH 0 und ABH 1, zwischen den Mittelwerten von ABH 1 und von ABH 2 ist kein Unterschied auszumachen.

Bei den Einzelvergleichen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen ergibt sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen ABH 0 und ABH 2, der p-Wert beträgt .007. Die weiteren Unterschiede der Mittelwerte sind nicht signifikant. Die Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Mittelwerte.

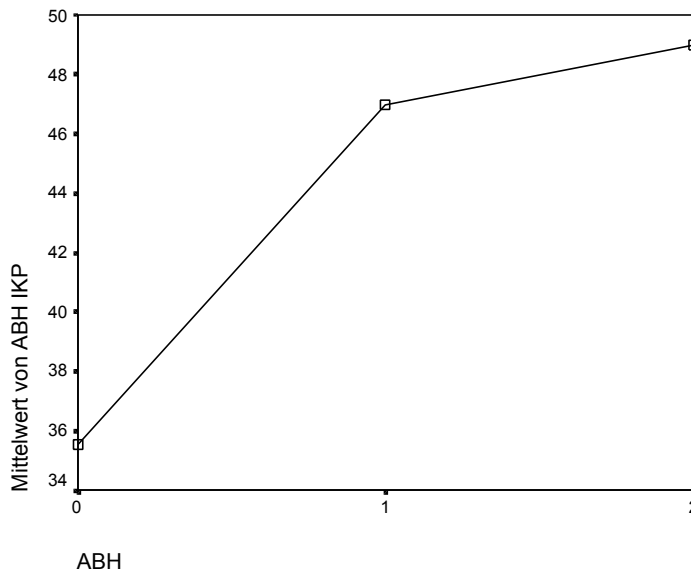
Abbildung 8: Mittelwerte der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen innerhalb der Gruppen ABH 0 – ABH 2



Die Mittelwerte steigen zur Gruppe ABH 2 deutlich an.

Die Abhängige Persönlichkeitsstörung im IKP zeigt bei den Vergleichen der Gruppen signifikante Unterschied der Mittelwerte zwischen den Gruppen ABH 0 und ABH 1, der p-Wert beträgt .014. Die übrigen p-Werte liegen über .05 und sind damit nicht signifikant. In der Abbildung 9 ist die Verteilung der Mittelwerte graphisch dargestellt.

Abbildung 9: Mittelwerte der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP innerhalb der Gruppen ABH 0 – ABH 2



Der Anstieg zwischen ABH 0 und ABH 1 ist wesentlich deutlicher als zwischen ABH 1 und ABH 2.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den dimensional Werten der Cluster B Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen sind in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster B Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ABH 0		ABH 1		ABH 2		Homogenität	Gruppen differenz
	N	M	N	M	N	M		
Dis Interview	27	.41	10	.00	4	.75	.015	.217
Dis Fragebogen	24	1.21	9	1.56	4	1.75	.179	.610
Dis IKP	27	27.61	10	29.42	4	24.40	.372	.336
Imp Interview	27	1.00	10	.30	4	1.25	.199	.393
Imp Fragebogen	24	1.417	9	1.67	4	2.50	.079	.167
Imp IKP	27	34.70	10	35.80	4	35.50	.399	.965
Bor Interview	27	3.30	10	1.80	4	4.75	.308	.320
Bor Fragebogen	24	3.96	9	3.67	4	6.00	.403	.045
Bor IKP	27	34.35	10	34.66	4	36.85	.524	.884
His Interview	27	.41	10	.00	4	1.75	.000	.029
His Fragebogen	24	1.96	9	1.56	4	2.75	.676	.169
His IKP	27	32.30	10	31.00	4	34.00	.917	.823

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ABH 0: Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ABH 1 Abhängige Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ABH 2: Abhängige Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Imp: Impulsive Persönlichkeitsstörung

Bor: Borderline Persönlichkeitsstörung

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

Es ergibt sich bei der Borderline Persönlichkeitsstörung gemessen im IPDE-Fragebogen ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen ABH 0 – ABH 2, der p-Wert beträgt .045. Weiterhin zeigt sich eine signifikante Differenz

zwischen den Mittelwerten der Gruppen ABH 0 –ABH 2 bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview, hier mit einem p-Wert von .029.

In den übrigen Methoden und bei den weiteren Persönlichkeitsstörungen sind die Unterschiede der Mittelwerte nicht signifikant. Da die Homogenität der Varianzen bei der Borderline Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen nicht signifikant sind, wird hier der Post-hoc Test nach Bonferroni eingesetzt. Bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung im Interview hingegen sind die Varianzunterschiede signifikant, so daß der Post-hoc Test nach Tamhane benutzt wird. In der Tabelle 27 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 27: Post-hoc Test nach Bonferroni bzw. Tamhane der signifikanten Variablen der Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Abhängige Variable	Post-hoc - Verfahren	Gruppe	Gruppe	Signifikanz
Bor Fragebogen	Bonferroni	ABH 0	ABH 1	1.000
Bor Fragebogen	Bonferroni	ABH 0	ABH 2	.063
Bor Fragebogen	Bonferroni	ABH 1	ABH 2	.054
His Interview	Tamhane	ABH 0	ABH 1	.055
His Interview	Tamhane	ABH 0	ABH 2	.805
His Interview	Tamhane	ABH 1	ABH 2	.672

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ABH 0: Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ABH 1 Abhängige Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ABH 2: Abhängige Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Bor: Borderline Persönlichkeitsstörung

His: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Bei den Einzelvergleichen ergeben sich keine signifikante Unterschiede der Mittelwerte zwischen den Gruppen ABH 0 –ABH 2, weder bei der Borderline Persönlichkeitsstörung im Fragebogen noch bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung im Interview.

Die Tabelle 28 liefert die Ergebnisse der Varianzanalyse mit den Cluster A Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden als abhängige Variablen.

Tabelle 28: Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Cluster A Persönlichkeitsstörungen als abhängige Variablen

Methode	ABH 0		ABH 1		ABH 2		Homogenität	Gruppen differenz
	N	M	N	M	N	M		
Par Interview	27	1.63	10	.80	4	1.25	.354	.302
Par Frage- bogen	24	2.79	9	2.00	4	2.25	.555	.331
Par IKP	27	36.22	10	38.22	4	36.80	.354	.831
Sch Interview	27	1.63	10	2.00	4	1.50	.674	.877
Sch Frage- bogen	24	3.54	9	4.44	4	2.50	.980	.221
Sch IKP	27	35.30	10	40.78	4	35.55	.980	.325

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

ABH 0: Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden

ABH 1 Abhängige Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich vorhanden

ABH 2: Abhängige Persönlichkeitsstörung sicher vorhanden

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

N: Anzahl der Fälle

M: Mittelwert

range: Streuung

Zwischen den Gruppen ABH 0, ABH 1 und ABH 2 bestehen keinerlei signifikante Mittelwertsunterschiede bezüglich der Paranoiden und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung, gemessen jeweils in den drei diagnostischen Methoden der Persönlichkeitsstörungen.

3.1.4 Übereinstimmung der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

3.1.4.1 Übereinstimmungen der kategorialen Diagnosen innerhalb des IPDE-Moduls

Zur Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen, die jeweils im IPDE-Interview und im IPDE-Fragebogen gestellt wurden, wurden die Konkordanzkoeffizienten berechnet und sind neben der Häufigkeit und Signifikanz in Tabelle 29

dargestellt⁶. Bei der Erfassung im Interview wurde eine Persönlichkeitsstörung sowohl bei der Vergabe der Diagnose einer sicheren als auch einer wahrscheinlichen Persönlichkeitsstörung als vorhanden gezählt. Bei 37 Patienten lagen die Diagnosen beider Methoden vor.

Tabelle 29: Konkordanzkoeffizienten für die Übereinstimmung der Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen in den IPDE-Verfahren

	Anzahl im Interview	Anzahl im Screening	Kappa	Näherungsweise Signifikanz
Paranoide PS	1	10	–	–
Schizoide PS	8	20	.277	.032
Dissoziale PS	1	2	–	–
Impulsive PS	0	1	–	–
Borderline PS	5	7	.209	.196
Histrionische PS	1	3	–	–
Anankastische PS	14	20	.470	.003
Ängstliche PS	16	19	.515	.001
Abhängige PS	13	11	.262	.108
PS vorhanden	30	30	.471	.004

Anzahl im Interview: Auftretenshäufigkeit der entsprechenden Diagnose gemessen mit dem IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Anzahl im Screening: Auftretenshäufigkeit der entsprechenden Diagnose, gemessen mit dem IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

PS: Persönlichkeitsstörung

Kappa: Konkordanzkoeffizienten Cohens Kappa

Der Konkordanzkoeffizient für die Übereinstimmung des dichotomen Kriteriums, ob eine Persönlichkeitsstörung vorhanden ist oder nicht, beträgt .471 und ist signifikant.

Für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen, bei denen die Auftretenshäufigkeit in beiden Methoden über 5 % beträgt, wurden die Kappa-Koeffizienten berechnet. Die Konkordanzkoeffizienten der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung (Kappa: .515), der Anankastischen Persönlichkeitsstörung (Kappa: .470) und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung (Kappa: .277) liegen auf einem signifikanten Niveau mit einem Wert der näherungsweisen Signifikanz von kleiner als .05. Die Konkordanzkoeffizienten der übrigen sind nicht signifikant, Kappa beträgt .209 für

⁶ Die originalen Kreuztabellen sind dem Anhang A, Abschnitt 7.3.1 zu entnehmen.

die Borderline Persönlichkeitsstörung und .262 für die Abhängige Persönlichkeitsstörung.

3.1.4.2 IPDE-Interview versus klinische Diagnose

Um die Übereinstimmung der IPDE-Interview Diagnosen und der klinisch gestellten Diagnosen zu ermitteln, wurde der Konkordanzkoeffizient Cohens Kappa berechnet, die Werte, die Signifikanzen und die Häufigkeiten der Diagnosen sind in der Tabelle 30 dargestellt.⁷

Tabelle 30: Konkordanzkoeffizienten für die Übereinstimmung der Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen zwischen dem IPDE-Interview und der klinischen Diagnose

	Anzahl Interview	Anzahl Klinisch ⁸	Kappa	Näherungsweise Signifikanz
Paranoide PS	1	0	–	–
Schizoide PS	8	0	–	–
Dissoziale PS	1	0	–	–
Impulsive PS	0	0	–	–
Borderline PS	5	2		
Histrionische PS	1	0	–	–
Anankastische PS	14	3	–	–
Ängstliche PS	16	4/8	–/.324	–/.020
Abhängige PS	13	1	–	–
PS vorhanden	33	19	.066	.576
Kombinierte PS	16	7	.259	.054

Anzahl Interview: Auftretenshäufigkeit der entsprechenden Diagnose gemessen mit dem IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Anzahl Klinisch: Auftretenshäufigkeit der entsprechenden Diagnose nach der klinischen Diagnosevergabe

PS: Persönlichkeitsstörung

Kappa: Konkordanzkoeffizienten Cohens Kappa

⁷ Die originalen Kreuztabellen sind im Anhang A, Abschnitt 7.3.2 dargestellt.

⁸ Aufgrund der Hypothese, daß sich die Ängstliche Persönlichkeitsstörung und die Soziale Phobie nur in der Ausprägung voneinander unterscheiden, werden die Fälle mit einer klinischen Diagnose einer Sozialen Phobie mit zu den Fällen einer Ängstlichen Persönlichkeitsstörung gerechnet, diese Werte werden an zweiter Stelle aufgeführt.

Der Konkordanzkoeffizient für die Übereinstimmung des dichotomen Kriteriums, ob eine Persönlichkeitsstörung vorhanden ist oder nicht, beträgt .066 und ist damit nicht signifikant, wobei einer Diagnose im Interview sowohl die als wahrscheinlich vorhanden als auch die als sicher vorhanden diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen entsprechen.

Die klinische Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, die mit ausreichender Häufigkeit gestellt wurde, ist die der Kombinierten Persönlichkeitsstörung, hier beträgt der Konkordanzkoeffizient .259 und ist mit .054 knapp nicht signifikant. Es wurden hierfür alle die Fälle im IPDE-Interview gezählt, bei denen mindestens zwei Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden, wiederum sowohl die wahrscheinlich als auch die sicher vorhandenen.

Durch Assimilation der Fälle mit einer Sozialen Phobie unter die Ängstlichen Persönlichkeitsstörungen der klinischen Diagnosen wird diese Zelle auf acht Fälle aufgefüllt, so daß eine Berechnung von Kappa sinnvoll wird. Diese Zusammenführung rechtfertigt sich durch die Theorien, die besagen, die beiden Störungen unterscheiden sich nur im Ausprägungsgrad, mit eventuell willkürlich gesetzten Cut-off Werten. Der Kappa Wert beträgt dabei erstaunliche .324 und ist mit .020 signifikant.

3.2 Korrelation der Cluster C Persönlichkeitsstörungen mit den sechs Basisfaktoren der Persönlichkeit.

Zur Korrelation zwischen den angstnahen Persönlichkeitsstörungen, gemessen mit dem IPDE-Interview, dem dazugehörigen Fragebogen und dem IKP, und den Basisdimensionen der Persönlichkeit, erfaßt mit dem HPI, siehe Tabelle 31.

Tabelle 31: Pearson-Korrelationen der Cluster C Persönlichkeitsstörung mit den sechs Basisfaktoren der Persönlichkeit.

	Neuroticism	Extraversion	Openness	Conscientiousness	Agreeableness	Risk
Ana Interview	.125	-.139	-.072	.396*	-.081	.162
Ana Fragebogen	.362*	-.190	.134	.610**	.093	.308
Ana IKP	.412**	-.280	-.047	.628**	.130	.286
Äng Interview	.247	-.276	.098	-.012	-.182	-.164
Äng Fragebogen	.406*	-.609**	-.229	.109	-.268	-.005
Äng IKP	.520**	-.271	.053	-.009	.130	-.228
Abh Interview	.276	-.183	.078	-.188	.134	-.395*
Abh Fragebogen	.482**	-.295	.041	-.033	.013	-.130
Abh IKP	.498**	-.230	.099	-.125	.059	-.225

Neuroticism: Nervosität/Sensibilität

Extraversion: Extrovertiertheit/Kontaktfreudigkeit

Openness: Offenheit/Fantasie

Conscientiousness (Kontrolliertheit/Normorientiertheit)

Agreeableness: Fürsorglichkeit/Liebe

Risk: Risikobereitschaft/Mut

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Die Anankastische Persönlichkeitsstörung korreliert in allen drei Methoden signifikant mit der Persönlichkeitsdimension *Conscientiousness* (Kontrolliertheit/Normorientiertheit). Die Anankastische Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview korreliert mit *Conscientiousness* mit dem Wert von .396*, im dazugehörigen Fragebogen mit .610** und im IKP mit .628**. Auch mit der Persönlichkeitsdimension *Neuroticism* (Nervosität/Sensibilität) korreliert die Anankastische Persönlichkeitsstörung signifikant. Gemessen mit dem IPDE-Fragebogen wird ein Wert von .362* erreicht, mit dem IKP ein Wert von .412**, im Interview wird allerdings kein signifikantes Niveau erreicht (.125). Die übrigen Persönlichkeitsdimensionen korrelieren nicht signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, die Werte liegen zwischen -.280 und .308.

Zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und den Basisdimensionen der Persönlichkeit finden sich bei keiner dieser Dimensionen durchgehend in allen Methoden signifikante Korrelationen. *Neuroticism* korreliert mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung sowohl im IPDE-Fragebogen (.406*) als auch im IKP (.520**) signifikant, im Interview wird kein signifikanter Wert erreicht (.247). Eine weitere signifikante, diesmal negative Korrelation zeigt sich zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen und der Persönlichkeitsdimension *Extraversion* (Extrovertiertheit/Kontaktfreudigkeit), wobei der Korrelationskoeffizient $-.609^{**}$ beträgt. Auch in den beiden anderen Verfahren korreliert die Ängstliche Persönlichkeitsstörung negativ mit Extraversion, allerdings nicht auf einem signifikanten Niveau, im Interview mit $-.276$ und im IKP mit $-.271$. Die übrigen Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung erreichen Werte zwischen $-.268$ und $.098$ und sind damit nicht signifikant.

Auch bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zeigen sich signifikante Korrelationen mit der Persönlichkeitsdimension *Neuroticism* im IPDE-Fragebogen (.482**) und im IKP (.498**), dabei wiederum nicht im Interview (.276). Die Abhängige Persönlichkeitsstörung im Interview korreliert allerdings gegenläufig signifikant mit der Persönlichkeitsdimension *Risk* (Risikobereitschaft/Mut) ($-.395^*$). Auch in den beiden anderen Verfahren korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung mit *Risk* negativ, es werden aber keine signifikanten Werte erreicht, im IPDE-Fragebogen nur ein Wert von $-.130$ und im IKP von $-.225$. Alle Korrelationen mit den übrigen Persönlichkeitsdimensionen sind nicht signifikant und die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen $-.230$ und $.134$. Bei der Berechnung der Rangkorrelation nach Spearman (*Spearman's Rho*) ergibt sich ein negativer signifikanter Zusammenhang der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen mit der Basisdimension *Extraversion* von $-.344^{*9}$.

⁹ Bei den übrigen Basisdimensionen und der anderen Cluster C Persönlichkeitsstörungen ergeben sich bei der Berechnung der nichtparametrischen Korrelationen keine Veränderungen hinsichtlich signifikanter Korrelationen.

3.3 Korrelation der Cluster C Persönlichkeitsstörung mit den Skalen der Symptom-Checkliste SCL-190-R

Um Zusammenhänge zwischen den Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der subjektiven Belastung durch akute Symptome festzustellen, erfolgt die Betrachtung der Korrelation nach Pearson zwischen den Symptomskalen der Symptom-Checkliste und den dimensional Scores der angstnahen Persönlichkeitsstörungen in den verschiedenen diagnostischen Methoden (IKP, IPDE-Interview und -Fragebogen).

Auch hier spricht ein über die Methoden hinweg vorhandenes Muster für einen Zusammenhang, der über die methodenimmanenten Effekte der einzelnen Methode hinausgeht.

3.3.1 Korrelationen der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Die Korrelationen zwischen den in der SCL-190-R abgefragten Symptomskalen und den dimensional Scores der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview, dem dazugehörigen Fragebogen und im IKP sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32: Pearson-Korrelationen zwischen den Skalenwerten der SCL-190-R und den dimensional Scores der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

	Ana Interview	Ana Fragebogen	Ana IKP
Belastungsdepression	.450**	.219	.349*
Hypomane Desorganisation	.022	.020	.124.
Hypochondrie	-.009	.117	.300
Suizidalität	.165	.232	.272
Stoffgebundene Suchttendenz	-.187	-.233	-.108
Schlafstörungen	.096	-.041	.093
Agoraphobie und Panik	.192	.084	.298
Aggressivität	.077	.015	.113
Paranoia	.227	.224	.148
Obsessiv-kompulsives Syndrom	.118	.247	.572**
Nervöse Beschwerden	.366*	.261	.320*
Soziale Gehemmtheit	-.132	.087	.183
Dyskognitives Syndrom	.009	-.054	.311
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	.062	.025	.293
Depressivität, Verlusterleben	.091	.170	.045
Posttraumatisches Streßsyndrom	.071	.150	.217

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Ana: Anankastische Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Die Symptomskala *Belastungsdepression* korreliert signifikant sowohl mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview (.450**) als auch im IKP (.349*). Die Korrelation mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen ist dagegen mit .219 nicht signifikant.

Die Skala des *Obsessiv-kompulsiven Syndroms* korreliert ebenfalls mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung signifikant, allerdings nur im IKP (.572**),

weder die Korrelation mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview (.118), noch im dazugehörigen Fragebogen (.247) ist signifikant.

Des weiteren korreliert die Skala *Nervöse Beschwerden* signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, zum einem im IKP (.320*) zum anderen im Interview (.366*), im IPDE-Fragebogen wird kein signifikantes Niveau erreicht (.261).

Die übrigen Skalen korrelieren nicht signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, die Werte liegen zwischen -.232 und .293.

3.3.2 Korrelationen der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Die Korrelationen zwischen den Symptomskalen der SCL-190-R und den dimensional Scores der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in den verschiedenen diagnostischen Methoden sind in Tabelle 33 dargestellt.

Tabelle 33: Pearson-Korrelationen zwischen den Skalenwerten der SCL-190-R und den dimensional Scores der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

	Äng Interview	Äng Fragebogen	Äng IKP
Belastungsdepression	-.020	.017	.154
Hypomane Desorganisation	.087	.134	.271
Hypochondrie	.130	.092	.382*
Suizidalität	.316*	.184	.324*
Stoffgebundene Suchttendenz	-.056	-.021	.390*
Schlafstörungen	-.069	-.129	.172
Agoraphobie und Panik	.146	.257	.293
Aggressivität	.101	.346*	.305
Paranoia	.137	.149	.382*
Obsessiv-kompulsives Syndrom	-.037	.173	.399*
Nervöse Beschwerden	.031	.154	.188
Soziale Gehemmtheit	.480**	.593**	.651**
Dyskognitives Syndrom	.023	.077	.509**
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	.095	.355*	.390*
Depressivität, Verlusterleben	.111	.032	.372*
Posttraumatisches Streßsyndrom	.141	.264	.522**

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Zwischen der Symptomskala *Hypochondrie* und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP besteht eine signifikante Korrelation (.382*), in den IPDE-Verfahren korreliert die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nicht signifikant mit dieser Skala, im Interview mit .130 und im Fragebogen mit .092.

Auch zwischen *Suizidalität* und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung bestehen signifikante Korrelationen, im Interview mit .316* und im IKP mit .324*, im IPDE-Fragebogen wird mit .184 kein signifikantes Niveau erreicht.

Aggressivität korreliert signifikant mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen (.346*), aber mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in den beiden anderen Methoden werden keine signifikanten Werte erreicht, der Korrelationskoeffizient beträgt im Interview .101 und im IKP .305.

Weiterhin besteht eine signifikante Korrelation zwischen der Skala *Paranoia* und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP (.382*), aber weder im IPDE-Interview (.137) noch im dazugehörigen Fragebogen (.149) sind die Korrelationskoeffizienten signifikant.

Die Korrelation mit der Skala des *Obsessiv-kompulsiven Syndrom* zeigt dasselbe Muster, ein signifikanter Wert im IKP (.399*) und keine signifikanten Werte im Interview (-.037) und im Fragebogen (.173).

Interessant ist die starke Korrelation zwischen *Sozialer Gehemmtheit* und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in allen drei Methoden. Die Korrelation mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview ist signifikant mit .480**, in eben dem Fragebogen mit .593** und im IKP mit .651**.

Des weiteren findet sich eine signifikante Korrelation zwischen der Skala des *Paranoid-halluzinatorischen Syndroms* und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung sowohl im IKP (.390*) als auch im IPDE-Fragebogen (.355*), allerdings nicht im Interview (.095).

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im IKP korreliert signifikant sowohl mit der Skala *Depressivität, Verlusterleben* (.372*) als auch mit der Skala *Posttraumatisches Streßsyndrom* (.522**). In den IPDE-Methoden korreliert die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nicht signifikant mit diesen Skalen, die Werte betragen für die Korrelation zwischen *Depressivität, Verlusterleben* und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview .111, im Fragebogen .032 und für das Posttraumatische Streßsyndrom in der Korrelation mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview .141 und im Fragebogen .264.

Die Koeffizienten der Korrelationen zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und den übrigen Skalen sind nicht signifikant, sie liegen zwischen -.129 und .293.

3.3.3 Korrelationen der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

Zur Korrelation der Symptomskalen der SCL-190-R mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den verschiedenen diagnostischen Methoden siehe Tabelle 34.

Tabelle 34: Pearson-Korrelationen zwischen den Skalenwerten der SCL-90-R und den dimensional Scores der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

	Abh Interview	Abh Fragebogen	Abh IKP
Belastungsdepression	-.003	.055	.089
Hypomane Desorganisierung	.180	.063	.116
Hypochondrie	.171	.194	.206
Suizidalität	.252	.215	.353*
Stoffgebundene Suchttendenz	.114	.080	.386*
Schlafstörungen	-.016	-.123	.089
Agoraphobie und Panik	.176	.306	.163
Aggressivität	.159	.208	.445**
Paranoia	.305	.119	.328*
Obsessiv-kompulsives Syndrom	.114	.218	.196
Nervöse Beschwerden	.194	-.014	.121
Soziale Gehemmtheit	.291	.625**	.575**
Dyskognitives Syndrom	.410**	.249	.386*
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	.233	.235	.260
Depressivität, Verlusterleben	.273	.235	.463**
Posttraumatisches Streßsyndrom	.331*	.262	.429**

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von ,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von ,05 (2-seitig) signifikant.

Auch bei der Korrelation zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und der SCL-190-R gibt es einige signifikante Korrelationskoeffizienten, hierbei überwiegend in der Korrelation mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP, ohne daß in den anderen Methoden ebenfalls signifikante Werte erreicht werden. Dies betrifft die Korrelation mit der Skala der *Suizidalität* (.353* im IKP, .252 im Interview und .215 im dazugehörigen Fragebogen) und diejenige der *Stoffgebundenen Suchttendenz* (.386* im IKP, .114 im IPDE-Interview und .080 im Fragebogen). Ein ebensolches Muster findet sich bei der Skala der *Aggressivität* (.445** im IKP, .159 im Interview und .208 im Fragebogen), derjenigen der *Paranoia* (.328* im IKP, .305 im Interview und .119 im Fragebogen) und bei der Skala *Depressivität, Verlusterleben* (.463** im IKP, .273 im IPDE-Interview und .235 in eben dem Fragebogen).

Mit *Sozialer Gehemmtheit* korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung signifikant im IPDE-Fragebogen (.625**) und im IKP (.575**), im Interview ergibt sich nur ein nicht signifikanter Wert von .291.

Die Skala des *Dyskognitiven Syndroms* korreliert signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sowohl im Interview (.410**) als auch im IKP (.386*), im IPDE-Fragebogen wird mit .249 kein signifikantes Niveau erreicht.

Ebenso verhält es sich beim *Posttraumatischen Streßsyndrom*, es zeigen sich signifikante Korrelationen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Interview (.331*) und im IKP (.429**), jedoch nicht im IPDE-Fragebogen (.262).

Die übrigen Skalen der SCL-190-R korrelieren nicht signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen -.123 und .306.

4 Diskussion

4.1 Korrelationsverhalten der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Bei Betrachtung der Korrelationen der drei diagnostischen Instrumente der Persönlichkeitsstörungen fällt auf, daß sich bei den Korrelationen des IKP mit den anderen Instrumenten vielfach in stärkerem Ausmaß Signifikanzen ergeben. Dies betrifft neben den internen Korrelationen des IKP auch die Korrelationen mit den beiden IPDE-Instrumenten und auch die Korrelationen mit der SCL-190-R. Intern in den drei Methoden stehen den 27 signifikante Korrelationen des IKP sieben des IPDE-Interviews und 17 des IPDE-Fragebogens gegenüber. Zwischen den Methoden ist der Unterschied hinsichtlich signifikanter Korrelationen verschiedener Diagnosen nicht so deutlich, allerdings sind bei der Korrelation zwischen den beiden Fragebögen 20 Signifikanzen zu finden, zwischen dem Interview und den beiden Fragebogenmethoden jedoch nur 8 bei der Korrelation mit dem IKP beziehungsweise 11 bei der Korrelation mit dem IPDE-Fragebogen. Sehr deutlich sind die Unterschiede bei den Korrelationen mit der SCL-190-R. Es lassen sich 21 signifikante Koeffizienten bei den Korrelationen zwischen den Symptomskalen und den Cluster C Persönlichkeitsstörungen im IKP finden, gegenüber nur sechs signifikanten Koeffizienten bei den Korrelationen der SCL-190-R mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen im IPDE-Interview und vier mit den angstnahen Persönlichkeitsstörungen im IPDE-Fragebogen. Bei der Korrelation mit den Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit des HPI ergeben sich dagegen keine Unterschiede, bei der Korrelation der angstnahen Persönlichkeitsstörungen im Interview ergeben sich zwei, im IPDE-Fragebogen fünf und im IKP vier signifikante Koeffizienten.

Diese Unterschiede des Korrelationsverhaltens können durch verschiedene Ursachen zustande kommen.

Das IKP, die SCL-190-R und das HPI benutzen eine mehrstufige Antwortskala. Durch diese Übereinstimmung könnte es bei einem Antwortverhalten der Probanden, das im Sinne eines Antwortstils für einer der Stufen eine Präferenz aufweist, die unabhängig von den Inhalten der Aussagen der Items ist, zu höheren Werten der Korrelationskoeffizienten kommen. Wenn das Korrelationsverhalten

des IKP allerdings auf diese Bevorzugung einer der Antwortstufen zurückzuführen ist, so müßten sich auch bei der Korrelation des IKP mit dem HPI mehr Signifikanzen als zwischen den IPDE-Methoden ergeben.

Die Antwortsätze des IKP sind im Gegensatz zu denen des IPDE-Fragebogens einheitlich positiv gepolt. Dies könnte bei einer Ja-Sage-Tendenz der Probanden zu erhöhten Werten im IKP führen. Im IPDE-Fragebogen sind weniger als ein Viertel der Fragen negativ gepolt, es ist fraglich ob dieser Anteil das vor allem hinsichtlich der SCL-190-R stark unterschiedliche Korrelationsverhalten der beiden Fragebögen erklären kann.

Eine weitere Möglichkeit wäre, daß das verstärkte Korrelieren mit anderen Skalen an der Verwendung eines Fragebogen liegt, der möglicherweise schlechter als ein Interview verschiedene Achse-II-Störungen voneinander beziehungsweise Achse I von Achse-II-Störungen zu diskriminieren vermag. Dafür spräche, daß bei der Korrelation der beiden Fragebogenmethoden wesentlich mehr signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen zu finden sind als jeweils bei der Korrelation der beiden Fragebögen mit dem Interview. Andererseits ergeben sich nicht mehr Signifikanzen bei der Korrelation der SCL-190-R mit dem IPDE-Fragebogen als bei der Korrelation mit dem IPDE-Interview, jedoch erheblich mehr bei der Korrelation des IKP mit der SCL-190-R.

Ein weiterer struktureller Unterschied zwischen dem IKP und den IPDE-Methoden betrifft die Anzahl der Items je Persönlichkeitsstörung. Im IKP sind es pro Persönlichkeitsstörung 18 Items, beim IPDE-Fragebogen schwankt die Anzahl der Items pro Persönlichkeitsstörung zwischen 5 und 9 Fragen. Beim IPDE-Interview sind es pro Persönlichkeitsstörung zwischen 5 und 10 Items, wobei innerhalb der Skalen beachtet werden muß, daß die Bewertung von 6 der 63 Items bereits auf der zusammengeführten Beurteilung von 2 bis zu 5 Unterfragen beruht. Durch die unterschiedliche Länge der Skalen der drei Instrumente, wobei der IKP wesentlich länger ist, resultieren bei ähnlichen mittleren Itemkorrelationen als Maß der Homogenität, die im Mittel für die Skalen des Interview .228, für die des Fragebogen .107 und für die ICD-10 Skalen des IKP .261 betragen, sehr viel unterschiedlichere Cronbachs- α -Werte als Maß der internen Konsistenz. Diese betragen im Mittel für die Skalen des Interviews .588, für die des Fragebogens .414 und für die des IKP .900.¹⁰ Bei einer höheren internen Konsistenz werden die

¹⁰ Genauere Angaben siehe Anhang A, Abschnitt 7.1.

Korrelationen mit externen und internen Skalen größer, so daß auch hierin der Unterschied des Korrelationsverhaltens der drei Methoden begründet sein könnte.

Aufgrund inhaltlicher Unterschiede des Korrelationsverhalten des IKP, der hohe interne Korrelationen und viele signifikante Korrelationen mit den Symptomskalen aufweist, dagegen aber nicht mehr Signifikanzen als die beiden IPDE-Methoden, mit den Skalen der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit, kann man zu der Vermutung gelangen, daß der IKP stärker als die anderen Instrumente die Psychopathologie erfaßt. Man könnte annehmen, daß das IKP inhaltlich klinischer angelegt ist, so daß es zu einer Erfassung einer psychopathologischen Basis im Sinne einer generellen Dysfunktion der Persönlichkeit kommt, wodurch die Unterschiede des Korrelationsverhalten der drei Methoden erklärbar wären.

Diese möglicherweise auf der Struktur oder des Inhaltes der Methoden beruhenden Unterschiede müssen bei der inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden.

4.2 Konvergente und diskriminante Validität der verschiedenen Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen

Zur Evaluation der Validität psychometrischer Verfahren wird in dieser Studie die konvergente Validität der benutzten Verfahren zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen durch die Untersuchung der Übereinstimmung der Diagnosen zwischen den Methoden überprüft. Ein weiterer Aspekt der Validität ist die Diskriminanz, die angibt, wie gut die Verfahren verschiedene Störungen voneinander unterscheiden können. Um die Validität der Methoden zu überprüfen, werden zum einen die dimensional Scores der verschiedenen Diagnosen einer Multitrait-Multimethod Analyse unterzogen, mit der sowohl die konvergente als auch die divergente Validität untersucht wird. Zum anderen wird die Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen überprüft, indem die Kappa-Werte zwischen den korrespondierenden Diagnosen der kategorial auswertbaren Methoden berechnet werden. Außerdem können die Gruppenvergleiche der mit Hilfe des IPDE-Interviews eingeteilten Gruppen in drei kategoriale Ausprägungsgrade der Cluster C Persönlichkeitsstörungen sowohl zur Beurteilung der konvergenten Validität als auch für die Bewertung der diskriminanten Validität herangezogen werden.

Es existieren keine Studien zur Übereinstimmung zwischen den beiden IPDE-Instrumente und dem IKP, so daß Studien mit anderen diagnostischen Methoden

zum Vergleich herangezogen werden. Bei allen Vergleichen mit Ergebnissen anderer Studien muß beachtet werden, daß die hier vorgestellten Daten nach dem ICD-10 erhoben wurden und die Daten der meisten Studien nach dem DSM klassifiziert werden, wobei wiederum die verschiedenen benutzten Versionen des DSM Unterschiede aufweisen. Beim Vergleich mit auf dem DSM basierenden Studien ist zu beachten, daß die Übereinstimmung der angstnahen Persönlichkeitsstörungen in ICD-10 und DSM-IV nicht vollkommen ist, die Korrelationen betragen nach einer Studie von Ottosson et al. [77] für das Paar Selbstunsichere / Ängstliche Persönlichkeitsstörung .93, für das Paar Dependente / Abhängige Persönlichkeitsstörung .94 und für das der Zwanghaften / Anankastischen Persönlichkeitsstörung .89. Die Persönlichkeitsstörungen wurden jeweils mit dem DSM-IV und dem ICD-10 Personality Interview erhoben.

Außerdem muß bei den hier vorgestellten Daten zusätzlich die besondere Stichprobe Berücksichtigung finden, bei der Patienten nur dann mit einer Persönlichkeitsstörung aus den Clustern A oder B eingeschlossen wurden, wenn diese als Nebendiagnose im Sinne einer im IPDE-Interview als wahrscheinlich diagnostizierten Störung gestellt wurde.

4.2.1 Multitrait-Multimethod Analyse der dimensionalen Diagnosen

Bei der Multitrait-Multimethod Analyse der Diagnosen werden die Korrelationskoeffizienten der dimensionalen Werte jeder Persönlichkeitsstörungsskala nach den Bedingungen von Campbell und Fiske [20] hinsichtlich konvergenter und diskriminanter Validität überprüft.

Da in dieser Studie drei verschiedene Methoden zur Erhebung von Persönlichkeitsstörungen untersucht werden, muß beachtet werden, daß je Persönlichkeitsstörung neun Korrelationen zu prüfen sind. Man begutachte für die zwei jeweils miteinander korrelierenden Diagnosen zum einen die internen Korrelationen der drei Methoden. Zum anderen vergleiche man die Kreuzkorrelation zwischen den Methoden, das heißt die Korrelation der ersten Methode für Diagnose 1 mit der Diagnose 2 der zweiten Methode und die Korrelation der entgegengesetzte Konstellation, die Korrelation der Diagnose 1 in der Methode 2 mit der Diagnose 2 in der Methode 1. Ebenso verfähre man jeweils entsprechend mit der dritten Methode.

Die geforderten Muster methodenübergreifender Zusammenhänge lassen sich einmal bei den Korrelationen zur Überprüfung der Übereinstimmung der verschiedenen Methoden hinsichtlich der jeweiligen Diagnose erkennen. Des Weiteren zeigen sich innerhalb und zwischen den Verfahren wiederkehrende Zusammenhänge zwischen verschiedenen Diagnosen.

4.2.1.1 Übereinstimmung der korrespondierenden Diagnosen in den drei Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen

Der Vergleich der dimensional diagnostischen der Persönlichkeitsstörungen in den verschiedenen Methoden, also die Untersuchung, wie gut die verschiedenen Instrumente die gleiche Störung erfassen, zeigt, daß bei fünf von neun Persönlichkeitsstörungen die korrelativen Zusammenhänge der diagnostischen Urteile als zufriedenstellend betrachtet werden können.

Bei diesen fünf Persönlichkeitsstörungen sind die Korrelationen zwischen allen drei Methoden auf dem Niveau von .01 signifikant. Die Werte der Koeffizienten liegen zwischen .427** und .638**. Damit ist die Übereinstimmung der Diagnosen in den drei Verfahren für die Schizoide Persönlichkeitsstörung, die Borderline Persönlichkeitsstörung und alle drei Diagnosen aus dem angsten Bereich zufriedenstellend.

Die Übereinstimmungen der diagnostischen Urteile der Impulsiven Persönlichkeitsstörung fallen etwas geringer aus, sie sind nur auf dem Niveau von .05 signifikant, mit Werten zwischen .341* und .411*.

Bei der Paranoiden Persönlichkeitsstörung sind die Korrelationskoeffizienten zwischen den IPDE-Instrumenten und zwischen dem IPDE-Fragebogen und dem IKP mit .481** und .448** ebenfalls auf dem Niveau von .01 signifikant, jedoch ist eine Übereinstimmung zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP mit einem Koeffizienten von .029 nicht vorhanden.

Bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung ist insgesamt die Übereinstimmung nicht ausreichend, allerdings ist einer der Koeffizienten immerhin mit .381 * signifikant, die zwei weiteren Werte fallen mit .305 und .252 geringer aus. Eine Übereinstimmung der Methoden hinsichtlich der Dissozialen Persönlichkeitsstörung fehlt mit Werten zwischen -.036 und .211 gänzlich.

In sieben der neun Diagnosen fällt die Korrelation am geringsten zwischen dem IPDE-Interview und dem IKP-Fragebogen aus. Die Distanz zwischen dem IPDE-

Interview und dem IKP-Fragebogen und folglich die erheblichere Nähe dieser beiden zum IPDE-Screening-Fragebogen läßt sich auf zwei Ursachen zurückführen.

Zum einen sind die beiden IPDE-Instrumente aufeinander abgestimmt und vom selben Autor, haben also eine entsprechende Übereinstimmung in der Erfragung und Interpretation der Items.

Beispielsweise wird das Kriterium 5 der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, *Unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit bis hin zum Verzicht auf Vergnügungen und zwischenmenschliche Beziehungen*, im IPDE-Interview mit folgenden Fragen ermittelt: *“Verbringen Sie soviel Zeit mit der Arbeit, daß Sie für etwas anderes keine Zeit mehr haben und daß Sie (auch) Ihre Beziehungen zu anderen Leuten vernachlässigen?“*. Im IPDE-Fragebogen lautet die Aussage, die von den Patienten zu bewerten ist, sehr ähnlich: *“Ich arbeite so viel, daß mir für etwas anderes keine Zeit mehr bleibt.“*. Dagegen wird dieses Kriterium im IKP mit einem deutlich anderen Wortlaut abgefragt, die einzuschätzenden Aussagen sind einmal *“Ich mache es mir zum Prinzip, mich nicht durch Freunde von der Arbeit abhalten zulassen“* und zum anderen *“Die Arbeit und das unermüdliche Streben nach Perfektion haben in meinem Leben einen viel höheren Stellenwert als menschliche Beziehungen und Freizeit“*.

Zum anderen zeigen die höheren Korrelationen zwischen den beiden Fragebögen IKP und IPDE-Screening, daß die gleiche Methode, hier Fragebögen, auch ähnlichere Ergebnisse liefern. Bedingt wird dieser Unterschied zum einen durch die Anonymität des Fragebogen im Gegensatz zum vis-a-vis Interview, und zum anderen durch die Möglichkeit im Interview durch gezieltes Nachfragen die Einschätzung der Items zu verifizieren.

Der auf der Methodik beruhende Unterschied, also die Tatsache, daß bei den hier vorgestellten Daten die Übereinstimmung der Fragebögen untereinander stärker ist als zwischen dem IKP-Fragebogen und dem Interview konnte in anderen Studien, ebenfalls festgestellt werden, siehe dazu die Übersichtsarbeiten von Frydrich et al. [33] und von Perry [79], auch wenn diese zum Teil mit der kategorialen Klassifikation durchgeführt worden sind.

Studien, welche die Methodenvarianz untersuchen, die sich durch die Konzeption zweier Methoden von ein und demselben Autor ergibt, sind meines Wissens nicht durchgeführt worden, obwohl Perry [79] feststellte, daß durch die Erfragung der Kriterien in verschiedener Art und Weise unterschiedliche Daten produziert würden. Wie oben dargelegt, differiert die Erfragung der Items

wesentlich stärker zwischen den Verfahren, wenn diese von verschiedenen Autoren entwickelt wurden.

Frydrich et al. [33] kamen bei der Untersuchung der Übereinstimmung der dimensional Diagnostik nach DSM-III-R von Persönlichkeitsstörungen mit zwei weiteren Instrumenten, dem SKID-II [103], einem anderen halbstrukturierten Interview und einem Fragebogen zu kognitiven Schemata von Beck et al. [12, zitiert nach 33] zu den folgenden Ergebnissen. Nur die Korrelationskoeffizienten der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung lagen bei .51 und .57, womit die Übereinstimmung als zufriedenstellend bezeichnet werden könne. Alle anderen Koeffizienten betragen bei dieser Studie weniger als .40. Derjenige der Antisozialen Persönlichkeitsstörung lag sogar nur bei .09, als Ausdruck einer besonders geringen Übereinstimmung der Methoden bei der Erfassung dieser Diagnose. Das ICD-10 Pendant der letztgenannten Diagnose ist die Dissoziale Persönlichkeitsstörung, bei der auch in der hier vorliegenden Studie keine Übereinstimmung der Methoden gefunden werden konnte.

Ruiter und Greeven [88] korrelierten zur Überprüfung der Übereinstimmung eines Selbstbeurteilungsfragebogens (Personality Disorders Questionnaire-Revised [46]) und eines strukturierten Interviews (Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders-Revised [80]) in einer forensischen Stichprobe die dimensional Scores der Diagnosen, die nach dem DSM-III-R gestellt wurden. Die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen .26 für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und .60 für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, bei einer mittleren Übereinstimmung von .435.

Die Übereinstimmung ist in dieser Studie auch insgesamt stärker als bei den Daten von Frydrich et al. [33] und auch als bei unseren Ergebnissen. Auffällig ist die gute Übereinstimmung für die Diagnose der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. In der speziellen, forensischen Stichprobe der Studie von Ruiter und Greeven [88] wurde die Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung in 27 % der Fälle gestellt. Im Gegensatz dazu kam es zu keiner Diagnosestellung bei Frydrich et al. [33] und nur zu zwei Diagnosen einer wahrscheinlichen Dissozialen Persönlichkeitsstörung in unserer Studie.

Es scheint, daß bei der Erhebung der unteren Abschnitte der Dimension der Antisozialen beziehungsweise Dissozialen Persönlichkeitsstörung eine schlechtere Übereinstimmung besteht, als bei Erhebung der oberen Abschnitte.

Inwieweit die Unterschiede zwischen den genannten Studien auch dadurch zustande kommen, daß Ruiters und Greevens [88] den Interviewern Einblick in alle verfügbaren psychologischen, psychiatrischen und juristischen Berichte über die Patienten gewährten, und damit die Diagnosehäufigkeit der Interviews an die des Fragebogens, dem die Tendenz zum Überdiagnostizieren zugeschrieben wird, angeglichen, bleibt unklar.

In einer Studie von Zimmerman und Coryell [118], in der dieselben Instrumente in der noch nicht revidierten Form benutzt wurden, zeigt sich allerdings ebenfalls für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung die höchste Übereinstimmung der Studie zwischen den beiden Methoden. Obwohl auch in dieser Studie die Diagnose einer solchen Störung mehrfach gestellt wurde, spricht dies eher dafür, daß die beiden Instrumente per se hinsichtlich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung besser übereinstimmen als andere Methoden.

Sinha und Watson [100] führten eine Multitrait-Multimethod Studie durch, in der drei Selbstbeurteilungsfragebögen, das Coolidge Axis II Inventory (CATI) [24], das Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) [65] und die Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Personality Disorder Scale (MMPI) [69] bei Verwendung in einer nicht klinischen Stichprobe analysiert wurden. Die Übereinstimmungskoeffizienten lagen zwischen .13 für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung zwischen dem MMPI und dem MCMI-II und .75 für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung zwischen dem MMPI und dem CATI. Die Diagnosen wurden nach dem DSM-III-R gestellt.

Im Mittel lagen die Übereinstimmungen der drei Fragebögen über den Übereinstimmungen zwischen dem IKP, dem IPDE-Interview und IPDE-Fragebogen. Dies gilt auch hinsichtlich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, besonders niedrig war in der Studie von Sinha und Watson allerdings die Übereinstimmung bezüglich der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung.

Eine weitere Multitrait-Multimethod Studie wurde von Smith, Klein und Benjamin [102] zur Validierung des Wisconsin Personality Disorders Inventory (WISPI-IV) [52], eines aus der interpersonellen Perspektive hergeleiteten Selbstbeurteilungsinstrumentes, durchgeführt. Es wurde die Übereinstimmung des WISPI-IV mit dem SKID-II überprüft. Die Diagnosen wurden nach dem DSM-IV gestellt. Der mittlere Koeffizient der Korrelationen der korrespondierenden Diagnosen lag bei .495, mit einer Spanne von .37 für die Schizoide bis .60 für die Borderline und die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

Clark et al. [23] faßten in ihrer Arbeit einige Ergebnisse empirischer Studien zusammen, die mittleren Korrelationskoeffizienten der Übereinstimmung zwischen zwei Fragebogenmethoden lagen zwischen .39 und .68 und zwischen Interview- und Fragebogeninstrumenten zwischen .19 und .54.

Die Darstellung verschiedener Studien zur Übereinstimmung der dimensional diagnostischen Verfahren macht deutlich, daß sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht wesentlich von den im allgemeinen mittelmäßigen Übereinstimmungen unterscheiden.

Für die drei in dieser Studie verwendeten Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen läßt sich mit diesem Hintergrund also festhalten, daß bei sechs Diagnosen eine zumindest ausreichende bis zufriedenstellende konvergente Validität gegeben ist. Es sind die drei Cluster C Persönlichkeitsstörungen, die beiden Typen der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen und die Schizoide Persönlichkeitsstörung. Bei diesen ist damit die erste Bedingung der konvergenten und diskriminanten Validität verschiedener Methoden von Campbell und Fiske [20] erfüllt und die weiteren Untersuchungen zur diskriminanten Validität können erfolgen.

Bei der Paranoiden Persönlichkeitsstörung ergibt sich das oben beschriebene Muster der unterschiedlich starken Zusammenhänge zwischen den einzelnen Verfahren in wesentlich stärkerem Umfang als bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen, so daß man den Eindruck gewinnen kann, es würden zwei von einander unabhängige Aspekte mit dem IPDE-Fragebogen korrelieren, da zwischen dem Interview und dem IKP die Übereinstimmungskoeffizienten sogar gegen Null gehen. Konvergente Validität kann für diese Persönlichkeitsstörung also nur mit Vorbehalt und nur zwischen den jeweils signifikant miteinander korrelierenden Verfahren angenommen werden.

Für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung kann keine konvergente Validität zwischen den drei Methoden angenommen werden, für die Histrionische Persönlichkeitsstörung ist die konvergente Validität ebenfalls sehr gering. Aus diesem Grund wird bei diesen drei Persönlichkeitsstörungen die diskriminante Validität nicht untersucht.

Allerdings muß bei musterhaft in den Methoden zu findenden hohen Korrelationskoeffizienten zwischen einer dieser Persönlichkeitsstörungen und einer nicht korrespondierenden Persönlichkeitsstörung erwogen werden, daß dies dafür sprechen könnte, daß hier eine konzeptionelle Überschneidung mit dieser

nach der Nomenklatur nicht korrespondierenden Persönlichkeitsstörung vorliegt. In so einem Fall ließe sich damit auch die geringe Übereinstimmung mit der korrespondierenden Persönlichkeitsstörung erklären.

4.2.1.2 Diskriminanz der drei Methoden bei dimensionaler Erfassung der Persönlichkeitsstörungen

Die diskriminante Validität der drei Methoden wird ebenfalls nach den Vorgaben von Campbell und Fiske [20] untersucht werden. Bei den Diagnosen, bei denen konvergente Validität auf Grund signifikanter Zusammenhänge der Urteile hinsichtlich der jeweiligen Diagnose in den drei Methoden besteht, wird geprüft, inwieweit Zusammenhänge zwischen nicht korrespondierenden Diagnosen innerhalb der Verfahren und zwischen den drei Methoden bestehen. Die Übereinstimmung zwischen den nicht korrespondierenden Diagnosen innerhalb und zwischen den Verfahren sollten geringer sein als die zwischen den korrespondierenden Diagnosen. Auf sich regelhaft ergebende Zusammenhänge wird im nächsten Abschnitt genauer eingegangen.

Bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung liegen die Koeffizienten der Korrelationen der korrespondierenden Diagnosen bei allen Korrelationen zwischen den Methoden über den Koeffizienten der nicht korrespondierenden Diagnosen, wenn auch zum Teil nur geringfügig. Innerhalb der Fragebogen-Methoden finden sich einige substantielle Korrelationen mit nicht korrespondierenden Diagnosen. Diese Koeffizienten liegen jedoch knapp unter den Übereinstimmungskoeffizienten der Korrelation zwischen diesen beiden Methoden.

Bei den Korrelationen der Fragebogen-Methoden mit dem Interview sind zwar die Übereinstimmungskoeffizienten mit $.427^{**}$ zwischen dem IKP und dem Interview und $.475^{**}$ zwischen den IPDE-Methoden geringer als die Übereinstimmung zwischen den beiden Fragebogen-Methoden ($.638^{**}$), die Koeffizienten zwischen nicht korrespondierenden Diagnosen sind bei diesen Korrelationen zwischen dem Interview und dem jeweiligen Fragebogen aber ebenfalls geringer und liegen bei der Korrelation zwischen IKP und Interview mit Werten bis zu $.325^*$ für die Impulsive Persönlichkeitsstörung und bei der Korrelation zwischen den IPDE-Methoden mit Werten bis zu $.383^*$ für die Impulsive Persönlichkeitsstörung in allen Fällen deutlich unter den Übereinstimmungskoeffizienten.

Bei der Korrelation zwischen den Fragebogenmethoden ist es ebenfalls die Impulsive Persönlichkeitsstörung, deren Koeffizient mit $.605^{**}$ dem Übereinstimmungskoeffizient am nächsten ist. Die Koeffizienten innerhalb des Interviews liegen mit Werten bis zu $.264$ für die Paranoide Persönlichkeitsstörung allesamt deutlich unter den Koeffizienten der korrespondierenden Diagnosen.

Innerhalb des IPDE-Fragebogens liegen die Werte zwischen der Anankastischen und Borderline Persönlichkeitsstörung mit $.471^{**}$ und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung mit $.415^{**}$ nur knapp unter den Übereinstimmungskoeffizienten, die sich für die Anankastische Persönlichkeitsstörung zwischen dem IPDE-Fragebogen und jeweils den beiden anderen Methoden ergeben. Innerhalb des IKP liegen die Werte mit $.602^{**}$ für die Paranoide Persönlichkeitsstörung unter beiden entsprechenden Übereinstimmungskoeffizienten. Mit einem Wert von $.475^{**}$ für die Impulsive Persönlichkeitsstörung ist dieser Zusammenhang zumindest größer als der zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im Interview und IKP. Der Wert von $.413^{**}$ für die Borderline Persönlichkeitsstörung liegt nur knapp unter diesem Übereinstimmungskoeffizienten.

Insgesamt scheint die diskriminante Validität des Interviews besser zu sein. Da aber nicht nur die Koeffizienten zwischen verschiedenen Diagnosen bei der Korrelation mit den Fragebögen und intern im Interview, sondern auch die Koeffizienten zwischen den korrespondierenden Diagnosen niedriger sind als bei der Korrelation zwischen den beiden Fragebogen-Methoden, muß man annehmen, daß hier die Methodenvarianz, die sich bei den Fragebögen ähnelt, eine starke Rolle spielt.

In den erwähnten Multitrait-Multimethod Analysen [100, 102] liegen die Übereinstimmungskoeffizienten insgesamt eher niedriger, und es lassen sich mehrfach Koeffizienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen finden, die darüber liegen.

Die in den hier vorgestellten Daten gefundene häufig hohe Korrelation mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung kann aufgrund der Klassifizierung der Referenzarbeiten nach der DSM-Klassifikation, in dem ein Pendant dieser Störung auf der Achse II nicht existiert, nicht mit diesen Arbeiten abgeglichen werden. In diesen Studien liegen vor allem die Koeffizienten der Schizoiden, der Selbstunsicheren und der Dependenden Persönlichkeitsstörung über den Übereinstimmungskoeffizienten der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung.

Die Übereinstimmungskoeffizienten der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung liegen in keiner der Korrelationen in allen Fällen über den Koeffizienten der Korrelationen der nicht korrespondierenden Diagnosen. Bei der Korrelation zwischen dem IPDE-Interview und dem dazugehörigen Fragebogen (.570**) liegt der höchste Koeffizient der Korrelation zwischen nicht korrespondierenden Diagnosen unter dem Wert der Übereinstimmung. Es ist derjenige der Schizoiden Persönlichkeitsstörung mit .469** und wird gefolgt von der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit einem Wert von .459**.

Ebenso verhält es sich bei den internen Korrelationen des Interviews, dort ist es die Abhängige Persönlichkeitsstörung, die mit .385* den höchsten Koeffizienten aufweist.

Innerhalb des IPDE-Fragebogens liegt jedoch der Koeffizient der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit .593** über der Übereinstimmung, gefolgt von ebenfalls substantiellen Koeffizienten mit .448** für die Schizoide und .433** für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung.

Bei den beiden Korrelationen zwischen dem IKP und je einer der IPDE-Methoden sind die Koeffizienten der nicht korrespondierenden Diagnosen bei der Korrelation zwischen den Methoden und intern im IKP höher als die jeweiligen Übereinstimmungskoeffizienten. Bei einem Übereinstimmungskoeffizienten von .538** bei der Korrelation zwischen den beiden Fragebogen-Methoden liegt wiederum der Koeffizient der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen mit .593** darüber.

Ebenso verhält es sich intern im IKP, dort liegt der Koeffizient der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit .791** deutlich höher und derjenige der Schizoiden Persönlichkeitsstörung liegt mit .521** nur knapp unter dem Wert der Übereinstimmung. Der Koeffizient der Schizoiden Persönlichkeitsstörung bei der Korrelation zwischen den beiden Fragebogen-Methoden liegt mit .657** über dem Übereinstimmungskoeffizienten und der Koeffizient der Abhängigen mit .529** knapp darunter.

Insbesondere die Abgrenzung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zu der Abhängigen und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung scheint also problematisch zu sein. Die Abgrenzung zu der letztgenannten Persönlichkeitsstörung gelingt innerhalb des Interviews und bei den Korrelationen zwischen dem Interview und den Fragebogen-Methoden besser.

In den Multitrait-Multimethod Analysen [100, 102] sind die Koeffizienten der Übereinstimmung höher als die unserer Daten, so daß wenige Koeffizienten der nicht korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen darüber liegen. In der Studie von Sinha und Watson [100] sind allerdings einige substantielle Korrelationen von über .50 zu finden, sie ergeben sich vor allem mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung, deren Koeffizient in einem Fall über der Übereinstimmung liegt, und mit der Dependenten Persönlichkeitsstörung, daneben auch in je einem Fall mit der Paranoiden und der Borderline Persönlichkeitsstörung. In der Studie von Smith et al. [102] sind die Korrelationen mit der Dependenten und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung signifikant, aber deutlich niedriger als der Koeffizient der Übereinstimmung.

Hinsichtlich der Abhängigen Persönlichkeitsstörung muß festgestellt werden, daß die Werte der Übereinstimmungskoeffizienten außer bei der Korrelation zwischen den beiden Fragebogen-Methoden und intern im Interview niedriger sind als die entsprechenden Koeffizienten der Korrelationen zwischen den verschiedenen Diagnosen.

Durchgängig ist es hier die Ängstliche Persönlichkeitsstörung, mit der die Korrelationskoeffizienten höher sind als die der übereinstimmenden Diagnose. Die Abgrenzbarkeit zu dieser Persönlichkeitsstörung ist damit nicht gegeben. In der Vergleichstudie von Sinha und Watson [100] ist die Übereinstimmung höher und es zeigen sich keine darüber gehenden Koeffizienten anderer Persönlichkeitsstörungen. Substantielle Koeffizienten über .50 finden sich mit der Selbstunsicheren und in einem Fall auch mit der Borderline Persönlichkeitsstörung. Bei Smith et al. [102] lassen sich außer mit der Selbstunsicheren auch mit der Histrionischen und der Borderline Persönlichkeitsstörung signifikante Koeffizienten finden. Die hohen Korrelationen zwischen der Abhängigen beziehungsweise Dependenten und der Ängstlichen beziehungsweise Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung werden demnach regelhaft gefunden.

Bei der Schizoiden Persönlichkeitsstörung sind die Übereinstimmungskoeffizienten bei der Korrelation zwischen dem Interview und dem IKP mit .495** und zwischen dem Interview und dem IPDE-Fragebogen mit .561** größer als die Koeffizienten der jeweiligen Korrelationen zwischen nicht korrespondierenden Diagnosen.

Bei der ersteren Korrelation ist der Koeffizient der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit .319* und bei der letztgenannten Korrelation der Koeffizient der

Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit $.469^{**}$ der nächstgrößte. Der Koeffizient der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung liegt mit $.448^{**}$ innerhalb des IPDE-Fragebogens unter dem Übereinstimmungskoeffizienten der beiden IPDE-Methoden und auch unter dem der Korrelation zwischen den beiden Fragebögen.

Intern im IKP finden sich jedoch höhere Koeffizienten zwischen nicht korrespondierenden Diagnosen als die der Korrelationen mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung in den IPDE-Methoden. Es sind die Dissoziale ($.676^{**}$), die Anankastische ($.625^{**}$) und die Ängstliche Persönlichkeitsstörung ($.521^{**}$), der Koeffizient der letzteren liegt jedoch bei der Korrelation zwischen den Fragebogen-Methoden knapp unter dem Koeffizienten der Übereinstimmung ($.557^{**}$). Außerdem ist zwischen diesen Methoden der Koeffizient der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit $.657^{**}$ größer als der Wert der Übereinstimmung.

Innerhalb des Interviews ergibt sich kein Koeffizient zwischen verschiedenen Diagnosen, der signifikant ist.

Damit muß insgesamt davon ausgegangen werden, daß die Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen, die vor allem hinsichtlich der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung schwierig zu sein scheint, beim Interview besser gelingt. Bei Smith et al. [102] ist der Koeffizient der Paranoiden Persönlichkeitsstörung größer als derjenige der Übereinstimmung, die Abgrenzung zur Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung gelingt dagegen recht gut.

In den Daten von Sinha und Watson [100] finden sich bei teilweise nur mäßig ausfallenden Übereinstimmungen entweder darüberliegende oder bei der einen Korrelation mit besserer Übereinstimmung substantielle Koeffizienten, die größer als $.50$ sind, und zwar bei der Korrelation der Schizoiden mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Es zeigen sich ebenso diese Bedingungen erfüllende allerdings negative Koeffizienten bei Korrelation mit der Histrionischen und der Borderline Persönlichkeitsstörung.

Bezüglich der Borderline Persönlichkeitsstörung ist festzustellen, daß bei der Korrelation zwischen den IPDE-Instrumenten ($.446^{**}$) und bei derjenigen zwischen den Fragebogen-Methoden ($.531^{**}$) die Übereinstimmungskoeffizienten über den übrigen Koeffizienten dieser Korrelationen liegen.

Bei der Korrelation zwischen dem IKP und dem Interview liegt der Koeffizient mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung mit $.566^{**}$ über dem Übereinstimmungskoeffizient von $.517^{**}$. Innerhalb des Interviews und des IPDE-Fragebogens liegt der Koeffizient der Impulsiven Persönlichkeitsstörung mit $.912^{**}$

respektive .715** weit über den jeweiligen Übereinstimmungskoeffizienten. Auch intern im IKP liegen einige der Koeffizienten mit Werten von .711** für die Paranoide, .607** für die Dissoziale und .848** für die Impulsive Persönlichkeitsstörung über den Übereinstimmungskoeffizienten.

Die Diskriminanz ist also vor allem hinsichtlich der anderen Cluster B Persönlichkeitsstörungen nur gering. In der Analyse von Smith et al. [102] finden sich signifikante Koeffizienten für die Korrelation mit der Paranoiden, der Histrionischen und der Dependenden Persönlichkeitsstörung. Eine Korrelation mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung ist mangels DSM-IV Pendant nicht durchgeführt worden.

In der Studie von Sinha und Watson [100] finden sich aufgrund hoher Übereinstimmungskoeffizienten nur in einem Fall über diese hinausgehende Koeffizienten, und zwar bei der Korrelation mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung. Die Paranoide Persönlichkeitsstörung korreliert auch ansonsten in fast allen Fällen substantiell, das heißt mit Werten über .50, mit der Borderline Persönlichkeitsstörung.

Auch im übrigen gibt es zahlreiche substantielle Korrelationskoeffizienten mit anderen Diagnosen, vor allem mit der Dependenden und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung. Dieser etwas gelagerte Aspekt der Zusammenhänge mit der Dependenden Persönlichkeitsstörung könnte dadurch bedingt sein, daß die Borderline Persönlichkeitsstörung des DSM nicht identisch ist mit der Borderline Persönlichkeitsstörung der ICD-10 Klassifikation, bei der die Hälfte der Kriterien dieselben sind wie die der Impulsiven Persönlichkeitsstörung, also ein stärkeres Gewicht auf der mangelnden Impulskontrolle liegt.

Wenn dies der Grund sein sollte, erscheint es folgerichtig, daß in den hier vorgestellten nach ICD-10 erhobenen Daten keine übermäßigen Korrelationen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, dafür aber mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung gefunden werden. Mit der Paranoiden und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung, die im Gegensatz zur Impulsiven Persönlichkeitsstörung ein DSM Pendant besitzen, ergeben sich in allen Studien starke Zusammenhänge.

Bei der Impulsiven Persönlichkeitsstörung sind die Übereinstimmungskoeffizienten insgesamt niedriger als bei den zuvor besprochenen Persönlichkeitsstörungen.

Nur bei der Korrelation zwischen den IPDE-Methoden liegen keine Koeffizienten anderer Persönlichkeitsstörungen über dem der Übereinstimmung (.411*). Allerdings liegen auch hier wieder die Koeffizienten mit der Borderline Persönlich-

keitsstörung mit Interview intern $.912^{**}$ und IPDE-Fragebogen intern mit $.715^{**}$ weit darüber, ebenfalls der Koeffizient der Histrionischen Persönlichkeitsstörung mit $.494^{**}$ innerhalb des Interviews und derjenige der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit $.415^{**}$ innerhalb des Fragebogens. Bei den beiden anderen Korrelationen zwischen den Methoden sind die Übereinstimmungskoeffizienten geringer als die Koeffizienten zwischen nicht korrespondierenden Diagnosen.

Zwischen den Fragebögen sind es die Anankastische mit $.605^{**}$ und die Dissoziale Persönlichkeitsstörung mit $.396^*$, die über der Übereinstimmung mit $.341^*$ liegen. Außerdem liegen die Koeffizienten der Korrelation der Borderline ($.848^{**}$), der Paranoiden ($.785^{**}$), der Dissozialen ($.647^{**}$), der Histrionischen ($.591^{**}$) und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung ($.475^{**}$) innerhalb des IKP über dem Wert der Übereinstimmung, ebenso die oben genannten Koeffizienten der Korrelation innerhalb des IPDE-Fragebogens.

Bei der Korrelation zwischen dem IKP und dem Interview liegen neben den genannten internen Koeffizienten auch derjenige der Schizoiden Persönlichkeitsstörung innerhalb des IKP mit $.424^{**}$ und die Koeffizienten der Histrionischen ($.597^{**}$) und der Borderline Persönlichkeitsstörung ($.495^{**}$) über dem Koeffizienten der Übereinstimmung ($.387^*$).

Auch bei der Impulsiven Persönlichkeitsstörung ist also die Diskriminanz besonders hinsichtlich des Cluster B mit Schwerpunkt auf der Borderline Störung ungenügend. Hierzu lassen sich keine Vergleiche mit den zwei Multitrait-Multimethod Studien anführen, da kein Pendant zu der Impulsiven Persönlichkeitsstörung im den DSM-Klassifikationen existiert.

Bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung sind die Übereinstimmungskoeffizienten allesamt recht niedrig, zum Teil sogar nicht signifikant. Die Koeffizienten der Korrelationen der Histrionischen Persönlichkeitsstörung mit anderen Persönlichkeitsstörungen liegen innerhalb aller Methoden und bei den jeweiligen Korrelationen zwischen dem Interview und den Fragebogen-Methoden über den Übereinstimmungskoeffizienten, einzig bei der Korrelation zwischen den Fragebogen-Methoden ist die Übereinstimmung der gleichen Diagnose höher, allerdings eben nicht signifikant. Hier muß sowohl von einer geringen konvergenten Validität gefolgt von einer schlechten Diskriminanz aller Methoden ausgegangen werden.

Die Diskriminanz der Methoden bezüglich der Paranoiden Persönlichkeitsstörung kann aufgrund dem extrem niedrigen Übereinstimmungskoeffizienten

zwischen dem IKP und dem Interview nur hinsichtlich der Korrelationen zwischen den Fragebogen-Methoden, wo der Übereinstimmungskoeffizient bei $.481^{**}$ liegt, und zwischen den IPDE-Methoden, hier mit einer Übereinstimmung von $.448^{**}$, untersucht werden.

Bei der ersteren Korrelation liegt der Koeffizient der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit $.591^{**}$ deutlich darüber. Bei den internen Korrelationen im IKP ergeben sich für alle Persönlichkeitsstörungen außer der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung über dem Wert der Übereinstimmung liegende Koeffizienten.

Innerhalb des IPDE-Fragebogens liegen die Koeffizienten alle unter dem der Übereinstimmung, am stärksten ist die Korrelation mit der Histrionischen ($.358^*$) gefolgt von der Ängstlichen ($.356^*$) und der Borderline Persönlichkeitsstörung ($.331^*$). Diese liegen ebenfalls unter dem Wert der Übereinstimmung zwischen den beiden IPDE-Instrumenten. Innerhalb des Interviews liegt der Koeffizient der Dissozialen Persönlichkeitsstörung mit $.534^{**}$ dagegen deutlich darüber.

Zwischen den beiden IPDE-Methoden liegen alle Koeffizienten unter dem Wert der Übereinstimmung, die höchsten Werte ergeben sich für die Histrionische ($.396^*$) und die Borderline ($.391^*$).

Insgesamt ist also auch die Diskriminanz bei Betrachtung nur der Matrizen, bei denen eine genügende Konvergenz besteht, eher gering. Außerdem erscheinen die Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen nicht einem Muster zu folgen. Dies könnte zum Teil dadurch zu erklären sein, daß das Konstrukt der Paranoiden Persönlichkeitsstörung im IKP und im Interview stark differiert, worauf die geringe Übereinstimmung zwischen Interview und IKP hinweist.

Die diskriminante Validität der Dissozialen Persönlichkeitsstörung wird aufgrund der ungenügenden konvergenten Validität nicht untersucht.

4.2.1.3 Musterhafte Zusammenhänge zwischen verschiedenen Diagnosen

Bei der Prüfung der Abgrenzbarkeit der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, die durch die Begutachtung der Korrelationskoeffizienten im vorhergehenden Abschnitt vorgenommen wurde, sind gewisse regelhafte Zusammenhänge aufgefallen, die sich in dem Sinne darstellen, daß eine Persönlichkeitsstörung in mehreren Methoden stark mit einer anderen korreliert, zum Teil mit höheren Koeffizienten als die korrespondierenden Diagnosen in verschiedenen Methoden. Es

werden im folgenden auch die Korrelationen zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen auf das Vorhandensein dieser musterhaften Zusammenhänge weiter überprüft, bei denen die Koeffizienten geringer, aber dennoch signifikant sind. Bei der hier vorliegenden Untersuchung wird ein durchgehendes Muster von wiederkehrenden Zusammenhängen zwischen verschiedenen Diagnosen dann angenommen, wenn sich der Zusammenhang zwischen den Diagnosen mindestens bei zwei der Kreuzkorrelationen zwischen den Instrumenten und innerhalb eines der Instrumente findet, oder umgekehrt in mindestens zwei internen Korrelationen und in einer der Kreuzkorrelationen.

Insgesamt muß festgestellt werden, daß es etliche signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen Diagnosen gibt, und außer einer sind alle signifikanten Korrelationen positiv gepolt. Hohe Werte auf einer Persönlichkeitsstörungsdimension erhöhen also die Wahrscheinlichkeit, daß bei einer weiteren Dimension ebenfalls hohe Werte erreicht werden.

Dieses kann als Ausdruck des von Andresen [6] postulierten Faktors der *General Dysfunctional Personality* angesehen werden.

Es gibt nur eine negative Korrelation, die eine signifikantes Niveau erreicht, und zwar diejenige zwischen der Schizoiden Persönlichkeitsstörung und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung. Diese ist inhaltlich schlüssig. Vor allem innerhalb und zwischen den Fragebogen-Methoden ist eine hohe Anzahl signifikanter Inter-Diagnose-Korrelationen zu beobachten.

Insbesondere beim IKP ist eine signifikante Inter-Diagnose-Korrelation eher die Regel, namentlich innerhalb der Cluster. Dabei fällt als Ausnahme die Abhängige Persönlichkeitsstörung auf, die weder mit der angstnahen Anankastischen Persönlichkeitsstörung, noch im weiteren viele Inter-Skalen-Korrelationen aufweist. Die ansonsten enorme interne Korrelation kann als eine niedrige diskriminante Validität des IKP interpretiert werden, jedoch sollte nicht vergessen werden, daß mit der Länge der Skalen, die im IKP mit 18 Items pro Persönlichkeitsstörung am längsten sind, auch die Cronbachs- α -Werte als Maß der internen Konsistenz ansteigen und damit auch die Korrelationen mit internen Skalen größer werden.

Auch könnte eine Aquieszenz der Probanden aufgrund der durchgängig positiv gepolten Antwortsätze des IKP zu einheitlich erhöhten Werten und damit internen Korrelationen im IKP führen. Ebenfalls möglich ist eine besonders gute Abbildung der *General Dysfunctional Personality* durch den IKP, also die Erfassung einer

psychopathologischen Basis im Sinne einer generellen Dysfunktion der Persönlichkeit mit hohen Werten in verschiedenen Bereichen der Persönlichkeitspathologie.

Die Anzahl der signifikanten internen Korrelationen im IPDE-Interview ist insgesamt geringer, und es gibt keinen Fall bei dem eine signifikante interne Korrelation Interview-intern besteht, ohne daß es eine entsprechende Korrelation innerhalb der anderen Methoden oder zwischen den Verfahren gibt. Die Forderung nach methodenübergreifenden Mustern wird bei diesen Korrelationen außer in einem Fall erfüllt.

Eine hohe Korrelation zwischen zwei Diagnosen kann verschiedenes bedeuten. Sie können, wie auch geringe Übereinstimmungen hinsichtlich der gleichen Diagnosen, Zeichen einer mangelhaften Validität der verwendeten Methoden sein.

Ein starker korrelativer Zusammenhang zwischen verschiedenen Diagnosen kann aber auch Ausdruck der Kriterienüberlappung sein, was bedeutet, daß ein Kriterium mehr oder weniger in der gleichen Form für zwei Persönlichkeitsstörungen gültig ist. Bei der Borderline respektive der Impulsiven Persönlichkeitsstörung ist dieses in der Konstruktion immanent, die Kriterien der Impulsiven Persönlichkeitsstörung gelten in der gleichen Form auch für die Borderline Persönlichkeitsstörung.

Es könnte sich aber auch um Items handeln, die zwar einen unterschiedlichen Wortlaut haben, aber im Grunde die gleiche Aussage beinhalten, obwohl mit den jeweiligen Revisionen der Klassifikationssysteme versucht wurde, solche Items zu eliminieren.

Weiter kann eine hohe Inter-Diagnose-Korrelation auch die hohe Komorbidität widerspiegeln, welche entweder ein reines Nebeneinander von Persönlichkeitsstörungen darstellt, oder auf eine schlechte Abgrenzbarkeit und Unschärfe der nur scheinbar eigenständigen Krankheitsbilder hinweist.

In diesem Sinne kann eine hohe Interkorrelation der Persönlichkeitsstörungen auch als Manifestation des von Andresen [6] postulierten Faktors der *General Dysfunctional Personality* angesehen werden.

Wenn überzufällig viele Patienten Mischformen von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen aufweisen, wird eine hohe Interkorrelation zwischen den Diagnosen dadurch bedingt, daß diese in den Diagnosemethoden entsprechende Antworten geben, und sich ein Zusammenhang herausbildet, der auf diesem Antwortverhalten beruht.

Eine weitere Möglichkeit wäre, daß die Fragen der einzelnen Kriterien nicht das abfragen, was sie vorgeben, beispielsweise in dem Sinne, daß den gleichlautenden Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen in den verschiedenen Methoden unterschiedliche Konzeptionalisierungen zugrunde liegen.

Um endgültige Antworten geben zu können, müßte es ein Referenzmaß geben, an dem man die Methoden messen könnte.

Bei ausreichender konvergenter Validität lassen sich inhaltliche Kriterienüberlappungen und Verknüpfungen zwischen den Persönlichkeitsstörungen aus den Ergebnissen ableiten. Dies ist dann sinnvoll, wenn sich methodenübergreifende Muster von Zusammenhängen in den vorgestellten Daten ergeben, und läßt sich durch ähnliche Ergebnisse anderer Studien untermauern.

Wenn die konvergente Validität der Diagnosen zwischen den Methoden gering ist, muß beachtet werden, daß die Aussagekraft der Korrelationen mit diesen Persönlichkeitsstörungen bezüglich der Zusammenhänge mit anderen Persönlichkeitsstörungen nicht ausreicht, um weitere Aussagen über inhaltliche Beziehungen dieser mit anderen Diagnosen zu treffen. Es können in diesen Fällen lediglich Aussagen über Zusammenhänge dieser Diagnosen in den jeweiligen Tests getroffen werden, in dem Sinne, daß die Konstrukte innerhalb der Methoden einander unähnlich sind, aber eventuell eher einem Konstrukt einer der anderen Diagnosen entsprechen.

Es werden im folgenden die in dieser Studie gefundenen methodenübergreifenden Muster von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Diagnosen mit Hilfe verschiedener Referenzstudien und konzeptioneller Theorien der einzelnen Persönlichkeitsstörungen daraufhin untersucht, ob diese Zusammenhänge inhaltlicher Natur sind, also auf einer Unschärfe der Definitionen, auf Kriterienüberlappungen oder auf regelhafter Komorbidität beruhen, oder aber auf die Methodenvarianz zurückzuführen sind.

Da zu Inter-Diagnose-Zusammenhängen, im Sinne von Korrelationen der Persönlichkeitsstörungen untereinander, nur wenige mir bekannte Multitrait-Multimethod Analyse Studien [100, 102] vorliegen, werden die in dieser Studie gewonnenen Daten zusätzlich mit Ergebnissen aus Studien, die statistisch anders vorgehen, in Bezug gesetzt.

Hier sind Studien zur hierarchischen Clusteranalyse [89, 72], in denen durch die Zuweisungen in Cluster Ähnlichkeiten und Unterschiede der Persönlichkeitsstörungen zu entnehmen sind, zu nennen.

Eine Vielzahl von Studien beschäftigt sich mit der Koinzidenz verschiedener Persönlichkeitsstörungen, wobei gehäufte Komorbiditäten zwischen zwei Diagnosen ebenfalls für eine schlechte Abgrenzbarkeit sprechen. Es werden dementsprechend auch Studien zur Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen, in denen die gleichzeitige Auftretenshäufigkeit verschiedener Persönlichkeitsstörungen dokumentiert wird, mit den hier erhobenen Zusammenhängen verglichen.

Auch theoretische Arbeiten, die konzeptionelle Zusammenhänge erörtern, können in der Frage nach inhaltlich bedingten korrelativen Zusammenhängen weiterführen.

Weiter sind Arbeiten zur diskriminanten und konvergenten Validität auf Kriterienebene innerhalb einer Methode zu nennen [11, 35, 36]. In diesen Studien konnte nachgewiesen werden, daß die Kriterien des DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen eine gewisse diskriminante Validität besitzen, da in diesen Studien die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Intra-Skalen-Korrelation stärker miteinander korrelieren, als die Kriterien verschiedener Skalen. Dabei spiegelt die Inter-Skalen-Korrelation der Kriterien die Kriterienüberlappung wider.

4.2.1.3.1 Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsstörungen des angstnahen Clusters

Man würde annehmen, daß die Persönlichkeitsstörungen innerhalb eines Clusters stärker untereinander korrelieren als zwischen den verschiedenen Clustern, die in der DSM-Klassifikation eben deshalb eingeführt wurden, um die Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich einiger übergreifender Interaktionsmuster zu systematisieren. Im Fall des Cluster C werden diese Verhaltensmuster mit den Adjektiven *Ängstlich und Furchtsam* beschrieben.

Der Vergleich der hier ermittelten Beziehungen zwischen den drei Diagnosen mit den Ergebnissen in den Studien zur konvergenten und diskriminanten Validität auf Kriterienebene von Grilo et al. [35, 36] und Becker et al. [11], bei letzterer die Betrachtung der erwachsenen Vergleichsgruppe, kann weiterführen. In allen drei Studien sind die Korrelationen zwischen Kriterien der Skala der Dependenten und denen der Skala der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung am geringsten und diejenigen zwischen den Kriterien der Skala der Selbstunsicheren und denen der Skala der Dependenten Persönlichkeitsstörung in allen Fällen wesentlich stärker. In einer der Studien von Grilo [35] ist sogar der Mittelwert der Koeffizienten der

Inter-Skalen-Korrelationen der Dependenten mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung höher als derjenige der Intra-Skalen-Korrelation der Dependenten Persönlichkeitsstörung, eine diskriminante Validität der Kriterien der beiden Skalen wurde also nicht nachgewiesen.

In beiden Studien von Grilo et al. [35, 36] ergeben sich auch deutlich höhere Koeffizienten der letzteren Korrelationen als zwischen der Selbstunsicheren und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Auch in diesen drei Studien zeigt sich, daß die Zusammenhänge nicht gleichmäßig unter den drei angstnahen Persönlichkeitsstörungen verteilt sind, sondern daß die Beziehungen zwischen der Selbstunsicheren und der Dependenten Persönlichkeitsstörung stärker sind und die Zusammenhänge bis hin zur Dependenten und Zwanghaften geringer werden.

Ähnliche Ergebnisse liefern mehrere Studien zur hierarchischen Clusteranalyse der Persönlichkeitsstörungen. In der Studie von Morey [72] ergeben sich statt der drei postulierten Cluster nur zwei übergeordnete Gruppen, deren Unterschied sich auf der Dimension *Ängstliches Grübeln versus Durchspielen im Verhalten*, im Sinne von Widiger et al. [109, zitiert nach Morey 72] manifestiere. Dabei liegen alle drei Persönlichkeitsstörungen des Cluster C des DSM in der Richtung des zuerst genannten Pols. Allerdings sind die Ähnlichkeiten zwischen der Selbstunsicheren und der Dependenten Persönlichkeitsstörung wesentlich stärker, als die jeweiligen mit der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, welche sich in der Nachbarschaft von Schizoider und Schizotypischer Persönlichkeitsstörung wiederfindet.

Bei zwei Studien von Saß et al. [89] ließen sich zwar jeweils drei Cluster durch die hierarchische Clusterlösung über die Summenwerte aus den DSM-III-R-Kriterien differenzieren, indes fand sich bei beiden Studien die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung in einem Cluster mit der Schizoiden, der Schizotypischen und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, also dem Cluster A des DSM. In diesen Studien fanden sich die Dependente und die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung dagegen in enger Nähe zueinander und bildeten gemeinsam einen Cluster. Auch mit dieser statistischen Möglichkeit lassen sich also mehrfach Anzeichen finden, daß die drei angstnahen Persönlichkeitsstörungen sich nicht im gleichen Maße ähneln.

4.2.1.3.1.1 Zusammenhänge zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Es existiert ein fast durchgängiges Muster von signifikanten Inter-Diagnose-Korrelationen zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung. Innerhalb der Methoden sind die Inter-Diagnose-Korrelationen dieser beiden Persönlichkeitsstörungen allesamt signifikant. Die Kreuzkorrelationen der beiden Diagnosen sind in vier der sechs Korrelationen signifikant. Durchgängig ist es die Ängstliche Persönlichkeitsstörung, mit der die Korrelationskoeffizienten höher sind als die Übereinstimmungskoeffizienten der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, so daß keine Abgrenzbarkeit der Abhängigen zu der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung gegeben ist. Es bestehen somit starke Zusammenhänge zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen, die sich in allen drei Verfahren ausdrücken, und auch zwischen den Verfahren besteht dasselbe Muster.

Bei den hier vorliegenden Daten ist zu beachten, daß bei etwas mehr als der Hälfte aller Patienten mit einer Abhängigen (8 von 14) beziehungsweise Ängstlichen Persönlichkeitsstörung (8 von 15) die jeweils andere Diagnose gleichzeitig gestellt wurde.

Die Studien zur Komorbidität zwischen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung berichten in der Mehrheit ebenfalls von einer Häufung gleichzeitigen Auftretens der beiden Störungen. In der Studie von Oldham et al. [76] war die Komorbidität dieser beiden Diagnosen nach DSM-III-R eine der am höchsten signifikanten Kovariationen, jeweils über 40 % der Patienten, bei denen mit strukturierten Interviews eine Ängstliche oder eine Abhängige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, hatten zugleich die jeweils andere. Auch Trull et al. [105] fanden bei der Diagnose einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung in 71 % ebenfalls eine Abhängige Persönlichkeitsstörung und bei 50 % der Patienten mit einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung lag auch eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung vor. Kass et al. [50] stellte fest, daß diese beiden DSM-III Diagnosen höher miteinander korrelierten als jeweils alle anderen Persönlichkeitsstörungen untereinander. Allerdings berichteten McGlashan et al. [63] bei der Diagnostik nach DSM-IV nur bei 8 % der Patienten mit Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung von einer Komorbidität mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung.

Auch in den zwei oben beschriebenen Vergleichstudien [100, 102], in denen die Multitrait-Multimethod Analyse angewendet wird, zeigten sich wiederholt hohe Korrelationen zwischen der Dependenten und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung.

In einer Studie von Reich [86], die auch einen Überblick über weitere Studien gibt, wurde eine starke Überlappung zwischen der Selbstunsicheren und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung festgestellt, die Daten wurden allerdings noch nach dem DSM-III respektive DSM-III-R erhoben. Aufgrund der schlechten Abgrenzbarkeit schlug er vor, die beiden Persönlichkeitsstörungen unter einer Kategorie zu subsumieren und drei Subtypen zu differenzieren, einem Selbstunsicheren, einem Abhängigen und einem Gemischten Typus.

Da die Veränderungen der Klassifikationen des DSM-III bis zum DSM-IV auch mit dem Ziel betrieben wurden, die Abgrenzbarkeit der Persönlichkeitsstörungen zu verbessern, wäre es interessant, inwieweit sich diese Zusammenhänge und Überlappungen zwischen der Selbstunsicheren und der Dependenten Persönlichkeitsstörung bei Verwendung der verschiedenen Versionen dieser Klassifikation verändern. Leider gibt es hierzu meines Wissens keine entsprechende Studien, welche die revidierten Formen mit den älteren Klassifikationen vergleichen. Allerdings berichten Blais und Norman [15], daß auch die Divergenz der Kriterien der Dependenten und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV so gering sei, daß es unmöglich erscheine, die beiden Störungen auf dem Niveau der Symptome zu differenzieren.

Um die in den hier vorgestellten Daten gefundenen starken Zusammenhänge zwischen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung genauer untersuchen zu können, wird eine Analyse der Korrelationen der einzelnen Items der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den beiden Skalen (siehe Anhang A, 7.2.1) durchgeführt.

Besonders interessant sind dabei Items, die innerhalb und zwischen den Methoden nur mit der Skala der korrespondierenden Persönlichkeitsstörung signifikant korrelieren. Diese Items charakterisieren nur diese Persönlichkeitsstörung und wären damit in der Lage, die beiden Persönlichkeitsstörungen besser trennen zu können als die Items, mit denen beide Störungen signifikant korrelieren. Die Kriterien, die mit diesen Items erfaßt werden, könnten in einer Revision der Definitionen ein stärkeres Gewicht erhalten und damit die Abgrenzbarkeit der beiden Persönlichkeitsstörungen erhöhen. Ebenfalls könnte

die Eliminierung von Kriterien, deren Items außerordentlich hoch mit der nicht korrespondierenden Skala korrelieren, zu einer Verringerung der Überlappung beitragen.

In den hier berechneten Item-Skala Korrelationen zwischen den Items der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung der IPDE-Methoden mit den dazugehörigen Skalen und den beiden entsprechenden IKP Skalen lassen sich solche Muster allerdings nur eingeschränkt finden. Hinsichtlich des IKP kann in dieser direkten Form nur die Korrelation der Items der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit der Skala der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung durchgeführt werden, denn diese Skala des IKP wird aus der Skala der Selbstunsicheren, der Ängstlich-Leistungsunsicheren und der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung berechnet.

Als ein Kriterium, das ausschließlich die Ängstliche Persönlichkeitsstörung charakterisiert, läßt sich das Kriterium 1 der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung anführen, da die entsprechenden Items der IPDE-Methoden mit keiner der Skalen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung signifikant korrelieren. Allerdings muß einschränkend festgestellt werden, daß die Skala der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP keine Signifikanzen für dieses Item aufweist. Dieses Kriterium erfaßt mit dem Wortlaut *Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit* einen Bereich der Ängstlichkeit, der über den Symptomenkomplex der Selbstunsicherheit, der mit dem DSM-IV Konzept der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung identisch ist, hinausgeht [8].

Leider sind mir keine Studien bekannt, welche die Unterschiede der Komorbiditätshäufigkeit zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen untersuchen, wenn die Diagnosen einmal nach ICD-10, also mit dem Symptomenkomplex der allgemeinen Ängstlichkeit, und einmal nach DSM-IV, hier dann ohne diesen über die habituelle soziale Angst hinausgehenden Bereich der Ängstlichkeit, gestellt werden.

Wenn durch die Einführung dieses Kriteriums der allgemeinen Ängstlichkeit eine bessere Abgrenzung zu der Abhängigen Persönlichkeitsstörung gelungen sein sollte, müßte sich dies in geringeren Zahlen der Komorbidität niederschlagen.

Neben dem Kriterium 1 führt noch das Kriterium 5 *Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit* über das Konstrukt des DSM-IV hinaus [8]. Dieses Kriterium korreliert nun zum Teil in gleichem Maße signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, und mehrfach finden sich keine

Signifikanzen mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, so daß dieses Kriterium nicht zwischen den beiden Störungen trennen kann.

Eine Betonung der allgemeinen Ängstlichkeit bewirkt also nicht in jedem Fall eine bessere Abgrenzung.¹¹

Die übrigen Kriterien der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung erfassen den Bereich der zwischenmenschlichen Ängstlichkeit, der dem DSM-IV Konzept der Selbstunsicheren gleicht. Innerhalb dieses Symptomspektrums stellten Millon und Martinez [66] fest, daß sowohl Patienten mit einer Selbstunsicheren als auch mit einer Dependenden Persönlichkeitsstörung eine geringe Selbstachtung hätten, der Unterschied aber in der Furcht vor dem allgemeinen Umgang mit anderen zu finden sei. Diese Furcht betreffe nur die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, die Patienten mit einer Abhängigen dagegen würden sich am sichersten fühlen, wenn sie sich anderen anschlössen.

Demnach müßte also das Kriterium 2 der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, *Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein*, in gleichem Maße mit beiden Persönlichkeitsstörungen korrelieren, da hiermit die geringe Selbstachtung erfaßt wird.

Die Ergebnisse der Korrelation der Items, die dieses Kriterium erfassen mit den Skalen der beiden Persönlichkeitsstörungen zeigen allerdings keine gleichverteilten Zusammenhänge mit der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Vielmehr wird eine bevorzugte Charakterisierung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung durch dieses Kriterium sichtbar.

Weiterhin müßte nach der Hypothese von Millon und Martinez [66] dagegen das Kriterium 6, *Vermeidung beruflicher oder sozialer Aktivitäten, die intensiven zwischenmenschlichen Kontakt bedingen, aus Furcht vor Kritik, Mißbilligung oder Ablehnung*, mit dem die Furcht vor dem allgemeinem Umgang mit den Mitmenschen erfaßt wird, mit der Ängstlichen, jedoch nicht mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung korrelieren.

Dieses Muster kann ebenfalls nicht eindeutig bei der Analyse der Korrelationen der Skalen der Abhängigen und Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den Items, die dieses Kriterium erfassen, gefunden werden.

¹¹ Hierzu siehe auch die Analyse der Zusammenhänge zwischen zwei neukonzipierten ängstlichen Persönlichkeitsstörungen des IKP und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den drei Methoden, Abschnitt 4.2.2.1.

Nur die Abhängige Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen korreliert signifikant mit dem entsprechenden Item des Interviews, insofern wird in der Tat die Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht wesentlich durch dieses Kriterium bei der Erfassung mit dem Interview charakterisiert. Allerdings korreliert das entsprechende Item des IPDE-Fragebogens nur mit der eigenen Herkunftsskala signifikant, jedoch weder mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP noch im Interview. Damit ist dieses Kriterium bei der Erfassung mit dem Interview und dem Fragebogen nicht ausreichend typisch für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung, als daß sich durch eine Betonung dieses Kriteriums die Abgrenzung zu der Abhängigen Persönlichkeitsstörung verbessern würde.

Nach Hirschfeld et al. [42] bestehe die konzeptionelle Überlappung der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung darin, daß zwar beide Persönlichkeitsstörungen der DSM-IV Fassung durch Gefühle von Unzulänglichkeit, Sensibilität gegenüber Kritik und dem Bedürfnis nach Versicherungen durch andere charakterisiert seien, sich aber Unterschiede zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen in den Verhaltensmustern fänden.

Es müßten nach dieser Hypothese also die Kriterien, die diese Gefühle erfassen, mit beiden Skalen korrelieren. Kriterien dieser Art der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung sind die Kriterien 1 und 2. Zumindest bei Kriterium 1 ergibt sich, wie oben dargestellt ein deutlich stärkerer Zusammenhang mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung.

Der These von Hirschfeld et al. [42] folgend müßten nun aber die Kriterien, mit denen die Verhaltensmuster erfaßt werden, jeweils nur mit einer der beiden Persönlichkeitsstörungen korrelieren. Entsprechende Kriterien der Ängstliche Persönlichkeitsstörung, die diese Verhaltensmuster erfassen, sind die Kriterien 3 bis 6.

Zumindest bei den Kriterien 3 bis 5 läßt sich in den hier vorliegenden Daten ein solches Muster der Zusammenhänge der ICD-10 Pendants nicht finden. Bei diesen Kriterien läßt sich keine bevorzugte Charakterisierung einer der beiden Persönlichkeitsstörungen ausmachen.

Insofern kann die Hypothese von Hirschfeld et al. [42] nicht die Erklärung der in unseren Daten gefundenen signifikanten Korrelationen der Abhängigen Skalen mit den Items der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung sein.

Bei den Korrelationen der Items der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Skalen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung sind nur bei dem Item 13 des IKP, *Um die Hilfe und Unterstützung eines mir sehr wichtigen Menschen zu bekommen, würde*

ich mich sogar erniedrigen, signifikante Werte für die Korrelation mit den Skalen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und keine signifikanten Werte für die Korrelation mit den Skalen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zu finden. Das Item 13 charakterisiert damit nur die Abhängige Persönlichkeitsstörung. Mit diesem Item wird ein Teil des Kriteriums 5¹² der Dependenden Persönlichkeitsstörung, *Tut alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten*, erfaßt.

Das zweite Item, das dieses Kriterium erfaßt, ist das Item 5, *Ich übernehme für Höhergestellte gerne zusätzliche Pflichten, um mich ihres Schutzes und Wohlwollens zu versichern*. Mit diesem Items korrelieren wiederum zum Teil die Skalen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung signifikant und mit höheren Werten als die Skalen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, so daß das erfaßte Kriterium insgesamt nicht in der Lage ist, die beiden Persönlichkeitsstörungen zu trennen.

Von den weiteren Items ist keines ausschließlich charakteristisch für die Abhängige Persönlichkeitsstörung, denn keines der Items zeigt Signifikanzen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung ohne in ähnlicher Weise mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zu korrelieren.

Insbesondere die Items, die das Kriterium 1 der Abhängigen Persönlichkeitsstörung erfassen, *Ermunterung oder Erlaubnis an andere, die meisten wichtigen Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen*, korrelieren mit einer Ausnahme signifikant mit allen Skalen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Durch dieses Kriterium werden die beiden Persönlichkeitsstörungen in gleichem Ausmaß charakterisiert, so daß hier eine starke Überlappung sichtbar wird.

Besonders innerhalb der Fragebogen-Methoden zeigen sich noch weitere Signifikanzen, bei denen sich kein Muster von Zusammenhängen und keine Gewichtung in der einen oder anderen Richtung ergibt.

In den hier vorliegenden Daten müssen also die Zusammenhänge insgesamt eher als auf mehreren Kriterien beruhend beschrieben werden, die nicht durch die Elimination eines Kriteriums behoben werden können.

¹² Das ICD-10 Pendant dieses Kriteriums ist das Kriterium 2 der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, *Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber deren Wünschen*.

Da in beiden IPDE-Methoden allerdings einige Items, mit denen jeweils die gleichen Kriterien der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung erfaßt werden, als charakterisierend für beide Persönlichkeitsstörungen identifiziert wurden, könnte durch eine stärkere Gewichtung der drei Kriterien, die ausschließlich typisch für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung sind, eine bessere Trennung erreicht werden.

Denkbar wäre auch eine Umklassifizierung, wie die von Reich [86] vorgeschlagene in drei Subtypen. Bei einer solchen Klassifizierung in einen Selbstunsicheren, einen Abhängigen und einen Gemischten Typus könnte wiederum eine Analyse der charakterisierenden Kriterien hinsichtlich der Abgrenzbarkeit der einzelnen Typen weiterführen.

Auch Studien, die diese drei Gruppen auf andere Merkmale untersuchten, könnten weiterführen, da sich die Frage stellt, ob die Ängstliche und die Abhängige Persönlichkeitsstörung tatsächlich voneinander abgrenzbar sind oder ob die Überlappungen in einer kontinuierlichen Form verlaufen und damit jede Unterteilung artifiziell wäre, ob einzelne Kriterien für je einen der Subtypen charakterisierend sind oder ob sich andere Unterscheidungsmerkmale finden lassen, beispielsweise charakterisierende Komorbiditäten. Um Aussagen darüber machen zu können sind, die betreffenden Substichproben der hier vorgestellten Studie zu klein.¹³

Insgesamt kann aber festgestellt werden, daß sich die in unserer Studie gefundenen Zusammenhänge zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungsmethodenübergreifend finden lassen und auch durch die Ergebnisse in den Komorbiditätsstudien, den Clusteranalysen und den Studien auf Kriterienebene gestützt werden.

Es muß also angenommen werden, daß es sich um inhaltliche Überschneidungen und nicht um ein Problem der Diskriminanz der hier verwendeten Methoden handelt. Daraus folgt, daß die Abgrenzbarkeit der Abhängigen und der Ängstliche Persönlichkeitsstörung nach den gültigen ICD-10

¹³ Die in dieser Studie gefundenen Achse I Komorbiditäten der Abhängigen und der Ängstliche Persönlichkeitsstörung sind zum Teil einander sehr ähnlich (siehe auch Abschnitte 4.4.2 und 4.4.3), doch für eine differenziertere Betrachtung eventuell vorhandener Untergruppen mit verschiedenen Komorbiditäten ist die Fallzahl zu gering.

Kriterien voneinander angezweifelt werden muß. Es muß vielmehr eine starke inhaltliche Verwebung der beiden Störungen angenommen werden.

4.2.1.3.1.2 Zusammenhänge der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung und die Anankastische Persönlichkeitsstörung korrelieren sowohl IKP-intern als auch innerhalb des IPDE-Fragebogens signifikant miteinander. Von den Kreuzkorrelationen ist nur einer der Koeffizienten zwischen den Fragebogen-Methoden signifikant. Weiterhin auffällig, wenn auch nicht signifikant ist eine deutlich entgegengesetzte Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im Interview und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP. Insgesamt kann von einer ausreichenden Diskriminanz der beiden Diagnosen in den drei Methoden ausgegangen werden, obwohl regelhafte Zusammenhänge bestehen, denn die entsprechenden Korrelationskoeffizienten sind geringer als die der Übereinstimmung.

In der untersuchten Stichprobe entsprechen die Komorbiditäten zwischen diesen beiden Persönlichkeitsstörungen in etwa denen zwischen den zuvor vorgestellten Störungsbildern, bei jeweils 7 von 15 wurden beide Diagnosen gestellt. Bei Betrachtung der Studien zur Komorbidität lassen sich unterschiedliche Ergebnisse finden, immerhin 27,5 % der Patienten mit Anankastischer Persönlichkeitsstörung hatten in der Studie von McGlashan et al. [63] gleichzeitig eine Ängstliche Persönlichkeitsstörung. Oldham et al. [76] fanden nur bei einem der beiden in der Studie verwendeten strukturierten Interviews signifikante Werte für ein gleichzeitiges Auftreten dieses Paares.

Die oben angeführten Studien zur Clusteranalyse zeigen deutliche Unähnlichkeiten der beiden Persönlichkeitsstörungen. Die Studien zur Korrelation auf Kriterienebene zeigen mittelmäßig starke Beziehungen, die in der Mitte zwischen den starken Beziehungen der Selbstunsicheren mit der Dependenten Persönlichkeitsstörung und den eher geringen der Dependenten und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung liegen. Die Komorbiditäten scheinen also hier eher das gleichzeitige Auftreten von recht unterschiedlichen Entitäten zu sein als eine unscharfe Abgrenzbarkeit zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen.

Insgesamt läßt sich eine Differenz der beiden Persönlichkeitsstörungen feststellen, die in den verschiedenen Studien zu verzeichnen ist. Auffällig bei den vorgestellten Daten ist, daß sich ausschließlich innerhalb und zwischen den

Fragebogen-Methoden signifikante Koeffizienten ergeben. Bei der Erhebung der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit dem Interview finden sich sogar negative Werte bei der Korrelation mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP. Dies scheint darauf hinzuweisen, daß es sich um eine Varianz handeln könnte, die durch die Verwendung des Mediums Fragebogen zustande kommt, da die Zusammenhänge ausschließlich bei der Verwendung der beiden Fragebogen-Methoden zu beobachten ist.

4.2.1.3.2 Zusammenhänge der angstnahen Persönlichkeitsstörungen mit Persönlichkeitsstörungen aus anderen Clustern

4.2.1.3.2.1 Beziehungen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B

Bei den Cluster B Persönlichkeitsstörungen finden sich wiederkehrende Muster von Zusammenhängen zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung. Die Koeffizienten dieser Störung liegen zum Teil über den Übereinstimmungskoeffizienten, die Abgrenzbarkeit zwischen den beiden Störungen ist also nicht ausreichend gegeben.

Der Impulsive Typ des ICD-10 entspricht der Intermittierend Explosiven Störung, die im DSM-IV den Achse-I-Störungen, also nicht den Persönlichkeitsstörungen, zugeordnet wird. Studien, die eine Komorbidität mit der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung untersuchen, sind mir nicht bekannt. Lion [55, zitiert nach Fiedler 30, S. 225] beschreibt allerdings, daß sich spontane Aggressivität und Gewalttätigkeit auch bei Patienten mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung beobachten lassen. Diese Eigenschaften sind ja Hauptcharakteristika der intermittierenden explosiven Störung.

Im Sinne des Persönlichkeitsprofils eines anankastisch rigiden Menschen, der die Kriterien 4 *Übermäßige Gewissenhaftigkeit und Skrupelhaftigkeit* und 6 *Übertriebene Pedanterie und Befolgung sozialer Konvention* der Anankastischen Persönlichkeitsstörung erfüllt, würde man allerdings eher erwarten, daß zwischen diesen beiden Störungen kein oder sogar ein negativer Zusammenhang besteht.

Interessanterweise findet sich keine signifikante Korrelation zwischen der Anankastischen und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung, wenn erstere im Interview erfaßt wird, aber in fünf der sechs weiteren Möglichkeiten. Es scheint,

daß die Patienten weniger offen im Interview als im anonymen Fragebogen die sozial unerwünschten Aspekte der Aggression und Unüberlegtheit thematisierten.

Auch mit der Borderline Persönlichkeitsstörung ergibt sich ein wiederkehrendes Muster. Es bestehen Signifikanzen mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung IKP-intern, IPDE-Fragebogen-intern und in zwei der Kreuzkorrelationen.

Da durch fünf der zehn Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung des ICD-10 die Impulsive Persönlichkeitsstörung definiert wird, und mit dieser Persönlichkeitsstörung so starke Zusammenhänge bestehen, könnte es an dieser Kriterienüberlappung der beiden Emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 liegen, daß sich auch bei der Borderline Störung signifikante, regelhafte Zusammenhänge finden lassen.

In der Tat ergeben sich bei der Korrelation des Teils der Borderline Persönlichkeitsstörung, der nur diese definiert, innerhalb und zwischen den Fragebögen keine signifikanten Korrelationen.¹⁴ Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß auch die Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV gewisse impulsive Anteile hat.

Dieser Anteil wird vor allem mit dem Kriterium 8, *Übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien)* des DSM-IV erfaßt. Im IKP werden von diesem Kriterium der Borderline Skala nur fantasiegeprägte Randbereiche mit dem Item 8 *Ich fühle mich oft so leer, daß ich am liebsten loslaufen und Fensterscheiben einwerfen oder andere Sachen zerstören würde* und dem Item 17 *Ich neige dazu, mich in Eifersuchtsgefühle so sehr hineinzusteigern, daß ich fast Amok laufe* erfaßt.

Das Zentrum dieses Merkmalsbereiches ist dagegen auf der Skala der Impulsiven Persönlichkeitsstörung plaziert. Den explosibeln, cholerischen und impulsiven Momenten der DSM-IV Deskription der Borderline Persönlichkeitsstörung wird der IKP dadurch gerecht, daß eine kombinatorische Gewichtung von .80

¹⁴ Es ergibt sich bei der Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung und des Teils, der ausschließlich die Borderline Persönlichkeitsstörung definiert, intern im IPDE-Fragebogen statt .471** nur ein Wert von .292. Intern im IKP beträgt dieser Koeffizient statt .413** nur .277. Zwischen den beiden Fragebogen-Methoden betragen die Kreuzkorrelationen statt .492** nur .269 und statt .266 nur .178. Dabei wurden für den IPDE-Fragebogen die Werte der Kriterien 6 bis 10 der Borderline Persönlichkeitsstörung zusammengezählt. Im IKP wurde die Borderline Skala benutzt. Mit der kombinatorischen Gewichtung wird die Borderline Persönlichkeitsstörungsskala nach der ICD-10 berechnet. Dabei wird die Borderline Skala mit .60 und die Impulsive Skala mit .40 gewichtet.

für die Borderline und .20 für die Impulsive Skala vorgenommen wird, um die Borderline Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV abzubilden.

Insofern kann den Ergebnissen der Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung und den Kriterien, die ausschließlich die Borderline Persönlichkeitsstörung charakterisieren, nicht entnommen werden, daß keine Zusammenhänge mit der Borderline Störung bestehen, denn Impulsivität ist nach beiden Klassifikationen ein nicht unwesentlicher Aspekt der Störung.

Eine Komorbidität der Anankastischen mit der Borderline Persönlichkeitsstörung erscheint rational dem anankastischen Wesenzug entgegenzustehen, dennoch ergeben sich diese Zusammenhänge. In verschiedenen Studien werden von nicht zu vernachlässigenden Komorbiditätsraten berichtet. In einer Übersicht von Pfohl und Blum [82] wird von Werten von 9 bis 86 % berichtet. In einer Studie von Herpertz et al. [39], in der die Häufigkeiten der Komorbiditäten zweier Persönlichkeitsstörungen als Odds ratios angegeben werden, ergeben sich allerdings keine signifikante Odds ratios für dieses Paar. Oldham et al. [76] berichten nur bei der Verwendung eines der beiden untersuchten strukturierten Interviews von signifikanten Werten der gleichzeitigen Diagnose dieser zwei Persönlichkeitsstörungen. In der Studie von McGlashan et al. [63] haben 9,2 % der Patienten mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung gleichzeitig eine Borderline Störung, umgekehrt sind es immerhin 25.7%.

Pfohl und Blum [82] führen zur Erklärung der so unterschiedlichen Angaben der Komorbidität an, daß Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zwar ähnliche Verhaltensweisen zeigen, aber ihre Gründe dafür unterschiedlich seien. Beispielsweise könne ein unbegründetes Bestehen darauf, daß andere sich den eigenen Wünschen unterordnen oder eine extreme Unentschlossenheit bei Personen mit anderen Persönlichkeitsstörungen ebenso vorzufinden seien, obgleich ihre Gründe dafür auf eine Art und Weise differieren, die sich nicht leicht durch Kriterien erfassen ließe.

Sie stellten aber ebenso fest, daß die Unterschiede der darstellten Studien sich zum Teil auf die verwendeten Methoden zurückführen ließen. In einigen Interviews gäbe es Fragen, welche die Motivation für ein bestimmtes Verhalten ermitteln. Auch bei den vorliegenden Daten finden sich die signifikanten Korrelationen vorwiegend in den Fragebogenmethoden. Ob sich diese Signifikanzen nun entweder deshalb nicht im Interview ergeben, weil in diesem die Möglichkeit besteht, das Motiv für ein Verhalten zu erfragen, oder, wie bei dem Impulsiven

Typus dargestellt, wegen der sozialen Kontrolle während des Interviews, kann nicht abschließend beurteilt werden.

Von den Cluster A Persönlichkeitsstörungen lassen sich in unseren Daten nur zwischen der Paranoiden Persönlichkeitsstörung und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung signifikante Korrelationen finden, welche die Forderungen für ein wiederkehrendes Muster erfüllen. Hier tritt bei der Beurteilung der Beziehungen mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, wie oben dargestellt, das Problem der ungenügenden konvergenten Validität zwischen dem IKP und dem IPDE-Interview hinzu.

Zwischen dem IKP und dem IPDE-Fragebogen ist die konvergente Validität allerdings gegeben, und gerade zwischen diesen beiden Fragebögen zeigen sich auch in beiden Richtungen signifikante Korrelationskoeffizienten. Ebenso ist der Koeffizient zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen innerhalb des IKP signifikant. Zwei dieser drei signifikanten Koeffizienten liegen über dem Übereinstimmungskoeffizienten, so daß die Abgrenzbarkeit zwischen der Anankastischen und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung in den Fragebogen-Methoden nicht gegeben ist.

Nach zwei Studien zur Clusteranalyse von Saß et al. [89] besteht eine Ähnlichkeit der sogenannten *sonderbar und exzentrischen* Persönlichkeitsstörungen des Cluster A des DSM mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, also mit der Paranoiden und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung.

In der Studie von Morey [72] kommen ebenfalls die Schizoide und Schizotypische Persönlichkeitsstörung mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in einem Cluster zu liegen, die Paranoide Persönlichkeitsstörung allerdings in einem anderen. Es besteht also hinsichtlich der Ähnlichkeit zwischen der Paranoiden und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung keine Eindeutigkeit.

Auch die Komorbiditätsstudien zeichnen kein durchgängiges Bild, die Studie von Herpertz et al. [39] zeigt, daß zumindest bei der Diagnose nach ICD-10 für das gleichzeitige Auftreten der beiden Persönlichkeitsstörungen signifikante Odds ratios resultieren. Oldham et al. [76] fanden für das gleichzeitige Auftreten der Zwanghaften und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung nur in einem der beiden in der Studie verwendeten strukturierten Interviews signifikante Werte. In der Studie von McGlashan et al. [63] hatten nur 7,9 % der Patienten mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung gleichzeitig eine Paranoide Persönlichkeitsstörung,

weniger also als gleichzeitig eine Ängstliche Persönlichkeitsstörung hatten. In einer Übersicht von Pfohl und Blum [82] wird von Raten zwischen 0 % und 68 % in verschiedenen Studien auf der Grundlage des DSM-III und DSM-III-R berichtet. Zu der insgesamt heterogenen Studienlage können hier, aufgrund der unsicheren konvergenten Validität unserer Ergebnisse, keine weiterführenden Aussagen getroffen werden.

4.2.1.3.2.2 Beziehungen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B

In vier der neun möglichen Korrelationen zwischen der Schizoiden und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ist der Zusammenhang signifikant, es ist ein Muster erkennbar, das methodenübergreifend ist. Die Überschneidung zwischen diesen beiden Störungen wurde viel diskutiert, und die jeweiligen Revisionen der Klassifikationen sollten dazu beitragen, daß die Überlappungen sich verringern. In der vorliegenden Studie finden sich die signifikanten Korrelationen nicht, wenn die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im Interview gestellt wird.

Bei der Erfassung mit einem Interview besteht im Gegensatz zu den Fragebogen-Methoden die Gelegenheit, die Motivation des zurückgezogenen Verhaltens zu erfragen, welches die beiden Persönlichkeitsstörungen charakterisiert. Der Antrieb für diese gleichartige Verhaltensweise unterscheidet nach Millon und Martinez [66] die beiden Persönlichkeitsstörungen. Bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung beruhe die soziale Distanzierung auf interpersoneller Angst, bei der Schizoiden Persönlichkeitsstörung reflektiere dieses Verhalten die interpersonelle Indifferenz. Es liegt also nahe, die Zusammenhänge der beiden Persönlichkeitsstörungen mit diesem Hintergrund als Ausdruck einer immanent in der Fragebogen-Methode liegenden Ursache anzusehen.

Bei den Cluster B Persönlichkeitsstörungen ergibt sich nur ein Muster mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung, diese korreliert mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung innerhalb des IKP, innerhalb des IPDE-Fragebogens und in zwei der Kreuzkorrelationen signifikant. Hier findet man eine gegenläufige Kreuzkorrelation zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP und Dissozialen Persönlichkeitsstörung im Interview, diese ist ebenfalls zwar deutlich, aber nicht signifikant.

Da die Dissoziale Persönlichkeitsstörung keine konvergente Validität in den verwandten Methoden besitzt, diese jedoch nach Campbell und Fiske [17] Bedingung für die Untersuchung auf diskriminante Validität ist, wird auf die signifikanten Korrelationen der Dissozialen Persönlichkeitsstörung mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nicht weiter eingegangen.

Gleichermaßen ist eine Überprüfung von Überschneidungen und Verknüpfungen zwischen zwei Persönlichkeitsstörungen nur bei ausreichender konvergenter Validität sinnvoll. Inhaltlich sind diese Zusammenhänge, würde Validität der Dissozialen Persönlichkeitsstörung bestehen, um so erstaunlicher, denn zum Teil finden sich sogar widersprechende soziale Interaktionsmuster. Hier ist für Personen mit einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung zu nennen, daß sie ohne Schwierigkeiten neue Beziehungen einzugehen, auch wenn diese nicht aufrecht erhalten werden. Dieses steht dem Kriterium 4 der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, *Persönliche Kontakte nur, wenn Sicherheit besteht, gemocht zu werden*, diametral entgegen.

Fiedler [30, S. 198-200] berichtet auch von einer Untergruppe von Patienten mit einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung, bei denen neben einem Mangel an Empathie auch ein Mangel an Angst beobachtbar sei. Diese Furchtlosigkeit steht ebenfalls der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, die eben auch durch allgemeine Ängstlichkeit definiert wird, entgegen.

4.2.1.3.2.3 Zusammenhänge der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B

Die Abhängigen Persönlichkeitsstörung korreliert mit sehr wenigen Persönlichkeitsstörungen der anderen Cluster signifikant und nur mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung ergibt sich ein wiederkehrendes Muster von Zusammenhängen. Die Koeffizienten sind nicht größer als die Korrelationen der korrespondierenden Diagnosen zwischen den verschiedenen Verfahren, da aber drei der neun Möglichkeiten signifikant sind, scheint ein methodenübergreifendes Muster vorhanden zu sein. Im allgemeinen wird man keine konzeptionelle Überlappung der beiden Persönlichkeitsstörungen erwarten.

Die Charakteristika der Schizoiden Persönlichkeitsstörung sind das sich Zurückziehen von anderen Menschen und das kühle, schroffe und ablehnende Verhalten in interpersonellen Situationen. Diese Eigenschaften scheinen entgegengesetzt denen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zu sein, deren

Kern in einem exzessiven Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Bindung besteht, was in einer Trennungsangst und unterwürfigem und anklammerndem Verhalten resultiert.

Dennoch finden sich diese Korrelationen, allerdings bezeichnender Weise, nur innerhalb und zwischen den Fragebogen-Methoden, bei denen keine Möglichkeit besteht weiter zu eruieren. Diese Methodenabhängigkeit der Zusammenhänge findet sich ebenso bei den Beziehungen zwischen der Ängstlichen und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung.

Nicht nur wegen dieser Ähnlichkeit, sondern auch, weil die Zusammenhänge zwischen der Abhängigen und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung konzeptionell unerwartet sind, liegt die Vermutung nahe, daß diese Korrelationskoeffizienten deshalb in unserer Stichprobe so hoch sind, weil die Ängstliche und die Abhängige Persönlichkeitsstörung so stark miteinander verknüpft sind.¹⁵

Gleichwohl sich in den vorliegenden Daten nur zwischen der Abhängigen, der Ängstlichen und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung musterhafte Zusammenhänge zeigen, werden von Hirschfeld et al. [42] außer mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung noch weitere konzeptionelle Überschneidungen postuliert.

Zum einen gäbe es konzeptionelle Ähnlichkeiten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung, da beide durch die Furcht verlassen zu werden charakterisiert seien, sich aber Unterschiede in den Verhaltensmustern finden ließen. Mit der Borderline Persönlichkeitsstörung ist auch eine recht hohe Komorbiditätsrate in verschiedenen Studien zu finden, beispielsweise berichtet Morey [71] bei Diagnosen nach DSM-III-R in 51 % der Patienten mit Dependenter Persönlichkeitsstörung ein gleichzeitiges Auftreten der Borderline Persönlichkeitsstörung.

In den Multitrait-Multimethod Analysen von Sinha und Watson [100] finden sich substantielle Koeffizienten über .50 in einem Fall auch mit der Borderline Persönlichkeitsstörung. Auch in der Studie von Smith et al. [102] zeigen sich unter anderem mit der Borderline Persönlichkeitsstörung signifikante Koeffizienten. Die

¹⁵ Auch hier wäre eine Untersuchung eventuell vorhandener Subtypen, im Sinne eines rein Ängstlichen, eines rein Abhängigen und eines Gemischten Typs sehr interessant. Jedoch ist die Fallzahl zu gering für eine differenziertere Betrachtung der Zusammenhänge zwischen der Schizoiden Persönlichkeitsstörung und diesen möglicherweise vorhandenen Untergruppen.

Clusteranalysen unterschieden dagegen die beiden Störungen deutlich, die Störungen kommen nicht in demselben Cluster zu liegen.

Obwohl man also eine Beziehung zwischen den beiden Diagnosen erwarten könnte, findet sich in den hier vorliegenden Daten nur IKP-intern eine signifikante Korrelation. Diese liegt dazu noch unter den Intra-Diagnose-Korrelationen zwischen den Methoden, sowohl für die Abhängige als auch für die Borderline Persönlichkeitsstörung. Die Studienlage ist damit insgesamt heterogen, was die Überlappung und unscharfe Grenzen zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen betrifft.

Berücksichtigt werden muß bei der Beurteilung unserer Daten neben der Verwendung der ICD-10 Klassifikation, die von den DSM-Klassifikationen der referierten Studien abweicht, zusätzlich unsere besondere Stichprobe. Bei der hier vorgestellten Untersuchung wurden keine Patienten mit einer im IPDE-Interview als sicher diagnostizierten Borderline Persönlichkeitsstörungen eingeschlossen. Es könnte daher ein großes Spektrum von Patienten fehlen, bei denen die Störungen gleichzeitig auftreten und durch deren Antwortmuster sich dann eventuell auch andere Beziehungen zwischen den Diagnosen ergäben.

Auch mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung solle es konzeptionelle Überschneidungen geben. Nach Hirschfeld et al. [42] bestehe die Ähnlichkeit in dem Bedürfnis nach Rückversicherung und Beifall. Die verschiedenen Studien geben folgende Raten zur Komorbidität an, Morey [71] fand bei 29 % der nach DSM-III-R diagnostizierten Dependenten Patienten gleichzeitig eine Histrionische Persönlichkeitsstörung. Herpertz et al. [39] fanden keine signifikanten Odds ratios für dieses Paar und auch keine großen Unterschiede bei dem Vergleich ICD-10 und DSM-III-R, wie auch Ottosson et al. [77] feststellen konnte. Bei der Multitrait-Multimethod Analyse von Smith et al. [102] finden sich auch mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung signifikante Koeffizienten.

Auch bei diesen beiden Persönlichkeitsstörungen können die Clusteranalysen deutliche Differenzen feststellen, die Störungen kommen nicht in dem selben Cluster zu liegen. Die empirischen Überlappungen der Histrionischen und der Dependenten Persönlichkeitsstörung sind auch in der vorliegenden Studie nicht allzu stark, es findet sich lediglich eine signifikante Korrelation zwischen den beiden Störungen, nämlich IPDE-Fragebogen intern, und diese ist allerdings höher als die Übereinstimmungskoeffizienten der Histrionischen Persönlichkeitsstörung bei den Korrelationen zwischen den drei Methoden. Da die konvergente Validität

der Histrionischen Persönlichkeitsstörung der drei Methoden nicht ausreichend ist, ist die Aussagekraft in dieser Hinsicht eingeschränkt.

4.2.1.3.3 Zusammenhänge der Persönlichkeitsstörungen innerhalb des Clusters B

Innerhalb des Cluster B, dessen gemeinsame Interaktionsmuster sich als *dramatisch, emotional oder launisch* beschreiben lassen, fällt insgesamt eine Häufung von signifikanten Inter-Diagnose-Korrelationen auf. Diese sind vor allem in den internen Korrelationen der jeweiligen Methode sehr ausgeprägt. Es ergeben sich zwischen allen Cluster B Persönlichkeitsstörungen wiederkehrende Beziehungsmuster. Bei den meisten Störungen dieses Bereichs ist die konvergente Validität allerdings auffällig schlecht, so daß in diesen Fällen keine Aussagen über inhaltliche Beziehungen der Störungsbilder getroffen werden können.

Die konvergente Validität der beiden Typen der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung ist dabei besser als die der übrigen Cluster B Störungen. Zwischen dem Impulsiven und dem Borderline Typ bestehen allerdings sehr starke Korrelationen, also hohe Überschneidungen. Zum Teil sind die Zusammenhänge in dem Konzept der Störungen verankert, insbesondere innerhalb der Verfahren geht aber die Stärke der hier gefundenen Beziehungen darüber hinaus¹⁶.

Bei der weltweiten Feldstudie des IPDE [60] hatten von 107 Patienten mit der Diagnose einer Borderline und 32 Patienten mit der Diagnose einer Impulsiven Persönlichkeitsstörung 26 beide Diagnosen. Es besteht in dieser Studie häufiger eine Impulsive Persönlichkeitsstörung in Kombination mit der Borderline Persönlichkeitsstörung als allein, wenn dies auch umgekehrt nicht gilt.

¹⁶ Bei der Korrelation zwischen der Impulsiven Persönlichkeitsstörung und dem Anteil der Borderline Persönlichkeitsstörung, durch den nicht ebenfalls die Impulsiven Persönlichkeitsstörung definiert wird, ergeben sich noch immer Signifikanzen, diese liegen zwischen .053 und .764**. Dagegen liegen die Koeffizienten bei Korrelation der vollständigen Borderline Skala mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung zwischen .301 und .912**. Es wird deutlich, daß die Zusammenhänge nicht ausschließlich auf die kombinierte Borderline Skala zurückzuführen sind.

Da die Impulsive Persönlichkeitsstörung des ICD-10 im DSM-IV der Intermittierend Explosiven Störung auf der Achse I entspricht, und das Konzept des Borderline Typs im ICD-10 demjenigen der Borderline Persönlichkeitsstörung des DSM-IV ähnelt, könnten entsprechende Komorbiditätsstudien herangezogen werden. Im DSM-IV wird jedoch für die Stellung der Diagnose Intermittierende Explosive Störung die Bedingung gestellt, daß keine Persönlichkeitsstörung die Symptome besser erklärt. Aggressivität und Impulsivität sind nun aber Charakteristika der Borderline Persönlichkeitsstörung, so daß in den Studien zur Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit Achse-I-Störungen die Diagnose der Intermittierenden Explosiven Störung nicht auftritt. Es existieren dagegen eine Reihe von Arbeiten, welche die Symptome Aggressivität und Impulsivität bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung untersuchen.

In einer Arbeit von Goodman und New [34] werden die Ergebnisse von verschiedenen solcher Studien gemeinsam mit ihren eigenen Daten dargestellt. Die Autoren kommen aufgrund dieser Ergebnisse zu dem Schluß, daß impulsive Aggression eine der Kerndimensionen der Borderline Persönlichkeitsstörung sei. Mit diesen Hintergrundinformationen sind die Zusammenhänge zwischen der Borderline und der Impulsiven Persönlichkeitsstörungen in unseren Daten nur folgerichtig.

Daß diese Beziehungen in der gefundenen Stärke bestehen und zum Teil weit über den Koeffizienten der Übereinstimmung zwischen den Methoden liegen, könnte in der Stichprobe begründet sein, die keine Patienten mit einer sicheren Borderline oder Impulsiven Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview enthält und dadurch nicht das ganze Patientenspektrum beinhaltet.

Die Dissoziale Persönlichkeitsstörung zeigt mit allen der Cluster B Persönlichkeitsstörungen wiederkehrende Muster von Zusammenhängen. Da zwischen den hier verwendeten Methoden jedoch keine ausreichende konvergente Validität gezeigt werden konnte, kann diesen Zusammenhängen keine inhaltliche Bedeutung zugemessen werden.

Bei der Betrachtung der charakterisierenden Kriterien der Persönlichkeitsstörung sind vor allem mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung inhaltliche Zusammenhänge erkennbar. Diese resultieren entweder aus einer Unschärfe der Kriterien oder einer teilweisen Verwebung der beiden Konstrukte.

Hierzu ist das Kriterium 4 der Dissozialen Persönlichkeitsstörung, *Sehr niedrige Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives einschließlich gewalttätiges*

Verhalten, zu nennen. Es beschreibt zum Teil Verhaltens- und Erlebensmuster, die in sehr ähnlichen Konsequenzen münden wie die Kriterien 3 und 4 der Impulsiven Persönlichkeitsstörung, *Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens* (Kriterium 3) und *Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden* (Kriterium 4).

Der Unterschied zwischen dem letztgenannten Kriterium der Impulsiven Persönlichkeitsstörung und dem ersten Teil des Kriteriums 4 der Dissozialen Persönlichkeitsstörung liegt dabei nur in der jeweiligen Motivation der vorzeitigen Beendigung einer Aufgabe, nicht in dem folgendem Verhalten. Bei dem zweiten Teilbereich des Kriteriums 4 der Dissozialen Persönlichkeitsstörung und dem Kriterium 3 der Impulsiven Persönlichkeitsstörung sind die sichtbaren Folgen, Aggression und Gewalt beziehungsweise Wut und Gewalt, einmal bedingt durch eine niedrige Schwelle für diese Verhaltensweisen und im anderen Fall durch Kontrollverlust verursacht.

Da die genannten Kriterien der Impulsiven Persönlichkeitsstörung auch für die Borderline Persönlichkeitsstörung gelten, trifft das Gesagte auch auf diese Störung zu. Diesen hypothetischen Zusammenhängen kann hier allerdings aufgrund der mangelnden konvergenten Validität der Dissozialen Persönlichkeitsstörung beispielsweise mit einer Analyse der Korrelationen einzelner Items nicht nachgegangen werden. Auch können die gefundenen Zusammenhänge nicht als Argument für diese Theorie angeführt werden. Fraglich bleibt, wenn diese Überlappung reproduzierbar wäre, ob es möglich ist, verschiedene Motivationen eines in diesem Maße sozial unerwünschten Verhalten durch eine Selbstbeurteilung unterscheiden zu können, denn dazu ist eine enorme Introspektionsfähigkeit notwendig.

Auch zwischen der Dissozialen und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung ergibt sich ein Muster von Zusammenhängen. Hier fehlt jedoch sowohl der Dissozialen Persönlichkeitsstörung als auch der Histrionischen Persönlichkeitsstörung die Grundlage einer ausreichenden konvergenten Validität.

Allerdings besteht bezüglich dieser Zusammenhänge die Hypothese [30, S. 201-202 und S. 270-278; 106, S. 111-157], daß es sich bei diesen beiden Persönlichkeitsstörungen um geschlechtsspezifische Varianten ein und derselben Prädisposition handele. Es sei der gleiche zugrundeliegende psychopathologische Prozeß, der sich je nach Geschlecht in dieser oder jener Form ausprägen. Bei der

empirischen Überprüfung dieser Hypothese ergab sich ebenfalls eine Häufung der Vergabe beider Diagnosen.

Die Ähnlichkeit der Verhaltensmuster sei beispielsweise eine für beide Persönlichkeitsstörungen charakteristische mangelnde Schuld- und Schamfähigkeit und die Unfähigkeit enge Beziehungen aufrechtzuerhalten. Aufgrund der geringen konvergenten Validität beider Diagnosen in den hier vorliegenden Daten können aber die hier gefundenen Daten nicht unkritisch in diesem Sinne interpretiert werden.

In keiner unserer Multimethod-Matrizen ergeben sich so hohe Korrelationskoeffizienten zwischen der Dissozialen Persönlichkeitsstörung und einer der anderen Diagnosen, daß angenommen werden müßte, daß diese Konstrukte der Diagnosen einander ähnlicher seien, als die derselben Diagnose. Es lassen sich hieraus folglich keine Erklärungen für die geringe konvergente Validität der Dissozialen Persönlichkeitsstörung ableiten.

Weiter zeigt die Histrionische Persönlichkeitsstörung Signifikanzen mit der Impulsiven und Borderline Persönlichkeitsstörung, die in allen Fällen bei denselben Korrelationen auftreten. Dazu ist bis auf in einem Fall der Koeffizient der Borderline höher als derjenige der Impulsiven, so daß diese Beziehungen nicht ausschließlich durch die gemeinsamen Items zustande kommen. Allerdings besteht keine konvergente Validität der Histrionischen Persönlichkeitsstörung in der Matrix, in der Kreuzkorrelationen signifikant ausfallen.

Sowohl in theoretischen Arbeiten zu konzeptionellen Überlappungen als auch in empirischen Daten lassen sich aber Beschreibungen von Zusammenhängen der Histrionischen und der Borderline Persönlichkeitsstörung finden [81, 102, 60].

Pfohl [81] stellt mehrere mögliche Folgerungen der Überlappungen der beiden Persönlichkeitsstörungen dar, die sich in fünf Studien, in denen entweder nach DSM-II, -III oder -III-R diagnostiziert wurde, in Komorbiditätsraten von 44 % bis 95 % äußerten. Er stellt mehrere mögliche Hypothesen vor, die mit diesen Ergebnissen kompatibel seien.

Möglich wäre einmal, daß es zwar zwei unterscheidbare Entitäten seien, aber die operationalen Kriterien nur inadäquate Abgrenzungen erlauben. Zum anderen bestehe die Möglichkeit, daß die beiden Störungen leicht unterschiedliche Manifestationen der gleichen Psychopathologie seien. Ebenfalls wird die auf Kernberg zurückgehende These, daß die beiden Störungen auf einem Kontinuum

der Persönlichkeitspathologie lägen, wobei die Borderline Persönlichkeitsstörung auf dem pathologischeren Ende zu liegen käme, als mögliche Erklärung angeführt.

Die in der vorliegenden Studie gefundenen Zusammenhänge zwischen der Borderline und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung fügen sich also in die bestehenden Ergebnisse und Thesen ein. Beachtet werden muß hier wiederum nur, daß die Konvergenz der Histrionischen Persönlichkeitsstörung zu gering ist, um valide Aussagen über Zusammenhänge zu anderen Diagnosen zu machen.

Hinsichtlich der Zusammenhänge der Histrionischen mit der Impulsiven Persönlichkeitsstörung könnte ein Blick zurück hilfreich sein. In der DSM-III Klassifikation waren mit einem Kriterium der Histrionischen Persönlichkeitsstörung irrationale zornigen Ausbrüche oder Wutanfälle, die in der ICD-10 die Impulsive Persönlichkeitsstörung charakterisieren, als typisch für die Histrionische Persönlichkeitsstörung beschrieben worden [106, S. 137-139].

Aber auch Fiedler [30, S. 270-278] berichtet von einem Hang dieser Patienten zu Aggressionen. Bei einer Kombination dieser Aggressionsneigung mit dem, ebenfalls dort beschriebenen, unerwarteten Wechsel von Gefühlspräsentationen, der mit einem auffälligen Wechsel des bewußten Erlebens der Betroffenen einhergehen könne, ist nach wie vor das Bild von irrationalen zornigen Ausbrüche oder Wutanfällen als ein Charakteristikum der Histrionischen Persönlichkeitsstörung möglich. Um diese Spekulationen empirisch zu stützen, fehlt aber die Grundlage einer ausreichenden konvergenten Validität der Histrionischen Persönlichkeitsstörung.

4.2.1.3.4 Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen des Clusters B mit denen des Clusters A

Zwischen den Cluster B und den Cluster A Persönlichkeitsstörungen ergeben sich nur in zwei Fällen Beziehungsmuster, zum einen zwischen der Borderline und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, zum anderen zwischen der Histrionischen und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Die Paranoide Persönlichkeitsstörung solle nach Fiedler [30, S. 156-165] im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen die höchste Komorbiditätsrate aufweisen, und auch die Borderline Persönlichkeitsstörung wird als häufige Kodiagnose aufgeführt. Auch Bernstein, Useda und Siever [14] berichten zusammenfassend von sechs Komorbiditätsstudien, daß bei weniger als einem

Viertel der Patienten, bei denen eine Paranoide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, nicht gleichzeitig noch eine Diagnose einer weiteren Persönlichkeitsstörung gestellt wurde. Dabei variierten zwischen den Studien die Angaben der Zahl der Überlappungen bezüglich der einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Auch in den Multimethod-Multimatrix Analysen [100, 102] ergeben sich zwischen der Borderline und der Paranoiden Persönlichkeitsstörung in mehreren Fällen signifikante beziehungsweise substantielle Korrelationskoeffizienten. Für die Histrionische Persönlichkeitsstörung gilt dieses, und in geringerem Ausmaß, nur in der Studie von Smith et al [102].

In der Studie von Herpertz et al. [39] sind die Komorbiditäten zwischen der Paranoiden Persönlichkeitsstörung und verschiedenen anderen Diagnosen signifikant. Darunter befindet sich die Borderline und die Histrionischen Persönlichkeitsstörung, aber auch verschiedene andere Störungen, die in unserer Studie keine signifikanten Zusammenhänge mit der Paranoiden Persönlichkeitsstörung zeigten.

Aufgrund der mangelnden konvergenten Validität sowohl der Paranoiden als auch der Histrionischen Persönlichkeitsstörung zwischen den in dieser Studie verwendeten Methoden können die hier gefunden Ergebnisse in dieser Hinsicht nicht vorbehaltlos als valide Aussagen über Zusammenhänge zu anderen Diagnosen interpretiert werden, auch wenn ähnliche Zusammenhänge in anderen Studien gefunden wurden.

4.2.2 Korrelative Zusammenhänge zwischen den Angstnahen Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 und korrespondierenden und ergänzenden Diagnosen des DSM-IV

4.2.2.1 Zusammenhänge zwischen den drei ängstlich-phobisch-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen im IKP nach DSM-IV und den Cluster C Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10

In der hier vorliegenden Studie besteht durch die Auswertbarkeit des IKP sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV die Möglichkeit, Unterschiede zwischen der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach der DSM-IV Klassifikation und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach der ICD-10 genauer zu untersuchen.

Besonders muß auf eventuell vorhandene Unterschiede zwischen den Klassifikationen geachtet werden, welche die Zusammenhänge dieser zu den übrigen Cluster C Persönlichkeitsstörungen betreffen. Auch die Zusammenhänge der Cluster C Persönlichkeitsstörungen zu den beiden neu konstruierten Persönlichkeitsstörungen können untersucht werden.

Innerhalb des IKP korreliert die Selbstunsichere mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit einem Koeffizienten von .934. Dieser ist identisch mit dem in der Studie von Ottosson et al. [77] ermittelten Koeffizienten. Die Übereinstimmung zwischen den IPDE-Methoden und dem IKP ist höher bei der Auswertung des letzteren nach DSM-IV (Korrelationskoeffizienten des Fragebogens .609** nach DSM-IV gegenüber .538** nach ICD-10 und des Interviews .518** nach DSM-IV gegenüber .448** nach ICD-10). Die Konvergenz zwischen dem IPDE nach ICD-10 und dem IKP nach DSM-IV ist damit besser als bei der Auswertung des IKP nach ICD-10.

Bezüglich der Diskriminanz der Methoden ist im Hinblick auf die Abgrenzung der Abhängigen von der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung fast keine Abweichung zu vermerken. Die Inter-Diagnose-Korrelation zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den IPDE-Methoden und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung im IKP ist etwas höher als diejenige mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP, für den Fragebogen bedeutet das statt .579** nach DSM-IV .529** nach ICD-10 und für das Interview statt .544** nach DSM-IV .540** nach ICD-10. Der Koeffizient der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP nach ICD-10 ist dagegen leicht höher als nach DSM-IV, das heißt .737** nach DSM-IV und .791** nach ICD-10. Nach beiden Klassifikationen sind die Korrelationen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung hoch signifikant und nahe den entsprechenden Übereinstimmungskoeffizienten, so daß keine Verbesserung der Abgrenzbarkeit festzustellen ist.

Bei Betrachtung der Korrelationen mit den zwei anderen Persönlichkeitsstörungen, die mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung zusammengerechnet die Ängstliche Persönlichkeitsstörung des ICD-10 ergeben, finden sich interessante Unterschiede zwischen den Korrelationen dieser Skalen mit den in den IPDE-Instrumenten gemessenen Ängstlichen und Abhängigen Persönlichkeitsstörung. Die Koeffizienten der Korrelation der Ängstlich-Leistungsunsicheren mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sind in beiden Instrumenten auf dem Niveau von .05 signifikant und höher als die Koeffizienten der Korrelation mit der

Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, die zumindest im Interview nicht signifikant sind. Bei der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung sind die Koeffizienten der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in beiden IPDE-Instrumenten nicht signifikant, der Koeffizient der Abhängigen Persönlichkeitsstörung ist im Interview sogar auf dem Niveau von .01 signifikant. Derjenige des Fragebogens ist hier allerdings nicht signifikant und liegt sogar etwas niedriger als der entsprechende Wert der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Innerhalb des IKP sind dagegen sämtliche Koeffizienten hoch signifikant und die der Ängstlichen liegen in allen Fällen über denen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung.

Diese partiell deutlichen Unterschiede zwischen den Zusammenhängen der Ängstlichen und der Abhängigen zu den drei Skalen, welche die Teilaspekte der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung repräsentieren, zeigen wieder, daß sich durch die Einführung der allgemeinen Ängstlichkeit als Charakteristikum für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung weder die Abgrenzbarkeit zwischen der Abhängigen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung noch die Konvergenz zwangsläufig verbessert, obwohl wie in Abschnitt 4.2.1.3.1.1 dargestellt einzelne Aspekte dieser allgemeinen Ängstlichkeit dennoch die Diskriminanz verbessern können.

Die Abhängige Persönlichkeitsstörung ist zumindest mit den Teilaspekten der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, die sich auf die Selbstunsichere und die Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung beziehen, zu stark verwoben.

Hinsichtlich der Beziehungen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeitsstörungen, aus denen die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im IKP berechnet wird, ergeben sich bezüglich der Diskriminanz keine neuen Aspekte.

In den IPDE-Methoden sind die Koeffizienten der Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Selbstunsicheren, der Ängstlich-Leistungsunsicheren und der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung gleichmäßig niedrig und nicht signifikant. Nur innerhalb des IKP ergeben sich signifikante Werte, es läßt sich eine Steigerung der Zusammenhangsstärke von der Vital-Phobischen über die Ängstlich-Leistungsunsichere bis hin zur Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erkennen. Bei letzterer erreicht der Koeffizient mit .518** ein deutlich höheres Niveau als die Koeffizienten der Intra-Diagnose-Korrelationen zwischen den Verfahren, ein Abstrich also für die

Diskriminanz. Dieses Muster von Zusammenhängen findet sich allerdings in keiner Weise in den beiden anderen Methoden, so daß ich die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen als Varianz der Methode interpretiere.

Die Unterschiede, die Herpertz et al. [39] bei der Diagnose nach DSM-III-R und ICD-10 fanden, nämlich signifikante Werte der Odds ratios im ICD-10 und nicht signifikante im DSM-III-R, können in dieser Studie nicht reproduziert werden.

4.2.2.2 Beziehungen der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung zu den Cluster C Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10

Die Ergebnisse der Korrelation der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung liefern keine Daten, die endgültig und ausreichend eine Abgrenzung zwischen den beiden Störungen belegen. Die Anankastische Persönlichkeitsstörung scheint zwar von den Cluster C Persönlichkeitsstörungen die geringsten Zusammenhänge mit der Obsessiotypischen Persönlichkeitsstörung zu haben. Im IPDE-Interview geht der Zusammenhang gegen null, in dieser Hinsicht könnte eine ausreichende Abgrenzung postuliert werden. Allerdings ist die Korrelation innerhalb des IKP recht stark, auch die Korrelation mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen ist signifikant, so daß keine abschließenden Aussagen gemacht werden können.

Die Obsessiotypische Persönlichkeitsstörung korreliert nur mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview signifikant. Ein Vergleich mit der Symptomskala *Obsessiv-kompulsives Syndrom* der SCL-190-R zeigt, daß sich keine signifikanten Koeffizienten der Korrelation zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und dem Obsessiv-kompulsiven Syndrom ergeben. Von diesem muß dieses neue Persönlichkeitsstörungskonzept, das im Sinne eines Spektrums als Achse II Pendant der Obsessiv-kompulsiven Störung der Achse I entwickelt wurde, ebenfalls abgegrenzt werden.

4.2.3 Varianzanalysen der Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Bei den Mittelwertvergleichen der dimensional Scores in den drei Methoden mit den Cluster C Persönlichkeitsstörungen, die nach Ausprägungsgraden in drei Gruppen eingeteilt wurden, liegt dann konvergente Validität vor, wenn sich die Mittelwerte der Gruppen signifikant voneinander unterscheiden, sofern die abhängige und die unabhängige Variable hinsichtlich der zu messenden Persön-

lichkeitsstörung übereinstimmen. Bei ausreichender diskriminanter Validität sollten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede auftreten, wenn die abhängige und die unabhängige Variable verschiedene Persönlichkeitsstörungen messen.

Innerhalb des Cluster C sind die Ergebnisse hinsichtlich der diskriminanten und der konvergenten Validität, wie zu erwarten, analog denen der jeweiligen korrelativen Zusammenhänge zwischen dem Interview und den beiden Fragebogenmethoden.

Dabei ist Konvergenz bei der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sowohl zwischen dem Interview und dem IPDE-Fragebogen als auch zwischen dem Interview und dem IKP gegeben. Daß die Mittelwerte der beiden Persönlichkeitsstörungen in beiden Fragebogenmethoden mit der Stärke des Ausprägungsgrades, das heißt von der Gruppe 0 bis zu der Gruppe 2, zunehmen, entspricht den Erwartungen bei Messung des gleichen Konstruktes und spricht damit für die konvergente Validität.

Bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung ist ebenfalls Konvergenz zwischen dem IPDE-Interview und dem dazugehörigen Fragebogen zu erkennen. Hinsichtlich des IKP zeigen sich aber zwischen den einzelnen Gruppen beim Post-hoc Test keine signifikanten p-Werte, obwohl mit einem p-Wert von .054 ein Trend zu erkennen ist. Allerdings sind die Mittelwerte der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in den beiden Fragebogen-Methoden am höchsten in der nach dem IPDE-Interview eingeteilten Gruppe der Patienten mit einer wahrscheinlichen Anankastischen Persönlichkeitsstörung.

Dieses entspricht nicht den Erwartungen, daß sich für die Gruppe der sicheren Anankastischen Persönlichkeitsstörung auch die höchsten Mittelwerte ergeben, wenn mit den verschiedenen Methoden die Ausprägung der Anankastischen Persönlichkeitsstörung gemessen werden. Hierdurch wird die konvergente Validität in Frage gestellt, da bei Messung des gleichen Konstruktes mit Steigerung der Ausprägung die Werte in allen Methoden in gleicher Weise ansteigen müßten.

Die entsprechende Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IKP und im Interview in der Multitrait-Multimethod Analyse liegt etwas unter der zwischen der Übereinstimmungskorrelation zwischen dem Interview und dem IPDE-Fragebogen, ist aber dennoch auf dem Niveau von .01 signifikant.

Bezüglich der Diskriminanz innerhalb des Cluster C muß festgestellt werden, daß die Abgrenzung zwischen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit diesem statistischen Ansatz ebenfalls nicht gelingt. Zum einen

ergeben sich bei der Varianzanalyse mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung als unabhängige Variable signifikante Mittelwertsunterschiede der Werte der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen zwischen den Gruppen ÄNG 0 bis ÄNG 2. Dabei steigen die Mittelwerte mit dem Ausprägungsgrad signifikant an. Ähnlich verhält es sich bei der Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP, dabei sind die Mittelwertsunterschiede allerdings nur zwischen der Gruppe ABH 0 und den beiden anderen Gruppen zu finden, deren Mittelwerte identisch sind.

Insgesamt lassen diese Ergebnisse eine Verwebung der beiden Persönlichkeitsstörungen annehmen, denn die Mittelwerte der jeweiligen Persönlichkeitsstörung in zumindest einem der Fragebogen steigen signifikant an, wenn die andere Persönlichkeitsstörung mit Hilfe des Interviews als wahrscheinlich vorhanden eingestuft wird. Bei der Diagnose der einen Persönlichkeitsstörung als sicher vorhanden bleiben die Werte der anderen in dem entsprechenden Fragebogen immerhin mindestens auf demselben Niveau. Die beiden Persönlichkeitsstörungen verhalten sich bei der Varianzanalyse und den Gruppenvergleichen in der Art, wie man es für Skalen erwarten würde, die das gleiche Konstrukt messen.

Bei der Varianzanalyse mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung als unabhängige Variable ergibt sich dagegen nur ein signifikanter p-Wert mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen, wobei die Vergleiche der einzelnen Gruppen nicht signifikant ausfallen. Gegen eine Verwebung der beiden Konstrukte spricht auch, daß die Werte der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen am höchsten in der Gruppe der mittleren Ausprägung der Anankastischen Persönlichkeitsstörung sind. Hier zeigt sich entsprechend auch kein signifikanter Koeffizient bei der dazugehörigen Korrelation in der Multitrait-Multimethod Analyse.

Diskriminanz zwischen den Cluster C Persönlichkeitsstörungen im Interview und den Cluster A Persönlichkeitsstörungen in den beiden Fragebogen-Methoden und im Interview ist aufgrund der nicht vorhandenen Mittelwertsunterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen anzunehmen. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem der entsprechenden Multitrait-Multimethod Analysen.

Zwischen den Cluster C Persönlichkeitsstörungen und den Cluster B Persönlichkeitsstörungen sprechen die Ergebnisse nicht klar für eine Abgrenzbarkeit zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Dissozialen, der Impulsiven und der Borderline Persönlichkeitsstörung, da sich für alle drei bei

Erhebung mit dem IPDE-Fragebogen signifikante Werte bei der Varianzanalyse mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung als unabhängige Variable ergeben.

Dabei sind allerdings die Unterschiede der Mittelwerte der Impulsiven Persönlichkeitsstörung im Fragebogen bei den einzelnen Gruppenvergleichen nicht signifikant, obgleich sie mit dem Ausprägungsgrad ansteigen. Auch wenn vom Muster her eine Verwebung der Konstrukte vorliegen könnte, sprechen die fehlenden Signifikanzen dagegen. In der entsprechenden Multitrait-Multimethod Analyse ergibt sich dagegen auf dem Niveau von .05 ein signifikanter korrelativer Zusammenhang.

Bei den beiden anderen Persönlichkeitsstörungen ergeben sich zwar zwischen den einzelnen Gruppen signifikante Mittelwertsunterschiede, aber die Mittelwerte sind in der Gruppe ANA 1, also dem mittleren Ausprägungsgrad der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview, am höchsten. Damit kann auch hier keine Verwebung der Konstrukte der betreffenden Persönlichkeitsstörungen vorliegen, denn dafür müßten die Werte mit dem Ausprägungsgrad zunehmen. In der entsprechenden Multitrait-Multimethod Analyse kann man dagegen einen auf dem Niveau von .05 signifikanten korrelativen Zusammenhang zwischen der Borderline Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im Interview finden.

Bei der Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ergibt sich nur ein p-Wert, bei dem sich mit .059 ein Trend zeigt. Diese Mittelwertsunterscheide ergeben sich für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung im Fragebogen. Allerdings sind auch hier die Mittelwerte in der Gruppe der mittleren Ausprägung am höchsten. Auch hier findet sich ein auf dem Niveau von .05 signifikanter Koeffizient in der entsprechenden Multitrait-Multimethod Analyse.

Für die Varianzanalyse mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung als unabhängige Variable ergeben sich bei der Borderline Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen und für die Histrionische Persönlichkeitsstörung im Interview signifikante p-Werte, bei den einzelnen Gruppenvergleichen kann man allerdings nur Trends von .054 und .055 erkennen. Bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung sind darüber hinaus die Varianzunterschiede signifikant und die Mittelwerte der Gruppe 0 sind am höchsten, also bei den Patienten, die keine Abhängige Persönlichkeitsstörung haben.

Da hier aber ebensowenig die Werte kontinuierlich abfallen, können die Ergebnisse auch nicht in dem Sinne interpretiert werden, daß sich die beiden Per-

sönlichkeitsstörungen gewissermaßen ausschließen. Dies würde auch den verschiedentlich den beiden Persönlichkeitsstörungen zugeschriebenen konzeptionellen Überschneidungen widersprechen.

Auch in der entsprechenden Korrelation in der Multitrait-Multimethod Analyse zeigt sich kein signifikanter Wert zwischen den beiden Persönlichkeitsstörungen. Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen ist zwar der Mittelwert der Gruppe von Patienten mit einer sicheren Abhängigen Persönlichkeitsstörung nach dem Interview deutlich am höchsten, aber dieser Unterschied ist nicht signifikant. Analog findet sich auch in der Multitrait-Multimethod Analyse kein signifikanter Wert bei der entsprechenden Korrelation.

Im Falle der Übereinstimmung zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IKP und im Interview sprechen die Ergebnisse dieses statistischen Ansatzes nicht hinreichend für eine konvergente Validität, in der entsprechenden Multitrait-Multimethod Analyse dagegen ergibt sich ein ausreichend hoher Übereinstimmungskoeffizient, der als Zeichen einer befriedigenden konvergenten Validität bewertet wird.

Es gibt zwei Möglichkeiten, durch die dieser Unterschied hinsichtlich der konvergenten Validität verursacht werden könnte. Zum einen könnte es an der verwendeten statistischen Methode liegen, denn bei der Varianzanalyse ist der konvergente Wert signifikant, erst bei Anwendung des recht konservativen Post-hoc Tests nach Bonferroni ergeben sich keine signifikanten Mittelwertsunterscheide zwischen den einzelnen Gruppen, lediglich ein Trend dazu.

Andererseits könnte dieser Unterschied durch die Überlegenheit der dimensionalens Klassifikation gegenüber der kategorialen Gruppeneinteilung zustande kommen. In einigen Fällen ergeben sich ähnliche Unterschiede der statistischen Ansätze hinsichtlich der diskriminanten Validität. Hier zeigen sich zum Teil in der Varianzanalyse Signifikanzen, bei denen in der entsprechenden Korrelation in der Multitrait-Multimethod Analyse keine signifikanten Zusammenhänge zu finden sind.

Dabei sind zum Teil auch in den Einzelvergleichen der Gruppen signifikante Werte zu finden, so bei der Varianzanalyse der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit der Dissozialen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen, wobei hier allerdings die höchsten Mittelwerte in der Gruppe der wahrscheinlichen Anankastischen Persönlichkeitsstörung zu finden sind. Zum Teil zeigen sich aber auch erst in den Einzelvergleichen der Gruppen keine signifikanten Werte, hier

sind die Borderline Persönlichkeitsstörung im Fragebogen und die Histrionische Persönlichkeitsstörung im Interview bei der Varianzanalyse der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zu nennen.

Umgekehrt, signifikante Zusammenhänge in den Korrelationen der Multitrait-Multimethod Analyse und nicht signifikante Werte in den Varianzanalysen ergeben sich einmal bei der Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im Interview und der Impulsiven Persönlichkeitsstörung im IKP, zum anderen bei der Korrelation zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen. Hier läßt sich bei der Varianzanalyse der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung allerdings ein Trend erkennen. Insgesamt kann also keine eindeutige Überlegenheit hinsichtlich der Diskriminanz einer der beiden statistischen Ansätze, und damit entweder der dimensional oder der kategorialen Klassifikation des Interviews, festgestellt werden.

4.2.4 Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen

Für die Interpretation der berechneten Kappa-Werte als Maß der Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen wird die Einteilungen von Landis und Koch [53, zitiert nach 44] herangezogen. Hiernach sind Werte zwischen .21 bis .40 als *fair* (schwach), Werte zwischen .41 bis .60 als *moderate* (mittel), Werte zwischen .61 bis .80 als *substantial* (gut) und .81 bis 1.00 als *almost perfect* (sehr gut) anzusehen.

4.2.4.1 Übereinstimmung zwischen den kategorialen Diagnosen der beiden IPDE-Methoden

Die Übereinstimmung der Anankastischen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung liegt in den beiden IPDE-Methoden mit Konkordanzkoeffizienten von .470 und .515 im zufriedenstellenden mittleren Bereich. Die Übereinstimmung der Diagnosen der Borderline, der Schizoiden und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung, bei denen eine Mindesthäufigkeit von 5 % in beiden Methoden vorliegt, liegt mit Kappa-Werten von .209 bis .277 im Bereich der schwachen Übereinstimmung und ist damit nicht ausreichend. Die Untersuchung der Übereinstimmung der kategorialen Fragestellung, ob eine Persönlichkeitsstörung vorhanden ist oder

nicht, zeigt einen Kappa-Wert von .471 und liegt damit ebenfalls im mittleren, zufriedenstellenden Bereich.

Bei der Überprüfung der Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen ist insgesamt festzustellen, daß die Konkordanz der kategorialen Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen geringer ist als die der dimensionalen Betrachtungsweise. Dieses wurde von Frydrich et al. [33], Ruitter und Greeven [88], Zimmerman und Coryell [118] und anderen gleichermaßen beschrieben. Perry [79] stellt in seiner Übersicht verschiedene Studien aus den Jahren 1987-1991 vor, welche die Übereinstimmung verschiedener diagnostischer Methoden überprüfen. Die Konkordanzkoeffizienten zwischen den Methoden der Diagnosen, für die auch in unserer Studie ein solcher berechnet wurde, beträgt variieren zwischen -.16 und .62. In der obengenannten Studie von Ruitter und Greeven [88] wurde die Konkordanz der kategorialen Diagnosen nach DSM-III-R zwischen einem Selbstbeurteilungsfragebogen und einem strukturierten Interview berechnet. Es ergeben sich etwas höhere Kappa-Werte als in der hier vorliegenden Studie.

Bei den Diagnosen, für die auch in dieser Arbeit die Konkordanzkoeffizienten berechnet wurden, betragen die Konkordanzkoeffizienten zwischen .25 für die Schizoide Persönlichkeitsstörung und .54 für die Borderline Persönlichkeitsstörung. Inwieweit auch hier die bessere Übereinstimmung der kategorialen Diagnosen, wie auch bei Untersuchung der dimensionalen Übereinstimmung, durch den Unterschied in der Studienanordnung, bei der den Interviewern Einblick in alle verfügbaren psychologischen, psychiatrischen und juristischen Berichte über die Patienten gewährt wurde, zustande kommt, kann nur vermutet werden. Dagegen betragen die Koeffizienten der Übereinstimmung in einer von Frydrich et al. [33] zusammengestellten Übersicht über verschiedene Studien sogar hinsichtlich der generelleren Frage, ob eine Persönlichkeitsstörung vorhanden ist oder nicht, im Median nur .38. In der hier vorliegenden Studie ist die Übereinstimmung dieser Fragestellung bei den IPDE-Methoden trotz der Verwendung eines Interviews und eines Fragebogens gleichwohl vom gleichen Autor besser.

Die Übereinstimmung der kategorialen Klassifikation ist also durchgängig in allen Studien als grenzwertig und zum Teil als nicht zufriedenstellend zu betrachten.

4.2.4.2 Übereinstimmung zwischen den klinischen Diagnosen und denen des IPDE-Interviews

Die Übereinstimmung zwischen den klinischen Diagnosen und den Diagnosen, die mit Hilfe des IPDE-Interviews gestellt wurden, ist sehr gering. Bei der generellen Frage, ob eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wurde, beträgt Kappa nur .066. Etwas besser ist die Übereinstimmung bei der Diagnose einer Kombinierten Persönlichkeitsstörung (.259). Alle anderen Persönlichkeitsstörungen wurden klinisch nicht in dem erforderlichen Maße diagnostiziert.

Bei der Kombination klinisch gestellter Diagnosen der Sozialen Phobie und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ergibt sich immerhin ein Wert von .324. Insgesamt muß bei diesen Ergebnissen berücksichtigt werden, daß das Studiendesign hinsichtlich der Vergabe der klinischen Diagnosen nicht optimal war.

Die Möglichkeit, als eine klinische Diagnose die Kombinierte Persönlichkeitsstörung zu kodieren, ohne anzugeben, welche Teilstörungen sich im einzelnen dahinter verbergen, verhindert die Überprüfung der einzelnen Diagnosen bei denen die Basisrate unter 5 % liegt, die aber möglicherweise in größerem Umfang als Teilstörung innerhalb einer Diagnose der Kombinierten Persönlichkeitsstörung vorhanden sind. Vor diesem Hintergrund muß auch der Wert der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung kombiniert mit der Sozialen Phobie als nur relativ angesehen werden.

Trotz aller Einschränkungen sind die hier gefunden Ergebnisse mit denen der Studie von Frydrich et al. [33] vergleichbar. In dieser betrug die Übereinstimmung zwischen den Diagnosen des SKID-II Interviews und klinischen Diagnosen hinsichtlich der Frage nach mindestens einer Persönlichkeitsstörung -.01. Alle übrigen Kappa-Werte lagen ebenfalls nicht über .2, wobei auch hier das Problem der geringen Fallzahlen bei einigen der klinischen Diagnosen bestand. Am häufigsten wurde die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung von den Klinikern diagnostiziert (18 Fälle), aber auch hier betrug der Kappa-Wert nur .04, der wesentlich niedriger als der Wert der Kombination der Sozialen Phobie und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in unseren Ergebnissen ist, dieser ist dennoch noch immer nicht ausreichend.

4.2.5 Schlußfolgerungen und Zusammenfassung der Untersuchung der drei Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen

Die Ergebnisse der Untersuchung der konvergenten und diskriminanten Validität der drei verwendeten Methoden sind insgesamt den Resultaten der referierten Studien ähnlich. Ohne weiteres kann bei beiden untersuchten Aspekten der Validität nicht von zufriedenstellend guten Ergebnissen gesprochen werden.

Allgemein ist die Übereinstimmung der Diagnosen besser, wenn die Diagnostik mit der dimensionalen Betrachtungsweise erfolgt. Da dieses sich, wie oben dargestellt, in den verschiedenen Studien in gleicher Weise zeigt, sollte daraus folgen, daß die Ergebnissen dieser und ähnlicher diagnostischer Methoden dem Kliniker in der dimensional Form mitgeteilt werden. Insofern ist auch die Entscheidung, bei der Entwicklung des IKP ausschließlich den dimensional Ansatz für die Auswertung zu wählen, nur konsequent. Die vielzitierte [19, 115, 114] mangelnde Vertrautheit der Kliniker bei Gebrauch und Interpretation dimensionaler Beurteilungen von Patienten kann nicht Vorwand für die Beibehaltung der kategorialen Klassifikation bei der Mitteilung von Ergebnisse der Patienten in den einzelnen diagnostischen Methoden dienen, wenn insgesamt in dieser eindeutigen, reproduzierbaren Form die Überlegenheit des dimensional Ansatzes nachzuweisen ist.

Diese diagnostischen Methoden sind auch nicht als alleiniges Mittel anzuwenden, um zu der Diagnose oder dem Ausschluß einer Persönlichkeitsstörung zu kommen. Wie beispielsweise im Manual des IPDE-Interviews dargestellt, soll die mit dem Interview gestellte Diagnose auf ihre Validität geprüft werden. Diese Einschätzung soll auf dem klinischen Urteil, dem IPDE-Interview und wenn möglich auch auf anderen Informationen basieren [59, Protokollheft, S. 25].

In dem IKP Bericht [8] wird der Nutzen des IKP in der Klinik als Screening- und anderweitige Hilfsfunktion für die klinisch-psychiatrische Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Wenn die entsprechende Methode in diesem Sinne als Hilfe zur Diagnoseentscheidung benutzt werden soll, sind auch die Kliniker nicht mit einer dimensional Klassifikation überfordert. Dies gilt unter der Voraussetzung, daß sie über die Bedeutung der Höhe der erreichten Werte in ausreichendem Maße aufgeklärt werden.

Tatsächlich ist die Handhabung von dimensional Daten bei der Suche nach der richtigen Diagnose alltäglich in der klinischen Praxis, so sind die Werte von

Körpertemperatur, arteriellem Blutdruck und vielen anderen physischen Meßwerten ebenfalls dimensional. In vielen Fällen werden Grenzwerte angegeben, diese ändern sich aber zum Teil über die Jahre erheblich und sind daher auch nicht als absolut anzusehen. In jedem Falle muß der Kliniker das Gesamtbild beurteilen. Beispielweise werden auch bei der Beurteilung des Blutcholesterins unterschiedliche Grenzen hingenommen, je nachdem, ob der Patient mit einer assoziierten Krankheit auffällig geworden ist. Ähnlich muß und wird der Kliniker auch die Ergebnisse der diagnostischen Methoden von Persönlichkeitsstörungen beurteilen. Vor diesem Hintergrund müssen neben der vermutlich noch immer schlechten Reliabilität der klinisch gestellten Diagnosen ([64], allerdings auf dem DSM-III beruhend) die schlechten Ergebnisse hinsichtlich der Übereinstimmung der klinischen Diagnosen und des strukturierten Interviews gesehen werden.

Bei der Forderung nach einer optimalen Übereinstimmung der Methoden muß beachtet werden, daß die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen in sich gewisse Schwierigkeiten birgt. Diese Probleme spiegeln sich in den Übereinstimmungsraten der Referenzstudien wider, für die sich weder bei der Diagnose mit standardisierten Interviews [76], noch zwischen verschiedenen Selbstbeurteilungsfragebögen [100, 102], noch zwischen Interview und Fragebogen [118, 33] optimale Werte ergeben. Auch die Übereinstimmung einer Diagnosefindung, die einmal mit der Hilfe von Information durch Freunde und / oder Angehörige getroffen wurde und einmal durch direkte Informationen des Patienten gestellt wurde, zeigt nur schlechte bis mittelmäßige Werte [67, 87].

Aufgrund der schlechten Übereinstimmung und Reliabilität der klinischen Diagnosen wurden diese objektiven diagnostischen Instrumente eingeführt. Die Methoden haben verschiedene Schwächen, doch liegt nahe, daß diese sich zum Teil sich auch aus der Diagnose, die durch sie gestellt werden soll, ergeben.

Es sind Diagnosen, die sich vor allem durch die Ich-Syntonie und die negative Konnotation von anderen Diagnosen unterscheiden. Diese Eigenschaften werden auch die Erhebung der Diagnose beeinflussen. Vor diesem Hintergrund kann die Übereinstimmung der Methoden hinsichtlich sechs der neun untersuchten Persönlichkeitsstörungen bei der Verwendung der dimensional Klassifikation als für klinische und wissenschaftliche Zwecke ausreichend bezeichnet werden.

Bezüglich der Forderung nach optimaler diskriminanter Validität muß beachtet werden, daß die Persönlichkeitsstörungen nicht ohne weiteres als voneinander

abgrenzbare Entitäten zu verstehen sind. Daher würde eine Abbildung der Persönlichkeitsstörungen als distinkt in und zwischen den Methoden voneinander abgegrenzte Störungen nicht der Realität des Krankheitsbildes entsprechen. Des weiteren muß auch berücksichtigt werden, daß die Methoden nur eine so gute diskriminante Validität besitzen können, wie die zugrunde liegenden Klassifikationen. Vielfach wurde an der Konzeptionalisierung und den Kriterien der Persönlichkeitsstörungen in den Klassifikationen Kritik geübt [16, 15, 30, S. 514].

In dieser Arbeit und im Vergleich mit anderen Studien wird insbesondere deutlich, daß eine Abgrenzbarkeit der Störungsbilder der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung nicht in dem von den Klassifikationen suggeriertem Maße vorliegt.

Die drei hier untersuchten Instrumente unterscheiden sich hinsichtlich der Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Diese Unterschiede lassen sich besonders bei der Pearson-Korrelation erkennen und sind weniger deutlich bei den Varianzanalysen. Innerhalb des IKP ergeben sich viele und hohe Korrelationskoeffizienten zwischen verschiedenen Diagnosen. Diese Zusammenhänge lassen sich auch in Fällen finden, die konzeptionell eher nicht zu erwarten sind oder von denen in Referenzstudien weniger berichtet wurde. Besonders in diesen Fällen müßte versucht werden, nachzuweisen, wodurch diese Beziehungen zwischen eigentlich sich eher weniger nahestehenden Persönlichkeitsstörungskonzepten zustande kommen.

Eine Möglichkeit ist, daß diese Beziehungen durch eine eventuell vorhandene Ja-Sage-Tendenz bei den durchgehend positiv gepolten IKP Items bedingt ist. Dies könnte beispielweise durch Untersuchungen mit teilweise umgepolten Items erfolgen.

Diese hier gefundenen Zusammenhänge könnten aber auch durch die höhere interne Konsistenz dieser Skalen im Gegensatz zu derjenigen der Skalen der IPDE-Methoden bedingt sein, wodurch die Korrelationen mit externen und internen Skalen größer werden. Hierzu könnten Vergleiche mit Methoden weiterhelfen, deren Testlänge und interne Konsistenz dem IKP ähnlicher sind.

Diese Beziehungen könnten aber auch als Ausdruck einer verstärkten Abbildung einer möglichen generellen Dysfunktion der Persönlichkeit durch das IKP angesehen werden. Nachweismöglichkeiten hierzu müßten entwickelt werden.

Neben den Analysen der verschiedenen Methoden sollten jedoch auch weiterhin die zugrunde liegenden Kriterien der Klassifikationen eingehenden

Untersuchungen unterzogen werden, denn deren Schwächen schlagen sich nur zu deutlich in den Ergebnissen nieder, die mit Instrumenten erhoben werden, die auf den Kriterien dieser Klassifikationen beruhen.

4.3 Zusammenhänge der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit mit den angstnahen Persönlichkeitsstörungen

Durch Berechnung der Pearson-Korrelation zwischen den Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit und den mit den drei Methoden erfaßten dimensional Scores der Cluster C Persönlichkeitsstörungen erhält man Profile der Normalpersönlichkeit der angstnahen Persönlichkeitsstörungen. Diese werden mit den Ergebnissen anderer Studien und den theoretischen Hypothesen verglichen. Das Persönlichkeitsprofil wird weiter als externes Validitätskriterium bei der Beurteilung der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen benutzt.

Es ergeben sich einige Unterschiede hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den Basisdimensionen des NEOCAR-Modells und den angstnahen Persönlichkeitsstörungen, je nachdem in welcher der drei Methoden die letzteren gemessen wurden. Diese Unterschiede sind aber nur quantitativ. Zum Teil sind die Koeffizienten nicht in allen drei Methoden signifikant, jedoch haben sie, wenn sich signifikante Zusammenhänge in einem der Instrumente zeigen, stets dieselbe Polung in den beiden anderen Methoden.

Insgesamt gesehen zeigen sich bei der Korrelation der HPI Skalen der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit mit den angstnahen Persönlichkeitsstörungen bei der Erfassung im IKP nicht mehr Signifikanzen als bei der Messung mit den beiden IPDE-Methoden.

Es zeigen sich also hier bei der Erfassung der Normalpersönlichkeit nicht die sich bei der Korrelation zwischen den Persönlichkeitsstörungen ergebenden Unterschiede des Korrelationsverhaltens, und das obwohl die gleiche vierstufige Antwortskala bei dem HPI und dem IKP benutzt wurden. Auch die einheitlich positive Polung der Items, die eventuell zu einer Ja-Sage-Tendenz und damit zu erhöhten Korrelationen zwischen den beiden Methoden führen könnte, scheint hier, ebenso wie die wesentlich höhere interne Konsistenz des IKP im Gegensatz zu den IPDE-Methoden, keinen Einfluß auf die Höhe der Korrelationskoeffizienten zwischen den Dimensionen der Normalpersönlichkeit und den angstnahen Persönlichkeitsstörungen zu haben.

Dies läßt annehmen, daß bezüglich der Inter-Diagnose-Korrelationen zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen die stärkeren Korrelationen des IKP durch eine verstärkte Erfassung der Psychopathologie im Sinne einer generellen Dysfunktion der Persönlichkeit zustande kommen. Auffällig ist außerdem, daß die Assoziation zwischen der Dimension *Neuroticism* und allen drei angstnahen Persönlichkeitsstörungen im Interview schwächer und, im Gegensatz zu der Erhebung in den beiden Fragebogen-Methoden, nicht signifikant ausfällt.

Saulsman und Page [92] zeigten mit der Meta-Analyse ebenfalls, daß die Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsstörungen und den Basisdimensionen der Persönlichkeit variieren, wenn unterschiedliche Methoden zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen benutzt werden. Hier sind insgesamt die Koeffizienten zwischen den Basisdimensionen und den Persönlichkeitsstörungen im Interview schwächer. Allerdings wird dafür von den Autoren als mögliche Erklärung die ausschließliche Untersuchung klinischer Stichproben angeführt. Die klinischen Stichproben zeigten im Gegensatz zu den nichtklinischen Stichproben ebenfalls geringere Assoziationswerte. Diese Deutung wird allerdings durch unsere Ergebnisse nicht unterstützt, da in der vorliegenden Studie ausschließlich psychiatrische Patienten untersucht wurden.

4.3.1 Persönlichkeitsprofil der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Das Persönlichkeitsprofil der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, das man durch Berechnung der Pearson-Korrelation zwischen den Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit und den dimensional Scores der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in den drei Methoden erhält, zeigt Zusammenhänge mit *Conscientiousness* und *Neuroticism*.

Mit erstgenannter Basisdimension korreliert die Anankastische Persönlichkeitsstörung in allen drei diagnostischen Methoden signifikant, in den beiden Fragebogenmethoden sogar mit Werten über .60. Mit *Neuroticism* zeigen sich nur signifikante Zusammenhänge mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in den Fragebogenmethoden, diese sind liegen um .40.

Der Zusammenhang mit dem Faktor *Conscientiousness*, bei dem hohe Werte eine Normorientierung und Gewissenhaftigkeit, Rigidität, Selbstkontrolle und Moralismus, Wertschätzung der Sekundärtugenden und die realistische, sachliche objektorientierte Grundhaltung mit Beachtung von Details, Regeln und Ordnung

und einer Neigung zum Planen und methodischen Vorgehen bedeuten, wäre aufgrund der übergenauen und sorgfältigen Gewissenhaftigkeit bei Zwanghaften Persönlichkeitsstörungen zu erwarten [30, S. 130]. In der vorliegenden Studie ist dieser Zusammenhang, im Gegensatz zu den im folgenden erläuterten Referenzstudien, wesentlich stärker.

Der Zusammenhang der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung und der Basisdimension *Conscientiousness* wurde von Widinger et al. [106], als Verfechter der ausreichenden und vollständigen Erklärbarkeit der Persönlichkeitsstörungen mit dem Five-Factor Model, basierend auf eigenen theoretischen Überlegungen zu den DSM-III-R Kriterien und der publizierten Literatur der jeweiligen Persönlichkeitsstörungen mit Nachdruck postuliert. In der Meta-Analyse [92], in der 15 unabhängige Stichproben aus 12 Studien untersucht wurden, ergibt sich allerdings nur eine nicht sehr starke Beziehung zwischen der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung nach den DSM Kriterien und der Basisdimension *Conscientiousness*.

Hierbei ist weiter zu beachten, daß dieser Zusammenhang unterschiedlich ausgeprägt ist, je nachdem, ob klinische (8 unabhängige Stichproben) oder nicht klinische Stichproben (9 unabhängige Stichproben) untersucht wurden. Die Basisdimension *Conscientiousness* korreliert insgesamt in den nichtklinischen Stichproben mit der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung mit einem Wert von .33, in den klinischen Stichproben dagegen nur mit einem Wert von .06.

Die Autoren geben als mögliche Erklärung an, daß die Items des am häufigsten benutzten Five-Factor Model Erhebungsinstruments, des NEO-PI-R [25], nicht adäquat die Maladaptivität des positiven Pols der Dimension *Conscientiousness* reflektieren.

Bei Betrachtung der einzelnen Facetten der Basisdimensionen ergaben sich in der Studie von Huprich [45] für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung bei keiner der Facetten des NEO-PI-R signifikante Korrelationen, weder für die Facetten von *Conscientiousness*, noch die von *Neuroticism*, noch für diejenigen einer der anderen Basisdimensionen.

Die Anankastische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 korrelierte bei Brieger et al. [18] nur mit *Neuroticism*, dieser Zusammenhang wurde auch den hier vorgestellten Daten gefunden. Ein positiver Zusammenhang mit *Neuroticism* ergibt sich dagegen für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung nach dem DSM nicht, was im Gegensatz zu einer starken Assoziation dieser Persönlichkeitsdimension mit fast allen anderen Persönlichkeitsstörungen steht [92].

Allerdings muß hier wieder beachtet werden, daß die Korrelationskoeffizienten der Meta-Analyse sich sehr voneinander unterscheiden, je nachdem welche Methode zur Erhebung der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung benutzt wurde. Es ergeben sich für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung substantielle Korrelationen, die hier bei Werten von über .20 definiert wurden, die sowohl in Richtung des negativen Pols als auch in Richtung des positiven Pols dieses Limit überschreiten. Diese extreme Variabilität betrifft die Dimensionen *Neuroticism* und *Agreeableness*.

Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluß, daß die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung sich schlechter als andere Persönlichkeitsstörungen mit dem gängigen Five-Factor Model konzeptualisieren und abbilden läßt.

Die starke Beziehung zwischen der Dimension *Conscientiousness* und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, die sich in unseren Daten bei der Verwendung aller drei Methoden zur Messung der Anankastischen Persönlichkeitsstörung ergibt, scheint an der Verwendung des HPI statt des NEO-PI-R zu liegen.

Dafür spricht auch, daß sich der korrelative Zusammenhang zwischen der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV im IKP und der Basisdimension *Conscientiousness* ebenfalls in der HPI Langform bei einer Erhebung von Andresen [7, S. 141-143] ergibt. Dieser stellt mit einem Wert von .54 den einzigen Zusammenhang zwischen einer Dimensionen der Normalpersönlichkeit und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung dar, der über .30 liegt.

Es erscheint unwahrscheinlich, daß der Unterschied der Zusammenhänge mit *Conscientiousness* auf der Verwendung der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungsklassifikationen beruht, da bei Andresen im Gegensatz zu der hier vorgestellten Arbeit nach DSM-IV klassifiziert wurde.

Insofern kann der in den hier vorliegenden Daten gezeigte Zusammenhang dieser Basisdimension und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung als konsistent mit den theoretischen Annahmen und den Ergebnissen der Studie, die ebenfalls mit dem HPI erhoben wurde, beschrieben werden, und kann damit, trotz der verschiedenen anderen empirischen Studien, die einen solchen Zusammenhang nicht oder nur in geringerem Ausmaß vorfanden [18, 45, 92], als valide angesehen werden.

4.3.2 Persönlichkeitsprofil der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

Bei Berechnung der Pearson-Korrelation zwischen den Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit und den dimensional Scores der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ergibt sich das Persönlichkeitsprofil der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in den drei Methoden. Es ergeben sich mit *Neuroticism* positive und mit *Extraversion* negative Zusammenhänge.

Mit der Basisdimension *Neuroticism* sind die Werte sowohl im IPDE-Fragebogen als auch im IKP signifikant. Der Zusammenhang mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview ist nicht signifikant, aber ebenfalls positiv. Der negative Zusammenhang mit der Persönlichkeitsdimension *Extraversion* ist im IPDE-Fragebogen signifikant, in den beiden anderen Verfahren aber ebenfalls deutlich negativ.

Aus theoretischer Sicht werden von Widiger et al. [116] hohe Werte der Dimension *Neuroticism* und niedrige Werte der Dimension *Extraversion* postuliert. Bei letzterer Dimension solle auch ein negativer Zusammenhang mit der Facette *Adventure Seeking* bestehen, diese Facette wäre im NEOCAR-System in der Dimension *Risk* zu finden. Es wäre also theoretisch hier ein negativer Zusammenhang zu erwarten.

In der Studie von Andresen [7, S. 141-143] wird ein NEOCAR Profil für die drei Persönlichkeitsstörungen, die gewichtet zusammengerechnet die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 ergeben, dargestellt.

Hierbei zeigen sich für alle drei Persönlichkeitsstörungen hohe positive Zusammenhänge mit *Neuroticism* und hohe negative Zusammenhänge mit *Risk*. Der negative substantielle Zusammenhang mit *Extraversion* besteht dagegen nur mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Dieses Bild ergibt sich vor allem hinsichtlich der letztgenannten Basisdimension auch in den hier vorliegenden Daten (siehe Anhang A, 7.2.2). Die Zusammenhänge mit *Neuroticism* sind allerdings bei der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung nicht signifikant. Der Bezug zwischen den Ängstlichen Persönlichkeitsstörungen und der Dimension *Risk* findet sich wider erwarten in den hier vorgestellten Daten weder bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in den drei Methoden noch bei der differenzierten Betrachtung der Ängstlichen IKP Persönlichkeitsstörungen, gleichwohl alle Korrelationskoeffizienten, außer jener der Ängstlichen Persönlich-

keitsstörung im IPDE-Fragebogen, der gegen Null geht, zwar negativ, aber nicht signifikant sind.

In der Meta-Analyse [92] von 15 unabhängigen Stichproben ergibt sich zwischen der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach dem DSM und den fünf Basisdimensionen des Five-Factor Model neben dem positiven Zusammenhang mit *Neuroticism* ein erwartungsgemäßer negativer Zusammenhang mit *Extraversion*. Auch in anderen Arbeiten werden hohe Werte der Dimension *Neuroticism* und niedrige Werte der Dimension *Extraversion* als charakteristisch für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung genannt [1, 116, 26, 91].

Dieses Profil für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nach der DSM-Klassifikation stimmt mit den Ergebnissen für die Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 von Brieger et al. [18] überein.

Bei Betrachtung der einzelnen Facetten der Basisdimensionen ergaben sich in der Studie von Huprich [45] für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung neben durchgehend stark negativen Werten bei allen Facetten der Dimension *Extraversion* auch bei mehreren Facetten der anderen Dimensionen signifikante Werte. Diese sind außer bei der Dimension *Neuroticism* ebenfalls negativ gepolt. Ein Muster, das den übrigen Studien entspricht, läßt sich in dieser Studie also nicht finden.

Das Persönlichkeitsprofil der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung in unseren Daten ist insgesamt überwiegend konsistent mit den empirischen und hypothetischen Daten, auch wenn sich diese vorwiegend auf die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nach der DSM-Klassifikation beziehen. Auch scheinen hier die Erfassungsmethoden der Normalpersönlichkeit und der Persönlichkeitsstörung und die Art der Stichproben einen geringeren Einfluß als bei der Zwanghaften beziehungsweise der Anankastischen Persönlichkeitsstörung zu haben.

4.3.3 Persönlichkeitsprofil der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

Durch Berechnung der Pearson-Korrelation zwischen den Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit und den dimensional Scores der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den drei Methoden ergibt sich ein Persönlichkeitsprofil, das signifikante Zusammenhänge mit den Basisdimensionen *Neuroticism* und *Risk* aufzeigt.

Wenn die Korrelation nicht parametrisch als Rangkorrelation nach Spearman berechnet wird, ergibt sich des weiteren ein signifikanter Zusammenhang mit der Basisdimension *Extraversion*. Der signifikante, negative Zusammenhang bei Berechnung der nichtparametrischen Korrelation mit *Extraversion* besteht mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen. Die Korrelationen mit der Basisdimension *Neuroticism* ist positiv, sie sind mit knapp .50 im IPDE-Fragebogen und im IKP signifikant. Mit dem Faktor *Risk* ergibt sich nur ein signifikanter, negativer Zusammenhang mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview, wobei die Koeffizienten der beiden Fragebogen-Methoden ebenfalls negativ sind.

Hypothetisch wird von Widinger et al. [116] vor allem eine maladaptive Form der Dimension *Agreeableness* als charakteristisch für die Dependente Persönlichkeitsstörung beschrieben. Weiterhin seien hohe Werte für *Neuroticism* typisch. Von den Basisdimensionen *Extraversion* und *Conscientiousness* seien jeweils bei einer Facette niedrige Werte zu erwarten. Es sei *Assertiveness* als eine Facette von *Extraversion*, leicht nachvollziehbar aufgrund der beschriebenen mangelnden Fähigkeit oder Bereitschaft, berechnete Ansprüche gegenüber Personen zu äußern, denen gegenüber eine Abhängigkeit besteht. Des weiteren seien für *Achievement striving* als eine Facette von *Conscientiousness* niedrige Werte zu erwarten. Bei dieser Facette wird bei dieser Annahme den DSM-III-R Kriterien in dem Sinne gefolgt, daß Patienten mit einer Dependente Persönlichkeitsstörung nach dieser Klassifikation Schwierigkeiten hätten, Projekte zu starten und zu vollenden.

In der Studie von Huprich [45], in der die einzelnen Facetten der Basisdimensionen untersucht wurden, ergaben sich für die Dependente Persönlichkeitsstörung in der Tat für diese beiden Facetten signifikant negative Werte, allerdings waren neben signifikant positiven Werten der Korrelation mit *Neuroticism* weitere Facetten der anderen Dimensionen ebenfalls signifikant negativ, auch aus dem Bereich der Dimension *Agreeableness*.

Auch in der Meta-Analyse [92] zeigt das Five-Factor-Profil der Dependente Persönlichkeitsstörung den DSM Kriterien einen starken positiven Zusammenhang mit *Neuroticism*. Allerdings zeigt sich kein substantieller Zusammenhang mit der Dimension *Agreeableness*.

Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 ergab sich in der Studie von Brieger et al. [18] neben einem positiven Zusammenhang mit *Neuroticism* ein

positiver Zusammenhang mit *Agreeableness* und ein negativer Zusammenhang mit *Extraversion*.

In der Studie von Andresen [7, S. 141-143] ergeben sich substantielle positive Zusammenhänge zwischen der Dependenten Persönlichkeitsstörung im IKP mit den Dimensionen *Neuroticism* und *Agreeableness*. Mit *Extraversion* ergibt sich hier keine substantielle negative Korrelation, jedoch mit dem sechsten Faktor *Risk*.

Bei der Korrelation mit *Agreeableness* muß bedacht werden, daß bei dieser Dimension Unterschiede zwischen dem HPI und dem NEO-PI-R bestehen. Von den zwei von Saucier [90] beschriebenen, mit *Agreeableness* verwandten Faktoren, *Concern for others*, der die fürsorglichen, allgemein pro-sozialen Aspekte des Interpersonellen Verhaltens beschreibt, und *Even Temper*, welcher den aggressiven Anteil des zwischenmenschlichen Verhaltens erfaßt, wird mit dem HPI hauptsächlich der erstere Faktor Sauciers erfaßt.

Dies weicht von dem NEO-PI-R ab, dieser erfaßt mit der Dimension *Agreeableness* eine Mischform aus diesen beiden Faktoren. Es erscheint aber aufgrund der Daten von Andresen [7, S. 141-143] mit einem positiven, substantiellen Zusammenhang mit der HPI-Dimension *Agreeableness* nicht wahrscheinlich, daß der Zusammenhang mit dieser Basisdimension aufgrund des anderen inhaltlichen Akzentes dieser Dimension bei den hier vorgestellten Daten nicht zu finden ist. Dagegen spricht auch, daß dieser Zusammenhang auch in den Studien, in denen die Normalpersönlichkeit mit dem NEO-PI-R erhoben wurde, ebenfalls nicht durchgängig zu finden ist.

Das hier erhobene Profil stimmt also annähernd mit den empirischen Daten anderer Studien und den theoretischen Erwartungen überein. Der fehlende Bezug zu der Basisdimension *Agreeableness* könnte durch die hohe interne Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen zu erklären sein, da zumindest im IPDE-Interview von den Patienten, bei denen eine sichere oder wahrscheinliche Abhängige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, nur in drei Fällen keine weitere Diagnose einer sicheren oder wahrscheinlichen Persönlichkeitsstörung vergeben wurde (siehe Tabelle 2).

Allen anderen Persönlichkeitsstörungen ist gemein, daß sie in verschiedensten Studien [91, 92, 26, 18] durch niedrige Werte der Dimension *Agreeableness* charakterisiert sind, so daß diese komorbiden Störungen mit ihren niedrigen Werten auf dieser Dimension die zu erwartenden hohen Werte der Abhängigen

Persönlichkeitsstörung übertönen¹⁷. Ob diese Erklärung gültig ist, oder ob der hier und in der Meta-Analyse [92] fehlende Zusammenhang mit der Basisdimension *Agreeableness*, obwohl er theoretisch zu erwarten sei [116], aufgrund anderer Gründe nicht zu finden ist, kann nicht abschließend geklärt werden.

4.3.4 Beurteilung der Beziehungen der Normalpersönlichkeit zu den Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden

Insgesamt gesehen ergeben sich, trotz der Verwendung des HPI, und somit statt Erhebung der Basisfaktoren des Five-Factor Model die Erfassung der Dimensionen des NEOCAR-Systems, Persönlichkeitsprofile der Cluster C Persönlichkeitsstörungen, die weitgehend den gängigen Beschreibungen in der wissenschaftlichen Literatur entsprechen.

Der Hauptunterschied zwischen dieser Studie und vielen der Referenzstudien liegt in dem Zusammenhang der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit der Dimension *Conscientiousness*. Dieser ist in den hier dargestellten Daten wesentlich stärker, als in den Studien, die daß NEO-PI-R verwendet haben [18, 45, 92¹⁸].

Mit diesem Befund gewinnt das Faktoren-Modell an Reichweite hinsichtlich der Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen, da diese Persönlichkeitsstörung bislang nicht charakteristisch zu beschreiben war und zusätzlich aus theoretischer Sicht ein solcher Zusammenhang schlüssig ist. Es scheint sich hierbei um eine Eigenschaft des HPI zu handeln, da eben dieser Zusammenhang auch unter der Verwendung dieses Fragebogens bei Andresen [7, S. 141-143] zu finden ist.

Einer Verwendung der Profile der Persönlichkeitsdimensionen als externes Validitätskriterium für Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen

¹⁷ In der Tat lassen sich bei der Berechnung der Pearson-Korrelation der dimensional Scores sämtlicher Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden mit der Basisdimension *Agreeableness* fast ausschließlich Werte um Null (in zwei Fällen .130) und negative Zusammenhänge finden. Die Werte der Korrelationen dieser Basisdimension mit der Schizoiden Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen (-.337*), mit der Paranoiden (-.421**), der Schizoiden (-.458**) und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung (-.346*) im IPDE-Interview liegen sogar im signifikant negativen Bereich.

¹⁸ Nur bei drei der 15 unabhängigen Stichproben wurde statt des NEO-PI-R ein anderes Instrument zur Erhebung der Basisdimensionen der Persönlichkeit verwendet.

stehen im wesentlichen vier Limitationen gegenüber. Wie Andresen [6] zeigte, können die Persönlichkeitsstörungen nicht vollständig und umfassend mit dem Five-Factor Model respektive dem NEOCAR-System erklärt werden, so daß auch bei weitgehender Übereinstimmung der erhobenen Persönlichkeitsprofile mit dem wissenschaftlichen Konsensus etliche Varianz unerklärt bleibt und diese also auch nicht überprüft wurde.

In den vorhergehenden Abschnitten wurde eine nicht zu vernachlässigende Variabilität dargestellt, die sich zwischen den Studien hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsstörungen und den Basisdimensionen zeigt. Daher muß auch die Abhängigkeit der Erfassung der Assoziationen zwischen Persönlichkeitsstörungen und der Dimensionen der Normalpersönlichkeit von verschiedenen Außenfaktoren, wie der Methodenauswahl zur Erfassung der Persönlichkeit und der Persönlichkeitsstörungen und auch der Art der Stichprobe, beachtet werden. Damit unterliegt der Abgleich der Persönlichkeitsstörungen mit dem Profil der Normalpersönlichkeit ähnlichen Einschränkungen wie die Validierung der Methoden zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen durch Vergleiche von verschiedenen dieser Methoden.

Da sich die Basisdimension *Neuroticism* einer Studie von Andresen [7, S. 89-90] als am geringsten zeitstabil erwies, gerade aber durch diese Dimension ein großer Teil der Varianz der Persönlichkeitsstörungen erklärt wird, kann auch der Vergleich mit dem Persönlichkeitsprofil keine wesentliche Hilfe hinsichtlich der möglichen Abhängigkeit vom akuten Zustand mit möglicherweise bestehenden Achse-I-Störungen bieten. Dadurch wird die externe Validierung durch das Five-Factor Model beziehungsweise das NEOCAR-Modell weiter eingeschränkt, da mit diesem ebenso wie beim Vergleich verschiedener diagnostischer Methoden von Persönlichkeitsstörungen keine sichere Aussage über die Stabilität, die über die akute Belastung hinausgeht, getroffen werden kann.

Die letzte Einschränkung, die diese spezielle Studie betrifft, erfährt die externe Validierung mit dem Persönlichkeitsprofil durch die hier untersuchte Stichprobe. Durch die hohe Zahl an Komorbiditäten könnte bei der Darstellung der einzelnen Profile der Persönlichkeitsstörungen die für eine der Störungen charakteristische Ausprägung einer Persönlichkeitsdimension durch die gleichzeitig vorhandenen und möglicherweise mit dem anderen Pol der Dimension assoziierten Persönlichkeitsstörungen übertönt worden sein.

4.4 Beziehungen zwischen den Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Belastung durch akute psychische Symptome

Zur Überprüfung der Zusammenhänge der akuten Symptome mit den dimensional Scores der angstnahen Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen wurde die Pearson-Korrelation berechnet.

Bei Zusammenhängen mit signifikanten Korrelationen muß zum einen die Möglichkeit erwogen werden, daß eine Beeinflussung der Erhebung der entsprechenden Persönlichkeitsstörung durch die aktuelle Achse-I-Störung vorliegt. Zum anderen muß auch diskutiert werden, ob möglicherweise Überlappungen der Störungsbilder oder eine konzeptionell begründbare Komorbidität die Ursache dieser signifikanten Zusammenhänge sind. Dazu werden unsere Ergebnisse den Daten vergleichbarer Arbeiten gegenübergestellt. In einigen Fällen wird auch versucht, durch die Berechnung von Korrelationen der einzelnen Items weitere Klarheit zu schaffen (siehe Anhang A, 7.2.2).

Wenn die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen in den drei diagnostischen Methoden zu den Symptomskalen der SCL-190-R unterschiedlich ausfallen, wird versucht, die Gründe dieser Unterschiede aufzudecken.

Insgesamt muß daneben auch beachtet werden, daß mit der SCL-190-R ein neues Verfahren benutzt wurde, das sich noch nicht in vielen Studien bewähren konnte. Das bedeutet, daß Studien zu Vergleichen herangezogen werden, in denen andere Methoden zur Erfassung der Achse-I-Störungen verwendet wurden. Eine Übereinstimmung dieser Methoden mit der SCL-190-R kann daher nur aufgrund ähnlicher theoretischer Konstrukte vermutet werden.

4.4.1 Zusammenhänge der SCL-190-R Symptomskalen mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

Bei der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in den verschiedenen Methoden zeigen sich nur recht wenige signifikante Korrelationen. Bei der Korrelation zwischen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen und den Symptomskalen liegt sogar keiner der Koeffizienten im signifikanten Bereich.

Zwei Skalen der SCL-190-R korrelieren signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung sowohl im IKP als auch dem IPDE-Interview. Es sind die der

Belastungsdepression und die der *Nervösen Beschwerden*. Die Zusammenhänge mit dem IPDE-Fragebogen sind in diesen Fällen gleichgerichtet, aber nicht signifikant. Auf Grund des Musters bei diesen Skalen kann angenommen werden, daß die korrelativen Zusammenhänge nicht allein durch die Methodenvarianz zustande gekommen sind.

Es verwundert nicht, daß die Skala der *Belastungsdepression* einen signifikanten Zusammenhang mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung aufweist. Die Symptome, die mit dieser Skala erfragt werden, sind die Belastung durch alltäglichen Streß, durch psychische Anspannung und habituelle Gefühle der Überforderung. Die Situationen, in denen Patienten mit einer Anankastischen Persönlichkeitsstörung therapeutische Hilfe aufsuchen, sind durch Arbeitsverzögerung oder Entscheidungsprobleme beispielsweise im Beruf [43, S. 186] gekennzeichnet. Häufig kommen die Patienten aufgrund der übertriebenen Sorgfalt und Ordnungsliebe nicht mehr zurecht, etwa weil sie zeitgebundene Aufgaben nicht rechtzeitig erfüllen [30, S. 309]. Subjektiv für den Patienten werden diese Szenarien Streß, Überforderung und folglich Anspannung bedeuten, da sie den Anforderungen, die sie sich selbst gestellt haben, nicht gewachsen sind.

Hoffman und Hochapfel nennen sogar unter anderem Unzulänglichkeitsgefühle als Charakteristikum der Anankastischen Persönlichkeitsstörung [43, S. 186].

Daher ist ein Zusammenhang zwischen der Skala der *Belastungsdepression* und der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in einer klinischen Stichprobe nur folgerichtig, denn diese besteht aus Probanden, die schon an die Grenzen ihrer Möglichkeiten bei den von ihnen selbst gestellten Anforderungen gekommen sind. Gerade durch diese Symptombelastung, die sich auf dem Boden der Anankastischen Persönlichkeitsstörung entwickelt hat, suchen die Patienten professionelle Hilfe auf.

Bei der Skala der *Nervösen Beschwerden*, die den psychosomatischen Bereich erfaßt, also klärt, inwieweit eine Belastung der Patienten durch funktionelle körperliche Symptome besteht, kann der Zusammenhang weder durch eine Überlappung der Skala mit den Kriterien der Anankastischen Persönlichkeitsstörung, noch mit einer konzeptionell begründbaren Komorbidität erklärt werden. Auch erscheint eine artifizielle Beeinflussung der Diagnostik der Anankastischen Persönlichkeitsstörung durch die Symptome der Skala *Nervöse Beschwerden* nicht plausibel, da diese Symptome körperlicher Natur sind, und eine Beeinflussung der psychischen Selbstwahrnehmung daher eher unwahrscheinlich ist.

Denkbar ist vielmehr, daß eine Komorbidität vorliegt, hierbei ist eine gegenseitige Bedingtheit nicht offenkundig. Noyes, Langbehn, Happel, Stout, Muller und Longley [75] berichteten in einer Studie zu Persönlichkeitsstörungen bei somatisierenden Patienten über eine signifikante Häufung der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung in dieser Patientengruppe, so daß die Ergebnisse in der hier vorliegenden Studie konsistent mit empirischen Daten der Studie von Noyes et al. sind. Gründe für diese auffällige Komorbidität konnten Noyes et al. allerdings nicht benennen.

Weiterhin korreliert noch die Symptomskala des *Obsessiv-kompulsiven Syndroms* signifikant mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IKP. Diese Skala erfaßt den Bereich der Zwangstörungen. Hinsichtlich dieser Störungsgruppe wurde der Frage nach Komorbidität und gemeinsamer Ätiologie mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung vielfach in theoretischen Überlegungen und empirischen Studien nachgegangen. Durch die Namensgebung der Achse-I-Störung als Zwangsstörung wird ein Zusammenhang mit der Zwanghaftigkeit als Persönlichkeitsstörung suggeriert, über dessen Existenz man sich jedoch nicht einig ist.

Nach Pfohl und Blum [82] sei die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung weder eine notwendige noch eine häufige Voraussetzung, um eine Zwangsstörung zu entwickeln. Es sei ebenfalls nicht die häufigste Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit Zwangsstörungen.

Fiedler [30, S. 311] faßt mehrere Studien zusammen, in denen mittels Faktorenanalyse zwei unabhängige Faktoren gefunden wurden, mit denen sich Zwangs-Symptome und zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale eindeutig trennen ließen und die somit für eine getrennte Betrachtung von Persönlichkeitsmerkmalen und Zwangs-Symptomen sprächen. Es solle daraus allerdings nicht gefolgert werden, daß es zwischen den beiden Aspekten keine störungsübergreifenden oder ätiologierelevanten Zusammenhänge gäbe.

Skodol, Oldham, Hyler et al. [101] fanden in einer Studie zu den Mustern der Komorbidität von DSM-III-R Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen eine besondere Assoziation der Zwanghaften Störungen der Achse I mit der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, daneben auch mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung.

Bei der SCL-190-R Skala des *Obsessiv-kompulsiven Syndroms* sind die Werte der Koeffizienten der Korrelationen mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

in den beiden IPDE-Instrumenten im Gegensatz zu denen der Korrelation mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IKP wesentlich geringer. Der Zusammenhang mit der Anankastischen Persönlichkeitsstörung im IKP ist mit $.572^{**}$ recht stark, in den IPDE-Methoden mit $.118$ im Interview und $.247$ im Fragebogen eher mäßig. Es liegt hier wiederum eine deutlich stärkere Korrelation des IKP mit den Skalen externer Meßinstrumente vor.

Es ist möglich, daß diese stärkeren Korrelationen des IKP mit dieser Skala an den in Abschnitt 4.1 erläuterten strukturellen und möglicherweise inhaltlichen Unterschieden des IKP liegen.

Ein anderer Erklärungsansatz wäre, daß der IKP in größerem Ausmaß als die IPDE-Methoden die Zwangsstörungen erfaßt und dadurch eine Konfundierung der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit den Zwangsstörungen im IKP vorliegt. Insbesondere zeigt das Interview nur geringe Zusammenhänge mit dieser Symptomskala. Der Koeffizient der Korrelation zwischen der Anankastischen Skala des IKP und der Skala des *Obsessiv-kompulsiven Syndroms* der SCL-190-R liegt mit $.572^{**}$ sogar über dem der Korrelation mit der Anankastischen Skala des IPDE-Interviews ($.427^{**}$).

4.4.2 Zusammenhänge der SCL-190-R Symptomskalen mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

In allen drei Methoden korreliert mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nur eine der Symptomskalen hoch signifikant. Erwartungsgemäß findet sich dieser starke Zusammenhang zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der Skala *Soziale Gehemmtheit*. Diese Skala erfaßt den Bereich der sozialen Phobie, dabei werden insbesondere Minderwertigkeitsgefühle und Einschränkungen der interpersonellen Interaktionsfähigkeit ermittelt.

Es besteht weitgehend Konsens über die Überlappung zwischen dieser Achse-I-Störung und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Empirisch zeigten sich in drei von Widinger [111] kommentierten Studien weder qualitative Unterschiede noch klare Grenzen zwischen der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Sozialen Phobie nach DSM-III-R. McGlashan et al [63] berichteten ebenfalls bei der Diagnose nach DSM-IV von signifikant häufigerem gleichzeitigen Auftreten der Sozialen Phobie mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung als mit anderen der untersuchten Persönlichkeitsstörungen.

Nach Andresen [8] lasse sich ein phänomenales, psychopathologisch-deskriptives Spektrumskonzept der sozialen Ängstlichkeit mit der Sozialen Phobie auf der Achse I und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV auf der Achse II entwickeln, wobei bei letzterer größere Ich-Syntonie und Symptom-Persistenz bestehe. Mehrfach wurde postuliert, daß ein Unterschied zwischen den beiden Störungen nur im Schweregrad bestehe und daß auf dem Kontinuum der Ausprägung der Angst und der Defizite die Ängstliche / Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nur durch die besondere Schwere der sozialen Störung definiert sei [73, S. 70-77,61, 74].

Auf diesem Hintergrund ist der hohe Zusammenhang mit Korrelationskoeffizienten von $.480^{**}$ bis $.651^{**}$ zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der Skala der *Sozialen Gehemmtheit* nur folgerichtig, denn auch die Kriterien der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung erfassen, wenn auch nicht ausschließlich, den Bereich der sozialen Angst.

Mit der Skala *Suizidalität* besteht eine signifikante Korrelation von $.316^*$ und $.324^*$ mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview und im IKP. Die Skala *Suizidalität* beinhaltet Items, die verschiedene Aspekte der Suizidalität, wie suizidale und autoaggressive Impulse, Todeswünsche und Haß auf die eigene Person, beschreiben. Es kann durch die Suizidalität der Patienten sehr wohl zu einer veränderten Selbstwahrnehmung gekommen sein.

Eine Überschätzung der Prävalenz der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung durch die gleichzeitige Erhebung einer Ängstlichen Persönlichkeitsstörung bei bestehender Suizidalität kann durch eventuelle Beeinflussung der Eigenwahrnehmung der Persönlichkeitszüge durch die Suizidalität der Patienten nicht ausgeschlossen werden. In einer Studie von Howton, Houston, Haw et al. [38], in der die Komorbidität von Achse I und II Störungen bei Patienten, die einen Selbstmordversuch begangen hatten, untersucht wurde, war die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 die am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung. Die Erfassung der Persönlichkeitsstörungen erfolgte erst 12 - 20 Monate nach dem Erstinterview. Daher kann angenommen werden, daß bei Ausfüllen des Selbstbeurteilungsinstrumentes die akute Suizidalität abgeklungen war und damit die Beeinflussung der Eigenwahrnehmung durch die Suizidalität eher gering ausfiel.

Insofern ist es ebenfalls möglich, daß Patienten mit einer Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im allgemeinen zu Suizidalität neigen und in der hier untersuchten

Stichprobe eine echte Komorbidität vorliegt. Den möglicherweise bestehenden ätiologischen Zusammenhängen zwischen Suizidalität und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung müßte in weiteren Studien nachgegangen werden, um hierzu endgültige Aussagen treffen zu können.

Mit der Skala des *Paranoid-halluzinatorischen Syndroms* korreliert die Ängstliche Persönlichkeitsstörung im IPDE-Fragebogen und im IKP signifikant. Diese Symptomskala erfaßt, wie stark die Patienten unter Halluzinationen und Beeinflussungserlebnissen, Gedankenausbreitung, Wahn und Wahnwahrnehmungen leiden. Da Probanden, die unter solchen schizophreniformen Symptomen leiden, im allgemeinen nicht ausreichend zur Introspektion fähig sind, beziehungsweise die Eigenwahrnehmung des Patienten in nicht abschätzbaren Maße verändert ist, kann hier davon ausgegangen werden, daß die Erfassung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nicht unabhängig von diesen Symptomen erfolgt ist.

Erstaunlich ist in jedem Fall, daß trotz der Abmachung mit den behandelnden Klinikern, keine Patienten mit aktiver schizophrener Psychose für die Studie vorzuschlagen, die Probanden dieser Studie von diesen schizophreniformen Symptomen in den Selbstbeurteilungsfragebögen berichten¹⁹. Im Interview dagegen geht der Zusammenhang der Skala des *Paranoid-halluzinatorischen Syndroms* mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung gegen Null (.098).

Auch Skodol et al. [101] stellen bei einer der wenigen Studien zur Komorbidität von Achse I und Achse II, in der auch die Psychotischen Störungen evaluiert wurden, ebenfalls eine gewisse Assoziation dieser Störungen mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung fest. Daher ist es denkbar, daß diese Zusammenhänge regelhaft bestehen. Ob allerdings eine Beeinflussung der Selbstwahrnehmung und –einschätzung oder eine eventuelle Prädisposition bestehen, läßt sich aus dem vorhandenen Material nicht abschätzen.

Mit der Symptomskala der *Aggressivität*, mit der das Leiden der Patienten unter ihren aggressiven Vorstellungen und Verhaltensweisen erfaßt wird, korreliert die

¹⁹ Auch bei konsequentem Ausschluß der fünf der Patienten, bei denen eine Enddiagnose aus dem Bereich der Schizophrenien (siehe 2.2.2) gestellt wurde, senken sich die Werte der Korrelationskoeffizienten nur unwesentlich, bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP ergibt sich nun statt .390* ein Wert von .361* und im IPDE-Fragebogen statt .355* ein Wert von .326.

Ängstlichen Persönlichkeitsstörung nur im IPDE-Fragebogen signifikant (.346*). Der Zusammenhang der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP ist zwar nicht signifikant, aber deutlich (.305).

Alden, Lapos, Taylor und Ryder [1] berichteten in ihrem Übersichtsartikel von mehreren Studien, die Zusammenhänge zwischen häuslicher Gewalttätigkeit und der Diagnose einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aufzeigen konnten.

Im Gegensatz dazu fanden Marteinsdottir et al. [61] bei einer Untersuchung von Patienten mit Sozialer Phobie bei den Studienteilnehmern, bei denen gleichzeitig eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, signifikant höhere Werte auf einer Skala, die Hemmung von Aggression als Persönlichkeitsmerkmal mißt, als bei denen, die keine gleichzeitig bestehende Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung aufwiesen.

Es scheint also stichprobenabhängig zu sein, ob Zusammenhänge der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit Aggression oder mit dem Gegenteil gefunden werden. Die in den vorliegenden Daten bestehenden Zusammenhänge werden daher ebenso gewertet.

Mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP korrelieren noch eine Reihe weiterer Symptomskalen signifikant. Hier sind die Skalen der *Hypochondrie*, der *Stoffgebundenen Suchttendenzen*, der *Paranoia*, des *Obsessiv-kompulsiven Syndroms* und der *Depressivität, Verlust erleben* zu nennen, deren Koeffizienten zwischen .324* und .399* liegen. Zum Teil sind die Zusammenhänge auch noch deutlicher, und zwar bei den Korrelationen der Skalen des *Dyskognitiven Syndroms* und des *Posttraumatischen Streßsyndroms* (.509**, .522**). Die Koeffizienten der Korrelation dieser sieben Symptomskalen mit den Skalen der IPDE-Instrumente liegen deutlich darunter, in einigen Fällen gehen sie gegen Null.

Es liegt hier erneut eine deutlich stärkere Korrelation externer Meßinstrumente mit dem IKP als mit den IPDE-Methoden vor. Wiederum muß in Betracht gezogen werden, daß diese stärkeren Korrelationen des IKP mit dieser Skala mit den in Abschnitt 4.1 erläuterten strukturellen und möglicherweise inhaltlichen Unterschieden des IKP zu erklären sind. Auch möglich ist, daß inhaltssvalide Zusammenhänge zwischen einzelnen Symptomskalen und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung aufgezeigt werden und in der Tat Komorbiditäten mit diesen akuten Achse-I-Störungen vorliegen. Ebenso könnten diese stärkeren korrelativen Zusammenhänge zwischen den Symptomskalen und dem IKP Konfundierungen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung des IKP mit diesen akuten Störungen der

Achse I darstellen. Zur Klärung dieser Vermutungen werden Referenzstudien herangezogen.

Die Skala *Depressivität, Verlusterleben* läßt sich nicht direkt mit den üblichen Instrumenten zur Erfassung einer Depression vergleichen, da diese Depressionsskala der SCL-190-R rationalisierte Erklärungen der Patienten für depressive Gefühle erfassen. Hohe Werte auf dieser Skala wie auch auf der Skala der *Belastungsdepression*, welche anders ausgerichtete Erklärungsmöglichkeiten der depressiven Gefühle erfaßt, spiegeln aber eindeutig eine depressive Gesamtstimmung wider.

Wie Alden et al. [1] berichten, ist die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung eine der am häufigsten mit einer Depression oder Dysthymen Störung assoziierten Persönlichkeitsstörungen. In den verschiedenen in dem Artikel erwähnten Studien lag der Prozentsatz komorbider Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörungen bei den Patienten mit einer Depression oder Dysthymie zwischen 12 und 32 %.

Es werden verschiedene Erklärungsansätze für diese Zusammenhänge angeführt. Als eine Möglichkeit wird der methodologische Artefakt des Antwortbias oder der überlappenden diagnostischen Kriterien genannt. Einige der Arbeiten ließen vermuten, daß während depressiver Phasen die Patienten unverhältnismäßig häufig negativen Personalitätscharakteristiken zustimmen.

Weiterhin sei eine geringe Selbstachtung ein Merkmal sowohl der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung als auch der Dysthymie. Mindestens eine Studie zeige jedoch, daß der Zusammenhang zwischen der Dysthymie und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung andauere, wenn die Effekte der depressiven Stimmung statistisch kontrolliert und die potentiell überlappenden Symptome entfernt wurden. Die überzeugendere Erklärung dieser Assoziation sei, daß die chronische soziale Vermeidung und Isolation, die charakteristisch für die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung sei, die Vulnerabilität für die Entwicklung einer Depression erhöhe. Konsistent mit diesem Argument wird eine weitere Studie angeführt, in der gezeigt werden konnte, daß die Diagnose einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung die Entwicklung neuer Fälle von Depression in sechs Jahren vorhersagte.

Weiterhin bestehen Theorien, nach denen eine Depression und insbesondere eine Dysthymie prädisponierend für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung sei. Hierbei würden chronische depressive Symptome vom Individuum im Laufe

der Zeit als Charakterzüge wahrgenommen werden und unmerklich in eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung übergehen.

Als letzter möglicher Erklärungsansatz für die auffallende Häufung dieser Komorbidität wird angeführt, daß Depression, Dysthymie und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung durch gemeinsame oder überlappende ätiologische Prozesse entstehen. Insgesamt muß also vermerkt werden, daß ein Zusammenhang der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und Depressionen häufig gefunden wird, wobei die Suche nach den Gründen für das gehäufte gleichzeitige Vorliegen der beiden Störungen nicht abgeschlossen ist.

Es erscheint bei diesem Hintergrund nicht ungewöhnlich, wenn sich eine signifikante Korrelation des IKP mit der Symptomskala *Depressivität, Verlusterleben* ergibt. Warum aber diese Zusammenhänge nicht auch in den beiden IPDE-Instrumenten zu finden sind, bleibt ungeklärt. Eventuell sind diese Instrumente robuster hinsichtlich einer möglichen Konfundierung. In zwei Studien, in denen die Vorläuferform des IPDE-Interviews, das PDE-Interview, als Methode zur Erhebung der Persönlichkeitsstörungen benutzt wurde, wurden ebenfalls keine substantiellen Zusammenhänge gefunden [84, 57].

In Hinblick auf die Skala des *Obsessiv-kompulsiven Syndroms* kann als Referenzarbeit die Studie von Skodol et al. [101] genannt werden. In dieser wurden ebenfalls Zusammenhänge der Zwangsstörungen mit der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung festgestellt.

Auch wenn nach Hoffmann und Hochapfel [43, S. 157-158] Patienten mit Zwangsstörungen häufig ausgeprägte interpersonale und soziale Defizite aufweisen, wird in den Darstellungen der Ängstlichen beziehungsweise Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung dieser Zusammenhang nicht beschrieben [30, S. 287-296; 66, S. 222-224]. Daher bleibt es offen, ob die hier und in der Studie von Skodol et al. [101] gefundenen Zusammenhänge auf inhaltlichen Überlappungen der Störungsbilder oder auf methodischen Ursachen begründet sind.

In Bezug auf die hohen Korrelationen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP mit der Symptomskala des *Posttraumatischen Streßsyndroms* muß diskutiert werden, ob durch ein Posttraumatisches Streßsyndrom eine Änderung der Persönlichkeit hervorgerufen wurde.

Es besteht eine gewisse Überlappung der Kriterien einer Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit den Charakteristika einer Persönlichkeitsänderung im Gefolge

einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Für die sei neben einer feindlichen oder mißtrauischen Haltung der Welt gegenüber und Gefühlen der Leere oder Hoffnungslosigkeit auch ein sozialer Rückzug typisch [95]. Letzteres ist ebenfalls pathognomonisch für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung.

Es besteht also die Möglichkeit, daß mit der Skala der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im IKP fälschlicherweise eine solche Persönlichkeitsänderung miterfaßt wurde, wodurch der hohe Zusammenhang mit der Symptomskala des *Posttraumatischen Streßsyndroms* erklärt werden könnte.

Bei der Symptomskala der *Hypochondrie* ist es inhaltlich schlüssig, daß bei der Korrelation der Einzelskalen des IKP (siehe Anhang A, 7.2.3.1), aus denen sich die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 zusammensetzt, die Skala der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nicht signifikant mit dieser Symptomskala korreliert. Mit der Skala der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung werden ausschließlich Ängste aus dem zwischenmenschlichen Bereich erfaßt, nicht dagegen die darüber hinausgehenden Ängste, die sich auf Leib und Leben beziehen.

Zu erwarten wäre allerdings, daß sich die stärksten Zusammenhänge mit der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung ergeben, da bei dieser Skala deutlich die körperlichen Ängste angesprochen werden, insbesondere mit dem Kriterium 5, *Angst vor Krankheit und Tod, Ärzten und Krankenhäusern, medizinischen Eingriffen, Blut*. Es liegt jedoch der Korrelationskoeffizient der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung mit .423** deutlich über dem der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung (.344*).

Bei den übrigen Symptomskalen sind mir weder empirische Studien noch theoretische Konzeptionen bekannt, die auf inhaltliche Zusammenhänge der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung mit diesen Symptomen eingehen, so daß auf weiterführende Erörterungen verzichtet werden muß.

4.4.3 Zusammenhänge der SCL-190-R Symptomskalen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

Der größte Zusammenhang zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und einer Symptomskala der SCL-190-R findet sich, ebenso wie bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, mit der Skala der *Sozialen Gehemmtheit*, also der Skala,

welche die Belastung durch Minderwertigkeitsgefühle und Einschränkungen der interpersonellen Interaktionsfähigkeit erfaßt.

Dabei sind die Koeffizienten sowohl bei der Korrelation mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP als auch im IPDE-Fragebogen signifikant (.575**, .625**). Bei der Korrelation mit dem IPDE-Interview beträgt der Koeffizient allerdings nur .291 und ist damit nicht signifikant.

Im Hinblick auf die starke Verknüpfung der Abhängigen mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung (siehe Abschnitt 4.2.1.3.1.1) und auf das Spektrumskonzept der Sozialen Phobie und der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ist es nicht erstaunlich, daß auch zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und der *Sozialen Gehemmtheit* ein starker Zusammenhang besteht.

Durch dieses Ergebnis wird erneut die Unterscheidbarkeit dieser beiden Persönlichkeitsstörungen in Frage gestellt. Folgend wird dadurch die Annahme gestützt, daß die ungenügende diskriminante Validität der Methoden zur Persönlichkeitsstörung hinsichtlich dieser beiden Störungsbilder in der ungenügenden inhaltlichen Differenzierung der Definitionen beziehungsweise der hohen Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen begründet sei.

Interessanterweise sind auch ansonsten die Beziehungen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zu den Symptomskalen einander ähnlicher als jeweils den Beziehungen der Anankastischen Persönlichkeitsstörung zu den Symptomskalen.

Mit der Skala des *Dyskognitiven Syndroms* besteht ein signifikanter Zusammenhang der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sowohl im IPDE-Interview als auch im IKP mit Korrelationskoeffizienten von .410* und .386*. Diese Symptomskala erfaßt die Belastung durch Gefühle kognitiver Unzulänglichkeit.

Eine Überlappung dieses Syndroms mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung ist gut vorstellbar, wenn man annimmt, daß das abhängige Verhalten zum Teil auf dem Gefühl der Patienten beruht, daß eigenständige Entscheidungen aufgrund der subjektiv bestehenden kognitiven Einschränkungen nicht mit befriedigendem Resultat getroffen werden können.

Ähnliches berichten Rees et al. [84], die eine signifikante Assoziation der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit der Zustandssymptomatologie der hier sogenannten *Ineffizienz des Denkprozesses* fanden. In der Studie von Rees et al. wird mit *Ineffizienz des Denkprozesses* die Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Dinge gründlich durchzudenken zusammengefaßt, also Symptome, die denen

des *Dyskognitiven Syndroms* nicht unähnlich sind. Daß diese Gefühle der kognitiven Unzulänglichkeit der Auslöser für das abhängige Verhalten sind, und damit eine Beeinflussung der Erhebung der Persönlichkeitsstörung vorliegt, kann aber nicht ausgeschlossen werden.

Die Symptomskala der *Paranoia*, mit der Mißtrauen und Argwohn im interpersonellen Bereich erfaßt wird, korreliert signifikant mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP (.328*). Der Zusammenhang mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IPDE-Interview ist ebenfalls deutlich, mit .305 aber gerade nicht signifikant.

Erst einmal erstaunt dieser Zusammenhang, da die Interaktionsmuster der beiden Störungen konträr erscheinen. Die Unterschiede der Interaktionsmuster lassen sich folgendermaßen darstellen: Personen mit *Paranoia* arbeiten gegen die Mitmenschen, um nicht übervorteilt zu werden, und auch gedanklich beschäftigen sie sich mit dieser möglichen Übervorteilung. Personen mit einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung ordnen sich anderen Menschen unter, arbeiten also gewissermaßen mit diesen, um keine eigenverantwortlichen Entscheidungen treffen zu müssen. Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung ist zusätzlich ein hohes Empathievermögen, möglicherweise im Sinne einer erlernten Rolle, typisch [30, S. 303-304]. Dieses findet sich auch in den hohen Werten der Persönlichkeitsdimension *Agreeableness* wieder, von denen in anderen Arbeiten [116, 18, 7, S. 141-143] berichtet wird.

Dies sind Eigenschaften, die man Paranoikern nicht zusprechen kann. Wenn man aber die Verteilung der Zusammenhänge auf die einzelnen Items der Symptomskala betrachtet, fällt auf, daß bei der Korrelation zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in beiden Methoden und den Items der Symptomskala nur drei respektive zwei der Koeffizienten signifikant sind (siehe Anhang A, 7.2.3.2). Es handelt sich um die drei Items der *Paranoia* Skala "Wie sehr litten Sie in den letzten drei Tagen unter ... mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere" (Item 2), ... beleidigenden Bemerkungen, die man Ihnen gegenüber gemacht hat" (Item 3) und ... unfaire Behandlung durch andere" (Item 4). Das erstgenannte Item korreliert nur mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP, das zweite und dritte Item korreliert mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung sowohl im Interview als auch im IKP signifikant.

Diese Items spiegeln nur einen Teil dessen wider, was Personen mit *Paranoia* auszeichnet. Es fehlt das Gefühl, daß alles mit Gewalt durchgesetzt werden muß,

und es besteht nur in weit geringerem Ausmaß ein Infragestellen der Loyalität der Mitmenschen.

Es könnte möglich sein, daß die abhängigen Patienten aufgrund ihrer Unterordnung tatsächlich von den Mitmenschen ausgenutzt werden, wegen ihres unselbständigen Verhaltens wenig Anerkennung finden und deshalb sogar beleidigt werden. Hier deutet sich einmal mehr an, daß durch die Betrachtung der Persönlichkeitsstörungen als Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhalten nicht nur die Stigmatisierungsproblematik einer personzentrierten Wahrnehmung gemildert wird, sondern auch zum Verständnis der Störungen beitragen kann.

Auf der anderen Seite könnte eine tatsächlich vorhandene Paranoia bei den Patienten mit einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung die in dieser Studie gefundenen, auffallend niedrigen Werte der Basisdimension *Agreeableness* erklären.

Auch mit der Skala des *Posttraumatischen Streßsyndroms* korreliert die Abhängige Persönlichkeitsstörung sowohl im IPDE-Interview als auch im IKP mit Werten von .331* und .429** signifikant. Hier steht zur Diskussion, inwieweit ein Posttraumatisches Streßsyndrom eine Änderung der Persönlichkeitszüge in Richtung einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung hervorgerufen haben könnte, und sich die Zusammenhänge mit der Skala des *Posttraumatischen Streßsyndroms* dadurch, daß diese fälschlicherweise als Persönlichkeitsstörung erfaßt wurde, ergeben haben.

Im allgemeinen jedoch sei für eine Persönlichkeitsänderung, die sich aus einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt, eine feindliche oder mißtrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug sowie Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit typisch [95], also keine charakteristischen Persönlichkeitszüge der Abhängigen Persönlichkeitsstörung.

Morschitzki [73, S. 93-96] berichtet jedoch, daß über 90 % der Vergewaltigungsoffer, die bei Frauen knapp 30 % aller Patienten mit Posttraumatischem Belastungssyndrom ausmachen, eine Angst davor entwickeln, in verschiedenen Situationen alleine zu sein. Bei Patienten mit Abhängiger Persönlichkeitsstörung besteht ebenfalls ein unbehagliches Gefühl, wenn sie alleine sind, jedoch aus der Angst, nicht für sich sorgen zu können.

Ob dieses die gültige Erklärung der gefundenen Zusammenhänge darstellt, oder ob eine zufällige Koinzidenz der beiden Störungen angenommen werden muß, kann aus den vorhandenen Daten nicht abschließend geklärt werden.

Mit der Skala der *Suizidalität* besteht eine signifikante Korrelation von .353* mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP, wobei die Koeffizienten für die Abhängige Persönlichkeitsstörung in den IPDE-Instrumenten niedriger sind, aber mit .252 und .215 deutlich in dieselbe Richtung gehen. Johnson et al. [48] führten eine longitudinale Studie zur Einschätzung des Risikos durch, ob Adoleszenten mit einer Persönlichkeitsstörung eine Achse-I-Störung oder Suizidalität im frühen Erwachsenenalter entwickeln. Sie stellten fest, daß Cluster C Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz eine erhöhte Gefährdung für Suizidalität und Suizidversuche darstellen, und daß insbesondere Symptome einer Dependenten Persönlichkeitsstörung dieses Risiko erhöhen.

Im Grunde gilt bei der Beurteilung der Zusammenhänge zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und der Symptomskala *Suizidalität* das gleiche wie bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung dargelegt, ich nehme außerdem an, daß das ähnliche Korrelationsverhalten der beiden Störungsbilder in der Überlappung dieser begründet ist.

Nur mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP korrelieren die beiden Symptomskalen *Aggressivität* und *Stoffgebundene Suchttendenzen* mit signifikanten Werten von .445** beziehungsweise .386*. Solche Zusammenhänge ergeben zwischen diesen Symptomskalen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den beiden IPDE-Methoden nicht.

Meines Wissens gibt es weder empirischen Studien noch theoretische Konzepte, die Zusammenhänge zwischen interpersonell abhängigem Verhalten und Aggressivität oder Suchtmitteln darlegen konnten, so daß ein im IKP liegender Grund angenommen werden muß. Möglicherweise lassen sich diese stärkeren Korrelationen des IKP mit dieser Skala mit den in Abschnitt 4.1 erläuterten strukturellen und inhaltlichen Unterschieden des IKP erklären. Bei der Symptomskala der *Aggressivität* könnte es zu den hohen Zusammenhängen mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung auch aufgrund der Komorbidität mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und deren Beziehungen zu der Symptomskala *Aggressivität* gekommen sein.

Bei der Skala *Depressivität, Verlusterleben* ist der Zusammenhang zwischen der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP mit einem Wert von .463** stärker

als in den beiden IPDE-Instrumenten mit Werten von .273 und .235. Auch wenn diese Skala nicht die klinischen Symptome einer Depression erfragt, sondern die rationalisierten Erklärungen der Patienten, spiegelt sich in hohen Werten auf dieser Skala eine depressive Stimmung wider.

Wie Fiedler [30, S. 302-303] darstellte, gehören abhängige Verhaltensmuster zu Depressionen dazu, eine entsprechende Persönlichkeitsstörung solle nur dann gegeben werden, wenn die abhängige Interaktionsstruktur der Patienten über die akute Achse-I-Störung hinaus bestehe, und damit mehr als ein episodenspezifisches Merkmal einer Depression sei.

Overholster [78] führt an, daß der beobachtete Zusammenhang auch im Sinne einer Prädisposition zu verstehen sei, da eine Person mit starker interpersoneller Dependenz, der die sozialen Fähigkeiten fehlen, starke soziale Beziehungen aufzubauen und beizubehalten, gefährdet sei, eine Depression zu entwickeln. Er führt einige Studien an, welche diese Vulnerabilitätstheorie stützten. Einmal seien äquivalente Dependenzniveaus bei Patienten während und nach einer Depression beobachtet worden. Weiterhin seien Patienten mit vorausgegangener Depression abhängiger als nicht depressive Kontrollen. Trotz allem könne eine depressive Stimmung die Werte eines Meßinstrumentes der interpersonellen Dependenz artifiziell erhöhen.

Dieses könnte beim IKP vorliegen. Allerdings muß ebenfalls die Tendenz des IKP, aufgrund seiner höheren internen Konsistenz mit externen Skalen in stärkerem Ausmaß zu korrelieren, als ursächlich für die stärkeren Zusammenhänge in Betracht gezogen werden.

Erwähnt werden muß weiterhin, daß sich trotz der viel postulierten Ähnlichkeit des Verhaltens von Patienten mit einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung und einer Agoraphobie und / oder Panikstörung mit der Skala der *Agoraphobie und Panik* kein signifikanter Zusammenhang mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung in den drei Methoden ergibt. Und dies, obwohl bei den Agoraphobien nach Fiedler Merkmale der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zum Symptombild dazugehören [30, S. 302-303]. Es wird diskutiert, daß die Abhängigkeit von Anderen ein häufiger Coping-Stil der agoraphobischen Patienten sei. Es wird von Reich et al. [85] aber auch von einer prospektiven Studie berichtet, welche die These stütze, daß eine Dependente Persönlichkeitsstörung eine prädisponierende Kondition für die Entwicklung einer Agoraphobie oder Panikstörung sei.

Es sprechen die fehlenden signifikanten Korrelationen in der hier vorliegenden Studie dafür, daß die verwendeten Methoden die beiden Störungen gut trennen können.

4.4.4 Abschließende Beurteilung der Beziehungen der Symptomskalen der SCL-190-R und den Persönlichkeitsstörungen in den drei Methoden

Insgesamt kann eine Beeinflussung der Erfassung der Persönlichkeitsstörungen durch gleichzeitig vorhandene Achse-I-Störungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Dafür hätte eine Nachuntersuchung bei Remission stattfinden müssen, welche wahrscheinlich aus organisatorischen Gründen und wegen mangelnder Compliance gescheitert wäre. Des Weiteren muß berücksichtigt werden, daß sich in einer klinischen Stichprobe Patienten befinden, die sich im allgemeinen nicht wegen ihrer als Ich-synton empfundenen Persönlichkeitsstörung in therapeutische Behandlung begeben haben, sondern aufgrund von Problemen und Störungen, die aus der Persönlichkeitsstörung erwachsen sind.

Wie Skodol et al [101] in der Studie zu Komorbidität von Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen feststellen, war bei jenen Patienten, die aufgrund einer stärker ausgeprägten Angstkrankheit stationär behandelt wurden, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung häufiger, als bei den weniger stark eingeschränkten Patienten, die sich in ambulanter Therapie befanden. Sie folgerten, daß die stationären Patienten infolge der Schwere ihrer Persönlichkeitsstörung und der daraus resultierenden Beeinträchtigung hospitalisiert wurden. Demzufolge sei die Persönlichkeitsstörung als ein Hinweis auf chronische Beeinträchtigung aufzufassen. Sie begleite möglicherweise bestimmte Fälle von Angststörungen und verschlimmere sich eventuell während einer akuten Exzerration der Achse-I-Störung.

Man muß folglich annehmen, daß bei der Untersuchung einer klinischen Stichprobe immer im gewissen Rahmen eine Konfundierung, Überlappung beziehungsweise Komorbidität vorliegt. Etwas anderes zu fordern scheint der Realität des Krankheitsbildes nicht gerecht zu werden.

Der Vergleich der Übereinstimmung der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und die Korrelation mit den Symptomskalen zeigt in den

meisten Fällen, daß die Koeffizienten zwischen den drei Methoden der Persönlichkeitsstörungen höher sind als die der Korrelationen mit den Symptomskalen. Dabei fällt die Symptomskala der Sozialen Gehemmtheit heraus. In Hinblick auf das postulierte Kontinuum zwischen der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der Sozialen Phobie ist hier nicht anzunehmen, daß es sich um eine Konfundierung mit einer Achse-I-Störung oder Beeinflussung der Erhebung der Persönlichkeitsstörung handelt. Diese Zusammenhänge sind im Sinne des Kontinuums sogar eher als externe Validierung der Skalen der Methoden zur Diagnose der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zu werten. Bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung dagegen spiegeln die hohen Werte mit dieser Symptomskala am ehesten die hohen Korrelationen der Abhängigen mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung wider.

Die allgemein höheren Korrelationen der einzelnen Dimensionen des IKP mit den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, gemessen in den IPDE-Methoden und ebenfalls IKP-intern, setzen sich bei den Korrelationen mit den SCL-190-R Skalen fort.

Sieben der Skalen des IKP korrelieren signifikant mit Symptomskalen, bei denen bei der Korrelation mit den anderen Methoden kein signifikantes Niveau erreicht wird. Demgegenüber gibt es keine Skala des IPDE-Interviews und nur eine des IPDE-Fragebogens, die mit einer Symptomskala, die keine entsprechenden Beziehungen zu dieser Persönlichkeitsstörung in einem der anderen Instrumente aufweist, auf einem signifikanten Niveau korreliert.

Die Skalen des IKP zeigen durch diese stärkeren korrelativen Zusammenhänge mit den Symptomskalen und mit den Skalen zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen insgesamt eine stärkere Beziehung zur Psychopathologie. Daher ist anzunehmen, daß eine stärkere Erfassung einer psychopathologischen Basis im Sinne einer generellen Dysfunktion der Persönlichkeit mit dem IKP als mit den IPDE-Methoden erfolgt.

Allerdings läßt sich auch hier nicht endgültig klären, ob diese höheren Werte bei den Korrelationen mit Dimensionen, die die Psychopathologie erfassen, durch diese klinischere Anlage des IKP bedingt sind, ob der IKP möglicherweise schlechter Achse-I- von Achse-II-Störungen und letztere untereinander zu diskriminieren vermag oder ob diese stärkeren Zusammenhänge durch die

höheren Cronbachs- α -Werte des IKP im Gegensatz zu den Werten der IPDE-Methoden zustande kommen.

5 Zusammenfassung

Zur Überprüfung der konvergenten und diskriminanten Validität von Methoden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen werden drei Instrumente miteinander verglichen. Die Ergebnisse der Untersuchung der Validität der drei Methoden ähneln weitgehend den Resultaten der referierten Studien. Die Übereinstimmung der Diagnosen ist höher, wenn die Diagnostik mit der dimensional Betrachtungsweise erfolgt. Die Überprüfung der Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen in und zwischen den Instrumenten ergibt in mehreren Fällen sehr starke Beziehungen zwischen den Persönlichkeitsstörungen, insbesondere zwischen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung. Da die Persönlichkeitsstörungen aber nicht ohne weiteres als voneinander abgrenzbare Entitäten zu verstehen sind, bilden diese Zusammenhänge möglicherweise zum Teil die Realität der nicht distinkten Krankheitsbilder ab. Des weiteren muß auch berücksichtigt werden, daß die Methoden nur eine so gute diskriminante Validität besitzen können, wie die zugrundeliegenden Klassifikationen. Vor diesem Hintergrund kann die Übereinstimmung der Methoden hinsichtlich sechs der neun untersuchten Persönlichkeitsstörungen bei der Verwendung der dimensional Klassifikation als für klinische und wissenschaftliche Zwecke ausreichend bezeichnet werden.

Bei der Erfassung der Dimensionen des NEOCAR-Systems ergeben sich Persönlichkeitsprofile der Cluster C Persönlichkeitsstörungen, die weitgehend den gängigen Beschreibungen in der wissenschaftlichen Literatur entsprechen. In dieser Studie wurde ein starker Zusammenhang der Anankastischen Persönlichkeitsstörung mit der Dimension *Conscientiousness* gefunden, der sich in dieser ausgeprägten Form in den Studien, in denen das herkömmliche Five-Factor Model erhoben wurde, nicht ergab.

Eine Beeinflussung der Erfassung der Persönlichkeitsstörungen durch gleichzeitig vorhandene Achse-I-Störungen kann nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Der Vergleich der Übereinstimmung der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und die Korrelation mit den Symptomskalen zeigt jedoch in den meisten Fällen, daß die Koeffizienten zwischen den drei Methoden zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen höher sind, als die der Korrelationen mit den Symptomskalen. Dabei fällt vor allem die Symptomskala der *Sozialen Gehemmtheit* heraus. Hinsichtlich der Ängstlichen Persönlichkeits-

störung ist dies aufgrund des postulierten Kontinuums zwischen dieser und der Sozialen Phobie nur folgerichtig. Bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung spiegelt es die hohen Korrelationen dieser mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung wider.

Die möglicherweise zugrundeliegenden Ursachen der Unterschiede des Korrelationsverhaltens der drei Methoden werden diskutiert.

6 Literaturverzeichnis

- 1 Alden L, Lapsa J, Taylor C, Ryder A (2002): Avoidant personality disorder: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders* 16 (1): 1-29
- 2 American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-III)*. 3. Aufl. American Psychiatric Association, Washington DC
- 3 American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Revidierte 3. Aufl., Washington DC
- 4 American Psychiatric Association, deutsche Bearbeitung: Saß H, Wittchen H, Zaudig M (1994): *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Übersetzt nach der 4. Aufl.; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- 5 Andresen B (1995): Risikobereitschaft (R)- der sechse Basisfaktor der Persönlichkeit: Konvergenz multivariater Studien und Konstruktextplikation. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie* 16: 210-236
- 6 Andresen, B (2000): Six dimensions of personality and a seventh factor of generalized dysfunctional personality: a diathesis system covering all personality disorders. *Neuropsychology* 41: 15-23
- 7 Andresen B (2001): *HPI Hamburger Persönlichkeitsinventar, Manual*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- 8 Andresen, B (2003): IKP Bericht, unveröffentlichtes Manuskript
- 9 Andresen B (2003): Interne Konsistenzen der SCL-190-R, unveröffentlichte Daten
- 10 Bank P, Silk K (2001): Axis I and axis II interactions. *Current Opinion in Psychiatry* . 14: 137-142
- 11 Beck AT, Steer RA (1987): *Manual für the revised Beck Depression Inventory*. Psychological Corporation, San Antonio, USA
- 12 Beck AT, Freeman A et al. (1995): *Kognitive Therapien für Persönlichkeitsstörungen*. 3. Aufl. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 13 Becker D, Grilo C, Morey LC, Walker M, Edell W, McGlashan TH (1999): Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Child And Adolescent Psychiatry*. 38 (2): 200-205
- 14 Bernstein D, Useda A, Siever L (1995): Paranoid personality disorder. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ: The Guilford Press, New York, S. 45-57
- 15 Blais M, Norman D (1997): A Psychometric Evaluation of the DSM-IV Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*. 11 (2): 168-176
- 16 Blais M, Benedict K, Norman D (1998): Establishing the psychometric properties of the DSM-III-R personality disorders: implications for DSM-V. *Journal of Clinical Psychology*. 54 (6): 795-802
- 17 Borkenau P, Ostendorf F. (1994): *NEO-Fünf Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCae*. Hogrefe, Göttingen
- 18 Brieger P, Sommer S, Blöink R, Marneros A (2000): The relationship between Five-Factor measurements and ICD-10 personality disorder dimensions: results from a sample of 229 subjects. *Journal of Personality Disorders* 14 (3): 282-290
- 19 Bronisch T (1992): Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie* 2: 140-150
- 20 Campbell DT, Fiske DW (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimeasure matrix. *Psychological Bulletin* 56 (2): 81-105
- 21 Carey G, Gottesman I (1978): Reliability and validity in binary ratings: Areas of common misunderstandings in diagnosis and Symptom ratings. *Archives of General Psychiatry* 35 (12): 1454-1459
- 22 Clark L, Livesley W (1994): Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: convergence on the Five-Factor model. In: *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. Hrsg.:Costa PT, Widiger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological Association, Washington DC, S.: 261-277
- 23 Clark L, Livesley WJ, Morey LC (1997): Special feature: Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders* 11 (3): 205-231

- 24 Coolidge FL (1993): The Coolidge Axis-II Inventory: Manual. Synergistic Office Solutions, Clermont
- 25 Costa PT, McCrae RR (1992): Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Psychological Assessment Resources, Odessa
- 26 Dyce J (1997): The Big Five Factors of personality and their relationship to personality disorders. *Journal of Clinical Psychology* 53 (6): 587-593
- 27 Endler N, Kocovski N (2002): Personality disorders at the crossroads. *Journal of Personality Disorders* 16 (6): 487-502
- 28 Fava M, Farabaugh A, Sickinger A, Wright E, Alpert J, Sonawalla S, Nierenberg A, Worthington J (2002): Personality disorders and depression. *Psychological Medicine* 32: 1049-1057
- 29 Feinstein A (1970): The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 23: 455-468
- 30 Fiedler P (1998): Persönlichkeitsstörungen. 4. Aufl. Psychologie Verlags Union Weinheim
- 31 Frank G (1995): Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R) Deutsche Version. Hogrefe-Belz Verlag, Göttingen
- 32 Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J (1996): Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen In: Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie. Hrsg.: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K, Psychologie Verlags Union, Weinheim S.: 56-90
- 33 Fydrich T, Schmitz B, Hennch C, Bodem M (1996): Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Hrsg.: Schmitz B, Frydrich T, Limbacher K, Psychologie Verlags Union, Weinheim, S.: 91-113
- 34 Goodman M, New A (2000): Impulsive aggression in boderline disorder. *Current Psychiatry Reports* 2 (1): 56-61
- 35 Grilo CM, McGlashan TH (2000): Convergent and discriminant validity of DSM-IV axis II personality disorder criteria in adult outpatients with binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry* 41 (3): 163-166
- 36 Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender D, Oldham JM, Dyck I, Stout RL (2001): Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 264-272
- 37 Gude T, Vaglum P (2001): One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within cluster C, and "pure" C with "pure" cluster A or B conditions. *Journal of Personality Disorders* 15 (3): 216-228
- 38 Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L (2003): Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry* 160 (8): 1494-1500
- 39 Herpertz S, Steinmeyer EM, Saß H (1994): "Patterns of Comorbidity" among DSM-III-R and ICD-10 personality disorders as observed with a new inventory for the assessment of personality disorders. *European Achieves of Psychiatry Clinical Neuroscience* 244: 161-169
- 40 Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E (2001): Symtomcheckliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostika* 47: 27-39
- 41 Heumann K, Morey L (1990): Reliability of categorial and dimensional judgments of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147 (4): 498-500
- 42 Hirschfeld RMA, Shea MT, Weise R (1995): Dependent personality disorder. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York S.: 239-256
- 43 Hoffmann S, Hochapfel G (1999): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- 44 Holle R (1995): Methoden zur Konstruktion und Evaluierung klinischer Scores. *Habilitationschrift Medizinische Biometrie und Informatik, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, S.: 47-50*

- 45 Huprich S (2003): Evaluating NEO Personality Inventory- Revised Profiles in veterans with personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 17 (1): 33-44
- 46 Hyler SE, Rieder RO (1987): *Personality Disorder Questionnaire-Revised*. New York State Psychiatric Institute, New York
- 47 Jaspers K (1953, Erstauf. 1913): *Allgemeine Psychopathologie*. 6. Aufl., Springer, Berlin S.: 365 f.
- 48 Johnson J, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brook J (1999): Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry* 56: 805-811
- 49 Kaplan BJ , Sadock VA (2002): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Aufl., CD-ROM, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia
- 50 Kass F, Skodol AE, Charles E, Spitzer RL, Williams JBW (1985): Scaled ratings of DSM-III personality disorders, *American Journal of Psychiatry* 142: 627-631
- 51 Kernberg OF (1988): *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. 1. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- 52 Klein MH, Benjamin LS (1996): *The Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV*. University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
- 53 Landis J, Koch G (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174
- 54 Laux G, Dietmaier O, König W (2001): *Pharmakopsychiatrie*. 4. Aufl. Urban & Fischer Verlag, München, Jena
- 55 Lion JR (1989): Intermittent explosive disorder. In: *Treatment of psychiatric disorders*. 3. Aufl. Hrsg.: American Psychiatric Association, APA, Washinton DC, S.:2473-2476
- 56 Livesley WJ (1998): Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 43 (2): 137-147
- 57 Loranger AW, Lenzenweger M, Gartner F, Lehmann-Susman V, Herzig J, Zammit G, Gartner J, Abrams R, Young R (1991): Trait-State artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 48: 720-728
- 58 Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna S, Coid B, Dahl A, Diekstra R, Ferguson B, Jacobsberg L, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier D (1994): The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/ Alcohol, drug abuse, and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 51: 215-224
- 59 Loranger AW, Mombour W (1996): *International Personality Disorder Examination (IPDE), ICD-10 Modul*. Verlag Hans Huber, Bern
- 60 Loranger AW (1997): Results (of the field trail). In: *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Hrsg.: Loranger AW, Janca A, Sartorius N, Press Syndicate of the University of Cambridge (copyright WHO), Cambridge S.: 70-78
- 61 Marteinsdottir I, Furmark T, Tillfors M, Frederikson M, Ekselius L (2001): Personality traits in social phobia. *European Psychiatry* 16: 143-150
- 62 McCrae RR (1994): A reformulation of axis II: personality and personality related problems. In: *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. Hrsg.:Costa PT, Widiger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological Association, Washington DC, S.: 303-309
- 63 McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Stout RL (2000): The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*102: 256-264
- 64 Mellsop G, Varghese F, Joshua S, Hicks A(1982): The reliability of axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 139: 1360-1361
- 65 Millon T (1983): *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*. National Computer Systems Minneapolis
- 66 Millon T, Martinez A. (1995): Avoidant personality disorder. In:*The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York, S.: 218-233
- 67 Modestin J, Puhon A (2000): Comparison of assessment of personality disorder by patients and informants. *Psychopathology* 33: 256-270
- 68 Möller H-J, Laux G, Deister A (1996): *Psychiatrie*. Hippokrates Verlag, Stuttgart

- 69 Morey LC, Waugh MH, Blashfield RK (1985): MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment* 49: 245-251
- 70 Morey LC (1988): A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders* 2: 109-124
- 71 Morey LC (1988): Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage and internal consistency. *American Journal of Psychiatry* 145: 573-577
- 72 Morey LC (1988): The categorical representation of personality disorder: a cluster analysis of DSM-III-R personality features. *Journal of Abnormal Personality* 97 (3): 314-321
- 73 Morschitzky H (1998): *Angststörungen: Diagnostik, Erklärungsmodell, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst*. Springer-Verlag, Wien
- 74 Noyes R, Woodman C, Holt C, Reich J, Zimmerman B (1995): Avoidant personality traits distinguish social phobic and panic disorder subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 183 (3): 145-153
- 75 Noyes R, Langbehn D, Happel R, Stout L, Muller B, Longley S (2001): Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 42 (4): 320-329
- 76 Oldham JM, Skodol AE, Kellmann D, Hyler SE, Rosnick L, Davies M (1992): Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of Comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 149: 213-220
- 77 Ottosson H, Ekängius L, Grann M, Kullgren G (2002): Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *Journal of Personality Disorders* 16 (3): 283-292
- 78 Overholster J (1996): The dependent personality and interpersonal problems. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 184 (1): 8-16
- 79 Perry JC (1992): Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 149: 1645-1653
- 80 Pfohl B, Blum N, Zimmerman M, Stangl D (1989): *Structured Interview for DSM-III-R Personality (SIDP-R)*. Department of Psychiatry, University of Iowa, Iowa City
- 81 Pfohl B (1995): Histrionic personality disorder. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York, S.: 173-192
- 82 Pfohl B, Blum N (1995): Obsessive-compulsive personality disorder. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York, S.: 261-276
- 83 Pinel P (1809): *Traité médico-philosophique sur aliénation mentale*. 2. Aufl., Brosson, Paris
- 84 Rees A, Hardy G, Barkham M (1997): Covariance in measurement of depression/anxiety and three cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive). *Journal of Affective Disorders* 45: 143-153
- 85 Reich J, Noyes R und Troughton E (1987): Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 144 (3): 323-326
- 86 Reich J (1990): Relationship between DSM-III avoidant and dependent personality disorders. *Psychiatric Research* 34: 281-292
- 87 Riso L, Klein D, Anderson R, Ouimette P, Lzardi H (1994): Concordance between patients and informants on the personality disorder examination. *American Journal of Psychiatry* 151 (4): 568-573
- 88 Ruiter C de, Greeven PGJ (2000): Personality disorders in a Dutch psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders* 14 (2): 162-170
- 89 Saß H, Houben I, Herpertz S, Steinmeyer EM (1996): Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen In: *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Hrsg: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K, Psychologie Verlags Union, Weinheim, S.: 42-55
- 90 Saucier G (2003): An alternative multi-language structure for personality attributes. *European Journal of Personality* 17: 179-205
- 91 Saulsman L, Page A (2003): Can trait measures diagnose personality disorders? *Current Opinion in Psychiatry* 16: 83-88
- 92 Saulsman L, Page A (2003): The Five-Factor Model and personality Disorder Empirical Literature: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, im Druck

- 93 Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke G H, Reister G, Tress W (2000): The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality of Life Research* 9: 185-193
- 94 Schneck P (1997): *Geschichte der Medizin systematisch*. UNI-MED Verlag, Bremen, Lorch / Württemberg
- 95 Schnyder U (2003): Posttraumatische Belastungsstörungen, Diagnostik und therapeutische Grundsätze. *Praxis* 92: 337-343
- 96 Schroeder M, Wormworth J, Livesley WJ (1994): Dimensions of personality disorders and the Five-Factor model of personality. In: *Personality disorders and the Five-Factor model of personality disorders*. Hrsg.: Costa PT, Widiger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological Association, Washington DC, S.: 117-127
- 97 Shea MT (1992): Some characteristics of the axis II criteria sets and their implications for assessment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 6 (4): 377-381
- 98 Shea MT (1995): Interrelationships among categories of personality disorders. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York, S.: 397-406
- 99 Shrout PE, Spitzler RL, Fleiss JL (1987): Quantification in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry* 44: 172-177
- 100 Sinha B, Watson D (2001): Personality disorders in university students: a multitrait-multimethod matrix study. *Journal of Personality Disorders* 15 (3): 235-244
- 101 Skodol AE, Oldham JM, Hyler S, Stein D, Hollander E, Gallaher P, Lopez A (1995): Patterns of anxiety and personality disorder Comorbidity. *Journal of Psychiatric Research* 29 (5): 361-374
- 102 Smith T, Klein M, Benjamin L (2003): Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID II. *Journal of Personality Disorders* 17 (3): 173-187
- 103 Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M (1987): *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York
- 104 Spitznagel E, Helzer J (1985): A proposed solution to the base rate problem in the kappa statistic. *Archives of General Psychiatry* 42 (7): 725-728
- 105 Trull TJ, Widinger TA, Frances A (1987): Covariation of criteria sets for avoidant, schizoid and dependent personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 144: 767-771
- 106 Vailant G, Perry C (1988): *Persönlichkeitsstörungen*. In: *Psychiatrie in Praxis und Klinik*. 4. Aufl., Band: Psychosomatische Störungen. Hrsg.: Freedman A, Kaplan H, Sadock B, Peters U, Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- 107 Vassend O, Skrandal A (1999): The problem of structural indeterminacy in multidimensional Symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy* 37: 685-701
- 108 Weltgesundheitsorganisation (1999): *Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen (ICD-10) Kapitel V (F) Klinische und Diagnostische Leitlinien*. Hrsg. u. Übersetzung: Dilling A, Mombour W, Schmidt M. Revidierte 10. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- 109 Widinger TA, Trull TJ, Hurt S W, Clarkin J, Frances A (1987): A multidimensional scaling of the DSM-III personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 44: 557-563
- 110 Widiger TA (1992): Categorical versus dimensional classification: Implications from and for research. *Journal of Personality Disorders* 6 (4): 287-300
- 111 Widiger TA (1992): Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology* 101 (2): 340-343
- 112 Widiger TA (1994): Conceptualizing a disorder of personality from the Five-Factor model. In: *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. Hrsg.: Costa PT, Widiger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological Association Washington DC, S.: 311-317
- 113 Widiger TA, Trull T, Clarkin J, Sanderson C, Costa PT (1994): A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the Five-Factor model of personality. In: *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. Hrsg.: Costa PT, Widinger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological, Washington DC, S.: 41-56
- 114 Widiger TA, Frances A (1994): Toward a dimensional model for the personality disorders. In: *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. Hrsg.: Costa PT, Widiger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological Association, Washington DC, S.: 19-39

- 115 Widiger TA, Sanderson C (1995): Toward a dimensional model of personality disorders. In: The DSM-IV Personality Disorders. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York, S.: 433-458
- 116 Widiger TA, Trull TJ, Clarkin J, Sanderson C, Costa PT (1994): Description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the Five-Factor model of personality. In: Personality disorders and the Five-Factor model of personality. Hrsg.: Costa PT, Widiger TA, 2. unveränd. Druck, American Psychological Association, Washington DC, S.: 41-56
- 117 Wittchen H-U (1996): Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie. Hrsg.: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K, Psychologie Verlags Union, Weinheim, S.: 27-41
- 118 Zimmerman M, Coryell WH (1990): Diagnosing personality disorders in the community, a comparison of self-report and interview measures. *Achieves of General Psychiatry* 47: 527-531
- 119 Zimmerman M, Coryell W (1990): DSM-III personality disorder dimensions. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178 (11): 686-692

7 Anhang A

7.1 Reliabilitätsanalysen der Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Zur Reliabilitätsanalyse werden die internen Konsistenzen nach Cronbach und die mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Skalen berechnet, wobei ebenfalls die maximalen und minimalen Werte der Interkorrelation der Items angegeben werden. Die α Werte der internen Konsistenzen und die Werte der Item Interkorrelationen finden sich für das IPDE-Interview in der Tabelle 35, für den IPDE-Fragebogen in der Tabelle 36 und für das IKP sind die Werte der Tabelle 37 und der Tabelle 38 zu entnehmen.

7.1.1 Reliabilitätsanalyse des IPDE-Interviews

Es muß bei der Beurteilung der inneren Konsistenzen und der mittleren Interkorrelationen der Items innerhalb der Skalen beachtet werden, daß die Bewertung von 6 der 63 Items bereits aus der Beurteilung von 2 bis zu 5 Unterfragen zusammengefügt wurde.

Tabelle 35: Reliabilitätsanalyse des IPDE-Interviews

IPDE-Interview	Innere Konsistenzen der Skalen	Mittlere Interkorrelation	Minimum / Maximum der Interkorrelationen
Paranoide Persönlichkeitsstörung	.1695	.0206	-.1327 / .3848
Schizoide Persönlichkeitsstörung	.4664	.0686	-.1399 / .6902
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	.4134	.1245	-.0520 / .4809
Impulsive Persönlichkeitsstörung	.5952	.3252	.0296 / .5021
Borderline Persönlichkeitsstörung	.7616	.3256	.0089 / .7159
Histrionische Persönlichkeitsstörung	.5899	.2045	-.0745 / .8922
Anankastische Persönlichkeitsstörung	.7777	.2997	-.1309 / .6989
Ängstliche Persönlichkeitsstörung	.8036	.4040	.0348 / .7724
Abhängige Persönlichkeitsstörung	.7213	.2856	-.1022 / .7101

Mittlere Interkorrelation: Mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Skalen
 Minimum /Maximum der Interkorrelationen: Streuungswerte der Interkorrelationen der Items innerhalb der Skalen
 Innere Konsistenzen der Skalen: Cronbachs Alpha

7.1.2 Reliabilitätsanalyse des IPDE-Fragebogens

Tabelle 36: Reliabilitätsanalyse des IPDE-Fragebogens

IPDE-Fragebogen	Innere Konsistenzen der Skalen	Mittlere Interkorrelation	Minimum / Maximum der Interkorrelationen
Paranoide Persönlichkeitsstörung	.3836	.0854	-.2659 / .2998
Schizoide Persönlichkeitsstörung	.5120	.0939	-.5362 / .5564
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	.3716	.0704	-.1759 / .4618
Impulsive Persönlichkeitsstörung	.1271	.0142	-.3577 / .3370
Borderline Persönlichkeitsstörung	.2527	.0258	-.3994 / .3439
Histrionische Persönlichkeitsstörung	.1919	.0548	-.3675 / .4714
Anankastische Persönlichkeitsstörung	.6173	.1629	-.2550 / .4787
Ängstliche Persönlichkeitsstörung	.6692	.2532	.0767 / .4764
Abhängige Persönlichkeitsstörung	.6049	.2029	-.0985 / .7404

Mittlere Interkorrelation: Mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Skalen

Minimum /Maximum der Interkorrelationen: Streuungswerte der Interkorrelationen der Items innerhalb der Skalen

Innere Konsistenzen der Skalen: Cronbachs Alpha

7.1.3 Reliabilitätsanalyse des IKP

Bei der Auswertung des IKP nach ICD-10 erfolgt zum Teil eine kombinatorische Gewichtung verschiedener Einzelskalen. Bei diesen Persönlichkeitsstörungen können die internen Konsistenzen nur annäherungsweise angegeben werden. Dabei muß zum einen die Gewichtung und die Interkorrelationen der kombinierten Skalen, zum anderen die internen Konsistenzen nach Cronbach und die mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Einzelskalen und eben diese Werte für die kombinierten Skalen beachtet werden.

Die Werte der Skalen, die nicht für die Auswertung nach ICD-10 sind in der Tabelle 37 dargestellt. Die Werte der Skalen, bei denen eine kombinatorische Gewichtung vorgenommen werden muß sind der Tabelle 38 und der Tabelle 39 zu entnehmen.

7.1.3.1 Innere Konsistenzen und mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Skalen des IKP, die für die Auswertung nach ICD-10 nicht kombiniert werden

Tabelle 37: Reliabilitätsanalyse der Skalen des IKP, bei denen bei Auswertung nach ICD-10 nicht keine kombinatorische Gewichtung erfolgt

IKP	Innere Konsistenzen der Skalen	Mittlere Interkorrelation	Minimum / Maximum der Interkorrelationen
Impulsive Persönlichkeitsstörung	.9237	.4065	-.0253 / .8320
Histrionische Persönlichkeitsstörung	.8337	.2209	-.1306 / .6596
Anankastische Persönlichkeitsstörung	.8632	.2544	-.2684 / .7162
Abhängige Persönlichkeitsstörung	.9099	.3523	-.2094 / .6792
Obsessiotypische Persönlichkeitsstörung	.8837	.2969	-.1856 / .6855

Innere Konsistenzen der Skalen: Cronbachs Alpha

Mittlere Interkorrelation: Mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Skalen

Minimum /Maximum der Interkorrelationen: Streuungswerte der Interkorrelationen der Items innerhalb der Skalen

7.1.3.2 Gewichtung, Korrelationen der Einzelskalen und innere Konsistenzen und mittlere Interkorrelation der Items der Skalen, welche bei Auswertung nach ICD-10 einer kombinatorischen Gewichtung unterliegen

Tabelle 38: Skalen des IKP bei denen bei Auswertung nach ICD-10 eine kombinatorische Gewichtung erfolgt: Gewichtung, innere Konsistenzen der Einzelskalen und Korrelation der jeweiligen Einzelskalen

ICD-10-Diagnose	IKP – Einzelskalen der zusammengesetzten IDC-10 Diagnosen	Gewichtung	Korrelation der Einzelskalen
Paranoide Persönlichkeitsstörung	Paranoide Einzelskala	.80	.541**
	Narzißtische Einzelskala	.20	
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Schizoide Einzelskala	.80	.657**
	Schizotype Einzelskala	.20	
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	Antisoziale Einzelskala	.80	.335*
	Schizoide Einzelskala	.20	
Borderline Persönlichkeitsstörung	Borderline Einzelskala	.60	.550**
	Explosiv-impulsive Einzelskala	.40	
Ängstliche Persönlichkeitsstörung	Selbstunsichere Einzelskala	.50	Siehe Tabelle 13
	Ängstlich-Leistungsunsicheren Einzelskala	.30	
	Vital-Phobischen Einzelskala	.20	

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 39: Reliabilitätsanalyse der kombinierten Skalen des IKP

ICD-10	IKP – Einzelskalen	Innere Konsistenzen der Einzelskalen	Innere Konsistenzen der Kombination	Mittlere Interkorrelation Einzelskalen	Mittlere Interkorrelation Kombination	Minimum / Maximum Einzelskalen	Minimum / Maximum Kombination
Par	Paranoid	.8457	.8931	.2337	.1918	-.3371 / .6208	-.3516 / .7120
	Narzißtisch	.8455		.2322		-.2269 / .7120	
Sch	Schizoid	.9018	.9261	.3332	.2572	-.0304 / .6537	-.1718 / .7214
	Schizotyp	.8604		.2633		-.1262 / .7214	
Dis	Antisozial	.7633	.8860	.1619	.1659	-.1815 / .7633	-.3218 / .7633
	Schizoid	.9018		.3332		-.0304 / .6537	
Bor	Borderline	.8492	.9238	.2430	.2598	-.0971 / .6854	-.2795 / .8320
	Explosiv-impulsiv	.9237		.4065		-.0253 / .8320	
Äng	Selbstunsicher	.8999	.9455	.3319	.2429	-.1033 / .6860	-.2874 / .8217
	Ängstlich-Belastungs-sensibel	.9223		.4061		-.1266 / .8217	
	Vital-Phobisch	.8171		.2024		-.1536 / .6998	

Par: Paranoide Persönlichkeitsstörung

Sch: Schizoide Persönlichkeitsstörung

Dis: Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Bor: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Innere Konsistenzen der Einzelskalen: Cronbachs α

Innere Konsistenzen der Kombination: Cronbachs α der durch kombinatorische Gewichtung entstandenen Skala

Mittlere Interkorrelation: Mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der Einzelskalen

Mittlere Interkorrelation Kombination: Mittlere Interkorrelation der Items innerhalb der kombinierten Gesamtskalen

Minimum /Maximum Einzelskala: Streuungswerte der Interkorrelationen der Items innerhalb der Einzelskalen

Minimum /Maximum Kombination: Streuungswerte der Interkorrelationen der Items innerhalb der kombinierten Gesamtskalen

7.2 Ergänzende Korrelationen

7.2.1 Korrelationen der Skalen der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörungen mit den einzelnen Items dieser Skalen

Die Items der Herkunftsskalen sind bei den entsprechenden Korrelationen fettgedruckt.

7.2.1.1 Korrelationen der Items des IPDE-Interview mit den Skalen der drei Methoden

Tabelle 40: Korrelationen zwischen den Items des IPDE-Interviews und den Skalen der drei Methoden der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

	Äng Interview	Abh Interview	Äng Fragebogen	Abh Fragebogen	Äng IKP	Abh IKP
Äng1 Interview	.557**	.247	.333*	.127	.267	.009
Äng2 Interview	.892**	.252	.471**	.383*	.341*	.243
Äng3 Interview	.848**	.357*	.448**	.444**	.388*	.296
Äng4 Interview	.693**	.316*	.373*	.438**	.305	.181
Äng5 Interview	.474**	.396*	.276	.303	.281	.227
Äng6 Interview	.778**	.095	.635**	.334*	.410**	.294
Abh1 Interview	.309*	.753**	.201	.378*	.540**	.426**
Abh2 Interview	.307	.814**	.121	.450*	.378*	.307
Abh3 Interview	.273	.374*	.170	.127	.152	.094
Abh4 Interview	.218	.652**	.053	.385*	.381*	.310*
Abh5 Interview	.162	.692**	-.116	.220	.269	.286
Abh6 Interview	.247	.513**	.222	.310	.339*	.192

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Äng1-6 Interview: Items der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Interview

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Abh1-6 Interview: Items der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Interview

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

7.2.1.2 Korrelationen der Items des IPDE-Fragebogens mit den Skalen der drei Methoden

Tabelle 41: Korrelationen zwischen den Items des IPDE-Fragebogens und den Skalen der drei Methoden der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

	Äng Fragebogen	Abh Fragebogen	Äng Interview	Abh Interview	Äng IKP	Abh IKP
Äng1 Fragebogen	.626**	.250	.409*	-.117	.347*	.237
Äng2 Fragebogen	.748**	.370*	.418*	.233	.304	.166
Äng3 Fragebogen	.584**	.428**	.413*	.039	.353*	.168
Äng4 Fragebogen	.615**	.489**	.313	.084	.346*	.404*
Äng5 Fragebogen	.490**	.486**	.299	.298	.463**	.411*
Äng6 Fragebogen	.625**	.173	.254	-.084	.173	.013
Abh1 Fragebogen	.349*	.599**	.385*	.670**	.475**	.583**
Abh2 Fragebogen	.488**	.733**	.219	.400*	.423**	.483**
Abh3 Fragebogen	.310	.469**	.426**	.131	.346*	.198
Abh4 Fragebogen	.330*	.605**	.254	.166	.255	.267
Abh5 Fragebogen	.147	.356*	.015	-.073	.026	-.018
Abh6 Fragebogen	.436**	.714**	.314	.327*	.334*	.465**

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Äng1-6 Fragebogen: Items der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Abh1-6 Fragebogen: Items der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Fragebogen

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

7.2.1.3 Korrelationen der Items des IKP der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit den Skalen der drei Methoden

Tabelle 42: Korrelationen zwischen den Items des IKP der Abhängigen Persönlichkeitsstörung und den Skalen der drei Methoden der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

	Abh IKP	Äng IKP	Abh Interview	Äng Interview	Abh Fragebogen	Äng Fragebogen
Abh1 IKP	.764**	.588**	.313*	.229	.555**	.398*
Abh2 IKP	.731**	.530**	.436**	.056	.342*	.210
Abh3 IKP	.651**	.597**	.267	.184	.287	.301
Abh4 IKP	.566**	.601**	.311*	.185	.370*	.293
Abh5 IKP	.339*	.393*	.064	.228	.395*	.563**
Abh6 IKP	.713**	.461**	.198	.249	.306	.288
Abh7 IKP	.658**	.419**	.352*	.108	.186	.013
Abh8 IKP	.430**	.357*	.007	.035	.439**	.223
Abh9 IKP	.789**	.723**	.470**	.343*	.532**	.274
Abh10 IKP	.731**	.484**	.304	.178	.383*	.100
Abh11 IKP	.719**	.625**	.487**	.288	.545**	.326*
Abh12 IKP	.746**	.612**	.328*	.403**	.487**	.456**
Abh13 IKP	.605**	.306	.383*	.088	.369*	.254
Abh14 IKP	.625**	.489**	.175	.235	.352*	.238
Abh15 IKP	.479**	.284	.224	.027	.095	-.067
Abh16 IKP	.550**	.510**	.120	.184	.312	.256
Abh17 IKP	.713**	.673**	.427**	.127	.322	.259
Abh18 IKP	.400**	.192	.180	-.087	.217	.009

Fragebogen: IPDE-Fragebogen des ICD-10 Moduls

Interview: IPDE-Interview des ICD-10 Moduls

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Abh: Abhängige Persönlichkeitsstörung

Abh1-18 IKP: Items der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im IKP

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01(2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

7.2.2 Korrelationen der Dimensionen der Persönlichkeit des HPI mit den ängstlichen Persönlichkeitsstörungen des IKP

Tabelle 43: Korrelationen der dimensional Scores der Persönlichkeitsskalen des HPI mit den drei Skalen des IKP, aus denen die Ängstliche Skala berechnet wird und mit dieser Skala zum Vergleich

	Neuroticism	Extraversion	Openness to Experience	Conscientiousness	Agreeableness	Risk
Avo im IKP	.449**	-.429**	.028	.056	.060	-.179
Anx im IKP	.574**	-.055	.148	-.097	.137	-.188
Pho im IKP	.238	-.004	-.100	-.027	.239	-.290
Äng im IKP	.520**	-.271	.053	-.009	.130	-.228

Avo: Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Anx: Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung

Pho: Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 signifikant.

7.2.3 Ergänzende Korrelationen der SCL-190-R Skalen und Items mit den Persönlichkeitsstörungen

7.2.3.1 Korrelation der Ängstlichen Persönlichkeitsstörungen des IKP mit der Skala Hypochondrie der SCL-190-R

Tabelle 44: Korrelationen der Skala der Hypochondrie der SCL-190-R mit den drei Skalen des IKP, aus denen die Ängstliche Skala berechnet wird und mit dieser Skala zum Vergleich

	Avo IKP	Anx IKP	Pho IKP	Äng IKP
Hypochondrie	.281	.423**	.344*	.382*

Avo: Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Anx: Ängstlich-Leistungsunsichere Persönlichkeitsstörung

Pho: Vital-Phobische Persönlichkeitsstörung

Äng: Ängstliche Persönlichkeitsstörung

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

7.2.3.2 Korrelation der Items der Skala Paranoia der SCL-190-R mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

Tabelle 45: Korrelation der Items der Skala Paranoia der SCL-190-R mit der Abhängigen Persönlichkeitsstörung im Interview und im IKP

	Abhängige PS im IPDE-Interview	Abhängige PS im IKP
SCL-190-R Paranoia Item 1	-.027	.085
SCL-190-R Paranoia Item 2	.301	.331*
SCL-190-R Paranoia Item 3	.464**	.402*
SCL-190-R Paranoia Item 4	.332*	.372*
SCL-190-R Paranoia Item 5	.187	.096
SCL-190-R Paranoia Item 6	.294	.221
SCL-190-R Paranoia Item 7	-.098	-.005

PS: Persönlichkeitsstörung

7.3 Kreuztabellen der kategorialen Diagnosen

7.3.1 Kreuztabellen zwischen den Diagnosen des IPDE-Interviews und des Fragebogens

Tabelle 46: Kreuztabelle der Paranoiden Persönlichkeitsstörung

	Par Interview negativ	Par Interview positiv	Gesamt
Par Fragebogen negativ	27	0	27
Par Fragebogen positiv	9	1	10
Gesamt	36	1	37

Tabelle 47: Kreuztabelle der Schizoiden Persönlichkeitsstörung

	Sch Interview negativ	Sch Interview positiv	Gesamt
Sch Fragebogen negativ	16	1	17
Sch Fragebogen positiv	13	7	20
Gesamt	29	8	37

Tabelle 48: Kreuztabelle der Dissozialen Persönlichkeitsstörung

	Dis Interview negativ	Dis Interview negativ	Gesamt
Dis Fragebogen negativ	34	1	35
Dis Fragebogen positiv	2		2
Gesamt	36	1	37

Tabelle 49: Kreuztabelle der Borderline Persönlichkeitsstörung

	Bor Interview negativ	Bor Interview positiv	Gesamt
Bor Fragebogen negativ	27	3	30
Bor Fragebogen positiv	5	2	7
Gesamt	32	5	37

Tabelle 50: Kreuztabelle der Impulsiven Persönlichkeitsstörung

	Imp Interview negativ	Imp Interview positiv	Gesamt
Imp Fragebogen negativ	0	36	36
Imp Fragebogen positiv	0	1	1
Gesamt	0	37	37

Tabelle 51: Kreuztabelle der Histrionischen Persönlichkeitsstörung

	His Interview negativ	His Interview positiv	Gesamt
His Fragebogen negativ	34	0	34
His Fragebogen positiv	2	1	3
Gesamt	36	1	37

Tabelle 52: Kreuztabelle der Anankastischen Persönlichkeitsstörung

	Ana Interview negativ	Ana Interview positiv	Gesamt
Ana Fragebogen negativ	15	2	17
Ana Fragebogen positiv	8	12	20
Gesamt	23	14	37

Tabelle 53: Kreuztabelle der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung

	Äng Interview negativ	Äng Interview positiv	Gesamt
Äng Fragebogen negativ	15	3	18
Äng Fragebogen positiv	6	13	19
Gesamt	21	16	37

Tabelle 54: Kreuztabelle der Abhängigen Persönlichkeitsstörung

	Abh Interview negativ	Abh Interview positiv	Gesamt
Abh Fragebogen negativ	19	7	26
Abh Fragebogen positiv	5	6	11
Gesamt	24	13	37

Tabelle 55: Kreuztabelle Persönlichkeitsstörung allgemein

	PS Interview negativ	PS Interview positiv	Gesamt
PS Fragebogen negativ	4	3	7
PS Fragebogen positiv	3	27	30
Gesamt	7	30	37

7.3.2 Kreuztabellen zwischen den klinischen Diagnosen und denen des IPDE-Interviews

Bei der Vergabe der klinischen Diagnose bestand die Möglichkeit, eine Kombinierte Persönlichkeitsstörung zu kodieren ohne daß die einzelnen Teilstörungen angegeben werden mußten. Da diese Diagnose immerhin sieben mal vergeben wurde, bei insgesamt 19 Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung, werden hier nur die Kreuztabellen dargestellt, bei denen die Basisrate über 5 % liegt. In der Diagnose einer Kombinierten Persönlichkeitsstörung können verschiedene Diagnosen subsumiert sein, sie fungiert sozusagen als Joker und bei den Diagnosen mit zu geringen Basisraten ist es weder ratsam diesen Joker einzubeziehen noch, wie in den hier dargestellten Kreuztabellen, außen vorzulassen.

Tabelle 56: Kreuztabelle Persönlichkeitsstörung allgemein

	PS Interview negativ	PS Interview positiv	Gesamt
PS klinisch negativ	5	17	22
PS klinisch positiv	3	16	19
Gesamt	8	33	41

Tabelle 57: Kreuztabelle Kombinierte Persönlichkeitsstörung

	Kombi Interview negativ	Kombi Interview positiv	Gesamt
Kombi klinisch negativ	23	11	34
Kombi klinisch positiv	2	5	7
Gesamt	25	16	41

Tabelle 58: Kreuztabelle Ängstliche Persönlichkeitsstörung plus Soziale Phobie

	Äng PS plus Soziale Phobie Interview negativ	Äng PS plus Soziale Phobie Interview positiv	Gesamt
Äng PS plus Soziale Phobie klinisch negativ	23	10	33
Äng PS plus Soziale Phobie klinisch positiv	2	6	8
Gesamt	25	16	41

8 Anhang B

8.1 Definitionen der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10

8.1.1 Allgemeine klinisch-diagnostische Leitlinien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F 60)

Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Für die Diagnose der meisten Untergruppen müssen mindestens drei der jeweils genannten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen.

In unterschiedlichen Kulturen müssen unter Umständen besondere Kriterien in Hinsicht auf soziale Normen, Regeln und Verpflichtungen entwickelt werden.

8.1.2 Forschungskriterien der Anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5)

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. Gefühle von starkem Zweifel und übermäßiger Vorsicht.
2. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnungen, Organisation oder Plänen.
3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert.
4. Übermäßige Gewissenhaftigkeit und Skrupelhaftigkeit.
5. Unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung bis zum Verzicht auf Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen.
6. Übertriebene Pedanterie und Befolgung sozialer Konventionen.
7. Rigidität und Eigensinn.
8. Unbegründetes Bestehen darauf, daß andere sich exakt den eigenen Gewohnheiten unterordnen oder unbegründete Abneigung dagegen, andere etwas machen zu lassen.

8.1.3 Forschungskriterien der Ängstlichen (Vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit;
2. Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein;
3. Übertriebene Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden;
4. Persönliche Kontakte nur, wenn Sicherheit besteht, gemocht zu werden;
5. Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit;
6. Vermeidung beruflicher oder sozialer Aktivitäten, die intensiven zwischenmenschlichen Kontakt bedingen, aus Furcht vor Kritik, Mißbilligung oder Ablehnung.

8.1.4 Forschungskriterien der Abhängigen Persönlichkeitsstörung (F60.7)

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. Ermunterung oder Erlaubnis an andere, die meisten wichtigen Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen;
2. Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber deren Wünschen;
3. Mangelnde Bereitschaft zur Äußerung selbst angemessener Ansprüche gegenüber Personen, von denen man abhängt;
4. Unbehagliches Gefühl, wenn die Betroffenen alleine sind, aus übertriebener Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können;
5. Häufiges Beschäftigtsein mit der Furcht, verlassen zu werden und auf sich selber angewiesen zu sein;
6. Eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen, ohne zahlreiche Ratschläge und Bestätigungen von anderen.

8.2 Definitionen der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV

8.2.1 Allgemeine diagnostische Leitlinien von Persönlichkeitsstörungen

A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: als Störung der Kognition, des Affekts, der interpersonellen Beziehungen und /oder der Impulskontrolle.

B. Das gezeigte Erlebens- bzw. Verhaltensmuster ist unflexibel und andauernd in einem weiten Spektrum persönlicher und sozialer Situationen.

C. Die Persönlichkeitsstörung führt in klinisch bedeutsamen Beschwerden und / oder zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in sozialen, beruflichen oder anderen persönlichen Situationen und Zusammenhängen.

D. Erlebens- und Verhaltensmuster erweist sich als stabil und lang andauernd, und seine Entstehung kann wenigstens ins Jugendalter, wenn nicht gar bis die Kindheit zurückverfolgt werden.

E. Das überdauernde Muster läßt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder auf eine organische Störungen (z.B. Schädel-Hirn-Trauma) zurück.

8.2.2 Diagnostische Kriterien der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung (301.4)

A. Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.

B. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen zutreffen:

1. Beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so daß der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verlorenght,
2. Zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z.B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden),
3. Verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluß von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeiten zurückzuführen),
4. Ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten (nicht auf kulturelle und religiöse Orientierung zurückzuführen),
5. Ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen,

6. Delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen,
7. Ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muß im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden,
8. Zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

8.2.3 Diagnostische Kriterien der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (301.82)

A. Ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, die Störung manifestiert sich in verschiedenen Situationen.

B. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. vermeidet aus Angst vor Kritik, Mißbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen,
2. läßt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie sich nicht sicher ist, daß er/sie gemocht wird,
3. zeigt Zurückhaltung in intimeren Beziehungen, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden,
4. ist stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
5. ist aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt,
6. hält sich für Gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen,
7. nimmt außergewöhnlich ungern persönliche Risiken auf sich oder irgendwelche neuen Unternehmungen in Angriff, weil dies sich als beschämend erweisen könnte.

8.2.4 Diagnostische Kriterien der Dependenden Persönlichkeitsstörung nach 301.6

A. Ein tiefgreifendes und überstarkes Bedürfnis, versorgt zu werden, das zu unterwürfigem und anklammerndem Verhalten und Trennungsängsten führt. Der

Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen.

B. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Hat Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen,
2. Benötigt andere, damit diese die Verantwortung für seine/ihre wichtigsten Lebensbereiche übernehmen,
3. Hat Schwierigkeiten, anderen Menschen gegenüber eine andere Meinung zu vertreten, aus Angst, Unterstützung und Zustimmung zu verlieren. Beachte: hier bleiben realistische Ängste vor Bestrafung unberücksichtigt,
4. Hat Schwierigkeiten, Unternehmungen selbst zu beginnen oder Dinge unabhängig durchzuführen (eher aufgrund von mangelndem Vertrauen in die eigene Urteilskraft oder die eigenen Fähigkeiten als aus mangelnder Motivation oder Tatkraft),
5. Tut alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten,
6. Fühlt sich alleine unwohl oder hilflos aus übertriebener Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können,
7. Sucht dringend eine andere Beziehung als Quelle der Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung endet,
8. Ist in unrealistischer Weise von Ängsten eingenommen, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen.

8.2.5 Neu konzipierte Forschungskriterien der Ängstlich-Leistungsunsicheren Persönlichkeitsstörung

A. Tiefgreifendes Muster ängstlicher Reaktionsbereitschaft unter alltäglichen Lebensbedingungen (vor allem im Leistungskontext). Die Ängstlich-Leistungsunsichere Wesensart führt zu schwerwiegenden Streßreaktionen, zu beruflich und sozial stark einschränkendem Vermeidungsverhalten und zu Versagenssituationen. Die Störung besteht mindestens seit dem frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Situationen (keine situativ eng angelegte Soziale Phobie).

B. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Ständige ängstliche Reaktionsbereitschaft in normalen, nicht lebensbedrohlichen Alltags- und Arbeitssituationen,
2. Leistungs-, Prüfungs- und Versagensängste, längerfristige extreme Sorgen vor Bewährungssituationen, mangelndes Selbstvertrauen angesichts von kleineren Herausforderungen,
3. Stark erhöhte Streß- und Überforderungsreaktionen auf mäßige Belastungen aller Art, Rückzugsreaktionen wegen Schonungsbedürftigkeit,
4. Exzessives Ausmaß leistungshinderlicher Erwartungsängste, dysfunktionales Lampenfieber, nervöse Fehlleistungen unter leichtem Streß, Ungeschicklichkeiten, Patzer und Pannen,
5. Übersensible und betroffene Reaktionen auf Kritik; Überprüfung oder Beobachtung im Anforderungs- und Leistungsbereich, dysfunktionale Selbstbeobachtung,
6. Resignation bei unerwarteten Schwierigkeiten und Hindernissen, Aufgeben oder Panikreaktionen ("Hinschmeißen") ohne hinreichenden Grund.

8.2.6 Neu konzipierte Forschungskriterien der Vital-Phobischen Persönlichkeitsstörung

A. Ein tiefgreifendes Muster furchtsamen Erlebens und Verhaltens bei Bedrohungen von Leib und Leben, wobei vor allem natürliche (evolutionär verstehbare) Bedrohungssituationen im Vordergrund stehen. Die Störung besteht seit dem frühen Erwachsenenalter und bezieht sich auf verschiedene Situationen (keine singuläre spezifische Phobie). Der Grad an Furcht und Vermeidung ist so hoch, daß schwerwiegende Einschränkungen des alltäglichen Lebens und passiv-verantwortungsloses Verhalten resultieren.

B. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Intensive, stark behindernde Furcht vor natürlichen Gefahrensituationen, wie z.B. Dunkelheit, Gewitter, Naturkatastrophen,
2. Unfähigkeit, selbst mäßigen Gefahren allein entgegenzutreten; exzessive Fluchtbereitschaft, Totstellreflexe ("Schreckstarre"),
3. Furcht vor Tieren,
4. Phobische Reaktionen auf "topische urbane Situationen" (z.B. weite Plätze, Aufzüge/Fahrstühle, Hochhäuser, Busse und Bahnen, hohe Geschwindigkeiten),

5. Angst vor Krankheit und Tod, Ärzten und Krankenhäusern, medizinischen Eingriffen, Blut,
6. Angst vor Unfällen und Katastrophen, Blockierung der Hilfsbereitschaft durch Angst, Ekel und "Schreckstarre".

8.2.7 Neu konzipierte Forschungskriterien der Obsessivtypischen Persönlichkeitsstörung

A. Ein tiefgreifendes Muster obsessiver Sorgen und Befürchtungen, verbunden mit extremen Zweifeln an der Sicherheit und moralischen Integrität des eigenen Handelns. Die exzessiven Vorstellungen von eigenen Verfehlungen werden Ich-dyston und mit innerem Widerstand erlitten, haben also keine paranoide Qualität. Die Störung besteht seit dem frühen Erwachsenenalter.

B. Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Andauernde (antizipative) Befürchtungen und Fantasien, schuldhaft zu handeln, Katastrophen auszulösen und Gewaltakte zu begehen,
2. Zwanghaftes Kontrollieren eigener Handlungen auf Fehler und Versäumnisse mit gefährlichen Konsequenzen,
3. Obsessive Wiederkehr kognitiver Vorgänge (z.B. Melodien, Gedanken und Einfälle, Rituale, Zählzwänge),
4. Unsinnige exzessive Regelbeachtung aus Unsicherheit oder Angst, Selbstkritik wegen und Widerstand gegen zwanghaftes Verhalten und Denken,
5. Verunreinigungs- und Versündigungsgefühle, tiefgreifende Schamgefühle, oftmals sexuellen Inhalts (hygienisch, moralisch und religiös motiviert, aber in ihrer Intensität nicht subkulturell zu erklären),
6. Anhaltende sorgenvolle, zweifelnde und mahnende Gedanken, andauernde Schuldgefühle und Gewissensnöte.

Nicht besser erklärbar durch eine Obsessiv-kompulsive Störung auf Achse I.

9 Anhang C

9.1 Danksagung

Mein Dank gilt vor allem PD Dr. Burghard Andresen für die außerordentlich kompetente und freundliche Betreuung. Außerdem möchte ich den beteiligten Mitarbeitern des UKE für die organisatorische Mithilfe danken. Weiterhin danke ich meinem Freund Sebastian Meinke und meinem Bruder Peter Schröder für das Korrekturlesen. Ganz besonders möchte ich meinen Eltern für die bedingungslose Unterstützung danken.

9.2 Lebenslauf

Katrin Schröder Staatsangehörigkeit: Deutsch
Sniers Achterhoff 25 B Geburtsort: Hamburg
21224 Rosengarten Geboren am: 20.10.1975

Ärztin im Praktikum: seit 16.01.2004 in der Psychiatrie des
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Studium: 1995 - 2002 Studium der Medizin an der Universität
Hamburg
3. Staatsexamen: Dezember 2002
2. Staatsexamen: September 2001
1. Staatsexamen: August 1998
Physikum: September 1997
PJ:
Tertial in der Chirurgie: Universitätskrankenhaus Genf
Tertial in der Inneren Medizin: AK St. Georg
Wahltertial: Neurologie, UKE Hamburg
Famulaturen:
Pädiatrie: zwei Monate, Sommer 2000, Indien (Quilon
Kerala)
Psychiatrie: drei Wochen, Februar 2000, AK Harburg
Neurologie: drei Wochen, September 1999, AK Harburg
Innere Medizin: vier Wochen, Februar 1998,
Krankenhaus Maria Hilf
Familienärztliche Praxis: vier Wochen, Februar 1997,
U.S.A., (Northfield, Minnesota)

Schulbildung: 1986-1995 Besuch des Friedrich-Ebert-Gymnasiums,
Hamburg
Abitur: Juni 1995
1982-1986 Besuch der Grundschule Marmstorf,
Hamburg

9.3 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.