

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor Prof. Dr. Dieter Naber

Persönlichkeitsmerkmale, -akzentuierungen und -störungen bei chronisch schizophren Erkrankten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Annelene Hoppe
aus Hannover

Hamburg 2010

**Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 30.11.2010**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg**

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. D. Naber

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. T. Bock

Prüfungsausschuss, dritter Gutachter: Prof. Dr. B. Andresen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Fragestellung und Ziel der Arbeit	7
1.2	Schizophrenie-Spektrumsstörungen	8
1.2.1	Schizophrenie	9
1.2.2	Schizoaffektive Störung.....	12
1.3	Persönlichkeitsstörungen	13
1.3.1	Persönlichkeitsstörungen: dimensionaler Ansatz versus kategorialer Ansatz	18
1.4	Persönlichkeitsstörungen bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen	20
1.4.1	Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen.....	20
1.4.2	Komorbiditäten von Schizophrenie-Spektrumsstörungen und Persönlichkeitsstörungen	22
1.5	Verlauf von Persönlichkeitsstörungen	23
1.6	Schizophrenie-Spektrumsstörungen und Normalpersönlichkeit.....	26
2	Methodik.....	27
2.1	Patienten	27
2.2	Studienablauf	28
2.3	PANSS	29
2.4	SKID-II — Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	29
2.5	Hamburger Persönlichkeitsinventar.....	31

3	Ergebnisse	32
3.1	Korrelation der PANSS-Ergebnisse mit dem SKID-II	32
3.1.1	Korrelation der PANSS-Subskalen mit dem SKID-II	33
3.1.2	Korrelation der PANSS-Items mit dem SKID-II	34
3.1.2.1	Korrelation des SKID-II mit den Items der positiven Subskala der PANSS	35
3.1.2.2	Korrelation des SKID-II mit den Items der negativen Subskala der PANSS	38
3.1.2.3	Korrelation der Items der Gesamtskala der PANSS mit dem SKID-II.....	41
3.2	Korrelation der dimensional Skalen des SKID-II	44
3.2.1	Verlauf der Persönlichkeitsstörungsdimensionen.....	44
3.3	Dimensionale Vergleiche bei Persönlichkeitsstörungen.....	47
3.3.1	Häufigkeiten der dimensional Score-Skalen im SKID-II	47
3.3.1.1	Cluster A-Häufigkeiten	48
3.3.1.2	Cluster B-Häufigkeiten	54
3.3.1.3	Cluster C-Häufigkeiten	62
3.4	Vergleich der Mittelwerte der Persönlichkeitsskalen im T-Test.....	72
3.4.1	Vergleich der Mittelwerte der paranoiden Persönlichkeitsskala.....	73
3.4.2	Vergleich der Mittelwerte der schizotypen Persönlichkeitsskala.....	74
3.4.3	Vergleich der Mittelwerte der schizoiden Persönlichkeitsskala.....	75
3.4.4	Vergleich der Mittelwerte der Borderline-Persönlichkeitsskala	76
3.4.5	Vergleich der Mittelwerte der narzißtischen Persönlichkeitsskala	77
3.4.6	Vergleich der Mittelwerte der antisozialen Persönlichkeitsskala.....	78

3.4.7	Vergleich der Mittelwerte der histrionischen Persönlichkeitsskala	79
3.4.8	Vergleich der Mittelwerte der selbstunsicheren Persönlichkeitsskala	80
3.4.9	Vergleich der Mittelwerte der dependenten Persönlichkeitsskala	81
3.4.10	Vergleich der Mittelwerte der zwanghaften Persönlichkeitsskala	82
3.4.11	Vergleich der Mittelwerte der depressiven Persönlichkeitsskala	83
3.4.12	Vergleich der Mittelwerte der negativistischen Persönlichkeitsskala	84
3.5	HPI-Ergebnisse	85
4	Diskussion	86
4.1	Korrelation der PANSS mit Persönlichkeitsstörungen	86
4.1.1	PANSS-Korrelationen der positiven, negativen und der Gesamtskala	87
4.1.2	PANSS-Korrelationen der einzelnen Items	88
4.2	Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen.....	91
4.2.1	Häufigkeiten der kategorialen Diagnosen.....	91
4.3	Persönlichkeitsstörungsdimensionen	97
4.3.1	Korrelationen der dimensionalen SKID-II-Skalen mit allen Persönlichkeitsstörungen.....	97
4.4	Häufigkeiten der dimensionalen Score-Skalen.....	98
4.4.1	Entwicklung der Persönlichkeitsstörungsdimensionen über die Zeit	98
4.5	HPI-Ergebnisse	102

5	Zusammenfassung.....	103
6	Literaturverzeichnis	105
7	Anhang.....	113
7.1	Tabellen und Abbildungen.....	113
7.1.1	Verzeichnis der Tabellen.....	113
7.1.2	Verzeichnis der Abbildungen.....	114
7.1.3	HPI-Skalen	116
7.2	Danksagung	117
8	Eidesstattliche Versicherung.....	118

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Das Konzept der Schizophrenie hat sich seit der ersten Beschreibung im 19. Jahrhundert durch Emil Kraepelin stetig gewandelt. Es gab zahlreiche Änderungen und Einflüsse, bis eine einheitliche Klassifizierung bzw. festgelegte Diagnosekriterien im *Diagnostischen und Statistischen Manual* (DSM) und in der *International Classification of Diseases* (ICD) beschrieben wurden. Die Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften bei Schizophreniepatienten wurde erst später genauer betrachtet. So beschrieb Kraepelin zwar die Symptome einer Schizophrenie unter dem Namen *Dementia praecox*, stellte aber noch keinen Zusammenhang mit der Lebensgeschichte des Patienten oder dessen Persönlichkeitseigenschaften her (Hoenig 1983).

Heute besteht die Möglichkeit, sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 neben einer akuten oder chronischen psychischen Erkrankung Persönlichkeitseigenschaften bzw. Persönlichkeitsstörungen zu kodieren. Dieses wird im DSM-IV realisiert, indem zwei Achsen für jedes Krankheitsbild beschrieben werden. Dennoch gibt es bisher wenige Studien, die sich mit dem Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen bei Schizophreniepatienten beschäftigt haben, und es gibt nur wenig Erkenntnisse darüber, wie sich Persönlichkeitsstörungen auf die Entwicklung einer bestehenden Schizophrenieerkrankung auswirken (Newton-Howes et al. 2007).

Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist jedoch bekannt, dass sie mit dieser Diagnose vielfach zeitlebens große Beeinträchtigungen erfahren. Personen, die anhaltende Persönlichkeitsstörungen aufwiesen, zeigten ein vermindertes alltägliches Funktionsniveau im Vergleich zu Personen ohne Persönlichkeitsstörungen. Andere, bei denen sich die Persönlichkeitsstörung in Remission befand, zeigten einen besseren Verlauf. Ihre Störung führte zu einer mildereren Ausprägung der Beeinträchtigungen und erwies sich nicht als klinisch signifikant (Skodol et al. 2007).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu untersuchen, wie häufig Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer chronisch verlaufenden Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung auftreten und ob es vermehrt auffällige Persönlichkeitsmerkmale und -akzentuierungen gibt. Insbesondere wird versucht, eine zumindest subjektiv erlebte Veränderung der Persönlichkeit im Krankheitsverlauf zu erfassen. Hierzu wird der Fragebogen des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-II) (Fydrich et al. 1997) von den Patienten bearbeitet, sowie das dazugehörige Interview durchgeführt. Um die aktuelle Symptomatik und Verfassung der Patienten zu standardisieren, wird zunächst eine Befragung mittels der *Positive and Negative Syndrom Scale* (PANSS) durchgeführt, mit der die aktuelle Positiv- und Negativsymptomatik von Schizophreniepatienten anhand eines Screeningfragebogens erfasst wird. Damit die Erhebung der Persönlichkeitsstörungen nicht durch eine akute Symptomatik der Schizophrenie bzw. der schizoaffektiven Störung beeinträchtigt wird, werden nur Patienten unterhalb eines Cut-off-Wertes in die Studie eingeschlossen sowie Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstörungsdimensionen und aktueller Symptomatik untersucht.

Des Weiteren werden die Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit mit dem Hamburger Persönlichkeitsinventar untersucht, um eine externe Validierung zu gewährleisten. Hierbei werden höhere Werte im Bereich Neurotizismus und niedrigere in anderen Bereichen als bei der Kontrollgruppe erwartet (Camisa et al. 2005).

1.2 Schizophrenie-Spektrumsstörungen

In der vorliegenden Studie werden Patienten mit den Diagnosen einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung untersucht. Im DSM-IV finden sich diese Erkrankungen in dem Kapitel „Schizophrenie und andere psychotische Störungen“ (Saß et al. 1998). Dort werden die Schizophrenie, die schizophrenieforme Störung, die schizoaffektive Störung, die wahnhaftige Störung, die kurze psychotische Störung, die induzierte psychotische Störung, die psychotischen Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors,

die substanzinduzierte psychotische Störung und die nicht näher bezeichnete psychotische Störung erfasst. In der vorliegenden Arbeit werden hinsichtlich der Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen nur die Schizophrenie und die schizoaffektive Störung untersucht, da diese im Gegensatz zu den vorübergehenden Psychosen oder induzierten Psychosen häufig chronische Verläufe nehmen. Die wahnhaftige Störung wurde aus zwei Gründen nicht eingeschlossen: zum einen aufgrund des geringen Vorkommens im klinischen Alltag, zum anderen wegen der deutlichen Unterscheidbarkeit von der Schizophrenie und der schizoaffektiven Störung hinsichtlich der Behandlung und des Krankheitsverlaufs.

1.2.1 Schizophrenie

Die Schizophrenie ist eine Erkrankung, die sich im Wesentlichen durch Veränderungen im Denken, in der Wahrnehmung und in der Affektivität äußert. Die Symptome werden einer Positiv- und Negativsymptomatik zugeordnet. Zu der typischen Positivsymptomatik zählen beispielsweise Ich-Störungen wie Gedankenlautwerden und Gedankeneingebung oder formale Denkstörungen wie Denkverlangsamung. Häufig kommen inhaltliche Denkstörungen (Wahn) sowie Halluzinationen (z. B. kommentierende Stimmen) vor. Als Negativsymptomatik bezeichnet man z. B. Antriebshemmung oder Apathie.

Das Krankheitsbild der Schizophrenie wurde von Emil Kraepelin bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert unter dem Begriff der Dementia praecox beschrieben. Kraepelin beschäftigte sich vor allem ab 1890 mit der Diagnostik und Klassifikation affektiver und schizophrener Störungen (Weber et al. 2000).

Eugen Bleuler entwickelte als erster den Begriff der Schizophrenie. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts veröffentlichte er Artikel, in denen er sowohl die Krankheitssymptome als auch deren Verlauf beschrieb. Die Symptome unterteilte Bleuler in Grundsymptome (Assoziationslockerung, Affektstörungen, Ambivalenz, Autismus) und akzessorische Symptome wie Wahn, Halluzinationen und katatone Symptome (Scharfetter 2001).

Später beschrieb Kurt Schneider die Symptome ersten und zweiten Ranges. Zu den Symptomen ersten Ranges zählen u. a. Wahnwahrnehmungen, akustische Halluzinationen und Gedankenentzug, zu den Symptomen zweiten Ranges Wahneinfälle, andere Halluzinationen sowie Affektveränderungen (Möller et al. 2005). Das Auftreten dieser Symptome bildet heute noch eine Grundvoraussetzung für die Diagnose einer Schizophrenie.

Die Diagnosestellung der Schizophrenie ist in ICD-10 und im DSM-IV festgelegt. Die *International Classification of Diseases* wurde von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt und liegt mittlerweile als ICD-10 in der zehnten deutschen Fassung vor (Dilling et al. 2005). Das *Diagnostische und Statistische Manual* wurde in den 50er Jahren in den Vereinigten Staaten entwickelt und liegt als DSM-IV in der vierten Auflage vor (Saß et al. 1998).

Die Klassifikation der Schizophrenie findet sich im ICD-10, Kapitel V (F). Zur Diagnosestellung werden neun Symptomgruppen beschrieben:

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug;
2. Wahnwahrnehmung / Beeinflussungswahn;
3. kommentierende / dialogisierende Stimmen;
4. unangemessener Wahn;
5. anhaltende Halluzinationen mit Wahngedanken;
6. Gedankenabreißen / Zerfahrenheit;
7. katatone Symptome;
8. Negativsymptomatik;
9. Verhaltensveränderungen.

Zur Diagnosestellung ist mindestens ein Symptom aus der ersten Gruppe (1-4) nötig, alternativ zwei Symptome aus der zweiten Gruppe (5-8). Die Symptome müssen mindestens einen Monat bestanden haben. Treten dazu noch in gleicher Intensität und mit gleichem Beginn affektive Symptome auf, kann eine schizoaffektive Störung diagnostiziert werden. Ausschlussdiagnosen sind eine Gehirnerkrankung, Intoxikation sowie Entzug.

Als Formen der Schizophrenie werden im ICD-10 als häufigste die paranoide Form genannt, darüber hinaus die hebephrene, katatone, undifferenzierte und sonstige Schizophrenie. Zudem gibt es die postschizophrene Depression, ein schizophrenes Residuum, die Schizophrenia simplex und die nicht näher bezeichnete Schizophrenie. Es werden kontinuierliche, episodische und remittierende Verläufe unterschieden (Dilling et al. 2005).

Die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie werden nach dem DSM-IV in sechs Bereiche (A-F) eingeteilt. Das Kriterium A beschreibt die typischen Symptome wie Wahn, Halluzination, desorganisiertes Verhalten und Sprechweise sowie Negativsymptomatik. In Kriterium B werden berufliche und soziale Leistungseinbußen erfasst. Diese bestehen über einen längeren Zeitraum und erstrecken sich über mehrere Lebensbereiche. Die Dauer der Erkrankung wird im Kriterium C erfasst. Zeichen der Schizophrenie müssen hiernach für mindestens sechs Monate bestehen, davon vier Wochen mit Symptomen aus dem A-Kriterium (mindestens zwei dieser Symptome; bei ausgeprägtem Wahn oder Halluzinationen ist ein A-Symptom ausreichend). Dies wird in Kriterium D beschrieben. Der Ausschluss von somatischen Krankheiten sowie Substanz Einfluss als Symptomauslöser ist vorzunehmen (Kriterium E). Laut Kriterium F muss eine Abgrenzung zu einer bestehenden Entwicklungsstörung vorgenommen werden. Subtypen der Schizophrenie sind laut dem aktuellen DSM-IV der paranoide Typus, der desorganisierte Typus, der katatone Typus, der undifferenzierte Typus sowie der residuale Typus.

Als mögliche Differentialdiagnosen werden eine schizoaffektive Störung, eine bipolare Störung oder eine wahnhaftige Störung genannt. Zudem müssen ein Delir, eine Demenz oder ein somatisch auslösender Krankheitsfaktor in Betracht gezogen werden.

Der Beginn einer Schizophrenie liegt zumeist zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahrzehnt. Selten tritt die Krankheit vor der Adoleszenz auf. Die Geschlechtsverteilung ist nicht vollständig geklärt, es wird jedoch ein ausgeglichenes Verhältnis angenommen. Frauen erkranken eher später, haben

mehr affektive Symptome und eine günstigere Prognose als Männer. Die Lebenszeitprävalenz wird auf 0,5 % bis 1 % geschätzt (Saß et al. 1998).

Die Diagnose einer Schizophrenie darf erst gestellt werden, wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum bestehen: nach ICD-10 länger als vier Wochen, nach DSM-IV sechs Monate. Andernfalls kommt eine akute schizophreiforme Störung in Betracht (Saß et al. 1998; Dilling et al. 2005).

Malmberg et al. (1998) beobachteten über 50 000 schwedische Männer von deren 18. Lebensjahr an über einen Zeitraum von 15 Jahren. Sie untersuchten dabei, wie viele von ihnen an einer Schizophrenie oder einer anderen psychiatrischen Störung erkrankten. 195 Männer aus dieser Gruppe entwickelten eine Schizophrenie; bei weiteren 193 Männern manifestierte sich eine andere psychiatrische Erkrankung.

1.2.2 Schizoaffektive Störung

Im DSM-IV werden vier Kriterien (A-D) für eine schizoaffektive Störung angegeben. Sie ist gekennzeichnet durch das Auftreten einer *Major depression* oder einer manischen Episode bzw. einer gemischten Episode mit gleichzeitigen Symptomen des Kriteriums A (Wahn, Halluzination, desorganisierte Sprechweise, grob desorganisiertes Verhalten, negative Symptome) einer Schizophrenie. Kriterium B beschreibt das Vorhandensein von Wahnphänomenen oder Halluzinationen für mindestens zwei Wochen ohne ausgeprägte affektive Symptome in derselben Phase wie Kriterium A. Kriterien einer affektiven Episode bestehen zudem während der meisten Zeit der Krankheitsphasen (Kriterium C). Kriterium D beschreibt den Ausschluss einer Substanzwirkung oder einer körperlichen Erkrankung als Auslöser der schizoaffektiven Störung. Zudem kann die Unterscheidung in den bipolaren Typus (manische Episode, gemischte Episode, *Major depression*) und den depressiven Typus (nur Episoden einer *Major depression*) erfolgen. Die Mindestdauer für eine schizoaffektive Störung ist ein Monat, für eine *Major depression* zwei Wochen und für eine manische oder gemischte Episode eine

Woche. Die Differentialdiagnosen sind die gleichen wie bei der Schizophrenie. Wichtig ist vor allem die Abgrenzung gegenüber Schizophrenie und affektiven Störungen (Saß et al. 1998).

Die ICD-10 beschreibt die schizoaffektive Störung als eine episodisch auftretende Erkrankung, bei der affektive Symptome genauso wie schizophrene Symptome in einer Krankheitsphase zusammen oder auch mit einigen Tagen Abstand auftreten. Zeigen sich affektive oder schizophrene Symptome in verschiedenen Episoden, so ist die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nicht zu stellen. Die ICD-10 unterscheidet die schizoaffektive Störung, einen gegenwärtig manischen oder einen gegenwärtig depressiven Zustand. Die manische Episode zeichnet sich durch eine gehobene Stimmung der Person, begleitet von Reizbarkeit oder Erregung, aus. Begleitend dazu soll das Auftreten von einem oder zwei schizophrenen Symptomen aus der Gruppe 1-4 (beschrieben unter 1.2.1) deutlich sein. Bei der vorwiegend depressiven schizoaffektiven Störung muss sich das Bild einer Depression mit zwei der folgenden depressiven Symptome zeigen: gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs (Dilling et al. 2005, S. 139), ferner ein bis zwei schizophrene Symptome aus der Gruppe 1-4 (Dilling et al. 2005).

1.3 Persönlichkeitsstörungen

Bereits Hippokrates beschrieb ca. 400 v. Chr. verschiedene Charaktertypen. Er unterschied Sanguiniker, Melancholiker, Choleriker und Phlegmatiker (Möller et al. 2005).

Anfang des 19. Jahrhunderts prägte Philippe Pinel den Begriff der *Manie sans délire*. Er beschrieb die Veränderungen bei gestörten Persönlichkeiten. Insbesondere wies er dabei auf die „Beeinträchtigung der affektiven Funktionen bei ungestörten Verstandeskräften“ (Fiedler 2001) hin. Später, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, entwickelte Kretschmer die Konstitutionslehre. Er ordnete verschiedenen Konstitutionstypen Charaktereigenschaften und Persönlichkeits-

züge zu. Später entwarf Kurt Schneider eine Einteilung psychopathischer Persönlichkeiten, die sich in Grundzügen heute noch im ICD und DSM wiederfindet. Er beschrieb folgende Persönlichkeiten: hyperthym, depressiv, selbstunsicher, fanatisch, geltungsbedürftig, stimmungslabil, explosiv, gemütlos, willenlos, asthenisch. Er wies darauf hin, dass diese Persönlichkeitsmerkmale nicht gleichzusetzen seien mit „krankhaften Persönlichkeiten“ (Fiedler 2001).

Noch heute gibt es große Lücken im Wissen über Persönlichkeitsstörungen, ihre Eingliederung in die psychiatrischen Krankheitsbilder und eine bessere Klassifikation (Kendell 2002). Die heute gültige diagnostische Einteilung der Persönlichkeitsstörungen erfolgt nach den Kriterien des DSM-IV und der ICD-10. In einem klinischen Beispiel erbrachte das DSM-IV eine Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen von 66 % und die ICD-10 von 63 % (Ottosson et al. 1998). Vielfach wurde jedoch Kritik an der Validität des DSM bei der Einteilung und Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen geäußert (Paris 2005).

Das DSM-IV gliedert sich in fünf verschiedene Achsen, wobei der Achse II die Persönlichkeitsstörungen zugeordnet sind. Weiterhin werden dort seit frühester Kindheit bestehende geistige Behinderungen erfasst. In ICD-10 werden Persönlichkeitsstörungen in Kapitel V (F 6) erfasst.

Hinsichtlich der Definition der Persönlichkeitsstörungen gibt es Unterschiede in ICD-10 und im DSM-IV. Die ICD-10 beschreibt die Persönlichkeitsstörungen als anhaltende Verhaltensmuster mit Einfluss auf Wahrnehmung, Denken und Fühlen der betroffenen Personen und mit Beginn in Kindheit oder Adoleszenz. Als diagnostische Leitlinien werden sechs Aspekte genannt. Dazu gehören (1) Auffälligkeiten in Affektivität, Antrieb und Impulskontrolle, (2) ein überdauerndes Verhaltensmuster, das nicht nur in Phasen psychischer Krankheiten auftritt, welches (3) tiefgreifend und auffällig ist, (4) mit frühem Beginn und dauerhafter Manifestation im Erwachsenenalter, (5) mit deutlich subjektiven Leiden und (6) Einschränkungen in der beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit (Dilling et al. 2005).

Im Folgenden werden die einzelnen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV genauer beschrieben, da sie als Grundlage für das SKID-II dienen.

Bereits das DSM-III unterteilte 1980 die Persönlichkeitsstörungen in drei Hauptgruppen, auch Cluster genannt (Saß et al. 1998). Das DSM-IV folgt dieser Einteilung.

Die Gruppe A erfasst die paranoide Persönlichkeitsstörung sowie die schizoide und schizotype Persönlichkeitsstörung. Personen, die eine dieser Störungen aufweisen, werden häufig als sonderbar und exzentrisch beschrieben.

In der Gruppe B finden sich die antisoziale, Borderline-, histrionische und narzißtische Persönlichkeitsstörung. Gemeinsam ist diesen Persönlichkeitsstörungen eine dramatische, emotionale und launische Komponente.

In der Gruppe C werden Persönlichkeitsstörungen mit ängstlichen und furchtsamen Anteilen zusammengefasst. Es finden sich dort die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wie auch die dependente, zwanghafte, depressive und negativistische (passiv-aggressive) Persönlichkeitsstörung. In den folgenden Tabellen und Erklärungen wird die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung als negativistische Persönlichkeitsstörung aufgeführt, da sie so auch im SKID-II benannt ist.

Im DSM-IV werden sechs allgemeine Merkmale (A-F) zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung benannt, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen. So weicht das Erleben oder Verhalten der Menschen sichtbar von den Erwartungen der sozialen und kulturellen Umgebung im Denken, Affektivität, Beziehungsgestaltung oder Impulskontrolle ab (Kriterium A). Kriterium B beschreibt das Verhaltensmuster als weitgehend unflexibel und tiefgreifend. Dieses Muster führt zu Leiden und Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen (Kriterium C). Die Stabilität des Musters und den Beginn in der Jugend bzw. im jungen Erwachsenenalter beschreibt das Kriterium D. Weiterhin darf es sich, worauf bereits hingewiesen worden ist, nicht als Symptom bzw. Folge einer psychischen Störung darstellen oder durch eine

Substanzeinwirkung oder medizinische Erkrankung begünstigt worden sein (Kriterium E).

Im Folgenden werden die charakteristischen Merkmale der einzelnen Persönlichkeitsstörungen kurz aufgeführt (nach Saß et al. 1998).

Die *paranoide Persönlichkeitsstörung* ist durch Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen gekennzeichnet. Häufig sind diese Menschen nachtragend, verdächtigen andere, sie zu täuschen oder ihnen Schaden zufügen zu wollen. Sie neigen zu Eifersucht und Selbstbezogenheit.

Die *schizoide Persönlichkeitsstörung* zeichnet sich durch eine Distanzierung in sozialen Beziehungen sowie eine weitgehende emotionale Gleichgültigkeit aus. Weitere charakteristische Merkmale sind der fehlende Wunsch nach Beziehungen oder Freundschaften, einzelgängerische Unternehmungen, Gleichgültigkeit gegenüber Lob und Kritik.

Die *schizotype Persönlichkeitsstörung* zeichnet sich durch Veränderungen in der Wahrnehmung und dem Denken aus. Es kann zu Beziehungsideen, ungewöhnlichen Wahrnehmungen und Denkinhalten und paranoiden Vorstellungen kommen. Zumeist bestehen keine engen Beziehungen zu anderen Menschen.

Der Beginn einer *antisozialen Persönlichkeitsstörung* kann erst nach dem 15. Lebensjahr festgestellt werden, für eine endgültige Diagnose gilt ein Mindestalter von 18 Jahren. Kennzeichnend sind eine Missachtung der Rechte anderer, die fehlende Anpassung an gesetzliche oder gesellschaftliche Normen sowie Verantwortungslosigkeit und Aggressivität.

Die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* äußert sich vor allem durch ein Muster an Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in der Impulsivität. Diese Auffälligkeiten treten in verschiedenen Lebensbereichen auf. Es kann zu Selbstverletzungen oder suizidalen Handlungen kommen.

Die übermäßige Emotionalität und das ständige Verlangen nach Aufmerksamkeit in verschiedenen Situationen sind typisch für die *histrionische Persönlichkeitsstörung*.

Kennzeichnend für die *narzißtische Persönlichkeitsstörung* ist das Verlangen nach übermäßiger Bewunderung. Das Verhalten ist geprägt von einem Anspruchsdenken, dem Mangel an Empathie sowie Phantasien über die eigene Wichtigkeit, den eigenen Erfolg oder die eigene Macht. Zwischenmenschliche Beziehungen dienen dem eigenen Nutzen. Zusätzlich werden Neid und arrogantes Verhalten beschrieben.

Die *vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung* äußert sich durch andauernde Verhaltensweisen von sozialer Gehemmtheit sowie Angst vor Kritik und Zurückweisung. Das Gefühl der Unterlegenheit gegenüber anderen kann auftreten, ebenso Zurückhaltung in sozialen Kontakten, vielfach motiviert durch Sorge vor Kritik oder Ablehnung.

Beobachtet werden bei der *dependenten Persönlichkeitsstörung* anklammerndes Verhalten und Trennungsängste. Die Betroffenen wenden sich häufig an andere, holen Rat ein, benötigen Bestätigung für ihr Handeln. Sie fühlen sich alleine hilflos, haben Schwierigkeiten ihre Meinung zu vertreten und streben nach Versorgung und Zuwendung durch Dritte.

Die *zwanghafte Persönlichkeitsstörung* ist durch ständige Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und Kontrolle geprägt. Weiterhin finden sich Perfektionismus und Rigidität.

Die Personen mit einer *depressiven Persönlichkeitsstörung* fallen durch eine gedrückte Stimmungslage auf, die von Freudlosigkeit und niedriger Selbstachtung begleitet sein kann. Zudem finden sich ein kritischer Umgang mit der eigenen Person, eine Affinität zum Grübeln, ein überdurchschnittlicher Pessimismus und die Neigung zu Schuldgefühlen. Diese Eigenschaften dürfen nicht nur im Rahmen einer *Major depression* auftreten.

Die *passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung* (*negativistische Persönlichkeitsstörung*) äußert sich durch eine negativistische Einstellung mit passivem Widerstand gegen soziale und berufliche Aufgaben. Hinzu kommen das Gefühl, missverstanden zu werden, Streitsucht, Trotz und Reue sowie Neid und unangemessene Kritik an Dritten.

Es ist bekannt, dass Patienten neben einer Persönlichkeitsstörung auch noch eine weitere Persönlichkeitsstörung aufweisen können. Becker et al. (2000) belegten dies für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ebenso wiesen Oldham et al. (1992) nach, dass bei Patienten oft mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig diagnostiziert werden. Sie verwendeten für ihre Untersuchungen das SKID-II und die *Personality disorder examination*. Ebenso verwies Bronisch (1992) in seiner Arbeit darauf, dass bei Patienten sehr häufig mehr als nur eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann. Es besteht eine sehr hohe Komorbidität unter den Persönlichkeitsstörungen: Patienten erfüllen mehrfach einzelne Kriterien anderer Persönlichkeitsstörungen.

1.3.1 Persönlichkeitsstörungen: dimensionaler Ansatz versus kategorialer Ansatz

Bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ergibt sich, anders als bei Achse I-Störungen, das Problem der Grenzziehung zwischen normaler und pathologischer Erscheinung der Persönlichkeit. Deshalb ist bereits vor geraumer Zeit eine Diskussion darüber entstanden, ob der dimensionale Ansatz oder der kategoriale Ansatz mehr Anwendung im klinischen Alltag finden sollte. Im SKID-II gibt es neben dem kategorialen Ansatz zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung auch den dimensionalen Ansatz. Die vollständige Erfüllung einzelner Kriterien führt beim kategorialen Ansatz zur Diagnose. Der dimensionale Score beschreibt durch Addition der einzelnen Punkte die Ausprägung der Persönlichkeit.

Clark et al. (1997) benennen die Vorteile der Anwendung des dimensionalen Ansatzes. Der dimensionale Ansatz habe eine höhere Reliabilität, zudem erhalte man bessere Informationen über den Patienten.

Ebenso sprechen Skodol et al. (2005) dem dimensionale Ansatz bei der Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung eine höhere Validität zu. Sie begründen dies damit, dass sich die Persönlichkeitseigenschaften, wie sie im DSM beschrieben sind, eher auf die dimensionalen Persönlichkeitseigenschaften beziehen.

Zwar sprechen laut Bronisch (1992) zahlreiche Forschungsergebnisse für den dimensionalen Ansatz bei der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Für den klassischen kategorialen Ansatz nennt er jedoch drei Vorteile: die bessere Konzeptualisierung und Kommunikation, die besseren Kenntnisse der anwendenden Ärzte und Psychologen sowie die bessere Anwendung in klinischen Entscheidungen. Heumann et al. (1990) hingegen zeigen, dass der dimensionale Ansatz (hier bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung) zuverlässiger ist als der kategoriale.

Für den kategorialen Ansatz sieht Widiger (1992) eine größere Reliabilität und Validität als für den dimensionalen beim Vorliegen von dichotomen Variablen. In einem Vergleich von 16 Studien, die sowohl dimensionale als auch kategoriale Daten erfasst hatten, fand Widiger bei 15 eine bessere Reliabilität und Validität für die dimensional erfassten Daten.

In einem Vergleich zwischen verschiedenen Instrumenten zur Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen untersuchten de Ruiter et al. (2000) das *Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SIDP) und das *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised* (PDQ). Die diagnostische Übereinstimmung für die beiden Instrumente erwies sich in der dimensional Korrelation höher als in der kategorialen. In der vorliegenden Arbeit wird sowohl eine dimensionale als auch eine kategoriale Auswertung durchgeführt.

1.4 Persönlichkeitsstörungen bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen

1.4.1 Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen

Bei Betrachtung der möglichen Komorbiditäten zwischen Schizophrenien/ schizoaffektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist zunächst die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen insgesamt bzw. unter der Normalbevölkerung respektive unter Patienten mit anderen Diagnosen zu berücksichtigen. Dies ermöglicht einen Vergleich der Prävalenzen mit denen einer Stichprobe von Schizophreniepatienten.

In der Literatur finden sich zwar Angaben über das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung (10 %); bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern finden sich jedoch hinsichtlich einer Komorbidität bei bestehender Achse I-Störung recht unterschiedliche Angaben.

Torgersen et al. (2001) untersuchten in einer großen Studie in Oslo 2053 Menschen mit dem Strukturierten Interview für DSM-III-R hinsichtlich des Vorkommens von Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung. Sie fanden Persönlichkeitsstörungen bei 13,4 % der untersuchten Menschen. Am häufigsten kam die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung vor (5 %). Zudem fanden sie Unterschiede in der Geschlechtsverteilung, die jedoch keine Signifikanz aufwiesen. Die schizoide Persönlichkeitsstörung fanden sie doppelt so häufig bei Männern, die Borderline-, histrionische, abhängige und masochistisch-selbstschädigende Persönlichkeitsstörung vermehrt bei Frauen. Samuels et al. (2002) ermittelten bei 742 untersuchten zufällig ausgewählten Personen einer Gemeinde ein Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen nach dem DSM-IV von 9 %, nach dem ICD-10 von 5,1 %. Deutlich häufiger werden Persönlichkeitsstörungen in klinischen Populationen gefunden. In der Untersuchung von Loftus et al. (2006) zeigte sich bei 45,1 % der ca. ein Jahr nach psychiatrischer Hospitalisierung mittels SKID-II untersuchten Patienten mit einer Bipolar I -Diagnose eine Persönlichkeitsstörung. Zimmerman et al. (2005) fanden bei 859 Patienten, die sich in einer ambulanten psychiatrischen

Behandlung befanden, eine Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen von 31,4 %, die vornehmlich zu Achse I-Störungen (Depressionen, soziale Phobien, generalisierte Angststörungen und Panikstörungen) gehörten. In der Studie von Tyrer et al. (1983) wurden 316 Patienten mit der klinischen Diagnose einer Neurose untersucht. Bei zwei Fünfteln von ihnen wurde zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung gefunden.

Keown et al. (2002) fanden bei 166 Patienten, die in einer kommunalen medizinischen Einrichtung für psychische Gesundheit untersucht wurden (genaue Angaben zu deren Erkrankung werden nicht genannt), ein Vorkommen von 52 % für eine Persönlichkeitsstörung.

Für Schizophrenieerkrankte fanden Rodríguez Solano und González De Chávez (2000) eine Prävalenz von 85 % für das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen. Trotz der unterschiedlichen Prävalenzen der dargestellten Arbeiten zeigt sich jedoch, dass Persönlichkeitsstörungen häufig auftretende Störungen sind und, wie oben beschrieben, zu anhaltenden Beeinträchtigungen führen. Für die an einer bipolar-affektiven Störung Erkrankten konnten Loftus et al. (2006) zeigen, dass deren auffällige Persönlichkeitszüge einer schnellen Besserung entgegen stehen. Bekannt ist auch, dass Patienten mit einer Depression bei gleichzeitiger Persönlichkeitsstörung ein schlechteres Outcome haben. Dies zeigten Newton-Howes et al. (2006) beim Vergleich mehrerer Studien zu diesem Thema. Zimmerman et al. (2008) stellten fest, dass Persönlichkeitsstörungen unter psychiatrisch vorerkrankten Patienten sehr häufig sind. Daher hält die Autorengruppe eine Untersuchung auf Persönlichkeitsstörungen bei jedem Patienten für angebracht, weil deren Vorkommen vor allem bei Patienten mit Achse I-Störungen (nach DSM-IV) den Verlauf der Erkrankung und die Therapie beeinflusst.

Auf der anderen Seite sind in den letzten Jahren zunehmend spezifische und nachgewiesenermaßen wirksame Therapien zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt worden, beispielsweise die dialektisch-behaviorale Therapie von M. Linehan zur Behandlung von Borderline-Patienten

(Linehan 1993). Zur Optimierung der Behandlung von psychisch Kranken erscheint die Erhebung von Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen daher notwendig.

1.4.2 Komorbiditäten von Schizophrenie-Spektrumsstörungen und Persönlichkeitsstörungen

Die Datenlage zur Komorbidität von Schizophrenie-Spektrumsstörungen und Persönlichkeitsstörungen ist recht spärlich, da bislang wenige Studien vorliegen, die sich mit dem Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen bei Schizophreniepatienten beschäftigt haben (Newton-Howes et al. 2007). In deren Metaanalyse wurden 20 Arbeiten mit 6345 Patienten einbezogen. Die Autoren fanden im Vergleich zahlreicher Studien große Unterschiede in der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen. Es ergaben sich Werte zwischen 4,5 %-100 %. Aus den durchgeführten Studien ergab sich eine durchschnittliche Komorbidität von 39,5 %.

Mit der Untersuchung von Persönlichkeitsstörungsdimensionen bei Schizophreniepatienten beschäftigten sich Keshaven et al. (2005). Sie untersuchten die Ausprägungen der Cluster A, B und C (zu Cluster A gehören die paranoide, schizotype und schizoide Persönlichkeitsstörung, zu Cluster B die Borderline-, narzißtische, antisoziale und histrionische Persönlichkeitsstörung, zu Cluster C die selbstunsichere, dependente, negativistische, depressive und zwanghafte Persönlichkeitsstörung) bei Schizophreniepatienten im Vergleich zu anderen psychiatrisch Erkrankten und einer gesunden Kontrollgruppe. Es zeigten sich für die Gruppe der Schizophreniepatienten signifikant höhere Werte für den Cluster A. Die Cluster B-Dimensionen waren in der Gruppe der psychiatrisch Erkrankten, die nicht an Schizophrenie litten, deutlich erhöht. In beiden Gruppen fanden sich erhöhte Werte für den Cluster C, wobei die Werte für die Gruppe der Schizophreniepatienten die höchsten waren.

Insbesondere bei Patienten mit einer chronischen Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung ist eine effektive Therapie unter Berücksichtigung des alltäglichen Funktionsniveaus und der Lebensqualität bekanntermaßen schwierig. In der vorliegenden Arbeit wurden Patienten ausgewählt, bei denen eine der beiden Diagnosen vorliegt. Da selbst bei Patienten, die „nur“ hinsichtlich der Persönlichkeit gestört sind, ein erheblicher Leidensdruck bezüglich der alltäglichen Funktionsweisen besteht (Skodol et al. 2002; Skodol et al. 2007; Skodol 2008), könnte die Berücksichtigung der Persönlichkeitspathologie in der Therapie zur Verbesserung der Prognose für Schizophrene und schizoaffektiv Erkrankte führen.

1.5 Verlauf von Persönlichkeitsstörungen

In der Definition der Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV wird als ein diagnostisches Kriterium das andauernde und anhaltend auffällige Verhaltensmuster genannt. In der Literatur finden sich verschiedene Arbeiten, die den Verlauf von Persönlichkeitsstörungen beschreiben. So merkt Lenzenweger (1999) an, dass die Merkmale von Persönlichkeitsstörungen dimensional betrachtet eine zeitliche Stabilität aufweisen. Er nutzte für seine Untersuchungen von 250 nicht-klinischen Probanden (Studenten) die *International Personality Disorders Examination* (IPDE) und das *Millon Clinical Multiaxial Inventory II* (MCMI-II). Hierbei wurden die Probanden in einem Vierjahreszeitraum dreimal untersucht. Neben der zeitlichen Stabilität konnte Lenzenweger jedoch eine Verminderung der Persönlichkeitspathologie bei den Probanden nachweisen. So erfüllten zum ersten Untersuchungszeitpunkt (erstes Collegejahr) 7,6 % der Studenten die Kriterien für eine beliebige Persönlichkeitsstörung, zum folgenden Untersuchungszeitpunkt (zweites Collegejahr) waren es 5,6 % und zum letzten (viertes Collegejahr) nur noch 2,8 %. Ebenso konnte Skodol (2008) eine gewisse zeitliche Stabilität für Persönlichkeitsstörungen auch in einer klinischen Population sowohl im Interview als auch in der Selbstbeobachtung der Patienten nachweisen, wobei es in den vier Studien, von denen im Folgenden berichtet wird, gleichzeitig zu einer substantiellen Abnahme der Persönlichkeitspathologie kommt. In der

Children in the Community Study (CICS), in der zu wenig Adoleszente die Kriterien für eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllten, so dass anstelle der Persönlichkeitsstörungen die Stabilität der Persönlichkeitsstörungsmerkmale untersucht wurde, stellt Skodol eine Abnahme der Persönlichkeitsstörungsmerkmale um 48 % für die Zeit zwischen der Jugend (14. bis 16. Lebensjahr) und dem jungen Erwachsenenalter (22. Lebensjahr) fest. Ebenso konnte in der *Longitudinal Study of Personality Disorder* (LSPD) eine Abnahme der Persönlichkeitsstörungsmerkmale nachgewiesen werden. Zu diesem Zweck wurden 124 Personen, bei denen sich im Zuge von Interviews der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung ergeben hatte, dreimal im Abstand von vier Jahren untersucht. Die Persönlichkeitsstörungsmerkmale sanken danach um 1,4 Kriterien. In der prospektiven *McLean Study of Adult Development* (MSAD) konnte für 88 % einer Gruppe von Borderline-Patienten in stationärer Behandlung eine Remission innerhalb von zehn Jahren nachgewiesen werden. Neben der hohen Remissionsrate fiel eine niedrige Rückfallrate von nur 6 % auf. Zudem zeigte über die Hälfte der Patienten (56 %) über sechs Jahre hinaus ein stabiles psychosoziales Verhalten. Die *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* (CLPS) zeigte ebenso einen deutlichen Abfall der Persönlichkeitspathologie. Eine Remission wurde über einen zweimonatigen Zeitraum bei 33 % der Patienten mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung und bei 55 % der Patienten mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung beschrieben; über einen Zweijahreszeitraum waren es immerhin noch 23 % und 38 %.

Die Entwicklung der Persönlichkeitsstörung bei Borderline-Patienten untersuchten Zanarini et al. (2003). Sie konnten in einer fortlaufenden Studie, in der alle zwei Jahre die Borderline-Symptomatik untersucht wurde, einen stetigen Zuwachs von Patienten, die die Kriterien einer Remission erfüllten, nachweisen. Nach sechs Jahren zeigte sich eine Remission der Erkrankung bei 73,5 % der Patienten, so dass die Autoren zu dem Schluss kommen, dass eine Verbesserung der Borderline-Symptome häufig und auch zeitlich stabil ist. Daraus folgern Zanarini et al., dass die Prognose für die meisten (wenn auch nicht alle) schwer gestörten Borderline-Patienten besser ist als bislang gedacht. Auch Johnson et al. (2000) konnten eine Abnahme der Persönlichkeits-

störungen bei einer repräsentativ ausgesuchten Gruppe von 816 jungen Menschen im zeitlichen Verlauf aufzeigen. In der Phase zwischen dem jugendlichen Alter und dem frühen Erwachsenenalter sanken die Persönlichkeitsstörungsmerkmale um 28 %.

Beim Vergleich zwischen der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen und Depressivität allerdings erwiesen sich die Persönlichkeitsstörungsmerkmale als beständiger. Dies deckt sich mit der Theorie, derzufolge eine Depression ein *state*, also ein momentaner Zustand, und eine Persönlichkeitsstörung ein *trait*, also eine beständige Eigenschaft ist. Shea et al. (2002) untersuchten die zeitliche Stabilität von vier ausgesuchten Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Patienten mit einer *Major depression*. Gemessen an den Diagnosekriterien zeigten die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ein stabileres diagnostisches Muster. Allerdings zeigte sich, dass nur noch 56 % der Patienten mit einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung nach zwölf Monaten noch die diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörung erfüllten. Für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung ergaben sich nur noch 42 %, für die Borderline-Störung nur noch 41 % und für die schizotype Persönlichkeitsstörung nur noch 34 %.

In der hier vorgelegten Arbeit wird untersucht, wie sich die Persönlichkeitspathologie bei Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung verändert. Zu diesem Zweck wird die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer Schizophreniespektrums-erkrankung ermittelt. Die Patienten werden mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV untersucht, wobei zusätzlich nach Veränderungen der Symptome bzw. Entwicklungen im Krankheitsverlauf gefragt wird, indem zwei Zeitpunkte benannt wurden. Es wurde nach dem FRÜHER, also wie es vor der Erkrankung war, und nach der aktuellen Persönlichkeitspathologie, also dem HEUTE gefragt.

1.6 Schizophrenie-Spektrumsstörungen und Normalpersönlichkeit

Es ist bekannt, dass Schizophreniepatienten Abweichungen der Basisdimensionen ihrer Persönlichkeit zeigen (Camisa et al. 2005). Die Autoren verglichen Charakterzüge und Persönlichkeitseigenschaften von Patienten, bei denen entweder eine Schizophrenie oder eine schizoaffektive Störung oder aber eine schizoide bzw. paranoide oder schizotype Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, mit denen einer Kontrollgruppe. Als Untersuchungsmethoden kamen das *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI), die *Chapman Personality Scales* sowie das SKID-II zur Anwendung. Im NEO-FFI zeigten sich Patienten aus der Schizophreniegruppe vermehrt neurotizistisch und weniger extrovertiert, offen, verträglich und gewissenhaft als die Personen in der Kontrollgruppe. Die Untersuchung der Normalpersönlichkeit bei den Probanden in der vorliegenden Arbeit ermöglicht es, ein externes Validitätskriterium zu schaffen: die befragten Personen werden hinsichtlich ihrer Persönlichkeitseigenschaften / Normalpersönlichkeit mit anderen Gruppen verglichen, und es wird gleichzeitig überprüft, ob unsere Stichprobe ähnliche Abweichungen der Normalpersönlichkeit aufweist wie die von Camisa et al. (2005) konstatierten.

2 Methodik

2.1 Patienten

Für die vorliegende Studie wurden 45 Patienten untersucht. Die Kriterien für die Aufnahme in die Studie waren eine Schizophrenie bzw. eine schizoaffektive Störung. Um eine praxisnahe Stichprobe zu erhalten, wurden ein weites Altersspektrum (18 bis 65 Jahre) sowie mögliche Komorbiditäten akzeptiert. Weitere Voraussetzungen waren ein längerer Erkrankungszeitraum (keine Ersterkrankung) mit eventuell mehreren Episoden oder durchgehende Symptome, die mindestens ein halbes Jahr bestanden, sowie eine weitgehende Remission der Schizophrenie-Spektrumserkrankung zum Zeitpunkt der Befragung. Letztere wird durch die vorangestellte Erhebung durch die PANSS mit einem Cut-off-Wert von unter 4 als Einzelhöchstwertung erreicht; eine genaue Beschreibung findet sich in Kapitel 2.3.

Einbezogen wurden ambulant und stationär behandelte Patienten der Tagesklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (TK UKE), der Arbeitstherapeutischen Tagesklinik am UKE sowie der Sozialpsychiatrischen Psychosen-Ambulanz (SPA) am UKE. Es wurden alle Patienten, die zwischen Februar 2006 und August 2007 am UKE behandelt wurden, befragt (TK UKE n=18, SPA n=3, Januar–Juli 2007, arbeitstherapeutische Tagesklinik UKE n=2 sowie eine ambulant betreute Patientin), sofern die Kriterien erfüllt waren und die Patienten schriftlich ihre Einwilligung erteilt hatten.

Ferner wurden in der Zeit von Oktober 2006 bis August 2007 ambulante und teilstationäre Patienten der Tagesklinik Hamburg-Mitte (n=10) und von Juni bis August 2007 Patienten der Tagesklinien des Krankenhauses Asklepios Klinikum Nord befragt. Hierzu gehörten die Tagesklinik Wandsbek (n=2) sowie die Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) des Klinikums Nord mit stationären (n=5), teilstationären (n=2) und ambulanten (n=2) Patienten.

Die geringe Anzahl der Patienten aus den einzelnen Bereichen lässt sich zum einen durch Absagen von Patienten erklären. Als häufigster Grund wurde von

Patientenseite die große zeitliche Belastung durch die Interviewtermine angegeben. Zum anderen wurden einige Patienten auch nach mehrmaligen Versuchen nicht angetroffen, versäumten Interviewtermine oder waren vorzeitig entlassen worden. Diese Fälle sind als Absagen bzw. als nicht teilgenommen gewertet worden, da die Patienten die Teilnahmebedingungen erfüllt hatten. Insgesamt betraf dies 17 Patienten. Sie sind nur mit Alter und Geschlecht erfasst worden. Bei anderen Patienten hielten die behandelnden Ärzte oder Therapeuten aus medizinischen Gründen ein Interview nicht für sinnvoll oder vertretbar. Schließlich gab es noch einige Patienten, bei denen die Diagnose während der tagesklinischen Behandlung noch nicht feststand und die somit nicht studieneeignet waren. Diese Patienten sind nicht erfasst worden, da sie die Einschlusskriterien (z. B. stabile Remission der Schizophrenieerkrankung, gesicherte Diagnose) nicht vollständig erfüllt haben.

Insgesamt nahmen 27 Männer und 18 Frauen an der Studie teil. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 37 Jahren.

Alle befragten Patienten hatten nach Aktenlage und klinischer Einschätzung eine Schizophrenie oder schizoaffektive Störung nach DSM-IV. Die Patienten haben dem Interview, der Auswertung der Fragebögen und der Verwendung der anonymisierten Daten und Ergebnisse schriftlich zugestimmt.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit *SPSS für Windows*.

2.2 Studienablauf

Von allen teilnehmenden Patienten wurde in bis zu drei Interviewsitzungen die *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) erfasst; ferner wurde das Strukturierte Klinische Interview (SKID-II) durchgeführt. Die Bearbeitung der Fragebögen (Hamburger Persönlichkeitsinventar und SKID-II-Fragebogen) erfolgte durch die Patienten vor dem Interviewtermin, wahlweise selbständig in ihrer häuslichen Situation oder in einer der Tageskliniken. Die anschließenden Interviews fanden in den jeweiligen Tageskliniken oder auf den Stationen statt.

2.3 PANSS

Die *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) ist eine Skala zur Erfassung der Positiv- und Negativsymptomatik insbesondere bei Patienten mit einer Schizophrenie-Spektrumserkrankung. Die Skala ist in 30 Items gegliedert. Davon beschreiben sieben die Positivskala (P1-P7), sieben die Negativsymptomatik (N1-N7) und weitere sechzehn die allgemeine Psychopathologie (Gesamtskala, G1-G16). Für jedes Item gibt es eine Bewertung von 1 („fehlt“) bis 7 („extrem schwer“). Der maximale Scorewert beträgt somit 210 Punkte. Der Minimalscore beträgt 30 Punkte (Pfizer 2003).

Die PANSS wurde bei allen 45 Patienten vor Durchführung des SKID-II-Interviews erfasst. Für die an der Studie teilnehmenden Patienten wurde die Einzelhöchstwertung eines Items auf maximal 4 (mäßig) festgelegt. Zudem wurde das Vorkommen dieser Wertung auf unter fünfmal pro Patient limitiert. Mit diesem Vorgehen gewährleiten wir eine weitgehende Remission der Schizophrenie-Spektrumserkrankung zum Erhebungszeitpunkt der Persönlichkeitspathologie.

2.4 SKID-II — Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) ist ein semistrukturiertes Interview zur Erfassung von Symptomen und Syndromen von Achse I- und Achse II-Diagnosen (Wittchen et al.). Das Ziel ist eine Zuordnung zu festgelegten DSM-IV-Kriterien und -Diagnosen. Mit dem SKID-I werden psychische Erkrankungen der Achse I untersucht, das SKID-II dient der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen.

Die Entwicklung des SKID begann 1983 im *New York State Psychiatric Institute* zunächst als Zuordnung zu damals bestehenden Diagnosekriterien des DSM-III. 1996 wurde die derzeit aktuelle Version des SKID eingeführt, die sich nach

mehrfacher Überarbeitung nunmehr an den Diagnosen des DSM-IV orientiert. In der vorliegenden Studie wurde ausschließlich mit dem SKID-II gearbeitet.

Das SKID-II besteht aus einem Fragebogen und einem Interview-Teil. Zunächst erfolgt die Bearbeitung des Fragebogens durch den Patienten. Darin werden die Merkmale der Kriterien des DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen erfasst. Anschließend wird das Interview durchgeführt, in dem dann nur noch die mit „Ja“ beantworteten Fragen besprochen und vertieft werden.

Die Kodierung des Interviews erfolgt durch Zuordnung von „1“, „2“ oder „3“ zum dazugehörigen Kriterium. Eine „1“ bedeutet, dass sich während des Interviews keine Hinweise zur Bestätigung des Kriteriums gefunden haben. Hinweise auf eine Akzentuierung des jeweiligen Kriteriums, die jedoch nicht ausreichend sind, um das Kriterium komplett zu erfüllen, werden mit einer „2“ kodiert. Eine „3“ beschreibt die vollständige Erfüllung des Kriteriums, ggf. belegt durch Beispiele aus den Äußerungen des Patienten. Ein „?“ sollte nur bei Unsicherheit über das Vorliegen des entsprechenden Kriteriums als Kodierung angewendet werden.

Die Auswertung erfolgt über ein festgelegtes Bewertungsschema, das für jede Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eine Mindestanzahl von erfüllten Kriterien festlegt. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dimensionale Scores zu erstellen, die als Hinweise auf Anteile entsprechender Persönlichkeitsmerkmale im Sinne einer Persönlichkeitsstörungsdimension verweisen können. Die Dimension der Persönlichkeitsstörung ergibt sich aus der Summe der kodierten Punkte.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Patienten zusätzlich gebeten, das SKID-II auch für einen weiter zurückliegenden Zeitraum zu beantworten. Zu diesem Zweck wurde der Fragebogen um eine Spalte mit der Bezeichnung „War das früher anders?“ ergänzt. Die Untersuchung des retrospektiven Aspekts erhielt in den anschließenden Interviews besondere Aufmerksamkeit. So wurde eine Betrachtung möglicher Persönlichkeitsveränderungen über einen längeren

Zeitraum ermöglicht. Später wurden die Ergebnisse von HEUTE und Früher in Korrelation zueinander gesetzt.

Auch der Fragebogen des SKID-II-Interviews und das Interview selbst wurden mit sämtlichen 45 Patienten durchgearbeitet bzw. durchgeführt.

2.5 Hamburger Persönlichkeitsinventar

Das Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI) ist ein Fragebogen zur Erfassung der Basisfaktoren der Persönlichkeit. Die Erhebung umfasst die Dimensionen des Five-Factor-Modells zuzüglich eines weiteren Faktors („Risiko und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb“). Es ergeben sich sechs Skalen (nach Andresen 2001, S. 75-76; vgl. Tabelle 13 im Anhang):

- Skala N: Nervosität, Sensibilität und emotionale Instabilität;
- Skala E: Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude;
- Skala O: Offenheit für Erfahrungen;
- Skala C: Kontrolliertheit und Normorientierung;
- Skala A: Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft;
- Skala R: Risiko und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb.

Daraus ergeben sich folgende drei Subsysteme. Im Subsystem I werden unter der Überschrift „Emotion, Befindlichkeit und Stimmungen“ die Skalen E und N erfasst. Im Subsystem II „Kognition, Weltanschauung und Denkweisen“ finden sich die Skalen C und O wieder. Schließlich beschreibt das Subsystem III „Motivation, Verhalten und Bereitschaften“ die Skalen R und A (Andresen 2001, S. 77-79).

Auch das HPI wurde im Rahmen dieser Studie von allen 45 teilnehmenden Patienten ausgefüllt.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die dimensionalen Ergebniswerte der Persönlichkeitsstörungen aus den SKID-II-Interviews vorgestellt.

3.1 Korrelation der PANSS-Ergebnisse mit dem SKID-II

Dieses Kapitel zeigt die Korrelationen zwischen der PANSS und den einzelnen Persönlichkeitsstörungen des SKID-II. Es werden zum einen die drei Subskalen der PANSS (positive Subskala, negative Subskala, Gesamtskala) mit den Persönlichkeitsdimensionen korreliert, zum anderen jedes Item der Subskalen der PANSS einzeln mit den SKID-II-Dimensionen.

3.1.1 Korrelation der PANSS-Subskalen mit dem SKID-II

Tabelle 1: Korrelation PANSS-Subskala / SKID-II

	PANSS positive Subskala	PANSS negative Subskala	PANSS Gesamtskala
selbstunsichere Skala	.202	.563**	.678**
dependente Skala	-.182	.228	.102
zwanghafte Skala	-.009	.112	.018
negativistische Skala	.179	.073	.227
depressive Skala	.179	.213	.634**
paranoide Skala	.281	.067	.199
schizotype Skala	.420**	.125	.375*
schizoide Skala	.335*	.425**	.503**
histrionische Skala	.098	-.141	.084
narzißtische Skala	.053	-.052	-.038
Borderline-Skala	.144	.184	.391**
antisoziale Skala	.205	.179	.204

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

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

Auffällig hohe Korrelationen finden sich bei der selbstunsicheren Skala mit der negativen Subskala und der Gesamtskala ebenso wie bei der schizoiden Skala. Die depressive Skala und die Borderline-Skala zeigen eine hohe Korrelation mit der PANSS-Gesamtskala. Die schizotype Skala zeigt zum einen eine hohe Korrelation mit der positiven Subskala, zum anderen auch mit der Gesamtskala.

3.1.2 Korrelation der PANSS-Items mit dem SKID-II

Im Folgenden werden die einzelnen Items der Skalen der PANSS mit den einzelnen Persönlichkeitsstörungen des SKID-II korreliert. Zunächst werden zur Übersicht die PANSS-Items dargestellt.

Tabelle 2: Items der PANSS

P1	Wahnideen
P2	formale Denkstörungen
P3	Halluzinationen
P4	Erregung
P5	Größenwahn
P6	Misstrauen / Verfolgung
P7	Feindseligkeit
N1	Affektverarmung
N2	emotionaler Rückzug
N3	mangelnde Beziehungsfähigkeit
N4	passiver / apathischer sozialer Rückzug
N5	erschwertes abstraktes Denkvermögen
N6	mangelnde Spontanität und Redefluss
N7	stereotypes Denken
G1	Sorge um körperliche Integrität
G2	Angst
G3	Schuldgefühle
G4	Gespanntheit
G5	Manieriertheit und Positur
G6	Depressivität
G7	motorische Verlangsamung
G8	fehlende Kooperationsbereitschaft
G9	ungewöhnliche Denkinhalte
G10	Desorientiertheit
G11	Aufmerksamkeitsschwäche
G12	mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit
G13	Willensstörung
G14	verminderte Impulskontrolle
G15	Selbstbezogenheit
G16	aktiver sozialer Rückzug

3.1.2.1 Korrelation des SKID-II mit den Items der positiven Subskala der PANSS

Tabelle 3: Korrelationen zwischen der positiven Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster A)

	paranoide Skala	schizotype Skala	schizoide Skala
P1	.077	.372*	.161
P2	.099	.104	.252
P3	-.102	.176	.012
P4	.233	.025	.180
P5	.340*	.339*	-.030
P6	.160	.176	.416**
P7	.348*	.340*	.241

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

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

Tabelle 4: Korrelationen zwischen der positiven Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster B)

	Borderline-Skala	narzißtische Skala	antisoziale Skala	histrionische Skala
P1	.030	-.121	.186	.003
P2	.017	.001	.074	-.106
P3	-.087	-.206	.028	.000
P4	.082	-.098	.008	-.065
P5	.184	.599**	.041	.472**
P6	.186	-.036	.231	-.011
P7	.238	.308*	.240	.161

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

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

Tabelle 5: Korrelationen zwischen der positiven Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster C)

	selbstunsichere Skala	dependente Skala	zwanghafte Skala	depressive Skala	negativistische Skala
P1	.174	.301*	-.014	.101	-.054
P2	.126	.042	.056	.116	.271
P3	-.048	-.230	-.249	.021	-.142
P4	.070	.052	.078	.107	.171
P5	-.033	-.017	.253	-.083	.303*
P6	.308*	-.111	-.150	.253	-.004
P7	.143	.104	.048	.158	.148

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

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

Eine signifikante Korrelation von .01 findet sich bei der histrionischen und narzißtischen Skala für das Item „Größenwahn“ (P5) ebenso für die schizoide Skala und das Item „Misstrauen / Verfolgung“ (P6). Signifikante Korrelationen auf dem Niveau von .05 finden sich bei der selbstunsicheren Skala für das Item „Misstrauen / Verfolgung“ (P6), bei der dependenten Skala für „Wahnideen“ (P1), bei der negativistischen Skala für „Größenwahn“ (P5) und bei der paranoiden Skala für „Größenwahn“ (P5) und „Feindseligkeit“ (P7). Es zeigt sich weiterhin eine mit .05 signifikante Korrelation bei der schizotypen Skala für die Items „Wahnideen“ (P1), „Größenwahn“ (P5) und „Feindseligkeit“ (P7) und bei der narzißtischen Skala für das Item „Feindseligkeit“ (P7).

3.1.2.2 Korrelation des SKID-II mit den Items der negativen Subskala der PANSS

Tabelle 6: Korrelationen zwischen der negativen Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster A)

	paranoide Skala	schizotype Skala	schizoide Skala
N1	-.036	-.057	.014
N2	-.180	.024	.373*
N3	.119	.156	.546**
N4	-.084	.086	.411**
N5	.110	.069	.081
N6	.019	-.110	.097
N7	.423**	.401**	.269

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

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

Tabelle 7: Korrelationen zwischen der negativen Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster B)

	Borderline-Skala	narzißtische Skala	antisoziale Skala	histrionische Skala
N1	-.236	-.185	-.033	-.129
N2	.160	-.229	.117	-.119
N3	.456**	.177	.248	-.129
N4	.205	-.235	.261	-.143
N5	.198	.121	-.083	-.054
N6	-.068	-.090	-.050	-.141
N7	.237	.479**	.343*	.199

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

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

Tabelle 8: Korrelationen zwischen der negativen Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster C)

	selbstunsichere Skala	dependente Skala	zwanghafte Skala	depressive Skala	negativistische Skala
N1	.050	.067	-.014	-.070	-.237
N2	.414**	.090	.019	.184	-.040
N3	.011	.030	-.143	.113	.004
N4	.376*	.147	-.151	.156	.046
N5	.275	.152	-.007	.181	.112
N6	.414**	.095	.190	.031	.012
N7	.350*	.208	.445**	.203	.416**

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

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

Die negative PANSS-Subskala zeigt diverse signifikante Korrelationen auf. Im einzelnen sind auf dem Niveau von .01 signifikant: die selbstunsichere Skala und das Item „emotionaler Rückzug“ (N2) und „mangelnde Spontanität und Redefluss“ (N6). Die zwanghafte, die negativistische und die paranoide Skala weisen eine signifikante Korrelation mit dem Item „stereotypes Denken“ (N7) auf, ebenso wie die schizotype und die narzißtische Skala. Für die schizoide und die Borderline-Skala gibt es eine signifikante Korrelation zu dem Item „mangelnde Beziehungsfähigkeit“ (N3), für die schizoide zusätzlich noch zu dem Item „passiver / apathischer sozialer Rückzug“ (N4).

Die signifikanten Korrelationen auf dem Niveau von .05 ergeben sich bei der selbstunsicheren Skala für die Items „passiver / apathischer sozialer Rückzug“ (N4) und „stereotypes Denken“ (N7). Es zeigt sich weiterhin für die schizoide Skala eine signifikante Korrelation mit dem Item „emotionaler Rückzug“ (N2) und für die antisoziale Skala mit dem Item „stereotypes Denken“ (N7).

3.1.2.3 Korrelation der Items der Gesamtskala der PANSS mit dem SKID-II

Tabelle 9: Gesamtskala / SKID-II (Cluster A)

	paranoide Skala	schizotype Skala	schizoide Skala
G1	-.324*	-.096	.070
G2	.286	.222	.225
G3	.061	.408**	.291
G4	.016	.261	.432**
G5	-.125	.030	.012
G6	.175	.181	.294
G7	-.261	-.208	-.062
G8	.348*	.272	-.085
G9	.177	.385**	.129
G10	-.159	.070	.101
G11	.071	-.171	.121
G12	-.023	-.044	.214
G13	.194	.047	-.080
G14	.492**	.171	.097
G15	.388**	.417**	.105
G16	-.073	.061	.620**

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

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

Tabelle 10: Gesamtskala / SKID-II (Cluster B)

	Borderline-Skala	narzißtische Skala	antisoziale Skala	histrionische Skala
G1	-.061	-.320*	-.147	-.096
G2	.276	-.026	.210	.052
G3	.330*	.007	.238	.055
G4	-.015	-.144	.088	.065
G5	-.152	-.043	-.047	-.014
G6	.373*	.117	.184	.075
G7	-.247	-.281	-.128	-.027
G8	.254	.334*	.029	.359*
G9	.059	.029	.030	.078
G10	.069	-.133	.022	.123
G11	.036	-.042	.025	-.090
G12	-.057	-.276	.048	-.110
G13	.000	.054	-.192	.021
G14	.429**	.416**	.049	.063
G15	.436**	.485**	.108	.365*
G16	.283	-.216	.233	-.252

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

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

Tabelle 11: Gesamtskala / SKID-II (Cluster C)

	selbstunsichere Skala	dependente Skala	zwanghafte Skala	depressive Skala	negativistische Skala
G1	.136	.007	-.083	.169	-.190
G2	.454**	.180	-.229	.646**	.212
G3	.430**	.148	.109	.373*	.269
G4	.245	-.173	.042	.062	-.158
G5	.046	-.023	.074	-.051	.046
G6	.526**	.294*	-.117	.652**	.251
G7	.221	.042	-.004	.026	-.107
G8	.096	.037	.387**	.050	.053
G9	.120	-.243	.106	.091	-.019
G10	.073	-.074	.020	-.045	-.032
G11	.206	.007	-.106	.057	.178
G12	-.046	-.141	-.155	-.059	-.200
G13	.240	.165	.185	.179	.196
G14	.208	-.051	.187	.322*	.145
G15	.203	.227	.258	.236	.370*
G16	.316*	-.074	-.027	.269	.081

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

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

In der Gesamtskala der PANSS-Items findet sich eine signifikante Korrelation auf dem Niveau .01 für die selbstunsichere Skala und die Items „Angst“ (G2), „Schuldgefühle“ (G3) und „Depressivität“ (G6). Die depressive Skala zeigt signifikante Korrelationen zu den Items „Angst“ (G2) und „Depressivität“ (G6). Für die paranoide Skala ergibt sich eine signifikante Korrelation zu den Items

„verminderte Impulskontrolle“ (G14) und „Selbstbezogenheit“ (G15). Die schizotype Skala korreliert mit „Schuldgefühlen“ (G3), „ungewöhnlichen Denkinhalten“ (G9) und „Selbstbezogenheit“ (G15). Für die schizoide Skala ergeben sich Korrelationen zu den Kategorien „Gespanntheit“ (G4) und „aktiver sozialer Rückzug“ (G16). Für die narzißtische und die Borderline-Skala zeigen sich jeweils signifikante Korrelationen für „verminderte Impulskontrolle“ (G14) und „Selbstbezogenheit“ (G15).

Auf dem Niveau von .05 zeigen sich folgende signifikante Korrelationen: für die selbstunsichere Skala mit dem Item „aktiver sozialer Rückzug“ (G16), für die dependente Skala mit „Depressivität“ (G6), für die negativistische Skala mit „Selbstbezogenheit“ (G15), für die depressive Skala mit „verminderter Impulskontrolle“ (G14) und für die paranoide Skala mit „fehlender Kooperationsbereitschaft“ (G8). Wie in Tabelle 10 dargestellt, ergeben sich für die histrionische Skala signifikante Korrelationen auf dem Niveau von .05 für die Items „fehlende Kooperationsbereitschaft“ (G8) und „Selbstbezogenheit“ (G15), für die narzißtische Skala mit dem Item „fehlende Kooperationsbereitschaft“ (G8) und für die Borderline-Skala mit „Schuldgefühlen“ (G3) und „Depressivität“ (G6).

3.2 Korrelation der dimensional Skalen des SKID-II

3.2.1 Verlauf der Persönlichkeitsstörungsdimensionen

Die vorliegende Arbeit untersucht insbesondere die Stabilität der Persönlichkeitsstörungen über die Zeit, indem die Werte für FRÜHER und HEUTE miteinander korreliert werden. Eine hohe signifikante Korrelation weist auf ein zeitlich stabiles Muster hin. Da bei Persönlichkeitsstörungen eine hohe Überlapung zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen bereits bei Erhebung zum selben Zeitpunkt, insbesondere innerhalb der Cluster, bekannt ist, wird auf die Korrelation zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen im weiteren nicht genauer eingegangen.

Tabelle 12a: Korrelationen zwischen FRÜHER und HEUTE der Cluster A-Persönlichkeitsstörungen

	paranoide Skala FRÜHER	schizotype Skala FRÜHER	schizoide Skala FRÜHER
paranoide Skala HEUTE	.365*	.354*	.335*
schizotype Skala HEUTE	.380*	.357*	.260
schizoide Skala HEUTE	.060	.133	.147

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

Tabelle 12b: Korrelationen zwischen FRÜHER und HEUTE der Cluster B-Persönlichkeitsstörungen

	Borderline-Skala FRÜHER	narzißtische Skala FRÜHER	antisoziale Skala FRÜHER	histrionische Skala FRÜHER
Borderline-Skala HEUTE	.435**	.433**	.139	.523**
narzißtische Skala HEUTE	.311*	.347*	.184	.435**
antisoziale Skala HEUTE	.499**	.287	.457**	.332*
histrionische Skala HEUTE	.294*	.197	.057	.326*

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

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

Tabelle 12c: Korrelationen zwischen FRÜHER und HEUTE der Cluster C-Persönlichkeitsstörungen

	selbstunsichere Skala FRÜHER	dependente Skala FRÜHER	zwanghafte Skala FRÜHER	depressive Skala FRÜHER	negativistische Skala FRÜHER
selbstunsichere Skala HEUTE	.595**	.573**	.520**	.221	.215
dependente Skala HEUTE	.236	.247	.139	.021	.369*
zwanghafte Skala HEUTE	.393**	.498**	.400**	.372*	.275
depressive Skala HEUTE	.241	.186	.216	.255	.184
negativistische Skala HEUTE	.241	.347*	.246	.196	.397**

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

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

Eine signifikante Korrelation zeigt sich bei der paranoiden und schizotypen Skala. Da sich diese Korrelation auf den Vergleich von FRÜHER und HEUTE bezieht, deuten die ermittelten Werte auf ein kontinuierliches Persönlichkeitsmuster hin (Cluster A). Im Vergleich der Ergebnisse für die Cluster B-Persönlichkeitsstörungen findet sich eine hohe Korrelation auf dem Niveau von .01 für die antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung und eine Korrelation von .05 für die histrionische und narzißtische Persönlichkeitsstörung. Auch diese bezieht sich auf den Vergleich zwischen FRÜHER und HEUTE. Bei den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster C findet sich eine signifikante Korrelation auf dem Niveau von .01 für die selbstunsichere, zwanghafte und negativistische Persönlichkeitsstörung.

3.3 Dimensionale Vergleiche bei Persönlichkeitsstörungen

3.3.1 Häufigkeiten der dimensionalen Score-Skalen im SKID-II

Die folgenden Abbildungen zeigen die erreichten Punkte und Häufungen auf den dimensionalen Persönlichkeitsskalen, die sich aus dem SKID-II-Interview ergeben. Die dimensionalen Werte beschreiben die Rohpunkte, die dem Patienten für die jeweils bewertete Persönlichkeitsstörung im SKID-II zugeordnet wurden. Selbst wenn die kategoriale Diagnose nicht erfüllt worden ist, zeigen sich doch teilweise ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierungen mit höheren dimensional Werten.

Im Vergleich dazu sind die Häufigkeiten der dimensional Score-Skalen von FRÜHER abgebildet. So ist ein direkter Vergleich der Persönlichkeitsentwicklung über einen längeren Zeitraum möglich. Es zeigt sich sehr deutlich bei allen Formen der Persönlichkeitsstörungen, dass die dimensional Werten von FRÜHER im gesamten Patientenkollektiv deutlich niedriger waren als zum Zeitpunkt der Durchführung des Interviews. In der Darstellung der früheren Werte gibt es immer eine große Anzahl an Patienten, die keine Auffälligkeiten zeigen, für die sich also ein Rohpunkt von Null ergibt.

3.3.1.1 Cluster A-Häufigkeiten

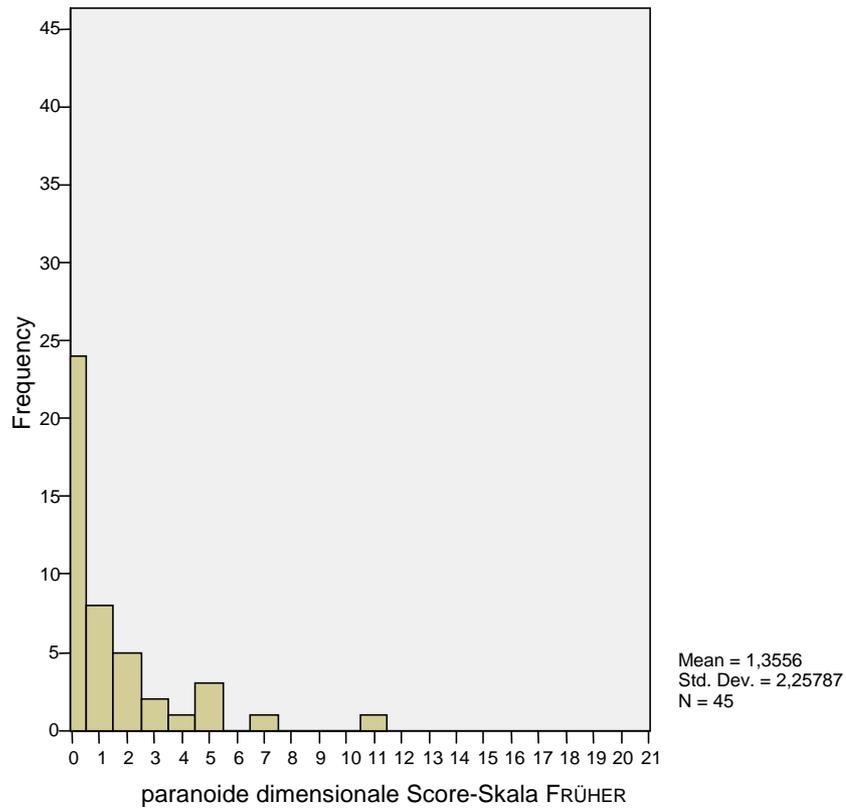


Abb. 1a: paranoide dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 21 Punkte)

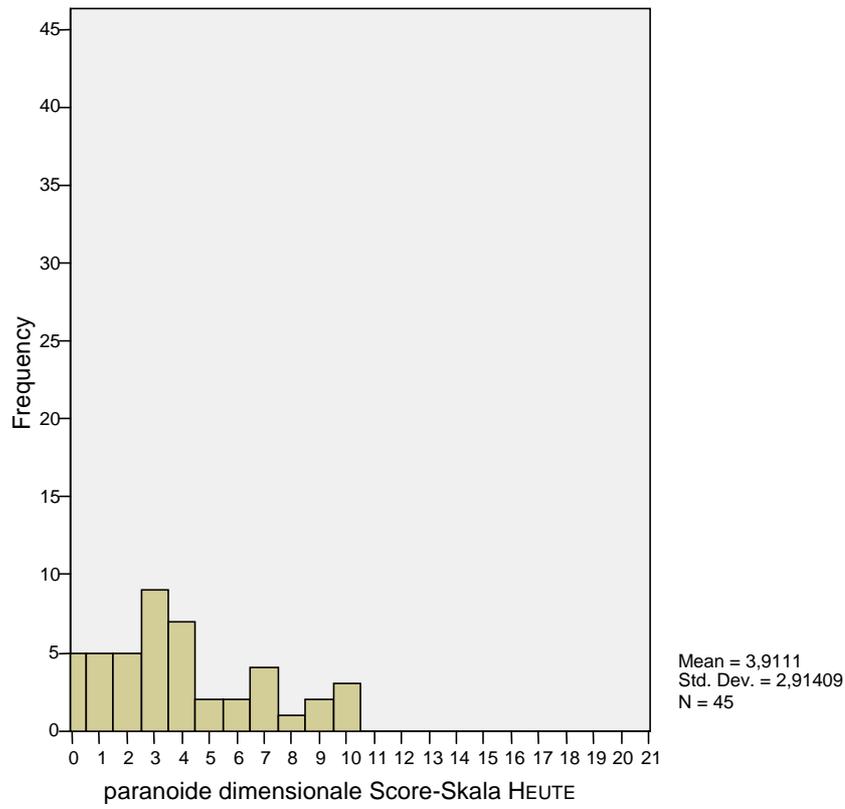


Abb. 1b: paranoide dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 21 Punkte)

In der Auswertung von FRÜHER zeigen 24 Patienten (53,3 %) keine Punkte auf der paranoiden Skala. Im Vergleich mit den Daten von HEUTE zeigt sich ein Anstieg der dimensionalen Werte über die Zeit hinweg.

Aktuell zeigt sich eine Häufung im unteren Bereich der paranoiden Dimension. Kein Patient erfüllt vollständig die Kriterien für die paranoide Persönlichkeitsstörung, jedoch haben drei Patienten mit 10 Punkten und zwei mit 9 Punkten hohe Werte.

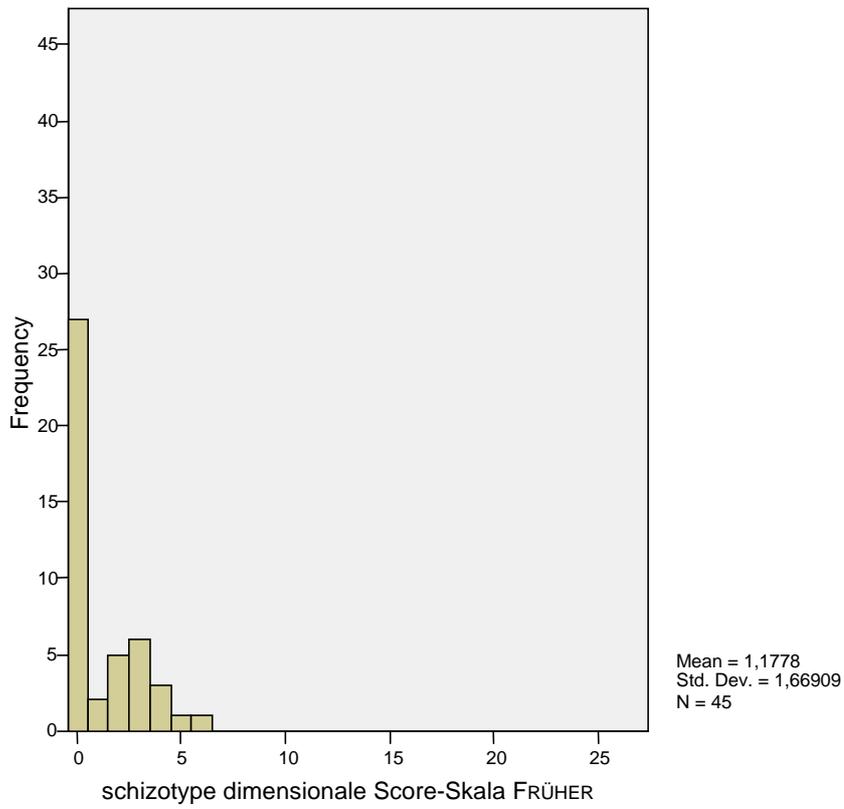


Abb. 2a: schizotype dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 27 Punkte)

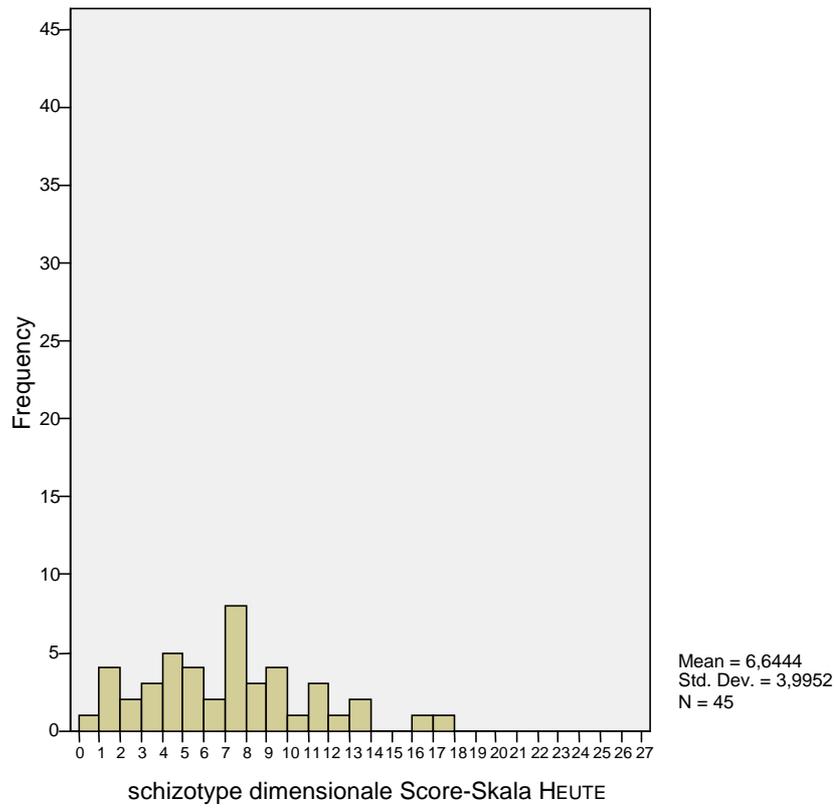


Abb. 2b: schizotype dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 27 Punkte)

In der Darstellung von FRÜHER erreichen 27 Patienten (60 %) keine Punkte auf der Skala der schizotypen Persönlichkeitsstörung. Aktuell findet sich eine Häufung im mittleren Drittel. Acht Patienten erreichen Werte über 10.

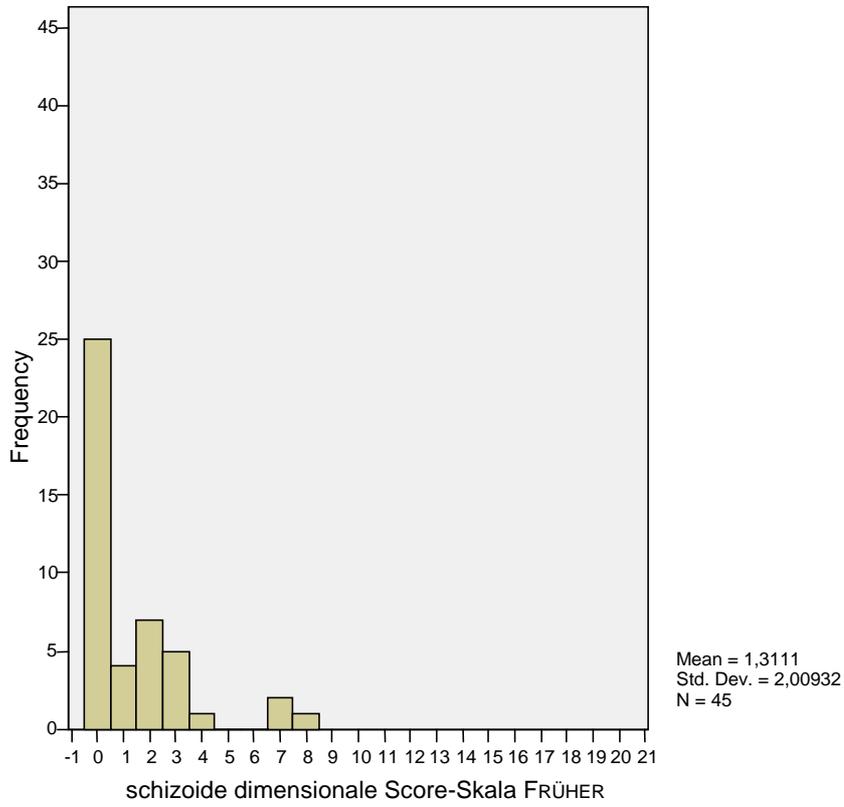


Abb. 3a: schizoide dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 21 Punkte)

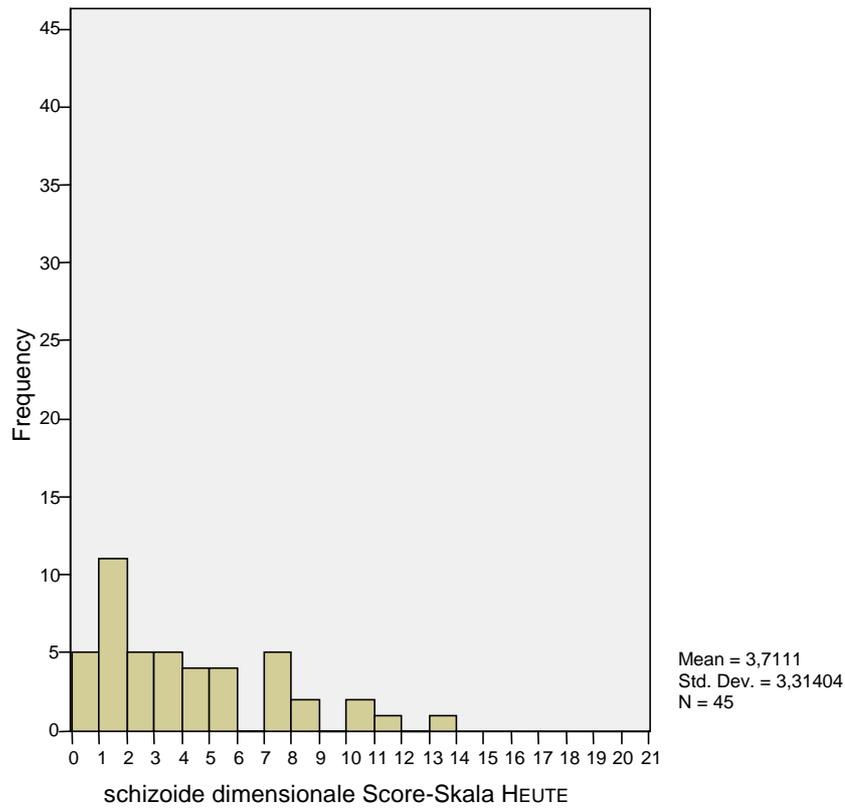


Abb. 3b: schizoide dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 21 Punkte)

25 Patienten (55,6 %) zeigten in der Analyse von FRÜHER keine Auffälligkeiten auf der schizoiden Skala.

Aktuell erfolgt die Verteilung der dimensionalen Werte zum größten Teil im unteren Bereich. Vier Patienten erreichen Werte von 10 und darüber. Kein Patient hat eine sichere schizoide Persönlichkeitsstörung.

3.3.1.2 Cluster B-Häufigkeiten

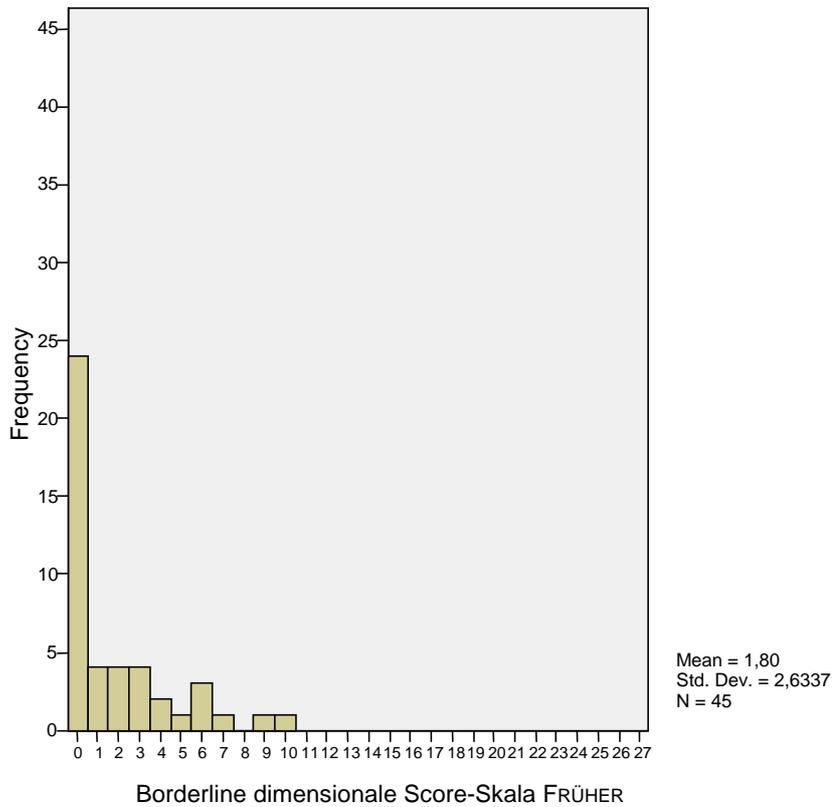


Abb. 4a: Borderline dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 27 Punkte)

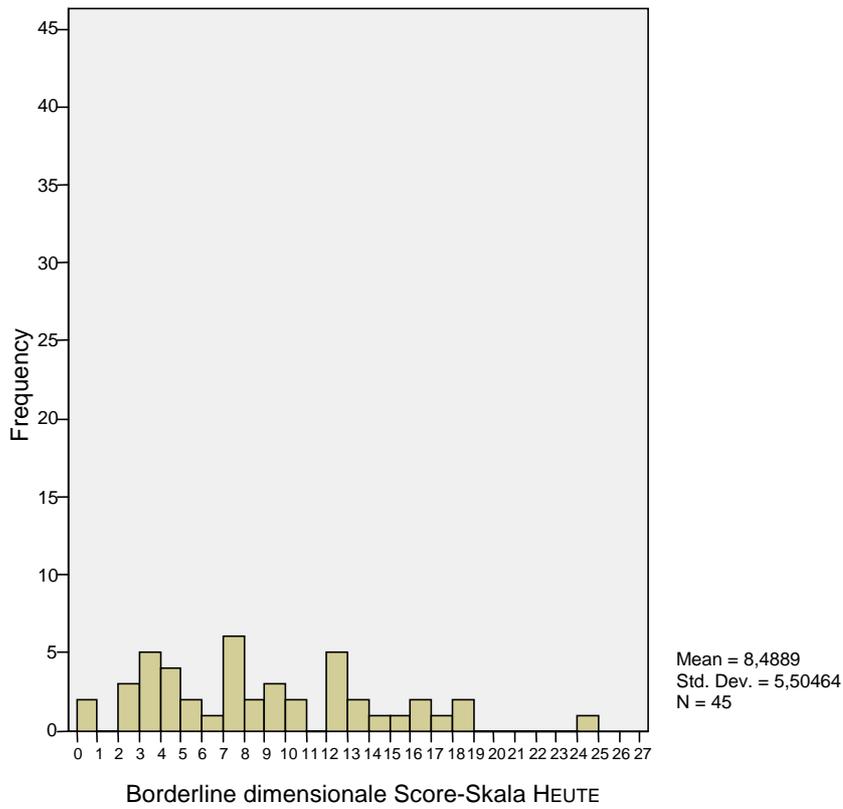


Abb. 4b: Borderline dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 27 Punkte)

In der Dimension von FRÜHER zeigen 24 Patienten keine Auffälligkeiten. Im Vergleich mit den Daten von HEUTE lässt sich ein großer Anstieg im zeitlichen Verlauf beobachten.

Aktuell zeigen sich ausgeglichene Werte über alle Stufen mit Häufungen im unteren und mittleren Bereich. Auffallend ist die relativ große Anzahl von hohen Werten bis fast zur Maximalpunktzahl. Zwei Patienten erfüllen sicher die Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, acht Patienten erreichen auffällige Werte, die über der Hälfte der maximal erreichbaren Punktzahl liegen.

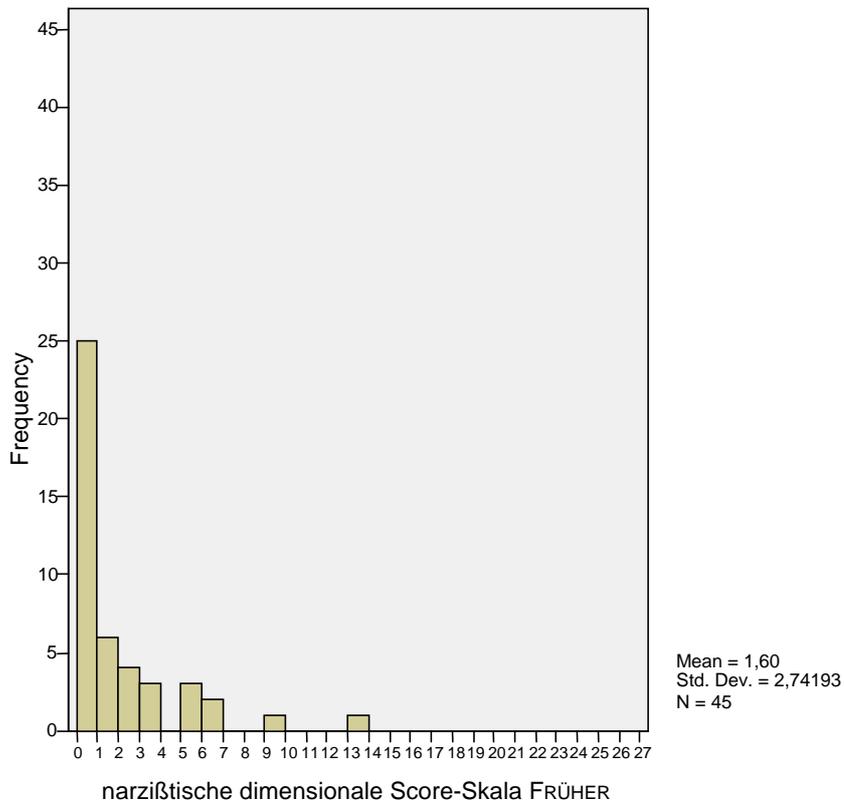


Abb. 5a: narzißtische dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 27 Punkte)

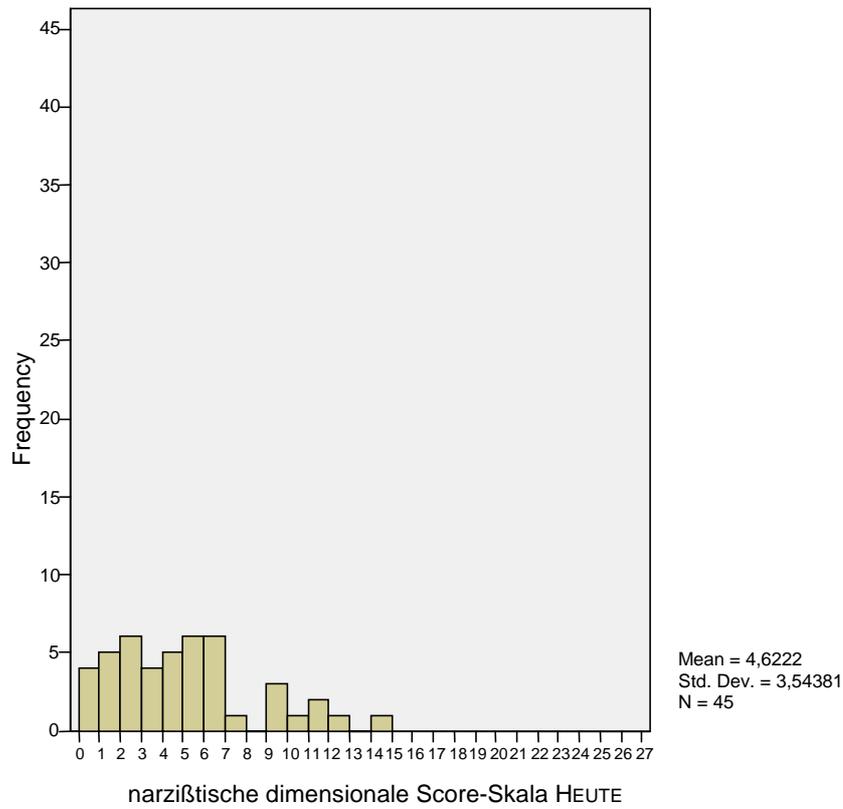


Abb. 5b: narzißtische dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 27 Punkte)

Es zeigt sich eine eindeutige Häufung der dimensionalen Werte im niedrigen Bereich. Kein Patient erfüllt die Kriterien für eine narzißtische Persönlichkeitsstörung.

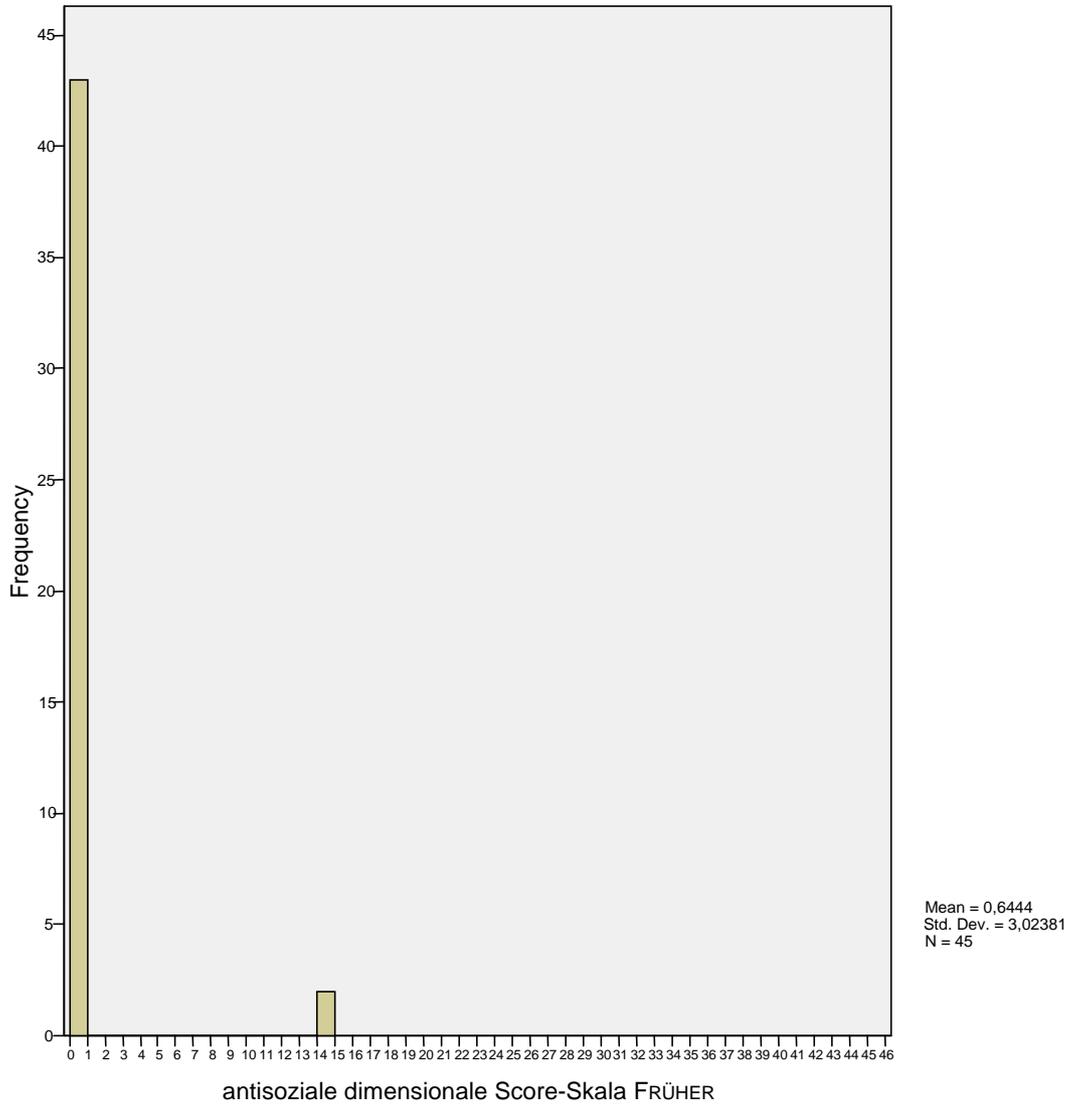


Abb. 6a: antisoziale dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 45 Punkte)

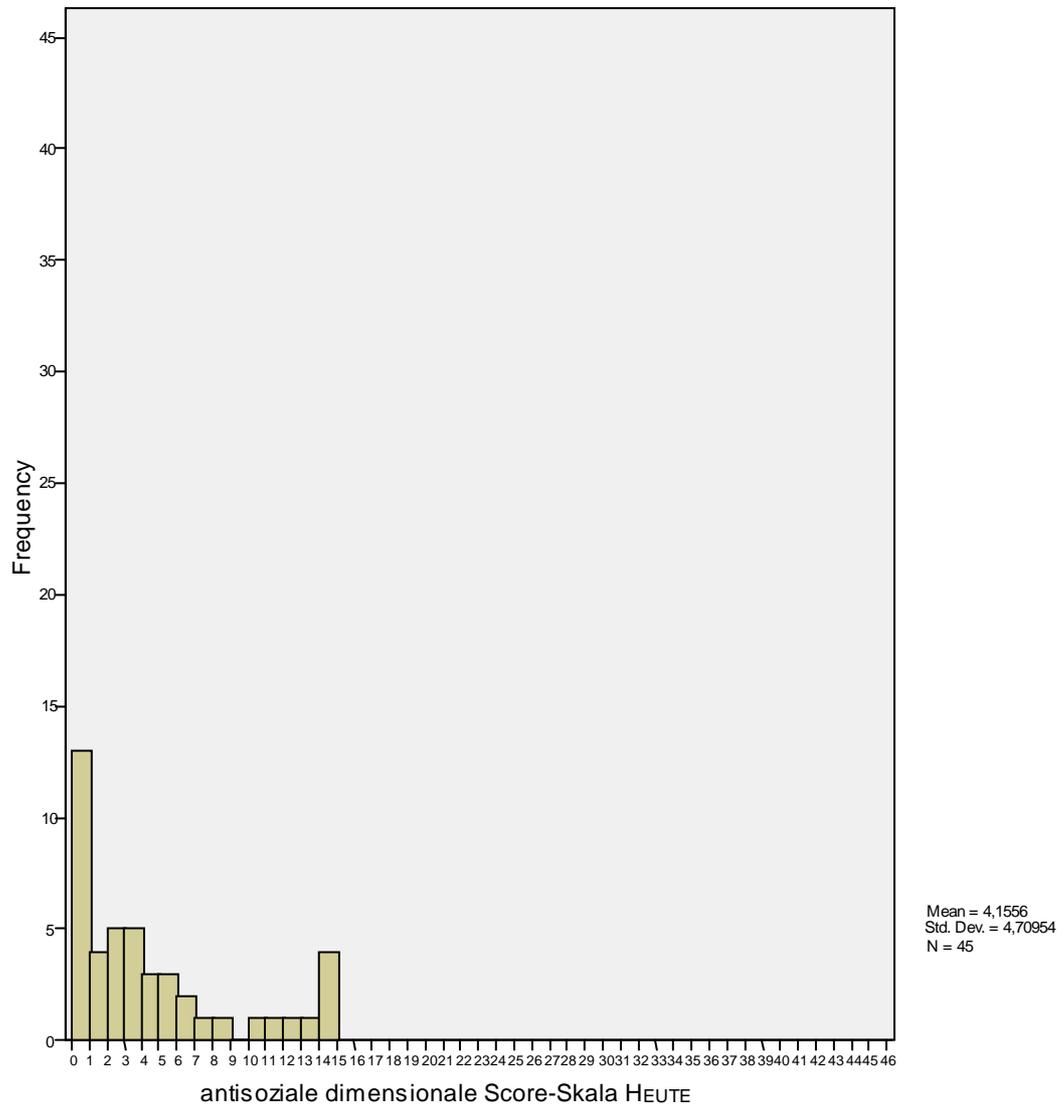


Abb. 6b: antisoziale dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 45 Punkte)

In der Auswertung von FRÜHER zeigen 43 Patienten (95,6 %) null Punkte auf dieser Skala. Aktuell finden sich kaum hohe Punktwerte, viele Patienten sind hier ohne jegliche Punkte. Drei Patienten haben im Interview die Kriterien für die weiterführenden Fragen erfüllt; es ergeben sich jedoch bei keinem Anhaltspunkte für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung.

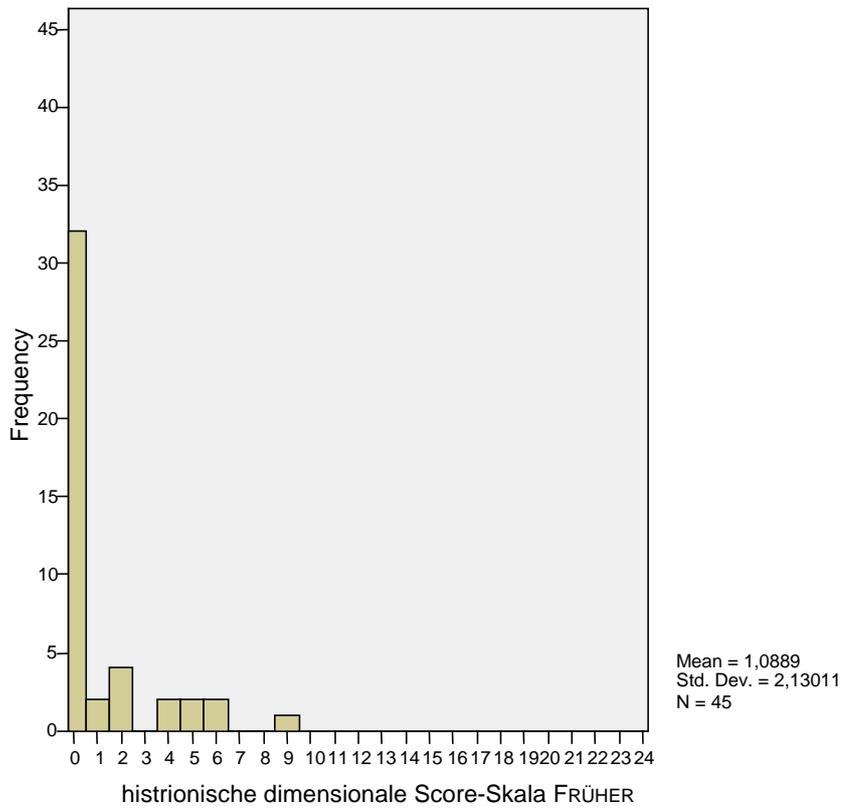


Abb. 7a: histrionische dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 24 Punkte)

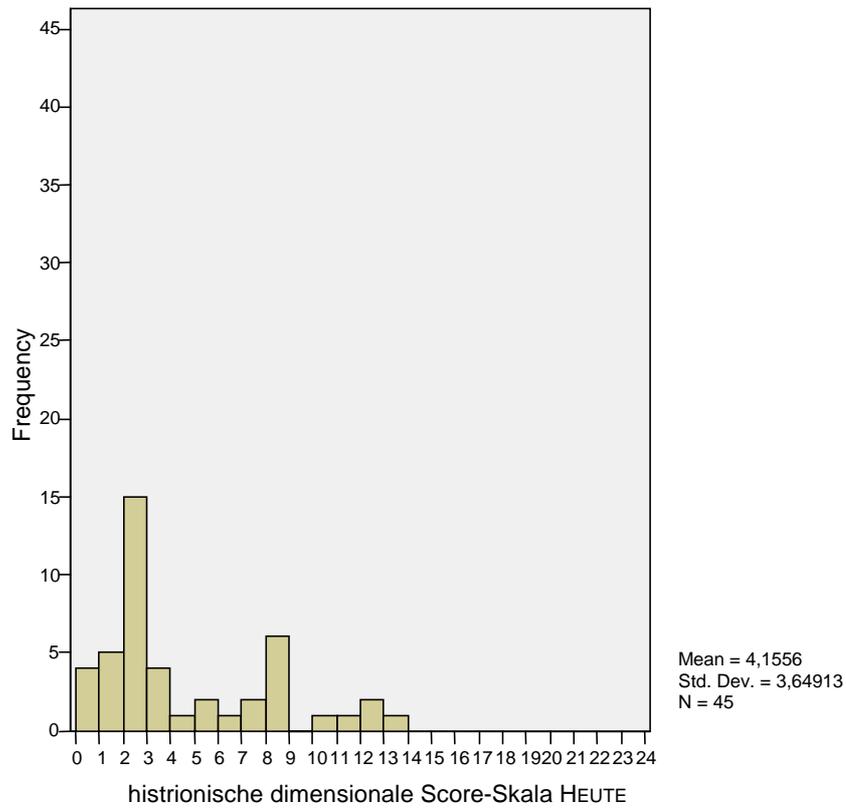


Abb. 7b: histrionische dimensionale Score-Skala HEUTE (max.24 Punkte)

32 Patienten (71,1 %) erreichen auf dieser Dimension null Punkte. Aktuell zeigt sich allgemein eine Verteilung auf der unteren Hälfte der Skala. Damit erfüllt kein Patient die Kriterien für eine histrionische Persönlichkeitsstörung.

3.3.1.3 Cluster C-Häufigkeiten

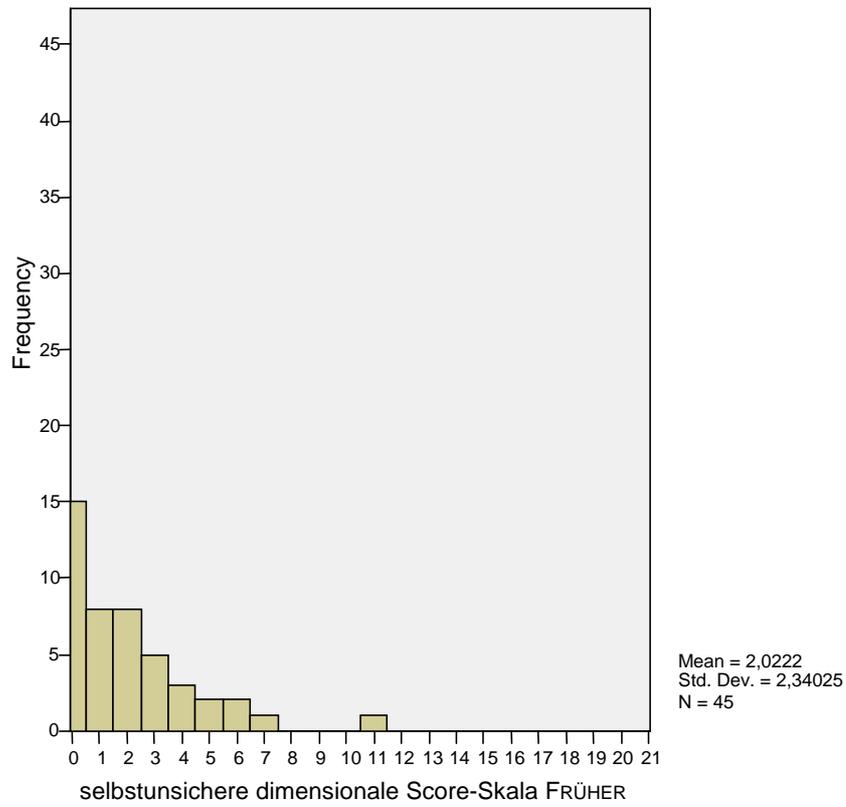


Abb. 8a: selbstunsichere dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 21 Punkte)

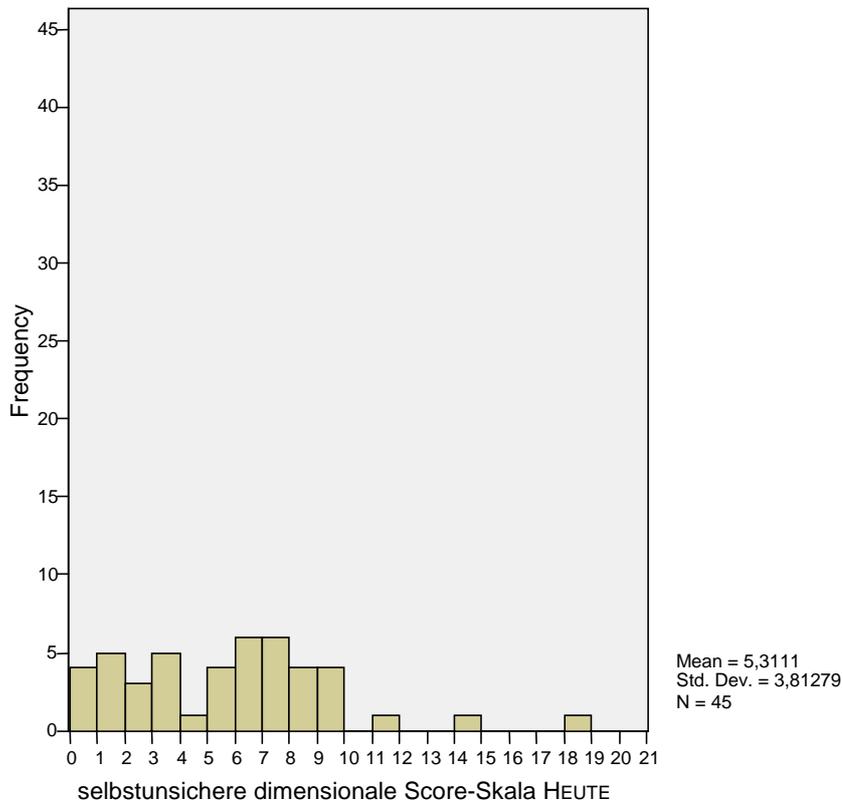


Abb. 8b: selbstunsichere dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 21 Punkte)

Die Skala von FRÜHER zeigt eine Häufung im niedrigen Bereich mit 15 Patienten (33,3 %) ohne jegliche Punktzahl. Im Vergleich mit HEUTE zeigt sich ein Anstieg der dimensional Werte.

Aktuell zeigt sich eine homogene Verteilung über alle Bereiche hinweg. Ein Patient erfüllt sicher die Kriterien für eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

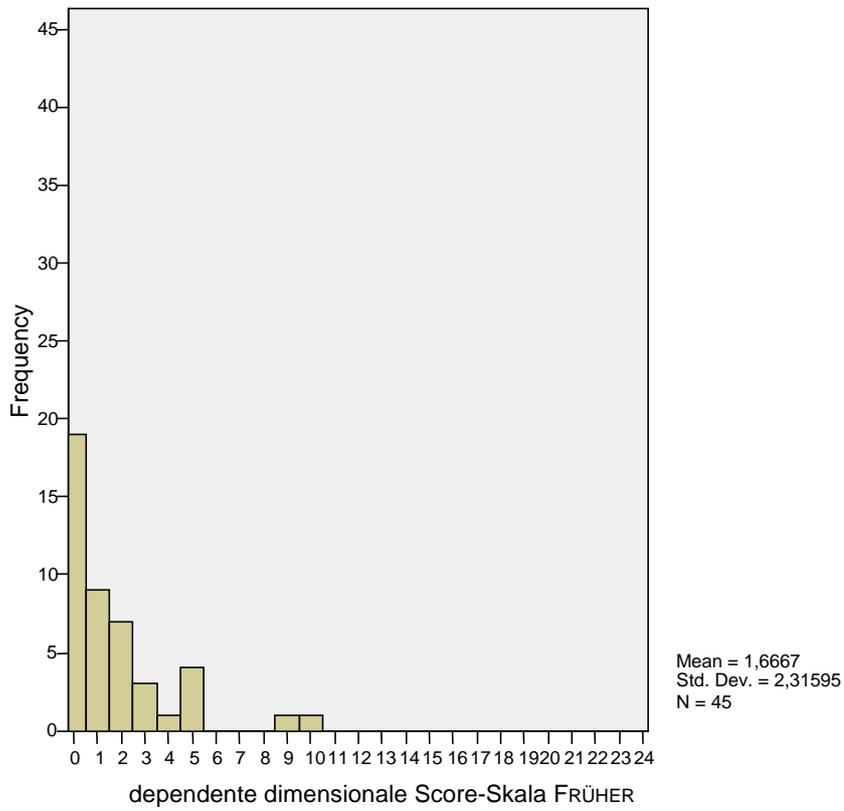


Abb. 9a: dependente dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 24 Punkte)

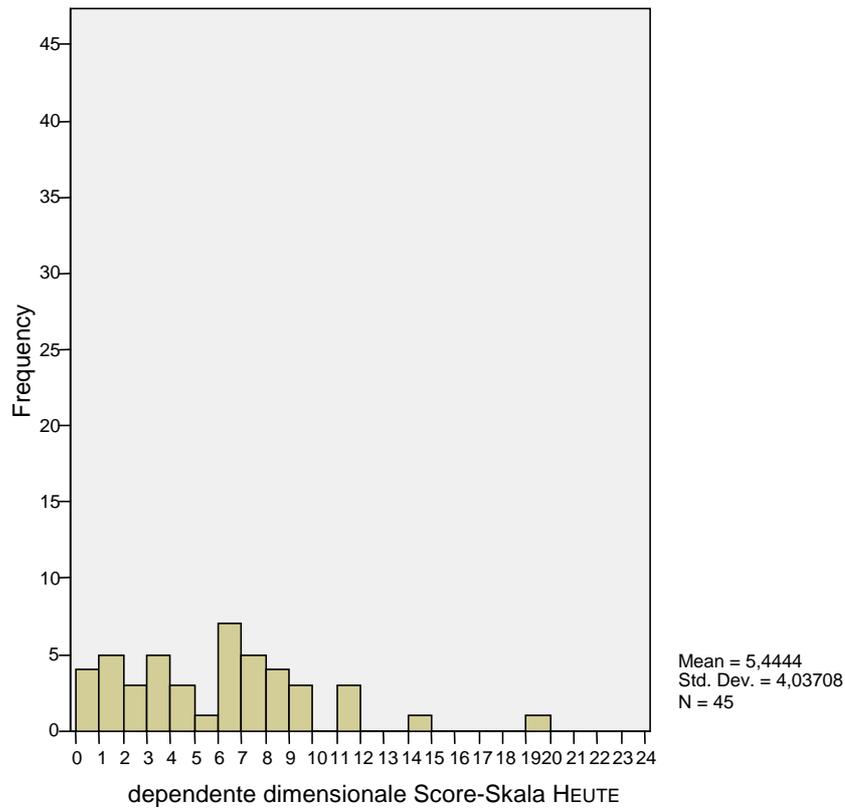


Abb. 9b: dependente dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 24 Punkte)

In der Auswertung von FRÜHER erreichen 19 (42,2 %) Patienten keine Punkte. Aktuell weisen die dimensionalen Werte eine Häufung im mittleren Bereich auf. Ein Patient erfüllt die Kriterien für die dependente Persönlichkeitsstörung.

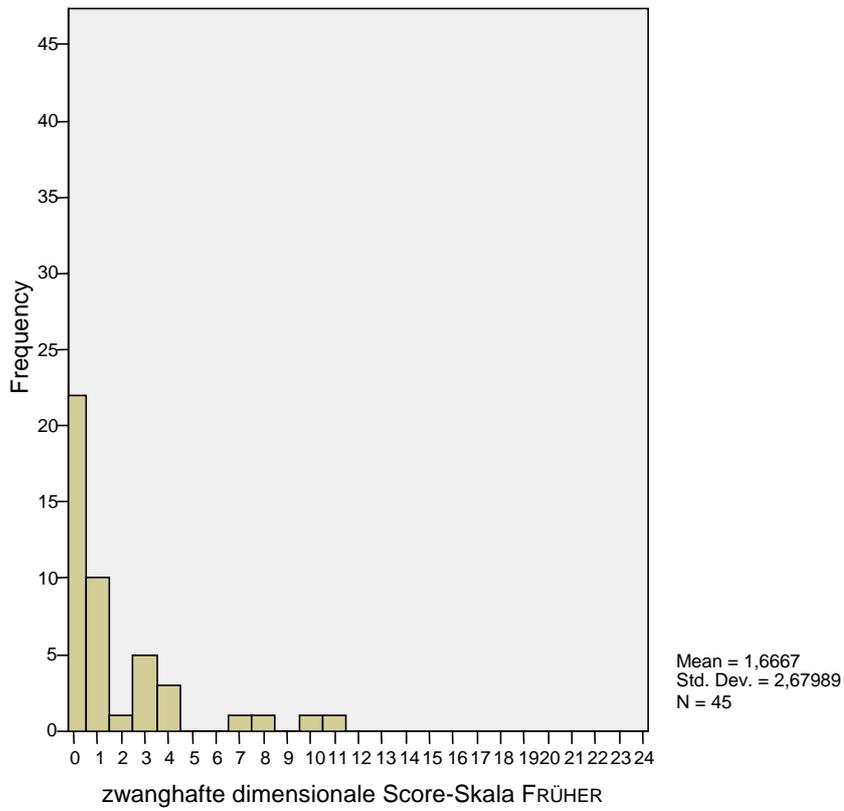


Abb. 10a: zwanghafte dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 24 Punkte)

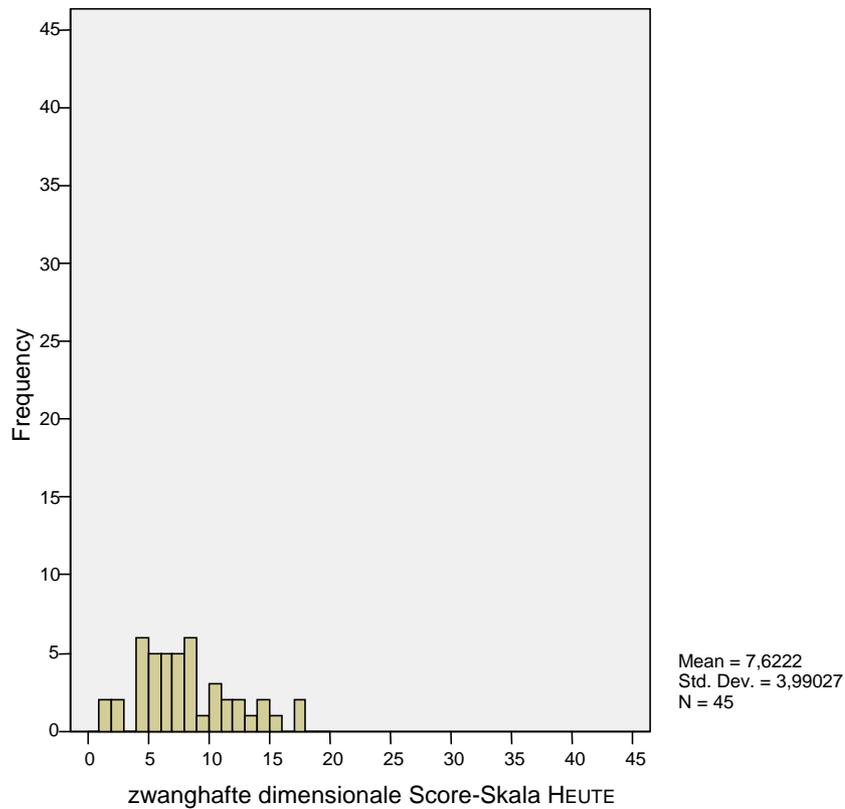


Abb. 10b: zwanghafte dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 24 Punkte)

Für die zwanghafte Score-Skala FRÜHER zeigen 22 Patienten (48,9 %) keine Auffälligkeiten. Aktuell zeigt sich über die Patienten hinweg eine niedrige Ausprägung der dimensional Werte, jedoch erfüllen drei Patienten die Kriterien für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

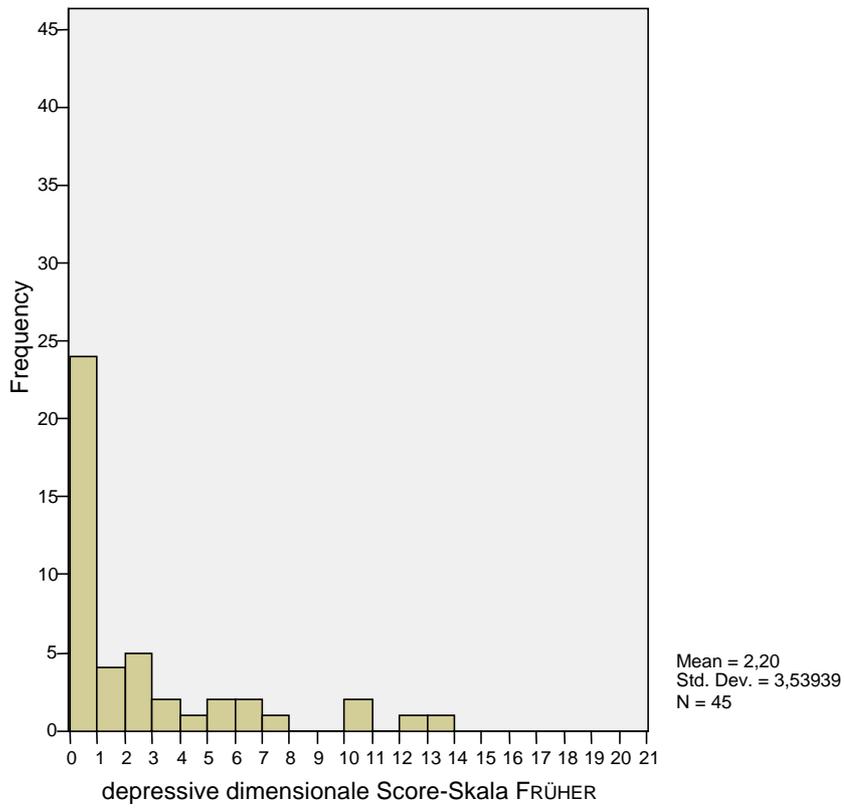


Abb. 11a: depressive dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 21 Punkte)

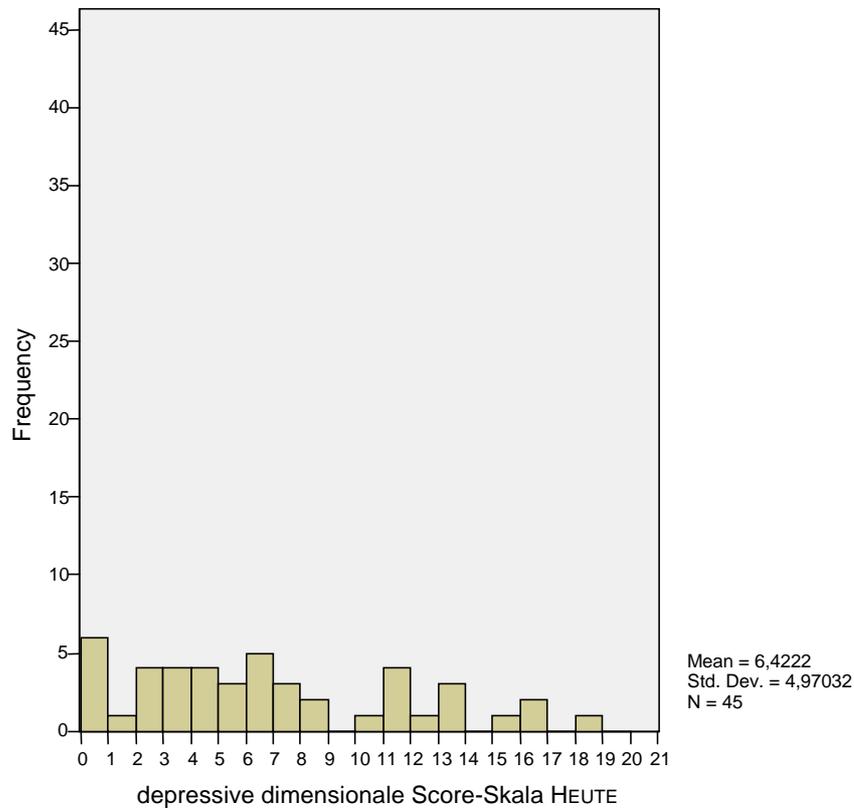


Abb. 11b: depressive dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 21 Punkte)

In der Auswertung von FRÜHER (Abb. 11a) zeigen 24 Patienten keine Auffälligkeiten auf dieser Skala. Der Vergleich der beiden Skalen zeigt den Anstieg der dimensionalen Werte für die depressive Score-Skala im zeitlichen Verlauf.

Es zeigt sich bei der Erhebung für FRÜHER eine abfallende Verteilung, die aber bis fast zur Maximalpunktzahl reicht. 13 Patienten haben auf dieser Skala Werte von 10 und mehr. Ein Patient erfüllt sicher die Kriterien für die depressive Persönlichkeitsstörung.

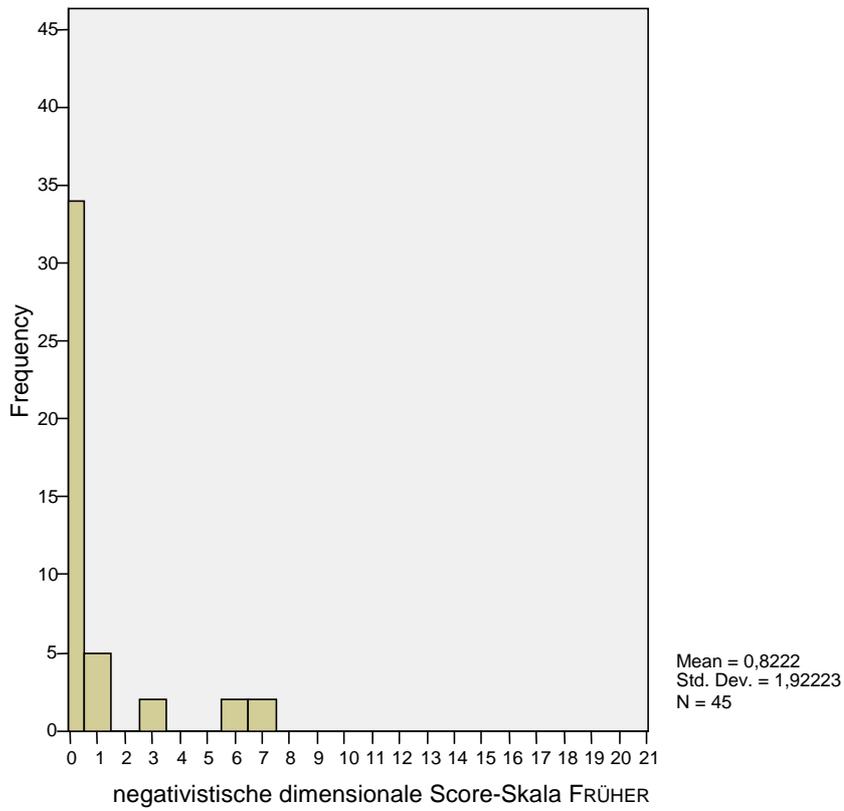


Abb. 12a: negativistische dimensionale Score-Skala FRÜHER (max. 21 Punkte)

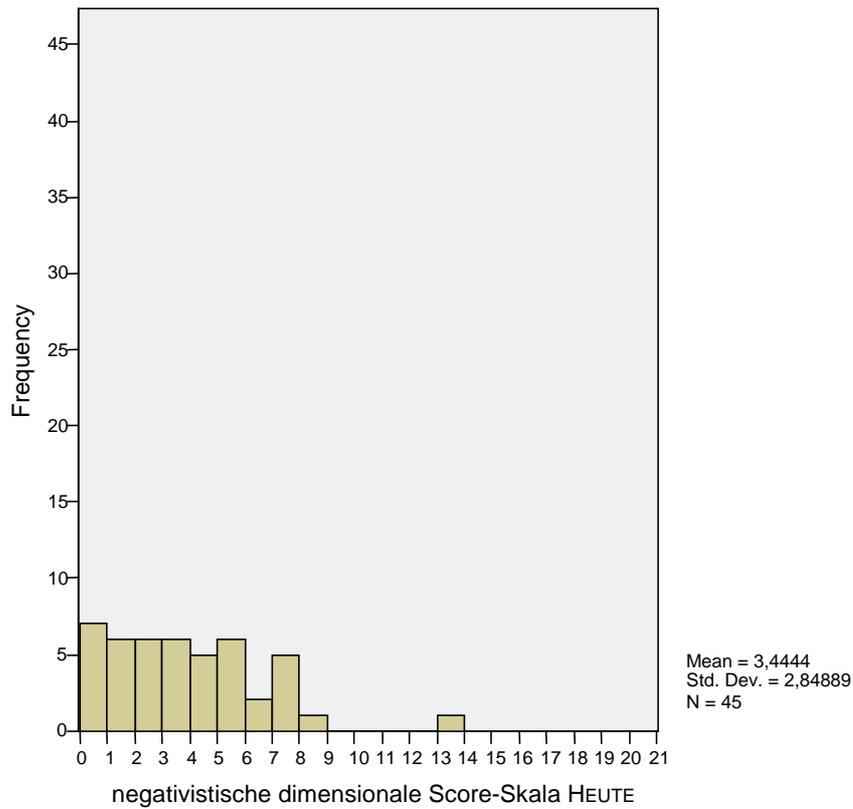


Abb. 12b: negativistische dimensionale Score-Skala HEUTE (max. 21 Punkte)

Noch keine dimensionalen Werte erreichen 34 (75,6 %) Patienten für die negativistische Score-Skala von FRÜHER.

Aktuell finden sich durchgehend niedrige Werte. HEUTE erfüllt kein Patient die Kriterien für die negativistische Persönlichkeitsstörung.

3.4 Vergleich der Mittelwerte der Persönlichkeitsskalen im T-Test

Zur Gegenüberstellung der Ausprägung der einzelnen Persönlichkeitsstörungsdimensionen FRÜHER und HEUTE wurde ein T-Test berechnet. Bei allen Persönlichkeitsstörungsskalen konnte eine Verstärkung der Persönlichkeitsakzentuierung nachgewiesen werden, die auf dem Niveau von .01 signifikant ist.

3.4.1 Vergleich der Mittelwerte der paranoiden Persönlichkeitsskala

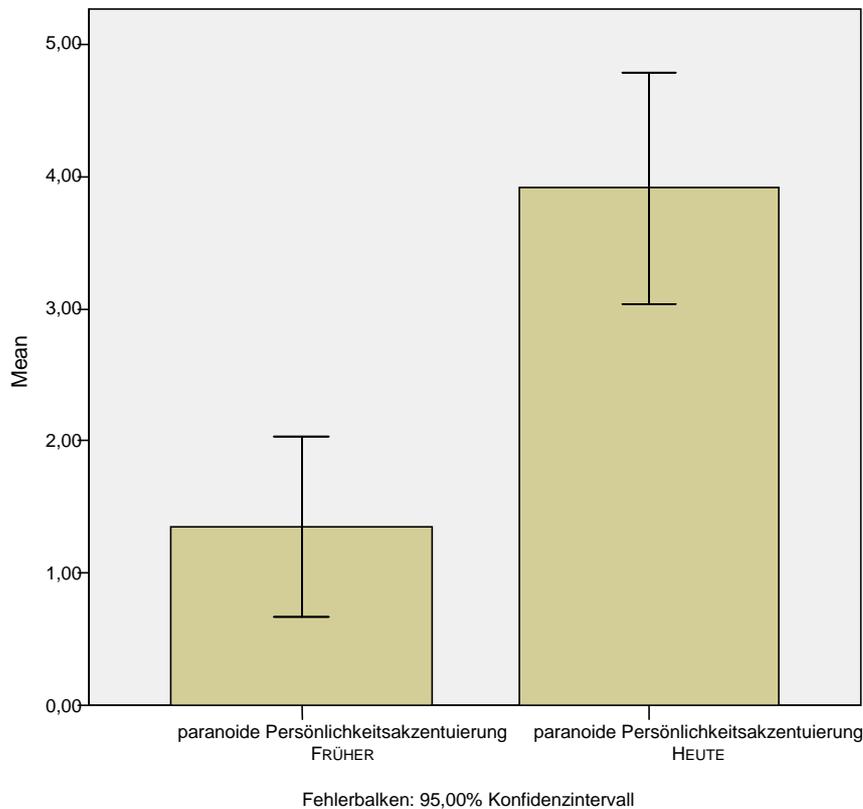


Abb. 13: Vergleich der Mittelwerte der paranoiden Persönlichkeitsskala

Es zeigt sich beim Vergleich der Mittelwerte der paranoiden Persönlichkeitsdimension von FRÜHER und HEUTE im T-Test eine signifikante Verstärkung der paranoiden Persönlichkeitsakzentuierung ($T = 5.875$, Signifikanz auf dem Niveau von .01).

3.4.2 Vergleich der Mittelwerte der schizotypen Persönlichkeitsskala

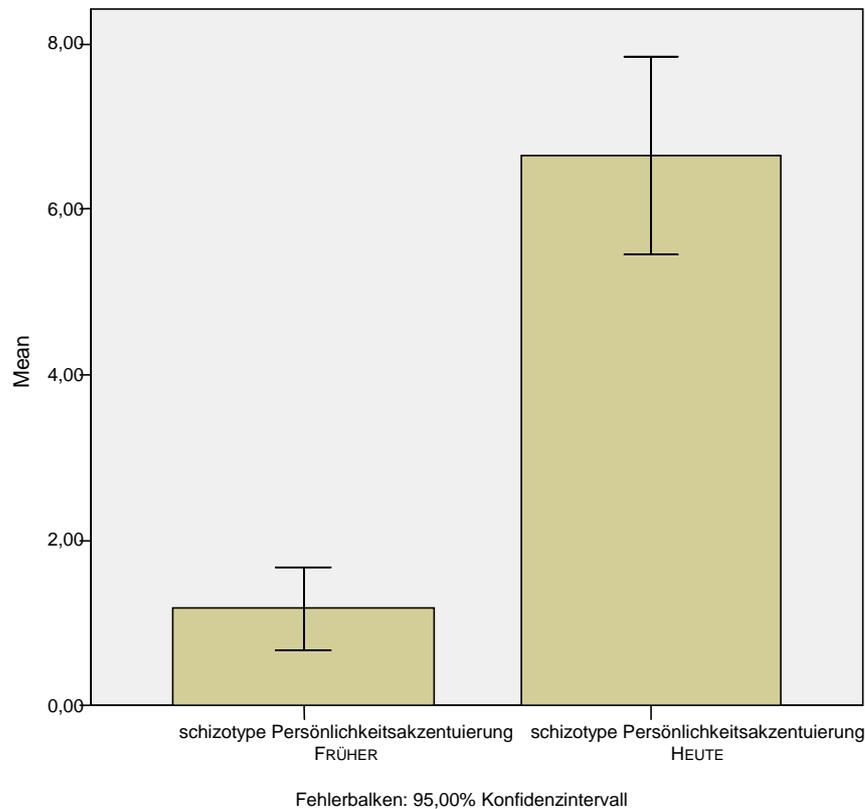


Abb. 14: Vergleich der Mittelwerte der schizotypen Persönlichkeitsskala

Der T-Test zeigt sich im Vergleich der Mittelwerte ($T = 9.807$) auf dem Niveau von .01 signifikant.

3.4.3 Vergleich der Mittelwerte der schizoiden Persönlichkeitsskala

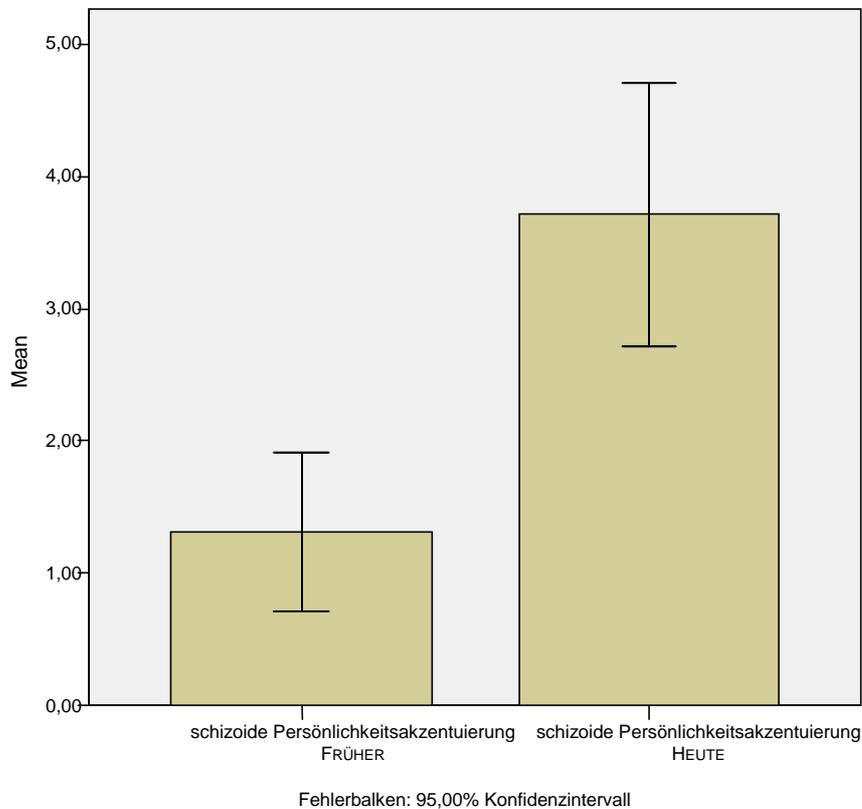


Abb. 15: Vergleich der Mittelwerte der schizoiden Persönlichkeitsskala

Für die schizoide Persönlichkeitsdimension zeigt sich der T-Test ($T = 4.454$) auf dem Niveau von .01 signifikant.

3.4.4 Vergleich der Mittelwerte der Borderline-Persönlichkeitsskala

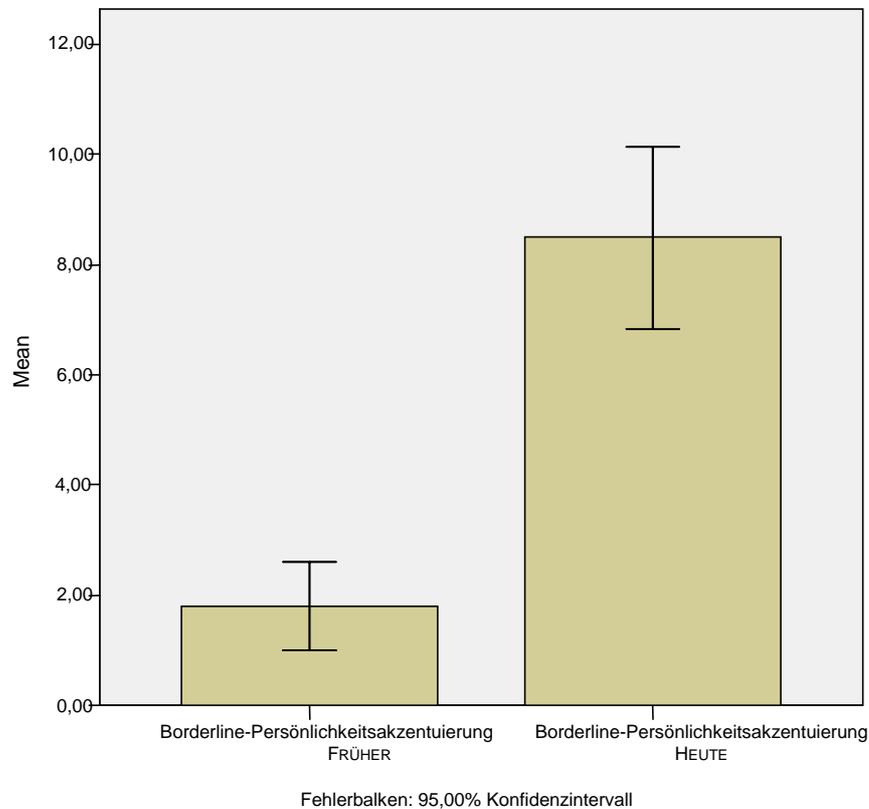


Abb. 16: Vergleich der Mittelwerte der Borderline-Persönlichkeitsskala

Die Mittelwerte der Persönlichkeitsdimensionen für FRÜHER und HEUTE ($T = 9.042$) zeigen sich auf dem Niveau von .01 signifikant.

3.4.5 Vergleich der Mittelwerte der narzißtischen Persönlichkeitsskala

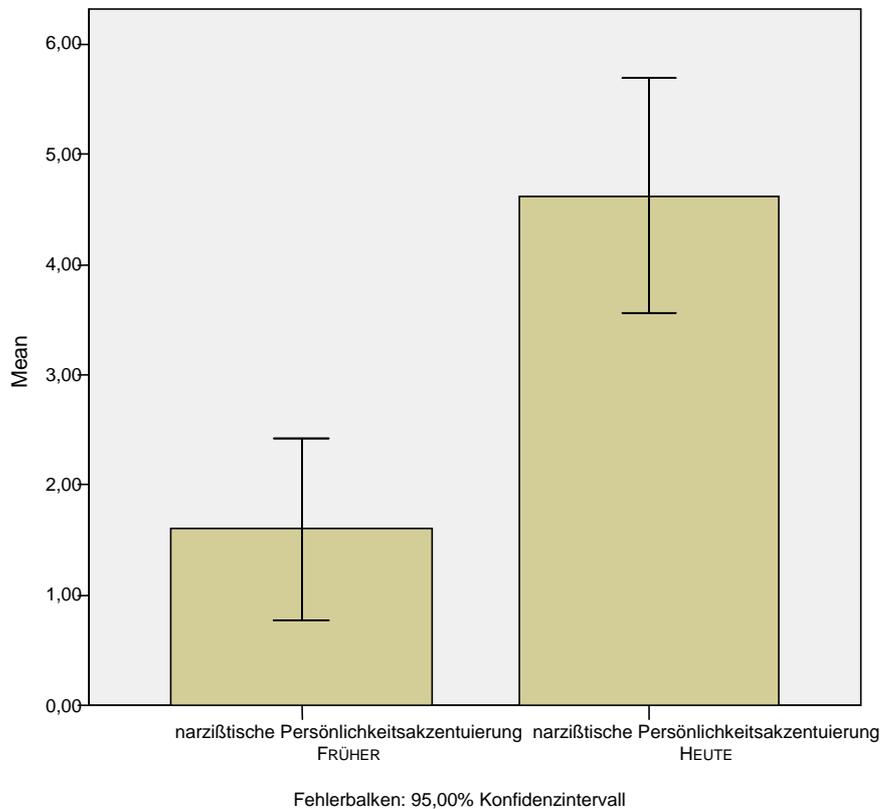


Abb. 17: Vergleich der Mittelwerte der narzißtischen Persönlichkeitsskala

Es finden sich im Vergleich der Mittelwerte für FRÜHER und HEUTE signifikante Werte für die narzißtische Persönlichkeitsdimension ($T = 5.551$). Der T-Test zeigte sich auf dem Niveau von .01 signifikant.

3.4.6 Vergleich der Mittelwerte der antisozialen Persönlichkeitsskala

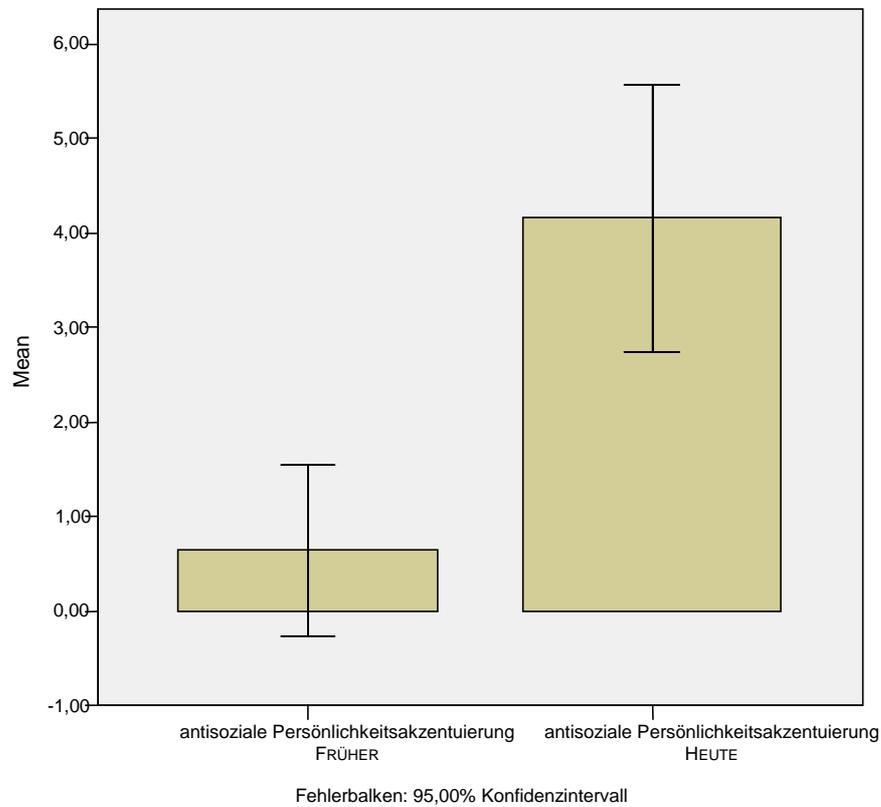


Abb. 18: Vergleich der Mittelwerte der antisozialen Persönlichkeitsskala

Der T-Test ($T = 5.506$) zeigte sich auf dem Niveau von .01 für die antisoziale Persönlichkeitsdimension signifikant.

3.4.7 Vergleich der Mittelwerte der histrionischen Persönlichkeitsskala

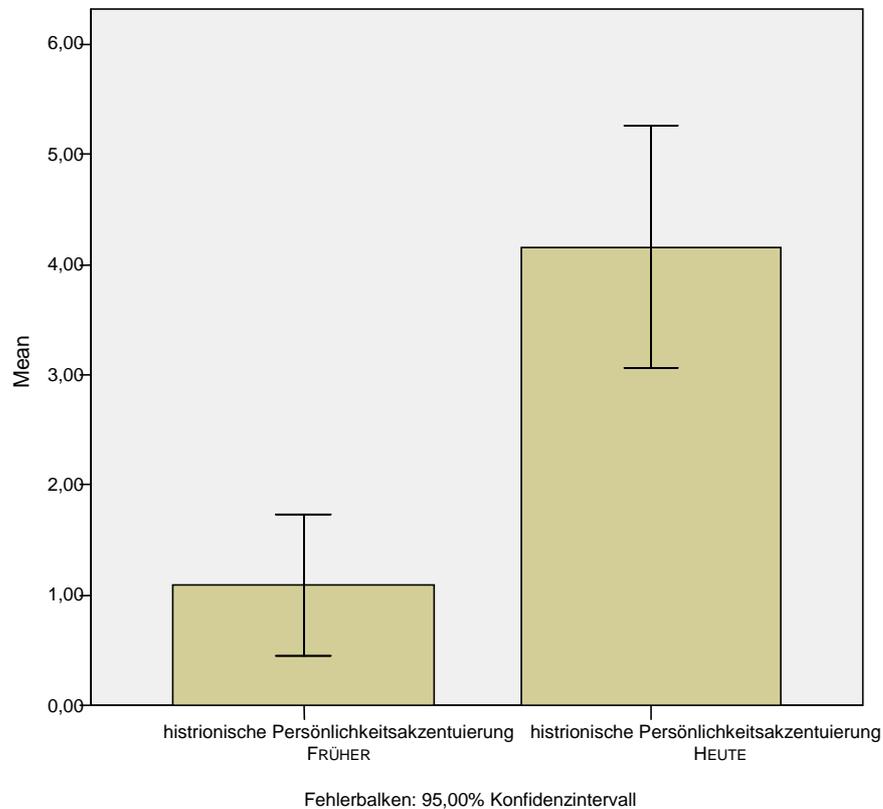


Abb. 19: Vergleich der Mittelwerte der histrionischen Persönlichkeitsskala

Es findet sich für die histrionische Persönlichkeitsdimension eine auf dem Niveau von .01 signifikante Verstärkung der Persönlichkeitsakzentuierung ($T = 5.752$).

3.4.8 Vergleich der Mittelwerte der selbstunsicheren Persönlichkeitsskala

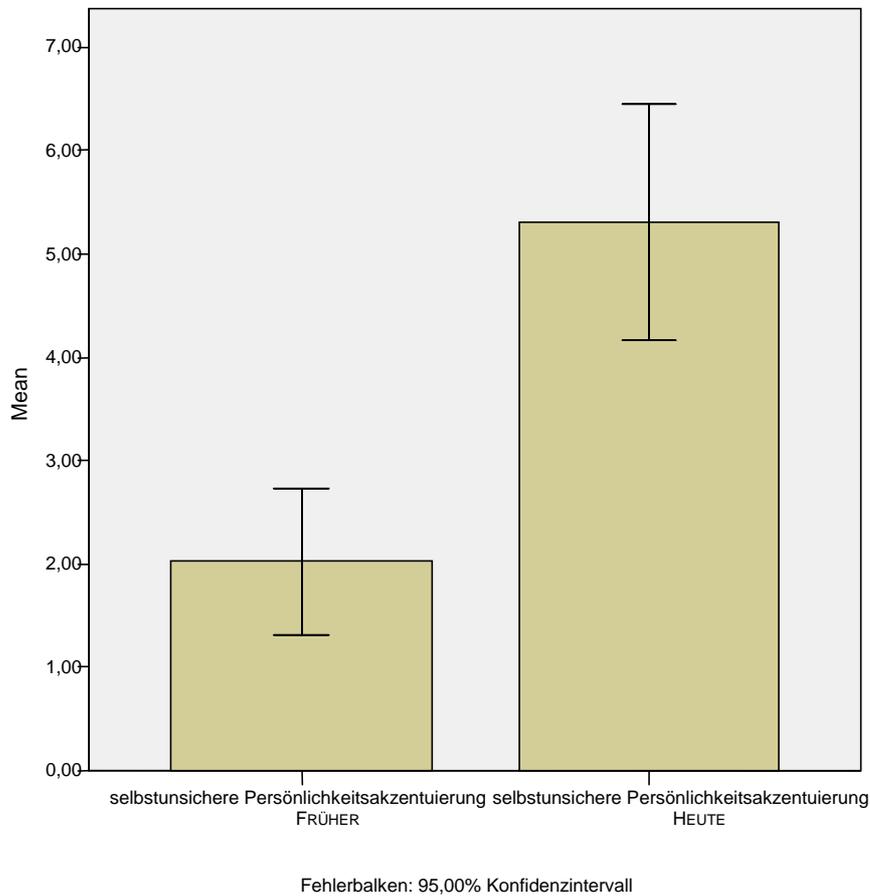


Abb. 20: Vergleich der Mittelwerte der selbstunsicheren Persönlichkeitsskala

Der T-Test ($T = 7.199$) zeigte sich auf dem Niveau von .01 signifikant mit einer deutlichen Verstärkung der Persönlichkeitsakzentuierung.

3.4.9 Vergleich der Mittelwerte der dependenten Persönlichkeitsskala

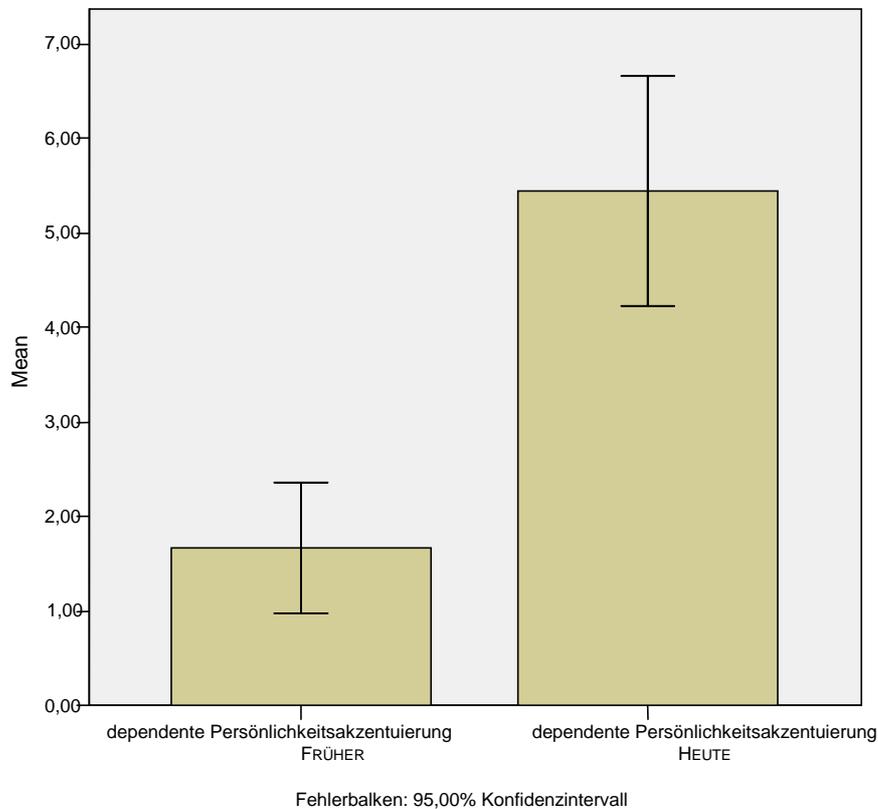


Abb. 21: Vergleich der Mittelwerte der dependenten Persönlichkeitsskala

Es findet sich eine signifikante Verstärkung der Persönlichkeitsdimension Dependenz im T-Test ($T = 6.361$ auf dem Niveau von .01 signifikant).

3.4.10 Vergleich der Mittelwerte der zwanghaften Persönlichkeitsskala

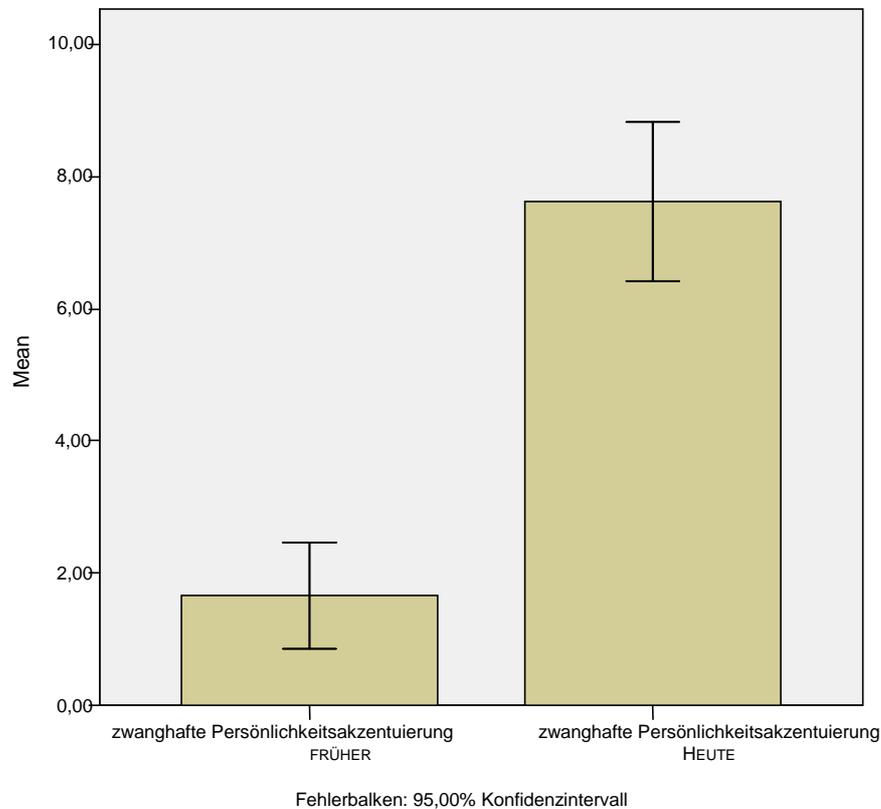


Abb. 22: Vergleich der Mittelwerte der zwanghaften Persönlichkeitsskala

Der T-Test ($T = 10.476$) zeigte sich auf dem Niveau von .01 für die zwanghafte Persönlichkeitsdimension signifikant.

3.4.11 Vergleich der Mittelwerte der depressiven Persönlichkeitsskala

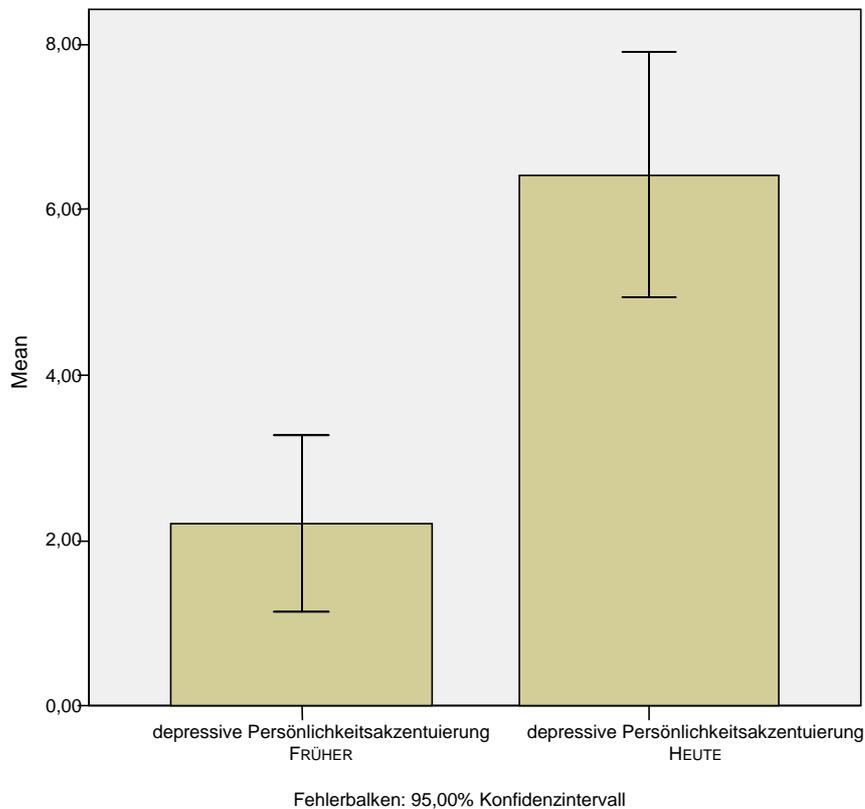


Abb. 23: Vergleich der Mittelwerte der depressiven Persönlichkeitsskala

Der Vergleich der Mittelwerte im T-Test ($T = 5.327$) zeigt sich auf dem Niveau von .01 signifikant.

3.4.12 Vergleich der Mittelwerte der negativistischen Persönlichkeitsskala

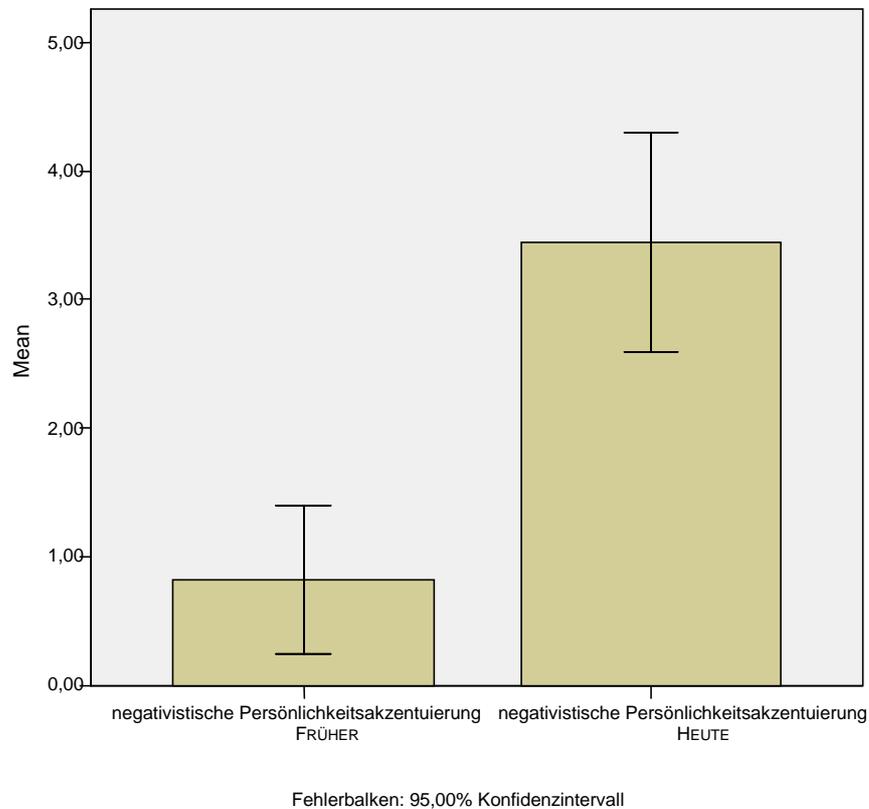


Abb. 24: Vergleich der Mittelwerte der negativistischen Persönlichkeitsskala

Der T-Test ($T = 6.437$) zeigte sich im Vergleich der Mittelwerte auf dem Niveau von .01 signifikant.

3.5 HPI-Ergebnisse

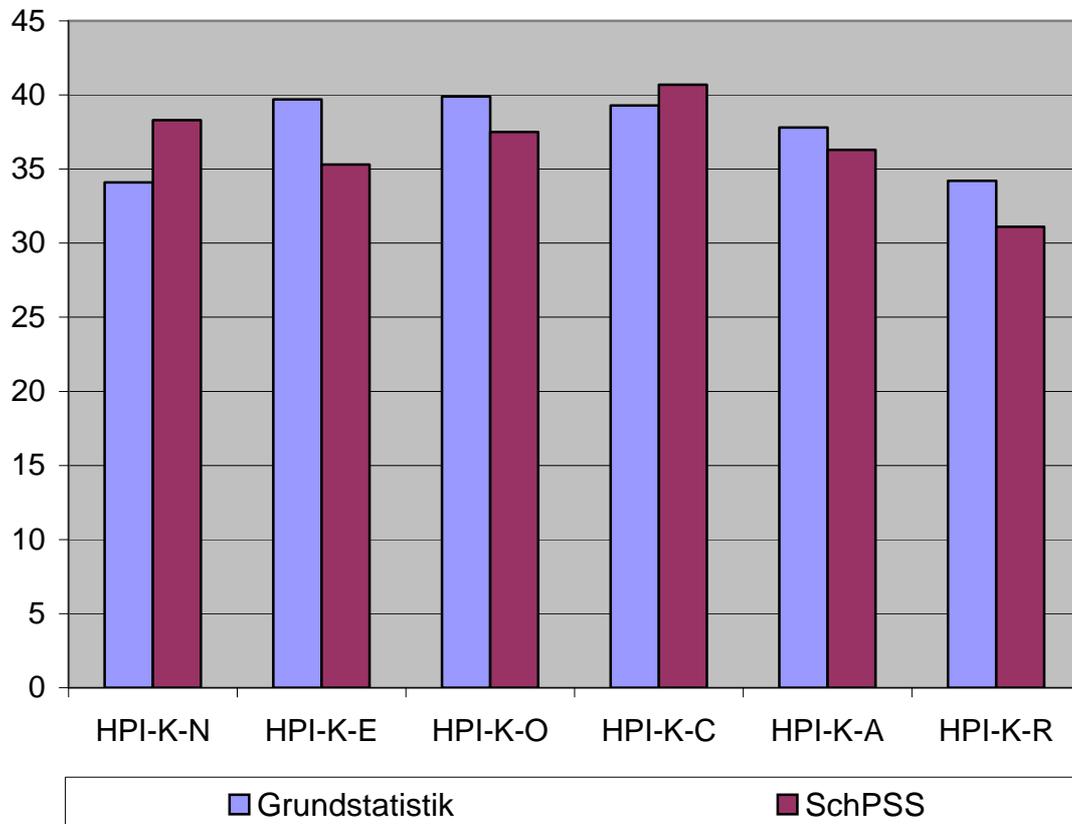


Abb. 25: Vergleich des arithmetischen Mittels der Kontrollgruppe des HPI-K (Andresen 2001) mit dem arithmetischen Mittel der 45 Studienpatienten

Es zeigt sich für die Studienpatienten (SchPSS) ein höherer Wert für die Bereiche *Neurotizismus* (HPI-K-N) sowie *Kontrolliertheit und Normorientierung* (HPI-K-C) als für die Kontrollgruppe. Die Werte der anderen Bereiche lagen unter denen der Kontrollgruppe. Für die Kontrollgruppe liegt der Wert der HPI-K-N bei 34,1; für die Studienpatienten liegt er mit 38,3 deutlich höher. Bei einer Einzelanalyse zeigt sich für die Gruppe der Patienten mit einer schizoaffektiven Störung (n=14) für HPI-K-N ein Wert von 37,1.

4 Diskussion

4.1 Korrelation der PANSS mit Persönlichkeitsstörungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Korrelation zwischen der PANSS und den einzelnen Persönlichkeitsstörungen ausgewertet und beurteilt. Die Intention dieser Analyse ist es zu untersuchen, ob bestimmte Persönlichkeitsstörungen besonders viele Korrelationen zu den Skalen der PANSS aufweisen und ob diese Korrelationen sich in den diagnostischen Kriterien des DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen wiederfinden. Eine genauere Beurteilung erlaubt die Auswertung der Persönlichkeitsstörungen mit den einzelnen Items der PANSS.

Bei der Interpretation von hohen Werten bei den Korrelationen zwischen der Symptomatik der Achse I-Störung – also der Symptome einer Schizophrenie oder einer schizoauffektiven Erkrankung, die hier mit der PANSS erhoben wurden – und den Persönlichkeitsstörungsdimensionen sollte eine inhaltliche Beurteilung der einzelnen Korrelationen auf Überschneidung der zu messenden Symptome der Störungen auf Achse I und II erfolgen. Eine hohe Korrelation kann in diesem Kontext bedeuten, dass die Instrumente z. B. dieselben Verhaltensweisen und Einstellungen, die bei beiden Störungsbeschreibungen vorkommen, messen, möglicherweise aber die zeitliche Stabilität, die bei Persönlichkeitsstörungen als diagnostisches Kriterium vorherrschen sollte, nicht ausdrücklich genug erfassen und sich in der Folge eine Konfundierung der Messung der Persönlichkeitsstörungen durch die akute Symptomatik der Schizophrenie bzw. der schizoauffektiven Störung trotz des gewählten Cut-off-Wertes ergibt. Eine hohe Korrelation bei inhaltlich sich überschneidenden Symptomen bzw. Störungskriterien kann man allerdings insofern als Zeichen für die Reliabilität der Instrumente werten, als ein vorherrschender Inhalt von beiden gleichermaßen erfasst wird.

4.1.1 PANSS-Korrelationen der positiven, negativen und der Gesamtskala

Bei der Betrachtung der Korrelationen der Persönlichkeitsstörungen mit der positiven Subskala fällt auf, dass nur die schizotype und schizoide Persönlichkeitsstörung eine signifikante Korrelation aufweisen: die der schizotypen Persönlichkeitsstörung ist mit .420 auf dem Niveau von .01 und die der schizoiden Persönlichkeitsstörung mit .335 auf dem Niveau von .05 signifikant. Laut den diagnostischen Kriterien für die schizotype Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV (Saß et al. 1998) ist diese durch Störungen der Wahrnehmung und des Denkens gekennzeichnet und findet sich damit zum Teil in den Items der positiven Subskala wieder.

Die schizoide Persönlichkeitsstörung weist hohe Korrelationen mit der negativen Skala (.425 auf dem Niveau von .01 signifikant) und der Gesamtskala (.503 auf dem Niveau von .01 signifikant) auf. Durch einen Vergleich mit den diagnostischen Kriterien nach dem DSM-IV fallen auch hier Übereinstimmungen auf, wie z. B. Affektverarmung, emotionaler / sozialer Rückzug oder aktiver sozialer Rückzug.

Ebenso gibt es Übereinstimmungen zwischen der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der negativen Subskala (.563 auf dem Niveau von .01 signifikant) sowie der Gesamtskala (.678 auf dem Niveau von .01 signifikant). Im DSM-IV finden sich folgende Gemeinsamkeiten: sozialer Rückzug, mangelnde Beziehungsfähigkeit, soziale Gehemmtheit.

Die depressive Persönlichkeitsstörung zeigt eine signifikante Korrelation mit der Gesamtskala (.634 auf dem Niveau von .01 signifikant), in der Items wie Depressivität, Schuldgefühle und aktiver sozialer Rückzug zu finden sind.

Auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt sich eine signifikante Korrelation mit der Gesamtskala (.391 auf dem Niveau von .01 signifikant). Es finden sich einige Schlüsselmerkmale aus dem Kriterienkatalog des DSM-IV wie z. B. verminderte Impulskontrolle, Selbstbezogenheit, Gespanntheit.

Bei den signifikanten Korrelationen können Übereinstimmungen zwischen den gemessenen Persönlichkeitsstörungseigenschaften und den PANSS-Skalen gefunden werden. Dies spricht für eine Reliabilität beider Instrumente, die den Sachverhalt in vergleichbarer Weise messen. Zu beachten ist, dass die Ergebnisse der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen durch die akute Symptomatik der Patienten überlagert werden können. Dieser Effekt wurde insofern ausgeschaltet, als mit einem Cut-off-Wert bei der Erhebung der PANSS gearbeitet wurde. Des Weiteren wird bei der Erhebung der PANSS nur nach der aktuellen Symptomatik gefragt und nicht nach der Stärke der Ausprägung der Symptome in der Vergangenheit.

In den Interviews des SKID wurde ausführlich über zeitliche Veränderungen und Entwicklungen der Symptome gesprochen; damit ist dieser Faktor ausreichend berücksichtigt.

4.1.2 PANSS-Korrelationen der einzelnen Items

Auch bei der Auswertung der einzelnen Items der positiven Subskala zeigen sich in den meisten Fällen inhaltlich gut nachvollziehbare Korrelationen zu den Persönlichkeitsstörungen. Diese werden im Folgenden detailliert dargestellt. Zu dem Item „Größenwahn“ (P5) zeigen die histrionische (.472 auf dem Niveau von .01 signifikant) und die narzißtische Persönlichkeitsstörung (.599 auf dem Niveau von .01 signifikant) eine hohe Korrelation. Im DSM-IV wird die histrionische Persönlichkeitsstörung als Streben nach Aufmerksamkeit, Selbstdramatisierung und übermäßiger Emotionalität beschrieben. Dies sind zwar noch keine Eigenschaften, die auf einen Größenwahn hindeuten, jedoch gehen alle diese Persönlichkeitseigenschaften in die gleiche Richtung. Die narzißtische Persönlichkeitsstörung hingegen ist gekennzeichnet durch das Bedürfnis nach Bewunderung, das Gefühl der eigenen Wichtigkeit und überhebliche Verhaltensweisen.

Auch bei der Betrachtung der einzelnen Items der negativen Subskala zeigen sich signifikante Korrelationen. Im Folgenden werden einige der Korrelationen,

sofern sich entsprechende Belege finden lassen, genauer dargestellt. Die schizoide Persönlichkeitsstörung zeigt eine Korrelation mit dem Item „mangelnde Beziehungsfähigkeit“ — N3 (.546 auf dem Niveau von .01 signifikant) und deckt sich mit den diagnostischen Kriterien aus dem DSM-IV (Distanziertheit in sozialen Beziehungen).

Ebenso zeigt die Borderline-Persönlichkeitsstörung (.456 auf dem Niveau von .01 signifikant) eine Korrelation mit dem Item N3. Im DSM-IV wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen beschrieben. Somit ergeben sich hier Überschneidungen, die das Verhalten der Patienten in Beziehungen beschreiben. Auffällig ist ferner, dass die zwanghafte, negativistische, paranoide, schizotype und narzißtische Persönlichkeitsstörung sämtlich mit dem Item „stereotypes Denken“ (N7) korrelieren. Hierin spiegelt sich das generelle Muster aller Persönlichkeitsstörungen, deren gemeinsames Kennzeichen ein unflexibles und in viele Lebensbereiche eingreifendes Verhalten ist.

Innerhalb der Gesamtskala zeigt sich für die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung eine signifikante Korrelation mit den Items „Angst“ — G2 (.454 auf dem Niveau von .01 signifikant), „Schuldgefühle“ — G3 (.430 auf dem Niveau von .01 signifikant) und „Depressivität“ — G6 (.526 auf dem Niveau von .01 signifikant). Insbesondere „Angst“ spielt eine zentrale Rolle in den diagnostischen Kriterien des DSM-IV, beispielsweise als Angst vor Kritik und Zurückweisung. Für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung ergibt sich eine signifikante Korrelation mit dem Item „Fehlende Kooperationsbereitschaft“ — G8 (.387 auf dem Niveau von .01 signifikant). Des Weiteren findet sich im DSM-IV die Beschreibung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Als Kriterien werden beispielsweise Rigidität, „arbeitet ungern mit anderen zusammen“, „zeigt wenig Flexibilität“ genannt. Beachtenswert ist ferner die signifikante Korrelation der depressiven Persönlichkeitsstörung mit den Items „Angst“ — G2 (.646 auf dem Niveau von .01 signifikant) und „Depressivität“ — G6 (.652 auf dem Niveau von .01 signifikant), da hier eine inhaltliche Überschneidung bzw. Übereinstimmung gesehen werden kann. Für die paranoide Persönlichkeitsstörung ergibt sich eine signifikante Korrelation mit den Items „verminderte Impulskontrolle“ — G14

(.492 auf dem Niveau von .01 signifikant) und „Selbstbezogenheit“ — G15 (.388 auf dem Niveau von .01 signifikant). Im DSM-IV finden sich dazu entsprechende diagnostische Kriterien wie z. B. „schnell zornig reagieren“, „wiederholte Verdächtigungen anderer“, „fühlt sich schnell bedroht“ und schließlich „bezieht Angriffe oft auf die eigene Person“.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die in der vorliegenden Arbeit vorgenommene Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen mit den positiven und negativen Skalen der PANSS deckt. Ebenso erwies sich das SKID-II als taugliches Instrument, da die PANSS eine Bestätigung für dessen Ergebnisse liefert. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass sich die signifikanten Korrelationen auf einem mittleren Niveau zwischen .294 und .646 bewegen, also Überlappungen stattfinden.

Aus den bereits in der Einleitung dargelegten Gründen schließt die vorliegende Studie die Überbewertung eines schizophrenen Residuums ebenso wie eine Konfundierung dadurch aus, dass all diejenigen Persönlichkeitsmerkmale exkludiert wurden, die als Ausdruck einer *akuten* Symptomatik einer Achse I-Störung interpretiert werden konnten. Zu diesem Zweck wurde bereits bei der Auswahl der Probanden ein niedriger Cut-off-Wert der PANSS gewählt, um die oben beschriebene Gewichtung der diachronen Veränderungen sicherzustellen, insbesondere da die signifikanten Korrelationen nicht mit allen Items übereinstimmten, sondern nur mit denjenigen, zu denen sich durch die Patienteninterviews ein tragfähiger inhaltlicher Zusammenhang ergeben hatte. Ein Vergleich mit anderen Studien ist aufgrund der verschiedenen Untersuchungsansätze und -instrumente sowie der beschränkten Datenlage nicht möglich.

4.2 Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen

4.2.1 Häufigkeiten der kategorialen Diagnosen

Im einzelnen wurde unter den 45 untersuchten Patienten in der Auswertung für HEUTE dreimal die zwanghafte Persönlichkeitsstörung, zweimal die Borderline-Persönlichkeitsstörung und jeweils einmal die depressive, selbstunsichere und die dependente Persönlichkeitsstörung gefunden; jeweils wurde nur eine Persönlichkeitsstörung pro Patient diagnostiziert. Insgesamt haben damit 17,7 % der Patienten eine Persönlichkeitsstörung. Im einzelnen sind dies fünf Frauen (zweimal mit der Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung, einmal depressiv, einmal dependent, einmal Borderline) und drei Männer (jeweils einmal selbstunsicher, zwanghaft, Borderline).

Wie bereits in Kapitel 1.3.1 dargelegt, hat die kategoriale Diagnostik einige Nachteile. Zwar beträgt der absolute Wert der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen nur 17,7 %; jedoch ist zu berücksichtigen, dass viele Patienten auffällige Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, ohne die kategoriale Diagnose zu erfüllen.

Im Vergleich mit Studien, die nicht-klinische Populationen untersuchten, zeigen unsere Daten deutlich höhere Prävalenzraten für das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen. So fanden Samuels et al. (2002) niedrigere Prävalenzraten unter zufällig ausgewählten Personen einer Gemeinde als in der vorliegenden Studie. Samuels et al. ermittelten bei 742 untersuchten Personen eine Prävalenz von 9 % für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Auch Torgersen et al. (2001) konnten vergleichbare Daten erheben. Sie wiesen eine Prävalenz von 13,4 % von Persönlichkeitsstörungen bei einer repräsentativ ausgewählten Gruppe von Bewohnern Oslos nach.

Im Vergleich zu klinischen Populationen im Allgemeinen — das heißt nicht speziell Schizophreniepatienten — zeigt die hier vorgestellte Arbeit niedrigere Raten als z. B. Zimmerman et al. (2005) sie bei einer Gruppe von 859 ambulanten psychiatrischen Patienten einer Klinik fanden. Bei den dort

vorherrschenden Achse I-Diagnosen handelte es sich um Depressionen, soziale Phobien, generalisierte Angststörungen und Panikstörungen. Die Forschergruppe um Zimmerman konnte eine Prävalenzrate von 31,4 % belegen. Viele Patienten wiesen mehr als nur eine Persönlichkeitsstörung auf. In einer New Yorker Studie zeigte sich bei 45,1 % Patienten mit einer Bipolar-I-Diagnose, die ca. ein Jahr nach der psychiatrischen Hospitalisierung untersucht wurden, eine Persönlichkeitsstörung im SKID-II (Loftus et al. 2006). Noch höhere Raten von Persönlichkeitsstörungen (52 %) erbrachte die Arbeit von Keown et al. (2002) in einer Gruppe von Personen, die in einer kommunalen psychiatrischen Einrichtung behandelt wurden. Zum Vergleich eignet sich auch die Arbeit von Tyrer et al. (1983). Bei zwei Fünftel der Patienten mit einer Neurose — also deutlich häufiger als bei den Patienten unserer Stichprobe — konnten sie zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung nachweisen.

Im Vergleich mit Schizophreniepatienten zeigt unsere Arbeit niedrigere Prävalenzraten als Rodríguez Solano und González De Chávez (2000) ermittelt hatten. Die Forscher aus Madrid hatten Schizophreniepatienten im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen untersucht. Zu diesem Zweck interviewten sie vierzig langjährig erkrankte Patienten und deren Familienangehörige unter Verwendung des *SKID-II* (für *DSM-III-R*). Am häufigsten diagnostiziert wurden die vermeidende, schizoide, paranoide, abhängige sowie die schizotype Persönlichkeitsstörung. 34 Patienten (85 %) wiesen mindestens eine Persönlichkeitsstörung auf, bei 47,5 % der Patienten wurden zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Die Korrelation der einzelnen Persönlichkeitsstörungen hatte bei Rodríguez Solano / González De Chávez einen signifikanten Zusammenhang zwischen der vermeidenden Persönlichkeitsstörung und der schizoiden oder schizotypen Persönlichkeitsstörung einerseits sowie zwischen der schizoiden und schizotypen Persönlichkeitsstörung andererseits ergeben. Darüber hinaus wurden zahlreiche andere Korrelationen beschrieben.

Im obigen Fall darf vermutet werden, dass sich die hohe Prävalenz der festgestellten Persönlichkeitsstörungen aus dem Kontext der Befragung von Familienangehörigen ergibt. Schließlich zeigen sich Persönlichkeitsstörungen

gerade im Umgang mit anderen Menschen, wo sie zur Beeinträchtigung sozialer Beziehungen führen. In diesem Sinne definiert das DSM-IV ein überdauerndes Muster, das zu Beeinträchtigungen in sozialen Bereichen führt, als Kriterium einer Persönlichkeitsstörung. Es kann vermutet werden, dass gerade Angehörige diese Situation als sehr anstrengend und belastend empfinden, so dass sich höhere Prävalenzraten und verstärkte Ausprägungen zeigen.

Wie breit allerdings die Variationen für das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen unter Schizophreniepatienten in der Literatur insgesamt sind, verdeutlicht die Metastudie von Newton-Howes et al. (2007). Bei der Auswertung von 20 Einzelstudien zeigten sich Prävalenzen von 4,5 % bis zu 100 %. Dies verdeutlicht die bisher recht uneinheitliche Datenlage zu Persönlichkeitsstörungen bei psychisch Vorerkrankten, in diesem Falle Personen mit Schizophrenie, schizoaffektiver Störung, schizotyper Störung und anderen Psychosen. Ebenso wiesen Newton-Howes et al. interessante Differenzen hinsichtlich der Prävalenz in verschiedenen Ländern nach. Zudem diagnostizierten Newton-Howes et al. eine höhere Prävalenz in beobachtenden Studien im Vergleich zu Fall-Kontroll-Studien. Die außerhalb von Kliniken befragten Patienten zeigte höhere Werte als Krankenhauspatienten.

Bekanntermaßen beeinträchtigt eine aktuell bestehende Symptomatik einer Achse I-Störung die Erhebung von Persönlichkeitsstörungen. So wurden in einer Studie von Fava et al. (2004) bei manifest depressiven Patienten Persönlichkeitsstörungen häufiger diagnostiziert als nach Remission der Depression. Ähnliche Zusammenhänge zwischen Depression und Persönlichkeitsstörungsdiagnosen zeigten sich auch bei der Befragung von Angehörigen von depressiven Patienten (Case et al. 2007).

Die kontroverse Diskussion der Zusammenhänge zwischen Depression und Persönlichkeitsstörungen trägt der Tatsache Rechnung, dass einerseits die Depression die Persönlichkeitsentwicklung beeinflusst und zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung beitragen kann, andererseits aber deutliche Hinweise vorliegen, dass Persönlichkeitsstörungen selbst zur Entstehung einer

Major depression beitragen können. Es kann daher mit Recht vermutet werden, dass sich eine Beeinflussung durch eine akute Achse I-Symptomatik auch bei anderen Störungsbildern wie z. B. bei den Schizophreniespektrums-erkrankungen finden lässt und die Persönlichkeitsdiagnostik beeinflussen wird.

Daher könnte eine mögliche Erklärung für die etwas geringere Häufigkeit von diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen in der vorliegenden Arbeit als in einigen der erwähnten Studien an der Vorschaltung des PANSS-Fragebogens liegen. Dadurch wurde die Patientenauswahl gleich zu Beginn auf die remittierten Fälle eingegrenzt und — wie oben beschrieben — eine Konfundierung der Persönlichkeitsdiagnose durch die Achse I-Symptomatik weitgehend ausgeschlossen.

Des Weiteren ist zu vermuten, dass der Einsatz von mehreren Tests und Interviews in einer Studie dazu beiträgt, dass eine gewisse Anzahl von Patienten aus der Studie ausgeschlossen werden und daher möglicherweise eher weniger stark betroffene Patienten untersucht werden. Die diversen Gründe, die zum Ausschluss von Patienten führten, sind in Abschnitt 2.1 erläutert worden.

Die Abhängigkeit der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen vom methodischen Ansatz zeigten Torgersen et al. (2001) in einer Auswertung von zehn Studien, in denen die die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung untersucht wurde. Aus dieser Studie geht hervor, dass sich die Prävalenzraten in den verschiedenen Untersuchungen mit Werten zwischen 5,9 % und 22,5 % deutlich voneinander unterscheiden. Daneben zeigt die Verteilung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen keine spezifischen Häufungen. Als mögliche Ursache der Prävalenzunterschiede werden die divergierenden methodischen Ansätze genannt, wobei immerhin sechs der zehn Studien strukturierte Interviews benutzt haben.

Die zentrale Bedeutung des methodischen Vorgehens bzw. der Anwendung verschiedener Tests bei Psychatriepatienten belegten Zimmerman et al. (1990). Sie untersuchten Verwandte von Menschen, die psychiatrisch erkrankt

waren, mit dem *Structured Interview for Personality Disorders* (SIDP) und dem *Personality Disorders Questionnaire* (PDQ) auf das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen hin. Es konnte gezeigt werden, dass beide Tests unterschiedliche Prävalenzwerte ergaben. Nach dem SIDP hatten 13,5 % der Probanden eine Persönlichkeitsstörung, während das PDQ Werte von 10,3 % ergab. Auffallend ist, dass die Diagnose von mehreren Persönlichkeitsstörungen bei einem Probanden öfter mit dem PDQ als mit dem SIDP gestellt wurde.

Ähnliche Unterschiede ermittelten Hogg et al. (1990) durch den Vergleich zweier Fragebögen zur Feststellung von Persönlichkeitsstörungen bei kürzlich erkrankten Schizophreniepatienten. Das Ziel der Arbeit war der methodische Vergleich zweier Fragebögen bzw. Erhebungsinstrumente: SIDP (*Structured Interview for DSM-III Personality Disorders*) und MCMI-I (*Millon Multiaxial Clinical Inventory*). Zusätzlich zu den Interviews wurden den Patienten Fragebögen vorgelegt. Zuvor war durch das *Schedule for the Assessment of Positive and Negative Symptoms* (SAPS bzw. SANS) der aktuelle psychiatrische Befund erhoben worden. Beim SAPS sind Werte im Bereich von Null bis 150 möglich; im Durchschnitt ergab sich für die Probanden ein Wert von 16,2. Für das SANS können Werte zwischen Null und 100 erreicht werden, durchschnittlich ergab sich hier ein Wert von 31,7. Dem SIDP zufolge wiesen 57,5 % der Patienten eine Persönlichkeitsstörung auf. Am häufigsten wurden die antisoziale, die Borderline- und die schizotype Persönlichkeitsstörung gefunden. Im Gegensatz dazu ergab das MCMI-I eine Häufung der abhängigen, narzißtischen und vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Hier wurde bei 70,3 % der Patienten eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Keine Unterschiede gab es im Auftreten der paranoiden oder schizotypen Persönlichkeitsstörungen.

Skodol (2008) konnte zeigen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen Beeinträchtigungen bezüglich ihrer Lebensqualität und ihrer sozialen Interaktionen hinnehmen müssen. Ähnliches hatte die US-amerikanische Forschergruppe schon ein Jahr zuvor gezeigt (Skodol et al. 2007). Sie hatte in einer prospektiven Studie Menschen zu vier unterschiedlichen Zeitpunkten hinsichtlich des Auftretens von Persönlichkeitsstörungen untersucht und deren

Entwicklung bezüglich einer verschlechterten Langzeitprognose dargestellt. Die schlechtesten Ergebnisse zeigten sich für Langzeiterkrankte und für Späterkrankte. Patienten mit einer Remission ihrer Erkrankung wiesen deutlich mildere Verläufe auf. Bereits einige Jahre zuvor hatten Skodol et al. (2002) gezeigt, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auch subjektiv deutliche Beeinträchtigungen ihres Lebens empfinden. Rückblickend und subjektiv berichteten die Patienten über eine Zunahme ihrer Symptome und der damit verbundenen Beeinträchtigungen.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und der genannten Studien lässt sich ableiten, dass die frühzeitige Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als Komorbidität bei Schizophreniepatienten unverzichtbar ist, um eine geeignete Therapie zu gewährleisten. In diesem Sinne hatten Bender et al. (2001) festgestellt, von welcher Bedeutung die Wahl einer geeigneten Therapie für Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist. Die Autoren kritisierten, dass diese Patienten zu häufig medikamentös behandelt wurden und zu oft stationäre Krankenhausaufenthalte aufwiesen.

4.3 Persönlichkeitsstörungsdimensionen

Für die Vorteile des dimensionalen Ansatzes bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gibt es zahlreiche Arbeiten, die ausführlich in Kapitel 1.3.1 vorgestellt worden sind (Clark et al. 1997, de Ruiter et al. 2000, Skodol et al. 2005). Aufgrund dessen wird der Vergleich zwischen den subjektiven Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen vor und nach Beginn einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis auf diesen Ansatz beschränkt.

4.3.1 Korrelationen der dimensionalen SKID-II-Skalen mit allen Persönlichkeitsstörungen

In allen drei Clustern zeigen sich hohe Korrelationen zwischen den für FRÜHER erhobenen und den aktuellen Werten der einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Für Cluster A sind Korrelationen für die paranoide und für die schizotype Persönlichkeitsstörung .365 bzw. .357 auf dem Niveau von .05. Die Korrelationen der Cluster B-Persönlichkeitsstörungen betragen für die antisoziale .457 und für die Borderline-Persönlichkeitsstörung .435 (beides auf dem Niveau von .01), für die histrionische .326 und für die narzißtische .347 (beides auf dem Niveau von .05). Die Korrelationen der Cluster C-Persönlichkeitsstörungen betragen für die selbstunsichere .595, für die zwanghafte .400 und für die negativistische .397 (sämtlich auf dem Niveau von .01).

4.4 Häufigkeiten der dimensionalen Score-Skalen

4.4.1 Entwicklung der Persönlichkeitsstörungsdimensionen über die Zeit

Bei der Korrelation der Ergebnisse der Persönlichkeitsstörungsdimensionen für die aktuelle Persönlichkeitspathologie (HEUTE) und der Symptomatik auf Persönlichkeitsebene, welche von den Patienten für die Zeit vor der Manifestation der Schizophrenie bzw. schizoaffektiven Erkrankung angegeben wird (FRÜHER), zeigten sich in allen Fällen signifikante Koeffizienten mit Werten zwischen .147 und .595 auf dem Niveau zwischen .01 und .05. Die Übereinstimmungen zwischen den beiden Ergebnissen sind mittel bis hoch. Dies bedeutet, dass sich bei diesen Persönlichkeitsstörungsdimensionen ein relativ stabiles zeitliches Muster zeigt, dessen Auffälligkeiten sowohl in der Analyse der Befragung von FRÜHER als auch HEUTE auftauchen. Diese Korrelationen zwischen den Ergebnissen des aktuellen Persönlichkeitsbefundes und der von den Patienten erinnerten Persönlichkeitspathologie vor Ausbruch der Schizophrenie bzw. schizoaffektiven Erkrankung stimmen mit der geltenden Definition im DSM-IV überein. Dort wird der Verlauf wie folgt beschrieben: „Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar [...] im Zeitverlauf stabil [...]“ (Saß et al. 1998).

Auch die Ergebnisse des T-Tests zeigen für alle Persönlichkeitsstörungsdimensionen eine signifikante Zunahme der Persönlichkeitsmerkmale über die Zeit hinweg. Das bedeutet, dass sich bei vielen Patienten im Verlauf der Zeit deutlicher ausgeprägte Persönlichkeitspathologien bis hin zu manifesten Persönlichkeitsstörungen entwickelt haben. Dieser Befund deckt sich mit der Selbstauskunft der Patienten. So findet sich in der kategorialen Auswertung der von den Patienten erinnerten Persönlichkeitspathologie vor der Manifestation der Schizophreniespektrumserkrankung (FRÜHER) im SKID-II keine Persönlichkeitsstörung. Bei der kategorialen Auswertung der aktuellen Persönlichkeitsstörungssymptomatik (HEUTE) im SKID-II wird jedoch bei acht Patienten eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Im Gegensatz hierzu wurde in vergleichbaren Studien, die die zeitliche Stabilität der Diagnosekriterien bei Persönlichkeitsstörungen thematisierten, bei den untersuchten Patienten parallel zu einer gewissen Stabilität der Persönlichkeitspathologie eine Abnahme dieser Symptome im Verlauf der Untersuchungszeiträume beobachtet. So konnten Shea et al. (2002) im Vergleich von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung und Patienten mit einer *Major depression* für die Patienten mit der Persönlichkeitsstörung ein zeitlich stabileres Muster aufzeigen. Die Diagnosekriterien nahmen leicht ab, jedoch nicht so stark wie in der Kontrollgruppe der Patienten mit einer *Major depression*. Lenzenweger (1999) wies in seiner Studie ebenfalls eine zeitliche Stabilität der Persönlichkeitspathologie nach. In klarem Gegensatz hierzu konnte Skodol (2008) in vier Studien eine Abnahme belegen. Ebenso zeigten Zanarini et al. (2003) eine Remission bei Borderlinepatienten auf; zu ähnlichen Ergebnissen kamen Johnson et al. (2000) und Shea et al. (2002).

Unsere Ergebnisse zeigen eine eindeutige Zunahme der Persönlichkeitspathologie, wie sie auch von den Patienten in der Rückschau subjektiv beschrieben wird. Die Vergleichsstudien (Lenzenweger 1999, Skodol 2008, Zanarini et al. 2003, Johnson et al. 2000, Shea et al. 2002), die die Entwicklung der Persönlichkeitspathologie bei Patienten in allgemeinen klinischen und nicht-klinischen Populationen untersuchten, können dagegen ausnahmslos eine Stabilität oder sogar eine Abnahme der Symptome nachweisen.

Für dieses Phänomen sind mehrere Erklärungen denkbar. Erstens kann bei unseren Patienten ein Gedächtnisbias vorliegen in dem Sinne, dass die Zeit vor der schizophrenen bzw. schizoaffektiven Erkrankung von den Patienten in allen Fällen in spezieller Weise erinnert wird, so dass man von einer „Glorifizierung der gesunden Zeit“ sprechen könnte. In fast allen Fällen wird die Zeit vor der Achse I-Erkrankung von den Patienten insgesamt als „besser“, „einfacher“ und „normaler“ erinnert. Alle Schwierigkeiten, also auch die interaktionellen Probleme, die aus maladaptiven Persönlichkeitszügen resultieren, werden in der Erinnerung der Patienten mit dem Beginn der Schizophrenie bzw. schizoaffektiven Erkrankung gleichgesetzt. Eine weitere Möglichkeit, das

Erinnerungsbias aufzudecken, könnte darin bestehen, sich mit anderen Aspekten der Lebenswelt der Patienten zu beschäftigen. Ausgangspunkt einer solchen Vorgehensweise könnte beispielsweise die Lebensqualität des Patienten bilden, und zwar in der Form, wie sie vom Patienten vor dem Beginn seiner Erkrankung erinnert wird. Einschränkend muss dabei jedoch festgehalten werden, dass der Verlauf von Persönlichkeitsstörungspathologieausprägung und Lebensqualität bei klinischen und nicht-klinischen Populationen nicht parallel verläuft (Skodol 2008, Zanarini et al. 2003, Johnson et al. 2000, Shea et al. 2002).

Zweitens ist es möglich, dass Patienten mit Grunderkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis weitaus anfälliger für die Entwicklung von Persönlichkeitsauffälligkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen sind. Ähnliche Interaktionen zwischen Achse I- und Achse II-Erkrankungen wurden in der Literatur bereits für andere Achse I-Störungen gefunden und diskutiert. So wird von einigen Autoren eine gegenseitige Beeinflussung von Achse I- und Achse II-Störungen angenommen. Eine frühe Manifestation der Achse I-Störungen kann möglicherweise bei Kindern und Adoleszenten die Entwicklung von maladaptiven Verhaltensweisen begünstigen, welche später in Persönlichkeitsstörungen einmünden. Umgekehrt können auch auffällige Persönlichkeitszüge zu Achse I-Störungen prädisponieren (Bank et al. 2001). Auch Johnson et al. (1999) konnten in einer longitudinalen Studie zeigen, dass Adoleszente mit einer Persönlichkeitsstörung ein mehr als doppelt so hohes Risiko aufweisen, im jungen Erwachsenenalter eine Achse I-Störung bis hin zur Suizidalität zu entwickeln. Diese Korrelation blieb auch nach einer statistischen Kontrolle der Achse I-Störungen in der Adoleszenz signifikant.

Ein dritter Erklärungsansatz wäre die Hypothese einer Persönlichkeitsveränderung als Folge einer schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störung. Bezüglich der Entwicklung der Persönlichkeitspathologie vom Kind zum Erwachsenen findet sich in der prospektiven Studie von Dalkin et al. (1994) eine interessante Beobachtung. Der Studie zufolge zeigten sich bei späteren Schizophreniepatienten schon in der Jugend Auffälligkeiten wie schizoide Persönlichkeitszüge. Die Autoren legten besonderen Wert auf die Analyse der

Entwicklung möglicher Auffälligkeiten im Kindes- und Erwachsenenalter. Im Zuge der Datenerhebung wurden neben den Patienten selbst auch Eltern oder Ehepartner befragt. Während in der Kindheit noch keine Auffälligkeiten festzustellen waren, bildeten sich bei den späteren Schizophreniepatienten bereits in der Jugend vermehrt schizoide Persönlichkeitszüge heraus. Im Erwachsenenalter wiesen diese Patienten zudem verstärkt Züge von paranoidem und aufbrausendem Verhalten auf.

Um richtungsweisende Ergebnisse in Bezug auf die genannten Erklärungsansätze zu erhalten, wäre eine fortlaufende Befragung einer großen Personengruppe durchzuführen, die zum Zeitpunkt der ersten Befragung als gesund angesehen wird. Bei diesem Vorgehen wäre unbedingt auf die einschränkenden Bedingungen zu achten, die vor der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gegeben sein müssen, insbesondere die weitgehende Remission der Schizophrenie bzw. schizoaffektiven Störung. Zudem wäre dem starken Selektionsbias des Patientenkollektivs ebenso Rechnung zu tragen wie den unterschiedlich langen und in Einzelfällen von der Achse I-Symptomatik abhängigen Befragungszeiträumen. Erst danach könnten die maladaptiven Persönlichkeitseigenschaften erhoben werden. Im Anschluss daran könnte bei denjenigen Patienten, die unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, eine genaue Befragung hinsichtlich der Veränderung beziehungsweise des Neuauftretens von Persönlichkeitsstörungen durchgeführt werden. Dieser Ansatz würde allerdings einen gewissen organisatorischen Aufwand bedeuten.

Wie bereits betont, berichten die für die vorliegende Studie befragten Patienten hinsichtlich aller Persönlichkeitsstörungen von einer signifikanten Zunahme der Persönlichkeitspathologie. Selbst wenn es sich hierbei um ein Erinnerungsbias handeln sollte, scheint die Beeinträchtigung durch interaktionelle Probleme aufgrund von maladaptiven Persönlichkeitstraits unabhängig von der allgemeinen Lebensqualität zu sein, wie diverse Studien zeigen, die sich mit dem Verlauf von Lebensqualität und Persönlichkeitspathologie beschäftigen (Skodol 2008, Zanarini et al. 2003, Johnson et al. 2000, Shea et al. 2002). Einzelne dieser Studien (beispielsweise Skodol 2008) zeigen, in welchem

Ausmaß Patienten mit Persönlichkeitsstörungen psychosozial beeinträchtigt sind. Vor dem Hintergrund des offensichtlichen Leidensdrucks erscheint die Frage zweitrangig, ob es sich um eine subjektive oder objektive Verschlechterung der Persönlichkeitspathologie handelt. Eine Mitbehandlung dieser Komorbidität erscheint bei Schizophrenie bzw. schizoaffektiver Störung als nötig und sinnvoll.

4.5 HPI-Ergebnisse

Die Auswertung der HPI-Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigt für die untersuchte Gruppe höhere Werte in den Bereichen *Neurotizismus* sowie *Kontrolliertheit und Normorientierung* als für die Kontrollgruppe. Zu ähnlichen Ergebnissen wie in der vorliegenden Arbeit waren 2005 bereits Camisa et al. beim Vergleich einer gesunden Kontrollgruppe mit Patienten, die unter einer schizoaffektiven Störung litten, gekommen. Die Forschergruppe um Camisa fand für die Patienten mit einer schizoaffektiven Störung höhere Werte im Bereich *Neurotizismus*. Ebenso ergibt die Analyse der Neurotizismus-Skala des HPI in der vorliegenden Studie für die Gruppe der Patienten mit einer schizoaffektiven Störung einen höheren Wert als in der Kontrollgruppe; auch dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Camisa et al. (2005). Somit weist unser Patientenkollektiv eine annähernd vergleichbare Persönlichkeitsstruktur auf. Dies kann als externes Validitätskriterium in dem Sinne, dass unser Kollektiv sich zumindest im Hinblick auf die Normalpersönlichkeit nicht wesentlich von anderen schizophren bzw. schizoaffektiv Erkrankten unterscheidet, gewertet werden.

5 Zusammenfassung

Das DSM-IV erlaubt, neben einer psychischen Erkrankung (Achse I-Störung) auch Persönlichkeitseigenschaften bzw. Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II zu diagnostizieren. Wie Newton-Howes et al. (2007) in ihrer Metastudie zeigen konnten, gibt es zum Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Schizophrenie-Spektrumsstörungen bisher nur wenige Studien. Die Angaben über die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind mit 4,5 % bis 100 % überaus heterogen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, wie häufig Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer chronischen Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung während einer weitgehend remittierten Phase auftreten. Durch die Befragung im Hinblick auf verschiedene Lebensabschnitte — vor dem Auftreten der Achse I-Störung und aktuell — wird versucht, eine zumindest subjektive Veränderung der Persönlichkeit im Krankheitsverlauf zu erfassen.

Einschlusskriterien waren das Vorliegen einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung nach DSM-IV-TR mit mehr als einer Krankheitsepisode und eine Altersspanne von 18 bis 65 Jahren. Persönlichkeitsmerkmale wurden mit Hilfe des SKID-II-Screeningfragebogens und -Interviews erhoben. Zur Kontrolle einer Konfundierung durch die akute Symptomatik einer Achse I-Störung wurde ein PANSS-Interview vorgeschaltet. Patienten wurden nur eingeschlossen, wenn die Ergebnisse der PANSS-Items ≤ 4 oder maximal fünf Items gleich 4 waren.

Die Ergebnisse der Korrelationen der PANSS mit den Persönlichkeitsdimensionen zeigten insgesamt inhaltlich begründbare, zumeist nur mittelstarke Übereinstimmungen mit den Diagnosekriterien des DSM-IV.

In der Auswertung der kategorialen Score-Skalen des SKID-II zeigte sich eine Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen von 17,7 %. In der Literatur finden sich

in ähnlichen Arbeiten durchaus stark nach oben oder stark nach unten abweichende Prävalenzwerte. Diese Unterschiede scheinen in hohem Maße abhängig von der Methode (Interview, Fragebogen, Befragungen Dritter) und dem Patientenkollektiv zu sein.

Beim Vergleich der nach FRÜHER und HEUTE aufgeschlüsselten Persönlichkeitsstörungsstruktur zeigen sich im Verlauf der Zeit Änderungen der maladaptiven Persönlichkeitseigenschaften der Patienten. Bei allen Persönlichkeitsstörungsdimensionen ist durchweg eine Zunahme der Symptomatik festzustellen.

Bezüglich der Ergebnisse zum zeitlichen Verlauf der Ausprägung von Persönlichkeitsstörungen weichen die in der vorliegenden Arbeit erzielten Ergebnisse deutlich von den Ergebnissen anderer Forscher im klinischen (Grilo et al. 1998, Shea et al. 2002, Zanarini et al. 2003) und im nicht-klinischen (Lenzenweger 1999, Johnson et al. 2000) Bereich ab, die jeweils eine Besserung der Persönlichkeitsstörungssymptomatik zeigten.

Mittels des HPI konnten in der vorliegenden Studie hinsichtlich der Basisdimensionen der Normalpersönlichkeit Persönlichkeitsausprägungen, wie sie bereits Camisa et al. (2005) beschrieben haben, nachgewiesen werden.

Für zukünftige Arbeiten zu diesem Thema könnte eine genaue Betrachtung der zeitlichen Stabilität der Erkrankung aufschlussreich sein. Inwieweit zeigten diese Ergebnisse nur eine subjektive Persönlichkeitsveränderung, inwieweit ist diese objektivierbar? Wie empfinden Angehörige und Freunde die Persönlichkeitsentwicklung? Und schließlich ist in Anlehnung an Skodol (2008) zu fragen, wie die Beeinträchtigung der Patienten durch diese Veränderungen beziehungsweise die Wahrnehmung von Veränderungen und die Lebensqualität der Patienten aussehen.

6 Literaturverzeichnis

Andresen B (2001) HPI Hamburger Persönlichkeitsinventar. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen Bern Toronto Seattle, S. 75-80, 86, 114-115.

Bank P, Silk K (2001) Axis I and Axis II Interactions. *Current Opinion in Psychiatry* 14: 137-142.

Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH (2000) Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry* 157: 2011-2016.

Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG (2001) Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 158: 295-302.

Bronisch T (1992) Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie* 2: 140-150.

Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P, Rae LL, Brenner CA, O'Donnell BF (2005) Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research* 133: 23-33.

Case BG, Biel MG, Peselow ED, Guardino M (2007) Reliability of personality disorder diagnosis during depression: the contribution of collateral informant reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115: 487-491.

Clark LA, Livesley WJ, Morey L (1997) Special Feature: Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders* 11 (3): 205-231.

Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 188: 423-431.

Cuesta MJ, Peralta V, Caro F (1999) Premorbid Personality in Psychoses. *Schizophrenia Bulletin* 25 (4): 801-811.

Dalkin T, Murphy P, Glazebrook C, Medley I, Harrison G (1994) Premorbid Personality in First-Onset Psychosis. *British Journal of Psychiatry* 164: 202-207.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2005) Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 103-106, 123-125, 223-253.

Ebert D (2005) *Psychiatrie systematisch*, 6. Aufl., UNI-MED Verlag AG, Bremen.

Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, Wright E, Alpert JE, Sonawalla S, Nierenberg AA, Worthington JJ 3rd (2004) Personality disorder and depression. *Ann Clin Psychiatry* 16 (4): 217-224.

Fiedler P (2001) *Persönlichkeitsstörungen*, 5. Aufl., Psychologie Verlags Union, Verlagsguppe Beltz, Weinheim, S. 13-20, 31-33.

Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen Bern Toronto Seattle.

Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS (1998) Frequency of Personality Disorders in Two Age Cohorts of Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry* 155: 140-142.

Heumann KA, Morey LC (1990) Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147 (4): 498-500.

Hoenig J (1983) The Concept of Schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider. *British Journal of Psychiatry* 142: 547-556.

Hogg B, Jackson HJ, Rudd RP, Edwards J (1990) Diagnosing Personality Disorders in Recent-Onset Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178 (3) 194-199.

Huber G (2005) *Psychiatrie, Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, 7. Aufl., Schattauer, Stuttgart New York.

Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brook JS (1999) Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry* 56 (9): 805-811.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS (2000) Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102: 265-275.

Kendell RE (2002) The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry* 180: 110-115.

Keown P, Holloway F, Kuipers E (2002) The prevalence of personality disorders, psychotic disorders and affective disorders amongst the patients seen by a community mental health team in London. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 37: 225-229.

Keshavan MS, Duggal HS, Veeragandham G, McLaughlin NM, Montrose DM, Haas GL, Schooler NR (2005) Personality Dimensions in First-Episode Psychoses. *American Journal of Psychiatry* 162: 102-109.

Lenzenweger MF (1999) Stability and Change in Personality Disorder Features. The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 56: 1009-1015.

Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford.

Loftus ST, Jaeger J (2006) Psychosocial Outcome in Bipolar I Patients With a Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194 (12): 967-970.

Lysaker PH, Bell MD, Kaplan E, Greig TC, Bryson GJ (1999) Personality and Psychopathology in Schizophrenia: The Association between Personality Traits and Symptoms. *Psychiatry* 62: 36-48.

Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P (1998) Premorbid Adjustment and Personality in People With Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 172: 308-313.

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.

Möller HJ, Laux G, Deister A (2001, 2005) *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart, S. 142.

Naber D, Lambert M (2004) *Schizophrenie*, Thieme Verlag, Stuttgart.

Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T (2006) Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry* 188: 13-20.

Newton-Howes G, Tyrer P, Moore A, Nur U (2007) Personality disorder and outcome in schizophrenia: A negative systematic review. *Personality and Mental Health* 1: 21-26.

Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M (2008) The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychological Medicine* 38 (8): 1075-1082 (Epub 2007 Dec 10).

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, 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 (11):1611-12.

Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, Grann M, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E, Söderberg S (1998) DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *Eur Psychiatry* 13: 246-253.

Paris J (2005) Outcome and Epidemiological Research on Personality Disorders: Implications for Classification. *Journal of Personality Disorders* 19 (5), 557-562.

Pfizer (2003) Neuroscience (Sonderdruck, o. O. u. J.).

Rodríguez Solano JJ, González De Chávez M (2000) Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 44: 137-144.

de Ruiter C, Greeven PG (2000) Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders* 14 (2): 162-170.

Samuels J, Eaton WW, Bienvenu III OJ, Brown CH, Costa Jr. PT, Nestadt G (2002) Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 180: 536-542.

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, 2. Aufl., Hogrefe-Verlag, Göttingen Bern Toronto Seattle, S. 17-23, 327-352, 711-760.

Scharfetter C (2001) Eugen Bleuler 1857-1939. Studie zu seiner Psychopathologie, Psychologie und Schizophrenielehre. Juris-Druck und Verlag, Dietikon, S. 57-68.

Shea MT, Stout R, Gunderson J, Morey LC, Grilo CM, McGlashan T, Skodol AE, Dolan-Sewell R, Dyck I, Zanarini MC, Keller MB (2002) Short-Term Diagnostic Stability of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 159: 2036-2041.

Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM (2002) Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 159: 276-283.

Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL (2005) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and Implications. *Journal of Personality Disorders* 19 (5): 487-504.

Skodol AE; Johnson JG, Cohen P, Sneed JR, Crawford TN (2007) Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *British Journal of Psychiatry* 190: 415-420.

Skodol AE (2008) Longitudinal Course and Outcome of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 31: 495-503.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry* 58: 590-596.

Tyrer P, Alexander MS, Cicchetti D, Cohen MS, Remington M (1979) Reliability of a Schedule for Rating Personality Disorders. *British Journal of Psychiatry* 135:168-174.

Tyrer P, Casey P, Gall J (1983) Relationship between Neurosis and Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry* 142: 404-408.

Tyrer P (2005) The Problem of Severity in the Classification of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 19 (3): 309-314.

Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, van den Brink W (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 182: 135-140.

Weber MM, Holsboer F, Hoff P, Ploog D, Hippus H (2000) Edition Emil Kraepelin, Band 1 Persönliches Selbstzeugnisse, belleville Verlag Michael Farin, München, S. 7-8, 82-83.

Wickett A, Essman W, Beck-Jennings J, Davis L, McIlvried J, Lysaker PH (2006) Cluster B and C Personality Traits, Symptom Correlates, and Treatment Utilization in Postacute Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194 (9): 650-653.

Widiger TA (1992) Categorical versus dimensional classification: implications from and for research. *Journal of Personality Disorders* 6 (4): 287-300.

Widiger TA, Simonsen E (2005) Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. *Journal of Personality Disorders* 19 (2): 110-130.

Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T, *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Handanweisung*, Hogrefe-Verlag Göttingen (o. J.).

Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, Gunderson JG (1987) The Diagnostic Interview for Personality Disorders: Interrater and Test-Retest Reliability. *Comprehensive Psychiatry* 28 (6): 467-480.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003) The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 160: 274-283.

Zimmerman M, Coryell WH (1990) Diagnosing Personality Disorders in the Community. A Comparison of Self-report and Interview Measures. *Arch Gen Psychiatry* 47 (6): 527-531.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I (2005) The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry* 162 (10): 1911-1918.

Zimmerman M, Chelminski I, Young D (2008) The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. *Psychiatric Clinics of North America* 31: 405-420.

7 Anhang

7.1 Tabellen und Abbildungen

7.1.1 Verzeichnis der Tabellen *(zu den S. 33-46 und 116)*

Tabelle 1: Korrelation PANSS-Subskala / SKID-II

Tabelle 2: Items der PANSS

Tabelle 3: Korrelationen zwischen der positiven Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster A)

Tabelle 4: Korrelationen zwischen der positiven Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster B)

Tabelle 5: Korrelationen zwischen der positiven Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster C)

Tabelle 6: Korrelationen zwischen der negativen Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster A)

Tabelle 7: Korrelationen zwischen der negativen Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster B)

Tabelle 8: Korrelationen zwischen der negativen Subskala und den Ergebnissen des SKID-II (Cluster C)

Tabelle 9: Gesamtskala / SKID-II (Cluster A)

Tabelle 10: Gesamtskala / SKID-II (Cluster B)

Tabelle 11: Gesamtskala / SKID-II (Cluster C)

Tabelle 12a: Korrelationen zwischen FRÜHER und HEUTE der Cluster A-Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 12b: Korrelationen zwischen FRÜHER und HEUTE der Cluster B-Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 12c: Korrelationen zwischen FRÜHER und HEUTE der Cluster C-Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 13: HPI-Skalen

7.1.2 Verzeichnis der Abbildungen *(zu den S. 48-85)*

- Abb. 1a: paranoide dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 1b: paranoide dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 2a: schizotype dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 2b: schizotype dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 3a: schizoide dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 3b: schizoide dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 4a: Borderline dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 4b: Borderline dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 5a: narzißtische dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 5b: narzißtische dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 6a: antisoziale dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 6b: antisoziale dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 7a: histrionische dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 7b: histrionische dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 8a: selbstunsichere dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 8b: selbstunsichere dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 9a: dependente dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 9b: dependente dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 10a: zwanghafte dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 10b: zwanghafte dimensionale Score-Skala HEUTE

- Abb. 11a: depressive dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 11b: depressive dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 12a: negativistische dimensionale Score-Skala FRÜHER
- Abb. 12b: negativistische dimensionale Score-Skala HEUTE
- Abb. 13: Vergleich der Mittelwerte der paranoiden Persönlichkeitsskala
- Abb. 14: Vergleich der Mittelwerte der schizotypen Persönlichkeitsskala
- Abb. 15: Vergleich der Mittelwerte der schizoiden Persönlichkeitsskala
- Abb. 16: Vergleich der Mittelwerte der Borderline-Persönlichkeitsskala
- Abb. 17: Vergleich der Mittelwerte der narzißtischen Persönlichkeitsskala
- Abb. 18: Vergleich der Mittelwerte der antisozialen Persönlichkeitsskala
- Abb. 19: Vergleich der Mittelwerte der histrionischen Persönlichkeitsskala
- Abb. 20: Vergleich der Mittelwerte der selbstunsicheren Persönlichkeitsskala
- Abb. 21: Vergleich der Mittelwerte der dependenten Persönlichkeitsskala
- Abb. 22: Vergleich der Mittelwerte der zwanghaften Persönlichkeitsskala
- Abb. 23: Vergleich der Mittelwerte der depressiven Persönlichkeitsskala
- Abb. 24: Vergleich der Mittelwerte der negativistischen Persönlichkeitsskala
- Abb. 25: Vergleich des arithmetischen Mittels der Kontrollgruppe des HPI-K mit dem arithmetischen Mittel der 45 Studienpatienten

7.1.3 HPI-Skalen

Tabelle 13: HPI-Skalen (aus Andresen 2001)

HPI-Skalen	Inhalte
N	Nervosität, Sensibilität und emotionale Instabilität
E	Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude
O	Offenheit für Erfahrungen
C	Kontrolliertheit und Normorientierung
A	Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft
R	Risiko- und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb

7.2 Danksagung

Mein ganz herzlicher Dank geht an Herrn Professor Dr. Dieter Naber für den Hinweis auf das interessante Dissertationsthema. Ein ganz besonderes Dankeschön an meine Betreuerin Dr. Katrin Schröder für ihre Unterstützung und Hilfsbereitschaft in allen Phasen der vorliegenden Arbeit. Bei allen beteiligten Instituten, Mitarbeitern und Patienten möchte ich mich für die Teilnahme und Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit bedanken. Meinen Eltern gilt mein herzlicher Dank für die Unterstützung und Zusprache in der Zeit des Studiums und der Arbeit an der Dissertation. Zuletzt sei meinem Korrekturteam um Alla Ehrlich und Rainer Fröbe gedankt.

8 Eidesstattliche Versicherung

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.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift:

