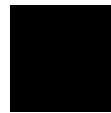


kassel
university



press

**Einfluss von Persönlichkeitsstörungen
und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Erfolg einer
multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen**

Susanne Fricke

Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der Universität Hamburg

Erster Gutachter: PD Dr. B. Andresen

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. I. Hand

Tag der mündlichen Prüfung

25. November 2002

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Zugl.: Hamburg, Univ., Diss. 2002

ISBN 3-89958-019-2

© 2003, kassel university press GmbH, Kassel

www.upress.uni-kassel.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsschutzgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: 5 Büro für Gestaltung, Kassel

Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel

Printed in Germany

1.	EINLEITUNG	9
2.	FORSCHUNGSSTAND	13
2.1	Zwangsstörungen - Beschreibung und Klassifikation	13
2.2	Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen	16
2.2.1	Historische Entwicklung	17
2.2.2	Die gegenwärtigen Klassifikationssysteme	18
2.2.3	Beschreibung und Klassifikation	19
2.2.4	Probleme bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen	21
2.2.4.1	Probleme der Kriterienerfüllung	21
2.2.4.2	Das Problem der Kriterienüberschneidung	22
2.2.4.3	Stigmatisierungsproblem	23
2.2.4.4	Zustandsabhängigkeit der Kriterien	24
2.2.4.5	Implikationen für den eigenen Forschungsansatz	27
2.2.5	Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen	29
2.2.5.1	Strukturierte und standardisierte Interviewverfahren	29
2.2.5.2	Selbstbeurteilungsinstrumente	30
2.2.5.3	Teilstrukturierte Interviews (Checklisten)	32
2.3	Behandlung	33
2.3.1	Multimodale Verhaltenstherapie	33
2.3.2	Pharmakotherapie	39
2.3.3	Allgemeine Prädiktoren für den Behandlungserfolg bei Zwangsstörungen	41
2.3.4	Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Behandlungs- erfolg	44
3.	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	53
4.	METHODIK	56
4.1	Stichprobe	56
4.2	Untersuchungsablauf	59
4.3	Untersuchungsverfahren	61
4.3.1	Biographische und krankheitsbezogene Informationen	61
4.3.2	Zwangssymptomatik	61

4.3.3	Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen	63
4.3.4	Depressivität	64
4.3.5	Soziale Ängste und Defizite	66
4.3.6	Allgemeine Symptombelastung und klinischer Gesamteindruck	66
4.4	Datenanalyse	69
4.4.1	Erfassung des Therapieerfolges	69
4.4.2	Statistische Verfahren	70
4.4.3	Signifikanzniveau	72
5.	ERGEBNISSE	72
5.1	Stichprobenbeschreibung: Soziodemographische und Krankheitsvariablen	72
5.2	Veränderungen in der Psychopathologie	76
5.3	Stichprobenbeschreibung: Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen	76
5.4	Veränderungen in Persönlichkeitsakzentuierungen und sozialen Kompetenzen	79
5.5	Einfluss depressiver Symptomatik	80
5.5.1	Depressive Symptomatik als eigenständiger Prädiktor	81
5.5.2	Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und Beschreibung der Persönlichkeit	82
5.6	Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieerfolg	84
5.7	Einfluss von Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Therapieerfolg	87
5.8	„Gesamtgestörtheit“ der Persönlichkeit und Therapieerfolg	89
5.9	Spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen als Prädiktoren	91
6.	DISKUSSION	97
7.	ZUSAMMENFASSUNG	113
8.	LITERATUR	117

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater, Herrn PD Dr. Burghard Andresen, danken, der sich immer Zeit für meine Fragen nahm, auch wenn er sehr beschäftigt war. Der Austausch mit ihm war äußerst konstruktiv und motivierend. Sein außerordentliches Wissen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen hat mich immer wieder beeindruckt und an vielen Stellen die vorliegende Arbeit bereichert.

Des weiteren möchte ich dem Leiter des Arbeitsbereiches Verhaltenstherapie, Herrn Prof. Dr. Iver Hand, danken. Die Durchführung der vorliegenden Studie wäre ohne ihn nicht möglich gewesen. Besonders wertvoll war für mich, dass er einerseits meinen selbständigen Arbeitsstil respektierte, gleichzeitig aber immer für mich da war, wenn ich fachliche und praktische Unterstützung brauchte.

Ganz besonders möchte ich mich auch bei Herrn Dr. Steffen Moritz bedanken. Ohne seine Ermutigung zu Beginn wäre diese Arbeit vielleicht nicht zustande gekommen. Im weiteren Verlauf waren nicht nur seine inhaltlichen und methodischen Anregungen, sondern auch seine freundschaftliche Unterstützung sehr wertvoll für mich.

Verschiedene Kolleginnen und Kollegen haben mich bei der Datenerhebung unterstützt. Dank schulde ich Frau Dipl. Psych. Änne Böthern, Herrn Dipl. Psych. Dirk Jacobsen und Herrn Dipl. Psych. Martin Kloss aus der Arbeitsgruppe Neuropsychologie für die Durchführung von Interviews, ebenso den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verhaltenstherapeutischen Tagesklinik für ihre Kooperation bei der Untersuchung der Tagesklinik-Patienten. Dank gilt auch meinen Kolleginnen und Kollegen auf der Station für ihre Vertretung während der Phase der Freistellung für diese Arbeit.

Frau Dipl. Psych. Eva-Catrin Fischbach möchte ich danken für ihre fachlichen Anregungen beim Korrekturlesen. Frau Margot Ebsen-Schlüter, Herrn Uwe Steffens und meinem Vater, Herrn Dieter Fricke, schulde ich Dank dafür, dass sie ihre fundierten Kenntnisse der neuen Rechtschreibung für die Korrektur dieser Arbeit zur Verfügung stellten.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Prof. Dr. Armin Schmidtke, dem Leiter des Bereiches Klinische Psychologie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg, der mein Interesse an dem Thema Persönlichkeitsstörungen geweckt hat. Während der Erstellung dieser Arbeit wurde mir immer wieder deutlich, wie viel ich bei ihm gelernt habe.

Zeitlich-räumlich, aber nicht inhaltlich zuletzt danke ich allen Patienten, die an dieser Untersuchung teilnahmen. Ohne diese Personen, von denen eine Reihe teils geduldig, teils selbst interessiert auch dann kooperativ waren, wenn sie keinen unmittelbaren Nutzen für sich selbst sehen konnten, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Eigentlich bin ich ganz anders,
nur komm' ich so selten dazu.

Ödön v. Horváth

1. EINLEITUNG

Die Zwangsstörung galt lange Zeit als seltene und kaum behandelbare Erkrankung. Neuere epidemiologische Studien haben jedoch ergeben, dass diese Störung mit einer Lebenszeitprävalenz von 2 - 3 % zu den häufigeren psychischen Erkrankungen gehört (vgl. Rasmussen & Eisen, 1992). Mit Entwicklung verhaltenstherapeutischer Techniken der Exposition und Reaktionsverhinderung und der Einführung spezifischer Psychopharmaka, den (selektiven) serotonergen Wiederaufnahme-Hemmern, stehen außerdem seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, deren Wirksamkeit in vielen Studien nachgewiesen werden konnte. Weitere Fortschritte erbrachte die Entwicklung kognitiver Techniken, so dass mittlerweile sehr gute verhaltenstherapeutische und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten für Zwangsstörungen bestehen.

Trotz beeindruckender Erfolgsquoten gibt es nach wie vor einen nicht unerheblichen Prozentsatz von Patienten, der von dieser Behandlung nicht profitieren kann. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von unselektierten Patienten in der Routineversorgung, die häufig komplexere Zwangserkrankungen und weitere komorbide Erkrankungen aufweisen. Therapeuten sind außerdem nicht selten damit konfrontiert, dass Patienten zwar Fortschritte erzielen, doch trotz eindrucksvoller Symptomreduktion weiter unter erheblich beeinträchtigenden Zwängen leiden.

Persönlichkeitsstörungen spielten lange Zeit in der Wissenschaft nur eine untergeordnete Rolle. Erst mit der Einführung operationalisierter Diagnosesysteme im Jahr 1980 (DSM-III; American Psychiatric Association) begann eine vermehrte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der Persönlichkeitsstörungen (Bronisch, 1992; Fiedler, 2001). Daraus resultierte auch die Entwicklung geeigneter diagnostischer Instrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Das Konzept ist jedoch weiterhin mit einer Reihe von zum Teil gegenstandstypischen Problemen behaftet, die unter anderem aus der Schwierigkeit resultieren, die vielfältigen charakteristischen Eigenschaften und Verhaltensweisen einer

Person sowie deren Abweichungen von gesellschaftlichen Erwartungen, die je nach Kontext sehr variieren können, einheitlich definieren und wissenschaftlichen Untersuchungen zugänglich machen zu können. Nach wie vor besteht eine anhaltende Diskussion um dieses Konzept, eine Reihe von theoretischen und methodischen Problemen ist (noch) nicht gelöst (Wittchen, 1996). Auch Andresen (2001, S. 4) konstatiert einen „durch multiplen Dissens gekennzeichneten Sachstand“, der für die langsamen Fortschritte in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen verantwortlich sei. Er stellt fest, dass daher die Entwicklung klarer und einfacher diagnostischer Standards in der näheren Zukunft nicht zu erwarten sei.

Trotz der großen Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen in Klinik und Praxis standen lange Zeit auch keine wirksamen Behandlungsverfahren zur Verfügung. Im klinischen Alltag galten diese Störungen als schwer behandelbar und die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen verkomplizierend. Im Zuge des gestiegenen Interesses an Persönlichkeitsstörungen nach Einführung operationalisierter Diagnosesysteme wuchs gleichermaßen das Interesse an der Untersuchung der Auswirkungen von komorbiden Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen als mögliche Erklärung für geringe Erfolge einer Therapie.

Bei Zwangserkrankungen zeigte sich kein kongruentes Muster hinsichtlich negativer Effekte von komorbiden Persönlichkeitsstörungen. Verschiedene Studien wiesen darauf hin, dass diese Diagnosen generell mit einem negativeren Therapieergebnis einhergehen, andere Forscher konnten diese Ergebnisse nur für spezifische Persönlichkeitsstörungen bestätigen (vgl. Csef, 2001), während weitere Arbeitsgruppen keinen Einfluss auf das Therapie-Outcome feststellen konnten.

Konzeptuelle Probleme sowie das Fehlen diagnostischer Standards sind sicherlich Gründe für diese uneinheitliche Befundlage, sie erschweren außerdem einen Vergleich der Studien. Weitere Gründe können in der Konzeption einzelner Untersuchungen liegen. Möglicherweise wurden die

in früheren Studien angebotenen (verhaltenstherapeutischen / pharmakologischen) Behandlungsprogramme den Erfordernissen einer Therapie von Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht gerecht. Therapieangebote bestanden häufig in zeitlich sehr stark limitierten, standardisierten medikamentösen und / oder verhaltenstherapeutischen Programmen (in der Regel Exposition und Reaktionsverhinderung), welche vor allem auf die Reduktion der Zwangssymptomatik abzielten. Eine Pilotstudie und zwei weitere Studien (Ecker & Dehmlow, 1994, 1996; Ruppert, Zaudig, Reinecker, Thora & Hauke, 2001) zur Auswirkung komorbider Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieerfolg bei stationärer multimodaler Verhaltenstherapie wiesen zwar darauf hin, dass persönlichkeitsgestörte Zwangspatienten weniger profitierten als andere Zwangspatienten (im Therapeutenurteil, nicht jedoch im Patientenurteil, soweit es erhoben wurde), leider wiesen diese Studien gravierende methodische Mängel auf, die die Aussagekraft deutlich mindern. Inwieweit eine spezifische Behandlung der Persönlichkeitsstörungen in den multimodalen Ansatz integriert wurde, wurde in den Untersuchungen nicht expliziert. Mittlerweile stehen effektive psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen insgesamt sowie zur Behandlung spezifischer Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung (z.B. Beck & Freeman, 1993; Fiedler, 2000; Linehan, 1996; Sachse, 1999). Da die Stichproben aus Patienten bestanden, die im Zeitraum von 1976 bis 1992 (Ruppert, Zaudig, Reinecker et al., 2001) bzw. seit 1986 (Ecker & Dehmlow, 1994, 1996) in den jeweiligen Kliniken behandelt wurden, ist nicht davon auszugehen, dass neuere psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in der Therapie verwirklicht werden konnten. Ein multimodales verhaltenstherapeutisches Vorgehen, welches neuere Konzepte zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen integriert, könnte somit ein vielversprechender Ansatz für eine effektive Behandlung von Zwangspatienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen sein. Zur Frage, ob und in welchem Ausmaß diese Patienten dann immer noch geringere Therapieerfolge erzielen, fehlen prospektive Untersuchungen.

Die Frage der Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der Behandlung von Zwangserkrankungen ist auch von großer klinischer Relevanz, weisen doch die meisten Studien auf Komorbiditätsraten von über 50 % hin. Der Behandler wäre somit bei jedem zweiten Zwangspatienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung konfrontiert. Bei Therapeuten sind Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht sehr beliebt. Fiedler (2001) weist kritisch darauf hin, dass nach wie vor ein weit verbreiteter immer wieder „nachgebeteter Therapie-Pessimismus“ (S. 409) gegenüber den Persönlichkeitsstörungen besteht. Er stellt die Frage, ob sich dieser Therapiepessimismus nicht im Sinne einer selbst erfüllenden Prophezeiung negativ auf den Therapieerfolg auswirkt. Dies mag ein Faktor sein, die klinische Erfahrung mit persönlichkeitsgestörten Patienten zeigt jedoch, dass sich die Therapie von der anderer Patienten tatsächlich unterscheidet. Es werden besondere Arten von Interaktionen realisiert, die Reaktionsweisen erfordern, die sich von den im Alltag gezeigten Reaktionen unterscheiden. Sachse (1999) berichtet, dass nach seinen Erfahrungen aus Supervisionstätigkeit Therapeuten oft zu spät das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erkennen, häufig erst dann, wenn bereits gravierende Interaktionsprobleme bestehen und die Therapeuten emotional schon sehr belastet sind. Auch hier wären Untersuchungen wünschenswert, die diese Frage klären, Vorurteile widerlegen, aber auch tatsächliche Schwierigkeiten aufzeigen.

Ein Kritikpunkt an früheren Therapiestudien besteht in einer mangelnden Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den therapeutischen Alltag (Hand, Peter & Rufer, 2001; Ruhmland & Margraf, 2001). Aus dem Forschungsbereich stammende Studien weisen im Allgemeinen Besonderheiten hinsichtlich der Patientenselektion auf, diese basieren auf „perfekten“ Patienten, die nicht repräsentativ für alle Zwangspatienten sind (Abramowitz, 1998). Es fehlen Untersuchungen an Patienten, die regelhaft durch das Gesundheitssystem versorgt werden, die gewöhnlich durch eine komplexere Symptomatik (hinsichtlich Zwangssymptomatik, komorbiden psychiatrischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen)

gekennzeichnet sind. Sollen Ergebnisse aus Studien auf die Routineversorgung übertragbar sein, so ist außerdem den praktischen Rahmenbedingungen im therapeutischen Alltag Rechnung zu tragen.

Die vorliegende Arbeit soll zur Überwindung dieser kurz skizzierten und im Folgenden noch ausführlicher dargestellten Probleme einen Beitrag leisten. Ein Ziel besteht insbesondere darin, auch die Erfordernisse in der Routineversorgung zu berücksichtigen, um so zur Verbesserung der Behandlung unter den Bedingungen des therapeutischen Alltags beizutragen.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über den Stand der Forschung zu Zwangserkrankungen und dem Konzept der Persönlichkeitsstörungen gegeben (Kapitel 2). Der Darstellung von konzeptuellen Grundproblemen und daraus resultierenden Schwierigkeiten der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen wird dabei großer Raum gegeben, da es für das Verständnis der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung ist. Fragestellung und Hypothesenformulierung schließen sich an (Kapitel 3). Im Kapitel 4 erfolgt unter der Überschrift *Methodik* die Beschreibung der Stichprobe, des Untersuchungsdesigns, der Untersuchungsverfahren und der Datenanalyse. Kapitel 5 ist der Darstellung der Ergebnisse gewidmet, die dann in Kapitel 6 diskutiert werden.

2. FORSCHUNGSSTAND

2.1 Zwangsstörungen - Beschreibung und Klassifikation

Die Zwangserkrankung wird in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) in die Kategorie der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen eingeordnet. Wesentliche Merkmale sind wiederkehrende Zwangsgedanken, definiert als sich aufdrängende Gedanken, Vorstellungen oder Impulse, die als sinnlos und quälend erlebt werden, und / oder Zwangshandlungen, definiert als stereotype, häufig als sinnlos erlebte Handlungen zur Reduktion oder Vermeidung von Unruhe und Anspannung oder zur Verhinde-

rung des Eintritts von gefürchteten Ereignissen. Bei den Zwangssymptomen sollte es sich um eigene Gedanken oder Impulse des Patienten handeln, es sollte zumindest einem Gedanken oder einer Handlung Widerstand geleistet werden, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen dürfen nicht als angenehm bewertet werden und müssen sich außerdem in unangenehmer Weise wiederholen. Das Krankheitsbild kann vorwiegend aus Zwangsgedanken, vorwiegend aus Zwangshandlungen oder einer gemischten Form bestehen.

Im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994; deutsche Bearbeitung Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) werden Zwangsstörungen bei den Angststörungen eingeordnet, für eine Diagnose müssen Zwangsgedanken und / oder Zwangshandlungen vorliegen. Zwangsgedanken sind definiert als wiederkehrende aufdringliche Gedanken, Vorstellungen oder Impulse, die als Produkt des eigenen Denkens bewertet werden und Angst oder Unbehagen hervorrufen. Die Person unternimmt den Versuch, die Zwangsgedanken zu ignorieren oder zu neutralisieren. Zwangshandlungen sind definiert als wiederholte Verhaltensweisen, zu denen sich die Person gezwungen fühlt und die dazu dienen, Angst oder Unbehagen zu reduzieren. Der Inhalt von Zwangsgedanken und -handlungen wird als übertrieben oder sinnlos bewertet, die Symptomatik ist zeitaufwendig und führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung.

Zwangssymptome können in vielfältigen Formen auftreten. So können Zwangsgedanken aggressive, sexuelle, religiöse Themen beinhalten, sich auf Symmetrie und Ordnung oder auf das Sammeln und Aufbewahren von Gegenständen beziehen (für eine Übersicht siehe Hand & Büttner-Westphal, 1991). Am häufigsten kommen Zwangsgedanken vor, die sich auf Verschmutzung beziehen. Bei den Zwangshandlungen sind Wasch- und Kontrollzwänge am häufigsten. Weitere Beispiele sind Wiederholungszwänge, Zählzwänge, Ordnungszwänge sowie Sammel- und Aufbewahrungszwänge (für eine Übersicht siehe Hand & Büttner-Westphal, 1991).

Eine Zwangsstörung tritt häufig zusammen mit einer depressiven Symptomatik auf. Nach einer Untersuchung von Steketee (1993) sowie einer Übersicht von Rasmussen und Eisen (1992) leidet ca. ein Drittel der Patienten mit einer Zwangserkrankung unter einer komorbiden depressiven Episode. Eine große Zahl von Patienten erfüllt die Kriterien für eine dysthyme Störung (Antony, Downie & Swingson, 1998, zitiert nach Emmelkamp & van Oppen, 2000). Nach Lakatos und Reinecker (1999) stellt eine komorbide depressive Symptomatik die häufigste Komplikation einer Zwangsstörung dar. Neben der Komorbidität mit Depressionen gibt es hohe Komorbiditäten mit anderen Angsterkrankungen (Hand, 2002).

Zur Frage der Komorbidität von Zwangsstörungen mit Persönlichkeitsstörungen sind zahlreiche Studien veröffentlicht worden. Die Angaben zu den Prozentsätzen weisen allerdings große Streuungen auf. Die berichteten Komorbiditätsraten bewegen sich zwischen 9% (Crino & Andrews, 1996; Ruppert, Zaudig, Reinecker et al., 2001) und 100 % (McKay, Neziroglu, Todaro & Yaryura-Tobias, 1996), wobei in der Mehrheit der Studien Raten über 50 % ermittelt wurden (Baer et al., 1990; Bejerot, Ekselius & von Knorring, 1998; Matsunaga et al., 1998; Pigott, L'Heureux, Dubbert, Bernstein & Murphy, 1994; für einen Überblick siehe Black & Noyes, 1997). Die große Varianz in der Befundlage hängt eng mit Problemen der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen zusammen (siehe Kapitel 2.2.4). Zur Frage der Bedeutung spezifischer Persönlichkeitsstörungen ergibt sich ein relativ konsistentes Ergebnismuster, wonach „ängstlich-furchtsame“ Persönlichkeitsstörungen (vermeidend-selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen; American Psychiatric Association, 1994; siehe Kapitel 2.2.3) am häufigsten zu finden sind (Black & Noyes, 1997). Auch hier ist festzuhalten, dass die Raten für einzelne Persönlichkeitsstörungen innerhalb dieser Gruppe sehr stark schwanken. Die Verteilung von Persönlichkeitsstörungen hängt möglicherweise auch von der Art der in der jeweiligen Stichprobe vorliegenden Zwangssymptome ab (Mataix-Cols, Baer, Rauch & Jenike, 2000). Der in der älteren Literatur auf dem Hintergrund psychoanalytischer Theorien

postulierte enge Zusammenhang zwischen Zwangserkrankungen und zwanghafter Persönlichkeitsstörung lässt sich nach neueren Studien nicht halten (Bejerot et al., 1998; Black & Noyes, 1997).

2.2 Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen

Das wissenschaftliche Interesse für das Thema Persönlichkeitsstörungen ist in den letzten zwanzig Jahren sehr stark angestiegen, dennoch ist dieses Konzept nach wie vor mit einer Reihe von zum Teil gegenstandstypischen Problemen behaftet. Andresen (2003, im Druck) weist darauf hin, dass Konzepte von Persönlichkeitsstörungen auch heute noch stark von Traditionen und Konventionen geprägt sind, während eine empirisch fundierte Theorie und ein allgemein akzeptiertes Krankheitsmodell fehlen. Auch der Begriff *Persönlichkeitsstörungen* selbst ist von verschiedener Seite kritisiert worden. Insbesondere wurde auf das Problem der Stigmatisierung durch die Zuschreibung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hingewiesen (vgl. Fiedler, 2001; Lieb, 1998). Insgesamt sind nach wie vor wesentliche diagnostische, konstruktbezogene und klinisch-therapeutische Fragen nicht hinreichend geklärt und Gegenstand vieler Kontroversen. Die nur geringen Fortschritte in der Entwicklung der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und der daraus resultierende negative Einfluss auf die Theorieebene sind nach Andresen (2003, im Druck) Folge dieser Konsensdefizite.

Im Folgenden werden Grundprobleme des Konzeptes der Persönlichkeitsstörungen dargestellt, sofern sie für die vorliegende Arbeit relevant sind. Zum besseren Verständnis des aktuellen Sachstandes wird eine kurze Darstellung wesentlicher Punkte der historischen Entwicklung vorangestellt. Für weitere Einzelheiten wird auf die umfassende Darstellung von Saß (1987) und Fiedler (2001) verwiesen, an denen auch der folgende Überblick orientiert ist.

2.2.1 Historische Entwicklung

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Persönlichkeitsstörungen beginnt mit dem französischen Psychiater Pinel, der mit dem Begriff der „Manie sans délire“ (1809, zitiert nach Saß, 1987) erstmals den Versuch der Beschreibung einer nosologischen Einheit unternahm, die durch eine „Beeinträchtigung der affektiven Funktionen bei ungestörten Verstandeskräften“ (Pinel, 1809, zitiert nach Saß, 1987) charakterisiert ist und für deren Entstehung Umwelt- und Erziehungseinflüsse auf der einen Seite und eine individuelle Veranlagung auf der anderen Seite verantwortlich gemacht werden. Begrifflichkeiten und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen waren in der Folge immer auch mit der Beschreibung von gesellschaftlich abweichendem Verhalten und daraus resultierenden Schwierigkeiten verknüpft (zu nennen wären zum Beispiel die Degenerationslehre, die Entartungslehre und das Konzept der „moral insanity“ (Pritchard, 1835, zitiert nach Saß, 1987)). Diese Akzentuierung des dissozialen und amoralischen Aspektes und die Einengung auf gesellschaftlich negative Formen trug erheblich zur Negativkonnotation des Begriffes Persönlichkeitsstörung und zur moralischen Verurteilung Betroffener bei.

Das Bemühen um eine wertfreiere Auseinandersetzung mit Konzepten von Persönlichkeitsabweichungen findet sich ab 1923 in den Arbeiten von Kurt Schneider (1950). Er beschrieb zunächst abnorme Persönlichkeiten als „Variationen, Abweichungen von einer uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmbareren Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten“ (1950, S. 3). Psychopathische Persönlichkeiten sind „abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet“ (1950; S. 3). Schneider wies darauf hin, dass die Abgrenzung zur Norm unscharf ist, das „Leiden der Gesellschaft“ nicht genau definierbar ist und der situative Kontext einen erheblichen Einfluss darauf nimmt, ob eine Persönlichkeit als abnorm oder als psychopathisch bezeichnet wird. Weiterhin wies Kurt Schneider auf die Gefahr der Etikettierung und Stigmatisierung hin. Er beschrieb zehn verschiedene

Typen von psychopathischen Persönlichkeiten, die neben den allgemeinen Merkmalen durch besondere Eigenschaften idealtypisch gekennzeichnet sind, die neben diesen bestimmenden Eigenschaften jedoch auch vielfältige andere Eigenschaften aufweisen. Die Bildung der zehn Typen erfolgte dabei nach eher pragmatischen Gesichtspunkten („sie sind nach dem ins Auge Fallenden, absichtlich nach dem ärztlich und sozial Wichtigen gebildet“; 1950, S. 52). Zwischen verschiedenen Typen kann es außerdem Überschneidungen geben, da bestimmte Eigenschaften häufig in Kombination mit bestimmten anderen Eigenschaften auftreten.

Kurt Schneiders Beschreibung abweichender Persönlichkeiten und deren Einteilung hat einen starken Einfluss auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Konzepten ausgeübt und alle späteren deskriptiven Typologien, insbesondere auch die Klassifikationssysteme DSM und ICD, maßgeblich geprägt (siehe auch Coolidge & Segal, 1998).

2.2.2 Die gegenwärtigen Klassifikationssysteme

In der Auseinandersetzung mit dem Begriff der Persönlichkeitsstörungen gab es lange Zeit eine Vielzahl von unterschiedlichen theoretischen Grundannahmen, Konzepten und diagnostischen Konventionen mit unterschiedlichen Einflüssen aus Deutschland, Frankreich und dem angelsächsischen Raum. Bemühungen um eine internationale Vereinheitlichung psychiatrischer Diagnostik begannen zwar bereits im auslaufenden 19. Jahrhundert, waren jedoch erst nach dem zweiten Weltkrieg erfolgreich und führten 1948 zur Entwicklung der International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (ICD) mit der Sektion V zur Klassifikation psychischer Störungen durch die Weltgesundheitsorganisation und 1952 zur Entwicklung des Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-I) durch die American Psychiatric Association.

Mit der Einführung des DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) und der ICD-10 (Dilling et al., 1991) begann die operationalisierte Diagnostik psychischer Störungen, die zu einer Vereinheitlichung und besseren Vergleichbarkeit der Diagnosen führte. In beiden Klassifikati-

onssystemen erfolgt die Diagnosestellung nach dem Prototypenmodell. Dies bedeutet, dass für jede Persönlichkeitsstörung eine Reihe von Merkmalen aufgestellt wurde, für die Diagnose eine vorgegebene Mindestzahl von Kriterien, jedoch kein spezifisches Muster erfüllt sein muss (vgl. Saß, Houben, Herpertz & Steinmeyer, 1996). Beide Klassifikationssysteme sind kategorial, sowohl bezüglich der Diagnose einzelner Persönlichkeitsstörungen als auch bezüglich der einzelnen Kriterien ist eine Unterteilung in verschiedene Schweregrade nicht möglich.

2.2.3 Beschreibung und Klassifikation

Persönlichkeitsstörungen werden in den aktuell gültigen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994; deutsche Bearbeitung Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) als stabile und überdauernde Erlebens- und Verhaltensmuster beschrieben, die deutlich von erwarteten und akzeptierten Vorgaben abweichen. Daraus resultierende Interaktionen und Verhaltensweisen der Person erscheinen unflexibel und sozial wenig angepasst, so dass ein persönlicher Leidensdruck und / oder ein nachteiliger Einfluss auf die Umwelt entsteht. Die Abweichungen sollen stabil sein und in der späten Kindheit oder im Jugendalter begonnen haben.

Die ICD-10 unterscheidet neun spezifische Persönlichkeitsstörungen: die paranoide, schizoide und dissoziale Persönlichkeitsstörung, die emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit der Unterteilung in einen impulsiven und einen Borderline-Typus sowie die histrionische, die anankastische, die selbstunsichere und die abhängige Persönlichkeitsstörung.

Im DSM-IV werden Persönlichkeitsstörungen in drei Hauptgruppen (Cluster) unterteilt. Cluster A enthält die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung, die als die „sonderbaren und exzentrischen“ Persönlichkeitsstörungen bezeichnet werden. Cluster B beinhaltet die als „dramatisch, emotional oder launisch“ bezeichneten histrionischen, narzisstischen, antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Cluster C sind die „ängstlichen und furchtsamen“ Persönlich-

keitsstörungen zusammengefasst, im Einzelnen die selbstunsicheren, dependenten und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen.

Anzahl und Benennungen von Persönlichkeitsstörungen wurden in den aktuell gültigen Fassungen der ICD-10 und des DSM-IV zwar deutlich vereinheitlicht, dennoch bestehen nach wie vor erhebliche Unterschiede. Die schizotype (Persönlichkeits-)Störung, die Verhaltensmerkmale enthält, die eine Prädisposition zur Schizophrenie nahe legen, wird in der ICD-10 als Unterkategorie der Schizophrenie zugeordnet, während sie im DSM-IV zu den Persönlichkeitsstörungen zählt. Der impulsive Typus der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 wird im DSM-IV den Störungen der Impulskontrolle zugerechnet. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist nicht in die ICD-10 aufgenommen, sondern nur im Anhang der Forschungskriterien als vorläufig zu finden. Die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung ist in beiden Klassifikationssystemen als vorläufig im Anhang aufgeführt, die depressive Persönlichkeitsstörung findet sich als vorläufige Forschungsdiagnose nur im DSM-IV. Auch innerhalb der einzelnen Persönlichkeitsstörungen weichen die Klassifikationssysteme zum Teil erheblich voneinander ab bezüglich Anzahl, Inhalt und Formulierung der Kriterien.

Für den deutschsprachigen Forscher resultiert daraus die Problematik, dass die meisten Anwender aufgrund administrativer Entscheidungen auf den Einsatz der ICD-10 Klassifikation festgelegt sind, international aber das DSM-IV wesentlich gebräuchlicher und empirisch besser fundiert ist. Daher sollte auch in der deutschsprachigen Forschung auf dieses Klassifikationssystem nicht verzichtet werden (Andresen, 2003, im Druck).

2.2.4 Probleme bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

2.2.4.1 Probleme der Kriterienerfüllung

Im Unterschied zu den meisten psychischen Störungen, die als nicht zur eigenen Person gehörig bewertet werden, werden Persönlichkeitsstörungen als ich-synton erlebt (vgl. auch Fiedler, 2001). Sie erscheinen aus der Perspektive des Betroffenen selten als abweichend oder normverletzend, der eigene Beitrag zu Interaktionsschwierigkeiten wird eher unterschätzt oder im Vergleich zur Umgebung anders bewertet. Dabei ist davon auszugehen, dass die Ich-Syntonie nicht absolut zu sehen ist, sondern eine mehr oder weniger ausgeprägte Einsicht in die Mitverantwortlichkeit bei interaktionellen Differenzen vorhanden sein kann. Außerdem ist anzunehmen, dass die Selbsteinsicht stärker ausgeprägt sein kann bei Persönlichkeitsmerkmalen, die eher mit dem Selbstwert vereinbar sind. So ist es z.B. denkbar und entspricht auch klinischen Erfahrungen, dass eine Selbstunsicherheit im Rahmen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung eher als Problem der eigenen Person erkannt wird als ein extremes Misstrauen im Rahmen einer paranoiden Persönlichkeitsstörung. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist daher in der Regel eine Außenperspektive erforderlich, bei bestimmten Kriterien erscheint sie unverzichtbar. Basieren Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen ausschließlich auf den Angaben der Betroffenen, so sind andere Ergebnisse zu erwarten, als wenn Informationen externer Beobachter mit einfließen, da andere Aspekte der Persönlichkeit erfasst werden.

Weitere Schwierigkeiten betreffen die Abgrenzung von Persönlichkeitsstörungen von Persönlichkeitsakzentuierungen und „normalen“ Personeneigenarten. Der Übergang zwischen sozial akzeptierten Ausprägungen von Merkmalen und sozial nicht mehr akzeptierten Ausprägungen ist fließend, außerdem ist die Diagnosestellung kontextabhängig. Man denke beispielsweise an einen sehr leistungsorientierten und perfektionistischen Manager mit einer 70-Stunden-Woche, der aufgrund einer depressiven Symptomatik eine Therapie aufsucht. Während Leistungsorientierung und

Perfektionismus im Beruf positiv bewertet werden, könnte im Rahmen der Therapie aufgrund dieser Eigenschaften die Diagnose zum Beispiel einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung gestellt werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Kriterien von Persönlichkeitsstörungen zwar operationalisiert sind, einzelne Kriterien jedoch noch sehr viel Interpretationsspielraum (z.B. „unangemessen verführerisch in Erscheinung oder Verhalten“ als ein Forschungskriterium der histrionischen Persönlichkeit in der ICD-10) zulassen, so dass eine objektive Bewertung diagnostischer Informationen nach ICD-10 oder DSM-IV erschwert ist.

Die geringe Objektivität und Reliabilität klinischer Diagnosen sind eine direkte Folge dieser Probleme. Die Einführung von Untersuchungsinstrumenten führte zu einer Verbesserung der Gütekriterien, nach wie vor fehlen jedoch allgemein akzeptierte und bezüglich der Gütekriterien überzeugende Verfahren.

2.2.4.2 Das Problem der Kriterienüberschneidung

Eng verknüpft mit dem Problem der Kriterienerfüllung ist das Problem der Kriterienüberschneidung. Viele Merkmale treffen als Kriterium verschiedener Persönlichkeitsstörungen zu (siehe z.B. die Ausführungen Benjamins, 1996, zum Kriterium Wut). Fiedler (2001) weist darauf hin, dass einerseits bestimmte Merkmale zwingend zum Bild verschiedener Persönlichkeitsstörungen gehören und eine strikte Vermeidung einer Kriterienüberlappung die Diagnose bestimmter Persönlichkeitsstörungen behindern könnte. Auf der anderen Seite aber gibt es möglicherweise Persönlichkeitsstörungen, die spezifische Aspekte anderer Persönlichkeitsstörungen und kein eigenständiges Störungsbild darstellen. Als Beispiel nennt Fiedler die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. Noch nicht zufriedenstellend gelöst ist in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der Differenzierung von Komorbidität und Kriterienüberlappung.

Als Alternative wurden zunehmend auch dimensionale Beurteilungen von Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen, die auf der Annahme basieren, dass grundlegende Persönlichkeitseigenschaften existieren, mit de-

nen alle Persönlichkeiten beschrieben werden können. Ein bekannter Vertreter dieses Ansatzes ist zum Beispiel Eysenck, der Persönlichkeiten anhand der Dimensionen Extraversion-Introversion und Neurotizismus beschrieb. Es gibt eine Vielzahl weiterer Ansätze, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll, die insgesamt nicht zu einer einheitlichen Sichtweise bezüglich Anzahl und Benennung von der Persönlichkeit zugrunde liegenden Dimensionen führte (für einen ausführlichen Überblick siehe Amelang & Bartussek, 1990). Zu erwähnen bleibt noch das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (Costa & McCrae, 1995; McCrae & John, 1992), welches nach einer gewissen Stagnation in der Forschung neue Impulse gab (Fiedler, 2001). Dieses Modell erfasst die Persönlichkeitsstruktur mittels fünf Faktoren, wird jedoch auch kontrovers diskutiert (Andresen, 2000). Fiedler (2001) weist darauf hin, dass sich die meisten dimensionalen Ansätze außerhalb der Forschung nicht durchsetzen konnten, und auch Saß, Jünemann und Houben (2000) stellen fest, dass der kategoriale Ansatz aufgrund der klinischen Nützlichkeit nur ungern ganz verlassen wird und aus diesem Grunde eine Synthese zwischen dimensionaler und kategorialer Erfassung anzustreben ist. Vielversprechend erscheinen daher Ansätze, die eine an die Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM-IV angelehnte dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsstörungen anstreben (Andresen, 2003, im Druck; Fydrich, Schmitz, Hennch & Bodem, 1996).

2.2.4.3 Stigmatisierungsproblem

Der Begriff Persönlichkeitsstörungen ist von mehreren Seiten kritisiert worden. Fiedler (2001) weist darauf hin, dass die Diagnosestellung eine Stigmatisierung bedeutet, da nicht mehr bestimmte Eigenschaften, sondern die gesamte Person als „gestört“ bezeichnet wird. Lieb (1998) bezeichnet den Begriff der Persönlichkeitsstörungen als menschenverachtend, da er zwei Kategorien von Menschen (gestörte und ungestörte) nahe legt und kaum wertfrei zu verwenden ist.

Die Diagnosestellung kann, so Fiedler, für den Diagnostiker und Interaktionspartner eine ausgesprochen entlastende Funktion haben, da ein interaktionelles Problem so zu einem Problem der Person mit der Störung wird („Person-Perspektivierung eines interaktionellen Problems“, 2001, S. 8) und der Diagnosesteller sich von seiner Verantwortung für das interaktionelle Problem befreit. Pointiert dargestellt wird diese Problematik von einem anonymen Psychotherapeuten (Anonymus, 1999) mit langjähriger Berufserfahrung, der selbst eine stationäre psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahm und dessen kritisches Nachfragen seine wenig erfahrene Therapeutin möglicherweise veranlasste, die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu stellen, statt eigene Unerfahrenheit zu reflektieren.

Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass die Diagnosestellung nicht unabhängig vom Diagnosestellenden erfolgt. So ist einerseits nicht auszuschließen, dass im Therapeuten liegende Gründe zu häufigeren Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen führen. Auf der anderen Seite vermuten Fydrich et al. (1996), dass Therapeuten die Diagnose aufgrund des stigmatisierenden Charakters seltener verwenden könnten. Insbesondere bei klinischen Diagnosen, aber auch bei Diagnosen mit Hilfe von Erhebungsinstrumenten sind diese im Ausmaß nicht bekannten Einflüsse zu erwarten.

2.2.4.4 Zustandsabhängigkeit der Kriterien

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass eine valide Erfassung von Persönlichkeitsstörungen bei Vorliegen einer depressiven Befindlichkeit schwierig ist. Es finden sich höhere Werte für Persönlichkeitsstörungen sowohl bei dimensionaler als auch kategorialer Einstufung bei Informationserhebung während einer depressiven Symptomatik, die nach Abklingen dieser Symptomatik nicht mehr nachweisbar sind.

Die Befunde werden auf eine depressive Informationsverarbeitung und selektive Erinnerung zurückgeführt (Stuart, Simons, Thase & Pilkonis, 1992). Dies soll insbesondere bei einer Fragebogen-Diagnostik der Fall

sein (Bronisch, 1992) und wird nach weiteren Untersuchungen auch durch die Instruktion, sich an gesunde Zeiten zu erinnern und dementsprechend Einstufungen vorzunehmen, nicht wesentlich gemildert (Hirschfeld et al., 1983). Aber auch bei diagnostischen Interviews werden diese Abhängigkeiten berichtet (Vaglum, Friis, Karterud, Mehlum & Vaglum, 1993), sollen jedoch geringer ausgeprägt sein als bei Fragebögen (Zimmerman & Coryell, 1990). Andere Untersuchungen wiederum ergaben, dass der Zusammenhang zwischen depressiver Befindlichkeit und Persönlichkeitsmerkmal in Abhängigkeit vom untersuchten Merkmal variiert. Hirschfeld und Mitarbeiter konnten bereits 1983 zeigen, dass bei Variablen wie emotionaler Labilität, Neurotizismus und interpersonaler Abhängigkeit ein hoher Zusammenhang zu einer negativen Befindlichkeit besteht und dieser eher eine depressive Symptomatik als eine stabile Eigenschaft reflektiert, während Einschätzungen von Eigenschaften wie Rigidität und Impulsivität unbeeinflusst von der aktuellen Befindlichkeit sind und daher eher stabile Persönlichkeitsvariablen darstellen.

Die Befundlage ist jedoch insgesamt nicht einheitlich. Nach den Ergebnissen von Loranger et al. (1991) ist der Einfluss einer depressiven Befindlichkeit auf die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei diagnostischen Interviews vernachlässigbar und Trull und Goodwin (1993) konnten einen Zusammenhang zwischen einer depressiven Befindlichkeit und einer erhöhten Rate von Persönlichkeitsstörungen weder bei Fragebogenverfahren noch bei Interviews nachweisen.

Eine alternative Erklärung für erhöhte Zusammenhänge zwischen Depressivität und Persönlichkeitsvariablen könnte auch darin liegen, dass eine Komorbidität beider Erkrankungen vorliegt. Eine Abnahme von Persönlichkeitsstörungen am Ende einer Therapie könnte auf direkte Behandlungseffekte zurückzuführen sein. Insbesondere bei der psychotherapeutischen Behandlung einer depressiven Symptomatik ist nicht auszuschließen, dass Veränderungen und Fortschritte im Umgang mit dieser Symptomatik von Patienten auf den Bereich ihrer (problematischen) Persönlichkeit übertragen werden. So ist z.B. anzunehmen, dass

die in der oben erwähnten Studie von Stuart und Mitarbeitern (1992) über einen Zeitraum von sechzehn Wochen durchgeführte kognitive Verhaltenstherapie der Depression nach Beck, Rush, Shaw und Emery (1992) Auswirkungen auf die Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung hat. Die Inhalte der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen und bei Persönlichkeitsstörungen (Beck & Freeman, 1993) weisen große Überlappungen auf (siehe auch Kapitel 2.3.1). Es ist daher sicherlich nicht unproblematisch, eine Abnahme von Persönlichkeitsstörungen nach Remission der depressiven Symptomatik allein auf eine positivere Informationsverarbeitung und Bewertung der eigenen Person aufgrund der verbesserten Stimmung zurückzuführen und einen direkten Effekt der Behandlung auf die Persönlichkeit auszuschließen. Diese Sichtweise wird gestützt durch Bronisch und Klerman (1991), die nach Durchsicht der Literatur zu dem Schluss kamen, dass Persönlichkeitseigenschaften unterschiedlich stabil sind und Änderungen in bestimmten Persönlichkeitsbereichen auch bei relativ kurzen Therapiezeiträumen erzielt werden können.

Nicht auszuschließen ist außerdem auch, dass depressive Persönlichkeitsanteile die Einschätzung der akuten depressiven Symptomatik beeinflussen. Erhöhte Werte in Verfahren zur Erfassung aktueller Depressivität könnten so eine habituelle Depressivität widerspiegeln. Die Befunde von Hirschfeld et al. (1983) ließen sich auch mit dieser Hypothese vereinbaren. Emotionale Labilität, Neurotizismus und interpersonale Abhängigkeit, die depressive Persönlichkeitsanteile beinhalten, wiesen Zusammenhänge mit aktueller negativer Befindlichkeit auf, Eigenschaften wie Rigidität und Impulsivität nicht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Wissen über die Beziehung zwischen Depressivität und Persönlichkeitsvariablen bislang eher unzureichend ist. In der Literatur existieren verschiedene, einander nicht ausschließende, Ansätze zur Erklärung dieser Beziehung (Flett, Hewitt, Endler & Bagby, 1995; Richter, 2000), die nach wie vor kontrovers disku-

tiert werden. Für die Untersuchung von Persönlichkeitsvariablen bedeutet dies, dass eine depressive Befindlichkeit in jedem Fall erhoben werden sollte, um Wirkungszusammenhänge abschätzen zu können.

2.2.4.5 Implikationen für den eigenen Forschungsansatz

Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen ist nach wie vor mit einer Reihe von vorwiegend gegenstandstypischen Problemen verknüpft, für die überzeugende Lösungen noch ausstehen, die vielleicht aber auch zumindest teilweise nicht lösbar sind. So fehlen allgemeingültige Regeln zur Differenzierung „normaler“ und „gestörter“ Persönlichkeiten, die ein kategoriales Klassifikationssystem erfordert, außerdem können persönliche Einstellungen und Abneigungen des Anwenders bei der Diagnosestellung mit einfließen. Einzelne Kriterien der Persönlichkeitsstörungen lassen trotz Operationalisierung Spielraum für Interpretationen. Diese Probleme sind mitverantwortlich für die geringe Objektivität und Reliabilität klinischer Diagnosen. Bezüglich der Validität ist nach wie vor die Frage nach einem Außenkriterium für Persönlichkeitsstörungen und damit auch für Diagnostikinstrumente ungelöst. Zwischen verschiedenen Erfassungsmethoden besteht nur eine geringe Übereinstimmung (Andresen, 2003, im Druck; Fydrich et al., 1996). Vor allem bei kategorialer Diagnostik differieren Einstufungen verschiedener Quellen (Patienten, Angehörige, Untersucher) erheblich. Ungeklärt ist auch die Bedeutung einer depressiven Befindlichkeit für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Für die vorliegende Untersuchung spielt diese Problematik aufgrund der erhöhten Komorbidität von Zwängen und depressiven Erkrankungen eine nicht unwesentliche Rolle.

Auch wenn konzeptionelle Grundprobleme nicht hinreichend geklärt sind und ein goldener Standard für die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen noch nicht existiert, so lassen sich dennoch Empfehlungen zur praktischen Umgangsweise mit den genannten Problemen und zur Vermeidung methodischer Kritikpunkte ableiten.

- Die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen sollte nicht allein auf dem klinischen Urteil beruhen, da sich dieses durch besonders niedrige Gütekriterien auszeichnet, sondern mittels geeigneter Untersuchungsinstrumente erfolgen.
- Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sollte auf mehreren Informationsquellen basieren. Der Einschätzung des Anwenders kommt dabei nicht nur aufgrund seines fachlichen Wissens, sondern auch aufgrund einer vom Betroffenen abweichenden Bewertung der Kriterien (Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen) eine wichtige Bedeutung zu. Der Einbezug von Selbstrating-Instrumenten stellt insbesondere für den Kliniker eine wichtige Informationsquelle im Rahmen der Therapieplanung dar. Idealerweise sollten außerdem fremdanamnestiche Daten in die Diagnosestellung einfließen, was allerdings in der klinischen Routine leicht an ökonomische und praktische Grenzen stoßen kann.
- Vorteilhaft wäre ferner die Möglichkeit einer dimensionalen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Zum einen scheint eine dimensionale Einstufung augenscheinlich dem Gegenstand eher gerecht zu werden, zum anderen weist eine Untersuchung von Fydrich und Mitarbeitern (1996) darauf hin, dass eine dimensionale Erfassung zu verbesserten Gütekriterien führt. Entsprechend den klinischen Erfordernissen sollte das Erhebungsinstrument Persönlichkeitsstörungen der gebräuchlichen Klassifikationssysteme abbilden. Eine dimensionale Sichtweise verringert außerdem die Wahrscheinlichkeit einer Stigmatisierung.
- Zur Kontrolle des Einflusses der Befindlichkeit auf die Diagnosestellung erscheint es sinnvoll, eine mögliche Kovariation von Persönlichkeitseinstufung und depressiver Symptomatik zu erfassen. Außerdem sollte eine Persönlichkeitsmessung zu mehreren Zeitpunkten stattfinden, insbesondere zum Zeitpunkt der Remission einer depressiven Erkrankung. Zur Einschätzung der direkten Effekte der Behandlung auf die Abnahme von Persönlichkeitsstörungen sollten zusätzlich Persönlichkeitsänderungen bei nicht depressiven Patienten zum Vergleich herangezogen werden.

- Aus forschungsstrategischen Gründen sollten verwendete Instrumente eine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in Anlehnung an das DSM-IV ermöglichen. Gleichzeitig sind aber auch hiesige Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die von den meisten Anwendern die Verwendung des ICD-10-Klassifikationssystems verlangen.

2.2.5 Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Erhebungsinstrumente in Form von klinischen Interviews, Selbstbeurteilungsinstrumenten und Checklisten zur Verbesserung von Diagnostik und Differentialdiagnostik von Persönlichkeitsstörungen entwickelt, die im Folgenden im Überblick vorgestellt werden.

2.2.5.1 Strukturierte und standardisierte Interviewverfahren

Die in Studien am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Diagnostik und Differentialdiagnostik von Persönlichkeitsstörungen sind strukturierte Interviews. Ein bekanntes Verfahren im deutschen Sprachraum ist z.B. das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID II; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997), welches ein zweistufiges Verfahren ist, bestehend aus einem Fragebogen als Screening-Instrument und einem nachfolgenden halbstrukturierten Interview. Ein weiteres Verfahren ist die International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger, 1994; Loranger, Susman, Oldham & Russakof 1987; deutschsprachige Bearbeitung von Mombour et al., 1996), ein standardisiertes Interview und das offizielle Instrument der WHO zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Beide Verfahren sind hinsichtlich ihrer Kennwerte gut untersucht, nach verschiedenen Studien fielen Objektivität und Reliabilität beider Instrumente zufriedenstellend bis gut aus (vgl. den Überblick von Bronisch, 1992; Fiedler, 2001; Fydrich et al., 1996).

Vorteile strukturierter und standardisierter Interviews liegen in einer verbesserten und systematischeren Informationsgewinnung und der Ver-

besserung von Objektivität und Reliabilität von Diagnosen im Vergleich zu nicht strukturierten klinisch-diagnostischen Erhebungen. Ein Nachteil von Interviews (der nebenbei bemerkt auch Fragebögen betrifft) besteht darin, dass bestimmte Persönlichkeitsstörungen unterschätzt werden können, wenn der Patient die einzige Informationsquelle ist, da bestimmte Kriterien aufgrund der Ich-Syntonie oder aufgrund sozialer Erwünschtheit durch direkte Angaben des Patienten nicht erfasst werden können, sondern einen externen Beurteiler erfordern (Perry, 1992; Zimmerman, Pfohl, Coryell, Stangl & Corenthal, 1988). Als nachteilig ist außerdem zu bewerten, dass die im deutschen Sprachraum verbreiteten Interviews die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen nur entweder nach DSM-IV oder nach der ICD-10 zulassen. Es fehlen bis heute Interviewverfahren, in denen eine Diagnosestellung nach beiden Klassifikationssystemen möglich ist.

2.2.5.2 Selbstbeurteilungsinstrumente

Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erfolgt häufig auch mittels Fragebogenverfahren. Bekannte Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen sind z.B. der Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ (-R); Hyler, Rieder & Spitzer, 1983; Hyler, Rieder & Williams, 1987) und das Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI; Millon, 1983, 1987). Auf einzelne Verfahren soll jedoch an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, für einen Überblick über gängige Selbstbeurteilungsinstrumente wird wiederum auf Fiedler (2001) verwiesen.

Nach verschiedenen Studien fallen Objektivität und Reliabilität von Selbstbeurteilungsinstrumenten zumindest zufriedenstellend aus (vgl. den Überblick von Fiedler, 2001). Vorteile von Fragebögen liegen vor allem in ihrer hohen Ökonomie. Als Nachteil einiger häufig eingesetzter Fragebogenverfahren hat sich eine hohe Sensitivität bei geringer Spezifität erwiesen (Bronisch, 1992; Bronisch, Flett, Garcia-Borreguero & Wolf, 1993; Fydrich et al., 1996; Zimmerman & Coryell, 1990), so dass diese Daten zu einem hohen Anteil falsch positiver Diagnosen von Persönlichkeitsstörun-

gen führen würden, würde man eine Diagnose allein aufgrund dieser Informationen stellen. Die interessante Frage, inwieweit (neben vorhandenen Schwächen in der Konstruktion der Fragebögen) vor allem „sozial erwünschte“ oder mit dem Selbstwert vereinbare Kriterien und weniger „sozial nicht erwünschte“ Kriterien erfüllt sind und somit für den hohen Anteil falsch positiver Diagnosen verantwortlich sind, ist dabei m.W. noch nicht untersucht worden. Einen indirekten Hinweis für diese Hypothese liefern Zimmerman und Coryell (1990), die in ihrer Studie Interview- und Fragebogendaten verglichen, und antisoziale und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger durch Interviews als durch Fragebogen erfassten. Untersuchungen weisen außerdem auf eine Abhängigkeit der Antworten vom momentanen emotionalen Zustand und einen höheren Anteil falsch positiver Diagnosen bei depressiver Befindlichkeit hin (vgl. Kapitel 2.2.4.4). Aufgrund dieser Probleme wird empfohlen, Selbstbeurteilungsverfahren eher als Screening-Instrumente bei der Diagnosenstellung zu verwenden (Bronisch, 1992; Hyler, Skodol, Kellman, Oldham & Rosnick, 1990).

Für den deutschen Sprachraum stellt sich das Problem, dass zwar mehrere Verfahren auch ins Deutsche übersetzt wurden, sich aber nicht in breitem Umfang durchsetzen konnten (Andresen, 2003, im Druck). Dies ist nach Andresen darauf zurückzuführen, dass englischsprachige Verfahren an der DSM-Klassifizierung orientiert sind, während hiesige Anwender aufgrund von Vorgaben die ICD-Klassifikation verwenden (müssen). Gleichzeitig bemängelt er, dass bislang kein vollständiger Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 existiert, sondern lediglich Einzelskalen oder Spezialinventare, die die Interdependenz der Persönlichkeitsstörungen nicht erfassen können, sowie allgemeine Persönlichkeitsinventare, die Persönlichkeitsstörungen nur unzureichend abbilden.

Das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP; Andresen, 2003, im Druck) will diese Lücke schließen. Es handelt sich dabei um ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsakzentuierungen, wel-

ches auch als Screening-Instrument in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen verwendet werden kann. Die Skalen entsprechen inhaltlich den Standarddiagnosen für Persönlichkeitsstörungen der ICD-10 und des DSM-IV, es wurden somit beide Klassifikationssysteme integriert. Bei der Konstruktion wurde ein besonderer Fokus auf eine hohe psychopathologische Inhaltsvalidität gelegt (Andresen, 2003, im Druck). Ein Vorteil dieses Verfahrens liegt auch darin, dass eine dimensionale Erfassung von Persönlichkeitskriterien realisiert wurde.

2.2.5.3 Teilstrukturierte Interviews (Checklisten)

Checklisten ermöglichen die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, indem alle Kriterien in systematischer Form abgefragt werden. Ein bekanntes Instrument ist z.B. die Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P; Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1995). Ein weniger bekanntes Instrument ist die Aachener Integrierte Merkmalsliste zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (AMPS; Saß & Mende, 1990; Saß, Steinmeyer, Ebel & Herpertz, 1995). Die Erfassung der Kriterien beruht auf der Einschätzung des Diagnostikers, welcher alle Informationsquellen (Patient, Verhaltensbeobachtung, Angaben dritter Personen) berücksichtigen kann. Vorteile von Checklisten liegen in einer verbesserten und bezüglich der Kriterien systematischeren Informationsgewinnung und der erhöhten Objektivität und Reliabilität von Diagnosen im Vergleich zu nicht strukturierten klinisch-diagnostischen Erhebungen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Diagnosestellung nicht allein auf den Angaben des Patienten beruht, so dass auch Kriterien, die einen externen Beobachter erfordern, erfasst werden können. Außerdem ist die Möglichkeit gegeben, Informationen aus dem Verlauf der Behandlung in die Beurteilung integrieren zu können, da sich sozial weniger erwünschte Persönlichkeitszüge häufig erst im längeren Verlauf zeigen. Weiterhin sind Checklisten im Vergleich zu Interviews ökonomischer und können daher in der klinischen Routinediagnostik gut eingesetzt werden. Als ein Nachteil von Checklisten ist das Fehlen klarer Vorgaben oder Standards

bei der Informationserhebung zu bewerten. Welche Informationsquellen verwendet werden, liegt letztendlich im Ermessen (und im Anspruch) des Anwenders, so dass die jeweils in die Beurteilung eingegangenen Informationen erheblich variieren können. Im Vergleich zu standardisierten Interviews fallen dementsprechend die Gütekriterien deutlich schlechter aus (Bronisch & Mombour, 1994).

2.3 Behandlung

2.3.1 Multimodale Verhaltenstherapie

Patienten mit einer Zwangserkrankung, bei denen eine Indikation zur stationären oder tagesklinischen Behandlung besteht, zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass extremere Ausprägungsgrade der Zwangssymptomatik vorliegen, dass nicht selten komorbide psychische Erkrankungen bestehen und häufig dysfunktionale Interaktionsstile und soziale Kompetenzdefizite vorhanden sind. Eine stärkere Beeinträchtigung ist insbesondere bei Patienten im stationären Rahmen zu finden (für eine ausführliche Diskussion der Indikationskriterien für die verschiedenen Settings siehe Hand, 2002).

Eine standardisierte sowie ausschließlich symptomorientierte Behandlung der Zwangserkrankung ist aus diesem Grund in einem stationären oder tagesklinischen Setting in der Regel nicht ausreichend. Aufgrund der häufig komplexen Problembereiche erscheint eine individualisierte Therapieplanung unverzichtbar. Im Rahmen unseres multimodalen Behandlungskonzeptes erfolgt daher zunächst die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells, welches Krankheitssymptome und Störungsmuster ebenso beinhaltet wie die in einer biographischen Analyse (Zarbock, 1996ab) ermittelten interpersonellen Schemata und Selbstkonzepte und deren Bedeutung für Entstehung und Aufrechterhaltung der aktuellen Symptomatik. Das Störungsmodell enthält weiterhin Hypothesen zu intraindividuellen und interaktionellen Funktionalitäten der aktuellen Symptomatik, welche bei Zwangspatienten vielfältig sein können (für eine Übersicht über die wichtigsten Funktionalitäten siehe Hand, 1995, 2002).

Eine besondere Rolle kommt außerdem der Motivationsanalyse zu (Hand, 2002).

Aus dem individuellen Störungsmodell, welches für den Patienten transparent ist, erfolgt dann die Ableitung der Therapieziele und die Therapieplanung unter Berücksichtigung der Motivation des Patienten für die Veränderung verschiedener Problembereiche.

Zwangserkrankung

Nach unseren eigenen Erfahrungen und in Übereinstimmung mit anderen Autoren (z.B. Lakatos & Reinecker, 1999) ist es häufig sinnvoll, zunächst mit störungsspezifischen Interventionen zur Reduktion der Zwangssymptomatik zu beginnen. Patienten stehen unter einem hohen Leidensdruck bezüglich der Zwänge, eine Reduktion dieser Symptomatik stellt meistens ihr wichtigstes Anliegen dar. Störungsspezifische Interventionen führen bei der Mehrzahl der Patienten schnell zu ersten Erfolgserlebnissen und erhöhen über die Zunahme von Selbstbewusstsein die Bereitschaft und die Zuversicht, Änderungen auch in assoziierten Problembereichen zu erreichen. Außerdem können funktionale Zusammenhänge nochmals deutlicher werden und gegebenenfalls eine Überarbeitung des therapeutischen Vorgehens notwendig machen.

Die effektivste verhaltenstherapeutische Symptom-Intervention bei Zwängen ist die Technik der Exposition mit anschließender Reaktionsverhinderung (Abramowitz, 1996; Forster & Eisler, 2001) oder mit anschließendem Reaktionsmanagement (Hand, 1995, 1998). Expositionen lassen sich dabei massiv oder graduiert sowie in sensu oder in vivo durchführen (Beschreibung der Verfahren z.B. in Hand, 1993; Lakatos & Reinecker, 1999). Die Wirksamkeit dieser Techniken wurde in vielen kontrollierten Therapiestudien klar belegt, nach einer Übersicht von Lakatos und Reinecker (1999) liegen die berichteten Besserungsraten durchgängig zwischen 50 und 80 %. Studien zu den Langzeiteffekten dieser Verfahren zeigten, dass der Therapieerfolg bei 45 bis 80 % der untersuchten Patienten auch nach längeren Zeiträumen stabil blieb (Foa & Kozak, 1996;

Hand, 1992; Hauke, 1994; Lakatos & Reinecker, 1999; Reinecker, Zaudig, Erlbeck, Gockeler & Hauke, 1994). Spielen Zwangsgedanken eine wesentliche Rolle im Rahmen der Symptomatik, so sind spezifische kognitive Elemente ein wichtiger Bestandteil der Behandlung (siehe Lakatos & Reinecker, 1999; Emmelkamp & van Oppen, 2000).

Für die unterschiedlich hohen Erfolgsraten lassen sich mehrere Gründe anführen. So weisen Hand et al. (2001) darauf hin, dass therapeutische Techniken in verschiedenen Studien unterschiedlich intensiv umgesetzt wurden (von einer Beratung zur Selbstexposition bis zu ganztägigen Expositionen in Begleitung). Für die Erfassung der Zielsymptomatik werden häufig unterschiedliche Messinstrumente eingesetzt, dementsprechend variiert auch die Operationalisierung der Erfolgskriterien. Von großer Bedeutung ist außerdem der Untersuchungskontext. Höhere Erfolgsraten finden sich bei Patienten, die im Rahmen von Forschungsprojekten untersucht wurden. Diese leiden häufig unter leichter zu behandelnden isolierten Wasch- und Kontrollzwängen, komorbide Erkrankungen gelten als Ausschlusskriterien und die Patienten sind in der Regel sehr behandlungsmotiviert. Patienten dagegen, die im Rahmen des Versorgungsauftrages behandelt werden, weisen üblicherweise eine komplexere und chronifiziertere Zwangssymptomatik sowie hohe Komorbiditäten auf (Abramowitz, 1998). Dementsprechend niedriger fallen die Erfolgsraten aus.

Komorbide psychische Erkrankungen

Komorbide psychische Erkrankungen sowie deren Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen sind als weitere Problembereiche in dem zu Beginn der Therapie erstellten individualisierten Störungsmodell enthalten. Im Rahmen eines multimodalen Gesamtkonzeptes kann je nach Indikation das gesamte Methodenspektrum der kognitiven Verhaltenstherapie zu einem individuell sinnvollen Zeitpunkt zur Anwendung kommen.

Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen

Zur psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wurden in den letzten Jahren vielversprechende therapeutische Ansätze entwickelt und therapieschulenübergreifend wesentliche Fortschritte erzielt. Nach wie vor jedoch gelten diese Patienten als schwierig und schwer behandelbar, da das Auftreten interaktioneller Schwierigkeiten im Therapieverlauf wahrscheinlich ist.

Bei Zwangspatienten haben problematische Persönlichkeitsvariablen häufig eine große Bedeutung. Es besteht eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (siehe Kapitel 2.1), Zwangserkrankte weisen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen stärkere interpersonelle Dysfunktionen auf (Mavissakalian, Hamann, Haidar & Groot, 1993) und auch bei Zwangserkrankten ohne Persönlichkeitsstörung findet sich häufig ein schwieriger Interaktionsstil (Hand, 2002). Die Behandlung dieser Problembereiche ist nicht selten wichtiger Bestandteil der Therapie. Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz konzentriert sich dabei auf die detaillierte Erfassung und Erarbeitung relevanter Schemata und Pläne, die den Persönlichkeitsproblemen zugrunde liegen. Diese dysfunktionalen Schemata beziehen sich auf die eigene Person und die Umwelt, spezifische Beziehungsmuster, beziehungs-spezifische Bedürfnisse und Konflikte sowie interpersonelle Teufelskreise. Methoden und Vorgehensweisen zur Erschließung solcher individuellen interaktionell relevanten Schemata werden z.B. mit dem Ansatz der Plananalyse (Caspar, 1996) oder der schematheoretischen Analyse (Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar, 1996) beschrieben. Je inflexibler, rigider und extremer Schemata und Pläne sind, desto störanfälliger sind sie. Damit zusammenhängend können bestimmte Verhaltensmuster überentwickelt, andere unterentwickelt sein (Beck & Freeman, 1993), welche Interaktionsstörungen und Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zur Folge haben.

Der therapeutischen Beziehung kommt dabei als ein Wirkfaktor für therapeutische Veränderungen eine wichtige Bedeutung zu (Zimmer & Zim-

mer, 1992). Therapiestudien haben ergeben, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und Qualität der therapeutischen Beziehung besteht (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Martin, Garske & Davis, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Eine gute therapeutische Beziehung ermöglicht Lernen und Veränderungen in einem angstfreien Raum, der Therapeut kann als Verstärker und als Modell fungieren, (dys-)funktionale Schemata und Beziehungsmuster können in der therapeutischen Beziehung deutlich werden und korrigierende interpersonelle Neuerfahrung möglich werden (Wendisch, 2000). Während sich bei von der Persönlichkeit her unauffälligen Patienten eine gute therapeutische Beziehung in der Regel „von selbst“ einstellt, können bei sogenannten schwierigeren Patienten dysfunktionale Schemata schon zu Beginn der Therapie aktiviert sein und zu interaktionellen Konflikten in der therapeutischen Beziehung führen. In anderen Fällen kann die Beziehung zunächst unproblematisch verlaufen und Konflikte treten erst im Verlauf auf, wenn die therapeutische Beziehung tragfähiger geworden ist und unterdrückte interpersonelle Wünsche und Befürchtungen aktiviert werden (vgl. Konzept der Beziehungstest, Ambühl, 1992; Weiss, Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Zur Vermeidung der Verstrickung in Beziehungsprobleme und damit zusammenhängend der Verstärkung dysfunktionaler Interaktionsstile sind spezifische Aktivitäten des Therapeuten erforderlich. Neuere Handbücher zur Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen (z.B. Beck & Freeman, 1993; Benjamin, 1996; Sachse, 1999) betonen dementsprechend die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung und vermitteln Strategien und Interventionsformen auf der Beziehungsebene zum konstruktiven Umgang mit Interaktionsproblemen (die sich gut auf die Psychotherapie dysfunktionaler Persönlichkeitsakzentuierungen geringeren Schweregrades übertragen lassen). Dadurch werden Neuerfahrungen und eine Veränderung dysfunktionaler Persönlichkeitsvariablen möglich.

Neben spezifischen Interventionen der Beziehungsgestaltung kann je nach Indikation das gesamte Spektrum verhaltenstherapeutischer und kognitiver Techniken zum Einsatz kommen – häufig eng verzahnt mit der Behandlung der Symptomatik, die zur Aufnahme der Therapie geführt hat (für eine detailliertere Beschreibung siehe z.B. Beck & Freeman, 1993). Ein wichtiges Prinzip ist außerdem ein ressourcenorientiertes und -aktivierendes Vorgehen (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Weitere Problembereiche

Der Aufbau von sozialen Kompetenzen, von Problemlösekompetenzen und von Fertigkeiten im Umgang mit Belastungen sowie der Erwerb von Entspannungs- und Genussfähigkeiten erfolgt nach Indikationsstellung während des gesamten stationären oder tagesklinischen Aufenthaltes in dafür vorgesehenen (teil-) standardisierten Gruppen.

Die Einbeziehung von Bezugspersonen ist fast immer sinnvoll, wenn auch in individuell unterschiedlichem Ausmaß, je nach Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Symptomatik des Patienten und nach Bedarf der Angehörigen. Interventionen können von wenigen Kontakten zur Informationsvermittlung und Psychoedukation über die Erkrankung bis zu verhaltenstherapeutischen paar- und familientherapeutischen Sitzungen reichen.

Außerdem können (und sollen) allgemeine, nicht spezifisch verhaltenstherapeutische Angebote wie Sport, Ergotherapie oder Arbeitstherapie vom Beginn der Behandlung an genutzt werden.

Die Übertragung des Erlernten auf den häuslichen Alltag ist in der Tagesklinik durch das tagesklinische Konzept gegeben, im stationären Aufenthalt erfolgt dies in Beurlaubungen, vor allem am Wochenende. Die Übertragung des Erlernten auf den Alltag gewinnt außerdem zum Ende der Behandlung mehr und mehr an Bedeutung, wenn auch die Vorbereitung der Zeit nach dem Aufenthalt, Strategien der Rückfallprophylaxe und (ggf.) die Planung einer ambulanten Weiterbehandlung thematisiert werden.

2.3.2 Pharmakotherapie

Für die medikamentöse Therapie der Zwänge haben sich serotonerg wirksame Pharmaka bewährt, zu denen Clomipramin als Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SRI) und die Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI's) gehören (siehe Hand et al., 2001, für eine Übersicht). In zahlreichen Placebo-kontrollierten Doppelblind-Studien wurde eine Symptomreduktion durch eine Behandlung mit Clomipramin und spezifischen SSRI's nachgewiesen. Mittlerweile existieren außerdem zahlreiche Metaanalysen (Abel, 1993; Abramowitz, 1997; Greist, Jefferson, Kobak, Katzelnick & Serlin, 1995; Piccinelli, Pini, Bellantuono & Wilkinson, 1995; Pigott & Seay, 1999; Stein, Spadaccini & Hollander, 1995), die die Wirksamkeit dieser Pharmaka bestätigten. Diese positiven Effekte bestehen allerdings nur bei dauerhafter Einnahme der Präparate, nach Absetzen der Medikation kommt es zu hohen Rückfallquoten (Pato & Zohar, 2001).

Die Überlegenheit einer verhaltenstherapeutischen Behandlung (als symptomzentrierte Exposition mit Reaktionsverhinderung) gegenüber einer ausschließlich medikamentösen Behandlung wurde in vielen Arbeiten belegt, wie Abel (1993) in einer Metaanalyse zeigen konnte. Beim Vergleich der Wirksamkeit von einer Kombination aus Verhaltenstherapie und Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern mit einer verhaltenstherapeutischen Behandlung ohne Medikation konnte in verschiedenen Studien keine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung nachgewiesen werden (de Haan et al., 1997; Marks et al., 1988; O'Sullivan, Noshirvani, Marks, Monteiro & Lelliott, 1991; van Balkom et al., 1994; van Balkom et al., 1998). Andere Studien zur Effektivität einer Kombination von Medikation (serotonerge Wiederaufnahmehemmer) und Verhaltenstherapie weisen auf einen medikamentösen Zusatzeffekt hin, der jedoch zeitlich begrenzt ist (Cottraux et al., 1990; Cottraux, Mollard, Bouvard & Marks, 1993). Forster und Eisler (2001) ziehen nach einer Sicht der Literatur den Schluss, dass eine schlichte Kombination dieser effektiven Behandlungsansätze nicht automatisch zu einem höheren Erfolg führt und schlagen

daher einen therapeutischen Ansatz vor, in welchem Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie spezifisch aufeinander abgestimmt werden. Auch Hand et al. (2001) empfehlen, zunächst eine detaillierte Analyse der Symptomatik vorzunehmen, um dann differentielle Behandlungsstrategien ableiten zu können. Eine Indikation zur zusätzlichen Medikation bestehe bei ausgeprägter depressiver Symptomatik oder bei im Vordergrund stehenden Zwangsgedanken (Hohagen et al., 1998), bei unerwartet langsamen Therapiefortschritten oder mäßigem Erfolg einer Verhaltenstherapie (für eine ausführlichere Diskussion der Indikationskriterien siehe Hand, 2002). Je nach Zielsymptomatik kann im Einzelfall auch eine Kombination verschiedener Psychopharmaka (z.B. atypische Neuroleptika zusätzlich zu einem SSRI) sinnvoll sein (Hand et al., 2001). Komorbide Erkrankungen erfordern gegebenenfalls die Einnahme weiterer Psychopharmaka, sofern sie nicht ebenfalls durch selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer reduziert werden.

Zielsymptome in der Pharmakotherapie von Persönlichkeitsstörungen können affektive Störungen, Angstzustände, Störungen der Impulskontrolle sowie paranoides Erleben und psychotische Dekompensationen sein (Bronisch, 2000). Die Wirksamkeit der Pharmakotherapie ist größer, wenn das klinische Syndrom ausgeprägter ist, wie Bronisch feststellt. Er merkt jedoch kritisch an, dass zur Zeit Behandlungserfolge in der Pharmakotherapie von Persönlichkeitsstörungen nur begrenzt sind und weiterführende Studien fehlen.

Insgesamt kann dieser kurze Überblick der Vielschichtigkeit der Pharmakotherapie bei Zwangserkrankungen und komorbiden Erkrankungen natürlich nicht gerecht werden. Für detailliertere Informationen wird auf einschlägige Lehrbücher verwiesen (z.B. Benkert und Hippus, 1996; Bronisch, 2000, für Persönlichkeitsstörungen).

2.3.3 Allgemeine Prädiktoren für den Behandlungserfolg bei Zwangsstörungen

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien zur Identifikation von möglichen Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg bei Zwangserkrankungen durchgeführt, die im Folgenden überblicksartig dargestellt werden sollen. Die Behandlung bestand, sofern nicht anders beschrieben, aus der Anwendung von Exposition und Reaktionsverhinderung (ausschließlich oder in Verbindung mit einer serotonergen Medikation oder Placebo). Ausschließliche Medikamentenstudien werden hier nicht dargestellt.

Bezüglich *soziodemographischer Merkmale* sind die Befunde insgesamt relativ einheitlich. In der Mehrzahl der Untersuchungen ließ sich kein Einfluss von Alter, Geschlecht, Familienstand und sozialer Schicht auf den Therapieerfolg nachweisen (Castle et al., 1994; O'Sullivan et al., 1991; Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw & Rasmussen, 1999; Steketee & Shapiro, 1995).

Zur Frage der prognostischen Relevanz *störungsspezifischer Merkmale* gibt es mittlerweile ebenfalls zahlreiche Studien. Das Alter bei Beginn und die Dauer der Erkrankung haben keinen Einfluss auf das Therapieergebnis (Castle et al., 1994; Steketee & Shapiro, 1995). Hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden, dass eine ausgeprägtere Symptomatik mit einer schlechteren Prognose verbunden ist (Basoglu, Lax, Kasvikis & Marks, 1988; De Araujo, Ito & Marks, 1996; de Haan et al., 1997; Keijsers, Hoogduin & Schaap, 1994), es gibt jedoch auch Untersuchungen, in welchen kein Zusammenhang ermittelt wurde (vgl. den Überblick von Steketee & Shapiro, 1995). Auch bezüglich der Art des Zwanges sind die Befunde inkonsistent. Das Vorliegen reiner Zwangsgedanken wurde nach den Ergebnissen früherer Studien als prognostisch ungünstig bewertet, möglicherweise ist dies jedoch auch darauf zurückzuführen, dass die in diesen Studien standardisiert eingesetzte Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung reine Zwangsgedanken nur unzureichend reduzieren konnte, weil sie den kognitiven Besonderheiten bei Zwangserkrankungen

nicht gerecht wurde. Eine stärkere Berücksichtigung kognitiver Elemente im Rahmen einer Exposition mit anschließendem Reaktionsmanagement könnte die Effektivität einer verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwangsgedanken deutlich erhöhen. Nach einer Studie von Lakatos (1997) fielen Therapieergebnisse insbesondere bei Patienten mit reinen Zwangsgedanken besser aus, wenn bei individueller Therapieplanung neben behavioralen auch vermehrt kognitive Elemente in den Behandlungsplan integriert sind.

Das Vorliegen überwertiger Ideen wird als prognostisch ungünstig diskutiert (Basoglu et al., 1988; Foa et al., 1983; Kozak & Foa, 1994), jedoch sind hier die Befunde ebenfalls nicht einheitlich (Steketee & Shapiro, 1995), was möglicherweise aber auch darauf zurückzuführen ist, dass lange Zeit kein geeignetes Instrument zur Erfassung überwertiger Ideen vorlag (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens & Todaro, 1999). Bei Zwangshandlungen sollen nach einigen Untersuchungen Waschzwänge prognostisch günstig sein, während Kontrollzwänge mit einer ungünstigeren Prognose verbunden sind (Basoglu et al., 1988), andere Autoren kommen zu dem gegenteiligen Ergebnis (Drummond, 1993), nach anderen Untersuchungen wiederum spielt die Art des Zwanges keine Rolle für das Therapieergebnis (Castle et al., 1994).

Andere Autoren untersuchten den Einfluss einer *komorbiden depressiven Symptomatik*, wobei es sich in der Mehrheit der Untersuchungen um eine leichte Depressivität handelte, während das Vorliegen einer schweren Depression in vielen Studien ein Ausschlusskriterium war. Eine depressive Symptomatik erwies sich in einigen Studien als prognostisch ungünstig für den Therapieerfolg (Cottraux, Messy, Marks, Mollard & Bouvard, 1993; Demal, Zitterl, Lenz, Zapotoczky & Zitterl-Eglseer, 1996; Keijsers et al., 1994; Ruppert, Zaudig, Hauke, Thora & Reinecker, 2001; Steketee et al., 1999), es gibt jedoch auch zahlreiche Befunde, die dazu keine Zusammenhänge ermitteln konnten (de Haan et al., 1997; O'Sullivan et al., 1991; vgl. die Übersicht von Steketee & Shapiro, 1995). Möglicherweise ist nicht eine komorbide depressive Symptomatik per se

prognostisch ungünstig, sondern nur in Verbindung mit einem höheren Schweregrad der Zwangssymptomatik, worauf die Ergebnisse einer Untersuchung von Basoglu et al. (1988) hinweisen.

Die empirische Befundlage zu Prädiktoren für Therapieerfolg zeichnet sich somit insgesamt durch ein eher inkonsistentes Bild aus. Dennoch lassen die Untersuchungen vorsichtige Schlussfolgerungen zu. Soziodemographische Merkmale erscheinen für die Prognose irrelevant. Bezüglich störungsspezifischer Merkmale weisen die Studien überwiegend darauf hin, dass ein höherer Schweregrad der Zwangserkrankung prognostisch ungünstig ist, während sich für andere Variablen keine eindeutigen Ergebnisse finden lassen. Prognostisch bedeutsam könnte außerdem eine depressive Symptomatik zu sein, die Befundlage lässt jedoch keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu.

Problematisch erscheint wiederum die Übertragung der Ergebnisse aus Forschungsstudien auf den klinischen Alltag. Kliniker sind in der täglichen Arbeit mit komplexeren Zustandsbildern sowohl hinsichtlich der Zwangssymptomatik als auch hinsichtlich komorbider Erkrankungen konfrontiert, die in Forschungsstudien in der Regel ausgeschlossen wurden.

2.3.4 Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Behandlungserfolg

Mittlerweile existieren zahlreiche Studien, die den Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf das Therapie-Outcome zum Gegenstand haben. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Studien zum Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Behandlungserfolg (Verhaltenstherapie / Pharmakotherapie) bei Zwangserkrankungen

Autoren	Klassifikationssystem für PS	Diagnoseerstellung für PS	Behandlung	Ergebnisse
Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz & Carey (1986)	DSM-III	klinische Diagnose und Verwendung einer Skala für schizotype PS	Medikation, ER	schizotype PS profitierten besonders wenig
Minichiello, Baer & Jenike (1987) ¹	DSM-III	klinische Diagnose und Verwendung einer Skala für schizotype PS	ER oder ER + Medikation	schizotype PS profitierten besonders wenig
Baer & Jenike (1990)	DSM-III-R	Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP; Stangl et al., 1985)	SSRI (Fluoxetin)	selbstunsichere PS prognostisch günstig, andere PS keinen Einfluss

Tabelle 1: Studien zum Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Behandlungserfolg (Verhaltenstherapie / Pharmakotherapie) bei Zwangserkrankungen (Fortsetzung)

Autoren	Klassifikationssystem für PS	Diagnoseerstellung für PS	Behandlung	Ergebnisse
Mavissakalian Hamann & Jones (1990)	DSM-III	Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)	SRI (Clomipramin)	keine prognostische Relevanz von PSA, bei Behandlungsende stärkere Normalisierung der Persönlichkeit bei Respondern
Steketee (1990)	DSM-III-R	Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-R)	ER und supportive Psychotherapie (einige Patienten erhielten zusätzlich Imipramin im Rahmen einer anderen Studie)	kein Unterschied zwischen ZP und ZP-PSA bei Behandlungsende, dependente Züge prognostisch günstig, passiv-aggressive Züge ungünstig
Baer et al. (1992)	DSM-III	Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP)	SRI (Clomipramin)	prognostisch ungünstig: höhere Anzahl PS, paranoide, schizotype, Borderline, selbstunsichere PS
Ricciardi et al. (1992)	DSM-III-R	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II; Spitzer et al., 1990)	VT und / oder Medikation	bei Behandlungsende bleibt bei Non-Respondern signifikant häufiger Diagnose einer PS bestehen

Tabelle 1: Studien zum Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Behandlungserfolg (Verhaltenstherapie / Pharmakotherapie) bei Zwangserkrankungen (Fortsetzung)

Autoren	Klassifikationssystem für PS	Diagnoseerstellung für PS	Behandlung	Ergebnisse
Fals-Stewart & Lucente (1993)	DSM-III	Millon Clinical Multiaxial Inventory	ER	Cluster aus schizoiden und schizotypen Zügen prognostisch ungünstig
AuBuchon & Malatesta (1994)	DSM-III-R	von zwei unabhängigen Personen nach diagnostischen Sitzungen erstellt unter Einbezug von Fragebogendaten des Patienten	multimodale VT	ZP-PS schwerer beeinträchtigt, profitieren von der Therapie, aber nicht so bedeutsam wie ZP
Ecker & Dehmlow (1994)	ICD-9, DSM-III, DSM-III-R	klinische Diagnosen	keine Angaben, vermutlich multimodale VT allein oder mit Medikation	schlechtere Einschätzung des Erfolges durch Therapeuten bei ZP-PS (insbesondere bei narzisstischer PS) im Vergleich zu ZP
Ravizza, Barzega, Bellino, Bogetto & Maina (1995)	DSM-III-R	Millon Clinical Multiaxial Inventory II	(S)SRI (Clomipramin vs. Fluoxetin)	schizotype PS prognostisch ungünstig
Ecker & Dehmlow (1996)	ICD-9, DSM-III, DSM-III-R	klinische Diagnosen	keine Angaben, vermutlich multimodale VT allein oder mit Medikation	schlechtere Einschätzung des Erfolges durch Therapeuten bei ZP-PS (Cluster C und narzisstische PS) im Vergleich zu ZP
McKay et al. (1996)	DSM-III-R	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)	ER und kognitive VT	vier und mehr PS prognostisch ungünstig

Tabelle 1: Studien zum Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Behandlungserfolg (Verhaltenstherapie / Pharmakotherapie) bei Zwangserkrankungen (Fortsetzung)

Autoren	Klassifikationssystem für PS	Diagnoseerstellung für PS	Behandlung	Ergebnisse
Black & Noyes (1997)	DSM-III; DSM-III-R	verschiedene Fragebögen und Interviews	Medikation	PS prognostisch ungünstig, insbesondere Cluster A
de Haan et al. (1997)	DSM-III-R	Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-R)	ER, kognitive VT, SSRI (Fluvoxamin)	PSA kein Prädiktor (nur Cluster A untersucht)
Dressen, Hoekstra & Arntz (1997)	DSM-III-R	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)	standardisierte kognitive VT, ER oder Kombination	kein Unterschied zwischen ZP und ZP-PS
Steketee et al. (1999)	DSM-III-R	Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-R)	SSRI	PS kein Prädiktor
Ruppert, Zaudig, Reinecker et al. (2001)	DSM-III-R	retrospektiv nach Aktenstudium mittels Checkliste	keine Angaben, vermutlich multimodale VT allein oder mit Medikation	Therapeutenurteil: ZP-PS geringere Verbesserung als ZP Patientenurteil: keine Unterschiede
Steketee, Chambless & Tran (2001)	DSM-III-R	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)	ER (einige Patienten erhielten zusätzlich eine Medikation)	PS kein Prädiktor

Anmerkungen.

ER = Exposition und Reaktionsverhinderung; PS = Persönlichkeitsstörungen; PSA = Persönlichkeitsakzentuierungen; ZP = Zwangspatienten; VT = Verhaltenstherapie (nicht näher spezifiziert)

¹ Es lässt sich nicht ausschließen, dass es sich bei dieser Studie um die Patienten der Studie von Jenike et al. (1986) handelt.

AuBuchon und Malatesta (1994) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass Zwangspatienten ohne Persönlichkeitsstörung mehr von einer multimodalen Verhaltenstherapie profitierten als Patienten mit Persönlich-

keitsstörung. Auch Ruppert, Zaudig, Reinecker et al. (2001) wiesen nach, dass Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu Zwangspatienten ohne Persönlichkeitsstörungen schlechtere Therapieergebnisse erzielten, allerdings nur nach Einschätzung der Therapeuten, nicht nach Patientenurteil. Zwei Untersuchungen ergaben, dass zum Ende einer spezifisch auf die Zwangssymptomatik abzielenden Behandlung (Exposition und Reaktionsverhinderung und / oder SSRI) bei Respondern die Persönlichkeitsbefunde eher im Normbereich lagen als bei Non-Respondern (Mavissakalian et al., 1990; Ricciardi et al., 1992). Besonders negativ für das Therapie-Outcome scheint das Vorliegen mehrerer Persönlichkeitsstörungen zu sein. Dies wurde sowohl in einer Pharmaka-Studie (Baer et al., 1992) als auch in einer verhaltenstherapeutischen Studie nachgewiesen (McKay et al., 1996).

In mehreren Untersuchungen wurde außerdem überprüft, ob bestimmte Persönlichkeitsstörungen mit einem schlechteren Therapieergebnis verknüpft sind. Black und Noyes (1997) stellten in ihrem Übersichtsartikel über Pharmaka-Studien fest, dass Persönlichkeitsstörungen des Clusters A für eine ungünstige Prognose bei Zwangserkrankungen sprechen. In einer Pharmaka-Studie von Baer und Mitarbeitern (1992) war eine komorbide paranoide Persönlichkeit mit einem ungünstigen Therapieergebnis verbunden. Verschiedene Autoren wiesen nach, dass Zwangspatienten mit schizotypischer Persönlichkeit häufig nicht ausreichend von einer Therapie (Verhaltenstherapie / Medikation / Kombination) profitierten (Baer et al., 1992; Jenike et al., 1986; Minichiello et al., 1987; Ravizza et al., 1995). Fals-Stewart und Lucente (1993) fanden Belege, dass ein Persönlichkeitscluster mit ausgeprägten schizoiden und schizotypen Persönlichkeitszügen prognostisch ungünstig ist. Ebenso profitierten narzisstische Persönlichkeitsstörungen nach den Ergebnissen von Ecker und Dehmlow (1994, 1996) besonders wenig von einer stationären Verhaltenstherapie (im Vergleich zu Zwangspatienten ohne oder mit anderen Persönlichkeitsstörungen). Die Ergebnisse von Hermesh, Shahar und Munitz (1987) werden häufig als Beleg für eine schlechte Prognose von Zwangspatienten

mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angeführt. Dabei wird leider nicht erwähnt, dass die Autoren selbst nur von einer Beobachtung sprachen, dass in einer Behandlungsstudie mit Zwangspatienten diejenigen mit einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund mangelnder Compliance nicht profitieren konnten (die Autoren sind daher auch nicht in der Tabelle aufgeführt). Sie entschieden daher, Zwangspatienten mit einer Borderline-Persönlichkeit aus zukünftigen Studien auszuschließen. Rasmussen und Tsuang (1987) bestätigen die Beobachtung von Hermesh und Mitarbeitern, ohne dies jedoch durch Daten zu untermauern (trotzdem werden ihre Ansichten ebenfalls häufig als Beleg für eine schlechte Prognose bei komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeführt). Bestätigt wurden diese Beobachtungen m.W. nur durch die schon erwähnte Pharmaka-Studie von Baer und Mitarbeitern (1992). Das Vorliegen einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erwies sich in einer Pharmaka-Studie als prognostisch ungünstig (Baer et al., 1992), in einer anderen sogar als günstig (Baer & Jenike, 1990). Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierungen sind nach der Untersuchung von Steketee (1990) prognostisch ungünstig für eine Psychotherapie bestehend aus Exposition und Reaktionsverhinderung sowie supportiven Elementen.

Die Befundlage ist jedoch nicht einheitlich. Verschiedene Forschergruppen legten Ergebnisse vor, dass eine komorbide Persönlichkeitsstörung den Behandlungserfolg bei einer Verhaltenstherapie nicht verringert (Dreessen et al., 1997; Steketee, 1990; Steketee et al., 2001). Auch für eine medikamentöse Behandlung mit einem SSRI konnte in mehreren Studien belegt werden, dass Persönlichkeitsstörungen für das Therapie-Outcome von Zwangspatienten keine Rolle spielen (Baer & Jenike, 1990; Mavissakalian et al., 1990; Steketee et al., 1999).

Interessant sind die Ergebnisse einer psychotherapeutischen Untersuchung von Steketee (1990), in welcher Persönlichkeitsakzentuierungen mittels Fragebogen erfasst wurden. Sie konnte nachweisen, dass dependente Persönlichkeitsakzentuierungen prognostisch günstig sind. Auch

Baer und Jenike (1990) fanden Belege, dass Persönlichkeitsauffälligkeiten (in ihrer Untersuchung selbstunsichere) vorteilhaft für die Therapie sein können. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass bei diesen Patienten eine hohe Compliance anzunehmen ist, welche in mehreren Studien als prognostisch günstig identifiziert wurde (De Araujo et al., 1996; de Haan et al., 1997; Keijsers et al., 1994).

Folgende Fragen sind somit noch nicht hinreichend beantwortet: Sind Persönlichkeitsstörungen allgemein mit einem geringeren Therapieerfolg verknüpft? Ist es das Ausmaß der Störung? Oder sind nur bestimmte Persönlichkeitsauffälligkeiten als prognostisch ungünstig zu bewerten, während andere sich möglicherweise sogar positiv auswirken? Die Beantwortung dieser Fragen wird dadurch erschwert, dass die vorliegenden Studien sehr heterogen bezüglich der Diagnosestellung, der Operationalisierung des Therapieerfolges und der angebotenen Behandlung sind, so dass Ergebnisse nur bedingt vergleichbar sind. Andere Untersuchungen wiederum weisen gravierende methodische und inhaltliche Schwächen auf, die die Aussagekraft deutlich einschränken.

Ein Merkmal vieler (insbesondere amerikanischer) Untersuchungen besteht darin, dass die Behandlung aus einem standardisierten und häufig zeitlich sehr stark limitierten Programm bestand. Das schlechtere Therapieergebnis von Zwangspatienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass diese Art der Behandlung nicht die richtige oder nicht ausreichend ist. Dass schwer beeinträchtigte, chronische Zwangspatienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen, die in früheren standardisierten Behandlungsprogrammen keine Verbesserung ihres Zustandes erreichen konnten, bei einem individuellen multimodalen verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Vorgehen profitieren können, belegt eindrucksvoll die Studie von Drummond (1993). 63 % der Patienten konnten durch diese Behandlung deutliche Verbesserungen erzielen. Leider wurden in dieser Studie Persönlichkeitsstörungen nicht systematisch erfasst, Drummond erwähnte nur, dass sich Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Stichprobe be-

fanden. McKay und Mitarbeiter (1996) merkten in der Diskussion ihrer Ergebnisse kritisch an, dass auch Zwangspatienten mit mehreren Persönlichkeitsstörungen von einer Verhaltenstherapie profitieren konnten, dass sie aber vermutlich eine längere Therapie als die in der Studie standardisiert vorgegebenen vier Wochen benötigen. Auch AuBuchon und Mალtesta (1994) wiesen darauf hin, dass bei Zwangspatienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen neben der Zwangssymptomatik weitaus mehr Probleme in vielen Lebensbereichen bestehen als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und sie daher ein umfassenderes Behandlungsangebot benötigen als das symptomzentrierte Vorgehen. Ihre Studie ist ein Beleg dafür, dass die Patienten dann von einer Therapie profitieren können.

Drei Studien aus dem deutschen Sprachraum (Ecker & Dehmlow, 1994, 1996; Ruppert, Zaudig, Reinecker et al., 2001) untersuchten die Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieerfolg bei stationärer multimodaler Verhaltenstherapie. Als Maß für den Therapieerfolg wurde eine vierstufige Therapeuteneinschätzung verwendet. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen weniger profitierten als Zwangspatienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Kritisch zu bewerten ist jedoch die Tatsache, dass diagnostische Einschätzung und Bewertung des Therapieerfolges nicht von verschiedenen Personen durchgeführt wurden. In der Studie von Ruppert, Zaudig, Reinecker et al. (2001) wurde zusätzlich eine Patientenbeurteilung des Therapieerfolges herangezogen. In dieser Einschätzung finden sich keine Unterschiede hinsichtlich des Therapieerfolges. Leider fehlt in allen drei Studien eine Einschätzung des Therapieerfolges nach objektiveren Kriterien.

Die Beantwortung der Frage nach der prognostischen Relevanz spezifischer Persönlichkeitsstörungen wird dadurch erschwert, dass man bei der Untersuchung von Zwangspatienten die Verteilung der Persönlichkeitsstörungen nicht variieren kann, sondern mit vorgegebenen Verteilungen arbeiten muss. Je nach Stichprobe kann diese erheblich variieren. Insbe-

sondere bei kleinen Stichproben können dann statistische Auswertungen nur für eine spezifische Persönlichkeitsstörung durchgeführt werden, da nur diese Untergruppe ausreichend in der Stichprobe vertreten ist. Beim Lesen einer Zusammenfassung der Untersuchung kann dann fälschlicherweise der Eindruck entstehen, dass eine spezifische Persönlichkeitsstörung prognostisch ungünstig ist, während alle anderen keinen Einfluss auf das Therapieergebnis haben.

Eng damit verknüpft ist auch das Problem der sozialen Erwünschtheit und Introspektionsfähigkeit in der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In Studien, die Persönlichkeitsstörungen mittels Interview oder Fragebogen erfassten (vgl. die Übersicht von Black & Noyes, 1997), findet man ein Überwiegen von Persönlichkeitsstörungen des Clusters C (ängstlich-furchtsam), die vermutlich eher einem (vermeintlichen oder tatsächlichen) Bild der eigenen Person entsprechen. Hyler et al. (1989) wiesen ebenfalls darauf hin, dass die einzigen von Klinikern häufiger als von Fragebögen erfassten Diagnosen die der narzisstischen und der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung sind. Diese Überlegungen bewogen Ecker und Dehmlow (1994, 1996), in ihrer Untersuchung klinische Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen einzubeziehen, die auf einem vorläufigen Urteil von erfahrenen Klinikern basierten, welche anhand weiterer Daten aus Verhaltensanalysen und Informationen aus dem Verlauf überprüft und gegebenenfalls verändert wurden. Auch Ruppert, Zaudig, Reinecker et al. (2001) maßen der Außensicht bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eine wichtige Bedeutung zu, die retrospektive Diagnosevergabe erfolgte aber lediglich anhand einer Checkliste nach den Informationen aus den Akten.

Das Vorgehen von Ruppert, Zaudig, Reinecker et al. (2001) leitet zu einem weiteren Problem über. Eine Schwäche vieler Untersuchungen ist darin zu sehen, dass Daten retrospektiv erhoben wurden. Häufig wurde bestehendes Datenmaterial zu ganz anderen Zwecken erhoben, um es dann einer Analyse bezüglich Zwang und Persönlichkeitsstörungen zu unterziehen. Daraus erwachsen zahlreiche methodische Mängel, die ins-

gesamt die Qualität der Ergebnisse in Frage stellen. Prospektiven Untersuchungen, die entsprechend den Erfordernissen einer spezifischen Fragestellung konzipiert wurden, kommt eine wesentlich höhere Aussagekraft zu.

Fast völlig vernachlässigt wurde bisher die Frage nach prognostisch günstigen Persönlichkeitsakzentuierungen. Die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (gestört vs. ungestört) legt eine Erfassung des Störungsaspektes nahe. Beim Studium der Literatur entsteht außerdem der Eindruck, dass viele Autoren die Möglichkeit, dass Persönlichkeitsstörungen Kompetenzen beinhalten, gar nicht in Betracht ziehen. Baer und Jenike (1990) bezeichneten ihr Ergebnis, dass eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit einem positiveren Therapieergebnis verknüpft war, als wahrscheinlich fehlerhaften Befund. Andere Autoren fanden ebenfalls prognostisch günstige Züge (Fals-Stewart & Lucente, 1993; Steketee, 1990), gingen aber in der Diskussion ihrer Ergebnisse nicht weiter darauf ein.

3. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Aufgrund der inkonsistenten Befundlage besteht das Ziel der vorliegenden Untersuchung darin, bei Vermeidung verschiedener inhaltlicher und methodischer Kritikpunkte früherer Studien, einen Beitrag zur Klärung des Einflusses von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen zu leisten.

Um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten, soll die Auswahl der Verfahren soweit möglich an nationalen und internationalen Standards orientiert sein. Bei der Auswahl der Messinstrumente zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist außerdem zu berücksichtigen, dass Diagnosen nicht allein auf den Angaben von Patienten beruhen, sondern weitere Informationsquellen einschließen. Neben der kategorialen Erfassung erscheint eine dimensionale Erfassung unverzichtbar, außerdem sollten die Verfahren mit den gängigen Klassifikations-

systemen übereinstimmen. Als Fremdrating-Verfahren wurden daher die Internationalen Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P; Bronisch et al., 1995), als im deutschen Sprachraum gängige Verfahren, gewählt. Als Fragebogen-Verfahren wurde das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP; Andresen, 2003, im Druck) verwendet. Von der Durchführung eines Interviews wurde aus verschiedenen inhaltlichen Gründen (Unterschätzung bestimmter Persönlichkeitsstörungen, fehlende Integration beider Klassifikationssysteme) abgesehen, letztendlich waren es jedoch Gründe der Machbarkeit (hoher zusätzlicher zeitlicher Aufwand), die zur Entscheidung führten, auf die Verwendung von Interviews zu verzichten.

Die Bedeutung depressiver Symptomatik für die Untersuchung der Auswirkungen von Persönlichkeitsvariablen auf den Therapieerfolg bei Zwangserkrankungen ist noch offen. Depressiven Symptomen könnte eine Rolle als eigenständigem Prädiktor zukommen, depressive Symptome könnten aber auch insbesondere zu Behandlungsbeginn für eine negativere Selbstbeurteilung (entspricht einer stärkeren Akzentuiertheit) verantwortlich sein und dadurch zu einer Fehlbewertung der Bedeutung von Persönlichkeitsakzentuierungen führen. Ebenso könnten aktuelle Depressivitätswerte eine erhöhte habituelle Depressivität widerspiegeln. Wirkt sich eine aktuelle depressive Symptomatik tatsächlich auf die Selbstbeschreibung dahingehend aus, dass mehr und höhere Persönlichkeitsakzentuierungen angegeben werden, so müssten bei Patienten mit depressiver Symptomatik zu Beginn und ausgeglichener Befindlichkeit am Ende der Behandlung tatsächliche Veränderungen in der Persönlichkeit von Veränderungen aufgrund positiverer Selbsteinschätzung abgegrenzt werden können. Die Abschätzung der Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und Persönlichkeitsvariablen scheint nur durch eine prospektive Längsschnittuntersuchung machbar zu sein. Ein entsprechendes Design wurde daher für die vorliegende Studie gewählt.

Es wurden unselektierte Patienten aus der Routineversorgung untersucht, das Behandlungsangebot bestand aus einer multimodalen Verhaltenstherapie sowie gegebenenfalls einer zusätzlichen Medikation, wenn diese indiziert war. Die Erfassung des Therapieergebnisses erfolgte durch einen externen Untersucher, so dass Beurteilung der Persönlichkeit, Durchführung der Behandlung und Einschätzung des Behandlungserfolges nicht durch eine Person erfolgten. Als ein weiteres Erfolgskriterium soll eine Einschätzung des Patienten hinsichtlich seiner Fortschritte herangezogen werden.

Im Einzelnen sollen folgende Fragen untersucht werden:

- 1) Welchen Einfluss haben Persönlichkeitsstörungen (kategorial) und Persönlichkeitsakzentuierungen (dimensional) auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie (mit oder ohne adjuvante Medikation) bei Zwangserkrankungen?

Mehrere Untersuchungen weisen darauf hin, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung allgemein mit einem negativen Therapieergebnis verknüpft ist. Verschiedene spezifische Persönlichkeitsstörungen waren ebenfalls mit einem negativen Outcome verbunden. Aufgrund methodischer und inhaltlicher Schwächen einiger dieser Studien sowie gegenteiliger Befunde lässt die Gesamtschau der Befunde keine Ableitung gerichteter Hypothesen zu.

- 2) Besteht ein Zusammenhang zwischen der „Gesamtgestörtheit“ bzw. „Gesamtakzentuiertheit“ der Persönlichkeit und dem Therapieerfolg?

Aufgrund der Angaben in der Literatur besteht die Hypothese, dass ein Zusammenhang dahingehend besteht, dass mit zunehmender Anzahl von Persönlichkeitsstörungen der Therapieerfolg abnimmt. Zur Frage eines Zusammenhanges von Persönlichkeitsakzentuierungen und Therapieerfolg liegen m.E. keine Untersuchungen vor.

- 3) Lassen sich spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen als Prädiktoren für ein negatives oder positives Therapieergebnis identifizieren?

Nach den in der Literatur berichteten Befunden besteht die Hypothese, dass schizotypische und passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierungen Prädiktoren für ein negatives Therapieergebnis sind.

Prädiktoren für ein positives Ergebnis könnten dependente Persönlichkeitsakzentuierungen sein. Mehrere Studien weisen auf einen günstigen Einfluss dieser Persönlichkeitsakzentuierungen hin, diese Ergebnisse waren jedoch eher ein Zufallsbefund im Rahmen anderer Fragestellungen. Eine systematische Untersuchung dieser Fragestellung wurde m.W. bisher nicht unternommen.

4. METHODIK

4.1. Stichprobe

Im Zeitraum von November 1999 bis August 2001 wurden siebzig Patientinnen und Patienten mit einer Zwangserkrankung zur Behandlung auf die Verhaltenstherapie-Station oder in die Verhaltenstherapie-Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf aufgenommen. Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Untersuchung war die Diagnose einer Zwangsstörung nach den Kriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1991) und des DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994; deutsch: Saß, Wittchen et al., 1996). Die Diagnostikstellung nach den Kriterien des DSM-IV erfolgte mit Hilfe des SKID-Interviews (SKID I; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997). Ein zweites Kriterium bestand in einem anfänglichen Punktwert von 16 bei gemischten Zwangserkrankungen bzw. einem Punktwert von 10 bei Vorliegen von Denk- oder Handlungszwängen in der Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989ab; deutsch: Hand & Büttner-Westphal, 1991). Die Y-BOCS gilt als diagnostischer Gold-Standard bei empirischen Untersuchungen, die genannten Punktwerte haben sich als Cut-Off-Wert für eine klinisch ausgeprägte Symptomatik bewährt (Hand & Büttner-Westphal, 1991; für eine detailliertere Beschreibung des Verfahrens siehe Kapitel 4.3). Voraussetzung für den Einschluss in die

Studie war weiterhin, dass eine multimodale verhaltenstherapeutische Behandlung der Zwangserkrankung (ausschließlich oder in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung) ein wesentlicher Bestandteil der Therapie war.

Von 70 Personen wurden 55 Personen in die Untersuchung einbezogen. Fünf Patienten brachen den Aufenthalt nach wenigen Tagen ab, bei sechs Patienten war eine verhaltenstherapeutische Behandlung der Zwangserkrankung nicht indiziert und bei vier Patienten stand eine andere Grunderkrankung im Vordergrund, während eine Änderung bezüglich der Zwangssymptomatik nicht Ziel der Behandlung war.

Ein Vergleich zwischen Patienten, die an der Untersuchung teilnahmen, mit denen, die nicht eingeschlossen wurden (siehe Tabelle 2), ergab einen signifikant höheren Prozentsatz an Männern in der nicht eingeschlossenen Gruppe sowie einen signifikant höheren Prozentsatz an weder berufstätigen noch arbeitssuchenden Personen wie z.B. Hausfrauen, Schülern, Studenten und (Früh-)Rentnern. Keine Unterschiede fanden sich hinsichtlich Schulbildung und Familienstand. Bezüglich Krankheitsvariablen waren nicht einbezogene Personen signifikant länger an einer Zwangsstörung erkrankt. Da bei nicht einbezogenen Personen häufig kein Y-BOCS-Interview durchgeführt werden konnte, wurde zur Abschätzung des Schweregrades der Erkrankung eine Globalbeurteilung des Behandlers mittels der Clinical Global Impressions (CGI; Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, 1996) verwendet. Nicht teilnehmende Personen wiesen zu Beginn des Aufenthaltes einen höheren Schweregrad auf. Außerdem waren sie häufiger schon in stationärer Behandlung gewesen und tendenziell eher in der Vorgeschichte medikamentös behandelt worden.

Tabelle 2: Darstellung soziodemographischer und psychopathologischer Variablen teilnehmender und nicht einbezogener Patienten

	Teilnehmer n = 55	Nicht-Teilnehmer n = 15	Prüfgröße / Signifikanz
Geschlecht			
Männer	18 (33 %)	10 (67 %)	Pearson $\chi^2 = 5,66$ df = 1; $p \leq .05$
Frauen	37 (67 %)	5 (33 %)	
mittleres Alter in Jahren	M = 34,7 SD = 10,6	M = 39,6 SD = 15,5	n.s.
Arbeitssituation			
berufstätig	21 (38 %)	1 (7 %)	Pearson $\chi^2 = 6,06$ df = 1; $p \leq .05$
arbeitslos	8 (15 %)	2 (13 %)	
weder - noch ¹	26 (47 %)	12 (80 %)	
Dauer Zwang in Jahren	M = 11,1 SD = 7,6	M = 17,7 SD = 12,2	t = 1,98 df = 17; $p \leq .05$
Schweregradbeurteilung (CGI)			
mäßig	7 (13%)	0	Pearson $\chi^2 = 8,57$ df = 1; $p \leq .05$
deutlich	33 (60%)	5 (33 %)	
schwer / extrem	15 (27%)	10 (67 %)	
Anzahl stationärer Vorbehandlungen	M = 0,8 SD = 1,3	M = 2,2 SD = 2,5	t = 2,77 df = 68; $p \leq .05$
Medikation in Vorgeschichte			
ja	29 (53 %)	12 (80 %)	Pearson $\chi^2 = 3,61$ df = 1; $p \leq .10$
nein	26 (47 %)	3 (20%)	

Anmerkungen.

¹ z.B. Hausfrauen, Schüler, Studenten, seit längerer Zeit krankgeschrieben, (früh)berentet

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse somit darauf hin, dass es sich bei den nicht in die Studie eingeschlossenen Patienten um eine stärker beeinträchtigte Gruppe mit einer schweren, häufig chronifizierten Zwangserkrankung und vielfältigen insgesamt nicht erfolgreichen Therapieversuchen in der Vorgeschichte handelte.

55 Patienten (Station: n = 40; Tagesklinik: n = 15) schlossen die verhaltenstherapeutische Behandlung ab und konnten zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt untersucht werden. Die Interviews konnten mit allen Patienten zu beiden Zeitpunkten durchgeführt werden. Vereinzelt sind Fragebögen nicht vollständig bearbeitet worden, weil Patienten nicht motiviert waren oder aufgrund der Zwangserkrankung das Ausfüllen erschwert war.

4.2 Untersuchungsablauf

Nach Aufklärung über die Studie und einer schriftlichen Einverständniserklärung über die Teilnahme bei Aufnahme erfolgte die erste Untersuchung in der Regel in der ersten Woche nach Aufnahme (zugelassener Höchstzeitraum zwei Wochen). Die Patienten bearbeiteten eine Reihe von Fragebögen und nahmen an zwei Interviews zur Einstufung der Zwangssymptomatik sowie depressiver Symptomatik teil. Die Interviews wurden von einem erfahrenen Psychologen durchgeführt, der außerhalb des Behandlungssettings des jeweiligen Patienten arbeitete, um eine neutrale Einschätzung der Symptomatik zu gewährleisten.

Die mittlere Aufenthaltsdauer für die Station lag bei 54 Tagen ($SD = 13.2$), für die Tagesklinik bei 89 Tagen ($SD = 26.7$). Zu Beginn der Behandlung erfolgte eine umfangreiche diagnostische Abklärung und Exploration zur Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells, der Ableitung der Therapieziele und der Erstellung des Behandlungsplanes. Diese Diagnostikphase umfasste in Abhängigkeit von der Komplexität der Symptomatik zwei bis drei Wochen. Anschließend erfolgte die eigentliche Behandlungsphase. Das Behandlungsangebot bestand aus mehreren Einzeltherapiesitzungen in der Woche und je nach individueller Planung in Expositionssitzungen, der Teilnahme an verschiedenen spezifischen Gruppen (z.B. soziales Kompetenztraining, Depressionsbewältigung, Stressbewältigung etc.) und weiteren Aktivitäten. Insgesamt entspricht das therapeutische Vorgehen dem in Kapitel 2.3 beschriebenen Vorgehen und ist in beiden Behandlungssettings weitgehend vergleichbar (vgl. auch Mundt & Hand, 2002, zum Konzept einer verhaltenstherapeutischen Tagesklinik). In der Woche vor der Entlassung fand die zweite Untersuchung statt, die dem Vorgehen zum ersten Untersuchungszeitpunkt entsprach. Das Interview wurde zu beiden Zeitpunkten von derselben Person durchgeführt.

Der Aufbau der Untersuchung sowie die verwendeten Fragebögen und Verfahren sind zusammengefasst in Tabelle 3 dargestellt. Die Fragebögen und Verfahren werden im nächsten Kapitel näher erläutert.

Tabelle 3: Darstellung der verwendeten Verfahren zu den Untersuchungszeitpunkten

	Verfahren	Behandlungsbeginn	Behandlungsende
Biographische und krankheitsbezogene Informationen	Fragebogen	Fragebogen zu biographischen und krankheitsbezogenen Informationen	
Zwangssymptomatik	Interview	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)
Persönlichkeit	Fragebogen	Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)	Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)
	Checklisten		Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P)
Depressivität	Fragebogen	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	Beck-Depressions-Inventar (BDI)
	Interview	Hamilton Depression Scale (HAMD)	Hamilton Depression Scale (HAMD)
soziale Ängste und Defizite	Fragebogen	Unsicherheits-Fragebogen	Unsicherheits-Fragebogen
Allgemeine Symptombelastung	Fragebogen	Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	Symptom-Checkliste (SCL-90-R)
klinischer Gesamteindruck	Fragebogen		Clinical Global Impressions (CGI-Selbst)
	Fremdrating		Clinical Global Impressions (CGI-Fremd)

4.3 Untersuchungsverfahren

4.3.1 Biographische und krankheitsbezogene Informationen

Zur Erfassung von biographischen und krankheitsbezogenen Informationen wurde eine Liste von Variablen erstellt, die die wesentlichen Angaben zur Biographie, zur Zwangserkrankung (Vorbehandlung, aktuelle Behandlung, Behandlung nach Beendigung des aktuellen stationären Aufenthaltes) und zu weiteren psychischen Erkrankungen enthielt. Die Erfassung dieser Informationen erfolgte mittels eines Fragebogens, weiterhin wurden Angaben aus Akten und früheren Behandlungsberichten sowie aus Fremdanamnesen verwandt.

4.3.2 Zwangssymptomatik

Zur Erfassung der Zwangssymptomatik wurde die *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a) in der autorisierten deutschen Übersetzung von Hand und Büttner-Westphal (1991) eingesetzt. Es handelt sich um ein halbstandardisiertes Interview, welches die Erfassung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen hinsichtlich Zeitaufwand, Beeinträchtigung im Alltagsleben, Leidensdruck, Widerstand und Kontrolle über die Symptomatik auf fünf Stufen in dem Zeitraum der letzten sieben Tage ermöglicht. Ein höherer Schweregrad geht mit höheren Y-BOCS-Werten einher.

Zur Auswertung können Summenscores getrennt für Denkwänge (Item 1 bis 5 ohne 1b) und Handlungszwänge (Item 6 bis 10 ohne 6b) sowie ein Gesamtwert (Summe der Werte für Denk- und Handlungszwänge; Item 1 bis 10 ohne 1b und 6b) berechnet werden. Diese Vorgehensweise entspricht einer Empfehlung von Goodman et al. (1989a), die auf klinischer Erfahrung beruht. Eine alternative Auswertung, basierend auf neueren Befunden, wird von Moritz et al. (2002) vorgeschlagen (Summe Item 1 - 3 zur Erfassung des Schweregrades von Zwangsgedanken, Summe Item 6 - 8 zur Erfassung des Schweregrades von Zwangshandlungen, Summe Item 4 und 9 zur Erfassung des Widerstandes). Dieser Empfehlung wird in der vorliegenden Untersuchung entsprochen,

gleichzeitig wird auch die von Goodman et al. (1989a) aufgrund klinischer Erfahrung vorgeschlagene Auswertung beibehalten, um eine Vergleichbarkeit zu anderen Studien aufrechtzuerhalten (Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, nach Moritz et al. errechnet, werden durch ♦ gekennzeichnet).

Die Reliabilität der Y-BOCS kann nach verschiedenen Untersuchungen als zufriedenstellend bis gut bezeichnet werden. Für die innere Konsistenz (Cronbach's α) ergab sich nach Goodman et al. (1989a) ein Durchschnittswert von $\alpha = .89$, andere Untersucher fanden ebenfalls akzeptable Werte (Zwangsgedanken: $\alpha = .77$; Zwangshandlungen: $\alpha = .51$; Gesamtwert: $\alpha = .69$; Woody, Steketee & Chambless, 1995). Die Interreliabilitätskoeffizienten für die ersten zehn Items sowie für den Gesamtscore liegen nach Goodman et al. (1989a) zwischen .82 und .96, Nakagawa, Marks, Takei, De Araujo und Ito (1996) konnten diese Ergebnisse bestätigen.

Die Validität des Verfahrens ist nach bisherigen Studien ebenfalls akzeptabel. Untersuchungen zur Übereinstimmungsvalidität ergaben zufriedenstellende bis hohe Korrelationen mit anderen Instrumenten zur Erfassung von Zwangssymptomatik ($r = .53 - .74$; Goodman et al., 1989b) sowie globalen klinischen Beurteilungen (Kim, Dysken & Kuskowski, 1990). Untersuchungen zur diskriminanten Validität ergaben signifikante Korrelationen mit Fragebögen, die Angst und Depression erfassen (Hamilton-Depressionsskala: $r = .60$; Hamilton-Angstskala: $r = .47$), und weisen somit darauf hin, dass eine differentialdiagnostische Abklärung mittels Y-BOCS nicht zu empfehlen ist. Therapiebedingte Veränderungen können durch die Y-BOCS gut abgebildet werden (Kim et al., 1990; van Oppen et al., 1995).

Arbeiten zur faktoriellen Struktur der Y-BOCS ergaben keine konsistenten Befunde. McKay, Danyko, Neziroglu und Yaryura-Tobias (1995) sowie Amir, Foa und Coles (1997) berichteten von zwei Faktoren, welche jedoch in beiden Studien unterschiedliche Inhalte reflektierten. Die Befunde von Kim, Dysken, Pheley und Hoover (1994) sprechen dagegen

eher für eine dreifaktorielle Struktur, die neben den Dimensionen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen eine Dimension des Widerstandes gegen die Symptomatik enthält. Die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung (Moritz et al., 2002) bestätigen im Wesentlichen die Befunde von Kim et al. (1994).

4.3.3 Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen

Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen im Selbstrating erfolgte mittels des *Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* (IKP; Andresen, 2003, im Druck). Dieses Verfahren erlaubt eine Erfassung von Persönlichkeitsakzentuierungen nach DSM-IV und ICD-10 und dient gleichzeitig als Screening-Instrument zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Das Inventar besteht aus zwei Teilfragebögen: Das IKP-G enthält alle DSM-IV-Diagnosen. Das IKP-E dient in Kombination mit dem IKP-G der Erfassung aller ICD-10-Störungsbilder sowie einiger ergänzender, lt. Autor teilweise noch stark hypothetischer, Persönlichkeitsstörungen (zur Herleitung und Begründung vgl. Andresen, 2003, im Druck). Das Gesamt-IKP besteht aus 18 Skalen, denen jeweils 18 Items zugeordnet sind. Es stehen vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl (*völlig richtig, eher richtig, eher falsch, völlig falsch*).

Bei einem T-Wert von 70 und höher besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Detaillierte Angaben zur Umwandlung in DSM- und ICD-10-Diagnosen stehen zur Verfügung.

Eine besondere Stärke des IKP liegt darin, dass bei der Entwicklung des Inventars sehr viel Wert auf die Erarbeitung psychopathologisch inhaltsvalider Skalen gelegt wurde, die gleichzeitig testtheoretischen Anforderungen genügen (zur Konstruktion des Inventars vgl. Andresen, 2003, im Druck). Die Items zeigen eine überlegene Trennschärfe. Die Skalen wiesen hohe interne Konsistenzen auf, die inneren Konsistenzwerte (Cronbach's α) liegen zwischen .83 und .91.

Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen im Fremdrating erfolgte mittels der *Internationalen Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen* (IDCL-P; Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1995). Diese Checklisten enthalten Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. Die Kodierungen erfordern eine klinische Beurteilung der vorliegenden Informationen aus Exploration, Fremdanamnese, Akten etc.

Die Überprüfung der Retest-Reliabilität fiel zufriedenstellend aus für die globale Einschätzung des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung ($\kappa = .62$), die Kappa-Werte für spezifische Persönlichkeitsstörungen lagen zwischen .35 und .73 (Bronisch, Garcia-Borreguero, Flett, Wolf & Hiller, 1992). Die Übereinstimmungsvalidität als Korrelation mit anderen Beurteilungsinstrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen erscheint zufriedenstellend, der Kappa-Wert für die Unterscheidung Persönlichkeitsstörung / keine Persönlichkeitsstörung beträgt .52, die Werte für spezifische Persönlichkeitsstörungen liegen zwischen .38 und .68.

4.3.4 Depressivität

Zur Messung der aktuellen depressiven Symptomatik wurde ein Selbstbeurteilungsverfahren (Beck-Depressionsinventar; Beck & Steer, 1987) sowie ein Fremdbeurteilungsverfahren (Hamilton Depression Scale; Hamilton, 1960) eingesetzt.

Das *Beck-Depressionsinventar* (BDI) wurde in der deutschen Adaptation von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller (1995) verwendet. Es erfasst mit 21 Items depressive Symptome auf der emotionalen, kognitiven, motivationalen und somatischen Ebene. Jedes Item wird jeweils durch vier Aussagen in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung beschrieben. Aus jedem Bereich soll der Patient die Aussage auswählen, die seinen Zustand in der vergangenen Woche am besten charakterisiert.

Die Reliabilität des Inventars kann entsprechend einer Zusammenstellung verschiedener angloamerikanischer Untersuchungen (Beck, Steer & Garbin, 1988) als zufriedenstellend bis gut bezeichnet werden. Die Retestreliabilitätskoeffizienten für eine Woche liegen zwischen .60 und .86,

innere Konsistenzwerte (Cronbach's α) für psychiatrische Patienten zwischen .76 und .95, für nichtpsychiatrische Patienten zwischen .73 und .92. Für die deutsche Version finden sich ähnliche Werte (Hautzinger et al., 1995). Die Validität des Inventars ist nach bisherigen Untersuchungen ebenfalls ausreichend. Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität zeigen, dass das Inventar Depressive und Nichtdepressive genügend trennt (Hautzinger et al., 1995; Lukesch, 1974). Die Übereinstimmungsvalidität als Korrelation mit anderen Beurteilungsinstrumenten depressiver Symptomatik sowie globaler klinischer Beurteilung liegt zwischen .55 und .96 für den angloamerikanischen Raum (Beck et al., 1988) sowie zwischen .71 und .89 in Untersuchungen an deutschsprachigen Stichproben (Hautzinger et al., 1995). Weiterhin ergaben verschiedene Untersuchungen, dass das BDI therapiebedingte Veränderungen gut abbilden kann (Hautzinger, 1993; Hautzinger et al., 1995).

Bei der *Hamilton Depression Scale* (HAMD; Hamilton, 1960) handelt es sich um das am weitesten verbreitete Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression (Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, 1996). Es existieren mehrere Versionen, die sich in der Itemzahl unterscheiden. Für diese Untersuchung wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Studien die 17-Item-Version gewählt. Depressive Symptome werden in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung beschrieben. Die Einschätzung bezieht sich auf den Zeitraum der letzten sieben Tage. Die Informationen werden in einem etwa 15-minütigen Interview erhoben, bei der Beurteilung können auch Informationen aus Fremdanamnesen einbezogen werden. Das Verfahren wird häufig auch zur Erfassung therapiebedingter Veränderungen eingesetzt.

Die Reliabilität dieses Verfahrens kann als gut bezeichnet werden. Die Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizienten liegen im Bereich von .52 bis .98, die Schätzungen der inneren Konsistenz zwischen .52 und .95 (vgl. die Übersichtsarbeit von Hedlund & Vieweg, 1979) sowie zwischen .73 und .88 (Cronbach's α) in einer Untersuchung von Baumann (1976). Die Überein-

stimmungsvalidität ist befriedigend. Korrelationen mit dem BDI bewegen sich zwischen .61 und .86 (Beck et al., 1988) in angloamerikanischen Untersuchungen, in deutschen Untersuchungen liegen die Korrelationen eher am unteren Ende dieses Bereiches (Hautzinger et al., 1995). Korrelationen zwischen der HAMD und der Depressionsskala von Zung (1965) bewegen sich zwischen .22 und .95 (Hedlund & Vieweg, 1979).

4.3.5 Soziale Ängste und Defizite

Soziale Ängste und Defizite wurden mit dem *Unsicherheitsfragebogen* (U-Fragebogen; Ullrich de Muynck & Ullrich, 1994) erhoben. Folgende Bereiche werden mit sechs Subskalen erfasst: Fehlschlag- und Kritikangst, Kontaktangst, Fordern-können, Nicht-nein-sagen-können, Schuldgefühle, Anständigkeit. Sechs Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung (*trifft nicht zu bis trifft voll und ganz zu*). Der Unsicherheitsfragebogen soll insbesondere für die Erfassung von therapiebedingten Veränderungen geeignet sein.

Die Reliabilität dieses Verfahrens kann nach den Autoren (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1978) als gut bezeichnet werden (die Konsistenzkoeffizienten liegen zwischen .91 und .95, die Retest-Reliabilitätskoeffizienten liegen zwischen .71 und .85). Signifikant positive Korrelationen mit konstrukt-nahen Skalen anderer Verfahren sowie signifikant negative Korrelationen mit konstrukt-fernen Skalen bestätigen außerdem die Validität des Verfahrens.

4.3.6 Allgemeine Symptombelastung und klinischer Gesamteindruck

Zur Erfassung der allgemeinen Symptombelastung als subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome wurde die *Symptom-Checkliste* (SCL-90-R) von Derogatis (1977) in der deutschen Bearbeitung von Franke (1995) eingesetzt. Neun Skalen erfassen folgende Bereiche: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, phobische

Angst, paranoides Denken, Psychotizismus. Weiterhin geben drei globale Kennwerte Informationen über die grundsätzliche psychische Beeinträchtigung, die Intensität der Antworten und die Anzahl der Symptome, in denen eine Belastung vorliegt. Es handelt sich um ein Selbstrating-Verfahren, auf einer fünfstufigen Skala mit Intensitätsangaben (*überhaupt nicht* bis *sehr stark*) werden Vorkommen und Ausmaß verschiedener psychischer und somatischer Symptome für die letzten sieben Tage abgefragt. Die Skala eignet sich außerdem für die Erfassung therapiebedingter Veränderungen im Verlauf (Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, 1996).

Die Reliabilität dieses Verfahrens kann insgesamt als gut bezeichnet werden, die Konsistenz- und Retestreliabilitätskoeffizienten in den verschiedenen Studien bewegen sich zwischen .51 und .97 (Alvir, Schooler, Borenstein, Woerner & Kane, 1988; Derogatis, 1977; Derogatis, Rickels & Rock, 1976; Franke, 1992). Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität ergaben positive Korrelationen zwischen den Skalen der SCL-90-R und verschiedenen Befindlichkeits- und Persönlichkeitsmaßen, weiterhin zeigen Untersuchungen, dass die Skala gesunde Personen von verschiedenen Patientengruppen diskriminieren kann (Franke, 1992; Franke, 1995).

Die *Clinical Global Impressions* (CGI; National Institute of Mental Health, 1970; deutsche Bearbeitung: Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, 1996) erlaubt die Beurteilung eines klinischen Gesamteindrucks. Sie wurde zur Nutzen-Risiko-Bewertung bei der medikamentösen Behandlung psychisch Kranker entwickelt und ermöglicht die Erfassung des Schweregrades der Erkrankung (Item 1), eine Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (Item 2) sowie eine Einschätzung gewünschter und unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Item 3). In dieser Untersuchung wurden die ersten zwei Items verwendet. Die Beurteilung erfolgt durch den behandelnden Therapeuten. Der Schweregrad der Erkrankung kann auf sieben Ausprägungsstufen (*Patient ist überhaupt nicht krank* bis *Patient gehört zu den extrem schwer Kranken*) beurteilt werden, zusätzlich steht eine Kategorie *nicht beurteilbar* zur Verfügung. Die

Einschätzung bezieht sich auf den Zeitraum der letzten sieben Tage. Bezugsrahmen für die Einstufung ist die gesamte Erfahrung des Behandlers mit der jeweiligen Patientengruppe. Die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung zur Entlassung wird ebenfalls auf sieben Ausprägungsstufen (*Zustand ist sehr viel besser* bis *Zustand ist sehr viel schlechter*) sowie der Kategorie *nicht beurteilbar* eingeschätzt, Zeitrahmen ist die Veränderung von Behandlungsbeginn bis zum Behandlungsabschluss.

Die Reliabilitätsangaben sind nur bedingt zufriedenstellend. In einer Untersuchung von Dahlke, Lohaus und Gutzmann (1992) lagen Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizienten für den Schweregrad bei .66 (zwei Ärzte) und .41 (Arzt / Pfleger), für die Zustandsänderung .51 (zwei Ärzte) und .35 (Arzt / Pfleger). Retest-Reliabilitätskoeffizienten lagen in dieser und in einer weiteren Untersuchung (Beneke & Rasmus, 1992) zwischen .15 und .78 (Zeitraum acht Wochen).

Die Gütekriterien erscheinen somit zusammenfassend wenig befriedigend, für den Einsatz des Verfahrens sprechen jedoch die Kürze, die Einfachheit der Anwendung und die hohe Augenscheinvalidität (Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, 1996) sowie die international verbreitete Verwendung. Zusätzlich wird die CGI in modifizierter Form als Selbstbeurteilungs-Skala eingesetzt (CGI-Selbst; siehe Anhang).

4.4 Datenanalyse

4.4.1 Erfassung des Therapieerfolges

Allgemein akzeptierte Kriterien zur Bestimmung des Therapieerfolges bei Zwangserkrankungen sucht man in der Literatur bedauerlicherweise vergeblich. Foa und Mitarbeiter (1983) definierten den Therapieerfolg als eine Reduktion der Symptomatik über 30 % in den verwendeten Messinstrumenten von Beginn bis zum Ende der Therapie und Misserfolg entsprechend als eine Veränderung von 30 % und weniger. Eine Reihe von Forschern schloss sich dieser Definition an (z.B. Cottraux, Messy et al., 1993; Lax, Basoglu & Marks, 1992). Die zur Erfassung der Veränderung verwandten Verfahren variierten in den Studien und waren überwiegend international wenig verbreitet. Betrachtet man die Studien, in denen die Y-BOCS (als mittlerweile allgemein akzeptierter Standard) zur Erfassung des Therapieerfolges eingesetzt wurde, so lässt sich bei dichotomer Einteilung eine Tendenz dahingehend feststellen, Patienten dann als Responder zu klassifizieren, wenn sie eine Verbesserung von 35 % und mehr erreichten (z.B. Ackerman, Greenland, Bystritsky, Morgenstern & Katz, 1994; DeVeugh-Geiss, Katz, Landau, Goodman & Rasmussen, 1990; Hohagen et al., 1998; Katz & DeVeugh-Geiss, 1990). Eine andere ebenfalls häufiger verwendete dichotome Einteilung geht auf Baxter (1992) zurück und beruht auf der Gesamteinschätzung der Veränderung aus Sicht des Interviewers (Item 18 in der Y-BOCS). Therapie-Responder müssen demnach als *viel besser* oder *sehr viel besser* beurteilt werden. Da diese Einschätzung jedoch sehr viel Spielraum für subjektive Bewertungen des Interviewers lässt, wurde in dieser Untersuchung auf dieses Kriterium verzichtet und stattdessen das 35 %-Kriterium verwendet. Als ein weiteres (kontinuierliches) Maß für Veränderungen wurden die Differenzen zwischen den Y-BOCS-Werten zu Beginn und zum Ende der Therapie verwendet.

Zur Erfassung der Beurteilung des Therapieerfolges aus Patientensicht wurde als ein Response-Kriterium die Patienteneinschätzung in der CGI-Selbst verwendet. Als Responder wurden (in Analogie zu Baxter, 1992)

Patienten klassifiziert, die ihren Gesamtzustand am Ende der Therapie als *viel besser* oder *sehr viel besser* einstufen. Im Vergleich zum 35 %-Kriterium ist dieses Kriterium als wesentlich ungenauer zu bewerten. Die Übereinstimmungen und Unterschiede zum 35%- Kriterium nach der Y-BOCS gibt Tabelle 4 wider. Außerdem kann der Therapieerfolg erfasst werden, indem die gesamte Information der CGI-Selbst verwendet wird.

Tabelle 4: Übereinstimmung und Unterschiede in den dichotomen Response-Kriterien

	Responder nach CGI	Non-Responder nach CGI
Responder nach Y-BOCS	29	7
Non-Responder nach Y-BOCS	5	12

4.4.2 Statistische Verfahren

Psychopathologische Veränderungen in der Gesamtstichprobe wurden mittels t-Tests für abhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft. Die Voraussetzung einer Normalverteilung der Differenzen kann für diese Untersuchung vernachlässigt werden, da sie nach Bortz (1999) nur für kleinere Stichproben ($n < 30$) erfüllt sein muss.

Einflüsse von Persönlichkeitsvariablen auf den Therapieerfolg wurden mittels varianzanalytischer Designs überprüft. Zweifaktorielle Varianzanalysen wurden durchgeführt, wenn Persönlichkeitsvariablen kategorial definiert waren. Als Faktoren gingen in diese Varianzanalysen die Gruppenzugehörigkeit in zwei Stufen (z.B. Persönlichkeitsstörung ja / nein) und Messwiederholung (prä / post) ein. Abhängige Variable war der Schweregrad der Zwangserkrankung zu Beginn und am Ende der Therapie. Aufgrund der inhaltlichen Zusammengehörigkeit der verschiedenen Persönlichkeitsskalen des IKP wurde die Überprüfung der Bedeutung von Persönlichkeitsakzentuierungen für den Therapieerfolg mittels multivariater Varianzanalyse (MANOVA) durchgeführt. Als Faktor ging in die Varianzanalyse die Therapieresponse ein, abhängige Variablen waren die IKP-Skalen. Als Voraussetzung für die Durchführung einer MANOVA sollte

eine multivariate Normalverteilung der abhängigen Variablen vorliegen. Zur Überprüfung dieser Annahme steht nach Bortz (1999) noch kein zufriedenstellender Test zur Verfügung, nach Tabachnick und Fidell (2001) ist die MANOVA jedoch ein robustes Verfahren, wenn die Fehlerfreiheitsgrade größer als 20 (hier 50) sind und die Testung zweiseitig ist. Die Voraussetzung der Varianz-Kovarianz-Homogenität nach dem Box M-Test war erfüllt. Da die Stichproben nicht gleich groß waren, wurde zur Prüfung der Effekte statt des üblicherweise verwendeten Wilks' Lambda Kriteriums das Pillai Kriterium verwendet, da Letzteres bei möglichen Abweichungen von den Berechnungsvoraussetzungen das robustere Kriterium darstellt (Tabachnick & Fidell, 2001).

In einer weiteren Auswertung wurden die verschiedenen Persönlichkeitsskalen einer Faktorenanalyse unterzogen. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß zeigte mit einem Wert von .77 eine gute Eignung der Variablen für eine Faktorenanalyse (nach Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 1994). Der Bartlett-Test auf Sphärizität war mit einem *Chi-Quadrat* von 624.31 hochsignifikant ($p \leq .0001$), d.h. es ist davon auszugehen, dass zwischen den Variablen der Grundgesamtheit von Null verschiedene Korrelationen bestehen. Die Berechnung der Faktoren erfolgte nach der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Als Kriterium für die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde das Kaiser-Guttman-Kriterium verwendet (Eigenwert größer 1). Dieses Vorgehen überschätzt üblicherweise die Anzahl der Faktoren (Bortz, 1999), daher wurde als weiteres Kriterium der Scree-Test von Cattell (1966a, zitiert nach Bortz, 1999) herangezogen. Für die Interpretation der Faktoren wurde der Empfehlung von Guadagnoli und Velicer (1988, zitiert nach Bortz, 1999) gefolgt, dass Faktoren dann als bedeutsam angesehen werden, wenn mindestens vier Variablen eine Ladung über .60 aufweisen.

Alle Datenanalysen wurden mit dem Programm SPSS-PC (Version 10.0) durchgeführt.

4.4.3 Signifikanzniveau

Alle Fragestellungen wurden zweiseitig getestet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt. Es werden jedoch auch Ergebnisse im Trendbereich (10 % Irrtumswahrscheinlichkeit) berichtet.

Wird eine Vielzahl von Einzelvergleichen simultan durchgeführt, so ist das Risiko von schon nach Zufall signifikanten Ergebnissen erhöht. Dies betrifft insbesondere statistische Prüfungen, die Persönlichkeitsakzentuierungen (18 Skalen) einschließen. Daher wurde bei diesen Einzelvergleichen eine Bonferroni-Korrektur der Irrtumswahrscheinlichkeiten durchgeführt (bei k Einzelvergleichen ergibt sich ein adjustiertes α^* von α / k). Dieses Vorgehen ist als konservativ anzusehen. Ein Nachteil dieses Vorgehens liegt jedoch darin, dass extreme α^* resultieren können, was dazu führen kann, dass bedeutsame Einzelbefunde fälschlich als zufällig bewertet werden. Signifikante Resultate ohne α -Adjustierung werden daher ebenfalls angegeben und kommentiert. Sie sind als vorläufig zu bewerten, sie können jedoch Hinweise für weiterführende Untersuchungen an anderen Stichproben geben.

5. ERGEBNISSE

5.1 Stichprobenbeschreibung: Soziodemographische und Krankheitsvariablen

Die Mehrheit der 55 Patienten war weiblich ($n = 37$; 67 %). Das mittlere Alter betrug bei Aufnahme 34.7 Jahre ($SD = 10.61$), die jüngste Person war 17, die älteste 67. Die wichtigsten *soziodemographischen Daten* der Stichprobe sind in Tabelle 5 dargestellt. Nahezu die Hälfte befand sich in einer Partnerschaft. Die meisten lebten mit anderen Personen, vor allem mit Partner und Kindern oder den Eltern, zusammen. Die Mehrheit hatte die Haupt- oder Realschule abgeschlossen, 38 % der Patienten war berufstätig vor Aufnahme.

Tabelle 5: Soziodemographische Angaben

Familienstand	feste Partnerschaft 29 (53 %)	aktuell ohne Partner 15 (27 %)	noch nie Partner 11 (20 %)
Wohnsituation	allein 20 (37 %)	Partner (+ ggf. Kinder) 21 (38 %)	Sonstige 14 (25 %)
Schulbildung	Sonder-, Hauptschule 17 (31 %)	Realschule 16 (29 %)	Abitur 22 (40 %)
Arbeitssituation	berufstätig 21 (38 %)	arbeitslos 8 (14 %)	weder - noch ¹ 26 (48 %)

Anmerkungen.

¹ z.B. Hausfrauen, Schüler, Studenten, seit längerer Zeit krankgeschrieben, (früh)berentet

Bezüglich der *Zwangssymptomatik* wurde in der Mehrheit der Fälle ($n = 52$; 95 %) die Diagnose einer gemischten Zwangserkrankung gestellt. Eine Patientin litt vorwiegend unter Zwangsgedanken, bei zwei Patienten standen Zwangshandlungen im Vordergrund. Der durchschnittliche Gesamtwert in der Y-BOCS zu Beginn der Behandlung lag bei 25.6 (SD = 5.4; min: 11; max: 39), was schwerer Zwangssymptomatik entspricht.

Die Schwere der Erkrankung spiegelt sich auch in der Komplexität der Symptomatik wider. Nur ein Patient litt unter isolierten Waschzwängen, die meisten Patienten wiesen vor Aufnahme Kombinationen verschiedener Typen von Zwangssymptomen auf, vier Patienten nannten sogar zehn und mehr Typen von Zwangssymptomen (vgl. Abbildung 1).

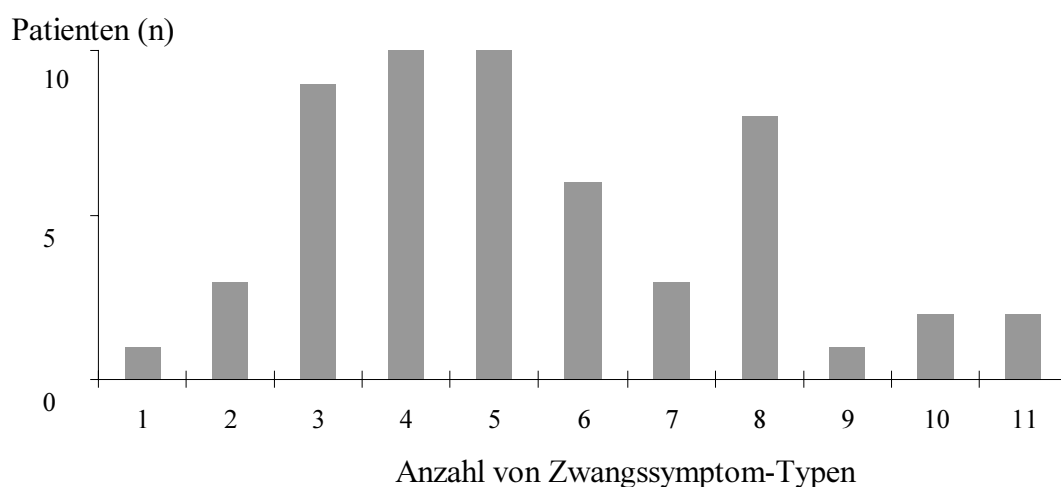


Abbildung 1: Komplexität der Zwangssymptomatik bei Aufnahme (nach Y-BOCS)

Inhaltlich wurden bei den Zwangsgedanken am häufigsten aggressive Zwangsgedanken genannt, 64 % der Patienten (n = 35) bejahte das Vorliegen dieser Zwangsgedanken in der Woche vor Aufnahme. Am zweithäufigsten (n = 31; 56 %; Mehrfachnennungen möglich) wurden Zwangsgedanken angegeben, die sich auf Verschmutzung beziehen. Als häufigste Zwangshandlungen wurden Kontrollzwänge berichtet (n = 37; 67 %), an zweiter Stelle folgten Wasch- und Reinigungszwänge (n = 34; 62 %).

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, waren die Patienten durchschnittlich seit 11.1 Jahren erkrankt mit einem Minimum von sechs Monaten und einem Maximum von 31 Jahren. Nahezu die Hälfte der Patienten nannte mindestens einen stationär-psychiatrischen Aufenthalt in der Vorgeschichte aufgrund der Zwangserkrankung, wobei eine stationäre Verhaltenstherapie eine untergeordnete Rolle spielte. Ambulante Psychotherapien aller Fachrichtungen wurden ebenfalls selten in Anspruch genommen und nur drei Patienten hatten eine ambulante Verhaltenstherapie abgeschlossen.

Tabelle 6: Psychopathologische Variablen

Dauer Zwang (in Jahren)	M = 11.1	SD = 7.6	Min = 0.5 Max = 31
stationäre Behandlungen in der Vorgeschichte	keine 30 (54 %)	eine 13 (24 %)	zwei und mehr 12 (22 %)
stationäre Verhaltenstherapie in der Vorgeschichte	keine 44 (80 %)	eine 8 (15 %)	zwei und mehr 3 (5 %)
ambulante Psychotherapie (beendet) in der Vorgeschichte	keine 42 (76 %)	eine 12 (22 %)	zwei und mehr 1 (2 %)

Eine *weitere Achse-I-Störung* wurde bei 62 % der Patienten (n = 34) diagnostiziert, in der Mehrheit (n = 31) handelte es sich um eine depressive Symptomatik. 44 % der Patienten (n = 24) berichteten, in der Vorgeschichte an einer weiteren behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung gelitten zu haben, die zu ambulanten oder stationären Behandlungen unabhängig von der Zwangserkrankung geführt hatte. Auch hier handelte es sich überwiegend um depressive Erkrankungen, wobei einschränkend anzumerken ist, dass die Diagnosestellung allein auf den

Aussagen der Patienten beruhte, wenn Berichte über frühere Behandlungen nicht zugänglich waren.

Auch die Selbsteinschätzung der Patienten zu Therapiebeginn unterstreicht die Bedeutung einer depressiven Symptomatik bei Zwangspatienten. Nahezu die Hälfte der Personen litt bei Aufnahme unter einer klinisch relevanten Symptomatik, nur ein Viertel war nach eigenen Angaben frei von depressiver Symptomatik. Tabelle 7 gibt die entsprechenden Werte im BDI wider.

Tabelle 7: Depressive Symptomatik zu Behandlungsbeginn nach Selbsteinschätzung der Patienten (BDI; n = 54)

keine	milde	klinisch relevant
13 (24 %)	16 (29 %)	25 (47 %)

Die *Medikation* bei Aufnahme bestand in der Regel aus einem Antidepressivum, wie aus Tabelle 8 ersichtlich. Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (als Mittel der Wahl in der Behandlung gesondert aufgeführt) wurden von 27 % der Patienten eingenommen. Bei Entlassung war dieser Prozentsatz deutlich erhöht. Nahezu die Hälfte der Patienten nahm einen SSRI ein, 27 % ein anderes Antidepressivum, 27 % waren medikamentenfrei. Die Hälfte der Patienten berichtete von weiteren medikamentösen Therapieversuchen in der Vorgeschichte.

Tabelle 8: Medikation

Medikation bei Aufnahme	keine 21 (38%)	SSRI 15 (27%)	andere AD 16 (29%)	sonstige ¹ 3 (5%)
Medikation bei Entlassung	keine 15 (27%)	SSRI 25 (46%)	andere AD 15 (27%)	sonstige 0
weitere Medikation in der Vorgeschichte	nein 26 (47 %)	ja 29 (53 %)		

Anmerkungen.

SSRI = selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer; AD = Antidepressiva

¹ Neuroleptika und Benzodiazepine

5.2 Veränderungen in der Psychopathologie

Erwartungsgemäß konnten die Zwangspatienten deutlich von der Behandlung profitieren. Im Vergleich zur Aufnahme zeigten sich signifikant reduzierte Werte in allen Symptomwerten der Y-BOCS (siehe die Übersicht in Tabelle 9). Zum Entlassungszeitpunkt wurden die Cut-Off-Werte für eine klinisch relevante Symptomatik (unter 16 Punkten bei Denk- und Handlungszwängen, unter 10 Punkten bei Denk- oder Handlungszwängen) von 26 Patienten (47 %) unterschritten. Zwei Drittel der Patienten erzielten eine Reduktion um mindestens 35 %. Auch depressive Symptome waren zum Behandlungsende signifikant gemindert, wobei die Symptomatik und die Veränderungen in der Selbsteinstufung der Patienten höher eingeschätzt wurden (vgl. Tabelle 9). Die allgemeine Belastung durch körperliche und psychische Symptome wurde von Patienten in der SCL-90-R bei Behandlungsende im Vergleich zur Aufnahme als wesentlich geringer eingestuft, da die Reduktionen in den einzelnen Skalen jedoch klein ausfallen und damit keine klinische Signifikanz erzielen, soll hier auf eine weitere Darstellung verzichtet werden. Insgesamt beurteilten 34 Patienten (62 %) in der CGI-Selbst ihren Zustand als viel oder sehr viel besser nach der Behandlung.

5.3 Stichprobenbeschreibung: Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen

Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10) wurden mittels der IDCL-P bei 24 Patienten (44 %) diagnostiziert, wobei die häufigste Diagnose die einer anankastischen Persönlichkeit war. Die Verteilung der ICD-10 Diagnosen (und der DSM-IV-Diagnosen) kann Tabelle 10 entnommen werden. Neun dieser Patienten erfüllten die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung, bei allen anderen wurden mehrere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (ICD-10: zwei Diagnosen: n = 4; drei Diagnosen: n = 6; vier Diagnosen: n = 2; fünf Diagnosen: n = 3; DSM-IV: zwei Diagnosen: n = 8; drei Diagnosen: n = 2; vier Diagnosen: n = 3; fünf Diagnosen: n = 2).

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Verfahren zur Erfassung der Psychopathologie bei Aufnahme und vor Entlassung sowie der durchschnittlichen Reduktion (t-Tests für abhängige Stichproben)

Verfahren	prä		post		Reduktion		Prüfgröße / Signifikanz
	M	SD	M	SD	M	SD	
Zwangssymptomatik							
Y-BOCS Gedanken	12.1	3.7	7.2	3.4	4.9	3.0	$t = 10.97$; $df = 54$; $p \leq .01$
Y-BOCS Handlungen	13.5	3.0	8.1	3.3	5.5	3.3	$t = 13.60$; $df = 54$; $p \leq .01$
Y-BOCS♦Gedanken	7.3	3.0	4.6	2.3	2.7	2.4	$t = 8.19$; $df = 54$; $p \leq .01$
Y-BOCS♦Handlungen	8.0	2.0	5.2	2.2	2.8	2.0	$t = 10.20$; $df = 54$; $p \leq .01$
Y-BOCS♦Widerstand	4.5	1.9	2.1	1.5	2.3	1.6	$t = 10.72$; $df = 54$; $p \leq .01$
Y-BOCS Gesamt	25.6	5.4	15.3	5.6	10.4	5.4	$t = 14.23$; $df = 54$; $p \leq .01$
Depressivität							
HAMD	11.6	6.9	6.4	5.0	5.2	6.3	$t = 6.05$; $df = 53$; $p \leq .01$
BDI	19.4	9.8	10.9	9.3	8.4	7.8	$t = 7.75$; $df = 51$; $p \leq .01$

Anmerkungen.

Y-BOCS♦Gedanken, Y-BOCS♦Handlungen, Y-BOCS♦Widerstand: Berechnung nach Moritz et al. (2002; siehe auch Kap. 4.4.1)

Tabelle 10: Verteilung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (IDCL-P)

Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 / DSM-IV	gesicherte Diagnose nach ICD-10	gesicherte Diagnose nach DSM-IV
anankastisch / zwanghaft	17 (30.9 %)	11 (20.0 %)
ängstlich (vermeidend)/selbstunsicher	11 (20.0 %)	10 (18.2 %)
abhängig / dependent	5 (9.1 %)	5 (9.1 %)
paranoid	5 (9.1 %)	6 (10.9 %)
schizoid	5 (9.1 %)	4 (7.3 %)
narzisstisch	5 (9.1 %)	5 (9.1 %)
emotional-instabil, impulsiver Typus	3 (5.5 %)	nicht vorhanden
histrionisch	3 (5.5 %)	2 (3.6 %)
passiv-aggressiv	2 (3.6 %)	1 (1.8 %)
emotional-instabil / Borderline-Typus	1 (1.8 %)	2 (3.6 %)
dissozial / antisozial	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
depressiv	nicht vorhanden	5 (9.1 %)
schizotypisch	nicht vorhanden	1 (1.8 %)

Patienten selbst nannten bei Aufnahme am häufigsten eine depressive Persönlichkeitsakzentuierung ($n = 13$; 23.6 %), gefolgt von zwanghaften und schizoiden Persönlichkeitsakzentuierungen (jeweils $n = 12$; 21.8 %).

Die höchste Anzahl von Akzentuierungen bei Aufnahme betrug fünf, bei Entlassung vier.

Ein Vergleich von Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ergab hinsichtlich Alter und Geschlechtsverteilung keine Unterschiede. Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen lebten tendenziell seltener in einer Partnerschaft und wiesen eine niedrigere Schulbildung auf (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Vergleich soziodemographischer Angaben von Zwangspatienten ohne (Z-NPS) vs. mit Persönlichkeitsstörungen (Z-PS) nach ICD-10

	Z-NPS	Z-PS	Z-NPS	Z-PS	Z-NPS	Z-PS	Prüfgröße / Signifikanz
Familien- stand	fester Partner 18 (58%) 11 (46%)		aktuell ohne Partner 10 (32%) 5 (21%)		noch nie Partner 3 (10%) 8 (33%)		<i>Pearson</i> $\chi^2 = 4.82$ df = 2; $p \leq .10$
Wohn- situation	allein 8 (26%) 12 (50%)		Part. (+ggf. Kinder) 15 (48%) 6 (25%)		Sonstige 8 (26%) 6 (25%)		<i>Pearson</i> $\chi^2 = 4.12$ df = 2; n.s.
Schul- bildung	Sonder-, Hauptsch. 5 (16%) 12 (50%)		Realschule 11 (36%) 5 (21%)		Abitur 15 (48%) 7 (29%)		<i>Pearson</i> $\chi^2 = 7.27$ df = 2; $p \leq .05$
Arbeits- situation	berufstätig 13 (42 %) 8 (33%)		arbeitslos 3 (10%) 5 (21%)		weder - noch ¹ 15 (48%) 11 (46%)		<i>Pearson</i> $\chi^2 = 1.44$ df = 2; n.s.

Anmerkungen.

¹ z.B. Hausfrauen, Schüler, Studenten, seit längerer Zeit krankgeschrieben, (früh)berentet
Hauptsch.: Hauptschule

Außerdem gaben Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen eine signifikant längere Erkrankungsdauer an als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (8.6 Jahre vs. 14.4 Jahre; t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -3.03$; df = 53; $p \leq .01$). Dies spiegelte sich jedoch nicht in einer höheren Anzahl von ambulanten und stationären Vorbehandlungen wider.

5.4 Veränderungen in Persönlichkeitsakzentuierungen und sozialen Kompetenzen

Bei Aufnahme wiesen 33 Patienten (60 %) mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung auf, bei Entlassung waren es 25 Patienten (46 %). Spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen veränderten sich im Verlauf der Therapie: Schizoide und schizotyp, selbstunsichere und zwanghafte sowie depressive und passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierungen waren im Durchschnitt zum Abschluss des Aufenthaltes geringer ausgeprägt als zu Beginn. Auch bei einigen der ergänzenden Persönlichkeitsakzentuierungen fanden sich diese Veränderungen. Soziale Ängste und Defizite wurden in bestimmten Bereichen ebenfalls geringer. Diese Ergebnisse werden in Tabelle 12 und 13 zusammengefasst.

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen von Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) bei Aufnahme und Entlassung sowie durchschnittliche Reduktion (t-Tests für abhängige Stichproben)

Persönlichkeits- akzentuierung	prä		post		Differenz		Prüfgröße / Signifikanz
	M	SD	M	SD	M	SD	
IKP-G (n = 51)							
paranoid	37.4	8.5	35.1	9.6	2.3	6.5	$t = 2.55$; $df = 50$; $p \leq .05$
schizoid	36.1	10.5	32.3	10.0	3.8	7.2	$t = 3.88$; $df = 50$; $p \leq .0001^*$
schizotyp	30.6	8.2	27.1	7.8	3.4	5.8	$t = 4.22$; $df = 50$; $p \leq .0001^*$
antisozial	24.4	4.9	23.3	7.8	1.1	3.9	$t = 2.00$; $df = 50$; $p \leq .10$
Borderline	29.2	8.5	27.6	8.6	1.6	5.9	$t = 1.93$; $df = 50$; $p \leq .10$
histrionisch	33.6	9.1	31.3	8.5	2.3	6.0	$t = 2.75$; $df = 50$; $p \leq .01$
narzisstisch	27.0	8.1	25.8	8.5	1.2	4.6	$t = 1.80$; $df = 50$; $p \leq .10$
selbstunsicher	41.7	11.2	38.2	11.1	3.5	7.0	$t = 3.58$; $df = 50$; $p \leq .001^*$
dependent	39.7	10.4	36.3	10.0	3.4	7.3	$t = 3.30$; $df = 50$; $p \leq .01$
zwanghaft	43.9	9.0	40.0	9.3	3.9	6.3	$t = 4.42$; $df = 50$; $p \leq .0001^*$
depressiv	41.0	11.0	36.7	11.7	4.3	7.1	$t = 4.37$; $df = 50$; $p \leq .0001^*$
passiv-aggressiv	36.2	7.4	33.2	7.6	3.1	5.2	$t = 4.20$; $df = 50$; $p \leq .0001^*$

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen von Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) bei Aufnahme und Entlassung sowie durchschnittliche Reduktion (t-Tests für abhängige Stichproben)

Persönlichkeits- akzentuierung	prä		post		Differenz		Prüfgröße / Signifikanz
	M	SD	M	SD	M	SD	
IKP-E (n = 49)							
ängstl.-leistungsun.	46.6	10.6	42.9	11.9	3.7	7.9	$t = 3.30$; $df = 48$; $p \leq .01$
vital-phobisch	37.9	9.0	35.7	8.8	2.2	4.4	$t = 3.49$; $df = 48$; $p \leq .001^*$
explosiv-impulsiv	33.2	9.5	30.4	8.5	2.8	5.6	$t = 3.42$; $df = 48$; $p \leq .001^*$
asthenisch-nervös	39.8	11.1	36.2	11.4	3.6	7.5	$t = 3.45$; $df = 48$; $p \leq .001^*$
dissoziativ	24.0	5.5	23.1	7.0	0.9	4.9	$t = 1.28$; $df = 48$; n.s.
obsessiotyp	45.3	10.8	38.5	12.0	6.8	8.8	$t = 5.38$; $df = 48$; $p \leq .0001^*$

Anmerkungen.

ängstl.-leistungsun. = ängstlich-leistungsunsicher

* = signifikant nach Bonferroni-Korrektur ($p \leq .00278$)

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen sozialer Ängste und Defizite (U-Fragebogen) bei Aufnahme und Entlassung sowie durchschnittliche Reduktion (t-Test für abh. Stichproben)

Skalen (n = 53)	prä		post		Differenz		Prüfgröße / Signifikanz
	M	SD	M	SD	M	SD	
Fehlschlag + Kritikangst	41.4	16.0	36.3	13.3	5.1	10.1	$t = 3.67$; $df = 52$; $p \leq .001^*$
Kontaktangst	31.1	15.0	27.3	13.7	3.8	9.6	$t = 2.90$; $df = 52$; $p \leq .006^*$
Fordern-können	34.4	11.7	38.5	10.7	-4.0	8.2	$t = -3.56$; $df = 52$; $p \leq .001^*$
Nicht-nein-sagen-können	24.5	10.1	20.8	9.9	3.7	6.9	$t = 3.92$; $df = 52$; $p \leq .0001^*$
Schuldgefühle	5.7	5.2	5.2	4.8	0.5	2.7	$t = 1.29$; $df = 52$; n.s.
Anständigkeit	12.1	4.8	11.8	4.6	0.3	3.3	$t = .66$; $df = 52$; n.s.

Anmerkungen.

* = signifikant nach Bonferroni-Korrektur ($p \leq .0083$)

5.5 Einfluss depressiver Symptomatik

Bevor der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen auf den Therapieerfolg bei Zwangserkrankungen analysiert wird, soll zunächst die Bedeutung depressiver Symptomatik näher beleuchtet werden. Einer Depression könnte die Rolle eines eigenständigen negativen Prädiktors zukommen, sie kann aber auch gleichzeitig oder alternativ die Selbstbeschreibung der Persönlichkeit in negativer Richtung beeinflussen. Letzteres müsste vor allem zum Aufnahmezeitpunkt rele-

vant sein. Depressive Patienten würden dann stärker akzentuiert erscheinen, so dass eventuelle prädiktive Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg fälschlicherweise auf die Persönlichkeit und nicht auf eine komorbide depressive Symptomatik zurückgeführt werden würden. Nicht auszuschließen ist außerdem, dass aktuell erhöhte Depressionswerte auf habituelle depressive Persönlichkeitsanteile zurückzuführen sind.

5.5.1 Depressive Symptomatik als eigenständiger Prädiktor

Zunächst wurde die Bedeutung einer depressiven Symptomatik als eigenständiger Prädiktor untersucht. Patienten wurden danach unterschieden, ob sie nach Fremdeinschätzung (HAMD) bei Aufnahme depressiv waren. Es wurden mittels Mediandichotomisierung zwei Gruppen gebildet (Median für HAMD prä = 11). Eine Analyse der Reduktion der Zwangssymptomatik vom Aufnahmezeitpunkt bis zur Entlassung (Y-BOCS Gesamtwert prä - post) für die beiden Gruppen mittels t-Test für unabhängige Stichproben ergab überraschenderweise, dass bei Aufnahme depressive Patienten signifikant mehr von der Therapie profitierten als Patienten, die sich in der nicht-depressiven Gruppe befanden (8.7 vs. 12.0 Punkte Reduktion; $t = -2.27$; $df = 53$; $p \leq .05$). In einem weiteren Schritt wurden Responder und Non-Responder (mittels des 35 %-Kriteriums in der Y-BOCS) daraufhin untersucht, ob sich Unterschiede hinsichtlich depressiver Symptomatik bei Aufnahme nachweisen lassen. Es konnten keine Unterschiede ermittelt werden (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -1.27$; $df = 53$; n.s.). Eine lineare Regressionsanalyse mit dem Hamilton-Depressionswert bei Aufnahme als unabhängiger Variable und dem Therapieerfolg (Differenz aus den Y-BOCS-Werten zu Behandlungsbeginn und -ende) als abhängiger Variable erbrachte ebenfalls keine signifikanten Resultate ($F = 3.30$; n.s.), so dass eine Vorhersage des Therapieerfolges mittels depressiver Anfangssymptomatik nicht möglich ist.

Zur Absicherung der Befunde wurden die Analysen für die depressive Symptomatik nach Patienteneinschätzung (BDI) wiederholt. Die Symptomreduktion von bei Aufnahme depressiven Patienten entsprach der

von nicht-depressiven Patienten (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -1.00$; $df = 52$; n.s.). Non-Responder unterschieden sich nicht von Respondern hinsichtlich depressiver Symptomatik bei Aufnahme (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -.71$; $df = 52$; n.s.) und auch eine Regressionsanalyse erbrachte keine signifikanten Zusammenhänge ($F = 1.08$; n.s.).

Zusammenfassend erwies sich eine depressive Symptomatik nicht als eigenständiger Prädiktor für einen negativen Therapieerfolg bei Zwangspatienten. Als unerwartet ist der Befund einzustufen, dass bei Aufnahme depressive Patienten (nach Fremdeinschätzung) sogar eine stärkere Symptomreduktion der Zwänge erreichten als nicht-depressive Patienten.

5.5.2 Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und Beschreibung der Persönlichkeit

Zur Beantwortung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und Selbstbeschreibung der Persönlichkeit dahingehend besteht, dass ein erhöhter Depressionswert mit einer stärkeren Akzentuiertheit einhergeht, wurden Korrelationen zwischen diesen Merkmalen für den Aufnahmezeitpunkt berechnet, die Tabelle 14 zu entnehmen sind. Für die fremdbeurteilte Depression bestanden Zusammenhänge mit vier Skalenwerten. Insbesondere bei der asthenisch-nervösen, der schizoiden und der depressiven Persönlichkeitsakzentuierung ist davon auszugehen, dass habituelle psychische und somatische Depressivität in die Erfassung aktueller depressiver Symptomatik einfluss, da diese Persönlichkeitsakzentuierungen depressive Aspekte beinhalten. Lediglich für die zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung trifft diese Erklärung nicht zu, da diese Skala keine offenkundigen depressiven Komponenten enthält. Hier könnte eine umgekehrte Wirkungsrichtung angenommen werden, dass eine aktuelle Depressivität eine valide Erfassung zwanghafter Persönlichkeitszüge erschwerte. Aber auch eine Komorbidität ist nicht auszuschließen. Der Vergleich der Ergebnisse der HAMD-Beurteilung mit denen der Selbstbeurteilung im BDI untermauert die Hypothese, dass

sich in dieser Untersuchung habituelle depressive Aspekte auf die Erhebung der akuten Depressivität auswirkten. Im Vergleich zur HAMD-Beurteilung fielen die Korrelationen von Persönlichkeitsakzentuierungen mit BDI-Beurteilung höher aus. Signifikante Korrelationen fanden sich insbesondere bei Akzentuierungen, die habituelle depressive Komponenten beinhalten.

Tabelle 14: Korrelationen zwischen Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) und depressiver Symptomatik (HAMD und BDI) bei Aufnahme (Produkt-Moment-Korrelation r)

Persönlichkeitsakzentuierung bei Aufnahme	depressive Symptomatik bei Aufnahme HAMD (n = 54)	BDI (n = 52)
paranoid	$r = .16$; n.s.	$r = .25$; n.s.
schizoid	$r = .31$; $p \leq .05$	$r = .39$; $p \leq .01$
schizotyp	$r = .18$; n.s.	$r = .23$; n.s.
antisozial	$r = .06$; n.s.	$r = .20$; n.s.
Borderline	$r = .12$; n.s.	$r = .32$; $p \leq .05$
histrionisch	$r = .00$; n.s.	$r = .17$; n.s.
narzisstisch	$r = -.04$; n.s.	$r = .06$; n.s.
selbstunsicher	$r = .22$; n.s.	$r = .34$; $p \leq .05$
dependent	$r = .16$; n.s.	$r = .34$; $p \leq .05$
zwanghaft	$r = .31$; $p \leq .05$	$r = .41$; $p \leq .002^*$
depressiv	$r = .29$; $p \leq .05$	$r = .52$; $p \leq .001^*$
passiv-aggressiv	$r = .15$; n.s.	$r = .32$; $p \leq .05$
ängstlich-leistungsunsicher	$r = .18$; n.s.	$r = .33$; $p \leq .05$
vital-phobisch	$r = .09$; n.s.	$r = .29$; $p \leq .05$
explosiv-impulsiv	$r = .17$; n.s.	$r = .29$; $p \leq .05$
asthenisch-nervös	$r = .34$; $p \leq .05$	$r = .37$; $p \leq .01$
dissoziativ	$r = .02$; n.s.	$r = .17$; n.s.
obsessiotyp	$r = .15$; n.s.	$r = .49$; $p \leq .001^*$

Anmerkungen.

* = signifikant nach Bonferroni-Korrektur ($p \leq .00278$)

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ein positiver Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und verschiedenen Persönlichkeitsakzentuierungen besteht. Die Sichtung der Einzelbefunde stützt die Interpretation, dass überwiegend depressive Persönlichkeitsanteile für die erhöhten Zusammenhänge verantwortlich sind, indem sie in die Beurteilung akuter Depressivität einfließen.

5.6 Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieerfolg

Zur Identifikation eines möglichen Zusammenhanges zwischen Persönlichkeitsstörungen und dem Therapieerfolg wurden zunächst Zwangspatienten ohne Persönlichkeitsstörungen und Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen (nach Angaben des Behandlers in der IDCL-P) hinsichtlich des Schweregrades der Zwangserkrankung (nach Y-BOCS) verglichen. Abbildung 2 gibt die Werte für beide Gruppen zu Therapiebeginn und -ende wider.

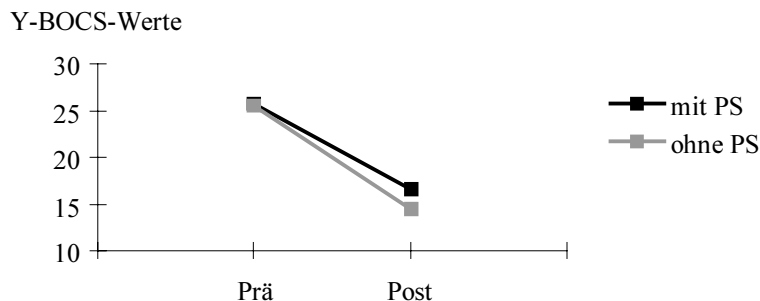


Abbildung 2: Vergleich der Veränderungen des Schweregrades der Zwangserkrankung über die Zeit für Patienten ohne vs. mit Persönlichkeitsstörung (PS; nach ICD-10)

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung weisen darauf hin, dass sich Zwangspatienten ohne Persönlichkeitsstörungen weder zu Beginn noch am Ende der Therapie von Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen unterscheiden (Haupteffekt *Gruppe*: $F = .87$; $df = 1$; n.s.; Interaktion *Gruppe* x *Zeit*: $F = 1.44$; $df = 1$; n.s.). Beide Patientengruppen profitieren also gleichermaßen von der Behandlung (Haupteffekt *Zeit*: $F = 196.60$; $df = 1$; $p \leq .001$). Auch die Dauer der Behandlung war bei beiden Gruppen nicht unterschiedlich (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = 0.11$; $df = 53$; n.s.).

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, ob spezifische Persönlichkeitsstörungen oder Cluster einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Stand für eine Diagnosegruppe eine hinreichend große Stichprobe zur Verfügung, wurden diese Patienten mit Patienten ohne Persönlichkeits-

störungen verglichen. Für die ICD-10-Diagnosen waren Vergleiche für die ängstlich-vermeidende und die anankastische Persönlichkeit möglich (auf den entsprechenden Vergleich der DSM-IV-Diagnosen wurde verzichtet, da es sich im Wesentlichen um die gleichen Personen handelte). Abbildung 3 a und b geben die Ergebnisse wider.

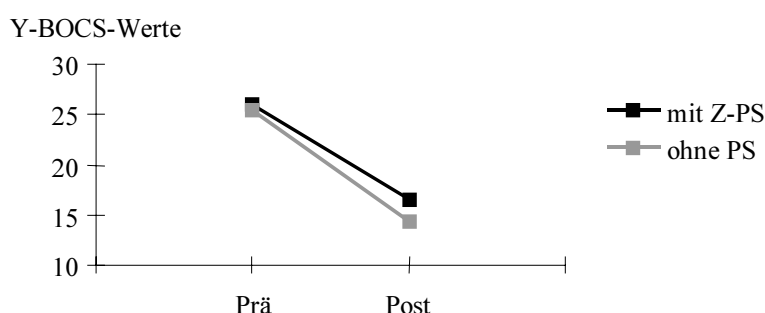


Abbildung 3a: Vergleich der Veränderungen des Schweregrades der Zwangserkrankung über die Zeit für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (ohne PS) vs. zwanghafter Persönlichkeitsstörung (mit Z-PS; nach ICD-10)

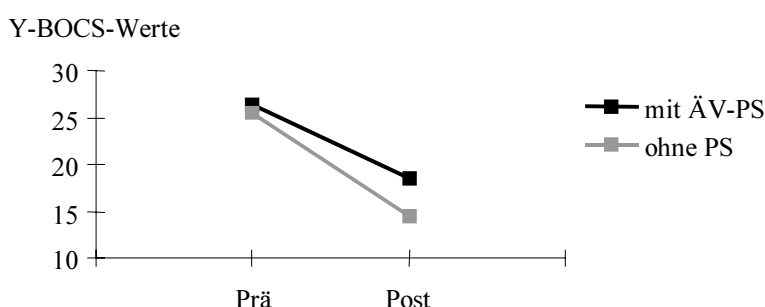


Abbildung 3b: Vergleich der Veränderungen des Schweregrades der Zwangserkrankung über die Zeit für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (ohne PS) vs. ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung (mit ÄV-PS; nach ICD-10)

Beide Vergleiche wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung auf Signifikanz überprüft. Während sich Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung nicht von Patienten ohne eine Persönlichkeitsstörung hinsichtlich des Therapieerfolges unterschieden (Interaktion *Gruppe x Zeit*: $F = 1.04$; $df = 1$; n.s.), profitierten Patienten mit

ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung tendenziell weniger von der Therapie als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (Interaktion *Gruppe x Zeit*: $F = 3.15$; $df = 1$; $p \leq .10$). Wieder ergaben sich signifikante Änderungen über die Zeit (Haupteffekt *Zeit* für anankastische vs. Patienten ohne Persönlichkeitsstörung: $F = 159.97$; $df = 1$; $p \leq .001$; Haupteffekt *Zeit* für ängstlich-vermeidende vs. Patienten ohne Persönlichkeitsstörung: $F = 103.26$; $df = 1$; $p \leq .001$). Beide Patientengruppen mit Persönlichkeitsstörungen unterschieden sich in der Behandlungsdauer nicht von Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (t-Test für unabhängige Stichproben für zwanghafte Patienten vs. nicht-zwanghafte Patienten: $t = -.25$; $df = 46$; n.s.; für ängstlich-vermeidende vs. nicht-ängstlich-vermeidende Patienten: $t = .64$; $df = 40$; n.s.).

Die Überprüfung der prognostischen Relevanz spezifischer Cluster durch Vergleich mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörung war für das *ängstlich-furchtsame* Cluster C möglich (siehe Abbildung 4).

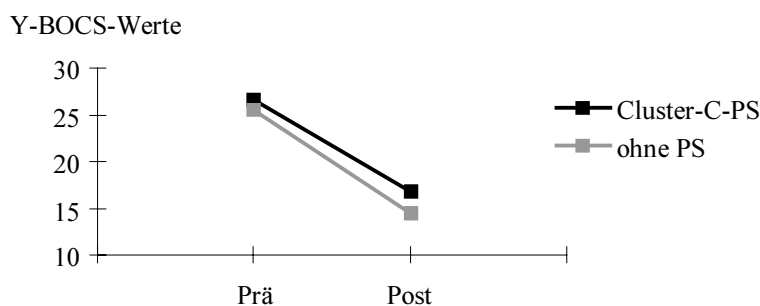


Abbildung 4: Vergleich der Veränderungen des Schweregrades der Zwangserkrankung über die Zeit für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (ohne PS) vs. Patienten mit Persönlichkeitsstörung des Clusters C (Cluster-C-PS; nach DSM-IV)

Es fanden sich keine Hinweise für einen negativen Einfluss einer Persönlichkeitsstörung des Clusters C auf den Therapieerfolg (Interaktion *Gruppe x Zeit*: $F = 0.64$; $df = 1$; n.s.). Beide Gruppen verbesserten sich insgesamt (zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung: Haupteffekt *Zeit*: $F = 124.36$; $df = 1$; $p \leq .001$). Wiederum unterschied sich die

Behandlungsdauer in beiden Gruppen nicht (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = .41$; $df = 53$; n.s.).

Zusammenfassend lässt sich somit bei kategorialer Diagnostik nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV kein Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieerfolg bei Zwangspatienten nachweisen. Zwangspatienten profitierten gleichermaßen von der Therapie, unabhängig vom Vorliegen einer komorbiden Achse-II-Störung. Ebenso wenig erwiesen sich spezifische Persönlichkeitsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen des Clusters C als prognostisch relevant. Die Behandlungsdauer von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entsprach der von Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

5.7 Einfluss von Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Therapieerfolg

Analog dem Vorgehen für Persönlichkeitsstörungen wurde überprüft, ob generell das Vorliegen von Persönlichkeitsakzentuierungen (nach Beurteilung des Patienten im IKP) für den Therapieerfolg von Bedeutung ist. Dazu wurden die Patienten zu beiden Messzeitpunkten jeweils in zwei Gruppen (ohne Persönlichkeitsakzentuierungen vs. mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung) unterteilt. Als Cut-off-Wert für eine Persönlichkeitsakzentuierung wurde ein T-Wert von 70 und höher festgelegt. Abbildung 5a und 5 b zeigen den Verlauf der Y-BOCS-Werte für die verschiedenen Gruppen über die Zeit. Die Messwiederholungsvarianzanalyse für die beiden Gruppen *Akzentuierung bei Aufnahme nein / ja* zeigte, dass Patienten ohne Persönlichkeitsakzentuierung zu Beginn und zum Ende der Therapie einen signifikant niedrigeren Schweregrad der Zwangserkrankung als Patienten mit Akzentuierung aufwiesen (Haupteffekt *Gruppe*: $F = 5.67$; $df = 1$; $p \leq .05$), beide Gruppen konnten jedoch von der Therapie in vergleichbarem Ausmaß profitieren (Haupteffekt *Zeit*: $F = 199.02$; $df = 1$; $p \leq .001$), signifikante Interaktionen waren nicht zu ermitteln (Interaktion *Gruppe x Zeit*: $F = .84$; $df = 1$; n.s.). In der

Behandlungsdauer unterscheiden sich beide Gruppen ebenfalls nicht (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -1.01$; $df = 53$; n.s.).

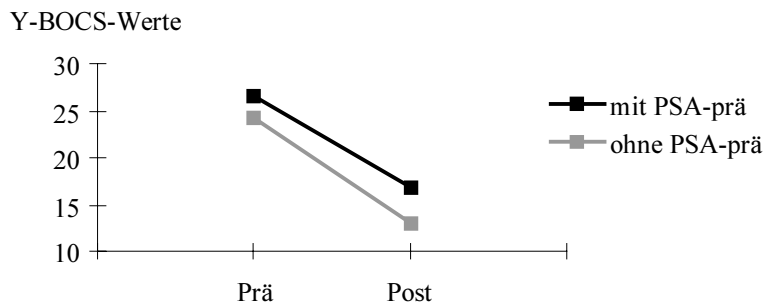


Abbildung 5 a: Vergleich der Veränderungen des Schweregrades der Zwangserkrankung über die Zeit für Patienten ohne Persönlichkeitsakzentuierung bei Aufnahme (ohne PSA-prä) vs. mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung bei Aufnahme (mit PSA-prä)

Die Messwiederholungsvarianzanalyse für die beiden Gruppen *Akzentuierung bei Entlassung nein / ja* zeigte ebenfalls, dass bei Patienten ohne Persönlichkeitsakzentuierung zu Beginn und Ende der Therapie die Zwangssymptomatik signifikant geringer ausgeprägt war als bei Patienten mit Akzentuierung (Haupteffekt *Gruppe*: $F = 4.38$; $df = 1$; $p \leq .05$). Beide Gruppen profitierten von der Therapie (Haupteffekt *Zeit*: $F = 200.23$; $df = 1$; $p \leq .001$), signifikante Interaktionen waren nicht zu ermitteln (Interaktion *Gruppe x Zeit*: $F = 1.74$; $df = 1$; n.s.). Bei Patienten, die auch bei Therapieende mindestens eine Akzentuierung aufwiesen, war die Behandlungsdauer signifikant erhöht im Vergleich zu Patienten ohne Akzentuierung (54 vs. 75 Tage; t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -3.34$; $df = 36$; $p \leq .01$).

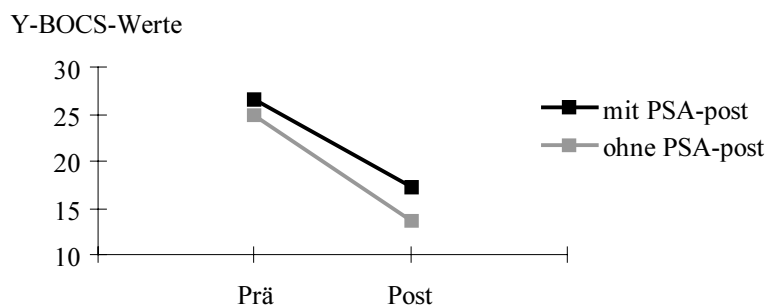


Abbildung 5 b: Vergleich der Veränderungen des Schweregrades der Zwangserkrankung über die Zeit für Patienten ohne Persönlichkeitsakzentuierung bei Behandlungsende (ohne PSA-post) vs. mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung bei Behandlungsende (mit PSA-post)

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Patienten, die mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung angaben, zwar bei Aufnahme und bei Entlassung eine stärkere Zwangssymptomatik als Patienten ohne Akzentuierung aufwiesen. Sie konnten jedoch deutlich und in vergleichbarem Ausmaß von der Therapie profitieren. Bei zum Entlassungszeitpunkt noch akzentuierten Patienten war die Behandlungsdauer signifikant erhöht.

5.8 „Gesamtgestörtheit“ der Persönlichkeit und Therapieerfolg

Zur Prüfung der Hypothese eines schlechteren Therapieergebnisses in Abhängigkeit von der „Gesamtgestörtheit“ wurden Korrelationen zwischen der Anzahl von Persönlichkeitsstörungen (nach Angaben des Behandlers in der IDCL-P) und der Einschätzung des Therapieerfolgs (nach Y-BOCS und CGI-Selbst) berechnet. Wie aus Tabelle 15 ersichtlich, bestanden keine Zusammenhänge zwischen einer höheren „Gesamtgestörtheit“ nach Fremdeinschätzung einerseits und Therapieerfolgsmaßen andererseits. Eine höhere Anzahl von Persönlichkeitsstörungen war außerdem nicht mit einer höheren Dauer der Behandlung verbunden.

Tabelle 15: Zusammenhänge zwischen Anzahl der Persönlichkeitsstörungen und dem Therapieerfolg (Produkt-Moment-Korrelation r , Spearman's ρ)

	Reduktion Zwang (Y-BOCS prä - post)	Patientenurteil Therapieerfolg (CGI)	Dauer Behandlung in Tagen
Anzahl PS (IDCL-P; ICD-10)	$r = -.12$; n.s.	$\rho = .22$; n.s.	$r = -.13$; n.s.
Anzahl PS (IDCL-P; DSM-IV)	$r = -.22$; n.s.	$\rho = .23$; n.s.	$r = -.15$; n.s.

Anmerkungen.

PS = Persönlichkeitsstörung

Für Persönlichkeitsakzentuierungen wurden ebenfalls Korrelationen zwischen der Anzahl von Persönlichkeitsakzentuierungen (nach Angaben des Patienten im IKP) auf der einen Seite und der Einschätzung des Therapieerfolg (Y-BOCS und CGI-Selbst) berechnet (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Zusammenhänge zwischen Anzahl der Persönlichkeitsakzentuierungen und dem Therapieerfolg (Produkt-Moment-Korrelation r , Spearman's ρ)

	Reduktion Zwang (Y-BOCS prä - post)	Patientenurteil Therapieerfolg (CGI)	Dauer Behandlung in Tagen
Anzahl PSA (IKP prä)	$r = -.10$; n.s.	$\rho = .15$; n.s.	$r = .22$; n.s.
Anzahl PSA (IKP post)	$r = -.36$; $p \leq .01$	$\rho = .38$; $p \leq .01$	$r = .36$; $p \leq .01$

Anmerkungen.

PSA = Persönlichkeitsakzentuierung

Signifikante Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und „Gesamtakzentuiertheit“ ließen sich bei Entlassung feststellen, d.h. die Patienten profitierten desto weniger von der Therapie, je mehr Persönlichkeitsakzentuierungen sie auch noch am Therapieende aufwiesen. Dies traf gleichermaßen für die Reduktion der Zwangssymptomatik laut Interview und für die Gesamtbewertung der Veränderung aus Sicht des Patienten zu. Zwischen der Anzahl der am Beginn der Therapie angegebenen Persönlichkeitsakzentuierungen und dem Therapieerfolg fanden sich keine Zusammenhänge. Die Dauer der Behandlung korrelierte ebenfalls mit einer erhöhten Anzahl von Persönlichkeitsakzentuierungen bei Entlassung.

Zusammenfassend kann die Hypothese eines Zusammenhanges zwischen einer höheren „Gesamtgestörtheit“ und geringerem Therapieerfolg somit nur teilweise bestätigt werden. Eine höhere Anzahl diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen sowie eine höhere „Gesamtakzentuierung“ zu Beginn der Therapie war nicht von Bedeutung für das Outcome und die Behandlungsdauer. Die Befundlage erscheint ungünstig für Patienten, die auch am Ende der Behandlung viele problematische Persönlichkeitszüge aufwiesen, deren Persönlichkeitswerte sich also nicht im Verlauf der Behandlung normalisierten. Mit zunehmender Anzahl von Persönlichkeitsakzentuierungen wurde das Therapieergebnis hinsichtlich der Zwangssymptomatik und im Patientenurteil selbst ungünstiger beurteilt. Auch die Behandlungsdauer war erhöht.

5.9 Spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen als Prädiktoren

Für die klinische Arbeit wäre es hilfreich, bereits zu Therapiebeginn Informationen über die prognostische Relevanz von Persönlichkeitsakzentuierungen zur Verfügung zu haben, um therapeutisches Handeln darauf aufbauen und gegebenenfalls modifizieren zu können. Zur Beantwortung dieser Frage wurden mehrere Vorgehensweisen gewählt.

Die Überprüfung der Bedeutung von Persönlichkeitsakzentuierungen bei Aufnahme für das Therapieergebnis (dichotom klassifiziert als Responder / Non-Responder) erfolgte mittels multivariater Varianzanalyse (zu den Voraussetzungen siehe Kapitel 4.4.2). Wurde Therapieresponse nach der 35 % - Reduktion in den Y-BOCS-Werten definiert, so zeigten die Ergebnisse der MANOVA einen tendenziellen Effekt für den Faktor *Response* (*Pillais Kriterium* = .504; $F = 1.87$; $df = 18$; $p \leq .10$). Zusammenhänge zwischen Gruppenzugehörigkeit und spezifischen Persönlichkeitsakzentuierungen wurden über univariate F-Tests ermittelt (siehe Tabelle 17). Signifikante Zusammenhänge bestanden für die dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung, die bei Non-Respondern zu Beginn der Therapie höher ausgeprägt war. Marginale Signifikanzen fanden sich für

die schizotype, die passiv-aggressive und die ängstlich-leistungsunsichere Persönlichkeitsakzentuierung, die ebenfalls bei Non-Respondern höher ausgeprägt waren. Zu berücksichtigen ist, dass die Signifikanzen einer Bonferroni-Korrektur ($p \leq .00278$) nicht standhalten.

Tabelle 17: Mittelwerte und Standardabweichungen der Persönlichkeitsakzentuierungen bei Behandlungsbeginn (IKP prä) für Responder und Non-Responder (nach Y-BOCS) sowie Prüfgrößen (univariate F-Tests im Rahmen einer MANOVA)

Persönlichkeitsakzentuierung prä	Responder (n = 33)		Non-Responder (n = 19)		Prüfgröße / Signifikanz
	M	SD	M	SD	
paranoid	36.1	8.5	39.4	8.6	$F = 1.87$; $df = 1$; n.s.
schizoid	36.2	10.4	38.7	10.8	$F = 0.68$; $df = 1$; n.s.
schizotyp	29.5	7.4	33.9	9.5	$F = 3.50$; $df = 1$; $p \leq .10$
antisozial	24.6	4.8	23.6	4.6	$F = 0.57$; $df = 1$; n.s.
Borderline	29.1	9.4	29.2	6.2	$F = 0.00$; $df = 1$; n.s.
histrionisch	34.1	9.5	32.1	8.1	$F = 0.63$; $df = 1$; n.s.
narzisstisch	26.5	7.3	27.6	9.3	$F = 0.23$; $df = 1$; n.s.
selbstunsicher	41.6	10.3	43.6	12.6	$F = 0.37$; $df = 1$; n.s.
dependent	39.7	10.4	40.6	11.1	$F = 0.08$; $df = 1$; n.s.
zwanghaft	42.5	9.3	46.5	7.5	$F = 2.59$; $df = 1$; n.s.
depressiv	40.7	10.1	42.5	12.3	$F = 0.31$; $df = 1$; n.s.
passiv-aggressiv	34.9	7.2	38.8	6.9	$F = 3.62$; $df = 1$; $p \leq .10$
ängstl.-leistungsunsicher	45.2	10.1	50.2	10.3	$F = 2.93$; $df = 1$; $p \leq .10$
vital-phobisch	37.1	8.8	39.8	8.7	$F = 1.17$; $df = 1$; n.s.
explosiv-impulsiv	34.2	10.7	31.4	5.9	$F = 1.11$; $df = 1$; n.s.
asthenisch-nervös	39.1	11.4	42.1	10.7	$F = 0.85$; $df = 1$; n.s.
dissoziativ	23.2	4.0	27.3	8.1	$F = 5.89$; $df = 1$; $p \leq .05$
obsessiotyp	44.6	10.9	46.4	9.9	$F = 0.36$; $df = 1$; n.s.

Anmerkungen.

ängstl.-leistungsunsicher = ängstlich-leistungsunsicher

Wurde Therapieresponse nach der Patienteneinschätzung im CGI-Selbst definiert, so ergab sich in der MANOVA kein signifikanter Effekt für den Faktor *Response* (*Pillais Kriterium* = .48; $F = 1.61$; $df = 18$; n.s.). Zusammenhänge zwischen Gruppenzugehörigkeit und spezifischen Persönlichkeitsakzentuierungen wurden über univariate F-Tests ermittelt (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen der Persönlichkeitsakzentuierungen bei Behandlungsbeginn (IKP prä) für Responder und Non-Responder (nach CGI-Selbst) sowie Prüfgrößen (univariate F-Tests im Rahmen einer MANOVA)

Persönlichkeitsakzentuierung prä	Responder (n = 31)		Non-Responder (n = 19)		Prüfgröße / Signifikanz
	M	SD	M	SD	
paranoid	36.7	8.8	38.2	8.2	$F = 0.39$; $df = 1$; n.s.
schizoid	35.8	10.0	38.2	11.4	$F = 0.63$; $df = 1$; n.s.
schizotyp	30.7	8.6	30.6	7.7	$F = 0.00$; $df = 1$; n.s.
antisozial	25.3	5.3	22.8	3.2	$F = 3.42$; $df = 1$; $p \leq .10$
Borderline	30.7	9.6	26.9	5.6	$F = 2.47$; $df = 1$; n.s.
histrionisch	35.9	9.7	29.7	6.7	$F = 5.92$; $df = 1$; $p \leq .05$
narzisstisch	28.2	8.6	24.7	7.0	$F = 2.13$; $df = 1$; n.s.
selbstunsicher	40.7	9.4	44.5	13.5	$F = 1.38$; $df = 1$; n.s.
dependent	39.7	10.2	40.4	10.9	$F = 0.06$; $df = 1$; n.s.
zwanghaft	42.3	9.0	46.3	8.5	$F = 2.42$; $df = 1$; n.s.
depressiv	40.0	10.2	43.7	12.3	$F = 1.32$; $df = 1$; n.s.
passiv-aggressiv	35.1	7.3	38.2	7.3	$F = 2.13$; $df = 1$; n.s.
ängstl.-leistungsun.	44.5	10.6	50.5	9.4	$F = 4.11$; $df = 1$; $p \leq .05$
vital-phobisch	37.1	9.2	39.6	8.6	$F = 0.88$; $df = 1$; n.s.
explosiv-impulsiv	35.0	10.3	30.2	7.2	$F = 3.14$; $df = 1$; $p \leq .10$
asthenisch-nervös	39.7	10.2	39.9	12.4	$F = 0.00$; $df = 1$; n.s.
dissoziativ	24.6	6.0	23.6	5.0	$F = 0.35$; $df = 1$; n.s.
obsessiotyp	44.7	10.3	46.5	11.4	$F = 0.32$; $df = 1$; n.s.

Anmerkungen.

ängstl.-leistungsun. = ängstlich-leistungsunsicher

Signifikante Zusammenhänge fanden sich für die histrionische Persönlichkeitsakzentuierung, die bei Non-Respondern zu Therapiebeginn geringer ausgeprägt war, außerdem für ängstlich-leistungsunsichere Persönlichkeitszüge, die bei Non-Respondern höher ausfielen. Tendenziell signifikante Werte bestanden für die antisoziale und die explosiv-impulsive Persönlichkeitsakzentuierung. Die Signifikanzen halten wiederum einer Bonferroni-Korrektur ($p \leq .00278$) nicht stand.

In einer weiteren Auswertung wurden die verschiedenen Persönlichkeitsskalen einer Faktorenanalyse unterzogen. Diese ergab als beste Lösung nach den verschiedenen Kriterien (s. Kapitel 4.4.2) eine Drei-Faktorenlösung, die 64.3 % der Gesamtvarianz aufklärte (Faktor 1: 42.4 %;

Faktor 2: 14.1 %; Faktor 3: 7.9 %). Die Ladungen der Variablen auf den drei extrahierten Faktoren sind in Tabelle 19 dargestellt. Zur besseren Übersicht sind Ladungen über .50 fett unterlegt.

Tabelle 19: Darstellung der Ladungszahlen der Persönlichkeitsskalen (IKP-Skalen) auf den drei extrahierten Faktoren zum Aufnahmezeitpunkt

Persönlichkeitsakzentuierung prä	Kommunalitäten	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
paranoid	.68	.77	.29	-.03
schizoid	.70	.76	.24	.23
passiv-aggressiv	.74	.73	.43	.15
selbstunsicher	.73	.61	.00	.59
zwanghaft	.58	.61	.02	.46
depressiv	.60	.55	.29	.47
asthenisch-nervös	.45	.53	.18	.34
histrionisch	.75	.05	.84	.19
narzisstisch	.70	-.08	.83	.08
antisozial	.70	.40	.73	-.10
explosiv-impulsiv	.60	.36	.68	.03
Borderline	.66	.31	.66	.36
schizotyp	.69	.52	.62	.18
dissoziativ	.37	.27	.54	.05
dependent	.73	-.08	.16	.84
ängstlich-leistungsunsicher	.74	.37	.01	.78
vital-phobisch	.61	.11	.09	.77
obsessiotyp	.55	.40	.16	.60

Der erste Faktor wird vor allem durch die Skalen paranoide, schizoide und passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung markiert, er enthält aber auch Aspekte von Selbstwertzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen. Er könnte daher als *Misstrauen, Autonomiebedürfnis und Insuffizienz-erleben* interpretiert werden. Den zweiten Faktor könnte man nach dem Ladungsmuster *Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit* nennen. Er wird vor allem durch die Skalen histrionische, narzisstische und antisoziale Persönlichkeitsakzentuierung markiert. Der dritte Faktor wird vor allem durch Skalen markiert, die allgemeine Ängste vor dem Leben und spezifische Ängste in bestimmten Lebensbereichen mit daraus resul-

tierendem abhängigen und vermeidenden Verhalten beinhalten (dependent, ängstlich-leistungsunsicher, vital-phobisch) und könnte dementsprechend als *übermäßige Ängste und Vermeidung* bezeichnet werden.

Tabelle 20: Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern (nach Y-BOCS und CGI) bei Behandlungsbeginn hinsichtlich der Persönlichkeitsfaktoren (t-Tests für unabhängige Stichproben)

Response: 35 % Kriterium (Y-BOCS)	Prüfgröße / Signifikanz
Faktor 1: Misstrauen, Autonomiebedürfnis, Insuffizienzerleben	$t = 1.55$; $df = 50$; n.s.
Faktor 2: Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit	$t = -.35$; $df = 50$; n.s.
Faktor 3: übermäßige Ängste und Vermeidung	$t = .70$; $df = 50$; n.s.
Response: Patienteneinschätzung (CGI)	Prüfgröße / Signifikanz
Faktor 1: Misstrauen, Autonomiebedürfnis, Insuffizienzerleben	$t = 1.82$; $df = 48$; $p \leq .10$
Faktor 2: Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit	$t = -2.79$; $df = 48$; $p \leq .01$
Faktor 3: übermäßige Ängste und Vermeidung	$t = 1.01$; $df = 48$; n.s.

Non-Responder (nach dem Y-BOCS-35 %-Kriterium) ließen sich auch mittels dieser Faktoren zu Beginn der Therapie nicht von Respondern unterscheiden (vgl. Tabelle 20). Wurden Responder und Non-Responder jedoch nach dem Patientenurteil (im CGI-Selbst) klassifiziert, so ließen sich signifikante Unterschiede für den zweiten Faktor belegen. Responder beschrieben sich im Vergleich zu Non-Respondern als selbstbezogener und rücksichtsloser. Hinsichtlich des Faktors *Misstrauen, Autonomiebedürfnis und Insuffizienzerleben* fanden sich tendenziell signifikante Unterschiede. Auch hier wiesen Responder höhere Werte auf als Non-Responder.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde Therapieerfolg als intervallskaliertes Merkmal (Differenz aus den Y-BOCS-Werten zu Behandlungsbeginn und -ende) verwendet und eine multiple Regressionsanalyse mit den drei Faktoren als unabhängige Variablen durchgeführt. Die Resultate weisen darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen den Vari-

ablen besteht und somit eine Vorhersage des Therapieerfolges mittels der drei Faktoren nicht möglich ist ($F = 0.74$; n.s.).

Spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen erwiesen sich somit *zusammenfassend* bei streng konservativer statistischer Prüfung als prognostisch nicht relevant für den Therapieerfolg bei Zwangspatienten. Die Untersuchung liefert jedoch Hinweise, dass verschiedenen Persönlichkeitsakzentuierungen eine Bedeutung für den Therapieerfolg zukommen könnte. Insbesondere die dissoziative, die histrionische und die ängstlich-leistungsunsichere sind hier zu nennen. Die Hypothese, dass schizotype und passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierungen Prädiktoren für ein negatives Therapie-Outcome sind, konnte nicht bestätigt werden, tendenziell signifikante Befunde weisen jedoch darauf hin, dass auch hier eine weitere Untersuchung sinnvoll sein könnte. Dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierungen konnten nicht als positive Prädiktoren identifiziert werden.

Nach einer Verdichtung der Persönlichkeitsvariablen mittels Faktorenanalyse konnte ein Faktor *Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit* identifiziert werden, der bei Respondern im Patientenurteil zu Therapiebeginn signifikant höher ausgeprägt war als bei Non-Respondern. Der Faktor *Misstrauen, Autonomiebedürfnis und Insuffizienzerleben* war bei Respondern tendenziell höher ausgeprägt.

6. DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, einen Beitrag zur Ermittlung des Einflusses von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen zu leisten. Erstmals wurden Zwangspatienten aus der Routineversorgung in einem prospektiven Längsschnittdesign untersucht. Die Auswahl der Verfahren war an nationalen und internationalen Standards orientiert, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten. Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erfolgte nach den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV, die Erfassung basierte auf mehreren Informationsquellen, bei der Erhebung wurde ein kategorialer und ein dimensionaler Ansatz verfolgt.

Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10) wurden in dieser Untersuchung bei annähernd der Hälfte der Patienten diagnostiziert. Die in der Literatur berichteten Komorbiditätsraten von Zwangserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen weisen eine große Streubreite auf, wobei überwiegend Raten über 50 % ermittelt wurden (Baer et al., 1990; Bejerot et al., 1998; Matsunaga et al., 1998; Pigott et al., 1994; für einen Überblick siehe Black & Noyes, 1997). Im Vergleich dazu ist die Prävalenzrate von komorbiden Persönlichkeitsstörungen in dieser Arbeit leicht erniedrigt. Die Bedeutung der „ängstlich-furchtsamen“ Persönlichkeitsstörungen des Clusters C bei Zwangserkrankungen konnte auch in dieser Untersuchung bestätigt werden. In Übereinstimmung mit zahlreichen Studien (für einen Überblick siehe Black & Noyes, 1997) wurden Persönlichkeitsstörungen dieses Clusters am häufigsten diagnostiziert.

Patienten dieser Studie gaben bei Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung eine signifikant längere Dauer der Zwangssymptomatik an, hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung bei Aufnahme unterschieden sie sich jedoch nicht von Zwangspatienten ohne komorbide Achse-II-Störung. Zur Identifikation eines möglichen Zusammenhanges mit dem Therapieerfolg wurde zunächst überprüft, ob generell die Diagnose einer komorbiden Persönlichkeitsstörung mit einem schlechteren Therapieergebnis ver-

knüpft ist. Die Analysen ergaben, dass Patienten unabhängig vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gleichermaßen von der Behandlung profitierten. Auch die Behandlungsdauer verlängerte sich nicht bei komorbidem Achse-II-Störungen. Ähnliche Befunde ergaben sich für Persönlichkeitsakzentuierungen. Patienten, die zu Beginn der Therapie mindestens eine Akzentuierung angaben, wiesen zwar bei Aufnahme und bei Entlassung eine stärkere Zwangssymptomatik als Patienten ohne Akzentuierung auf. Sie konnten jedoch bei gleicher Behandlungsdauer deutlich und in vergleichbarem Ausmaß profitieren.

In der Literatur wird die Frage der Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen auf den Erfolg einer Verhaltenstherapie (mit oder ohne adjuvante Pharmakotherapie) weiterhin kontrovers diskutiert. Die Befunde dieser Arbeit bestätigen frühere Untersuchungen, die belegten, dass Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen für das Therapie-Outcome von Zwangspatienten irrelevant sind (Exposition und Reaktionsverhinderung: Steketee et al., 2001; Exposition, Reaktionsverhinderung und supportive Psychotherapie: Steketee, 1990; Exposition und Reaktionsverhinderung vs. kognitive Therapie: Dreessen et al., 1997). Andere Autoren (AuBuchon & Malatesta, 1994; Ruppert, Zaudig, Reinecker et al., 2001) fanden dagegen negative Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen auf den Behandlungserfolg einer (vermutlich multimodalen) Verhaltenstherapie. Diese Studien weisen jedoch verschiedene methodische Schwachpunkte auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich einschränken. So wird das Vorgehen bei der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen von den Autoren selbst als problematisch bewertet. Eine Erklärung für divergente Ergebnisse könnte auch darin liegen, dass nicht beachtet wurde, dass eine Einstufung des Behandlungsergebnisses nicht durch den Behandler selbst, sondern durch Außenstehende erfolgen sollte, da vermutlich neben den tatsächlichen Veränderungen des Patienten viele weitere Einflüsse in das Urteil des betreffenden Behandlers mit einfließen. Insbesondere ist es kritisch zu bewerten, wenn Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung und Einstufung des Therapie-

erfolges von der gleichen Person, nämlich dem Behandler, vorgenommen wurden. Mehrere Autoren (z.B. Dreessen et al., 1997; Fiedler, 2001) weisen darauf hin, dass Behandler bei geringerem Erfolg einer Therapie eher dazu neigen, eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen. Solcher Art konzipierte Studien bestätigen zwar empirisch, dass Therapeuten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen für weniger erfolgreich in der Therapie halten, über den tatsächlichen Therapieerfolg dieser Patienten sagen sie jedoch wenig aus.

Neben dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung generell war die Frage nach einem Zusammenhang zwischen einer stärkeren „Gesamtgestörtheit“ bzw. „Gesamtakzentuiertheit“ und dem Therapie-Outcome in dieser Studie von Interesse. Die Analysen ergaben, dass eine höhere Anzahl von Persönlichkeitsstörungen nicht von Bedeutung für Outcome und Behandlungsdauer ist. Unerheblich ist ebenfalls die „Gesamtakzentuiertheit“ bei Aufnahme. Die Befunde anderer Autoren, dass insbesondere drei und mehr Persönlichkeitsstörungen (Baer et al., 1992) bzw. vier und mehr Persönlichkeitsstörungen (McKay et al., 1996) prognostisch ungünstig sind, konnten somit nicht repliziert werden. Der Befund dieser Untersuchung ist konform mit den Resultaten von Dreessen et al. (1997), die ebenfalls keine prognostische Relevanz der „Gesamtgestörtheit“ ermitteln konnten. Die Autoren führen als eine mögliche Erklärung ihrer Ergebnisse an, dass der in ihrer Studie verwendete kognitiv-behaviorale Behandlungsansatz zu besseren Ergebnissen bei Patienten mit Persönlichkeitsauffälligkeiten führe, da Therapeuten sich mehr auf den interaktionellen Stil ihrer Patienten einstellen könnten.

Während sich die Anzahl von Persönlichkeitsakzentuierungen bei Aufnahme in dieser Untersuchung als prognostisch irrelevant erwies, erscheint die Befundlage ungünstiger für Patienten, die auch am Ende der Behandlung viele problematische Persönlichkeitszüge aufwiesen, deren Persönlichkeitswerte sich also nicht im Verlauf der Behandlung normalisierten. Es fanden sich Zusammenhänge dahingehend, dass mit zunehmender Anzahl von auch noch am Therapieende bestehenden Persön-

lichkeitsakzentuierungen das Therapieergebnis negativer ausfällt. Auch die Behandlungsdauer war erhöht. In die gleiche Richtung weisen die Befunde früherer Studien (Mavissakalian et al., 1990; Ricciardi et al., 1992), dass bei Zwangspatienten, die von einer Therapie weniger profitierten, am Therapieende auffällige Persönlichkeitszüge weiterhin nachweisbar waren. Es ist denkbar, dass es sich bei diesen Patienten um eine insgesamt stärker gestörte Gruppe handelt, die für Veränderungen einen längeren Zeitraum benötigt. Veränderungen sollten dann zu einem späteren Zeitpunkt deutlich werden. Eine alternative Erklärung könnte darin liegen, dass die eigentliche Erfassung der „Gestörtheit“ der Persönlichkeit erst zum Entlassungszeitpunkt möglich ist, da Angaben zu Persönlichkeitsvariablen zum Aufnahmezeitpunkt seitens der Patienten von der akuten Achse-I-Symptomatik überlagert werden. Dies würde bedeuten, dass eine stärkere „Gesamtgestörtheit“ ein Prädiktor für einen negativen Therapieerfolg wäre, sich die „wahre“ Persönlichkeit(-sproblematik) jedoch erst valide zum Entlassungszeitpunkt, nach Reduktion der akuten Achse-I-Symptomatik, erfassen ließe. An dieser Stelle werden erneut vorwiegend gegenstandstypische Probleme der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen deutlich, für die überzeugende Lösungen noch ausstehen.

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, ob spezifische Persönlichkeitsstörungen oder Cluster einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Zwanghafte und ängstlich-vermeidende Patienten sowie Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung des Clusters C (selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen) konnten jeweils mit Patienten ohne komorbide Achse-II-Störung verglichen werden. Es fanden sich keine Hinweise auf eine prognostische Relevanz dieser spezifischen Persönlichkeitsstörungen und Cluster.

Die Ergebnisse in der Literatur zu dieser Thematik sind widersprüchlich. Während einige Studien dafür sprechen, dass spezifische Persönlichkeitsstörungen oder Cluster irrelevant für den Therapieerfolg sind (de Haan et al., 1997; Dreessen et al., 1997; Steketee et al., 2001), kommen

andere Arbeiten zu entgegengesetzten Schlussfolgerungen. Schizotype Persönlichkeitsstörungen wurden in mehreren Untersuchungen als ungünstig für den Therapieerfolg identifiziert (Baer et al., 1992; Jenike et al., 1986; Minichiello et al., 1987; Ravizza et al., 1995), außerdem paranoide Persönlichkeitsstörungen (Baer et al., 1992) sowie Persönlichkeitsstörungen des gesamten Clusters A (Black & Noyes, 1997). Ebenso profitierten narzisstische Persönlichkeitsstörungen nach den Ergebnissen von Ecker und Dehmlow (1994, 1996) besonders wenig von einer stationären Verhaltenstherapie (im Vergleich zu Zwangspatienten ohne oder mit anderen Persönlichkeitsstörungen). Das Vorliegen einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erwies sich in einer Pharmaka-Studie als prognostisch ungünstig (Baer et al., 1992), in einer anderen jedoch als günstig (Baer & Jenike, 1990).

Eine Schwierigkeit bei der Beantwortung der Frage nach der prognostischen Relevanz spezifischer Persönlichkeitsstörungen besteht generell darin, dass die Verteilung der Persönlichkeitsstörungen nicht variiert werden kann, wenn Zwangspatienten in einer Behandlungseinrichtung konsekutiv aufgenommen werden. Je nach Stichprobe variiert die Verteilung von Persönlichkeitsstörungen erheblich. Statistische Auswertungen werden häufig nicht anhand gerichteter Hypothesen, sondern nach den Möglichkeiten des Datenmaterials vorgenommen. Insbesondere bei kleinen Stichproben können statistische Auswertungen nur für eine spezifische Persönlichkeitsstörung oder Cluster durchgeführt werden, da nur diese Untergruppe ausreichend in der Stichprobe vertreten ist. Ermittelte Signifikanzen können daher lediglich als vorläufig interpretiert werden. Vor endgültigen Schlussfolgerungen sollten solche Befunde mit gerichteten Hypothesen anhand ausgewählter Stichproben repliziert werden, was jedoch in der Regel noch aussteht.

Diese Problematik betrifft in gleicher Weise in dieser wie auch in früheren Untersuchungen die Identifikation von spezifischen Persönlichkeitsakzentuierungen als Prädiktor für den Therapieerfolg. Bei den im Folgenden diskutierten Ergebnissen ist als weitere Einschränkung bei der Interpreta-

tion zu beachten, dass aufgrund der Vielzahl von simultanen Vergleichen (bei achtzehn Skalen des IKP) Resultate nach Korrektur der Irrtumswahrscheinlichkeit keine Signifikanz mehr aufwiesen. Sie werden trotzdem diskutiert, da sie für spätere konfirmatorische Prüfungen an anderen Stichproben dienen können, sind jedoch nur als vorläufig zu bezeichnen. Die Identifikation prognostisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale hätte außerdem unmittelbare Auswirkungen auf die tägliche therapeutische Arbeit, da solche Informationen direkt in die Therapieplanung und Umsetzung der Maßnahmen einfließen können.

Bei allen grundsätzlichen Problemen und spezifischen Schwachpunkten, die die Aussagekraft von Studien zum Therapieerfolg bei spezifischen Persönlichkeitsakzentuierungen einschränken, finden sich doch relativ konsistent Hinweise, dass schizotype Persönlichkeitszüge bei Zwangspatienten mit einer ungünstigeren Prognose verbunden sind (Baer et al., 1992; Dreessen et al., 1997; Jenike et al., 1986; Minichiello et al., 1987; Ravizza et al., 1995). In der vorliegenden Untersuchung erwies sich eine schizotype Persönlichkeitsakzentuierung zwar nicht als überzeugender Prädiktor, dass diese Patienten tendenziell weniger von der Therapie profitierten, weist jedoch in die gleiche Richtung wie frühere Befunde und sollte daher nicht ignoriert werden. In einer zur Zeit laufenden Kooperationsstudie mit der Arbeitsgruppe Neuropsychologie wird daher die Bedeutung von verschiedenen schizotypen Persönlichkeitszügen und -syndromen für den Therapieerfolg bei Zwangspatienten mit einem spezifischen Instrument, dem Schizotypal Personality Questionnaire von Raine (1991), untersucht.

Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierungen, nach einer Arbeit von Steketee (1990) prognostisch ungünstig, waren in dieser Studie nur marginal signifikant assoziiert mit dem Therapieergebnis (nach Y-BOCS). Eine weitere Untersuchung dieser Persönlichkeitsakzentuierung könnte sinnvoll sein, da auch aus klinischer Sicht vermehrte Misserfolge bei passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen auftreten, sollten nicht spezifische Strategien der Beziehungsgestaltung eingesetzt werden (vgl. auch die

Darstellung typischer Übertragungsmuster passiv-aggressiver Patienten von Benjamin, 1996).

Ein weiterer interessanter Befund dieser Untersuchung besteht darin, dass sich dissoziative Persönlichkeitsakzentuierungen als prognostisch ungünstig (nach Y-BOCS-Kriterium) erwiesen. Personen mit einer dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung zeichnen sich durch ein tiefgreifendes Muster veränderter Selbst- und Realitätserfahrungen aus, welche mit Bewusstseinsveränderungen psychogener Genese und kognitiven Ausfallerscheinungen einhergehen (Andresen, 2003, im Druck). Kriterien dieser Akzentuierung erfassen Pseudohalluzinationen, lebhafte Tagträume und Entfremdungserlebnisse ebenso wie Schwierigkeiten, Traum und Wirklichkeit zu unterscheiden. Der Denkstil ist impressionistisch mit einer fehlenden Detailorientierung, häufig werden subjektive Ausfallerscheinungen im kognitiven Bereich berichtet. Verschiedene Überlegungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, sprechen dafür, eine dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung als dispositionelle Entsprechung der dissoziativen Achse-I-Störungen des DSM-IV zu formulieren (zur Entwicklung und Begründung der dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung vgl. Andresen, 2003, im Druck).

Untersuchungen zu dissoziativen Phänomenen (sei es auf Achse-I oder auf Achse-II) bei Zwangspatienten und deren Einfluss auf das Therapie-Outcome sind selten. Grabe et al. (1999) ermittelten in einer explorativen Studie Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen und verschiedenen Zwangssymptomen. In der Diskussion ihrer Ergebnisse wiesen sie darauf hin, dass dissoziative Symptome für geringere Erfolge einer Verhaltenstherapie verantwortlich sein könnten, ohne dies jedoch durch weitere Argumente zu untermauern. In einer zur Zeit laufenden Studie unseres Arbeitsbereiches soll daher die prognostische Relevanz dissoziativer Symptome für den Therapieerfolg bei Zwangspatienten genauer untersucht werden. Durch den Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente wird dabei auch der Differenzierung von dissoziativen

Achse-I-Störungen und dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierungen Rechnung getragen.

Dass Patienten mit erhöhten dissoziativen Zügen in dieser Untersuchung von dem therapeutischen Angebot weniger profitieren konnten, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sie einen Denkstil aufweisen, der dem systematischen, strukturierten Wesen der Verhaltenstherapie entgegengesetzt ist. Ein hochstrukturiertes verhaltenstherapeutisches Vorgehen wird diesem Personenkreis daher nur bedingt gerecht. Patienten mit erhöhten dissoziativen Persönlichkeitszügen, bei denen aufgrund einer Zwangserkrankung die Indikation für eine verhaltenstherapeutische Behandlung gestellt wurde, können möglicherweise erfolgversprechender behandelt werden, wenn hypnotherapeutische Techniken in das Gesamtbehandlungskonzept integriert werden. Bereits die in der Hypnotherapie verwendete Sprache, die sich durch eine einfache und bildhafte Ausdrucksweise sowie durch indirekte und offene Formulierungen auszeichnet, entspricht eher dem Denk- und Ausdrucksstil dieser Patienten. Dissoziative Phänomene und Trancezustände, von Patienten mit dissoziativer Persönlichkeitsakzentuierung häufig beschrieben, stellen in modifizierter Form hypnotherapeutische Interventionen dar und könnten als Ressourcen genutzt werden.

Von unmittelbarer therapeutischer Relevanz sind auch die Befunde dieser Untersuchung, dass ängstlich-leistungsunsichere Persönlichkeitsakzentuierungen nachteilig für den Therapieerfolg (nach beiden Kriterien) sind. Charakteristisch für Personen mit diesen Persönlichkeitszügen ist ein tiefgreifendes Muster von starken und einschränkenden Ängsten vor alltäglichen Belastungssituationen, die sich insbesondere unter Leistungsanforderungen manifestieren (Andresen, 2003, im Druck) und die zu Versagenserlebnissen, gravierenden Stressreaktionen und starkem Vermeidungsverhalten führen. Die Anforderungen einer Psychotherapie und insbesondere die einer verhaltenstherapeutischen Behandlung stellen für Patienten mit ängstlich-leistungsunsicherer Persönlichkeit eine starke Belastungssituation dar. Auch das (teil-)stationäre Setting trägt vermutlich

vor allem in der Anfangsphase dazu bei, Leistungs- und Versagensängste zu aktivieren. Erhöhte Anspannung und Ängste erschweren jedoch das Erlernen anderer Einstellungen und Verhaltensweisen. Auch die Teilnahme an symptomreduzierenden Interventionen, die eine Bereitschaft zum Erleben von Angst erfordern, stellt für diese Patienten eine überdurchschnittlich starke Belastung dar. Sind diese Persönlichkeitszüge bereits zu Therapiebeginn erfasst, so kann durch die Beziehungsgestaltung sowie weitere geeignete Interventionsstrategien den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe Rechnung getragen werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen weisen außerdem darauf hin, dass die Bedeutung von Persönlichkeitsakzentuierungen für den Therapieerfolg nicht unabhängig von dem verwendeten Response-Kriterium ist. Wurde Response nach der Selbstbeurteilung der Patienten definiert, so erwies sich eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung als günstig für das Therapieergebnis. Ebenso scheinen antisoziale und explosiv-impulsive Persönlichkeitszüge tendenziell mit einem höheren Therapieerfolg verbunden zu sein. Nach einer Verdichtung der Persönlichkeitsvariablen mittels Faktorenanalyse konnte ein Faktor „Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit“ identifiziert werden, der bei Respondern zu Therapiebeginn höher ausgeprägt war als bei Non-Respondern. Dieser Zusammenhang galt jedoch ebenfalls nur für die allgemeine und eher unscharfe Therapieerfolgseinschätzung aus Sicht der Patienten, nicht für das objektivere und spezifischere Responsekriterium mittels des Y-BOCS Ratings. Eine erhöhte Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit könnte positiv ausgedrückt auch Ausdruck von höherem Selbstbewusstsein und höheren Selbstwirksamkeitserwartungen sein, welche sich positiv auf das Behandlungsergebnis ausgewirkt haben. In der Literatur gibt es zahlreiche Belege für den Zusammenhang zwischen positiven Selbstwirksamkeitserwartungen und höheren Therapiefortschritten (vgl. Bandura, 1997). Möglicherweise spiegelt die positivere Bewertung der eigenen Fortschritte aber auch eine gering ausgeprägte Introspektionsfähigkeit und einen undifferenzierten Optimismus dieser Patienten wider.

In der vorliegenden Studie wurde außerdem erstmals der Relevanz depressiver Symptomatik für die Selbstbeschreibung der Persönlichkeit und für den eigentlichen Therapieerfolg Rechnung getragen. Der Erfassung und Kontrolle depressiver Symptomatik kommt deswegen eine besondere Bedeutung zu, weil nach verschiedenen Untersuchungen ca. ein Drittel der Zwangspatienten unter einer komorbiden depressiven Episode leidet und eine große Zahl von Patienten die Kriterien für eine dysthyme Störung erfüllt (Antony et al., 1998, zitiert nach Emmelkamp & van Oppen, 2000; Steketee, 1993; Rasmussen & Eisen, 1992 für einen Überblick). Auch in dieser Untersuchung war eine depressive Symptomatik die häufigste komorbide Achse-I Diagnose. Bei über der Hälfte der Patienten wurde eine solche diagnostiziert. Auch in der Selbstbeurteilung berichteten über die Hälfte der Personen eine klinisch relevante Symptomatik.

In der Literatur existieren verschiedene Modelle zur Erklärung der Beziehung zwischen Depressivität und Persönlichkeitsvariablen (Flett et al., 1995; Richter, 2000). Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen könnten als komorbide Erkrankungen neben einer depressiven Symptomatik bestehen. Eine erhöhte Rate von Persönlichkeitsauffälligkeiten könnte aber auch auf eine negativere Beurteilung der eigenen Person während depressiver Befindlichkeit zurückzuführen sein. Auf der anderen Seite könnten jedoch auch habituelle depressive Persönlichkeitsanteile als akute depressive Symptomatik verkannt werden. Die Befundlage ist nicht einheitlich, es gibt Evidenzen für jedes der Modelle, welche sich zudem nicht gegenseitig ausschließen. Werden Persönlichkeitsvariablen im Hinblick auf ihre Bedeutung für den Therapieerfolg bei Achse-I-Störungen untersucht, so ist zusätzlich zu bedenken, dass Veränderungen in Persönlichkeitsfragebögen aufgrund verbesserter Selbstbeschreibung von tatsächlichen Behandlungseffekten abzugrenzen sein sollten. Als Konsequenz für die Untersuchung von Persönlichkeitsvariablen und Therapieerfolg ist daher zu fordern, dass das Vorliegen depressiver Befindlichkeit ebenfalls untersucht werden sollte.

In der Forschung zu Zwangserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen fehlten solche Studien bislang. Wurden Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörungen untersucht, so waren komorbide Depressionen häufig ein Ausschlusskriterium, in anderen Studien wiederum wurden nur Patienten mit leichter Depression in die Analyse einbezogen. Im Unterschied dazu wurde in dieser Studie das gesamte Spektrum depressiver Symptomatik von leichter bis zu sehr schwerer Ausprägung erfasst. Die Abschätzung der Auswirkungen depressiver Symptomatik auf den Behandlungserfolg bei Zwangserkrankungen wurde daher möglich. Das Design gestattete aufgrund der wiederholten Erhebung im Längsschnitt die Erfassung von Zusammenhängen zwischen Persönlichkeit und Befindlichkeit sowie die Abgrenzung von Persönlichkeitsveränderungen aufgrund verbesserter Selbstbeschreibung von tatsächlichen Behandlungseffekten. Die Berechnungen ergaben positive Korrelationen zwischen verschiedenen Persönlichkeitsskalen und einer akuten depressiven Symptomatik. Eine sorgfältige inhaltliche Analyse der Zusammenhänge stützte für die Mehrzahl der Persönlichkeitsskalen die Annahme, dass habituelle depressive Komponenten in die Beurteilung akuter depressiver Symptomatik einfließen. Ein Einfluss momentaner Befindlichkeit auf die Erfassung der Persönlichkeitsakzentuierungen im Sinne einer Erhöhung der Werte erschien für diese Untersuchung weniger wahrscheinlich.

Eine komorbide depressive Symptomatik selbst erwies sich nicht als Prädiktor für einen negativen Therapieerfolg bei Zwangspatienten. Überraschenderweise erreichten bei Aufnahme depressive Patienten sogar eine stärkere Symptomreduktion der Zwänge als nicht-depressive Patienten. Dieser Befund steht im Widerspruch zu zahlreichen früheren Studien, nach denen eine depressive Symptomatik entweder unerheblich oder negativ für das Therapie-Outcome ist. Es ist nicht auszuschließen, dass es sich bei diesen Ergebnissen um einen Zufallsbefund handelt. Eine Erklärung für den positiven Einfluss depressiver Symptomatik könnte aber auch darin liegen, dass aufgrund eines stärkeren Leidensdruckes

eine höhere Therapiemotivation bestand, welche wiederum selbst als prognostisch günstig zu bewerten ist (de Haan et al., 1997). Widersprüchliche Befunde könnten auch darin begründet liegen, dass in den verschiedenen Untersuchungen lediglich das Ausmaß einer depressiven Symptomatik erhoben wurde und mögliche funktionale Zusammenhänge zwischen Zwang und Depression nicht erfasst wurden. So könnte sich aufgrund einer primären Depression eine Zwangserkrankung (z.B. als Depressionsabwehr) entwickeln, eine sekundäre Depression könnte aber auch als Reaktion auf die mit einer Zwangserkrankung verbundenen Einschränkungen entstehen. Außerdem könnten beide Erkrankungen unabhängig voneinander vorliegen. Je nach Funktionalität sind unterschiedliche Auswirkungen auf das Therapieergebnis denkbar. Für weitere Untersuchungen wäre daher eine Unterteilung nach primärer und sekundärer sowie unabhängiger Depression sinnvoll.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit lag darin, Einflüsse von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Therapieerfolg von Zwangserkrankungen unter Versorgungsbedingungen zu untersuchen, um so einen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung unter den Bedingungen des therapeutischen Alltags zu leisten. Bislang fehlten Interventionsstudien, die die Bedingungen der Routineversorgung abbilden. Forschungsstudien werden in der Regel im ambulanten Setting durchgeführt, was vermutlich mit einer insgesamt geringeren Beeinträchtigung der Patienten einhergeht, sie zeichnen sich durch eine starke Patientenselektion aus und sind daher nur bedingt auf den therapeutischen Alltag übertragbar (Ruhmland und Margraf, 2001). Einschlusskriterium für diese Studie war lediglich die Teilnahme an einer multimodalen verhaltenstherapeutischen Behandlung der Zwangserkrankung (ausschließlich oder in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung). Der mittlere Punktwert im Y-BOCS Fremdrating lag zum Aufnahmezeitpunkt im Wertebereich einer schweren Zwangsstörung und entsprach damit den Werten anderer Fachkliniken für Zwangserkrankungen (Schaible, Armbrust & Nutzinger, 2001). Im Unterschied zu

Forschungsstudien, die häufig nur Patienten mit isolierten, leichter zu behandelnden Wasch- oder Kontrollzwängen einschlossen, zeichneten sich Patienten dieser Studie durch eine komplexe Zwangssymptomatik aus. Nur eine Person litt unter isolierten Waschzwängen, alle anderen Patienten wiesen vor Aufnahme bis zu elf Kombinationen verschiedener Typen von Zwangssymptomen auf. Komorbide Achse-I- und Achse-II-Störungen waren ebenfalls die Regel. Die Ergebnisse dieser Arbeit demonstrieren, dass auch komplex gestörte Zwangspatienten in der Regelversorgung sehr gut von einer multimodalen Verhaltenstherapie profitieren können. Zwei Drittel der Patienten war nach verschiedenen Kriterien (mindestens 35 % Reduktion in der Y-BOCS; Patienteneinstufung ihrer Zustandsänderung als *besser* oder *sehr viel besser*) als Responder zu bewerten, die Hälfte der Patienten erfüllte zum Behandlungsende nicht mehr die Kriterien für eine klinisch relevante Symptomatik (nach Y-BOCS; Cut-off-Werte: 10 bei Vorliegen von Denk- oder Handlungszwängen, 16 bei gleichzeitigem Vorliegen von Denk- und Handlungszwängen). Berechnet man Effektstärken für die Reduktion der Hauptsymptomatik (für eine bessere Vergleichbarkeit erfolgte die Berechnung mittels der von Ruhmland & Margraf (2001, S. 16) verwendeten Formel) so ergeben sich sehr hohe Effekte (Effektstärke = 1,88) für die multimodale Verhaltenstherapie, die vergleichbar mit den sehr guten Effekten internationaler Forschungsstudien sind (durchschnittliche Effektstärken für kognitiv-behaviorale Therapie = 1,84; für kognitive Therapie = 1,78; für Konfrontation = 1,44; nach Ruhmland & Margraf, 2001, S. 22). Die Ergebnisse stehen damit in Einklang mit bereits publizierten Studien (AuBuchon & Malatesta, 1994; Drummond, 1993; Hohagen et al., 1998), dass für Zwangspatienten mit komplexer Symptomatik und stärkerer Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen ein standardisiertes, zeitlich sehr stark limitiertes Angebot nicht ausreichend ist, diese Patientengruppe aber durchaus von einem umfassenderen (multimodalen) Therapieangebot profitieren kann.

Die Befunde dieser Arbeit widerlegen somit einen generellen Therapiepessimismus für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, sie sprechen für eine differenziertere Sichtweise. Dies betrifft zunächst die Wahl des Erfassungsinstrumentes. Die Ergebnisse weisen, ähnlich wie frühere Untersuchungen schon vermuten lassen konnten, darauf hin, dass eine dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsstörungen besser als eine kategoriale Erfassung geeignet ist, Persönlichkeitsauffälligkeiten differenziert abzubilden. Zusammenhänge mit dem Therapie-Outcome wurden ausschließlich erkennbar bei dimensionaler Abbildung. Ein weiterer Vorteil dimensionaler Erhebung besteht darin, dass eine Stigmatisierung von Patienten weitgehend vermieden wird, da nicht mehr zwischen „gestört“ und „normal“ unterschieden wird, sondern Personen durch ein „Mehr oder Weniger“ spezifischer Persönlichkeitszüge beschrieben werden.

Kritisch anzumerken ist, dass das hier verwendete Instrument zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, die Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (Bronisch et al., 1995) zwar im klinischen Alltag sehr gut einsetzbar ist, hinsichtlich der Gütekriterien jedoch als deutlich schlechter zu bewerten sind als standardisierte Interviews. Es ist daher nicht auszuschließen, dass fehlende Zusammenhänge auf Schwächen des Instrumentes zurückzuführen sind. Dementsprechend wäre eine Replikationsstudie mit standardisierten Interviews wünschenswert.

Für den in der Routineversorgung tätigen Verhaltenstherapeuten, der auch Patienten mit komorbider Achse-II-Störung behandelt, können diese Befunde durchaus ermutigend sein. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind nicht automatisch zukünftige Non-Responder. Lediglich einige spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen scheinen mit einem ungünstigeren Therapie-Outcome assoziiert zu sein. Die meisten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen konnten jedoch sehr gut von einer multimodalen Verhaltenstherapie, die die interaktionellen Besonderheiten dieser Personen berücksichtigt und als Ressource nutzt, profitieren. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass weitgehend ver-

gleichbar gute Behandlungserfolge bei ähnlicher Behandlungsdauer nichts darüber aussagen, wie anstrengend die Therapie für die Behandelnden war.

Trotz dieser insgesamt ermutigenden Ergebnisse sollte nicht darüber hinweggesehen werden, dass nach wie vor nicht alle Patienten ausreichend von einer Behandlung profitieren können. Möglicherweise benötigen manche Personen einen längeren Zeitraum, um substantielle Fortschritte erreichen zu können. Darauf weisen auch die Ergebnisse von de Haan und Mitarbeitern (1997) hin. In ihrer Studie waren ein Drittel der bei Therapieende als Non-Responder klassifizierten Patienten bei der Follow-up Untersuchung sechs Monate später Responder. Die Ergebnisse einer anderen Studie (Fals-Stewart & Lucente, 1993) weisen außerdem darauf hin, dass sich auffällige Persönlichkeitszüge auch längerfristig positiv auswirken können. Patienten mit dependenten Persönlichkeitsakzentuierungen konnten ihre Therapiefortschritte zum Follow-up-Termin sechs Monate später aufrechterhalten, während sich Patienten mit anderen Persönlichkeitsauffälligkeiten verschlechterten.

Zur Beantwortung dieser nach wie vor offenen Fragen wurden die Patienten dieser Studie zu einem Follow-up-Termin (sechs Monate nach Aufnahme) erneut untersucht. Analysen werden darüber Aufschluss geben, welche Patienten mit welchen Persönlichkeitsmerkmalen ihre Fortschritte stabilisieren und ausbauen konnten. Weiter ist geplant, die Patienten dieser Studie zwei Jahre nach der Behandlung erneut zu untersuchen.

Aufgrund der nach wie vor nicht geringen Zahlen von unzureichend profitierenden Patienten wird sich zukünftige Forschung im Bereich Zwang und Persönlichkeit weiter mit der Analyse der Misserfolge auseinandersetzen müssen. Gleichzeitig sollte dabei aber nicht die Suche nach Erfolgsmerkmalen vernachlässigt werden. Die klinische Erfahrung zeigt, dass insbesondere bei schwerer und komplexerer Erkrankung die Zwangssymptomatik eng mit Persönlichkeitsauffälligkeiten verknüpft ist. In Abhängigkeit von funktionalen Zusammenhängen erhalten Zwangssymptome erst durch Persönlichkeitsmerkmale ihre für einen bestimmten

Patienten charakteristische Ausprägung. In der Behandlung sind Zwang und Persönlichkeit daher kaum voneinander zu trennen. Persönlichkeitsauffälligkeiten können gleichzeitig auch große Kompetenzen beinhalten, die in der Therapie als Ressourcen genutzt werden können. Die Behandlung von Zwangserkrankungen und deren Wechselwirkungen mit Persönlichkeitsmerkmalen erscheint zwar häufig sehr komplex und anspruchsvoll, ist gleichzeitig aber auch eine interessante Herausforderung, die in einem verhaltenstherapeutischen Gesamtkonzept viel Platz für kreative Lösungen lässt.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die Zwangsstörung galt lange Zeit als kaum behandelbare Erkrankung. Die Situation änderte sich jedoch mit der Entwicklung verhaltenstherapeutischer und kognitiver Techniken und der Einführung spezifischer Psychopharmaka, so dass mittlerweile sehr gute verhaltenstherapeutische und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten für Zwangsstörungen bestehen. Trotz beeindruckender Erfolgsquoten gibt es nach wie vor einen nicht unerheblichen Prozentsatz von Patienten, der von dieser Behandlung nicht oder nur unzureichend profitieren kann. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von unselektierten Patienten in der Routineversorgung, die häufig komplexere Zwangserkrankungen und weitere komorbide Erkrankungen aufweisen.

Neben anderen Faktoren wird das Vorliegen von komorbiden Persönlichkeitsstörungen als prognostisch ungünstig für den Therapieerfolg bei Zwangserkrankungen diskutiert. Das Befundmuster ist jedoch nicht einheitlich. Während verschiedene Studien darauf hinwiesen, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen generell mit einem negativeren Therapieergebnis einhergehen, konnten andere Forscher diese Ergebnisse nur für spezifische Persönlichkeitsstörungen bestätigen. Weitere Arbeitsgruppen wiederum konnten keinen Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen auf das Therapie-Outcome feststellen. Die Frage der Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der Behandlung von Zwangserkrankungen ist auch von großer klinischer Relevanz, weisen doch die meisten Studien auf Komorbiditätsraten von über 50 % hin. Bei Therapeuten sind Patienten mit Persönlichkeitsstörungen jedoch nicht sehr beliebt.

Neben bisher ungelösten Grundproblemen hinsichtlich des Konzeptes der Persönlichkeitsstörungen, dem daraus resultierenden Fehlen klarer und einfacher diagnostischer Standards sowie methodischen und inhaltlichen Schwächen einzelner Studien besteht ein weiterer Grund für die inkonsistente Befundlage möglicherweise darin, dass die in einigen Studien angebotenen zeitlich limitierten, standardisierten Behandlungsprogramme zur Reduktion der Zwangssymptomatik den Erfordernissen von Zwangs-

patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht gerecht wurde. Ein multimodales verhaltenstherapeutisches Vorgehen erscheint nach einigen Studien ein vielversprechenderer Ansatz für eine effektive Behandlung von Zwangspatienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand daher darin, einen Beitrag zur Ermittlung des Einflusses von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Therapieerfolg bei Zwangserkrankungen zu leisten. Erstmals wurden Zwangspatienten aus der Routineversorgung, die mittels multimodaler Verhaltenstherapie behandelt wurden, in einem prospektiven Längsschnittdesign untersucht. Die Auswahl der Verfahren war an nationalen und internationalen Standards orientiert, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten. Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erfolgte nach den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV. Die Erfassung von Persönlichkeitsvariablen basierte auf mehreren Informationsquellen, bei der Erhebung wurde ein kategorialer und ein dimensionaler Ansatz verfolgt.

Es wurden 55 Patienten mit einer Zwangserkrankung bei Aufnahme und erneut bei Entlassung mit einer Reihe von Fragebögen (Persönlichkeitsakzentuierungen, Depressivität, soziale Kompetenzen und weitere Verfahren) und zwei Interviews (Zwang, Depressivität) untersucht. Checklisten zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, die eine klinische Beurteilung der gesamten Informationen (Exploration, Fremdanamnese, Verlauf etc.) erfordern, wurden zum Behandlungsende ausgefüllt.

Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10) wurden in dieser Untersuchung bei 44 % der Patienten diagnostiziert. Verschiedene Analysen erbrachten keinen Beleg für einen Einfluss von Persönlichkeitsstörungen (bei kategorialer Diagnostik) auf den Therapieerfolg bei Zwangserkrankungen. Patienten profitierten gleichermaßen von der Therapie, unabhängig vom Vorliegen einer komorbiden Achse-II-Störung. Ebenso wenig erwiesen sich spezifische Persönlichkeitsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen des Clusters C als prognostisch relevant. Die Behandlungs-

dauer von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entsprach der von Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Eine höhere „Gesamtgestört-heit“ (operationalisiert als Anzahl von Persönlichkeitsstörungen) war ebenfalls nicht von Bedeutung für das Outcome und die Behandlungsdauer.

Eine etwas andere Befundlage ergibt sich hinsichtlich Persönlichkeitsakzentuierungen (dimensionale Erfassung). Patienten, die mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung angaben, wiesen zwar bei Aufnahme und bei Entlassung eine stärkere Zwangssymptomatik als Patienten ohne Akzentuierung auf. Sie konnten jedoch deutlich und in vergleichbarem Ausmaß von der Therapie profitieren. Eine höhere „Gesamtakzentuierung“ zu Beginn der Therapie war ebenfalls nicht von Bedeutung für das Outcome und die Behandlungsdauer. Zur Frage der prognostischen Relevanz von Persönlichkeitsauffälligkeiten liefert die Untersuchung Hinweise, dass verschiedenen Persönlichkeitsakzentuierungen eine Bedeutung für den Therapieerfolg zukommen könnte. Insbesondere die dissoziative, die histrionische und die ängstlich-leistungsunsichere sind hier zu nennen. Auf statistischem Trendniveau fanden sich negative Einflüsse von schizotypen und passiv-aggressiven Persönlichkeitsakzentuierungen. Nach einer Verdichtung der Persönlichkeitsvariablen mittels Faktorenanalyse konnte ein Faktor *Selbstbezogenheit und Rücksichtslosigkeit* identifiziert werden, der bei Respondern im Patientenurteil zu Therapiebeginn signifikant höher ausgeprägt war als bei Non-Respondern.

Für den in der Routineversorgung tätigen Verhaltenstherapeuten, der auch Patienten mit komorbider Achse-II-Störung behandelt, sind diese Befunde ermutigend. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind somit nicht automatisch zukünftige Non-Responder. Lediglich einige spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen könnten mit einem ungünstigeren Therapie-Outcome assoziiert sein, viele Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen konnten jedoch sehr gut von einer multimoda-

len Verhaltenstherapie, die die interaktionellen Besonderheiten dieser Patientengruppe berücksichtigt und als Ressource nutzt, profitieren.

Von unmittelbarer therapeutischer Relevanz erscheinen die Befunde, dass ängstlich-leistungsunsichere und dissoziative Persönlichkeitsakzentuierungen nachteilig für den Therapieerfolg sind. Für beide Patientengruppen stellen die Anforderungen einer klar strukturierten (teil-)stationären Verhaltenstherapie vermutlich eine Überforderungssituation dar. Während bei ängstlich-leistungsunsicheren Persönlichkeitsakzentuierungen ausgeprägte Leistungs- und Versagensängste eine spezifische Beziehungsgestaltung sowie weitere geeignete Interventionsstrategien erfordern, könnten Patienten mit dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierungen möglicherweise erfolgsversprechender behandelt werden, wenn hypnotherapeutische Techniken in das Gesamtbehandlungskonzept integriert werden.

8. Literatur

- Abel, J. L. (1993). Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive compulsive disorder: a review and implications for interdisciplinary treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 463 - 478.
- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583 - 600.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44 - 52.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339 - 355.
- Ackerman, D. L., Greenland, S., Bystritsky, A., Morgenstern, H. & Katz, R. J. (1994). Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 247 - 254.
- Alvir, J. M. J., Schooler, N. R., Borenstein, M. T., Woerner, M. G. & Kane, J. M. (1988). The reliability of a shortened version of the SCL-90-R. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 242 - 246.
- Ambühl, H. (1992). Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktodynamik. In: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (245 - 264). München: Gerhard Röttger Verlag.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1990). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (1th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Foa, E. B. & Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312 - 316.
- Andresen, B. (2000). Six basic dimensions of personality and a seventh factor of generalized dysfunctional personality (GDP): a diathesis system covering all personality disorders. *Neuropsychobiology*, 41, 5 - 23.
- Andresen, B. (2001). Entwicklungs- und Anwendungsberichte zur Klinischen Persönlichkeitsdiagnostik und -forschung. Band I und II. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Andresen, B. (2003, im Druck). Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Göttingen: Hogrefe.
- Anonymus (1999). Erfahrungsseelenkunde. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 20, 415 - 416.
- Antony, M. M., Downie, F. & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In: R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. New York: Guilford. [zitiert nach Emmelkamp & van Oppen, 2000].
- AuBuchon, P. G. & Malatesta, V. J. (1994). Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 448 - 453.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, R. & Weiber, R. (1994). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (7., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.

- Baer, L. & Jenike, M. A. (1990). Personality disorder in obsessive-compulsive disorder. In: M. A. Jenike, L. Baer & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-Compulsive disorders: theory and management* (76 - 88). St. Louis: Mosby Year Book.
- Baer, L., Jenike, M. A., Black, D. W., Treece, C., Rosenfeld, R. & Greist, J. (1992). Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with Clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 862 - 866.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E. & Buttolph, M. L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826 - 830.
- Balkom, A. J. L. M. van, Haan, E. de, Oppen, P. van, Spinhoven, P., Hoogduin, C. A. L. & Dyck, R. van (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 492 - 499.
- Balkom, A. J. L. M. van, Oppen, P. van, Vermeulen, A. W., Dyck, R. van, Nauta, M. C. & Vorst, H. C. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behaviour, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359 - 381.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y. & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299 - 317.
- Baumann, U. (1976). Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depression-Skala. *Archives of Psychiatry*, 222, 359 - 375.

- Baxter, L. R. (1992). Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 871 - 884.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory - Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77 - 100.
- Bejerot, S., Ekselius, L. & Knorrning, L. von (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 398 - 402.
- Beneke, M. & Rasmus, W. (1992). „Clinical Global Impressions“ (EDCEU): some critical comments. *Pharmacopsychiatry*, 25, 172 - 176.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Benkert, O. & Hippus, H. (1996). *Psychiatrische Pharmakotherapie* (6. Aufl.). Springer: Berlin.
- Black, D. W. & Noyes, R. (1997). Obsessive-compulsive disorder and axis II. *International Review of Psychiatry*, 9, 111 - 118.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. , vollst. überarb. u. aktual. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bronisch, T. (1992). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie*, 2, 140 - 150.
- Bronisch, T. (2000). Persönlichkeitsstörungen. In: H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (1523 - 1558). Berlin: Springer.

- Bronisch, T., Flett, S., Garcia-Borreguero, D. & Wolf, R. (1993). Comparison of self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology*, 26, 102 - 107.
- Bronisch, T., Garcia-Borreguero, D., Flett, S., Wolf, R. & Hiller, W. (1992). The Munich Diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders for use in routine clinical care and research. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 77 - 81.
- Bronisch, T., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1995). Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (IDCL-P). Bern: Huber.
- Bronisch, T. & Klerman, G. L. (1991). Personality functioning: change and stability in relationship to symptoms and psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 5, 307 - 317.
- Bronisch, T. & Mombour, W. (1994). Comparison of a diagnostic checklist with a structured interview for the assessment of DSM-III-R and ICD-10 personality disorders. *Psychopathology*, 27, 312 - 320.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Castle, D. J., Deale, A., Marks, I. M., Cutts, F., Chadhoury, Y. & Stewart, A. (1994). Obsessive-compulsive disorder: prediction of outcome from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 393 - 398.
- Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4., überarb. u. erw. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Coolidge, F. L. & Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 585 - 599.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64, 21 - 50.

- Cottraux, J., Messy, P., Marks, I. M., Mollard, E. & Bouvard, M. (1993). Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and / or behavior therapy. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 45 - 50.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M. & Marks, I. M. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: one-year follow up. *Psychiatry Research*, 49, 63 - 75.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I. M., Sluys, M., Nury, A. M., Douge, R. & Cialdella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 17 - 30.
- Crino, R.D. & Andrews, G. (1996). Personality disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 29 - 38.
- Csef, H. (2001). Zwang und Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 5, 81- 90.
- Dahlke, F., Lohaus, A., Gutzmann, H. (1992). Reliability and clinical concepts underlying global judgements in dementia: implications for clinical research. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 425 - 432.
- De Araujo, L. A., Ito, L. M. & Marks, I. M. (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747 - 752.
- Demal, U., Zitterl, W., Lenz, G., Zapotoczky, H.-G. & Zitterl-Eglseer, K. (1996). Obsessive-compulsive disorder and depression - first results of a prospective study on 74 patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 20, 801 - 813.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280 - 289.

- DeVeauugh-Geiss, J., Katz, R., Landau, P., Goodman, W. & Rasmussen, S. A. (1990). Clinical predictors of treatment response in obsessive compulsive disorder: exploratory analyses from multicenter trials of clomipramine. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 54 - 59.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, W. H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (Kapitel V). Bern: Huber.
- Dreessen, L., Hoekstra, R. & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 11, 503 - 521.
- Drummond, L. M. (1993). The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 223 - 229.
- Ecker, W. & Dehmlow, A. (1994). Der Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Zwängen. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 7, 23 - 31.
- Ecker, W. & Dehmlow, A. (1996). Zur prognostischen Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der stationären Verhaltenstherapie von Zwängen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 1, 9 - 23.
- Emmelkamp, P. M. G. & Oppen, P. van (2000). *Zwangsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fals-Stewart, W. & Lucente, S. (1993). An MCMI cluster typology of obsessive compulsives: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behavior therapy. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 139 - 154.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen* (5., neubearb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Endler, N. S. & Bagby, R. M. (1995). Conceptualization and assessment of personality factors in depression. *European Journal of Personality*, 9, 309 - 350.

- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M. & Latimer, P. R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287 - 297.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. In: M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (285 - 309). Washington, London: American Psychiatry Press.
- Forster, P. S. & Eisler, R. M. (2001). An integrative approach to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 24 - 34.
- Franke, G. H. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160 - 167.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID-II: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennrich, C. & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erhebung von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (91 - 113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006 - 1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012 - 1016.

- Grabe, H. J., Goldschmidt, F., Lehmkuhl, L., Gänsicke, M., Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 319 - 324.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie. Themenheft: Differentielle Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 292 - 376.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63 - 73.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H. & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung - eine Anleitung für Therapeuten. In: F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (189 - 224). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W., Kobak, K. A., Katzelnick, D. J. & Serlin, R. C. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 52, 53 - 60.
- Haan, E. de, Oppen, P. van, Balkom, A. J. L. M. van, Spinhoven, P., Hoogduin, C. A. L. & Dyck, R. van (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354 - 361.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56 - 62.
- Hand, I. (1992). Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen: Therapieverfahren und Ergebnisse. In: I. Hand, W. K. Goodman & U. Evers (Hrsg.), *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse* (157 - 180). Berlin: Springer.
- Hand, I. (1993). Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie* 3, 61 - 65.
- Hand, I. (1995). Ambulante Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 63, 12 - 18.

- Hand, I. (1998). Out-patient, multimodal behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 35), 45 - 52.
- Hand, I. (2002). Zwangsstörungen. In: S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatik* (248 - 264). Stuttgart: Schattauer.
- Hand, I. & Büttner-Westphal, H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie*, 1, 223 - 225.
- Hand, I., Peter, H. & Rufer, M. (2001). Kombinationsbehandlung mit Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen: Forschungsstand und Behandlungspraxis. *Verhaltenstherapie*, 11, 206 - 215.
- Hauke, W. (1994). Die Effektivität von multimodaler Verhaltenstherapie bei Zwangsneurosen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 26, 82 - 88.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen. Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 3, 26 - 34.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI; 2. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Hedlund, J. L. & Vieweg, B. W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 149 - 165.
- Hermesh, H., Shahar, A. & Munitz, H. (1987). Obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 120 - 121.
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Clayton, P. J., Keller, M. B., McDonald-Scott, P. & Larkin, B. H. (1983). Assessing personality: effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 695 - 699.

- Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Räuchle, H., Hand, I., König, A., Münchau, N., Hiss, H., Geiger-Kabisch, C., Käßler, C., Schramm, P., Rey, E., Aldenhoff, J. & Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 35), 71 - 78.
- Hyer, S. E., Rieder, R. O. & Spitzer, R. L. (1983). *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ(-R))*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Hyer, S. E., Rieder, R. O. & Williams, J. B. W. (1987). *Personality Diagnostic Questionnaire - Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Hyer, S. E., Rieder, R. O., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Lyons, M. & Hendler, J. (1989). A comparison of self-report and clinical diagnosis of DSM III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 170 - 178.
- Hyer, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M. & Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire - Revised: comparison with two structured Interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043 - 1048.
- Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz, C. E. & Carey, R. J. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 530 - 532.
- Katz, R. J. & DeVeaugh-Geiss, J. (1990). The anti-obsessional effects of clomipramine do not require concomitant affective disorder. *Psychiatry Research*, 31, 121 - 129.
- Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L. & Schaap, C. P. D. R. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781 - 786.
- Kim, S. W., Dysken, M. W. & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 34, 99 - 106.

- Kim, S. W., Dysken, M. W., Pheley, A. M. & Hoover, K. M. (1994). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: measures of internal consistency. *Psychiatry Research*, 51, 203 - 211.
- Kozak, M. J., Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343 - 353.
- Lakatos, A. (1997). Kognitiv-behaviorale Therapie für Zwangsstörungen. Eine Therapievergleichsstudie. Regensburg: Roderer.
- Lakatos, A. & Reinecker, H. S. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Lieb, H. (1998). „Persönlichkeitsstörung“. Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes. Tübinger Reihe, Bd.18. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Linehan, M. M. (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline - Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Loranger, A. W. (1994). International Personality Disorder Examination (IPDE). WHO.
- Loranger, A. W., Lenzenweger, M. F., Gartner, A. F., Susman, V. L., Hertzog, J., Zammit, G. K., Gartner, J. D., Abrams, R. C. & Young, R. C. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720 - 728.
- Loranger, A. W., Susman, V. L., Oldham, J. M. & Russakof, L. M. (1987). The personality disorder examination. A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 1, 1 - 13.
- Lukesch, H. (1974). Testkriterien des Depressionsinventars von Beck. *Psychologie und Praxis*, 18, 60 - 78.
- Marks, I. M., Lelliott, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D. & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522 - 534.

- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438 - 450.
- Mataix-Cols, D., Baer, L., Rauch, S. L. & Jenike, M. A. (2000). Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 199 - 202.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Nagata, T., Takei, Y. & Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 128 - 134.
- Mavissakalian, M. R., Hamann, M. S., Haidar, S. A. & Groot, C. M. de (1993). DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic / agoraphobia, and obsessive-compulsive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 243 - 248.
- Mavissakalian, M. R., Hamann, M. S. & Jones, B. (1990). DMS-III personality disorders in obsessive-compulsive disorder: changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 432 - 437.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An introduction to the Five-factor model and its application. *Journal of Personality Assessment*, 60, 175 - 215.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J. A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: a two dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 865 - 869.
- McKay, D., Neziroglu, F., Todaro, J. & Yaryura-Tobias, J. A. (1996). Changes in personality disorders following behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 47 - 57.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual* (3rd ed.) Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Minichiello, W. E., Baer, L. & Jenike, M. A. (1987). Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 273 - 276.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., Cranach, M. von, Giglhuber, O. & Bose, M. von (1996). *International Personality Disorder Examination*. Bern: Huber.
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M., Jacobsen, D., Wein, C., Fricke, S. & Hand, I. (2002). Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). *Psychiatry Research*, 109, 193 - 199.
- Mundt, A., Hand, I. & Rufer, M. (2002). Die spezifische Verhaltenstherapie-Tagesklinik. *Nervenarzt*, 73, 1082 - 1087.
- Nakagawa, A., Marks, I. M., Takei, N., De Araujo, L. A. & Ito, L. M. (1996). Comparison among the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, compulsion checklist, and other measures of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 108 - 112.
- National Institute of Mental Health (1970). 12 - CGI. Clinical Global Impressions. In: W. Guy (Ed.), *EDCEU Assessment in psychopharmacology*, Rev. Ed., (217 - 222). Rockville, Maryland.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P. & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881 - 902.
- Oppen, P. van, Emmelkamp, P. M. G., Balkom, A. J. L. M. van & Dyck, R. van (1995). The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 241 - 248.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (270 - 376). New York: John Wiley & Sons.

- O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I. M., Monteiro, W. & Lelliott, P. (1991). Six year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 150 - 155.
- Pato, M. T. & Zohar, J. (2001). *Current treatments of obsessive-compulsive disorder* (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Perry, J. C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1645 - 1653.
- Piccinelli, M., Pini, S., Bellantuono, C. & Wilkinson, G. (1995). Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry*, 166, 424 - 443.
- Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S. & Murphy, D. L. (1994). Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (suppl. 10), 15 - 27.
- Pigott, T. A. & Seay, S. M. (1999). A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 101 - 106.
- Pollack, J. (1987). Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: a review of the literature. *Journal of Psychology*, 121, 137 - 148.
- Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555 - 564.
- Rasmussen, S. A. & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4 - 10.
- Rasmussen, S. A. & Tsuang, M. T. (1987). Obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 121 - 122.

- Ravizza, L., Barzega, G., Bellino, S., Bogetto, F. & Maina, G. (1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 368 - 373.
- Reinecker, H. S., Zaudig, M., Erlbeck, R., Gockeler, I. & Hauke, W. (1994). Die Langzeit-Follow-up Studie von Windach. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 26, 77 - 81.
- Ricciardi, J. N., Baer, L., Jenike, M. A., Fischer, S. C., Sholtz, D. & Buttolph, M. L. (1992). Changes in DSM-III-R axis II diagnoses following treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 829 - 831.
- Richter, G. (2000). Depression und Persönlichkeit - Konzepte und Ergebnisse. *Psychotherapie*, 5, 54 - 69.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 14 - 26.
- Ruppert, S., Zaudig, M., Hauke, W., Thora, C. & Reinecker, H. S. (2001). Komorbidität und Zwangsstörung. Teil I: Achse-I-Komorbidität. *Verhaltenstherapie*, 11, 104 - 111.
- Ruppert, S., Zaudig, M., Reinecker, H. S., Thora, C. & Hauke, W. (2001). Komorbidität und Zwangsstörung. Teil II: Achse-II-Komorbidität. *Verhaltenstherapie*, 11, 112 - 118.
- Sachse, R. (1999). Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile* (2. unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H. (1987). Psychopathie, Soziopathie, Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen. Berlin: Springer.
- Saß, H. (1992). Konzepte von Persönlichkeitsstörungen. In: A. Marneros & M. Phillipp (Hrsg.), *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*. Berlin: Springer.

- Saß, H., Houben, I., Herpertz, S. & Steinmeyer, E. M. (1996). Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (42 - 55). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Saß, H., Jünemann, K. & Houben, I. (2000). Zur Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen - gegenwärtiger Stand und Perspektiven im neuen Jahrtausend. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 1, 43 - 58.
- Saß, H. & Mende, M. (1990). Zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mittels einer integrierten Merkmalsliste gemäß DSM-III-R und ICD-10 bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In: U. Baumann, E. Fähndrich, R. D. Stieglitz & B. Woggon (Hrsg.), *Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie* (195 - 206). München: Profil.
- Saß, H., Steinmeyer, E. M., Ebel, H. & Herpertz, S. (1995). Untersuchungen zur Kategorisierung und Dimensionierung von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 239 - 251.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schaible, R., Armbrust, M. & Nutzinger, D. O. (2001). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Sind Selbst- und Fremdrating äquivalent? *Verhaltenstherapie*, 11, 298 - 303.
- Schneider, K. (1950). *Die psychopathischen Persönlichkeiten* (9. Aufl.). Wien: Franz Deuticke (1. Aufl. 1923, Thieme, Leipzig).
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M. & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W. & Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591 - 596.

- Stein, D. J., Spadaccini, E. & Hollander, E. (1995). Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 11 - 18.
- Steketee, G. S. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorder*, 4, 351 - 364.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford.
- Steketee, G. S., Chambless, D. L. & Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76 - 86.
- Steketee, G. S., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M. & Rasmussen, S. A. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229 - 238.
- Steketee G. S. & Shapiro, L. J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317 - 346.
- Stuart, S., Simons, A. D., Thase, M. E. & Pilkonis, P. (1992). Are personality assessments valid in acute major depression? *Journal of Affective Disorders*, 24, 281 - 290.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4. Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Trull, T. J. & Goodwin, A. H. (1993). Relationship between mood changes and the report of personality disorder symptoms. *Journal of Personality Assessment*, 61, 99 - 111.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1978). *Soziale Angst und soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness-Training-Programm ATP. Band I: Begriff, Messmittel, Entstehung*. München: Pfeiffer Verlag.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1994). *Der Unsicherheitsfragebogen*. München: Pfeiffer Verlag.

- Vaglum, P., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L. & Vaglum, S. (1993). Stability of the severe personality disorder diagnosis: a 2- to 5-year prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 7, 348 - 353.
- Weiss, J., Sampson, H. & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research* (3 - 138). New York: Guilford Press.
- Wendisch, M. (2000). Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 359 - 380.
- Wittchen, H.-U. (1996). Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (27 - 41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Woody, S. R., Steketee, G. S. & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 597 - 605.
- Zarbock, G. (1996a). *Heilen durch Erfahrung*. Freiburg: Herder.
- Zarbock, G. (1996b). Individualisierung statt Standardisierung: Verhaltenstherapie als biographisch orientierte Neuerfahrung. *Verhaltenstherapie*, 6, 244 - 251.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1992). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (11 - 37). München: Gerhard Röttger Verlag.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527 - 531.

- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D. & Corenthal, C. (1988). Diagnosing personality disorder in depressed patients: a comparison of patient and informant interviews. *Archives of General Psychiatry*, 45, 733 - 737.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63 - 70.

ANHANG

Susanne Fricke
Christian-Förster-Str. 33
20253 Hamburg

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel

**EINFLUSS VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN UND
PERSÖNLICHKEITSAKZENTUIERUNGEN
AUF DEN ERFOLG EINER MULTIMODALEN VERHALTENSTHERAPIE BEI
ZWANGSERKRANKUNGEN**

selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Susanne Fricke

Hamburg, den 15.07.2002

CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS (CGI)
Patienten-Einschätzung

Name:

Personen - Kennziffer:

Datum der Beurteilung:

Global - Einschätzung

Beurteilen Sie bitte auf der folgenden Skala die Gesamt - Veränderung Ihrer Beschwerden, die sich Ihrer Meinung nach bisher durch die Therapie ergeben hat. Kreuzen Sie zu diesem Zweck die Zahl an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. sehr viel besser
2. viel besser
3. etwas besser
4. unverändert
5. etwas schlechter
6. viel schlechter
7. sehr viel schlechter