

## Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV)<sup>1</sup>

Von Stephan Doering<sup>2,3,4</sup>, Daniela Renn<sup>4</sup>, Stefan Höfer<sup>4</sup>, Gerhard Rumpold<sup>4</sup>, Ulrike Smrekar<sup>4</sup>, Nicola Janecke<sup>4</sup>, Dieter S. Schatz<sup>4</sup>, Chris Schotte<sup>5</sup>, Dirk DeDoncker<sup>5</sup> und Gerhard Schüßler<sup>4</sup>

### Summary

*Validation of the German version of the „Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)“ Questionnaire*

**Objectives:** The „Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)“ is a 94-item questionnaire that allows for a categorical and dimensional assessment of the DSM-IV personality disorders.

**Methods:** Psychometric properties of the German ADP-IV were investigated in 400 psychotherapy outpatients and a community sample of 385 persons. The SCID-II interview and a standardised expert consensus rating were employed for the assessment of concurrent validity.

**Results:** The ADP-IV showed satisfactory reliability. The median Cronbachs  $\alpha$  for the subscales was 0.76 (range 0.65 – 0.87) and the median retest reliability 0.79 (range 0.37 – 0.88). Factor analysis revealed an 11-factor solution that explained 49.4 % of the variance. The median correlation of the dimensional ADP-IV subscale scores with the SCID-II and the expert consensus ratings were 0.51 (range: 0.34 – 0.72) and 0.44 (range: 0.27 – 0.62), respectively. The kappas for the chance-corrected agreement of categorical ADP-IV diagnoses with the SCID-II diagnoses and the expert ratings were 0.35 and 0.29 for any personality disorder and a median of 0.37 and 0.30 for the specific personality disorders.

**Conclusions:** The ADP-IV shows satisfactory reliability and a validity that is comparable and in part even superior to other self-rating instruments. The advantages of the instrument are its brevity, the inclusion of distress ratings, and the dimensional scoring that allows for the construction of detailed profiles of personality pathology. Moreover, it is conveniently available as a free internet download (<http://zmkweb.uni-muenster.de/einrichtungen/proth/dienstleistungen/psycho/diag/index.html>).

*Z Psychosom Med Psychother 53/2007, 111–128  
<http://www.v-r.de/data/files/1001489/doering.pdf>*

<sup>1</sup> Gefördert vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank, Projekt Nr. 9141.

<sup>2</sup> Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster.

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster.

<sup>4</sup> Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Innsbruck.

<sup>5</sup> Department of Psychiatry, University Hospital Antwerp (UZA), Belgien.

## Keywords

Personality Disorders – Diagnosis – Questionnaire – Reliability – Validity

## Zusammenfassung

**Fragestellung:** Der Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV) stellt ein Selbstbeurteilungsinstrument dar, das anhand von 94 Items eine kategoriale und eine dimensionale Einschätzung der DSM-IV Persönlichkeitsstörungen ermöglicht.

**Methode:** Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des ADP-IV wurden an 400 ambulanten Psychotherapiepatienten und einer Bevölkerungsstichprobe von 385 Personen untersucht. Das SKID-II-Interview und standardisierte Expertenratings wurden zur Erfassung der kriterienbezogenen Validität eingesetzt.

**Ergebnisse:** Der ADP-IV zeigte eine befriedigende Reliabilität: das mittlere Cronbach  $\alpha$  für die einzelnen Subskalen lag bei .76 (Range .65 bis .87), die mittlere Retest-Reliabilität betrug .79 (Range .37 bis .88). Die Faktoranalyse ergab eine 11-Faktor-Lösung, die 49,4 % der Varianz erklärt. Die durchschnittliche Korrelation der dimensional Subskalen mit SKID-II und den Expertenratings lag bei .51 (Range .34 bis .72) beziehungsweise bei .44 (Range .27 bis .62). Die Kappa-Werte für die Übereinstimmung der kategorialen ADP-IV Diagnosen mit den SKID-II Diagnosen und den Expertenratings betrugen .35 und .29 für das Vorhandensein einer beliebigen Persönlichkeitsstörung sowie .37 und .30 für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen.

**Diskussion:** Der ADP-IV zeigt befriedigende Reliabilität und Validität, die vergleichbaren Fragebögen entsprechen und diesen zum Teil sogar überlegen sind. Die Vorteile des Instruments liegen in seiner Kürze, der Einbeziehung von Distress-Ratings sowie insbesondere der Möglichkeit einer dimensional Auswertung, die ein differenziertes Profil der Persönlichkeits-Pathologie ergibt. Der Fragebogen kann kostenfrei im Internet herunter geladen werden (<http://zmkweb.uni-muenster.de/einrichtungen/proth/dienstleistungen/psycho/diag/index.html>).

## 1. Einleitung

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen (PS) stellt eine der größten Herausforderungen in Psychiatrie und Psychotherapie dar (Leibing u. Doering 2006; Schüßler et al. 2006). Die aktuellen Konzeptualisierungen und Klassifikationen der Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV (Saß et al. 2003) und ICD-10 (Dilling et al. 2004) wurden aufgrund ihrer mangelnden empirischen Absicherung wiederholt kritisiert (Leibing et al. im Druck; Westen u. Shedler 1999; Widiger u. Sanderson 1995; Wöller u. Tress 2005). Ziel der Kritik war dabei insbesondere der kategoriale Ansatz mit seiner Dichotomisierung von kontinuierlichen Variablen (den diagnostischen Kriterien) in vorhanden versus nicht vorhanden. Durch die kategoriale Herangehensweise kann es beispielsweise dazu kommen, dass persönlichkeitsgestörte Patienten, die eine Behandlung brauchen und wünschen, keine Diagnose erhalten, da sie keine ausreichende Zahl an diagnostischen Kriterien einer bestimmten Persönlichkeitsstörung erfüllen (Westen u. Shedler 1999; Heuft et al. 2005). Darüber hinaus werden komorbide pathologische Persönlichkeitszüge aus anderen als der diagnostizierten Kategorie

nicht erfasst. Daher schlug Widiger bereits 1991 vor, die damals gültigen DSM-III-R Kategorien der Persönlichkeitsstörungen auf dimensionaler Basis einzuschätzen. Sein Modell sieht ein sechsstufiges Rating jeder Persönlichkeitsstörung anhand der erfüllten diagnostischen Kriterien vor, und ermöglicht ohne großen Aufwand die Erstellung eines Profils der Persönlichkeits-Pathologie.

Neben den grundlegenden konzeptionellen Schwierigkeiten stellt die Konstruktion von Instrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen ein großes Problem dar. Zwar hat die Reliabilität der Diagnostik seit der Einführung der DSM-III deutlich zugenommen (Perry 1992), ihre Validität ist jedoch weiterhin unbefriedigend. Spitzer (1983) prägte den Begriff des „Longitudinal Experts using All Data“ (LEAD) für eine diagnostische Prozedur, bei der mehrere Diagnostiker und Behandler („experts“) alle im Längsschnitt gewonnenen Informationen über den Patienten zusammentragen, um so zu einer validen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu kommen. Dieses Vorgehen sah Spitzer als den „Gold Standard“ der Diagnostik an – idealerweise sollten daher auch alle diagnostischen Instrumente anhand von LEAD-Diagnosen auf der Basis der zugrunde liegenden Klassifikation, zum Beispiel DSM-IV, validiert werden.

Aus testdiagnostischer Sicht eignen sich Interview-Verfahren am besten zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, so wurde beispielsweise für das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse II“ (SKID-II; Fydrich et al. 1997) und das „International Personality Disorder Examination“ (IPDE; Loranger et al. 1994) eine zumindest akzeptable Validität nachgewiesen. Allerdings setzt die Durchführung dieser Interviews ein umfangreiches Training voraus und darüber hinaus ist ihre Anwendung sehr zeitaufwändig. Daher werden in der klinischen Routine eher Fragebögen für eine orientierende Persönlichkeitsdiagnostik eingesetzt, die zwar kostengünstig und zeitsparend sind, aber Schwächen hinsichtlich der Validität zeigen.

Es liegt eine Reihe von Fragebögen zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen vor, wobei einzig der *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ; Hyler u. Rieder 1987; Hyler et al. 1988; Hyler 1994) in deutscher Übersetzung teilweise validiert worden ist – allerdings nur an einer sehr kleinen Stichprobe von 60 Patienten (Bronisch et al. 1993). Das Instrument enthält 99 dichotome Items, die den diagnostischen Kriterien des DSM-IV entsprechen. Die Auswertung ergibt ausschließlich kategoriale Diagnosen. Das SKID-II Interviewmanual (Fydrich et al. 1997) enthält auch in der deutschen Übersetzung einen Screening-Fragebogen mit 94 dichotomen Items. Zwei weitere Fragebögen, die zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden, liegen bislang nicht in deutscher Übersetzung vor: das *Millon Multiaxial Inventory* (MCMI, Millon 1977; MCMI-III, Millon et al. 1994) und das von Lorna S. Benjamins (1993) interpersoneller Theorie abgeleitete *Wisconsin Personality Disorders Inventory* (WISPI, Klein et al. 1993). Beide Instrumente haben den Nachteil, dass sie sehr lang sind.

Im Jahr 1998 stellten die belgischen Autoren Chris K. Schotte und Mitarbeiter einen neuartigen Fragebogen zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen vor, der zwar einerseits an den DSM-IV-Kriterien orientiert ist, andererseits aber neben der kategorialen Diagnostik auch eine dimensionale Einschätzung der Persönlichkeits-

pathologie ermöglicht: den *Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen* (ADP-IV, *Assessment of DSM-IV Personality Disorders*). Ähnlich wie der SKID-II-Screening-Fragebogen enthält das Instrument 94 Items entsprechend den insgesamt 94 diagnostischen Kriterien für die zwölf Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV. Allerdings erfolgt die Selbstbeurteilung im ADP-IV nicht durch dichotome Ja-Nein-Antworten, sondern auf einer siebenstufigen Skala. Darüber hinaus ist für positiv beurteilte Items ein dreistufiges Distress-Rating vorgesehen. Im Sinne des von Widiger (1991) vorgeschlagenen Vorgehens ermöglicht der ADP-IV somit eine kategoriale und eine dimensionale Diagnostik der DSM-IV Persönlichkeitsstörungen.

In der hier vorgelegten Studie wird die deutsche Version des ADP-IV an 400 ambulanten Psychotherapiepatienten und einer Bevölkerungsstichprobe von 385 Personen überprüft. Ziel der Studie war: (1) Analyse der inneren Konsistenzen der Persönlichkeitsstörungs-Skalen und Faktoranalyse der Einzelitems, (2) Bestimmung der Retest-Reliabilität und (3) Überprüfung der kriterienbezogenen Validität mithilfe des SKID-II Interviews und eines Expertenratings.

## 2. Methode

### 2.1. Stichprobe

643 ambulante Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck wurden um die Teilnahme an der Studie angefragt. 400 (62,2 %) gaben ihr Einverständnis und wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Einschlusskriterien waren: Alter mindestens 18 Jahre und ausreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterien waren: beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit, akute psychotische und schwere affektive Erkrankung. Alle Patienten füllten den ADP-IV aus, bei 210 Patienten wurde darüber hinaus ein SKID-II-Interview durchgeführt. Des Weiteren füllten 385 Personen aus der Tiroler Bevölkerung den ADP-IV aus, von denen 41 den Fragebogen nach vier Wochen ein zweites Mal bearbeiteten. Die Bevölkerungsstichprobe stellt eine repräsentative Quotenstichprobe der Tiroler Normalbevölkerung dar, die nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand dem Durchschnitt der Bevölkerung entspricht. Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde mithilfe der im Internet zugänglichen Daten der Firma STATISTIK AUSTRIA (<http://www.statistik.at>) berechnet.

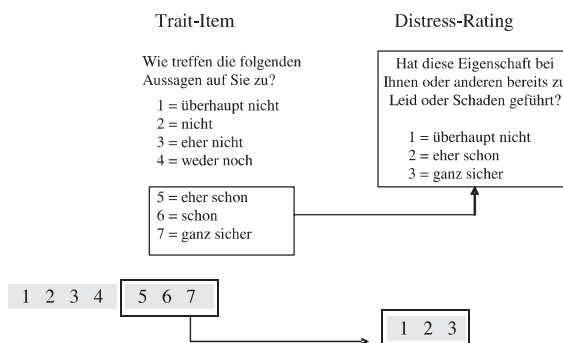
### 2.2. Instrumente

#### *Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV)*

Das Selbstbeurteilungsinstrument enthält 94 Items, die jeweils einem diagnostischen Kriterium für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV entsprechen (Beispielitems in Abb. 1). Jedes „Trait-Item“ wird zunächst auf einer siebenstufigen Skala von eingeschätzt. Wird fünf oder mehr angekreuzt, ist ein zusätzliches Distress-Rating auf einer dreistufigen Skala von eins bis drei auszufüllen (Antwortformat in Abb. 1).

Antwortformat:

1. Ich gehe immer davon aus, dass andere mich ausnützen, verletzen oder hintergehen werden.



Beispielitems:

Item Nummer	DSM-IV Kriterium*	ADP-IV Item
2	SZ1	Im Gegensatz zu den meisten anderen habe ich kein Bedürfnis nach Nähe oder nach tiefgehenden Beziehungen.
8	AV1	Aus Angst vor Kritik oder Zurückweisung vermeide ich bei der Arbeit oder in der Schule Tätigkeiten, die viel Kontakt mit anderen Menschen mit sich bringen.
19	NAR2	Häufig vereinnahmen mich Traumvorstellungen, in denen ich sehr erfolgreich, mächtig, großartig, schön oder beliebt bin.
46	OC4	Im Vergleich zu den meisten Menschen bin ich extrem pflichtbewusst, präzise und äußerst beharrlich wenn es um Prinzipien, Regeln oder moralische Werte geht.
77	BDL6	Meine Stimmung oder Laune ist sehr instabil und wechselhaft: ich kann ganz normal gelaunt sein, mich jedoch im nächsten Moment wieder äußerst deprimiert, wütend, gereizt oder ängstlich fühlen.
90	DEP8	Es ist typisch für mich, dass ich ständig von der Befürchtung in Beschlag genommen werde, verlassen zu werden und dann auf mich allein gestellt zu sein.

\*) SZ = schizoid, AV = selbstunsicher-vermeidend, NAR = narzisstisch, OC = zwanghaft, BDL = Borderline, DEP = dependent; die Zahl steht für die Nummer des korrespondierenden diagnostischen Items im DSM-IV

Abbildung 1: Design des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV)

Der ADP-IV ergibt für jede Persönlichkeitsstörung einen dimensionalen Trait-Score und eine kategoriale (ja/nein) Diagnose. Der dimensionale Score wird durch das Addieren der einzelnen Trait-Items errechnet. Für die kategoriale Diagnostik stehen zwei verschiedene Algorithmen zur Verfügung: (1) das Item wird positiv bewertet, wenn der Trait-Score fünf oder mehr und der Distress-Score zwei oder mehr beträgt ( $T > 4$  und  $D > 1$ ); (2) das Item wird positiv bewertet, wenn der Trait-Score sechs oder mehr und der Distress-Score zwei oder mehr beträgt ( $T > 5$  und  $D > 1$ ). Eine Persönlichkeitsstörung wird dann diagnostiziert, wenn die Anzahl der positiv bewerteten Items die im DSM-IV vorgesehene Schwelle überschreitet.

Die Originalversion des ADP-IV wurde von den belgischen Autoren in holländischer Sprache publiziert (Schotte u. De Doncker 1994, 1996; Schotte et al. 1998). Diese holländische Version des ADP-IV wurde von einem professionellen Übersetzungsbüro in Innsbruck ins Deutsche übersetzt, bevor durch die Autoren dieser Studie eine erste Überarbeitung der deutschen Version erfolgte. Danach wurde die deutsche Version zur Rückübersetzung einem professionellen Übersetzungsbüro in Antwerpen übergeben. Abschließend fand unter Zuhilfenahme der Rückübersetzung ein mehrschrittiger Diskussionsprozess zwischen den holländischen Autoren des ADP-IV und den deutschsprachigen Autoren statt, in dem die deutsche Version in ihre endgültige Form gebracht wurde.

#### *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II)*

Das SKID-II (Fydrich et al. 1997) stellt das offizielle diagnostische Interview der American Psychiatric Association zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV dar. Jedes der 94 diagnostischen Items für die im DSM-IV enthaltenen zwölf Persönlichkeitsstörungen ist durch eine oder mehrere Fragen sowie eine kurze Definition operationalisiert. In strukturierter Weise werden die Fragen der Reihe nach gestellt und die Antworten des Patienten vom Interviewer auf einer dreistufigen Skala bewertet (1 = „Kriterium nicht erfüllt“, 2 = „Kriterium teilweise (oder unterschwellig) erfüllt“, 3 = „Kriterium erfüllt“). Die Anzahl der positiven – mit „3“ bewerteten – Items wird addiert, überschreitet die Summe die im DSM-IV vorgesehene Schwelle, wird die Diagnose der entsprechenden Persönlichkeitsstörung vergeben. Darüber hinaus können für jede Persönlichkeitsstörung dimensionale Summenscores aus den Ratings gebildet werden.

#### *Expertenrating*

Zur Erfüllung des diagnostischen „Goldstandard“, der LEAD-Prozedur (Spitzer 1983), wurde zusätzlich zum SKID-II-Interview ein diagnostisches Expertenrating für jeden der 210 interviewten Patienten durchgeführt. Dabei wurden die Informationen des Erstgesprächs in der Ambulanz, gegebenenfalls der oberärztlichen Zweit-sicht und des SKID-II-Interviews zusammengetragen und diskutiert, bevor analog zum „prototype matching approach“ von Westen und Shedler (2000) das Vorhandensein jeder Persönlichkeitsstörung des DSM-IV auf einer fünfstufigen Skala geratet wurde (1 = „Diagnosekriterien nicht passend“, 2 = „Patient zeigt einige Züge der Persönlichkeitsstörung“, 3 = „Patient zeigt deutliche Züge der Persönlichkeitsstörung“, 4 = „Patient hat die Persönlichkeitsstörung, Diagnosekriterien passend“, 5 = „Persönlichkeit des Patienten beispielhaft für die Persönlichkeitsstörung, prototypischer Fall“). Auf diese Weise erfolgte sowohl eine dimensionale Einschätzung (1 bis 5) als auch eine kategoriale Diagnostik (1–3 = keine Diagnose, 4–5 = Diagnose). Die Experten setzten sich aus einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, drei psychologischen Psychotherapeuten und drei wissenschaftlichen Mitarbeitern zusammen, die alle für die Auswertung des ADP-IV verblindet waren.

### 2.3. Statistik

#### *Reliabilität*

Die innere Konsistenz wurde durch Cronbachs  $\alpha$  und die Retest-Reliabilität durch Korrelation (Pearson) bestimmt. Da bei Persönlichkeitsstörungen von einer relativ hohen zeitlichen Stabilität auszugehen ist, wurden für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen Korrelationen von .70 oder mehr erwartet (Tabachnik u. Fidell 2001).

#### *Validität*

Die faktorielle Validität wurde anhand einer explorativen Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) bestimmt. Die Voraussetzungen für die Faktorenanalyse wurden anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums (KMO) und des Bartlett-Tests auf Sphärizität (BTS) sichergestellt (Tabachnik u. Fidell 2001). Ein Eigenwert  $> 1$  und der Scree-Test nach Cattell dienten zur Bestimmung der Anzahl der Faktoren. Das Expertenrating der DSM-IV-Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen diente der Erfassung der Kriteriumsvalidität der ADP-IV Skalen; die Übereinstimmung mit den dimensional SKID-II und Expertenratings wurde korrelativ (Pearson) berechnet. Sensitivität und Spezifität des Fragebogens wurden jeweils für die beiden vorgegebenen Auswertungs-Algorithmen berechnet. Die Übereinstimmung der kategorialen ADP-IV-Diagnosen mit den kategorialen SKID-II- und Expertenratings wurde mithilfe des Kappa-Maßes ( $\kappa$ ) erfasst, wobei dies nur bei Persönlichkeitsstörungen mit mehr als fünf Fällen in der Stichprobe erfolgte (siehe hierzu Tab. 6). Der Kappa-Wert beschreibt die Übereinstimmung zweier dichotomer Variablen und kann Werte von null (keine Übereinstimmung) bis eins (vollständige Übereinstimmung) annehmen. Nach Fleiss (1981) können Kappa-Werte  $\geq .70$  als gut, Werte zwischen .40 und .69 als mäßig und Werte unter .40 als schlecht angesehen werden.

## 3. Ergebnisse

### Demografische Daten

Die demografischen Daten der Patienten- und der Bevölkerungsstichprobe finden sich in Tabelle 1. 166 (79,0 %) Patienten hatten mindestens eine klinische DSM-IV Achse-I-Diagnose, 16 (7,6 %) hatten zwei oder mehr klinische Diagnosen (Tab. 2a). Das Expertenrating ergab mindestens eine Persönlichkeitsstörung bei 82 (39,0 %) und zwei oder mehr Diagnosen bei 32 (15,2 %) der Patienten. Der  $T > 4$  und  $D > 1$  Algorithmus des ADP-IV ergab für 90 (42,9 %) Patienten eine oder mehr und für 64 (30,5 %) zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen Diagnosen. Mit dem  $T > 5$  und  $D > 1$  Algorithmus erhielten nur 38 (18,1 %) eine oder mehr und 19 (9,0 %) zwei oder mehr Achse-II-Diagnosen. Insgesamt wurden mit dem  $T > 4$  und  $D > 1$  Algorithmus 281 und mit dem  $T > 5$  und  $D > 1$  Algorithmus 79 Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert; im Vergleich dazu waren es im Expertenrating 148 (Tab. 2b).

Tabelle 1: Demografische Daten

	Patienten (n = 400)	Bevölkerungstichprobe (n = 385)
Alter (Jahre) MW $\pm$ SD	34,9 $\pm$ 12,0	35,2 $\pm$ 15,0
Geschlecht	w: 279 (69,8 %) m: 121 (30,3 %)	w: 264 (68,6 %) m: 121 (31,4 %)
<b>Bildungsstand</b>		
Schule noch nicht abgeschlossen	10 (2,5 %)	0 (0 %)
Kein Schulabschluss	18 (4,5 %)	0 (0 %)
Hauptschulabschluss ohne Lehre	107 (26,8 %)	27 (7,0 %)
Hauptschulabschluss mit Lehre	143 (35,8 %)	112 (29,1 %)
Abitur/ berufsbildende höhere Schule	77 (19,3 %)	155 (40,3 %)
Studium	14 (7,3 %)	90 (23,4 %)
fehlende Daten	31 (7,8 %)	1 (0,3 %)
<b>Familienstand</b>		
ledig	64 (30,8 %)	88 (22,9 %)
unverheiratet mit Partner	63 (30,3 %)	131 (34,0 %)
verheiratet/ Lebensgemeinschaft	53 (25,5 %)	137 (35,6 %)
geschieden	27 (13,0 %)	22 (5,7 %)
verwitwet	1 (0,5 %)	5 (1,3 %)

Tabelle 2a: DSM-IV-Diagnosen (n = 210). Klinische Achse-I-Diagnosen (Expertenrating); mehrere Diagnosen bei einem Patienten möglich

Achse-I Störung	n (%)
Abhängigkeitserkrankungen	19 (9,0 %)
Schizophrene oder psychotische Störungen (in Remission)	2 (1,0 %)
Affektive Störungen	29 (13,8 %)
Angsterkrankungen	33 (15,7 %)
Somatoforme Störungen	4 (1,9 %)
Essstörungen	39 (18,6 %)
Schlafstörungen	4 (1,9 %)
Anpassungsstörungen	34 (16,2 %)
Störung der Krankheitsbewältigung	1 (0,5 %)
Beziehungsprobleme	4 (1,9 %)
Chronische Ticstörung	1 (0,5 %)



Tabelle 2b: DSM-IV-Diagnosen (n = 210). Achse-II-Diagnosen nach Expertenrating, SKID-II und ADP-IV; mehrere Diagnosen bei einem Patienten möglich

Persönlichkeitsstörung	Expertenrating n (%)	SKID-II n (%)	ADP-IV (T > 4 und D > 1) n (%)	ADP-IV (T > 5 und D > 1) n (%)
paranoide	12 (5,7 %)	17 (8,1 %)	30 (14,3 %)	5 (2,4 %)
schizoide	2 (1,0 %)	3 (1,4 %)	7 (3,3 %)	1 (0,5 %)
schizotypische	0 (0 %)	0 (0 %)	8 (3,8 %)	2 (1,0 %)
antisoziale	6 (2,9 %)	9 (4,3 %)	35 (16,7 %)	12 (5,7 %)
Borderline	23 (11,0 %)	16 (7,6 %)	47 (22,4 %)	17 (8,1 %)
histrionische	5 (2,4 %)	1 (0,5 %)	9 (4,3 %)	4 (1,9 %)
narzisstische	3 (1,4 %)	3 (1,4 %)	1 (0,5 %)	1 (0,5 %)
selbstunsicher-vermeidende	28 (13,3 %)	32 (15,2 %)	40 (19,0 %)	12 (5,7 %)
dependente	3 (1,4 %)	1 (0,5 %)	15 (7,1 %)	5 (2,4 %)
zwanghafte	16 (7,6 %)	19 (9,0 %)	50 (23,8 %)	11 (5,2 %)
depressive	25 (11,9 %)	23 (11,0 %)	27 (12,9 %)	5 (2,4 %)
passiv-aggressive	7 (3,3 %)	8 (3,8 %)	12 (5,7 %)	4 (1,9 %)
Cluster A	14	20	45	8
Cluster B	37	29	92	34
Cluster C	47	52	105	28
Gesamt	148	132	281	79

### 3.1. Reliabilität

#### *Itemanalyse und innere Konsistenz*

Die Analyse der inneren Konsistenz mit Cronbachs  $\alpha$  ergab zufrieden stellende Werte von  $\alpha > .70$  für alle außer der schizoiden Persönlichkeitsstörung mit  $.65$  (Tab. 3).

Die Retest-Reliabilität war für die Subskalen paranoid, schizotypisch, selbstunsicher-vermeidend, antisozial, histrionisch, narzisstisch und depressiv ausreichend hoch ( $r_{tt} > .70$ ). Die Subskalen dependent, zwanghaft, Borderline und passiv-aggressiv zeigten mittlere Werte ( $r_{tt}$  zwischen  $.50$  und  $.70$ ) während die Subskala schizoid auch hier niedriger lag ( $r_{tt} = .37$ ) (Tab. 3).

### 3.2. Validität

#### *Faktoranalyse der ADP-IV Items*

Die Voraussetzung für die Faktoranalyse waren erfüllt (KMO =  $.954$ , BTS  $p < .001$ ). 19 Faktoren wiesen einen Eigenwert  $> 1$  auf, der Scree-Test ergab keine eindeutige Faktoranzahl. Da die hohe Zahl an Faktoren keine sinnvolle Interpretation erlaubte,

Tabelle 3: Reliabilität des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV) (n = 785)

Skala	Cronbachs $\alpha$	Retest-Reliabilität <sup>1</sup> (n = 41)
paranoide	.74	.83
schizoide	.65	.37
schizotypische	.78	.87
antisoziale	.85	.78
Borderline	.80	.69
histrionische	.72	.64
narzisstische	.68	.88
selbstunsicher-vermeidende	.82	.57
dependente	.80	.79
zwanghafte	.73	.82
depressive	.87	.83
passiv-aggressive	.71	.56
Median	.76	.79
Cluster A	.86	.77
Cluster B	.91	.82
Cluster C	.90	.68
Gesamt		.76

<sup>1</sup>Alle Korrelationen sind signifikant:  $p < .0001$ ; Subskala schizoide:  $p < .05$ 

wurde analog zur Analyse der holländischen Originalversion des ADP-IV (Schotte et al. 1998) eine auf elf Faktoren limitierte Lösung geprüft, die 49,4 % der Varianz erklärt. Zwei Faktoren enthielten keine Items mit einer Ladung  $\geq 0,40$ , die verbleibenden neun Faktoren ließen sich sinnvoll interpretieren (Tab. 4).

Faktor 1 (*Negative Affektivität und negatives Selbstbild*) enthält 17 Items von fünf verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere depressive, dependente und Borderline. Der Faktor ist charakterisiert durch eine negative Selbstwahrnehmung und negative selbstgerichtete Affekte. Faktor 2 (*Soziale Angst und Vermeidung*) besteht überwiegend aus selbstunsicher-vermeidenden, dependenten und schizoiden Items und beschreibt sozialen Rückzug aufgrund von Ängsten in interpersonellen Situationen. Faktor 3 (*Egozentrik und Ausbeutung von Beziehungen*) stellt eine Mischung aus sechs histrionischen Items mit antisozialen und narzisstischen Traits dar und zeichnet sich durch ausgeprägte egoistische Tendenzen kombiniert mit einem Mangel an Anteilnahme für andere. Faktor 4 (*Psychopathie und Selbstschädigung*)

Tabelle 4: Varimax-rotierte explorative Faktoranalyse der 94 ADP-IV Items: 11 Faktoren-Lösung (n = 785)

Faktor 1 Negative Affektivität und negatives Selbstbild	Faktor 2 Soziale Angst und Vermeidung	Faktor 3 Egozentrik und Ausbeutung von Beziehungen	Faktor 4 Psychopathie und Selbstschädigung	Faktor 5 Misstrauen	Faktor 6 Feindseligkeit	Faktor 7 Distanz und Gleichgültigkeit	Faktor 8 Zwanghaftigkeit	Faktor 9 Schizotypische Kognitionen und Wahrnehmungen	Faktor 10 <sup>#</sup>	Faktor 11 <sup>#</sup>
0,61 DEP1	0,62 AV1	0,63 HIS1	0,58 AS1	0,57 PAR1	0,60 PA3	0,65 SZ1	0,57 OC1	0,54 ST1		
0,57 DE1	0,55 SZ2	0,50 AS2	0,43 BDL4	0,60 PAR2	0,62 PAR5	0,58 SZ6	0,42 OC2	0,71 ST2		
0,62 DE2	0,59 AV2	0,52 BDL2	0,56 AS5	0,51 PAR3	0,66 PAR6	0,42 SZ7	0,41 OC3	0,76 ST3		
0,44 PA2	0,62 DEP2	0,67 HIS2	0,53 BDL5A	0,44 PAR4	0,49 BDL8	0,60 AS7	0,58 OC4,			
0,50 BDL3	0,55 DEP3	0,41 HIS3	0,59 BDL5B	0,62 ST5			0,43 OC6,			
0,62 DE3	0,40 DE3	0,62 HIS4	0,41 ST7				0,41 OC7			
0,59 DEP4	0,41 SZ4	0,58 NAR4	0,56 AS8				0,49 NAR9			
0,64 DE4	0,68 AV4	0,40 HIS5								
0,59 DEP6	0,41 DEP4	0,46 NAR5								
0,64 DE6	0,65 AV5	0,41 AS6								
0,46 PA6	0,62 AV6	0,44 NAR6								
0,60 BDL6	0,51 AV7	0,40 PA7								
0,51 HIS7	0,56 ST9	0,63 HIS8								
0,59 DE7										
0,62 BDL7										
0,49 DEP8										
0,41 BDL9										
9,06*	7,83*	7,63*	4,33*	4,33*	3,39*	3,24*	3,10*	2,66*	1,91*	1,90*

Nur Ladungen = 0,40; jedes ADP-IV-Item entspricht einem DSM-IV-Kriterium, so steht AV5 für das fünfte diagnostische Kriterium der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung des DSM-IV. PAR = paranoide, SZ = schizoide, ST = schizotypische, AS = antisoziale, BDL = Borderline, HIS = histrionische, NAR = narzisstische, AV = selbstunsicher-vermeidende, DEP = dependente, OC = zwanghafte, DE = depressive, PA = passiv-aggressive, AS8, Kriterium C der antisozialen Persönlichkeitsstörung (Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr); BDL5a, suizidales Verhalten; BDL5b, selbstverletzendes Verhalten. \* Anteil der Gesamtvarianz. <sup>#</sup>Keines der Items lädt = 0,40 auf den Faktoren 10 und 11.

Tabelle 5: Korrelationen der dimensionalem ADP-IV-Scores mit SKID-II-Interview und Expertenrating ( $n = 210$ )

Skala	SKID-II-Interview Summenscores der Subskalen <sup>1</sup>	Dimensionales Expertenrating <sup>1</sup>
paranoide	.55	.44
schizoide	.37	.29
schizotypische	.38	.33
antisoziale	.66	.60
Borderline	.46	.36
histrionische	.53	.54
narzisstische	.48	.51
selbstunsicher-vermeidende	.67	.62
dependente	.55	.44
zwanghafte	.37	.27
depressive	.66	.61
passiv-aggressive	.48	.36
Median	.51	.44
Cluster A	.55	.48
Cluster B	.63	.60
Cluster C	.62	.57
Gesamt	.68	.66

<sup>1</sup>Alle Korrelationen sind signifikant:  $p < .01$

besteht aus antisozialen Zügen sowie den Borderline-Items 4, 5A und 5B, die selbstzerstörerisches Verhalten und Suizidalität beschreiben. Paranoide Züge finden sich auf Faktor 5 (*Misstrauen*) und Faktor 6 (*Feindseligkeit*) während Faktor 7 (*Distanz und Gleichgültigkeit*) schizoide Isolation in Verbindung mit einem antisozialen Mangel an Schuldgefühlen umfasst. Faktor 8 (*Zwanghaftigkeit*) und Faktor 9 (*Schizotypische Kognitionen und Wahrnehmungen*) bilden relativ unvermischt die entsprechenden Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV ab.

#### *Übereinstimmungsvalidität mit SKID-II und Expertenrating*

Die dimensional Summenscores der ADP-IV-Subskalen wurden mit den entsprechenden dimensional SKID-II-Scores und dem dimensional Expertenrating korreliert (siehe Tab. 5). Alle Korrelationen waren signifikant ( $p < .01$ ); die Korrelationen mit dem SKID-II waren zufrieden stellend für die paranoide, selbstunsicher-vermeidende, zwanghafte, Borderline, histrionische und depressive Persönlichkeitsstörung ( $r > .50$ ), mäßig für die dependente, antisoziale und passiv-aggressive ( $r > .40$ ) und niedrig für die schizoide, schizotypische und narzisstische Persönlichkeitsstörung ( $r > .30$ ). Die Korrelationen mit dem Expertenrating waren geringfügig nied-

Tabelle 6: Sensitivität, Spezifität und Kappa-Werte für die kategorialen ADP-IV-Diagnosen in Beziehung zu SKID-II und Expertenrating ( $n = 210$ )

Skala	ADP-IV und SKID-II						ADP-IV und Expertenrating					
	T > 4 und D > 1 Algorithmus			T > 5 und D > 1 Algorithmus			T > 4 und D > 1 Algorithmus			T > 5 und D > 1 Algorithmus		
	Sens. %	Spez. %	$\kappa$	Sens. %	Spez. %	$\kappa$	Sens. %	Spez. %	$\kappa$	Sens. %	Spez. %	$\kappa$
paranoide	52,9	89,1	.31**	23,5	99,5		50,0	87,8	.22**	25,0	99,0	
schizoide	33,3	97,1		33,3	100		50,0	97,1	50			
100												
schizotypische	–	96,2		–	99,0		–	96,2		–	99,0	
antisoziale	46,9	86	.30**	12,5	95,5		53,6	86,2	.34*	14,3	95,6	
Borderline	0	92,8		0	97,6		0	92,7		0	97,6	
histrionische	52,6	86,9	.29**	26,3	96,9	.29**	50,0	85,9	.23**	25,0	96,4	
narzisstische	66,7	85,6		44,4	96,0		66,7	84,7		33,3	95,1	
selbstunsicher-vermeidende	68,8	81,4	.27**	50,0	95,4	.44**	60,9	82,3	.30**	43,5	96,2	.45**
dependente	0	95,7		0	98,1		20,0	96,1		20,0	98,5	
zwanghafte	0	99,5		0	99,5		0	99,5		0	99,5	
depressive	52,2	92,0	.41**	13,0	98,9		48,0	91,8	.39**	12,0	98,9	
passiv-aggressive	25,0	95,0		12,5	98,5		28,6	95,0		14,3	98,5	
<b>Median</b>			<b>.30</b>			<b>.37</b>			<b>.30</b>			
Cluster A	29,4	94,9	.30**				20,6	96,0	.22**			
Cluster B	32,1	94,9	.33**	52,6	92,1	.39**	43,4	92,9	.41**	68,4	88,9	.42**
Cluster C	37,5	84,2	.24**	41,7	80,1	.15*	35,9	86,1	.24**	37,5	81,5	.14*
PS ja/nein	57,8	79,2	.38**	71,1	70,9	.30**	58,9	75,6	.35**	73,7	68,4	.29**

Sens. = Sensitivität, Spez. = Spezifität. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; # $p < .10$

riger als die mit dem SKID-II. Der Median der Korrelationen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen war .51 für den SKID-II und .45 für das Expertenrating.

Die Übereinstimmung der kategorialen ADP-IV Diagnosen mit den kategorialen SKID-II und Expertenratings war zum Teil unbefriedigend. Während die Spezifität der ADP-IV-Diagnosen relativ hoch war, zeichnete sich die Sensitivität bei den meisten Persönlichkeitsstörungen durch eher niedrige Werte aus. Der T > 4 und D > 1 Algorithmus erbrachte die bessere Sensitivität und eine niedrigere Spezifität, der T > 5 und D > 1 Algorithmus führte zwar zu einer höheren Spezifität, allerdings um den Preis einer noch schlechteren Sensitivität (siehe Tab. 6). Der Kappa-Wert für das Vorliegen versus nicht Vorliegen irgendeiner Persönlichkeitsstörung betrug .38 für den T > 4 und D > 1 und .30 für den T > 5 und D > 1 Algorithmus (beide  $p < .001$ ); die Kappa-Werte für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen finden sich in Tabelle 6.

#### 4. Diskussion

Der ADP-IV kann als ein innovatives Selbstbeurteilungsinstrument zur Diagnostik der DSM-IV Persönlichkeitsstörungen angesehen werden, da er anders als bisherige Fragebögen eine kategoriale und dimensionale Diagnostik ermöglicht und darüber hinaus durch das Distress-Rating die subjektive Belastung, die der betreffende Persönlichkeitszug für den Patienten darstellt, in die Diagnose einbezieht. Dadurch wird das allgemeine diagnostische Kriterium C („Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“), das nach DSM-IV bei jeder Persönlichkeitsstörung erfüllt sein muss, in den Fragebogen einbezogen.

Die Reliabilität der deutschen Version des ADP-IV kann als befriedigend angesehen werden. Lediglich für zwei Subskalen lag die innere Konsistenz knapp unter der Schwelle von .70: für die schizoide ( $\alpha = .65$ ) und die antisoziale ( $\alpha = .68$ ). Die innere Konsistenz entspricht damit weitgehend der von Schotte et al. (1998) für die holländische Version des ADP-IV berichteten und deutlich über denen, die Wilberg et al. (2000) für den PDQ fanden, von dessen Subskalen neun ein  $\alpha < .70$  aufwiesen. Im Gegensatz dazu zeigten alle Subskalen des WISPI ein Cronbachs  $\alpha$  über .70 (Barber u. Morse 1994; Smith et al. 2003), was sich durch die deutlich höhere Itemzahl des Instrumentes erklären lässt. Die Retest-Reliabilität des ADP-IV lag zwischen .56 und .88 mit Ausnahme der schizoiden Subskala ( $r = .37$ ), was weitgehend der des WISPI entspricht ( $r = .69$  bis .80; Barber u. Morse 1994).

Die faktorenanalytisch gewonnene Elf-Faktor-Lösung enthielt zwei „leere“ Faktoren ohne Itemladung  $\geq 0,40$ . Die verbleibenden neun Faktoren zeigten eine große Ähnlichkeit mit denen des holländischen ADP-IV (Schotte et al. 1998). Die Faktoren *Negative Affektivität und negatives Selbstbild*, *Soziale Angst und Vermeidung*, *Misstrauen*, *Feindseligkeit*, und *Schizotypische Kognitionen und Wahrnehmungen* entsprechen den gleichnamigen Faktoren von Schotte et al. (1998). Der Faktor *Egozentrik und Ausbeutung von Beziehungen* korrespondiert mit *Instabilität und Bedürfnis nach Aufmerksamkeit* der Originalversion mit dem zusätzlichen Aspekt der Ausbeutung, während die Bedürftigkeit eine geringere Rolle spielt. *Distanz und Gleichgültigkeit* in der deutschen Version zeigt eine gewisse Beziehung zu *Distanz* („detachment“) des Originals, und der Faktor *Psychopathie* der holländischen Version ist um die selbstschädigenden Verhaltensweisen erweitert. Schotte et al. (1998) fanden keinen Faktor *Zwanghaftigkeit*, während in der deutschen Version die Faktoren *Narzissmus*, *Katastrophisieren* („catastrophe anticipation“) sowie *Aufsässigkeit und Schuld* („defiance and guilt“) nicht repliziert werden konnten.

Es lassen sich also lediglich vier Persönlichkeitsstörungen – die paranoide, zwanghafte, schizoide und schizotypische – einem oder zwei Faktoren zuordnen, wogegen die anderen Faktoren nicht der Klassifikation des DSM-IV entsprechen, sondern eher eine Sammlung von Zügen verschiedener Persönlichkeitsstörungen darstellen, die sich um eine Persönlichkeitsdimension wie Egozentrik, Vermeidung oder negative Affektivität organisieren. Einerseits könnte diese fehlende Übereinstimmung der Formulierung einzelner Items im ADP-IV zugeschrieben werden, andererseits könn-

te die Faktorlösung aber auch die Validität der DSM-IV-Klassifikation – zumindest was Cluster B und C betrifft – in Frage stellen.

Hinsichtlich der Übereinstimmungsvalidität des ADP-IV mit SKID-II und Experterating ist festzustellen, dass diese für die dimensionale Diagnostik als überwiegend befriedigend angesehen werden kann, während sie bezüglich der kategorialen Diagnosen deutliche Schwächen zeigt. Die dimensional Scores der Subskalen von ADP-IV und SKID-II korrelieren zwischen .40 und .70, was den Ergebnissen von Schotte et al. (2004) für die holländische Originalversion des Fragebogens entspricht. Der Median dieser Korrelation liegt mit .51 geringfügig höher als der mit .46 von Barber und Morse (1994) für den WISPI berichteten. Die Übereinstimmung der kategorialen ADP-IV und SKID-II Diagnosen lag niedriger als die von Schotte et al. (2004) für die holländische Originalversion angegebene: während die belgischen Autoren für die beiden Auswertungs-Algorithmen Kappa-Werte von .53 beziehungsweise .54 fanden, lagen diese für die deutsche Version bei .30 beziehungsweise .37. Die Kappa-Werte für das Vorliegen irgendeiner Persönlichkeitsstörung betragen in dieser Untersuchung für den  $T > 4$  und  $D > 1$  Algorithmus .38 gegenüber .54 in der Originalversion (Schotte et al. 2004; Tenney et al. 2003). Andere Fragebögen zeigten im Vergleich zum SKID-II-Interview folgende mediane Kappa-Werte für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen: .27 für das WISPI (Smith et al. 2003), .28 für das MCMI (Renneberg et al. 1992), .34 für den SKID-II-Screening-Fragebogen (Nussbaum u. Rogers 1992) und .38 für den PDQ (Hyler et al. 1992). Es erreicht also lediglich der PDQ eine ebenso hohe Übereinstimmungsvalidität wie die deutsche Version des ADP-IV.

Es ist bekannt, dass Fragebögen zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eher überdiagnostizieren. Dies wurde für den PDQ (Hyler et al. 1990; Hyler et al. 1992; Bronisch et al. 1993; Wilberg et al. 2000) und das MCMI (Renneberg et al. 1992; Soldz et al. 1993) berichtet und trifft auch für den  $T > 4$  und  $D > 1$  Algorithmus des ADP-IV zu, nicht jedoch für den  $T > 5$  und  $D > 1$  Algorithmus, der für eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen – Borderline, antisozial, histrionisch, narzisstisch, dependent und zwanghaft – etwa die gleiche Anzahl von Diagnosen wie das SKID-II-Interview erbrachte. Ebenso wie WISPI und MCMI zeigen die kategorialen Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen des deutschen ADP-IV eine hohe Spezifität und eine niedrigere Sensitivität. Überraschenderweise fanden Schotte et al. (2004) für die holländische Version eine höhere Sensitivität und niedrigere Spezifität mit dem  $T > 4$  und  $D > 1$  Algorithmus, während die Ergebnisse des  $T > 5$  und  $D > 1$  Algorithmus mit den Ergebnissen der deutschen Version übereinstimmten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Reliabilität und Validität der deutschen Version des ADP-IV vergleichbaren Instrumenten ebenbürtig und zum Teil überlegen sind. Die Vorteile des Instrumentes liegen in der Einbeziehung eines Distress-Ratings, der Möglichkeit einer dimensional Diagnostik und der relativ geringen Anzahl von Items. Die Verwendung verschiedener Auswertungs-Algorithmen ermöglicht den Einsatz des Instrumentes in verschiedenen Anwendungsbereichen: der  $T > 4$  und  $D > 1$  Algorithmus ist für den Einsatz des ADP-IV als Screening-Instrument zu empfehlen, während der strengere  $T > 5$  und  $D > 1$  Algorithmus eher für For-

schungszwecke geeignet ist. Darüber hinaus ermöglicht die dimensionale Einschätzung der Items auf einer siebenstufigen Skala die Erstellung eines detaillierten Profils der Persönlichkeits-Pathologie, das auch pathologische Traits abbildet, die unterhalb der diagnostischen Schwelle des DSM-IV liegen. Zuletzt empfiehlt sich der ADP-IV auch deshalb für den Einsatz in Klinik und Forschung, da er das einzige deutschsprachige Instrument zur Erfassung aller DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen darstellt, das umfassend validiert worden ist und darüber hinaus kostenfrei im Internet heruntergeladen werden kann (Download unter: <http://zmkweb.uni-muenster.de/einrichtung/proth/dienstleistungen/psycho/diag/index.html>).

## Literatur

- Barber, J. P., Morse, J. Q. (1994): Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory with the SCID-II and PDE. *J Personal Disord* 8, 307–319.
- Benjamin, L. S. (1993): *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
- Bronisch, T., Flett, S., Garcia-Borreguero, D., Wolf, R. (1993): Comparison of a self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology* 26, 102–107.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2004): *Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 5. Auflage. Bern: Huber.
- Fleiss, J. L. (1981): *Statistical methods for rates and proportions*. 2. Auflage. New York: Wiley.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W., Rudolf, G., OPD-Task Force (2005): Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 261–276.
- Hyder, S. E., Rieder, R. O. (1987): *PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire – Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Hyder, S. E., Rieder, R. O., Williams, J. B. W., Spitzer, R. I. (1988): The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *J Personal Disord* 2, 229–237.
- Hyder, 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. *Am J Psychiatry* 147, 1043–1048.
- Hyder, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M., Rosnick, L. (1992): Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire – Revised: A replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 33, 73–77.
- Hyder, S. E. (1994): *Personality Questionnaire, PDQ-4 +*. New York: New York Psychiatric Institute.
- Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J., Greist, J. H. (1993): The Wisconsin personality disorders inventory: Development, reliability, and validity. *J Personal Disord* 7, 285–303.
- Leibing, E., Doering, S. (2006): Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 51(3), 229–244.
- Leibing, E., Jamrozinski, K., Vormfelde, S. V., Stahl, J., Doering, S. (im Druck): Dimensions of



- personality – relationship between DSM-IV personality disorder symptoms, the five-factor model, and the biosocial model of personality. *J Personal Disord*.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berner, W., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., Regier, D. A. (1994): The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51, 215–24.
- Millon, T. (1977): *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. (1994): *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Nussbaum, D., Rogers, R. (1992): Screening psychiatric patients for axis II disorders. *Can J Psychiatry* 37, 658–660.
- Perry, J. C. (1992): Problems and Considerations in the valid assessment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 149, 1645–1653.
- Renneberg, B., Chambless, D. L., Dowdall, D. J., Fauerbach, J. A., Gracely, E. J. (1992): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II and the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A concurrent validity study of personality disorders among anxious outpatients. *J Personal Disord* 6, 117–124.
- Saß, H., Wittchen H., Zaudig, M., Houben, I. (2003): *Diagnostische Kriterien. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schotte, C., De Doncker, D. (1994): *ADP-IV Questionnaire*. Antwerpen: University Hospital Antwerpen.
- Schotte, C., De Doncker, D. (1996): *ADP-IV Questionnaire: Manual and Norms*. University Hospital Antwerpen.
- Schotte, C. K. W., De Doncker, D., Vankerckhoven, C., Vertommen, H., Cosyns, P. (1998): Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: the ADP-IV. *Psychol Med* 28, 1179–1188.
- Schotte, C. K. W., De Doncker, D., Dmitruk, D., Van Mulders, I., D’Haenen, H., Cosyns, P. (2004): The ADP-IV Questionnaire: Differential validity and concordance with semistructured interview. *J Personal Disord* 18, 405–419.
- Schüßler, G., Burgmer, M., Mans, E., Schneider, G., Dahlbender, R., Heuft, G. (2006): Neurotische Konfliktsystematik – Grundlagen der Konfliktdiagnostik (OPD-2). *Z Psychosom Med Psychother* 52, 23–38.
- Smith, T. L., Klein, M. H., Benjamin, L. S. (2003): Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II. *J Personal Disord* 17(3), 173–187.
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A., Merry, J. (1993): Diagnostic agreement between the personality disorder examination and the MCMI-II. *J Pers Assess* 60, 486–499.
- Spitzer, R. L. (1983): Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 24, 399–411.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001): *Using Multivariate Statistic*. 4. Auflage. Boston: Allyn and Bacon.
- Tenney, N. H., Schotte, C. K. W., Denys, D. A. J. P., van Megen, H. J. G. M., Westenberg, H. G. M. (2003): Assessment of the DSM-IV personality disorders in obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical diagnosis, self-report questionnaire, and semi-structured interview. *J Personal Disord* 17, 550–561.
- Westen, D., Shedler, J. (1999): Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 156, 258–272.

- Westen, D., Shedler, J. (2000): A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: Toward DSM-V. *J Personal Disord* 14, 109–126.
- Widiger, T. A. (1991): Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV. *J Personal Disord* 5, 386–398.
- Widiger, T. A., Sanderson, C. J. (1995): Toward a dimensional model of personality disorders. In: Livesley, W. J. (Hg.): *The DSM-IV personality disorders*, S. 433–458. New York: Guilford.
- Wilberg, T., Dammen, T., Friis, S. (2000): Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of axis I and axis II disorders. *Compr Psychiatry* 41, 295–302.
- Wöller, W., Tress, W. (2005): Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 110–127.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering, Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Münster, Waldeyerstraße 30, D-48149 Münster, E-Mail: Stephan.Doering@ukmuenster.de