

Aus der Psychosomatischen Klinik Windach

Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

Ärztlicher Direktor a.D.: Prof. Dr. med. Michael Zaudig

Persönlichkeitsstruktur und Resilienz –

**Untersuchung des Zusammenhangs an einer klinischen Stichprobe von
Zwangspatienten**

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Cosima Schuster

aus

Darmstadt

2019

Mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Michael Zaudig

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Axel Steiger
Prof. Dr. Michael Riedel

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. Götz Berberich

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 11.04.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Tabellenverzeichnis	4
2.	Abbildungsverzeichnis.....	6
3.	Einleitung.....	8
4.	Theoretischer und empirischer Hintergrund	10
4.1	Persönlichkeitsstruktur	10
4.1.2	Das Konstrukt „Psychische Struktur“.....	10
4.1.3	Der psychoanalytische Strukturbegriff.....	11
4.1.4	Der qualitative Strukturbegriff.....	12
4.1.4.	Der quantitative Strukturbegriff.....	13
4.1.5	Die Entwicklungspsychologie der Struktur	16
4.1.6	Operationalisierung von Struktur in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)	17
4.1.7	Strukturelle Aspekte im Einzelnen.....	24
4.1.8	Strukturfragebögen der OPD.....	27
4.1.9	OPD und aktuelle diagnostische Entwicklungen	29
4.2	Resilienz.....	31
4.2.1	Der Resilienzbegriff.....	31
4.2.2	Resilienzkonzepte der Entwicklungspsychologie	32
4.2.3	Das Resilienzkonzept der Persönlichkeitspsychologie.....	35
4.2.4	Die Resilienzskala 25.....	36
4.2.5	Resilienz und Salutogenese.....	38
4.3	Die Zwangsstörung	42
4.3.1	Allgemeine Definition	42
4.3.2	Zwangsgedanken.....	43
4.3.3	Zwangshandlungen.....	45
4.3.4	Differenzialdiagnosen.....	45
4.3.5	Epidemiologie und Verlauf	47
4.3.6	Ätiopathogenese	48

4.3.7 Therapiemaßnahmen.....	49
5. Fragestellung und Hypothesen.....	50
5.1 Fragestellungen, Zielsetzungen und Hypothesen	50
6. Methodik.....	51
6.1 Studiendesign.....	51
6.2 Patientenkollektiv	52
6.2.1 Beschreibung der Studienklinik: Institution und Behandlungskonzept .	52
6.2.2 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien	53
6.2.3 Stichprobengröße.....	54
6.3. Datenerhebung und Messzeitpunkte	54
6.4 Zielparameter und Messinstrumente	55
6.4.1 Abhängige Variable: RS-25-Werte, Y-BOCS-Werte.....	55
6.4.2 Unabhängige Variablen: OPD-SFK-Werte, RS-25-Werte	55
6.4.3 OPD-Strukturfragebogen Kurzversion (OPD-SFK)	55
6.4.4 Resilienzskala 25 (RS-25).....	56
6.4.5 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs)	57
6.4.6 Psy-BaDo-PTM	58
6.5. Statistische Auswertung.....	59
6.5.1 Stichprobenbeschreibung	59
6.5.2. Explorative und deskriptive Analyse.....	61
6.5.3 Korrelationsanalyse.....	61
7. Ergebnisse.....	62
7.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe	62
7.1.1 Soziodemographische Merkmale	62
7.2. Explorative und deskriptive Analyse	64
7.2.1 T-Test.....	68
7.3. Korrelationsanalyse	71
8. Diskussion	75

8.1 Zusammenfassung.....	75
8.2 Diskussion der Methodik	76
8.3 Diskussion der Ergebnisse	78
9. Zusammenfassung.....	84
10. Literaturverzeichnis	86
11. Anhang.....	92
11.1 Anhang 1: OPD-SFK: Fragebogen zur Selbstbeurteilung	92
11.2 Anhang 2: RS-25: Fragebogen zur Selbstbeurteilung.....	94
11.3 Anhang 3: Y-Bocs	95
11.3.1 Y-Bocs Schweregradschema (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale).....	95
11.4 Anhang 4: Tabellen und Graphiken zur Normalverteilung der Daten	98
11.4.1 Normalverteilung der OPD-Subskalen	98
11.4.2 Normalverteilung der RS-25.....	101
11.5 Tabellen und Graphiken der Korrelationsanalysen.....	102
12. Danksagung	110

1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die vier Struktur-Dimensionen nach OPD-2 jeweils im Bezug zum Selbst und zu den Objekten (Arbeitskreis OPD, 2009, S.118)	19
Tabelle 2: Struktur-Items der OPD-2 (jeweils links die Themen der Selbstdimensionen, rechts die Themen der Objektdimensionen nach Cierpka & Rudolf, 2008, S.90)	20
Tabelle 3: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD-2 (gekürzt aus Arbeitskreis OPD, 2009, S.258).....	22
Tabelle 4: ICD-10-Diagnose der Zwangsstörung (F42), verkürzte Darstellung (Zaudig, Hegerl, Hauke, 2002, S.19).....	43
Tabelle 5: Patientenangaben im Überblick.....	63
Tabelle 6: Test auf Normalverteilung "OPD Gesamt"	64
Tabelle 7: Normalverteilung der OPD-Subskalen im Überblick	66
Tabelle 8: Test auf Normalverteilung der RS-25 Gesamtwerte	66
Tabelle 9: Normalverteilung der RS-25 Subskalen im Überblick.....	67
Tabelle 10: Test bei unabhängigen Stichproben	69
Tabelle 11: Test bei unabhängigen Stichproben	70
Tabelle 12: Gruppenstatistik.....	70
Tabelle 13: Korrelationen der Gesamtwerte.....	72
Tabelle 14: Korrelationsergebnisse der Subskalen beider Fragebögen miteinander.....	73
Tabelle 15: Korrelationen Y-Bocs-Gesamtwerte und RS-25-Gesamtwerte.....	74
Tabelle 16: Korrelationsergebnisse Y-Bocs-Gesamtwert mit beiden Subskalen der RS-25.....	75
Tabelle 17: Normalverteilung OPD-Subskala "Beziehung".....	98
Tabelle 18: Normalverteilung der Subskala "Kontakt"	99
Tabelle 19: Normalverteilung der OPD-Subskala "Selbstwahrnehmung"	100
Tabelle 20: Normalverteilung der RS-25 Subskala „Kompetenz“	101
Tabelle 21: Korrelationsanalyse von "Kontakt"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)	102
Tabelle 22: Korrelationsanalyse "Kontakt"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25....	103
Tabelle 23: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)	104
Tabelle 24: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Kompetenz"(RS25)	105

Tabelle 25: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)	106
Tabelle 26: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)	107
Tabelle 27: Korrelationsanalyse "Akzeptanz"(RS-25) und Y-Bocs-Gesamtwerte	108
Tabelle 28: Korrelationsanalyse "Kompetenz"(RS-25) und Y-Bocs-Gesamtwerte	109

2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Normalverteilung OPD-Gesamtwerte	65
Abbildung 2: Normalverteilung RS-25 Gesamtwerte	67
Abbildung 3: Normalverteilung der Subskala "Akzeptanz"	68
Abbildung 4 : Korrelationsanalyse RS-25-Gesamt und OPD-Gesamt.....	71
Abbildung 5: Korrelationsanalyse Y-Bocs-Gesamtwerte und RS-25- Gesamtwerte	74
Abbildung 6: Normalverteilung OPD-Subskala "Beziehung"	98
Abbildung 7: Normalverteilung der Subskala "Kontakt"	99
Abbildung 8: Normalverteilung der OPD-Subskala "Selbstwahrnehmung" ...	100
Abbildung 9: Normalverteilung der RS-25-Subskala "Kompetenz".....	101
Abbildung 10: Korrelationsanalyse von "Kontakt"(OPD) und "Akzeptanz" (RS- 25)	102
Abbildung 11: Korrelationsanalyse "Kontakt"(OPD) und "Kompetenz" (RS-25)	103
Abbildung 12: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)	104
Abbildung 13: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)	105
Abbildung 14: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Akzeptanz" (RS-25)	106
Abbildung 15: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Kompetenz" (RS- 25)	107
Abbildung 16: Korrelationsanalyse "Akzeptanz"(RS-25) und Y-Bocs- Gesamtwerte	108
Abbildung 17: Korrelationsanalyse "Kompetenz" und Y-Bocs Gesamtwerte..	109

Für Luna und meine Mutter

Alle männlichen Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Arbeit beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

3. Einleitung

Die Begriffe „Resilienz“ und „Persönlichkeitsstruktur“ haben in den letzten Jahren immer mehr Beachtung erfahren. „Resilienz“ bezeichnet das Vermögen einer Person, sich trotz schwerer Lebensumstände gut zu entwickeln; also die psychische Widerstandsfähigkeit (Leuthner, 2011). Sucht man nach dem Begriff „psychological resilience“ in der Suchmaschine PsychInfo, so erhält man 7881 Ergebnisse, davon allein 1035 Treffer aus den Jahren 2017-2018 (Stand: 17.07.2018). Dies deutet auf ein hohes aktuelles Interesse an der Erforschung des dahinterstehenden Konzeptes hin, welches seinen Ursprung in der Entwicklungspsychologie hat (Leuthner, 2011). Das Konzept der „Persönlichkeitsstruktur“ gewann ebenfalls in den vergangenen Jahren auch Psychotherapieschulen-übergreifend an Bedeutung. Die Auffassung, dass neben der Symptomdiagnostik im Sinne der internationalen Diagnosesysteme ICD-10 der WHO (World Health Organization, 2010) und des ehemaligen DSM-IV der American Psychiatric Association (APA, 2003), auch die Bestimmung des Schweregrades der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung, von Bedeutung und hilfreich für die Therapiegestaltung ist, hat sich mittlerweile nicht nur in psychoanalytischen Kreisen durchgesetzt (Doering, Hörz, & Buchheim, 2012). Die gewonnenen Erkenntnisse werden u.a. deutlich in der aktuellen Ausgabe des DSM-5 (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013). Im deutschsprachigen Bereich existiert schon seit 1992 der Arbeitskreis zur „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD), der seit jeher daran interessiert ist, die phänomenologischen Klassifikationssysteme, wie ICD-10 und ehemals DSM-IV, um die psychodynamischen Aspekte zu erweitern (Arbeitskreis OPD, 2009). Aus der Zusammenarbeit des Arbeitskreises entstand ein diagnostisches Inventar und ein Handbuch (Arbeitskreis OPD, 1996 sowie Arbeitskreis OPD, 2009) für den klinischen diagnostischen Gebrauch. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik basiert auf den fünf Achsen „Behandlungsvoraussetzung“, „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ sowie „Psychische und psychosomatische Störungen“ und versucht dadurch den gesamten Krankheitszustand eines Patienten darzustellen (Arbeitskreis OPD, 2009, S.27).

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Achse „Struktur“ und der seit 2013 existierenden Kurzversion des Selbstbeurteilungsfragebogens OPD-SFK (Strukturfragebogen Kurzversion) auseinander.

Bei Betrachtung der Konstrukte „Persönlichkeitsstruktur“ und „Resilienz“ zeigen sich Ähnlichkeiten, die sich auch in den Fragen der verwendeten Fragebögen finden. So ist auch das Ziel dieser Arbeit, einen Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der Persönlichkeitsstruktur, gemessen mit dem OPD-SFK, und dem Konstrukt der Resilienz, gemessen mit der RS-25, nachzuweisen. In der Literatur finden sich Forschungsarbeiten zu Zusammenhängen des OPD-Persönlichkeitskonzepts und den frühkindlichen Bindungstheorien (Dahlbender, 2004). Die Erkenntnis, dass sich Resilienz und frühkindliche Bindungen beeinflussen, ist ebenfalls in der Literatur zu finden (Klier, 2012). Diese Gemeinsamkeiten lassen einen Zusammenhang zwischen den Konstrukten vermuten. Der untersuchte Zusammenhang wurde bisher noch nicht erforscht. Das Ziel ist es, einen weiteren Beitrag zur Erkenntnis über die Persönlichkeitsstruktur und die aktuelle Resilienzforschung zu liefern.

In der vorliegenden Arbeit wurden das OPD-Strukturkonzept, gemessen mit dem OPD-SFK, und das Resilienzkonzept, gemessen mit der RS-25, verglichen und auf mögliche Zusammenhänge untersucht. Für genauere Erkenntnisse wurde nach Übereinstimmungen auf der Ebene der jeweiligen Subskalen gesucht. Die Kohorte für die geplanten Untersuchungen bestand aus Patienten der Psychosomatischen Klinik Windach mit einer Zwangsstörung. Aufgrund der spezifischen Kohorte und den dadurch schon erhobenen Daten zur Zwangsausprägung, untersuchten wir gemäß unserer Nebenhypothese den Zusammenhang zwischen der Zwangsausprägung, gemessen mit der Y-Bocs, und der Resilienzausprägung.

4. Theoretischer und empirischer Hintergrund

4.1 Persönlichkeitsstruktur

4.1.2 Das Konstrukt „Psychische Struktur“

Der Begriff „Struktur“ lässt sich allgemein auf das lateinische Substantiv *structura* zurückführen, das so viel wie „Aufbau“, „Gefüge“ oder „ordentliche Zusammenfügung“ bedeutet (Doering et al., 2012). Schlägt man den Begriff „Struktur“ im Duden nach, so erscheint folgende Erläuterung: „Anordnung der Teile eines Ganzen zueinander“ sowie „Gefüge, das aus Teilen besteht, die wechselseitig voneinander abhängen“ ("Duden", op. 2013). „Es gibt wahrscheinlich keine wissenschaftliche Disziplin, in welcher der Begriff „Struktur“ nicht verwendet würde. Er wird immer dann herangezogen, wenn es gilt, den inneren Aufbau eines Ganzen, seine Regelmäßigkeiten und funktionalen Zusammenhänge, so wie die Geschichte seiner Entstehung zu kennzeichnen. In diesem Sinne lassen sich in allem Gewordenem Strukturen beschreiben, Strukturen der Erdkruste und der Kristalle, Strukturen der Sprache und der Musik, Strukturen der Bevölkerung und des Gesundheitssystems und natürlich auch die Struktur der einzelnen menschlichen Person und ihrer Beziehung zu anderen.“ (Cierpka & Rudolf, 2008, S.2). In diesem Kapitel beschäftigen wir uns mit der Struktur der Persönlichkeit als einem der Basiselemente der vorliegenden Forschungsarbeit.

„Struktur“ im psychologischen Sinne bezeichnet das ganzheitliche Gefüge psychischer Dispositionen, das alles umfasst, was im Erleben und Verhalten eines Individuums regelhaft und repetitiv abläuft, und somit den persönlichen und zeitüberdauernden Stil eines Menschen begründet“ (Shapiro, 1965, zitiert nach Arbeitskreis OPD, 2009, S.114). Hierbei stellt sich die Frage, ob die psychologische Struktur ein flexibles, veränderbares Konstrukt ist, oder schon festgelegt und unveränderbar. Der OPD Arbeitskreis weist auf einen lebenslangen Entwicklungsprozess der psychologischen Struktur hin. Dieser sei allerdings so langsam, dass der Eindruck von Kohärenz überwiege, was eine Berührungsstelle zu Begriffen wie Identität, Charakter und Persönlichkeit schaffe. Einerseits gründe die Struktur auf genetisch verankerten Persönlichkeitsdispositionen, werde andererseits aber erst während der Kindheit geformt und

unterliege im Verlauf der Lebensentwicklung großen Veränderungen (Arbeitskreis OPD, 2009). Strukturen verändern sich durch die Integration neuer Informationen und stellen damit immer wieder neue Regelmäßigkeiten her. Da psychische Strukturen Dispositionen sind und als solche nicht beobachtbar, lässt sich nur in konkreten aktuellen Situationen auf Strukturmerkmale schließen (Arbeitskreis OPD, 2009).

4.1.3 Der psychoanalytische Strukturbegriff

In der psychoanalytischen Literatur lässt sich trotz der hohen Relevanz des Begriffes kein einheitlicher Strukturbegriff finden (Arbeitskreis OPD, 2009). Das liegt nach Ehrental (2014) daran, dass der Begriff eine lange und wechselhafte Geschichte hinter sich hat, „in der verschiedene Schulen zu verschiedenen Zeitpunkten darunter etwas ganz Unterschiedliches verstanden haben und auch heute noch verstehen“ (Ehrental, 2014, S.103). Deshalb wird im folgenden Text der Schwerpunkt auf den historisch gewachsenen Theorien der psychischen Struktur liegen.

Die Basis der psychoanalytischen Strukturkonzepte stellt das Modell des *psychischen Apparates* von Sigmund Freud (1856-1939) dar, dem Begründer der Psychoanalyse. Er unterschied zunächst bewusste von vorbewussten und unterbewussten psychischen Prozessen (Freud 1900/1999 nach Doering et al., 2012). Demnach sind die bewussten Prozesse stets zugänglich, die unbewussten hingegen verschließen sich der Wahrnehmung und der Reflexion und wurden von Freud auch als „nicht bewusstseinsfähig“ bezeichnet (Freud 1923/1999 nach Doering et al., 2012). Mit dem Vorbewussten bezeichnete Freud die dem für das Gedächtnis noch erreichbaren Informationen, also das momentan „Vergessene“, das wiedererinnert werden kann. Dieses basale Modell psychischer Strukturen wurde auch als „Topographisches Modell“ bezeichnet. In den folgenden Jahrzehnten wurde es von Freud weiterentwickelt und um die drei Instanzen „Ich“, „Es“ und „Über-Ich“ ergänzt. Das „Ich“ beschreibt Freud in seinem Werk „Das Ich und das Es“ als eine „zusammenhängende Organisation der seelischen Vorgänge einer Person“ (Freud 1923/1999, S.243 nach Doering et al., 2012, S.2). Es ist somit zuständig für die Kontrolle der bewussten Abläufe und vermittelt zwischen Außenwelt und den inneren psychischen Vorgängen. Da mit der Aufgabe der Verdrängung ein Teil des „Ichs“ in den Bereich des

Unbewussten fällt, lässt sich hier der Übergang zum „Es“ feststellen. Das „Es“ bezeichnet die unbewussten Instanzen wie die Triebe, Leidenschaften und das Verdrängte. Vom „Ich“ lässt sich das „Über-Ich“ differenzieren. Mit diesem Begriff fasst Freud Funktionen des „Ich-Ideals“ als einer verinnerlichten Norm, wie das „Ich“ idealerweise agieren sollte, und das Gewissen zusammen. Das Gewissen fungiert demnach als „moralische Zensur“ und prägt damit moralisches Verhalten, denn die „Spannung zwischen den Ansprüchen des Gewissens und den Leistungen des Ichs wird als Schuldgefühl empfunden“ (Freud 1923/1999,S.265 nach Doering et al., 2012,S3).

Durch die Unterteilung der Person in einerseits den „psychischen Apparat“ und andererseits das „Seelenleben“ prägte Freud die Grundlage der meisten Auffassungen der Strukturkonzepte: „Eine zugrundeliegende, nicht direkt sichtbare oder erfahrbare hypothetische Struktur determiniert wahrnehmbare Funktionen“ (Doering et al., 2012, S.3). Ausgehend von dieser Annahme gab es eine Vielzahl von theoretisch, hypothetischen Strukturkonzepten, sowie Diskussionen darüber, ob einzelne Dimensionen eher als Struktur oder als Funktion zu sehen sein. Als Beispiel sei hierbei die Abwehr genannt, die nach Schwarz (1981) „sowohl strukturelle als auch funktionelle Aspekte aufweist“ (Doering et al., 2012, S.4).

Die weitere Entwicklung des Strukturbegriffs in der Psychoanalyse lässt sich in drei Stränge unterteilen. In zwei Fällen wird der Strukturbegriff im qualitativen und in einem Fall im quantitativen Sinne verwendet, die ich im Folgenden auch auf ihre klinische Verwendbarkeit genauer darstellen werde.

4.1.4 Der qualitative Strukturbegriff

Der erste qualitative Begriff beschreibt eine Charaktertypologie. Geprägt durch Karl Abrahams (1925/1982) Charaktertypologie (analer, oraler und genitaler Charakter) sowie Kurt Schneiders Charaktertypologien der 10 Persönlichkeitsstörungen („Die psychopathischen Persönlichkeitsstörungen“, 1923, nach Doering et al., 2012) entwickelte sich der Terminus der Charakterstruktur. Dieser erste qualitative Strukturbegriff umfasst zwar psychisch organisierte Prozesse, die spezifische Funktionen bestimmen, ebenfalls Strukturen genannt, allerdings beschreibt der Begriff ein spezifisches Muster der Beeinträchtigung einzelner Funktionen. Eine Übersicht zu den aktuellen Charakterorganisationen findet sich

bei Nancy McWilliams (2011). Ihre Schilderungen der Charakterorganisationen liegen inhaltlich nahe an den Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10. Da die Überlegungen von Kurt Schneider ebenfalls die Definition der Persönlichkeitsstörung prägten, ist es nun möglich, dass ein Patient zwar die Symptome einer bspw. Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV aufweist, dieser jedoch eine narzisstische Charakterorganisation zugrunde liegt. „Es erscheint sinnvoll den Begriff Struktur dem allgemeinen psychischen Funktionsniveau vorzubehalten, und im Bereich der Typologien von McWilliams von Charakterorganisationen zu sprechen. Der Begriff der Persönlichkeitsstörung sollte spezifischen diagnostischen Kategorien vorbehalten bleiben“ (Doering et al., 2012, S.6).

Der zweite qualitative Strukturbegriff bezeichnet eine Neurosenstruktur. Ebenso wie in der Charakterorganisation wird hier unterteilt in depressiv, zwanghaft, schizoid, hysterisch. Schultz-Henke (1951) hat dafür den Begriff der Neurosenstruktur eingeführt, z.B. den der „Angstneurose“. Diese kann beispielsweise als „depressiv-hysterisch“ erscheinen. „Das Konzept betont die Tatsache, dass es nicht der ursprüngliche Triebkonflikt ist, der das klinische Erscheinungsbild prägt, sondern seine Folgeerscheinungen, so z.B. die auf der Grundlage von Verdrängungen entstandenen Lücken der Wahrnehmung und des Erlebens und die unbewussten Haltungen, in denen Anteile des Verdrängten spürbar werden“ (Cierpka & Rudolf, 2008, S.4). In der Regel wird klinisch ein Nebeneinander von mehreren Strukturanteilen diagnostiziert (vgl. Schwidder, 1972a 1972b nach Arbeitskreis OPD, 2009). Der Terminus der Neurosenstruktur ist allerdings auf den deutschen Sprachraum begrenzt und somit für die Begriffsklärung nicht relevant (Doering et al., 2012).

4.1.4. Der quantitative Strukturbegriff

„Der quantitative Strukturbegriff zielt darauf, das Ausmaß der Pathologie im Sinne einer strukturellen Störung zu erfassen, wie sie sich im Funktionsniveau der Persönlichkeit manifestiert“ (Doering et al., 2012, S.4). Durch die Weiterentwicklung der Ich-Psychologie von Freud schufen Hartmann und Kollegen (1946) den Begriff der „Ich-Struktur“. Sie sahen im „Ich“ ein Anpassungsorgan, das für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Person und Umwelt zuständig ist (Doering et al., 2012). Zu den Ich-Funktionen

gehörten: Kontrolle der Wahrnehmung, Handeln mithilfe des Denkens, die Realitätsprüfung und die Antizipation. Schwierigkeiten des Ichs bei der Aufrechterhaltung des genannten Gleichgewichts bezeichnete Hartmann als „Ich-Schwäche“ (Bellak & Hurvich, 1969). Zu betonen ist, dass diese „Ich-Schwäche“ schon vor Auftreten eines neurotischen Konflikts vorhanden ist. Sie ist also als primär zu betrachten (Doering et al., 2012). Die psychoanalytische Ich-Psychologie trug entscheidend zur Entwicklung des quantitativen Strukturbegriffs bei. Dieser ermöglicht es, das Ausmaß einer pathologischen strukturellen Störung zu erfassen, die sich im Funktionsniveau der Persönlichkeit manifestiert (Doering et al., 2012). Damit findet sich hier die Grundlage des modernen psychoanalytischen Strukturkonzepts, auf dessen Grundlage wiederum die Operationalisierung von „Struktur“ in verschiedenen diagnostischen Instrumenten stattfand (z.B. in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik; siehe Kapitel 2.1.6 und im alternativen Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5, siehe Sektion III) und auf dessen Verständnis von psychischer Struktur die vorliegende Arbeit aufbaut.

Als die wichtigste Weiterentwicklung des Ich-psychologischen Strukturkonzeptes von Heinz Hartmann ist die Objektbeziehungstheorie von Otto F. Kernberg zu nennen. Kernbergs Bemühung sei gewesen, möglichst viele bewährte psychoanalytische Konzepte zu integrieren und sie als Kriterien für das Funktionsniveau der Persönlichkeit zu nutzen (Arbeitskreis OPD, 2009). Aufbauend auf der Idee, dass sich die Struktur der Persönlichkeit durch die Verinnerlichung früh erlebter Objektbeziehungen bilde, entstanden erstmals Schweregrade der Strukturpathologie. Kernberg unterscheidet hierbei zwischen einem neurotischen, einem Borderline- sowie einem psychotischen Organisationsniveau der Persönlichkeit. Als Bestandteile der Persönlichkeitsorganisation benannte Kernberg die Reife der Identität, die Reife der Abwehrmechanismen, die Fähigkeit zur Realitätskontrolle, Reife und Abwehr von Aggressivität sowie die Wertevorstellungen. Da Kernberg in seiner Forschung immer wieder von Patienten mit Borderline-Störung ausging, standen die differenzialdiagnostischen Möglichkeiten seiner Strukturdimensionen und somit die Generierung einer klinisch relevanten Phänomenologie im Vordergrund als eine globale Erfassung aller Ich-Funktionen (Doering et al., 2012). Zur diagnostischen Erfassung struktureller Störungen entwickelte Kernberg 1981 das

Strukturelle Interview, das später durch weitere Arbeitsgruppen zum *Inventar der Borderline-Persönlichkeits-organisation* (IPO; Clarkin et al., 1995 nach Doering et al., 2012) und zum *Strukturierten Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (STIPO; Clarkin et al., 2004 nach Doering et al., 2012) weiterentwickelt wurde.

Die aktuelle Weiterentwicklung des „dimensionalen“ Strukturbegriffs wird im deutschsprachigen Raum und Europa stark durch die **Achse IV der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)** geprägt, an deren Entstehung Gerd Rudolf, Direktor der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg, ab 1989 maßgeblich mitwirkte. Die OPD kombiniert einzelne Elemente der schon vorhandenen Strukturkonzepte neu und erfasst sie mit einer eigenen Technik (siehe Kap.2.1.6). Neben der sog. Strukturachse enthält die OPD 4 weitere Achsen zur Erhebung eines gesamten psychodynamischen Befundes (Doering et al., 2012). Da die Strukturachse mehrere Funktionen bzw. Dimensionen testet, entwickelte sich der Begriff der „dimensionalen“ Struktur. Gerd Rudolf erarbeitete wiederum ein eigenes Strukturkonzept sowie die sog. „strukturbezogene Therapie“ (Rudolf, 2006). Nach Rudolf ist „Funktion der Struktur als Ganzes, die intrapsychische und psychosomatische Organisation und Regulation so zu leisten, dass ein gewisses Wohlbefinden und Selbstwertgefühl sichergestellt ist und interpersonell die Beziehungen zu den wichtigen Anderen auf eine individuell befriedigende Weise aufrecht erhalten werden“ (Cierpka & Rudolf, 2008, S.6). Die Elemente psychischer Struktur lassen sich, laut Rudolf, auf die Gesamtpersönlichkeit beschreiben als intrapsychische und interpersonelle „Funktionen“, mit deren Hilfe eine Person ihr inneres Gleichgewicht und ihre Beziehungsfähigkeit nach außen sicherstellt (Cierpka & Rudolf, 2008).

4.1.5 Die Entwicklungspsychologie der Struktur

Ein wichtiger Entwicklungsstrang in der Konzeptualisierung und Erforschung der Struktur verlief über die Säuglings- und Kleinkindforschung, die auf dem Boden der akademischen Entwicklungspsychologie, aber auch der Bindungsforschung, durchgeführt und vermehrt von Psychoanalytikern aufgegriffen wurde (Arbeitskreis OPD, 2009). Nach der Bindungstheorie von John Bowlby (1969) besteht die Auffassung, dass der Mensch von Anfang an über ein eigenständiges Motivationssystem verfügt, welches ihn die Bindung zu vertrauten Anderen suchen lässt (Doering et al., 2012). Dies geschieht durch die früh entwickelte Kompetenz des Säuglings, den Erwachsenen in Interaktionen einzubinden. „In diesen frühen Entwicklungsabschnitten beginnt sich das Ich zu organisieren, das sich interessiert, handlungsbereit und emotional auf das Nicht-Ich, d.h. die Welt der Objekte ausrichtet“ (Rudolf, 1977 nach Arbeitskreis OPD, 2009). Durch die Erfahrung von empathischem Verstanden- und angemessenem Behandeltwerden, kann das Kind einen sicheren Bindungsstil entwickeln (Arbeitskreis OPD, 2009). Durch die Widerspiegelung, die das Kind von der primären Bezugsperson (meist der Mutter) erlebt, lernt es sich selbst sowie seine eigene emotionale und körperliche Verfassung kennen. Der sichere Bindungsstil ermöglicht dem Erwachsenen, stabile und sichere Bindungen eingehen und aufrechterhalten zu können. Für die Erfassung des Bindungsstils sei auf den *Fremde-Situations-Test* von Mary Ainsworth (1978) sowie das *Adult Attachment Interview* (AAI) von George et al. (1985) verwiesen (Doering et al., 2012). Da ein unsicherer Bindungsstil mit dem Auftreten struktureller Störungen korreliert, kann die Bindungsfähigkeit durchaus als eine strukturelle Gegebenheit betrachtet werden (Doering et al., 2012). „Die Entwicklung der Struktur des Selbst ist dann vorläufig abgeschlossen, wenn das Ich sich selbst zum Objekt nehmen und sich damit reflexiv auf sich selbst beziehen kann“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S.116). Mit dieser Idee erarbeitete Peter Fonagy sein Modell der Mentalisierung (Fonagy, 1991,1995 nach Doering et al., 2012). Unter Mentalisierung versteht Fonagy die Fähigkeit, eigene innere Zustände wahrzunehmen und zu verstehen und aus dem Verhalten anderer auf deren inneres Erleben zu schließen (Doering et al., 2012). „In der ständigen Beziehung zur Objektwelt differenziert sich einerseits die steuernde, organisierende Funktion des Ichs, ferner entstehen Bilder des Selbst und der wichtigen Objekte (die Selbstrepräsentanzen und die Objektrepräsentanzen)“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S.116). Somit wachsen die

Struktur des Selbst und die Struktur der Objektbeziehungen in intensiver Verflechtung miteinander. Am Ende der Entwicklung steht schließlich ein autonomes Selbst, welches ein Identitätsgefühl besitzt und außerdem über die Fähigkeit verfügt, sein Selbstbild und seinen Selbstwert sowie seine Steuerungs- und Handlungsfähigkeit immer wieder regulieren zu können (Arbeitskreis OPD, 2009). Wenn jedoch beträchtlich störende Einflüsse und psychosoziale Belastungsmomente in der Kindheit existieren, bzw. die Verbindung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den (auch emotionalen) Versorgungsmöglichkeiten der Bezugsperson fehlt, können sich diese grundlegenden Fähigkeiten nicht entwickeln. Insbesondere das Erleben psychosozialer Traumatisierungen wie Vernachlässigung, aggressive Misshandlung, sexueller Missbrauch, aber auch psychische Störungen oder Suchtverhalten der Eltern oder anderer wichtiger Bezugspersonen, kann zu massiven strukturellen Störungen führen (Doering et al., 2012).

Aus den dargestellten Überlegungen über die Entwicklung psychischer Struktur wird deutlich, inwiefern strukturelle Beeinträchtigungen als Folge früher Beziehungsstörungen verstanden werden können.

4.1.6 Operationalisierung von Struktur in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Da das Verständnis von psychischer Struktur in der klinischen Praxis im deutschsprachigen Bereich entscheidend durch das Strukturkonstrukt der OPD geprägt ist und letzteres Bestandteil der Forschungen der vorliegenden Arbeit ist, soll die sogenannte „Strukturachse“ der OPD im Folgenden genauer betrachtet werden.

Seit 1992 arbeitet der Arbeitskreis der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) an einem psychoanalytisch geprägten Persönlichkeitskonstrukt, um einerseits ein einheitliches Konzept zu entwickeln, das den heterogenen Theorien und den Mehrdeutigkeiten in der psychoanalytischen Begriffsbildung entgegengesetzt wird, und andererseits etwas gegen die Unzufriedenheit mit den eingeführten deskriptiven Klassifikationssystemen (DSM-IV und ICD-10), die für die Praxis psychodynamisch orientierter Psychotherapeuten nur eingeschränkt handlungsleitend sein konnten, zu unternehmen (Arbeitskreis OPD, 2009). „Zu diesem Zweck musste die

psychoanalytische Komplexität der Begriffe reduziert und der jeweilige historische Bedeutungshof zugunsten einer verhaltensnahen Operationalisierung psychischen Erlebens und interpersonellen Verhaltens beiseitegelassen werden“ (Cierpka & Rudolf, 2008, S.87). Der OPD- Arbeitskreis entschied sich dafür, die Befunde auf fünf Achsen der Persönlichkeit abzubilden:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II: Beziehung
- Achse III: Konflikt
- Achse IV: Struktur
- Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen (nach ICD-10 bzw. DSM-IV)

Mit der vierten Achse (Struktur) versucht die OPD, möglichst ohne tradierte psychoanalytische Begriffe, hingegen mit nahen Beobachtungen am Verhalten des Patienten, eine funktionale Beschreibung der Struktur als „Selbst in seiner Beziehung zu den Objekten“ zu schaffen (Rudolf et al., 1995 nach Arbeitskreis OPD, 2009, S.117). Die Strukturachse untersucht die Verfügbarkeit über psychische Funktionen zur Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten (Thobaben & Soldt, 2007). Daraus ergeben sich verschiedene strukturelle Funktionen, die in vier sog. Dimensionen unterteilt werden können (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Die vier Struktur-Dimensionen nach OPD-2 jeweils im Bezug zum Selbst und zu den Objekten (Arbeitskreis OPD, 2009, S.118)

	Das Selbst	Die Objekte
Wahrnehmung	Fähigkeit, sich selbstreflexiv wahrzunehmen	Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen
Steuerung	Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert zu regulieren	Fähigkeit, den Bezug zum anderen zu regulieren
Emotionale Kommunikation	Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten und Fantasien	Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen
Bindung	Fähigkeit, gute innere Objekte zur Selbstregulierung zu nutzen	Fähigkeit, sich zu binden und sich zu lösen

Diesen acht strukturellen Dimensionen werden wiederum 24 Struktur-Items zugeschrieben:

Tabelle 2: Struktur-Items der OPD-2 (jeweils links die Themen der Selbstdimensionen, rechts die Themen der Objektdimensionen nach Cierpka & Rudolf, 2008, S.90)

1. Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

1.1 Selbstreflexion	1.4 Selbst-Objekt-Differenzierung
1.2 Affektdifferenzierung	1.5 Ganzheitliche Objektwahrnehmung
1.3 Identität	1.6 Realistische Objektwahrnehmung

2. Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs

2.1 Impulssteuerung	2.4 Beziehung schützen
2.2 Affekttoleranz	2.5 Interessensausgleich
2.3 Selbstwertregulierung	2.6 Antizipation

3. Kommunikation nach innen und nach außen

3.1 Affekterleben	3.4 Kontaktaufnahme
3.2 Fantasien nutzen	3.5 Affektmitteilung
3.3 Körperselbst	3.6 Empathie

4. Bindungen an innere und äußere Objekte

4.1 Internalisierung	4.4 Bindungsfähigkeit
4.2 Introjekte nutzen	4.5 Hilfe annehmen
4.3 Variable Bindungen	4.6 Bindungen lösen

Für jedes der beschriebenen Items kann eine Einordnung der Person in eines von vier „Integrationsniveaus“ (gut, mäßig, gering und desintegriert) durchgeführt werden. Für die Einordnung sind folgende Beobachtungen nötig:

- „Die vom Patienten geschilderten Interaktionen und Erfahrungen seines Lebens
- Die in der diagnostischen Beziehung gezeigten strukturellen Fähigkeiten
- Die vom Therapeuten erlebte Gegenübertragung
- Die vom Patienten spontan oder auf Nachfrage introspektiv gewonnenen Einschätzungen der eigenen Person und seines Verhaltens“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S.255)

Die abschließende Gesamtwertung des Strukturniveaus umfasst die Einschätzung der einzelnen Strukturdimensionen unter klinischen Gesichtspunkten.

Tabelle 3: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD-2 (gekürzt aus Arbeitskreis OPD, 2009, S.258)

<p>Gutes Integrationsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relativ autonomes Selbst; strukturierter psychischer Binnenraum, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsgerechter Wahrnehmung des anderen <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Selbststeuerung <input type="checkbox"/> Empathiefähigkeit <input type="checkbox"/> Ausreichend gute innere Objekte
<p>Mäßiges Integrationsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver <input type="checkbox"/> Selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen <input type="checkbox"/> Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen <input type="checkbox"/> Übersteuerung und eingeschränkte Selbstwertregulierung <input type="checkbox"/> Objektbilder sind auf wenige Muster eingeeengt <input type="checkbox"/> Wenig empathiefähig <input type="checkbox"/> Dyadische Beziehungen sind vorherrschend

<p>Geringes Integrationsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen <input type="checkbox"/> Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch <input type="checkbox"/> Selbstreflexion fehlt <input type="checkbox"/> Intoleranz für negative Affekte <input type="checkbox"/> Impulsdurchbrüche und große Kränkbarkeit <input type="checkbox"/> Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung <input type="checkbox"/> Fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend
<p>Desintegriertes Integrationsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt <input type="checkbox"/> Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert <input type="checkbox"/> Empathisches Objektwahrnehmen so gut wie unmöglich <input type="checkbox"/> Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (Dinge geschehen einfach)

4.1.7 Strukturelle Aspekte im Einzelnen

4.1.7.1 Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

Schon Otto Kernberg erklärte die Selbst- und Objektwahrnehmung zum zentralen Bestandteil seines Strukturkonzeptes. Die OPD verwendet Kernbergs Prinzip der strukturellen Niveauunterschiede, verzichtet aber auf die ätiologische Perspektive in der Diagnostik (Doering et al., 2012). Die obligatorische Selbst- und Objektbeschreibung des Patienten im OPD-Interview ist ein Basiselement für die Einschätzung der ersten Strukturdimension.

Mit **Selbstreflexion** ist ein Differenzierungsvorgang gemeint. Der Patient sollte die unterschiedlichen psychischen Innenbewegungen wahrnehmen und verstehen können. Dazu zählt auch die Fähigkeit, sich selbst in Bezug zu anderen mit seinen Eigenheiten charakterisieren zu können (Cierpka & Rudolf, 2008). Bei einer Person mit gut integriertem Strukturniveau entsteht dadurch ein inneres Bild des Selbst, welches auch plausibel in Worte gefasst werden kann. Im Falle eines mäßigen Strukturniveaus ist das Selbstbild weniger differenziert, aber noch integriert. Bei Personen mit geringem Strukturniveau können hingegen widersprüchliche Selbstaspekte auftreten, die nicht oder schwer integrierbar sind. Bei desintegrierten Patienten erscheint die Selbstwahrnehmung beliebig, nicht authentisch und realitätsfern (Doering et al., 2012).

Affektdifferenzierung beinhaltet die Fähigkeit, die eigene emotionale Verfassung auf introspektivem Wege erkennen zu können und sich dadurch im Handeln adaptiv leiten zu lassen. Ein Beispiel ist die Differenzierung, ob in der empfundenen emotionalen Erregung mehr Angst oder mehr Wut enthalten ist, ob in der Trauer auch Hassgefühle aufgrund einer Enttäuschung enthalten sind oder ob empfundene Freude durch Schuldgefühle oder Angst begleitet wird (Cierpka & Rudolf, 2008). Bei fehlender Fähigkeit zur Differenzierung werden einfach nur positive oder negative Empfindungen benannt (es geht mir gut, es geht mir schlecht) oder es besteht eine Affektleere.

Identität beschreibt die Fähigkeit, das eigene Selbstbild hinsichtlich der psychosexuellen und sozialen Aspekte kohärent und über die Zeit hinweg konstant halten zu können (Arbeitskreis OPD, 2009). Strukturelle Störungen bedeuten in diesem Falle häufig Unsicherheit und fehlende Abgrenzung der

Identität in dem Sinne, dass einzelne Teilaspekte herausfallen oder überbetont sind (Cierpka & Rudolf, 2008).

Analog zur Selbstwahrnehmung ist die **Objektwahrnehmung** zu verstehen. Hierbei handelt es sich um die Fähigkeit, ein realistisches Bild des Gegenübers mit seinen individuellen Eigenschaften zu entwickeln. Entscheidend für eine **realistische Objektwahrnehmung** ist das Wahrnehmen anderer Menschen, unabhängig vom eigenen Erleben und eigenen Bedürfnissen (**Selbst-Objekt-Differenzierung**) (Arbeitskreis OPD, 2009). Bei geringem Integrationsniveau kommt es auch hier zum Schwarz-Weiß-Sehen.

4.1.7.2 Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs

„Die Dimension **Steuerung** beschreibt einen integrierenden Aspekt psychischen Erlebens. Es resultiert daraus die Fähigkeit, sich selbst verantwortlich als Urheber eigenen kompetenten Handelns erleben zu können und aus dieser Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und auch Selbstbewusstsein abzuleiten“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S.262). Steuerung bewegt sich zwischen den zwei Polen der Übersteuerung und der Untersteuerung. Häufig kommt es bei mäßig integrierten Personen zur Übersteuerung, d.h. diese unterdrücken ihre Impulse oder wehren sie ab, so dass die Möglichkeit und Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen eingeschränkt wird. Bei zunehmend reduziertem Strukturniveau eines Menschen kommt es zur Untersteuerung der Impulse und Affekte, d.h. die eigenen Impulse können nicht mehr kontrolliert werden und brechen immer wieder hervor. Folge können Kontrollverluste in aggressiver selbst- oder fremdschädigender Form sein, wie Essanfälle oder unüberlegte bzw. ungeschützte sexuelle Handlungen. Das Selbstwertgefühl ist starken Auslenkungen zwischen Größenvorstellungen und Selbsthass ausgesetzt (Arbeitskreis OPD, 2009; Doering et al., 2012).

Eine Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit äußert sich meist auch im interpersonellen Bereich, also in der Kontrolle des Objektbezugs. Wichtig dabei ist einerseits der Schutz der Beziehung vor den eigenen Impulsen, andererseits auch die Wahrung eigener Interessen, damit diese nicht unter dem Einfluss anderer verdrängt werden. Entscheidend dafür ist die Antizipationsfähigkeit, also das Vorhersehen-können der Reaktionen der anderen Menschen. Eine gute Integration hierbei ermöglicht es, „sich nicht auf Dauer in etwas „hineinfallen“ und

„wegschwemmen“ zu lassen, sondern sich von dem Geschehen distanzieren zu können, sich auf sich selbst besinnen, und aus dieser Position heraus neue Einstellungen zu gewinnen“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S.263).

4.1.7.3 Kommunikation nach innen und nach außen

Die Dimension **innere Kommunikation** beinhaltet die Fähigkeit zum intrapsychischen Dialog. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die eigenen **Fantasien** als Vermittler von emotionalen Zuständen und daran geknüpften Handlungsentwürfen (z.B. auch von kreativen Lösungen) und das emotionale Erleben der eigenen Körperlichkeit (Arbeitskreis OPD, 2009). „Der Begriff **Körper-Selbst** umfasst das für das jeweilige Alter und Geschlecht kennzeichnende Körper-Erleben und die Erfahrung körperlicher Lebendigkeit und lustvoller körperlicher Kompetenz, ebenso wie die bildhafte Vorstellung (Körperbild), seine Konturen (Körperschema), seine narzisstischen Bewertungen (körperlicher Selbstwert) und seine sexuelle Identität“ (Cierpka & Rudolf, 2008, S.22). Die verlorengegangene Selbstverständlichkeit der Körperlichkeit bei niedrigeren Strukturniveaus kann zur Folge haben, dass der Körper instrumentalisiert und manipuliert wird (z.B. weitreichende kosmetisch-chirurgische Eingriffe, die die Körperidentität verändern) (Cierpka & Rudolf, 2008; Doering et al., 2012).

Kommunikation nach außen wird auf den emotionalen Austausch zwischen dem Selbst und anderen Menschen bezogen. Hierfür wichtig sind die **Kontaktaufnahme**, die **Mitteilung eigener Affekte** an andere sowie die Fähigkeit, sich von Affekten der anderen emotional berühren zu lassen (Cierpka & Rudolf, 2008). Als Voraussetzung, die andere Person wirklich zu verstehen, bedarf es **Empathie**. Diese ist interpersoneller und intrapsychischer Vorgang zugleich. Die Person versetzt sich mit dem eigenen psychischen Erleben vorübergehend in die Innenwelt des anderen, um dessen Sichtweise mit der eigenen in Berührung zu bringen (Arbeitskreis OPD, 2009). Schließlich kehrt das Selbst, angereichert durch die Erfahrungen des anderen, zu sich selbst zurück. Es hat nun zumindest eine Vermutung, was in dem anderen vorgeht. Strukturell eingeschränkten Personen fällt die Vorstellung schwer, wie es „in dem anderen“ aussieht. Hinzu kommt, dass von ihnen auch keinerlei Bemühungen unternommen werden, da sie nicht dem eigenen Interesse dienen.

4.1.7.4 Bindungen an innere und äußere Objekte

Unter **inneren Bindungen** versteht die OPD „die Fähigkeit, sich sowohl intrapsychisch wie im interpersonellen Kontakt auf wichtige Andere beziehen zu können“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S. 269). Um dies zu können, benötigt das Selbst die Fähigkeit zur **Internalisierung**. Es wird untersucht, ob eine Person positive Bilder von wichtigen anderen (Objektrepräsentanzen) verinnerlicht hat und diese auch in Krisensituationen abgerufen werden können. Die Verfügbarkeit dieser positiven Bilder hilft, sich selbst zu beruhigen, zu trösten und zu schützen. Im Falle struktureller Einschränkungen bestehen keine oder nur negativ besetzte Bilder, auf die sich die Betroffenen in Krisen nicht beziehen können (Arbeitskreis OPD, 2009; Doering et al., 2012) .

Um externe Bindungen eingehen zu können, sollte die betreffende Person in der Lage sein, Affekte wie Verbundenheit, Dankbarkeit, Verantwortungsgefühl und Fürsorglichkeit, aber auch, bei Verletzung ethischer Normen, Schuldempfinden, erleben zu können. Gesunde Personen können von anderen **Hilfe in Anspruch nehmen** und sich aus **Bindungen** in angemessener Trauer auch wieder **lösen** (Arbeitskreis OPD, 2009). „Je schlechter das Strukturniveau, umso weniger können die Betroffenen Hilfe annehmen und reife Trennungen vollziehen. Das Ende einer Beziehung wird scheinbar emotionslos hingenommen oder löst heftige destruktive Reaktionen, Desintegration bzw. Depression aus“ (Doering et al., 2012, S.92).

4.1.8 Strukturfragebögen der OPD

Zur Erhebung des Strukturniveaus werden die genannten Kriterien in einem diagnostischen Interview erfragt. In Ergänzung zur Interview-Technik werden die Selbsteinschätzungen des Patienten, oft in Form von Fragebögen untersucht. Hierfür wurde der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF) entwickelt (Ehrenthal et al., 2012). „Neben der Möglichkeit des Vergleichs von Experten- und Patienteneinschätzung waren weitere Ziele mit dem Erstellen des Bogens verbunden: Das Entwickeln eines für die Praxis zeitökonomisch einsetzbaren Instruments, welches aber gleichzeitig das Erfassen struktureller Schwierigkeiten in größeren Forschungsstichproben erleichtern sollte.“ (Ehrenthal, 2014, S.107). Der OPD-SF bildet in seiner Langform mit 95 Items die Auswirkungen struktureller Persönlichkeitsstörungen auf 21 der ursprünglich 24 Subskalen der

Strukturachse ab. Untersuchungen an über 1000 Personen konnten insgesamt gute bis sehr gute psychometrische Daten, sowohl in Bezug auf die Subskalen, als auch auf die Gesamtskala, bestätigen (Ehrenthal et al., 2012). Durch einen signifikanten Zusammenhang zwischen OPD-SF-Werten im Sinne stärkerer struktureller Einschränkungen und den symptomatischen Beschwerden, ergab sich auch eine hohe Validität (Ehrenthal, 2014).

Aufgrund der immer noch beträchtlichen Länge des Fragebogens, wurde aus dem OPD-SF in mehreren Schritten eine Kurzversion erstellt (OPD-SFK). Die Endversion existiert seit 2013 als 12-Item-Fragebogen und umfasst inhaltlich drei Subskalen: „Selbstwahrnehmung“, „Beziehungsmodell“ und „Kontaktgestaltung“. Die Subskala „Selbstwahrnehmung“ umfasst Items, die in der Langfassung des OPD-SF aus den Bereichen „Identität“, „Selbstreflexion“, „Affektdifferenzierung“ und „Affekttoleranz“ stammen (Ehrenthal et al., 2015). Die Subskala „Beziehungsmodell“ stellt Bezüge zu objektbeziehungs-theoretischen Modellen her (Levy u Scala, 2012 nach Ehrenthal et al., 2015), welche sich z.B. in der Bindungstheorie (Levy et al., 2011 nach Ehrenthal et al., 2015) oder Schemakonzepten (Jacob u. Arntz, 2011 nach Ehrenthal et al., 2015) wiederfinden. Sie umfasst die Eigenschaften „Internalisierung“, „Selbst-Objektdifferenzierung“ und „realistische Objektwahrnehmung“ und bildet die Repräsentation von Beziehungserfahrungen ab, die mit entsprechenden Erwartungen an neue Beziehungen verbunden sind. Mit der Subskala „Kontaktgestaltung“ werden die Items aus den Bereichen „Selbstwertregulation“, „Antizipation“, „Kontaktaufnahme“ sowie „Affektmitteilung“ zusammengefasst. „Hier stehen auf das Gegenüber gerichtete interpersonelle Fähigkeiten im Vordergrund, verbunden mit Aspekten von Selbstunsicherheit“ (Ehrenthal et al., 2015, S.271). In Studien von Ehrenthal et al. zeigten sich gute psychometrische Werte; der Fragebogen erwies sich als reliabel und valide auch bezüglich der genannten Subskalen (Ehrenthal et al., 2015). „Insgesamt liegt mit dem OPD-SFK ein aus der OPD heraus entwickeltes, an aktuelle Diskussionen um dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen anschlussfähiges, psychometrisch akzeptables Screening-Instrument zum Erfassen struktureller Schwierigkeiten der Persönlichkeit vor“ (Ehrenthal et al., 2015, S.273). Da der OPD-SFK ein noch recht neues Erhebungsinstrument ist, sind zur weiteren Verbesserung weitere Folgestudien nötig: z.B. in Bezug auf Normwerte, Kreuzvalidierung mit verwandten Instrumenten oder die Anwendung in der

klinischen Praxis (Ehrenthal et al., 2015). Mit der vorliegenden Arbeit wurde versucht, weitere Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen des OPD-SFKs sowie dem Resilienzkonzept aufzudecken.

4.1.9 OPD und aktuelle diagnostische Entwicklungen

An Aktualität gewinnt das OPD Strukturkonzept durch die neusten Entwicklungen der DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) der American Psychiatric Association (APA). Seit Mai 2013 existiert hiervon die fünfte Auflage. Diese enthält in Sektion III („Emerging Measures and Models“) ein zusätzliches alternatives Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Dieses ergänzt das bisherige Modell aus DSM-IV, welches praktisch unverändert in Sektion II („Essential Elements: Diagnostic Criteria and Codes“) übernommen wurde. Die Idee des „zweigleisigen“ Vorgehens der APA ist, die Kontinuität zur bisherigen diagnostischen Praxis sicherzustellen und gleichzeitig die Grundlage für ein neues Paradigma von klinischer Persönlichkeitsdiagnostik zu schaffen (Zimmermann et al., 2013). Mit der vorläufigen Platzierung des alternativen Modells in Sektion III ist der Auftrag verbunden, das neue Modell in Forschung und Praxis zu erproben. Sollte es sich bewähren, bestünde die Möglichkeit einer Aufnahme in den Hauptteil bei einer zukünftigen Revision des DSM (Zimmermann et al., 2013).

Die Innovation des alternativen Modells besteht darin, die Definition von Persönlichkeitsstörungen in zwei Komponenten zu unterteilen: Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (Kriterium A) und das Vorliegen von maladaptiven Persönlichkeitseigenschaften (Kriterium B). Des Weiteren beinhaltet das neue Modell sechs spezifische Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen („PS-Typen“), die jeweils ein bestimmtes „Kriteriumset“ erfüllen, also an bestimmte Ausprägung des Funktionsniveaus (Kriterium A) sowie bestimmte maladaptive Persönlichkeitsfacetten (Kriterium B) gebunden sind. Entspricht ein individuelles Bild keinem der sechs „Kriteriensets“, kann eine merkmalspezifizierte („trait-spezifische“) Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Das Modell kann somit als „hybride Konstruktion verstanden werden, bei dem die kategorialen PS-Diagnosen auf dimensionalen Einschätzungen einerseits zum Funktionsniveau der Persönlichkeit und andererseits auf problematischen Persönlichkeitsmerkmalen basieren“ (Berberich & Zaudig, 2015, S.158).

Da für die Arbeit des OPD das Funktionsniveau (Kriterium A) die entscheidende Rolle spielt, wird darauf im Folgenden der Fokus liegen.

Das Funktionsniveau der Persönlichkeit wird im alternativen DSM-5-PS-Modell anhand der Level of Personality Functioning Scale dimensional eingestuft (LPFS; Bender et al., 2011 nach Zimmermann et al., 2013). Diese ist auch in der deutschen Version als „Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit“ (SEFP) vorhanden (Falkai & Wittchen, 2015). Sie bietet durch die Einteilung in fünf Schweregrade (0=keine oder geringfügige Beeinträchtigung bis 4=extreme Beeinträchtigung) eine quantitative Erfassung des Funktionsniveaus. Die Skala lässt sich in die Bereiche des „Selbst“, mit den Elementen „Identität“ und „Selbststeuerung“, sowie „interpersonelle Beziehungen“, mit den Elementen „Empathie“ und „Nähe“ unterteilen (Falkai & Wittchen, 2015) Obwohl keine psychodynamischen Strukturkonzepte als Grundlage der DMS-5 Entwicklungen genannt werden, erscheint es einigen Autoren dennoch wahrscheinlich, dass diese prägenden Einfluss auf das neue Konzept hatten (Berberich, 2014; Doering et al., 2012). So ergab eine Expertenbefragung, dass sich die SEFP-Funktionsniveaus den OPD-Strukturturniveaus und die SEFP-Fähigkeitsbereiche den OPD-Strukturfacetten relativ gut zuordnen lassen (Zimmermann et al., 2012). Laut Zimmermann entspricht eine mittelgradige Beeinträchtigung (Schweregrad 2) auf der SEFP-Skala in etwa einem mäßig bis gering integrierten Strukturturniveau nach OPD-2 (Zimmermann et al., 2013). Die genannten Ähnlichkeiten zeigten sich in einer Studie von Zimmermann durch die hohe Korrelation bei der Anwendung beider Instrumente durch unabhängige Rater (Zimmermann et al., 2014a).

Aufgrund hoher Übereinstimmungen beider Konzepte untersuchte Berberich beide auf inhaltlicher Ebene. Beim Vergleichen der Bezeichnungen der DSM-5 Elemente mit denen der Strukturitems der OPD-2 fanden sich folgende wortgleich oder inhaltsentsprechend wieder: S1 „Identität“ (DSM-5) entspricht 1.3 „Identität“ (OPD-2), S2 „Selbststeuerung“ ähnelt 2.1 „Impulssteuerung“ sowie 2.3, Selbstwertregulierung“; I1 „Empathie“ des DSM-5 findet sich in 3.6 „Empathie“ der OPD-2 wieder, I2 „Nähe“ hat Anklänge an 4.4 „Bindungsfähigkeit“ (Berberich, 2014). Insgesamt ließen sich aber trotz der genannten deckungsgleichen Items und zahlreicher weiterer Ähnlichkeiten auch erhebliche Diskrepanzen feststellen: „Einige Items der SEFP und zahlreiche Items der Strukturachse der OPD-2 finden keine Entsprechung im jeweils anderen System. Dies betrifft für die SEFP

vor allem S2.1 „Zielverfolgung“ und S2.2 „Prosozialität“, für die OPD-2 1.6 „realistisches Objekterleben“, 2.2 „Affekttoleranz“, 3.2 „Fantasie nutzen“, 3.3. „Körperselbst“, 3.4 „Kontaktaufnahme“, 3.5 „Affektmitteilung“, 4.1 „Internalisierung“, 4.2 „Introjekte nutzen“, 4.3 „variable Bindungen“, 4.5 „Hilfe annehmen“, 4.6 „Bindungen lösen“ (Berberich, 2014). Eine Begründung für die vielen genannten Diskrepanzen der Konzepte liegt vermutlich in der unterschiedlichen Grundausrichtung. So versteht sich die OPD-2 als explizit psychodynamische Diagnostik mit Einflüssen aus der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie und der Mentalisierungstheorie (Doering et al., 2012). Das DSM-5 hingegen bezieht sich nicht auf eine bestimmte Theorierichtung, sondern betont die empirische, häufig faktorenanalytische Entwicklung des Systems (Hopwood et al. 2012; Wright et al. 2012 nach (Berberich, 2014). Da laut dem „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI) für das Jahr 2018 die Veröffentlichung der nun elften Ausgabe des Diagnose- und Klassifikationssystems ICD der WHO geplant ist, sind auch hier Änderungen im diagnostischen Bereich der Persönlichkeitsstörungen zu erwarten. Wie diese aussehen werden, hängt von den Forschungsergebnissen und Erkenntnissen der nächsten Jahre ab. Es ist aber wahrscheinlich, dass die Strukturachse der OPD-2 einen wichtigen Beitrag leisten dazu leisten wird.

4.2 Resilienz

4.2.1 Der Resilienzbegriff

Der Begriff Resilienz leitet sich von dem lateinischen Verb „resilire“ ab, was so viel bedeutet wie „abprallen“ oder „zurückspringen“. Übersetzt man „resilience“ aus dem englischen, so erhält man Erläuterungen wie: „die Elastizität von Gummi“, d.h. die Eigenart eines Körpers, in seine ursprüngliche Form zurückzuspringen oder zurückzuschrecken, um mittels diverser Anpassungsleistungen wieder die ursprüngliche Form zu erlangen (Stamm & Halberkann, 2015). Gibt man den Begriff „psychological resilience“ in die Suchmaschine Pubmed ein, erscheinen 7124 Publikationen, bei der Seite PsychInfo sind es sogar 7881 (Stand: 17.07.2018). Dies zeigt einerseits die Popularität des Begriffes, verdeutlicht aber auch seine vielseitige Einsetzbarkeit. So befassen sich seit Mitte der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts Forscher der Entwicklungspsychologie, Pädagogik, Pädiatrie, Psychiatrie und Soziologie

unabhängig voneinander mit Fragen kindlicher Widerstandsfähigkeit und dadurch auch mit Fragen der Resilienz (Leuzinger-Bohleber, 2009; Werner, 2008 nach Korn, 2012). Dieser Ansatz war vergleichsweise neu, denn bis in die 80er Jahre beschäftigte sich die Forschung hauptsächlich mit dem Konstrukt „Krankheit“ und den Fragen nach Ursachen und Bedingungen. Diese Sichtweise schloss „Gesundheit“ größtenteils aus, diese galt schlicht als Abwesenheit von Krankheit (Leuthner, 2011). Nun wurde die Krankheitsforschung (Pathogenese) ergänzt durch neue Ansätze der Gesundheitsforschung, z.B. der Resilienzforschung oder die Ansätze der Salutogenese (siehe Kap. 2.2.5). In diesem Zuge wurde Gesundheit von der WHO neu definiert und zwar als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet“ (Maier, o.J.).

In den Medien und im Internet finden sich einige Bereiche, die Resilienz als Allround-Konzept anbieten z.B. als „Positive Psychologie“, pädagogische Frühförderung, Fortbildung zum Resilienzberater, Resilienz und Gesundheit, Resilienz im Business-Coaching oder Resilienz für resiliente Unternehmen (Leppert, Richter, & Strauß, 2013). Diese Fülle an Angeboten bedeutet eine erstaunliche Vielfalt an Erklärungen und Definitionen, was Resilienz ist oder auch nicht ist (Leppert et al., 2013). Im Folgenden soll nun der Versuch unternommen werden, einen knappen Überblick über die Entwicklung des psychologischen Begriffs bis zum heutigen Stand der Forschung abzubilden. Schwerpunkt der Darstellung wird auf der Resilienzdefinition von Wagnild & Young und ihrer Resilienzskala liegen, da diese auch Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit ist. Des Weiteren wird auf die Abgrenzung zu anderen ähnlichen Begriffen wie Salutogenese und Kohärenzgefühl eingegangen.

4.2.2 Resilienzkonzepte der Entwicklungspsychologie

In vielen Publikationen zum Thema Resilienz wird das Erklärungsmodell der Entwicklungspsychologie als das Wesentliche beschrieben. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf den Entwicklungen von Kindern, die sich trotz psychosozial ungünstigen Konstellationen gut entwickeln, und den Faktoren, die dies ermöglichen (Leppert et al., 2013). In einer Übersicht fassen Leppert et al. die entwicklungspsychologische Sicht wie folgt zusammen: „In der Entwicklungs-

psychopathologie wird Resilienz als dynamische Fähigkeit beschrieben, optimale Niveaus positiver Zustände und vitaler Affekte erzeugen und aufrechterhalten zu können: entwicklungsfördernde oder entwicklungs-hemmende Interaktionen mit den primären Fürsorgepersonen beeinflussen unmittelbar die erfahrungs-abhängige Reifung der rechtshemisphärisch gesteuerten Resilienz gegenüber Belastungen oder die Prädisposition von Psychopathologien“ (Schore, 2007 nach Leppert, 2008, S.3-4). Einen sehr wichtigen Beitrag für die Entwicklungspsychologie leistete Emmy Werner mit ihrer prospektiven Längsschnittstudie auf der hawaiianischen Insel Kauai. Ab 1955, und damit zu einer Zeit, in der es den Begriff Resilienz diesbezüglich noch gar nicht gab, erforschte sie über den Zeitraum von 40 Jahren 689 Personen und ihre protektiven Faktoren. Ein Drittel der Untersuchten, die schon im Alter von zwei Jahren erheblichen Risiken, wie chronischer Armut, elterlicher Psychopathologie und dauerhafter Disharmonie ausgesetzt waren, entwickelte sich zu „leistungsfähigen, zuversichtlichen und fürsorglichen Erwachsenen“ (Werner, 2008 nach Korn, 2012, S.309). „Als Kriterien für gute Entwicklungsbedingungen stellten sich die Unterstützung durch mindestens einen Erwachsenen, meist aus der erweiterten Familie, sowie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z.B. sehr hohe Intelligenz, ein offenes, freundliches Temperament) heraus. Dieses Neuntel der Geburtskohorte von 1955 bezeichnete E.Werner als „resilient““ (Leppert et al., 2013, S.52). Ihre Forschungsergebnisse stimmen mit vielen Berichten von anderen Forschern überein und scheinen über ethnische und geografische Grenzen hinweg Gültigkeit zu haben (Werner, 2008 nach Korn, 2012). Eine aktuelle entwicklungspsychologische Übersicht und Forschung bezüglich der kindlichen Entwicklung leisten Masten und ihr Team (Shiner & Masten, 2012). Sie stellten die Ergebnisse einer weiteren, über 20 Jahre dauernden Langzeitstudie vor: die Projekt-Kompetenz- Langzeitstudie (PCLS). Hierbei wurden 205 Schulkinder und deren Familien in Bezug auf Resilienz sowie Anpassungs- und Bewältigungsleistungen mit vielfältigen Methoden untersucht. Nach 10 Jahren ließ sich die Kohorte in 3 Gruppen (resilient, kompetent und maladaptiv) einteilen. Die Gruppe der Resilienten und Kompetenten wiesen Persönlichkeitsmerkmale auf, die mit besserer Anpassung assoziiert waren, z.B. geringere Stressanfälligkeit, größere Lebenswürdigkeit, höheres Selbstwertgefühl und positive Emotionalität (Masten, 2001 nach Leppert et al., 2013). So konstatierte Masten schließlich: „Resilienz stellt entsprechend den Befunden ein

dynamisches System von Widerstandsfähigkeiten und/oder Erholung von schwerwiegenden Herausforderungen dar, ist selbst aber kein Persönlichkeitsmerkmal“ (Shiner& Masten, 2012 nach Leppert et al., 2013).

Eine Verbindung der Resilienz zur Bindungsforschung stellen u.a. die Arbeiten von Grossmann und Grossmann dar. „Für sie stellt die Bewältigung der hohen Anforderungen der individuellen Anpassung an das soziale, intellektuelle und kulturelle Leben resilientes Verhalten dar“ (Korn, 2012, S.314). Um diese Fähigkeiten zu erlangen sei eine psychische Sicherheit Voraussetzung, die durch eine angemessene Befriedigung der emotionalen und sozialen Bedürfnisse von Geburt an entstehe. Diese Schilderung entspricht der Voraussetzung eines sicheren Bindungstyps, wie er in der aktuellen Bindungsforschung beschrieben wird (Korn, 2012). Kritik an den Feststellungen von Grossmann und Grossmann leistet Leuzinger-Bohleber (Leuzinger-Bohleber, 2009). Sie spricht von einem vereinfachten Resilienz-Konzept und schlägt vor, vielmehr die Individuen, die sich auf der Grundlage einer unsicheren Bindung und trotz traumatischer Kindheitserlebnisse einen sicheren Bindungstyp erarbeitet haben, als resilient zu bezeichnen (Korn, 2012). Sie betont allerdings auch die Wichtigkeit einer „genügend guten“ Beziehung zu mindestens einem Objekt. Sei diese vorhanden, könne der negative Einfluss, der durch Risikofaktoren ausgeübt werde, abgepuffert werden (Leuzinger-Bohleber, 2009 nach Korn, 2012).

Während zu Beginn der Entwicklungspsychologie der Schwerpunkt auf der Beobachtung von Kindern lag, wurden mit der Zeit auch verstärkt Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter mit einbezogen (vgl. Bonanno,2004; Bergeman& Wallace, 1999; Heckhausen, 2001; Ryff, Singer, Love& Essex, 1998; Staudinger, 1999; Staudinger, Marsiske& Baltes, 1995 nach Schumacher, 2005). Die meisten Arbeiten hierzu lassen sich unter der übergreifenden Fragestellung, wie frühe Konstellationen die spätere Entwicklung von kognitiven und emotionalen Ressourcen beeinflussen, zusammenfassen (Leppert et al., 2013).

Da in diesem Zusammenhang Resilienz als ein alltägliches und nicht außergewöhnliches Phänomen verstanden wird, ist es auch möglich diese zu fördern. Ein in diesem Kontext häufig zitiertes Förderprogramm ist „the road to resilience“ (<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>). Das Programm listet 10 Strategien auf um resilientes Verhalten erlernen zu können. Die

Strategien beinhalten u.a. die Ratschläge, Beziehungen zu pflegen, ein positives Selbstbild zu entwickeln sowie flexibel zu bleiben (Leppert et al., 2013).

4.2.3 Das Resilienzkonzept der Persönlichkeitspsychologie

Die Basis der Forschungen bezüglich Resilienz als einem Aspekt der Persönlichkeit finden sich in den Konzepten von J.Block & J.H.Block (Leppert et al., 2013). Diese formulierten in den 1950er Jahren die Konstrukte der „Ego-Resilienz“ (das Ausgestattetsein mit positiven Affekten und stärkerem Selbstbewusstsein, sowie der dynamischen Fähigkeit das Kontrolllevel auf die jeweilige Anforderungssituation modifizieren zu können) und der „Ego-Kontrolle“ (Affekt und Impulskontrolle) (Block & Block, 2006; Leppert, 2008). Block definierte beide Konstrukte in Verbindung miteinander als „relativ dauerhafte strukturelle Aspekte der Persönlichkeit“ (Leppert et al., 2013, S.53). Hierbei beziehe sich Ego-Resilienz auf die „dynamische Fähigkeit, je nach situativer Beanspruchung die eigene affektive Befindlichkeit modulieren zu können. Dabei geht es um den Erhalt emotionaler Balance und psychologischer Funktionsfähigkeit“ (Leppert et al., 2013, S.53). Resiliente Personen weisen demnach flexible Anpassungsfähigkeit auf, können entspannen und genießen, reflektieren und sind sozial kompetent. Geringer Resiliente sind weniger flexibel, Veränderungen beunruhigen sie, lösen Ängste und Stress aus. Sie neigen zu rigiden oder diffusen Reaktionen (Block & Block, 2006; Leppert et al., 2013).

In entwicklungspsychologischen Arbeiten wurde Resilienz meist über die Erhebung interner und externer Ressourcen und Bewältigungsleistungen gemessen (z.B. Werner, 1993 nach Leppert, 2008). Im Gegensatz hierzu entwickelten Block& Kremen aus Clusteranalysen mit den Persönlichkeitsfragebögen MMPI und California Adult Q-sorter einen spezifischen Resilienzfragebogen (die Ego Resiliency Scale (ER89)) zur quantitativen Erfassung von Resilienz (Block & Kremen, 1996). Die Ego-Resilienz-Skala erfasst mit 14 Items Resilienz als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal; der Fähigkeit, sich von belastenden Ereignissen zu erholen (Leppert, 2008). In Langzeitstudien konnte die Stabilität der Ego-Resilienz nachgewiesen werden (Block & Block, 2006). Dieser Fragebogen diente später für die Entwicklung der in dieser Arbeit verwendeten Resilienzskala von Wagnild & Young (siehe Kap. 2.2.4).

Da sich diese Ansätze der Resilienzforschung von der Richtung der Entwicklungspsychologie unterscheiden, entstand schließlich der Begriff der „Trait-Resilienz“, die Resilienz als stabiles Persönlichkeitsmerkmal betrachtet. So benutzt beispielweise Ong und Kollegen in einem Review den Begriff der Trait-Resilienz (Ong, Bergeman, C. S., & Boker, 2009). Nach Luthar et al. (2000) bestehe der Unterschied zwischen Ego-Resilienz und Resilienz in dem dynamischen Entwicklungsprozess, der als Eigenschaft der Resilienz betrachtet werden könne (Ong et al., 2009). Ego-Resilienz sei hingegen ein individuelles Persönlichkeitsmerkmal (Ong et al., 2009). So wird das Konstrukt des stabilen Persönlichkeitsmerkmals übernommen und als „Trait-Resilienz“ bezeichnet. Es gibt einige Arbeiten, die das Konzept unter verschiedenen Gesichtspunkten mit unterschiedlichen Schwerpunkten betrachten (z.B. (Kashdan & Rottenberg, 2010; Ong et al., 2009). Klinische Studien, welche die Trait-Resilienz prüften, bestätigen die adaptive Bedeutung und das Vorhandensein einer größeren emotionalen Komplexität bei Betroffenen (Leppert et al., 2013; Ong et al., 2009). Leppert beschreibt die Trait-Resilienz wie folgt: „Trait-Resilienz heißt, über den Lebenslauf gesehen von nicht mehr adaptiven Bewältigungsmustern abzulassen und sich im Zusammenspiel von Emotion, Kognition und Verhalten umstrukturieren zu können“ (Leppert et al., 2013, S.54).

4.2.4 Die Resilienzskala 25

Aus der Annahme der Trait-Resilienz heraus und aus dem Konzept von Block & Block, entwickelten Wagnild & Young schließlich eine weitere Resilienz-Skala. „Sie entwickelten die Resilienzskala mit dem Ziel, das Ausmaß an internalen Ressourcen und deren Anteil an der positiven Bewältigung von Lebensereignissen als positive Persönlichkeitscharakteristik, zu erfassen“ (Leppert, 2008, S.7). Sie formulierten fünf grundlegende Fähigkeiten die einen „Resilienz-Kern“ bilden und über die Skala reliabel und valide erfasst werden können (Wagnild & Young, 1993). Die fünf Eigenschaften sind:

- 1.) Entschlossenheit (purposeful life)
- 2.) Beharrlichkeit (perseverance)
- 3.) Gelassenheit (equanimity)

4) Selbstvertrauen (self reliance)

5) Bei-sich-selbst-Sein (existencial aloneness) (Leppert et al., 2013; Wagnild & Young, 1993)

Aus ihren Studien ergab sich ein zwei-Faktoren-Modell. So verfügt der Selbsteinschätzungsfragebogen der Resilienz-Skala über 25 Items. 17 davon lassen sich der Subskala „Persönliche Kompetenz“ zuordnen, die weiteren acht lassen sich mit der Subskala „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ zusammenfassen. Der Subskala „Persönliche Kompetenz“ lassen sich Merkmale wie „Eigenständigkeit“ (self-reliance), „Unabhängigkeit“ (independence), „Bestimmtheit“ (determination), „Unbesiegbarkeit“ (invincibility), „Beherrschung“ (mastery), „Findigkeit“ (resourcefulness) und „Ausdauer“ (perseverance) zuordnen (Leppert, 2008; Wagnild & Young, 1993). Die zweite Subskala („Akzeptanz des Lebens und des Selbst“) umfasst Eigenschaften wie „Anpassungsfähigkeit“ (adaptability), „Balance“ (balance), „Flexibilität“ (flexibility) sowie der „Fähigkeit zum Perspektivwechsel“ (balanced perspective of life) (Leppert, 2008; Wagnild & Young, 1993). Der Fragebogen wurde unterdessen in mehrere Sprachen übersetzt und angewendet (www.resiliencescale.com). Seit 2002 existiert auch eine deutsche Übersetzung der Resilienzskala (Leppert, 2002). Diese erwies sich als reliabel und valide (Schumacher, 2005) und konnte später auch als Kurzversion (RS-13) publiziert werden (Leppert, 2008).

In ihrer Arbeit zur Übersetzung der Resilienzskala fassten Leppert et al. (2005) den Begriff wie folgt zusammen: „Der Begriff der „Resilienz“ lässt sich als „psychische Widerstandsfähigkeit“ übersetzen und bezieht sich auf das Phänomen, dass manche Personen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich vergleichsweise leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig für Störungen und Krankheiten sind (vgl. Rutter, 1995). Resilienz kann somit als ein positives Gegenstück zur Vulnerabilität betrachtet werden. Dabei geht es jedoch weniger um eine absolute „Invulnerabilität“ sondern vielmehr um eine relative Widerstandsfähigkeit gegenüber pathogenen Umständen und Ereignissen, die über die Zeit und über Situationen hinweg variieren können. Resilienz bezieht sich somit auf eine flexible, den jeweiligen Situationsanforderungen

angemessene (d. h. „elastische“) Widerstandsfähigkeit (vgl. Bender & Lösel, 1998)“ (Schumacher, 2005, S.3).

Bisher wurde die deutsche Version und die Kurzversion in einigen Studien eingesetzt; z.B. erwies sich Resilienz als protektiver Faktor bei der Entwicklung von körperlichen Beschwerden, Angst, Depressivität und PTBS nach Sepsis (Jaenichen et al., 2012 nach Leppert et al., 2013). Bei Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen (Typ2-Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck) ergaben sich in Studien von Krause, Henning und Bathke (2011) folgende Zusammenhänge: höher Resiliente berichten über eine bessere psychische und gesundheitsbezogene Lebensqualität und fühlen sich in der Arzt-Patienten-Beziehung vertrauensvoll aufgehoben. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Resilienz und ein negativer Zusammenhang zu Neurotizismus und Depressivität (Krause, 2011, Henning, 2011, Bathke 2012 nach Leppert et al., 2013). Aus einer Studie zu Belastungen im Kontext zu Altersübergängen ergab sich, dass erst bei pflegebedürftigen Hochaltrigen (>80) die Resilienz keine protektive Funktion mehr übernimmt (Leppert & Strauß, 2011).

Zusammenfassend ist auffallend, dass in all den erwähnten Studien sich weder für Alter, noch sozialökonomischen Status, noch Geschlecht signifikante Unterschiede bezüglich der Resilienzausprägung ergaben. Resilienz korreliert jedoch mit Persönlichkeitsmerkmalen (Big Five) sowie mit psychischem Wohlbefinden oder mit Bewältigungsstrategien. Somit ist die Einsetzbarkeit der Resilienzskala bei der Planung und Durchführung supportiver Therapiemaßnahmen gut vorstellbar und durchaus von praktischer Relevanz (Leppert et al., 2013).

4.2.5 Resilienz und Salutogenese

Wie eingangs schon erwähnt, existieren einige Konzepte, die dem Konstrukt der Resilienz ähneln, wodurch es hier leicht zu Verwechslungen und zu Vermischungen kommen kann. Ein häufig zitiertes und verwendetes Konzept ist das Modell der Salutogenese.

Das Modell wurde in den 1970er Jahren von dem israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt, und wurde anschließend international sehr

bekannt (Faltermaier, 2012). Das Augenmerk der Fragen der Salutogenese liegt, noch stärker als die Fragen der Resilienz, auf der Gesundheit. Warum bleiben Menschen trotz einschneidender Risiken und Belastungen gesund? Diese und andere Fragen stellte sich Antonovsky in seiner Studie mit Frauen, die einen Lebensabschnitt im Konzentrationslager verbracht hatten. Wie erwartet, war die Gruppe der ehemals Inhaftierten signifikant stärker gesundheitlich belastet als andere Frauen, aber immerhin 29% der Betroffenen berichteten, trotz der traumatischen Erlebnisse über eine relativ gute psychische Gesundheit zu verfügen. Antonovsky fragte sich, wie es diese Frauen geschafft hatten, trotz der extremen Belastungen gesund zu bleiben (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 1999).

Es fällt auf, dass Antonovsky in seinem Modell zur Entstehung von Gesundheit keine Gesundheitsdefinition formulierte. „Er sei nicht an der Erklärung von Gesundheit als absolutem oder idealistischem Konzept interessiert, da dies nicht den realen Gegebenheiten entspräche. Zudem erfordere eine Gesundheitsdefinition immer die Festlegung von Normen und beinhalte damit die Gefahr, andere Menschen an Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zuträfen“ (Bengel et al., 1999, S.28). So wird ein Gesundheitsbegriff verwendet, der nicht als Dichotomie, Gesundheit versus Krankheit, angelegt ist, sondern als multidimensionales Kontinuum zwischen Extrempolen von maximaler Gesundheit und maximaler Krankheit (Faltermaier, 2012). Die Frage ist also nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist. Antonovsky schrieb dazu: „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund“ (Antonovsky, 1989, S.53 nach Bengel et al., 1999, S.32). Um sich in die gesunde Richtung bewegen zu können, benötigt man psychosoziale, physikalische und biochemische Stressoren und die darauf bezogenen Bewältigungsprozesse (Coping) (Faltermaier, 2012). Hierbei ist jedoch entscheidend, wie effektiv die Stressoren von den Betroffenen genutzt werden. So können sich Stressoren sowohl pathogen als auch salutogen auswirken; das hängt von den genetisch-konstitutionell und psychosozialen Widerstandsressourcen ab. Je ausgeprägter diese Ressourcen, umso besser das Coping (Faltermaier, 2012). Zu diesen Ressourcen zählen bspw. hohes Selbstwertgefühl, hohe Kontroll- und

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, soziale Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten, kulturelle Stabilität und materielle Ressourcen (Faltermaier, 2012). Die genannten Ressourcen entwickeln sich im Laufe des Lebens durch verschiedene Einflüsse (z.B. Familie, Erziehung und kulturelle Umgebung). Kann der Mensch schließlich in Belastungssituationen auf sie zurückgreifen und so positive Lebenserfahrungen sammeln, entwickelt sich dadurch im Laufe von Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter eine umfassende Lebensorientierung. Diese individuelle Weltanschauung oder Grundeinstellung bezeichnete Antonovsky auch als **Kohärenzgefühl („sense of coherence“)** (Faltermaier, 2012).

„Kohärenz bedeutet „Zusammenhang, Stimmigkeit“. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person also ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden können und bleiben“ (Bengel et al., 1999, S.28). Das Konzept des Kohärenzgefühls wurde schon vielfach in der Gesundheitsforschung eingesetzt (Faltermaier, 2012). Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1) Dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Hierbei wird die eigene Lebenswelt als weitgehend erklärbar und verstehbar wahrgenommen. Es handelt sich also um die Ausprägung eines kognitiven Verarbeitungsmusters hinsichtlich unbekannter Reize und Stimuli.

2) Dem Gefühl der Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Es handelt sich um ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster, das durch die Wahrnehmung bezüglich der Wahl von geeigneten Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen entsteht. Z.B. sind Personen zuversichtlich, dass sie die Ereignisse im Leben im Prinzip bewältigen können.

3) Gefühl von Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)

Diese nach Antonovsky wichtigste Komponente beschreibt das Ausmaß, wie stark man die Heraus- und Anforderungen des Lebens als lohnenswert empfindet um sich dafür einzusetzen.

(Bengel et al., 1999; Faltermaier, 2012)

Zusammenfassend lässt sich das Kohärenzgefühl also wie folgt beschreiben: „Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und, dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen, Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky, 1993; Übersetzung durch Franke & Broda nach Bengel et al., 1999, S.30). Die Unterschiede und Zusammenhänge des Salutogenese- und Resilienzkonzepts fasst Faltermaier wie folgt zusammen: „Das Resilienzkonzept und das Modell der Salutogenese stimmen also darin überein, dass sie mit Ressourcen bzw. Schutzfaktoren positiv-förderliche Bedingungen von Gesundheit betonen und nicht ausschließlich auf Risikofaktoren und pathogene Faktoren setzen. Beide können sich auf bedeutsame und lange etablierte Forschungstraditionen stützen. Somit ist für beide Modelle empirische Evidenz erkennbar, wenn auch weiterer Forschungsbedarf besteht. Die Salutogenese ist deutlich stärker auf Gesundheit bezogen, in einem Kontinuumskonzept werden auch positive Ausprägungen von Gesundheit einbezogen, und sie ist stärker als theoretisches Modell ausgearbeitet“ (Faltermaier, 2012, S.6).

Neben dem Salutogenesekonzept existieren noch weitere Begriffe, die Überschneidungen zum Resilienzkonzept aufweisen. So finden sich bspw. Ähnlichkeiten bei dem Konstrukt von *Hardiness* oder *Selbstwirksamkeit*. Da das Salutogenesekonzept allerdings das am meisten beforschte Konstrukt neben Resilienz darstellt, sei an dieser Stelle nur auf die weiteren Begriffe verwiesen, ohne näher auf sie einzugehen.

4.3 Die Zwangsstörung

4.3.1 Allgemeine Definition

Da in der vorliegenden Arbeit die Stichprobenkohorte aus Patienten mit Zwangsstörungen bestand, wird im folgenden Kapitel auf die Erkrankung näher eingegangen.

Die Zwangsstörung ist eine psychische Störung und findet sich im ICD-10 Katalog als Unterabschnitt im Kapitel „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F42) (Dilling, 2011). Hier wird sie in drei diagnostische Subtypen unterteilt:

- Zwangsstörung mit überwiegend Zwangsgedanken (F42.0)
- Zwangsstörung mit überwiegend Zwangshandlungen (F42.1)
- Mischtyp, bei dem sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen auftreten (F42.2) (Dilling, 2011)

Die Diagnose-Kriterien sind in folgender verkürzter Tabelle dargestellt:

Tabelle 4: ICD-10-Diagnose der Zwangsstörung (F42), verkürzte Darstellung (Zaudig, Hegerl, Hauke, 2002, S.19)

A Zwangsgedanken und oder Zwangshandlungen bestehen mindestens 2 Wochen lang
B Zwangsgedanken/-handlungen erfüllen die Punkte 1- 4
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zwangsgedanken/-handlungen werden als eigene Gedanken/Handlungen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben 2. Sie wiederholen sich dauernd, werden als unangenehm empfunden und meist als übertrieben oder unsinnig anerkannt 3. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten 4. Die Ausführung eines (einer) Zwangsgedanken/-handlung ist unangenehm
C Die Zwangsgedanken/-handlungen führen zu einer massiven, psychosozialen Beeinträchtigung
D Die häufigsten Ausschlusskriterien stellen Schizophrenie und die affektiven Störungen dar

4.3.2 Zwangsgedanken

Die AMDP- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1995) hat das Zwangsdanken wie folgt definiert:

„Immer wieder sich gegen inneren Widerstand aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die als unsinnig erlebt werden. Sie lassen sich vom Patienten nicht oder nur schwer unterbinden“ (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 2007).

Als assoziierte Begriffe für Zwangsdanken gelten Zwangsideen, -gedanken, -vorstellungen, -erinnerungen, -fragen, -grübeln, -befürchtungen. „In der Regel werden Zwangsgedanken von den Betroffenen als unsinnig und quälend beschrieben, wobei sich jedoch fließende Übergänge zur erlebten Sinnhaftigkeit solcher Gedanken finden“ (Zaudig, Hegerl, & Hauke, 2002, S.4).

Eine inhaltliche Einteilung der Zwangsgedanken weist bspw. die Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (Y-BOCS) auf, einem der gegenwärtig gebräuchlichsten Ratingverfahren für Zwangsstörungen (siehe Kapitel 4.4.5). Hier wird unterschieden zwischen:

- Zwangsgedanken aggressiver Natur
- Zwangsgedanken, die sich auf Verschmutzung beziehen
- Zwangsgedanken mit sexuellem Inhalt
- Zwangsgedanken, die sich auf das Sammeln und auf das Aufbewahren von Gegenständen beziehen
- Zwangsgedanken mit religiösen oder solchen Inhalten, die ein schlechtes Gewissen erzeugen
- Zwangsgedanken, die sich auf Symmetrie oder Genauigkeit beziehen
- Zwangsgedanken in Bezug auf den eigenen Körper
- Anderen verschiedenen Zwangsgedanken

(Hand & Büttner-Westphal, 1991; Zaudig et al., 2002)

Die Betroffenen empfinden die Gedanken meist als sehr quälend. Dies führt oft zu einem Vermeidungsverhalten, indem die Situationen umgangen werden, in welchen die befürchteten Gedanken auftreten könnten. Beispielsweise kann der Zwangsgedanke „Ich habe bestimmt den Herd angelassen“ dazu führen, dass die Person das heimische Kochen unterlässt. Zwischen den Vermeidungsstrategien und eigentlichen Zwangshandlungen findet sich ein fließender Übergang (Zaudig et al., 2002).

4.3.3 Zwangshandlungen

In ihrem Buch über Zwangsstörung beschreiben Zaudig und Kollegen die Zwangshandlung als „häufig ritualisierte, z.T. stereotyp anmutende Handlungen, deren Nichtausführung dem Betroffenen subjektiv in der Regel nicht oder nur schwer möglich ist. Kann eine Zwangshandlung nicht ausgeführt werden, führt dies zu einem Anstieg von Anspannung und Angst“ (Zaudig et al., 2002, S.8).

In den meisten Fällen geht der Zwangshandlung ein Zwangsgedanke voraus. Die Handlung verfolgt das Ziel, die durch den Zwangsgedanken entstandene Anspannung und Angst zu reduzieren. Wird sie nicht ausgeführt, verstärkt es die Anspannung, bis die Durchführung der Handlung als der einzige Ausweg erscheint. Häufig verliert sich nach einer Weile der Zusammenhang zwischen dem Zwangsgedanken und der Handlung, was zu einem stereotypen und ritualisierten Ablauf der Zwangshandlung führt. Wenn schließlich auch noch die entlastende Wirkung der Handlung nachlässt, wird diese meist in der Intensität und der Häufigkeit gesteigert (Zaudig et al., 2002). Die häufigste Zwangshandlung ist der Kontrollzwang, gefolgt vom Waschzwang. Es folgen Sammel- und Berührungszwänge sowie Symmetrie- und Ordnungszwänge. Bei der Hälfte der Patienten kommt es zu verschiedenen parallel-laufenden Handlungen (Möller, Laux, & Deister, 2013).

4.3.4 Differenzialdiagnosen

Da es einige psychische und psychiatrische Erkrankungen gibt, bei denen es auch zu Zwangssphänomenen kommen kann, ist es sehr wichtig, zu Beginn der Diagnosestellung diese Erkrankungen auszuschließen. Dies kann sich als schwierig erweisen. Die möglichen Erkrankungen und die Unterschiede zur eigentlichen Zwangsstörung sind:

Schizophrenie mit Wahnphänomenen. Im Rahmen dieser Erkrankung kann es passieren, dass ausgeprägte Psychosen durch eine Zwangssymptomatik maskiert werden. Im Gegensatz zu Zwangssymptomen werden die Wahnphänomene jedoch meist als Ich-fremd und von außen kommend erlebt. Auch in der häufig bestehenden Unkorrigierbarkeit des Wahnkranken besteht eine Differenzierungsmöglichkeit (Möller et al., 2013). Ein Patient mit einer Zwangsstörung ist sich der Unsinnigkeit seiner Gedanken oder Handlungen

bewusst (ich-dyston) und sieht diese als das Produkt seines eigenen Geistes an. Diese Einsicht fehlt häufig bei Vorliegen einer Schizophrenie (Voderholzer, 2015). Des Weiteren gibt es typische Verlaufscharakteristika beider Krankheitsbilder. So verläuft die Schizophrenie häufig langsam progredient, mit affektiven und formalen Denkstörungen, unterbrochen von psychotischen Schüben, welche wiederum durch eine Zwangssymptomatik maskiert sein können. Bei einer Zwangsstörung entwickeln sich die Gedanken und Handlungen langsam progredient oder episodisch, allerdings ohne psychotische Symptome oder andere an eine Schizophrenie erinnernde Symptomatik (Zaudig et al., 2002).

Anankastische Persönlichkeitsstörung. Bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein Verhaltensmuster aus den Eigenschaften Perfektionismus, übermäßiger Gewissenhaftigkeit, Pedanterie, Rigidität und übermäßiger Vorsicht (Zaudig et al., 2002). Dieses Muster führt zu einem subjektiven Leidensdruck und zur Belastung des sozialen Umfelds. Lange Zeit herrschte die Meinung, dass Patienten mit Zwangsstörung auch einen zwanghaften Charakter besäßen. Dies ließ sich aber in Studien widerlegen (Ecker u. Dehmlow, 1994 nach Zaudig et al., 2002). Ein entscheidender Unterschied zur Abgrenzung der Erkrankungen liegt darin, dass es sich im Fall der Persönlichkeitsstörung um eine früh beginnende und langanhaltende Störung der gesamten Persönlichkeit handelt. Das Verhaltensmuster muss somit seit der Adoleszenz bestehen und andauern. Die Zwangsstörung ist hingegen auf mehr oder weniger lang bestehende Episoden begrenzt (Zaudig et al., 2002).

Anankastische Depression. Dieser eigentlich nicht mehr gebräuchliche Begriff umfasst depressive Patienten, die im Rahmen ihrer Erkrankung in ein zwanghaftes Grübeln, ständig wiederkehrende Suizidgedanken oder in ein Kreisdanken geraten. Die Gedankengänge erscheinen dem Patienten aus dem Blickwinkel der depressiven Störung allerdings nicht als unsinnig (Möller et al., 2013). Häufig leiden Patienten mit Zwangsstörungen auch unter einer depressiven Symptomatik, sodass es gilt, die Frage der Primärerkrankung zu klären. Zaudig weist hierbei auf die Wichtigkeit der Suizidabklärung hin, da im Rahmen einer depressiven Grundsymptomatik eine erhöhte Suizidgefahr bestehe (Zaudig et al., 2002).

Neurologische Erkrankungen. Auch im Rahmen organisch oder neurologisch bedingter Erkrankungen kann es zu Zwangsphänomenen kommen. Erwähnenswert sind hierbei: Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, Epilepsie, Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, Chorea minor sowie bestimmte Enzephalitisformen (Möller et al., 2013; Zaudig et al., 2002). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit einer genauen differenzialdiagnostischen organischen Abklärung.

Zwangsspektrumstörungen (OCD-spectrum-disorders). Diese Kategorie findet sich vor allem in der angloamerikanischen Literatur (DSM-5) und umfasst Störungsbilder, die entweder den Zwangsgedanken oder den Zwangshandlungen in ihrer Verhaltensweise ähneln. Hierzu zählen u.a. die Körperdysmorphen Störungen, Trichotillomanie, Dermatillomanie, Hypochondrie, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Paraphilien, Kleptomanie und das Tourette-Syndrom (Voderholzer, 2015; Zaudig et al., 2002). Wie stark all diese Erkrankungen zusammenhängen und somit ähnliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen angebracht sind, ist Gegenstand der aktuellen Forschung (Niedermeier et al., 1998 nach Zaudig et al., 2002).

4.3.5 Epidemiologie und Verlauf

Lange wurde die Häufigkeit von Zwangsphänomenen unterschätzt. Ein Grund hierfür ist die Scham, die die Betroffenen häufig verspüren, und die sie erst sehr spät oder nie Hilfe annehmen lassen (Voderholzer, 2015). Die Lebenszeitprävalenz für eine Zwangserkrankung liegt bei etwa 2%, einzelne Zwangssymptome finden sich in der Normalbevölkerung bei etwa 8% (Möller et al., 2013). Diese Raten sind ähnlich in Europa, Amerika und Asien. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen, das durchschnittliche Alter bei Beginn der Erkrankung für Männer liegt bei 20 Jahren und für Frauen bei 25 Jahren (Minichiello, 1990 nach Zaudig et al., 2002). In der Windach Studie wurde anhand von 616 zwangsgestörten Patienten der Klinik Windach ein durchschnittliches Erkrankungsalter von 23,4 Jahren ermittelt (Reinecker, Zaudig, Erlbeck, Gokeler, & Hauke, 1994). Des Weiteren bestand in der Studie ein Altersunterschied der Geschlechter von nur 1 Jahr (Reinecker et al., 1994; Zaudig et al., 2002).

Trotz des frühen Manifestationsalters kommt es meist erst mit 30 Jahren zur Aufnahme einer Therapie (Marks, 1987 nach Zaudig et al., 2002). In einigen Studien fanden sich 10 Jahre und mehr vom Beginn der Zwangsstörung bis zur

ersten Behandlung (Reinecker u. Zaudig, 1995 nach Zaudig et al., 2002). Ein entscheidender Faktor für die lange Zeit zwischen Erkrankungs- und Therapiebeginn ist die schon erwähnte Scham, welche die Betroffenen meist verspüren. So muss der Leidensdruck sehr hoch sein, bis die Patienten den ersten Schritt zum Therapeuten wagen.

Der Verlauf einer Zwangsstörung ist in der Hälfte der Fälle chronisch. So fanden Skoog und Skoog (1999) in einer prospektiven Studie über 40 Jahre folgende Verlaufsverteilungen: 44% chronisch, 31% intermittierend, 10% episodisch und 15% andere (Zaudig et al., 2002). Bleibt die Erkrankung unbehandelt, sind häufig sozialer Rückzug oder Isolierung sowie z.T. körperliche Schädigungen (z.B. Ekzeme bei Waschzwang) die Folge. Diese können so stark ausgeprägt sein, dass dem Patienten als einziger Ausweg der Suizid erscheint. Kann die Störung allerdings behandelt werden, ist die Prognose deutlich besser (Möller et al., 2013).

4.3.6 Ätiopathogenese

Bei der Entstehung der Zwangsstörung spielen sowohl organische als auch psychologische Faktoren eine wichtige Rolle. Für eine neurobiologische Beteiligung sprechen zahlreiche Studien mit bildgebenden Verfahren, die Besserung der Symptome auf Antidepressiva (siehe Kap.4.3.7) und auch das Auftreten von Zwangssymptomen bei bekannten neurologischen Erkrankungen (siehe Kap.4.3.4). In Studien konnte die Bedeutung des serotonergen Systems sowie der Basalganglien bestätigt werden (Möller et al., 2013; Voderholzer, 2015). Auf eine ausführliche Schilderung der Untersuchungen wird aufgrund der Komplexität an dieser Stelle verzichtet.

Aus psychologischer Sicht existieren mehrere Erklärungsmodelle, welche sich in einigen Hypothesen ähneln. Dadurch schaffen sie die Basis für den sehr effektiven, aktuellen verhaltenstherapeutischen Ansatz (siehe Kap.4.3.7). Eine einheitliche und zufriedenstellende psychologische Theorie, welche alle Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung erklären könnte, gibt es derzeit nicht (Reinecker, 1991 nach Zaudig et al., 2002).

4.3.7 Therapiemaßnahmen

Von den psychotherapeutischen Ansätzen ist das Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement das am besten empirisch untersuchte und auch das effektivste (Möller et al., 2013). Hierbei wird mithilfe des Therapeuten zunächst eine Hierarchie der zwangsauslösenden Stimuli und Situationen erarbeitet (Möller et al., 2013). Die Exposition erfolgt dann zunächst mit dem Therapeuten in Form einer schrittweisen Konfrontation mit den erarbeiteten Stimuli. Auf die Konfrontation soll dann keine Zwangshandlung folgen, sondern das Ertragen des auftretenden Spannungszustands und das Erleben der Spannung. Durch das Verstehen des physiologischen und psychologischen Vorganges lernt der Betroffene wieder ohne Zwangshandlungen zu leben (Möller et al., 2013).

Der pharmakologische Ansatz besteht in der Gabe von Antidepressiva. Hierbei sind SSRIs (Serotonin-Reuptake-Inhibitoren) Mittel der ersten Wahl. Durch sie ist eine Symptomreduktion von ca. 30-40% zu erreichen. Allerdings gibt es eine hohe Anzahl von SSRI-resistenten Patienten. Im Vergleich zu depressiven Störungen sind die Dosierungen der Antidepressiva bei Zwangsstörungen deutlich höher. Die Beurteilung eines Erfolgs oder Misserfolgs kann erst nach einer etwa 12-wöchigen Therapiedauer erfolgen (Möller et al., 2013).

Da der verhaltenstherapeutische Ansatz größere Erfolge erzielt, ist er dem medikamentösen Ansatz vorzuziehen. Oft kommt es zur Kombination beider Bereiche (Zaudig et al., 2002). Laut Leitlinien sollte eine alleinige Pharmakotherapie nur erwogen werden, wenn es keine Möglichkeiten zur Verhaltenstherapie gibt (fehlende Behandlungsressourcen oder zu lange Wartezeiten) oder der Patient eine Verhaltenstherapie grundsätzlich ablehnt. (Lotz-Rambaldi, Kordon, Muche-Borowski, & Hohagen, 2013).

5. Fragestellung und Hypothesen

5.1 Fragestellungen, Zielsetzungen und Hypothesen

Bei Betrachtung der Konstrukte „Persönlichkeitsstruktur“ und „Resilienz“ zeigten sich Ähnlichkeiten, die sich auch in den Fragen der verwendeten Fragebögen fanden. So war auch das Ziel der Arbeit, einen Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der Persönlichkeitsstruktur, gemessen mit dem OPD-SFK, und dem Konstrukt der Resilienz, gemessen mit der RS-25, nachzuweisen. Dies geschah vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen über das Strukturniveau und den damit verbundenen neuen Entwicklungen im zukünftigen ICD-11. Der untersuchte Zusammenhang wurde bisher noch nicht erforscht. Unser Ziel war es, einen weiteren Beitrag zur Erkenntnis über die Persönlichkeitsstruktur und den dazugehörigen Fragebogen OPD-SFK liefern.

Da die untersuchte Kohorte ausschließlich aus Patienten mit Zwangsstörungen bestand, wurde zusätzlich ein Zusammenhang zwischen Resilienz und der Ausprägung der Zwangssymptomatik, gemessen mit der Y-BOCS, untersucht. Dies erschien sinnvoll angesichts der wenigen vorhandenen Studien mit Zwangspatienten. Hierdurch sollte zudem die Zwangsstörung als konfundierende Variable für die erste Hypothese ausgeschlossen werden.

Unsere primäre Fragestellung lautete: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsstruktur nach OPD und Resilienz?

Aus diesem Untersuchungsansatz ergaben sich folgende weitere Fragen:

- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Subskala „Persönliche Kompetenz“ (Resilienzskala-25) und den drei Subskalen „Selbstwahrnehmung“, „Beziehung“ und „Kontakt“ (OPD-SFK)?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Subskala „Akzeptanz des Lebens und des Selbst“ der Resilienzskala und den drei Subskalen „Selbstwahrnehmung“, „Beziehung“ und „Kontakt“ des OPD-SFKs?

Aufgrund der schon erwähnten Ähnlichkeiten der Items/Fragen der Fragebögen, lautete die erste zweiseitige Hypothese:

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Strukturniveau nach OPD-2 und der Ausprägung der Resilienz gemessen mit der RS-25

Die daraus sich ergebende Nebenhypothese lautete:

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der drei Subskalen des Strukturmodells und den Ausmaßen der zwei Subskalen des Resilienzkonstrukts.

Die Nebenfragestellung lautete: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Resilienz und der Stärke der Zwangssymptomatik, gemessen mit der Y-Bocs?

Darin eingeschlossen sind folgende weitere Fragen:

- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Subskala „Persönliche Kompetenz“ der Resilienzskala und der Ausprägung der Zwangssymptomatik?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Subskala „Akzeptanz des Lebens und des Selbst“ der Resilienzskala und der Ausprägung der Zwangssymptomatik?

6. Methodik

6.1 Studiendesign

Die Studie wurde als retrospektive Analyse von Routinedaten der psychosomatischen Klinik Windach durchgeführt. Sie umfasste Daten von Januar 2014 bis Dezember 2014.

In der vorliegenden Arbeit besteht das Material der retrospektiven Analyse aus den Auswertungen von zwei ausgeteilten Fragebögen: dem OPD-SFK und der RS-25. Die Fragebögen wurden von den Patienten selbstständig zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes einmalig ausgefüllt und anschließend von den beteiligten Doktoranden ausgewertet. Zusätzlich wurde von den zuständigen

Therapeuten der Y-Bocs-Wert bestimmt und der Wert bei Aufnahme des jeweiligen Patienten in die Auswertung einbezogen. Weiterhin wurden Daten der Basisdokumentation Psy-BaDo-PTM verwendet. Diese wird in der momentanen Form seit Februar 2009 in der Psychosomatischen Klinik Windach und anderen Kliniken eingesetzt. Die enthaltenen Daten stammen aus der psychotherapeutischen Dokumentation und schriftlichen Patientenbefragungen, die routinemäßig, stets bei Aufnahme in die Klinik und bei Entlassung aus der stationären Behandlung, für jeden Patienten festgehalten wurden (Jans, 2014). Diese Primärerhebung dient hauptsächlich der Qualitätssicherung, außerdem hilft sie durch Nutzung der Daten der Versorgungsforschung (Jans, 2014).

6.2 Patientenkollektiv

6.2.1 Beschreibung der Studienklinik: Institution und Behandlungskonzept

Die Daten der vorliegenden Studie wurden aus der Routedokumentation der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee bei München bezogen. 1976 wurde die Klinik Windach als erste verhaltenstherapeutisch orientierte, psychosomatische Klinik im deutschsprachigen Raum eröffnet. Die Versorgung umfasst alle psychischen und psychosomatischen Störungen im Erwachsenenalter, die mit Verhaltenstherapie, z.T. in Kombination mit Medikation, behandelt werden können. Hierzu zählen Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen, allerdings keine Suchtstörungen oder psychiatrischen Krankheiten wie Schizophrenie. Laut strukturiertem Qualitätsbericht für das Jahr 2010 wurden insgesamt 1278 Patienten vollstationär und 257 Patienten teilstationär in der Tagesklinik Westend aufgenommen (Psychosomatische Klinik Windach, 2010). Die Patienten leiden am häufigsten unter rezidivierenden depressiven Störungen (ICD-10 F33, 500 Fälle), gefolgt von depressiven Episoden (F32, 294 Fälle), Zwangsstörungen (F42, 130 Fälle) und Phobien (F40, 74 Fälle) (Psychosomatische Klinik Windach, 2010). Auch sonstige Angststörungen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen fallen unter die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Klinik.

In der Psychosomatischen Klinik Windach wird für die Patienten ein multimodales Behandlungskonzept angeboten, wobei die Basis der Therapie eine organmedizinische Diagnostik und die medizinische Behandlung ist (Jans, 2014). Abhängig von der einzelnen Erkrankung mit den bestimmenden Einflüssen wird ein individueller Therapieplan erstellt, bei welchem der Schwerpunkt auf den verbalen, verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen (Einzel- oder Gruppen-sitzungen) liegt. Neben den verbalen Verfahren kommen auch sogenannte nonverbale Therapieverfahren zum Einsatz, wie z.B. Kunsttherapie, Körperpsychotherapie sowie Physio- und Sporttherapie (Psychosomatische Klinik Windach, 2010). Außerdem werden nach Bedarf auch Sozialtherapie und Ernährungsberatung angeboten. Das fakultative Angebot umfasst offene Therapien wie Qi Gong und meditatives Tanzen.

Die Patienten werden durch einen festen Bezugstherapeuten und ein interdisziplinäres Team betreut (Jans, 2014). Das Team beinhaltet Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur, Sozialpädagogen, Kunsttherapeuten, Diätassistenten und Pflegekräfte (Psychosomatische Klinik Windach (2010)).

6.2.2 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien

Die Stichprobe bestand aus Patienten, die im Rahmen ihrer Erkrankung einen stationären Aufenthalt in der Klinik Windach in Anspruch nahmen. Da die Studie zwei Konstrukte miteinander vergleicht (Persönlichkeitskonstrukt und Resilienzkonstrukt), benötigten wir eine hohe Stichprobenhomogenität. Um diese zu erlangen, musste bei allen Patienten dieselbe Hauptdiagnose vorliegen, nämlich eine Zwangsstörung (F42). Die Wahl der Diagnose erklärt sich durch das eindeutig definierte und oft ähnlich ausgeprägte Krankheitsbild der Zwangsstörung (im Gegensatz z.B. zur Depression). Außerdem wurde zunächst davon ausgegangen, dass die Erkrankung unabhängig von dem Strukturniveau vorliege, was wiederum die Unabhängigkeit der Fragebogenergebnisse gewährleisten würde. Hätte man sich beispielsweise für die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose entschieden, wären die Ergebnisse vermutlich einheitlich höher, also für eine niedrig strukturierte Persönlichkeit sprechend, ausgefallen. Außer der anankastischen Persönlichkeit durften Persönlichkeitsstörungen allerdings als Nebendiagnose vorliegen. Hier ist die

Frage erlaubt, ob die komorbiden Patienten mit Persönlichkeitsstörung tatsächlich niedriger strukturiert sind als jene mit Einzeldiagnose. Da dafür jedoch die Stichprobe zu klein war und außerdem die Kategorisierung der Persönlichkeitsstörungen nicht Thema dieser Arbeit darstellt, wurde diese These nicht weiterverfolgt.

Die Diagnosen wurden durch approbierte Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der Psychosomatischen Klinik Windach bei Aufnahme als Konsensdiagnose nach ICD-10 gestellt.

Ausschlusskriterien waren:

- Diagnosen: Sucht, Demenz, organisch bedingte Störungen oder Psychosen.
- Unvollständig oder ungenau ausgefüllter Fragebogen

6.2.3 Stichprobengröße

Der benannte Datensatz wurde bei insgesamt 80 Patienten mit Zwangsstörung (F42) als Hauptdiagnose erhoben. Aufgrund der genannten Ausschlusskriterien (unvollständige ausgefüllte Fragebögen) ergab sich ein Dropout von 5 Patienten. Somit verblieben 75 Patienten für die Analyse.

6.3. Datenerhebung und Messzeitpunkte

Die Primärdaten wurden in der Klinik Windach im Rahmen der Routinedokumentation erhoben. Hierbei wurden den Patienten zu Beginn ihres Aufenthaltes zwei Fragebögen (OPD-SFK und RS-25) ausgegeben, die sie einmalig und eigenständig ausfüllten. Des Weiteren wurde der Anfangswert der von den zuständigen Therapeuten eruierten Y-Bocs Erhebungen festgehalten. Soziodemographische und krankheitsbezogene Angaben wurden standardisiert und schriftlich vom Patienten erfragt.

Die Datenerhebung begann im Januar 2014 und endete im Dezember 2014.

6.4 Zielparameter und Messinstrumente

6.4.1 Abhängige Variable: RS-25-Werte, Y-BOCS-Werte

Für die Haupthypothese wurden die Werte (Gesamtwerte sowie Subskalenwerte) der Resilienzskala 25 als abhängige Variable gewählt. Für die Nebenhypothese die Werte der Y-BOCS.

6.4.2 Unabhängige Variablen: OPD-SFK-Werte, RS-25-Werte

Als unabhängige Variable wurden für die Haupthypothese die Werte des OPD-Strukturfragebogens, Kurzversion (OPD-SFK) gewählt (Gesamtwerte sowie Subskalenwerte). Der Grund für diese Zuteilung der unabhängigen Variablen begründet sich u.a. durch die besseren Validierungsergebnisse des OPD-SFKs (Zimmermann et al., 2014b) verglichen mit denen der RS-25.

Für die Bearbeitung der Nebenhypothese wurden die Werte der RS-25 als unabhängige Variable gewählt.

6.4.3 OPD-Strukturfragebogen Kurzversion (OPD-SFK)

Wie eingangs schon erwähnt arbeitet der Arbeitskreis der OPD seit 1992 an einem psychoanalytisch einheitlichen Persönlichkeitskonstrukt. Zur Erhebung der 4. Achse, der Strukturachse, liegt seit 2010 der OPD-SF (Strukturfragebogen) vor. Dieser konnte gute testpsychologische Werte aufweisen (Ehrenthal et al., 2012). Da die erste Version 95 Items umfasst, wurde 2013 eine Kurzversion (OPD-SFK) mit 12 Items zu Screeningmaßnahmen entwickelt (Ehrenthal, 2014), welche auch in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde.

Die Fragen werden nach der Likert-Skala beantwortet: 0= trifft gar nicht zu, 1=trifft eher nicht zu, 2=teils/teils, 3=trifft eher zu, 4=trifft völlig zu. Somit können sich Gesamtwerte von 0-48 ergeben, wobei hohe Werte auf ein niedriges Strukturniveau und niedrige Werte auf ein hohes Strukturniveau hinweisen. Neben dem Gesamtwert lassen sich auch Subskalenwerte erheben: 1.) Selbstwahrnehmung, 2.) Kontaktgestaltung 3.) Beziehung (-erfahrung). Die Subskalen errechnen sich jeweils aus 4 Items und können somit Gesamtwerte von 0-16 erreichen. Die 4 Items der Subskala „Selbstwahrnehmung“ beschreiben Schwierigkeiten aus den Bereichen Selbstreflexion, Identität, Affekttoleranz- und

Differenzierung, die der Skala „Beziehungsmodell“ umfassen Internalisierung, Selbst-Objekt-Differenzierung und realistische Objektwahrnehmung. Die Subskala „Kontaktgestaltung“ erfragt die Ausprägungen der Eigenschaften Selbstwertregulation, Affektmitteilung, Kontaktaufnahme und Antizipationsfähigkeit (Ehrenthal, 2014).

6.4.4 Resilienzskala 25 (RS-25)

Die Resilienzskala 25 (RS-25) existiert seit 1995 in englischer Vorlage, sie wurde von Wagnild & Young konzipiert. Seit 2005 liegt auch eine deutsche Übersetzung von Leppert und Kollegen vor. Diese erwies sich in einer Studie von Schumacher et al. als gut valide und reliabel (Schumacher et al, 2005). Die Validität wurde gesichert durch die Korrelation der Resilienzskala mit der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (getestet mit der SWE) (Schumacher et al., 2004). Die im Original postulierte zweidimensionale Struktur ließ sich in der deutschen Version nicht bestätigen. In der Faktorenanalyse bestätigte sich eine eindimensionale Struktur mit einem Dreifaktorenmodell (RS-Gesamtwert, Persönliche Kompetenz und Akzeptanz des Selbst) (Leppert, 2008).

Die RS-25 besteht aus 25 Items, jeweils 17 können der Subskala „Persönliche Kompetenz“ (Eigenständigkeit, Unabhängigkeit, Bestimmtheit, Unbesiegbarkeit, Beherrschung, Findigkeit und Ausdauer) und 8 Items „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (Anpassungsfähigkeit, Balance, Flexibilität, Fähigkeit zum Perspektivwechsel) zugeteilt werden (Wagnild & Young, 1993). Ein Beispielitem für „Persönliche Kompetenz“: „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch“. Ein Beispiel für „Akzeptanz des Selbst“: „Ich mag mich“ oder „Ich nehme die Dinge, wie sie kommen“. Die Items werden auf einer siebenstufigen Antwortskala beantwortet, die von 1= „ich stimme nicht zu“ bis 7= „ich stimme zu“ reicht. Die Auswertung erfolgt durch Summation der einzelnen Werte. Hierbei steht ein hoher Wert für eine hohe Merkmalsausprägung im Sinne von Resilienz (Schumacher et al., 2004). In der vorliegenden Arbeit wurden zum einen die Subskalenwerte, „Persönliche Kompetenz“ = 17-119 und „Akzeptanz des Selbst“= 8-56, ermittelt, zum anderen aus deren Summation der Gesamtwert errechnet, welcher von 25-175 reichen konnte.

6.4.5 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs)

Die englische Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale wurde 1989 von Goodman et al. entwickelt. 1991 folgte dann die deutsche Version von Büttner-Westphal und Hand (Hand & Büttner-Westphal, 1991). Die Y-Bocs dient der Einschätzung des Schweregrades bei Zwangsstörungen, ist jedoch nicht zur Differentialdiagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV geeignet. Mit der Y-Bocs wurde ein Instrument geschaffen, welches unabhängig von den Zwangssymptomen, den Schweregrad der Störung erfasst. Die Symptome werden zwar, in Form der Symptomcheckliste (75 Zwangssymptome), erfasst, tragen jedoch nicht zur Summe des Gesamt-Scores bei. Mit dieser Trennung wird gewährleistet, dass der Schweregrad der Symptomatik nicht von der Art des Zwanges abhängig ist (Jacobsen, Kloss, Fricke, Hand, & Moritz, 2003). Dadurch ist die Y-Bocs gut geeignet um den Behandlungsverlauf und somit die Effektivität der Zwangsbehandlung zu testen.

Die Y-Bocs ist ein halbstrukturiertes Interview und setzt sich zusammen aus der Instruktion für den Anwender, der Symptomcheckliste sowie 19 Items die den Schweregrad der Symptome betreffen. Von den 19 Items dienen die ersten 6 (1, 1b, 2, 3, 4, 5) der Schweregrad-Erfassung von Zwangsgedanken, die folgenden 6 (6, 6b, 7, 8, 9, 10) der der Zwangshandlungen. Bestimmte Verhaltensmuster, die typischerweise mit Zwangsstörungen einhergehen, jedoch nicht den Kern der Erkrankung darstellen, werden mit den Items 11-19 erfasst (Jacobsen et al., 2003). Beispiele hierfür sind Vermeidungsverhalten, Entscheidungsschwierigkeiten sowie die Krankheitseinsicht. Der Gesamtscore errechnet sich aus den Summenwerten der ersten 5 (Schweregrad der Gedankenzwänge. Ohne 1b, da dies ein Zusatzitem darstellt), sowie der weiteren 5 (Schweregrad der Zwangshandlungen. Ohne 6b aus selbigem Grund) Items. Die Einzelitems sind 5-stufig skaliert und können somit Werte zwischen 0-4 erreichen. Der Gesamtscore kann demnach Werte von 0-40 erreichen. Es gibt fünf Schweregrade, die durch folgende Gesamtpunktwerte (Cut-Off-Werte) festgelegt sind: 0-7= subklinisch, 8-15= leicht, 16-23= mäßig, 24-31= schwer und 32-40= extrem (Zaudig et al., 2002). In der klinischen Praxis hat sich der Cut-Off-Wert von 16 durchgesetzt, bei dem von einer behandlungsbedürftigen Zwangssymptomatik ausgegangen werden kann (Jacobsen et al., 2003). In Studien von Goodman et al. konnte die hohe Validität und Reliabilität der englischen Version

bestätigt werden (Goodman et al., 1991). Für die deutsche Übersetzung von Büttner-Westphal und Hand ergaben sich in einer Studie von Jacobsen et al. ebenfalls valide und zufriedenstellende Werte (Jacobsen et al., 2003).

Nachteile des Verfahrens sind die lange Erstuntersuchungsdauer (ca. 40 Minuten) und die Abhängigkeit der Reliabilität vom klinischen Erfahrungsstand des Untersuchers (Zaudig et al., 2002).

6.4.6 Psy-BaDo-PTM

Um den gesetzlichen Forderungen nach qualitätssichernden Maßnahmen für alle medizinischen Bereiche nachzukommen, haben Vertreter der in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften, die Psy-BaDo als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation erarbeitet (Heuft G. & Senf W., 1998). Die Psy-BaDo ist nach Heuft und Senf (1998) therapieschulen-übergreifend, (zeit-)ökonomisch, für den ambulanten und stationären Versorgungssektor praktikabel und gestuft einsetzbar konzipiert.

Unabhängig von diesen Entwicklungen schlossen sich schon 1994 in Bayern die Chefärzte von zunächst sieben psychosomatischen Kliniken zur Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in Psychosomatischen Kliniken“ zusammen (Heymann, Zaudig, & Tritt, 2003). Das erste Ziel der Gruppe war die Etablierung einer praktikablen, einheitlichen, standardisierten und Schulen-übergreifenden Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik (PTM-BaDo). Diese sollte dem internen und externen Qualitätsmanagement dienen.

Im Jahr 1998 wurde die erste Version schließlich an die Psy-BaDo angeglichen und besteht seither unter dem Begriff „Psy-BaDo-PTM“ (Jans, 2014).

Die Psy-BaDo-PTM wird auch in der Psychosomatischen Klinik Windach verwendet. Insgesamt beinhaltet die PsyBaDo-PTM ca. 200 Variablen, die hauptsächlich die Bereiche der Prozess- und Ergebnisqualität abdecken. Die unterschiedlichen Items beinhalten die Bereiche Soziodemografie, Kostenträger, bisherige Dauer der Beschwerden, Arbeitsunfähigkeit, psychotherapeutische Vorbehandlungen, Beeinträchtigungsschweregrad, psychische und somatische Diagnosen, Art und Ausmaß der multimodalen Behandlungen,

Behandlungsdauer und Einschätzung des therapeutischen Erfolges (Tritt, Heymann, & Loew, 2003). Die erfassten Parameter lassen sich inhaltlich in vier Bereiche einteilen:

- *soziodemographische Daten*: z.B. Familienstand, Partnersituation, Kinder, Schulabschluss, Berufsabschluss, aktuelle Berufssituation etc.
- *störungsbezogene Variablen*: Diagnosen, Krankheitsdauer, Beeinträchtigungsschwere, AU-Zeiten, Vorbehandlungen, Suizidversuche, Motivation, Symptomausprägung
- *prozessbezogene Variablen*: z.B. Behandlungsdauer, therapeutische Maßnahmen, Art der Beendigung, Medikamentenverordnungen, Weiterbehandlungsempfehlungen
- *ergebnisbezogene Variablen*: vorher-nachher Vergleich der Symptomausprägung und der Beeinträchtigungsschwere, Veränderungseinschätzungen durch Patienten und Therapeuten, Arbeitsfähigkeit bei Entlassung (Psychosomatische Klinik Windach, 2010)

6.5. Statistische Auswertung

6.5.1 Stichprobenbeschreibung

Die statistische Auswertung der Daten im Rahmen der retrospektiven Analyse erfolgte auf der Basis anonymisierter und aufbereiteter Datensätze mit dem statistischen Programmpaket SPSS 22. 5 Fälle mussten wegen Doppelterhebung oder unvollständigen Daten ausgeschlossen werden (Drop Outs). Danach folgte die deskriptive und explorative Analyse der Patientendaten zur Stichprobenbeschreibung. Die Aufbereitung der Daten für die Zwecke der Stichprobenbeschreibung umfasste:

- 1.) Berechnung des Alters aus den Geburtsdaten und dem Datum des Datenaufnahmestopps (12.12.2014).
- 2.) Zusammenfassungen von einigen nominal skalierten Variablen nach inhaltlichen Überlegungen.

In folgenden Fällen wurden die nominal skalierten Variablen zusammengefasst. Dies geschah nach inhaltlichen Überlegungen, sowie aufgrund der vorgefundenen Häufigkeiten:

- Die Variable „Haushalt“, welche der Wohnsituation entspricht („In wessen Haushalt lebt der Patient?“), wurde unterteilt in alleinlebenden Patienten (ursprüngliche Kategorien „allein / eigener Haushalt ohne Partner“ sowie ferner „ohne festen Wohnsitz“) und nicht alleinlebenden Patienten (ursprüngliche Kategorien „Eltern / Schwiegereltern / Pflege-, Stiefeltern“, „eigener Haushalt mit Partner / eig. Fam.“, „bei Kindern“ und weitere).
- Bei der Partnersituation wurde unterschieden zwischen Patienten ohne Partner (kurzfristig oder langfristig) und Patienten mit festem Partner (zusammenlebend oder nicht zusammenlebend). Die wenigen Patienten mit wechselnden Partnern, wurde der Gruppe ohne Partner zugerechnet, da die Psy-BaDo-PTM hierunter keine verbindlichen Beziehungen versteht, die somit keinen echten Rückhalt bieten (Jans, 2014).
- Beim Kriterium Schulabschluss gab es drei Kategorien: bis Hauptschulabschluss (kein Abschluss, Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali), mittlerer Abschluss (Realschule, polytechnische Oberschule) und höherer Abschluss (Abitur/ Fachabitur).
- Beim Kriterium Berufsabschluss wurden die Kategorien „Fachschule“ und „Meister“ zusammengefasst, die restlichen Kategorien blieben unverändert.
- Die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit wurden in drei übergeordnete Kategorien eingeteilt: „Angestellte“ (aus den ursprünglichen Kategorien von Arbeitern, Handwerkern, Angestellten und Beamten unterschiedlicher Ebenen sowie Auszubildenden), „Selbständige“ (mit kleinen, mittleren und größeren Betrieben) sowie „nie Erwerbstätige“ (Jans, 2014).
- Bei dem Kriterium „jetzigen Erwerbssituation“ wurde zwischen „aktuell Erwerbstätigen“ (Vollzeit, Teilzeit, Altersteilzeit, Minijob, Gelegenheitsarbeit, Ausbildung/Umschulung, Wehr-/Zivildienst/FSJ, beschützte Beschäftigungen), „nicht Erwerbstätigen“ (mithelfende Familienangehörige, Hausfrau/-mann, Arbeitslosen, Rentnern, anderweitig ohne berufliche Beschäftigung) und „unklaren Fällen“ („anderes“) unterschieden.
- Die hauptsächliche derzeitige Einkommensquelle umfasst das reguläre Einkommen (Einkommen durch Arbeitstätigkeit/Stipendium, Altersrente),

Einkommen aus Sozialleistungen (EU-/BU-Rente, Krankengeld, Arbeitslosengeld I und II, BAföG), Unterstützung durch Verwandte oder Fremdeinkommen (Verwandte, Unterhaltszahlungen, anderes Fremdeinkommen) sowie nicht näher definierte Einnahmen (teils, teils, Sonstiges) (Jans, 2014).

6.5.2. Explorative und deskriptive Analyse

Der nächste Schritt bestand in der Testung auf Normalverteilung der Ergebnisse von den OPD-Gesamt- und Subskalen Werten sowie der RS-25-Gesamt und Subskalenwerte. Die Testungen wurden durchgeführt mittels Graph (Histogramm), Kolmogorow-Smirnof-Test und Shapiro-Wilk-Test. Relevant für die Interpretation beider Tests sind hierbei die Ergebnisse der „Signifikanz“-Spalte. Je kleiner dieser Wert ist, desto unwahrscheinlicher ist eine Normalverteilung. Anhand der Graphik ließ sich im Sichtvergleich mit einer Normalverteilung (also mit einer symmetrischen eingipfligen Glockenkurve) ebenfalls eine Normalverteilung abschätzen.

Zur weiteren Überprüfung der Normalverteilung wurden nun Extremgruppen der OPD-Gesamtwerte gebildet. Es wurde einmal mit dem oberen Drittel der OPD-Gesamtwerte und den Mittelwerten der RS-25, und mit dem unteren Drittel der OPD-Gesamtwerte und den Mittelwerten der RS-25, ein T-Test durchgeführt. Die Nullhypothese hierbei lautete: Es besteht kein Unterschied zwischen den Mittelwerten der RS-25, bezogen auf die OPD-Extremgruppenwerte. Ist hierbei der Signifikanzwert des Levene-Tests nicht signifikant, kann eine Varianzgleichheit angenommen werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung des T-Tests. Ist dann wiederum der Signifikanzwert für das Ergebnis unter dem Wahrscheinlichkeitswert ($p < 0,05$), kann die Nullhypothese abgelehnt werden. Dies spricht dann für eine Normalverteilung der Werte und ist eine gute Voraussetzung für die Korrelationsanalyse.

6.5.3 Korrelationsanalyse

Da die Ergebnisse des T-Tests auf eine Normalverteilung hinwiesen, wurde als nächstes eine Korrelationsanalyse zwischen den OPD-Gesamtwerten und den RS-25 Gesamtwerten sowie jeweils deren Subskalen durchgeführt. Hierfür wurden ein Streudiagramm, die lineare Korrelationslinie sowie der Spearmans Korrelationskoeffizient verwendet.

Anhand des Streudiagramms und der Korrelationslinie lassen sich die Werte und deren Zusammenhang miteinander graphisch erkennen. Für eine gute Korrelation sollte die Korrelationslinie eine positive oder negative Steigung aufweisen. Einen genauen Wert für die Korrelation erhält man mit dem Spearman Korrelationskoeffizienten. Dieser Wert kann von -1 bis 1 reichen. Je näher er entweder -1 oder 1 erreicht, umso besser ist die Korrelation. Der Wert 0 weist auf keine Korrelation hin. Die Verwendung des Spearman Koeffizienten anstelle des Pearson Koeffizienten kann mit der nicht vorhandenen Normalverteilung der Subskala „Selbstwahrnehmung“ (OPD) und „Akzeptanz“ (RS-25) begründet werden.

Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen den RS-25 Gesamt-/ Subskalenwerten und den erhobenen Y-Bocs Anfangswerten untersucht. Hierfür wurde ebenfalls eine Korrelationsanalyse mittels Streudiagramm, Korrelationslinie und dem Spearman Korrelationskoeffizient durchgeführt.

7. Ergebnisse

7.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe

7.1.1 Soziodemographische Merkmale

Die untersuchte Stichprobe der stationär in der Psychosomatischen Klinik Windach behandelten Patienten mit Zwangssymptomatik (Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen) umfasste 75 Fälle aus dem Zeitraum Ende Januar 2014 bis Mitte Dezember 2014. Die genauen Daten zur Beschreibung der Patientenstichprobe sind in folgender Tabelle zu erkennen:

Tabelle 5: Patientenangaben im Überblick

Patientenmerkmale	N	Prozent bzw. Mittelwert (SD)
<i>Geschlecht*</i>		
Frauen	44	58,7%
Männer	31	41,3%
<i>Alter in Jahren**</i>	2421	33,4 (13,45)
<i>Nationalität*</i>		
deutsch	71	94,7%
andere	4	5,3%
<i>Wohnsituation*</i>		
alleinlebend	22	29,3%
nicht alleinlebend	52	69,3%
<i>Partnersituation*</i>		
kein Partner	38	50,7%%
fester Partner	37	49,3%
<i>Kinder*</i>		
ja	11	14,7%
nein	64	85,3%
<i>Schulbildung*</i>		
bis Hauptschule	16	21,3%
mittlerer Abschluss	20	26,7%
Gymnasium/Abitur	38	50,7%

<i>Erwerbsstatus*</i>		
erwerbstätig (Voll- oder Teilzeit)	31	41,3%
berentet, arbeitslos, Hausfrau/-mann	37	49,3%
unklar	3	4%
<i>Einkommensart*</i>		
Regulär (inkl. Altersrente)	29	38,7%
aus Sozialleistungen	20	26,6%
verwandte/fremdeinkommen	21	28%
unklar	4	5,3%

* Anteil in Prozent; ** Mittelwert (Standardabweichung)

7.2. Explorative und deskriptive Analyse

Die Testung auf eine Normalverteilung der gesammelten Daten erfolgte zunächst mithilfe des Kolmogorow-Smirnof-Tests, des Shapiro-Wilk-Tests sowie eines Histogramms. Zunächst wurden die Gesamtwerte auf ihre Verteilung geprüft.

Tabelle 6: Test auf Normalverteilung "OPD Gesamt"

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	Df	Sig.
OPD-Gesamt	,076	75	,200*	,987	75	,655

*Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

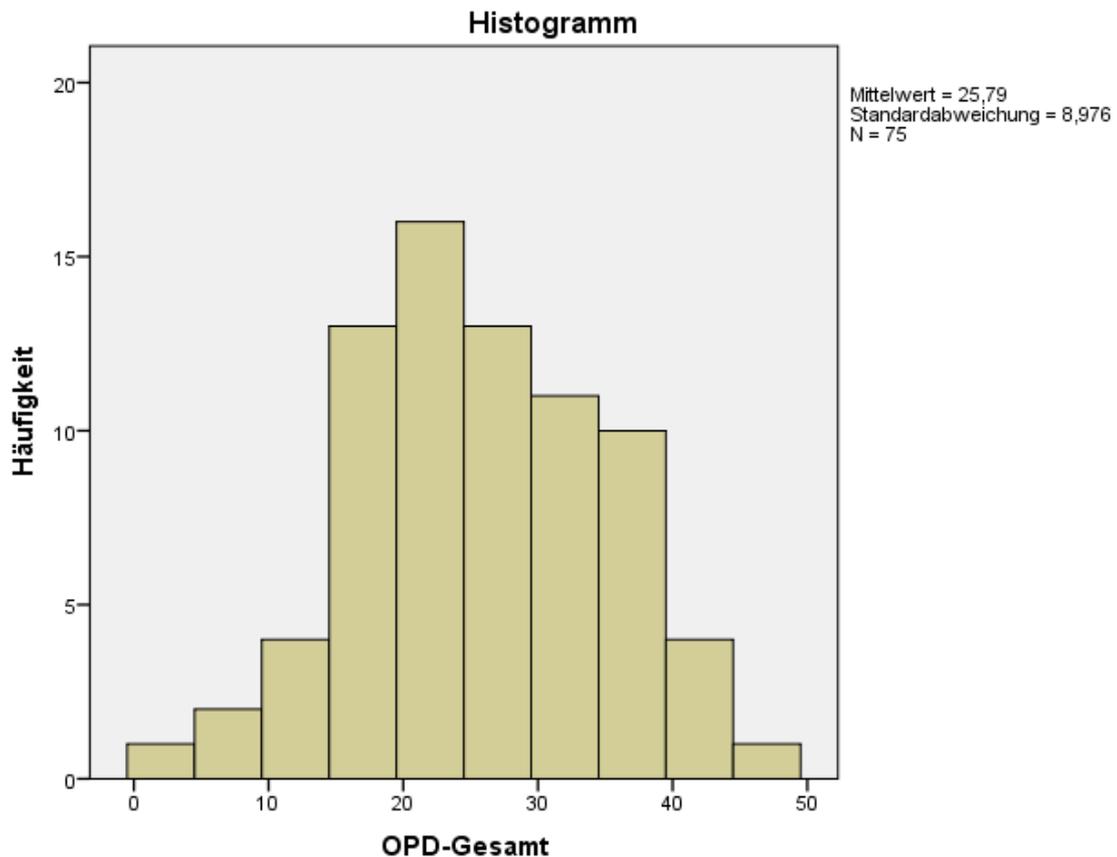


Abbildung 1: Normalverteilung OPD-Gesamtwerte

Da die Signifikanzwerte des Kolmogorow-Smirnof-Tests ebenso wie die Signifikanzwerte des Shapiro-Wilk-Tests höhere Werte als 0,05 aufweisen, spricht das für eine Normalverteilung der Ergebnisse. Dies lässt sich gut in dem obenstehenden Histogramm erkennen.

Dasselbe Verfahren wurde für die 3 Subskalen des OPD-SFKs angewendet. Von ihnen verhielten sich „Beziehung“ und „Kontaktgestaltung“ normalverteilt, die Subskala „Selbstwahrnehmung“ wies allerdings keine Normalverteilung auf.

Tabelle 7: Normalverteilung der OPD-Subskalen im Überblick

Subskala des OPD-SFK	Kolmogorow-Smirnow-Test (Signifikanzwert)	Shapiro-Wilk-Test (Signifikanzwert)	Normalverteilung ja/nein
Beziehung	0,067	0,063	Ja
Kontaktgestaltung	0,200	0,495	Ja
Selbstwahrnehmung	0,025	0,009	Nein

Als nächstes wurden die Gesamtwerte der RS-25 sowie deren Subskalen „Kompetenz“ und „Akzeptanz des Selbst“ auf Normalverteilung geprüft. Das Verfahren glich dem oben Erwähnten.

Tabelle 8: Test auf Normalverteilung der RS-25 Gesamtwerte

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	Df	Sig.	Statistik	Df	Sig.
RS25-Gesamt	,059	75	,200*	,989	75	,774

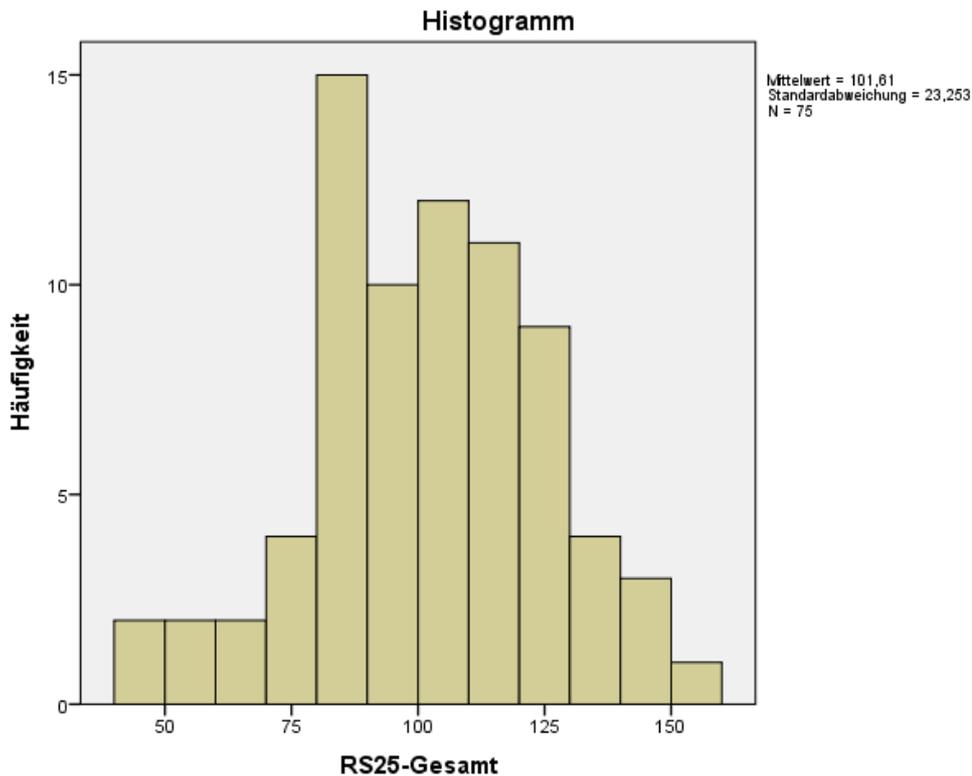


Abbildung 2: Normalverteilung RS-25 Gesamtwerte

Mit diesen Werten sind die Gesamtwerte der RS-25 normalverteilt.

Dies zeigte sich auch bei der Auswertung der 2 dazugehörenden Subskalen:

Tabelle 9: Normalverteilung der RS-25 Subskalen im Überblick

Subskala der RS-25	Kolmogorow-Smirnow-Test (Signifikanzwert)	Shapiro-Wilk-Test (Signifikanzwert)	Normalverteilung Ja/Nein
Kompetenz	0,200	0,077	Ja
Akzeptanz	0,031	0,159	Ja

Bei der Testung der Subskala „Akzeptanz des Selbst“ ergab der Kolmogorow-Smirnow-Test einen sehr niedrigen Signifikanzwert, im Gegensatz zum Shapiro-Wilk Test. Dennoch kann in diesem Fall nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden, wie auch das Histogramm zeigt.

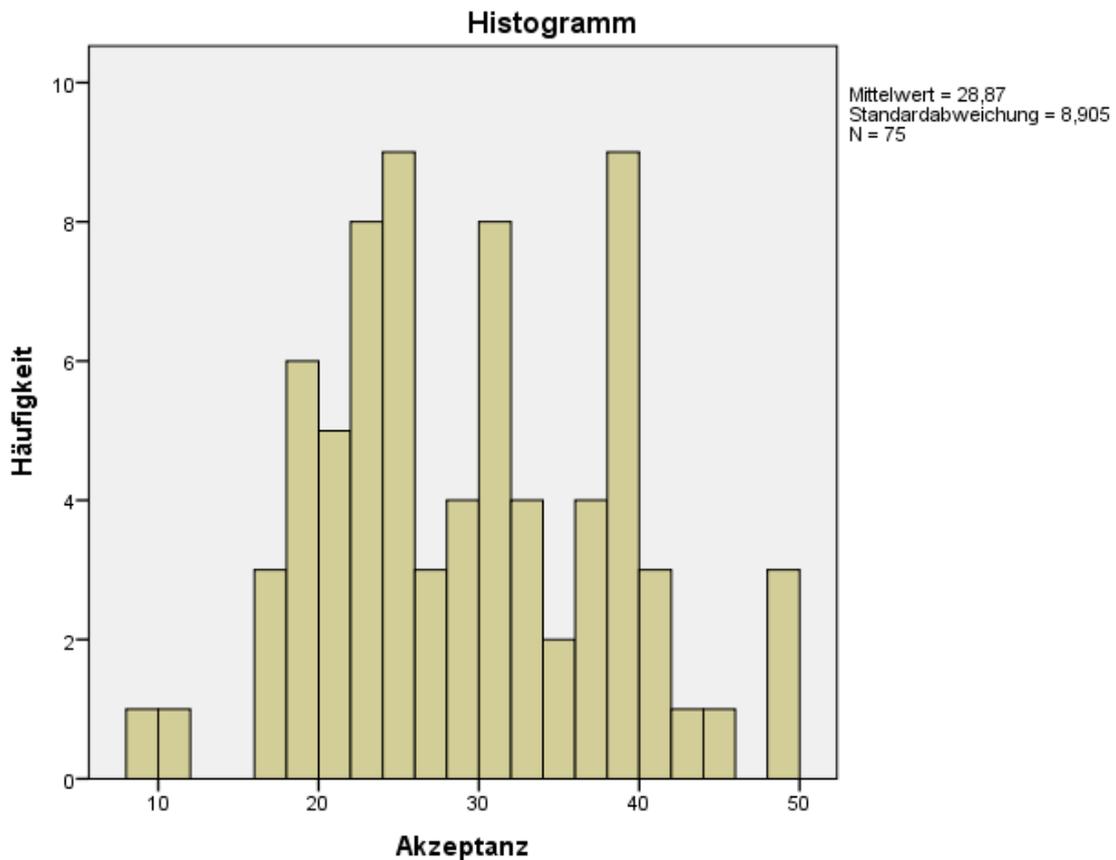


Abbildung 3: Normalverteilung der Subskala "Akzeptanz"

Da zwei Subskalen keine Normalverteilung aufwiesen, wurden im Korrelationsverfahren anstelle des Pearson Korrelationskoeffizienten der Spearman Korrelationskoeffizient verwendet.

7.2.1 T-Test

Zur weiteren Testung der Normalverteilung wurde ein T-Test durchgeführt. Hierfür wurden Extremgruppen (das obere und das untere Drittel) der OPD-Gesamt-Daten gebildet. Nun ließ sich ein T-Test für unabhängige Stichproben durchführen. Als weitere Variable wurden die RS-25 Gesamtwerte genommen. Die Nullhypothese (H0) lautete: „Es besteht kein Unterschied zwischen den Mittelwerten der RS-25 in den OPD-Extremgruppen“. Da der Test die Normalverteilung der Daten bestätigen sollte, musste hierfür die H0 abgelehnt werden.

Tabelle 10: Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
		F	Sig.	T	Df
RS25-Gesamt	Varianzgleichheit angenommen	,106	,746	3,257	53
	Varianzgleichheit nicht angenommen			3,268	51,939

Der Levene-Test testet ob die Varianzgleichheit, eine Voraussetzung für den T-Test, vorhanden ist. Ist der Test nicht signifikant, liegt eine Varianzgleichheit vor und der T-Test kann angenommen werden. Dies war, wie in der „Signifikanz-Spalte“ erkennbar ist, der Fall. Somit konnten nun die Ergebnisse in der Zeile „Varianzgleichheit angenommen“ verwenden werden.

Tabelle 11: Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz
RS25-Gesamt	Varianzgleichheit angenommen	,002	18,712	5,744
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,002	18,712	5,725

Da sich ein signifikantes Ergebnis ergab ($p=0,02$, also $p<=0,05$), konnte die Nullhypothese abgelehnt werden. Es besteht also ein signifikanter Unterschied der RS-25 Gesamtwerte bezogen auf die OPD-Extremgruppen. Dies spricht für eine Normalverteilung der Daten. Die genauen Werte sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 12: Gruppenstatistik

OPD Extrem	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
RS25-Gesamt unteres Extrem	27	107,93	19,259	3,706
oberes Extrem	28	89,21	23,090	4,364

Die Patientenanzahl in den jeweiligen Dritteln war mit 27 (unteres Drittel) bzw. 28 (oberes Drittel) nahezu gleich. Die Mittelwerte der RS-25 Gesamtergebnisse betragen 107,93 (unteres Drittel) bzw. 89,21 (oberes Drittel) und sind somit eindeutig unterschiedlich. Dies ist ein weiterer Hinweis auf eine Normalverteilung der Daten.

7.3. Korrelationsanalyse

Da der Großteil der Daten normalverteilt war, wurde als nächstes eine zweiseitige Korrelationsanalyse durchgeführt. Zunächst wurden die Gesamtwerte des OPD-SFKs und der RS-25 mit einem Streudiagramm und einer Korrelationslinie auf einen Zusammenhang geprüft:

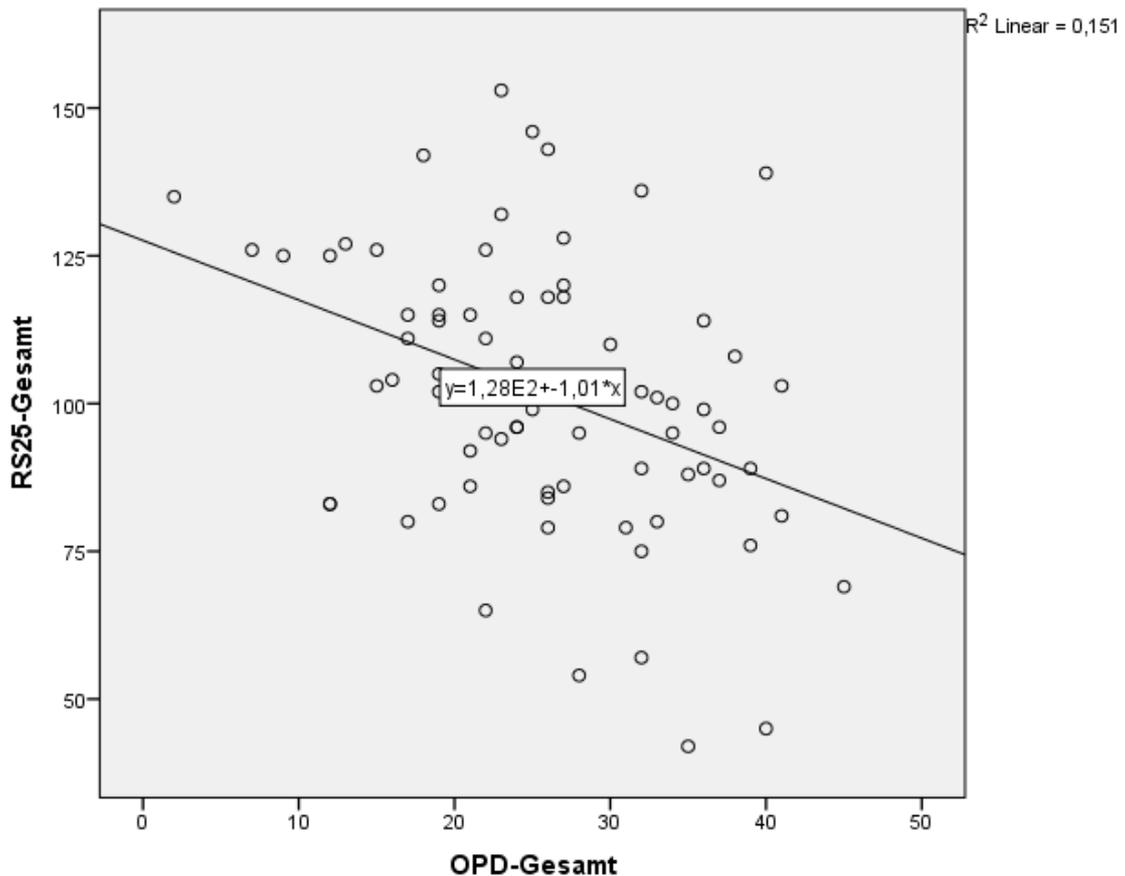


Abbildung 4 : Korrelationsanalyse RS-25-Gesamt und OPD-Gesamt

Die negative Steigung der Linie lässt sich dadurch erklären, dass hohe Werte der RS-25 auf eine hohe Resilienzausprägung hinweisen. Hohe Werte bei dem OPD-SFK deuten hingegen auf ein niedriges Strukturniveau hin.

Als Korrelationskoeffizienten wurde der Spearman Koeffizient gewählt. Dieser wies ein signifikantes Ergebnis von -0,371 auf.

Tabelle 13: Korrelationen der Gesamtwerte

			OPD- Gesamt	RS25- Gesamt
Spearman- Rho	OPD- Gesamt	Korrelationskoeffizient	1,000	-,371**
		Sig. (2-seitig)	.	,001
		N	75	75
	RS25- Gesamt	Korrelationskoeffizient	-,371**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,001	.
		N	75	75

Die nächsten Schritte bestanden in der Korrelationsanalyse der Subskalen beider Fragebögen miteinander. Hierbei ergaben sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 14: Korrelationsergebnisse der Subskalen beider Fragebögen miteinander

	Spearman Korrelations- koeffizient Akzeptanz	Spearman Korrelations- koeffizient Kompetenz	Signifikant Ja/Nein
Kontakt	-0,448 (p=0,000)	-0,397 (p=0,000)	Ja
Selbstwahrnehmung	-0,464 (p=0,000)	-0,356 (p=0,002)	Ja
Beziehung	-0,158 (p=0,177)	0,048 (p=0,681)	Nein

Wie zu erkennen ist, wurden in fast allen Fällen signifikante (da der p-Wert meistens kleiner als 0,05 ist) und deutliche Korrelationen festgestellt. Nur die OPD-SFK Subskala „Beziehung“ ergab in der Korrelation mit beiden Subskalen der RS-25 keine signifikanten Ergebnisse (Graphiken und genauere Ergebnisse siehe Anhang).

Die Nebenhypothese, dass ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung einer Zwangsstörung, gemessen mit dem Y-Bocs, und dem Resilienzniveau bestehe, wurde ebenfalls mit einem Streudiagramm, einer linearen Korrelationslinie sowie dem Spearman Korrelationskoeffizienten überprüft. Zunächst wurden die RS-25-Gesamtwerte mit den Gesamtwerten der Y-Bocs korreliert:

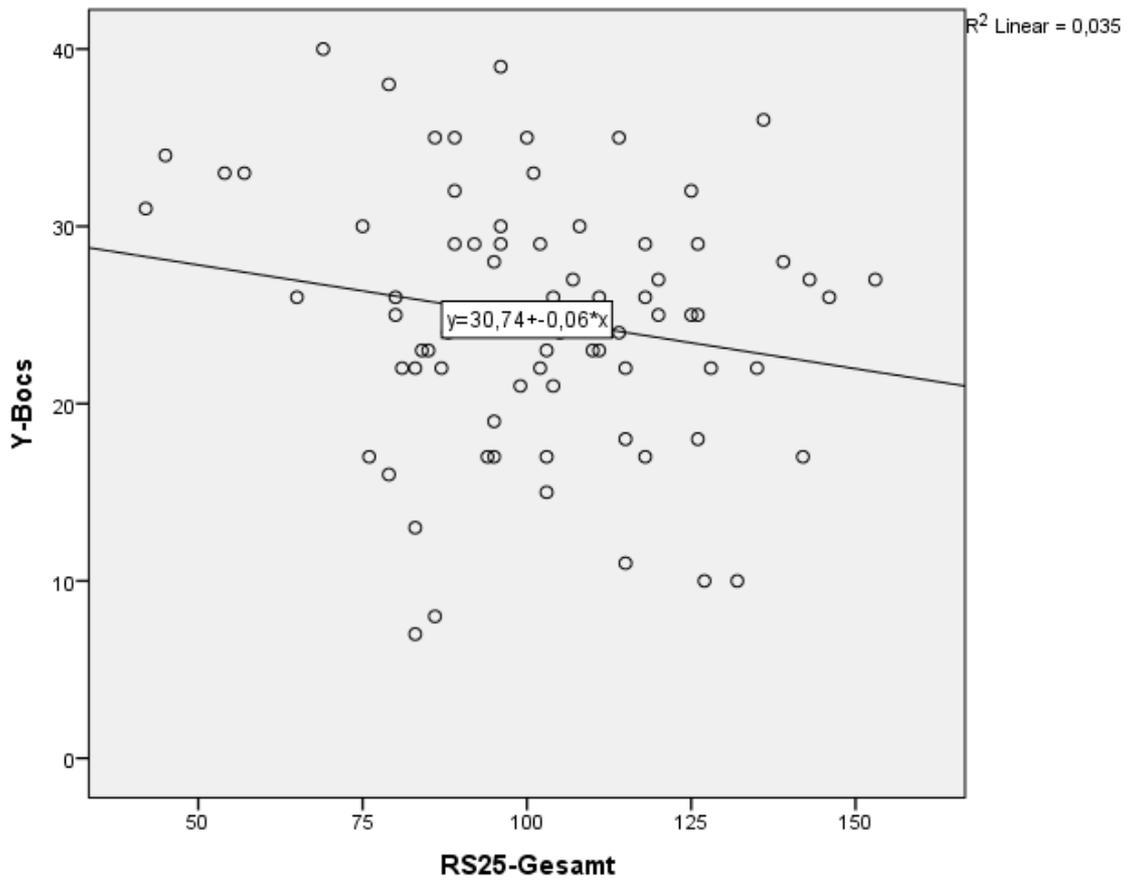


Abbildung 5: Korrelationsanalyse Y-Bocs-Gesamtwerte und RS-25-Gesamtwerte

Tabelle 15: Korrelationen Y-Bocs-Gesamtwerte und RS-25-Gesamtwerte

			RS25-Gesamt	Y-Bocs
Spearman-Rho	RS25-Gesamt	Korrelationskoeffizient	1,000	-,146
		Sig. (2-seitig)	.	,211
		N	75	75
	Y-Bocs	Korrelationskoeffizient	-,146	1,000
		Sig. (2-seitig)	,211	.
		N	75	75

Das Ergebnis war mit $p=0,211$ nicht signifikant. Ähnlich verhielt es sich mit den Ergebnissen beider Subskalen der RS-25 („Akzeptanz“ und „Kompetenz“) und dem Y-Bocs-Gesamtwert:

Tabelle 16: Korrelationsergebnisse Y-Bocs-Gesamtwert mit beiden Subskalen der RS-25

	Spearman-Korrelationskoeffizient Y-Bocs-Gesamtwert	Signifikant Ja/Nein
Akzeptanz	-0,160 ($p=0,169$)	Nein
Kompetenz	-0,79 ($p=0,501$)	Nein

Somit besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Stärke der Zwangsausprägung und der Ausprägung von Resilienz.

8. Diskussion

8.1 Zusammenfassung

Zur Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen Persönlichkeitsstruktur und Resilienz wurden, von Patienten ausgefüllte Fragebögen ausgewertet und diese Ergebnisse miteinander korreliert. Bei den Fragebögen handelte es sich um die Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) sowie die Resilienz-Skala (RS-25) von Wagnild & Young. Aufgrund einer besseren Stichprobenhomogenität bestand die untersuchte Kohorte aus 75 Zwangspatienten der Psychosomatischen Klinik Windach. Die Korrelationsanalyse ergab einen Zusammenhang der Gesamtwerte ($r = -0,371$, $p = 0,001$). Um eine detailliertere Aussage zu bekommen, wurden die 3 Subskalen des OPD-SFKs jeweils mit den 2 Subskalen der RS-25 verglichen. Hierbei zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen: „Kontakt“ (OPD-SFK) & „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (RS-25) ($r = -0,448$, $p < 0,05$), „Kontakt“ & „Persönliche Kompetenz“ (RS-25) ($r = -0,397$, $p < 0,05$), „Selbstwahrnehmung“ (OPD-SFK) & „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ ($r = -0,464$, $p < 0,05$), „Selbstwahrnehmung“ & „Persönliche Kompetenz“ ($r = -0,356$, $p < 0,002$). Nicht

signifikante Ergebnisse ergaben sich zwischen der Subskala „Beziehung“ (OPD-SFK) & „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (RS-25) ($r = -0,158$, $p = 0,177$) sowie „Beziehung“ & „Persönliche Kompetenz“ ($r = 0,048$, $p = 0,68$).

Somit konnte die Haupthypothese, nämlich, dass ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur und Resilienz besteht, bestätigt werden. Die Konzepte weisen demnach ein hohes Maß an Ähnlichkeit auf, welche sich vor allem auf die Subskalen „Kontakt“ und „Selbstwahrnehmung“ (OPD) mit den Subskalen „Persönliche Kompetenz“ und „Akzeptanz“ (RS-25) stützen. Unterschiede der Konzepte lassen sich in der Subskala „Beziehung“ (OPD) verglichen mit „Persönliche Kompetenz“ und „Akzeptanz“ finden.

Zusätzlich wurde ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Zwangsstörung, gemessen mit der Y-Bocs (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) und Resilienz, geprüft. Es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse ($r = -0,146$, $p = 0,211$). Die Nebenhypothese, dass ein Zusammenhang zwischen Resilienz und Zwangsausprägung bestehe, ließ sich somit nicht bestätigen.

8.2 Diskussion der Methodik

Für die vorliegende Arbeit wurden Routinedaten ausgewertet: Psy-Bado und Y-Bocs sowie zwei, zu Beginn des Klinikaufenthaltes ausgeteilte, Fragebögen. Das Haupt-Einschlusskriterium der Stichprobe war die gesicherte Diagnose der Zwangsstörung (F42). Durch dieses Kriterium konnte die benötigte Stichprobenhomogenität gewährleistet werden. Die Wahl der Diagnose lässt sich, wie schon erwähnt, durch das vergleichsweise eindeutig definierte und oft ähnlich ausgeprägte Krankheitsbild erklären (siehe Kap.6.2.2). Aufgrund der Stichprobengröße von 75 Patienten ist die statistische Aussagekraft der Studie als nicht sehr stark einzuschätzen. Da es aber nur wenige Studien mit über 50 Zwangspatienten gibt, bekommt die vorliegende Untersuchung einen anderen Stellenwert.

Die Wahl des Fragebogens OPD-SFK lässt sich mit dem, dahinterstehenden viel beforschten Persönlichkeitsstruktur-Konzept begründen. Der Fragebogen zeigte in einigen Studien gute psychometrische Werte (Ehrenthal et al., 2015). Außerdem gewinnt das Konzept der Persönlichkeitsstruktur nach OPD vor dem Hintergrund der erwarteten neuen Ausgabe des ICD-11, eine größere Relevanz.

Die ICD-11 soll voraussichtlich 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet werden. Über den Zeitpunkt der Einführung in Deutschland ist momentan noch keine Aussage möglich (o.V., 2018). Für die momentane Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 ist die Erhebung des Strukturniveaus noch nicht erforderlich, wird allerdings häufig zur Einschätzung des Schweregrads verwendet. Im ICD-10 ist die Persönlichkeitsstörung als solche unter Punkt F60 zu finden. Patienten mit Persönlichkeitsstörung haben oft ein niedrigeres Strukturniveau als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (Zimmermann et al., 2012). Allerdings kann auch ein Mensch mit relativ gutem Strukturniveau eine Persönlichkeitsstörung haben, denn das Strukturniveau gibt Auskunft über die Fähigkeiten der Regulation des Selbst- und Objektbezugs der betreffenden Person. Die betroffene Person kann z.B. sehr zwanghaft (anankastisch) sein, auf der anderen Seite aber in der Lage sein, Beziehungsprobleme oder andere Schwierigkeiten gut regeln zu können. So zeigte sich in einer Studie von Doering et al. (2014), dass das Strukturniveau zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen variiert. Patienten mit einer antisozialen, narzisstischen, histrionischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung wiesen ein niedrigeres Strukturniveau auf als Patienten mit einer vermeidenden, dependenten oder zwanghaften Persönlichkeitsstörung (Doering et al., 2014). Somit stellt das momentane Strukturniveau selbst keine Krankheit nach ICD-10 dar, sondern „steht jeweils dahinter“, ist also entsprechend als ein Vulnerabilitätsfaktor zu verstehen. Im zukünftigen ICD-11 wird mithilfe des Strukturniveau-Modells eventuell schon eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden können (Berberich & Zaudig, 2015). In der schon erschienenen neuen Ausgabe des DSM-V wurde zur Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen ein neues alternatives Vorgehensmodell aufgeführt. Dieses beinhaltet die sog. LPFS (Levels of Personality Functioning Scale), die in einigen Untersuchungen Übereinstimmungen zum Persönlichkeitsstrukturkonzept nach OPD aufwies (Berberich, 2014; Zimmermann, 2014). Somit ist eine Verwendung des OPD Struktur-Konzeptes in der zukünftigen deutschen Version des ICD-11 wünschenswert und dadurch die Beforschung von großem Interesse. Ein Vorteil des verwendeten Fragebogens OPD-SFK liegt in seiner Kürze, die das Ausfüllen des Fragebogens für den Patienten erleichtert. Des Weiteren ist er durch die Bildung von Summen, anstelle von Mittelwerten, leichter auszuwerten als die Vollversion des OPD-SF (Ehrenthal et al., 2015). Natürlich kann der

verwendete Fragebogen das differenzierte Profil welches mit der Langversion und dem klinischen OPD-Interview gewonnen werden kann, nicht ersetzen. Er ermöglicht vielmehr ein globales Screening, welches für unsere Forschungszwecke aber ausreichend war (Ehrenthal, 2014). In der Literatur werden Folgestudien zur Erhebung von Normwerten, zur Überprüfung der Faktorenstruktur in unabhängigen Stichproben, zur Kreuzvalidierung mit etablierten Instrumenten sowie der Anwendung in der klinischen Praxis als erforderlich betrachtet (Ehrenthal et al., 2015).

Die Verwendung der Resilienzskala 25 in unserer Studie lässt sich mit ihrem häufigen Einsatz in internationalen Studien, der besonders durch die zahlreichen Übersetzungen (www.resiliencescale.com) ermöglicht wurde, begründen. Die RS-25 stellt einen der wenigen Fragebögen dar, welcher Resilienz direkt misst und nicht von indirekten Faktoren, wie von außenstehende Unterstützung etc., abhängig ist. Außerdem stellt sie mit 25 Fragen einen, vergleichsweise kurzen und somit leichter ausfüllbaren, Fragebogen dar. In der Literatur zeigen sich viele unterschiedliche Definitionen des Resilienzkonstrukts. Da von den meisten Autoren Resilienz als keine stabile Eigenschaft, sondern eine von vielen, auch äußeren Faktoren abhängige Fähigkeit angesehen wird, ist das Resilienzkonstrukt der Resilienzskala durchaus als kritisch anzusehen. Die deutsche Version der Skala definiert Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal (Trait): „als stabile Fähigkeit zur Modulation und Kontrolle der eigenen affektiven Befindlichkeit und zur ausgewogenen und adäquaten Anpassung an Belastungen“ (Leppert et al., 2013). Ein bekanntes Beispiel in welchem Resilienz nicht als Trait definiert wird, stellt die Hawai- Studie von Emmy Werner dar (siehe Kap. 2.2.2). Bei ihrer Langzeit-Studie zeigten sich viele äußere Faktoren, wie z.B. wichtige Bezugspersonen, die zu dem „resilienten Verhalten“ der Betroffenen beitrugen. Dies verdeutlicht die unterschiedlichen Auffassungen von Resilienz und wirft die Frage auf, was die RS-25 tatsächlich misst und ob die zugrundeliegende Definition wirklich als Resilienz zu bezeichnen ist

8.3 Diskussion der Ergebnisse

In der statistischen Auswertung ergab sich ein mäßiger negativer Zusammenhang ($r = -0,371$, $p = 0,001$) zwischen den Gesamtwerten des OPD-SKF und den Gesamtwerten der RS-25. Die Negativität lässt sich durch die

gegenläufigen Auswertungen der Fragebögen beantworten. Die Items der RS-25 sind so formuliert, dass die Testpersonen ihre Stärken bewerten müssen (z.B.: „Ich mag mich“ oder „Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen“). Der OPD-SFK lässt hingegen die Schwächen bewerten (z.B.: „Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen“ oder „Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein“). Ob diese Tatsache einen Einfluss auf das Ergebnis hat, ist unklar und sollte in anderen Studien untersucht werden. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies: Je höher die Werte des OPD-SFK, umso niedriger das Strukturniveau und je höher die Werte der RS-25, umso stärker die Resilienzausprägung. Somit zeigt die vorhandene Korrelation, dass niedrig strukturierte Patienten ein geringes Maß an Resilienz besitzen und hoch strukturierte eine starke Resilienzausprägung. Das Ergebnis bestätigte somit unsere Erwartung, dass die beiden Fragebögen etwas Ähnliches messen. Die sich daraus ergebende Frage ob Resilienz – gemessen mit dem RS-25 - doch etwas wie das Strukturniveau ist, lässt sich also mit Einschränkungen positiv beantworten. Allerdings ergab das Ergebnis des Korrelationskoeffizienten nur einen mäßig starken Zusammenhang.

Als nächstes galt es daher die vorhandenen Unterschiede herauszufinden. Hilfreich hierbei waren die Ergebnisse der Korrelationsanalysen der Subskalen. Es fiel auf, dass die zwei Subskalen „Kontakt“ und „Selbstwahrnehmung“ des OPD-SFK, sogar höher als das Korrelationsergebnis der Gesamtwerte, mit beiden Subskalen der RS-25, „Persönliche Kompetenz“ und „Akzeptanz des Lebens und des Selbst“, zusammenhingen. Nur die Subskala „Beziehung“ erzielte in der Korrelationsanalyse mit beiden Subskalen der RS-25 keine signifikanten Werte. Somit lässt sich ein entscheidender Unterschied der Fragebögen und der dahinterstehenden Konzepte in den Fragen der Beziehungssubskala vermuten. Die Subskala „Beziehung“ erfragt die Erfahrungen mit anderen und die subjektiven Schlussfolgerungen daraus (z.B. „Wenn man Andere zu nah an sich heranlässt, kann das gefährlich werden“ oder „Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte“). Die vier Items der Subskala „Beziehung“ erfassen die Eigenschaften „Internalisierung“, „Introjekte nutzen“, „Selbst-Objekt-Differenzierung“ und „realistische Objektwahrnehmung“ (Arbeitskreis OPD, 2009). Bei genauerer Betrachtung der 4 „Beziehungs“-Items fällt auf, dass sie alle wie allgemeine Aussagen formuliert sind (z.B.: „Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben“). Dies unterscheidet sie

einerseits von den anderen Fragen des OPD-SFK sowie von denen der RS-25. Die anderen Items weisen in ihren Formulierungen weniger Allgemeinheit auf und beziehen sich mehr auf das eigene Erleben. Es ist denkbar, dass dadurch die Patienten beeinflusst werden, da sie die allgemeiner formulierten „Beziehungs“-Items eher kognitiv beantworten und dadurch z.B. höhere Werte in dieser Subskala erzielen. Dieser Unterschied könnte einer der Gründe für den nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen der Subskala „Beziehung“ (OPD-SFK) und den Subskalen der RS-25 sein. Ein weiterer, weniger formaler Unterschied, lässt sich auf inhaltlicher Ebene finden. Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass die Fragen der RS-25 alle vom „ich“ ausgehen, also stark selbstzentriert sind. Die Fragen des OPD-SFK weisen allerdings Fragen mit unterschiedlichen Schwerpunkten auf. So finden sich vor allem in der „Beziehungs“-Subskala interpersonelle, also die Geschehnisse zwischen mindestens zwei Personen betreffende, Fragen. Dieser inhaltliche Unterschied könnte auch ein entscheidender Grund für den nur mäßigen Zusammenhang der Gesamtwerte sein.

Der Zusammenhang zwischen den Gesamtwerten der Y-Bocs und der RS-25 ergab kein signifikantes Ergebnis. In einer ähnlichen Arbeit von Rossmann zum Zusammenhang von Y-Bocs und OPD-SFK zeigte sich eine gering signifikante Korrelation zwischen den Y-Bocs Werten und den Werten des OPD-SFK (Rossmann, personal communication). Aufgrund der unterschiedlich ausfallenden Ergebnisse von OPD-SFK und RS-25 hinsichtlich der Y-Bocs Werte, lässt sich die Zwangsstörung als Konfounder für die Haupthypothese ausschließen. Somit ist das Ergebnis einerseits stützend für die Hypothese bezüglich des Zusammenhangs zwischen Strukturniveau und Resilienz, andererseits stellt sich die Frage weshalb die Ausprägung der Zwangsstörung nicht mit der Resilienzausprägung korreliert. Da in anderen Studien die Resilienzausprägung mit der physiologischen, kardiovaskulären, neurologischen und psychologischen Erholung korrelierte (Leppert et al., 2013), ist es überraschend, dass kein Zusammenhang zwischen Zwangsausprägung und Resilienz gefunden wurde. Ebenso könnte man erwarten, dass die getesteten Eigenschaften der RS-25 (Eigenständigkeit, Unabhängigkeit, Bestimmtheit, Unbesiegbarkeit, Beherrschung, Findigkeit, Ausdauer, Anpassungsfähigkeit, Balance, Flexibilität, Fähigkeit zum Perspektivwechsel) bei Zwangspatienten geringer ausgeprägt sind. Da die Ergebnisse jedoch keinen Zusammenhang

zeigten, scheint die RS-25 nicht geeignet für Aussagen über die Anfälligkeit von psychischen Achse-I Störungen (nach DSM-IV) zu sein. Es wurde allerdings auch nur der Anfangswert der Y-Bocs verwendet. Da somit lediglich die Zwangsausprägung zu Beginn der Therapie bekannt ist, lässt sich nicht sagen, wie schnell sich die Y-Bocs-Werte der Patienten änderten. Da die Ätiopathogenese der Zwangserkrankung auch neurologische Defizite beinhaltet (Zaudig et al., 2002), ist denkbar, dass die Ausprägung der Zwangserkrankung zunächst unabhängig von der Resilienz auftritt. Es ist vorstellbar, dass sich über den gesamten Krankheitsverlauf ein Zusammenhang zeigen würde.

Die Tatsache, dass die Ergebnisse des OPD-Fragebogens mit denen der Y-Bocs korrelieren, nicht jedoch die der RS-25, bedeutet, dass Resilienz als Konstrukt weiter entfernt von der Zwangsstörung ist. Demnach lässt sich das getestete Resilienzkonstrukt als ein allgemeiner Gesundheitsfaktor sehen, der aber keine Aussage über den Schweregrad einer Achse-I Störung oder dessen Verarbeitung erlaubt. Hier scheint der OPD-Fragebogen näher an der Erfassung der Achse-I Störungen zu sein. Eine Erklärung warum die RS-25 „klinikferner“ als der OPD-SFK ist, könnte, wie schon erwähnt, in den Formulierungen der Fragen liegen. Es fällt auf, dass die Fragen der RS-25 überwiegend intrapsychische Vorgänge abfragen, wie auch im Artikel von Leppert et al. beschrieben ist: „Das Konzept der Trait-Resilienz eröffnet eine nicht-pathologisierende Sichtweise auf intrapsychische Ressourcen, in der die Dimensionen des „Resilienz-Kerns“ in entsprechenden therapeutischen Interventionen Beachtung finden können“ (Leppert et al., 2013, S.55). „Intrapsychisch“ wird im Duden wie folgt definiert: „innerhalb der eigenen Psyche stattfindend, sich abspielend“ ("Duden", op. 2013). Beispiele für intrapsychische Fragen der RS-25 sind demnach die Fragen 6: „Ich bin stolz auf das, was ich schon geleistet habe“, Frage 8: „Ich mag mich“ und Frage 10: „Ich bin entschlossen“. Der OPD-SFK hingegen beinhaltet interpersonelle und intrapsychische Fragen. „Interpersonell“ bedeutet: „zwischen zwei oder mehreren Personen [ablaufend], zwei oder mehrere Personen betreffend“ ("Duden", op. 2013). In diesem Sinne lässt sich der Großteil der interpersonellen Fragen des OPD-SFKs in der Subskala „Beziehung“ finden: z.B. Frage 3: „Wenn man Andere zu nah an sich heranlässt, kann das gefährlich werden“, Frage 7: „Wenn Andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet“, Frage 9: „Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte“ und Frage 12: „Meine

Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.“ Da die „Beziehungs“-Subskala als einziges nicht mit den Subskalen der RS-25 korrelierte, passt die genannte Beobachtung zu dem Ergebnis. Ein entscheidender Unterschied beider Fragebögen könnte somit an den vermehrten intrapsychischen Fragen der RS-25 und den dadurch nicht korrelierenden interpersonellen Fragen der „Beziehungs“-Subskala liegen. Die intrapsychische „Einseitigkeit“ der RS-25 könnte auch ein Grund für den nicht vorhandenen Zusammenhang der RS-25 und der Y-Bocs sein. Somit scheint der OPD-SFK, der mit seinen Fragen beide Bereiche abdeckt, besser für den klinischen Einsatz geeignet.

Die hohe Korrelation der Subskalen „Selbstwahrnehmung“ und „Kontakt“ mit den Subskalen der RS-25 wirft die Frage auf, ob die Konstrukte in diesem Falle dasselbe messen. Im gleichen Zusammenhang kann man die provokante Frage nach dem Nutzen der RS-25 und dem dahinterstehenden Resilienzkonstrukt stellen, und was der bestehende Unterschied der Konstrukte für die klinische Verwendung bedeutet. In einem Artikel schrieb Leppert et al. zur Verwendung des Resilienzkonzeptes: „Zur Frage, wie resilient Resilienz, ist, ergibt sich eine zwiespältige Antwort. Einerseits wird das Resilienzkonzept so inflationär benutzt, dass es seine wissenschaftlichen Konturen und Inhalte an eine informelle Beliebigkeit verloren hat. Andererseits kann mit dem Konzept Resilienz im Sinne eines Trait emotionale und kognitive Flexibilität und Widerstandsfähigkeit beschrieben und quantitativ erfasst werden. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive zeigt die Resilienzforschung allgemeine Veränderungs- und Fördermöglichkeiten auf. Für die klinisch therapeutische Praxis ergibt sich aus dem persönlichkeitspsychologischen Verständnis der Trait-Resilienz eine Differenzierung bezüglich niedrigresilienten Menschen, die evtl. einer intensiveren Unterstützung bedürfen“ (Leppert et al., 2013, S.55). Dies mag zutreffen, doch erscheint der OPD-SFK durch das intrapsychische und interpersonelle Abfragen noch besser für den klinischen Alltag geeignet. Auch aufgrund der häufigeren Einsätze im klinischen Bereich ist der OPD-SFK vorzuziehen. Es ist fraglich, ob es tatsächlich möglich ist von der Ausprägung der Resilienz, getestet mit der RS-25, auf die Therapiebedürftigkeit einzelner Patienten rückschließen zu können. Dennoch bleibt die Frage offen, worin genau der vorhandene Unterschied beider Konstrukte besteht. Die nicht völlige

Übereinstimmung könnte auch eine Zusatzinformation des Resilienzkonstrukts zum Strukturkonstrukt bedeuten. Um diese Frage beantworten zu können, werden noch weitere Studien benötigt.

Abschließend lässt sich sagen, dass der gefundene Zusammenhang weitere Erkenntnisse über das OPD Konzept und den dazugehörigen Fragebogen OPD-SFK liefert. Da in der vorhandenen jeweiligen Literatur keine Erwähnung des jeweils anderen Konzepts zu finden ist, stellt der gefundene Zusammenhang einen neuen Aspekt dar. Ein Grund für die bisherige Nichtbeachtung der vorhandenen Ähnlichkeiten könnte in den unterschiedlichen dahinterstehenden Ausrichtungen zu finden sein. Das Modell der Persönlichkeitsstruktur ist stark analytisch geprägt (Arbeitskreis OPD, 2009), das verwendete Resilienzkonstrukt basiert hingegen auf dem Gedanken der „Trait“ Resilienz und ist somit durch die Entwicklungspsychologie geprägt (Leuthner, 2011). Ein Bestreben des OPD-Arbeitskreises war, einen einheitlichen fächerübergreifenden Persönlichkeitsbegriff zu finden (Arbeitskreis OPD, 2009). Die Einbeziehung des Resilienzbegriffes aus einer anderen Richtung als der Analytischen ist dabei durchaus interessant. Es bleibt abzuwarten welche Rolle die Persönlichkeitsstruktur nach OPD und der Fragebogen OPD-SFK in Zukunft spielen werden. Möglich wäre z.B. ein Einsatz des Strukturkonzeptes im Kapitel für Persönlichkeitsstörungen in der neuen Ausgabe des ICD-11. Ein Vergleich zwischen dem neuen Einschätzungsbogen „LPFS“ des alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und dem OPD Fragebogen zeigte bereits einen Zusammenhang (Zimmermann et al., 2014b). Eine Umstellung des Kapitels für Persönlichkeitsstörungen in der neuen baldigen ICD-Ausgabe ist zu erwarten. Ehrental et al. schreibt dazu: „Für die ICD-11 zeichnet sich ab, dass eine generelle Einschätzung der Persönlichkeitsfunktion auf einem Kontinuum von keiner Persönlichkeitsproblematik über ein gering und moderat ausgeprägtes Level bis hin zu einer schweren oder komplexen Persönlichkeitsstörung vorgenommen werden wird“ (Ehrental et al., 2015, S.263). Hierbei stelle die ICD-11 Arbeitsgruppe die Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich in den Vordergrund der Einschätzung (Tyrrer et al., 2011). Im Gegensatz zum Resilienzkonstrukt beinhaltet das OPD-Strukturkonzept, interpersonelle Anteile und ist somit gut vorstellbar für eine zukünftige Verwendung im ICD-11 Katalog.

Vor diesem Hintergrund ist zu hoffen, dass mit dieser Arbeit ein Beitrag zu weiteren Forschungserkenntnissen geleistet werden konnte.

9. Zusammenfassung

Seit 1992 arbeitet der Arbeitskreis der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) an einem psychoanalytisch geprägten Persönlichkeitskonstrukt. Dies geschah mit dem Ziel, einerseits ein einheitliches Konzept zu entwickeln, welches den heterogenen Theorien und den Mehrdeutigkeiten in der psychoanalytischen Begriffsbildung entgegengesetzt wird, und andererseits etwas gegen die Unzufriedenheit mit den eingeführten deskriptiven Klassifikationssystemen (DSM-IV und ICD-10) zu unternehmen, die für die Praxis psychodynamisch orientierter Psychotherapeuten nur begrenzt handlungsleitend sein können (Arbeitskreis OPD, 2009). Das entwickelte Konzept gewinnt angesichts des zukünftigen ICD-11 Kataloges an Bedeutung, da Änderungen in Richtung einer mehrdimensionalen Persönlichkeitsstrukturerfassung, vor allem im Kapitel der Persönlichkeitsstörungen, wahrscheinlich sind (Zimmermann, 2014). Diese Entwicklungen zeichnen sich auch schon in der aktuellen amerikanischen DSM-5 Version ab (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013).

Die Arbeit des OPD-Arbeitskreises umfasst 5 Achsen (1.) Behandlungsvoraussetzung, 2.) Beziehung, 3.) Konflikt, 4.) Struktur, 5.) Psychische und psychosomatische Störungen).

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Struktur-Achse und der seit 2013 existierenden Kurzversion des Selbstbeurteilungsfragebogens OPD-SFK (Strukturfragebogen Kurzversion) auseinander.

Es fiel auf, dass einige der OPD-Subskalen ähnliche Eigenschaften wie die Subskalen des Resilienz Konstrukts aufweisen. Resilienz beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit. Es bestehen mehrere Auffassungen des Konstrukts. Da in dieser Arbeit mit der Resilienzskala-25 von Wagnild & Young gearbeitet wurde, wird der Begriff als Persönlichkeitsmerkmal („Trait“), welches einen „moderierenden Effekt auf negative Gefühle und Stress hat und eine flexible Anpassung an „unwirtliche“ Bedingungen ermöglicht“ (Leppert, 2008, S.7), verstanden.

Als Haupthypothese für die Arbeit wurde ein bestehender Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur und Resilienz postuliert. Als Nebenhypothese wurde ein Zusammenhang zwischen Resilienz und Zwangsausprägung formuliert. Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitsstruktur und Resilienz wurden zwei, von Patienten ausgefüllte, Fragebögen (der OPD-SFK und die RS-25) ausgewertet und die Ergebnisse miteinander korreliert. Aufgrund einer besseren Stichprobenhomogenität bestand die untersuchte Kohorte aus 75 Zwangspatienten der Psychosomatischen Klinik Windach. Die Korrelationsanalyse ergab einen Zusammenhang der Gesamtwerte ($r = -0,371$, $p = 0,001$). Um eine detailliertere Aussage zu ermöglichen, wurden die 3 Subskalen des OPD-SFKs jeweils mit den 2 Subskalen der RS-25 untersucht. Hierbei zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen: „Kontakt“ (OPD-SFK) & „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (RS-25) ($r = -0,448$, $p < 0,05$), „Kontakt“ & „Persönliche Kompetenz“ (RS-25) ($r = -0,397$, $p < 0,05$), „Selbstwahrnehmung“ (OPD-SFK) & „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ ($r = -0,464$, $p < 0,05$), „Selbstwahrnehmung“ & „Persönliche Kompetenz“ ($r = -0,356$, $p < 0,002$). Nicht signifikante Ergebnisse ergaben sich zwischen der Subskala „Beziehung“ (OPD-SFK) & „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (RS-25) ($r = -0,158$, $p = 0,177$) sowie „Beziehung“ & „Persönliche Kompetenz“ ($r = 0,048$, $p = 0,68$). Somit konnte die Haupthypothese („es besteht ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur und Resilienz“) bestätigt werden.

Zusätzlich wurde ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Zwangsstörung, gemessen mit der Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), und der Resilienz geprüft. Es ergaben sich hier keine signifikanten Ergebnisse ($r = -0,146$, $p = 0,211$). Die Nebenhypothese, dass ein Zusammenhang zwischen Resilienz und Zwangsausprägung bestehe, ließ sich somit nicht bestätigen.

Der bestätigte Zusammenhang beider Konstrukte wirft die Frage nach vorhandenen Unterschieden und Gemeinsamkeiten auf. Diese werden genauer anhand der Subskalen betrachtet, wobei ein entscheidender Unterschied im interpersonellem Inhalt der Subskala „Beziehung“ (OPD) vermutet wird, da diese Subskala als einzige keine signifikanten Korrelationen aufwies. Insgesamt scheint damit der OPD-SFK umfangreicher und somit geeigneter für den klinischen Einsatz als die RS-25, was sich auch in dem nicht signifikanten Ergebnis von Resilienz- und Zwangsausprägung zeigt.

10. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2007). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (8., überarb. Aufl.). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD (Ed.) (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (2., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Bellak, L., & Hurvich, M. (1969). A systematic study of ego functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148(6), 569–585.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1999). *Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert* (Impr.: 2.1.03.05). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Vol. 6*. Köln: FCHE.
- Berberich, G. (2014). Das alternative DSM-5-modell der persönlichkeitsstörungen: Ein vergleich mit der strukturachse der OPD-2. = The alternative DSM-5-model of personality disorders. A comparison with the structural axis of OPD-2. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 18(1), 29–45.
- Berberich, G., & Zaudig, M. (2015). Das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. = Alternative model for personality disorders in DSM-5. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(3), 155–163.
- Block, J., & Block, J. H. (2006). Venturing a 30-year longitudinal study. *The American psychologist*, 61(4), 315–327.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361.
- Cierpka, M., & Rudolf, G. (2008). *Die Struktur der Persönlichkeit: Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen ; mit 15 Tabellen* (1., unveränd. Nachdr). Stuttgart, New York: Schattauer.

- Dahlbender, R. W. (2004). OPD und AAI - integrative Diagnostik von Struktur, Konflikt und Bindungsrepräsentation [OPD and AAI: Integrative diagnosis of structure, conflict, and attachment representations]. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 8(4), 251–261.
- Dilling, H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) : klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM). Bern: Huber.
- Doering, S., Hörz, S., & Buchheim, A. (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis // Konzepte, Instrumente, Praxis ; mit 29 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- (op. 2013). *Der Duden in zwölf Bänden : das Standardwerk zur deutschen Sprache: Vol. 1. Duden: Auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Rechtschreibregeln* (26., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Dudenverlag.
- Ehrenthal, J. C. (2014). Strukturdiagnostik: Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. *Psychodynamische Psychotherapie*, 13, 103–115.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuss, M., Grande, T., & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität [The OPD Structure Questionnaire (OPD-SQ): first results on reliability and validity]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(1), 25–32.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W., & Gierk, B. (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). *Psychosom Med Psychother*, 61, 262–274.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (2012). Salutogenese- Resilienz: Theoretische Grundlagen einer psychosozialen Gesundheitsförderung. *Kerbe Forum für soziale Psychiatrie*. (4), 4–8.
- Goodman, W., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G., & Charney, D. (1991). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). *Verhaltenstherapie*, 1(3), 226–233.
- 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. = The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): A semistructured interview for assessing severity of compulsive cognitions and behavior. *Verhaltenstherapie*, 1(3), 223–225.
- Heuft G., & Senf W. (1998). Psy-BaDo Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 95(43), 2685–2688.
- Heymann, F. von, Zaudig, M., & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe?: Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16(62), 209–221.
- Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Hand, I., & Moritz, S. (2003). Reliabilität der deutschen Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Verhaltenstherapie*, 13, 111–113.
- Jans, M. (2014). *Einflussfaktoren auf die Dauer der psychosomatischen Krankenhausbehandlung*. Dissertation, Ludwig-Maximilian-Universität München, München.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865–878.
- Klier, C. (2012). Die Rolle der Bindungstheorie im Kontext elterlicher psychischer Erkrankung [The role of attachment theory in context of psychiatric parental disorders]. *Spectrum Psychiatrie*, 4, 36–38.
- Korn, L. (2012). Resilienz - Eine interdisziplinäre Annäherung an Konzept und Forschung [Resilience: An interdisciplinary approach to concept and research]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(5), 305–321.
- Leppert, K., & Strauß, B. (2011). Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(5), 313–317.
- Leppert, K. RS. Resilienzskala. In E.Brähler, L.Schumacher & B.Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (pp. 295–298).
- Leppert, K. (2008). Die Resilienzskala (RS)- Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klin. Diagnostik u. Evaluation*. (1), 226–243.

- Leppert, K., Richter, F., & Strauß, B. (2013). Wie resilient ist die Resilienz?: Für die Psychotherapie relevante Forschungsergebnisse. *Psychotherapie im Dialog*. (1), 52–55.
- Leuthner, C. (2011). *Resilienz und Salutogenese*. Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse.
- Leuzinger-Bohleber, M. Resilienz - Eine neue Forschungsperspektive auf frühe Entwicklungsprozesse [Resilience - A new research perspective on early developmental processes]. In *Frühe Entwicklung und ihre Störungen : Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS* (pp. 18–37).
- Lotz-Rambaldi, W., Kordon, A., Muche-Borowski, C., & Hohagen, F. (2013). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen: Kurzversion*. Retrieved October 07, 2016, from AWMF:
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017k_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013.pdf.
- Maier, G. W. (o.J.). *Gabler Wirtschaftslexikon: Stichwort: Gesundheit*. Retrieved October 18, 2016, from
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/77785/gesundheits-v5.html>.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2013). *Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie* (5., Auflage). *DUALE REIHE Herausgegeben von Alexander Bob und Konstantin Bob*. Stuttgart: Thieme.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777–1804.
- o.V., *ICD-11- 11.Revision der ICD der WHO*. Retrieved July 25, 2018, from
<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- Psychosomatische Klinik Windach (2010). *Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V Windach*. Retrieved March 27, 2015, from
<http://www.klinik-windach.de/wp-content/uploads/2012/03/qb-2010.pdf>.
- Reinecker, H., Zaudig, M., Erlbeck, R., Gokeler, I., & Hauke, W. (1994). Die Langzeit-Follow-up Studie Windach [The Windach long-term follow-up study]. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 7(Heft 26), 77–81.
- Rossmann, N. Ergebnisse Doktorarbeit (E-Mail).

- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (2., neu bearb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schumacher, J. (2005). Resilienzskala- Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16–39.
- Shiner, R. L., & Masten, A. S. (2012). Childhood personality as a harbinger of competence and resilience in adulthood. *Development and psychopathology*, 24(2), 507–528.
- Stamm, M., & Halberkann, I. Resilienz – Kritik eines populären Konzepts. In *Vulnerable Kinder* (pp. 61–76).
- Thobaben, A., & Soldt, P. (2007). Charakterpathologie-- Persönlichkeitsorganisationen-- Strukturniveaus: Psychodynamische Modelle der Strukturpathologie im Vergleich. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, 23(4), 330–342.
- Tritt, K., Heymann, F. von, & Loew, T. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie*, 8(1), 244–251.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., et al. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5(4), 246–259.
- Voderholzer, U. (2015, January 12). *Die Zwangsstörung*. Seminarblock Psychiatrie und Psychotherapie. München.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2).
- Zaudig, M., Hegerl, U., & Hauke, W. (2002). *Die Zwangsstörung: Diagnostik und Therapie* (2., aktualis. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Zimmermann, J. (2014). Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Die neuen Modelle in DSM-5 und ICD-11 [Change of paradigm in psychiatric classification of personality disorders: The new models in DSM-5 and ICD-11]. *Psychotherapie im Dialog*, 15(3), 16–20.

- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Grosse Holthoftrth, M., Pretsch, J., Alexopoulos, J., et al. (2014a). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two german-speaking samples. *Journal of personality disorders*, 28(4), 518–540.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Krueger, R. F., & Leising, D. (2013). Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut*, 58(5), 455–465.
- Zimmermann, J., Dahlbender, R. W., Herbold, W., Krasnow, K., Turrión, C. M., Zika, M., & Spitzer, C. (2014b). Der OPD-Strukturfragebogen erfasst die allgemeinen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung [The OPD structure questionnaire captures the general features of personality disorder]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(2), 81–83.
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S., & Benecke, C. (2012). Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. *Journal of personality assessment*, 94(5), 522–532.

11. Anhang

11.1 Anhang 1: OPD-SFK: Fragebogen zur Selbstbeurteilung

		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person					
2	Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung					
3	Wenn man andere zu nahe an sich heranlässt, kann das gefährlich werden					
4	Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen					
5	In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte					
6	Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt					
7	Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich irgendwie kontrolliert oder beobachtet					

8	Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme					
9	Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte					
10	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen					
11	Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein					
12	Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben					

11.2 Anhang 2: RS-25: Fragebogen zur Selbstbeurteilung

	1					7= ja		
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ich kann mich eher auf mich	1	2	3	4	5	6	7
4	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu	1	2	3	4	5	6	7
5	Wenn ich muss, kann ich auch allein sein.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin stolz auf das, was ich schon geleistet habe.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
9	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
11	Ich stelle mir selten Sinnfragen.	1	2	3	4	5	6	7
12	Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
13	Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich	1	2	3	4	5	6	7
14	Ich habe Selbstdisziplin.	1	2	3	4	5	6	7
15	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
16	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
17	Mein Glauben an mich selbst hilft mir auch in	1	2	3	4	5	6	7
18	In Notfällen kann man sich auf mich verlassen.	1	2	3	4	5	6	7
19	Normalerweise kann ich eine	1	2	3	4	5	6	7
20	Ich kann mich auch überwinden,	1	2	3	4	5	6	7
21	Mein Leben hat einen Sinn.	1	2	3	4	5	6	7
22	Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern	1	2	3	4	5	6	7
23	Wenn ich in einer schwierigen	1	2	3	4	5	6	7
24	In mir steckt genügend Energie, um alles zu	1	2	3	4	5	6	7
25	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle	1	2	3	4	5	6	7

11.3 Anhang 3: Y-Bocs

11.3.1 Y-Bocs Schweregradschema (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)

11.3.1.1 Zwangsgedanken-Skala

Item	Schweregrad				
	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8 Std./Tag
Zeitaufwand für die Zwangsgedanken	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8 Std./Tag
Punktwert	0	1	2	3	4
Störungen durch Zwangsgedanken	Nein	Leicht	Deutlich, aber beherrschbar	Erhebliche Beeinträchtigung	Invalidisierend
Punktwert	0	1	2	3	4
Unbehagen durch Zwangsgedanken	Nein	Etwas	Mäßig, aber beherrschbar	Schwer	Fast ständig, behindernd
Punktwert	0	1	2	3	4
Widerstand gegen die Zwangsgedanken	Leistet immer Widerstand	Leistet häufig Widerstand	Leistet etwas Widerstand	Gibt häufig nach	Gibt völlig nach
Punktwert	0	1	2	3	4
Beherrschung der Zwangsgedanken	Völlig unter Kontrolle	Weitgehend	Etwas unter Kontrolle	Kaum unter Kontrolle	Nicht unter Kontrolle

		unter Kontrolle			
Punktwert	0	1	2	3	4

Zwischensumme Zwangsgedanken (Items 1-5):

11.3.1.2 Zwangshandlungs-Skala

Item	Schweregrad				
	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8Std./Tag
Zeitaufwand für die Zwangshandlung	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8Std./Tag
Punktwert	0	1	2	3	4
Störungen durch Zwangshandlungen	Nein	Leicht	Deutlich, aber beherrschbar	Erhebliche Beeinträchtigung	Invalidisierend
Punktwert	0	1	2	3	4
Unbehagen durch Zwangshandlungen	Nein	Etwas	Mäßig, aber beherrschbar	Schwer	Fast ständig, behindernd
Punktwert	0	1	2	3	4
Widerstand gegen Zwangshandlungen	Leistet immer Widerstand	Leistet häufig Widerstand	Leistet etwas Widerstand	Gibt häufig nach	Gibt völlig nach
Punktwert	0	1	2	3	4

Beherrschung der Zwangshandlungen	Völlig unter Kontrolle	Weitgehend unter Kontrolle	Etwas unter Kontrolle	Kaum unter Kontrolle	Nicht unter Kontrolle
Punktwert	0	1	2	3	4

Zwischensumme Zwangshandlungen (Items 6-10):

Gesamtsumme Y-Bocs (Items 1-10):

Achtung: Der Punktwert sollte den Gesamteffekt aller Zwangssymptome des Patienten widerspiegeln. Bewerten Sie das durchschnittliche Auftreten jedes Items im Verlauf der vorigen Woche bis einschließlich zum Zeitpunkt der Befragung.

11.4 Anhang 4: Tabellen und Graphiken zur Normalverteilung der Daten

11.4.1 Normalverteilung der OPD-Subskalen

Tabelle 17: Normalverteilung OPD-Subskala "Beziehung"

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	Df	Sig.	Statistik	df	Sig.
Beziehung	,099	75	,067	,969	75	,063

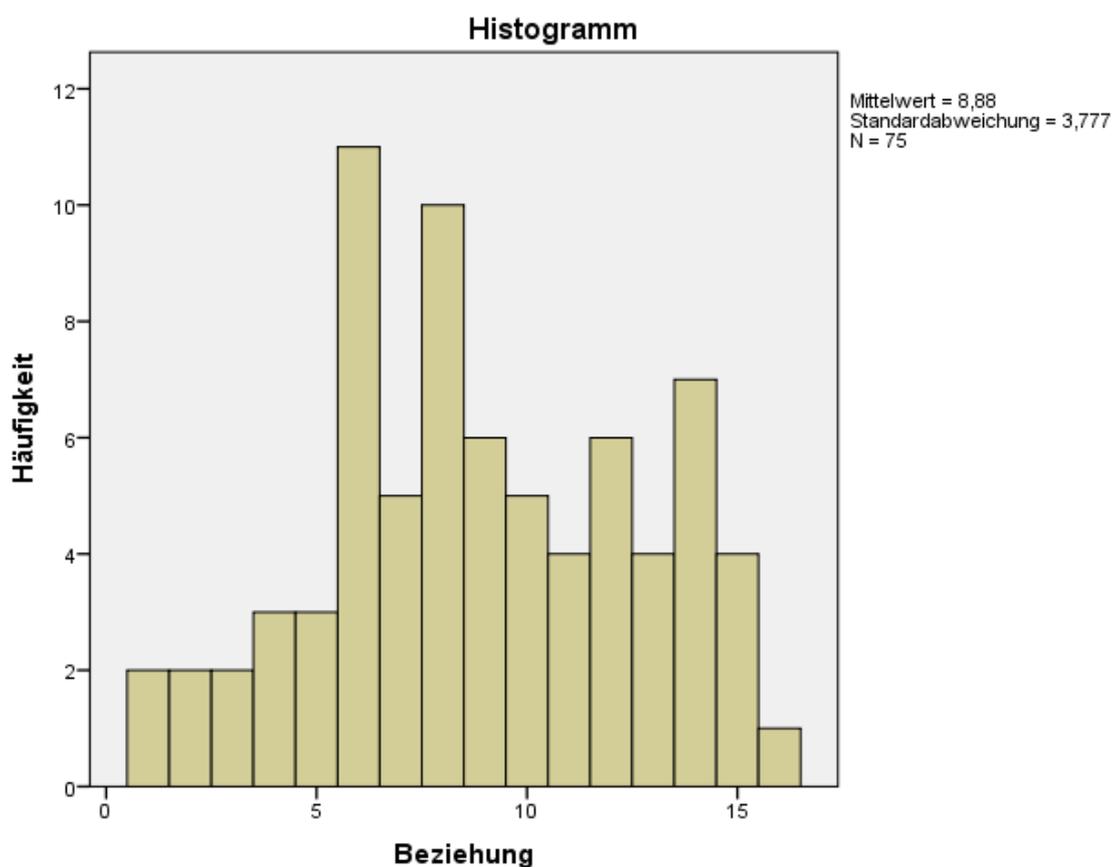


Abbildung 6: Normalverteilung OPD-Subskala "Beziehung"

Tabelle 18: Normalverteilung der Subskala "Kontakt"

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	Df	Sig.	Statistik	Df	Sig.
Kontakt	,082	75	,200*	,985	75	,495

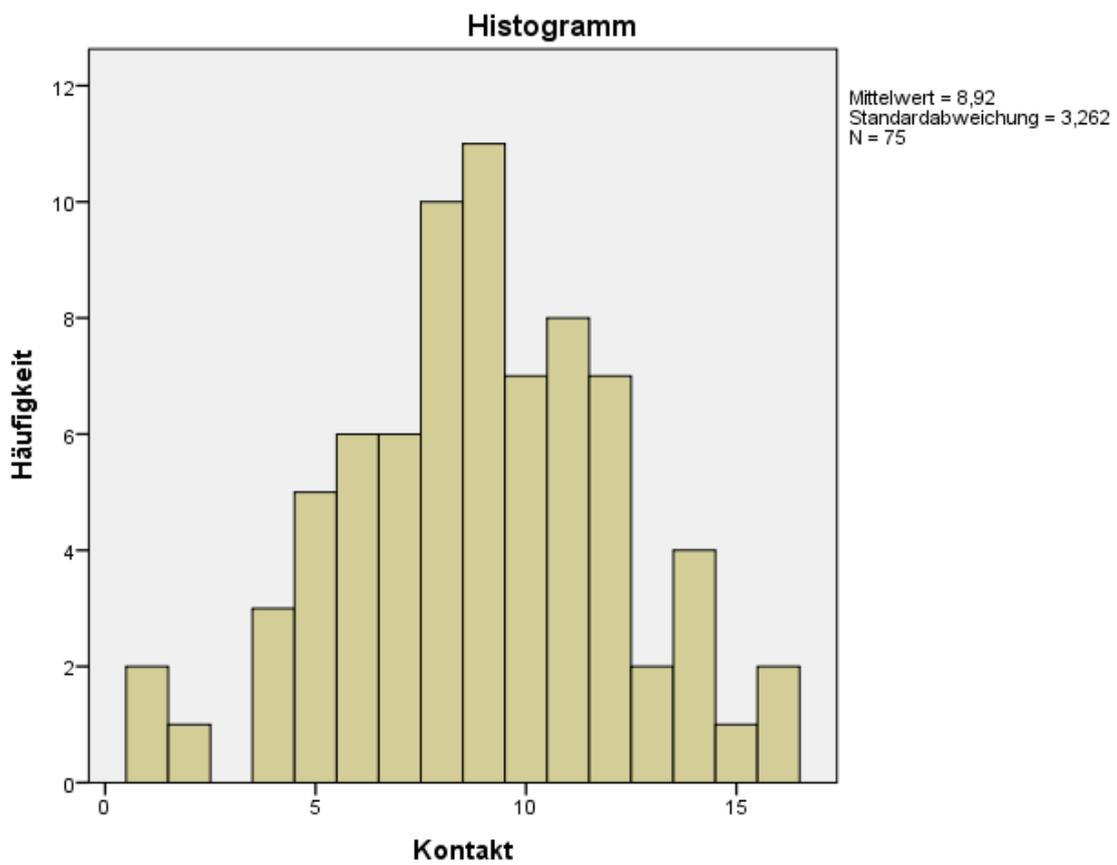


Abbildung 7: Normalverteilung der Subskala "Kontakt"

Tabelle 19: Normalverteilung der OPD-Subskala "Selbstwahrnehmung"

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
Selbstwahrnehmung	,110	75	,025	,955	75	,009

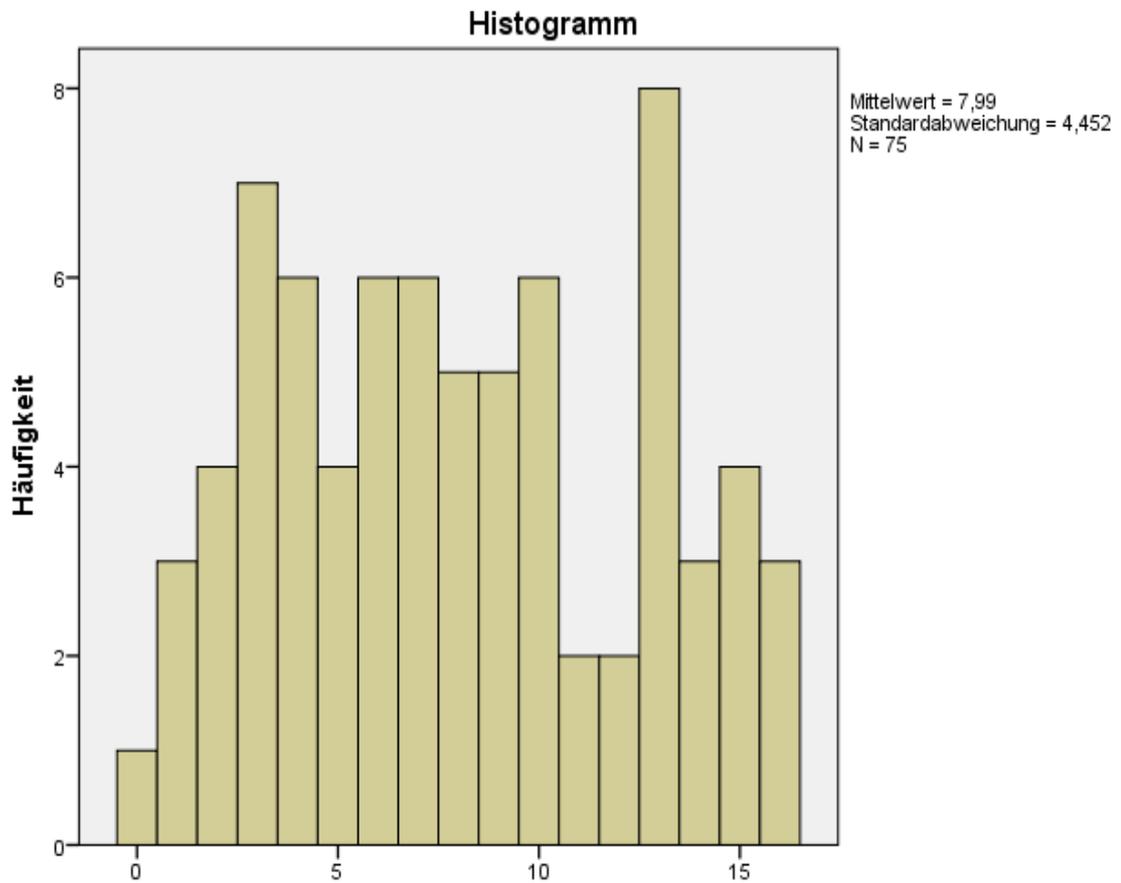


Abbildung 8: Normalverteilung der OPD-Subskala "Selbstwahrnehmung"

11.4.2 Normalverteilung der RS-25

Tabelle 20: Normalverteilung der RS-25 Subskala „Kompetenz“

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
Kompetenz	,077	75	,200*	,970	75	,077

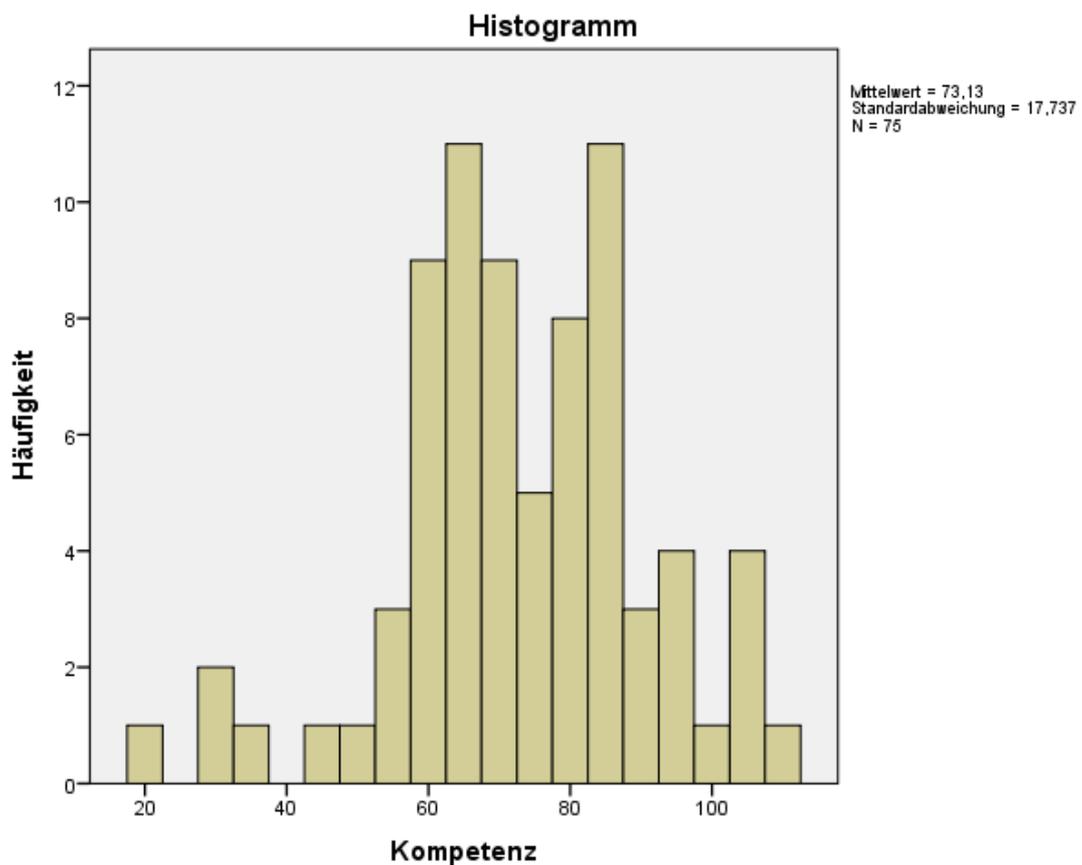


Abbildung 9: Normalverteilung der RS-25-Subskala "Kompetenz"

11.5 Tabellen und Graphiken der Korrelationsanalysen

Tabelle 21: Korrelationsanalyse von "Kontakt"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)

			Kontakt	Akzeptanz
Spearman-Rho	Kontakt	Korrelationskoeffizient	1,000	-,448**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	75	75
	Akzeptanz	Korrelationskoeffizient	-,448**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	75	75

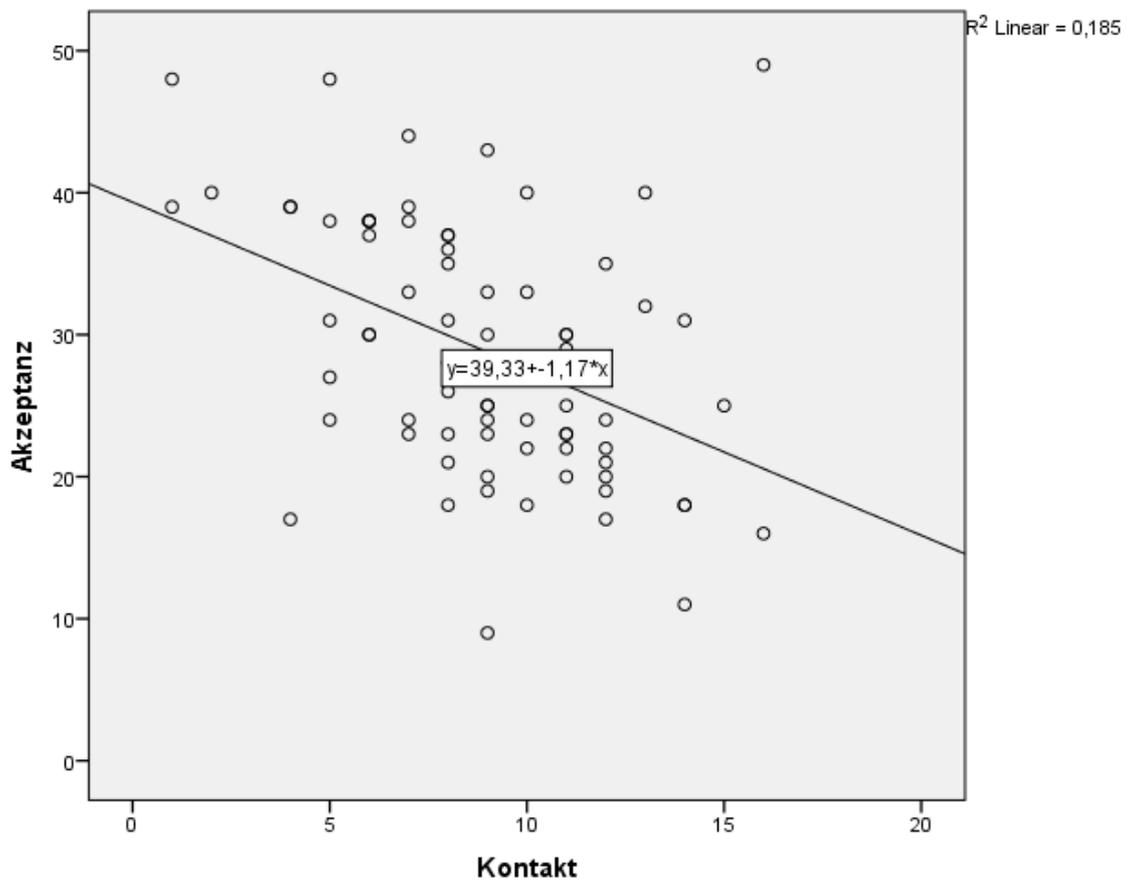


Abbildung 10: Korrelationsanalyse von "Kontakt"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)

Tabelle 22: Korrelationsanalyse "Kontakt"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)

			Kontakt	Kompetenz
Spearman-Rho	Kontakt	Korrelationskoeffizient	1,000	-,397**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	75	75
	Kompetenz	Korrelationskoeffizient	-,397**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	75	75

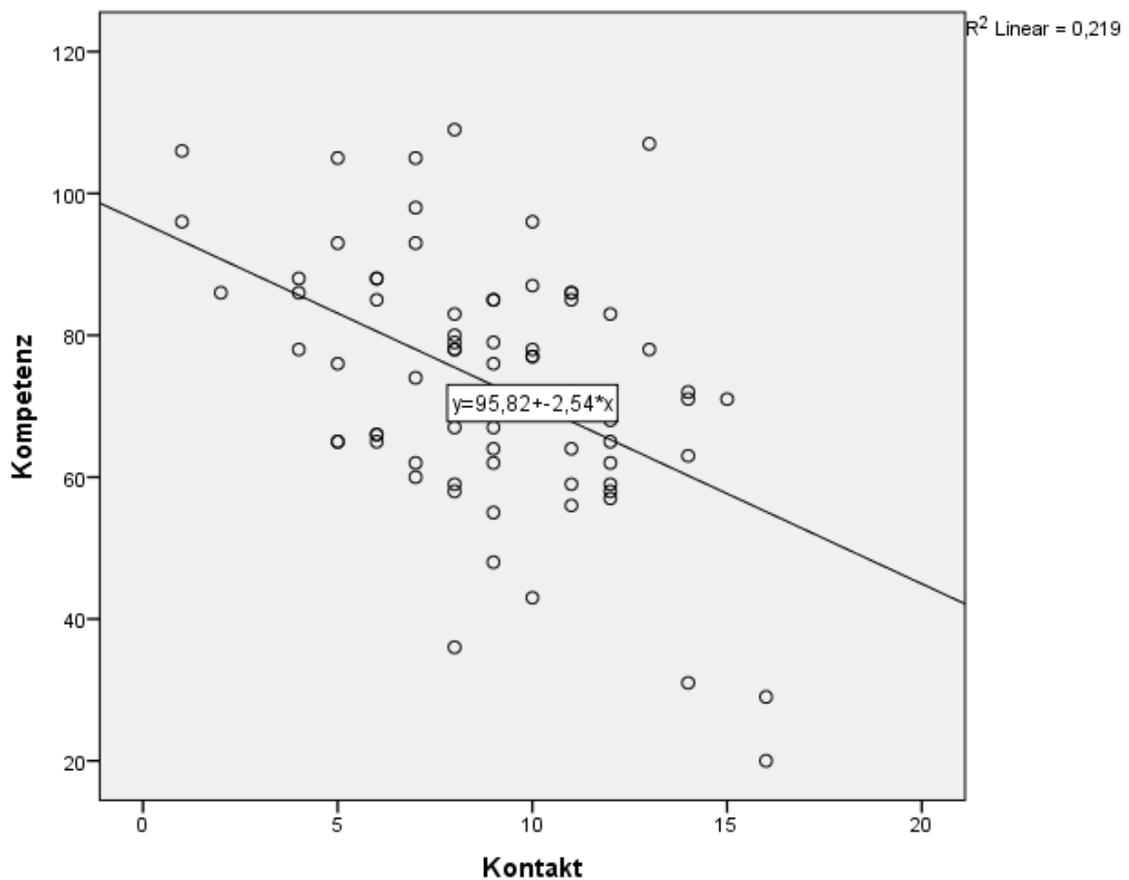


Abbildung 11: Korrelationsanalyse "Kontakt"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)

Tabelle 23: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)

			Selbstwahrnehmung	Akzeptanz
Spearman-Rho	Selbstwahrnehmung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,464**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	75	75
<hr/>				
	Akzeptanz	Korrelationskoeffizient	-,464**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	75	75

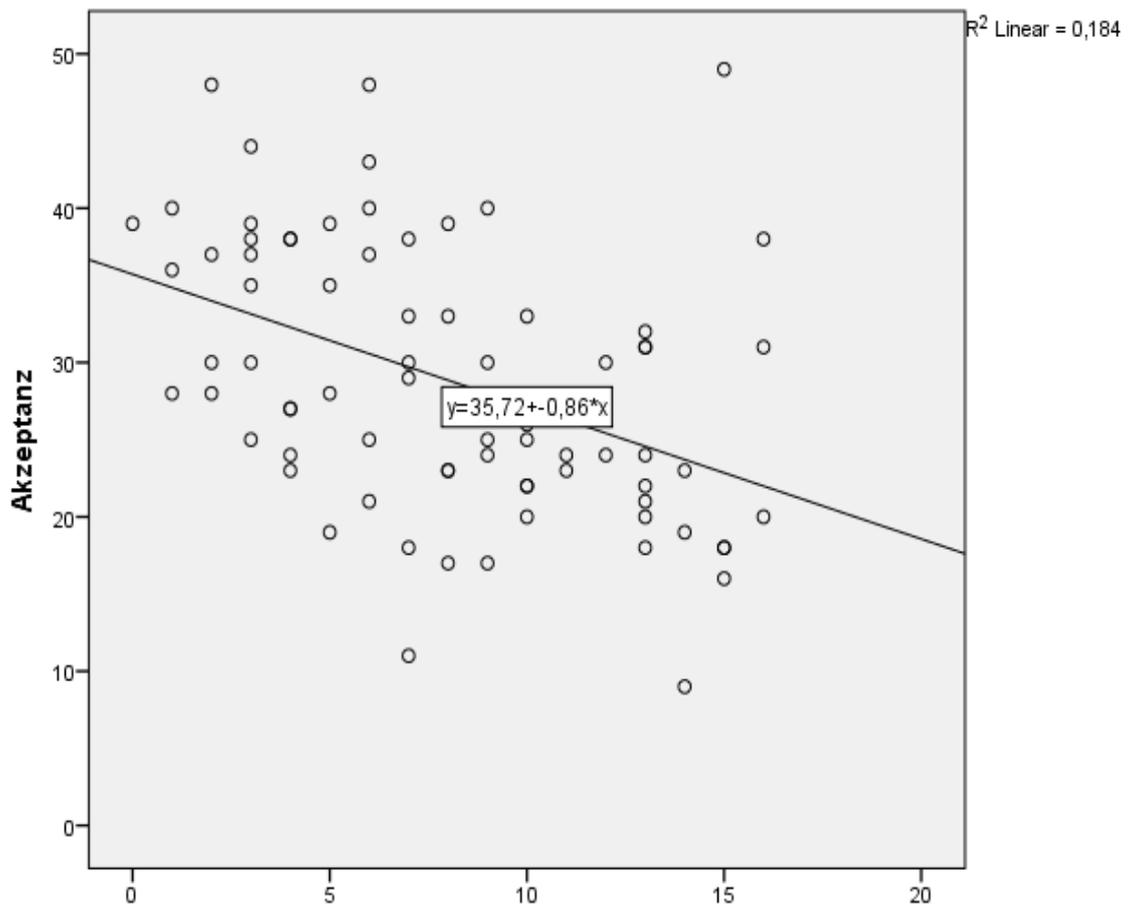


Abbildung 12: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)

Tabelle 24: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Kompetenz"(RS25)

			Selbstwahrnehmung	Kompetenz
Spearman-Rho	Selbstwahrnehmung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,356**
		Sig. (2-seitig)	.	,002
		N	75	75
	Kompetenz	Korrelationskoeffizient	-,356**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,002	.
		N	75	75

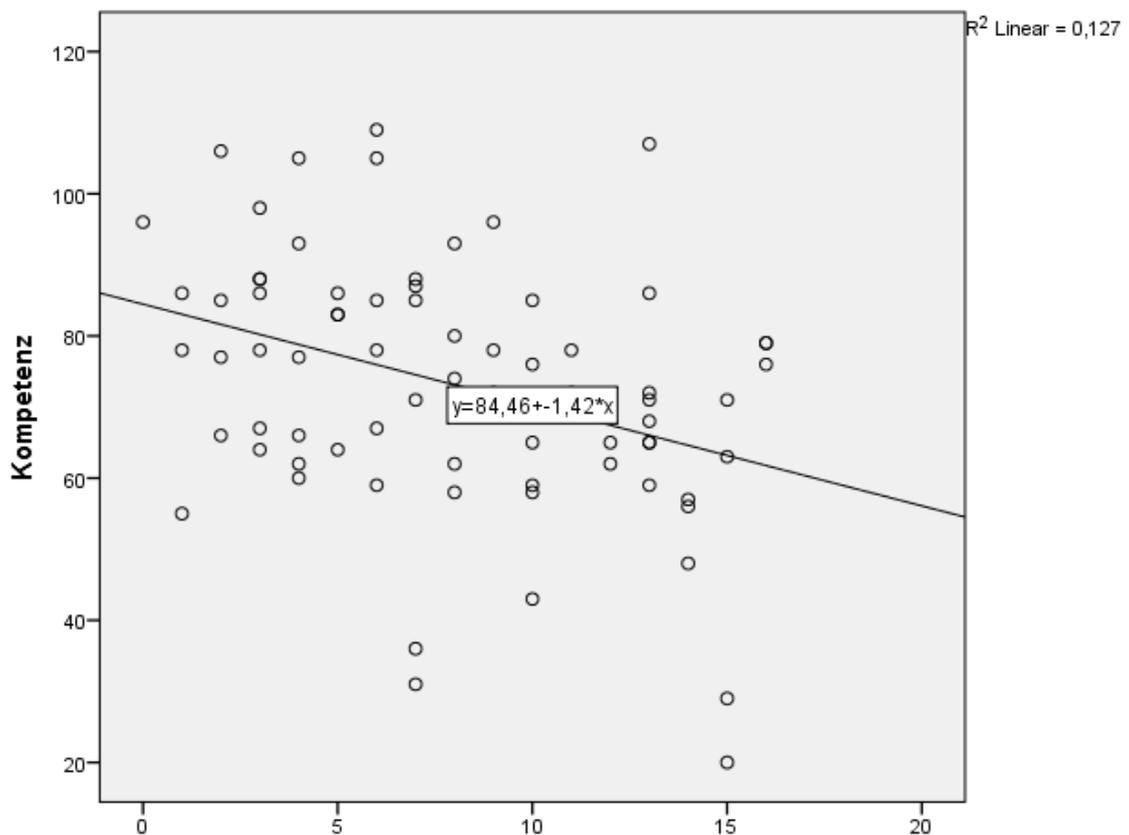


Abbildung 13: Korrelationsanalyse "Selbstwahrnehmung"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)

Tabelle 25: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)

Spearman-Rho	Beziehung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,158
		Sig. (2-seitig)	.	,177
		N	75	75
	Akzeptanz	Korrelationskoeffizient	-,158	1,000
		Sig. (2-seitig)	,177	.
		N	75	75

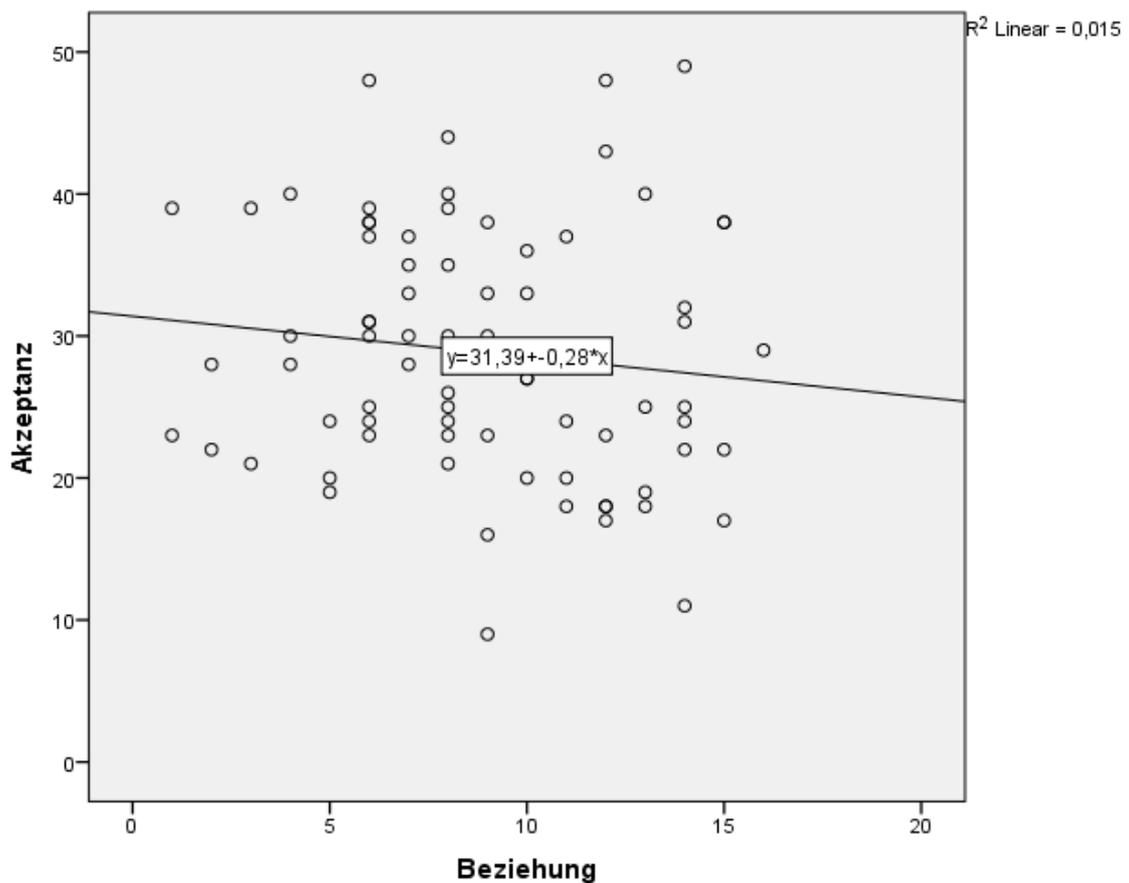


Abbildung 14: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Akzeptanz"(RS-25)

Tabelle 26: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)

			Beziehung	Kompetenz
Spearman-Rho	Beziehung	Korrelationskoeffizient	1,000	,048
		Sig. (2-seitig)	.	,681
		N	75	75
	Kompetenz	Korrelationskoeffizient	,048	1,000
		Sig. (2-seitig)	,681	.
		N	75	75

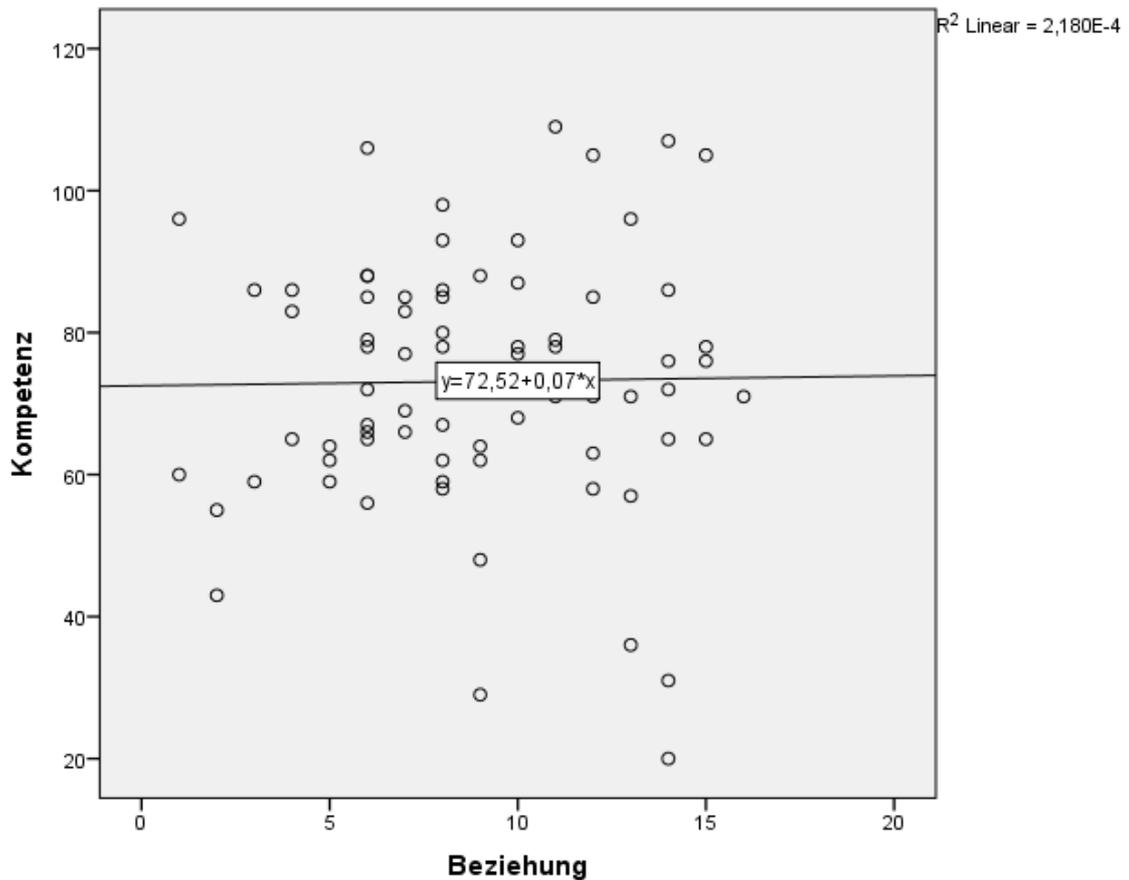


Abbildung 15: Korrelationsanalyse "Beziehung"(OPD) und "Kompetenz"(RS-25)

Tabelle 27: Korrelationsanalyse "Akzeptanz"(RS-25) und Y-Bocs-Gesamtwerte

			Y-Bocs	Akzeptanz
Spearman-Rho	Y-Bocs	Korrelationskoeffizient	1,000	-,160
		Sig. (2-seitig)	.	,169
		N	75	75
	Akzeptanz	Korrelationskoeffizient	-,160	1,000
		Sig. (2-seitig)	,169	.
		N	75	75

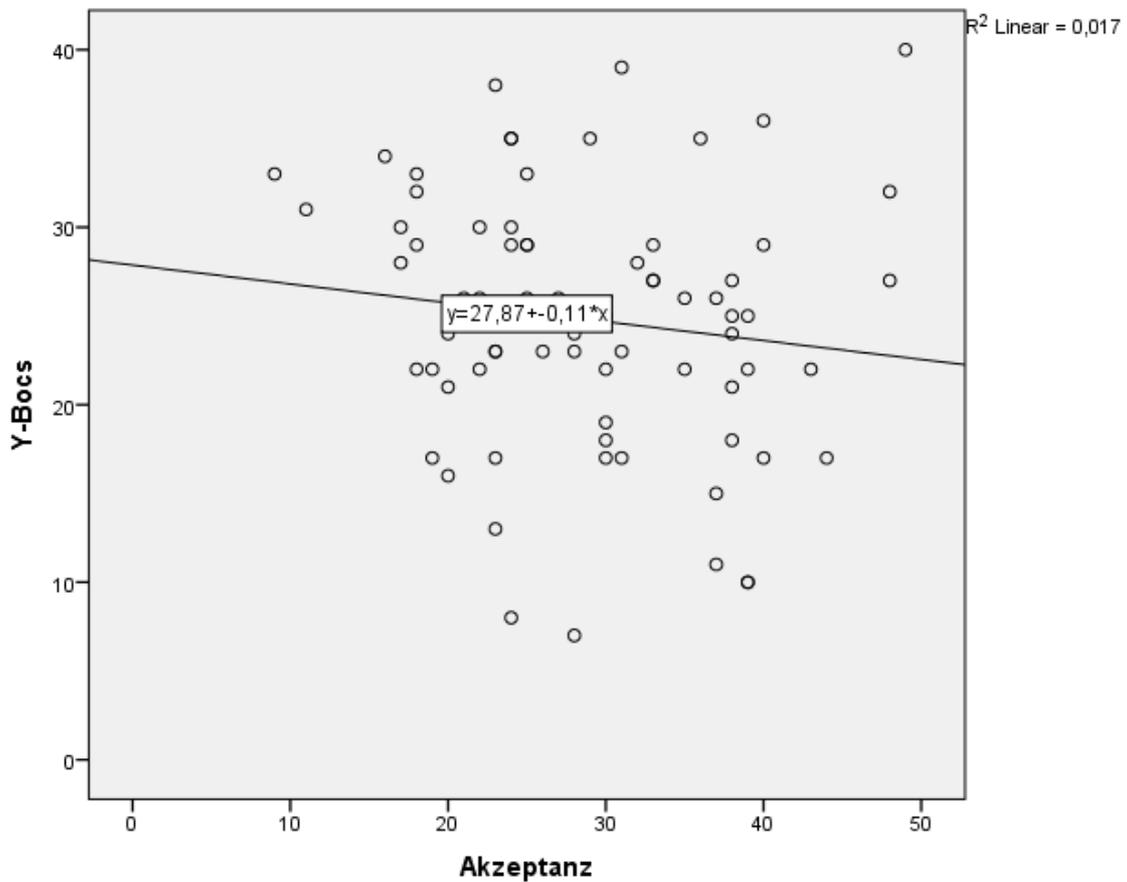


Abbildung 16: Korrelationsanalyse "Akzeptanz"(RS-25) und Y-Bocs-Gesamtwerte

Tabelle 28: Korrelationsanalyse "Kompetenz"(RS-25) und Y-Bocs-Gesamtwerte

			Y-Bocs	Kompetenz
Spearman-Rho	Y-Bocs	Korrelationskoeffizient	1,000	-,079
		Sig. (2-seitig)	.	,501
		N	75	75
	Kompetenz	Korrelationskoeffizient	-,079	1,000
		Sig. (2-seitig)	,501	.
		N	75	75

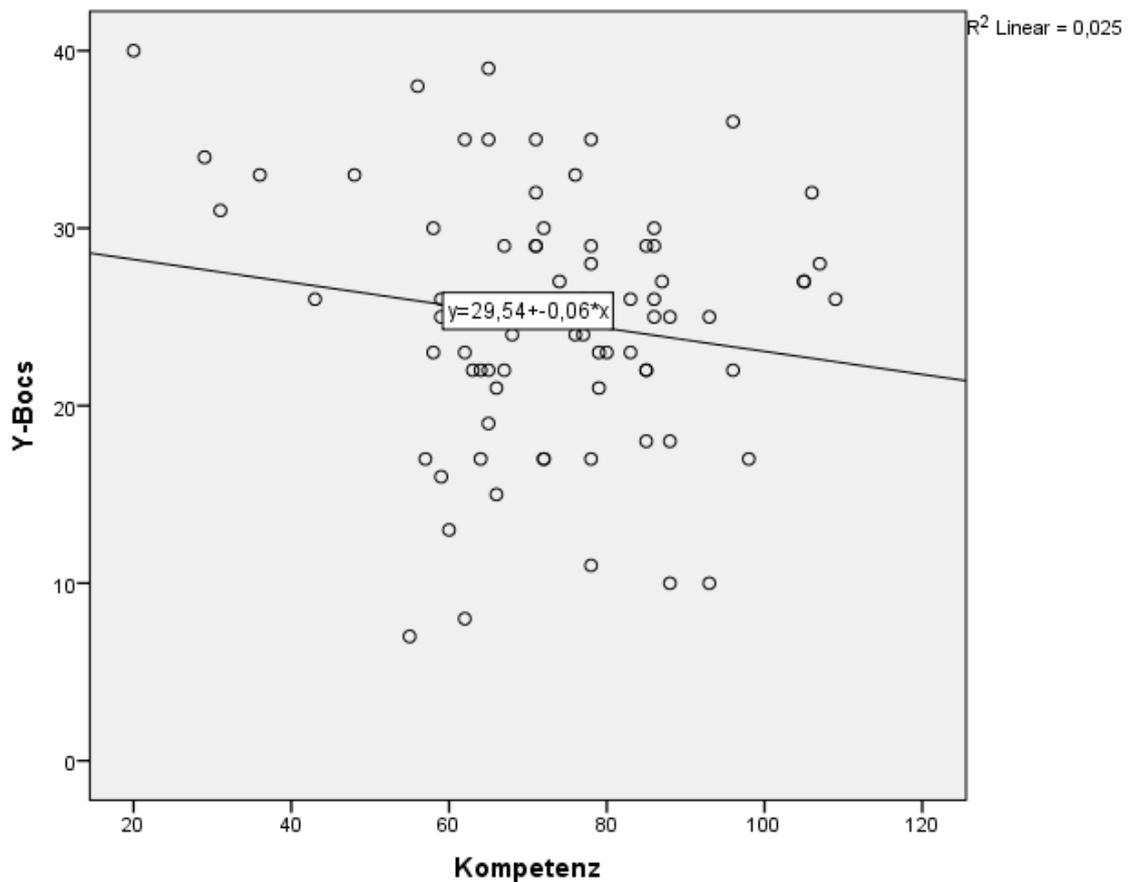


Abbildung 17: Korrelationsanalyse "Kompetenz" und Y-Bocs Gesamtwerte

12. Danksagung

Herrn Prof. Dr. Michael Zaudig danke ich für die Überlassung des Themas.

Herrn Dr. Götz Berberich danke ich für seine hervorragende und verantwortungsvolle Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Herrn Dr. Jürgen Konermann sowie Herrn Dr. Klaus Schotten danke ich sehr für die statistischen Beratungen.

Danke auch an alle Mitarbeiter der Klinik Windach, insbesondere Frau A. Braun und Herrn W. Hauke, die tatkräftig bei der Umsetzung der Arbeit mithalfen.

Ebenso möchte ich mich bei allen Probanden der Studie bedanken, die durch ihre Teilnahme diese Studie erst ermöglicht haben.

Des Weiteren möchte ich Nadine für die gemeinsame Zeit und die vielen Gespräche mit und ohne Doktorarbeit danken. Meinem Vater für die wertvollen Tipps und Motivationen zur rechten Zeit und meinem Partner David für die große Unterstützung in meine Person und meine Arbeit!

Natürlich auch ein großes Dankeschön an den Rest meiner Familie und Freunde, die stets für mich da sind und mir mit guten Gesprächen und Anregungen auch die letzten Jahre mit der Doktorarbeit stets zur Seite standen.

Eidesstattliche Versicherung

Schuster, Cosima

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

„Persönlichkeitsstruktur und Resilienz- Untersuchung des Zusammenhangs an einer klinischen Stichprobe von Zwangspatienten“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 16.04.2019, Cosima Schuster

Ort, Datum

Doktorandin/Doktorand

Unterschrift