

Phänomenologie (Dimensionalität) der Zwangssymptomatik

Experimentelle Diagnostik der Zwangsneurose. I

Wolfgang Zaworka und Iver Hand

Verhaltenstherapeutische Ambulanz, Psychiatrische Universitätsklinik, Martinistr. 52,
D-2000 Hamburg 20, Bundesrepublik Deutschland

Phenomenology of Obsessions and Compulsions

Experimental Diagnosis of Obsessive Compulsive Neurosis. I

Summary. Obsessive-compulsive phenomena occur in 'normal,' neurotic and psychotic individuals. Operational definition, quantitative assessment, and diagnostic evaluation are still unsatisfactory, particularly with regard to differentiation of obsessive-compulsive phenomena (phenomenology), differentiation of trait and symptom factors, and evaluation of different obsessive-compulsive factors in the various kinds of neuroses.

Our investigation of phenomenology differs from previous similar ones in basically two aspects: The newly developed obsessive-compulsive checklist covers the whole range of obsessions and compulsions, and questionnaire items of the checklist are operationally defined without reference to constructs from theories of personality or from psychopathology.

Results include: Two-thirds of all patients suffer from combined obsessions and compulsions; factorial analysis reveals five symptom factors which are quite different from factor analytic results of previous studies; depression and phobias constitute a factor by themselves; checklist ratings and factor analytic results show the necessity for and basis of a new self-rating questionnaire to substitute for those currently in use.

Implications of these results for future research in psychopathology as well as treatment evaluation are discussed.

Key words: Obsessive-compulsive neurosis – Diagnosis – Factorial analysis – Behaviour therapy.

Zusammenfassung. Operationalisierung, Quantifizierung und Klärung des diagnostischen Stellenwertes der bei „normalen“ wie auch neurotischen und psy-

chotischen Personen vorkommenden zwanghaften Denk- und Handlungsweisen sind bisher vor allem in folgenden Bereichen inhaltlich und semantisch unscharf geblieben: Abgrenzung der Zwangserscheinungen untereinander (Phänomenologie); Abgrenzung von Symptom- gegen Trait-Faktoren; Bewertung unterschiedlicher Zwangsfaktoren bei den verschiedenen neurotischen Entwicklungen.

Unsere experimentelle Überprüfung der Phänomenologie unterscheidet sich schon im Ansatz von den bisherigen Untersuchungen: Die verwendete Zwangs-Symptom-Liste (ZSL) bildet Denk- und Handlungszwänge gleich stark und differenziert ab; die Items der ZSL sind weitgehend freigehalten von persönlichkeitspsychologischen und neurosentheoretischen Konstrukten.

Die Ergebnisse beinhalten: Zwei Drittel aller Patienten haben — in unterschiedlicher Koppelung (Faktoren) — Denk- und Handlungszwänge gleichzeitig; die erhaltene 5-Faktoren-Lösung im Zwangsbereich weicht stark von den Faktorenlösungen früherer Studien ab; Depression und Phobie bilden einen eigenständigen Faktor; aus ZSL und Faktorenlösung ergibt sich die Notwendigkeit — und die Basis — für einen die bisher üblichen Testverfahren ersetzenden Selbststrating-Fragebogen.

Implikationen der Ergebnisse für weitere Forschungsschritte in Psychopathologie und Therapieforschung werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Zwangsneurose – Diagnostik – Faktorenanalyse – Verhaltenstherapie.

1. Einführung

1.1. Ausgangsebene der Untersuchung

Die Eigenständigkeit der Zwangsneurose als psychiatrischer diagnostischer Kategorie und deren psychopathologische Darstellung sind in den letzten Jahrzehnten relativ unumstritten und unverändert geblieben. Problematischer ist nach wie vor die Abgrenzung von Zwängen als neurotischen Verhaltensweisen gegenüber Zwängen bei endogenen Psychosen einerseits und gegenüber kulturell oft geforderten oder zumindest geförderten Zwangsverhaltensweisen und Zwanghaftigkeit „Normaler“ andererseits. Auch ist die häufig so offensichtliche interaktionelle Funktion von Zwängen sowie deren Interaktion mit anderen Problembereichen unterschiedlicher Art — wie Depression, Eheproblemen, Lebenskrisen — bisher in der Psychiatrie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie wenig diskutiert oder gar experimentell untersucht worden.

Im Rahmen eines seit 1976 laufenden Therapie- und Diagnostik-Forschungsprogrammes an der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Hamburg (Überblick in Hand et al., in Vorbereitung) haben wir an über 100 mittlerweile selbst untersuchten und zu einem großen Teil auch behandelten (Hand et al., 1977; Hand und Tichatzky, 1979; Köhlke und Lammers, 1979; Molvaer und Prieß, 1979; Hand et al., in Vorbereitung) neurotischen Patienten mit ausgeprägter Zwangssymptomatik versucht, einige der offenen Fragen experimentell zu untersuchen. Wir stimmen dabei mit einer Reihe von psychiatrisch-

psychopathologisch und psychoanalytisch ausgerichteten Autoren darin überein, daß gerade im Hinblick auf die Therapieindikation neurotische Patienten mit Zwängen keineswegs als diagnostische Einheit zu betrachten sind.

Die Objektivierung klinischer Eindrücke, Erfahrungen und Hypothesen mit Hilfe neu zu entwickelnder valider und reliabler Meßmittel, auch als prognostischer Instrumente zu optimaler Therapiezuordnung, ist das Hauptanliegen unserer Diagnostikprojekte auf der individuellen wie auch der interaktionellen Ebene.

Die im folgenden dargestellte Arbeit untersucht auf der individuell-phänomenologischen Ebene das „Was“ und „Wie“ der differenzierbaren Zwangssymptome im Denk- und Handlungsbereich sowie daraus ableitbare Indikatoren für den individuellen, subjektiven Gestörtheitsgrad, durch den bei Neurosen letztlich und entscheidend die „Krankheit“ und das allgemeine „Krankheitsverhalten“ bestimmt wird. Selbst auf dieser einfachsten Diagnostikebene ließen die bisherigen Meßinstrumente keine adäquate Abbildung der komplexen Realität zu.

1.2. Literaturauswahl

1.2.1. Probleme der Differenzierung von Zwanghaftigkeit und Zwängen

Die eingehendsten psychopathologischen Darstellungen zur sogenannten zwanghaften Charakterstruktur und zur Zwangssymptomatik stammen aus der deutschsprachigen (z. B. Schneider, 1925, 1962; Rüdin, 1953; Weitbrecht, 1963; Kind, 1973; Scharfetter, 1976; Berner, 1977), die wenigen Versuche experimenteller Überprüfungen psychopathologischer Darstellungen demgegenüber aus der englischen Psychiatrie und Psychologie (s. u.).

Dabei wird unterschiedlich und verwirrend zwischen Zwangssymptomen oder Zwängen (Symptom-Faktoren) einerseits und Zwanghaftigkeit oder zwanghafter Persönlichkeitsstruktur (Trait-Faktoren) andererseits unterschieden oder auch nicht unterschieden. Insbesondere in der Aufgliederung der Zwangssymptome herrscht zusätzlich eine beträchtlich terminologisch-semantische Verwirrung. Die meisten Autoren stimmen überein, daß sowohl Zwangssymptome wie zwanghafte Persönlichkeitszüge in qualitativ vergleichbarer Form bei Gesunden wie bei Zwangsneurotikern vorkommen können; umstritten ist jedoch, wie dann Normalpersonen von Zwangsneurotikern unterscheidbar sind. Die Merkmale „Einsicht in die Unsinnigkeit“ und „Widerstand gegen“ die Zwangssymptome werden dabei sowohl als Indiz für wie auch gegen das Vorliegen einer Symptomatik von Krankheitswert herangezogen. Sehr unterschiedlich werden auch die Voraussetzungen für die Entwicklung einer Zwangsneurose gesehen, insbesondere auch die Bedeutung einer prämorbidem zwanghaften Persönlichkeitsstruktur.

Süllwold (1978) schließt aus der Literatur auf eine relativ klare Unabhängigkeit von Traits und Symptomen im Zwangsbereich. Wir meinen demgegenüber, daß die bisherigen Meßmittel und Untersuchungen (c.f. Slater und Slater, 1944; O'Connor, 1953; Lorr et al., 1953; Foulds und Caine, 1958, 1959; Foulds, 1959; Sandler und Hazari, 1960; Ingram, 1961; Cooper und McNeill, 1968; Reed, 1969; Cooper, 1970) die Dimensionen „Trait“- und „Symptom“-Faktor völlig unzureichend getrennt bzw. durch Items repräsentiert haben. Sowohl die Fragebögen von Sandler und Hazarie (1960) als auch das „Leyton Obsessional Inventory“ (LOI) von Cooper (1970) und schließlich das „Hysteroid-Obsessoid Questionnaire“ von

Caine und Hawkins (1963) zeigen zum Teil sehr hohe Korrelationen mit Fragebögen zu Extraversion, emotionaler Labilität und Neurotizismus (Orme, 1965; Foulds, 1965; Kline, 1967; Cooper, 1970; Kendell und DiScipio, 1970; Slade, 1974). Gleiches darf für den aus dem Leighton abgeleiteten Lynfield-Fragebogen (Allan und Tune, 1975) angenommen werden.

Cooper und Kelleher (1973) fanden mit dem LOI bei Normalpersonen drei Komponenten: 1. Sauberkeit und Ordentlichkeit, 2. Gefühl der Unzufriedenheit und Unvollständigkeit, 3. Zählen, Kontrollieren und Wiederholen; sie postulieren, daß diese Komponente eindeutig als voneinander unabhängige Traits zu betrachten seien. Mit Slade (1974) neigen wir jedoch eher zu der Interpretation, daß die gefundenen Komponenten durchaus mildere Formen von Zwangssymptomen sein könnten, zumal wir in unseren eigenen Untersuchungen feststellen konnten, daß die Latenzzeit vom ersten Symptom-Auftreten bis zur subjektiven Einstufung als therapiebedürftig („krank“) bei Zwangsneurosen 8 Jahre beträgt (bei Phobikern dagegen nur 0,5 Jahre).

Das Problem der Trennung von Trait- und Symptom-Faktoren in der Zwangsneurosenforschung erscheint uns daher nach wie vor völlig offen und aus ungelösten methodischen Problemen heraus bis auf weiteres wohl auch schwer zu klären.

1.2.2. Phänomenologie der Zwangssymptome

Eine Differenzierung in unterschiedliche Zwangs-Symptome/Syndrome ist seit der Jahrhundertwende von der klinischen Psychiatrie her intensiv versucht worden, teilweise auch unter dem Aspekt prospektiver therapeutischer Zuordnung (Janet, 1903; Kraepelin und Lange, 1927; Lewis, 1935; Jaspers, 1946; Bleuler, 1960; Schneider, 1962; Weitbrecht, 1963; Meier-Gross et al., 1969; Redlich und Freedman, 1970; Süllwold, 1973, 1978; Langen und Thümler, 1974; Akhtar et al., 1975; Schulte und Tölle, 1977).

Allgemein werden heute Zwangsgedanken (Obsessions; Ruminations) von Zwangshandlungen (Compulsions; Rituals) unterschieden, mit teilweise sehr unterschiedlichen Untergruppen innerhalb der beiden Hauptformen. Wenn etwa Schneider (1962) Zwangsdenken, Zwangsgefühle, Zwangstrieb und Zwangshandlungen unterscheidet, so lassen sich diese auch mühelos Zwangsgedanken und Zwangshandlungen als Oberbegriffen mit entsprechender Zusatzdefinition zuordnen.

Insbesondere in der Verhaltenstherapie sind spezifische Untergruppen im Hinblick auf ihre prospektive therapeutische Aussagekraft gebildet worden (z. B. Sookman und Solyom, 1977). Deren Objektivierung ist jedoch erst in den letzten Jahren mit methodisch sorgfältigeren experimentellen Untersuchungen zur Dimensionalität der Zwangssymptome — allerdings ganz überwiegend von Handlungszwängen — versucht worden.

Hodgson und Rachman (1977) untersuchten 100 Zwangsneurotiker mit einem 30 Fragen umfassenden eigenen Meßinstrument Maudsley obsessional-compulsive checklist (MOC). Mit einer 4-Komponenten-Lösung einer „principal component analysis“ wurden 43% der totalen Varianz aufgeklärt. Die vier Komponenten waren: 1. Kontrollieren, 2. Waschen („cleaning“ — die 11 zugehörigen Items beziehen sich jedoch nur auf „Waschen“, nicht auf „Putzen“; daher

von uns die sinngemäß entsprechende Übersetzung „Waschen“ anstelle von „Säubern“), 3. Langsamkeit, 4. Zweifeln („doubting“ — dieser Faktor ist von den Autoren eigentlich irreführend benannt, da eine Reihe verschiedener Handlungs- und Denkwänge subsummiert; von den 7 Items des Faktors bezieht sich lediglich einer auf „Zweifeln“). Der Gesamt-Score korrelierte mit dem Symptom-Teil des LOI zu 0,60. Patienten- und Therapeuten-Ratings korrelierten zu 0,70. Alle vier Skalen erbrachten signifikante Unterschiede zu einer Gruppe von 50 neurotischen Patienten ohne Zwangssymptomatik. Wie bei Akhtar et al. (1975) in der Untersuchung über Zwangsgedanken zeigte auch hier die Hälfte aller Patienten hohe Werte auf mehreren Faktoren gleichzeitig.

Stern und Cobb (1978) untersuchten 45 Zwangsneurotiker in einem einstündigen Interview mit einem strukturierten Fragebogen, der sieben auf einer 0–4 Skala einzustufende Zwangshandlungen enthielt. In die Faktorenanalyse gingen noch weitere acht Variablen ein, die die intrapsychischen Konsequenzen (wie Widerstand gegen Ritalausübung und Meidung von Ritual-auslösenden Situationen) und einige interaktionelle Funktionen (wie Einbeziehung der Familie in Zwangshandlungen) betrafen. Die Faktorenlösung ergab drei Eigenwerte größer als 1: Faktor 1 enthielt „Wiederholungszwänge“ und „hohen Widerstand“; der bipolare Faktor 2 bestand aus hochnegativ geladenen „Kontrollzwängen“ und hoch positiv geladenen „Meidung von Ritual-auslösenden Situationen“; Faktor 3 enthielt „Waschrituale“ und „familiäres Leiden“. Die Autoren schlüsselten damit Zwangshandlungen in vier Dimensionen auf: Wiederholen, Kontrollieren, Meiden und Waschen.

Uns scheint allerdings diese primäre Vermischung von Items, die sich ausschließlich auf Zwangsverhaltensweisen beziehen, mit solchen, die deren Funktionen betreffen, in dieser Arbeit einen Schritt zu früh erfolgt zu sein. Erst nach einer Spezifizierung von Zwangsverhaltensfaktoren auf der Denk- wie Handlungsebene ist wohl eine Abklärung von deren Funktion sinnvoll.

In beiden zitierten Arbeiten fand sich jeweils ein unabhängiger Faktor „Waschzwang“ und „Kontrollzwang“. Die genannte Arbeit von Cooper und Kelleher (1972), die vorgibt, Trait-Faktoren zu beschreiben, fand unter insgesamt drei Komponenten ebenfalls einen „Sauber und Ordentlich“-Faktor und einen Faktor „Kontrollieren“. Auch hier findet sich also eine bemerkenswerte Ähnlichkeit der Faktorenstrukturen von Symptom-Items und angeblichen Trait-Items, wodurch die bereits genannten Zweifel an einer gegenseitig möglichen Trennung beider Ebenen bestärkt sind.

2. Eigene Untersuchung: Aufbau

Diese Untersuchung stellt den ersten einer Reihe von Schritten unseres über etwa 2 Jahre laufenden Diagnostikprojektes bei Zwangsneurosen dar. Hier beschränken wir uns auf die experimentelle Diagnostik der Zwangssymptombildungen auf einer rein formal-strukturellen Ebene. Im Gegensatz zu den beiden Arbeiten aus der Maudsley-Gruppe beziehen wir dabei Zwangsgedanken gleichwertig als Items in die Untersuchung ein, um so zu einer der Realität angemessenen Faktorenstruktur der Zwangssymptomatik kommen zu können. Bewußt unberücksichtigt bleiben die gedanklichen Inhalte oder Konstrukte, die mit dem Ausüben von Zwangsritualen verbunden sind; auch die Denkwänge haben wir nach formalen Kategorien

und — mit einer Ausnahme — nicht nach ihren Inhalten aufgeschlüsselt. Es sollten also erst einmal auf der einfachsten diagnostischen Ebene terminologisch eindeutige und die komplexe Realität abbildende Faktoren gesucht werden, um diese dann nachfolgend auf ihre möglichen intrapsychischen (Anstreben von Perfektion, Sauberkeit, Sicherheit; Voraussagbarkeit zukünftiger Ereignisse; Reduktion unangenehmer Gefühlszustände usw.) und interaktionelle Funktionen (Familie, Arbeitsplatz) sowie auf ihre Bedeutung für die Erstellung spezifischer therapeutischer Strategien zu untersuchen.

Diese zum großen Teil experimentell bereits abgeschlossenen Untersuchungen werden gegenwärtig ergänzt durch die Konstruktion und testmäßige Absicherung eines Selbst-Rating-Fragebogens über Zwangsverhaltensweisen, der aus der hier vorgestellten Faktorenuntersuchung abgeleitet ist und eine Bestimmung der quantitativen Behinderung des einzelnen durch ein Zwangssymptom — unabhängig davon, ob der Betreffende sich als „krank“ erlebt — ermöglichen soll (Zaworka et al., in Vorbereitung).

Die Konstruktion unserer Fragebogenitems erhielt wesentliche Impulse durch die uns von der Marks-Gruppe am Maudsley bereits 1976 zur Verfügung gestellte compulsive activity Checklist (Marks et al., 1977) und einen Vorabdruck der Studie von Stern und Cobb.

2.1. Patienten-Stichprobe

Mit den untersuchten Patienten haben wir im Rahmen einer Katamnese-Untersuchung über die beiden größten Hamburger psychiatrischen Institutionen Kontakt aufgenommen. Für den Zeitraum der letzten beiden (Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll) bzw. zehn (Psychiatrische Universitätsklinik Eppendorf) Jahre fanden wir insgesamt 187 ehemalige Patienten mit der Diagnose „Zwangssymptomatik“ im weitesten Sinne, bei Ausschluß von solchen mit der Hauptdiagnose „Depression“, „hirnorganische Alteration“ oder „paranoid-anankastische Entwicklung“. Durch die Altersbegrenzung von 20 bis 65 Jahren zum Zeitpunkt der jetzigen Testung schieden weitere 45 Personen aus. Von den verbleibenden 142 nahmen 72 (etwa 50%) an der Testung teil. Von den übrigen 70 waren über 50 mit unbekannter Anschrift verzogen; weitere 10 wohnten über 50 km von Hamburg entfernt; lediglich etwa 10 reagierten nicht auf unser Anschreiben; niemand lehnte eine Teilnahme direkt ab! 9 der teilnehmenden 72 ehemaligen Patienten wurden aus der Untersuchung herausgenommen, da sie entweder eine falsche Diagnose gehabt hatten oder ihre Zwangssymptomatik inzwischen weitgehend abgeklungen war (letzteres traf lediglich für 4 Personen zu!). Damit nahmen 44,4% ($N = 63$) der den Untersuchungskriterien genügenden ehemaligen Patienten an der Untersuchung teil.

Trotz vorangegangener psychiatrischer Behandlung waren also anscheinend nur wenige Patienten beschwerdefrei geworden — es sei denn, man würde in der Tatsache, daß 60 Patienten nach Behandlung einen Ortswechsel mit unbekannter neuer Anschrift vorgenommen hatten, einen Beweis für deren entscheidende Besserung sehen. Dennoch müssen unsere Ergebnisse mit der Einschränkung gesehen werden, daß sie an ehemaligen Patienten gewonnen wurden, die zum Zeitpunkt der Testung überwiegend keine Therapie suchten, obwohl sie nach wie vor unter ausgeprägter Zwangssymptomatik litten. Eine Kontrolluntersuchung mit einer kleineren Stichprobe zwangsneurotischer Patienten aus unserer eigenen Warteliste zeigte jedoch keine wesentlich abweichenden Ergebnisse — außer dem, daß diese Patienten Therapie suchten. Wodurch letzterer Unterschied bestimmt wurde, sei hier offengelassen.

	ambulant	stationär	
männlich	15	8	23
weiblich	18	22	40
	33	30	

Abb. 1. Geschlechterverteilung der ambulanten und stationären Patienten

Die Abbildung 1 zeigt die Geschlechtsverteilung sowie die Aufteilung in ehemals stationär und ambulant behandelte Patienten. In der Ausgangsstichprobe der 187 Patienten gab es keinen Unterschied in der Geschlechterverteilung (Chi-Quadrat). In der Untersuchungsstichprobe ist der vorliegende Unterschied anscheinend auf die höhere Umzugsquote männlicher, stationär behandelter Patienten zurückzuführen.

2.2. Untersuchungsmethode

Alle Testuntersuchungen fanden in unserer verhaltenstherapeutischen Ambulanz statt und wurden von zwei erfahrenen Untersuchern mit jeweils einem Patienten durchgeführt. Dabei wurden zuerst in einem halbstrukturierten ein- bis zweistündigen Interview mit dem Patienten detailliert seine Beschwerden während der letzten 3 Monate vor der Untersuchung nach den Kategorien des Fragebogens herausgearbeitet. Anschließend füllten die Patienten im Beisein der Untersucher die Symptomliste aus, wobei für jedes Item dessen inhaltliches Verständnis beim Patienten überprüft wurde. Dieses Vorgehen war unerlässlich, da sich der Auslegungsspielraum der einzelnen Fragen — selbst nach erheblicher Präzisierung der in den englischen Originalfragebögen gestellten Fragen — im Vortest noch immer unzulässig groß erwiesen hatte. Der von uns aus diesen Erfahrungen jetzt neu konstruierte Selbst-Rating-Bogen sollte dem skrupelhaften Umgang zwanghafter Menschen mit solchen Fragen nunmehr hinreichend gerecht werden, um ihnen eindeutige Antworten zu ermöglichen.

2.3. Die Zwangs-Symptom-Liste (ZSL)

Die Zwangs-Symptom-Liste (s. Anhang) enthält 13 Fragen zur formalen Struktur der uns unterscheidbar erscheinenden Denk- und Handlungszwänge. Sie enthält weiterhin eine Frage zur Vermeidungstendenz gegenüber bestimmten Zwängen und eine Frage zur Zielsetzung der Zwangsausübung (Vollständigkeit anstreben) — diese beiden Fragen waren wegen ihrer häufigen Erwähnung in der Literatur mit eingegangen, werden aber erst in einer späteren Arbeit ausführlicher diskutiert. Schließlich enthält die Liste eine Frage zum Ausmaß vorhandener Depressivität und eine weitere zum Ausmaß vorhandener Phobien und sozialer Gehemmtheit — in nachfolgenden Untersuchungen sind diese dann aber als getrennte Items behandelt worden.

Die Liste erlaubt nur ja-nein-Antworten, wobei erstere das Vorhandensein des Symptoms und zugleich eine deutliche subjektive Behinderung durch dasselbe angibt. Die ersten 13 Items deckten alle von den 63 Patienten angegebenen Zwangssymptome ab. Die Zusatzfrage, ob irgendwelche Zwangsbeschwerden in der Item-Liste nicht enthalten seien, beantwortete kein Patient positiv.

3. Eigene Untersuchung: Ergebnisse

3.1. Häufigkeitsverteilung der Symptom-Items und subjektive Gestörtheit

In Abbildung 2 sind die Items der ZSL in fallender Häufigkeit getrennt nach folgenden Bereichen dargestellt: Zwangssymptomatik, aufgeteilt nach Handlungs- und Denkwängen; Vollständigkeit anstreben und Vermeiden von Auslösesituationen für Zwangsverhalten (Funktion der Zwänge); Depression und Phobien/soziale Gehemmtheit. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Stern und Cobb, bei denen „Waschen“ der häufigste Handlungszwang war, finden wir „Wiederholen“ und „Kontrollieren“ als weitaus verbreitetsten Handlungszwang. Die Denkwänge sind ausgeglichener verteilt, mit „Denken nach einer Handlung“ und „Denken einzelner Worte“ an den entgegengesetzten Polen. 51 der 63 Patienten (etwa 80%) geben Depression als Zusatzstörung an.

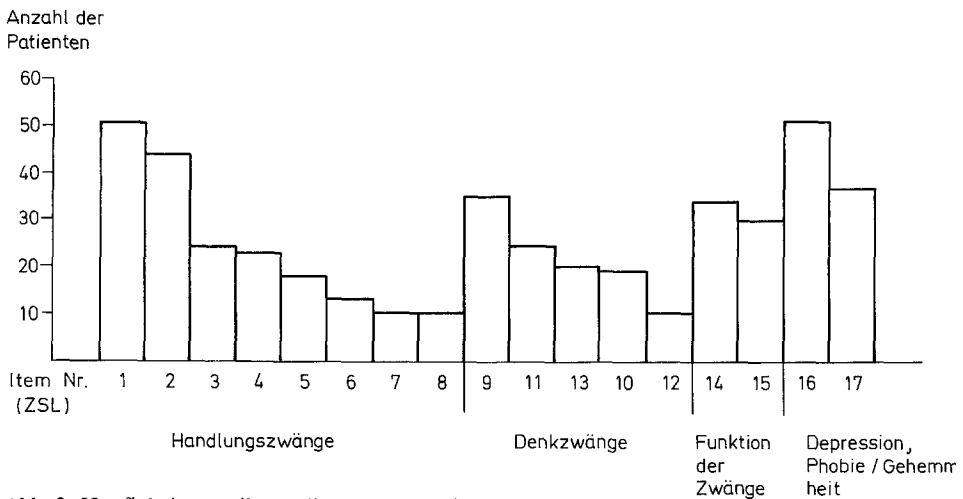


Abb. 2. Häufigkeitsverteilung aller Items aus der ZSL

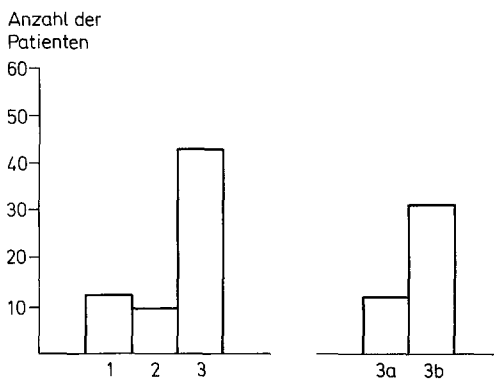


Abb. 3. Häufigkeitsverteilung der Zwangs-Items aus der ZSL. 1 = reine Handlungszwänge (Item 1-8), 2 = reine Gedankenzwänge (Item 9-13), 3 = Handlungs- und Gedankenzwänge (Item 1-13), 3a = Handlungszwänge und handlungsbezogene Gedankenzwänge (Item 1-8, 9, 11), 3b = Handlungszwänge und handlungsunabhängige Gedankenzwänge (Item 1-8, 10, 12, 13)

Häufigkeiten von Handlungs- und Gedankenzwängen in der Gesamtstichprobe. In Abbildung 3 ist die Häufigkeit der isolierten und des kombinierten Auftretens von Handlungs- und Denkwängen dargestellt; ferner eine weitere Unterteilung in Handlungszwänge mit handlungsbezogenen und solchen mit handlungsunabhängigen Gedankenzwängen. Die Kombination von Handlungs- und Gedankenzwängen erweist sich als sehr viel häufiger ($\frac{2}{3}$ der Gesamtstichprobe) als deren isoliertes Auftreten. Überraschenderweise ist dabei aber die Verbindung von Handlungszwang und handlungsunabhängigen Gedankenzwängen mehr als dreimal so häufig ($N=31$) wie die von Handlungszwängen und handlungsbezogenen Gedankenzwängen.

Diese Ergebnisse sind mit den beiden Arbeiten aus der Maudsley-Gruppe nicht vergleichbar, da diese Denkwänge nicht hinreichend berücksichtigt haben. Begrenzt vergleichbar sind sie jedoch mit denen von Akhtar et al. (1975): Deren 82 Patienten hatten alle Gedankenzwänge; 62 (etwa 75%) hatten dabei kombi-

nierte Gedanken- und Handlungszwänge, im Vergleich zu 42 (66%) unserer Stichprobe; 20 (25%) hatten ausschließlich Gedankenzwänge im Vergleich zu 9 (14%) unserer Studie. Unseren etwa 20% isolierten Handlungszwängen steht keine entsprechende Gruppe in der Akhtar-Studie gegenüber.

Unsere Ergebnisse bestätigen Psychiater wie Weitbrecht (1963), der die Seltenheit isolierter Zwangsvorstellungen im Vergleich zur „bunten Fülle (von) ... Zwangsgedanken ..., Zwangshandlungen ..., Zwangsängsten und Zwangsunterlassungen ...“ betont. Schneider (1962) hatte demgegenüber „Zwangsdenken“ als „die weitaus häufigste Form von Zwang“ beschrieben, wobei er jedoch nach verhaltenstherapeutischer Terminologie eindeutige Zwangshandlungen unter Zwangsdenken subsumierte.

Subjektive Gestörtheit durch Zwangssymptomatik. Das individuelle, subjektive Gestörtheitsempfinden — gemessen durch die Selbstbeurteilung auf einer 99-mm-Skala von „nicht gestört“ bis „extrem gestört“ — erweist sich als geschlechtsunabhängig, steigt jedoch mit der Anzahl gleichzeitig vorhandener Zwangssymptome und der Kombination von Handlungs- und Denkwängen an (Korrelation 0,56; s. a. Hypothese von Süllwold, 1973). Ehemals stationär behandelte Patienten beschreiben sich hochsignifikant (0,1% Niveau) stärker gestört als nur ambulant behandelte.

3.2. Faktorenanalysen

In die nachfolgend dargestellten Berechnungen gingen die Werte aller 63 Patienten ein, wobei für jedes Item der ZSL dessen Vorhandensein (Wert: 1) oder Nicht-Vorhandensein (Wert: 0) gescort wurde. Zur näheren Analyse der daraus entstandenen Korrelationsmatrix der 17 Variablen nahmen wir eine Reduktion der Matrix mit Hilfe der Faktorenanalyse nach dem Hauptkomponentenmodell mit anschließender Varimax-Rotation vor; als Abbruch-Kriterium wählten wir die Anzahl der Eigenwerte größer 1 (vgl. Revenstorff, 1978). Wir erhielten damit eine 6-Faktoren-Lösung, die kumuliert 70,5% der totalen Varianz aufklärt (Tabelle 1).

Jeder Faktor klärt etwa den gleichen prozentualen Anteil an der totalen Varianz auf, ähnlich wie die Varianzanteile der einzelnen Faktoren in der unrotierten Hauptachsenlösung. Damit ist das Vorliegen nur eines „Hauptfaktors“ für Zwangssymptomatik sehr unwahrscheinlich.

Tabelle 1. Varianzanteile der Faktoren nach Rotation

	Totale Varianz	Kumuliert
Faktor 1	16,84%	16,84%
Faktor 2	11,72%	28,56%
Faktor 3	10,92%	39,48%
Faktor 4	10,45%	49,93%
Faktor 5	10,93%	60,86%
Faktor 6	9,65%	70,51%

Tabelle 2. Faktorenstruktur und Ladungsmatrix der Faktoren nach Rotation

Faktor	Item aus Zwangs-Symptom-Liste	Faktor					
		I	II	III	IV	V	VI
I.	Item Nr. 2 „Kontrollieren“	0.91	0.04	0.02	0.06	0.08	0.11
	Item Nr. 1 „Wiederholen“	0.84	-0.18	0.10	0.12	-0.08	-0.05
	Item Nr. 9 „Denken nach einer Handlung“	0.76	-0.03	0.22	-0.06	0.15	0.07
II.	Item Nr. 4 „Waschen“	0.07	-0.87	0.01	-0.15	-0.07	0.14
	Item Nr. 5 „Reinigen“	0.09	-0.86	-0.04	0.09	0.05	-0.08
III.	Item Nr. 6 „Zählen“	0.14	0.18	0.82	-0.08	-0.01	0.04
	Item Nr. 8 „Berühren“	0.11	-0.21	0.70	-0.01	0.32	-0.02
	Item Nr. 7 „Sprechen“	0.14	0.00	0.64	0.45	-0.01	0.24
IV.	Item Nr. 3 „Ordnen“	0.17	0.20	0.15	0.72	0.06	0.07
	Item Nr. 13 „zwanghafte Vorstellung, sich oder anderen zu schaden“	0.11	0.14	0.30	-0.56	0.07	0.28
V.	Item Nr. 12 „Denken einzelner Worte, Sätze oder Bilder“	0.00	0.03	0.03	-0.10	0.84	0.10
	Item Nr. 11 „Denken von Gedankenketten“	-0.02	-0.07	0.10	0.47	0.69	0.12
	Item Nr. 10 „Denken vor einer Handlung“	0.45	0.00	0.17	0.02	0.68	-0.07
VI.	Item Nr. 16 „Depression“	0.11	-0.20	-0.03	0.20	0.07	0.84
	Item Nr. 17 „Phobie-Gehemmtheit“	0.00	0.16	0.16	-0.25	0.05	0.78
	Item Nr. 14 „Übergenaugigkeit“	0.47	-0.27	0.17	0.34	0.15	0.33
	Item Nr. 15 „Vermeiden“	0.46	-0.42	0.01	0.48	0.30	-0.07

3.2.1. Darstellung der einzelnen Faktoren

Die Ladungsmatrix mit Faktorendarstellung (Tabelle 2) zeigt die Ladungen der 17 Variablen auf den sechs extrahierten Faktoren, wobei die bestimmenden Variablen eines Faktors (Ladung größer 0,50) direkt untereinander zusammengefaßt sind, so daß ihre Reihenfolge nur mehr teilweise der in der ZSL entspricht.

Faktor 1. „Kontrollieren“, „Wiederholen“ und „Denken nach einer Handlung“ (Denkzwang 1) bestimmen durch die Höhe ihrer Ladung und ihre unbedeutende Ladung auf den übrigen Faktoren eindeutig diesen Faktor. Damit wird „Kontrollieren“, das schon die beiden Maudsley-Studien mit unterschiedlicher Methodik als Faktorenkomponente gefunden hatten, bestätigt. Neu ist jedoch dessen Kombination mit „Wiederholen“ und dem Denkzwang 1. Eine „innere Logik“ im Zusammenhang von Kontrollzwängen und „Denkzwängen nach einer Handlung“ hat aber u. a. bereits Süllwold (1978) postuliert; die Maudsley-Arbeiten konnten diese Kombination kaum finden, da in ihren Item-Listen Denkzwänge unterrepräsentiert waren. „Wiederholen“ wurde in der Rachman und Hodgson-Studie nicht als Einzelkomponente untersucht; bei Stern und Cobb erschienen „Kontrollieren“ und „Wiederholen“ in unterschiedlichen Faktoren. In unserer Untersuchung ist die Ausgangskorrelation zwischen diesen beiden Items mit 0,74 jedoch recht eindeutig. Sie erscheint damit vergleichbar mit dem Ergebnis der angeblichen Trait-Studie von Cooper und Kelleher (1973), die ebenfalls diese beiden Items im gleichen Faktor fand. Relativ hoch lädt noch „Übergenaugkeit“ auf Faktor 1, wie allerdings auch auf einigen weiteren.

Faktor 2. Wird durch „Waschen“ und „Reinigen“ mit hoher und ausschließlicher Ladung auf diesen Faktor bestimmt. Dies entspricht den Ergebnissen der Maudsley-Studien.

Faktor 3. Wird durch „Zählen“, „Berühren“ und „Sprechen“ gebildet und erstmals experimentell als eigenständiger Faktor isoliert. „Sprechen“ lädt allerdings auch relativ hoch auf Faktor 4. Neben diesen drei Variablen lädt keine weitere auf diesen Faktor, was für seine relative Eigenständigkeit spricht. Bisher ist dieser Faktor vermutlich aus mehreren Gründen nie isoliert worden: 1. Die entsprechenden Items sind in frühere Untersuchungen gar nicht eingegeben worden; 2. diese Symptome sind relativ selten (10 Patienten in unserer Studie); 3. dieser Faktor scheint immer in Kombination mit anderen Zwangsfaktoren aufzutreten und daher klinisch kaum als eigenständiger aufzufallen.

Faktor 4. Dieser als einziger bipolare Faktor wird hoch positiv bestimmt durch „Ordnen“ und hoch negativ durch „zwanghafte Vorstellung, sich oder andere zu schädigen“ (Denkzwang 5). Die Ausgangskorrelation von $-0,07$ dieser beiden Variablen deutet auf deren Unabhängigkeit hin. „Ordnen“ kann mit seiner Ladung von 0,72 als eigenständiger Faktor gesehen werden; allerdings besteht relativ hohe gemeinsame Ladung auch mit dem „Denken von Gedankenketten“ (Denkzwang 3) und dem „Sprechen“. In den Maudsley-Untersuchungen bildete „Ordnen“ keinen eigenen Faktor. Der Denkzwang 5 stellt durch seine negative Ladung und fehlende Korrelation mit den übrigen Variablen eigentlich einen eigenständigen Faktor dar. Vier Patienten in unserer Untersuchung gaben ihn als ihr einziges, etwa $\frac{1}{3}$ aller Patienten als eines unter mehreren Zwangssymptomen an.

Faktor 5. Wird als reiner Gedankenzwang-Faktor durch „Denken einzelner Worte, Sätze oder Bilder“ (Denkzwang 4) mit eindeutiger Ladung nur auf diesen Faktor bestimmt, während Denkzwang 3 und Denkzwang 2 („Denken vor einer Handlung“) auch relativ hoch auf jeweils einen anderen Faktor laden.

Faktor 6. Wird durch Depression und Phobie/Gehemmtheit gebildet. Während wir bei den Zwangs-Items vermutlich auf der formalen Ebene eine hohe Vollständigkeit aller in Frage kommenden Symptombildungen erreicht haben, ist die Beschränkung bei den Zusatzstörungen willkürlich. Depression wurde wegen deren immer wieder diskutierter Bedeutung in der Behandlung von Zwangsneurosen aufgenommen; Phobie/Gehemmtheit vor allem deshalb, weil in der Gesamtstudie Agoraphobiker einerseits und sozial-gehemmte Patienten andererseits die Kontrollgruppen bilden. Unerwartet ist die eindeutige Unabhängigkeit dieses kombinierten „Zusatz“-Faktors von den Zwangsfaktoren. Dies hat uns zu weiteren Untersuchungen der Beziehungen zwischen Depression, Zwängen, Phobie/Gehemmtheit und „Persönlichkeitsvariablen“ veranlaßt, mit überraschenden Ergebnissen u. a. im Hinblick auf den wechselnden Stellenwert von Depression und „Widerstand“ (s. Hand und Zaworka, 1980).

Die Unabhängigkeit der kombinierten Variable „Phobie/Gehemmtheit“ von den Zwangssymptomen bedeutet nicht notwendigerweise, daß sie als isoliert eingegebene Items ebenfalls nicht auf bestimmte Zwangsfaktoren geladen hätten. Allerdings korrelierten auch die Ratings auf der Gehemmtheitsskala des FPI und einer komplexen Phobie-Skala einzeln nicht mit dem Gesamtscore einer komplexen Zwangssymptomskala. Dies steht im Widerspruch zu dem „klinischen Eindruck“, daß unter den recht verschiedenartigen Zwangsneurotikern sowohl solche mit fehlkompensierter sozialer Gehemmtheit wie auch solche mit multiplen Phobien („phobisch-anankastisches Syndrom“) zu finden sind (Hand und Tichatzky, 1979).

Die Ergebnisse dieser faktorenanalytischen Hauptuntersuchung wurden hinsichtlich der Stabilität der gewonnenen Faktorenstruktur an folgenden Untergruppen unserer Patienten-Stichprobe überprüft: 1. ausschließlich ambulant behandelte Patienten ($N=33$); 2. stationär behandelte Patienten ($N=30$); 3. ambulant und stationär behandelte männliche Patienten ($N=23$); 4. ambulant und stationär behandelte weibliche Patienten ($N=40$). Die Ergebnisse entsprachen weitgehend denen der Hauptuntersuchung.

4. Diskussion

Die durchgeführten Faktorenanalysen haben 5 (davon einer bipolar) voneinander unabhängige Zwangsfaktoren isoliert, von denen 2 aus Handlungszwängen, einer aus Gedankenzwängen und 2 aus beiden Zwangsformen gebildet werden; der sechste Faktor wird aus den Zusatzstörungen „Depression“ und „Phobie/soziale Gehemmtheit“ gebildet.

Damit haben wir erstmals die aus der klinischen Psychopathologie gut bekannte Unterteilung in Handlungs- und Gedankenzwänge experimentell untermauert. Zugleich erweist sich eine feinere Unterscheidung als sinnvoll, da unter-

schiedliche Koppelungen der Zwangs-Items untereinander unabhängige Faktoren bilden.

Bei $\frac{2}{3}$ der untersuchten Patienten liegen Handlungs- und Denkwänge kombiniert vor. In dieser Kombination sind Handlungs- und handlungsunabhängige Denkwänge dreimal so häufig wie Handlungs- und handlungsbezogene Denkwänge.

Der subjektive Gestörtheitsgrad der Patienten mit kombinierten Denk- und Handlungswängen ist wesentlich und statistisch hochsignifikant ausgeprägter, als der von Patienten mit isolierten Denk- oder Handlungswängen.

Diagnostikstudien in der Psychotherapie und Psychiatrie sind nur dann sinnvoll, wenn ihre Ergebnisse zu therapeutischen Konsequenzen führen. Welche Konsequenzen lassen sich — insbesondere für die klinische Verhaltenstherapie — aus dieser Untersuchung ziehen?

Das Ergebnis der Faktorenanalysen scheint jenen in der Verhaltenstherapie oft vertretenen Ansätzen (c.f. Sookman und Solyom, 1977; oder Stern, 1970), die für unterschiedliche Zwangssymptombildungen jeweils spezifische Interventions-techniken anwandten, entgegenzukommen. Ferner erlaubt die in unserer Untersuchung faktorenanalytisch gesicherte Möglichkeit zur Patientengruppenspezifizierung verlässliche Zuordnungen bei Therapie-Forschungsvorhaben, etwa im Sinne von Tunner (1978), der eine möglichst hohe Homogenisierung von Patientengruppen vor Therapiebeginn fordert, um Replikationen therapeutischer Verfahren zu ermöglichen.

Uns erscheint jedoch im Hinblick auf die Entwicklung von optimalen therapeutischen Strategien die bisherige Verfahrens- und Denkweise in der Verhaltenstherapie in vieler Hinsicht problematisch, da wir davon ausgehen müssen, daß neurotische Patienten mit — neben anderen — Zwangssymptombildungen nicht nur schon innerhalb des Zwangsbereiches, sondern gerade auch außerhalb des Symptombereiches vermutlich eine sehr inhomogene Gruppe darstellen und die Zuordnung zu symptomspezifischen Therapieverfahren unter der Symptomleitdiagnose für viele dieser Patienten keine optimale Lösung darstellen kann. Fragwürdig erscheint uns auch, ob die in der Verhaltenstherapie häufig an Patienten mit monosymptomatischen Zwängen überprüften hochspezifischen Symptomtechniken, die dort in der Tat häufig die einzig notwendige Intervention sein mögen, für die große Mehrzahl der Zwangsneurotiker, die ja unter multiplen Handlungs- und Denkwängen leiden, noch eine entscheidende Bedeutung haben, da diese Patienten sich ja auch subjektiv als wesentlich gestörter erleben. Leider fehlen bisher objektive Kriterien dafür, wann spezifische, einfache und symptomzentrierte Kurztherapien komplexen therapeutischen Strategien oder auch gezielter Nichtberücksichtigung der Symptombildungen in der Therapie vorzuziehen sind. In der Behandlung schwer gestörter neurotischer Patienten neigen wir in den letzten Jahren zunehmend dazu, das Schwergewicht auf die Entwicklung eher einheitlicher therapeutischer Interventionen zu legen, die dem Patienten „coping-Strategien“ für ein möglichst breites Spektrum von Beschwerden vermitteln (s. Hand und Tichatzky, 1979).

Worin liegt bei einem solchen Ansatz der Wert der hier dargestellten Mikrodiagnostik im Symptombereich?

Die bisherigen Meßinstrumente für Zwangssymptome und Zwangscharakter sind aus mehreren Gründen dringend verbesserungsbedürftig: Sie differenzieren unzureichend, messen nur zum geringen Teil zwangsspezifische Varianz und bilden durch ihre geringe Anzahl von Items keine dem subjektiven Gestörtheitsgrad der Patienten entsprechenden Werte ab. In der Verhaltenstherapie ist zudem häufig versucht worden, das Meßproblem dadurch zu lösen, daß eine oder einige wenige bei Therapiebeginn im Vordergrund stehende Zwangsverhaltensweisen vor, während und nach der Therapie quantitativ erfaßt wurden. Bei der bekannten Auswechselbarkeit von Zwangssymptomen bei dem gleichen Patienten haben Veränderungen auf einer solchen Skala, deren Item außerdem noch im Mittelpunkt der Therapie steht, eine unklare Aussagekraft hinsichtlich der für die Lebensführung des Patienten relevanten Therapieeffekte.

Aus der Zwangssymptomliste und den faktorenanalytischen Ergebnissen haben wir einen gegenwärtig noch in experimenteller Überprüfung stehenden Selbststrating-Fragebogen für Zwangssymptomatik (Hamburger-Zwangsinventar, HZI; Zaworka et al., in Vorbereitung) entwickelt, mit dem sich erstmals die Möglichkeit einer differenzierten Quantifizierung von Zwangssymptomatik — unabhängig von übergreifenden Diagnosegruppen — zu bieten scheint. Nur solche Meßinstrumente erlauben eine Objektivierung postulierter hochspezifischer oder auch Breitspektrumeffekte therapeutischer Interventionstechniken für umschriebene Problembereiche. Von besonderer Bedeutung bei der Entwicklung solcher Meßinstrumente erscheint uns, daß die einzelnen Items für die Erstellung der Phänomenologie operational so definiert sind, daß sie möglichst wenig durch Konstrukte aus der Psychopathologie kontaminiert sind. Nur dann besteht die Chance, in späteren umfangreichen Analysen, in die auch etwa Items über die intrapsychische und interpersonale Funktion der einzelnen Items eingehen können, Faktoren oder Cluster zu finden, die möglicherweise herkömmlichen Hypothesen und Konstrukten widersprechen. Idealerweise sollten für die Diagnostik und Therapieeffektbeurteilung bei einem Patienten für jeweils jeden seiner relevanten Symptom- bzw. Problembereiche ähnlich eindeutig operationalisierte Testverfahren eingesetzt werden. Je differenzierter mit einem solchen Gesamtinstrumentarium Symptom- und Problembereiche unterschieden werden können, um so höher die Möglichkeiten, Breitbandeffekte in allen Problembereichen präzise gegeneinander zu differenzieren und damit auch das theoretische Modell der therapeutischen Intervention entweder zu überprüfen oder — bei den heute überwiegend üblichen, pragmatisch abgeleiteten Verhaltenstherapietechniken besonders wichtig — überhaupt erst genau zu formulieren.

Anhang*Zwangs-Symptom-Liste*

Item-Nr.	Im Text verwendete Kurzbezeichnung	Formulierung im Patientenfragebogen	ja	nein
		Liegen Ihre Schwierigkeiten unter anderem darin, daß Sie ...	ja	nein
1.	Wiederholen	bestimmte Handlungen wiederholen müssen	—	—
2.	Kontrollieren	sich nach der Beendigung einer Tätigkeit nicht mehr sicher sind, ob sie diese fehlerfrei oder überhaupt durchgeführt haben, so daß Sie deshalb kontrollieren müssen	—	—
3.	Ordnen	wenn Sie in bestimmten Bereichen Unordnung sehen, diese abstellen müssen	—	—
4.	Waschen	Ihren Körper oder Teile Ihres Körpers mehrfach oder sehr intensiv reinigen müssen	—	—
5.	Reinigen	Dinge (z. B. Wäsche, Wohnung) mehrfach oder sehr intensiv reinigen oder putzen müssen	—	—
6.	Zählen	Menschen oder Gegenstände zählen oder bei der Durchführung von Handlungen ein Zahlensystem verwenden müssen (dabei kommt es nicht auf die Art des Zählens an)	—	—
7.	Sprechen	bestimmte Worte oder Sätze laut aussprechen oder singen müssen	—	—
8.	Berühren	bestimmte Gegenstände mehrfach berühren müssen	—	—
9.	Denken nach einer Handlung	nach manchen Handlungen den Handlungsablauf mehrfach durchdenken müssen	—	—
10.	Denken vor einer Handlung	sich vor manchen Handlungen den möglichen Handlungsablauf mehrfach vorstellen müssen	—	—
11.	Denken von Gedankenketten	unabhängig von den in Frage 9, 10, 12 und 13 beschriebenen Denkabläufen eine längere Gedankenkette mehrfach von vorne durchdenken müssen	—	—
12.	Denken einzelner Worte, Sätze oder Bilder	unabhängig von den in Frage 9–11 und 13 beschriebenen Denkabläufen einzelne Worte, Sätze oder Bilder denken müssen und sich nur schwer davon befreien können	—	—
13.	Zwanghafte Vorstellung, sich oder anderen zu schaden	sich vorstellen müssen, sich selbst oder anderen ein Leid zuzufügen	—	—
14.	Perfektion („Hundertprozentigkeit“) anstreben	eine Arbeit übergenu machen müssen oder immer Vollständigkeit anstreben und dadurch mehr Zeit brauchen als Ihnen eigentlich notwendig erscheint	—	—
15.	Meiden	aus Angst, eine der unter 1–8 und 14 aufgeführten Verhaltensweisen ausüben zu müssen, die Auslösesituationen für diese Handlungen für eine bestimmte Zeit meiden	—	—

16.	Depression	sich häufiger depressiv fühlen	—	—
17.	Phobie/ Gehemmtheit	vor bestimmten Situationen (z. B. offene Plätze, geschlossene Räume, Kaufhäuser) oder Erlebnissen (z. B. Busfahrt), vor Tieren oder Gegenständen, oder auch vor sozialen Situationen, so stark Angst haben, daß Sie diese, wenn möglich, meiden	—	—

5. Literatur

- Allan, J. J., Tune, G. S.: The Lynfield obsessional-compulsive questionnaire. *Scot. Med. J.* **20**, 21–24 (1975)
- Akhtar, S., Wig, N., Varma, V., Pershad, D., Verma, S.: A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *Br. J. Psychiatr.* **127**, 342–348 (1975)
- Berner, P.: Psychiatrische Systematik. Bern: Huber 1977
- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1960
- Caine, T. M., Hawkins, L. G.: Questionnaire measure of the hysteroid-obsessoid component of personality: The HOQ. *J. Consult. Psychol.* **27**, 206–209 (1963)
- Cooper, J.: The Leyton obsessional inventory. *Psychol. Med.* **1**, 48–64 (1970)
- Cooper, J., Kelleher, M. Y.: The Leyton obsessional inventory: A principal components analysis on normal subjects. *Psychol. Med.* **3**, 204–208 (1973)
- Cooper, J., McNeill, J.: A study of houseproud housewives and their interactions with their children. *J. Child Psychol. Psychiat.* **9**, 173–188 (1968)
- Foulds, G. A., Caine, T. M.: Psychoneurotic symptom clusters, trait clusters and psychological tests. *J. Ment. Sci.* **104**, 722–731 (1958)
- Foulds, G. A., Caine, T. M.: Symptom clusters and personality types among psychoneurotic men compared with women. *J. Ment. Sci.* **105**, 469–475 (1959)
- Foulds, G. A.: The relative stability of personality measures compared with diagnostic measures. *J. Ment. Sci.* **105**, 783–787 (1959)
- Foulds, G. A., Caine, T. M.: Personality and personal illness. London: Tavistock Publications 1965
- Hand, I., Spöhring, B., Stanik, E.: Treatment of obsessions, compulsions and phobias as hidden couple-counseling. In: The treatment of phobic and obsessive compulsive disorders, J. Boulougouris, A. Rabavilas (eds.), pp. 105–114. Oxford: Pergamon Press 1977
- Hand, I., Tichatzky, M.: Behavioral group therapy for obsessions and compulsions. In: Trends in behavior therapy, P. Sjöden, S. Bates (eds.), pp. 269–297. New York: Academic Press, 1979
- Hand, I., Köhlke, U., Lammers, J., Molvaer, J., Priess, H.: Exposure in vivo versus problem solving-/communication-training in individual versus group treatment for obsessive-compulsive patients. In: Obsessions and compulsions recent advances in behavioral analysis and therapy, I. Hand (ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer (in Vorbereitung)
- Hand, I., Zaworka, W.: Differing problem-constellations in obsessive-compulsive neurosis of short; medium- and long-term duration and their therapeutic implications. A group statistical approach with a 'quasi-longitudinal' study. Vortrag zum International Symposium on "Practical Applications of Learning Theories in Psychiatry". Kreta, 12.–16. 4. 1980. (Deutschsprachige Publikation in Vorbereitung)
- Hodgson, R. J., Rachman, S.: Obsessional compulsive complaints. *Behav. Res. Ther.* **15**, 389–395 (1977)
- Ingram, J. M.: The obsessional personality and obsessional illness. *Am. J. Psychiatr.* **117**, 1016–1019 (1961)
- Janet, P.: Les obsessions et la psychasténie. Paris: Alcan 1903
- Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Berlin: Springer 1946
- Kendell, R. E., Di Scipio, W. J.: Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illnesses. *Psychol. Med.* **1**, 65–72 (1970)

- Kind, E.: Leitfaden für die psychiatrische Untersuchung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973
- Kline, P.: Obsessional traits and emotional instability in a normal population. *Br. J. Med. Psychol.* **40**, 153–157 (1967)
- Köhlke, H. U., Lammers, J.: Multimodale Familien- und Gruppentherapie bei Patienten mit zwangsneurotischer Störung (Verhaltenstherapeutischer Ansatz). Diplom-Arbeit (Psychologie) an der verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg, 1979
- Kraepelin, E., Lange, J.: Allgemeine Psychiatrie, 9. Auflage. Leipzig: J. A. Barth 1927
- Langen, D., Thümler, R.: Verlauf und Prognose von Zwangssyndromen. In: Zwangssyndrome und Zwangskrankheit, P. Hahn, H. Stolze (Hrsg.), pp. 56–63. München: J. F. Lehmann 1974
- Lewis, A. J.: Problems of obsessional illness. *Proc. R. Soc. Med.* **29**, 325–336 (1935)
- Marks, I. M., Hallam, R., Conolly, J., Phillpott, R.: Nursing in behavioral psychotherapy, pp. 78–79. London: The Royal College of Nursing 1977
- Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M.: Clinical psychiatry, 3. Aufl. London: Bailliere, Tindall & Cassell 1969
- Molvaer, J., Priess, H.: Multimodale Einzel- und Familientherapie bei Patienten mit zwangsneurotischer Störung. Diplom-Arbeit (Psychologie) an der verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg, 1979
- Orme, J. E.: The relationship of obsessional traits to general emotional instability. *Br. J. Med. Psychol.* **38**, 269–270 (1965)
- Revenstorff, D.: Vom unsinnigen Aufwand. *Arch. Psychol.* **130**, 1–36 (1978)
- Redlich, F. C., Freedman, D. X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp 1970
- Reed, G. F.: Obsessionality and self-appraisal questionnaires. *Br. J. Psychiat.* **115**, 205–209 (1969)
- Rüdin, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **191**, 14–54 (1953)
- Sandler, J., Hazari, A.: The obsessional: On the psychological classification of obsessional character traits and symptoms. *Br. J. Med. Psychol.* **33**, 113–122 (1960)
- Scharfetter, Ch.: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1976
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 6. Auflage. Stuttgart: Thieme 1962
- Schulte, W., Tölle, R.: Psychiatrie, 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1977
- Slade, P. D.: Psychometric studies of obsessional illness and obsessional personality. In: Obsessional states, H. R. Beech (ed.), pp. 95–109. London: Methuen 1974
- Slater, E., Slater, P.: A heuristic theory of neurosis. *J. Neurol. Psychiat.* **7**, 49–55 (1944)
- Sookman, D., Solyom, L.: The effectiveness of four behaviour therapies in the treatment of obsessive neurosis. In: The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders, J. Boulougouris, A. Rabavilas (eds.), pp. 85–98. Oxford: Pergamon 1977
- Stern, R.: Treatment of a case of obsessional neurosis using thought stopping technique. *Br. J. Psychiat.* **117**, 441–442 (1970)
- Stern, R. S., Cobb, J. P.: Phenomenology of obsessive compulsive neurosis. *Br. J. Psychiat.* **132**, 233–239 (1978)
- Süßwold, L.: Die Bedeutung kognitiver Störungen für Klassifikation und Verhaltenstherapie von Zwangssyndromen. *Nervenarzt* **44**, 537–546 (1973)
- Süßwold, L.: Zwangsstörungen. In: Klinische Psychologie 1. Trends in Forschung und Praxis, U. Baumann, H. Berbalk, G. Seidenstücker (Hrsg.). Bern, Stuttgart, Wien: H. Huber 1978
- Tunner, W.: Das Dilemma experimenteller Therapie-Erfolgsstudien. Vortrag zum 8. Europäischen Verhaltenstherapie-Kongreß, Wien, Sept. 1978
- Weitbrecht, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1963
- Zaworka, W., Hand, I., Jauernig, G., Lünenschloß, K.: Das Hamburger-Zwangs-Inventar (HZI). Manual und Fragebogen. Weinheim: Beltz (in Vorbereitung)

Eingegangen am 27. August 1979