

Das Strukturelle und das Strukturierte Interview zur psychodynamischen Diagnostik der Persönlichkeitsorganisation

Peter Buchheim, John F. Clarkin, Otto F. Kernberg und Stephan Doering

Schlüsselwörter

Diagnostik, Struktur, Persönlichkeitsorganisation, Borderline Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassung

Die klinische Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen verlangt ein spezifisches Vorgehen. Dabei kommt es aus psychodynamischer Sicht zentral auf die Diagnose des Strukturniveaus des Patienten an. Wesentliche psychodynamische Ansätze zur Strukturdiagnostik stammen von Otto F. Kernberg und seinen Mitarbeitern. In diesem Beitrag wird das Strukturelle Interview als ein unstrukturierter klinischer Ansatz zur Strukturdiagnostik und das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO) als eine manualisierte und strukturierte Version eines diagnostischen Interviews vorgestellt. In beiden Verfahren geht es um die Erfassung der strukturrelevanten Dimensionen Identität, Objektbeziehungen, primitive Abwehr, Aggression, Wertvorstellungen und Realitätskontrolle. Die theoretischen Grundlagen, Konzeptualisierung und Anwendung der Instrumente werden diskutiert.

Keywords

Diagnostics, structure, personality organization, borderline personality disorder

Summary

Clinical diagnostics of personality disorders require specific techniques. The diagnosis of personality structure is of crucial interest. Essential psychodynamic approaches towards structural diagnosis have been developed by Otto F. Kernberg and colleagues. This paper presents the Structural Interview — an unstructured clinical interview — and the Structured Interview for Personality Organization (STIPO) as a manualised and structured interview version. Both instruments assess several dimensions relevant to personality structure: identity, object relations, primitive defences, aggression, moral values, and reality control. Theoretical foundations, conceptualization and clinical application of the instruments are discussed.

Structural and Structured Interview for Psychodynamic Diagnosis of Personality Organization

Persönlichkeitsstörungen 2006; 10: 43–54

Unter Psychiatern und Psychotherapeuten besteht weit gehend Einigkeit darüber, dass die Kunst, ein gutes Erstinterview zu führen, viel Erfahrung benötigt und erlernt sein will. Das Erstinterview bildet zusammen mit der Erhebung der Anamnese und der Beschreibung des psychischen Befundes einen wesentlichen Bestandteil nicht nur der Diagnostik und Indikationsstellung, sondern auch der Therapieplanung bei Patienten mit psychischen Störungen. Im Vergleich zur traditionell dominierenden Stellung der Psychopathologie in der Psychiatrie ist die Methodik und Technik des Erstinterviews ein relativ junger Bereich, der durch die Entwicklung in der Psychotherapie gefördert wurde (Kind 1978). Durch die Einflüsse der Psychoanalyse konnte sich in den USA in den 50-er-Jahren des 20. Jahrhunderts

die erste Generation **psychiatrisch-psychodynamischer Erstinterviewkonzepte** entwickeln. Mit dem psychiatrischen Interview von Sullivan (1954) und dem Erstinterview in der psychiatrischen Praxis von Gill et al. (1954) erschienen kurz nacheinander zwei ausführliche Darstellungen zur Methodik, Technik und zum Training psychodynamischer Interviews. Der wesentliche Beitrag der Autoren bestand dabei in der Präzisierung der psychodynamischen Interviewtechnik, wobei es zu einer interpersonell orientierten Wende in der Einstellung des Interviewers kam, indem der Untersucher in seiner Interaktion mit dem Patienten sowohl die Rolle des Beobachters als auch des Teilnehmers einnimmt.

Ein besonderes Problem zeigte sich immer wieder darin, dass eine Erstgesprächstechnik nicht **al-**

len Patientengruppen und Situationen gerecht werden kann. Aus pragmatisch klinischer Sicht ist es einleuchtend, dass bei einem Patienten mit einer akuten Psychose eine andere Gesprächs- und Vorgehensweise erforderlich ist als bei einem Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Schon Kind (1978) hat, in Anlehnung an Sullivan (1954), empfohlen, in Abhängigkeit von der Akuität, der Art der Störung und der Psychopathologie in verschiedenen Phasen des Erstgesprächs unterschiedliche Wege beim weiteren Vorgehen einzuschlagen. Je nach Erscheinungsbild und Akuität ist die Interviewtechnik entweder mehr auf das Klären und Interpretieren intrapsychischer Konflikte gerichtet oder hat mehr die Exploration von psychotischen Merkmalen oder akuter Suizidalität zum Ziel.

Das von Kernberg (1977; 1981; 1984) entwickelte Strukturelle Interview steht für einen Wegweisenden, integrativen Ansatz, in dem neben der Psychopathologie und Psychodynamik auch die Persönlichkeitsstruktur für ein breites Spektrum psychischer Störungen erfasst werden kann. Das Strukturelle Interview steht für eine „zweite Generation“ psychoanalytisch orientierter Interviews. Strukturell bezieht sich auf die **Erfassung der Persönlichkeitsstruktur**, des ganzheitlichen Gefüges von psychischen Dispositionen, die alles umfassen, was im Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft, repetitiv abläuft (bewusst oder bewusstseinsfern) (Shapiro 1991). Aus den Ergebnissen der großen Menninger-Psychotherapiestudie (Burstein et al. 1972) war unter anderem hervorgegangen, dass das Strukturniveau der Persönlichkeit ein bedeutsames Kriterium für den Schweregrad und die Prognose einer psychischen Erkrankung darstellt. Infolgedessen entwickelte Kernberg die klinische Interviewmethode, die aktuelle Symptome des Patienten und relevante Aspekte der Vorgeschichte, sein Selbstkonzept und seine Objektbeziehungen sowie die Interaktion zwischen ihm und dem Therapeuten erfasst. Durch den Schwerpunkt auf der Interaktion zwischen Patient und Therapeut im Hier und Jetzt der Übertragungsbeziehung und unter Verwendung der psychodynamischen Interventionstechniken von Klärung, Konfrontation und Interpretation beim Auftauchen von konfliktbeladenen Themen und Abwehrvorgängen ist es möglich, gleichzeitig Einblicke in die

Symptomatik und über das Verhalten in die Persönlichkeitsstruktur zu gewinnen. Im Unterschied zu strukturierten oder halbstrukturierten Interviews, die vorwiegend in der Forschung Anwendung finden, folgt das Strukturelle Interview nicht einer streng vorgegebenen Reihenfolge, sondern eher einem dynamischen Ablauf der durch ein zirkuläres Vorgehen ein Zurückgehen auf bedeutsame Themen und Interaktionen zulässt.

Für den Einsatz in der **Therapieforschung** wurde in Anlehnung an das Strukturelle Interview das Structured Interview of Personality Organization (STIPO) von Clarkin, Kernberg und Mitarbeitern ausgearbeitet (Clarkin et al. 2003), das von Doering und Mitarbeitern zur Verwendung im Rahmen von Studienprojekten als Strukturiertes Interview der Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D) ins Deutsche übersetzt wurde. Das Interview wird nach einer festgelegten Reihenfolge mit vorgegebenen Fragen zu 100 Items durchgeführt und ermöglicht eine Einschätzung der Persönlichkeitsorganisation auf sieben operationalisierten Dimensionen (Identität, Objektbeziehungen, primitive Abwehr, Coping, Aggression, Wertvorstellungen und Realitätsprüfung). Das Interview weist im Aufbau Ähnlichkeiten mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-I [Wittchen et al. 1997], SKID-II [Fydrich et al. 1997]) und dem International Personality Disorder Examination (IPDE) von Loranger (1999) auf. Diese Instrumente wurden schon in den 80-er-Jahren für eine differenzierte phänomenologische Diagnostik der verschiedenen Formen von Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II des DSM-IV entwickelt (Selbstunsichere, Zwanghafte, Histrionische, Schizoide, Narzisstische, Schizotypische, Antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung) und zunächst vorwiegend im Rahmen von Forschungsprojekten angewendet. Diese strukturierten klinischen Interviews können als dritte Generation von Interviewmethoden angesehen werden (Buchheim et al. 1994).

In dem Interview zur **Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik** (Arbeitskreis OPD 1996) wurde in den 90-er-Jahren eine Synthese der Kernbestandteile der vorangegangenen Interviewgenerationen angestrebt. Das OPD-Interview lässt sich als teilstrukturiert, multiaxial und multimo-

dal bezeichnen, da ausgehend von einer psychoanalytisch-psychodynamischen Grundhaltung klinisches Material für die Einschätzung auf fünf Achsen (Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und ICD-10-/DSM-IV-Diagnose) gesammelt wird und für die Befunderhebung verschiedene Interviewmodi zum Einsatz kommen (Dahlbender et al. 2004). Zudem enthält das OPD-Interview Anteile einer biografischen Anamnese sowie ein Erfassen psychopathologischer Symptome zur Einschätzung einer klinischen Diagnose nach ICD-10- und DSM-IV-Kriterien. Auf der Struktur-Achse der OPD ist ähnlich wie beim Strukturellen Interview und STIPO eine Einschätzung unterschiedlicher Strukturniveaus möglich, wobei aber ausdrücklich auf eine nosologische Zuordnung verzichtet wird.

Das Strukturelle Interview

Das Strukturelle Interview (Kernberg 1981; 1984) nimmt eine Mittelstellung zwischen einem psychiatrischen Interview zur differenzialdiagnostischen Abklärung und einem psychoanalytisch-psychodynamischen Erstinterview ein (Buchheim et al. 1987). Ziel ist es, sich als Interviewer im Hier und Jetzt der Interaktion mit dem Patienten ein Bild sowohl über die Symptomatik, das (Beziehungs-)Verhalten in Vergangenheit und Gegenwart sowie über das strukturelle Funktionsniveau der Persönlichkeit zu machen. Mit dem Strukturellen Interview **erfasst** der Untersucher Folgendes:

- Symptome und Verhalten in Gegenwart und Vergangenheit
- Identität, insbesondere das Selbstkonzept und das Konzept von wichtigen anderen
- Objektbeziehungen
- Abwehrmechanismen
- Wertvorstellungen
- Fähigkeit zur Realitätsprüfung
- Interaktion zwischen dem Patienten und dem Interviewer unter besonderer Beachtung der Übertragung und Gegenübertragung

Das Interview konzentriert sich nach einer mehrteiligen Eingangsfrage nach den hauptsächlichen Beschwerden und Problemen, deren Entwicklung, den Erwartungen an die Behandlung und nach dem au-

genblicklichen Befinden zunächst auf die Symptome, Konflikte oder Schwierigkeiten, die der Patient anbietet. Im weiteren Verlauf fordert der Interviewer den Patienten zur Selbstcharakterisierung und zur Beschreibung der wichtigen Bezugspersonen auf, um sich ein Bild von den internalisierten Selbst- und Objektbeziehungen, dem Ausmaß der Identitätsdiffusion beziehungsweise der Fähigkeit zur Identitätsintegration, den typischen Abwehrmechanismen zu machen. Ziel des Interviews ist es auch, ein umfassendes Bild über die wesentlichen Lebensbereiche des Patienten wie Arbeit, Freizeit, Familie, Partnerschaft und Sexualität zu gewinnen. Zur Abgrenzung von psychotischen Symptomen und Störungen erfolgt stets eine Abklärung der Fähigkeit zur Realitätsprüfung.

Durch ein Fokussieren auf die Interaktion zwischen dem Patienten und dem Interviewer mit Hilfe der psychodynamischen Techniken der Klärung, Konfrontation und Interpretation konfliktbesetzter Themen und der Abwehrmechanismen ist es möglich, gleichzeitig die Symptomatik und die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur herauszuarbeiten. Eine hervorstechende Eigenschaft des Strukturellen Interviews ist ein zirkuläres Vorgehen bei der Befragung. Ein wiederholtes Zurückkommen auf zuvor geäußerte, aber noch nicht ausreichend geklärte Symptome und Probleme erlaubt dem Untersucher, in unterschiedlichen Zusammenhängen zu einem späteren Zeitpunkt Widersprüche aufzuzeigen und sich ein vollständigeres Bild zu machen. Die strukturelle Diagnose wird vor allem durch die Reaktionen des Patienten auf die Klärungen, Konfrontationen und Deutungen im Interview verdeutlicht. Diese Interviewtechnik bedeutet eine Herausforderung für Interviewer und Patient und kann zu einer Art von „experimenteller Labilisierung“ führen, durch die eben auch das unter Stressbedingungen unter Umständen erniedrigte Funktionsniveau der Persönlichkeitsorganisation („bottom of the rock“) im Interview erkennbar werden kann.

Psychodynamische Konzeptualisierung und Klassifikation der Persönlichkeitsorganisation

Eine psychodynamische Diagnostik und Psychotherapie schwerer Persönlichkeitsstörungen basiert auf einem psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1998; 2000) und

dem theoretischen Modell von internalisierten Objektbeziehungen. Hier wird davon ausgegangen, dass frühe Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen verinnerlicht werden, und zwar dergestalt dass jeweils ein Teilaspekt der eigenen Person durch einen Affekt mit einem korrespondierenden Teilaspekt des Gegenübers verbunden wird. Diese objektbeziehungstheoretische Vorstellung von „internalisierten Teilobjektbeziehungen“ korrespondierte übrigens mit Daniel Sterns Konzept der RIGs (Representations of Interactions that have been Generalized) (Stern 1985). Im Falle einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung werden diese verinnerlichten „Beziehungsfragmente“ zu ganzen und gestalthaften Bildern vom Selbst und den anderen integriert. Bei einer gestörten Entwicklung kann es dazu kommen, dass die innere Welt weiterhin aus **fragmentierten Selbst-Objekt-Dyaden** besteht (Borderline-Persönlichkeitsorganisation). Aus klinischer Perspektive spielen dabei folgende Aspekte eine Rolle: Die internalisierten Selbst-Objekt-Dyaden bestimmen die Art und Weise, wie der Patient das Erleben im Hier und Jetzt wahrnimmt. Die Selbst-Objekt-Dyaden dominieren die innere Welt in einer unreifen voneinander dissoziierten Form, was zur Konfusion und zu chaotischem subjektiven Erleben führt, einem Zustand der als Identitätsdiffusion charakterisiert ist. Die innere Objektwelt und ihr Ausmaß an Fragmentierung und Identitätsdiffusion beziehungsweise Integrationsfähigkeit bestimmen das Niveau der Persönlichkeitsorganisation und ihrer Abwehrorganisation. Personen, die auf diesem Niveau organisiert sind, setzen unreife Abwehrmechanismen, vor allem Spaltung und projektive Identifizierung ein, um ihre heftigen Emotionen zu regulieren. Das unreife Muster der Selbst- und Objektrepräsentanzen führt bei diesen Menschen zu einem verzerrten Erleben von sich selbst und anderen, zur unzureichenden Emotionsregulierung und Anpassung an die Komplexität realer anderer Personen und Situationen. Die Persönlichkeitsorganisation ist durch folgende strukturelle Charakteristika, die allen Persönlichkeitsstörungen auf **diesem Strukturniveau** gemeinsam sind, definiert:

- Identitätsdiffusion
- Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen, in deren Zentrum die Spaltung steht

- Aufrechterhaltung einer im Allgemeinen intakten Realitätsprüfung

In dem psychodynamischen Klassifikationsansatz von Kernberg (1998; 2000) sind die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen nach dem Schweregrad auf verschiedenen **Niveaus der Persönlichkeitsorganisation** angeordnet:

- neurotische Persönlichkeitsorganisation
- höhere Borderline-Persönlichkeitsorganisation
- niedrige Borderline-Persönlichkeitsorganisation
- psychotische Persönlichkeitsorganisation

Unter dimensional Gesichtspunkten befinden sich die Persönlichkeitsstörungen mit histrionischen, narzisstischen, antisozialen und Borderline-Merkmalen im extrovertierten Bereich, was dem Cluster B der DSM-IV Klassifikation entspricht und Persönlichkeitsstörungen mit schizoiden, paranoiden und schizotypischen Merkmalen entsprechend dem Cluster A im introvertierten Bereich dieser Anordnung. Das Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation wird durch den Ausprägungsgrad der Identitätsdiffusion, die Art der eingesetzten Abwehrmechanismen, die interpersonelle Beziehungsfähigkeit, die Wertvorstellungen und die Fähigkeit zur Realitätsprüfung bestimmt. Innerhalb der Borderline-Persönlichkeitsorganisation wurde eine Gruppierung auf einem höheren Organisationsniveau, zum Beispiel mit sadomasochistischen, abhängigen, histrionischen und narzisstischen Zügen und auf einem niedrigen Organisationsniveau zum Beispiel mit maligne narzisstischen, antisozialen und schizotypischen Zügen vorgenommen. Das psychotische Niveau der Persönlichkeitsorganisation ist durch eine konstant gestörte Realitätsprüfung charakterisiert. Mit diesem psychodynamischen Klassifikationsschema (s. Abb. 1) sollen die klinisch relevanten Charakteristika und Beziehungen zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen verdeutlicht werden, die bei der Indikationsstellung zur Therapie und bei der Einschätzung der Prognose vor allem bezüglich des Schweregrades zu berücksichtigen sind. Erfahrungsgemäß hat eine Borderline-Persönlichkeit mit histrionischen Zügen eine eher günstigere Prognose, als eine Borderline-Persönlichkeit mit maligne-narzisstischen oder sogar antisozialen Zügen.

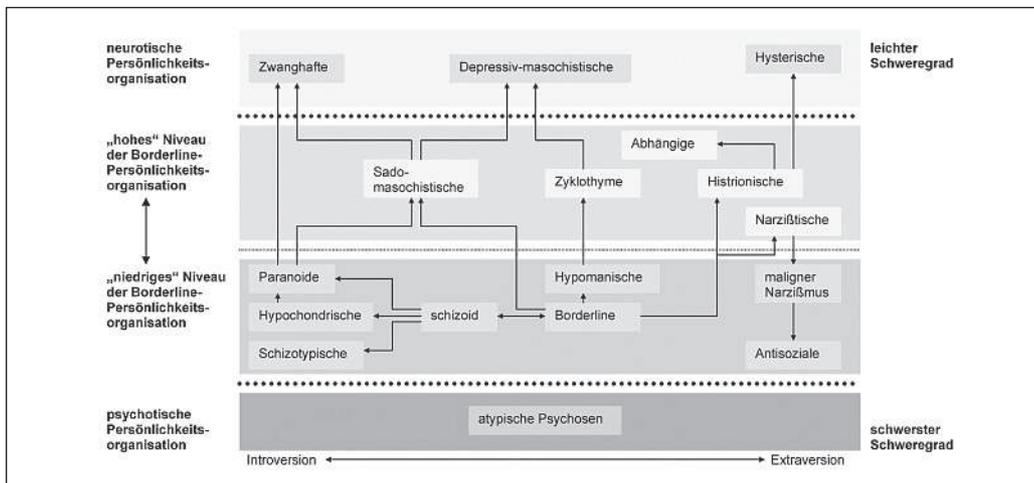


Abb. 1 Psychodynamische Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen im Spektrum der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (aus: Kernberg 2000)

Die Durchführung des Strukturellen Interviews

Vor der Durchführung des Strukturellen Interviews ist zu entscheiden, in welcher Reihenfolge man die biografische Anamnese und die Befunde zur Vorgeschichte der Erkrankung erhebt und Hinweise über vorausgegangene Therapien erhält.

Rahmenbedingungen und Reihenfolge bezüglich Anamnesenerhebung und Interview

Kernberg (1984) empfiehlt mit dem Strukturellen Interview zu beginnen, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, der Interviewer schon über genügend Erfahrung mit dieser Interviewtechnik verfügt, und wenn die Diagnostik auf ein Erkennen des Niveaus der Persönlichkeitsorganisation ausgerichtet ist. Dagegen sollte man mit der Erhebung der Standard-Krankengeschichte beginnen und dann erst zum Strukturellen Interview übergehen, wenn der Interviewer nur wenig Zeit für eine umfassende Beurteilung des Patienten hat und noch über wenig Erfahrung mit dem Strukturellen Interview verfügt. Wenn man mit der Aufnahme der Krankengeschichte beginnt, vermeidet man auch das frühzeitige Durchbrechen primitiver Abwehrmechanismen und negativer Reaktionen vor allem bei Patienten mit paranoi-

den Persönlichkeitszügen oder Symptomen. Zu Beginn des Interviews stellt sich der Untersucher kurz vor und klärt den Patienten über die Rahmenbedingungen der Praxis, der Institution oder des Forschungsprojektes auf, unter denen das diagnostische Gespräch stattfindet, und darüber, wie die Angaben des Patienten, eventuell auch eine Audio- oder Videoaufzeichnung des Gesprächs im Einverständnis mit ihm weiter gehandhabt werden.

Die Eröffnungsphase des Strukturellen Interviews

Von Kernberg (1984) wird empfohlen, das Interview mit einer Sequenz von mehreren direkten oder indirekten Fragen zu beginnen. Damit vermittelt man dem Patienten auch eine Vorstellung, worum es im Gespräch gehen wird, und man bietet ihm zugleich mehrere Möglichkeiten zum Antworten an. Ein typisches **Eingangsstatement** würde etwa so lauten: „Es interessiert mich zu wissen, warum Sie hier sind, wie Ihre Schwierigkeiten oder Probleme aussehen, was Sie von der Behandlung erwarten und wo Sie in dieser Hinsicht jetzt stehen.“ Bei schon vorhandenen Vorinformationen im Rahmen einer Institution oder eines Forschungsprojektes würde sich folgende Modifikation anbieten: „Ich hatte Gelegenheit, etwas über Ihre Schwierigkeiten zu hören, aber es würde mich sehr interessieren, jetzt in unserem Gespräch

von Ihnen selbst zu erfahren, wie Sie Ihre Situation sehen.“

Patienten mit neurotischen Störungen und ohne typische Persönlichkeitspathologie sind imstande, in der Initialphase des Strukturellen Interviews angemessen zusammenzufassen, was sie in die Behandlung gebracht hat, welches ihre Hauptschwierigkeiten sind, was sie von der Behandlung erwarten, und wo sie in diesem Augenblick stehen. Aufgrund ihrer intakten Realitätsprüfung kann der Interviewer die Möglichkeit einer Psychose ausschließen und sie weisen in der Regel normale Intelligenz und normale kognitive Fähigkeiten auf, so dass auch eine hirnorganische Störung auszuschließen ist. Neurotische Patienten können sich, nach weiterer Information gefragt, sinnvoll über ihre manifesten Symptome oder Schwierigkeiten äußern. Sie verstehen eindeutig nicht nur den oberflächlichen Inhalt der Fragen, die der Interviewer stellt, sondern auch die komplexeren, eventuell auch psychologischen Zusammenhänge. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation zeigen dagegen schon in der Anfangsphase häufig Bizarres, Seltsames oder Absurdes in ihrem Verhalten, ihren Affekten oder ihren Gedanken.

Eine **weitergehende Frage** wird sich jetzt mehr auf die Person des Patienten beziehen: „Sie haben mir von Ihren Schwierigkeiten erzählt, jetzt würde ich gern mehr über Sie selbst als Person hören. Können Sie sich selbst beschreiben, Ihre Persönlichkeit, das, was ich Ihrer Meinung nach wissen sollte, um ein wirkliches Gefühl für Sie als Mensch zu bekommen?“ Diese Frage bedeutet eine neue Herausforderung auf einer tieferen Ebene der Befragung, die bei einem neurotischen Patienten zu einer Selbstreflexion führen kann, indem er über Gefühle zu sich selbst und zu anderen wichtigen Personen spricht. Jetzt kann der Interviewer ihm vorschlagen, über seine Beziehungen zu den Menschen zu sprechen, die für ihn am wichtigsten sind, und ihn auffordern, sein Leben, sein Studium oder seinen Beruf, seine Familie, sein Sexualleben, seine sozialen Beziehungen und seine Freizeitbeschäftigungen zu beschreiben.

Neurotische Patienten können dem Interviewer im Allgemeinen ein kohärentes Bild von sich selbst und anderen wichtigen Bezugspersonen vermitteln

und ihr Leben und ihre Beziehungen anschaulich und nachvollziehbar beschreiben, was für eine gute Integrationsfähigkeit und für eine stabile Identität spricht. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation haben häufig Schwierigkeiten, sich selbst zu beschreiben und ein anschauliches Bild von sich als Person zu vermitteln. Als Reaktion auf diese Fragen und eine Konfrontation mit ihrem Unvermögen, sich zu charakterisieren, können bei diesen Patienten **unreife Abwehrmechanismen** in der Interviewsituation **aktiviert** werden, die in Form von projektiver Identifizierung, Spaltung, massiver Verleugnung, Größenideen, Omnipotenz oder Entwertung in Erscheinung treten. Eine geeignete Intervention zur Klärung und Interpretation einer projektiven Identifizierung könnte etwa so formuliert werden: „Ich finde, dass Sie bisher sehr vorsichtig und ängstlich mit mir gesprochen haben, als ob Sie sich vor irgendeiner mit mir verbundenen Gefahr fürchteten. Ich habe auch gemerkt, dass Sie bei einigen meiner Fragen die Stirn gerunzelt haben. Wäre es möglich, dass Sie fürchten, ich könnte schlecht von Ihnen denken oder Sie in irgendeiner Weise angreifen, weil Sie sich vor ähnlichen Tendenzen in sich selbst fürchten, etwa, dass Sie mir gegenüber Kritik und Wut empfinden?“

Die Phase zur Vertiefung der Diagnostik der Persönlichkeitsorganisation

Von nun an richtet sich der Fokus des Interviews noch mehr auf den Bereich der pathologischen Persönlichkeitszüge, der Identitätsintegration oder Identitätsdiffusion und der Objektbeziehungen. Indem der Interviewer durch die zyklische Anwendung von Klärung, Konfrontation und Interpretation auf bestimmte Bereiche von Problemen und Störungen in der Interaktion erneut zurückgegriffen hatte, konnte er schon nähere Information über die Persönlichkeit des Patienten gewinnen und zugleich seine Fähigkeit zur Realitätsprüfung abklären. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit bedeutsamen anderen Menschen im Leben des Patienten: „Ich möchte Sie bitten, mir etwas über die Menschen zu erzählen, die im Augenblick in Ihrem Leben am wichtigsten sind. Könnten Sie mir etwas über sie erzählen, so dass ich mir einen klaren Eindruck von ihnen verschaffen kann?“

Wann immer innere Widersprüche im Bericht des Patienten auftauchen, kann der Interviewer diese erst klären, den Patienten dann taktvoll mit diesen offensichtlichen oder potenziellen Widersprüchen konfrontieren und beurteilen, wie weit er gedanklich auf die Beobachtungen des Interviewers eingehen kann, wodurch auch die Fähigkeit des Patienten zur Introspektion untersucht werden kann. Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation werden durch das Fokussieren auf die bei ihnen bestehende Identitätsdiffusion häufig unreife Abwehrmechanismen aktiviert, die sich in einer schwierigen, oft chaotisch oder verzerrt anmutenden Interaktion mit dem Interviewer zeigen und ein wichtiges Kriterium für die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsorganisation darstellen. Patienten mit einer **narzisstischen Persönlichkeitsorganisation** weisen folgende **Besonderheiten** auf: Sie verfügen zwar über ein integriertes Selbstkonzept, allerdings meistens in Verbindung mit einem grandiosen Selbst und einer nach außen gezeigten Selbstüberhöhung, ihnen fehlt aber ein integriertes Konzept von anderen Menschen, was in ihrer oberflächlichen, unempathischen Schilderung und oft auch in einer abschätzigen Haltung dem Interviewer gegenüber zum Ausdruck kommt. Bei Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsorganisation ist auch besonders darauf zu achten, ob sich Hinweise für antisoziales Verhalten erkennen lassen, indem man sich taktvoll danach erkundigt, ob sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind und ob Stehlen, Ladendiebstahl, chronisches Lügen und übermäßig grausames Verhalten in ihrer Vorgeschichte eine bedeutsame Rolle gespielt haben.

Abklärung einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation

Im Wesentlichen unterscheidet das Vorhandensein oder Fehlen der Realitätsprüfung die Borderline-Persönlichkeitsorganisation von der psychotischen Persönlichkeitsorganisation. Patienten mit einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation finden sich in den diagnostischen Gruppen der schizophrenen und paranoiden Psychosen und schweren affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen, die alle einen Verlust der Realitätsprüfung aufweisen.

Indikationsstellung und Therapieplanung

Für die Therapieplanung ist es hilfreich, eine Differenzierung nach strukturellen Kriterien vorzunehmen und Patienten mit neurotischer Persönlichkeitsorganisation von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation und mit psychotischer Persönlichkeitsorganisation zu unterscheiden. Innerhalb der Borderline-Persönlichkeitsorganisation lässt sich darüber hinaus, wie erwähnt, noch eine Einteilung in ein niedriges und ein höheres Niveau vornehmen, wobei Letzteres eine bessere Therapieprognose hat. Ein wichtiges Ziel des Strukturellen Interviews zur prognostischen Einschätzung ist die Abklärung von antisozialen Zügen und Verhaltensweisen, die eine Kontraindikation für eine psychodynamische Psychotherapie darstellen können. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen kann aus psychoanalytisch-psychodynamischer Perspektive je nach Schweregrad und Niveau der Persönlichkeitsorganisation sowohl Psychoanalyse, als auch psychoanalytische Psychotherapie beziehungsweise Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) und supportive Psychotherapie eingesetzt werden (Clarkin et al 1999; Kernberg 1984). Die **Psychoanalyse** stellt hierbei eine angemessene Therapieform für die Behandlung von Patienten mit einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation dar, also der hysterischen, der zwanghaften und der depressiv-masochistischen Persönlichkeit und sie kann bei Patienten mit einer Mischung aus infantilen und hysterischen Eigenschaften indiziert sein. Auch ein Patient mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, selbst wenn dieser eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation zugrunde liegt, kann auf eine Psychoanalyse ansprechen, vorausgesetzt, dass er keine malignen und impulsiven Verhaltensweisen aufweist und über eine ausreichende Angsttoleranz und Sublimierungsfähigkeit verfügt. Eine **Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP)** (Clarkin et al. 1999) ist bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation und sogar bei schwerem chronischen selbstschädigenden Verhalten angezeigt, sofern eine äußere Struktur existiert, mit deren Hilfe ein massives selbstschädigendes und Therapie schädigendes Agieren kontrolliert werden kann. Die Prognose bei einer Übertragungs-fokus-

sierte Psychotherapie ist allerdings eingeschränkt, wenn beim Patienten ein starker sekundärer Krankheitsgewinn mit Verweigerung jeglicher Art von Beschäftigung besteht. Eine **supportive Psychotherapie** ist bei den Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation sinnvoll, die nicht ausreichend therapiemotiviert sind oder aber nur über eine ungenügende Introspektionsfähigkeit verfügen. Ebenso können für eine supportive Psychotherapie die oft chaotischen allgemeinen Lebensumstände des Patienten und besondere Faktoren im Umfeld des Patienten sprechen, zum Beispiel ein Fehlen von echten Objektbeziehungen bei einem Patienten mit einer ausgeprägten sozialen Isolation.

Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO)

Das oben dargestellte Strukturelle Interview von Kernberg stellt ein sehr elegantes klinisches Instrument zur Strukturdiagnostik und für die Therapie-

indikation und -planung dar. Allerdings hat sich seit der Einführung des Strukturellen Interviews gezeigt, dass es zwei nicht unwesentliche Nachteile aufweist: Es erfordert viel klinische Erfahrung und ist für Anfänger oft schwer zu erlernen und es lässt sich wissenschaftlich nicht verwenden, da keine Operationalisierung darin enthalten ist. Als die New Yorker Arbeitsgruppe um Kernberg und Clarkin begann, die von Kernberg entwickelte Übertragungs-fokussierte Psychotherapie der Borderline-Störung (TFP) empirisch zu überprüfen, zeigte sich, dass es für die Quantifizierung eines wesentlichen Zielkriteriums – nämlich die strukturelle Reifung durch die Therapie – kein adäquates Messinstrument gab. Daher wurde unter der Federführung von John Clarkin ein strukturiertes Interviewverfahren entwickelt, das die klinisch-theoretischen Konzepte Kernbergs zur Strukturdiagnostik erfasst und operationalisiert. Dieses Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO) stellt also im Prinzip eine Umwandlung der Inhalte des Strukturellen Interviews in eine strukturierte Form dar. Auf diese Weise ist die Einschätzung der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg leicht erlernbar, reproduzierbar und quantifizierbar geworden. Im Jahr 2003 wurde die englische Version des STIPO-Manuals von Clarkin und Mitarbeitern vorgelegt, die derzeit im Rahmen einer umfassenden Studie validiert wird. Eine deutsche Übersetzung des STIPO liegt seit 2004 vor und wird demnächst publiziert werden.

Das **Interview-Manual** enthält neben einer Einleitung mit der Darstellung der klinischen und theoretischen Konzepte Anweisungen zur Interviewdurchführung und -auswertung. Der eigentliche Interviewteil enthält 100 Items, die sieben Dimensionen mit ihren jeweiligen Subdimensionen zugeordnet sind (s. Tab. 1). Jedes Item enthält meistens mehrere Fragen, die üblicherweise – einem strukturierten Interview entsprechend – wörtlich vorzulesen sind. Darüber hinaus gibt es auch optionale Fragen und Anweisungen für eine vertiefte Exploration. Der Interviewer muss dabei mit den zugrunde liegenden klinisch-theoretischen Konzepten im Wesentlichen vertraut sein, um auch bewusstseinsfernere Bereiche, wie zum Beispiel die primitiven Abwehrmechanismen valide erheben zu können. Das Zeitfenster für die Einschätzung der Persönlichkeits-

Tab. 1 Die Dimensionen und Subdimensionen des STIPO

Identität
Engagements
Selbstwahrnehmung
Kohärenz und Kontinuität
Selbstbeurteilung
Objektwahrnehmung
Objektbeziehungen
Zwischenmenschliche Beziehungen
Partnerschaften und Sexualität
Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen
primitive Abwehr
Coping/Rigidität
Aggression
Selbstgerichtete Aggression
Fremdgerichtete Aggression
Wertvorstellungen
Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen

Tab. 2 Das Fragenformat des STIPO, aus: Dimension – Identität, Subdimension – Selbstwahrnehmung

16. Selbst - Alleinsein	<p>Genießen Sie es, Zeit allein zu verbringen? Fühlen Sie sich frei und entspannt, wenn Sie allein sind, oder macht es Sie eher ängstlich oder werden Sie dann unsicher darüber, wer Sie eigentlich sind?</p> <p>Wenn Sie allein sind, fällt es Ihnen dann schwer, ein Gefühl von sich selbst aufrechtzuerhalten, davon, was für ein Mensch Sie sind?</p> <p><u>Wenn ja</u>, erzählen Sie mir, was Sie damit meinen.</p> <p>(Planen oder tun Sie manchmal Dinge mit Menschen, mit denen Sie nicht unbedingt zusammen sein wollen, nur um nicht allein zu sein?)</p> <hr/> <p>0 = wenig bis kein Unwohlsein/Angst beim Alleinsein, kein Selbstverlust beim Alleinsein</p> <p>1 = ein gewisses Unwohlsein oder Angst in Verbindung mit dem Alleinsein; gelegentlich wird das Alleinsein vermieden</p> <p>2 = Alleinsein verursacht schweres Unwohlsein und/oder Angst, unternimmt aktive Schritte um das Alleinsein zu vermeiden</p> <p>3 = Sehr oberflächliche Antwort; die Antwort ist eindeutig inhaltlich inkonsistent und schlecht integriert; kann die Frage nicht verstehen bzw. sie reflektieren, beantwortet die Frage nicht oder inkohärent</p>
--------------------------------	---

organisation beträgt fünf Jahre, wobei für die Outcome-Messung in klinischen Studien oder zur Qualitätssicherung von Psychotherapien auch kürzere Zeiträume (z.B. 6 oder 12 Monate) untersucht werden können. Jedes Item wird mithilfe von Ankerbeispielen auf einer dreistufigen Skala operationalisiert, wobei null für nicht vorhanden, eins für in Teilen vorhanden und zwei für eindeutig vorhanden steht. In einigen Fällen ist ein Rating von drei möglich, das dann vergeben wird, wenn trotz intensiven Nachfragens das Item nicht eindeutig einzuschätzen ist, da die Antworten des Patienten diffus und/oder oberflächlich bleiben. Lässt sich ein Item nicht auf den Interviewten anwenden (z.B. keine sexuelle Beziehung in den letzten fünf Jahren bei der Einschätzung der Sexualität) wird „neun“ geratet. Ein Beispiel für das Fragenformat findet sich in Tabelle 2.

Die **Auswertung** des STIPO geschieht auf zweierlei Weise: Zum einen werden für jede Subdimension und Dimension arithmetische Mittelwerte aus den Ratings der Einzelitems gebildet, die jeweils zwischen null und zwei liegen, wobei ein Rating von drei ebenfalls als zwei gewertet wird. Zum anderen wird ein klinisches Rating der Subdimensionen und Dimensionen auf einer fünfstufigen Skala durchgeführt, wobei eins für eine gute Integration der Persönlichkeit und fünf für eine schlechte steht. Für diese Ratings sind auf dem Ratingbogen ebenfalls Ope-

Tab. 3 Beispiel für die Operationalisierung des klinischen Ratings: Objektbeziehungen

<p>Gesamtrating Objektbeziehungen</p> <p>1. Tragfähige, zeitlich stabile, realistische, differenzierte und befriedigende Objektbeziehungen; Beziehungen werden nicht unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung gesehen, fähig, Sexualität und Intimität zu verbinden.</p> <p>2. Bindungen sind normalerweise tragfähig und zeitlich stabil, jedoch zu einem geringeren Grad als unter 1; ähnlich wie unter 1 hinsichtlich Bedürfnisbefriedigung; eine gewisse Beeinträchtigung in partnerschaftlichen/sexuellen Beziehungen.</p> <p>3. Bindungen vorhanden aber zunehmend oberflächlich, brüchig und problematisch; zunehmende Tendenz, Beziehungen unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung zu sehen; eingeschränkte Fähigkeit, sich unabhängig von den eigenen Bedürfnissen in die Bedürfnisse anderer einzufühlen.</p> <p>4. Wenige und problematische Bindungen; sieht Beziehungen weitestgehend unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung; Beziehungen möglicherweise höchst oberflächlich, mit geringer Fähigkeit, sich unabhängig von den eigenen Bedürfnissen in die Bedürfnisse anderer einzufühlen.</p> <p>5. Starker Mangel an Bindungen; sieht Beziehungen vollständig unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung; keine Empathiefähigkeit; keine Fähigkeit, ein Interesse für andere aufrecht zu erhalten.</p>
--

Tab. 4 Beispiel für die Operationalisierung der Gesamteinschätzung der Persönlichkeitsorganisation: „Borderline zwei“ (die Zahlen entsprechen den klinischen Ratings der Dimensionen)

Identität	4	mäßige Identitätsdiffusion
Objektbeziehungen	4	oberflächlich und basierend auf Bedürfnisbefriedigung; eingeschränkte Empathiefähigkeit; geringe Fähigkeit, Interesse an anderen dauerhaft aufrechtzuerhalten; weit gehend gespalten und instabil
Primitive Abwehr	4	Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen mit deutlicher Funktionseinbuße
Coping/Rigidität	4,5	maladaptives Coping
Aggression	3,4	primitive Aggression; aggressives Verhalten gegen andere gerichtet +/- gegen sich selbst
Wertvorstellungen	2,3	variabel, üblicherweise gering integriert und gering internalisiert
Realitätsprüfung	2,3,4	mäßige bis ausgeprägte Wahrnehmungsverzerrungen (z.B. häufige Somatisierungen oder das eigene Gesicht im Spiegel „verschwimmen“ sehen); unsichere Realitätsprüfung

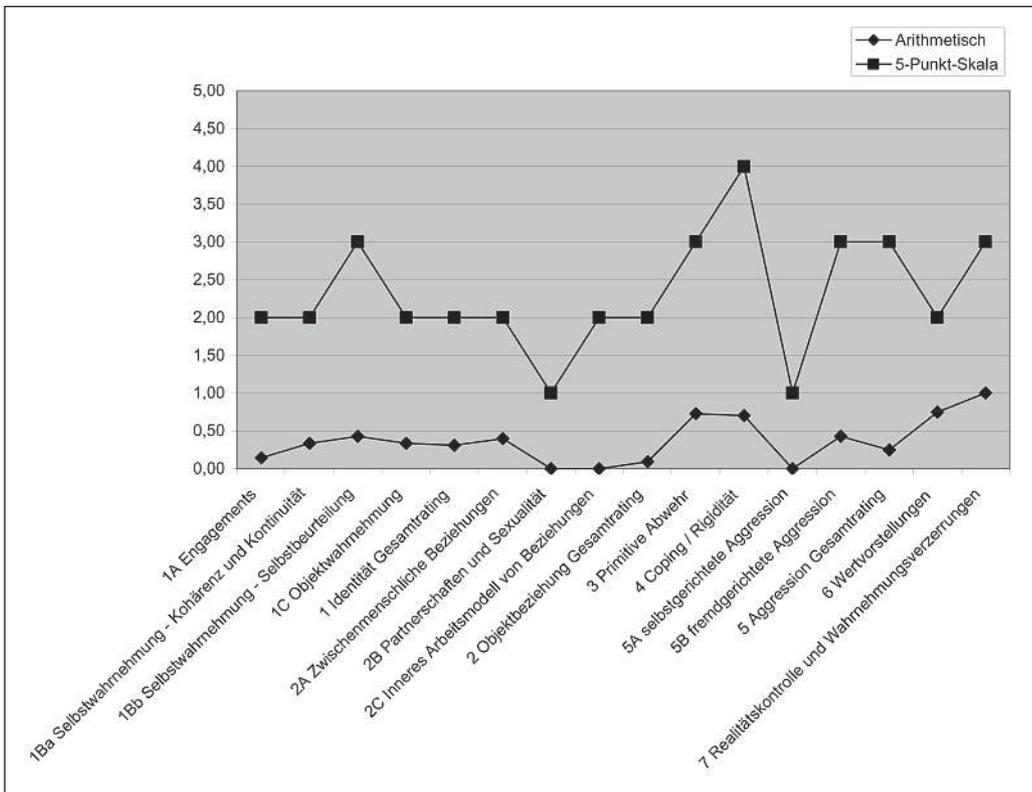


Abb. 2 Beispiel eines grafischen Profils der Persönlichkeitsorganisation

rationalisierungen und Ankerbeispiele vorhanden (s. Tab. 3). Das klinische Rating erlaubt im Gegensatz zum arithmetischen eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Items, so dass klinisch besonders relevante Bereiche bei der Einschätzung einer Dimension stärker als andere beeinflussen können. Abschließend erfolgt eine Gesamteinschätzung der Persönlichkeitsorganisation auf einer sechsstufigen Skala von „normal“ über „neurotisch eins“ und „zwei“ bis zu „Borderline eins“, „zwei“ und „drei“. Diese Zuordnung zu den Niveaus der Persönlichkeitsorganisation erfolgt ebenfalls nicht arithmetisch sondern klinisch anhand einer weiteren vorgegebenen Operationalisierung (s. Tab. 4). Die dimensionale Einschätzung des STIPO ermöglicht die Darstellung der Persönlichkeitsorganisation in einem tabellarischen und einem grafischen Profil (Abb. 2), aus denen sich strukturelle Stärken und Schwächen unmittelbar ablesen lassen. Die Durchführung des STIPO dauert je nach Antwortkompetenz des Patienten (die durchaus mit dem Niveau der Persönlichkeitsorganisation korreliert) zwischen ein und drei Stunden, was die Einsetzbarkeit des Instrumentes in der klinischen Routine begrenzt. Die Anwendung des Interviews lässt sich in einem 20-stündigen Trainingskurs erlernen.

Schlusswort

Kernbergs Arbeiten haben zweifellos die aktuellen Konzeptualisierungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Persönlichkeitsorganisation geprägt (letztere entspricht dem, was üblicherweise als Strukturniveau bezeichnet wird). Seine diagnostischen Interviewstrategien, wie er sie im Strukturellen Interview formuliert hat, haben sicherlich eine Generation von psychodynamischen Interviews beeinflusst. Insbesondere seine Überprüfung der Identitätsintegration durch das Erfragen von Selbst- und Objektbeschreibungen sowie seine diagnostischen Deutungen von internalisierten Teilobjektbeziehungsdyaden auch im Hier und Jetzt der Übertragungsbeziehung sind bereits in den diagnostisch-technischen Kanon der psychodynamischen Therapieformen eingegangen. Die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie der Borderline-Störung (TFP) basiert auf diesen Konzepten und zielt auf eine Ver-

besserung des Organisationsniveaus der Persönlichkeit. Allerdings konnte sich das Strukturelle Interview selbst – außer in Spezialistenkreisen – weder klinisch noch wissenschaftlich in der Breite durchsetzen. Sicherlich kann in Zukunft das STIPO eine Entwicklung anstoßen, da die von vielen als heuristisch und klinisch wertvoll erkannten diagnostischen Modelle Kernbergs hier für den Kliniker nachvollziehbar und anwendbar aufbereitet worden sind. Ähnlich wie bei anderen umfangreichen diagnostischen Instrumenten, zum Beispiel der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, kann die klinisch-diagnostische Arbeit von der Auseinandersetzung mit dem STIPO profitieren, auch wenn das Instrument selbst nicht oder nur auszugsweise zur Anwendung kommt. Durch die Arbeit mit dem STIPO kann man lernen, die zugrunde liegenden Konzepte besser zu verstehen und effektiver zu explorieren. Kennt man einmal die Fragestrategien, so werden diese automatisch auch im klinischen Interview eingesetzt und führen so zu einer qualitativ verbesserten Strukturdiagnostik. Auf dem Umweg über das STIPO könnte sogar das Strukturelle Interview eine erweitertes Interesse erfahren, da die strukturierte Interviewversion quasi als ein Glossar der strukturellen gelesen werden kann.

Zum Abschluss soll darauf hingewiesen werden, dass Strukturdiagnostik allein noch keine vollständige klinische Diagnose, Indikationsstellung und Therapieplanung ermöglicht. Eine **umfassende Diagnostik** bei Patienten mit **Persönlichkeitsstörungen** besteht aus den folgenden vier Teilen:

- Symptomdiagnose
- Strukturdiagnose
- Beziehungsdiagnose
- Psychodynamik

Die Symptomdiagnose erfolgt mithilfe des üblichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Interviews, wobei strukturierte Interviewverfahren wie SKID-II oder IPDE in Teilen oder auch vollständig eingesetzt werden können. Die Strukturdiagnose erfolgt mithilfe der hier dargestellten Verfahren, die Beziehungsdiagnose verlangt gerade bei strukturell gestörten Patienten eine Analyse der Übertragungsprozesse im Hier und Jetzt der diagnostisch-therapeutischen Beziehung; diese bietet das Strukturelle Interview, aber

auch klassisch psychoanalytische Erstinterviewverfahren (siehe z.B. Laimböck 2000). Um schließlich ein psychodynamisches Verständnis des Patienten zu erlangen, wird eine biografische Anamnese (siehe z.B. Dührssen 1981) durchgeführt, da erst die Kenntnis der entwicklungsgeschichtlich relevanten Einflüsse eine verstehende Rekonstruktion der Pathogenese der aktuellen Störung ermöglicht. Ein derartiges kombiniertes Vorgehen entspricht dem, was Dahlbender et al. (2004) im Zusammenhang mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) als vierte Generation psychodynamischer Interviews bezeichnet haben: Verschiedene diagnostisch relevante Bereiche werden in mehreren Schritten und mit verschiedenen Interviewmodi exploriert und auf verschiedenen Dimensionen („Achsen“) beurteilt. Am Ende steht eine integrierende Gesamtsicht auf den Patienten mit seiner aktuellen Problematik in verschiedenen Lebensbereichen und deren Entstehungsgeschichte. Dieser Ansatz dürfte derzeit als diagnostischer Standard anzusehen sein.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (1996, 2004) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. 4. Aufl. Bern: Huber.
- Buchheim P, Cierpka M, Kächele H, Jimenez P (1987). Das „Strukturelle Interview“ – ein Beitrag zur Integration von Psychopathologie und Psychodynamik im psychiatrischen Erstgespräch. *Fundam Psychiatr* 1: 154–61.
- Buchheim P, Dahlbender RW, Kächele H (1994). Biographie und Beziehung in der psychotherapeutischen Diagnostik. In: *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Janssen PL, Schneider W (Hrsg.). Stuttgart: Fischer; 105–34.
- Burstein ED, Coyne L, Kernberg OF, Voth H (1972). Psychotherapy and psychoanalysis. I. The quantitative study of the psychotherapy research project: psychotherapy outcome. *Bull Menninger Clin* 36: 1–85.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley u. Sons. (Dt.: Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF [2001]. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.)
- Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF (2003). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. New York: Weill Medical College of Cornell University.
- Dahlbender RW, Grande T, Buchheim A, Schneider G, Perry JC, Oberbracht C, Freyberger HJ, Janssen, PL, Schauenburg H, Buchheim P, Doering S (2004). Qualitätssicherung im OPD-Interview: Entwicklung eines Interviewleitfadens. In: *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie*. Dahlbender RW, Buchheim P, Schüßler G (Hrsg.). Bern: Hans Huber; 41–66.
- Dührssen A (1981). Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Gill MM, Newman R, Redlich FC (1954). *The initial interview in psychiatric practice*. New York: International Universities Press.
- Kernberg OF (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization In: *Borderline Personality disorders*. Hartocollis P (ed). New York: International Universities Press; 87–121.
- Kernberg OF (1981). The structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4: 169–95.
- Kernberg OF (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press. (Dt.: Kernberg OF [1985]. *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg OF (1998). Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte für die Befunderhebung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen. Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Schauenburg HJ, Freyberger M, Cierpka P, Buchheim P (Hrsg.). Bern: Hans Huber; 55–68.
- Kernberg OF (2000). Borderline Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse R (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer; 45–56.
- Kind H (1978). Das psychiatrische Erstinterview. *Nervenarzt* 49: 255–60.
- Laimböck A (2000). *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Tübingen: Edition Diskord.
- Loranger AW (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM-IV and ICD-10 modules*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Shapiro D (1991). *Neurotische Stile*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Stern D (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic. (Dt. Stern D [1992]. *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.)
- Sullivan HS (1954). *The Psychiatric Interview*. New York, London: Norton.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achsen I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Peter Buchheim
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: P.Buchheim@lrz.tu-muenchen.de