

## **Die Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP-200): Eine neue Sprache der Persönlichkeitsdiagnostik und der Messung struktureller Veränderungen?**

*Svenja Taubner, Anna Stumpe & Horst Kächele*

### **Zusammenfassung**

Die Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte zur Messung struktureller Veränderungen hat inzwischen international eine Reihe von Instrumenten hervorgebracht, die jedoch teilweise aufgrund ihres Sprachgebrauchs von Nicht-Psychoanalytikern selten akzeptiert werden. Alle bedürfen aufwendiger Schulungen, um eine gute Reliabilität zu erzielen und beziehen sie sich oft nur auf Teilbereiche der Persönlichkeit. In den letzten Jahren hat ein neues diagnostisches Instrument, die Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP-200), die US-amerikanische Erforschung von Persönlichkeitsstörungen nachhaltig beeinflusst, welches antritt eine schulenübergreifende universale und empirisch begründete Sprache zur Beschreibung von Psychopathologie und Persönlichkeit zu entwickeln. Das Q-Sort-Verfahren soll sowohl den Graben zwischen empirischer Forschung und klinischer Praxis überbrücken, die symptomorientierte und innerpsychische Phänomene ignorierende Diagnostik des DSM-IV überwinden als auch eine Grundlage für die psychoanalytische Diagnostik und Kasuistik sein. Die Relevanz des Instruments wird für den deutschsprachigen Raum diskutiert, die Durchführung der SWAP wird anhand einer Fallvignette dargestellt. Aufgrund der positiven Ergebnisse bisheriger Validierungsstudien sollte nach einer unabhängigen Überprüfung über eine breite Implementierung der SWAP nachgedacht werden.

### **Abstract**

International research on operationalization of psychoanalytical constructs has brought up several instruments which often are refused by non-psychoanalytical research because they stick too close to psychoanalytical terms. Furthermore, for all of these instruments intensive training is needed to achieve reliability, some also only explore certain parts of personality functioning. Recently, a new diagnostical instrument, the Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP-200) gained sustainable influence on the US-American research on personality disorders. The SWAP-authors proclaim to create a universal and empirically derived language to

describe personality pathology. The Q-Sort-based procedure is supposed to bridge the gap between empirical research and clinical practice, to overcome DSM-IV with its reduction to symptoms while ignoring innerpsychic phenomena, as well as to build groundwork for psychoanalytic case formulation. SWAP's relevance for the German speaking region is discussed, the procedure is demonstrated with a single case. Due to positive outcomes of previous validation studies it could be reasonable to implement SWAP in Germany after further independent testing.

Trotz des dringenden Bedarfs die Wirkungen psychoanalytischer Therapieverfahren mit in der Therapieforschung bewährten Methoden zu demonstrieren (Hanley 2008), gibt es bislang nur wenige Studien, die diesem Anliegen Rechnung tragen (Grande et al. 2004, Huber u. Klug 2006, Leuzinger-Bohleber et al. 2002, Sandell et al. 2000). Der Mangel an Studien hat seine Ursachen unter anderem auch darin, dass die Skepsis gegenüber einer Effektivitätsforschung, die sich nur an der Symptomreduktion orientiert, viele psychoanalytische Kliniker von der Beteiligung an Wirksamkeitsstudien abhält. Einerseits findet sich die klinische Evidenz der dokumentierten Einzelfälle in den Wirksamkeitsstudien nicht wieder, andererseits kann aber der einzelne Kliniker keine ausreichenden empirischen Belege erbringen, um die kostenintensiven Langzeitbehandlungen zu rechtfertigen. Bislang konnte die Psychotherapieforschung keine wesentlichen Unterschiede in der Wirksamkeit der verschiedenen kürzeren therapeutischen Verfahren dokumentieren (Lambert u. Ogles 2004). Dieser Effekt ist vor allem den Rahmenbedingungen (u.a. Fördervolumen) für psychodynamische Forschungsprojekte geschuldet. Aus psychoanalytischer Sicht trägt die mangelnde Erfassung struktureller Veränderungen zur Unlust bei Psychoanalytikern bei, sich an solchen Erhebungen zu beteiligen (zur Kritik des Strukturbegriffs vgl. Sandell 2005). Allerdings hat die Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte zur Messung struktureller Veränderungen inzwischen international eine Reihe von Instrumenten hervorgebracht, z. B. die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD 2, Arbeitskreis-OPD 2006), die Psychodynamic Functioning Scales (PFS, Høglend et al. 1997), „Change After Psychotherapy Scales“ (CHAP, Sandell 1997), Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP, Weinryb u. Rössel 1991), die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK, Huber et al. 2006a, Huber et al. 2006b), das strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO, Clarkin et al. 2003) und die Reflective

Functioning Scale (RFS, Fonagy et al. 1998). Die Eigenschaften dieser Instrumente sind unterschiedlicher Art: Sie werden teilweise aufgrund ihres Sprachgebrauchs selten akzeptiert von Nicht-Psychoanalytikern; alle bedürfen aufwendiger Schulungen, um eine gute Reliabilität zu erzielen. Darüber hinaus beziehen sie sich zum Teil auf Teilbereiche der Persönlichkeit (z. B. das Konzept der Reflexiven Kompetenz nur auf die Mentalisierung).

In den letzten Jahren hat ein neues diagnostisches Instrument, die Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP-200), die US-amerikanische Erforschung von Persönlichkeitsstörungen nachhaltig beeinflusst. Dieses wurde von den Psychoanalytikern Jonathan Shedler und Drew Westen entwickelt. Die SWAP wurde erfolgreich in den USA zur Evaluation von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt. Es ist ein Instrument der dimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik, welches im Gegensatz zu anderen Methoden der Operationalisierung streng empirisch fundiert wurde (Westen u. Shedler 1999a, Westen u. Shedler 1999b). Selbstbewusst treten die Autoren an, sowohl den Graben zwischen empirischer Forschung und klinischer Praxis überbrücken zu wollen, die symptomorientierte und innerpsychische Phänomene ignorierende Diagnostik des DSM zu überwinden als auch eine Grundlage für die psychoanalytische Diagnostik und Kasuistik zu entwickeln (Shedler u. Westen 2007). Dabei sehen sie sich in den Fußstapfen Freuds, der hinsichtlich des weiten Interpretationsrahmen von Traumdeutungen seine Überzeugung äußerte, dass korrekt ausgebildete Psychoanalytiker zu vergleichbaren Ergebnissen kommen sollten, auch wenn das „persönliche Moment“ der Handhabung der Technik nicht zu eliminieren sei (Freud 1916/1917, S. 235f.). Hierfür sei jedoch in der pluralistischen Entwicklung der Psychoanalyse (Wallerstein 1988) die Konstruktion einer gemeinsamen Sprache notwendig, die auf streng empirischer Grundlage zu entwickeln sei (Shedler 2002). All dies könne die SWAP leisten, weshalb wir das Instrument vorstellen und seine Relevanz für den deutschsprachigen Raum herausarbeiten und kritisch diskutieren werden. Anhand einer Fallvignette aus einem eigenen Forschungsprojekt wird die klinische Nützlichkeit der SWAP illustriert. Die SWAP wurde von zwei unabhängigen Forschungsgruppen ins Deutsche übersetzt (Höflich et al. 2007, Löffler-Stastka et al. 2007), wobei wir der Übersetzung von Höflich et al. folgen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Eine von Shedler und Westen autorisierte deutsche Fassung liegt bislang noch nicht vor, wird jedoch in Kürze erscheinen und kann bei den Autoren angefragt werden.

## **Kritik an bisherigen internationalen Klassifikationssystemen für Persönlichkeitsstörungen**

Die Konstruktion der SWAP basiert auf einer fundierten Kritik an der bislang gängigen diagnostischen Praxis für Persönlichkeitsstörungen, die in den USA durch die psychiatrische Fachgesellschaft „American Psychiatric Association“ (APA) und deren „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) dominiert wird. Das DSM-IV hat sich zwar in der Gesundheitsversorgung in Deutschland bislang nicht durchgesetzt, gleichwohl ist es die wesentliche Grundlage empirischer Psychotherapieforschung und beeinflusst somit Krankheitskonzepte und Interventionen (vgl. Hoffmann 1985). Darüber hinaus trifft die Kritik am DSM-IV auch in wesentlichen Teilen auf die Entwicklung und Verwendung des ICD-10 zu („International Classification of Diseases“ der Weltgesundheitsorganisation). Wir werden die Kritik aus Sicht der empirisch-klinischen Forschung im Folgenden zusammentragen:

- 1) Grundlegende Kategorien des DSM-IV wurden von einer Expertenkommission entwickelt, sind empirisch nicht belegt bzw. widersprechen Studienergebnissen über psychische Erkrankungen (Blais u. Norman 1997, Clark 1992, Harkness 1992, Livesley u. Jackson 1992, Morey 1988).
- 2) Die dichotome Zuschreibung einer Diagnose als entweder vorhanden oder nicht vorhanden entspricht nicht der klinischen Realität, was andererseits durch hohe Komorbiditäten besonders bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (Achse II des DSM-IV) kompromittiert wird.
- 3) Die kategoriale Verwendung von Diagnosen spiegelt sich auch in der Listung einzelner Symptome wider, da diese keine klinische Gewichtung erfahren und somit beliebig kombiniert werden können (was beispielsweise bei der Borderline-Diagnostik zu vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten führt).
- 4) Eine klinisch relevante Diagnose berücksichtigt neben der Schwere pathologischer Erscheinungen ebenfalls die Stärken und Fähigkeiten eines Patienten für die Indikation und Therapieplanung, welche jedoch im DSM-IV nicht berücksichtigt werden. Insgesamt fehlt daher eine dimensionale Beurteilung, die den Schweregrad einer psychischen Erkrankung bestimmen würde.

Neben der Konstruktion der Krankheitskonzepte sind darüber hinaus die Instrumente zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV fragwürdig, da sie sich in der Vergangenheit als wenig valide (Perry 1992), und - gemessen an den Standards der Differentiellen Psychologie -, als unreliabel erwiesen haben (First et al. 1995, Zimmermann 1994). Westen und Shedler (1999a) führen die mangelnde Reliabilität von DSM-IV-Diagnosen der Achse II einerseits auf die ungenügende Operationalisierung der Krankheitskonzepte des DSM-IV zurück und andererseits auf methodische Mängel der gängigen Erhebungsinstrumente (z. B. das Strukturierte Klinische Interview für die Achse II des DSM-IV, SKID II, oder Selbstbeurteilungsfragebögen), die auf direkten Fragen beruhen. Während bei Achse I Erkrankungen durchaus Symptombeschreibungen direkt vom Patienten erfragt werden können, gelingt dies bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht mehr, da diese sich oftmals durch erhebliche Mängel in der Selbstwahrnehmung und Einsicht auszeichnen (Shedler et al. 1993). Wenn ein narzisstischer Patient im SKID-II gefragt wird, ob er sich zu sehr in den Mittelpunkt stelle, würde er dies vermutlich verneinen. Insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen leiten Kliniker Diagnosen aus den Narrativen der Patienten und den Interaktionen mit dem Therapeuten ab und eben nicht aus direkten Fragen. Die SWAP trägt dieser Expertenbeurteilung Rechnung, indem sie die gängige klinische Praxis, d. h. die Ableitung einer Diagnose auf der Grundlage von Narrativen und Interaktionserfahrungen, durch ein Q-Sort-Verfahren systematisiert, dass eine dimensionale Beurteilung von Persönlichkeitserkrankungen unter Berücksichtigung der mentalen Stärken einer Person ermöglicht.

### **Die SWAP als Q-Sort Verfahren**

Die Methode des Q-Sort wurde in den 1930ern von Stephenson eingeführt (Stephenson 1935). Bekannt geworden ist das Verfahren durch Block, der die Persönlichkeitspsychologie mit Untersuchungen über die gesamte Lebensspanne bereicherte (Block 1978). Sein sogenannter California-Q-Sort stellt den Urtyp eines Q-Sort dar (Block 1961), der bislang jedoch nur sehr selten zur Erforschung von Psychopathologien genutzt wurde. Eine Q-Sort-Auswertung bedarf immer einer externen Beurteilung und stellt keine Selbstbeurteilung einer Person dar. Der „klassische“ California-Q-Sort besteht aus 100 Karten, die entlang einer Normalverteilungskurve neun Kategorien zugeordnet werden von sehr

charakteristisch bis uncharakteristisch bzw. das Gegenteil bezeichnend (vgl. Abbildung 1).

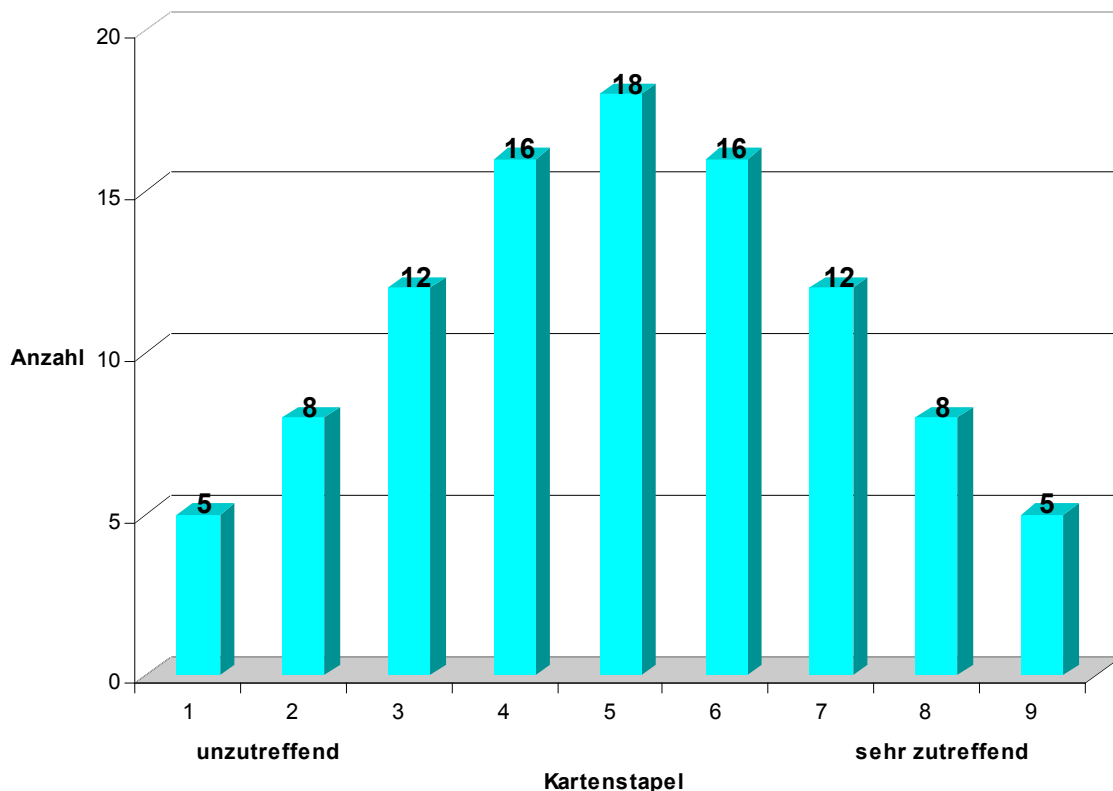


Abbildung 1: Die Kartensortierung des California-Q-Sort.

Die Q-Sort zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (SWAP) besteht aus einer Sammlung von 200 Aussagen, die verschiedene Aspekte der Persönlichkeit und psychischen Funktionen enthalten. Dabei fokussieren die Aussagen auf psychopathologische Erscheinungen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen, es wurden aber auch Beschreibungen von Achse I Erkrankungen aufgenommen sowie gesunde Funktionsweisen von Persönlichkeiten. Jede einzelne Aussage für sich kann einen realen Patienten gut beschreiben, nur etwas oder auch gar nicht zutreffen. Ein Kliniker sortiert bei der Durchführung der SWAP vor dem Hintergrund seines Wissens über einen Patienten aus Therapiesitzungen oder klinischen Interviews alle Karten nach einem vorgegebenen Sortierungssystem in eine Rangfolge ihrer Aussagekraft. Dabei gilt es situations- und beziehungsübergreifende Persönlichkeitszüge zu beschreiben, die in den letzten 2 Jahren für den Patienten relevant waren. Westen hat ein systematisches klinisch-narratives Interview entwickelt, das Clinical Diagnostic Interview (CDI, Westen 2002), welches von den Autoren für die SWAP-Auswertung empfohlen wird. Die SWAP kann jedoch auch auf

der Grundlage von 3-5 Therapiesitzungen oder anderen klinischen Interviews durchgeführt werden. Allerdings können bestimmte Persönlichkeitsmerkmale durch unsystematische Erhebungsinstrumente nicht erfasst werden wie z. B.

Rauschmittelkonsum oder sexuelle Praktiken, die für bestimmte Patientengruppen von hoher Relevanz sind. Die Anwendung der SWAP setzt eine klinische Erfahrung voraus, daher bedarf sie keiner aufwendigen Schulung, da das Instrument die klinische Tätigkeit lediglich systematisiert. In der klinischen Forschung kann die SWAP somit ohne Schulung eingesetzt werden, wenn viele Kliniker beteiligt sind und daher mit Durchschnittsprofilen gearbeitet wird. Kleine Auswertergruppen sollten jedoch eine kurze Schulung besuchen, um die Reliabilität zu garantieren.

Das Sortierungssystem der SWAP folgt wie die California-Q-Sort einer festen numerischen Zuordnung, d. h. die acht zu vergebenden Kategorien von sehr zutreffend bis gar nicht zutreffend enthalten immer dieselbe Anzahl von Karten. Die höchste Kategorie „sehr zutreffend“ enthält immer exakt acht Index-Karten, die nächstfolgende Kategorie enthält immer genau 10 Index-Karten und der letzten Kategorie der nicht zutreffenden Beschreibungen werden immer exakt 100 Index-Karten zugeordnet. Jede Aussage in der höchsten Kategorie erhält einen Wert von 8, in der folgenden Kategorie einen Wert von 7 bis hin zur niedrigsten Kategorie, deren Index-Karten mit Null codiert werden (vgl. die Kartenverteilung der SWAP in Abbildung 2). Die feste numerische Zuordnung und Codierung hat den Vorteil, dass bestimmte Vorlieben des Auswerter (besonders hohe oder niedrige Ausprägungen zu bevorzugen) ausgeglichen werden und durch die Minimierung dieses Messfehlers die Reliabilität der Auswertung steigt. Die Auswertung der amerikanischen Fassung wird durch ein interaktives Computerprogramm unterstützt ([www.psychsystems.net/guest.cfm](http://www.psychsystems.net/guest.cfm)) und dauert ca. 45 Minuten.

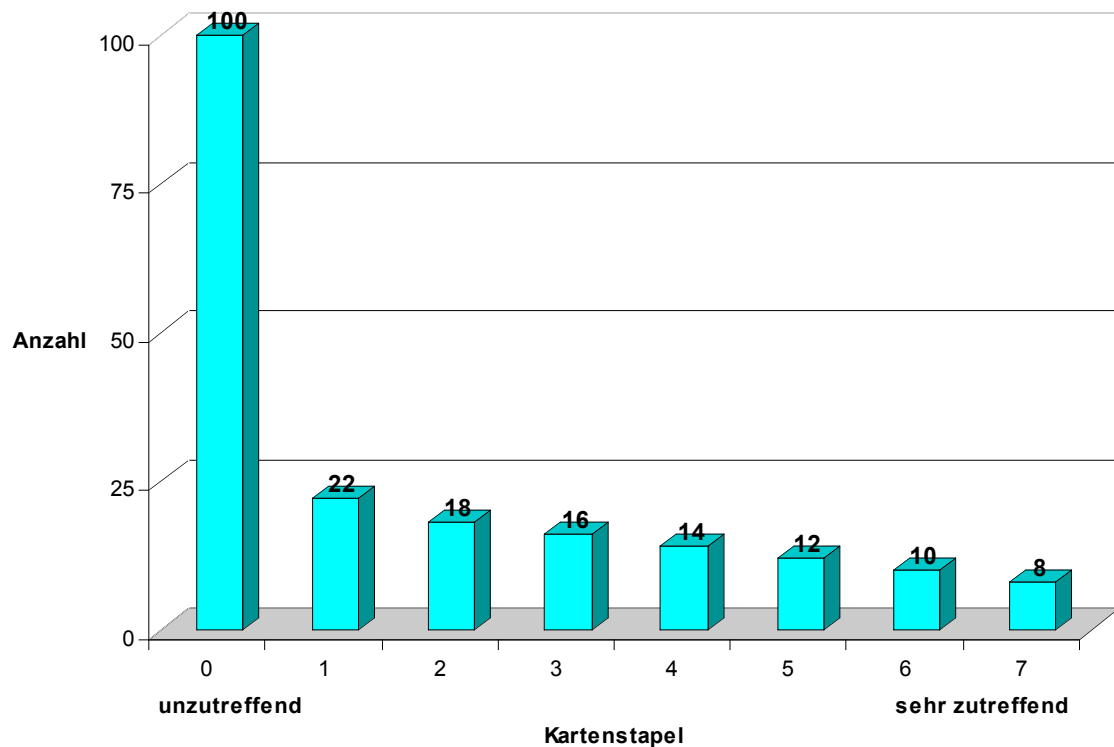


Abbildung 2: Die Kartensortierung der SWAP-200.

Wood et al. (2007) kritisieren, dass die Kartenverteilung der SWAP sich zu sehr von der Normalverteilung des California-Q-Sort entferne. Shedler und Westen (1998) verteidigen die Neu-Konstruktion damit, dass die Abwesenheit eines Symptoms bzw. eines Persönlichkeitsmerkmals klinisch keinen Sinn im Sinne des California-Q-Sort nach dem Prinzip des mehr oder weniger abwesend ergebe:

Because two symptoms a patient *does not* have are equally absent, judging which is *more absent* is a question that has no meaning. Consider the task of a judge asked to answer reliably the question of whether a tendency to have idiosyncratic perceptual experiences or a tendency to hoard is *more untrue* of a patient with an adjustment disorder. Both are equally untrue, and forcing the data into a normal distribution would be inappropriate (S. 337, Fußnote 1).

Auch wenn dies aus einer klinischen Perspektive nachvollziehbar ist, so ergeben sich durch die Asymmetrie der Kartenverteilung jedoch aus psychometrischer Perspektive eventuell Probleme, die die Gefahren von Fehldiagnosen und nur scheinbar hohen Interraterübereinstimmungen nach sich ziehen können (vgl. Block 2008). Wir werden diese methodischen Konsequenzen bei der Diskussion der Gütekriterien der SWAP näher ausführen.

## Die Entwicklung einer universellen Sprache zur Beschreibung von Psychopathologie



Das Herzstück der SWAP stellen ihre 200 Indexkarten dar, deren Entwicklung und Ausgestaltung daher hier nachvollzogen werden soll. Die ursprüngliche Version wurde von den Autoren unter Berücksichtigung verschiedener Quellen aktueller psychoanalytischer Texte zu Charakter und Charakterpathologien (Westen u. Shedler 1999a, 1999b) und der verschiedenen psychoanalytischen Schulen (Trieb, Ich, Objekt und Selbst herausgearbeitet, vgl. Pine 1990). Darüber hinaus wurden Kategorien des DSM-III-R sowie des DSM-IV integriert. Als besonders innovativ ist zu sehen, dass einerseits subtile psychische Prozesse aufgenommen wurden, die aus den Klassifikationssystemen aufgrund ihrer vermeintlich mangelnden Reliabilität entfernt worden sind, andererseits aber auch Ergebnisse der Erforschung der normalen Persönlichkeit und psychischer Gesundheit Berücksichtigung fanden. Die erste Aussagensammlung wurde in einem Zeitraum von 7 Jahren einem iterativen Prozess unterzogen, wobei die Rückmeldungen von über 200 psychoanalytisch ausgebildeten Klinikern eingearbeitet wurden. Die Kliniker wurden jeweils gebeten die SWAP auf ihre Patienten anzuwenden und die Frage zu beantworten, ob sie alle klinisch relevanten Aspekte ihrer Patienten mit dem Q-Sort-Instrument beschreiben konnten. Die vorliegende Version ist das Ergebnis dieser jahrelangen Überarbeitung (Shedler 2002). Einige Formulierungen sind eher beschreibend, z. B. „Neigt zur Entwicklung körperlicher Symptome als Reaktion auf Stress oder Konflikte (Kopf-, Rücken-, Bauchschmerzen, Asthma, etc.)“ oder „Neigt zu ungesetzlichem oder kriminellen Verhalten.“ Aussagen, die innere Prozesse berühren und daher aus der Interaktion mit dem Untersucher oder den Beschreibungen des Patienten hergeleitet werden müssen, sind in möglichst eindeutige Formulierungen gefasst, z. B. „Hat Fantasien von unbegrenztem Erfolg, Macht, Schönheit, Talent, Brillianz, etc.“ oder „Neigt dazu, übermäßig bedürftig oder abhängig zu sein; erfordert äußerste Vergewisserung oder Zustimmung.“ Einerseits wurde der Versuch unternommen, die Beschreibungen theorie- und metaphernfrei zu formulieren im Sinne von Schafer's „action language“ (Schafer 1976), andererseits sollten wichtige psychoanalytische Konzepte Berücksichtigung finden. Letztere jedoch in einer Art und Weise, dass auch Nicht-Psychoanalytiker diese für die Beschreibung ihrer Patienten verwenden können im Sinne einer universellen Sprache zur Beschreibung von Persönlichkeitspathologien. Shedler (2002) demonstriert diese Vorgehensweise an dem Beispiel der projektiven

Identifizierung. Die folgenden drei Karten berühren zentrale Aspekte dieser Abwehrformation:

### Beispiel A

|  |   |
|--|---|
| <b>76.....SWAP 200</b><br>Schafft es, in anderen Gefühle hervorzurufen ähnlich denen, die er oder sie gerade erlebt (z.B. handelt bei Ärger so, dass Ärger in anderen hervorgerufen wird; handelt bei Angst so, dass Angst in anderen induziert wird | <b>116.....SWAP 200</b><br>Neigt dazu, eigene nicht akzeptable Gefühle oder Impulse bei anderen Personen statt bei sich wahrzunehmen. |
| <b>154.....SWAP 200</b><br>Neigt dazu, extreme Reaktionen oder starke Gefühle in anderen wachzurufen.<br><small>©1998 by Jonathan Shedler and Drew Westen. All rights reserved.</small>  |   |

Unterschiedliche psychoanalytische Theorien wurden bei der Kartenkonstruktion berücksichtigt, die an einem weiteren Beispiel illustriert werden sollen. Beispiel B fasst Formulierungen hinsichtlich Affektregulierung, Identitätsdiffusion, Objektbeziehungen und Abwehrorganisation zusammen, wie Kernberg einen typischen Borderline-Patienten beschrieben hat (Kernberg 1984, Kernberg et al. 1989):

### Beispiel B

|  |  |
|--|--|
| <b>12.....SWAP 200</b><br>Emotionen neigen dazu, außer Kontrolle zu geraten, und es kommt zu extremer Angst, Traurigkeit, Wut, Erregung, etc.<br><small>©1998 by Jonathan Shedler and Drew Westen. All rights reserved.</small>                      | <b>41.....SWAP 200</b><br>Erscheint unfähig, wichtige Bezugspersonen so zu beschreiben, dass ein Eindruck vermittelt wird, wie sie als Personen sind; Beschreibungen von anderen erscheinen oberflächlich und undifferenziert. |
| <b>98.....SWAP 200</b><br>Neigt zur Befürchtung, dass er/sie von einer emotional bedeutsamen Person zurückgewiesen oder verlassen wird.  | <b>167.....SWAP 200</b><br>Ist gleichzeitig bedürftig und abweisend gegenüber anderen (z.B. sehnt sich nach Intimität und Versorgung, aber neigt dazu, sie zurückzuweisen, wenn sie angeboten wird).                           |
| <b>176.....SWAP 200</b><br>Neigt dazu, eigene Gedanken, Gefühle oder Persönlichkeitszüge mit denen anderer zu verwechseln (z.B. kann die gleichen Wörter benutzen, um das Selbst und die andere Person zu beschreiben, glaubt, dass beide identische |  |

|   |
|---|
| Gedanken und Gefühle teilen, behandelt die andere Person als „Verlängerung“ von ihm/ihr). |
|---|

Abschließend zur Dokumentation der SWAP-Inhalte werden in Beispiel C einige der Karten psychischer Gesundheit vorgestellt:

### Beispiel C

|  |  |
|--|--|
| <b>2.....SWAP 200</b><br>Kann seine/ihre Begabungen, Fähigkeiten und Energien effektiv und produktiv nutzen.<br><small>©1998 by Jonathan Shedler and Drew Westen. All rights reserved.</small> | <b>19.....SWAP 200</b><br>Genießt Herausforderungen; zieht Vergnügen aus dem Erreichen von Dingen.                         |
| <b>32.....SWAP 200</b><br>Ist fähig, eine bedeutsame Liebesbeziehung aufrecht zu erhalten, die durch echte Nähe und Fürsorge gekennzeichnet ist.   | <b>59.....SWAP 200</b><br>Ist einfühlsam, feinfühlig und empfänglich gegenüber Bedürfnissen und Gefühlen anderer Personen. |

Löffler-Stastka et al. (2007) haben in ihrer Validierung für den deutschsprachigen Raum einen Ich-psychologischen ‚bias‘ in der Formulierung der SWAP kritisiert, der in zukünftigen Validierungen überarbeitet werden sollte. Diese Übergewichtung Ich-psychologischer Anteile könnte u. E. darauf zurückzuführen sein, dass die an der Konstruktion beteiligten Kliniker aus dem nordamerikanischen Raum stammen, in dem Ich-psychologische Konzepte stark verbreitet sind. Daher sollte die implizite Theorieverwendung bei der Beurteilung klinischer Narrative reflektiert werden (Canestri 2006).

Generell können 200 Aussagen nicht die Komplexität und den Reichtum psychoanalytischer Kasuistiken erreichen (zur Bedeutsamkeit der Fallgeschichte für die psychoanalytischen Forschung vgl. Kächele 1981, Kächele u. Thomä 2006). Trotzdem können mit dem Verfahren durch die mannigfaltigen Kombinationsmöglichkeiten individuelle und subtile Persönlichkeits- und Verhaltensmuster präzise und klinisch relevant ausgedrückt werden. Daher kamen in der USA-weiten Validierungsstudie (Shedler u. Westen 1999a) von 797 Psychotherapeuten (Ärzte und Psychologen diverser theoretischer Orientierungen mit durchschnittlich 18 Jahren Erfahrung) 72,7% zu dem Schluss, dass sie die wichtigsten Aspekte der Psychopathologie ihrer Patienten mit der SWAP beschreiben können. Dieses Ergebnis war unabhängig von der theoretischen Orientierung und gilt fast identisch für die Ergebnisse der Validierungsstudie des Q-Sorts für Adoleszente (SWAP-II-A), an der 950 Kliniker teilnahmen (Westen et al. 2005).

## Gütekriterien der SWAP-200<sup>2</sup>

Da die SWAP klinische Aussagen und analytische Formulierungen in eine quantitative Form bringt, können die Beschreibungen verschiedener Kliniker zu demselben Patienten-Video auf ihre Übereinstimmung (Interater-Reliabilität) untersucht werden. Die Übereinstimmungen lagen dabei in Vorstudien in dem sehr hohen Bereich zwischen  $r=.75$  und  $r=.81$  (Shedler u. Westen 1998). In diesen Untersuchungen konnten ebenfalls keine Unterschiede in der Handhabung der SWAP bei Klinikern unterschiedlicher klinischer Orientierung festgestellt werden, die Reliabilität der SWAP insgesamt liegt zwischen .75 bis .89 (Marin-Avellan et al. 2005, Westen u. Muderrisoglu 2003). Sind Psychoanalytiker/ Kliniker somit reliabel, wenn sie die gleiche Sprache verwenden? Aufgrund der bereits erwähnten methodischen Schwierigkeiten der SWAP, die durch die Asymmetrie der Kartenverteilung entsteht, kritisiert Block, dass hohe Interraterübereinstimmung artifiziell hergestellt sein könnten (Block 2008). Die 100 Indexkarten im Stapel null, die den Patienten zwar nicht beschreiben sollen, haben statistisch gesehen eine starke Auswirkung. Sind nämlich die 100 aussortierten Indexkarten für jeden Beurteiler jeweils identisch, so erreicht eine Zufallsverteilung der restlichen Karten laut des „Monte-Carlo-Computer-Programms“ eine durchschnittliche Übereinstimmung von .61 (Block 2008, S. 114). Damit beginnt die Interrater-Berechnung auf einem ungewöhnlich hohen Level. Aus klinischer Sicht ist diesem jedoch entgegenzusetzen, dass es unwahrscheinlich ist, dass zufällig die gleichen 100 Karten in den Stapel „unzutreffend“ gelangen bzw. ist dies dann von klinischer Relevanz.

Shedler und Westen (1999a, 1999b) haben Kliniker im Rahmen einer großangelegten Validierungsstudie darum gebeten, einerseits hypothetische Patienten mit einer prototypischen Persönlichkeitsstörung und andererseits reale Patienten mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung laut DSM-IV mit Hilfe der SWAP zu beschreiben. Die 237 hypothetischen Beschreibungen wurden zu diagnostischen Prototypen zusammengeführt, die 530 Auswertungen tatsächlicher Patienten wurden als Sammelbeschreibungen ebenfalls zusammengefasst. Für die Validierung der SWAP wurden die Prototypen mit den tatsächlichen Patienten verglichen: Die hohe Korrelation zwischen Prototyp und Sammelbeschreibung einer

---

<sup>2</sup> Dank an Johannes Zimmermann für die wertvollen Diskussionsbeiträge hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften der SWAP.

jeweiligen Persönlichkeitsstörung belegt die Konvergenzvalidität, die niedrigen Korrelationen zwischen Prototyp und den Sammelbeschreibungen unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen spricht für eine hohe diskriminative Validität der SWAP (Cogan u. Porcerelli 2005). Aufgrund der bereits beschriebenen Höheneffekte sind die hohen Korrelationen kritisch zu betrachten, die durch die Mittelwertbildung der verschiedenen Beurteiler noch zusätzlich verfremdet werden. Rechnet man die Beurteiler wieder aus dem Ergebnis heraus, so könnten sich nur mäßige Übereinstimmungen zwischen .17 und .25. ergeben (Block 2008, S. 116). Wir schließen uns der Kritik von Block an, dass die Validierung einem tautologischen Zirkel entspricht, wenn DSM-IV Diagnosen miteinander verglichen werden, hier gilt es in Zukunft verschiedene valide und reliable Instrumente zueinander in Beziehung zu setzen. Eine nur mäßige Übereinstimmung zwischen verschiedenen Patienten einer DSM-IV Diagnose entspräche darüber hinaus der Logik der SWAP, sich von den nicht empirisch fundierten DSM-IV Diagnosen zu entfernen, um zu klinisch relevanteren und genaueren Beschreibungen zu gelangen.

Im Rahmen der Validierungsstudie wurden die Beschreibungen der tatsächlichen Patienten unabhängig von der Diagnose über eine Q-Analyse verglichen, mit dem Ziel der Entwicklung empirisch-basierter diagnostischer Kategorien, die statt der vielen Komorbiditäten der Achse-II des DSM-IV eine gesicherte Diagnose ermöglichen (Westen u. Shedler 1999b). Die empirischen Diagnosen wiesen im Verhältnis zu den DSM-IV-Diagnosen sowohl Ähnlichkeiten (beispielsweise in Bezug auf narzisstische Persönlichkeitsstörungen) als auch substanzielle Unterschiede auf (beispielsweise bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen). Deutlich wurde, dass über 20% der Patientengruppe einer Persönlichkeitsstörung zu zuordnen waren, die einem dysphorischen Beschwerde- und Konfliktbild entsprachen. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend für psychoanalytische Kliniker, allerdings ist die depressive Persönlichkeitsstörung nur im Anhang des DSM-IV enthalten (Shedler 2002). Die dysphorischen Patienten unterschieden sich in der Art der Auslöser für depressive Verstimmungen, weshalb fünf empirisch abgeleitete vorläufige Untergruppen formuliert wurden: a) vermeidend, b) neurotisch, c) emotional-dysreguliert, d) abhängig-masochistisch und e) feindselig-externalisierend (Westen u. Shedler 1999b, Shedler u. Westen 2004a).

Ergänzend zu den psychopathologischen Beschreibungen wurden, wie bereits erwähnt, Aussagen über psychische Gesundheit in die Kartensammlung

aufgenommen, die hoch mit dem allgemeinen Funktionsniveau der Patienten korrelieren (gemessen durch die Global Assessment of Functioning Scale, GAF), was die Validität der Gesundheits-Skala der SWAP unterstreicht (Westen u. Shedler 1999a). Die Arbeitsgruppe von Waldron (New York) entwickelte die SWAP weiter, indem jede der 200 Beschreibungen einen klinischen Wert auf einer Skala von „sehr gesund“ bis „schwerwiegend erkrankt“ zugewiesen bekam. Durch diese Weiterentwicklung ist es möglich, analog zum GAF, einen Persönlichkeits-Gesundheits-Index (PGI) zu bestimmen, der als globales Maß der Kompetenzen einer Persönlichkeit gelten kann (Waldron et al. 2007). Um die Veränderung einer Persönlichkeit durch eine Therapie im Detail für relevante Persönlichkeitsbereiche erfassen zu können, wurden durch Gruppierungen der SWAP-Karten weitere Unterkategorien entwickelt (RADIO-Scales), welche die Realitätsprüfung und den Denkprozess, die Affektregulierung, die Abwehrorganisation, die Identitätsintegration und die Objektbeziehungen fokussieren. Die RADIO-Scales können beim Vergleich verschiedener Untersuchungszeitpunkte kleinschrittige Veränderungen dokumentieren und zudem für die Therapieplanung eingesetzt werden. Die klinische Nützlichkeit der SWAP sowie des PGI und seiner Subkategorien wird im Folgenden anhand einer Kasuistik demonstriert.

### **Klinische Anwendungen der SWAP am Beispiel einer Kasuistik**

Im Rahmen eines unserer Forschungsprojekte haben wir depressive Patienten, diagnostisch durch ein psychoanalytisches Erstinterview und ein strukturiertes klinisches Interview (SKID) abgesichert, zusätzlich mit der SWAP untersucht. Den beiden klinischen Beurteilern (eine Diplom-Psychologin und eine Psychotherapeutin) dienten neben den Erstinterviews zwei weitere klinische Interviews (Interview zur Erhebung der Skalen Psychischer Kompetenzen SPK, Huber et al. 2006b, Interview für die OPD-2, Arbeitskreis OPD 2006) als auch die Interaktion im Forschungskontext als Grundlage der Auswertung. Die Auswertung der gesamten Studienpopulation wird an anderer Stelle erfolgen, zur Illustration des SWAP-Verfahrens werden wir uns auf die Vorstellung von Frau M. beschränken (zur Kasuistik mit der SWAP vgl. Lingiardi, Shedler u. Gazzillo 2006; Waldron et al. 2007).

Frau M. ist eine junge Akademikerin Anfang 30, die sich aufgrund einer für sie plötzlich auftretenden depressiven Erkrankung an die psychoanalytische Institutsambulanz wendet. Nach ihrer heimlichen Heirat mit ihrem langjährigen

Partner und euphorischen Flitterwochen kann sie sich nicht mehr auf ihre anspruchsvolle akademische Tätigkeit konzentrieren, wird arbeitsunfähig, weint ohne äußere Anlässe und bekommt vom Hausarzt aufgrund einer wochenlangen niedergedrückten Stimmung Antidepressiva verschrieben. Im Erstgespräch verdeutlicht sie, dass sie aus einem Elternhaus komme, das nach Außen äußerst heil gewirkt habe, nach Innen habe der Vater jedoch die Patientin und ihre ältere Schwester massiv körperlich missbraucht und entwertet. Frau M. könne es nicht fassen, dass alle anderen Familienmitglieder bis heute über diese Vorfälle schweigen, um die Harmonie zu bewahren. Sie traue sich selbst jedoch nicht zu, mit den Eltern darüber zu sprechen, da sie in Anwesenheit des Vaters wieder zu einem kleinen ängstlichen Mädchen werde. Die Heirat habe die Ablösung von den Eltern untermauern sollen, so dass sie aufgrund der starken Symptomatik selbst vor einem Rätsel stehe.

Wir werden zunächst die psychometrische Auswertung der SWAP darstellen und danach auf die Möglichkeiten einer Fallformulierung mit Hilfe der Index-Karten eingehen. Die SWAP-Auswertung ermöglicht sowohl eine kategoriale als auch eine dimensionale Diagnostik. Hierbei wird die Passung der individuellen Auswertung mit den diagnostischen Prototypen nach DSM-IV berechnet. Die Ergebnisse werden in T-Werte transformiert, die eine Anlehnung an die Auswertung des MMPI-Profiles (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) darstellen. Der Durchschnittswert beträgt 50, die Standardabweichung 10, was bedeutet, je höher ein Ergebnis über 50 kommt, desto mehr nähert es sich dem jeweiligen Prototypen an. Westen und Shedler (1999a) definieren einen Wert ab 60 als kategoriale Diagnose; liegen mehrere Persönlichkeitsstörungen über 60, so wird diejenige mit dem höchsten Wert vergeben. Ein Ergebnis über 55 wird als zusätzliches Merkmal eingestuft. Frau M.s Profil in Abbildung 3 zeigt eine hohe Ausprägung einer vermeidenden, abhängigen und depressiven Persönlichkeit. Die hohe Wertung dieser nach DSM-IV unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen stimmt mit den Ergebnissen der Validierungsstudie überein, weshalb Westen und Shedler für eine Überarbeitung dieser in der Praxis nicht distinkten Diagnosen plädieren (Shedler u. Westen 2004a). Der höchste Wert liegt bei der depressiven Persönlichkeit, weshalb die kategoriale Diagnose Depressive Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, abhängigen und zwanghaften Anteilen zu vergeben ist. Die Anteile an psychischer Gesundheit sind

laut PGI (Waldron et al. 2007) als niedrig einzuschätzen, da der Index nur knapp über dem Durchschnitt für Personen mit Persönlichkeitsstörungen liegt.

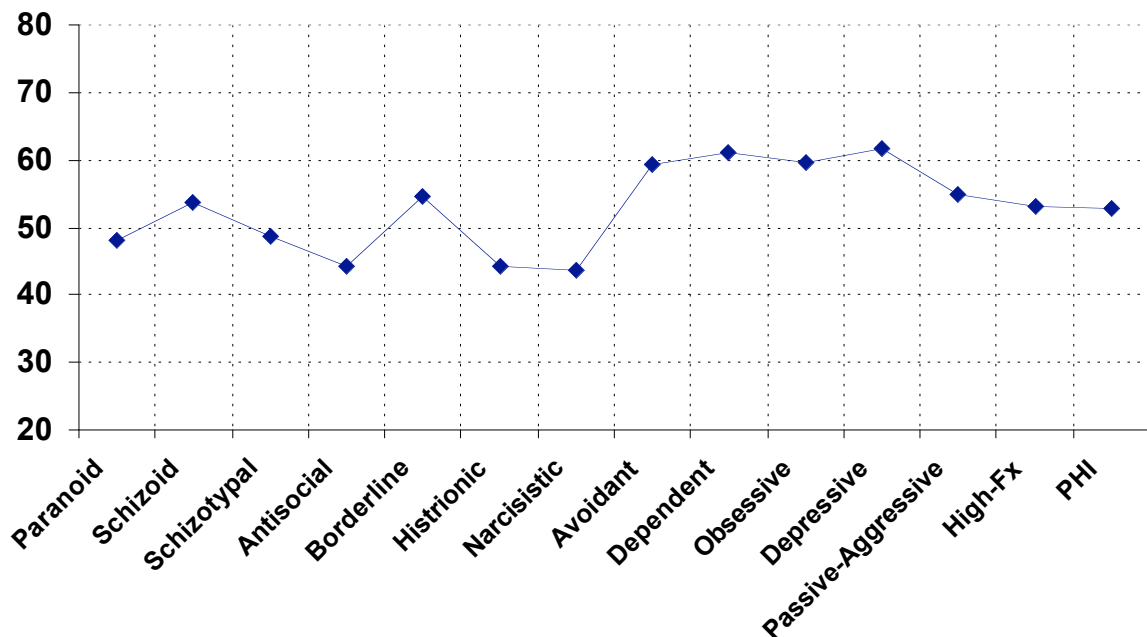


Abbildung 3: SWAP-Ergebnisse von Frau M aufgeschlüsselt nach DSM-IV Diagnosen (T-Werte).

Eine eindeutige Diagnose lässt sich über die empirisch abgeleiteten Diagnosegruppen stellen (Westen u. Shedler 1999b). Frau M. erfüllt hier das Kriterium einer dysphorischen Persönlichkeitsstörung, die vorrangig in den Bereich einer neurotischen Depression fällt („high functioning depressive“), aber auch Anteile von emotionaler Dysregulation und Zwanghaftigkeit enthält (vgl. Abbildung 4).



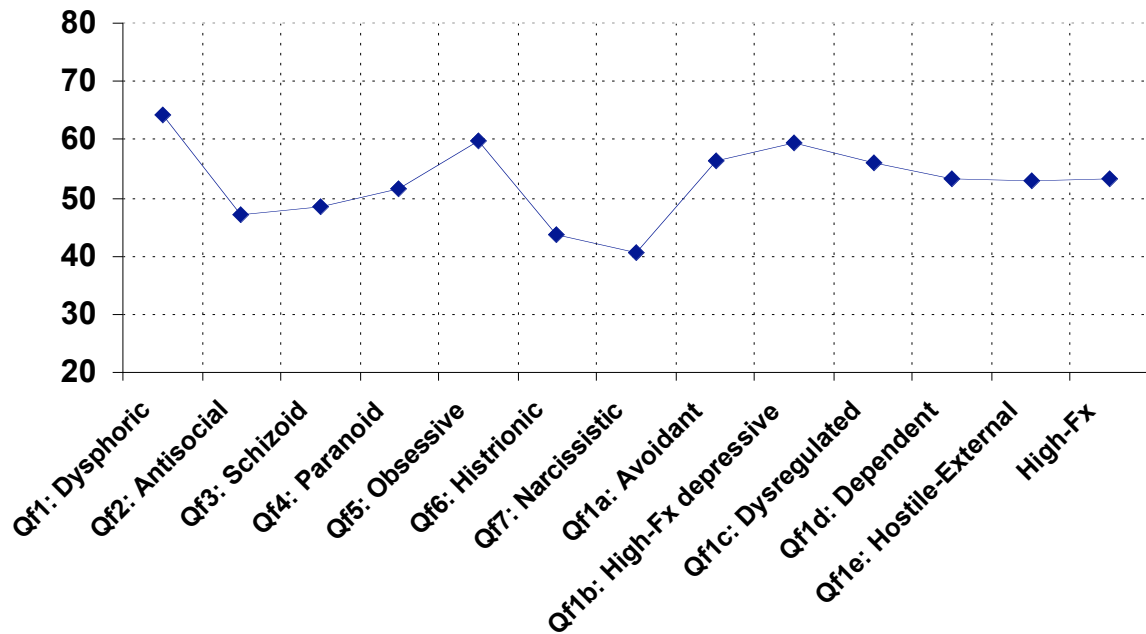


Abbildung 4: SWAP-Ergebnisse von Frau M. auf der Basis empirisch abgeleiteter Diagnosen (Westen u. Shedler 1999b) (T-Werte).

Die SWAP ermittelt über die dimensionale und kategoriale Diagnostik hinaus die Beschreibung von überdauernden Persönlichkeitsmerkmalen (personality traits), die über eine Faktorenanalyse abgeleitet wurden. Bei Frau M. zeigt sich die fehlende emotionale Regulationsfähigkeit als am stärksten ausgeprägt. Diese Faktoren entsprechen einerseits anderen Trait-Modellen, andererseits ergänzen sie diese z. B. um die Merkmale Denkstörung und sexueller Konflikt (Shedler u. Westen 2004a, Westen et al. 2005). Somit ermöglicht die SWAP in der Kombination von Persönlichkeitsmerkmalen und Syndromkomplexen eine Feinanalyse von Persönlichkeiten (Westen u. Shedler 2007).

Eine qualitativ kasuistische Herangehensweise vor dem Hintergrund der SWAP-Ergebnisse käme zu folgenden Ergebnis:

Frau M. fühlt sich antriebslos, erschöpft und leer. Ohne für sie ersichtlichen Grund ist sie oft unglücklich und niedergeschlagen. Emotionen neigen manchmal dazu, außer Kontrolle zu geraten, und es kommt zu extremer Angst, Traurigkeit, Wut, Erregung, etc. Insbesondere bei starkem Kummer ist sie unfähig sich allein zu trösten oder zu beruhigen; benötigt dann ihren Mann, der den Affekt regulieren hilft. Generell hat sie Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, neigt zu Unentschlossenheit oder Wankelmütigkeit bei Wahlmöglichkeiten. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass sie von sich erwartet "perfekt" zu sein (z.B. bzgl. Erscheinungsbild, Leistung, Errungenschaften etc.). Sie hat hohe moralische und ethische Standards und strebt danach, sie zu

erfüllen. Vor diesem Hintergrund neigt sie dazu, selbstkritisch zu sein, setzt sich unrealistisch hohe Maßstäbe und ist intolerant gegenüber eigenen menschlichen Unzulänglichkeiten. Frau M. tendiert zu Schuldgefühlen, da sie sich für schlechte Ereignisse in der Regel selbst die Schuld gibt, sich inadäquat und unterlegen fühlt.

Frau M. durchlebt wiederholt vergangene traumatische Ereignisse durch intrusive Erinnerungen der Gewalt durch den Vater und ist verängstigt durch gegenwärtige Ereignisse, die dem Vergangenen ähneln. Sie neigt dann dazu, sich hilflos ausgeliefert zu fühlen. Gleichzeitig hat sie Ängste, wie ihr Vater zu werden, wenn sie feindselig ist bzw. Groll hegt, d. h. Verletzungen oder Kränkungen lange Zeit nachträgt. So neigt sie zu Zwiespältigkeit bezüglich Autoritäten, schwankt zwischen Auflehnung und Passivität. Die Konflikthaftigkeit drückt sich auch in einem Schwanken zwischen verminderter und übermäßiger Kontrolle von Befürfnissen und Impulsen aus (z.B. Bedürfnisse und Wünsche werden impulsiv ausgedrückt, ohne die Konsequenzen zu beachten, oder sie werden abgestritten, und es wird kein Ausdruck zugelassen). Aufgrund ihrer Unsicherheit in sozialen Situationen neigt sie dazu, scheu oder reserviert zu sein, fühlt sich schnell beschämt oder verlegen. Aus der Angst heraus, betrogen oder zurückgewiesen zu werden, vermeidet sie sich anderen anzuvertrauen; erwartet, dass Dinge, die sie sagt oder tut, gegen sie benutzt werden. Frau M. hat Schwierigkeiten, eigene Wünsche und Ärger anzuerkennen oder auszudrücken. Sie neigt dazu, sich nicht hinreichend um die Erfüllung eigener Bedürfnisse zu kümmern, als ob sie sich nicht berechtigt fühle, Dinge zu erhalten oder darum zu bitten, die sie verdient. So werden eigene Bedürfnisse nach Versorgen, Beruhigen, Nähe etc. verleugnet oder als inakzeptabel anzusehen. Gleichzeitig fühlt sie sich dann vom Gegenüber missverstanden und schlecht behandelt, verbleibt in einer Opferrolle.

Für die soeben beschriebene Kasuistik wurden die Karten aus den drei höchsten Kategorien aneinandergefügt und dafür nur leicht grammatikalisch verändert. Es soll demonstrieren, wie präzise und vergleichbar Fallberichte unter Zuhilfenahme der SWAP formuliert werden könnten. Durch die Verwendung sich widersprechender Aussagen in den hohen Kategorien der SWAP kann deutlich das Konflikthafte der menschlichen Psyche zum Ausdruck gebracht werden. Kasuistiken unter Zuhilfenahme der SWAP könnten der zum Teil babylonischen Sprachverwirrung unter Psychoanalytikern begegnen. Die SWAP vermag darüber hinaus eine Brücke zwischen den psychodynamischen Fallformulierungen und den deskriptiven psychiatrischen Fallberichten schlagen (Shedler 2002). Darüber hinaus würde eine solche Verfahrensweise in der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeuten von unschätzbarem Nutzen sein, weil die SWAP klinisch relevante Beschreibungen verdichtet und übersichtlich auf den Punkt bringt.

Die Subkategorien des PGI (RADIO-Scales) zeigen, dass die Patientin kaum in der Realitätsprüfung und im Denkprozess gehemmt ist, sondern die stärksten Störungsanteile im Bereich der Affektregulierung und einer dysfunktionalen Abwehr

aufweist. Ihre Ressourcen liegen im Bereich ihrer kognitiven Fähigkeiten (erfolgreicher akademischer Abschluss), Bindungsfähigkeit (langjährige Beziehung) und moralischer Wertvorstellungen.

## **Diskussion**

Die SWAP bewegt sich wie auch andere psychoanalytische Instrumente in dem Spannungsfeld zwischen klinischer Relevanz einerseits und empirischen Gütekriterien andererseits, die die Verallgemeinerbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse absichern helfen. Das Herzstück der SWAP – die Indexkarten – befindet sich in einer permanenten Überarbeitung, so dass mittlerweile bereits eine 2. Version vorgestellt wurde (SWAP-II), für die bis dato jedoch noch keine deutsche Übersetzung vorliegt. Darin weisen die Autoren die methodischen Einwände gegen die Modifikation des Q-Sort (Korrelationsartefakte) als „armchair“-Kritiken zurück, da sie sich vor dem Hintergrund realer Daten als irrelevant erwiesen (Westen u. Shedler 2007). In jedem Falle sollten jedoch mögliche Korrelationsartefakte bei zukünftigen unabhängigen Untersuchungen kontrolliert werden bzw. sollten die Autoren der SWAP ihre Datenlage transparenter gestalten, damit eine externe Überprüfbarkeit gewährleistet wird. Die brennende Frage, wie klinische Praxis und empirische Therapieevaluation sich kreativ und wechselseitig anregend begegnen können, erlaubt unseres Erachtens mehrere Antworten.

Zu den relevanten klinischen Anwendungsgebieten der SWAP-200 gehört zunächst die Möglichkeit der Erstellung differenzierender Diagnosen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Es könnte eine klinisch sinnvolle Aufgabe sein, aus der Fülle der Behandlungsangebote, mit Hilfe der SWAP die passende Therapieform auszuwählen. Da es unwahrscheinlich ist, dass der gigantische Aufwand mit dem Forschungsmodell der randomisiert-kontrollierten Studien betrieben würde, der sich angesichts vielfältiger Persönlichkeitsdimensionen aus solchen differentiellen Indikationsstudien ergeben würde, wird hier die Expertise des Klinikers mehr denn je gefragt sein. Natürlich nicht nur die des je Einzelnen, sondern es könnte ein Erfahrungsdiskurs angezeigt sein, in dem erfahrene Kliniker solche diffizilen Zuweisungsfragen gemeinsam klären. Mit der SWAP könnten darüber hinaus differentielle Indikationskriterien identifiziert werden, die auch für die Prognose von Therapieeffekten hilfreich sind. Die SWAP kann überdies die Fallformulierung (beispielsweise für Kassenanträge) unterstützen. Darüber hinaus könnte es für die

Ausbildung von Psychotherapeuten eingesetzt werden. So demonstriert beispielsweise Cogan in ihrer Studie, dass die SWAP hilfreich ist, sich über die Ziele einer psychoanalytischen Therapie zu verständigen; sie entwickelt einen empirisch abgeleiteten Prototypen eines idealen Therapieergebnisses und vergleicht diesen mit realen Therapieergebnissen (Cogan 2007).

Hinsichtlich klinischer Forschung liegt die besondere Stärke der SWAP in der Quantifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen. Daher kann das Instrument sowohl in der Therapiewirksamkeitsforschung als auch in der Erforschung der Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstruktur und der Genese, des Verlaufes und Schweregrades von Psychopathologie eingesetzt werden. Die SWAP eignet sich zur Messung der Veränderung der Persönlichkeit, da sie im Gegensatz zu Symptomfragebögen und dem SKID-2 die Therapieevaluation subtiler Veränderungen der Persönlichkeit ermöglicht (Cogan u. Porcerelli 2005, Lingardi et al. 2006); allerdings fehlen derzeit noch Vergleichsstudien mit den anderen für diesen Zweck entwickelten Instrumenten. Im Vergleich zu anderen Instrumenten der Persönlichkeitserfassung ist der Schulungsaufwand gering, ohne dass damit die Gütekriterien nomothetischer Forschung eingeschränkt würden. Gleichzeitig ist die SWAP aufgrund ihrer DSM-IV Prototypen auf die nicht-psychoanalytische Forschung bezogen und kann daher anders als die SPK oder die OPD-2 direkt mit der DSM-IV-Diagnostik verglichen werden, wobei erste Ergebnisse zeigen, dass sie den nicht-strukturbezogenen Instrumenten (SKID-I und SKID-II) hinsichtlich der Prognose von Therapieverläufen überlegen ist (Westen u. Shedler 2007). Es könnte also sinnvoll sein, trotz der in den USA hitzig geführten methodischen Kontroverse, über eine breite Implementierung dieses Instruments im deutschen klinischen und wissenschaftlich psychoanalytischen Erfahrungsfeld nachzudenken, da die SWAP klinische Relevanz mit den Anforderung an Verallgemeinerbarkeit verbindet und somit die Anschlussfähigkeit psychoanalytischer Konzepte an die „scientific community“ gewährleisten hilft.

## Literatur

- Blais M, Norman D (1997) A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders* 11:168-176
- Block J (2008) *The Q-Sort in character appraisal: Encoding subjective impressions of persons quantitatively*. American Psychological Association (APA), Washington DC

- Block J (1961) The Q-Sort method in personality assessment and psychiatric research. Charles C. Thomas, Springfield
- Block J (1978) The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research. Consulting Psychologists Press, Palo Alto
- Canestri J (ed) (2006) Psychoanalysis: From practice to theory. Wiley, Chichester, Hoboken, New York
- Clark L (1992) Resolving taxonomic issues in personality disorders: the value of larger scale analysis of symptom data. *Journal of Personality Disorders* 6:360-376
- Clarkin J, Caligor E, Stern B et al. (2003) Structured Interview of personality organization (STIPO). Weill Medical College of Cornell University New York (Deutsche Übersetzung von Döring, S, 2004)
- Cogan R (2007) Therapeutic aims and outcomes of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 24:193-207
- Cogan R, Porcerelli Jh (2005) Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 78:1-15
- First M, Spitzer R, Gibbon M et al. (1995) The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II): Part II multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders* 9:92-104
- Fonagy P, Target M, Steele H et al. (1998) Reflexive Kompetenz-Skala. Manual zur Auswertung von Erwachsenenbindungsinterviews. Unveröffentlichtes Manuskript
- Freud S (1916/1917) XV. Unsicherheiten und Kritiken. In: GW XI Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt a. M., S 234-246
- Grande, T, Rudolf, G, Oberbracht, C, et al. (2004) Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg-Berlin Study. In: Richardson, P, et al. (Hrsg) *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Karnac, London, S 35-62
- Hanley C (2008) Logic, meaning and truth in psychoanalytic research. In: Joseph Sandler Conference. Frankfurt
- Harkness A (1992) Fundamental topics in the personality disorders: Candidate trait dimensions from lower regions of hierarchy. *Psychological Assessment* 4:251-259
- Hoffmann S (1985) DSM-III und die Psychoanalyse: Diskussionsbeiträge zu Harvey Bluestones Aufsatz: Können wir mit dem DSM-III leben. *Forum Psychoanal* 1:320-323
- Höflich A, Rasting M, Mach J et al. (2007) A German version of the Shedler-Westen-Assessment Procedure (SWAP-200) for the dimensional assessment of personality disorders. *GMS Psychosoc Med* 4:Doc02
- Høglend P, Bøgwald K-P, Sørbye Ø et al. (1997) Psychodynamic Functioning Scales PFS. Unveröffentlichtes Manuskript
- Huber D, Klug G (2006) Munich Psychotherapy Study: The effectiveness of psychoanalytic long-term psychotherapy for depression. In: *Society for Psychotherapy Research*. Edinburgh
- Huber D, Klug G, Henrich G (2006a) The scales of psychological capacities: Measuring change in psychic structure. *Psychotherapy Research* 15 (4):445-456
- Huber D, Klug G, Wallerstein R (2006b) Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Kohlhammer, Stuttgart

- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch - psychoanalytischen Forschung. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 12:118-178
- Kächele H, Thomä H (2006) Zur Stellung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie: Forschung*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 75-119
- Kernberg O (1984) *Severe personality disorders*. Yale University Press, New Haven
- Kernberg O, Selzer M, Königsberg H et al. (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Books, New York
- Lambert M, Ogles B (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M (Hrsg) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, S 139-193
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B et al. (2002) How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. *International Journal of Psychoanalysis* 84:263-290
- Lingiardi V, Shedler J, Gazzillo F (2006) Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment* 86
- Livesley W, Jackson D (1992) Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 180:609-618
- Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E, Fischer-Kern M et al. (2007) Validation of the SWAP-200 for diagnosing psychostructural organization in personality disorders. *Psychopathology* 40:35-46
- Marin-Avellan L, Mcgauley G, Campbell C et al. (2005) Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: Is it valid, reliable and useful? *Journal of Criminal Behavior and Mental Health* 15:28-45
- Morey L (1988) Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry* 145:573-577
- OPD (2006) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Huber, Bern
- Perry J (1992) Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 149:1645-1653
- Pine F (1990) *Drive, ego, object, & self - A synthesis for clinical work*. Basic books
- Sandell R (1997) *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute, Unveröffentlichtes Manuskript
- Sandell R (2005) Structural change and its assessment. Experiences from the Stockholm outcome or psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). In: Giampieri-Deutsch P (ed) *Psychoanalysis as an empirical, interdisciplinary science. Collected papers on contemporary psychoanalytic research*. Austrian Academy of Sciences Press, Wien, p 269-284
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A et al. (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis* 81:921-942
- Schafer R (1976) *A new language for psychoanalysis*. Yale University Press, New Haven
- Shedler J (2002) A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 50:429-456

- Shedler J, Mayman M, Manis M (1993) The illusion of mental health. *American Psychologist* 48:1117-1131
- Shedler J, Westen D (2004a) Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry* 161:1350-1365
- Shedler J, Westen D (1998) Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 5:333-353
- Shedler J, Westen D (2007) The Shedler-Westen-Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment* 89:41-55
- Stephenson W (1935) Correlating persons instead of tests. *Character and Personality* 6:17-24
- Waldron S, Shedler J, Moscovitz S et al. (2007) Validating changes in psychotherapy: The Personality Health Index (PHI). Unveröffentlichtes Manuskript
- Wallerstein R (1988) Eine Psychoanalyse - oder viele? *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 4:126-153
- Weinryb Rm, Rössel Rj (1991) Karolinska Psychodynamic Profile - KAPP. *Acta Psychiatr Scand* 83:1-23
- Westen D (2002) Clinical Diagnostic Interview. Emory University, Unveröffentlichtes Manuskript
- Westen D, Dutra L, Shedler J (2005) Assessing adolescent personality pathology. *British Journal of Psychiatry* 186:227-238
- Westen D, Muderrisoglu S (2003) Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview. *Journal of Personality Disorders* 17:351-369
- Westen D, Shedler J (2007) Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology* 116 (4):810-822
- Westen D, Shedler J (1999a) Revising and assessing axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry* 156:258-272
- Westen D, Shedler J (1999b) Revising and assessing axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 156:273-285
- Wood J, Garb H, Nezworski Mt et al. (2007) The Shedler-Westen Assessment Procedure-200 as a basis for modifying DSM personality disorder categories. *Journal of Abnormal Psychology* 116:823-836
- Zimmermann M (1994) Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry* 51:225-245

Dr. phil. S. Taubner  
 Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 Universitätsklinikum Ulm  
 E-mail: svenja.taubner@uni-ulm.de