

DOI	10.1007/s00278-008-0628-4
Copyright	Springer Medizin Verlag – 2008

Originalien

„Shedler-Westen Assessment Procedure“ (SWAP-200)

Eine neue Sprache der Persönlichkeitsdiagnostik und der Messung struktureller Veränderungen?

Svenja Taubner · Anna Stumpe · Horst Kächele

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ulm

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Svenja Taubner

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum

Am Hochsträß 8

89081 Ulm

svenja.taubner@uni-ulm.de

Zusammenfassung

Die Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte zur Messung struktureller Veränderungen hat inzwischen international eine Reihe von Instrumenten hervorgebracht, die jedoch teilweise aufgrund ihres Sprachgebrauchs von Nichtpsychoanalytikern 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. Das SWAP-200 tritt an, 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 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-)IV überwinden als auch 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.

Schlüsselwörter

SWAP · Persönlichkeitsdiagnostik · Messung struktureller Veränderungen

Shedler-Westen assessment procedure (SWAP-200)

A new language for personality diagnostics and for the measurement of structural changes?

Abstract

International research on operationalization of psychoanalytical constructs has brought up several instruments which are often 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, and some of them pertain only to certain parts of personality functioning. Recently, a new diagnostic instrument, the Shedler-Westen assessment procedure (SWAP-200) gained strong influence on the US American research on personality disorders. The SWAP authors claim 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 inner psychic phenomena, as well as to build a foundation for psychoanalytic case formulation. The relevance of SWAP-200 for the German speaking region is discussed and its procedure is demonstrated by the presentation of one case. Due to positive outcomes of previous validation studies it could be reasonable to implement SWAP in Germany after further independent testing.

Keywords

SWAP · Personality diagnostics · Combination of empirical and clinical diagnostic language

Ein neues diagnostisches Instrument, die Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200), hat in den letzten Jahren die US-amerikanische Erforschung von Persönlichkeitsstörungen nachhaltig beeinflusst. Es wurde von den Psychoanalytikern Jonathan Shedler und Drew Westen entwickelt. Die SWAP wurde in den USA erfolgreich zur Evaluation von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt. Es ist ein Instrument der dimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik, das im Gegensatz zu anderen Methoden der Operationalisierung streng empirisch fundiert wurde ([Westen u. Shedler 1999a](#); [Westen u. Shedler 1999b](#)).

Trotz des dringenden Bedarfes, die Wirkungen psychoanalytischer Therapieverfahren mit in der Therapieforschung bewährten Methoden zu demonstrieren (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; [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](#)). Dieser Mangel 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 von 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 von Nichtpsychoanalytikern selten akzeptiert; 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).

Die Autoren der SWAP-200 treten selbstbewusst an, sowohl den Graben zwischen empirischer Forschung und klinischer Praxis überbrücken zu wollen, die symptomorientierte und innerpsychische Phänomene ignorierende Diagnostik des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (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. 235 f.). 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. Deshalb wird das Instrument im Folgenden vorgestellt, seine Relevanz für den deutschsprachigen Raum herausgearbeitet und kritisch diskutiert. 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](#)); im Folgenden dient die Übersetzung von Höflich et al. (2007) als Grundlage. (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 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 die Verwendung der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation) zu. Im Folgenden wird die Kritik aus Sicht der empirisch-klinischen Forschung zusammengetragen:

1) Grundlegende Kategorien des DSM-IV wurden von einer Expertenkommission entwickelt, sind empirisch nicht belegt bzw. widersprechen Studienergebnissen über psychische Erkrankungen ([Arbeitskreis-OPD 2006](#); [Clark 1992](#); [Harkness 1992](#); [Livesley u. Jackson 1992](#); [Morey 1988](#)).

2) Die dichotome Zuschreibung einer Diagnose als entweder vorhanden oder nichtvorhanden entspricht nicht der klinischen Realität; dies wird andererseits durch hohe Komorbiditäten besonders bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (Achse II des DSM-IV) kompromittiert.

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. (Dies führt beispielsweise bei der Borderline-Diagnostik zu vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten.)

4) Eine klinisch relevante Diagnose berücksichtigt neben der Schwere pathologischer Erscheinungen ebenfalls die Stärken und die Fähigkeiten eines Patienten für die Indikation und die Therapieplanung, die 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 differenziellen Psychologie – als unreliabel erwiesen haben ([First et al. 1995](#); [Zimmermann 1994](#)). Westen u. Shedler ([1999a](#)) führen die mangelnde Reliabilität von DSM-IV-Diagnosen der Achse II einerseits auf die ungenügende Operationalisierung der Krankheitskonzepte des DSM-IV und andererseits auf methodische Mängel der gängigen Erhebungsinstrumente [z. B. das Strukturierte Klinische Interview für die Achse II des DSM-IV (SKID-II) oder

den Selbstbeurteilungsfragebögen], die auf direkten Fragen beruhen, zurück. 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 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 sowie 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, das eine dimensionale Beurteilung von Persönlichkeitserkrankungen unter Berücksichtigung der mentalen Stärken einer Person ermöglicht.

Die Shedler-Westen Assessment Procedure als Q-Sort-Verfahren

Die Methode des Q-Sort-Verfahrens wurde in den 1930ern von Stephenson ([1935](#)) eingeführt. Bekannt geworden ist das Verfahren durch Block ([1978](#)), der die Persönlichkeitspsychologie mit Untersuchungen über die gesamte Lebensspanne bereicherte. Sein sog. California-Q-Sort stellt den Urtyp eines Q-Sort-Verfahrens dar ([Block 1961](#)), das 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. Das „klassische“ California-Q-Sort besteht aus 100 Karten, die entlang einer Normalverteilungskurve 9 Kategorien von sehr charakteristisch bis uncharakteristisch bzw. das Gegenteil bezeichnend zugeordnet werden (vgl. [Abb. 1](#)).

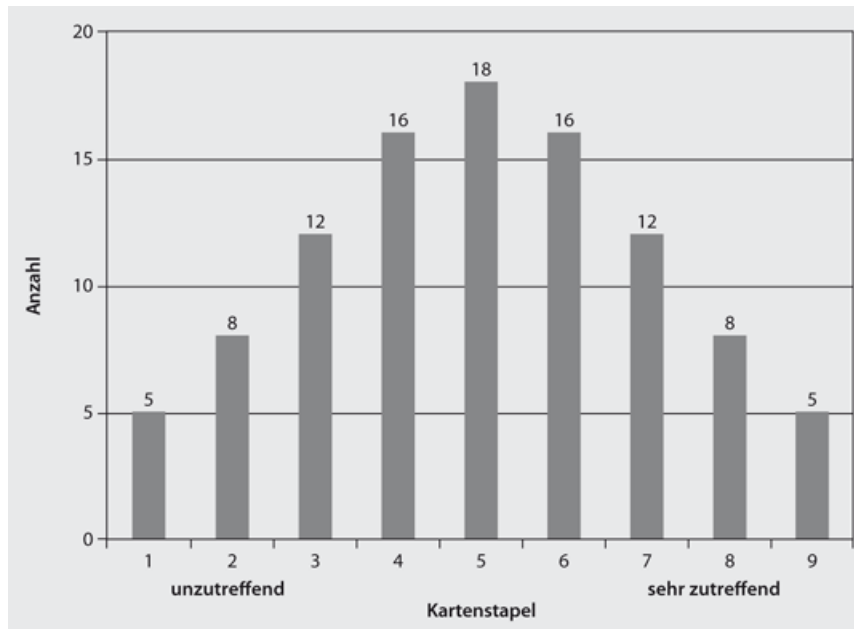


Abb. 1 Kartensortierung des California-Q-Sort

Das Q-Sort zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (SWAP) besteht aus einer Sammlung von 200 Aussagen, die verschiedene Aspekte der Persönlichkeit und der psychischen Funktionen enthalten. Dabei fokussieren die Aussagen auf psychopathologische Erscheinungen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen, es wurden aber auch Beschreibungen von Achse-I-Erkrankungen und gesunde Funktionsweisen von Persönlichkeiten aufgenommen. 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 (2002) hat ein systematisches klinisch-narratives Interview entwickelt, das Clinical Diagnostic Interview (CDI), das 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 wie z. B. Rauschmittelkonsum oder sexuelle Praktiken, die für bestimmte Patientengruppen von hoher Relevanz sind, durch unsystematische Erhebungen nicht erfasst werden. 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 das California-Q-Sort einer festen numerischen Zuordnung, d. h. die 8 zu vergebenen Kategorien von sehr zutreffend bis gar nicht zutreffend enthalten immer dieselbe Anzahl von Karten. Die höchste Kategorie „sehr zutreffend“ enthält immer exakt 8 Indexkarten, die nächstfolgende Kategorie enthält immer genau 10 Indexkarten, und der letzten Kategorie der nichtzutreffenden Beschreibungen werden immer exakt 100 Indexkarten 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 Indexkarten mit 0 kodiert werden (vgl. die Kartenverteilung der SWAP in [Abb. 2](#)). Feste numerische Zuordnung und Kodierung haben 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 (<http://www.psychsystems.net/guest.cfm>) und dauert ca. 45 min.

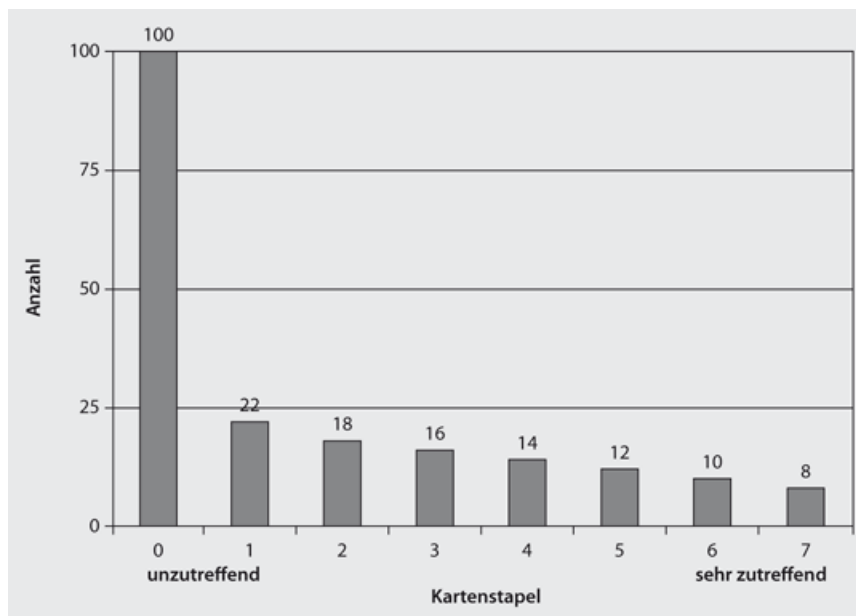


Abb. 2 Kartensortierung der Shedler-Westen Assessment Procedure 200

Wood et al. ([2007](#)) kritisieren, dass die Kartenverteilung der SWAP sich zu sehr von der Normalverteilung des California-Q-Sort entferne. Shedler und Westen

verteidigen die Neukonstruktion 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“. ([Shedler u. Westen 1998](#), S. 337, Fußnote 1)

Auch wenn dies aus einer klinischen Perspektive nachvollziehbar ist, 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](#)). Diese methodischen Konsequenzen werden bei der Diskussion der Gütekriterien der SWAP näher ausgeführt.

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](#); [Westen u. Shedler 1999b](#)) und der verschiedenen psychoanalytischen Schulen (Trieb, Ich, Objekt und Selbst; vgl. [Pine 1990](#)) herausgearbeitet. 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; hierbei wurden Rückmeldungen von über 200 psychoanalytisch ausgebildeten Klinikern eingearbeitet. 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, Brillanz etc.“ oder „Neigt dazu, übermäßig bedürftig oder abhängig zu sein; erfordert äußerste Vergewisserung oder Zustimmung“.

Einerseits wurde der Versuch unternommen, die Beschreibungen im Sinne der „action language“ ([Schafer 1976](#)) theorie- und metaphernfrei zu formulieren, andererseits sollten wichtige psychoanalytische Konzepte Berücksichtigung finden, Letztere jedoch in einer Art und Weise, dass auch Nichtpsychoanalytiker diese im Sinne einer universellen Sprache zur Beschreibung von Persönlichkeitspathologien für ihre Patienten verwenden können. Shedler ([2002](#)) demonstriert diese Vorgehensweise an dem Beispiel der projektiven Identifizierung. Die drei Karten ([Tab. 1](#), [Tab. 2](#), [Tab. 3](#)) berühren zentrale Aspekte dieser Abwehrformation.

Unterschiedliche psychoanalytische Theorien wurden bei der Kartenkonstruktion berücksichtigt, die an einem weiteren Beispiel illustriert werden sollen. Beispiel B ([Tab. 2](#)) fasst Formulierungen hinsichtlich Affektregulierung, Identitätsdiffusion, Objektbeziehungen und Abwehrorganisation zusammen, wie Kernberg einen typischen Borderline-Patienten beschrieben hat ([Kernberg 1984](#); [Kernberg et al. 1989](#)).

Abschließend zur Dokumentation der SWAP-Inhalte werden in Beispiel C ([Tab. 3](#)) einige der Karten psychischer Gesundheit vorgestellt.

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 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 den psychoanalytischen Diskurs vgl. [Kächele 1981](#); [Kächele u. Thomä 2006](#)). Trotzdem können individuelle und subtile Persönlichkeits- und Verhaltensmuster mit dem Verfahren durch die mannigfaltigen Kombinationsmöglichkeiten präzise und klinisch relevant ausgedrückt werden. Daher kamen in der USA weiten Validierungsstudie ([Westen u. Shedler 1999a](#)) von 797 Psychotherapeuten (Ärzte und Psychologen diverser theoretischer Orientierungen mit durchschnittlich 18-jähriger 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-Sort-Verfahrens für Adoleszente (SWAP-II-A), an der 950 Kliniker teilnahmen ([Westen et al. 2005](#)).

Gütekriterien der Shedler-Westen Assessment Procedure 200

Da die SWAP klinische Aussagen und analytische Formulierungen in eine quantitative Form bringt, können die Beschreibungen verschiedener Kliniker zu demselben Patientenvideo auf ihre Übereinstimmung (Interraterreliabilität) untersucht werden. Die Übereinstimmungen lagen dabei in Vorstudien in dem sehr hohen Bereich zwischen $r=0,75$ und $r=0,81$ ([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 0,75 und 0,89 ([Marin-Avellan et al. 2005](#); [Westen u. Muderrisoglu 2003](#)). Sind Psychoanalytiker bzw. 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 (2008), dass hohe Interraterübereinstimmung artifiziell hergestellt sein könnte. Die 100 Indexkarten im Stapel 0, die den Patienten zwar nicht beschreiben sollen, haben, statistisch gesehen, eine starke Auswirkung. Sind nämlich die 100 aussortierten Indexkarten für jeden Beurteiler jeweils identisch, erreicht eine Zufallsverteilung der restlichen Karten laut des Monte-Carlo-Computer-Programms eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,61 ([Block 2008](#), S. 114). Damit beginnt die Interraterberechnung 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.

Westen u. Shedler ([1999a](#); [Westen u. Shedler 1999b](#)) haben Kliniker im Rahmen einer groß angelegten Validierungsstudie darum gebeten, einerseits hypothetische Patienten mit einer prototypischen Persönlichkeitsstörung und andererseits reale Patienten mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung laut DSM-IV mithilfe 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 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, könnten sich nur mäßige Übereinstimmungen zwischen 0,17 und 0,25 ergeben ([Block 2008](#), S. 116). Daher ist die Kritik von Block zutreffend, 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 nichtempirisch 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 zuzuordnen waren, die einem dysphorischen Beschwerde- und Konfliktbild entsprachen. Dieses Ergebnis ist für psychoanalytische Kliniker nicht überraschend, 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; deshalb wurden fünf empirisch abgeleitete vorläufige Untergruppen formuliert: a) vermeidend, b) neurotisch, c) emotional-dysreguliert, d) abhängig-masochistisch und e) feindselig-externalisierend ([Westen u. Shedler 1999b](#); [Shedler u. Westen 2004](#)).

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). Dies unterstreicht die Validität der Gesundheitsskala der SWAP ([Westen u. Shedler 1999a](#)). Waldron et al. (2007; New York) entwickelten 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. 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-Skalen), die Realitätsprüfung und Denkprozess, Affektregulierung, Abwehrorganisation, Identitätsintegration und Objektbeziehungen fokussieren. Die RADIO-Skalen 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 Forschungsprojektes wurden depressive Patienten, diagnostisch durch ein psychoanalytisches Erstinterview und ein 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

(SPK, [Huber et al. 2006b](#); Interview für die OPD-2, [Arbeitskreis-OPD 2006](#)) und auch die Interaktion im Forschungskontext als Grundlage der Auswertung. Die Auswertung der gesamten Studienpopulation wird an anderer Stelle erfolgen, zur Illustration des SWAP-Verfahrens soll die Vorstellung von Frau M. ausreichen (zur Kasuistik mit der SWAP vgl. [Lingiardi et al. 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, sodass sie aufgrund der starken Symptomatik selbst vor einem Rätsel stehe.

Zunächst soll die psychometrische Auswertung der SWAP dargestellt und danach auf die Möglichkeiten einer Fallformulierung mithilfe der Indexkarten eingegangen werden. 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 Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory- (MMPI-)Profils ([Hathaway u. Mckinley 1943](#)) darstellen. Der Durchschnittswert beträgt 50, die Standardabweichung 10; dies bedeutet, je höher ein Ergebnis über 50 kommt, desto mehr nähert es sich dem jeweiligen Prototypen an. Westen u. Shedler ([1999a](#)) definieren einen Wert ab 60 als kategoriale Diagnose; liegen mehrere Persönlichkeitsstörungen über 60, wird diejenige mit dem höchsten Wert vergeben. Ein Ergebnis über 55 wird als zusätzliches Merkmal eingestuft. Frau M.s Profil in [Abb. 3](#) zeigt die hohe Ausprägung einer vermeidenden, abhängigen und depressiven Persönlichkeit. Die hohe Wertung dieser

nach DSM-IV unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen stimmt mit den Ergebnissen der Validierungsstudie überein; deshalb plädieren Westen u. Shedler ([Shedler u. Westen 2004](#)) für eine Überarbeitung dieser in der Praxis nichtdistinkten Diagnosen. Der höchste Wert liegt bei der depressiven Persönlichkeit; deshalb ist die kategoriale Diagnose depressive Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, abhängigen und zwanghaften Anteilen zu vergeben. 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.

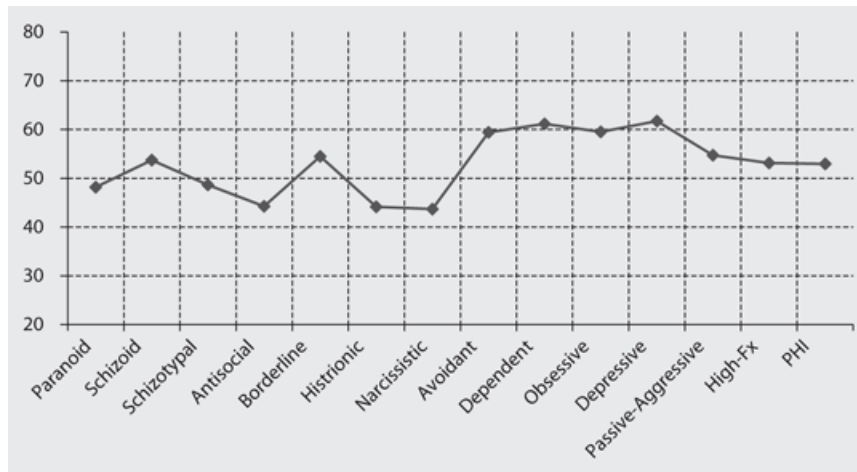


Abb. 3 SWAP-Ergebnisse von Frau M. aufgeschlüsselt nach DSM-IV-Diagnosen (T-Werte)

Eine eindeutigere 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 ([Abb. 4](#)).

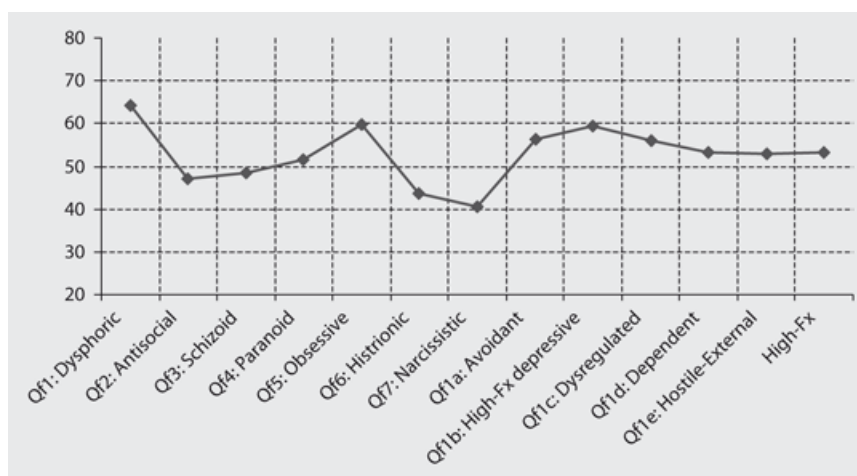


Abb. 4 SWAP-Ergebnisse von Frau M. auf der Basis empirisch abgeleiteter Diagnosen (T-Werte; [Westen u. Shedler 1999b](#))

Die SWAP ermittelt über die dimensionale und die 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 2004](#); [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 folgendem 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, und 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. bezüglich Erscheinungsbild, Leistung, Errungenschaften etc.). Sie hat hohe moralische sowie ethische Standards und strebt danach, diese zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund neigt sie dazu, selbstkritisch zu sein, setzt sich unrealistisch hohe Maßstäbe und ist gegenüber eigenen menschlichen Unzulänglichkeiten intolerant. 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 durch gegenwärtige Ereignisse, die dem Vergangenen ähneln, verängstigt. 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 Bedürfnissen 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 angesehen. 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 das Konflikthafte der menschlichen Psyche deutlich 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](#)). Des Weiteren 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-Skalen) zeigen, dass die Patientin in der Realitätsprüfung und im Denkprozess kaum gehemmt ist, sondern die stärksten Störungsanteile im Bereich der Affektregulierung und einer dysfunktionalen Abwehr aufweist. Ihre Ressourcen liegen im Gebiet 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 die Vergleichbarkeit der Ergebnisse absichern helfen. Das Herzstück der SWAP – die Indexkarten – befindet sich in permanenter Überarbeitung, sodass mittlerweile bereits eine zweite 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-Verfahrens (Korrelationsartefakte) als „Armchair“-Kritiken zurück, da sie sich vor dem Hintergrund realer Daten als irrelevant erwiesen ([Westen u. Shedler 2007](#)). In jedem Fall 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 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, die passende Therapieform mithilfe der SWAP aus der Fülle der Behandlungsangebote 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 differenziellen 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 differenzielle Indikationskriterien identifiziert werden, die auch für die Prognose von Therapieeffekten hilfreich sind. Die SWAP kann die Fallformulierung (beispielsweise für Kassenanträge) unterstützen. Des Weiteren könnte das Verfahren für die Ausbildung von Psychotherapeuten eingesetzt werden. So demonstriert beispielsweise Cogan ([2007](#)) 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.

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 Genese, Verlauf und Schweregrad von Psychopathologie eingesetzt werden. Die SWAP eignet sich zur Messung der Veränderung der Persönlichkeit, da sie im Gegensatz zu Symptomfragebögen und dem SKID-II die Therapieevaluation subtiler Veränderungen der Persönlichkeit ermöglicht ([Cogan u. Porcerelli 2005](#); [Lingiardi et al. 2006](#)). Allerdings fehlen derzeit noch Vergleichsstudien mit anderen für diesen Zweck entwickelten Instrumenten.

Fazit für die Praxis

Im Vergleich zu anderen Instrumenten der Persönlichkeitserfassung ist der Schulungsaufwand der SWAP gering, ohne dass damit die Gütekriterien nomothetischer Forschung eingeschränkt würden. Gleichzeitig ist die SWAP aufgrund ihrer DSM-IV-Prototypen auf die nichtpsychoanalytische Forschung bezogen und kann daher, anders als die SPK oder die OPD-2, direkt mit der DSM-IV-Diagnostik verglichen werden. Erste Ergebnisse zeigen, dass sie den nichtstrukturbezogenen 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.

Danksagung Dank an Johannes Zimmermann für die wertvollen Diskussionsbeiträge hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften der SWAP.

Literatur

- Arbeitskreis-OPD (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Huber, Bern
- Blais M, Norman D (1997) A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *J Personal Disord* 11: 168–176
- Block J (1961) The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research. Thomas, Springfield
- Block J (1978) The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research. Consulting Psychologists Press, Palo Alto
- Block J (2008) The Q-sort in character appraisal: encoding subjective impressions of persons quantitatively. American Psychological Association (APA), Washington DC
- 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. *J Personal Disord* 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. *Psychoanal Psychol* 24: 193–207
- Cogan R, Porcerelli JH (2005) Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 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. *J Personal Disord* 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. *Gesammelte Werke*, Bd 11, 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, Kächele H, Renlund C (eds) Research on psychoanalytic psychotherapy with adults. Karnac, London, pp 35–62
- Hanley C (2008) Logic, meaning and truth in psychoanalytic research. Joseph Sandler Conference, Frankfurt
- Harkness A (1992) Fundamental topics in the personality disorders: candidate trait dimensions from lower regions of hierarchy. *Psychol Assess* 4: 251–259
- Hathaway S, Mckinley J (1943) The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. University of Minnesota Press, Minneapolis
- 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
- 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
- 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. Society for Psychotherapy Research, Edinburgh
- Huber D, Klug G, Henrich G (2006a) The scales of psychological capacities: measuring change in psychic structure. *Psychother Res* 15: 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. *Jahrb Psychoanal* 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, Berlin Heidelberg New York Tokio, 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 (ed) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 139–193
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rueger 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. *Int J Psychoanal* 84: 263–290
- Lingiardi V, Shedler J, Gazzillo F (2006) Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *J Pers Assess* 86: 23–32
- Livesley W, Jackson D (1992) Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 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? *Crim Behav Ment Health* 15: 28–45
- Morey L (1988) Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *Am J Psychiatry* 145: 573–577
- Perry J (1992) Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 149: 1645–1653
- Pine F (1990) Drive, ego, object, & self – A synthesis for clinical work. Basic Books, New York
- Sandell R (1997) Change After Psychotherapy Scales (CHAP), unveröffentlichtes Manuskript. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, Department of Psychotherapy, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.
- 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, Wien, pp 269–284
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A et al. (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Int J Psychoanal* 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. *J Am Psychoanal Assoc* 50: 429–456
- 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 (2004) Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 161: 1350–1365
- Shedler J, Westen D (2007) The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *J Pers Assess* 89: 41–55
- Shedler J, Mayman M, Manis M (1993) The illusion of mental health. *Am Psychol* 48: 1117–1131
- Stephenson W (1935) Correlating persons instead of tests. *Charact Personal* 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? *Z Psychoanal Theorie Prax* 4: 126–153
- Weinryb RM, Rössel RJ (1991) Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP. *Acta Psychiatr Scand* 83: 1–23
- Westen D (2002) Clinical Diagnostic Interview, unveröffentlichtes Manuskript. Emory University, Atlanta
- Westen D, Muderrisoglu S (2003) Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview. *J Personal Disord* 17: 351–369
- Westen D, Shedler J (1999a) Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 156: 258–272
- Westen D, Shedler J (1999b) Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 156: 273–285
- Westen D, Shedler J (2007) Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 116: 810–822
- Westen D, Dutra L, Shedler J (2005) Assessing adolescent personality pathology. *Br J Psychiatry* 186: 227–238

Wood J, Garb H, Nezworski Mt et al. (2007) The Shedler-Westen Assessment Procedure-200 as a basis for modifying DSM personality disorder categories. *J Abnorm Psychol* 116: 823–836

Zimmermann M (1994) Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 51: 225–245

Tab. 1 Beispiel A

<p>76.....SWAP 200</p> <p>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)</p>	<p>116.....SWAP 200</p> <p>Neigt dazu, eigene nichtakzeptable Gefühle oder Impulse bei anderen Personen statt bei sich wahrzunehmen.</p>
<p>154.....SWAP 200</p> <p>Neigt dazu, extreme Reaktionen oder starke Gefühle in anderen wachzurufen.</p>	

Tab. 2 Beispiel B

<p>12.....SWAP 200</p> <p>Emotionen neigen dazu, außer Kontrolle zu geraten, und es kommt zu extremer Angst, Traurigkeit, Wut, Erregung etc.</p>	<p>41.....SWAP 200</p> <p>Erscheint unfähig, wichtige Bezugspersonen so zu beschreiben, dass ein Eindruck vermittelt wird, wie sie als Personen sind; Beschreibungen von anderen erscheinen oberflächlich und undifferenziert.</p>
<p>98.....SWAP 200</p> <p>Neigt zur Befürchtung, dass er/sie von einer emotional bedeutsamen Person zurückgewiesen oder verlassen wird.</p>	<p>167.....SWAP 200</p> <p>Ist gleichzeitig bedürftig und abweisend gegenüber anderen (z. B. sehnt sich nach Intimität und Versorgung, aber neigt dazu, sie zurückzuweisen, wenn sie angeboten wird).</p>
<p>176.....SWAP 200</p> <p>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).</p>	

Tab. 3 Beispiel C

2.....SWAP 200 Kann seine/ihre Begabungen, Fähigkeiten und Energien effektiv und produktiv nutzen.	19.....SWAP 200 Genießt Herausforderungen; zieht Vergnügen aus dem Erreichen von Dingen.
32.....SWAP 200 Ist fähig, eine bedeutsame Liebesbeziehung aufrechtzuerhalten, die durch echte Nähe und Fürsorge gekennzeichnet ist.	59.....SWAP 200 Ist einfühlsam, feinfühlig und empfänglich gegenüber Bedürfnissen und Gefühlen anderer Personen.