

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. L. Figgner  
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde  
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

**Persönlichkeitsorganisation bei verschiedenen  
psychiatrischen Störungsbildern**

Inaugural – Dissertation  
zur  
Erlangung des doctor rerum medicinalium  
der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Willhelms-Universität Münster

vorgelegt von Margit Rita Lübking, geb. Kaiser  
aus Minden / Westf.  
2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms  
Universität Münster

**Dekan:** Univ.-Prof. Dr. med. W. Schmitz

**1. Berichtstatter:** Univ.-Prof. Dr. med. S. Doering

**2. Berichtstatter:** Univ.-Prof. Dr. Dr. med. F.A. Muthny

**Tag der mündlichen Prüfung: 09.02.2011**

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner  
Referent: Univ.-Prof. Dr. S. Doering  
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. F.A. Muthny

Zusammenfassung

## **Persönlichkeitsorganisation bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern**

Margit Rita Lübking

**Fragestellung:** Die Organisation oder Struktur einer Persönlichkeit wird verstanden als ganzheitliches Gefüge von psychischen Dispositionen, die alles umfassen, was im Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft, repetitiv abläuft. Kernberg beschreibt drei Ebenen der Persönlichkeitsorganisation, denen einzelne Persönlichkeitsstörungen zugeordnet werden. Als Instrument zur Diagnostik struktureller Störungen entwickelte er das Strukturelle Interview, dessen Weiterentwicklung, das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation, seit 2004 in einer deutschsprachigen Version (STIPO-D) vorliegt. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen dem Strukturniveau, gemessen mit dem STIPO-D, und psychiatrischen Störungsbildern nach DSM-IV, diagnostiziert mit SKID-I und SKID-II.

**Methode:** Anhand der Daten von 125 Patienten wurden Gruppenvergleiche bezüglich der Subdimensionen des STIPO-D und den ermittelten Diagnosen auf der Achse I bzw. Achse II des DSM-IV berechnet.

**Ergebnisse:** Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wiesen ein signifikant niedrigeres Strukturniveau auf, als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Patienten mit zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen hatten dagegen kein signifikant niedrigeres Strukturniveau als Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Patienten mit einer Achse I Störung lagen im Strukturniveau höher als solche, die komorbid eine Achse II Störung aufwiesen.

**Diskussion:** Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Strukturniveau und Persönlichkeitsstörung nicht unabhängig voneinander sind, in vielfältiger Weise. Das Modell Kernbergs (Zuordnung bestimmter Persönlichkeitsstörungen zu einem der drei Strukturniveaus) konnte anteilig bestätigt werden.

**Tag der mündlichen Prüfung:** 09.02.2011

## **Inhalt**

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>9</b>
<b>2. ENTWICKLUNGEN UND KONZEPTE DES STRUKTURBEGRIFFS IN DER PSYCHOANALYSE</b>	<b>10</b>
2.1 Triebtheoretische Konzepte	13
2.1.1 Sigmund Freud – Das topographische Strukturmodell	13
2.1.2 Wilhelm Reich – Charakterneurose als „Verhärtung des Ich“	15
2.2 Konzepte der psychoanalytischen Ich-Psychologie	16
2.2.1 Heinz Hartmann – Selbst- und Objektrepräsentanz	16
2.3 Konzepte der Neopsychoanalyse	18
2.3.1 Harald Schultz-Hencke – Die Struktur der Neurosen	18
2.4 Das Konzept der Selbst - Psychologie	21
2.4.1 Heinz Kohut – Die Struktur des Selbst	22
2.5 Konzepte der Objektbeziehungstheorie	23
2.5.1 Melanie Klein – Die Analyse frühkindlicher Objektbeziehungen	23
2.5.2 Donald F. Winnicott – Die Entwicklung einer Kernstruktur	26
2.5.3 John Bowlby – Die Bindungstheorie	27
2.5.4 Peter Fonagy – Die Mentalisierung	31
2.5.5 Otto F. Kernberg – Persönlichkeitsorganisation und Strukturniveau	32
<b>3. STRUKTURNIVEAU UND DIAGNOSE</b>	<b>45</b>
<b>4. INSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG DER PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR</b>	<b>47</b>
4.1 Das Strukturelle Interview	50
4.2 Karolinska Psychodynamik Profile (KAPP)	55
4.3 Skalen psychischer Kompetenz - SPK	59
4.4 Die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – OPD-2	62
4.5 Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation - STIPO-D	65
<b>5. HYPOTHESEN</b>	<b>76</b>
<b>6. METHODE</b>	<b>77</b>
6.1 Studiendesign	77
6.2 Beschreibung der Stichprobe	80

<b>6.3 Beschreibung der verwendeten Instrumente</b>	<b>80</b>
6.3.1 Erfassung der psychischen Struktur durch OPD – 2 und STIPO-D	80
6.3.2 Erfassung der psychischen Störungen nach DSM-IV und der Komorbidität	81
<b>6.4 Fragebögen</b>	<b>85</b>
<b>6.5 Methoden der statistischen Analyse</b>	<b>85</b>
<b>7. ERGEBNISSE</b>	<b>86</b>
<b>7.1 Interraterreliabilität</b>	<b>86</b>
<b>7.2 Ergebnisse der Strukturdiagnostik (STIPO-D) für die Gesamtstichprobe</b>	<b>86</b>
<b>7.3 Ergebnisse der phänomenologischen Diagnostik (SKID-I u. SKID-II) für die Gesamtstichprobe</b>	<b>88</b>
<b>7.4 Ergebnisse zu den Hypothesen</b>	<b>91</b>
7.4.1 Ergebnisse zu Hypothese 1	91
7.4.2 Ergebnisse zu Hypothese 2	92
7.4.3 Ergebnisse zu Hypothese 3:	94
7.4.4 Ergebnisse zu Hypothese 4:	95
7.5.5 Ergebnisse zur Hypothese 5:	100
<b>8. DISKUSSION</b>	<b>103</b>
<b>ANHANG</b>	<b>120</b>

## Verzeichnis der Abbildungen

- Abb 1:** Beziehung zwischen den Persönlichkeitsprototypen
- Abb. 2:** Übergänge und klinisch relevante Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen
- Abb. 3:** Schematische Darstellung der Inhalte und Themen des Strukt. Interviews
- Abb. 4:** Die KAPP – Unterskalen
- Abb. 5:** Beispiel für eine KAPP – Unterskala
- Abb. 6:** Beurteilungskriterien für die Subskala 5 „Beharrlichkeit“
- Abb. 7:** Item 53 des STIPO-D
- Abb. 8:** Item 47 des STIPO-D
- Abb. 9:** Item 70 des STIPO-D
- Abb. 10:** Matrix zur Erstellung eines Persönlichkeitsprofils des STIPO-D
- Abb. 11:** Beispiel eines Organisationsniveaus im STIPO-D
- Abb. 12:** Strukturniveaus des STIPO-D
- Abb. 13:** Vergleich der Struktur der Patienten mit depressiven Störungen ohne vs. mit PS
- Abb. 14:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Angststörungen ohne vs. mit PS
- Abb. 15:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Zwangsstörungen ohne vs. mit PS
- Abb. 16:** Verteilung der Struktur der Patienten mit somatoformen Störungen ohne vs. mit PS
- Abb. 17:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Suchtstörungen ohne vs. mit PS
- Abb. 18:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen ohne vs. mit PS
- Abb. 19:** Modell v. Kernberg: Persönlichkeitsstörungen und Strukturniveau
- Abb 20:** Repliziertes Kernberg-Modell aus den Daten der vorliegenden Untersuchung

## Verzeichnis der Tabellen

- Tab. 1:** Operationalisierungen des Konstrukts „Identität“ auf den unterschiedlichen Strukturniveaus
- Tab. 2:** Die Dimensionen und Subdimensionen des STIPO-D
- Tab. 3:** Soziodemographische Variablen der Gesamtstichprobe (n=125)
- Tab. 4:** Psychische Störungen, die mit Hilfe des SKID-I diagnostiziert werden können
- Tab. 5:** Übersicht über die im SKID-II erhobenen Persönlichkeitsstörungen
- Tab. 6:** Werte für die einzelnen STIPO-D Dimensionen/Unterdimensionen auf der 5-Punkt-Skala
- Tab. 7:** Verteilung der Strukturniveaus des STIPO-D (n=122)
- Tab. 8:** Häufigkeiten der Achse I Diagnosen innerhalb der Gesamtstichprobe
- Tab. 9:** Verteilung der Achse I Störungen zusammengefasst in Gruppen
- Tab. 10:** Häufigkeiten der Achse II Diagnosen innerhalb der Stichprobe (n=125)
- Tab. 11:** Verteilung der Achse II Störungen zusammengefasst in Clustern
- Tab. 12:** Ergebnisse des t-Tests „keine Persönlichkeitsstörungen“ vs. „Persönlichkeitsstörung“
- Tab. 13:** Mittelwerte und Standardabweichungen der Gruppen „keine PS“ vs. „eine PS“ und „zwei und mehr PS“ bezogen auf die Subdimensionen des STIPO-D
- Tab. 14:** Ergebnisse des t-Tests „eine PS“ vs. „zwei oder mehr PS“
- Tab. 15:** Ergebnisse des t-Tests zwischen Cluster B und Cluster C
- Tab. 16:** Mittelwerte und Standardabweichungen zu Abb. 20

## **1. Einleitung**

Über einen langen Zeitraum betrachtete man psychische Störungen vor allem unter dem Aspekt des unbewussten psychischen Konflikts. Nicht zuletzt durch den Einfluss entwicklungspsychologischer Forschungsergebnisse veränderten sich die psychodynamischen Konzepte, sodass Entwicklungsdefizite der Persönlichkeit zunehmend Einfluss auf das psychodynamische Krankheitsverständnis gewannen und das Konzept der Persönlichkeitsstruktur eine zentrale Bedeutung erlangte. Otto F. Kernbergs Arbeiten, in denen er bereits in den 1970er Jahren verschiedene Funktionsniveaus der Persönlichkeitsorganisation beschrieb und ihnen Persönlichkeitsprototypen zuordnete, trugen wesentlich zu einer Weiterentwicklung dieser Sichtweise bei. Damit einhergehend entwickelte Kernberg das Strukturelle Interview, in dem neben der Psychopathologie auch die Psychodynamik und die Struktur einer Person erfasst werden können. Infolge dieses wegweisenden Ansatzes wurden weitere diagnostische Interviews entwickelt, die sowohl im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen als auch im klinischen Kontext zunehmend häufiger verwendet werden.

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst die historische Entwicklung des Strukturbegriffs von Freud bis hin zu neueren Forschungsarbeiten beschrieben. Die Auswahl der Konzepte erfolgte unter dem Aspekt ihrer Bedeutsamkeit im Hinblick auf das Thema dieser Arbeit. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann dabei nicht erhoben werden. Ebenso zeigte sich, dass wesentliche Aspekte des Strukturbegriffs zwar eine lange Tradition innerhalb der psychoanalytischen Forschung haben, dass sie aber durchaus unterschiedlich gesehen wurden und deshalb nicht ohne weiteres auf neuere Konzepte übertragbar sind.

Danach wird ein kurzer Überblick über die Entwicklung von Instrumenten zur Messung der Struktur gegeben, bevor schließlich vier neuere Interviews zur Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur genauer beschrieben werden. Auf Inhalte und Methode des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation in seiner deutschsprachigen Version (STIPO-D), wird dabei ausführlich eingegangen. Während für die englischsprachige Version dieser Weiterentwicklung des Kernbergschen Interviews bereits Validierungsstudien durchgeführt wurden, steht eine Validierung für das STIPO-D noch aus.

Die vorliegende Arbeit ist somit Teil einer breit angelegten Studie, die die Validierung des STIPO-D sowie die Validierung der OPD-2 Strukturachse zum Ziel hat. Als ein Aspekt der externen Validität soll im letzten Teil der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen werden, ob und in welcher Weise ein Zusammenhang zwischen dem Strukturniveau der Persönlichkeitsorganisation gemessen mit dem STIPO-D und psychiatrischen Störungsbildern sowohl auf der Achse I als auch auf der Achse II des DSM-IV besteht.

## **2. Entwicklungen und Konzepte des Strukturbegriffs in der Psychoanalyse**

Eine verbindliche allgemeingültige Definition des Strukturbegriffs gibt es nicht, Vielmehr wird der Begriff der Struktur immer dann herangezogen, wenn es darum geht „den inneren Aufbau eines Ganzen, seine Regelmäßigkeiten und funktionalen Zusammenhänge, sowie die Geschichte seiner Entstehung zu kennzeichnen“ (Rudolf 2008, 2). Da es hier ausschließlich um die Struktur der Persönlichkeit gehen soll, kann sie als ganzheitliches und relativ zeitstabiles Gefüge von psychischen Dispositionen verstanden werden, das den Verlauf aller intrapsychischen Prozesse aber auch die Gestaltung der intrapersonellen Beziehungen wesentlich beeinflusst. Die Struktur der Persönlichkeit entwickelt sich lebensgeschichtlich und beinhaltet die Erfahrungen eines Individuums, die in der Gegenwart wirksam werden.

Folgt man Küchenhoff (2008), so kennt die Psychoanalyse im wesentlichen drei heterogene Verwendungsarten des Begriffs Struktur:

1. Struktur als geschichtlich gewordenes, aber aktuell festgefügt Ensemble von Persönlichkeitseigenschaften;
2. Struktur als Zusammenspiel seelischer Kräfte wie z.B. von Ich, Es und Überich im Strukturmodell Freuds;
3. das Denken in Strukturniveaus (bzw. Integrationsniveaus der psychischen Struktur), das heute vor allem für die Operationale psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD 1996) bedeutsam ist. Hier wird von unterschiedlichen Integrationsniveaus der psychischen Struktur ausgegangen. Sie zeigen an, dass der psychische Apparat gut voneinander abgrenzbare Integrationsstufen kennt, die

sich durch eine spezifische Konstellation operationalisierbarer Elemente unterscheiden.

Rudolf, in dessen Forschungsarbeiten der Strukturbegriff von zentraler Bedeutung ist (2006, 2008), sieht die Funktion der Struktur darin, „die intrapsychische und psychosomatische Organisation und Regulation so zu leisten, dass ein gewisses Wohlbefinden und Selbstwertgefühl sichergestellt ist und interpersonell die Beziehungen zu den wichtigen Anderen auf eine individuell befriedigende Weise aufrechterhalten werden kann“ (Rudolf 2008, 6). Das kann in einer intentionalen oder pathischen Ausrichtung geschehen. Während bei der intentionalen Richtung aktiv gestaltende, produktive und konfliktlösende Aktivität im Vordergrund steht, geht es bei der pathischen Ausrichtung darum, Zustände, die der Person schaden könnten, wie z.B. Verlassen-Sein, narzisstische Kränkung, Bedürfnisfrustrationen oder Angstüberflutung, abzubauen, um das innere Gleichgewicht zu stabilisieren und das Beziehungsgleichgewicht wieder herzustellen. Bereits an diesen Beispielen wird deutlich, dass „Struktur“ kein „metapsychologisches Konstrukt von mehr oder weniger spekulativem Charakter“ ist. Vielmehr können alle strukturellen Funktionen bezogen auf die Gesamtpersönlichkeit als „Fähigkeit zu“ gekennzeichnet, handlungsnah operationalisiert und empirisch untersucht werden.

Rudolf (2008) unterscheidet drei Zielrichtungen der strukturellen Funktionen: differenzieren, integrieren und regulieren. Mit Hilfe der **differenzierenden Funktion** können Unterteilungen geschaffen und Dinge auseinandergehalten werden. Dies ist z.B. beim Thema der Selbst-Objekt-Differenzierung von hoher Bedeutung. Sie markiert zum einen einen wesentlichen Entwicklungsschritt, beschreibt zum anderen aber auch die ständig erforderliche Leistung, Selbst und Objekte auseinander zu halten, um einer Diffusion entgegenzuwirken und eine realitätsgerechte Wahrnehmung des Selbst und der Objektwelt sicherzustellen. Zu den differenzierenden Funktionen gehört die Affektdifferenzierung ebenso wie die Selbstreflexion, die als Teilaspekt der Selbstwahrnehmung die unterschiedlichen psychischen Innenbewegungen differenziert wahrnimmt, um sie verstehen zu können. Auch die Fähigkeit, variable Bindungen aufbauen zu können, setzt eine Differenzierungsfähigkeit voraus. Je nach emotionaler Besetzung der anderen Personen, werden unterschiedliche innere Objektrepräsentanzen aufgebaut und die äußeren Bezie-

hungsformen entsprechend gestaltet. In ähnlicher Form gilt dies auch für die strukturelle Fähigkeit zur Loslösung von emotional hoch besetzten Objekten. Die differenzierte Wahrnehmung des Getrenntseins mobilisiert einerseits einen schmerzlichen Affekt, ist andererseits aber auch die Voraussetzung dafür, diesen Affekt adäquat zu integrieren.

Die **integrative Funktion** der Struktur ist der Fähigkeit zur Differenzierung entgegengesetzt. Sie bezieht sich z.B. auf die ganzheitliche Objektwahrnehmung, die einerseits eine kognitive Differenzierung zwischen Selbst und Objekt voraussetzt, andererseits aber auch die Fähigkeit beinhaltet, sowohl negative als auch positive Aspekte einer anderen Person zu sehen und sie gleichermaßen auf diese zu beziehen. Eine Nichtintegration dieser unterschiedlichen Aspekte kann später die Grundlage zu Dissoziierungs- und Spaltungsvorgängen werden. Ebenso werden Selbstbild und Identität integrativ konstruiert und nicht durch Eigenwahrnehmung aufgedeckt. Dabei besteht die psychische Integrationsleistung darin, dass verschiedene, möglicherweise auch widersprüchliche Teilaspekte zu einem kohärenten Selbst zusammengefügt werden müssen. Als weitere integrative Funktion nennt Rudolf die Fähigkeit zur Internalisierung und die Fähigkeit, objektbezogene Affekte auszubilden. Sie beschreibt die Hereinnahme des Anderen in das eigene System. „Die gelungene Integration der Wahrnehmung des Selbst und der Objekte führt dazu, dass ein facettenreiches Bild beider Substrukturen gezeichnet werden kann. Je geschlossener dieses Bild ist, desto plastischer kann es an andere vermittelt und von ihnen verstanden werden.“ (Rudolf 2008, 8). Aspekte der Kommunikation wie das Verstehen von Affekten des Anderen und die Reziprozität stellen ebenfalls integrative Leistungen dar. „Die Fähigkeit zur Integration ist die wichtigste Voraussetzung dafür, dass ein Individuum im Laufe seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung Erfahrungen in sich hineinnimmt und aneignet und dadurch heranreift.“ (Rudolf 2008, 9). Die Qualität der Integration ist deshalb ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung des Funktionsniveaus der Struktur, wobei zwischen einem guten, mäßigen, geringen sowie einem desintegrierten Strukturniveau unterschieden wird.

Die **regulierenden strukturellen Funktionen** beziehen sich auf das Herstellen des intrapsychischen Gleichgewichts in den unterschiedlichen Bereichen. Rudolf nennt hier zunächst die Impulssteuerung und die Affekttoleranz. Die Abwehrprozesse, die im tra-

ditionellen psychoanalytischen Verständnis das bedeutsamste Regulationssystem darstellen, dienen zur Regulation von intrapsychischen Spannungszuständen. Die strukturelle Funktion der Kontaktaufnahme und der emotionalen Mitteilung beinhaltet die Regulation von Nähe und Distanz durch die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und der emotionalen Mitteilung. Vor allem ist aber auch die Selbstwertregulierung diesem Bereich der strukturell steuernden Funktionen zuzuordnen, da auch der Selbstwert als veränderbares System immer wieder ins Gleichgewicht gebracht werden muss. Als wichtige Determinanten dieser verschiedenen Regulierungsprozesse nennt Rudolf die Intensität des zu Steuernden, die Reaktionsschwelle, die Intensität und Dauer sowie die Qualität der Reaktion (Rudolf 2008).

Nachdem Definitionen und einige wesentliche Aspekte des Strukturbegriffs nach heutigem Verständnis beschrieben wurden, soll im folgenden Abschnitt die Entwicklung des Strukturbegriffs in den unterschiedlichen Richtungen der Psychoanalyse dargestellt werden.

## **2.1 Triebtheoretische Konzepte**

Die grundlegende Annahme der Triebtheorie besteht darin, dass der Mensch von endogenen, d.h. von angeborenen Trieben bzw. Grundbedürfnissen gesteuert wird. Unter einem Trieb ist ein dynamischer, innerseelischer Vorgang zu verstehen, der mit organischen Zuständen in Verbindung steht und in seiner Dranghaftigkeit die motivationale Grundlage sowohl für emotionale als auch motorische Aktivitäten einer Person darstellt. Im Gegensatz zum vollständig der Biologie zuzuordnenden Instinkt ist der Trieb durch eine größere Verhaltensoffenheit gekennzeichnet, die dem psychischen Bereich generell zu eigen ist (Butzer 2008).

### **2.1.1 Sigmund Freud – Das topographische Strukturmodell**

Während sich Freud vor 1900 einem energetischen Konzept zur Erklärung intrapsychischer Vorgänge verpflichtet sah, gewannen Anfang des 20. Jahrhunderts strukturelle Konzepte der Persönlichkeitsorganisation zunehmend an Bedeutung. In seinem Buch „Die Traumdeutung“ (1900) führte Freud erstmals eine topische Gliederung des seelischen Apparates in eine Reihe nebeneinanderliegender Teilsysteme ein. Die wichtigsten

dieser Systeme waren seiner damaligen Auffassung nach das Unbewusste, das Vorbewusste und das Bewusste. Diese „topische Zerlegung des psychischen Apparates“ (Holder 2009) erfuhr 1923 eine umfassende Modifikation, als er diese Subsysteme durch die Strukturen des Es und Ich ersetzte und das Überich als neue Struktur einführte.

Freud bezeichnete in diesem zweiten topischen Modell seine „Vorstellung von einer zusammenhängenden Organisation der seelischen Vorgänge in einer Person“ als Ich, an dem zum einen das Bewusstsein hängt, das aber auch Zugänge zur Motilität, d.h. zur Abfuhr der Erregungen in die Außenwelt beherrscht. Darüber hinaus verstand er das Ich als diejenige Instanz, die eine Kontrolle über all ihre Partialvorgänge ausübt und auch die Traumzensur handhabt. „Vom Ich gehen auch die Verdrängungen aus, durch welche gewisse seelische Strebungen nicht nur vom Bewusstsein, sondern auch von den anderen Arten der Geltung und Betätigung ausgeschlossen werden sollen.“ (Freud 1923, 258).

Das Ich repräsentiert demnach das, „was man Vernunft und Besonnenheit nennen kann, im Gegensatz zum Es, welches die Leidenschaften enthält“ (Freud 1923, 265). Neben den von Freud postulierten Grundtrieben, Eros – auch als Selbsterhaltungstrieb bezeichnet – und Thanatos – auch als Destruktionstrieb gekennzeichnet - als den wesentlichen psychodynamischen Kräften, fließen auch alle verdrängten, vom Ich durch starke Verdrängungswiderstände getrennte Inhalte dem strukturellen Bereich des Es zu, über das sie jedoch mit dem Ich kommunizieren können.

Als eine Differenzierung innerhalb des Ichs, die eine weniger feste Beziehung zum Bewusstsein hat, kommt als drittes wesentliches Element dieses Strukturmodells das Überich hinzu, das auch als Ich-Ideal bezeichnet wird. Freud vertritt die Auffassung, dass es sich infolge der Verdrängung des Ödipuskomplexes entwickelt. Er betrachtet es jedoch nicht einfach als „ein Residuum der ersten Objektwahlen des Es“ (Freud 1923, 273) sondern billigt ihm „die Bedeutung einer energetischen Reaktionsbildung gegen dieselbe“ (Freud 1923, 273) zu. Mit diesem differenzierten strukturellen Persönlichkeitsmodell schuf Freud die grundlegende Voraussetzung für die zahlreichen Weiterentwicklungen dieses Konzepts bis in die Gegenwart.

„Der ‚strukturelle Konflikt‘ zwischen den drei Instanzen ist der intrapsychische Konflikt, der nach der Freudschen Theorie die Grundlage für neurotische Symptome und maladaptives Verhalten bildet“ (Huber et al. 2006, 15). Freud selbst definierte die psychische Struktur als solche nicht.

### **2.1.2 Wilhelm Reich – Charakterneurose als „Verhärtung des Ich“**

Während Freuds Triebtheorie dualistisch konzipiert war, entwickelte Reich eine monistisch ausgerichtete Theorie der Persönlichkeit, in der er gerade die von Freud und später auch der Mehrheit der Psychoanalytiker aufgegebenen energetischen Aspekte in den Vordergrund seiner Arbeit stellte. Er konzentrierte sich auf die Fragen um den Energiehaushalt einer Person, mit dessen Hilfe sich die neurotischen Symptome manifestieren und aufrechterhalten lassen (Kriz 1989). Ohne sich intensiv mit dem Strukturbegriff zu beschäftigen, unterscheidet er aber auch zwischen den neurotischen Symptomen und einer Charakterpathologie. So beschrieb er die Entwicklung der Persönlichkeit als eine „chronische Veränderung des Ichs, die man als Verhärtung beschreiben möchte. (...) Ihr Sinn ist der Schutz des Ichs vor äußeren und inneren Gefahren.“ (Reich 1981, 174). Reich ging davon aus, dass diese „Panzerung“ als wiederkehrendes Ergebnis des Aufeinandertreffens von Triebstreben und versagender Außenwelt entsteht. Er verstand die Charakterbildung als eine bestimmte Form der Überwindung des Ödipuskomplexes. Durch eine verfrühte Verdrängung und daraus resultierenden Versagungen kommt es zu Triebstauungen, in deren Folge sich eine „charakterneurotische Reaktionsbasis“ entwickelt. Sie kann dann zu Problemen führen, wenn sich die entwickelnde Persönlichkeitsstruktur die Herstellung eines sexualökonomischen Haushaltes versagt. So bestimmt die gelingende oder misslingende Bewältigung des kindlichen Sexualkonfliktes sowie die Bewältigung des Ödipuskonfliktes die „Entwicklung des Ichs bis zur Ödipusphase und in ihr den Weg zur Neurose oder zum geordneten sexuellen Haushalt als Grundlage der sozialen und sexuellen Potenz“ (Reich 1981, 178). Dabei sind z.B. der Zeitpunkt, in dem die Versagung den Trieb trifft, die Häufigkeit und Intensität der Versagungen, das Verhältnis zwischen Gewähren lassen und Versagung, das Geschlecht der versagenden Person sowie mögliche Widersprüche in den Versagungen maßgeblich. Reich vertrat die Ansicht, dass das Milieu, in dem sich die frühkindliche Entwicklung

vollzieht, den entscheidenden Faktor für die Ausprägung der Charakterstruktur darstellt, weil es darüber bestimmt, ob sich eine vorhandene Anlage entwickeln kann.

Reich beschrieb das neurotische Syndrom sehr ausführlich und stellte ihm die Charakterneurose gegenüber. Während das neurotische Syndrom von der betroffenen Person als Fremdkörper empfunden wird und ein Krankheitsgefühl erzeugt, ist die Symptomatik des neurotischen Charakterzugs, wie etwa der starke Ordnungssinn des Zwangscharakters, in die Persönlichkeit integriert. Vergleichbar mit dem heutigen Konzept der Persönlichkeitsstörung werden die Symptome einer Charakterpathologie erst dann als krankheitswertig erlebt, wenn es zu einer deutlichen Steigerung und einem daraus resultierenden Leidensdruck kommt.

## **2.2 Konzepte der psychoanalytischen Ich-Psychologie**

Die Ich-Psychologie versuchte einerseits direkt an das Strukturmodell Freuds anzuknüpfen, hatte aber ebenso die Absicht, psychoanalytische Vorstellungen auf eine allgemeine Psychologie hin zu erweitern. Dabei spielte die Frage nach der Anpassung des Menschen an die Welt und die damit verbundenen Probleme eine wesentlich Rolle. Anpassung wird dabei als Ergebnis eines fortdauernden Entwicklungsprozesses gesehen. „Die ich-psychologische Perspektive ist damit immer auch die Perspektive einer psychoanalytischen Entwicklungspsychologie.“ (Hartkamp 2008, 328). Auf dem Hintergrund der Ich-Psychologie wurde es möglich, Ich-Funktionen wie z.B. die Entwicklung von Beziehungsstrukturen oder die Regulation des Selbst- und Selbstwertgefühls zu systematisieren und später auch zu operationalisieren. Einschätzungen des „ich-strukturellen Funktionierens“ wurden dadurch erst möglich (Arbeitskreis OPD 2006, 115).

### **2.2.1 Heinz Hartmann – Selbst- und Objektrepräsentanz**

Hartmann, der als wichtigster Vertreter der Ich-Psychologie gilt, präziserte den Begriff des Ichs und bestimmte ihn neu. Er führte das Konzept des Selbst ein und ergänzte damit das Strukturmodell Freuds, der seinerseits das „Ich“ gleichbedeutend mit dem Begriff des „Selbst“ gebraucht hatte. Hartmann unterschied nun zwischen dem Ich (ein strukturelles mentales System), dem Selbst (die gesamte Persönlichkeit des Individuums einschließlich ihres Körper-Selbst) und der Selbst-Repäsentanz, unter der er die unbe-

wussten, vorbewussten und bewussten Repräsentationen des körperlichen und mentalen Selbst im System des Ich verstand. Die Selbst-Repräsentanz steht im Gegensatz zur Objektrepräsentanz. Als wesentliche Funktionen des Selbst nannte er die Selbstwahrnehmung, die Selbststeuerung, die Kommunikation und die Bindung. D.h., eine vornehmliche Aufgabe des Selbst besteht zum einen darin, ein Selbstbild zu generieren und es in der Erfahrung der Identität konstant zu halten und zum anderen in der Aufrechterhaltung des Selbstwerts.

Das Ich dagegen sollte sich auf ein intrapsychisches System im Gegensatz zu anderen Teilstrukturen der Persönlichkeit beziehen. Hartmann verstand es als ein Teilgebiet der Persönlichkeit, das durch seine Funktionen bestimmt wird (Hartmann 1972). Hier unterschied er zwischen kognitiven Funktionen wie z.B. Wahrnehmen, Denken und Erinnern, vermittelnden Funktionen wie z.B. die Vermittlung zwischen Es, Über-Ich und äußerer Realität, bei der es immer auch um die Anpassung an die Normen und Werte der Gesellschaft geht. Während beim Konstrukt des Selbst der reflexive Aspekt betont wird, ist das Ich dadurch gekennzeichnet, „dass es intentional auf die Außenwelt gerichtet, d.h. neugierig, emotional, bedürfnishaft auf die Objekte bezogen ist“ (Rudolf 2008, 5). Des Weiteren ist das Ich maßgeblich an der Entwicklung von Ängsten beteiligt, indem es andrängende Triebimpulse frühzeitig erkennt und sie durch die Entwicklung einer Signalangst bzw. durch die Aktivierung von Abwehrmechanismen unter Kontrolle bringt und damit die Aufrechterhaltung des psychischen Funktionsniveaus sicherstellt. Die konzeptionellen Arbeiten Hartmanns gestatteten später eine Systematisierung und Operationalisierung der Ich-Funktionen und damit eine Einschätzung des ichstrukturellen Funktionierens.

Hartmanns Auffassung, dass die Entwicklung des Ichs nicht an bestimmte intrapsychische Konflikte wie z.B. den Oedipus-Konflikt gebunden ist, ermöglichte eine stärkere Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte und begünstigte damit die Fortentwicklung der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorie. Durch seine Annahmen, dass Ich-Funktionen bereits im Säuglingsalter existieren und dass die Ich-Entwicklung in engem Zusammenhang mit den Beziehungserfahrungen des Kindes steht, schuf er eine wichtige Voraussetzung für die Intensivierung der Beobachtung von

Säuglingen und Kleinkindern sowie für den stärker werdenden Einfluss der Objektbeziehungstheorie.

### **2.3 Konzepte der Neopsychoanalyse**

1943 wurde von aus politischen Gründen emigrierten Psychoanalytikern wie Fromm-Reichmann, Horney, Fromm, Sullivan und anderen in New York das „William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis and Psychology“ gegründet. Die Mitglieder dieser Gruppe gehörten (neben älteren Psychoanalytikern wie Adler und Jung) zu den Vertretern einer Richtung, die sich in Opposition zu Freud von seinen Konzepten wie der Libidotheorie, der genetischen Entwicklungsdynamik und seiner Trieb- und Affektlehre entfernten, sie relativierten oder grundlegend veränderten. Stattdessen gaben sie dem Einfluss der Umwelt und den damit verbundenen Fehlhaltungen und Fehleinstellungen einen höheren Stellenwert (Ehrmann 2010).

#### **2.3.1 Harald Schultz-Hencke – Die Struktur der Neurosen**

Harald Schultz-Hencke gilt als Begründer der Neopsychoanalyse im deutschsprachigen Raum. Er stand ebenfalls in kritischer Distanz zu Freud, konnte vor allem dessen Konzept der Libido- und Sexualtheorie nicht unterstützen und hatte das Ziel, spekulative Positionen der Psychoanalyse auf beobachtbare und überprüfbare Fakten zurückzuführen. Seine theoretischen Auffassungen, vor allem aber seine Position innerhalb der psychoanalytischen Fachgesellschaften während des Dritten Reiches, wurden nach 1945 sehr kritisch betrachtet.

In seinem 1951 erschienen „Lehrbuch der analytischen Psychotherapie“ entwickelte Schultz-Hencke eine differenzierte Theorie zur Struktur der Neurosen, wobei er zwischen vier Hauptneurosestrukturen unterschied: schizoide, depressive, zwangsneurotische und hysterische Struktur. Später fügte er noch die neurasthenische Struktur hinzu, die Anteile der vier anderen Neurosenstrukturen enthielt und aufgrund ihrer Häufigkeit nicht vernachlässigt werden sollte.

Bei der **schizoiden Struktur** liegt der Akzent weitgehend auf der intentionalen Gemüthstheit. Die betroffene Person ist durch eine tiefe Kontaktstörung gekennzeichnet.

Zu anderen Menschen besteht eine große Distanz, wobei der Umgang mit der Welt nicht vermieden wird. Allerdings ist die Bereitschaft, die gelockerte Beziehung zur Welt in Objektverlust zu überführen, stets vorhanden. Schultz-Hencke konstatierte eine Ambivalenz der Antriebe und Bedürfnisse, die unter emotionalem Druck, d.h. wenn es nicht mehr gelingt, die Distanz aufrechtzuerhalten, zu explosivem Durchbruch führen kann. „Also ist das Explosive dann eingebettet in extrem intentionalen Objekt-verlust.“ (Schultz-Hencke 1988, 105). „Der Schizoide reagiert auf die Forderungen der Umwelt instinktiv, und zwar blitzartig so, dass er sich gegen diese zur Wehr setzt, bevor diese überhaupt subjektiv drückenden Charakter für ihn gewinnen können. Daher aber wird er dann unter Umständen phasenweise von seiner ‚eigentlichen‘ Auffassung der Umwelt ‚überfallen‘.“(Schultz-Hencke 1988, 111).

Liegt eine **depressive Struktur** vor, so geht Schultz-Hencke davon aus, dass eine Person, bei der es nicht im Kindesalter sondern erst später zu einer oral-aggressiven Fehlentwicklung kommt, der Welt ebenfalls distanziert gegenübersteht, weil sie durch Projektionen der eigenen aggressiven Strebungen bedrohlich erscheint. Dieses Bild ist so tief in der Persönlichkeit verankert, dass sie angesichts eines drohenden Misserfolgs mit vollkommener Entmutigung und Hoffnungslosigkeit reagiert. Trotz der oberflächlich betrachtet von weicher Gefügigkeit, Nachgiebigkeit und Verzichtsbereitschaft geprägten Persönlichkeit, kommt es in Versuchungs-Versagenssituationen, die für Schultz-Hencke interne Konflikte darstellten, zu oral-aggressiven Tendenzen, die jedoch bereits im ersten Ansatz abgedrosselt werden. „Die depressive Struktur ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch die Latenz schwerer oral-aggressiver Impulse.“ (Schultz-Hencke 1988, 106). Die Depression erweist sich als „schwebender“ Antagonismus zwischen oral-aggressiven Agonismen und furcht- und schuldgefühlshaften Antagonismen. Diese Schuldgefühle sind es dann auch, die aggressive Handlungen gegenüber anderen Personen verhindern. Allerdings kann es dazu führen, dass der Betroffene die Aggressionen gegen sich selbst richtet. „Selbstmordtendenzen hat nur derjenige, der „eigentlich“ jemand durchaus ermorden möchte.“ (Schultz-Hencke 1988, 107). „Der Depressive wird von den Forderungen der Umwelt erdrückt und registriert sie daher kaum. Er empfindet sie lediglich als eine dumpf drohende Last.“ (Schultz-Hencke 1988, 111).

Bei einer **zwangsneurotischen Struktur** postulierte Schultz-Hencke, dass sich eine zwangsneurotische Struktur entwickeln kann, wenn ein Kind in seiner motorischen expansiven Entwicklung durch erzieherische Härte behindert wird, nachdem es die verschiedenen Phasen der intentionalen, oralen und oral-aggressiven Bewältigung der Welt ohne stärkere Störungen durchlaufen konnte. Aus dieser Erfahrung ergibt sich eine ausgesprochene Latenz der motorischen Aggression. Die weiterhin auftretenden Impulse treten zwar noch auf, werden aber nicht mehr umgesetzt. Insbesondere aggressives Verhalten wird aktiv und im Gegensatz zum schizoiden oder depressiv Strukturierten auch offensichtlich vermieden. Durchbrüche haben demnach einen dranghaft-motorischen Charakter. Dabei besteht eine Neigung zu betonter Sauberkeit und Ordnung. „Der Zwanghafte reagiert auf den Forderungscharakter der Umwelt gespannt aufmerksam. Er versucht, ihn zu bewältigen, spürt aber dauernd in grober Form Gegentendenzen.“ (Schultz-Hencke 1988, 111).

Eine **hysterische Struktur** kann sich dann entwickeln, wenn ein Kleinkind die ersten Entwicklungsschritte erfolgreich durchlaufen konnte, es dann aber mit Verweigerung der nächsten Reifungsschritte auf die Härte der Welt, v.a. auf die invalidierende, versagende, lieblose, widersprüchliche Beziehungsperson reagiert. Als wesentlicher Reifungsschritt stünde nun die Auflösung der magischen Auffassung der Welt und die Entwicklung eines korrekten, sachgerechten, rationalen Weltbildes auf dem Wege der „Realitätsprüfung“ an, wie Freud diesen Entwicklungsschritt genannt hat. Die inzwischen sicher erworbene Sprache spielt dabei eine wesentliche Rolle. Misslingt dieser Entwicklungsschritt, bleibt „Infantiles“ voll erhalten. Es entsteht ein besonderer Zwiespalt, eine Konkurrenz fundamentaler Bedürfnisse, ohne dass es zu einem organischen Ausgleich kommen könnte. Das Rationale kommt zu kurz. Der Betroffene hat keinen eigenen Boden in sich, er bleibt substanzlos, spielt oft die Rolle eines anderen und entwickelt schließlich die Symptomatik der Hysterie. Im Gegensatz zur planlos-passiven Struktur der Zwangsneurotiker, ließe sich die hysterische Struktur als planlos-aktiv bezeichnen. „Der Hysterische setzt sich sofort mit den deutlich erlebten Forderungen der Umwelt heftig auseinander und überrennt sie durch naturgemäß inadäquates, höchst expansives Handeln.“ (Schultz-Hencke 1988, 111).

Bei einer **neurasthenischen Struktur** bilden die besonderen strukturellen Merkmale der vier oben genannten Strukturen ein Aggregat, sodass ein annäherndes Gleichgewicht entsteht. Die Betroffenen haben zwangsneurotische, hysterische und depressive Züge. Hinzu kommen intentionale Gestörtheiten unterschiedlicher Schweregrade, wobei sich die auslösenden Ursachen auf die ersten 5 Lebensjahre verteilen. Die daraus resultierende Symptomatik wird als „neurasthenisch“ beschrieben. Folgt man Schultz-Hencke, so ist diese Symptomatik so häufig, dass sie nicht unberücksichtigt bleiben darf.

Mit seinem Konzept der Neurosenstrukturen erweiterte Schultz-Hencke das Strukturmodell Freuds, indem er es auf spezifische Teile einer Persönlichkeit bzw. deren Organisation anwandte. Das vorrangige Ziel einer psychoanalytischen Behandlung sieht Schultz-Hencke darin, neurotische Leidenssymptomatik aufzuheben, d.h. dass die neurotische Struktur eines Patienten durch entsprechende Interventionen in eine neurotoide umgewandelt werden soll. Die „Lebensschwierigkeiten“ des Patienten sollen dadurch soweit gemindert werden, dass sie etwa der mittleren Norm entsprechen.

Eine dafür notwendige Strukturänderung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass „Gehemmtheiten aufgehoben werden müssen, damit ehemals voll erlebte Antriebe und Bedürfnisse wiederum in ihr Recht treten können. (...) Noch anders ausgedrückt: Eine Persönlichkeit muss integriert werden. Minderwertige Funktionen müssen vollwertig werden. Das alter ego muss ein ausdrücklicher Bestandteil des ego werden.“ (Schultz-Hencke 1988, 163). Ängste des Patienten müssen aufgehoben werden, therapeutische „Ermutigungen“, wie sie schon von Adler beschrieben wurden, sollen den Patienten darin unterstützen, sich seinen Aufgaben zu stellen und seine Autonomie zu stärken.

#### **2.4 Das Konzept der Selbst - Psychologie**

„Die Selbstpsychologie ist eine von Heinz Kohut begründete Weiterentwicklung psychoanalytischer Konzepte des Narzissmus und des Selbst. Das zentrale Anliegen der Selbstpsychologie ist die Bedeutung der Schicksale des Selbst und der damit verbundenen subjektiven, bewussten und unbewussten Kindheitserfahrungen. Danach ist die strukturierende Kraft der menschlichen Psyche das Bedürfnis, sich in einer kohäsiven Konfiguration, dem Selbst, zu organisieren und Beziehungen mit der Umgebung herzu-

stellen, die die Kohärenz, Vitalität und Harmonie des Selbst fördern und die als Selbstobjekte konzeptualisiert werden.“ (Milch u. Hartmann 2008, 691). Die Selbstpsychologie lässt sich einerseits den Strukturtheorien und andererseits den Objektbeziehungstheorien zuordnen, weil neben den strukturellen Aspekten auch das psychoanalytische Konzept von Beziehungen von zentraler Bedeutung ist.

#### **2.4.1 Heinz Kohut – Die Struktur des Selbst**

In Anlehnung an Hartmann wies Kohut, der zunächst ich-psychologisch orientiert war, dem Konzept des Selbst eine zentrale Rolle in der psychoanalytischen Theorie zu und bezeichnete es als „Zentrum des seelischen Universums“ (Kohut 1976). Ebenso wie Hartmann definierte er es etwas allgemein als „Selbst-Repräsentation“. Dabei ging er davon aus, dass das Selbst in einem ausgeglichenen Zustand kaum in Erscheinung tritt. Erst in einem Zustand verminderter Kohärenz zeigt es sich in Form der Selbstobjektübertragung oder in der pathologischen Manifestation eines fragmentierenden Selbst (z.B. narzisstische Wut). Der methodische Zugang zum Zustand des Selbst erfolgt über Introspektion und Empathie. Die wichtigsten den Zustand beeinflussende Faktoren sind Selbstobjekterfahrungen, die in der klinischen Situation als Selbstobjektübertragungen manifest werden.

Kohut nimmt an, dass das Selbst in seiner Essenz nicht erkennbar ist. Mit Introspektion und Empathie ist das Selbst per se nicht zu erreichen; nur seine introspektiv oder empathisch wahrgenommenen psychologischen Manifestationen sind zugänglich. Ein kohärentes Selbst entsteht nach seiner Auffassung dadurch, dass die spontanen Aktivitäten des Säuglings bei seiner wichtigsten Bezugsperson, zumeist der Mutter, auf einfühlsame Reaktionen stoßen, die die Basis für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls bilden. Je größer der Empathiemangel in dieser Lebensphase ist, desto gravierender ist die Schädigung des Selbst.

Neben der Entwicklungslinie der Triebe nahm Kohut eine davon unabhängige Entwicklungslinie, nämlich die des Narzissmus als den Ausdruck eines starken, lebensfähigen Selbst an. Im Gegensatz dazu postulierte er einen pathologischen Narzissmus als Ausdruck eines schwachen Selbst, das nur über die Vortäuschung der eigenen Grandiosität

stabilisiert werden kann. Ist dies nicht möglich, kommt es unter Umständen zu einer depressiven Dekompensation.

## **2.5 Konzepte der Objektbeziehungstheorie**

Die psychoanalytische Schule der Objektbeziehungstheorie, die in Ansätzen bereits 1935 von Margret Mahler vertreten wurde, wird vor allem mit einer Gruppe britischer Theoretiker in Verbindung gebracht, zu denen Klein (1986), Fairbairn (1952), Balint (1968), Winnicott (1965) und Bion (1978) zählen. In jüngster Zeit wurden diese Konzepte durch die Arbeiten Fonagys (2004, 2005), in denen er Psychisierungs- und Mentalisierungprozessen einen hohen Stellenwert beimisst, deutlich erweitert. Im Gegensatz zu Freuds früher Ansicht, dass der Organismus hauptsächlich von Instinkten und dem Bedürfnis, angestaute psychische Energie (Libido) zu entladen, angetrieben wird, sind die Objektbeziehungs-Theoretiker der Auffassung, dass Menschen primär eine Beziehung zu ihren „Objekten“ suchen. Damit wird eine ideengeschichtliche Entwicklung im psychoanalytischen Denken deutlich: Sie beginnt mit Freuds Theorie der Triebentladung, verändert sich in Richtung Objektbeziehungen, in denen ein „ganzes Individuum“ eine Beziehung zu einem „Objekt“ sucht, und reicht bis zur Gegenseitigkeit von Fürsorger und Fürsorgebedürftigem, die der Bindungstheorie und der neueren Entwicklungspsychologie zu Grunde liegt. Die Bindungstheorie ist demnach eine enge Verwandte der Theorie der Objektbeziehungen und liefert experimentelle Belege, die diese unterstützen. Im folgenden Abschnitt sollen einige Konzepte der Objektbeziehungstheorien sowie das Konzept der Bindungstheorie hinsichtlich struktureller Aspekte der Persönlichkeit dargestellt werden.

### **2.5.1 Melanie Klein – Die Analyse frühkindlicher Objektbeziehungen**

Klein trug mit ihren Arbeiten wesentlich zur Fortentwicklung der Objektbeziehungstheorie bei. So konnte sie viele der Theorien Freuds hinsichtlich frühkindlicher Konflikte und Übertragungsphänomene durch ihre Forschungsarbeiten, die ähnlich wie bei Anna Freud und Rene Spitz durch die direkte Beobachtung von Säuglingen und Kleinkindern charakterisiert waren, bestätigen. Darüber hinaus beschäftigte sie sich intensiv mit der Entwicklung der Objektbeziehungen in zwei wesentlichen Phasen der frühkindlichen Entwicklung, die sie als die „paranoid-schizoide“ und die „depressive Position“ be-

zeichnete, und deren Auswirkungen bei kindlichen Entwicklungsstörungen. So ist aus ihrer Sicht eine Depression im Erwachsenenalter als Regression auf eine frühere Entwicklungsstufe zu verstehen, die mit einem früh erlebten, gravierenden Verlust, z.B. durch die Entwöhnung von der mütterlichen Brust, verbunden ist (Klein 2006). Darüber hinaus beschäftigte sie sich mit der Entwicklung manisch-depressiver und psychotischer Zustände sowie neurotischer Störungen und den zugrundeliegenden psychodynamischen Prozessen. Psychische Mechanismen wie Spaltung und projektive Identifikation wurden von ihr ins Zentrum früher Abwehrmechanismen gerückt und so im psychoanalytischen Denken verankert. Auch die Überich-Entwicklung, die Entwicklung des Schuldgefühls und der Drang zur Wiedergutmachung als wesentliche psychische Funktionen, waren Gegenstand ihrer Forschung.

Klein vertrat die Auffassung, dass das Ich von Anfang an in einer frühen, noch „rudimentären“ Ausgestaltung, aber mit bestimmten, seelischen Basisfunktionen, wie z.B. der Fähigkeit zur Introjektion, zum Einsatz bestimmter Abwehrmechanismen und mit einer grundsätzlichen Liebesfähigkeit ausgestattet, besteht (Klein 2006). Dabei vollzieht sich die Ich-Entwicklung des Kindes in folgenden Phasen: ab dem frühesten Lebensalter verinnerlicht das Ich des Säuglings „gute“ aber auch „böse“ Objekte z.B. in Form der gewährenden oder versagenden Brust der Mutter, sodass die Mechanismen der Introjektion, Projektion und Spaltung wirksam werden. Eigene Aggressionen werden dabei auf die Objekte bzw. auf deren Introjekte projiziert und es entstehen so möglicherweise verzerrte Bilder der realen Objekte. Ein gewisses Ausmaß an Angst ist nach Kleins Auffassung die notwendige Voraussetzung für eine reiche Phantasietätigkeit und Symbolbildung. Eine ausreichende Fähigkeit, diese Angst ertragen zu können, ist allerdings die Bedingung für eine gelungene Verarbeitung dieses Affektes und einem späteren Gelingen der Ichentwicklung.

In der frühen Entwicklung spielt der „orale Sadismus“ die Hauptrolle. Paranoide Abwehrmethoden zielen auf die Zerstörung des „Verfolgers“ (Klein 2006). Verleugnung und Omnipotenzgefühle sowie Spaltungsprozesse reduzieren immer wieder die Angst des Kindes. Dabei sind Desintegrationsprozesse, die im Rahmen dieser frühen Spaltungsvorgänge auftreten, unter normalen Bedingungen vorübergehend. Sie können jedoch im Rahmen späterer psychotischer Entgleisungen als regressive Vorgänge erneut

auftreten. Im Laufe der weiteren Ichentwicklung identifiziert sich das Ich stärker mit den „guten“ Objekten, bezieht diese in die Angst vor Verfolgung mit ein und sondert das gute Objekt von den bösen Objekten ab, um es vor der Vernichtung zu schützen. So wird die Erhaltung des „guten inneren Objekts“ zum wichtigen Wachstumsmotor für das Ich.

Klein ging davon aus, dass die Fähigkeit des Kindes, die Mutter als einen Menschen mit sehr unterschiedlichen und teilweise widersprüchlichen Anteilen wahrzunehmen, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres immer weiter zunimmt. Dabei erlebt es, dass sowohl liebevolle als auch destruktive Gefühle (sadistische Phantasien) sich auf die gleiche Person richten, was schon beim sehr kleinen Kind zu Angst- und Schuldgefühlen führt, aus der sich die „depressive Position“ entwickelt. „Alles hängt davon ab, wie weit es (das Kind) fähig ist, aus diesem Konflikt zwischen Liebe und unbeherrschbarem Hass und Sadismus einen Ausweg zu finden.“ (Klein 2006, 91). Klein sah in der Fähigkeit des Kindes, Angst und innere Spannungen zu tolerieren, einen konstitutionellen Faktor, der die spätere Stärke des Ichs von Beginn an beeinflusst. Aggression, Schuld und Wiedergutmachungsbestrebungen sind auf diese Weise mit frühen Introjektionsmechanismen eng verknüpft. Im Zuge dieser Entwicklung vollzieht sich allmählich die Integration von anteiligen Objektbeziehungen zu ganzheitlichen Objektbeziehungen. Damit ändert sich die Qualität der Abwehrmechanismen. Wenn liebevolle Gefühle gegenüber dem Objekt immer wieder gegenüber den bösen Anteilen desselben Objektes überwiegen, tritt die Beziehung zum destruktiven Aspekt und die damit verbundene Verfolgungsangst in den Hintergrund und das Ich wird in die Lage versetzt, gegensätzliche Aspekte der Objektbeziehung zunehmend besser zu integrieren. So verringert sich allmählich die Ambivalenz und die Angst vor den „bösen“ Objekten und sadistische und aggressive Gefühle werden abgeschwächt. Diese Vorgänge beziehen sich zunächst auf die Beziehung zur Mutter, im weiteren Entwicklungsverlauf betreffen sie aber auch die Beziehungen zum Vater und anderen bedeutsamen Menschen in der Umgebung des Kindes. Klein hielt die gelingende Verarbeitung paranoid-schizoider Mechanismen und der „depressiven Position“ im Verlauf der ersten Lebensjahre für einen entscheidenden Faktor einer gesunden Entwicklung des Kindes und seiner Liebesfähigkeit. In den frühen Introjektionsvorgängen guter und böser Objekte sieht Klein auch die Grundlage für die Entwicklung des ersten Überichkerns.

### **2.5.2 Donald F. Winnicott – Die Entwicklung einer Kernstruktur**

Winnicott sah sich im Rahmen seiner Tätigkeit als Kinderarzt mit frühen Störungen von Säuglingen und Kleinkindern konfrontiert, die vor dem Zeitpunkt der Entwicklung des Ödipuskonfliktes lagen, dessen misslungene Lösung aus Sicht vieler Analytiker als Hauptursache späterer psychischer Störungen angesehen wurde. Er beschäftigte sich inhaltlich deshalb mit der Frage, wie frühe emotionale Entwicklungen zu beschreiben und zu erklären seien. Dabei bezog er sich auf die Arbeiten Melanie Kleins. Winnicott sah Integrationsvorgänge unter dem zentralen Einfluss der Mutter-Kind-Beziehung als Motor der Ich-Entwicklung. „Die Es-Kräfte schreien nach Aufmerksamkeit. Zunächst sind sie für den Säugling etwas Äußeres. In einer gesunden Entwicklung wird das Es in den Dienst des Ichs genommen, und das Ich beherrscht das Es, so dass Es-Befriedigungen Ich-Stärkungen werden.“ (Winnicott 2001, 51). Er betonte dabei die elementare Bedeutung einer „ausreichend guten Bemutterung“ im Sinne einer „lebendigen Anpassung an die Bedürfnisse des Säuglings, die dem Säugling eine „personale Existenz“, eine „Kontinuität des Seins“ (Winnicott 2001, 70) vermitteln. Der Säugling selbst hat keine Vorstellung seiner Umwelt. Er ist nach Auffassung Winnicotts ein „unreifes Wesen, das ständig am Rand unvorstellbarer Angst steht“ (Winnicott 2001, 74), die nur durch eine zuverlässige mütterliche Fürsorge bewältigt werden kann. Dies geschieht umso besser dann, wenn die Mutter sich empathisch in die Bedürfnisse des Säuglings einfühlen und ihn zuverlässig versorgen kann. Das Ich des Säuglings, das sich zunächst in einem Zustand der Unintegriertheit und Depersonalisierung befindet, wird dabei durch das Ich der Mutter vertreten und so zunehmend gestärkt. Eine ausreichend gute „Ich-Deckung“ durch die Mutter versetzt das Kind in die Lage, seine Persönlichkeit zu entwickeln, indem Ich-Kerne zunächst gesammelt und im Verlauf dieses integrativen Entwicklungsprozesses durch eine Membran von der Umwelt abgegrenzt werden, wobei eine introjektive und projektive Interaktion mit der realen Welt dazu führt, dass sich das Kind der gemeinsamen Realität zunehmend bewusst wird. Eine gelingende Interaktion mit einer förderlichen Umwelt gibt dem Kind schließlich den Beweis dafür, dass man es als Wesen wahrnimmt und erkennt. So wird es allmählich befähigt, ganze Bilder von sich selbst und seinen wichtigen Objekten aufzubauen.

Als einen wesentlichen Aspekt der Überich-Entwicklung sah Winnicott den Aufbau der Fähigkeit zum Schulterleben, das sich in der Beziehung zur Mutter allmählich entwickelt. „Der Analytiker hat kein faszinierenderes Erlebnis zu erwarten als die Beobachtung des allmählichen Aufbaus der Fähigkeit des Individuums, die aggressiven Elemente im primitiven Liebesimpuls zu ertragen“ (Winnicott 2001, 29). Die Fähigkeit, ambivalente Emotionen auszuhalten, befördert die Fähigkeit, ganzheitliche Objektbilder zu entwickeln. Moralische Maßstäbe werden dem heranwachsenden Kind im Laufe seiner Entwicklung dabei in vielerlei Weise subtil und verbal mitgeteilt und führen so zur Entwicklung von Moral- und Wertvorstellungen. Auch die Fähigkeit zum Alleinsein ist nach Winnicott ein wesentliches Merkmal emotional reifer Entwicklung, die allerdings die Erfahrung einer wiederholten ausreichend guten Bemutterung voraussetzt, wodurch eine innere Zuversicht und der Glaube an eine wohlwollende Umwelt aufgebaut wird.

Winnicott negiert triebhafte Bedürfnisse des Säuglings nicht. Innerhalb seines Konzeptes haben sie im Gegensatz zur Triebtheorie eine eher moderierende Funktion. Dagegen ist die Entwicklung einer psychischen Kernstruktur innerhalb seines theoretischen Konzepts von hoher Relevanz. Nach seiner Auffassung gibt es „kein Es vor dem Ich“ (Winnicott 2001, 72).

### **2.5.3 John Bowlby – Die Bindungstheorie**

Der Kinderpsychiater John Bowlby gilt als Urheber der Bindungstheorie. Durch seine Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen, zunächst in Heimeinrichtungen, nach Kriegsende in der Tavistock Clinic in London, konnte er in seinen frühen Arbeiten zeigen, dass von den wichtigen Bezugspersonen getrennte oder hinterbliebene Kinder nicht weniger als Erwachsene unter intensiven psychischen Qualen wie Sehnsucht, Kummer, wütendem Protest, Verzweiflung, Apathie und Rückzug litten. Ebenso konnte er zeigen, dass frühe Trennungen zu Neurosen oder Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen aber auch zu psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter führen können. Er schloss daraus, dass durch die Trennung des Kindes von einer wichtigen Bezugsperson „ein empfindlicher Mechanismus gestört, ein grundlegendes Band, das einen Menschen mit einem anderen verbindet“ (Holmes 2002, 82) gelöst wurde. Um zu

klären, welchen Charakter diese Bindung hat und wie sie sich entwickelt, standen Bowlby zwei Theorieansätze zur Verfügung: die Psychoanalyse und die Ethologie.

Die Psychoanalyse bot zwei unterschiedliche Darstellungen der Mutter-Kind-Bindung an: zum einen den triebtheoretischen Ansatz und zum anderen den Ansatz der Objektbeziehungstheorie. Der klassische triebtheoretische Ansatz geht auf die Annahme Freuds zurück, dass die Libido bzw. die entsprechende psychische Energie das verbindende Element zwischen Mutter und Kind ist. Danach erlebt das neugeborene Kind einen Spannungsaufbau unter der Notwendigkeit, Nahrung aufzunehmen, wobei die Mutter „das Instrument zur Entladung seiner Libido“ (Holmes 2002, 82) darstellt. Die Abwesenheit der Mutter führt dazu, dass sich aufgrund der nicht abführbaren Libido die Spannung weiter aufbaut, was vom Kind als Angst empfunden wird. Das Kind lernt also, die Mutter zu lieben, weil sie es füttert und damit die angstvoll erlebte innere Spannung reduziert. Auch wenn Freud diese Auffassung später modifizierte und nun von einer Signalangst, d.h. der Angst, die das Kind verspürt, wenn eine Trennung von einer wichtigen Bezugsperson droht oder tatsächlich vorhanden ist, ausging, so blieb die Basis der Liebe des Kindes doch immer die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse. Der Wechsel zur Betrachtung der Angst als Ausdruck eines drohenden Objektverlustes ist ein entscheidender Schritt zum Paradigma der Objektbeziehungen.

Melanie Klein, als wichtige Vertreterin der objektbeziehungstheoretischen Schule, postulierte später, dass die nährende und beruhigende Brust der Mutter der Inbegriff des „guten Objekts“ für das Kind ist; die versagende, abwesende Brust als Prototyp des „bösen Objekts“ gesehen wird. Wobei nicht nur das tatsächliche Versagen der Mutter die Beziehung des Kindes zu ihr beeinflusst, sondern das Kind ihr auch seine eigenen Reaktionen auf solche frustrierten Erlebnisse zuschreibt.

Für Bowlby schaffte es jedoch keine dieser Theorien, die Bindung zwischen Mutter und Kind als eigenständiges Band anzusehen, das nicht allein auf der Fütterung oder der kindlichen Sexualität beruht. „Der Hunger des kleinen Kindes nach der Liebe und Gegenwart seiner Mutter ist so groß wie der Hunger nach Essen... Die Bindungstheorie gibt uns eine Sprache, in der der Phänomenologie von Bindungserfahrungen eine volle

Berechtigung gegeben wird. Bindung ist ein ‚primäres Motivationssystem‘ mit eigenen Funktionsmechanismen und einer Schnittstelle zu anderen Motivationssystemen.“ (Bowlby 1973).

Bowlby kritisierte damit einerseits die psychoanalytischen Theorien, wandte sich andererseits ethologischen Forschungsarbeiten, insbesondere denjenigen von Konrad Lorenz (1952) zu. Lorenz konnte nachweisen, dass Bindung von der Fütterung losgelöst schien: so folgten junge Gänseküken der Mutter bzw. einem Mutterersatz und zeigten Angst, wenn sie von ihr bzw. von ihm getrennt waren. Untersuchungen, die Harlow (1958) mit jungen Rhesusaffen durchführte, stützten diese Ergebnisse in umgekehrter Richtung. Hier zeigte sich, dass Fütterung ohne Bindung möglich war. Die Entwicklung der Bindungsdynamik kann also als eigenständiger Prozess angesehen werden, der von anderen Dynamiken unabhängig ist.

Bindung, die als Neigung des Menschen definiert wird, enge, von intensiven Gefühlen getragene Beziehungen zu anderen aufzubauen, entwickelt sich bereits in den ersten Monaten nach der Geburt. Im Alter von 0-6 Monaten werden die Grundlagen zu einem Bindungssystem gelegt. Dabei ist die mütterliche Reaktionsfähigkeit ein ausschlaggebender Faktor für die Bindungsqualität im weiteren Entwicklungsverlauf. So sahen Daniel Stern (1985) und Kenneth Wright (1991) den Blickkontakt zwischen Mutter und Kind als ein Schlüsselement in der Entwicklung einer inneren Welt, in der Bindung repräsentiert und reguliert werden kann (Holmes 2002, 94). Darüber hinaus nimmt Wright an, dass das Gesicht der Mutter für das Kind das erste Symbol ist. Ihr Gesicht ist zwar kein Teil des Selbst, aufgrund ihrer Aufmerksamkeit ist es aber eng mit dem Selbst des Kindes verbunden. Im Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren entwickelt sich eine „zielgerichtete“ Bindung. Durch die Möglichkeit der Fortbewegung ist ein viel komplexeres Kommunikationssystem notwendig, um eine sichere Bindung zur Mutter oder einer anderen wichtigen Bezugsperson aufrechterhalten zu können. Ab dem Alter von 3 Jahren kommt es zur Bildung einer reziproken Beziehung, d.h. mit dem Spracherwerb und mit zunehmender psychischer Komplexität entsteht ein komplexes Beziehungsmuster, bei dem das „interne Arbeitsmodell“ ein Schlüsselkonzept darstellt. Das Kind baut verschiedene Modelle von sich und anderen auf, die auf wiederholten Mustern interak-

tiver Erfahrungen beruhen. „So wird ein sicher gebundenes Kind das interne Arbeitsmodell einer feinfühlig, liebevollen und zuverlässigen Bindungsperson abspeichern, und eines Ichs, das der Aufmerksamkeit und Liebe würdig ist. Diese Annahmen werden sich dann auf alle anderen Beziehungen auswirken.“ (Holmes 2002, 100).

Ainsworth (1978) konnte durch ihre empirischen Arbeiten die theoretischen Konzepte Bowlbys verifizieren. Mit Hilfe experimenteller Verhaltensbeobachtungen in der von ihr konzipierten „fremden Situation“ konnten sichere Bindungsmuster von unsicher-vermeidenden und unsicher-ambivalenten unterschieden werden. Später wurde eine vierte, klinisch wichtige Kategorie des Bindungsverhaltens hinzugefügt. Diese Kinder zeigten in der experimentellen „fremden Situation“ ein desorganisiert und desorientiert erscheinendes Verhalten, das darauf zurückgeführt wurde, dass sie ihre primären Bezugspersonen sowohl ängstigend als auch Sicherheit bietend erlebt hatten, sodass sich widersprechende Motivationen aktiviert wurden.

Bowlby ging davon aus, dass sich erlebte Bindungsqualitäten in inneren Arbeitsmodellen bzw. mentalen Schemata verdichten und relativ stabil bleiben. So wird ein sicher gebundenes Kind aufgrund seiner Erfahrungen positive Erwartungen hinsichtlich seiner eigenen Kompetenz entwickeln und gute Voraussetzungen haben, Belastungen zu bewältigen, Vertrauen in andere Personen zu entwickeln und in sozialen Situationen adäquat zu kommunizieren.

Während die Bindungstheorie innerhalb der Psychoanalyse über einen längeren Zeitraum kaum berücksichtigt wurde, gewann sie in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung, nachdem Bezüge zu psychoanalytischen Konzepten, vor allem zu den Objektbeziehungstheorien und zur Selbstpsychologie hergestellt werden konnten. Fonagy sieht die gemeinsamen Wurzeln der Bindungstheorie und Psychoanalyse darin, dass beide Theorien ein entwicklungspsychologisch begründetes Verständnis von psychischen und Persönlichkeitsstörungen anstreben. „Ein ‚gemeinsamer Boden‘ beider Theorien sind beispielsweise die Annahme von Bindung als Phänomen und Motiv, Hypothesen über die (interaktionellen) Determinanten sicherer Bindung, die weiterreichenden Folgen eines spezifischen Bindungsstatus oder die Theorie, dass Narrative die Grundlage für den

Zugang zu inneren Modellen und Repräsentationen darstellen“ (Strauß und Buchheim 2002, 105).

#### **2.5.4 Peter Fonagy – Die Mentalisierung**

Auf der Basis der Erkenntnisse der Bindungstheorie und der „Philosophie des Geistes“ entwickelte Fonagy 2002 sein Konzept der Entwicklung des Selbst und der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Dabei nimmt er Bezug auf die Ergebnisse der neurobiologischen Hirnforschung, aber auch auf das traditionelle psychoanalytische Konzept der Symbolisierung und der Theory of Mind. Fonagy beschreibt Prozesse der zunehmenden Psychisierung und Mentalisierung, die im Verlauf der Entwicklung der Persönlichkeit schließlich zum Aufbau eines Repräsentationssystems und damit zur Eröffnung eines seelischen Binnenraums und der Fähigkeit der Selbstreflexion führen. Mentalisierung definiert er als „Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren“ (Fonagy et al. 2004).

Die „mentale Urheberschaft“ (Fonagy 2004, 10), ist seiner Ansicht nach nicht angeboren, sondern entwickelt sich über eine selbstreflexive und interpersonale Komponente. Das Kind lernt demnach, zwischen innerer und äußerer Realität sowie intra- und interpersonellen mentalen und emotionalen Vorgängen und Kommunikationen zu unterscheiden. Vor allem wohlwollende und reflektierende Interaktionen mit primären Bezugspersonen sind entscheidend für die gelingende Entwicklung dieser „Mentalisierung“, die schließlich in eine reife Fähigkeit der Affektregulation mündet. „Wir behaupten, dass eine evolutionäre Aufgabe der frühen Objektbeziehung darin besteht, den Säugling mit einer Umwelt zu versorgen, in der sich das Verstehen fremder und eigener mentaler Zustände voll entfalten kann“ (Fonagy 2004, 13).

Diese Fähigkeit stellt für ihn „eine zentrale Determination der Organisation des Selbst und der Affektregulierung“ (Fonagy 2004, 31) dar. Eine adäquate, abgestimmte Affektspiegelung durch mimische und sprachliche Äußerungen der Mutter ist entscheidend dafür, inwieweit das Kind seine soziale Umwelt adäquat begreifen und eine angemessene Mentalisierungsfähigkeit entwickeln kann. Der daraus resultierende Aufbau sekundärer Repräsentanzen seiner konstitutionellen Affektzustände bildet dann die Grundlage

für die Affektregulierung und für die Impulskontrolle. „Das internalisierte Bild der Bezugspersonen, die das innere Erleben des Säuglings widerspiegelt, wird zum Organisator der emotionalen Erfahrung des Kindes“ (Fonagy 2004, 15). Die Affektzustände der primären Bezugsperson sollten dabei insoweit kongruent sein, dass das Kind innere Zustände angemessen erkennen und benennen kann. Zugleich muss für das Kind aber auch deutlich werden, dass das gespiegelte Gefühl nicht das erlebte Gefühl der Bezugsperson ist. Zu starke Gefühlsäußerungen wiederum könnten das Kind in dieser frühen Entwicklungsphase verstören und verhindern, dass es lernt, sich als abgegrenzt zu erfahren. Fonagy bezeichnet dieses Charakteristikum als „Markiertheit“ (Fonagy 2004, 16). Während das frühe Gewahrsein mentaler Zustände noch charakterisiert ist von einer Gleichsetzung von innerer und äußerer Welt, lernt das Kind über die wiederholte Erfahrung der Affektregulierung durch Spiegelung, dass es eine „Als-ob-Haltung“ mentalen Zuständen gegenüber einnehmen kann, in der sich der mentale Zustand von der äußeren Realität abkoppelt. Ist hingegen der Äquivalenzmodus aktiviert, so erlebt es die Inhalte seiner Gedanken ganz konkretistisch als Realität; die Phantasie ist der Wirklichkeit äquivalent (Ermann 2010). Gedanken können auf diese Weise Realitätscharakter bekommen und im Rahmen eines regressiven Geschehens Übertragungsprozesse auch im Erwachsenenalter beeinflussen.

### **2.5.5 Otto F. Kernberg – Persönlichkeitsorganisation und Strukturniveau**

Kernberg gelang die Integration der maßgeblichen psychoanalytischen Konzepte der 1960/70er Jahre, indem er den objektbeziehungstheoretischen Ansatz der Schule Melanie Kleins mit demjenigen der amerikanischen Ich-Psychologie der 1950er Jahre verband. Er wurde damit zu einem der einflussreichsten Theoretiker im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum nach 1975. „Niemand hat in den zurückliegenden 20 Jahren mehr zur Integration und Weiterentwicklung psychoanalytischen Wissens über das Krankheitsverständnis und die Behandlungstechniken beigetragen als O. Kernberg“ (Rudolf 2006, 1).

Seine Weiterentwicklung der Objektbeziehungstheorie, in deren Verlauf er u.a. die Arbeiten von Erickson (1950, 1956), Fairbairn (1952), Winnicott (1955), Glover (1956) und Spitz (1965) berücksichtigte, fokussiert die Qualität früherer Beziehung und Bin-

dung als grundlegend für die Persönlichkeitsentwicklung. In seinem Modell der Objektbeziehungen beschreibt er drei zentrale Komponenten:

- die Selbstrepräsentanzen (S),
- die Objektrepräsentanzen (O) und
- spezifische Affektzustände (A), die beide miteinander verbinden.

Die S-A-O-Einheiten stellen die Basiselemente der psychischen Prozesse dar, wobei Affekte das eigentlich Verbindende sind. Aus den Affekten bilden sich die Triebe. Sie werden durch den jeweils vorherrschenden affektiven Zustand aktiviert und suchen dann am Objekt nach Befriedigung. Kernberg vertritt demnach im Gegensatz zu anderen zeitgenössischen Objektbeziehungstheorien die Auffassung, „dass wir immer noch eine Triebtheorie benötigen“ (Kernberg et al. 2000, 48). Affekte stellen das primäre Motivationssystem dar, prägen aber auch die Qualität der psychischen Strukturen z.B. diejenige des Überichs, das unter dem Einfluss versöhnlicher Affekte mild sein kann, während negative Affekte wie z. B. Wut ein strenges Über-Ich hervorrufen.

Darüber hinaus sieht er in den Affekten den wichtigsten Bezugspunkt zu seinem Entwicklungsmodell, wobei er die zentrale Aufgabe der Entwicklung als Integration von gegensätzlichen Affekten und ihren Verbindungen mit Selbst- und Objektrepräsentanzen zu immer komplexeren Einheiten beschreibt. Dieses Entwicklungskonzept orientiert sich stark am Entwicklungsmodell von Margaret Mahler, die auf dem Hintergrund experimenteller Studien eine Theorie des Individuationsprozesses und der Entwicklung des Selbst aus einer gemeinsamen Ich-Nichtich-Matrix entwickelte. Eine ihrer Grundannahmen bestand darin, dass sich der Säugling während der ersten Lebensphase als symbiotisch mit der Mutter verschmolzen erlebt, sich erst im Entwicklungsverlauf aus dieser Symbiose löst und sich schließlich zu einem Wesen entwickelt, „das seine Individualität wahrnimmt und anerkennt und später als Autonomie erlebt“ (Ermann 2010, 80). Der grundsätzliche Unterschied zu früheren psychoanalytischen Konzepten bestand darin, dass für Mahler nicht mehr die Triebentwicklung, sondern die Entwicklung zu einer autonomen Persönlichkeit im Zentrum ihrer theoretischen Überlegungen stand. Damit bot diese Theorie schon früh einen Bezugsrahmen zur Beurteilung von Behandlungsfortschritten bei Borderline- und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen.

**Temperament** und **Charakter** betrachtet Kernberg als zentrale Aspekte einer Persönlichkeit. Dabei definiert er Temperament als „eine konstitutionell vorhandene und in weiten Teilen genetisch determinierte, angeborene Disposition zu Reaktionsweisen auf Umweltreize, insbesondere Intensität, Rhythmus und Schwelle affektiver Reaktionen.“ (Kernberg et al. 2000, 46). Es schließt angeborene Dispositionen für die kognitive Reaktionen und das motorische Verhalten mit ein und nimmt an, dass geschlechtsspezifische Unterschiede auf der hormonellen Ebene erklärt werden können. Angeborene Schwellen für die Aktivierung positiver und negativer Affekte stellt nach seiner Auffassung die wesentliche Verbindung zwischen biologischen und psychologischen Determinanten der Persönlichkeit dar. Hinsichtlich der Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen kommt den affektiven Anteilen der Persönlichkeitsstörungen eine wesentliche Bedeutung zu.

Unter Charakter versteht er dagegen „die Verhaltensmanifestation der Ich-Identität“ (Kernberg et al., 2000), „während die subjektiven Aspekte der Ich-Identität, das heißt die Integration des Selbst-Konzepts und des Konzepts von bedeutenden Bezugspersonen, jene innerpsychische Strukturen darstellen, die diesen Charakter determinieren. Der Charakterbegriff schließt auch die Verhaltensaspekte ein, die in der psychoanalytischen Terminologie als Ich-Funktionen und Ich-Strukturen bezeichnet werden.“ (Kernberg et al. 2000, 47). Die Persönlichkeit setzt sich nach psychoanalytischer Sicht aus Temperament und Charakter zusammen. Als weitere innerpsychische Struktur kommt das Über-Ich hinzu, in dem Wertesysteme, Moral und ethische Dimensionen integriert sind. „Somit kann die Persönlichkeit verstanden werden als eine dynamische Integration aller Verhaltensmuster, die sich aus Temperament, Charakter und internalisierten Wertesystemen herleiten lassen“ (Kernberg et al. 2000, 47). Das dynamische Unbewusste (Es) stellt ein zusätzliches, dominantes Motivationssystem dar.

Ob die Entwicklung der Persönlichkeitsorganisation regelrecht oder pathologisch verläuft, manifestiert sich nach Kernbergs Auffassung vor allem im jeweiligen psychischen Organisationsniveau. Von der Ebene der normalen Persönlichkeitsorganisation unterscheidet er die Ebene der neurotischen Persönlichkeitsorganisation, die Ebene der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, die er noch einmal in ein hohes und ein niedriges

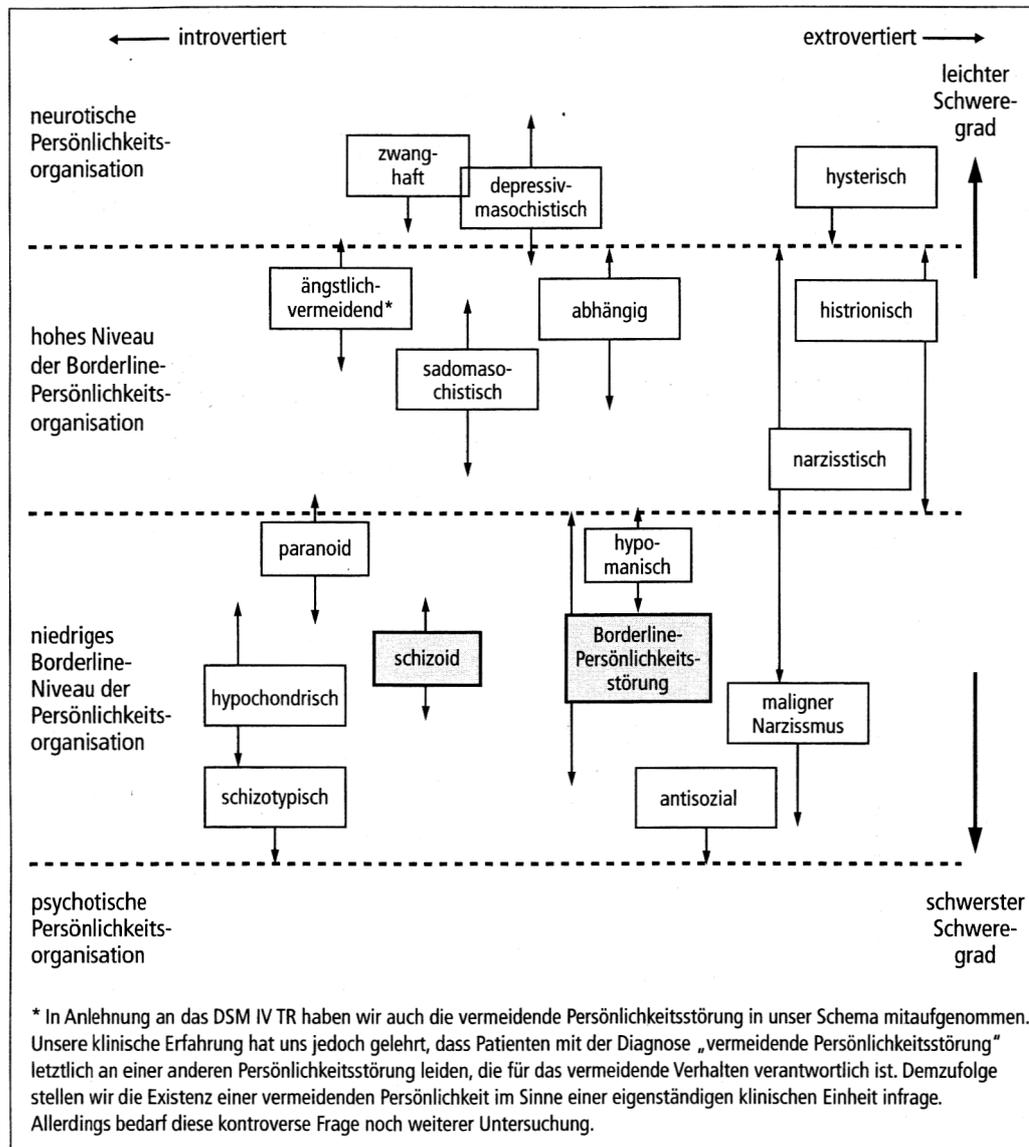
Niveau unterteilt, sowie die Ebene der psychotischen Persönlichkeitsorganisation. In der Psychodynamik der **normalen Persönlichkeitsorganisation** überwiegen libidinöse gegenüber den aggressiven Bestrebungen. Die Triebneutralisierung beinhaltet die Integration ursprünglich sehr gegensätzlicher Objektbeziehungen. „Dieser Entwicklungsprozess führt von dem Stadium der Separation – Individuation zu demjenigen der Objekt Konstanz und mündet in integrierte Konzepte des Selbst und bedeutender Bezugspersonen und in einer Integration aggressiver und libidinöser Affektzustände zu der abgemilderten, diskreten, differenzierten und komplexen Affektdisposition, wie sie für die Objekt Konstanz charakteristisch ist.“ (Kernberg et al. 2000, 49).

Bei der **psychotischen Persönlichkeitsorganisation** liegt dagegen eine unzureichende Integration der Konzepte des Selbst und bedeutsamer Anderer zugrunde und damit eine Identitätsdiffusion. Hinzu kommt ein Vorherrschen primitiver, sich um den Mechanismus der Spaltung gruppierender Abwehrmechanismen. Ebenso kommt es zu einem Verlust der Realitätsprüfung. Die wesentliche Funktion der Spaltung und der Abkömmlinge dieses Abwehrmechanismus wie z.B. der projektiven Identifizierung, Verleugnung, der primitiven Identifizierung, Omnipotenz und Entwertung liegt darin, die idealisierten und verfolgenden internalisierten Objekte, die ihren Ursprung in den Entwicklungsphasen vor der Objekt Konstanz haben, voneinander getrennt zu halten, um damit eine Abhängigkeit von einem guten Objekt zulassen zu können und eine Flucht vor der bedrohlichen Aggression zu ermöglichen. Am deutlichsten wird diese basale Aufgabe der Abwehrmechanismen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennbar. Dagegen besteht bei der psychotischen Persönlichkeitsorganisation eine zusätzliche, noch primitivere Aufgabe dieser Mechanismen darin, den Verlust der Realitätsprüfung bei diesen Patienten zu überbrücken. „In dem Verlust der Realitätsprüfung spiegelt sich ein Mangel an Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen unter den Bedingungen von Spitzenaffekten wieder, was einem strukturellen Persistieren des symbiotischen Entwicklungsstadiums, sozusagen seiner pathologischen Hypertrophie, gleichkommt. Die um die Spaltung gruppierten Abwehrmechanismen dienen dazu, diese Patienten vor dem Chaos zu bewahren, da die Patienten in intensiven Beziehungen mit anderen ihre Ich-Grenzen verlieren. Das Vorliegen einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation schließt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus.“ (Kernberg et al. 2000, 51).

Die **Borderline-Persönlichkeitsorganisation** ist gekennzeichnet durch eine Identitätsdiffusion sowie durch das Vorherrschen primitiver, um die Spaltung herum gruppierter Abwehrmechanismen. Von der psychotischen Persönlichkeitsorganisation unterscheidet sie sich insofern, als dass eine gute Realitätsprüfung vorhanden ist. Darin spiegelt sich eine Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen wieder, „die in jeweils idealisierte und verfolgende Abschnitte aufgeteilt werden, so wie dies für die Separations-Individuationsphase charakteristisch ist. In dieser Kategorie sind alle wesentlichen Persönlichkeitsstörungen zu finden.“ (Kernberg et al. 2000, 52). Kernberg nennt hier die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Schizoide und die Schizotypische Persönlichkeitsstörung, die Paranoide Persönlichkeitsstörung, die Hypomanische Persönlichkeitsstörung, die Hypochondrie, die Narzisstische Persönlichkeitsstörung und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Für alle diese Patienten gilt, dass sie an einer Identitätsdiffusion leiden, dass bei ihnen Manifestationen primitiver Abwehrmechanismen sowie Über-Ich-Degenerationen im Sinne antisozialen Verhaltens vorliegen, die bei der Narzisstischen und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung besonders ausgeprägt sind.

Auf der Ebene der **neurotischen Persönlichkeitsorganisation** findet man eine normale Ich-Identität und die damit einhergehende Fähigkeit zu tiefen Objektbeziehungen. Ebenso lässt sich eine Ich-Stärke finden, die sich in vorhandener Angsttoleranz, Impulskontrolle, Fähigkeit zu Sublimierung sowie Effizienz und Kreativität bei der Arbeit äußert. Darüber hinaus besteht die Fähigkeit zu sexueller Liebe und emotionaler Intimität, die durch unbewusste Schuldgefühle beeinträchtigt werden kann. Zu dieser Gruppe zählt Kernberg die hysterische Persönlichkeit, die depressiv-masochistische Persönlichkeit und die zwanghafte Persönlichkeit.

**Abb. 1:** Die Beziehung zwischen den bekannten Persönlichkeitsprototypen und strukturellen Diagnosen untereinander; der durch die Pfeile angezeigte Schweregrad der beeinträchtigten Persönlichkeitsorganisation reicht von der mildesten Form (ganz oben in der Abbildung) bis hin zur extremsten Ausprägung (ganz unten in der Abbildung). (Kernberg et al. 2006).



Der **Hauptmotivationsaspekt** der schweren Persönlichkeitsstörungen liegt in der Ausbildung übermäßiger Aggression sowie in der mit aggressiven Affektäußerungen einhergehenden Psychopathologie. Bei neurotischer Persönlichkeitsorganisation bezieht sich die Hauptmotivation auf den Bereich der Libido oder der Sexualität. So finden sich hier die zwanghafte, die depressiv-masochistische Persönlichkeit, vor allem aber die hysterische Persönlichkeitsstörung. „Bei diesen Störungen besteht, parallel zu dem Erreichen von Objekt Konstanz, ein integriertes Über-Ich, eine gut ausgebildete Ich-Identität und ein fortgeschrittenes Niveau von Abwehrmechanismen, in deren Zentrum die Verdrängung als typische Pathologie sexueller Hemmung steht, die von den pathologischen Persönlichkeitseigenschaften einer Ödipalisierung der Objektbeziehungen und einem Ausagieren unbewusster Schuld aufgrund infantiler sexueller Impulse begleitet wird.“ (Kernberg et al. 2000, 50) Dagegen ist die Sexualität der Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit Aggressionen „durchsetzt“, sodass die Fähigkeit, Liebesbeziehungen einzugehen schwer beeinträchtigt und zugleich die Ausbildung von Paraphilien begünstigt wird (Kernberg et al., 2000).

In seinem psychoanalytischen **Nosologie-Modell** stellt Kernberg seine eigene Einteilung der Persönlichkeitsstörungen vor, die auf der Dimension des Schweregrades beruht (Kernberg 1976, 2000). So schreibt er der **psychotischen Persönlichkeitsorganisation** eine unzureichende Integration der Konzepte des Selbst und bedeutsamer Bezugspersonen zu. Es besteht eine Identitätsdiffusion sowie ein Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen, die sich um den Mechanismus der Spaltung gruppieren. Vor allem jedoch sind diese Patienten von einem Verlust der Realitätsprüfung betroffen. „In dem Verlust der Realitätsprüfung spiegelt sich ein Mangel an Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen unter den Bedingungen von Spitzenaffekten wieder, was einem strukturellen Persistieren des symbiotischen Entwicklungsstadiums, sozusagen einer pathologischen Hypertrophie, gleichkommt.“ (Kernberg et al. 2000, 51). Patienten mit einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation repräsentieren die atypischen Psychosen. Kernberg zufolge ist in solchen Fällen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung obsolet.

Auch die **Borderline-Persönlichkeitsorganisation** ist von einer Identitätsdiffusion und einem Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen gekennzeichnet, unterscheidet sich jedoch von der psychotischen Persönlichkeitsorganisation durch eine gute Realitätsprüfung, in der sich eine Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen widerspiegelt, die jedoch in idealisierte und verfolgende Abschnitte aufgeteilt wird. Diese Kategorie beinhaltet das gesamte Spektrum an schweren Persönlichkeitsstörungen. Kernberg siedelt hier neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung „die Schizoide und die Schizotypische Persönlichkeitsstörung, die Paranoide Persönlichkeitsstörung, die Hypomanische Persönlichkeitsstörung, die Hypochondrie (...), die Narzisstische Persönlichkeitsstörung (...) und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (Kernberg et al. 2000, 52) an.

Alle Patienten, die dieser Kategorie angehören, leiden an einer Identitätsdiffusion, wenden überwiegend primitive Abwehrmechanismen an und sind von Über-Ich-Degenerationen i.S. antisozialen Verhaltens betroffen. Dies gilt besonders bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, beim Syndrom des malignen Narzissmus und bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zu. Darüber hinaus finden sich bei allen diesen Persönlichkeitsstörungen aufgrund der Identitätsdiffusion schwere Verzerrungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen, sowie Unsicherheit und Richtungslosigkeit in vielen Lebensbereichen einschließlich der beruflichen Orientierung. Ebenso können pathologische Entwicklungen hinsichtlich der sexuellen Beziehungen bis hin zu chaotischen Beziehungen mit polymorph-perversen Tendenzen oder schweren Hemmungen auftreten. Aber auch unspezifische Manifestationen einer Ich-Schwäche wie z.B. das Fehlen einer Angsttoleranz, Impulskontrolle und Sublimierungsfähigkeit können auftreten und sich in der Unfähigkeit zu dauerhafter und kreativer Arbeit äußern.

Eine Untergruppe dieser Persönlichkeitsstörung weist zwar deren Charakteristiken auf, kann sich aber trotzdem eine gute soziale Anpassung bewahren. Es gelingt trotz der Identitätsdiffusion eine ausreichende konfliktfreie Entwicklung der Ich-Funktionen sowie einer stabilen Über-Ich-Integration. Deshalb sind intime Beziehungen möglich, ebenso eine Fähigkeit zu befriedigender Abhängigkeit sowie eine gute Anpassung im Arbeitsbereich. Deshalb kann sie als höhere Stufe der **Borderline-**

**Persönlichkeitsorganisation** bezeichnet werden. Hierunter fallen die zylothyme Persönlichkeit, die sadomasochistische Persönlichkeit, die infantile oder histrionische Persönlichkeit, die abhängigen Persönlichkeitstypen und schließlich einige der besser funktionierenden Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung ordnet Kernberg in Anlehnung an das DSM IVR dem höheren Niveau der Persönlichkeitsorganisation zu, obwohl angenommen werden kann, dass Patienten mit dieser Diagnose letztlich an einer anderen Persönlichkeitsstörung leiden, in deren Folge das ängstlich-vermeidende Verhalten auftritt.

Nach der Unterteilung der Persönlichkeitsstörungen entsprechend ihrem Schweregrad sollen nun bestimmte Gemeinsamkeiten und Unterschiede, d.h. ein „Netzwerk der Psychopathologie“ innerhalb dieses Gebiets herausgearbeitet werden.

Kernberg sieht sowohl die **Borderline-Persönlichkeitsstörung** als auch die **Schizoide Persönlichkeitsstörung** als die einfachste Form der Persönlichkeitsstörung. Da sie einer Fixierung auf der Ebene von Separation-Individuation entsprechen, findet sich hier die „reinste“ Ausprägung der Charakteristika der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Kernberg bezieht sich auf Fairbairn (1954), der in der schizoiden Persönlichkeitsstörung den Prototyp aller Persönlichkeitsstörungen sah. Er beschrieb Spaltungsmechanismen, die die „guten“ und die „schlechten“ internalisierten Objektbeziehungen voneinander getrennt halten. Aus diesen gespaltenen Objektbeziehungen gehen Dyaden von Selbst- und Objektrepräsentanzen hervor. Es kommt zu einer Verarmung sozialer Beziehungen und als Reaktion darauf zu einer hypertrophen Phantasiewelt.

Die gleichen Merkmale finden sich auch bei der **Borderline-Persönlichkeitsstörung**. Während sie sich bei der gefühlsarmen Schizoiden Persönlichkeitsstörung in einer Pathologie der Phantasiewelt und einem ausgeprägten Rückzugsverhalten äußern, kommen sie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung in impulsiven Handlungen im zwischenmenschlichen Bereich zum Ausdruck, wobei oftmals jedes Selbstbewusstsein durch triebhafte, immer wiederkehrende Verhaltensmuster ersetzt wird. „Somit zeigen

die Borderline-Patienten die typische Trias von Identitätsdiffusion, primitiver Affektäußerung (Affektstürme) und fehlender Impulskontrolle.“ (Kernberg et al. 2000, 53).

Die **schizotypische Persönlichkeit** stellt die schwerste Form der Schizoiden Persönlichkeitsstörung dar, während Paranoide Persönlichkeiten eine im Vergleich zur Schizoiden Persönlichkeitsstörung gesteigerte Aggression widerspiegeln mit einem Vorherrschen projektiver Mechanismen und mit einer defensiven Selbstidealisierung als Versuch, die aus Verfolgern bestehende äußere Welt in Schach zu halten. Während die Spaltung die Borderline- und die Schizoide Persönlichkeitsstörung dominiert, so ist dies bei der Paranoiden Persönlichkeitsstörung die projektive Identifizierung.

Im Gegensatz zu den Borderline-Persönlichkeitsstörungen scheint bei der **Hypomanischen Persönlichkeitsstörung** auch eine Pathologie der Affektaktivierung vorzuliegen, die mit einer Prädisposition des Temperaments assoziiert zu sein scheint, was evtl. auch auf die mittlere Form, die zykllothyme Persönlichkeit, zutrifft.

**Borderline-Persönlichkeitsstörungen**, mit einem ausgeprägten Anteil an intensiver Aggression können sich zu einer Sadomasochistischen Persönlichkeitsstörung entwickeln. Besteht eine Veranlagung zu starkem Sadomasochismus, der in eine relativ gesunde Über-Ich-Struktur integriert und durch diese kontrolliert wird, sodass auf diese Weise eine Ich-Identität erreicht werden kann, sind die Voraussetzungen für eine depressiv-masochistische Persönlichkeit gegeben.

Die **Narzisstische Persönlichkeitsstörung** ist von besonderem Interesse, da bei ihr ... das Fehlen eines Konzeptes von bedeutenden Bezugspersonen einhergeht mit einem integrierten, aber pathologischen grandiosen Selbst, das ein fehlendes integriertes normales Selbst ersetzt. Bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung verschmilzt das pathologische grandiose Selbst reale und idealisierte Selbst- und Objektrepräsentation zu einem unrealistisch idealisierten Selbst-Konzept. Parallel dazu kommt es zu einer Verarmung an idealisierten Über-Ich-Strukturen, einem Vorherrschen von verfolgenden Über-Ich-Vorläufern, einer erneuten Projektion dieser verfolgenden Über-Ich-Vorläufer und einer hieraus resultierenden Schwächung späterer, besser integrierter Über-Ich-

Funktionen (Kernberg 1975; 1984; 1972). Deshalb findet sich bei der Narzisstischen Persönlichkeit oft auch ein gewisses antisoziales Verhalten.

Wird eine **Narzisstische Persönlichkeit** von einer intensiven pathologischen Aggression beherrscht, kann dies die Ausbildung einer Grandiosität in Verbindung mit Skrupellosigkeit, Sadismus oder Hass zur Folge haben und damit zum Syndrom des malignen Narzissmus führen. Kernberg ist der Auffassung, dass dieses Syndrom zwischen der Narzisstischen PS und der eigentlichen Antisozialen PS steht. Bei dieser kommt es zu einem vollkommenen Verfall der Über-Ich-Funktionen. Hier finden sich ausgeprägte paranoide Tendenzen in Kombination mit einer völligen Unfähigkeit, in andere zu investieren, ohne sie manipulieren oder ausbeuten zu wollen. Das vollkommene Fehlen von Schuldgefühlen, die fehlende Sorge um sich selbst oder um andere sowie die Unfähigkeit, sich mit eigenen oder fremden moralischen Werten identifizieren zu können und das Unvermögen, eine realistische Vorstellung der eigenen Zukunft zu entwickeln, sind diese PS zu eigen und unterscheiden sie von dem weniger schweren Syndrom des malignen Narzissmus, bei dem noch ein gewisses Engagement gegenüber anderen besteht.

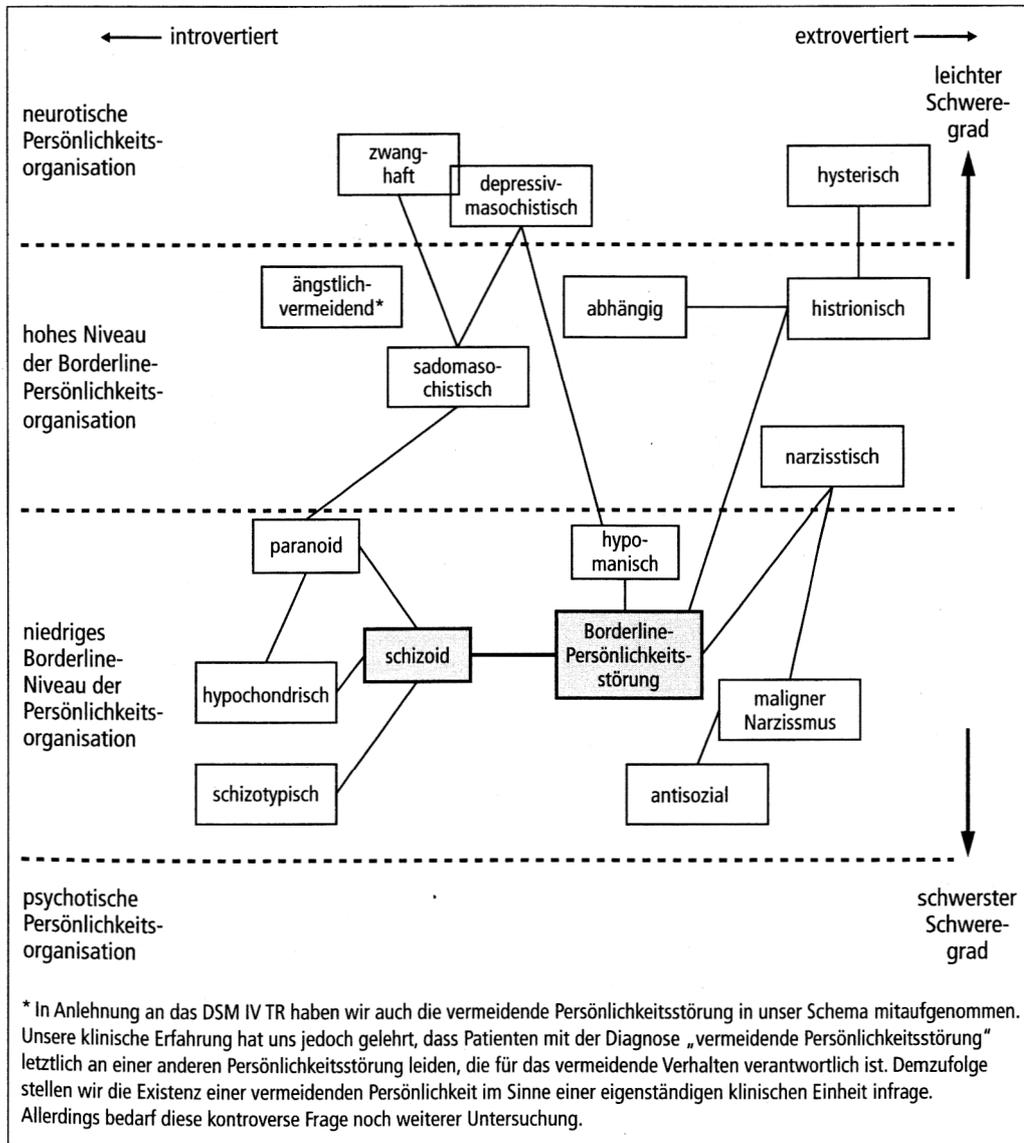
Auf einer höheren Entwicklungsstufe ist die **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung** angesiedelt. Übermäßige Aggression wird hier durch eine gut integriertes aber stark sadistisches Über-Ich neutralisiert, was allerdings zu Perfektionismus, ausgeprägten Selbstzweifeln und dem chronischen Bedürfnis, auch andere zu kontrollieren, führt.

Die **Infantile** oder **Histrionische Persönlichkeitsstörung** stellt eine mildere Variante der Borderline-Persönlichkeitsstörung dar, ist aber immer noch dem Borderline-Spektrum zuzuordnen. Die Hysterische Persönlichkeitsstörung ist dagegen auf einer höheren Ebene, nämlich auf dem Niveau der Neurotischen Persönlichkeitsstörung, angesiedelt. Bei der Hysterischen Persönlichkeitsstörung findet sich im Gegensatz zur sexuellen Freiheit der typischen infantilen Persönlichkeit – oftmals eine Kombination von Pseudo-Hypersexualität und sexueller Hemmung, wobei in der Beziehungsgestaltung zwischen Männern und Frauen unterschieden wird.

Die **Depressiv-masochistische Persönlichkeitsstörung** (Kernberg 1992) stellt die höchste Ebene sowohl der depressiven Affektpathologie als auch der sadomasochistischen Komponenten eines Vorherrschens von Aggression in primitiven Objektbeziehungen dar. Bei ihr findet sich nicht nur ein gut integriertes Über-Ich sondern ein geradezu extrem strenges Über-Ich, das bei dem Patienten eine Neigung zu selbstschädigendem Verhalten bewirkt und das ein unbewusstes Bedürfnis zu leiden widerspiegelt, als Buße für Schuldgefühle oder als eine Vorbedingung für sexuelle Lust, worin die diesem Spektrum von Persönlichkeitsstörungen eigene ödipale Dynamik zum Ausdruck kommt.

Das gesamte Gebiet der Persönlichkeitsstörungen spiegelt also eine Internalisierung von Objektbeziehungen unter dem Einfluss abnormer Affektentwicklungen oder abnormer affektiver Kontrolle wider. Abschließend betont Kernberg, dass die psychoanalytische Exploration eine entscheidende Rolle bei der Erarbeitung dieses Modells der Persönlichkeitsstörungen gespielt hat.

**Abb. 2:** Übergänge und klinisch relevante Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander. (Kernberg et al. 2006).



### 3. Strukturniveau und Diagnose

Wie unter Punkt 2.5.5 dargestellt wurde, konnte Kernberg in seinen Arbeiten zeigen, dass die Symptomatik und die Schwere von Persönlichkeitsstörungen allgemein und der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Besonderen durch das Ausmaß der strukturellen Störung bestimmt wird.

Hörz (2010) untersuchte den Zusammenhang von Strukturniveau und klinischer Schwere der Borderline Persönlichkeitsstörung anhand der Daten von 104 Patienten, bei denen eine Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) diagnostiziert worden war. Als Indikatoren für den Schweregrad der BPS wurden die Komorbidität mit DSM-IV Diagnosen, psychosoziales Funktionieren, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems definiert.

Die Hypothese, „dass Patienten mit höherer klinischer Schwere der Borderline-Störung ein niedrigeres Strukturniveau gemessen mit dem STIPO und Pathologie in den einzelnen Dimensionen des STIPO aufweisen“ (Hörz 2010, 138) wurde statistisch mit bivariaten Korrelationen sowie Gruppenvergleiche bzgl. der Skalen des STIPO und Indikatoren der Störungsschwere berechnet. Dabei zeigte sich sowohl in den Korrelationsanalysen als auch in den Gruppenvergleichen durchgehend ein schlechteres Strukturniveau bei Patienten mit phänomenologisch schwerer Störung. So fanden sich bei niedrigerem Strukturniveau eine signifikant höhere Anzahl der behandlungsintensiven Parameter der Borderline-Persönlichkeitsstörung (erhöhte Selbstverletzung und Suizidversuche). Hörz räumt ein, dass die Daten dieser Untersuchung naturgemäß keine Aussagen über kausale Zusammenhänge von Strukturniveau und klinischer Schwere der Persönlichkeitsstörung zulassen. Eine Aussage, wie sie psychoanalytischer oder entwicklungspsychologischer Theoriebildung entsprechen würden, nämlich, dass die klinische Beeinträchtigung Folge struktureller Defizite wäre, ist aufgrund dieser Untersuchung nicht möglich. Erkennbar wird jedoch, dass bestimmte klinische Phänomene Hinweise auf Defizite bestimmter Strukturdimensionen geben können. Ebenso kann angenommen werden, dass spezifische strukturelle Beeinträchtigungen mit bestimmten Symptomen oder Verhaltensweisen einhergehen. Hörz nennt hier als Beispiel, dass es sinnvoll sein kann, bei einem ausgeprägtem Defizit der Realitätswahrnehmung auf paranoide oder schizotype Persön-

lichkeitszüge zu achten, um so z.B. spezifische Abwehrmechanismen im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung frühzeitig erkennen zu können.

Weitere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Strukturniveau und Diagnose wurden zur Validierung der OPD-2 Strukturachse durchgeführt. Auch wenn sich die zugrunde liegenden Konstrukte und Operationalisierungen nicht in allen Bereichen decken, sollen einige Ergebnisse hier genannt werden, da sie weitere Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Strukturniveau und Diagnose geben können. So fand Bennicke (2009) in seiner Untersuchung mit 139 Probanden, dass die Korrelationen des Strukturniveaus mit Achse II Störungen des DSM-IV durchgehend höher ist als mit den Störungen auf Achse I. Oberbracht konnte in einer Therapiestudie zeigen, dass bei Personen mit geringerem Strukturniveau schwere Persönlichkeitsstörungen wie z.B. die Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger diagnostiziert werden (Oberbracht 2005).

Hinsichtlich Achse I Störungen wurden unterschiedliche Befunde erhoben. Nitzgen und Brünger (2000) untersuchten 171 Pat. mit einer langjährigen Suchtmittelabhängigkeit. Dabei zeigte sich, dass diese Pat. niedrige Werte im Bereich der Selbststeuerung aufwiesen (Mittelwert = 2.2; wobei 2 „mäßig“ und 3 „gering integriert“ entspricht). In einer Studie von Reymann et al. (2000) konnten diese Befunde bestätigt werden. Auch hier wiesen alkoholabhängige Patienten eine strukturelle Schwäche im Bereich der Selbststeuerung (Mittelwert = 2.32) und im Bereich der Objektwahrnehmung (Mittelwert = 2.44) auf. Darüber hinaus erbrachte die Studie von Nitzgen und Brünger (2000) den Befund, dass Patienten, bei denen eine ICD-Diagnose aus dem neurotischen Formenkreis vergeben wurde, ein höheres Strukturniveau (Mittelwert = 1.97) aufwiesen, als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Mittelwert = 2.37,  $p < 0.01$ ).

Grande et al. (1998) wertete in seiner Untersuchung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Strukturniveau und Diagnosen die OPD-Befunde von 100 stationären Psychotherapiepatienten aus. Dabei zeigte sich, dass die vier wichtigsten Symptomdiagnosen (Depression, Angststörung, somatoforme Störungen, Essstörungen) eine jeweils ähnliche Verteilung der Strukturniveaus zeigten. Der größte Teil der stationären Patienten, nämlich 54 %, wurde hinsichtlich der Struktur als mäßig integriert eingeschätzt. Der

Anteil der gut integrierten Patienten variierte zwischen den einzelnen Störungen stärker (zwischen 4% bei den Angststörungen bis zu 25% bei den somatoformen Störungen). 17 bis 25% der Patienten wurden bei den unterschiedlichen Störungsbildern als gering integriert eingeschätzt. Bei der Stichprobe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigte sich dagegen ein höherer Anteil der gering integrierten Patienten (35%). Nach einer Differenzierung in „leichte“ und „schwere“ Persönlichkeitsstörungen wurde der Unterschied noch deutlicher. In der Stichprobe der Patienten mit einer leichten Persönlichkeitsstörung war das Strukturniveau ähnlich verteilt wie bei den Achse I Störungen. Dagegen wurden die Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung häufiger als gering integriert eingeschätzt, wobei dies noch einmal zwischen den Persönlichkeitsstörungen variierte (emotional instabil 70%, schizoid und paranoid 50%, narzisstisch 33% gering integrierte Patienten). In der Selbsteinschätzung dieser Patienten waren dagegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der drei Diagnosegruppen zu finden. Die Autoren schließen daraus, dass die „Schwere“ der strukturellen Störungen nicht mit dem Ausmaß der Symptomatik verknüpft ist.

In einer früheren Studie fanden Rudolf et al. (1996) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Symptomdiagnosen und Struktur. Allerdings fanden sich Hinweise darauf, dass psychische Störungen länger andauern, wenn das Strukturniveau schwächer ist. Dies ist möglicherweise auf eine schwächer ausgeprägte Regulationsfähigkeit dieser Patienten zurückzuführen.

#### **4. Instrumente zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur**

Die Entwicklung diagnostischer Interviews hat sich in den vergangenen 100 Jahren zwischen zwei Polen vollzogen: neben dem explorativen Ansatz, der die Sammlung von Fakten mit spezifischen Fragen zum Ziel hat, gibt es den beziehungs-dynamischen Ansatz, der auf dem Hintergrund einer psychoanalytischen Haltung seine Informationen aus der „Wiederbelebung infantiler Objektbeziehungen in der Übertragung – Gegenübertragung zwischen Psychotherapeut und Patient“ gewinnt (Arbeitskreis OPD 2006, 282). In der ersten Phase der Entwicklung diagnostischer Instrumente entwickelte Deutsch (1939) seine sog. Associative Anamnese. Später folgten Sullivan (1954), Gill

und andere (1954) mit verschiedenen Interviews, die den interpersonalen Prozesscharakter des Interviews und die Rolle des Interviewers als teilnehmenden Beobachter in den Vordergrund stellten. In den 70iger Jahren entwickelte Hans Kind (1973, 1979) ein psychodynamisches Interview, das auf den Arbeiten Sullivans basiert und bis heute angewandt wird.

Parallel zu amerikanischen Strömungen vollzogen sich ähnliche Entwicklungen in Europa. Paula Heimann (1950) stellte die hohe Bedeutung der Gegenübertragung als „psychoanalytisches Diagnosticum“ (Arbeitskreis OPD 2006, 283) ins Zentrum ihrer Überlegungen und beeinflusste damit wesentlich die weiteren Entwicklungen. So betonten Balint und Balint hinsichtlich ihres „Diagnostischen Interviews“ (Balint/Balint 1961), „dass es sich dabei um eine Untersuchung zwischenmenschlicher Beziehungen handelt, und hoben erstmals explizit die Bedeutung der Gegenübertragung für den diagnostischen Prozess hervor“ (Arbeitskreis OPD 2006, 283). Argelander (1970) unterschied drei Ebenen der Informationsgewinnung: die objektive, die subjektive und die szenische. Dabei hielt er die dritte Ebene, in der es um nonverbale Mitteilungen in Form von Inszenierungen geht, für die wichtigste hinsichtlich des diagnostischen Erstinterviews. Dieser Ansatz findet auch in der heutigen Psychoanalyse breite Zustimmung. Laimböck (2000) vertritt den Standpunkt, dass biographische Daten einer Unterstützung der Beziehungsdiagnose dienen, ohne dass sie ihre Basis sein könnten.

Bedingt durch das in den Psychotherapie-Richtlinien vorgegebene Antragschema stellt in Deutschland die „tiefenpsychologisch-biographische Anamnese“ einen weiteren wesentlichen Baustein der psychodynamischen Diagnostik dar. Dieses Anamneseschema wurde in den 40iger Jahren von Schultz-Hencke (1951) entwickelt und von verschiedenen Autoren wie z.B. Dührssen (1981) und Rudolf (1981) weiterentwickelt. Dieser Ansatz basiert auf dem klassischen Neurosemodell, das eine psychische Erkrankung als Folge der Reaktualisierung eines lebensgeschichtlich begründeten abgewehrten Konflikts versteht. Dabei spielen sowohl eine früh erworbene neurotische Disposition als auch eine nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip passende Auslösesituation eine Rolle (Doering 2003). Die dafür notwendigen Informationen werden im Rahmen der Tiefenpsychologisch-biographischen Anamnese in allen wesentlichen Lebensbereichen erho-

ben. Aus diesen Informationen wird eine Hypothese über das Zusammenwirken früherer Erfahrungen und aktuelle Auslösesituationen in Form einer Psychodynamik formuliert (Dührssen 1981).

Während der letzten Jahre wurden integrative Interviewmodelle vorgelegt, die insbesondere für den Einsatz im klinischen Setting vorgesehen waren. Janssen (1994) stellte eine „Psychoanalytische Erstuntersuchungstechnik“ vor, die eine Kombination aus psychoanalytischem Erstinterview, biographischer Anamnese und psychoanalytischer Entwicklungsdiagnose darstellt und sowohl eine psychodynamische Diagnose als auch eine deskriptive ICD-Diagnose ermöglicht. Die „Psychoanalytische Erstuntersuchung“ (Doe-ring und Schüßler 2004) stellt in vergleichbarer Weise eine Aufeinanderfolge von psychoanalytischem Erstinterview, explorativer psychopathologischer Untersuchung und biographischer Anamnese dar.

Aufgrund seiner klinischen Erfahrung, dass das üblicherweise verwandte psychoanalytische Erstinterview für tiefgreifend gestörte Borderline-Patienten unpassend war, entwickelte Kernberg das Strukturelle Interview, mit dem primär das Strukturniveau einer Person erfasst werden soll. Erstmals wurde hier ein explorativer und beziehungs-dynamischer Interviewstil nicht bloß hintereinander gestellt, sondern in einem neuen, zyklischen Interviewkonzept berücksichtigt. Das Strukturelle Interview wird im folgenden Abschnitt ausführlicher dargestellt.

Mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin entwickelten sich nun die forschungsorientierten und strukturierten diagnostischen Interviews. Zu nennen ist hier das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und -II), das die Erfassung phä-nomenologischer Diagnosen in sehr genauer Form ermöglicht. Auch diese Interviews werden noch genauer beschrieben werden.

Das „Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation“ (STIPO; Caligor et al. 2004; Clarkin et al. 2004b) verfolgt das Ziel, Kernbergs Strukturelles Interview zu ope-rationalisieren. Dieser formalisierte Ansatz stellt einen Gegenpol zum psychoanalyti-

schen, offen geführten Erstinterview dar. Auch auf dieses Interview, das vielfach zu Forschungszwecken verwandt wurde, soll noch näher eingegangen werden.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik beabsichtigt eine Synthese vorangegangener Entwicklungen diagnostischer Interviews. Auf dem Hintergrund einer psychoanalytischen Grundhaltung soll die „Wiederherstellung infantiler Objektbeziehungen in der Übertragung – Gegenübertragung zwischen Therapeut und Patient“ (Arbeitskreis OPD 2006, 287) zugelassen werden. Darüber hinaus enthält dieses multiaxiale und multimodale Interview aber auch strukturierte Passagen, die eine genaue Anamnese und die Erfassung psychopathologischer Symptome ermöglichen, ohne die diagnostisch verwertbare Übertragungsaktivierung zu vernachlässigen. Auch die OPD-2 wird noch ausführlicher dargestellt werden.

#### **4.1 Das Strukturelle Interview**

Kernberg entwickelte das Strukturelle Interview, „um die Strukturmerkmale der drei Haupttypen von Persönlichkeitsorganisation hervorzuheben. Dieses Interview konzentriert sich auf die Symptome, Konflikte oder Schwierigkeiten, die der Patient zeigt, und auf die besonderen Formen, in denen er sie in der Interaktion mit dem Interviewer im ‚Hier und Jetzt‘ reflektiert.“ (Kernberg 2006, 21). Damit steht das Strukturelle Interview für einen integrativen Ansatz, in dem die Psychopathologie, die Psychodynamik, aber auch die Persönlichkeitsstruktur für ein breites Spektrum psychischer Störungen erfasst werden kann (Buchheim et al. 2006).

Auf der Metaebene sind die Aspekte Klärung, Konfrontation, Interpretation und Übertragung von elementarer Bedeutung. Kernberg definiert sie folgendermaßen: „*Klärung* ist ein nichtprovozierendes, kognitives Mittel, um festzustellen, wo beim Patienten die Grenzen im Hinblick auf bestimmtes Material liegen. *Konfrontation* versucht, potentiell konflikthafte und inkongruente Aspekte dieses Materials bewusst zu machen. *Interpretation* versucht, das Konflikthafte innerhalb des Materials zu lösen, indem sie zugrundeliegende unbewusste Motive und Abwehrvorgänge unterstellt, die das zuvor Widersprüchliche logisch erscheinen lassen. *Übertragungsinterpretation* wendet die vorge-

nannten Modalitäten der Technik auf die gegenwärtige Interaktion zwischen dem Patienten und dem Diagnostiker an.“ (Kernberg 2006, 24).

Im Verlauf des Strukturellen Interviews können folgende Konstrukte erfasst werden:

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

Auf diese Weise präzisiert das Strukturelle Interview nicht nur die Differentialdiagnose, sondern deckt auch Informationen mit wesentlichen prognostischen und therapeutischen Implikationen auf. „Kurz, das strukturelle Interview stellt eine experimentelle Situation her, in der erforscht und getestet werden kann, wie weit das Selbst und die Wahrnehmung von Objekten integriert ist.“ (Kernberg 2006, 30).

In der **Initialphase** des Strukturellen Interviews wird dem Patienten eine Sequenz offener Fragen vorgelegt, die ihm eine Einschätzung dessen erlauben, was von ihm erwartet wird, wobei in einem Zuge auch eine erste Einschätzung seiner kognitiven Funktionen bzw. vorliegender störungsbedingter Funktionen durch den Interviewer möglich ist. Eine dieser Fragen könnte lauten: „Es interessiert mich zu wissen, warum Sie hier sind, wie Ihre Schwierigkeiten oder Probleme aussehen, was Sie von der Behandlung erwarten und wo Sie in dieser Hinsicht jetzt stehen.“ Während Patienten mit neurotischen Störungen imstande sind, ihre Beschwerden, ihre Erwartungen an die Behandlung und ihre aktuelle Situation adäquat zusammenzufassen, zeigen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation häufig schon in der ersten Phase des Interviews Seltsames oder Bizarres in ihren Verhaltensweisen, Affekten oder Gedanken.

Eine weitergehende Frage könnte z.B. lauten: „Sie haben mir von Ihren Schwierigkeiten erzählt, jetzt würde ich gern mehr über Sie selbst als Person hören. Können Sie sich selbst beschreiben, Ihre Persönlichkeit, das was ich Ihrer Meinung nach wissen sollte, um ein wirkliches Gefühl für Sie als Mensch zu bekommen?“ Neurotische Patienten sollten so zu einer vertieften Selbstreflexion kommen und können dem Interviewer ein kohärentes Bild von sich und ihren wichtigen Bezugspersonen vermitteln. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist dies häufig nicht möglich. Vielmehr werden durch die Konfrontation mit ihrem Unvermögen unreife Abwehrmechanismen wie projektive Identifizierung, Spaltung, massive Verleugnung, Größenideen, Omnipotenz oder Entwertung aktiviert, die schrittweise geklärt und interpretiert werden können.

In der **mittleren Phase** des Strukturellen Interviews richtet sich die Aufmerksamkeit verstärkt auf den Bereich der pathologischen Charakterzüge, der Identitätsintegration oder -diffusion und der Objektbeziehungen. Nachdem die Fähigkeit zur Realitätsprüfung in der Eingangsphase bereits geklärt werden konnte, lautet eine relevante Frage z.B.: „Ich möchte Sie bitten, mir etwas über die Menschen zu erzählen, die im Augenblick in ihrem Leben am wichtigsten sind. Könnten Sie mir etwas über sie erzählen, so dass ich mir einen klaren Eindruck von ihnen verschaffen kann?“ Während Patienten mit einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation zumeist eine gute Identitätsintegration erkennen lassen, wird bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation in der Regel eine Identitätsdiffusion deutlich. Die aktivierten Abwehrmechanismen führen zu einer schwierigen, chaotischen oder verzerrten Interaktion mit dem Interviewer.

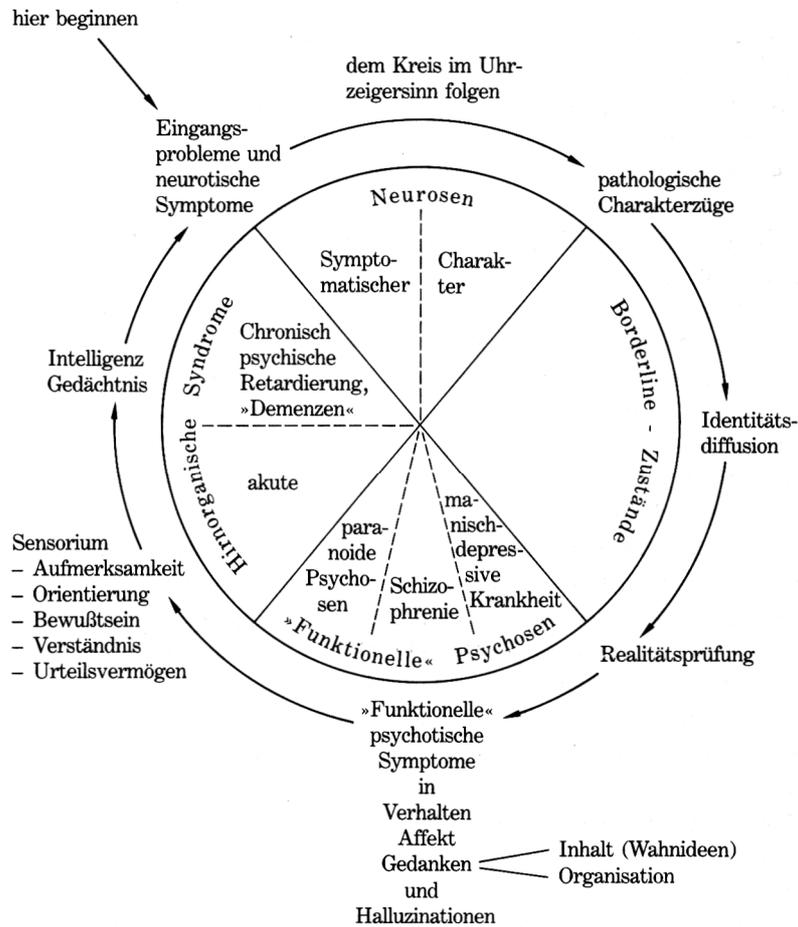
Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsorganisation, sind weniger rasch erkennbar, da sie über ein integriertes Selbstkonzept verfügen. Dies ist allerdings häufig mit einem grandiosen Selbst assoziiert, wobei nach außen eine Tendenz zur Selbstüberhöhung gezeigt wird. Es fehlt jedoch ein integriertes Konzept von anderen Menschen, was sich in einer wenig empathischen Beschreibung des Anderen und in einer abwertenden Haltung dem Interviewer gegenüber ausdrückt. Bei dieser Patientengruppe sollen Anzeichen für antisoziales Verhalten taktvoll erfragt werden.

So wie das Fehlen oder Vorhandensein der Identitätsdiffusion die Borderline- von der Nicht-Borderline-Störung differenziert, so differenziert das Vorhandensein oder Fehlen der Realitätsprüfung die Borderline-Persönlichkeitsstruktur von psychotischen Persönlichkeitsstrukturen. Sollte sich der Verlust der Realitätsprüfung bestätigen, so werden Denkprozesse, Realitätsverzerrung und innere Erfahrung des Patienten nicht weiter überprüft. Vielmehr soll der Untersucher sich in die innere Realität des Patienten einfühlen, seine Interventionen den schweren Verzerrungen in der Interaktion anpassen, um so zu einer Angst reduzierenden Terminationsphase des Interviews zu kommen.

Zum Abschluss des Strukturellen Interviews, der **Terminationsphase**, ist es wichtig, genügend Zeit zu haben, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, Themen anzusprechen, die bisher noch unberücksichtigt geblieben sind. Darüber hinaus bietet die Abschlussphase des Interviews die Möglichkeit, die Behandlungsindikation und – Motivation des Patienten zu überprüfen und störungsbedingte Risiken und Gefahren, die sich durch eine Behandlung für den Patienten ergeben könnten, abzuschätzen.

Die **Durchführung des Strukturellen Interviews** stellt den Interviewer vor eine komplexe Aufgabe. Er soll die innere Welt des Patienten erforschen, das Verhalten und die Interaktion des Patienten mit ihm beobachten und seine eigenen affektiven Reaktionen auf den Patienten dazu benutzen, die Natur der zugrunde liegenden aktivierten Objektbeziehung zu klären. Sie ist das Basismaterial, das dem Interviewer erlauben sollte, vorsichtige Interpretationen der Abwehrmechanismen zu formulieren (Kernberg 2006). Darüber hinaus sollte er davon absehen, die während des Interviews aktivierte Abwehralterhaltung des Patienten abzubauen, indem er sie toleriert oder übersieht, sondern danach streben, die Pathologie in der Organisation der Ichfunktion bloßzulegen, um Informationen hinsichtlich der strukturellen Organisation der Krankheit zu erhalten (Kernberg 2006). Kernberg weist wiederholt darauf hin, dass eine angemessene Durchführung des Strukturellen Interviews ausreichend Zeit vor allem aber eine respektvolle Haltung des Interviewers voraussetzt. Da dieses Interview in einer offenen, individuellen Form durchgeführt wird, sind die Voraussetzungen für eine Validierung nicht gegeben.

**Abb. 3:** Schematische Darstellung der Inhalte und Themen des Strukturelles Interviews (Kernberg 2006)



## **4.2 Karolinska Psychodynamik Profile (KAPP)**

Weinryb u. Rössel entwickelten dieses Interview zur Messung relativ stabiler psychischer Funktionen und Charakterzüge von Patienten mit dem Ziel, „ein Instrument zu konstruieren, das, basierend auf dem psychoanalytischen Mainstream, dazu beitragen könnte, die notorische konzeptuelle Mehrdeutigkeit in diesem Feld zu reduzieren.“ (Weinryb et al. 1999). Es sollte einfach zu erlernen, in der klinischen Arbeit reliabel einsetzbar sein und sich am psychodynamischen Denken und Handeln orientieren. Dabei sollten psychische Funktionen und Charakterzüge möglichst umfassend abgebildet werden können und eine Fokussierung auf spezifische Konflikte, Abwehrmechanismen oder Ängste sollte vermieden werden. Mit diesem Instrument sollten also stabile und nur langsam veränderbare „Traits“, und damit letztlich die psychische Struktur einer Person, untersucht werden können.

Bei der Konstruktion des KAPP stützten sich die Autoren zum einen auf ihre klinische und theoretische Erfahrung, zum anderen aber auch auf ihre Lebenserfahrung. Die Unterbereiche des Profils sollten erfassen, wie sich mentale Funktionen und Charakterzüge in der Selbstwahrnehmung und in den sozialen Beziehungen abbilden. Nachdem 18 bedeutsame Bereiche z.T. im Rahmen einer Pilotstudie gefunden werden konnten, wurden insgesamt 18 Unterskalen definiert. Sie sind ordinalskaliert. Das bedeutet, dass die Intervalle zwischen den Funktionslevels nicht als gleich anzusehen sind. Sie bilden vielmehr eine Abstufung von relativer Normalität zu einem zunehmenden Maß an Gestört-heit ab. Jede Unterskala umfasst eine inhaltliche Definition und drei definierte Levels. Da zur Beurteilung einer Äußerung des Probanden im Interview zwei Zwischenstufen genutzt werden können, handelt es sich um eine Fünf-Punkt-Skala, wobei 1 den normalen und 3 den am wenigsten normalen Pol bezeichnet. In Kombination mit den beiden Zwischenstufen ergibt sich dann eine Fünf-Punkt-Skala. Für die einzelnen Stufen werden Beispiele angegeben, um eine möglichst reliable Beurteilung zu gewährleisten.

Die Unterskalen des KAPP mit jeweils kurzen inhaltlichen Definitionen sind nachfolgend aufgeführt.

## **Abb. 4 : Die KAPP – Unterskalen**

### **Qualität interpersoneller Beziehungen**

#### **1. Intimität und Bezogenheit**

Beschreibt verschiedene Arten der Beziehung zu anderen – reichend von Beziehungen, die durch Intimität, Bezogenheit und Reflexion geprägt sind, bis hin zu einseitigen Beziehungen, die auf lediglich narzisstischen Bedürfnissen beruhen.

#### **2. Abhängigkeit und Trennung**

Beschreibt verschiedene Typen der Abhängigkeit – reichend von relativer Unabhängigkeit als erwachsener Form der Abhängigkeit bis hin zu kindlicher Abhängigkeit.

#### **3. Kontrollierende Persönlichkeitszüge**

Beschreibt verschiedene Wege, auf denen das Bedürfnis nach Macht und Kontrolle ausgedrückt werden kann – reichend von reifen und flexiblen Einstellungen über verdeckte, indirekte Machtansprüche und Kontrollwünsche zu unreifen und zwanghaft rigiden Formen, wie sie sich in entsprechenden Beziehungen zu Menschen und Dingen ausdrücken können.

### **Spezifische Aspekte des psychischen Funktionierens**

#### **4. Frustrationstoleranz**

Beschreibt die Fähigkeit, Spannungen und Unlust, die aus Konflikten zwischen als drängend erlebten Wünschen und inneren sowie äußeren Grenzsetzungen gegen diese resultieren, auszuhalten. Die Unterskala beschreibt verschiedene Wege, mit Frustrationen umzugehen – reichend von Toleranz und der Fähigkeit, mit Frustrationen zurechtzukommen, über reaktives Vermeiden (z.B. Ich-Einschränkungen) bis hin zur offenen Schwierigkeit, unangenehme Gefühle überhaupt zu ertragen.

#### **5. Impulskontrolle**

Beschreibt Wege, mit andrängenden Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen verschiedener Art umzugehen, und die Art, in der dieses Umgehen sich Handlung ausdrückt – reichend von einer reifen Balance zwischen Wünschen und Realität über eine unangemessene Betonung der „Sachzwänge“ auf Kosten der Wünsche bis hin zur manifesten Schwierigkeit, die Realität überhaupt bei der Verfolgung von Befriedigungen zu berücksichtigen.

#### **6. Regression im Dienste des Ichs**

Beschreibt die Fähigkeit, im Dienste des Ich zu regredieren – reichend von der befriedigenden Fähigkeit, das Realitätsprinzip zeitweise außer Kraft zu setzen, sei es spielerisch, freiwillig oder unter Kontrolle, bis hin zur Schwierigkeit, dies generell zu tun.

#### **7. Umgehen mit aggressiven Affekten**

Die Unterskalen reichen von einer adaptiven und zielgerichteten Einstellung über ungünstige aggressive Hemmungen bis hin zu impulsivem und destruktivem Verhalten.

### **Affektdifferenzierung in Bezug auf Erleben und Ausdruck**

#### **8. Alexithyme Züge**

Diese Unterskala reicht von einer guten Fähigkeit, gefühlsmäßige Aspekte und emotionale Zustände in subtiler und differenzierter Weise zu identifizieren, zu erleben und auszudrücken, bis hin zu großen Schwierigkeiten, hinsichtlich solcher Unterscheidungen und Ausdrucksmöglichkeiten.

### **9. Normopathische Züge**

Diese Unterskala reicht von der guten Fähigkeit, persönliche und individuelle Bedürfnisse und Wünsche aktiv auszudrücken, bis hin zur Unfähigkeit des Ausdrucks persönlicher Phantasien, der ersetzt wird durch das zwanghafte Festhalten an sozialen Konventionen.

## **Die Bedeutung des Körpers als Aspekt des Selbstwertgefühls**

### **10. Körper selbstwahrnehmung und ihre Bedeutung für den Selbstwert**

Schätzt die überdauernden bewussten und unbewussten Körperbilder der Probanden und ihre Bedeutung für den Selbstwert ein.

### **11. Wahrnehmung der körperlichen Funktion und ihrer Bedeutung für den Selbstwert**

Schätzt die überdauernden bewussten und unbewussten Bilder von Körperfunktionen und ihre Bedeutung für den Selbstwert beim Probanden ein.

### **12. Gegenwärtiges Körperbild**

Schätzt das aktuelle bewusste und unbewusste Bild vom eigenen Körper, der physischen Erscheinung und der körperlichen Funktionen und ihre Auswirkung auf den Selbstwert ein.

## **Sexualität**

### **13. Sexuelle Funktionen**

Schätzt die funktionellen sexuellen Möglichkeiten eines Probanden in Hinsicht auf sexuelle Aktivität mit einem Partner ein.

### **14. Sexuelle Zufriedenheit**

Schätzt sexuelles Interesse, Wünsche und Zufriedenheit in der Partnerbeziehung ein. Die Unterskala reicht von einer aktiven Einstellung gegenüber Sexualität hin zu stärkerer Hemmung und Passivität.

## **Die Individuelle Sicht der eigenen Bedeutung**

### **15. Gefühl von Zugehörigkeit**

### **16. Gefühl von Gebrauchtwerden**

### **17. Zugang zu Rat und Hilfe**

Diese drei Unterskalen schätzen die Fähigkeit eines Probanden ein, in soziale Beziehungen einzutreten, wobei es hier vor allem um die subjektive Erfahrungen dieser Fähigkeit, nicht um objektive Fakten geht.

## **Charakterorganisation**

### **18. Persönlichkeitsorganisation**

Schätzt den Grad der Differenzierung und Integrierung internalisierter Objektbeziehungen sowie habituelle Abwehrstrategien ein. Die Unterskala reicht von der neurotischen zur psychotischen Persönlichkeitsorganisation.

Jede Subskala ist unbedingt unabhängig zu beurteilen, da der Grad der Gestörtheit einer Person in den einzelnen Bereichen sehr unterschiedlich sein kann und sich auf den einzelnen Subskalen entsprechend verschieden darstellen kann

**Abb. 5:** Beispiel für eine KAPP – Unterskala

## **Die KAPP – Unterskala „Intimität und Bezogenheit“**

### **1. Intimität und Bezogenheit**

#### **Die Fähigkeit wechselseitige Beziehungen zu anderen herzustellen, aufrechtzuerhalten und zu vertiefen.**

**1. Kann langdauernde und wechselseitige, befriedigende Beziehungen eingehen. Die einzigartige Persönlichkeit des anderen wie auch seine emotionale und faktische Bedeutung sind wesentlich. Die Beziehungen können konflikthafte und ambivalente Aspekte enthalten.**

(Rücksicht auf den anderen trotz möglicher Probleme und Konflikte. Vorherrschender und andauernder Wunsch danach, die Bedürfnisse des anderen und nicht nur die eigenen zu befriedigen. Dieser Wunsch scheint manchmal zu fehlen, z.B. während Streitereien oder hitzigen Diskussionen, kehrt aber in Form von Wiedergutmachungswünschen und Schuldgefühlen sowie dem Bedürfnis, Dinge zu klären und eine Versöhnung zu erreichen, wieder.)

**2. Kann Beziehungen mit anderen eingehen, die haben aber einen anklammernden, fordernden oder einseitig bedürfnisbezogenen Charakter. Die emotionale und praktische Bedeutung des anderen ist von hervorragender Wichtigkeit, die Persönlichkeit des anderen erscheint sekundär (Teilobjektbeziehung). Dies bedeutet, dass der andere austauschbar erscheint und die Beziehung nicht wechselseitig ist.**

(Promisken und parasitäre Beziehungen mit einseitiger Ausbeutung. Die Persönlichkeit und die Bedürfnisse des anderen werden zum Teil verstanden, aber die Sorge für den anderen ist eher gering und wird den eigenen Bedürfnissen untergeordnet. Die Beziehung ist austauschbar, Hauptzweck ist die Befriedigung eigener Bedürfnisse. Wenn der andere nicht länger in der Lage ist, diese zu befriedigen, wird er zurückgewiesen oder durch jemand anderen ersetzt. Der andere wird als Trophäe oder Errungenschaft verwendet, die der Erhöhung des eigenen Selbstwertes und der eigenen Sicherheit dient, d.h. der Partner ist ein Statussymbol, eine „Plombe“.)

**3. Kann keine dauerhaften Beziehungen wechselseitiger Bezogenheit herstellen oder hat erhebliche Schwierigkeiten damit.**

(Zum Beispiel ernsthafte Probleme, andere als Individuen mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu sehen. Mangel an Sorge für andere. Was als Sorge für andere erscheint, ist wesentlich Ausdruck von Verlustangst. Andere Menschen werden zu Instrumenten der Befriedigung eigener Wünsche. Offene Schwierigkeit in der Herstellung von Beziehungen mit anderen außer den Primärobjekten (z.B. Eltern). Erwachsene Wechselseitigkeit in Beziehungen fehlt, z.B. ein erwachsener Sohn, der bei seinen Eltern lebt und sie als Dienstleistende nutzt und der niemals eine tiefere Beziehung außerhalb der Familie hatte. Mögliche Beziehungen außerhalb der Familie sind oft durch Kälte, Distanz und Vermeidung von emotionalem Engagement und Intimität gekennzeichnet. Schizoide, pathologisch narzisstische, antisoziale, „psychopathische“ und psychotische Beziehungsweisen.)

Wie bei vergleichbaren psychodynamischen Interviews werden beim KAPP-Interview alle verbalen Äußerungen, aber auch das nonverbale Verhalten des Patienten, zur Einschätzung genutzt. Das KAPP orientiert sich an Kernbergs strukturellem Interview und ist stark auf das augenblickliche Funktionsniveau einer Person bezogen. Besondere Bedeutung hat dabei die Manifestation der Charakterzüge, wie sie sich in der Beziehung zum Interviewer ergibt. Weinryb weist ausdrücklich darauf hin, dass ein intensives Training und klinische Erfahrungen in psychodynamischer Psychotherapie zwar notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen für ein gutes KAPP-Interview sind (Weinryb et al., 83). So würden Gegenübertragungsreaktionen des Interviewers häufig

dazu führen, dass bestimmte Bereiche nicht ausreichend erfragt würden. Klärendes Nachfragen und ggf. auch die behutsame Konfrontation mit Widersprüchen ist unerlässlich, um ein klares Bild über die Erlebens- und Verhaltensweise einer Person zu erlangen.

Reliabilitätsstudien ergaben eine ausreichend gute Interrater-Übereinstimmung, wobei sich eine umfassendere psychodynamische Ausbildung positiv auswirkte. Hinsichtlich einzelner Aspekte der Konstruktvalidität ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen Beurteilungen anhand der KAPP sowie Beurteilungen anhand projektiver Tests ( $r = 0,33$  bis  $0,82$ ; Median =  $0,61$ ). Hinsichtlich der diskriminanten Validität wurde in einer Studie überprüft, ob das KAPP zwischen Patienten mit und ohne psychiatrischer Störung unterscheiden kann. Dabei zeigte sich, dass alle neun Patienten, bei denen eine psychiatrische Diagnose gestellt worden war, höhere Werte auf allen KAPP-Unterskalen hatten.

In einer Katamnese studie wurde die Zeitstabilität der KAPP-Werte an einer Stichprobe von 65 Patienten untersucht, die sich zwischenzeitlich einer Operation unterzogen hatten. Trotz dieses einschneidenden Lebensereignisses ergaben sich hohe Korrelationen zwischen den Werten zum präoperativen bzw. zum Katamnesezeitpunkt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das KAPP die Einschätzung stabiler Charaktermerkmale ermöglicht (Weinryb et al. 1992b).

### **4.3 Skalen psychischer Kompetenz - SPK**

Die Arbeitsgruppe um Wallerstein entwickelte die Scales of Psychological Capacities (SPC) (Wallerstein 1991) mit dem Ziel, die psychische Struktur eines Menschen, insbesondere aber auch deren Veränderung im Verlauf oder nach einer Psychotherapie, differenziert erfassen zu können. 2006 erschien die deutsche Fassung. Als halbstandardisiertes Fremdbeurteilungs-Messinstrument beruhen die SPK auf der Exploration von „Kernelementen psychischen Funktionierens“ (Huber et. al. 2006, 20). Anhand von 17 Skalen mit insgesamt 35 Subdimensionen soll die Struktur einer Person anhand ihrer „funktionalen Kompetenzen“ (Wallerstein et. al. 2001, 6) in wichtigen sozialen Situati-

onen erfasst werden. Diese Situationen sind so gewählt, dass sie die entsprechenden Strukturanteile eines Patienten erkennbar werden lassen.

Die **Hauptskalen** beinhalten die Themenbereiche

- Hoffnung,
- Lebensfreude,
- Zuweisung von Verantwortlichkeit,
- Flexibilität,
- Beharrlichkeit,
- Bindung an Normen und Werte,
- Bindung in Beziehungen,
- Gegenseitigkeit,
- Vertrauen,
- Empathie,
- Affektregulation,
- Impulsregulation,
- Umgang mit sexueller Erfahrung,
- Selbstbehauptung,
- Sich auf sich und andere verlassen können,
- Selbstachtung und Selbstkohärenz.

Die jeweiligen Subdimensionen bilden Pole von enthemmtem versus gehemmtem Funktionieren. Als Beispiel sind die Beurteilungskriterien für eine Unterskala aufgeführt. Auf die jeweils angegebenen Ankerbeispiele wurde dabei verzichtet.

**Abb. 6:** Beurteilungskriterien für die Subskala 5 „Beharrlichkeit“ mit den Polen „Verbohrtheit“ vs. „Aufgeben“.

### **Beurteilungskriterien für die Unterskala „Beharrlichkeit“**

#### **A. Vom Akzeptieren eigener Grenzen bis zu „Verbohrtheit“**

**0.** Ist fähig, Grenzen der Machbarkeit zu akzeptieren, und fühlt sich nicht getrieben, eigene Grenzen zu überschreiten.

**1.** In manchen Situationen werden eigene Grenzen überschritten. Kann dann zwar unter dysphorischem Affekt leiden, ist aber in der Lage, schnell genug ihre Grenzen zu akzeptieren, so dass die adaptiven Funktionen kaum beeinträchtigt sind.

**2.** Überschreitet eindeutig die eigenen Grenzen, ist aber in der Lage, sie wieder zu akzeptieren. Manchmal braucht die Person dazu die Konfrontation oder deutliche Unterstützung durch andere. Ärger, Depression oder andere dysphorische Affekte begleiten die Wahrnehmung der Kluft zwischen dem Angestrebten und dem Geleisteten.

#### **B. Von der Fähigkeit, an etwas festzuhalten, bis zur Fähigkeit, etwas aufzugeben**

**0.** Ist fähig, an eigenen Zielen angesichts innerer und äußerer Widerstände festzuhalten, auch wenn die Versuchung zu Aufgeben besteht.

**1.** Ist im Allgemeinen in der Lage, angesichts innerer oder äußerer Widerstände eigene Ziele zu verfolgen. Wird zuweilen entmutigt und ist versucht, aufzugeben. Kann aber mit nur minimaler Beeinträchtigung des Funktionierens ihre Aktivität zurückgewinnen.

**2.** Tendiert dazu, angesichts von Widerständen aufzugeben. Der Rückzug beeinträchtigt das Funktionieren. Mit Ermutigung in der Lage, unter beträchtlicher Anstrengung neu zu beginnen.

**3.** Gibt angesichts von Widerständen auf, so dass das Funktionieren ernsthaft beeinträchtigt ist.

Dabei können sich beide Ausprägungen als Abweichungen vom optimalen Funktionsniveau nebeneinander zeigen. Zwei Skalen enthalten jeweils drei Subskalen, eine dagegen nur eine Unterskala. Jede Subskala beinhaltet spezifische Fragen, die zwar nicht wörtlich, jedoch inhaltlich entsprechend gestellt werden sollten. Jede der Subskalen wird auf einer 7-Punkte-Skala geratet. Dabei bedeutet der Skalenwert 0 eine normale Ausprägung, der Skalenwert 3, der in 0,5-Punkt-Schritten erreicht werden kann eine erhebliche Abweichung i.S. einer schweren Störung in diesem Bereich. Um die Einschätzung sicherer zu machen, finden sich Ankerbeispiele für die ganzen Skalenwerte.

Huber u. Klug (2000) konnten in einer breit angelegten Studie die Reliabilität und Validität der Skalen psychischer Kompetenz nachweisen. Eine ausreichend hohe Reliabilität ergab sich in mehreren Studien, ebenso konnte die inhaltliche, diskriminante und konvergente Validität nachgewiesen werden (Huber et. al. 2000, 24). Besonders vorteilhaft hinsichtlich des praktischen Gebrauchs sehen die Autoren auch die gute Akzeptanz die-

ses umfangreichen Messinstruments durch Patienten an. Es ergeben sich zahlreiche und differenzierte Informationen, die für die Planung und Durchführung einer Therapie nutzbar sind. Auch in leichteren Fällen ist eine ausreichend sichere Diskriminierung möglich. Normwerte liegen noch nicht vor. Die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) weisen sowohl inhaltlich als auch formell eine starke Ähnlichkeit zum STIPO-D auf.

#### **4.4 Die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik – OPD-2**

1992 nahm der Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) seine Arbeit auf. Sein Ziel war es, der deskriptiv phänomenologischen Diagnostik von ICD-10 und DSM IV eine psychodynamische Herangehensweise zur Seite zu stellen. Es entstand ein semistrukturiertes diagnostisches Instrument, das fünf Skalen umfasst. Sie sollen in der überarbeiteten Fassung der OPD-2 (2006) im Folgenden kurz beschrieben werden.

##### **Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**

Diese Achse besteht aus 19 Einzelitems, die vier Dimensionen zugeordnet sind: Schweregrad des somatischen bzw. psychischen Befundes, Leidensdruck bzw. Beschwerdeerleben, Behandlungserwartungen und Bereitschaft, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen sowie individuelle Ressourcen.

##### **Achse II – Beziehung**

Hier werden dysfunktionale Beziehungsmuster anhand von erfragten Beziehungsepisoden eingeschätzt. Konzeptuell folgt man damit der Tradition interpersoneller Kreismodelle (Leary 1957), wie sie auch in der „Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)“ von Benjamin (1974, 1993) enthalten sind. Die Strukturachse besteht aus insgesamt 30 Items, die interpersonelles Verhalten beschreiben. Sie sind zur Hälfte auf einem aktiven und zur anderen Hälfte auf einem reaktiven Kreis angeordnet. Damit besteht das Kreismodell der OPD-2 ebenfalls aus einer Affiliationsachse und einer Kontrollachse. Das interpersonelle Verhalten des Probanden wird aus vier unterschiedlichen Perspektiven beurteilt: der Selbst- und der Objektwahrnehmung des Subjekts sowie den entsprechenden Perspektiven des Gegenübers bzw. des Untersuchers. Für die jeweilige

Perspektive werden die drei bedeutsamsten Items ausgewählt und daraus wird eine beziehungs-dynamische Beschreibung formuliert.

### **Achse III – Konflikt**

Diese Achse beschreibt sieben Konflikte, die sich jeweils in einem aktiven, einem passiven oder einem gemischten Modus manifestieren können: Abhängigkeit versus Autonomie, Unterwerfung versus Kontrolle, Versorgung versus Autarkie, Selbstwertkonflikte, Identitätskonflikte sowie eine eingeschränkte/abgewehrte Konflikt- und Gefühls-wahrnehmung sowie konflikthafte Lebensbelastungen i.S. eines Aktualkonflikts. Die Lebensbereiche Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Beziehungen, Beruf, Besitz, Körper/Krankheit werden mit Hilfe des OPD-2-Manuals dahingehend überprüft, ob der vermutete Konflikt vorliegt. Abschließend werden alle Konflikte auf einer vierstufigen Skala geratet, danach werden die zwei wichtigsten Konflikte und der dazugehörige Modus ausgewählt.

### **Achse IV – Struktur**

Die OPD-2 bemüht sich darum, bestehende psychodynamische Strukturkonzepte zu integrieren. Dabei verzichtet sie weitgehend darauf, psychoanalytische Begriffe zu verwenden und erfasst stattdessen das Verhalten und Erleben von Patienten möglichst beobachtungsnah. Dabei sind folgende Konstrukte, die Rückschlüsse auf die Persönlichkeitsstruktur ermöglichen, von Bedeutung:

Das Selbst mit seiner reflexiven Funktion (Selbstreflexion, durch die Entwicklung einer stabilen Identität erst ermöglicht wird), seiner Fähigkeit zur Selbstbewertung (Selbstwert), seiner integrativen und regulativen Funktion (Affektregulation, Impulssteuerung, Selbstwertregulation), wobei die Verfügbarkeit einer flexiblen Abwehr und eines internalisierten Normensystems eine notwendige Voraussetzung eines gut funktionierenden Regulationsprozesses ist. Hinzu kommen die durch Beziehungserfahrungen in Kombination mit Internalisierungsprozessen entstandenen Objektrepräsentanzen. Dabei ist es für die Selbststeuerung und Affektregulierung, besonderes für die Selbstberuhigung und Selbsttröstung, wichtig, auf ausreichend gute Objektrepräsentanzen zurückgreifen zu können.

Alle Aspekte des Selbst finden ihre Entsprechung in der Beziehung zu den Objekten. Entsprechend der reflexiven Wahrnehmung des Selbst kann die realistische Wahrnehmung der Objekte gesehen werden. Daraus erwachsen die sichere Differenzierungsfähigkeit von Selbst und Objekt und die Akzeptanz, dass die Objekte eine eigene Realität besitzen. Die Entsprechung zur Selbststeuerung ist demnach die Fähigkeit, Beziehungen so zu gestalten, dass eigene und fremde Interessen berücksichtigt und eine Beziehung vor Belastungen (störenden Impulsen und Affekten) geschützt werden kann. Da andere Personen als abgegrenzte Objekte gesehen werden, ist Kommunikation notwendig. Zu ihrem Gelingen ist Empathie eine wesentliche Voraussetzung.

Demzufolge beschreibt die Achse IV der OPD-2 Struktur auf vier Dimensionen, wobei jeweils zwischen dem Bezug zum Selbst und zu den Objekten unterschieden wird:

#### **Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung**

Fähigkeit, sich selbstreflexiv wahrzunehmen

Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen

#### **Steuerung des Selbst und der Beziehungen**

Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert zu regulieren

Fähigkeit, den Bezug zum anderen regulieren zu können

#### **Emotionale Kommunikation nach innen und außen**

Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten und Phantasien

Fähigkeit, zur Kommunikation mit anderen

#### **Innere Bindung und äußere Beziehung**

Fähigkeit, gute innere Objekte zur Selbstregulierung zu nutzen

Fähigkeit, sich zu binden und sich zu lösen

Jede Dimension wird daraufhin beurteilt, welchem Strukturniveau sie zuzuordnen ist. Nach Kernberg (2000) werden vier verschiedene Niveaus, nämlich ein gutes, ein mäßiges, ein geringes und ein desintegriertes Strukturniveau unterschieden. Beispielfähig sollen hier die Operationalisierungen für die vier Strukturniveaus des Konstrukts „Identität“ als ein Teilbereich der kognitiven Fähigkeit „Selbstwahrnehmung“ dargestellt werden:

**Tab. 1:** Operationalisierungen des Konstrukts „Identität“ auf den unterschiedlichen Strukturniveaus

---

**1.1 Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung**

---

**1.3 Identität**

---

<b>Gut integriert</b>	<b>Mäßig integriert</b>	<b>Gering integriert</b>	<b>Desintegriert</b>
Patient verfügt über ein Selbstbild, das über die Zeit hinweg konstant und kohärent erscheint und eine eindeutige psychosexuelle Identität erkennen lässt.	Situations- und stimulationsabhängige Einbrüche und Wechsel im Selbstbild.	In unterschiedlichen Zeiten und Situationen treten unterschiedliche Selbstaspekte in den Vordergrund; das Gefühl einer konstanten psychosexuellen und sozialen Ausrichtung im Sinne einer Identität ist nicht verfügbar.	Weitgehendes Fehlen einer differenzierten psychosozialen und sexuellen Identität zugunsten verzerrter oder klischeehafter Eigenschaftszuschreibungen, u.U. wahnhaftige Identitätsaspekte.

---

Anhand der Operationalisierungen, die für insgesamt 24 Konstrukte erarbeitet wurden, erfolgt die Einschätzung des Strukturniveaus. Diese Strukturniveaus sind für die Einschätzung jeweils halbschrittig unterteilt, so dass es insgesamt sieben Abstufungen des Funktionsniveaus gibt. Abschließend wird eine Gesamteinschätzung vorgenommen. Die Strukturachse wurde inzwischen ausführlich validiert (Arbeitskreis OPD 2006, Benecke et al. 2009). Sie zeigt im Vergleich der Achsen die beste Interrater-Reliabilität. Ergänzend zur ICD-10, die phänomenologisch ausgerichtet ist, wird sie zur Diagnostik, Therapieplanung und Verlaufskontrolle eingesetzt.

**Achse V – Psychische und psychosomatische Störungen**

In dieser letzten Achse der OPD-2 werden die Diagnosen nach ICD 10 bzw. DSM-IV, wie sie z.B. mit Hilfe des SKID-I und -II festgestellt wurden, festgehalten.

**4.5 Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation - STIPO-D**

Das bereits beschriebene Strukturelle Interview von Kernberg stellt einerseits ein sehr elegantes Instrument zur Strukturdiagnostik und zur Therapieplanung dar, andererseits erfordert es umfassende klinische Erfahrung, ist schwer zu erlernen und lässt sich wissenschaftlich aufgrund der fehlenden Operationalisierung nicht verwenden (vgl. Buchheim et al. 2006). Im Rahmen einer Studie zur empirischen Überprüfung von strukturel-

len Veränderungen im Verlauf von Kernbergs Übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP) zur Behandlung der Borderline-Störung, erarbeiteten Clarkin und Mitarbeiter 2003 deshalb das Structured Interview of Personality Organisation - STIPO (Clarkin et al. 2004), das die klinisch-theoretischen Konzepte Kernbergs zur Strukturdiagnostik erfasst und operationalisiert. Geplant war vor allem der Einsatz in der Therapieforschung. Das STIPO stellt die Umwandlung der Inhalte des Strukturellen Interviews in eine strukturierte Form dar und ist im Gegensatz zum Strukturierten Interview gut erlernbar, reproduzierbar und quantifizierbar. Inzwischen wurden Validierungsstudien für die englischsprachige Version durchgeführt (Hörz 2007, Stern et al. 2009). 2004 wurde von Doering et al. die deutsche Übersetzung vorgelegt. Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation – STIPO-D wurde inzwischen mehrfach in wissenschaftlichen Studien zur Strukturdiagnostik eingesetzt.

Das STIPO-D ist als semistrukturiertes Interview konzipiert. Es basiert auf Kernbergs Konzepten zur Persönlichkeitsstruktur und ermöglicht sowohl eine strukturelle als auch eine dimensionale Einschätzung der Persönlichkeit. Im STIPO-D wird zwischen sechs Persönlichkeitsorganisationen unterschieden: „normal“, „neurotisch 1“, „neurotisch 2“, „Borderline 1“, „Borderline 2“ und „Borderline 3“. Damit soll das frühere „hohe Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ nun sowohl dem Niveau „Borderline 1“ als auch dem Niveau „Borderline 2“ zuzuordnen sein (Sold u. Thobaben 2007).

Das STIPO-D umfasst 100 Items, mit denen die folgenden sieben Dimensionen exploriert werden: Identität (30 Items), Objektbeziehungen (22 Items), Primitive Abwehr (11 Items), Coping/Rigidität (10 Items), Aggression (12 Items), Wertvorstellungen (8 Items) sowie Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen (7 Items). Es wird darauf verzichtet, eine aktuelle oder frühere Symptomatik einer psychischen Erkrankung zu erfassen. Die Autoren empfehlen deshalb ergänzend andere Instrumente wie z.B. das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und -II, Wittchen et al. 1997) einzusetzen. Da das STIPO-D insbesondere Objektbeziehungen fokussiert, um repetitive und deshalb strukturgebundene Merkmale der Selbst- und Objektwahrnehmung zu erfassen, kann das Interview zur Persönlichkeitsorganisation (IPO, Clarkin et al. 1998) als Screening-Fragebogen vor dem STIPO eingesetzt werden.

**Tab. 2:** Die Dimensionen und Subdimensionen des STIPO-D

<b>IDENTITÄT</b>
Engagements
Selbstwahrnehmung
Kohärenz und Kontinuität
Selbstbeurteilung
Objektwahrnehmung
<b>OBJEKTBEZIEHUNGEN</b>
Zwischenmenschliche Beziehungen
Partnerschaften und Sexualität
Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen
<b>PRIMITIVE ABWEHR</b>
<b>COPING/RIGIDITÄT</b>
<b>AGGRESSION GESAMTRATING</b>
Selbstgerichtete Aggression
Fremdgerichtete Aggression
<b>WERTVORSTELLUNGEN</b>
<b>REALITÄTSKONTROLLE UND WAHRNEHMUNGSVERZERRUNGEN</b>

### **Konstrukte des STIPO-D**

Hauptziel des STIPO-D ist die „Strukturdiagnose“ eines Patienten. Gemeint ist hier die kategoriale Einschätzung der Persönlichkeitsorganisation auf der „Grundlage der drei Schlüsselfunktionen des Ich: Identitätsorganisation, Abwehrmechanismen und Realitätsprüfung“ (Handbuch des STIPO-D, S. III). Diese drei Konstrukte bestimmen im wesentlichen die Strukturdiagnose, die die innere und äußere Erfahrungswelt einer Person spiegelt und auch Korrelate ihres Verhaltens enthält. So haben Patienten auf normalem und neurotischem Niveau eine integrierte Identität, eine stabil erhaltene Realitätsprüfung und wenden reife Abwehrmechanismen an. Dagegen haben Patienten auf Borderline-Niveau keine integrierte Identität, sie setzen überwiegend primitive Abwehrmechanismen ein und verfügen über eine wechselnde Realitätsprüfung. Patienten, die unter psychotischen Symptomen leiden, zeigen ebenso eine Identitätsdiffusion sowie eine dauerhafte Beeinträchtigung der Realitätsprüfung.

### **Dimensionen der Persönlichkeit im STIPO-D**

**Identität** ist ein zentrales Konstrukt der Persönlichkeit und meint sowohl die Organisation als auch die Inhalte der inneren Welt einer Person. Verfügt sie über eine integrierte und stabile innere Erfahrung vom Selbst und vom anderen, so führt dies zu einem ganzheitlichen Selbstbild. Sowohl das Selbst als auch andere können tiefgehend und diffe-

renziert wahrgenommen werden. Die Repräsentanzen haben die Qualität „ganzer Objekte“ und sind über die Zeit relativ stabil. Liegt dagegen eine Identitätsdiffusion vor, so werden sowohl das Selbst als auch andere einseitig, widersprüchlich und oberflächlich wahrgenommen. Darüber hinaus sind die Repräsentanzen instabil und haben die Qualität von „Teilobjekten“.

Das STIPO-D erfasst Identität auf der Verhaltensebene durch das Engagement einer Person in Arbeit, Lernen und Freizeitaktivitäten sowie dem Ausmaß der Integration und Stabilität der Selbstwahrnehmung und der Selbstwertregulation. Darüber hinaus wird die Fähigkeit zur Wahrnehmung anderer, ihre Integration und Stabilität, sowie die Fähigkeit zur differenzierten Einschätzung anderer einschließlich ihres Fühlens und Denkens erfasst. Eine gering integrierte Identität ist ein wesentliches Kriterium zur Unterscheidung zwischen einem Borderline- und einem neurotischen Organisationsniveau.

**Coping und Rigidität** – Abwehrmechanismen beschreiben habituelle Reaktionen, die eine Person einsetzt, um sich vor Angst zu schützen. Dabei wird zwischen reifen (z.B. Unterdrückung, Antizipation) und neurotischen Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung, Intellektualisierung, Reaktionsbildung und Verschiebung) unterschieden. Psychisch gesunde Menschen nutzen überwiegend reife Abwehrmechanismen; neurotische Menschen zeigen eher eine neurotische Abwehr, die rigider ist und ihrerseits zu psychischen Belastungen führt.

Coping bezeichnet die Fähigkeit, flexibel auf belastende Situationen zu reagieren, sich den Belastungen anzupassen und dadurch den Distress zu reduzieren. Rigidität beschreibt dagegen die Neigung, belastenden Situationen durchgehend in ähnlicher Weise zu begegnen. Dies lässt auf eine charakterliche Rigidität schließen, die ihrerseits Distress verursacht. Sowohl Coping als auch Rigidität werden vom STIPO-D erfasst, indem z.B. der Umgang eines Individuums mit herausfordernden Situationen erfragt wird. Ebenso wird erfragt, inwieweit eine Person in der Lage ist, unkontrollierte Situationen zu tolerieren.

**Primitive Abwehrmechanismen** – Darunter werden Abwehrmechanismen wie Spaltung, Idealisierung/Entwertung, primitive Verleugnung, projektive Identifizierung, So-

matisierung und Fantasiebildung verstanden, die das STIPO-D durch das Erfragen von bewussten, subjektiv affektiven, kognitiven und verhaltensmäßigen Korrelaten erfasst.

**Realitätsprüfung** – Eine zuverlässige Realitätsprüfung bezeichnet die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Welt sicher unterscheiden zu können. Dabei geht es um die Abgrenzung und das Verhältnis des Selbst zur Außenwelt, d.h. sowohl zur interpersonellen Welt als auch zur Welt der unbelebten Objekte. Kernberg definiert den Begriff der Realitätsprüfung folgendermaßen: „Die Realitätsprüfung definiert sich durch die Fähigkeit, das Selbst vom Nicht-Selbst und intrapsychische Wahrnehmungen und Reize von solchen äußeren Ursprungs zu unterscheiden, und die Fähigkeit, eigenen Affekt, eigenes Verhalten und den eigenen Gedankeninhalt im Hinblick auf übliche soziale Normen realistisch einzuschätzen.“ (Kernberg 2006, 36). Eine vorübergehende bzw. leicht eingeschränkte Realitätsprüfung ist bei Personen mit einem Borderline-Strukturturniveau möglich. Bei Patienten, die an einer atypischen, einer schizophrenen oder paranoiden Psychose oder aber an schweren affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen leiden, findet sich dagegen regelhaft eine solche Einschränkung der Fähigkeit zur adäquaten Realitätsprüfung. So kommt es bei diesen Patienten zu wahnhaftem und halluzinatorischem Erleben, einer Beschäftigung mit übernatürlichem und magischem Gedankengut sowie einer wahnhaften Fixierung auf hypochondrische Inhalte.

Das STIPO-D erfasst dieses Konstrukt durch die Exploration der Erfahrung der inneren und äußeren Realität und dem Verstehen der sozialen Bedeutung für andere, sowie der Wahrnehmung von Körpersensationen, von Depersonalisationserleben, der Erfahrung innerer und äußerer Realität sowie das Verstehen der eigenen sozialen Bedeutung für andere.

**Qualität der Objektbeziehungen** – Dieses Konstrukt bezieht sich einerseits darauf, wie eine Person die Beziehungen zu anderen Personen gestaltet, andererseits aber auch auf die Art und Weise, wie sie die Interaktionen zwischen sich und anderen innerlich erlebt.

Im STIPO-D wird diese Dimension anhand der Natur und Stabilität interpersonaler und intimer Beziehung, der Fähigkeit, Zärtlichkeit mit Erotik zu verbinden, der Tendenz, Beziehungen unter dem Aspekt der eigenen Bedürfnisbefriedigung zu sehen und der Fähigkeit, sich dauerhaft auf andere einzulassen.

**Aggressionen** – Hier geht es darum festzustellen, in welchem Ausmaß das innere Erleben und das beobachtbare Verhalten einer Person von Aggressionen bzw. der dagegen eingesetzten Abwehrmechanismen dominiert wird.

Im STIPO-D wird Aggression erfasst, indem selbstzerstörerisches Verhalten, Sadismus, omnipotente Kontrolle über andere und Hass gegenüber einer anderen Person exploriert werden. Es wird davon ausgegangen, dass ein erhöhtes Maß an Aggression mit primitiven Abwehrmechanismen und Defiziten in der Objektbeziehung einhergeht.

**Wertvorstellungen** – In diesem Kontext werden darunter internalisierte stabile Werte und Moralvorstellungen verstanden, die das innere Erleben einer Person beeinflussen und sie wesentlich in ihrem Verhalten steuern.

Im STIPO-D werden sie erfasst, indem das Verhalten einer Person in ethischen Entscheidungssituationen, aber auch ihre Fähigkeit zum Schulterleben exploriert wird.

### **Durchführung und Auswertung des STIPO**

Anhand von Vorhandensein, Häufigkeit des Auftretens und Ausprägungsgrad bestimmter Strukturaspekte ordnet der Untersucher während des Interviews die Einzelitems einer jeweiligen Unterskala zu, die von einem Score 0 bis zu einem Score 2 bzw. 3 reicht. Dabei entspricht 0 einem relativ gesunden Verhalten oder Erleben, 1 steht für eine mittlere Ausprägung der Pathologie und 2 beschreibt ein starkes Ausmaß dysfunktionalen Verhaltens oder Erlebens in dem explorierten Bereich. Mit Hilfe von Ankerbeispielen für jedes Item soll die Zuordnung erleichtert und die Reliabilität verbessert werden. Geht es z.B. darum, Score 1 von Score 2 zu unterscheiden, sollen Häufigkeit, Intensität, Schwere und das Vorhandensein in verschiedenen Bereichen eingeschätzt werden.

**Abb. 7:** Item 53 des STIPO-D

**53.**

Neigen Sie dazu, persönliche Informationen anderen vorzuenthalten?

*Primitive Projektion*

Würden Sie sich als jemanden ansehen, der sehr darauf aufpasst, was andere über Sie wissen; würden Sie sich als „vorsichtig“ bezeichnen?

Sind Sie jemand, der anderen gegenüber misstrauisch ist, sich viel mit den Motiven anderer Menschen beschäftigt und eventuell Angst hat, dass andere ihn ausnutzen oder verletzen, wenn er sich nicht gut schützt?

Wenn ja:

Können Sie mir beschreiben, in welcher Weise Sie dazu neigen, vorsichtig oder misstrauisch zu sein?

Liegt das daran, dass Sie fürchten, andere Menschen könnten Sie manipulieren oder die Informationen gegen Sie verwenden?

Ist diese Vorsicht in allen oder den meisten ihrer Beziehungen vorhanden, oder würden Sie sagen, dass es einige Beziehungen gibt, in denen dies nicht der Fall ist, wo sie offener und weniger misstrauisch sind?

- 0= *Sieht sich selbst wenig bis gar nicht als ungewöhnlich vorsichtig; Ängste, persönliche Informationen könnten gegen einen verwendet werden, sind selten und angemessen*
- 1= *Ein gewisses Unwohlsein mit Enthüllung und Offenheit in solchen Beziehungen, wo man üblicherweise unbesorgt und unvorsichtig ist, z.B. mit Geschwistern, Ehepartner, Kindern; möglicherweise beschränkt auf bestimmte Beziehungen; die Motivation dafür kann auch in der Angst davor liegen, beurteilt zu werden*
- 2= *Deutliches bis starkes und durchgängiges Misstrauen anderen gegenüber; schwere Probleme dabei, sich anderen gegenüber zu öffnen und persönliche Informationen zu offenbaren; dies geschieht möglicherweise aus der Angst heraus, diese Information könnte gegen einen verwendet werden; 2 soll auch dann geratet werden, wenn eine deutliche bis starke Vorsicht besteht, ohne dass die Angst vorliegt, Informationen könnten gegen einen verwendet werden*
- 3= *Sehr oberflächliche Antwort; die Antwort ist eindeutig inhaltlich inkonsistent und schlecht integriert; kann die Frage nicht verstehen bzw. sie reflektieren, beantwortet die Frage nicht oder inkohärent*

Ein Score von 3 wird dann vergeben, wenn eine Person die Frage gar nicht oder in inkohärenter, sehr oberflächlicher oder inhaltlich inkonsistenter Weise beantwortet hat.

**Abb. 8:** Item 47 des STIPO-D

- 47.** Kennen Sie die Erfahrung, dass Sie überrascht und enttäuscht sind, wenn andere Menschen Ihre Bedeutung und Ihren Status offenbar nicht erkennen, oder Sie wie jeden anderen behandeln anstatt Ihnen den Respekt zukommen zu lassen, der Ihnen zusteht?
- IAMB -  
Anspruchs-  
denken 1*
- Wenn ja:
- Können Sie ein Beispiel aus der letzten Zeit nennen, wo Sie sich in dieser Weise überrascht und enttäuscht gefühlt haben?
- Geschieht das häufig und regelmäßig?
- Passiert dies mit verschiedenen Menschen oder nur in bestimmten Beziehungen?
- 0= *Macht selten die Erfahrung, sich in dieser Weise respektlos behandelt zu fühlen; eine derartige Erfahrung ruft nur geringe Überraschung oder Enttäuschung hervor, die nicht lange anhält*
- 1= *Erlebt gelegentlich Respektlosigkeit im beschriebenen Sinne, die aber möglicherweise auf einzelne Beziehungen beschränkt ist*
- 2= *Erlebt häufig einen Mangel an Höflichkeit oder Respekt; dies tritt in vielen Beziehungen auf; reagiert schockiert oder mit Ärger, schwerer Enttäuschung, diese Gefühle bleiben dauerhaft bestehen*

Entfällt eine Frage bei einer Person, weil sie nicht relevant ist (z.B. bei längerfristiger Arbeitslosigkeit oder dem Fehlen freundschaftlicher oder partnerschaftlicher Beziehungen), so wird der Score 9 vergeben.

**Abb. 9:** Item 70 des STIPO-D

- 70.** Wenn Sie zu Hause, am Arbeitsplatz oder in der Schule mit einer Aufgabe oder einem Projekt beschäftigt sind, bleiben Sie dann dabei, bis es abgeschlossen ist?
- Wechsel zwischen mehreren Aufgaben*
- Fällt es Ihnen schwer, eine Arbeit zu unterbrechen; sind Sie ein Mensch, der keine Ruhe findet, bevor eine Arbeit abgeschlossen ist?
- Sind Sie besorgt oder fühlen Sie sich unwohl, wenn Sie etwas unabgeschlossen zur Seite legen?
- Macht es Ihnen die Konzentration auf eine Aufgabe oder Arbeit schwer, sich gleichzeitig um andere Dinge zu kümmern, die Sie ebenfalls tun sollten? Müssen Sie beispielsweise eine Aufgabe erst ganz beendet haben, bevor Sie zu einer anderen übergehen können, oder beunruhigt es Sie, zu einer anderen Aufgabe überzugehen, wenn eine noch unabgeschlossen daliegt?
- Wenn etwas davon zutrifft:
- Wie schwer fällt es Ihnen, so von Aufgabe zu Aufgabe zu wechseln?
- Stellt dies ein Problem in Ihrem Leben dar?
- 0= *Keine Schwierigkeiten, von Aufgabe zu Aufgabe zu wechseln; kann mit minimaler Beunruhigung eine Aufgabe unabgeschlossen lassen*
- 1= *Eine gewisse Schwierigkeit, zwischen unabgeschlossenen Aufgaben zu wechseln; möglicherweise Angst beim Liegenlassen einer unabgeschlossenen Arbeit oder beim Wechsel zu einer anderen Aufgabe, bevor die erste abgeschlossen ist, dies geschieht jedoch im Allgemeinen im Rahmen eines adaptiven Coping*
- 2= *Deutliche bis ausgeprägte Probleme beim Wechseln zwischen unabgeschlossenen Aufgaben, auch wenn solcher Wechsel unvermeidbar ist; das Wechseln zwischen unabgeschlossenen Aufgaben erzeugt beträchtliche Angstgefühle; es entstehen Konsequenzen aus diesem Zug, z.B. Unfähigkeit, Aufgaben überhaupt zeitgerecht zu beenden*
- 9= *Nicht anwendbar, da die/der Untersuchte keine Situationen erlebt, in denen derartige Anforderungen gestellt werden (z.B. keine Arbeit, Schule oder ähnliches)*

Darüber hinaus sind manche Items mit zusätzlichen Hinweisen, Anmerkungen oder Anweisungen zum Rating oder auch speziell auf die jeweilige Frage ausgerichteten Ergänzungen versehen, die Hilfen geben, Inhalte noch expliziter zu erfragen.

Jede der sieben Dimensionen ist weiter untergliedert in Subskalen (z. B. die Skala Objektbeziehungen in A. Zwischenmenschliche Beziehungen, B. Partnerschaft und Sexualität und C. Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen). Nach der Exploration dieser Teilbereiche soll für jeden Bereich ein Rating auf einer 5-Punkt-Skala erfolgen. Die Skalen umfassen einen Bereich zwischen fehlender bis zu stark ausgeprägter Pathologie. Hierzu finden sich im Auswertungsbogen nähere Erläuterungen, die die Zuordnung in den jeweils zutreffendsten Score erleichtern sollen. Anschließend wird auch die übergeord-

nete Dimension anhand einer 5-Punkt-Skala geratet, sodass sich jeweils ein Gesamtrating ergibt.

Die erhobenen Daten werden in eine Tabelle eingetragen und durch Bildung des Mittelwertes aus den Ratings (0-2) der Einzelitems können zusätzlich die arithmetischen Werte errechnet und in das Persönlichkeitsprofil eingetragen werden.

**Abb.10:** Matrix zur Erstellung eines Persönlichkeitsprofils des STIPO-D

Subdimension/ Dimension	Arithmetisch	5-Punkt-Skala
1. A. Engagements		
1. B. Selbstwahrnehmung a) Kohärenz und Kontinuität		
1. B. Selbstwahrnehmung b) Selbstbeurteilung		
1. C. Objektwahrnehmung		
<b>1. Identität Gesamtrating</b>		
2. A. Zwischenmenschliche Beziehungen		
2. B. Partnerschaften und Sexualität		
2. C. Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen		
<b>2. Objektbeziehungen Gesamtrating</b>		
<b>3. Primitive Abwehr</b>		
<b>4. Coping/ Rigidität</b>		
5. A. Selbstgerichtete Aggression		
5. B. Fremdgerichtete Aggression		
<b>5. Aggression Gesamtrating</b>		
<b>6. Wertvorstellungen</b>		
<b>7. Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen</b>		

Abschließend wird das Strukturniveau einer Person ermittelt, d.h. es wird eine Strukturdiagnose in Form einer kategorialen Einschätzung der Persönlichkeit nach Kernberg (1985) erstellt. Dazu werden die dimensional Scores in den Bereichen Identität, Objektbeziehungen, Primitive Abwehr, Coping/Rigidität, Aggression, Wertvorstellungen und Realitätsprüfung herangezogen und auf normalem, neurotischem oder Borderline-Niveau klassifiziert. Patienten auf normalem und neurotischem Niveau zeigen eine integrierte Identität, wenden reife Abwehrmechanismen an und haben eine intakte Realitätswahrnehmung. Patienten auf Borderline-Niveau haben dagegen eine Identitätsdiffu-

sion, setzen primitive Abwehrmechanismen ein und zeigen charakteristischerweise eine leicht beeinträchtigte oder wechselnde Realitätsprüfung. Patienten, die von einer atypischen Psychose betroffen sind, weisen eine Identitätsdiffusion sowie einen Verlust der Realitätsprüfung auf.

Um eine solche Strukturdiagnose möglichst reliabel treffen zu können, sind im Manual des STIPO-D prototypische Persönlichkeitsprofile für jedes Strukturniveau aufgeführt. Der Untersucher wird im Verlauf der Auswertung also zunächst die ermittelten Werte mit den Beschreibungen für jedes der sechs Organisations-Niveaus vergleichen und das Strukturniveau, das dem Ergebnis am nächsten kommt, in der Tabelle vermerken.

**Abb. 11:** Beispiel eines Organisationsniveaus im STIPO-D

**BORDERLINE 1**

<u>Identität:</u>	<b>3</b>	Milde Identitätsdiffusion
<u>Objektbeziehungen:</u>	<b>3</b>	Gespalten und/ oder oberflächlich, jedoch mit einiger Stabilität und Integration, insbesondere außerhalb von Konfliktbereichen
<u>Primitive Abwehr:</u>	<b>3</b>	Einsatz primitiver Abwehrmechanismen, gewisse Beeinträchtigung der Funktion
<u>Coping/ Rigidität:</u>	<b>3, 4</b>	Rigide; maladaptives Coping dominiert
<u>Aggression:</u>	<b>3</b>	Primitive Aggression; aggressives Verhalten überwiegend selbstgerichtet
<u>Wertvorstellungen:</u>	<b>2, 3</b>	variabel
<u>Realitätsprüfung:</u>	<b>2, 3</b>	milde bis mäßige Wahrnehmungsverzerrungen (z.B. häufige Depersonalisation, Körperschemastörung) im Zusammenhang mit zunehmend unsicherer Realitätsprüfung

**Abb. 12:** Strukturniveaus des STIPO

**STRUKTURNIVEAU**

<b>Normal</b>	
<b>Neurotisch 1</b>	
<b>Neurotisch 2</b>	
<b>Borderline 1</b>	
<b>Borderline 2</b>	
<b>Borderline 3</b>	

## 5. Hypothesen

Im Rahmen dieser Studie soll vorrangig der Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsorganisation, gemessen mit dem STIPO-D, und psychiatrischen Störungsbildern, diagnostiziert mit SKID-I und -II, überprüft werden. Aus den theoretischen Darstellungen zu den psychoanalytischen Strukturkonzepten ergeben sich dazu folgende Hypothesen:

1. Patienten, bei denen mit Hilfe des SKID-II eine der im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, haben ein niedrigeres Strukturniveau gemessen mit dem STIPO-D und ausgeprägtere Pathologien in den Dimensionen des STIPO-D als solche Patienten, bei denen keine dieser Persönlichkeitsstörungen festgestellt wurde.
2. Patienten, bei denen zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden, erreichen im STIPO-D ein noch niedrigeres Strukturniveau als diejenigen Patienten, bei denen lediglich eine Persönlichkeitsstörung gefunden wurde.
3. Die im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen können zu Clustern zusammengefasst werden (Cluster A: paranoide, schizoide und schizotype Persönlichkeitsstörung; Cluster B: Borderline, antisoziale, narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörung; Cluster C: selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung). Es ist zu erwarten, dass sich Unterschiede hinsichtlich des jeweils erreichten Strukturniveaus feststellen lassen. Dabei sollten die Patienten, die dem Cluster A und B zugeordnet werden können, ein niedrigeres Strukturniveau erreichen, als die Patienten, die dem Cluster C zugeordnet sind.
4. Während zahlreiche Studien einen Zusammenhang zwischen Strukturniveau und Achse II Störung belegen, scheint dieser Zusammenhang für Patienten, die ausschließlich eine Störung auf der Achse I haben, nicht gesichert. Vielmehr ist zu vermuten, dass Patienten, bei denen ausschließlich eine Achse I Störung mit dem SKID-I diagnostiziert wurde, ein höheres Strukturniveau haben, als Patienten, die komorbid zu einer Achse I Störung auch eine Diagnose auf der Achse II aufweisen.

5. Kernberg entwickelte ein Modell für die Beziehungen zwischen den bekannten Persönlichkeitsprototypen und den strukturellen Diagnosen untereinander. Es soll versucht werden, dieses Modell anhand der im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten zu replizieren. Daraus ergeben sich die folgenden Annahmen:

- Es ist zu erwarten, dass Patienten, die von einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung betroffen sind, auch im STIPO-D ein höheres Strukturniveau erreichen.
- Patienten, die eine ängstlich-vermeidende, dependente, histrionische oder narzisstische (nicht maligne narzisstisch) Persönlichkeitsstörung haben, sollten auch im STIPO-D auf einem hohen Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation angesiedelt sein.
- Patienten, die von einer paranoiden, schizotypischen, schizoiden, antisozialen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffen sind, sollten auch im STIPO-D ein niedriges Borderline-Niveau der Persönlichkeitsorganisation erreichen.

## **6. Methode**

### **6.1 Studiendesign**

Die hier vorliegende Arbeit ist Teil einer breiter angelegten Studie, deren Ziel es ist, die interne und externe Validität der deutschsprachigen Version des STIPO sowie die Validität der Strukturachse der OPD-2 mit Hilfe verschiedener, bereits validierter Fragebögen als Außenkriterien zu überprüfen. Darüber hinaus soll in der vorliegenden Arbeit der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsorganisation und Diagnose überprüft werden.

Vor Beginn der Studie erfolgte die Genehmigung ihrer Durchführung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms – Universität. Unter dem Aktenzeichen 2007-344-f-S teilte die Ethik-Kommission am 20.09.2007 mit, dass keine grundsätzliche Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens bestehen.

Alle teilnehmenden Patienten wurden vor Beginn der Untersuchung über das Ziel und den Ablauf der Studie ausführlich informiert und erklärten schriftlich ihr Einverständnis sowohl hinsichtlich ihrer Teilnahme als auch hinsichtlich der Verarbeitung der Daten.

An der Studie nahmen insgesamt 125 Patienten teil, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung entweder einer ambulanten Psychotherapie oder einer stationären psychiatrischen Behandlung auf einer offen geführten Psychotherapiestation unterzogen. Nur sehr wenige Patienten lehnten eine Teilnahme an der Studie aus unterschiedlichen Gründen ab. Auf eine Dokumentation und Auswertung dieser Gründe wurde wegen der fehlenden Relevanz für den Fortgang der Studie verzichtet.

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte in enger Absprache mit den jeweiligen Behandlern durch die vier an der Gesamtstudie beteiligten Untersucher, die als psychiatrisch-psychotherapeutisch tätige Ärzte arbeiten. Jeder Interviewer rekrutierte in einer psychiatrischen Fachklinik bzw. in einer ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen Praxis mindestens 30 Patienten und führte selbst entweder das OPD-2- oder das STIPO-D-Interview durch. Darüber hinaus führten die Interviewer mit den von ihnen rekrutierten Patienten das SKID-I und SKID-II Interview zur validen Feststellung der phänomenologischen Diagnose nach DSM-IV durch. Um einen Bias zu vermeiden, führte ein jeweils anderer Interviewer zeitnah das dritte noch ausstehende Interview (entweder OPD-2 oder STIPO-D) durch. Um eine hohe Reliabilität zu gewährleisten, absolvierten alle vier Interviewer vor Beginn der Studie ein intensives Training in der Durchführung des OPD-2- und des STIPO-D-Interviews.

Für die Interviews wurden folgende Zeiten benötigt: STIPO-D ca. 2-3 Stunden, OPD-2 ca. 90-120 Minuten, SKID-I und SKID-II insgesamt ca. 1-2 Stunden. Die Interviews wurden zeitnah, jedoch zu drei verschiedenen Zeitpunkten und nicht direkt hintereinander durchgeführt, um Interferenzen oder Überforderungssituationen zu vermeiden. Das Rating von STIPO-D und SKID-I und SKID-II erfolgte jeweils durch den Interviewer während des Interviews. Dagegen wurde jedes OPD-2-Interview videographiert und von zertifizierten Ratern in einem Konsensrating von mindestens zwei Ratern eingeschätzt.

Parallel zu den Interviews wurden den Patienten insgesamt 16 Fragebögen ausgehändigt, die nach einer ausführlichen Instruktion durch die Untersucher von den Patienten bearbeitet wurden. Dabei standen die Untersucher für Fragen und weitere Erklärungen jederzeit zur Verfügung. Um ungünstige Einflüsse während der Bearbeitung der Fragebögen zu vermeiden, wurde darauf geachtet, dass sie in einer ruhigen, störungsfreien Atmosphäre erfolgen konnte. Alle Patienten verfügten über ausreichende Sprachkenntnisse und waren hinsichtlich der notwendigen Kulturtechniken sicher, sodass die adäquate Bearbeitung der Fragebögen sichergestellt war und keine übermäßige Belastung darstellte.

Eine Störung oder ungünstige Beeinflussung des Behandlungsverlaufs durch die Teilnahme an der Untersuchung sollte unbedingt vermieden werden. Vielmehr konnten Ergebnisse in Absprache mit den Patienten den Behandlern zur Verfügung gestellt und sinnvoll in die Behandlung integriert werden. Die Durchführung der Untersuchung beanspruchte einen Zeitraum von insgesamt 27 Monaten.

Patienten, deren Einsichts- und Geschäftsfähigkeit nicht sicher gegeben war, wurden nicht in die Untersuchung eingeschlossen. Als weitere Ausschlusskriterien wurden schwere psychische Erkrankungen, die mit kognitiven Defiziten oder Wahrnehmungsverzerrungen einhergehen oder eine reliable Testung in Frage stellen, festgelegt. Nach ICD-10 (Dilling et. al 2005) umfasst dies die Diagnosegruppen:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F7 Intelligenzminderung.

Ebenso konnten alle Patienten mit Diagnosen aus anderen Diagnosegruppen nicht eingeschlossen werden, bei denen die Schwere der psychischen Störung zu den o.g. Einschränkungen führen kann. Dazu zählen insbesondere aktueller Substanzmissbrauch in der Diagnosegruppe F1. Patienten, bei denen die pharmakologische Behandlung mit kognitiven Einschränkungen wie z.B. Verlangsamung einherging, konnten ebenfalls nicht an der Studie teilnehmen.

## 6.2 Beschreibung der Stichprobe

An der gesamten Studie nahmen insgesamt 125 Patienten teil, 86 (68,8%) Frauen und 39 (31,2%) Männer. Das STIPO-D wurde mit 122 Patienten durchgeführt. Das durchschnittliche Alter lag bei 40,78 Jahren (SD = 14,61, Range 18 bis 70 Jahre). Alle soziodemographischen Daten für die Stichprobe sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

**Tab. 3:** Soziodemographische Variablen der Gesamtstichprobe (N=125)

<b>Alter</b>	M = 40,78 (SD = 14,61)				
<b>Geschlecht</b>	n	%	<b>Bildungsstand</b>	n	%
weiblich	86	68,8	Hauptschule (ohne Lehre)	9	7,2
männlich	39	31,2	Hauptschule (mit Lehre)	36	28,8
<b>Familienstand</b>			Realschule	30	24,0
ledig/ohne Partner	38	30,4	(Fach-)Abitur	33	26,4
ledig/mit Partner	16	12,8	Hochschulabschluss	9	7,2
verheiratet/Lebensgemeinschaft	44	35,2	Sonstiges	3	2,4
geschieden/getrennt/lebend	18	14,4	Schule noch nicht abgeschlossen	1	0,8
verwitwet	3	2,4	kein Schulabschluss	1	0,8
keine Angaben	6	4,8	keine Angaben	3	2,4
<b>Lebensform</b>			<b>Berufstätigkeit</b>		
mit Partner/eigene Familie/Kinder	63	50,4	voll erwerbstätig	34	27,2
allein lebend	36	28,8	teilzeitbeschäftigt	19	15,2
Herkunftsfamilie (Eltern)	11	8,8	arbeitslos	31	24,8
Wohngemeinschaft	4	3,2	noch in Ausbildung	13	10,4
Institution	1	0,8	Hausfrau/-mann	7	5,6
sonstiges	3	2,4	berentet / pensioniert	17	13,6
keine Angaben	7	5,6	lfd. Rentenverfahren	5	4,0

## 6.3 Beschreibung der verwendeten Instrumente

### 6.3.1 Erfassung der psychischen Struktur durch OPD – 2 und STIPO-D

#### 6.3.1.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2 (Arbeitskreis OPD 1996), wurde als Instrument zur Strukturdiagnostik entwickelt und konnte inzwischen in verschiedenen Studien validiert werden. Sie wurde im Abschnitt 4.4 bereits ausführlich beschrieben. Da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf die Ergebnisse des STIPO-D bezieht, werden die Ergebnisse der OPD-Interviews nicht dargestellt.

### **6.3.1.2 Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation – STIPO-D**

Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation, STIPO (Clarkin et al. 2003), der als STIPO-D in der deutschen Übersetzung vorliegt (Doering 2004), stellt eine Operationalisierung des Strukturellen Interviews Kernbergs dar. Da es unter Abschnitt 4.5 bereits ausführlich beschrieben wurde, soll hier auf weitere Ausführungen verzichtet werden.

### **6.3.2 Erfassung der psychischen Störungen nach DSM-IV und der Komorbidität**

Zur phänomenologischen Diagnostik wurde das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I und II eingesetzt. Das SKID wurde 1997 entwickelt (SKID-I, Wittchen et al. 1997; SKID-II, Fydrich et al. 1997) und liegt in zwei getrennten Fassungen vor. Mit dem SKID-I lassen sich psychische Syndrome und Störungen erfassen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden. Darüber hinaus werden Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung von Achse III (medizinische Krankheitsfaktoren), Achse IV (psychosoziale und umweltbedingte Faktoren) und Achse V (globales Funktionsniveau, das in der vorliegenden Untersuchung im Zusammenhang mit dem OPD-Interview eingeschätzt wurde), angeboten. Mit dem SKID-II dagegen können Persönlichkeitsstörungen, wie sie auf der Achse II bzw. im Anhang des DSM-IV definiert werden, diagnostiziert werden.

#### **6.3.2.1 Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I – SKID-I**

Für das SKID-I wird mit Hilfe eines kurzen Explorationsleitfadens ein Überblick über derzeitige oder frühere Beschwerden bzw. Symptome des Patienten gewonnen. Während das Interview zu den affektiven Störungen (Sektion A – Affektive Syndrome, Major Depression, Manie, Dysthymie) in jedem Fall durchgeführt werden soll, werden ansonsten nur die Sektionen ausführlich exploriert, die der Proband bei der Bearbeitung des Explorationsleitfadens als „positiv“ bzw. als „unklar“ beantwortet hat. Wird im Verlauf der Exploration ersichtlich, dass für einen solchen Bereich wichtige diagnostische Kriterien nicht erreicht werden, erlauben Sprungregeln den Wechsel zur nächsten Sektion des SKID-I. Alle Störungen, die mit Hilfe dieses ausführlichen Interviews nach eindeutig formulierten diagnostischen Kriterien erfasst werden können, sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

**Tab. 4:** Psychische Störungen, die mit Hilfe des SKID-I diagnostiziert werden können

<b>Sektion im SKID-I</b>	<b>Diagnosen</b>
Sektion A	Affektive Syndrome (Major Depression, Manie, Dysthymie)
Sektion B	Psychotische und assoziierte Symptome
Sektion C	Differentialdiagnose psychotischer Störungen
Sektion D	Differentialdiagnose affektiver Störungen
Sektion E	Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Sektion F	Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung)
Sektion G	Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörung, Hypochondrie, Schmerzstörung, Körperwahrnehmungsstörung)
Sektion H	Essstörung (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa)
Sektion I	Anpassungsstörungen (depressive Verstimmung, ängstliche Gehemmtheit, Verhaltensstörung)
Sektion J	Optionale Störungen (Stressstörungen, manische Episode)

Jedes Kriterium wird folgendermaßen kodiert:

? = Information ist unzureichend oder zusätzliche Informationen erforderlich,

1 = nicht vorhanden oder falsch,

2 = unterschwellig vorhanden,

3 = vorhanden oder richtig,

4 = nur bei einer Frage in der Manie-Sektion, um reizbare Stimmung zu charakterisieren.

Die einzelnen Sektionen erfassen die Symptome einer Achse-I Störung während der letzten 4 Wochen, ermöglichen aber auch Angaben zum zeitlichen Verlauf einer Störung und zur Einschätzung der derzeitigen Schwere der Symptomatik. Abschließend kann die diagnostizierte Störung in einen Kodierungsbogen eingetragen werden.

### **6.3.2.2 Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II – SKID-II**

In Analogie zum Screening-Fragebogen des SKID-I ist auch beim SKID-II der Einsatz eines Fragebogens mit 117 Items vor dem ausführlichen Interview möglich. Dabei repräsentieren die Items die Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Da diese Items jedoch sehr allgemein formuliert sind und eine hohe Sensitivität für eine falsch positive Erfassung einer Persönlichkeitsstörung aufweisen, wurde in dieser Untersuchung auf den Einsatz des Fragebogens verzichtet und in jedem Fall das gesamte

Interview, das sich retrospektiv auf einen Zeitraum von 5-10 Jahren bezieht, durchgeführt. Mit Hilfe des SKID-II können insgesamt 12 Persönlichkeitsstörungen, die auf der Achse II bzw. im Anhang des DSM-IV definiert sind, diagnostiziert werden. Sie sind in der nachfolgenden Tabelle jeweils mit einer zusammenfassenden Beschreibung aufgeführt.

**Tab. 5:** Übersicht über die im SKID-II erhobenen Persönlichkeitsstörungen (vgl. Fiedler 2001; gekürzt).

<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Hauptsymptome</b>
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	Soziale Gehemmtheit, Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit und Überempfindlichkeit vor negativer Beurteilung durch andere.
Dependente Persönlichkeitsstörung	Abhängiges, unterwürfiges Verhalten; mangelnde Selbständigkeit und Entscheidungsunfähigkeit; Angst vor Verlassenwerden und vor Kritik.
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	An Details orientierter Perfektionismus, übertriebene Sorgfalt auf Kosten persönlicher Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz.
Negativistische Persönlichkeitsstörung	Passiver Widerstand gegenüber sozialen Anforderungen; negative Sichtweise gegenüber zahlreichen Aspekten des Lebens.
Depressive Persönlichkeitsstörung	Depressionstypische Gedanken und Verhaltensweisen sowie eine pessimistische Lebenseinstellung und eine Neigung zu sozialer Anpassung.
Paranoide Persönlichkeitsstörung	Überempfindlichkeit gegenüber Kritik der Normorientierung eigenen Handelns sowie ein durchgängiges Misstrauen und eine Neigung, anderen böswärtige Motive gegen die eigene Person zu unterstellen.
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	Soziale und zwischenmenschliche Defizite, die jeweils von einem akut erlebten Unbehagen und von Mängeln in der Beziehungsfähigkeit begleitet werden. Hinzu kommen Wahrnehmungsverzerrungen und exzentrisches Verhalten.
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Situationen, sozialer Rückzug und eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit in zwischenmenschlichen Kontexten.
Histrionische Persönlichkeitsstörung	Eine Neigung zur Emotionalisierung und Inszenierung zwischenmenschlicher Beziehungen und ein übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit.
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Eine Neigung zur Selbstwertüberhöhung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit ggü. Kritik.
Borderline Persönlichkeitsstörung	Intensive und zugleich instabile zwischenmenschliche Beziehungen, impulsives und teils selbstdestruktives Verhalten, deutliche Wechsel in der Stimmungslage und im Selbstbild.
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	Kontinuierliche Missachtung und Verletzung der Rechte anderer; fehlendes Scham- und Verantwortungsgefühl und Mangel an Empathie.

Das Interview enthält insgesamt 131 Items, die Raum lassen für genauere Nachfragen des Interviewers oder Beispielschilderungen des Patienten. Der Interviewer beurteilt anhand der Antworten, ob ein Kriterium erfüllt ist oder nicht. Ähnlich wie beim SKID-I wird auch hier bei der Beurteilung der klinische Eindruck berücksichtigt.

Die Codierung erfolgt auf vier Stufen:

- 1 = Kriterium nicht erfüllt,
- 2 = Kriterium teilweise oder unterschwellig erfüllt,
- 3 = Kriterium erfüllt,
- ? = Information nicht ausreichend.

Die Ergebnisse werden auf das Protokoll- und Ergebnisblatt übertragen. Ebenso wird der Diagnose-Index für das jeweilige Kriterium im Protokollbogen eingetragen. Die Kriterien sind für jede Persönlichkeitsstörung nummeriert. Nicht benötigte „Kästchen“ auf dem Protokollbogen sind geschwärzt.

Der „Cutoff-Wert“ gibt an, wie viele der einzelnen Kriterien erfüllt sein müssen, damit die Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann, wobei auch Persönlichkeitsstörungen, die lediglich im subsyndromalen Bereich nachweisbar sind, wegen der bereits vorhandenen interaktionellen Probleme von hoher Relevanz sein können. Aus dem „Cutoff-Wert“ und der Anzahl der erfüllten Kriterien ergibt sich der Diagnose-Index für die jeweilige Persönlichkeitsstörung.

## 6.4 Fragebögen

Parallel zur Durchführung der Interviews bearbeiteten alle Patienten folgende Fragebögen, die hier der Vollständigkeit halber genannt werden sollen:

- Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring 1997),
- Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D, Horowitz et al. 2000),
- Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO 2000, Dammann et al. 2000),
- Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS, Hentschel et al. 1998),
- Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120, Janke u. Erdmann 1997),
- State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI, Schwenkmezger et al. 1992),
- Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger et al. 2005),
- Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE, Behr und Becker 2004),
- Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26, Kupfer et al. 2001),
- Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger 1986),
- Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS, Deusinger 1998),
- Test of Self-Conscious Affect (TOSCA-3, Rüscher et al. 2007),
- Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen (SPF, Paulus 2006),
- Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi, Neumann et al. eingereicht),
- Rosenbergkala (Badura et al. 1987),
- Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV, Doering et al. 2007).

Sie wurden als externe Kriterien in weiteren Teilstudien zur Validierung der Strukturachse der OPD 2 bzw. des STIPO-D verwandt. Für die vorliegende Arbeit hatten ihre Ergebnisse keine Relevanz.

## 6.5 Methoden der statistischen Analyse

Neben den Methoden der deskriptiven Statistik (Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichung) zur Beschreibung der Stichprobe, kamen zur Überprüfung der Hypothesen im wesentlichen der t-Test für unabhängige Stichproben zur Anwendung.

Darüber hinaus wurde zum Vergleich von drei Variablen (Cluster – Kombinationen der Persönlichkeitsstörungen) eine Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet, um den Einfluss eines unabhängigen Merkmals (hier das Strukturniveau) auf abhängige Merkmale (hier

die unterschiedlichen Cluster-Kombinationen der Persönlichkeitsstörungen) zu bestimmen. Wobei davon ausgegangen wurde, dass zwischen den Merkmalen ein Zusammenhang bestand.

Es wurden zahlreiche Signifikanztests durchgeführt, wobei auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet wurde. Alle statistischen Analysen wurden mit dem Programm SPSS Version 11,5 durchgeführt.

## **7. Ergebnisse**

### **7.1 Interraterreliabilität**

Der Korrelationskoeffizient in Klassen (ICC) für das Fünf-Punkt-Rating des STIPO-D ergab .901 ( $p < 0.001$ ). Der Korrelationskoeffizient in Klassen (ICC) für das arithmetische Rating des STIPO-D ergab .895 ( $p < 0.001$ ). Damit ergab sich eine gute Interraterreliabilität für das STIPO-D.

### **7.2 Ergebnisse der Strukturdiagnostik (STIPO-D) für die Gesamtstichprobe**

Zunächst wurden mit Hilfe der deskriptiven Statistik die Häufigkeiten für alle Subdimensionen des STIPO-D errechnet. Dabei ergab sich ein heterogenes Bild. Es wurde jedoch deutlich, dass nur wenige Patienten auf der letzten Bewertungsstufe der 5-Punkt-Skala gefunden werden konnten. Lediglich in den Dimensionen „Zwischenmenschliche Beziehungen“ ( $n = 12$ ), „Partnerschaft und Sexualität“ ( $n = 14$ ) und „Selbstgerichtete Aggression“ ( $n = 12$ ) fand sich eine höhere Anzahl von Patienten auf diesem geringen Niveau. Anders verhält es sich jedoch bei der Bewertungsstufe 1. Hier finden sich deutlich mehr Patienten. Lediglich bei der Subdimension „Selbstbeurteilung“ ( $n = 8$ ), Objektbeziehung Gesamtrating ( $n = 8$ ) und „Coping/Rigidität“ ( $n = 2$ ) finden sich weniger Patienten.

**Tab. 6:** Werte für die einzelnen STIPO-D Dimensionen/Unterdimensionen auf der 5-Punkt-Skala (n=122)

Subdimensionen/Dimensionen	Wert auf der 5-Punkt-Skala									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. A. Engagement	27	22,1	43	35,2	34	27,9	18	14,8	0	0
1. B. Selbstwahrnehmung	17	13,9	52	42,6	35	28,7	17	13,9	1	0,8
a) Kohärenz u. Kontinuität										
1. B. Selbstwahrnehmung	8	6,6	34	27,9	57	46,7	22	18,0	1	0,8
b) Selbstbeurteilung										
1. C. Objektwahrnehmung	19	15,6	38	31,1	43	34,4	20	16,4	2	1,6
<b>1. Identität Gesamtrating</b>	12	9,8	43	35,2	44	36,1	22	17,6	1	0,8
2. A. Zwischenmenschliche Beziehungen	28	23,0	57	46,7	13	10,7	12	9,8	12	9,8
2. B. Partnerschaften und Sexualität	27	22,1	34	27,9	34	27,8	13	10,7	14	11,5
2. C. Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen	21	17,2	50	41,0	41	33,6	9	7,4	1	0,8
<b>2. Objektbeziehungen Gesamtrating</b>	8	6,6	45	36,0	43	35,2	25	20	1	0,8
<b>3. Primitive Abwehr</b>	23	18,9	24	19,7	43	35,2	31	25,4	1	0,8
<b>4. Coping / Rigidität</b>	2	1,6	39	32,0	47	38,5	32	26,2	2	1,6
5. A. Selbstgerichtete Aggression	39	32,0	32	26,2	22	18,0	17	13,9	12	9,8
5. B. Fremdgerichtete Aggression	52	42,6	38	31,1	23	18,9	9	7,4	0	0
<b>5. Aggression Gesamtrating</b>	24	19,7	46	36,8	36	28,8	16	12,8	0	0
<b>6. Wertvorstellung</b>	38	31,1	55	45,1	25	20,5	4	3,3	0	0
<b>7. Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrung</b>	44	36,1	64	52,5	13	10,7	1	0,8	0	0

Danach wurde die Verteilung des Strukturniveaus innerhalb der Stichprobe (n = 122), ermittelt mit dem STIPO-D, errechnet und in der folgenden Tabelle dargestellt. Es wird ersichtlich, dass sowohl das Strukturniveau „Normal“ als auch das Strukturniveau „Borderline 3“ nur in 3 Fällen (2,5%) bzw. 1 Fall (0,8%) ermittelt werden konnte. Am häufigsten wurden die Niveaus Neurotisch 2 (n = 38; 31,1%) und Borderline 1 (n = 38; 31,1%) ermittelt.

**Tab. 7:** Verteilung der Strukturniveaus des STIPO-D (n = 122)

Verteilung der Strukturniveaus des STIPO-D	n	%
Normal	3	2,5
Neurotisch 1	20	16,4
Neurotisch 2	38	31,1
Borderline 1	38	31,1
Borderline 2	22	18,0
Borderline 3	1	0,8
<b>Gesamt</b>	<b>122</b>	<b>99,9*</b>

\* rundungsbedingt

### 7.3 Ergebnisse der phänomenologischen Diagnostik (SKID-I u. SKID-II) für die Gesamtstichprobe

Bei den Diagnosen wurde zwischen Störungen auf der Achse I und Störungen auf der Achse II (Persönlichkeitsstörungen) des DSM-IV unterschieden. Die Häufigkeiten der Diagnosen wurden in den Tabellen 8-11 zusammengefasst.

Zunächst werden die Häufigkeiten der Achse I Diagnosen (DSM-IV) innerhalb der Stichprobe (n = 125) dargestellt. 1,6% (n = 2) der Patienten hatten keine Diagnose auf der Achse I, 43,2% (n = 54) der Patienten hatten eine Diagnose auf der Achse I und 55,2% (n = 69) wiesen mehr als eine Diagnose auf der Achse I auf. Die beiden Patienten, bei denen keine Achse I Störung diagnostiziert worden war, wiesen als Grund für die psychotherapeutische Behandlung eine Störung auf der Achse II auf.

**Tab. 8:** Häufigkeiten der Achse I Diagnosen innerhalb der Gesamtstichprobe

Achse I Diagnose (DSM IV)	n	%
Major Depression, Einzelne Episode, leicht	5	2,1
Major Depression, Einzelne Episode, mittelschwer	27	11,2
Major Depression, Einzelne Episode, schwer; ohne psychot. Symptome	7	2,9
Major Depression, Einzelne Episode, teilremittiert	2	0,8
Major Depression, Einzelne Episode, vollremittiert	3	1,2
Major Depression, rezidivierend, leicht	7	2,9
Major Depression, rezidivierend, mittelschwer	29	12,0
Major Depression, rezidivierend, schwer; ohne psychot. Symptome	12	5,0
Major Depression, rezidivierend, teilremittiert	3	1,2
Major Depression, rezidivierend, vollremittiert	6	2,5
Bipolar I Störung, letzte Episode depressiv, leicht	1	0,4
Bipolar I Störung, letzte Episode depressiv, schwer; ohne psychot. Symptome	3	1,2
Kurze psychotische Störung, mit deutlichen Belastungsfaktoren	1	0,4
Panikstörung ohne Agoraphobie	11	4,6
Panikstörung mit Agoraphobie	7	2,9
Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte	1	0,4
Generalisierte Angststörung	7	2,9
Soziale Phobie	3	1,2
Spezifische Phobie	9	3,7
Zwangsstörung	8	3,3
Dysthyme Störung	4	1,7
Hypochondrische Neurose	1	0,4
Undifferenzierte Somatoforme Störung	4	1,7
Somatisierungsstörung	3	1,2
Alkoholabhängigkeit	3	1,2
Alkoholmissbrauch	18	7,5
Cannabissmissbrauch	7	2,9
Halluzinogenmissbrauch	1	0,4
Kokainmissbrauch	2	0,8
Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikamissbrauch	1	0,4

Amphetaminmissbrauch	3	1,2
Primäre Insomnie	1	0,4
Bulimia nervosa	8	3,3
Anorexia nervosa	2	0,8
NNB Essstörung	1	0,4
Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren	4	1,7
Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen und medizinischen Faktoren	1	0,4
Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt	5	2,1
Anpassungsstörung mit Angst	1	0,4
Posttraumatische Belastungsstörung	16	6,6
Aufmerksamkeitsdefizit vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus	3	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>241</b>	

Die Achse I Störungen wurden zu Gruppen zusammengefasst, deren Häufigkeiten in der folgenden Tabelle dargestellt ist (Tab. 9). Bei der Gruppenbildung wurden alle depressiven Störungen einschließlich der Dysthymie und der depressiven Ausprägung bipolarer Störungen zusammengefasst. Ebenso wurden alle Angststörungen und alle stoffgebundenen Süchte in jeweils einer Kategorie zusammengefasst. In die Kategorie „somatoforme Störungen“ gingen Hypochondrie und Schmerzstörungen ein. Wegen sehr kleiner Fallzahlen blieben die Essstörungen und Anpassungsstörungen unberücksichtigt. Die Anzahl der Diagnosen ergibt sich daraus, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

Auffallend ist die hohe Anzahl der depressiven Störungen (n = 106), die überwiegend mittelschwer oder schwer ausgeprägt waren (vgl. Tab. 8). Am zweithäufigsten waren die verschiedenen Formen der Angststörungen vertreten (n = 30), dicht gefolgt von den unterschiedlichen stoffgebundenen Suchterkrankungen (n = 27). Deutlich geringer sind die Fallzahlen bei den Posttraumatischen Belastungsstörungen, den somatoformen Störungen und den Zwangsstörungen.

**Tab. 9:** Verteilung der Achse I Störungen zusammengefasst in Gruppen

<b>Gruppierungen der Achse I Störungen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Depressive Störungen	106	53,0
Angststörungen	30	15,0
Zwangsstörungen	9	4,5
Somatoforme Störungen	12	6,0
Suchtstörungen	27	13,5
Posttraumatische Belastungsstörungen	16	8,0
<b>Gesamt</b>	<b>200</b>	

In der Tabelle 10 wird die Häufigkeit der Störungen auf der Achse II (Persönlichkeitsstörungen) dargestellt. 45 (36,0%) hatten keine, 36 (28,8%) eine und 41 (32,8%) der Pa mehr als eine Persönlichkeitsstörung. Daraus ergibt sich die hohe Anzahl der genannten Diagnosen.

Hier zeigt sich, dass die Borderline Persönlichkeitsstörung (n = 36) am häufigsten vertreten sind. Bereits in größerem Abstand folgen die vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (n = 25) und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (n = 20). Eher selten traten dagegen die negativistische, die histrionische, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung auf.

**Tab.10:** Häufigkeiten der Achse II Diagnosen innerhalb der Stichprobe (n = 125)

<b>Achse II Störung (DSM-IV)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Paranoide Persönlichkeitsstörung	14	8,9
Schizoide Persönlichkeitsstörung	4	2,5
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	1	0,6
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	20	2,5
Histrionische Persönlichkeitsstörung	4	2,5
Dependente Persönlichkeitsstörung	14	8,9
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	13	8,3
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	15	9,6
Vermeidend- selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	25	15,6
Borderline- Persönlichkeitsstörung	36	22,9
Depressive Persönlichkeitsstörung	8	5,1
Negativistische Persönlichkeitsstörung	3	1,9
<b>Gesamt</b>	<b>157</b>	

Die Achse II Störungen wurden zu Clustern zusammengefasst. Auch hier wurden die Mehrfachdiagnosen berücksichtigt. Diese Einteilung folgte der bereits im DSM-IV anhand der Symptomatik vorgenommenen Einteilung in die Cluster A, B und C. In welcher Weise diese Cluster in der Stichprobe (n = 125) verteilt sind, ist in der Tabelle 11 dargestellt. Cluster B (n = 53) ist am häufigsten besetzt, Cluster C folgt an zweiter Stelle (n = 44). Dagegen waren Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C seltener vertreten (n = 17), wobei die paranoide Persönlichkeitsstörung (n = 14) dieses Cluster dominierte.

**Tab. 11:** Verteilung der Achse II Störungen zusammengefasst in Clustern

<b>Achse II Störung</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Cluster</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Paranoid	14	8,9	A	17	14,9
Schizoid	4	2,5			
schizotypisch	1	0,6			
Borderline	36	22,9	B	53	46,5
Antisozial	13	8,3			
narzisstisch	15	9,6			
histrionisch	4	2,5			
selbstunsicher	25	15,9	C	44	38,6
Dependent	14	8,9			
Zwanghaft	20	12,7			
Depressiv	8	5,1			
negativistisch	3	1,9			
<b>Gesamt</b>	<b>157</b>			<b>114</b>	

## 7.4 Ergebnisse zu den Hypothesen

### 7.4.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Zunächst wurden mittels des t-Tests die Mittelwerte aller STIPO-D Subdimensionen der Patientengruppe, bei der keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden waren, verglichen mit den Mittelwerten der Gruppe der Patienten, bei denen eine Persönlichkeitsstörung gefunden wurde. Dabei zeigte sich, dass sich die Mittelwerte der Gruppen in allen Subdimensionen hochsignifikant unterscheiden. Besonders deutlich wurde diese Differenz beim Strukturniveau gesamt (Patienten ohne PS:  $M = 2.62$ ,  $SD = .86$ ; Patienten mit PS:  $M = 3.99$ ,  $SD = .84$ ).

**Tab. 12:** Ergebnisse des t-Tests „keine Persönlichkeitsstörung“ vs. „Persönlichkeitsstörung“

	keine PS		PS				
n	45		77				
	M	SD	M	SD	t	df	p
<b>Identität</b>	1.93	.69	3.06	.76	-8.160	120	.000**
<b>Objektbez.</b>	2.13	.66	3.06	.83	-6.401	120	.000**
<b>Prim. Abwehr</b>	1.80	.92	3.22	.77	-9.135	120	.000**
<b>Coping/Rig.</b>	2.29	.59	3.32	.73	-8.071	120	.000**
<b>Aggression</b>	1.78	.67	2.70	.92	-5.886	120	.000**
<b>Wertvorstell.</b>	1.47	.55	2.25	.80	-5.807	120	.000**
<b>Realitätskon.</b>	1.20	.41	2.09	.57	-9.258	120	.000**
<b>Strukturturniveau gesamt</b>	2.62	.86	3.99	.84	-8.614	120	.000**

Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = T-Wert, df = Freiheitsgrad, p = Signifikanzwert; \*\* = signifikant auf dem 1%-Niveau, \* = signifikant auf dem 5%-Niveau

#### 7.4.2 Ergebnisse zu Hypothese 2

Hier wurden zunächst Mittelwerte und Standardabweichungen hinsichtlich aller Subdimensionen des STIPO-D einschließlich Strukturturniveau gesamt für die Patientengruppen mit den Merkmalen „keine Persönlichkeitsstörung“, „eine Persönlichkeitsstörung“ und „zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen“ errechnet. Es wurde ersichtlich, dass die Patienten, bei denen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, in allen Subdimensionen des STIPO-D, insbesondere aber auch im Strukturturniveau gesamt deutlich höhere Mittelwerte und damit ein niedrigeres Strukturturniveau aufwiesen, als die Patienten, bei denen keine Persönlichkeitsstörung gefunden wurde.

Auch die Mittelwerte der Patientengruppe mit zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen lagen deutlich höher als die Mittelwerte der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen. Vergleicht man aber die Patientengruppe, bei der zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden mit der Patientengruppe, bei der lediglich eine Persönlichkeitsstörung gefunden wurde, so zeigen sich trotz der höheren Anzahl an Persönlichkeitsstörungen über alle Subdimensionen des STIPO-D hinweg und auch beim Strukturturniveau gesamt niedrigere Mittelwerte und damit ein höheres Strukturturniveau als

bei den Patienten, die nur eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen, wengleich diese Unterschiede nicht besonders stark ausgeprägt sind.

**Tab. 13:** Mittelwerte und Standardabweichungen der Gruppen „keine Persönlichkeitsstörung“, „eine Persönlichkeitsstörung“ und „zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen“ bezogen auf die Subdimensionen des STIPO-D

	keine PS		eine PS		zwei und mehr PS	
n	45		36		41	
	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Identität</b>	1.93	.69	3.15	.73	2.96	.80
<b>Objektbez.</b>	2.13	.66	3.20	.79	2.90	.86
<b>Prim. Abwehr</b>	1.80	.92	3.39	.63	3.03	.88
<b>Coping/Rig.</b>	2.29	.59	3.37	.70	3.28	.78
<b>Aggression</b>	1.78	.67	2.71	.96	2.69	.89
<b>Wertvorstellungen</b>	1.47	.55	2.29	.81	2.19	.79
<b>Realitätskon.</b>	1.20	.41	2.20	.51	1.97	.61
<b>Strukturniveau gesamt</b>	2.62	.86	4.12	.75	3.83	.91

Anmerkung: PS = Persönlichkeitsstörung; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung,

Danach wurden die Mittelwerte aller Subdimensionen des STIPO-D für die Patientengruppe mit einer Persönlichkeitsstörung mit den Mittelwerten der Patientengruppe mit zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen mit Hilfe des t-Tests daraufhin überprüft, ob sie sich signifikant unterscheiden. Dabei wurde ersichtlich, dass sich lediglich für die Subdimension „primitive Abwehr“ ein signifikanter Unterschied auf dem 0.05 Signifikanzniveau ergibt (eine PS: M = 3.39, SD .63; zwei und mehr PS: M = 3.03, SD = .88;  $t = 2.103$ ,  $p = .04$ ). Demzufolge zeigt sich auch für das Strukturniveau gesamt zwar ein deutlicher aber doch kein signifikanter Unterschied (eine PS: M = 4.12, SD .75; zwei und mehr PS: M = 3.83, SD = .91;  $t = 1.527$ ,  $p = .13$ ).

**Tab. 14:** Ergebnisse des t-Tests „eine Persönlichkeitsstörung“ vs. „zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen“

n	eine PS		zwei und mehr PS		t	df	p
	36		41				
	M	SD	M	SD			
<b>Identität</b>	3.15	.73	2.96	.80	1.083	75	.285
<b>Objektbez.</b>	3.20	.78	2.90	.86	1.562	75	.125
<b>Prim. Abwehr</b>	3.39	.63	3.03	.88	2.103	75	.044*
<b>Coping/Rig.</b>	3.37	.70	3.28	.78	.523	75	.605
<b>Aggression</b>	2.71	.96	2.69	.89	.061	75	.951
<b>Wertvorstellungen</b>	2.29	.81	2.19	.79	.537	75	.592
<b>Realitätskon.</b>	2.20	.51	1.97	.61	1.747	75	.089
<b>Strukturniveau gesamt</b>	4.12	.75	3.83	.91	1.527	75	.136

Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = T-Wert, df = Freiheitsgrad, p = Signifikanzwert; \* = signifikant auf dem 5%-Niveau

### 7.4.3 Ergebnisse zu Hypothese 3:

Differenziert man die Patienten jedoch nicht nur nach der Anzahl der Persönlichkeitsstörungen sondern folgt man der Differenzierung nach Clustern, wie sie aufgrund der Symptomatik bereits im DSM IV vorgeschlagen wurde, so ergibt sich ein deutlich anderes Bild. Da Cluster A extrem schwach besetzt war, wurde es hier außer acht gelassen. Die Patienten, die dem Cluster B (n = 19) zuzuordnen waren, wiesen über alle Subdimensionen des STIPO-D hinweg einen höheren Mittelwert und damit ein geringeres Strukturniveau auf als die Patienten, die dem Cluster C (n = 30) zugeordnet werden konnten. Dieser Unterschied kommt auch im Strukturniveau gesamt deutlich zum Ausdruck (PS Cluster B: M = 4.33, SD = .76; PS Cluster C: M = 3.37, SD = .76).

Überprüft man in einem weiteren Schritt die Mittelwertsunterschiede der Cluster B und C mit Hilfe des t-Tests auf ihre Signifikanz, so zeigen sich für alle Subdimensionen des STIPO-D einschließlich des Strukturniveaus gesamt auf dem 5%-Niveau signifikante bzw. auf dem 1%-Niveau hochsignifikante Unterschiede. Lediglich für die Subdimensionen Coping/Rigidität und Realitätskontrolle ergibt sich kein signifikanter Unterschied (Coping/Rigidität: p = .148; Realitätskontrolle: p = .115).

**Tab. 15:** Ergebnisse des t-Tests zwischen Cluster B und Cluster C.

	PS Cluster B		PS Cluster C				
n	30		19				
	M	SD	M	SD	t	df	p
<b>Identität</b>	3.33	.80	2.66	.63	3.116	47	.003**
<b>Objektbez.</b>	3.22	.85	2.53	.70	2.968	47	.005*
<b>Prim. Abwehr</b>	3.57	.68	2.58	.69	4.924	47	.000**
<b>Coping/Rig.</b>	3.43	.73	3.11	.81	1.472	47	.148
<b>Aggression</b>	3.07	.87	2.19	.77	3.734	47	.001**
<b>Wertvorstellungen</b>	2.53	.82	1.84	.60	3.170	47	.003*
<b>Realitätskon.</b>	2.13	.68	1.84	.50	1.605	47	.115
<b>Strukturniveau gesamt</b>	4.33	.76	3.37	.76	4.335	47	.000**

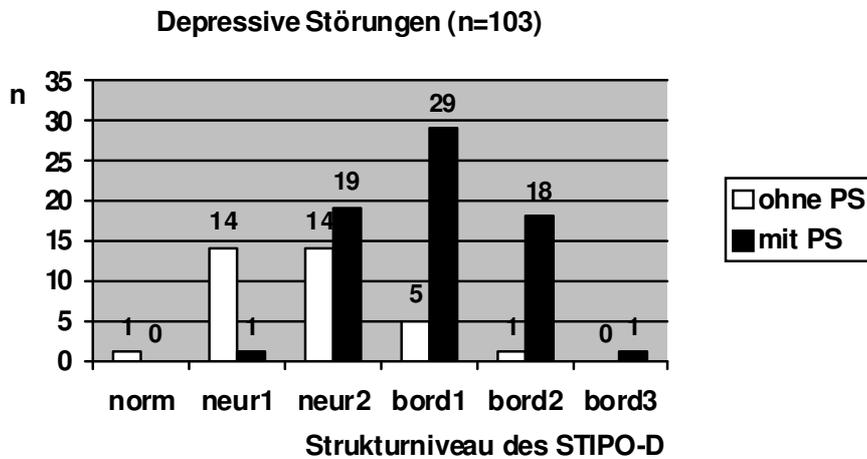
Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = T-Wert, df = Freiheitsgrad, p = Signifikanzwert; \*= signifikant auf dem 5%-Niveau

#### 7.4.4 Ergebnisse zu Hypothese 4:

Hinsichtlich der Komorbidität von Achse I und Achse II Störungen wurden die Patienten, die ausschließlich eine Störung auf der Achse I des DSM IV hatten und die Patienten, die sowohl eine Störung auf der Achse I als auch eine Störung auf der Achse II aufwiesen, in Beziehung gesetzt zum jeweiligen, mit dem STIPO-D ermittelten Strukturniveau. Nachdem zunächst Mittelwerte und Standardabweichung für die jeweilige Stichprobe berechnet worden war, wurde der t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

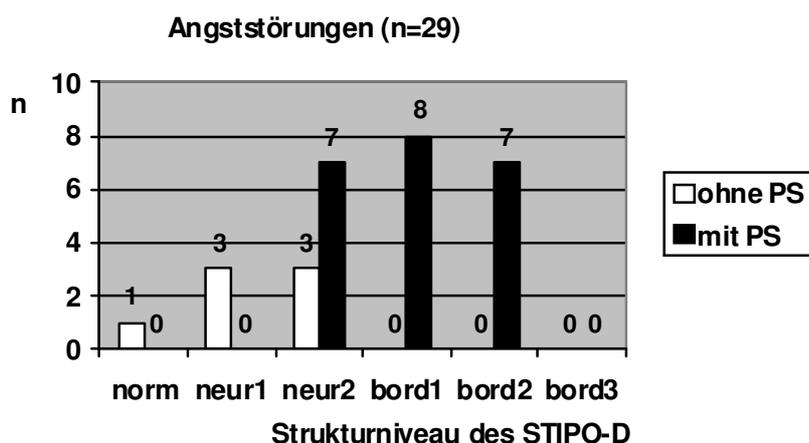
Während die Ergebnisse der Strukturlevels der einzelnen Störungen bei Patienten ohne bzw. mit einer Persönlichkeitsstörung in den entsprechenden Grafiken dargestellt werden, werden die Werte des t-Tests für die jeweilige Störungsgruppe im Text berichtet.

**Abb.13:** Verteilung der Struktur der Patienten mit depressiven Störungen ohne vs. mit Persönlichkeitsstörungen



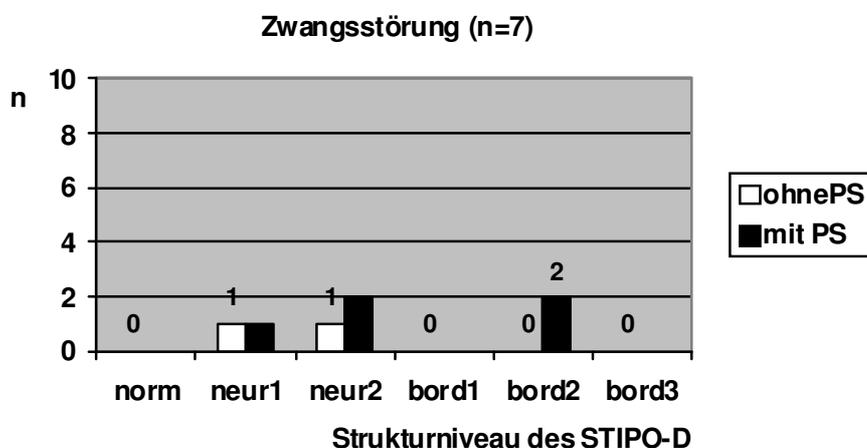
Vergleicht man die Mittelwerte des Strukturniveaus der depressiven Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen ( $n = 35$ ;  $M = 2.74$ ,  $SD = .852$ ) mit den Mittelwerten des Strukturniveaus der Patienten, bei denen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde ( $n = 68$ ;  $M = 3.99$ ,  $SD = .819$ ), mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben, so unterscheiden sie sich auf dem 0.001%-Niveau signifikant ( $t = -7.191$ ,  $df = 101$ ;  $p = .000$ ).

**Abb.14:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Angststörungen ohne vs. mit Persönlichkeitsstörungen



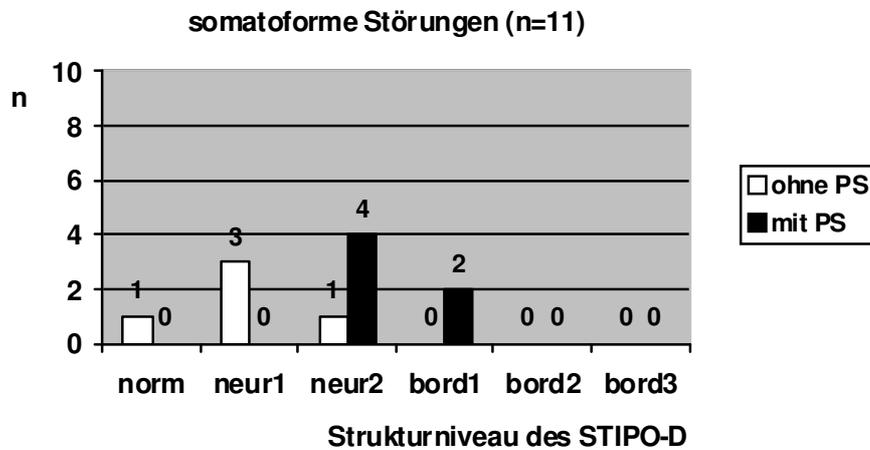
Ein Vergleich der Mittelwerte des Strukturniveaus der Patienten mit einer Angststörung aber ohne Persönlichkeitsstörungen ( $n = 7$ ;  $M = 2.29$ ,  $SD = .756$ ) mit den Mittelwerten des Strukturniveaus der Patienten, bei denen zusätzlich mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde ( $n = 22$ ;  $M = 4.00$ ,  $SD = .816$ ), mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben, so unterscheiden sie sich auf dem 0.001-Niveau signifikant ( $t = -4.917$ ,  $df = 27$ ;  $p = .000$ ).

**Abb.15:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Zwangsstörung ohne vs. mit Persönlichkeitsstörungen



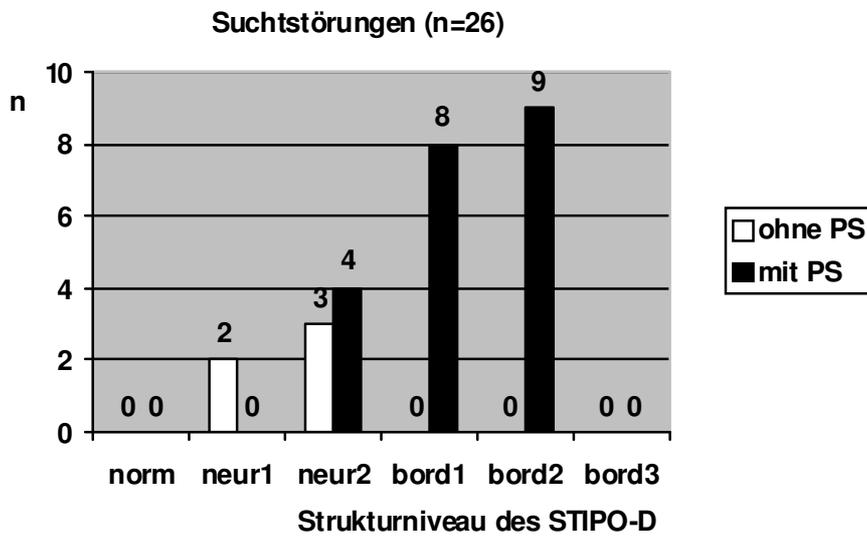
Vergleicht man die Mittelwerte des Strukturniveaus der Patienten mit einer Zwangsstörung aber ohne Persönlichkeitsstörung ( $n = 5$ ;  $M = 3.60$ ,  $SD = 1.342$ ) mit den Mittelwerten des Strukturniveaus der Patienten, bei denen zusätzlich zur Zwangsstörung mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde ( $n = 2$ ;  $M = 2.50$ ,  $SD = .707$ ), mittels eines t-Tests für unabhängige Stichprobe, so lässt sich kein signifikanter Unterschied feststellen ( $t = -1.059$ ,  $df = 5$ ;  $p = .338$ ). Allerdings ist hier zu beachten, dass es sich bei dieser Störung um ein sehr kleines  $n$  handelt.

**Abb.16:** Verteilung der Struktur der Patienten mit somatoformen Störungen ohne vs. mit Persönlichkeitsstörungen



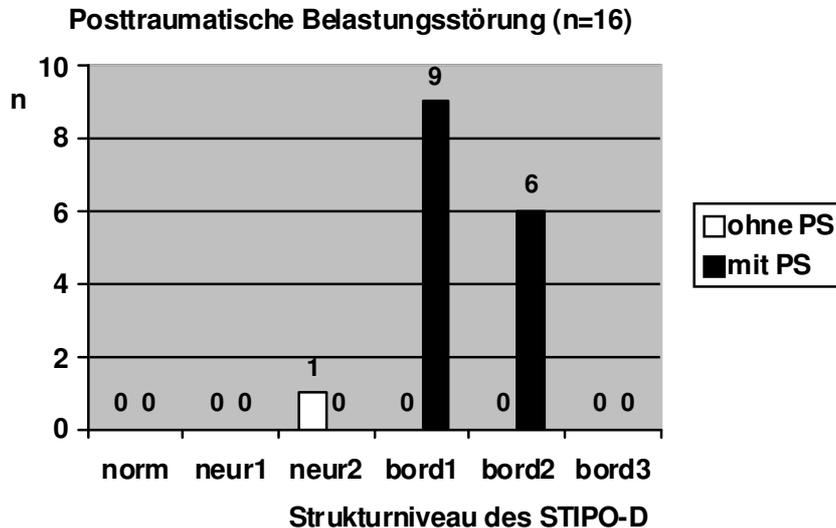
Bei einem Mittelwertsvergleich (Struktur gesamt) derjenigen Patienten, bei denen eine somatoforme Störung aber keine Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurde ( $n = 5$ ;  $M = 2.00$ ,  $SD = .707$ ) mit denjenigen Mittelwerten des Strukturlevels der Patienten, bei denen zusätzlich mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde ( $n = 6$ ;  $M = 3.33$ ,  $SD = .516$ ), mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben, so ergibt sich, dass sie sich auf dem 0.05%-Niveau signifikant ( $t = -3.618$ ,  $df = 9$ ;  $p = .006$ ) unterscheiden. Auch hier ist zu beachten, dass es sich sowohl bei den Patienten ohne als auch bei den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung um eine kleine Stichprobe handelt ( $n$ -Gesamt = 11).

**Abb.17:** Verteilung der Struktur der Patienten mit Suchterkrankungen ohne vs. mit Persönlichkeitsstörungen.



Ein Vergleich der Mittelwerte des Strukturniveaus von denjenigen Patienten, die von einer Suchtstörung nicht aber von einer Persönlichkeitsstörung betroffen sind ( $n = 5$ ;  $M = 2.60$ ,  $SD = .548$ ) mit denjenigen Mittelwerten des Strukturniveaus der Patienten, bei denen zusätzlich zur Suchtstörung mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde ( $n = 21$ ;  $M = 4.24$ ,  $SD = .768$ ), mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben, so unterscheiden sie sich auf dem 0.001%-Niveau signifikant ( $t = -4.471$ ,  $df = 24$ ;  $p = .000$ ).

Abb.18: Verteilung der Struktur der Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung ohne vs. mit Persönlichkeitsstörungen



Vergleicht man die Mittelwerte (Struktur gesamt) der Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung aber ohne Persönlichkeitsstörung ( $n = 1$ ;  $M = 3.00$ ,  $SD = .---$ ) mit den Mittelwerten der Strukturniveaus der Patienten, bei denen zusätzlich zur PTBS mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde ( $n = 15$ ;  $M = 4.40$ ,  $SD = .507$ ), mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben, so unterscheiden sie sich auf dem 0.05%-Niveau signifikant ( $t = -2.673$ ,  $df = 14$ ;  $p = .018$ )

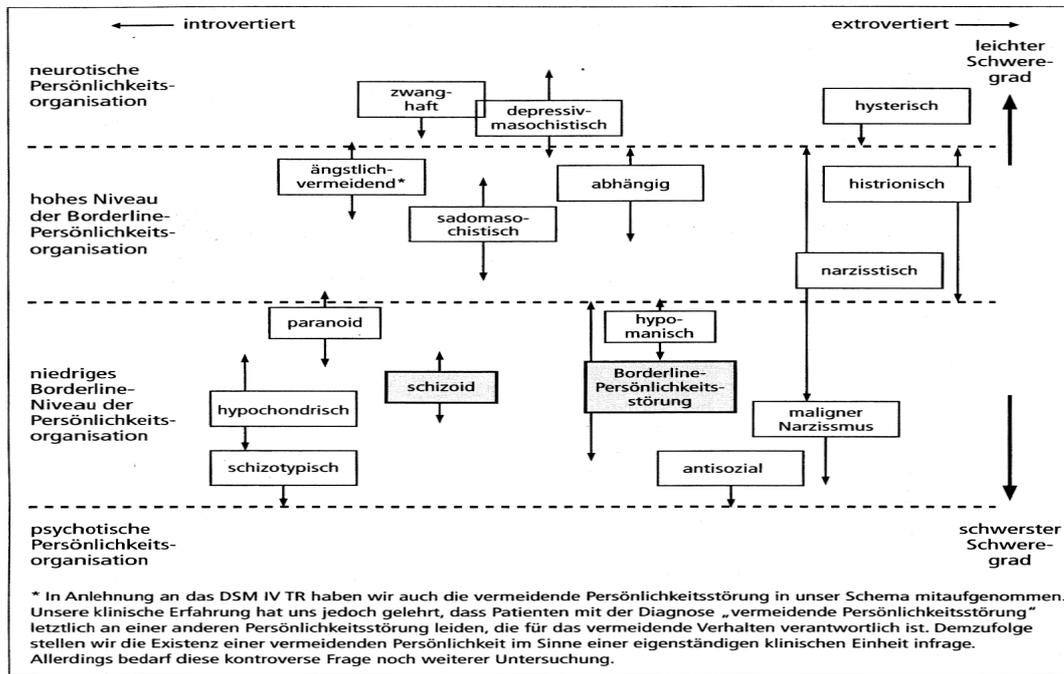
### 7.5.5 Ergebnisse zur Hypothese 5:

Gemäß der Hypothese 5 bestand die Absicht, mit den Daten dieser Studie Kernbergs Modell der Beziehung zwischen den bekannten Persönlichkeitsprototypen und strukturellen Diagnosen, das ausführlich im Text beschrieben und in Abbildung 19 noch einmal dargestellt ist, zu replizieren.

Betrachtet man die einzelnen Persönlichkeitsstörungen der Abb. 20, so wird ersichtlich, dass die Patienten, die eine ängstlich-vermeidende, zwanghafte oder abhängige Persönlichkeitsstörung haben das höchste Strukturniveau dieser Stichprobe haben, wobei die

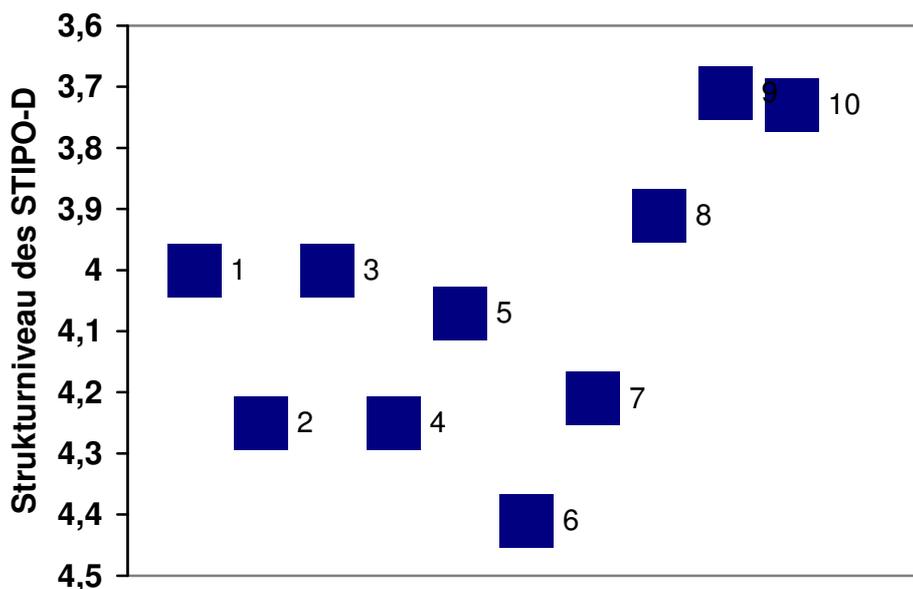
Personen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung ähnlich wie im Modell Kernbergs auf einem etwas niedrigerem Strukturniveau liegen. Dagegen haben Patienten, bei denen eine Borderline Störung diagnostiziert wurde ein erheblich niedrigeres Strukturniveau. Auch dieser Befund entspricht dem Modell Kernbergs. Patienten, die eine paranoide, schizoide oder schizotypische Persönlichkeitsstörung haben, liegen ebenfalls auf einem niedrigen Strukturniveau, wobei die Patienten mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung nicht auf einem so niedrigen Niveau sind wie im Modell Kernbergs. Auch die Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeit lassen sich auf einem ungefähr vergleichbaren Niveau einordnen, während die antisozialen Persönlichkeitsstörungen in dieser Stichprobe nicht auf so niedrigem Niveau liegen wie bei Kernberg. In wesentlichen Teilen und soweit eine Vergleichbarkeit herzustellen ist, konnte das Modell Kernbergs bestätigt werden. Über die Ausprägung auf dem Kontinuum introvertiert – extrovertiert konnte keine Aussage gemacht werden, da in dieser Studie keine entsprechenden Daten erhoben wurden.

**Abb. 19:** Die Beziehung zwischen den bekannten Persönlichkeitsprototypen und strukturellen Diagnosen untereinander (Kernberg et al. 2006)



**Abb.20:** Strukturniveau des STIPO-D und Persönlichkeitsstörungen ( 1= paranoide Persönlichkeitsstörung (PS), 2= schizoide PS, 3= schizotypische PS, 4= histrionische PS, 5= narzisstische PS, 6= Borderline PS, 7= antisoziale PS, 8= vermeidend-selbstunsichere PS, 9= dependente PS, 10 = zwanghafte PS)

**Persönlichkeitsstörungen (n=122)**



**Tab.16:** Mittelwerte u. Standardabweichungen der in Abb. 20 dargestellten Persönlichkeitsstörungen (Mehrfachdiagnosen)

<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
paranoide Persönlichkeitsstörung	14	4.00	.68
schizoide Persönlichkeitsstörung	4	4.25	.96
schizotypische Persönlichkeitsstörung	1	4.00	---
histrionische Persönlichkeitsstörung	4	4.25	.96
narzisstische Persönlichkeitsstörung	14	4.07	.73
borderline Persönlichkeitsstörung	37	4.41	.69
antisoziale Persönlichkeitsstörung	14	4.21	.70
verm.-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	23	3.91	.73
dependente Persönlichkeitsstörung	14	3.71	.73
zwanghafte Persönlichkeitsstörung	22	3.73	.88
<b>Gesamt</b>	<b>150</b>		

## 8. Diskussion

Das Ziel dieser Studie bestand darin, den Zusammenhang zwischen der Struktur der Persönlichkeit bzw. der Persönlichkeitsorganisation und verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern sowohl auf der Achse I als auch auf der Achse II zu untersuchen. Dabei beziehen sich die Überlegungen zur Persönlichkeitsstruktur und ihrer Organisationsniveaus im wesentlichen auf die theoretischen Konzepte Kernbergs, dessen Strukturelles Interview auch den Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung vergleichbarer Instrumente zur Strukturdiagnostik und damit auch für den STIPO-D, mit dem das Strukturniveau in dieser Studie erhoben wurde, darstellte.

Betrachtet man zunächst kritisch die Durchführung der Untersuchung, so wird ersichtlich, dass negative Einflussfaktoren ausreichend sicher kontrolliert werden konnten. Vor Beginn der Studie erfolgte ein intensives Training der Rater. Im Verlauf der Untersuchung wurde strikt darauf geachtet, dass das OPD-Interview und das STIPO-D von unterschiedlichen Ratern durchgeführt und die jeweiligen Ergebnisse dem anderen Interviewer nicht mitgeteilt wurden. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte zufällig. Aus den soziodemographischen Daten geht allerdings hervor, dass eine sehr heterogene Patientengruppe erreicht werden konnte. Dies gilt auch für die Diagnosen, bei denen sich sowohl auf der Achse I als auch auf der Achse II ein großes Spektrum psychiatrischer Störungsbilder zeigte. Die Untersuchung konnte in allen Teilen wie geplant durchgeführt

werden. Störungen im Ablauf oder starke psychophysische Belastungen der Patienten wurden nicht mitgeteilt.

Ausgehend von den theoretischen Annahmen Kernbergs wurde postuliert, dass es einen Zusammenhang zwischen den Achse II Störungen und dem Strukturniveau, gemessen mit dem STIPO-D gibt. Die Daten bestätigten diesen Zusammenhang sowohl für alle Dimensionen des STIPO-D als auch für das Strukturniveau gesamt. Ein kausaler Zusammenhang ist aufgrund dieser Daten jedoch nicht abzuleiten (Hörz et al. 2010), da nicht untersucht wurde, ob die Persönlichkeitsstörung Folge des Strukturdefizits ist oder umgekehrt, bzw. ob beides Ausdruck derselben zugrunde liegenden Problematik ist.

Dagegen konnte die hypothetische Annahme, dass Patienten mit zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen ein niedrigeres Strukturniveau aufweisen als Patienten mit nur einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden. Anders als in der Untersuchung von Hörz et al. (2010), fand sich hier kein signifikant niedrigeres Strukturniveau bei der Gruppe mit zwei und mehr Persönlichkeitsstörungen. Dies liegt sicher im Wesentlichen daran, dass Hörz et al. (2010) ein Kollektiv von Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung untersucht hatten, in dem alle Patientinnen mit mehreren Persönlichkeitsstörungen mindestens eine Cluster B-Störung hatten. In der hier referierten Studie waren dagegen 9 Patienten mit mehreren Persönlichkeitsstörungen ohne Cluster B-Störung vertreten, die mit monomorbiden Cluster B-Patienten verglichen wurden.

Ebenso erwartungswidrig ist das Ergebnis, dass die Patienten mit nur einer Persönlichkeitsstörung einen niedrigeren (schlechteren) Wert in der Subdimension „Primitive Abwehr“ aufweisen, zumal dies der einzige signifikante Unterschied bzgl. der Subdimensionen zwischen den Gruppen ist. Aus der Analyse der Daten ist ersichtlich, dass von den insgesamt 36 Patienten dieser Gruppe 15 mit einer Persönlichkeitsstörung auf dem Strukturniveau 4 des STIPO-D angesiedelt sind, 7 Patienten auf dem Strukturniveau 5 und 1 Patient auf dem Strukturniveau 6. Das bedeutet, dass eine relativ hohe Anzahl der schwer gestörten Patienten in der Gruppe mit nur einer Persönlichkeitsstörung enthalten sind. Dieser Befund entspricht Kernbergs Auffassung, dass v.a. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation stärker primitive Abwehrmechanismen einsetzen.

Dennoch bleibt unklar, warum sich dann nicht auch stärkere Unterschiede in den anderen Subdimensionen zeigen.

Folgt man Kernberg, so ist bei einer Differenzierung der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Clustern zu erwarten, dass sich für die Patienten, die dem Cluster B zugeordnet werden können ein niedrigeres Strukturniveau ergibt als für die Patienten, die von einer Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster C betroffen sind. Diese Erwartung wurde insofern bestätigt, als sich für die Subdimensionen Identität, Objektbeziehungen, primitive Abwehr, Aggression, Wertvorstellungen und Strukturniveau gesamt ein signifikanter bzw. hochsignifikanter Unterschied ergab. Dagegen zeigte sich kein signifikanter Unterschied bei der Subdimension „Coping/Rigidität“. Dieses Ergebnis könnte damit erklärt werden, dass die mangelnde „Fähigkeit eines Individuums, flexibel und adaptiv mit potenziell belastenden Situationen umzugehen“ (Handbuch des STIPO-D, S. IV), generell in einem engen Zusammenhang mit einer Achse II Störung steht und deshalb bei beiden Patientengruppen häufig vertreten ist. Auch Hörz et al. (2010) fanden signifikante Korrelationen für diese Subdimension über die Cluster A, B und C hinweg.

Dass hinsichtlich der Subdimension „Realitätskontrolle“ (bei Kernberg „Realitätsprüfung“) kein signifikanter Unterschied zwischen den Clustern gefunden werden konnte, entspricht nicht in vollem Umfang dem Strukturmodell der Persönlichkeitsorganisation Kernbergs. So müssten gerade die Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die einem niedrigen Strukturniveau zuzuordnen sind, wie die im Cluster B vertretene Borderline-, antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörung, eine unbeständig-instabile Einfühlung in Kriterien der sozialen Realität oder wie Ermann (2010) diese Dimension beschreibt, einen geringen Realitätssinn für das Selbst und Beziehungen haben. Dass sich hier keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen zeigt, liegt aber möglicherweise auch darin, dass diese Dimension im STIPO-D mit einer etwas anderen Gewichtung operationalisiert wurde. So beziehen sich die entsprechenden Items 94 – 100 auf die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität zu unterscheiden, prüfen aber auch das Erleben von Depersonalisation, Halluzinationen und die Beschäftigung mit übernatürlichen Erfahrungen und sind damit eher auf die sichere Unterscheidung von Patienten mit

einer atypischen Psychose und denen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ausgerichtet.

Des Weiteren war zu erwarten, dass Patienten, die ausschließlich eine Störung auf der Achse I aufwiesen, einem höheren Strukturniveau zuzuordnen sind, als solche Patienten, bei denen eine Komorbidität einer Achse I und einer Achse II Störung vorliegt. Wegen zu kleiner Fallzahlen der einzelnen Gruppen der Achse I Störungen musste auf einen Vergleich zwischen den Gruppen der „reinen“ Achse I Störungen verzichtet werden. Betrachtet man aber die graphische Darstellung des Vergleichs der Patienten mit lediglich einer Achse I Störung mit den Patienten, die sowohl eine Achse I Störung als auch eine Achse II Störung hatten, so zeigt sich, dass die erste Gruppe regelhaft den Strukturniveaus normal, neurotisch 1 und neurotisch 2 zuzuordnen ist. Lediglich bei der Gruppe der Depressiven finden sich Patienten auf dem Strukturniveau borderline 1 bzw. borderline 2 des STIPO-D. Dieses Ergebnis entspricht nicht demjenigen, das Grande et al. (1998) in einer Studie vorgestellt haben, und nach dem Depression, Angststörungen, Somatoforme Störungen und Essstörungen über die (OPD)-Strukturniveaus fast i.S. einer Normalverteilung verteilt waren. In dieser Studie wurden allerdings nicht Achse I-Störungen mit und ohne Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung gegenübergestellt. Darüber hinaus dürfte das Kollektiv von Grande et al. (1998) etwas „gesünder“ gewesen sein, da es sich um psychosomatisch-psychotherapeutische und nicht um psychiatrisch-psychotherapeutische Patienten wie in unserer Studie gehandelt hat. Die Prävalenz der Patienten mit Persönlichkeitsstörung lag mit 54% deutlich unter der von 64% in dieser Studie. Weitere Untersuchungen des Zusammenhangs von Strukturniveau und Achse I Störungen wären sicherlich wünschenswert.

Für die Patienten, die komorbid eine Störung auf der Achse II aufwiesen, ergibt sich ein anderes Bild. Hier verteilen sich die Störungsgruppen deutlich häufiger auf niedrigere Strukturniveaus (Posttraumatische Belastungsstörung: borderline 1 u. 2; Suchtstörung: neurotisch 2, borderline 1 u. 2; somatoforme Störung: neurotisch 2 u. borderline 1; Zwangsstörung: neurotisch 1 u. 2, borderline 1; Angststörungen: neurotisch 2, borderline 1 und 2; Depressive Störungen: neurotische 1 bis borderline 3). Darüber hinaus wird ersichtlich, dass sich die Patienten, die sowohl von einer Achse I als auch einer Achse II

Störung betroffen sind, fast durchgehend ein niedrigeres Strukturniveau haben, als die Gruppe, die nicht von einer Achse II Störung betroffen ist. Auch hier müssen aber unbedingt die niedrigen Fallzahlen in Betracht gezogen werden, die eine Interpretation der Daten v.a. für die Diagnosegruppen der somatoformen und der Zwangsstörungen relativieren. Auch hinsichtlich dieser Fragestellung wären weiterführende Untersuchungen wünschenswert. Dabei wäre u.a. zu klären, ob strukturelle Defizite, wie z.B. der verstärkte Einsatz primitiver Abwehrmechanismen, ein schlechteres Coping bzw. eine höhere Rigidität und eine erhöhte Aggressionsbereitschaft auch bei der Behandlung somatischer Erkrankungen zu interaktionellen Problemen führen und deshalb zu einer längeren Behandlungsdauer führen. Erfahrungen im klinischen Alltag legen solche Vermutungen nahe.

Das Modell Kernbergs, in dem er die Beziehung zwischen den Persönlichkeitsstörungen und dem Strukturniveau in Beziehung setzt, sollte mit den Daten dieser Studie empirisch überprüft werden. Die Ergebnisse bestätigten Kernbergs Annahmen in wesentlichen Teilen. Die dependent, vermeidend-selbstunsichere und zwanghafte Persönlichkeitsstörung zeigten ein höheres Strukturniveau als die paranoide, schizoide, antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörung. Am schlechtesten lagen die histrionische und die Borderline Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis widerspricht bei der schizoiden und antisozialen Persönlichkeitsstörung Kernbergs Auffassung – diese schätzte er schlechter ein – und bei der histrionischen, die er besser einschätzte. Diese Abweichungen sind zum einen dadurch zu erklären, dass das Problem der Komorbidität mehrerer Persönlichkeitsstörungen eine klare Abgrenzung erschwert, und zum anderen dadurch, dass Kernbergs Definitionen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen sich zum Teil nicht unerheblich von den DSM-IV Kategorien unterscheiden.

Das Interesse an strukturellen Störungen hat sich in den letzten Jahren erheblich verstärkt. Wissenschaftliche Studien beschäftigen sich mit ihrer Ätiologie, spezifische Therapieprogramme wurden entwickelt und Kliniken boten zunehmend spezielle Behandlungskonzepte an. Mit Hilfe des SKID II ließen sich bisher 12 Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren, die im DSM IV aufgeführt waren. Nun lässt die APA auf ihrer Internetseite ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) verlauten, dass im Mai 2013 das DSM-V vorgestellt werden soll.

Darin wird es statt wie bisher 12 wahrscheinlich nur noch 5 Persönlichkeitsstörungen geben: borderline, schizotypische, vermeidende, zwangs-obsessive und antisozial/ psychopathische Störung. In der Beschreibung der einzelnen Störungen sind viele der psychoanalytisch geprägten Begriffe zu finden, die bereits von Kernberg verwandt wurden, die aber offensichtlich nichts von ihrer Aktualität und ihrer Aussagekraft verloren haben. Darüber hinaus ist ein eigenes Schweregradmaß vorgesehen, das „Funktionsniveau der Persönlichkeit“, das aus Strukturdimensionen besteht, die von Kernberg entwickelt wurden und im Strukturellen Interview wie auch im STIPO enthalten sind. Dies kann zukünftig zu einer Verbesserung der Diagnostik führen. Es bleibt aber zu hoffen, dass die Reduktion der Diagnosen nicht auch zur unzulässigen Vereinfachung eines so komplexen Themas führt.

## Literaturverzeichnis

- Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. New York: Erlbaum
- Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber
- Arbeitskreis OPD (2006) ODP-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber
- Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Balint M, Balint E (1961) Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock
- Behr M, Becker M (2004) Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE). Göttingen: Hogrefe
- Benecke C, Koschier A, Peham D, Bock A, Dahlbender R W, Biebl W, Doering S (2009) Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse, Z Psychosom Med Psychother 55, 84-96
- Benjamin LS (1974) Structural analysis of social behavior. Psychological Review 81:392-425
- Benjamin LS (1993) International diagnosis and treatment of personality disorders, New York: Guilford
- Bowlby J (1969) Attachment and loss. New York: Basic Books
- Bowlby J (1973) Self-reliance and some conditions that promote it. In: Gosling R (Ed.): Support, Innovation and Autonomy. London: Tavistock Publications, 23-48
- Buchheim P, Clarkin JF, Kernberg OF, Doering S (2006) Das Strukturelle und das Strukturierte Interview zur psychodynamischen Diagnostik der Persönlichkeitsorganisation. Persönlichkeitsstörungen 10, 43-54

- Butzer R (2008) Trieb. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg.) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer
- Caligor E, Stern B, Buchheim A, Doering S, Clarkin JF (2004) Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) – wie verhalten sich Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander? *Persönlichkeitsstörungen* 8,209-216
- Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF (2003) Structured Interview of Personality Organization (STIPO). New York: Weill Medical College of Cornell University. (Deutsche Übersetzung von Doering S, 2004)
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zu psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer
- Dammann G, Smole-Lindinger S, Buchheim P (2000) Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO). Unveröffentlichtes Manuskript, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie. Technische Universität München
- Deusinger IM (1986) Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe
- Deusinger IM (1986) Frankfurter Selbstkonzeptskalen. Göttingen: Hogrefe
- Deusinger IM (1998) Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS). Göttingen: Hogrefe
- Deusinger IM (1998) Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe
- Deutsch F (1939) The associative anamnesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 8: 354-381
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993) International Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kapitel V (F). Bern: Huber
- Doering, S. (2003) Wo steht der Neurosebegriff heute? *Persönlichkeitsstörungen*, 7: 176-187

- Doering S, Schüssler G (2004) Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung. In: Hiller W, Sulz S, Leichsenring F (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie – Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz. München: CIP Medienverlag
- Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Schatz DS, Schotte C, DeDoncker D, Schüßler G (2007) Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-VI Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). Z Psychosom Med Psychotherapie 53, 111-128. Göttingen: Vandenhoeck
- Dührssen A (1981) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Göttingen: Vandenhoeck
- Ehrmann M (2010) Psychoanalyse heute. Stuttgart: Kohlhammer
- Fairbairn WRD (1952) Psychoanalytic studies of the personality. London: Tavistock Publications
- Fairbairn WRD (2000) Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen. Gießen: Psychosozial
- Fiedler P (2001) Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz/PVU
- Fonagy, P.: Psychoanalytic development theory. In: E. Person, A. Cooper, G. Babbard (Eds.): Textbook of psychoanalysis. APA, Washington 2005
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EJ, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (2005) Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Bern: Huber Verlag
- Freud S(1923/2009) Das Ich und das Es. Metapsychologische Schriften. Frankfurt a.M.: Fischer

- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe
- Gill MM, Newman R, Redlich FC (1954) The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1998) Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 173-82
- Harlow H (1971) Learning to love. San Francisco: Albion
- Hartkamp N In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg.) (2008) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer
- Hartmann H. (1972) Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. In: Hartmann H (Hrsg) (1972) Ich Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett
- Heimann P (1959) On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis* 31: 81-84
- Hentschel U, Kießling M, Wiemers M(1998): Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS). Manual. Göttingen: Beltz Test
- Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta N, Buchheim P, Doering S(2010) Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Z Psychosom Med Psychother* 56: 136-159
- Holmes J (2002) John Bowlby und die Bindungstheorie. München:Reinhardt
- Holder A(2009) Einleitung. In: Freud S(1923/2009) Das Ich und das Es. Frankfurt a.M.: Fischer
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (2000) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test

- Huber D, Klug G, Wallerstein RS (2006) Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Stuttgart: Kohlhammer
- Janke W, Erdmann G (1997) Streßverarbeitungsfragebogen (SVF-120). Göttingen: Hogrefe
- Janssen J, Laatz W (2010) Statistische Datenanalyse mit SPSS. Heidelberg: Springer
- Janssen PL (1994) Zur psychoanalytischen Diagnostik. In: Janssen PL, Schneider W (Hrsg.) Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Fischer
- Kernberg OF (1981) The structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4: 169-195
- Kernber OF (1996): A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF (Eds.) Major theories of personality disorder. New York: Gilford Press
- Kernberg OF (1997) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kernberg OF (2000) Borderline- Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörung. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg, Dulz, Sachse (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer
- Kernberg OF (2006) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kind H (1973) Leitfaden für die psychiatrische Untersuchung. Berlin: Springer
- Kind H (1979) Das psychiatrische Erstinterview. *Nervenarzt* 49: 255-260
- Klein M, Thorner H (2006) Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kohut H (1971) Narzissmus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Kohut H (1976) Die Heilung des Selbst. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Kriz J (1989) Grundkonzepte der Psychotherapie. München: PVU

- Küchenhoff J (2008) In Strukturen denken. Strukturkonzepte in Philosophie, Psychiatrie und Psychoanalyse und ihre praktischen Auswirkungen. In: Rudolf G, Grande T, Henningsen P (Hrsg.) Die Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer
- Kupfer J, Brosig B, Brähler A (2001) Toronto-Alexithymie-Skala-26. Göttingen: Hogrefe
- Laimböck A (2000) Das psychoanalytische Erstgespräch. Tübingen: Edition Diskord
- Leary T (1957) Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press
- Leichsenring F (1997) Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI). Göttingen: Hogrefe
- Lienert GA, Ratz U (1998) Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: PVU
- Lorenz K (o.J.) King Solomon's Ring. London: Methuen
- Mahler MS, Pine F, Bergmann A(1975) Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a.M.: Fischer
- Mertens W, Waldvogel B (Hrsg)(2008): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer
- Milch W, Hartmann HP (2008) Selbstpsychologie. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hrsg): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer
- Neumann E, Rohmann, E, Bierhoff H (2007). Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften. Diagnostica 53, Heft 1, 33-47
- Neumann E, Rohmann E, Bierhoff HW. Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften – Der Bochumer Bindungsfragebogen. (*Zur Publikation eingereicht*)
- Nitzgen D, Brünger M (2000) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In: Schneider W, Freyberger H (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber

- Oberbracht C (2005) Psychische Struktur im Spiel der Beziehung. Klinische Anwendung und empirische Prüfung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik bei stationären psychosomatischen Patienten. Universität Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript
- Paulus C (2006) Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF). Saarbrücken: Universität des Saarlandes <http://www.uni-saarland.de/fak5/ezw/personal/paulus/welcome.htm>).
- Reich W (1981) Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer
- Rudolf G (1981) Untersuchungen und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Weinheim: Beltz
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 42, 4: 343-357
- Rudolf G (2006) Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Rudolf G, Grande T, Henningsen P (Hrsg) (2008) Die Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer 2008
- Rüsch N, Corrigan PW, Bohus M, Jacob GA, Brueck R, Lieb K. (2007) Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. Psychiatry Research 2007; 150: 313-325
- Sandler J, Sandler AM (1978) On the development of object relationship and affects. International Journal of Psychoanalysis, 39; 285-296
- Schultz-Hencke H (1931) Schicksal und Neurose. Jena: Fischer
- Schultz-Hencke H (1985) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992) Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar. Bern:Huber

- Stern DN (1985) The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalytic and developmental psychology. New York: Basic Books
- Stern DN (1995) deutsch 2006) The motherhood constellation. New York: Basic Books
- Sullivan HS (1954) The psychiatric interview. New York: Norton
- Wallerstein RS (1991) Assessment of structural change in psychoanalytic therapy an research. In: The concept of structure in psychoanalysis. Shapiro T (Ed.) Madison: International University Press
- Weinryb RM, Rössel, RJ (1991) Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. Acta Psychiatrica Scandinavia, 83, 1-23
- Weinryb RM, Rössel RJ, Schauenburg H (1999) Eine deutsche Version des ‚Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP. Psychotherapeut. 44, 227-233
- Winnicott D (1965) The Maturational Process and the Facilitating Environment. London: Hogarth. Deutsch (2001) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Gießen. Psycho-sozial
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe
- Wright K (1991) Vision and Seperation. London: Free Association Books

## Danksagung

Mein Dank gilt allen, die die Entstehung dieser Arbeit ermöglicht und unterstützt haben:

Herrn Prof. Doering, der dieses interessante Projekt initiierte und immer Zeit für unsere Fragen fand,

Herrn Prof. Muthny für die Übernahme des Zweitgutachtens,

Herrn Dr. Telger, der als Ltd. Arzt die Durchführung dieser Untersuchung am Alexianer-Krankenhaus Münster ermöglichte,

den Kolleginnen und Kollegen, die gemeinsam mit mir an diesem Projekt arbeiteten und auf die immer Verlass war,

nicht zuletzt meiner Familie, die mich immer wieder ermutigt hat, das zu tun, was mir wichtig ist.

Vor allem aber danke ich allen Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärten, an dieser Studie teilzunehmen.





## Anhang



Ethik-Kommission Münster • Von-Esmarch-Straße 62 • 48149 Münster

Herrn Prof. Dr. med. Stephan Doering  
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde  
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
UK Münster  
Waldeyerstr. 30  
48149 Münster

**ETHIK-KOMMISSION**  
der Ärztekammer Westfalen-Lippe  
und der Medizinischen Fakultät der  
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Von-Esmarch-Str. 62  
D-48149 Münster

Unser Zeichen: bo/bue

Telefon: +49 (0)251 83 - 5 52 90  
Telefax: +49 (0)251 83 - 5 70 97  
E-Mail: [ethikom@uni-muenster.de](mailto:ethikom@uni-muenster.de)  
Website: [www.klinikum.uni-muenster.de/ethikkommission](http://www.klinikum.uni-muenster.de/ethikkommission)

nachrichtlich: /

gedruckt: 20. September 2007

**Unser Aktenzeichen: 2007-344-f-S (bitte immer angeben!)**

**Titel der klinischen Prüfung:**

“Validierung des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D) und der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)”

Sehr geehrter Herr Professor Doering,

für das oben genannte Forschungsvorhaben haben Sie die Beratung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster („Ethik-Kommission“) beantragt.

Die Ethik-Kommission hat in ihrer Sitzung am 31.08.2007 ausführlich über Ihren Antrag beraten, ergänzend vorgelegte Unterlagen in einem Ausschuss nach § 5 Abs. 1 Satz 3 ihrer Satzung geprüft, und beschlossen:

**Die Ethik-Kommission hat keine grundsätzlichen Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens.**

Die vorliegende Einschätzung gilt für das Forschungsvorhaben, wie es sich auf Grundlage der in Anhang 1 genannten Unterlagen darstellt.

Für die Entscheidung der Ethik-Kommission erhebt die Ärztekammer Westfalen-Lippe Gebühren nach Maßgabe ihrer Verwaltungsgebührenordnung. Über die auf 20 % der Regelgebühr ermäßigten Gebühren haben Sie von der Ärztekammer einen gesonderten Bescheid erhalten.

Allgemeine Hinweise:

Mit der vorliegenden Stellungnahme berät Sie die Ethik-Kommission zu den mit Ihrem Forschungsvorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Die Einschätzung der Kommission ist als ergebnisoffene Beratung für den Antragsteller nicht bindend. Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass unabhängig von der vorliegenden Stellungnahme die medizinische, ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens bei dessen Leiter und bei allen an dem Vorhaben teilnehmenden Ärzten bzw. Forschern verbleibt.

An der Beratung und Beschlussfassung haben die in Anhang 2 aufgeführten Mitglieder der Ethik-Kommission teilgenommen. Es haben keine Kommissionsmitglieder teilgenommen, die selbst an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen davon berührt werden.

Die Ethik-Kommission empfiehlt nachdrücklich die Registrierung klinischer Studien in einem öffentlich zugänglichen Register, das die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten Voraussetzungen erfüllt, insbesondere deren Mindestangaben enthält. In Betracht kommende Register sowie ausführliche weiterführende Informationen stehen im Internetangebot der WHO zur Verfügung:

<http://www.who.int/ictrp/en/>

Zu den von zahlreichen Fachzeitschriften aufgestellten Anforderungen wird hingewiesen auf:

[http://www.icmje.org/clin\\_trialup.htm](http://www.icmje.org/clin_trialup.htm)

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist organisiert und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den GCP-Richtlinien der ICH.

Die Kommission wünscht Ihrem Forschungsvorhaben gutes Gelingen und geht davon aus, dass Sie nach Abschluss des Vorhabens über die Ergebnisse berichten werden.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Werner Bothe M.A.  
Stellv. Vorsitzender der Ethik-Kommission

*Anhang 1*

**Folgende Unterlagen haben bei der Beschlussfassung vorgelegen:**

<b>Eingang am:</b>	<b>Datum des Schreibens:</b>	<b>Anlagenbezeichnung:</b>	<b>Version:</b>
30.07.2007	25.07.2007	Anschreiben des Sponsors / Vertreters	
31.07.2007	30.07.2007	Anschreiben des Antragstellers	
31.07.2007	30.07.2007	CV Prof. Dr. Doering	
31.07.2007	30.07.2007	Antrag	30.07.2007
31.07.2007	30.07.2007	Patienteninformation und Einverständniserklärung	
31.07.2007	30.07.2007	Dokumentationsbögen	
19.09.2007	17.09.2007	Schreiben / Stellungnahme Prof. Doering	
19.09.2007	17.09.2007	Information und Einverständniserklärung	

*Anhang 2*

**Folgende Mitglieder der Ethik-Kommission haben an der Beratung und Beschlussfassung in der Sitzung vom 31. August 2007 teilgenommen:**

Frau Prof. Dr. med. Bettina <b>Schöne-Seifert</b> Geschäftsf. Direktorin des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin UK Münster	Prof. Dr. jur. Heinz-Dietrich <b>Steinmeyer</b> Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Wirtschaftsrecht (Abt. III) Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. med. Torsten <b>Hausamen</b> Facharzt für Innere Medizin	Prof. Dr. rer. nat. Ulrich <b>Hoyer</b> Philosophisches Seminar Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. med. Jörg <b>Ritter</b> Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde - Pädiatrische Hämatologie und Onkologie - UK Münster	Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Otmar <b>Schober</b> Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin UK Münster <i>(Vorsitz)</i>
Frau Mechthild <b>Föcking</b> Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe Behinderter e.V.	Prof. Dr. med. Hans-Werner <b>Bothe</b> Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie UK Münster
Frau Dr. Elvira <b>Ahlke</b> Apothekerin Apotheke des UK Münster	

# Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation -Deutsche Version- **STIPO-D**

## AUSWERTUNGSBOGEN

Code-Nummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder, Anzahl und Alter: \_\_\_\_\_

Datum des Interviews: \_\_\_\_\_

Name des Interviewers: \_\_\_\_\_

## TEIL 1: IDENTITÄT

### A. Engagements

Arbeit – Leistung	1. _____
Arbeit – Beständigkeit	2. _____
Arbeit – Ehrgeiz, Ziele	3. _____
Arbeit – Zufriedenheit	4. _____
Ausbildung – Leistung	5. _____
Ausbildung – Beständigkeit	6. _____
Ausbildung – Zufriedenheit	7. _____
Ausbildung – Kongruenz	8. _____
Freizeit – Interessen	9. _____
Freizeit – überdauerndes Interesse	10. _____
Freizeit – Zufriedenheit	11. _____

*Engagement gesamt* \_\_\_\_\_

- 1 *Stabiles, zeitlich überdauerndes Interesse in Arbeit oder Ausbildung und Freizeitaktivitäten*
- 2 *Engagement in einigen Bereichen, nicht aber in anderen; möglicherweise Engagement in allen Bereichen, dann aber oberflächlicher und mit weniger Hingabe als bei 1*
- 3 *Eingeschränktes, oberflächliches Engagement in Arbeit/ Ausbildung/ Freizeit; möglicherweise tiefer gehendes Engagement in einem Bereich, nicht aber in anderen*
- 4 *Geringes Engagement in Arbeit oder Ausbildung oder Freizeit; schwerer Mangel in zwei oder mehr dieser Bereiche, auch wenn tiefer gehend engagiert in einem Bereich*
- 5 *Kein Engagement in Arbeit/ Ausbildung/ Freizeit*

### B. Selbstwahrnehmung

#### a) Selbstwahrnehmung: Kohärenz und Kontinuität

Selbst – Beschreibung	12. _____
Selbst – zeitliche Konsistenz	13. _____
Selbst – Einstellungen, Überzeugungen	14. _____
Selbst – konsistentes Selbsterleben in der Gegenwart	15. _____
Selbst – Alleinsein	16. _____
Selbst – in Partnerschaften	17. _____

*Selbstwahrnehmung: Kohärenz und Kontinuität* \_\_\_\_\_

- 1 *Selbsterleben und Lebensziele sind kohärent und zeitlich und situativ stabil*
- 2 *Selbsterleben und Lebensziele sind normalerweise kohärent und zeitlich und situativ stabil*
- 3 *Selbsterleben und Lebensziele sind mäßig integriert, oberflächlich und diskontinuierlich*
- 4 *Selbsterleben und Lebensziele sind deutlich instabil und gering integriert, oberflächlich und diskontinuierlich*
- 5 *Nicht integriertes und chaotisches (inkohärentes) Selbsterleben ohne Gefühl für ein „Selbst“ oder Lebensziele*

**b) Selbstwahrnehmung: Selbstbeurteilung**

Selbst – Selbstbeurteilung	18. _____
Selbst – positive vergleichende Selbstbeurteilung I	19. _____
Selbst – positive vergleichende Selbstbeurteilung II	20. _____
Selbst – negative vergleichende Selbstbeurteilung I	21. _____
Selbst – negative vergleichende Selbstbeurteilung II	22. _____
Selbst – Selbstwert Fluktuation	23. _____
Selbst – Selbstwert äußere Einflüsse	24. _____

**Selbstwahrnehmung: Selbstbeurteilung** \_\_\_\_\_

- Selbstwert ist relativ stabil, positiv und realistisch*
- Selbstwert ist relativ stabil, teilweise positiv und teilweise realistisch*
- Beeinträchtigte Aufrechterhaltung des Selbstwertes mit der Tendenz, sich entweder positiv oder negativ zu erleben, überwiegend durch Vergleiche mit anderen*
- Selbstwahrnehmung ist organisiert um das Bedürfnis, sich selbst als anderen überlegen wahrzunehmen, im Wechsel mit Gefühlen der Selbstverachtung und Wertlosigkeit*
- Selbstwert ist in hohem Maße unrealistisch, extrem, polarisiert, zeigt eine rigide Selbstsicht, positiv oder negativ, basiert auf dem inneren Bedürfnis, sich selbst als entweder besser oder schlechter als andere anzusehen; nahezu psychotische Qualität dieser Wahrnehmungen, die einer Realitätsüberprüfung unzugänglich sind*

**C. Objektwahrnehmung**

Objekt – Beschreibung	25. _____
Objekt – Einschätzung anderer	26. _____
Objekt – Beurteilung durch andere	27. _____
Objekt – äußere Einflüsse	28. _____
Objekt – soziale Realitätswahrnehmung	29. _____
Objekt – Herkunftsfamilie	30. _____

**Objektwahrnehmung** \_\_\_\_\_

- Objektwahrnehmung reflektiert ein stabiles und integriertes Erleben anderer als ganze Individuen und eine realistische Sicht davon, wie man von anderen wahrgenommen wird*
- Objektwahrnehmung ist charakterisiert durch ein deutlich reflektiertes Bild vom anderen, das integriert und relativ stabil, obwohl möglicherweise etwas oberflächlich, ist; es zeigen sich abwehrbedingte Verzerrungen oder Instabilität im Erleben der Wahrnehmung durch andere (z.B. Unfähigkeit anzuerkennen, dass andere einen für erfolgreich oder bewundernswert halten)*
- Objektwahrnehmung ist charakterisiert durch ein deutlich reflektiertes Bild der wesentlichen Eigenschaften des anderen; allerdings ist die Wahrnehmung des anderen instabil und/ oder oberflächlich, möglicherweise selbstbezogen; verzerrtes/ undeutliches Erleben davon, wie die/ der Untersuchte von anderen gesehen wird*
- Oberflächliche und/ oder instabile Objektwahrnehmung, jedoch mit der Fähigkeit eine rudimentäre (wenn auch widersprüchliche und instabile oder in hohem Maße oberflächliche) Beschreibung einiger Objekte abzugeben*
- Oberflächliche und chaotische Objektwahrnehmung, die weitestgehend geprägt ist durch die Ängste, Abwehr und Bedürfnisse des Subjektes*

**GESAMTRATING IDENTITÄT** \_\_\_\_\_

- Integrierte Identität*
- Integrierte Identität mit einigen Bereichen leichter Defizite (z.B. leichte Oberflächlichkeit oder Instabilität der Wahrnehmung des Selbst und/ oder der Objekte)*
- Instabiles Identitätserleben; einige stabile Bereiche sind mit deutlich defizitären Bereichen verbunden*
- Mäßige Identitätsdiffusion – wenige stabile Bereiche im Erleben des Selbst und der Objekte; viele wichtige Bereiche defizitär*
- Schwere Identitätsdiffusion – keine stabilen Bereiche in der Selbstwahrnehmung, höchst widersprüchliche, chaotisch wechselnde Sicht des Selbst und der Objekte, Unfähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen*

## TEIL 2: OBJEKTBEZIEHUNGEN

### A. Zwischenmenschliche Beziehungen

Zwischenmenschliche Beziehungen – soziale Isolation	31. _____
Zwischenmenschliche Bez. – Probleme/ Unbeständigkeit	32. _____
Zwischenmenschl. Bez. – Nicht-Verfügbarkeit v. Freunden	33. _____
Zwischenmenschliche Beziehungen – zeitliche Stabilität	34. _____
Zwischenmenschl. Bez. – Arbeitsplatz/ Schule – Konflikte	35. _____

*Zwischenmenschliche Beziehungen gesamt* \_\_\_\_\_

- 1 *Hat mindestens eine oder mehrere gute Freundschaften; diese dauern mindestens zwei Jahre; durchgängiger Kontakt mit den engsten Freunden; kann sich einlassen und investieren; in den meisten Beziehungen keine ernsthaften Konflikte*
- 2 *Ein gewisses Engagement in einer oder mehreren Freundschaften; mindestens eine Freundschaft von guter Beziehungsqualität, ist aber möglicherweise unbeständiger, oberflächlicher und weniger engagiert als unter 1 beschrieben; möglicherweise eine gewisse Unbeständigkeit im Kontakt bzw. im Sich-öffnen den engsten Freunden gegenüber; geringe Konflikte in Freundschaften und am Arbeitsplatz*
- 3 *Sucht eher mehrere oberflächlichere Freundschaften, die entweder kürzer bestehen, von deutlich geringerer Vertrautheit sind oder einen Mangel an gegenseitiger Offenheit zeigen; Freundschaften oder die Beziehungen am Arbeitsplatz sind möglicherweise stabil, aber beeinträchtigt von Aggression und Konflikten*
- 4 *Einige Bekannte, wenn überhaupt, wenige Freunde; Beziehungen in mehreren Lebensbereichen sind verarmt und oberflächlich oder möglicherweise von beträchtlichen Konflikten belastet*
- 5 *Keine Freunde; die Beschreibung von Freundschaften ist vollständig oberflächlich; chaotische konfliktbelastete Freundschaften in mehreren Lebensbereichen*

### B. Partnerschaften und Sexualität

Partnerschaften – Geschichte	36. _____
Partnerschaften – Intimität/ Reziprozität	37. _____
Partnerschaften – Beziehungsökonomie	38. _____
Partnerschaften – Langeweile	39. _____
Partnerschaften – sexuelle Aktivität	40. _____
Partnerschaften – sexuelle Hemmung	41. _____
Partnerschaften – Empfindungsfähigkeit	42. _____
Partnerschaften – Liebe und Sexualität	43. _____

*Partnerschaft und Sexualität gesamt* \_\_\_\_\_

- 1 *Es bestehen befriedigende reziproke Partnerschaften; fähig, Liebe und Sexualität in dauerhaften (d.h., länger als 6 Monate) Partnerschaften zu verbinden*
- 2 *Es bestehen Partnerschaften, die jedoch problematisch/ konflikthaft sind (z.B. gehemmt, stürmisch, eventuell von begrenzter Offenheit und Intimität); möglicherweise besteht eine liebevolle Bindung bei gleichzeitiger sexueller Hemmung mit dem Partner; möglicherweise Schwierigkeiten, Sex und Liebe zu integrieren*
- 3 *Intimität wird durch Konflikte eingeschränkt (z.B. Abhängigkeit und Verletzlichkeit), möglicherweise Probleme dabei, Partnerschaften aufrecht zu erhalten; die beschriebenen Beziehungen sind konflikthaft, relativ kurz und/ oder sehr oberflächlich; möglicherweise wird von längeren Partnerschaften berichtet, die durch eine schwere Hemmung von Sexualität und Intimität gekennzeichnet sind*
- 4 *Oberflächliche kurze Versuche, Intimität zu erreichen, ohne sich wirklich einzulassen, und/ oder Unfähigkeit, die sinnlichen Aspekte von Sexualität zu erleben; erlebt möglicherweise wenig sinnliche Lust und/ oder eine stark aggressiv getönte Sexualität*
- 5 *Keine Partnerschaften und keine sexuelle Aktivität*

### C. Inneres Arbeits-Modell von Beziehungen

IAMB – Idealisierung/ Entwertung	44. _____
IAMB – Qualität der Objektbeziehungen	45. _____
IAMB – Empathie	46. _____
IAMB - Anspruchsdenken 1	47. _____
IAMB - Anspruchsdenken 2	48. _____
IAMB - Autonomie des anderen	49. _____
IAMB - Bedürfnisbefriedigung 1 – Wert der Gesellschaft	50. _____
IAMB - Bedürfnisbefriedigung 2 – Beziehungsökonomie	51. _____
IAMB - Bedürfnisbefriedigung 3 – Langeweile	52. _____

*Inneres Arbeits-Modell von Beziehungen gesamt* \_\_\_\_\_

- 1 *Sieht Beziehungen nicht als Mittel zur Bedürfnisbefriedigung; fühlt sich ohne Probleme und durchgängig in die Bedürfnisse anderer ein, unabhängig von den eigenen Bedürfnissen; kann ohne Probleme ein zeitlich stabiles Interesse an anderen aufrecht erhalten; kein Anspruchsdenken*
- 2 *Sieht Beziehungen normalerweise nicht als Mittel zur Bedürfnisbefriedigung, d.h., sie/ er fragt sich möglicherweise, was sie/ er von der Beziehung profitiert, dies ist für die meisten Beziehungen aber nicht die Hauptmotivation; fühlt sich unabhängig von den eigenen Bedürfnissen in die Bedürfnisse anderer ein, dies jedoch nicht in allen Beziehungen bzw. in allen Situationen; kann ein zeitlich stabiles Interesse an anderen aufrecht erhalten; wenn überhaupt, geringes Anspruchsdenken*
- 3 *Tendiert dazu, Beziehungen als Mittel zur Bedürfnisbefriedigung anzusehen; eingeschränkte Fähigkeit, sich unabhängig von den eigenen Bedürfnissen in die Bedürfnisse anderer einzufühlen, und/ oder eingeschränkte Fähigkeit, ein zeitlich stabiles Interesse an anderen aufrecht zu erhalten; hat Anspruch auf besondere Behandlung/ Aufmerksamkeit von anderen*
- 4 *Sieht Beziehungen weitestgehend unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung; stark eingeschränkte Fähigkeit, sich unabhängig von den eigenen Bedürfnissen in die Bedürfnisse anderer einzufühlen; geringe Fähigkeit, ein zeitlich stabiles Interesse an anderen aufrechtzuerhalten; ausgeprägtes Anspruchsdenken*
- 5 *Sieht Beziehungen vollständig unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisbefriedigung; keine Fähigkeit, sich unabhängig von den eigenen Bedürfnissen in die Bedürfnisse anderer einzufühlen; keine Fähigkeit, ein Interesse für andere zu entwickeln; Anspruchsdenken ist ein dominantes Motiv in Beziehungen*

**GESAMTRATING OBJEKTBEZIEHUNGEN** \_\_\_\_\_

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

**TEIL 3: PRIMITIVE ABWEHR**

Primitive Projektion	53. _____
Sprunghaftes Verhalten	54. _____
Idealisierung/ Entwertung - Dinge	55. _____
Idealisierung/ Entwertung - Menschen	56. _____
Schwarz-weiss-Denken	57. _____
Primitive Verleugnung	58. _____
Externalisierung	59. _____
Projektive Identifikation I	60. _____
Projektive Identifikation II	61. _____
Fantasie	62. _____
Somatisierung	63. _____

**GESAMTRATING PRIMITIVE ABWEHR** \_\_\_\_\_

- 1 *Kein Hinweis auf den Einsatz primitiver Abwehr*
- 2 *Gelegentlicher Einsatz primitiver Abwehr mit klar und differenziert beschriebenen Beispielen zumindest in einzelnen Fällen; dies ist eindeutig NICHT der vorherrschende Abwehrstil der/ des Untersuchten; möglicherweise beschränkt auf Idealisierung/ Entwertung*
- 3 *Ein gemischtes Abwehrmuster mit Einsatz primitiver Abwehr; Wandel in der Selbst- und Objektwahrnehmung ist nicht ausgeprägt, eine gewisse Beeinträchtigung des Funktionierens durch den Einsatz primitiver Abwehr*
- 4 *Durchgängiger Einsatz primitiver Abwehr, Wandel in der Selbst- und Objektwahrnehmung sind relativ schwer und umfassend; eindeutige Beeinträchtigung des Lebens der/ des Untersuchten durch die primitive Abwehr*
- 5 *Umfassender Einsatz primitiver Abwehr (Externalisation, primitive Verleugnung, Idealisierung, Entwertung und Spaltung) in verschiedenen Situationen, starke und radikale Wandel in der Selbst- und Objektwahrnehmung in einem Ausmaß, das das Funktionieren schwer beeinträchtigt, schildert umfangreiche und detaillierte Beispiele*

**TEIL 4: COPING/ RIGIDITÄT**

Antizipation/ Planung	64. _____
Unterdrückung	65. _____
Flexibilität	66. _____
Selbstbeschuldigung	67. _____
Aktives Herangehen	68. _____
Perfektionismus	69. _____
Wechsel zwischen mehreren Aufgaben	70. _____
Kontrolle	71. _____
Sich Sorgen machen	72. _____
Herausforderungen	73. _____

GESAMTRATING COPING/ RIGIDITÄT: \_\_\_\_\_

- 1 *Flexibles, adaptives Coping; in den meisten Bereichen widerstandsfähig gegen Stress; durchgängiger Einsatz einer Reihe von adaptiven Coping-Strategien*
- 2 *Hinweise für adaptive Coping-Strategien; die Strategien werden jedoch weniger durchgängig oder effizient eingesetzt, oder nur in einigen Bereichen und in anderen nicht; weitestgehend widerstandsfähig gegen Stress*
- 3 *Eingeschränkte Möglichkeit, adaptive Coping-Strategien zu nutzen, infolgedessen Vulnerabilität für Stress; rigides Coping*
- 4 *Wenige Beispiele für den Einsatz adaptiver Coping-Strategien; rigides, maladaptives Coping*
- 5 *Durchgehend unflexibles, maladaptives Coping mit ernststen Konsequenzen für das Funktionieren der/ des Untersuchten unter Stress*

## TEIL 5: AGGRESSION

### A. Selbstgerichtete Aggression

Selbst-Vernachlässigung	74. _____
Risikoverhalten	75. _____
Entlastung	76. _____
Suizidalität	77. _____
Sexuelle Aggression - selbstgerichtet	78. _____

*Selbstgerichtete Aggression gesamt* \_\_\_\_\_

- 1 *Keine oder äußerst geringe selbstgerichtete Aggression, z.B. leichtes Nägelkauen*
- 2 *Vernachlässigung der eigenen Gesundheit, jedoch nur in leichten Fällen, oder leichtes selbsterstörerisches Verhalten, z.B. durchgängigeres, ständiges Nägelkauen*
- 3 *Vernachlässigung der eigenen Gesundheit mit potenziell ernstesten Konsequenzen*
- 4 *Nicht lebensbedrohliche Selbstverletzung*
- 5 *Eine oder mehrere lebensbedrohliche Selbstverletzungen (Suizidversuche)*

### B. Fremdgerichtete Aggression

Wutausbrüche	79. _____
Gewalt gegen andere	80. _____
Befriedigung durch das Leiden anderer	81. _____
Sexuelle Aggression - fremdgerichtet	82. _____
Androhen von Selbstverletzung	83. _____
Einschüchterung	84. _____
Hass	85. _____

*Fremdgerichtete Aggression gesamt* \_\_\_\_\_

- 1 *Ärger und Aggression können kontrolliert, moduliert und integriert werden*
- 2 *Kontrollverlust bei verbaler Aggression; gefolgt von Schuldgefühlen und dem Bemühen, die Beziehung wieder „zu kitten“*
- 3 *Kontrollverlust bei verbaler Aggression; eine gewisse Befriedigung daraus, andere zu kontrollieren und einzuschüchtern*
- 4 *Hass ohne körperliche Gewalt; brutale verbale Angriffe; sadistische Kontrolle anderer, z.B. durch Einschüchterung oder Androhung von Selbstverletzung (Suizid)*
- 5 *Hass, körperliche Gewalt mit dem Ziel zu verletzen*

**GESAMTRATING AGGRESSION** \_\_\_\_\_

- 1 *Ärger und Aggression können kontrolliert, moduliert und integriert werden; Ärger und verbale Aggression können auftreten, erscheinen jedoch situationsadäquat*
- 2 *Aggression drückt sich aus in Selbstvernachlässigung, leichtes selbstverletzendes Verhalten, einen kontrollierenden Beziehungsstil; verbale Aggression ist häufiger und/ oder feindseliger*
- 3 *Aggressives Verhalten möglicherweise überwiegend selbstgerichtet; gelegentliche Wutausbrüche und feindselige verbale Angriffe; eher vorübergehend, weniger chronisch und weniger schwer und gefährlich als unter 4 und 5*
- 4 *Aggressives Verhalten fremdgerichtet mit oder ohne selbstgerichtete Aggression; kann aber auch durch schwere bis lebensbedrohliche selbstgerichtete Aggression gekennzeichnet sein; die Aggression ist etwas weniger beherrschend und chronisch (d.h. mehr episodisch) und weniger lebensbedrohlich als unter 5; häufige Wutausbrüche, häufige Episoden feindseliger verbaler Aggression*
- 5 *Das aggressive Verhalten stellt eine ernsthafte Gefahr für die Sicherheit anderer und/ oder des Selbst dar; durchgängige Tendenz zu schwerer, gefährlicher Aggression mit Befriedigung, die aus dem Verletzen und/ oder Kontrollieren anderer gezogen wird*

**TEIL 6: WERTVORSTELLUNGEN**

Internalisierte Wertvorstellungen	86. _____
Lügen/ Betrügen I	87. _____
Moralische Konflikte	88. _____
Lügen/ Betrügen II	89. _____
Gesetzesverstöße	90. _____
Schuldgefühle	91. _____
Ausnutzen	92. _____
Sadismus	93. _____

**GESAMTRATING WERTVORSTELLUNGEN \_\_\_\_\_**

- 1 *Kein Hinweis auf unmoralisches, unsittliches Verhalten; reife und adäquate Betroffenheit und Verantwortung für potenziell verletzendes oder unethisches Verhalten; kann Schuld erleben; die Führung durch innere Wertvorstellungen ist unabhängig, durchgängig vorhanden und flexibel; kein Ausnutzen anderer zum persönlichen Nutzen*
- 2 *Kein antisoziales Verhalten; gewisse Hinweise auf unbedeutendes unmoralisches Verhalten (z.B. Lügen, Betrügen); die Führung durch innere Wertvorstellungen ist unabhängig, durchgängig vorhanden mit gewissen inneren Konflikten/ Ambiguität wenn es darum geht, fragwürdige Gelegenheiten zum eigenen Vorteil zu nutzen; kann Schuld erleben, aber in einer Weise, dass wiederkehrende Selbstbeschuldigungen gegenüber Bemühungen um Wiedergutmachung überwiegen*
- 3 *Einiges unethische/ unmoralische Verhalten, z.B. Plagiiere, Betrügen, Lügen, „Wirtschaftskriminalität“, kleinere Ladendiebstähle, keine direkte Begegnung mit dem Opfer; Schwierigkeiten, die volle Verantwortung für Handlungen zu übernehmen, die schädlich für andere sind; einige innere Wertvorstellungen, aber Probleme dabei, diese als Standard für das eigene Verhalten einzusetzen*
- 4 *Gewalttätiges aggressives Verhalten, wie zum Beispiel Stehlen; möglicherweise direkte Begegnung mit dem Opfer, jedoch ohne körperlichen Angriff und normalerweise ohne Vorsatz; die moralische Orientierung geht dahin, das Gefasst werden zu verhindern; kaum innere Konflikte dabei, fragwürdige Gelegenheiten für den eigenen Vorteil und auf Kosten anderer zu nutzen; moralische Werte und Standards sind brüchig und korrupt; wenig Schuld- und Reuegefühle*
- 5 *Gewalttätiges, aggressives antisoziales Verhalten (tätliche Angriffe, Vergewaltigung, Vorsatz); kein Verständnis für moralische Werte; keine Schuld- und Reuegefühle, Psychopathie*

**TEIL 7: REALITÄTSKONTROLLE UND WAHRNEHMUNGSVERZERRUNGEN**

Realitätskontrolle - Paranoia	94. _____
Realitätskontrolle - Überreaktion	95. _____
Dissoziation	96. _____
Depersonalisation	97. _____
Bizarre Gedanken und Ideen	98. _____
Halluzinatorisches Erleben	99. _____
Beziehungsdenken	100. _____

**REALITÄTSKONTROLLE UND WAHRNEHMUNGS-  
VERZERRUNGEN GESAMT \_\_\_\_\_**

- 1 *Keine Wahrnehmungsverzerrungen, keine Störungen der Realitätskontrolle; fühlt sich nicht oder erscheint nicht seltsam oder ungewöhnlich*
- 2 *Leichte Realitätsverzerrungen (z.B. leichte Depersonalisation, das „Gefühl“, fett oder hässlich zu sein) mit erhaltener Realitätskontrolle; fühlt sich möglicherweise anders als andere, kann aber genau wahrnehmen, dass sie/ er anderen nicht seltsam erscheint*
- 3 *Mäßige Wahrnehmungsverzerrungen (z.B. häufig den eigenen Namen zu hören, häufige Somatisierung, Depersonalisations- oder Derealisationserleben, grobe Körperbildstörungen) mit weitgehend erhaltener Realitätskontrolle; möglicherweise Paranoia, harmlose Exzentrität, d.h. das Gefühl, seltsam oder ungewöhnlich zu sein, ohne anderen so zu erscheinen*
- 4 *Deutliche Wahrnehmungsverzerrungen (z.B. zu sehen, wie das eigene Gesicht im Spiegel „zerläuft“) mit wechselnder Realitätskontrolle; möglicherweise schwerere Paranoia und/ oder Exzentrität, d.h. das Gefühl, bizarr, seltsam oder ungewöhnlich zu sein, was anderen, auch der/ dem Interviewer/-in, zeitweise ebenfalls so erscheint*
- 5 *Schwere Wahrnehmungsverzerrungen (z.B. körperbezogene Wahnhalte oder Stimmenhören) mit deutlicher Störung der Realitätskontrolle; erscheint anderen, auch der/ dem Interviewer/-in, in hohem Maße bizarr/ seltsam*

## PERSÖNLICHKEITSPROFIL

Subdimension/ Dimension	Arithmetisch	5-Punkt-Skala
1. A. Engagements		
1. B. Selbstwahrnehmung a) Kohärenz und Kontinuität		
1. B. Selbstwahrnehmung b) Selbstbeurteilung		
1. C. Objektwahrnehmung		
<b>1. Identität Gesamtrating</b>		
2. A. Zwischenmenschliche Beziehungen		
2. B. Partnerschaften und Sexualität		
2. C. Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen		
<b>2. Objektbeziehungen Gesamtrating</b>		
<b>3. Primitive Abwehr</b>		
<b>4. Coping/ Rigidität</b>		
5. A. Selbstgerichtete Aggression		
5. B. Fremdgerichtete Aggression		
<b>5. Aggression Gesamtrating</b>		
<b>6. Wertvorstellungen</b>		
<b>7. Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen</b>		

## STRUKTURNIVEAU

<b>Normal</b>	
<b>Neurotisch 1</b>	
<b>Neurotisch 2</b>	
<b>Borderline 1</b>	
<b>Borderline 2</b>	
<b>Borderline 3</b>	

Zutreffendes bitte ankreuzen

## PERSÖNLICHKEITSPROFIL

### -Grafische Darstellung-

	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
1. A. Engagements											
1. B. Selbstwahrnehmung a) Kohärenz und Kontinuität											
1. B. Selbstwahrnehmung b) Selbstbeurteilung											
1. C. Objektwahrnehmung											
<b>1. Identität Gesamtrating</b>											
2. A. Zwischenmenschliche Beziehungen											
2. B. Partnerschaften und Sexualität											
2. C. Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen											
<b>2. Objektbeziehungen Gesamtrating</b>											
<b>3. Primitive Abwehr</b>											
<b>4. Coping/ Rigidität</b>											
5. A. Selbstgerichtete Aggression											
5. B. Fremdgerichtete Aggression											
<b>5. Aggression Gesamtrating</b>											
<b>6. Wertvorstellungen</b>											
<b>7. Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen</b>											
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5