

Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind für die klinische Praxis hoch relevante nosologische Einheiten, deren Diagnostik jedoch traditionell mit praktischen Problemen und fachlichen Kontroversen verbunden ist. In den aktuell gültigen Fassungen der grossen nosologischen Klassifikationssysteme ICD und DSM kam es zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel mit einer (zumindest partiellen) Aufgabe der kategorialen Einteilung voneinander abgrenzbarer Persönlichkeitsstörungsdiagnosen, zugunsten eines dimensionalen Störungskonzepts. In Tradition psychoanalytischer Konzepte werden hierbei in einem hierarchischen diagnostischen Prozess Beeinträchtigungen in verschiedenen selbstbezogenen und zwischenmenschlichen Persönlichkeitsfunktionen erfasst und beschrieben. Nach würdigender Rückblende auf die relevanten historischen Entwicklungen, stellt der vorliegende Artikel die dimensionalen Klassifikationskonzepte von DSM-5 und ICD-11 und deren praktische Umsetzung inkl. zentraler standardisierter diagnostischer Instrumente vor. Zuletzt werden auch Möglichkeiten eines reduzierten zeiteffizienten diagnostischen Vorgehens vor dem Hintergrund aktueller Forschungsbefunde reflektiert.

von Caroline Macina¹ und Tobias Melcher¹

Einleitung

Persönlichkeitsstörungen (PS) sind tiefverwurzelte, andauernde und generalisierte Muster des Denkens, der Wahrnehmung, des Verhaltens und der sozialen Beziehung, die mit teils erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen und persönlichem Leidensdruck verbunden sind. Sie beginnen typischerweise in der Kindheit oder Jugend und zeigen in der Regel einen chronischen Verlauf, wenn auch im Alter Symptomausprägung und Leidensdruck häufig abnehmen. Noch vor 1960 wurden PS verbreitet als unzureichend reliable Diagnosen mit nur geringer klinischer Nützlichkeit betrachtet. Heute sind PS als hoch relevante nosologische Einheiten klinischer Zustände allgemein anerkannt, die mit hohen Komorbiditäten, einer hohen Mortalität und grossen persönlichen und sozialen Kosten verbunden sind (1,2). Dabei gehören PS zu den häufigsten psychischen Erkrankungen: Epidemiologische Untersuchungen zeigen Prävalenzraten zwischen 8 und 17% (3,4) und überschreiten dabei teilweise sogar diejenigen von depressiven oder Angststörungen. Besonders ausgeprägt ist die Häufigkeit von PS unter psychiatrischen Patienten und auch inhaftierten Menschen, mit ge-



Caroline Macina
(Foto: zVg)



Tobias Melcher
(Foto: zVg)

schätzten Anteilen von 40 bis über 90% (z.B. 5,6). Weiterhin bestehen sehr hohe Komorbiditäten zu anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen (7), Suchterkrankungen (8), Somatisierungsstörungen (9), Angststörungen (10) und Essstörungen (11). Gleichzeitig gilt die Diagnostik von PS traditionell als besonders herausfordernd und führte in der Vergangenheit zu zahlreichen Kritiken und fachlichen Kontroversen betreffend ihrer Praktikabilität, Reliabilität und Validität (12,13).

Historische Entwicklung der Nosologie der PS bis heute: von der kategorialen zur dimensional diagnostik

In der Anfangsphase des DSM (DSM-I und DSM-II; [14,15]) wurden unter vorwiegend psychoanalytischen Einflüssen zunächst die Charakterneurose definiert, die in Abgrenzung zu den genuinen Neurosen durch eine prononcierte Konfliktabwehr im Aussen bei gleichzeitig fehlender Ich-Dystonie beschrieben wurden. Im DSM-III (16) wurden neu Achsen, Cluster und Kategorien eingeführt, die später im Übergang zum DSM-IV (17) nur geringfügig verändert wurden. Dass PS dabei eine separate Achse (Achse II) erhielten, brachte ihnen eine sichtbare Sonderstellung ein. Die in ICD-10 und DSM-IV etablierten kategorialen Einteilungen wurden grundlegend dafür kritisiert (53), dass sie durch ihre strikte Beschränkung auf «das Beobachtbare» (d.h. die Massgabe einer objektiven Operationalisierbarkeit der Diagnosekriterien) die Tiefe und Komplexität der an den PS beteiligten psychischen Prozesse ignoriere und somit diesen konzeptuell nicht gerecht werde (ökologische Validität). Diese Kritik führte u.a. zur Entwicklung ergänzender diagnostischer Konzepte und Instrumente, z.B. der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (18). Unabhängig von der konzeptuell begründeten Kritik zeig-

¹ Zentrum für Psychosomatik und Psychotherapie (ZPP), Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel

Kasten 1:

DSM-5 AMPD Persönlichkeitsfunktionen (Kriterium A)

Selbstfunktionen	Zwischenmenschliche Funktionen
Identität 1. Selbsterleben mit Abgrenzung zu anderen 2. Stabilität und Genauigkeit des Selbstwertgefühls 3. Emotionale Bandbreite und Regulierung	Empathie 1. Verständnis und Wertschätzung für die Erfahrungen und Motivationen anderer 2. Toleranz gegenüber abweichenden Sichtweisen 3. Verständnis für die Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf andere
Selbststeuerung 1. Fähigkeit, sinnvolle kurz- und langfristige Ziele zu verfolgen 2. Konstruktive und prosoziale interne Verhaltensnormen 3. Produktive Selbstreflexion	Nähe 1. Tiefe und Dauer von Beziehungen 2. Wunsch und Fähigkeit nach Nähe 3. Gegenseitige Wertschätzung, die sich im zwischenmenschlichen Verhalten widerspiegelt

Quelle: mod. nach (23)

ten zahlreiche empirische Untersuchungen ausgeprägte testtheoretische Schwächen der kategorialen Ansätze, insbesondere geringe Reliabilitäten und Validitäten sowie eine hohe Heterogenität und diagnostische Überlappung (geringe Differenzierbarkeit) der Diagnosen (19,20,21). Zudem wurde Kritik an den pathologisierenden und stigmatisierenden Auswirkungen kategorialer PS-Diagnosen laut (z.B. 22). Es sind die skizzierten Kritiken und Befunde, die den Weg zu einer dimensional Klassifikation der PS ebneten. Zwar behielt das DSM-5 grundsätzlich die PS-Kategorien aus DSM-IV, integrierte diese jedoch in ein umfassenderes hybrides Modell, das Alternative Modell für PS (AMPD) (23). Die ICD-11 hat ihren kategorialen Ansatz hingegen vollständig aufgegeben und hob auch die bislang bestehende Altersgrenze für die Diagnosestellung auf, sodass diese nun bereits im Jugendalter möglich ist (24). Weiterhin müssen die Kriterien für eine PS nur noch über zwei Jahre erfüllt sein, wodurch Annahmen zu deren zeitlicher Stabilität relativiert werden (25). Gleichzeitig greift die DSM-5 AMPD und ICD-11 mit der Einschätzung der selbstbezogenen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten psychodynamische Konzepte der Persönlichkeitsorganisation, Mentalisierung- und Objektbeziehungstheorie auf, die damit – gelöst aus ihrem metatheoretischen Kontext – auch Klinikern anderer psychotherapeutischer Richtungen zugänglich gemacht werden (26). Wie sich dies auf das Krankheitsverständnis und Fallkonzeptionen auswirkt, ist weiterhin Gegenstand der Debatte (27,28). Zusammengefasst kann jedoch festgehalten werden, dass der Stand der empirischen Forschung in den neuen dimensional Klassifikationssystemen deutlich besser repräsentiert ist als in allen Vorgängern (29).

Die neuen nosologischen Modelle zur dimensional Klassifikation der PS

DSM-5 Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen (AMPD)

Im DSM-5 AMPD werden PS anhand von zwei dimensional Modulen bzw. Kriterien erfasst: Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit (Kriterium A) und maladaptive Persönlichkeitsmerkmale (Kriterium B). Das Kriterium A um-

fasst erstens die Selbstfunktionen, unterteilt in die Unterdomänen Identität und Selbststeuerung, sowie die zwischenmenschlichen Funktionen mit den Unterdomänen Empathie und Nähe. Jeder Fähigkeitsbereich ist für sich wiederum in drei Teilbereiche untergliedert (Kasten 1).

Das Kriterium A des DSM-5 AMPD wird standardmässig durch die Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (30) operationalisiert. Die SEFP differenziert das Ausmass der Beeinträchtigung in den vier Fähigkeitsbereichen anhand von fünf Funktionsniveaus, von keiner Beeinträchtigung (Schweregrad 0) bis zu extremer Beeinträchtigung (Schweregrad 4). Um die Ausprägungen der verschiedenen Fähigkeiten verhaltensnah beurteilen zu können, wird dem Diagnostiker eine Liste mit Ankerformulierungen, die die verschiedenen Funktionsniveaus für die unterschiedlichen Teilbereiche beschreiben, zur Verfügung gestellt. Für die Diagnose einer PS ist es erforderlich, dass eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung (≥ 2) in mindestens zwei Bereichen vorliegt.

Während Kriterium A erfasst, ob generell eine PS vorliegt, und falls ja, wie schwer diese ausgeprägt ist, beschreibt das Kriterium B inhaltliche Unterschiede anhand verschiedener Merkmalsfacetten, um so eine vorliegende PS differenzierter zu charakterisieren. Das Konzept des Kriteriums B wurde auf Basis etablierter dimensionaler Persönlichkeitsmodelle wie dem Fünf-Faktoren-Modell nach (31) und dem psycholexikalischen Ansatz (32) entwickelt. Das resultierende Modell beinhaltet fünf Domänen (negative Affektivität, Verslossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus), die sich auf untergeordneter Ebene auf 25 Persönlichkeitsfacetten aufteilen, am Beispiel von Verslossenheit auf sozialen Rückzug, Vermeidung von Nähe, Anhedonie, Depressivität, Affektarmut und Misstrauen. Analog zu Kriterium A liegen auch für die verschiedenen Domänen und Facetten kurze Textbeschreibungen vor. Die Facette Misstrauen beispielsweise wird als Tendenz spezifiziert, anderen Menschen böse Absichten zu unterstellen, an deren Loyalität und Ehrlichkeit zu zweifeln und das Gefühl zu haben, von anderen schlecht behandelt, ausgenutzt oder verfolgt zu werden. Das DSM-5 AMPD wird für die Diagnose der folgenden sechs kategorialen PS verwendet: antisozial, vermeidend, borderline, narzisstisch, zwanghaft und schizotype

Kasten 2:

ICD-11 Manifestationen einer Persönlichkeitsstörung

Emotionale Manifestationen

1. Angemessenheit und Bandbreite des emotionalen Erlebens und Ausdrucks
2. Tendenz, emotional über- oder unterreagiert zu sein
3. Fähigkeit, schwierige oder unerwünschte Emotionen (z.B. Traurigkeit) zu erkennen und anzuerkennen

Kognitive Manifestationen

1. Genauigkeit der zwischenmenschlichen und situativen Einschätzungen, insbesondere unter Stress
2. Fähigkeit zur angemessenen Entscheidungsfindung in Situationen der Unsicherheit
3. Flexibilität und angemessene Stabilität von Glaubenssystemen

Verhaltensmanifestationen

1. Flexibilität in der Impulskontrolle und Modulation des Verhaltens auf der Grundlage der Situation und Berücksichtigung der Konsequenzen
2. Angemessenheit der Verhaltensreaktionen auf belastende Umstände und intensive Emotionen (z.B. Neigung zu Selbstverletzungen oder Gewalt)
3. Ausmass, in dem die Störungen in den oben genannten Bereichen mit Stress oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden sind.

Quelle: mod. nach (25)

PS. Dabei ist jede PS-Kategorie durch eine bestimmte Teilmenge der 25 Merkmalsfacetten des Kriteriums B definiert, deren Zuordnung auf faktoranalytischen Untersuchungen basiert. So müssen z.B. für die Diagnose einer narzisstischen PS die maladaptiven Merkmale Grandiosität und Aufmerksamkeitsstreben (beides Facetten des Bereichs Antagonismus) zwingend erfüllt sein. Falls das Profil betroffener Merkmalsfacetten keine eindeutige Zuordnung zu einer der sechs PS erlaubt, besteht die Möglichkeit der Diagnose einer «Persönlichkeitsstörung-Merkmalsspezifiziert».

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11

Die ICD-11 verabschiedete sich ebenfalls von ihrem Kategorienansatz und ging dabei noch einen Schritt weiter als das DSM-5: unter Auflösung aller bisheriger PS-Kategorien (mit Ausnahme der Borderline-PS) wurde in der ICD-11 der erste volldimensionale Ansatz entwickelt, was als «die radikalste Veränderung in der Geschichte der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen» (29) bezeichnet wurde. Die dimensionale Klassifikation der PS in der ICD-11 erfolgt in drei Schritten, in deren Entwicklung sowohl psychodynamische als auch persönlichkeitspsychologische Erkenntnisse einfließen (vgl. 12,33). In Schritt 1 wird zunächst grundsätzlich beurteilt, ob die Merkmale einer PS vorliegen, wobei zusätzlich zu den allgemeinen PS-Kriterien (Dauer ≥ 2 Jahre; situations-/bereichsübergreifend, starker Leidensdruck, nicht dem Entwicklungsstand angemessen; 25) sowohl emotionale als auch kognitive und behaviorale Manifestationen der Störung vorliegen müssen (Kasten 2).

In Schritt 2 wird der Schweregrad der PS bzw. das Ausmass der Einschränkungen betroffener selbstbezogener und zwischenmenschlicher Persönlichkeitsfunktionen (z.B. Identität, Selbstwert, Selbsteinschätzung, Selbststeuerung, Empathie, Konfliktfähigkeit, Nähe) bestimmt. Dabei soll abgebildet werden, wie stark und durchdringend die einzelnen Funktions- und Lebensbereiche betroffen sind, und wie hoch der gesamte Leidensdruck ist. Als Orientierungshilfen zur Beurteilung werden beispielhafte Textbeschreibungen von Störungsbildern zur Verfügung gestellt. Die dimensionale Einordnung des

Schweregrads erfolgt als «leichtgradig», «mittelgradig» oder «schwergradig», in Abhängigkeit von Ausprägung und Ausbreitung der Funktionsdefizite. Unterhalb der diagnostischen Schwelle können «Persönlichkeitsschwierigkeiten» beschrieben werden. In Schritt 3 erfolgt die Darstellung der maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale (traits), die das klinische Bild am besten repräsentieren, was im Kern eine kategoriale Einordnung ersetzt. Die diagnostischen Merkmalsbereiche beinhalten negative Affektivität, Verschlossenheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus. In Schritt 4 kann optional über den sogenannten «borderline pattern specifier» geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine Borderline-PS-Diagnose vorliegen. Durch diese Option ermöglicht die ICD-11 eine Kontinuität in den wissenschaftlichen und klinisch-therapeutischen Traditionen der Borderline-PS, um so einem ansonsten befürchteten Verlust von wertvollen Forschungsentwicklungen und verfügbaren Behandlungskonzepten vorzubeugen (29).

Standardisierte Messinstrumente zur dimensionalen PS-Diagnostik

Die Integration eines dimensionalen Störungsverständnisses der PS in DSM-5 und ICD-11 hat zur Entwicklung zahlreicher neuer diagnostischer Messinstrumente geführt. So liegen mittlerweile gut validierte, und auch zeiteffiziente Selbstbeurteilungsfragebögen für das AMPD Kriterium A vor, darunter die Level of Personality Functioning Scale-Brief Form (LPFS-BF 2.0) (34) und die Selbst- und Interpersonelle Funktionskala (SIFS; 35) sowie auch diagnostische Interviews, wie das strukturierte klinische Interview für die AMPD-Modul I (SCID-5-AMPD-I) (36), und das halbstrukturierte Interview für die DSM-5 PF (STIP-5.1) (37) vor. Zentrale Instrumente zur Bewertung von Kriterium B sind das Persönlichkeitsinventar für DSM-5 (PID-5) (38) und das SCID-5-AMPD-II (39). Für die PS-Erfassung nach ICD-11 wurde bislang noch kein offizielles PS Interview bestimmt, mit dem Fragebogen Personality Disorder Severity ICD-11 (PDS-ICD-11) (40) liegt jedoch ein geeignetes Screeninginstrument vor. Weitere diagnostische Instrumente können bei Zimmermann et al. (41) gefunden werden.

Kasten 3:

Interviewfragen zur Erfassung einer Persönlichkeitsstörung in zeitlich begrenzten Settings (nach Kerber et al., unter Begutachtung)

1. Selbsterleben mit Abgrenzung zu anderen

«Wie würden Sie sich selbst als Person beschreiben?» und «Inwiefern sind Sie in der Lage, wirklich Sie selbst zu sein und zu bleiben? Sind Sie in der Lage, dies auch im Kontakt mit anderen Menschen zu tun oder wenn sie angespannt sind?» (STiP-5.1 [42])

2. Wunsch und Fähigkeit nach Nähe

«Stehen Sie in Ihrem Leben einer Reihe von Menschen nahe?» und «Verletzen oder enttäuschen Sie die Menschen, mit denen Sie Beziehungen eingehen, unweigerlich?» (SCID-5-AMPD-I [43])

3. Verständnis und Wertschätzung für die Erfahrungen und Motivationen anderer

«Wissen Sie normalerweise, was andere Menschen antreibt und warum sie die Dinge tun, die sie tun?» und «Fällt es Ihnen schwer zu verstehen, warum Menschen Dinge tun, die Sie verletzen oder aufregen?» (SCID5-AMPD-I [43])

4. Primitive Abwehrmechanismen

«Haben Leute darauf hingewiesen, dass Sie dazu neigen, anderen oder den Umständen die Schuld für Dinge zu geben, die Ihnen passieren, oder dass Sie Schwierigkeiten haben, Verantwortung für Ihre Handlungen zu übernehmen?» (STIPO-R [52])

Quelle: mod. nach (23)

Diagnostische Interviews

Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1) (37) (deutsche Version [42]). Das STiP-5.1 erfasst das Kriterium A auf einer Skala von «0 = keine Beeinträchtigung» bis «4 = extreme Beeinträchtigung». Für jede der zwölf Subdomänen werden ein bis vier offene Interviewfragen gestellt (Kasten 3). Ergänzende Hilfsfragen dienen dazu, die Antworten der Teilnehmenden weiter zu präzisieren. Zudem ermöglichen zusätzliche Kontrollfragen einen Abgleich der gegebenen Informationen mit den Beschreibungen der jeweiligen Subdomäne. Falls Unsicherheiten bestehen bleiben, können zusätzlich Testfragen mit dichotomen Antwortmöglichkeiten gestellt werden. Die deutsche Version des STiP-5.1 zeigte in ihren Untersuchungen sehr gute psychometrische Eigenschaften (40,42).

Structured Clinical Interview for the AMPD-Module I (SCID-5-AMPD-I) (36) (deutsche Version [43]). Das Interview beinhaltet acht allgemeine Screeningfragen sowie jeweils eine bis fünf Screeningfragen zu den einzelnen Domänen, sodass sowohl das globale Funktionsniveau der Persönlichkeit als auch die spezifischen Funktionsbereiche Identität, Selbstbezogenheit, Empathie und Nähe beurteilt werden können. Die Beurteilungen erfolgen auf einer Vierpunktskala von «0 = keine Beeinträchtigung» bis «4 = extreme Beeinträchtigung». Das weitere Vorgehen folgt einem Trichterprinzip, indem die Interviewfragen für die einzelnen Subdomänen sich jeweils an dem Level der betreffenden Überdomäne orientieren, was zu einem insgesamt effizienten Interviewprozess führt. Die deutsche Version des Interviews zeigt speziell für die Gesamtfunktion der Persönlichkeit hervorragende Interrater- und Retest-Reliabilitäten (44).

Selbstbeurteilungsfragebögen

Selbst- und Interpersonale Funktionsskala (SIFS) (35) (deutsche Version [45]). Die deutsche Version des SIFS beurteilt die PF nach Kriterium A der AMPD anhand von 22 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von «0 = Das beschreibt mich überhaupt nicht» bis «4 = Das beschreibt mich völlig» bewertet werden. Bezüglich der psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version liegen gemischte Resultate vor (45).

Level of Personality Functioning–Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0) (34) (deutsche Version [46]). Das LPFS-BF 2.0 bewertet Kriterium A der AMPD anhand von 12 Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala von «1 = völlig falsch» bis «4 = völlig richtig» bewertet werden. Die deutsche Version des LPFS-BF 2.0 zeigt eine gute Reliabilität (McDonalds $\omega \geq .83$) für die globale Skala und die beiden Unterskalen selbst- und zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit (46).

Personality Disorder Severity ICD-11 (PDS-ICD-11) (40). Die PDS-ICD-11 erfasst den Schweregrad einer PS nach ICD-11 anhand von 14 Items zu den Domänen Identität, Selbstwert, Selbstwahrnehmung, Ziele, Interesse an Beziehungen, Perspektivenübernahme, Gegenseitigkeit in Beziehungen, Umgang mit Meinungsverschiedenheiten, Gefühlskontrolle und -ausdruck, Verhaltenskontrolle, Realitätserleben bei Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Schädigendes Verhalten gegenüber anderen und Schweregradbeeinträchtigung zu diesen Bereichen. Item 1-10 folgen einer bipolaren (2-1-0-1-2) und Item 11-14 einer unipolaren Auswertung («0 = nie» bis «3 = oft»). Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version der PDS-ICD-11 sind in einem akzeptablen Bereich (40).

Personality Inventory for DSM-5 Brief Form Plus Modified (PID5BF + M) (47) (deutsche Version [48]). Der PID5BF + M erfasst die Kriterien-B-Domänen negative Affektivität, Enthemmung, Distanziertheit, Antagonismus und Psychotizismus sowie die ICD-11-Domäne Anankastia anhand von 36 Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala von «0 = sehr unzutreffend oder oft unzutreffend» bis «3 = sehr zutreffend oder oft zutreffend» bewertet werden. Die deutsche Version des PID5BF + M zeigt eine zufriedenstellende Reliabilität für alle Domänenwerte und eine theoretisch konsistente Struktur der Facettenwerte (47).

Effiziente PS-Diagnostik in zeitlich limitierten Settings

Generell ist die Erfassung der PF zu einem zentralen Bestandteil der psychiatrischen Diagnostik geworden. In der klinischen Praxis fehlen für die Durchführung umfassender klini-

MERKPUNKTE

- Die bisher etablierte kategoriale Einteilung separater Diagnoseeinheiten der PS in ICD und DSM wurde zugunsten eines dimensionalen Klassifikationssystems aufgegeben. Dabei erfolgt eine individuelle «profilmässige» Bestimmung des Schweregrads der Beeinträchtigung selbst- und zwischenmenschlicher PF.
- Die dimensionale Diagnostik in DSM-5 kann optional zur Vergabe einer von sechs möglichen «kategorialen» PS-Diagnosen verwendet werden, wohingegen in ICD-11 lediglich die kategoriale Diagnose einer Boderline-PS über den sogenannten «boderline pattern specifier» vergeben werden kann.
- Klinische Interviews gelten weiterhin als Goldstandard zur Erfassung von PS. Neue (semi-)strukturierte Interviews zur dimensionalen Erfassung der PS, wie das SCID-5-AMPD-I oder STIP-5.1, liegen evaluiert vor.
- Für ein zeiteffizientes Screening eignen sich verschiedene Selbstbeurteilungsfragebögen, z.B. LPFS-BF2.0, SIFS oder PDS-ICD-11.
- In zeitlich begrenzten Settings kann auch eine reduzierte Erfassung nur einzelner Funktionsbereiche valide Hinweise auf das gesamte Funktionsniveau der Persönlichkeit geben. Als besonders relevant erscheinen dabei die Subdomänen der Identität und der Nähe. Darüber hinaus kann die Erfassung psychodynamischer Abwehrmechanismen eine wertvolle Ergänzung zu derjenigen von selbstbezogenen und zwischenmenschlichen Funktionsbereichen aus DSM-5 und ICD-11 sein.

scher Interviews jedoch häufig die zeitlichen Kapazitäten. Vor diesem Hintergrund untersuchte eine aktuelle Studie (49), inwieweit der Beeinträchtigungsgrad der PF bereits durch einzelne Subdomänen ausreichend repräsentiert ist. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen insbesondere für die Subdomänen Selbsterleben mit Abgrenzung zu anderen (LPFS-Bereich Identität), Wunsch und Fähigkeit nach Nähe (LPFS-Bereich Nähe), Verständnis und Wertschätzung der Erfahrungen und Motivationen anderer (LPFS-Bereich Empathie) sowie die der Abwehrmechanismen (Strukturiertes klinisches Interview für Persönlichkeitsorganisation [STIPO-R] [50]) einen grossen Zusammenhang zur Gesamtbeeinträchtigung, sodass bereits jeweils zwei der vier genannten Bereiche in Kombination zwischen 81,8% und 91,3% deren Varianz erklären können. Gerade die Erfassung der Domäne der Abwehrmechanismen bedarf eines relativ aufwendigen psychodynamischen Trainings, was sich jedoch vor dem Hintergrund dieser und auch anderer Befunde (z.B. 51) lohnen sollte. Beispielfragen zur Erfassung der vier Domänen finden sich in *Kasten 3*. Für die Auswertung der Fragen stehen Anleitungen in den jeweiligen Manualen zur Verfügung. □

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Psych. Tobias Melcher

Leitender Psychologe

Psychotherapeutische Tagesklinik (PTK)

Zentrum für Psychosomatik und Psychotherapie (ZPP)

und Zentrum für Alterspsychiatrie (ZAP)

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel

E-Mail: tobias.melcher@upk.ch

Referenzen:

1. Moran P et al.: Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):233-236. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00739.x
2. Tyrer P et al.: Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010 Feb; 9(1):56-60. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x
3. Volkert J et al.: Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2018; 213(6): 709-715. doi: 10.1192/bjp.2018.202
4. Winsper C et al.: The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2020; 216(2): 69-78. doi: 10.1001/arch-psyc.58.6.590
5. Dudeck M et al.: Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: results from a prison in north Germany. *Psychiatrische Praxis*. 2009;36(5):219-224.
6. Beckwith H et al.: Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and mental health*. 2014;8(2):91-101. doi: 10.1002/pmh.1252
7. Vierl L et al.: Exploring the associations between psychodynamic constructs and psychopathology: A network approach. *Personality and Mental Health*. 2023;17(1):40-54. doi: 10.1002/pmh.1559
8. Rentrop M et al.: Psychiatric comorbidity and personality structure in patients with polyvalent addiction. *Psychopathology*. 2014;47(2):133-140. doi: 10.1159/000351784
9. Macina C et al.: Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;151:110646. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110646
10. Gunderson JG et al.: Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18029
11. Rohde J et al.: Differences and similarities in personality functioning across different types of eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:1155725. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1155725
12. Bach B et al.: Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):351. doi: 10.1186/s12888-018-1908-3
13. Stone MH: Disorder in the domain of the personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry*. 2012;40(1):23-45. doi: 10.1521/pdps.2012.40.1.23
14. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1952.
15. American Psychiatric Association. *DSM-II. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1968.
16. American Psychiatric Association: *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
17. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing 1994.
18. Arbeitskreis OPD: *OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe 2023.
19. Clark LA: Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol*. 2007;58(1):227-257. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190200
20. Morey LC et al.: Personality disorders in DSM-5: Emerging research on the alternative model. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(4):24. doi: 10.1007/s11920-015-0558-0
21. Widiger TA et al.: Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol*. 2007;62(2):71-83. doi: 10.1037/0003-066x.62.2.71
22. Sheehan L et al.: The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18:1-7. doi: 10.1007/s11920-015-0654-1

23. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publication 2013.
24. Chanen AM et al.: Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*. 2007;187(S7):18-21.
25. World Health Organization: International classification of diseases and related health problems, Eleventh Revision (ICD-11) 2022. <https://icd.who.int/en>
26. Bender DS et al.: Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*. 2011;93(4):332-346. doi: 10.1080/00223891.2011.583808
27. Kerber A et al.: Examining the role of personality functioning in a hierarchical taxonomy of psychopathology using two years of ambulatory assessed data. *Translational Psychiatry*. 2024;14(1):340. doi: 10.1038/s41398-024-03046-z
28. Vierl L et al.: How are psychodynamic conflicts associated with personality functioning? A network analysis. *Front Psychol*. 2023;19:14:1152150. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1152150
29. Tyrer P et al.: The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual review of clinical psychology*. 2019;15:481-502. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736
30. Bender DS et al.: Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment*. 2011;93(4):332-346. doi: 10.1080/00223891.2011.583808
31. Costa PT et al.: Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment* 1992; 4(1): 5. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.5
32. Allport GW et al.: Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological monographs*. 1936; 47(1): i-171.
33. Blüml V et al.: ICD-11 Personality Disorders: A Psychodynamic Perspective on Personality Functioning. *Front Psychiatry*. 2021;16:12:654026. doi: 10.3389/fpsyg.2021.654026
34. Weekers LC et al.: The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*. 2019;13(1):3-14. doi: 10.1002/pmh.1434
35. Gamache D et al.: Introducing a short self-report for the assessment of DSM-5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019;10(5):438. doi: 10.1037/per0000335
36. Bender D et al.: Module I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. American Psychiatric Association 2018.
37. Hutsebaut J et al.: Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017;8(1):94. doi: 10.1037/per0000197
38. Krueger RF et al.: Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*. 2012;42(9):1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674
39. Skodol AE et al.: Module II: structured clinical interview for personality traits. In First MB, Skodol AE et al. Hg.: Structured clinical interview for the DSM-5 alternative model for personality disorders (SCID-AMPD). American Psychiatric Association Publishing 2018.
40. Zimmermann J et al.: Validating the German version of the Personality Disorder Severity-ICD-11 Scale using nominal response models. *Psychological Assessment*. 2023;35(3):257. doi: 10.1037/pas0001199
41. Zimmermann J et al.: The DSM-5 level of personality functioning scale. In: R. F. Krueger & P. H. Blaney (Eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology* (4th ed.). Oxford University Press 2023.
42. Zetl M et al.: Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1). *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*. 2019;69(12):499-504. doi: 10.1055/a-1010-6887
43. Hörz-Sagstetter S et al.: Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 – Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-AMPD). Deutsche Übersetzung des Structured Clinical Interview for the DSM-5 – Alternative Model for Personality Disorders von Michael B et al. Göttingen: Hogrefe 2024.
44. Ohse L et al.: Reliability, structure, and validity of module I (personality functioning) of the Structured Clinical Interview for the alternative DSM-5 model for personality disorders (SCID-5-AMPD-I). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022;14(3):287-299. doi: 10.1037/per0000576
45. Macina C et al.: Evaluating the psychometric properties of the German Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS). *Journal of Personality Assessment*. 2023; 106(6):711-723. doi: 10.1080/00223891.2023.2268199
46. Spitzer C et al.: Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS BF): Faktorenstruktur, konvergente Validität und Normwerte in der Allgemeinbevölkerung. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*. 2021. doi: 10.1055/a-1343-2396
47. Bach B et al.: International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nomenclature in DSM-5.1. *Psychopathology* 2020;53(3-4):179-188. doi: 10.1159/000507589
48. Zimmermann J et al.: The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*. 2014;28(4):518-540. doi: 10.1521/pedi_2014_28_130
49. Kerber A et al.: Determining essential dimensions for the clinical approximation of personality dysfunction severity – a multimethod study. *Manuskript unter review*.
50. Clarkin JF et al.: Manual for the Structured Interview of Personality Organization (STIPO-R). Weill Medical College of Cornell University 2019.
51. Blanco C et al.: Approximating defense mechanisms in a national study of adults: Prevalence and correlates with functioning. *Translational Psychiatry*. 2023;13(1):21. doi: 10.1038/s41398-022-02303-3
52. Clarkin J et al.: The Structured Interview for Personality Organization? Revised (STIPO?R). Unpublished manuscript, Weill Medical College of Cornell University 2016 (Dt. Übs. Hörz-Sagstetter S, Doering S, 2020).