

Im Rahmen des vorliegenden Kapitels werden ergänzende Inhalte zu klinischen Interviews sowie Interviews im forensisch-klinischen Kontext übermittelt. Sie lernen dabei beispielhaft diagnostische Kriterien von drei Störungsbildern kennen. Vorbemerkung: Wir empfehlen Ihnen, den Abschnitt 2.2.0 Grundlagen für Interviews im klinischen Bereich vor dem Abschnitt 2.2.1 Interviews im forensisch-klinischen Bereich im Kapitel 2 **Diagnostisches Interview** (S. 88-92 in der Pflichtliteratur; Krumm, Stenzel & Pauls, 2015) zu lesen.

2.2.0 Grundlagen für Interviews im klinischen Bereich

Die klinische Diagnostik dient als Grundlage für Entscheidungsfindungen im klinischen Kontext. Im therapeutischen Bereich stellt die klinische Diagnostik beispielsweise die Grundlage einer Aufnahmeentscheidung, Behandlungsplanung oder Entscheidung über die Fortführung von Behandlungsmaßnahmen dar (Rief & Stenzel, 2012). Ferner gibt es forensisch-klinische Bereiche, innerhalb derer ein/e (Rechts-)Psycholog*in als fachkundige/r Sachverständige/r die Sachaufklärung von Gerichten unterstützt, sollte dem Gericht die psychologische Fachkunde fehlen. Dies trifft beispielsweise auf Strafverfahren oder familienrechtliche Verfahren zu (Volbert, 2010). Auf forensisch-klinische Interviews wird am Ende des Abschnitts genauer eingegangen.

Aufgaben der klinischen Diagnostik

Darüber hinaus stellt die klinische Diagnostik eine wichtige Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis dar, in dem Sinne, dass Forschungsergebnisse in die praktische Anwendung übertragen werden. Dies bezieht sich im o.g. Kontext unter anderem auf folgende Bereiche:

Klinische Diagnostik als Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis

- Klassifikation von psychischen Störungsbildern;
- Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen;
- Befunde zu psychometrischen Gütekriterien von diagnostischen Verfahren;
- Planung von Behandlungen;
- Vorhersage von Behandlungsverläufen und -erfolgen;

Wie Sie der Pflichtliteratur entnehmen können, stellt das Interview, neben der Verhaltensbeobachtung und psychologischen Testverfahren, eine zentrale Methode der psychologischen Diagnostik dar. Je nach Fragestellung sind im Rahmen eines klinischen Interviews allerdings unterschiedliche Grade an *Strukturierung* sinnvoll.

Ist eine korrekte Zuordnung eines Symptoms zu einer Störung von Interesse, kann der Einsatz eines (*hoch-*)*standardisierten* Interviews sinnvoll sein. Für weitere Erläuterungen sowie zu Beispielen von *strukturierten* Interviews beachten Sie bitte die Seiten 88-92 der Pflichtliteratur.

Sofern ein Interview, nach der Diagnosestellung, der gemeinsamen Exploration von Therapiezielen mit dem/der Patienten/in dienen soll, kann hingegen der Einsatz eines *unstandardisierten* Interviews sinnvoll sein. Hierbei wird das Thema grob festgelegt (z.B. die Therapieziele), wobei weitere Themen, die im Verlauf des Gesprächs zusätzlich angesprochen werden, weiter exploriert werden können. Insbesondere bei Therapieverfahren, bei denen die subjektive Repräsentation von Person(en) und Umwelt unter anderem eine wichtige Rolle spielt (z.B. *Mentalisierungsbasierte Therapie*; MBT; Bateman & Fonagy, 2016), kann eingangs ein *unstandardisiertes* Interview von Vorteil sein, um unvoreingenommen und umfangreich die subjektive Erfahrungswelt von Patient*innen zu explorieren; ein beliebiges Teilthema kann spontan durch Nachfragen vertieft werden.

Anders als bei (*hoch-*)*standardisierten* Interviews ist bei *unstandardisierten* Interviews die Bedeutungsäquivalenz von Fragen wichtiger als die Wortäquivalenz. D.h. dass bei *unstandardisierten* Interviews die Fragen beliebig an den Sprachstil der Befragten angepasst werden können, solange die Fragen die gleiche Bedeutung haben. Bei (*hoch-*)*standardisierten* Interviews ist die Formulierung der Fragen hingegen meist vorgegeben, was die Gefahr birgt, dass die Interviewsituation unnatürlich wirken kann.

Vor- und Nachteile von *standardisierten* und *unstandardisierten* Interviews sind ähnlich derer von Beobachtungen, wie sie auf Seite 38 der Pflichtliteratur aufgeführt sind.

Tabelle 2.2.0.1

Vorteile von *standardisierten* vs. *unstandardisierten* Interviews (in Anlehnung an Renner und Jacob [2020, S. 15-16], eigene Modifikation)

<i>Standardisierte Interviews</i>	<i>Unstandardisierte Interviews</i>	Standardisierte vs. unstandardisierte Interviews im klinischen Kontext
Objektivität gesichert, Reliabilität und Validität leichter zu ermitteln	Klassische Gütekriterien schwierig zu ermitteln	
Ökonomischer durch zeitliche und thematische Eingrenzung	Umfangreicher durch beliebige Erweiterung der Themen	

Geringere Anforderungen an die Interviewenden, da festgelegte Gestaltung	Natürlichere Gestaltung
Wortäquivalenz wichtig	Bedeutungsäquivalenz wichtig

Für eine sachgerechte Anwendung klinischer Interviews sind klinisch-diagnostische Kompetenz und Kenntnisse bezüglich der international anerkannten Klassifikationssysteme unabdingbar: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association; dt. Übersetzung von Falkai & Wittchen, 2015) und die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10; World Health Organization [WHO], 2018). In Deutschland sind in den meisten Kontexten die Kriterien der ICD-10 maßgeblich.

Das diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider, 2017), welches beispielhaft in der Pflichtliteratur vorgestellt wird, ist über die Ruhr-Universität Bochum frei verfügbar: <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/100>

Im Vergleich zum Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5 (SCID-5-CV / -PD; Beesdo-Baum, Zaudig & Wittchen, 2019) bietet das DIPS dem Interviewenden, der nicht mit beiden Klassifikationssystemen vertraut ist, ausführlichere Hinweise. Nichtsdestotrotz möchten wir Ihnen nahelegen, dass Sie diese Interviewleitfäden in erster Linie zu Lern- und Übungszwecken einsetzen, solange Sie über keine ausreichenden Kenntnisse bezüglich der Klassifikationssysteme und Grundlagen der Klinischen Psychologie verfügen.

Um die Bedeutung der Diagnostik von psychischen Störungen zu verstehen, ist es wichtig, sich mit der Definition von „Krankheit“ und „Störung“ auseinanderzusetzen.

Was ist „krank“?

Krankheit bedeutet laut Duden „körperliche, geistige oder psychische Störung, die an bestimmten Symptomen erkennbar ist“. Was ist dann eine Störung? Diese Frage ist tatsächlich auch in der Wissenschaft noch nicht abschließend geklärt. Wichtig ist für Sie im Hinterkopf zu behalten, dass sich die Begriffe „Krankheit“ und „Störung“ mit der Zeit verändern, d.h. es verändern sich die Grenzen, ab wann eine Person unter den Krankheits- bzw. Störungsbegriff subsumiert werden kann.

Definition von psychischen Krankheiten und Störungen

Grundsätzlich ist es hilfreich „Krankheit“ als einen Zustand zu verstehen, der von der „Normalität“ abweicht, wobei die folgenden fünf Normalitätsbegriffe berücksichtigt werden sollten (Rief & Stenzel, 2012):

1. *Idealnorm*: Am 22.07.1946 definiert die WHO Gesundheit als einen „(...) Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung.“ (zitiert nach Wendt, 2013, S. 344). Demnach ist Gesundheit ein dynamischer Prozess, der immer wieder erreicht und aufrechterhalten werden kann. Insbesondere das Wohlbefinden ist subjektiv jedoch schwer vollständig zu erreichen, sodass diese strengere Definition nur wenige Menschen als gesund gelten lässt.

2. *Statistische Norm*: Üblicherweise ist der Ihnen bereits bekannte Durchschnittsbereich von $M \pm SD$ auch eine wichtige Norm für die Feststellung von bestimmten Krankheiten, wie z.B. Unter- und Übergewicht oder Bluthochdruck. Hierbei kann man diese Krankheiten relativ „einfach“ identifizieren, allerdings bleibt unklar, wo wiederum die Grenze zur Gesundheit liegt.

3. *Soziale Norm*: Bestimmte Verhaltensweisen werden durch gesellschaftliche und kulturelle Erwartungen als „normal“ definiert. Diese Normen sind insbesondere wichtig zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen und Störungen der sexuellen Präferenz.

4. *Subjektive Norm*: Insbesondere im Vergleich zur statistischen Norm ist die subjektive Norm wichtig für das Verständnis einer psychischen Störung. Genau der gleiche Zustand, beispielsweise ein unordentlicher Schreibtisch, kann von einer Person als störend, von einer anderen Person als kreativitätsfördernd wahrgenommen werden.

5. *Funktionale Norm*: Das psychosoziale Funktionsniveau ist entscheidend bei vielen psychischen Störungsbildern, sodass hiernach eine Klassifikation einer Person als krank erfolgt, wenn dieser z.B. die Arbeit, Familienversorgung oder Beziehungsgestaltung nicht (mehr) gelingt.

In der Zusammenschau wird bei der Klassifikation von psychischen Krankheiten – in anderen Worten: bei der Zuordnung von beobachtbaren Symptomen zu einer Diagnose – ein integratives Konzept von Normen verwendet. Eine psychische Störung ist nach dem DSM-5 eine Gruppe (*Syndrom*) von interkorrelierten, klinisch relevanten Verhaltens- oder Erlebensweisen (*Symptome*), welche mit außergewöhnlichem Leid und/oder Funktionsbeeinträchtigungen einhergehen. Dieses *Syndrom* führt erst zu einer Diagnose, sofern die entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt sind. Ein Syndrom sollte zudem nicht auf Konflikte zwischen einem Individuum und der Gesellschaft (z.B. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion) zurückzuführen sein.

Integrative Beurteilung der Normalität und deren Abweichung

Unabhängig von dem Auslöser muss gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung zu beobachten sein.

Im Folgenden wird beispielhaft auf zwei Störungsbilder eingegangen, damit Sie die Inhalte zu klinischen Interviews in der Pflichtliteratur vor dem Hintergrund dieser Störungsbilder konkret einordnen können: *Depression* (in Anlehnung an Berking und Radkovsky [2012]) und *Bulimia nervosa* (in Anlehnung an die Zusammenfassung aus Hilbert [2012]).

Depression

Depression zählt zu den psychischen Störungen mit der höchsten geschätzten Prävalenz in der Bevölkerung. So sind laut des Bundesgesundheitsurvey (Jacobi et al., 2004) 17,1 % der Bevölkerung in der Altersgruppe von 18- bis 65-Jahren mindestens einmal in ihrem Leben an einer depressiven Episode erkrankt. Eine depressive Störung tritt bei Frauen etwa doppelt so häufig (ca. 25%) auf wie bei Männern (ca. 12%). Wir gehen an dieser Stelle genauer auf die *depressive Episode* (im Kapitel F der ICD-10 „F32 - depressive Episode“) ein.

Depression

Bei diesem als Depression bekannten Störungsbild (F32) handelt es sich um eine affektive Störung, bei der, neben der Stimmungslage, auch Funktionen des Körpers und des Denkens beeinträchtigt sein können. Die Klassifikationssysteme unterscheiden verschiedene Schweregrade (leicht, mittelgradig, schwer) und nutzen als Kriterium hierfür das Vorliegen einer bestimmten Anzahl an Symptomen über einen bestimmten Zeitraum, wobei mindestens zwei der Kardinalsymptome (depressive Stimmung, Interessen- oder Freudverlust, verminderter Antrieb/gesteigerte Ermüdbarkeit) vorliegen müssen.

Um die Diagnose einer *mittelgradigen* depressiven Episode (F32.1 im ICD-10) vergeben zu können, müssen die betroffenen Personen nach ICD-10, neben allgemeiner Kriterien, über einen Zeitraum von zwei Wochen mindestens zwei der drei oben genannten Kardinalsymptome sowie mindestens vier der folgenden Symptome zeigen:

- Verlust des Selbstvertrauens/Selbstwertgefühls
- Selbstvorwürfe/unangemessene Schuldgefühle
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod/Suizid oder suizidales Verhalten
- Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
- Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Schlafstörungen jeder Art
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit

Übung

Setzen Sie sich mit einem/einer Freund*in für 20 Minuten zusammen. Explorieren Sie die erste Hälfte der Symptome *standardisiert* (z. B. mit Hilfe von MINI-DIPS) und die zweite Hälfte *unstandardisiert*. Holen Sie sich anschließend gerne auch Feedback von dem/der Freund*in.

Bulimia nervosa

Wir schauen uns ein weiteres Störungsbild, das auf S. 90 in der Pflichtliteratur angesprochen wird, genauer an.

Bei der *Bulimia nervosa* (F50.2 ICD-10, 307.51 DSM-5) handelt es sich nach den Kriterien der ICD-10 um ein Syndrom, das durch eine andauernde Beschäftigung mit Essen, wiederkehrende Essanfälle (mindestens zwei Mal pro Woche in einem Zeitraum von drei Monaten), ein kompensatorisches Verhalten zur Kontrolle des Körpergewichts und die Selbstwahrnehmung, zu dick zu sein, charakterisiert ist. Die kompensierenden Verhaltensweisen umfassen in der Regel das sogenannte „Purging“, wie z.B. Erbrechen oder Missbrauch von abführenden bzw. entwässernden Präparaten, sowie andere Verhaltensweisen, wie z.B. zeitweilige Hungerperioden oder exzessives Sporttreiben.

Bulimia nervosa

Der Beginn der Störung liegt oftmals im Alter von 18 oder 19 Jahren und kann chronisch oder intermittierend über mehrere Jahre verlaufen. Die Lebenszeitprävalenz der *Bulimia nervosa* liegt bei 1 % der erwachsenen Bevölkerung (Treasure, Claudino & Zucker, 2010). Frauen machen in der Regel 90% der Gesamtpopulation von *Bulimia nervosa*-Patient*innen aus.

Bulimia nervosa ist vor allem aufgrund komorbider somatischer Komplikationen gefährlich, wie z.B.:

- Elektrolytstörungen (z. B. Kaliummangel)
- Zahnschädigungen
- Schwellungen der Speicheldrüsen
- Schädigungen der Speiseröhre oder des Magen-Darm-Traktes
- Herzarrhythmien
- Nierenfunktionsstörungen

Bulimia nervosa ist für die Betroffenen häufig mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Beim klinischen Interview zur Diagnostik von *Bulimia nervosa* ist daher besondere Einfühlsamkeit gefordert. Gleichzeitig sind konkrete Fragen für eine möglichst genaue Beurteilung der Symptome wichtig.

2.2.1.1 Interviews im klinisch-forensischen Bereich

In der forensisch-klinischen Praxis wird verschiedenen Fragestellungen nachgegangen. Hierzu zählen beispielsweise Begutachtungen zur Rückfall- und Behandlungsprognose von Straftätern sowie zur Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen (Volbert & Dahle, 2010). Im Folgenden wird anhand des Beispiels der Antisozialen Persönlichkeitsstörung auf forensisch-diagnostische Interviews mit Straftätern eingegangen.

Forensisch-klinische
Diagnostik

Prävalenz der Antisozialen Persönlichkeitsstörung

Mit einer geschätzten Prävalenz von 21% (Frauen) bis 47% (Männer) zählt die Antisoziale Persönlichkeitsstörung¹ anhand einer repräsentativen Meta-Analyse ($k = 62$, $N = 22\,790$) zu den häufigsten Diagnosen im Straf- und Maßregelvollzug (Fazel & Danesh, 2002). In der Gesamtbevölkerung variiert die geschätzte Prävalenz je nach Studie zwischen 0,6 bis 4,1% (Quirk et al., 2016).

Diagnostische Kriterien für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Allgemeine Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 ist das Vorliegen eines anhaltenden Musters normabweichenden Erlebens und Verhaltens, das sich in zumindest zwei der fünf Bereiche Kognition, Affekt, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Impulskontrolle sowie persönliche und soziale Situationen niederschlägt. Dieses Muster sollte bereits seit der Jugend oder dem jungen Erwachsenenalter bestehen und Leidensdruck oder funktionale Einschränkungen hervorrufen. Weiterhin sollte es nicht in erster Linie auf andere psychische Störungen, medizinische Erkrankungen oder den Konsum einer Substanz zurückzuführen sein (APA; Falkai & Wittchen 2015).

Antisoziale
Persönlichkeitsstörung

Personen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung fallen bereits im frühen Alter mit delinquenten Verhaltensweisen auf (Roberts & Coid, 2010) und begehen (wiederholt) häufig und schwere Gewalt- oder Sexualstraftaten (Chang, Larsson, Lichtenstein & Fazel, 2015; Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Laut DSM-5 müssen für die Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung mindestens drei der sieben folgenden Verhaltensmerkmale seit dem 15. Lebensjahr auftreten (A-Kriterien):

¹ Im ICD-10 wird von der Dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2) gesprochen, im DSM-IV bzw. DSM-5 von der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Wie bei allen psychischen Störungsbildern weisen die DSM- und ICD-Kriterien zur Antisozialen bzw. Dissozialen Persönlichkeitsstörung viele Parallelen auf, wobei wir uns im vorliegenden Text explizit auf die Antisoziale Persönlichkeitsstörung entsprechend des DSM beziehen. Zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten der beiden Diagnosen, s. Yoon, Krüppel, Mokros und Zimmermann (2018).

- Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen
- Betrügerisch-manipulative Verhaltensweisen
- Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen
- Reizbarkeit und Aggressivität
- Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer
- Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen
- Fehlendes Schuldbewusstsein, fehlende Reue/Empathie

Diagnostisches Interview für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Mokros (2020) empfiehlt für die Diagnostik die Verwendung strukturierter klinischer Interviews, unter anderem des (halb-)strukturierten SCID-5-PD, welches neben einer klinischen Ausbildung eine gesonderte Schulung erfordert. Dem SCID-5-PD Interview zur ASPS-Diagnose ist ein Screening-Fragebogen vorangeschaltet. Im Anschluss an die Auswertung des Fragebogens werden anhand des SCID-5-PD Interviews die Kriterien gemäß DSM-5 (Teil II) bewertet.

Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen ist allerdings nicht unumstritten, bietet Sie doch eine Reihe methodischer wie ethischer Fallstricke (für eine kritische Diskussion siehe z.B. Fiedler & Herpertz 2016), da oft bereits die Diagnose selbst für Betroffene mit einer erheblichen Stigmatisierung verbunden ist (z.B. Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2016). Umso bedeutsamer ist bei Interviews, neben der sachgerechten Durchführung, ein respektvoller Umgang mit den Proband*innen. Als Interviewende sollten Sie echtes Interesse an der Person zeigen und keine moralisch bewertende Haltung einnehmen.

Kasten 2-8a*

Auszug aus dem SCID-5-PD Interview zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung

102. Sie gaben an, Sie haben [*Haben Sie*] vor dem Alter von 15 Jahren häufig gelogen oder andere reingelegt, um etwas zu bekommen, was Sie wollten, oder um etwas zu umgehen, was Sie nicht tun wollten.

Nennen Sie mir einige Beispiele.

Wie oft haben Sie das getan?

103. Sie gaben an, Sie haben [*Haben Sie*] vor dem Alter von 15 Jahren Ladendiebstahl begangen, jemanden bestohlen oder eine Unterschrift gefälscht, um an Geld zu kommen.

Nennen Sie mir einige Beispiele.

104. Sie gaben an, Sie sind [*Sind Sie*] vor dem Alter von 15 Jahren von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben.
Ist das mehr als einmal vorgekommen?

(Bei wem haben Sie zu der Zeit gewohnt?)

Nun, seitdem Sie 15 Jahre alt sind...

Lügen Sie oft, um zu erreichen, was Sie wollen, oder einfach nur aus Spaß?

Haben Sie schon einmal einen falschen Namen benutzt oder so getan, als seien Sie jemand anderes?

Haben Sie andere „hereingelegt“, um Ihr Ziel zu erreichen?

Tun Sie oft Dinge aus dem Moment heraus, ohne dabei an die Folgen für sich oder andere zu denken?

Erzählen Sie mir mehr davon. Welche Art von Dingen?

Haben Sie jemals Ihren Arbeitsplatz aufgegeben, ohne bereits einen neuen zu haben? (Wie oft?)

Sind Sie schon einmal irgendwo ausgezogen, ohne bereits einen neuen Wohnsitz zu haben?
Erzählen Sie mir mehr davon.

*** [ACHTUNG] BEI DIESEN FRAGEN HANDELT ES SICH UM COPYRIGHT-GESCHÜTZTE MATERIALIEN, DIE MIT FREUNDLICHER GENEHMIGUNG DES HOGREFE VERLAGS GEDRUCKT WERDEN KONNTEN. WEITERE NUTZUNG OHNE GENEHMIGUNG ODER WEITERGABE AN DRITTE IST NICHT GESTATTET.**

Literatur

- American Psychiatric Association; Falkai, P., & Wittchen, H. U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., & Wittchen, H. U. (2019). *SCID-5-PD Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Berking, M., & Radkovsky, A. (2012). Unipolare Depression. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor* (S. 27-48). Berlin: Springer.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). *Psychiatric disorders and violent reoffending: A national cohort study of convicted prisoners in Sweden*. *Lancet Psychiatry*, 2, 891–900. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00234-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00234-5)
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys*. *Lancet*, 359, 545–550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>
- Hilbert, A. (2012). Bulimia nervosa. In M. Berking, & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor* (S. 130-136). Berlin: Springer.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611. DOI: 10.1017/S0033291703001399
- Krumm, S., Stenzel, N., & Pauls, C. A. (2015). Diagnostische Interviews. In G. Stemmler, & J. Margraf-Stiksrud (Hrsg.), *Lehrbuch Psychologische Diagnostik* (S. 77-155). Bern: Hans Huber.

- Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A., & Schneider, S. (2017). *DIPS Open Access: Diagnostic Interview for Mental Disorders. [DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.]* Bochum: Mental Health Research and Treatment Center, Ruhr-Universität Bochum. <http://doi.org/10.13154/rub.100.89>.
- Quirk, S. E., Berk, M., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Brennan-Olsen, S. L., Pasco, J. A., & Williams, L. J. (2016). Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 136–146. <https://doi.org/10.1037/per0000148>
- Renner, K. H., & Jacob, N. C. (2020). *Das Interview*. Berlin: Springer.
- Rief, W., & Stenzel, N. (2012). Diagnostik und Klassifikation. In M. Berking, & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor* (S. 9-17). Berlin: Springer.
- Roberts, A. D. L., & Coid, J. W. (2010). Personality disorder and offending behaviour: Findings from the national survey of male prisoners in England and Wales. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 221–237. <https://doi.org/10.1080/14789940903303811>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 11. DOI 10.1007/s11920-015-0654-1
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Volbert, R. (2010). Aussagepsychologische Begutachtung. In R. Volbert, & K. Dahle (Hrsg.), *Forensisch-psychologische Diagnostik im Strafverfahren* (S. 18-66). Göttingen: Hogrefe.
- Volbert, R., & Dahle, K. P. (2010). *Forensisch-psychologische Diagnostik im Strafverfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Wendt, C. (2013). Gesundheit und Gesundheitssystem. In S. Mau, & M. Schöneck (Hrsg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands* (S. 344-361). Wiesbaden: Springer.
- World Health Organization (Hrsg.) (2018). *Internationale Klassifikation Psychischer Störungen*. (10., überarb. Auflage). Bern: Hogrefe.