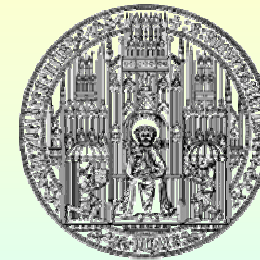


Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Hildesheim, 2011

Peter Fiedler
Psychologisches Institut
der Universität Heidelberg

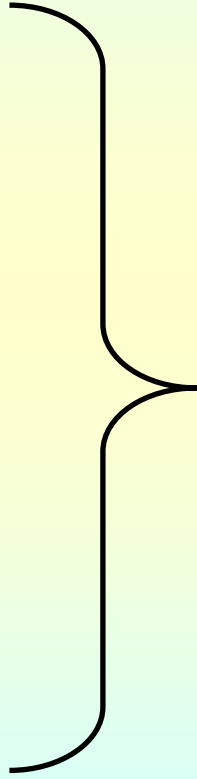


Das Diagnosogenik-Problem

Das Problem der kategorial-negativen Stigmatisierung:

- Empirisch gesichertes Haupt-Problem heute:
„Der Bauch-Diagnostiker“
 - Kategoriale Diagnosen werden oft zu schnell und ohne hinreichende Datenbasis gestellt
 - Klinische Diagnosen sind unzuverlässig!
(z.B. Zimmerman, 1994; Mestel, 2006; Fiedler, 2006)
- (nur z.B.) die Epidemiologie der „Narzisstischen Persönlichkeitsstörung“ mittels SKID II
 - Bevölkerungsstudien: 0,2 %
 - Klinik-Untersuchungen: 0,2 %
 - In Kliniken vergebene (Eindrucks-)Diagnosen:
zwischen 10 % und 20 %

Persönlichkeitsstörungen: Probleme der Diagnostik

- Verhalten
 - Denken
 - Symptomatik
 - Delikt
- 
- ≠ Person

ICD-10 Diagnostische Leitlinien

Allgemeine Kriterien: 1992/1993

Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf Hirnschädigungen oder Hirnkrankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in Beziehungen zu anderen.
2. Das abnorme Verhaltensmuster ist andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das abnorme Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

ICD-10 Diagnostische Leitlinien

Allgemeine Kriterien: nicht hinreichend beachtet, obwohl im DSM und in der ICD gefordert

Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf Hirnschädigungen oder Hirnkrankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in Beziehungen zu anderen.
2. Das abnorme Verhaltensmuster ist ~~andauernd und~~ nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das abnorme Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. ~~Die Störungen beginnen immer in Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.~~
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

vom DSM-III über die ICD-10 bis zum DSM-IV: die heutige Epidemiologie-Generation: **das Stabilitätskonzept gerät ins Wanken**

- die 2-Jahres-Stabilität der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen liegt bei bis 40 bis höchstens 50 % (Shea et al., 2002)
(schwankt jedoch zwischen Störungen; Beispiele:)
- die 2-Jahres-Stabilität bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung beträgt nur etwa 20 % (Shea et al., 2002)
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Zanarini et al. 2004):
60 % nach 2 Jahren
50 % nach 4 Jahren
25 % nach 6 Jahren
10 % nach 8 Jahren (Paris et al., 2006)
(deshalb wird unter Forschern allgemein immer davon gesprochen, dass Borderline jenseits des 40. Lebensjahres nur noch selten zu finden sei)

vom DSM-III über die ICD-10 bis zum DSM-IV:

die heutige Epidemiologie-Generation:

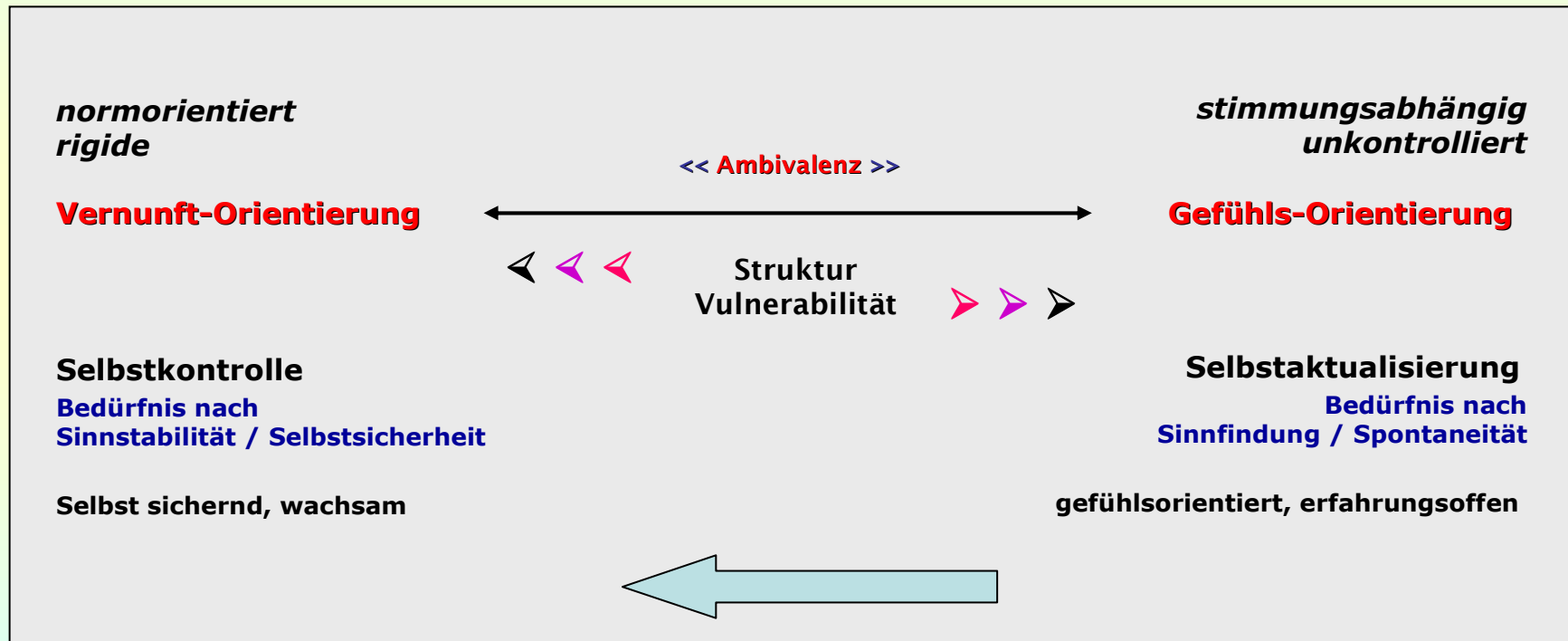
das Stabilitätskonzept gerät ins Wanken

- **Collaborative Longitudinal Personality Study** (Clark, 2005, 2007): orientiert an Kriterien-Zahlen, nicht an Diagnosen (wichtig, denn bereits ein Kriterium mehr oder weniger entscheidet pro/contra Diagnose)
- Mit zunehmender Zeit nach Erst-Diagnostik sinkt die Zahl erfüllter Kriterien kontinuierlich und z.T. beträchtlich:
- Erstdiagnose / Basislinie: Patienten mit PSt-Diagnose erfüllen durchschnittlich 71% der Kriterien ihrer Störungen (teils komorbid)
- 6 Monate später: 55%
- 1 Jahr später: 48% (d.h. zumeist keine PSt mehr)
- 2 Jahre später: 42% (d.h. erst recht keine PSt mehr)

- 32 Prozent der Patienten mit ursprünglicher PSt-Diagnose erfüllen nach 2 Jahren nur noch 2, 1 oder keines der Kriterien ihrer ursprünglichen Störungen
- Forderung wurde lauter: **zukünftig dimensionale Beurteilungen!**

Struktur und Vulnerabilität

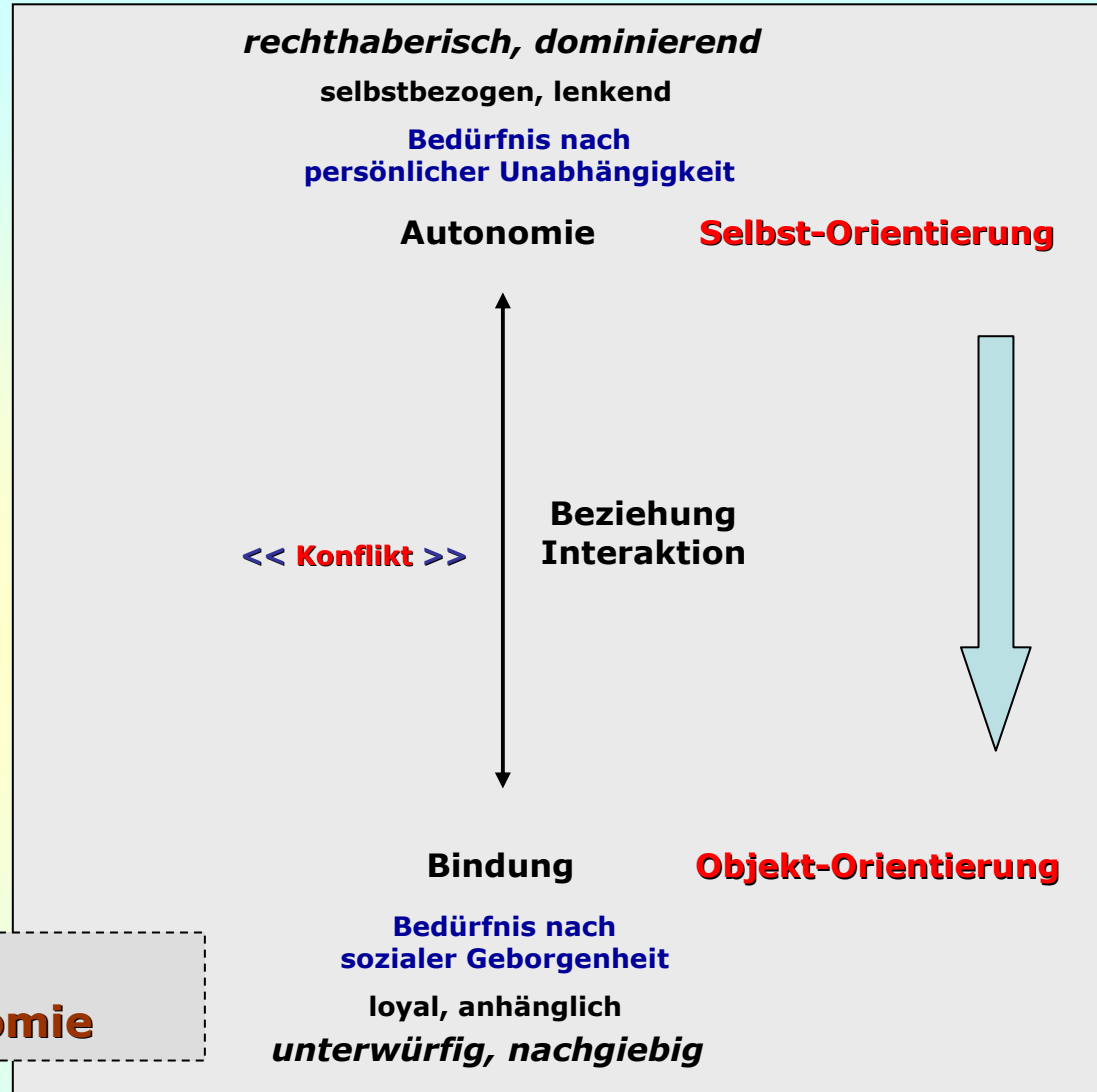
**Zielvariable:
erfahrungsaffene Selbstsicherheit**



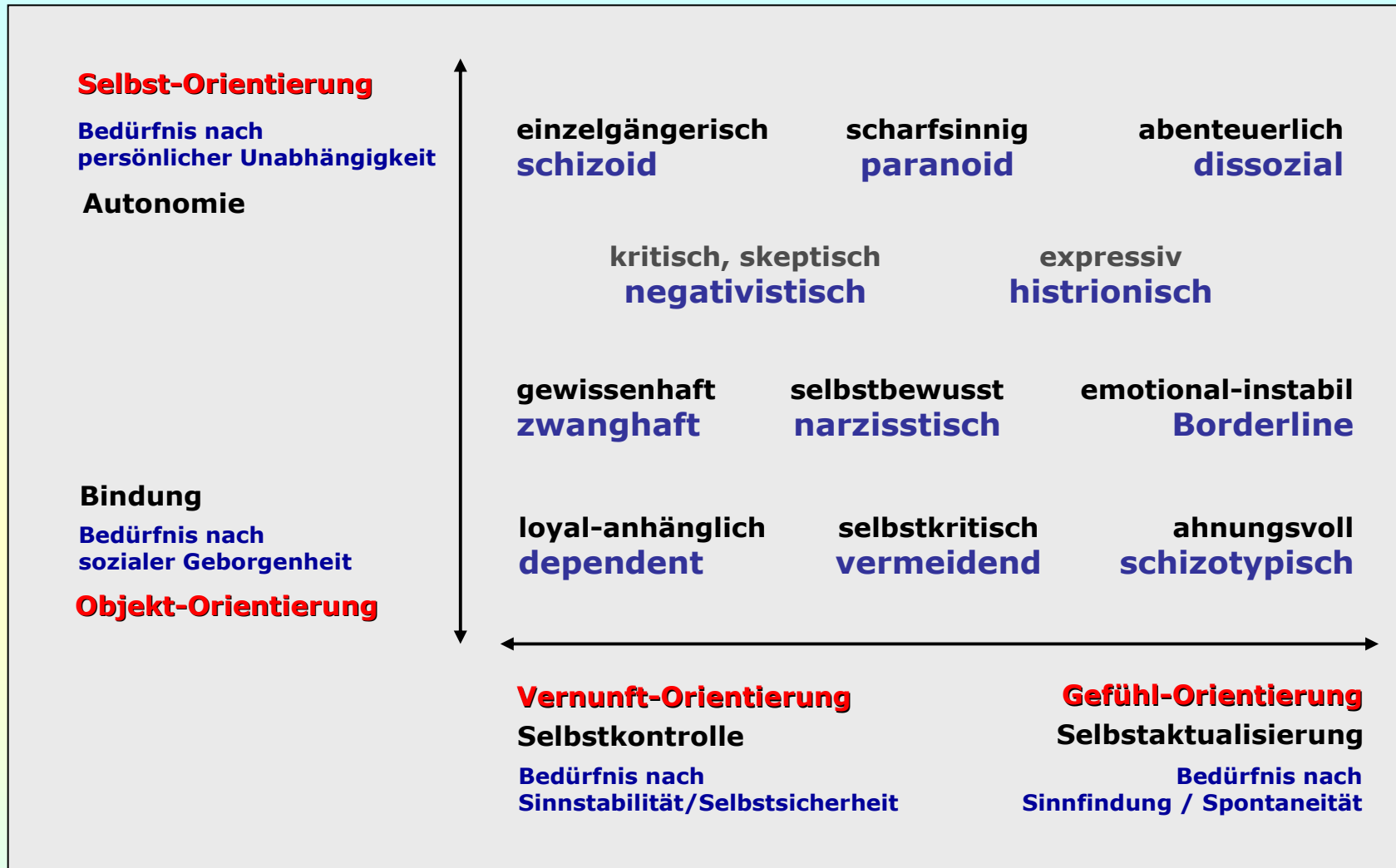
Seit Sullivan, 1952; ausführlich in Millon, T. (1996). Disorders of Personality. New York: Wiley.
Fiedler, P. (2003). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen (2. Aufl.).
Göttingen: Hogrefe.

Beziehung und Interaktion

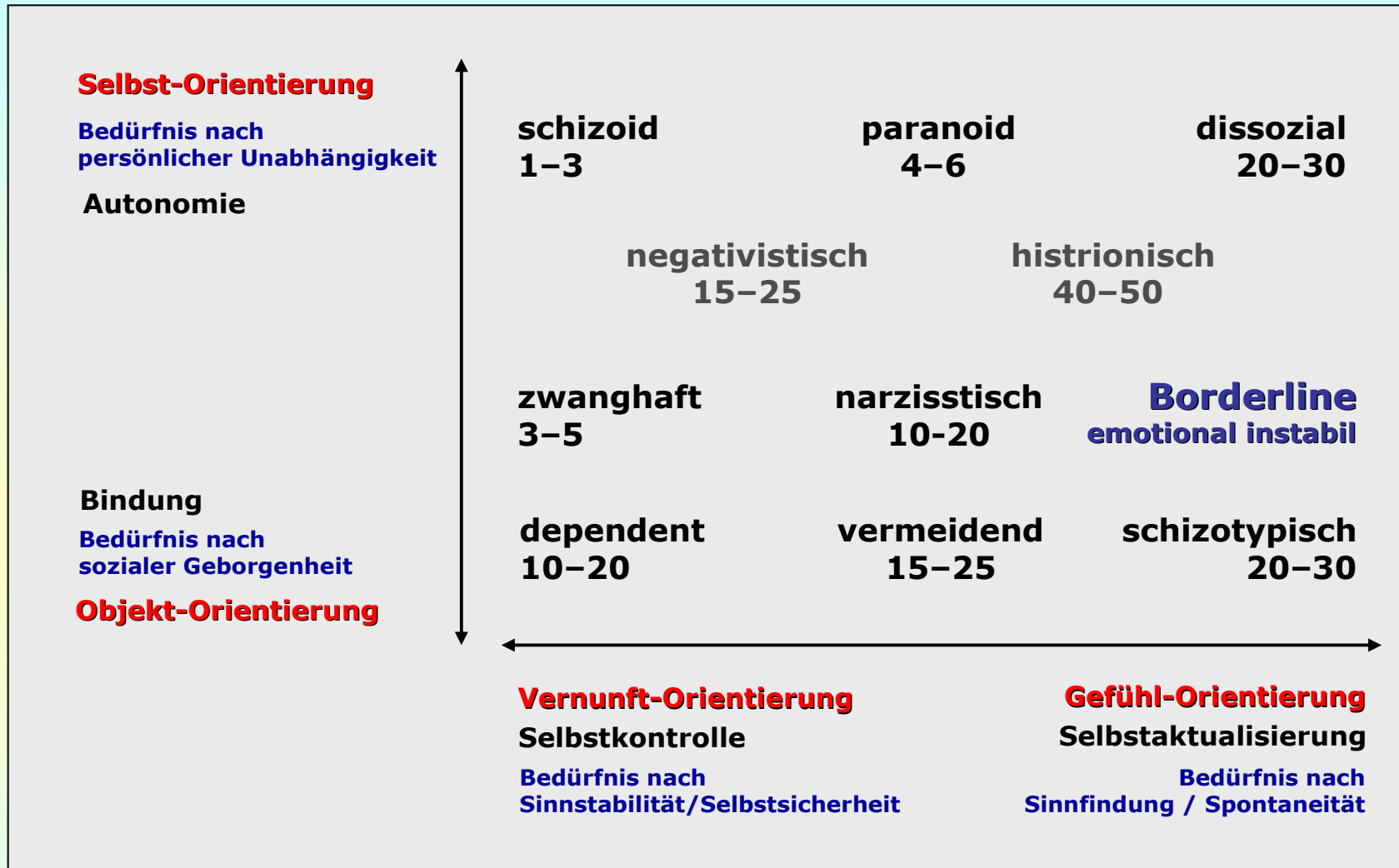
**Zielvariable:
sozial bezogene Autonomie**



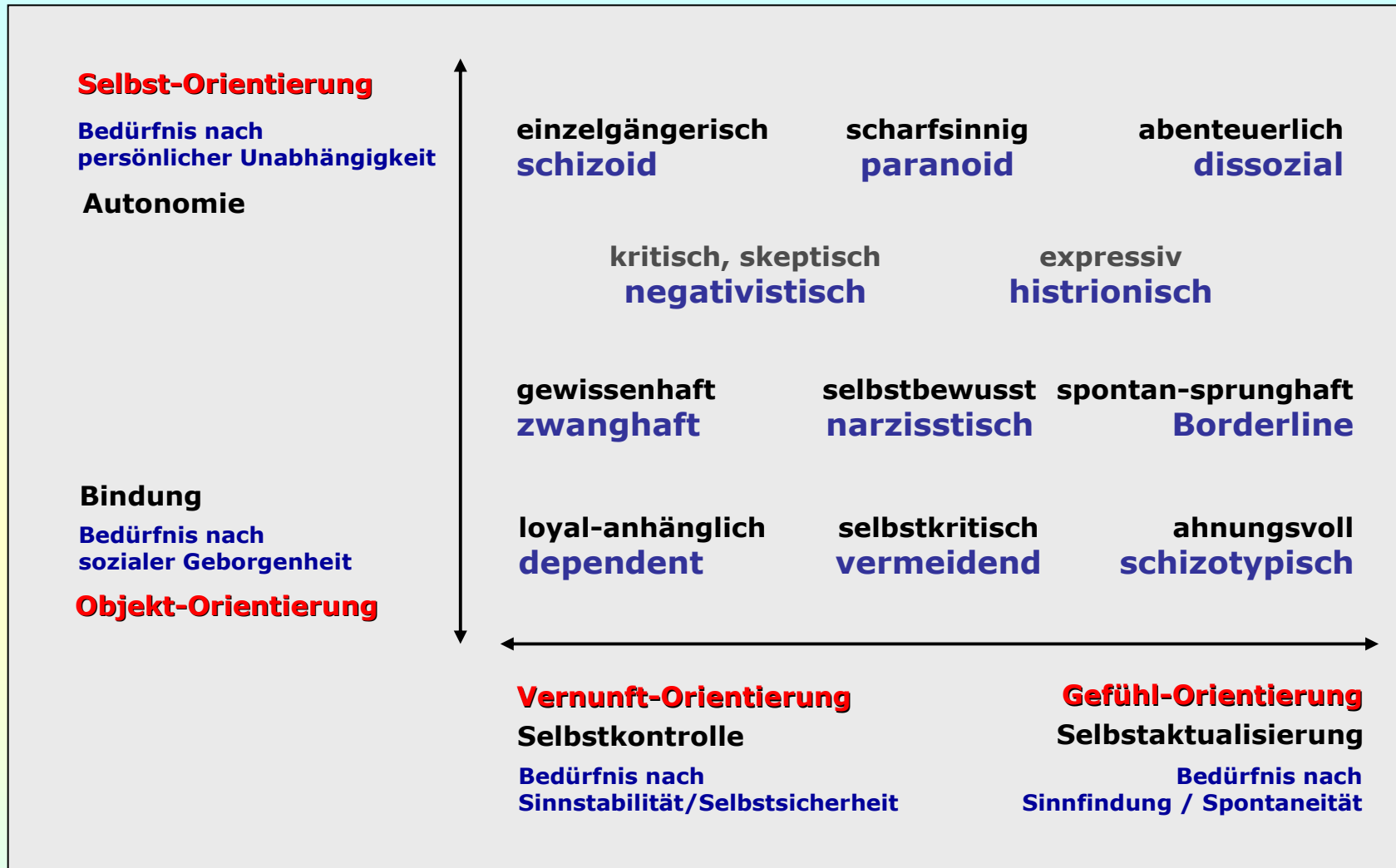
Seit Sullivan, 1952; ausführlich in Millon, T. (1996). Disorders of Personality. New York: Wiley.
Fiedler, P. (2003). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen (2. Aufl.).
Göttingen: Hogrefe.



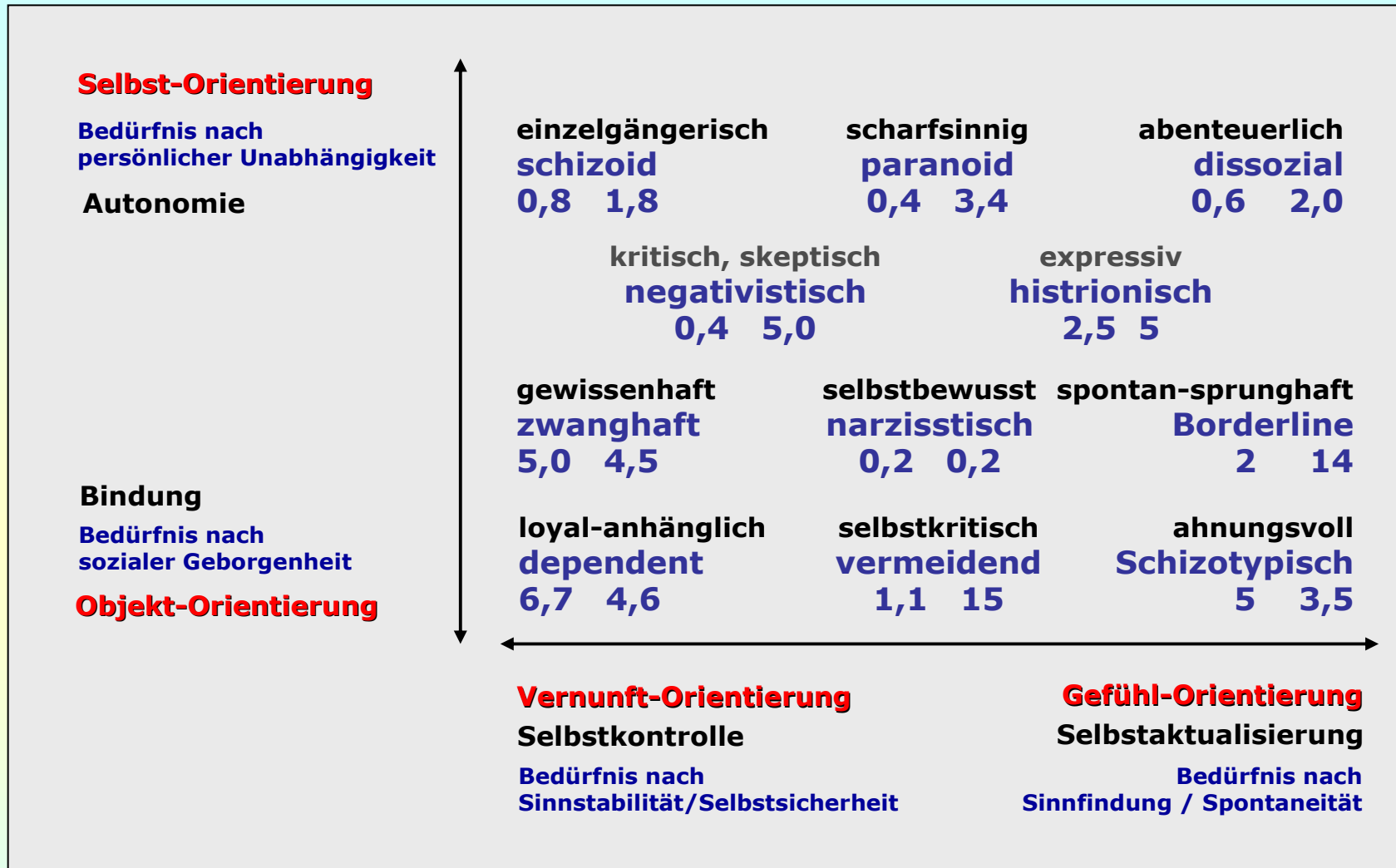
Persönliche Stile und Persönlichkeitsstörungen



Komorbiditäts-Chart: Borderline



Persönliche Stile und Persönlichkeitsstörungen



Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen (6., völlig neue Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU

Wann kann und darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben werden ?

Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen sollten und dürfen **nur dann** vergeben werden,

- wenn die betreffende Person selbst unter ihrer Persönlichkeit leidet
(Vor-Kriterium: DSM/ICD)

und / oder:

- wenn die betreffende Person wegen ihrer Persönlichkeitseigenarten ihre existenziellen Verpflichtungen nicht mehr erfüllt
(z.B. deutlich gesunkenes psychosoziales Funktionsniveau; **Vor-Kriterien DSM/ICD**)

was zumeist (und / oder) heißt:

- wenn die betreffende Person mit Ethik, Recht oder Gesetz in Konflikt geraten ist **und** wenn deren Probleme mit der Persönlichkeit begründet werden können
(nur in diesem Fall brauchen die Patienten die Diagnosevergabe **nicht** zwingend teilen)

und / oder:

- wenn Persönlichkeit(-sstil oder -sstörung) das Risiko der Entwicklung oder Verschlechterung einer psychischen Störung impliziert: Depression, Dissoziation, Suizidalität etc.
(in diesem Fall besteht **Aufklärungspflicht** dem Patienten gegenüber)

Wann kann und darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben werden ?

Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen sollten und dürfen **nur dann** vergeben werden,

- wenn die betreffende Person selbst unter ihrer Persönlichkeit leidet
(Vor-Kriterium: DSM/ICD)

und / oder:

- wenn die betreffende Person wegen ihrer Persönlichkeitseigenarten ihre existenziellen Interessen vernachlässigt
(z.B. deutlich gesunkenes psychosoziales Funktionsniveau; **Vor-Kriterien DSM/ICD**)

was zumeist (**und / oder**) heißt:

- wenn die Person in einen Konflikt geraten ist **und** wenn deren Probleme mit der Persönlichkeit begründet werden können
(nur in diesem Fall brauchen die Patienten die Diagnosevergabe **nicht** zwingend teilen)

und / oder:

- wenn Persönlichkeit(-sstil oder -sstörung) das Risiko der Entwicklung oder Verschlechterung einer psychischen Störung impliziert: Depression, Dissoziation, Suizidalität etc.
(in diesem Fall besteht **Aufklärungspflicht** dem Patienten gegenüber)

Ausfallungsstruktur in der ICD-10

- F0 organisch psychische Störungen
- F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3 affektive Störungen
- F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen**
- F61 kombinierte Persönlichkeitsstörungen**
- F62 andauernde Persönlichkeitsänderungen
- F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F64 Störungen der Geschlechtsidentität
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F66 psychische Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F68 andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

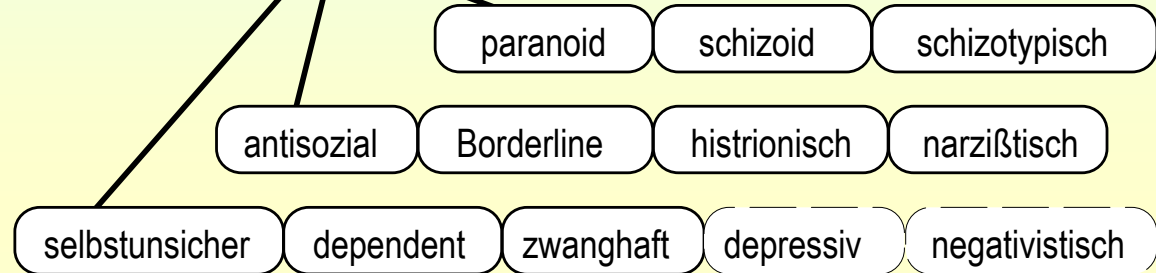
- F60.0 paranoide Persönlichkeitsstörung
- F60.1 schizoide Persönlichkeitsstörung
- F60.2 dissoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.3 emot.-instabile Persönlichkeitsstörung
 - F60.30 impulsiver Typ
 - F60.31 Borderline Typ
- F60.4 histrionische Persönlichkeitsstörung
- F60.5 anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
- F60.6 ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- F60.7 abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
- F60.8 andere spezifische Persönlichkeitsstörungen

Achse V Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

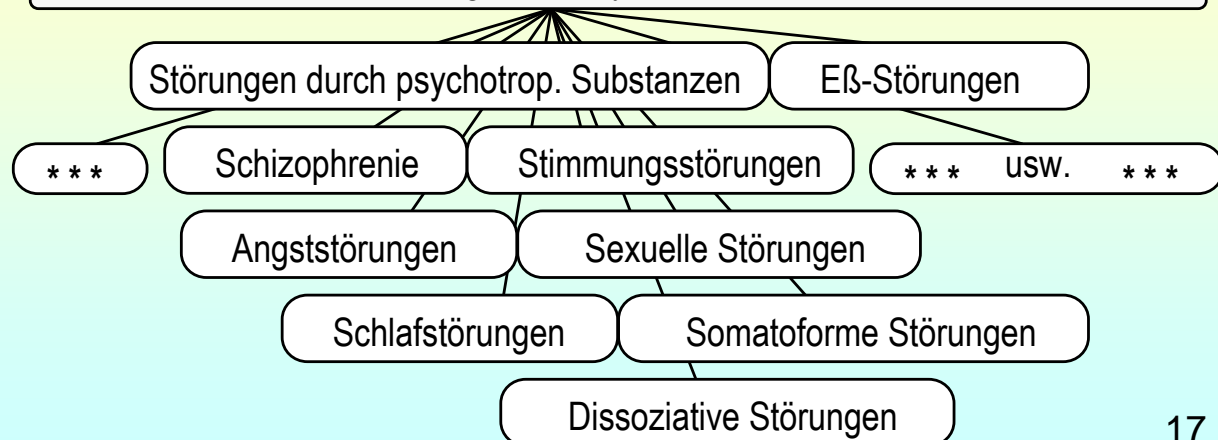
Achse IV Psychosoziale und kontextuelle Belastungsfaktoren

Achse III Körperliche Störungen und Zustände

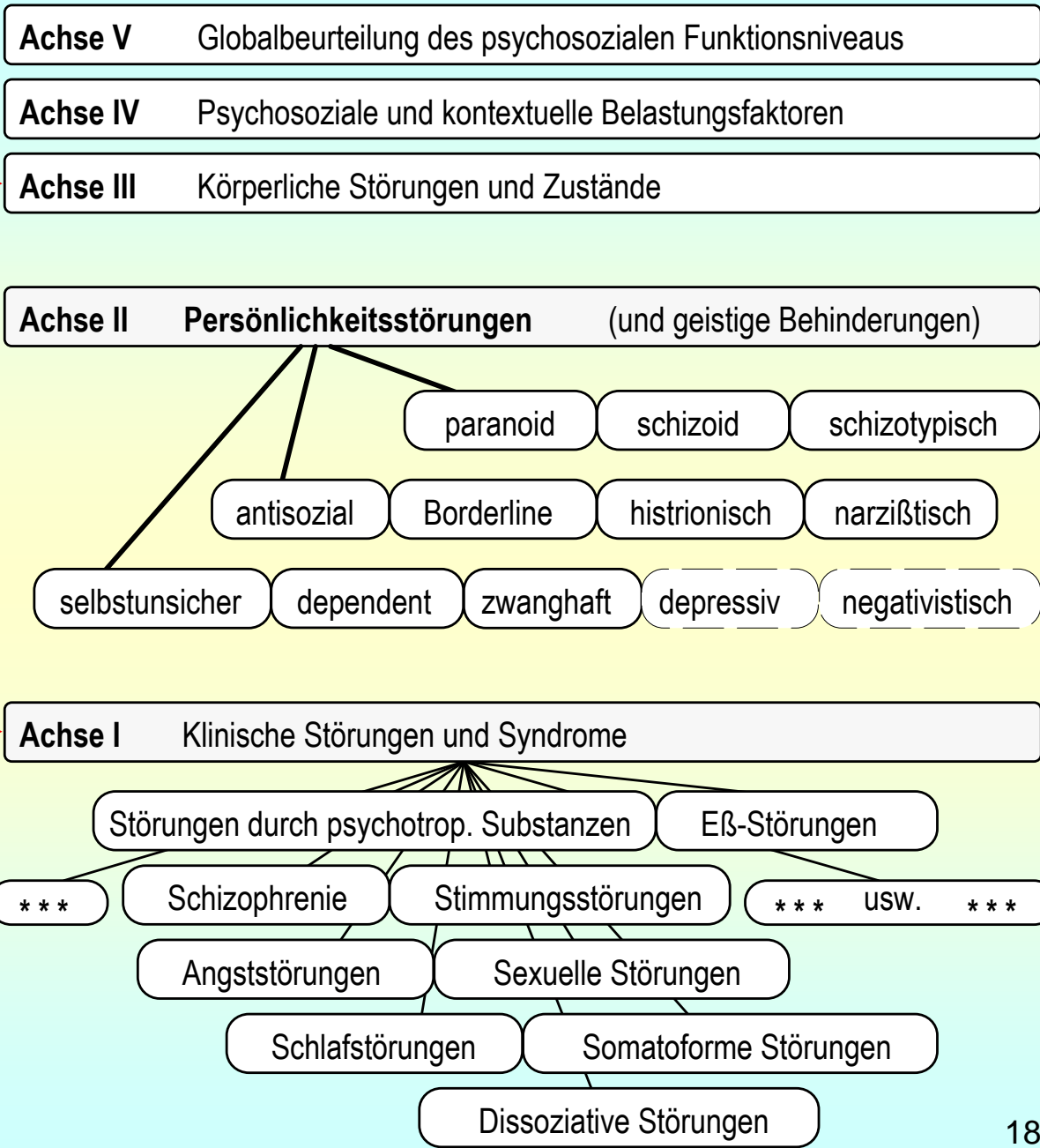
Achse II **Persönlichkeitsstörungen** (und geistige Behinderungen)



Achse I Klinische Störungen und Syndrome



**Multiaxiale
Diagnosesystematik
des DSM-IV(-TR)**



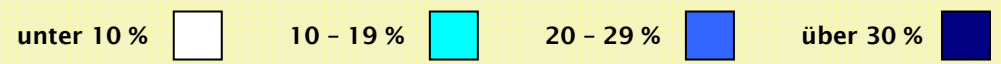
Hier orientieren sich die US- Amerikaner an der ICD –10 (außer Kapitel V)

Beachte !
 ICD-10: F62.1
Persönlichkeitsänderung
 ... nach psychischer Erkrankung (DSM:) ... in der Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors

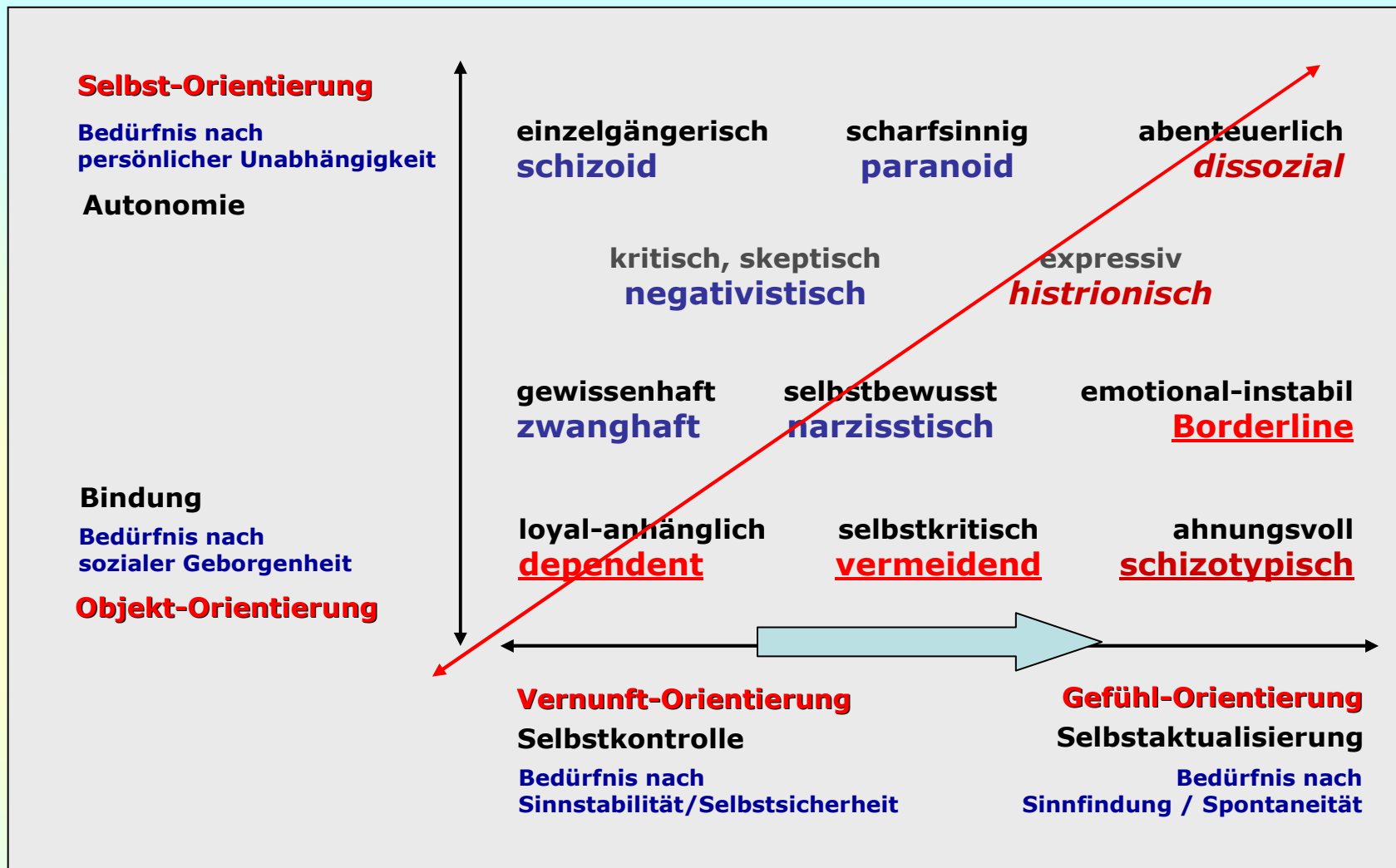
**Multiaxiale
 Diagnosesystematik
 des DSM-IV(-TR)**

	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	DIS	BOR	SUP	DEP	ZWA	NEG
Majore Depression	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	über 30%	10-19%
Zwangsstörung	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	über 30%	10-19%	10-19%
Panikstörung	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Soziale Phobie	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	über 30%	10-19%	10-19%
Einfache Phobie	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Somatoforme St.	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Alkohol/Drogen	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%
Anorexie	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%
Bulimie	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%
Schizophrenie	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%

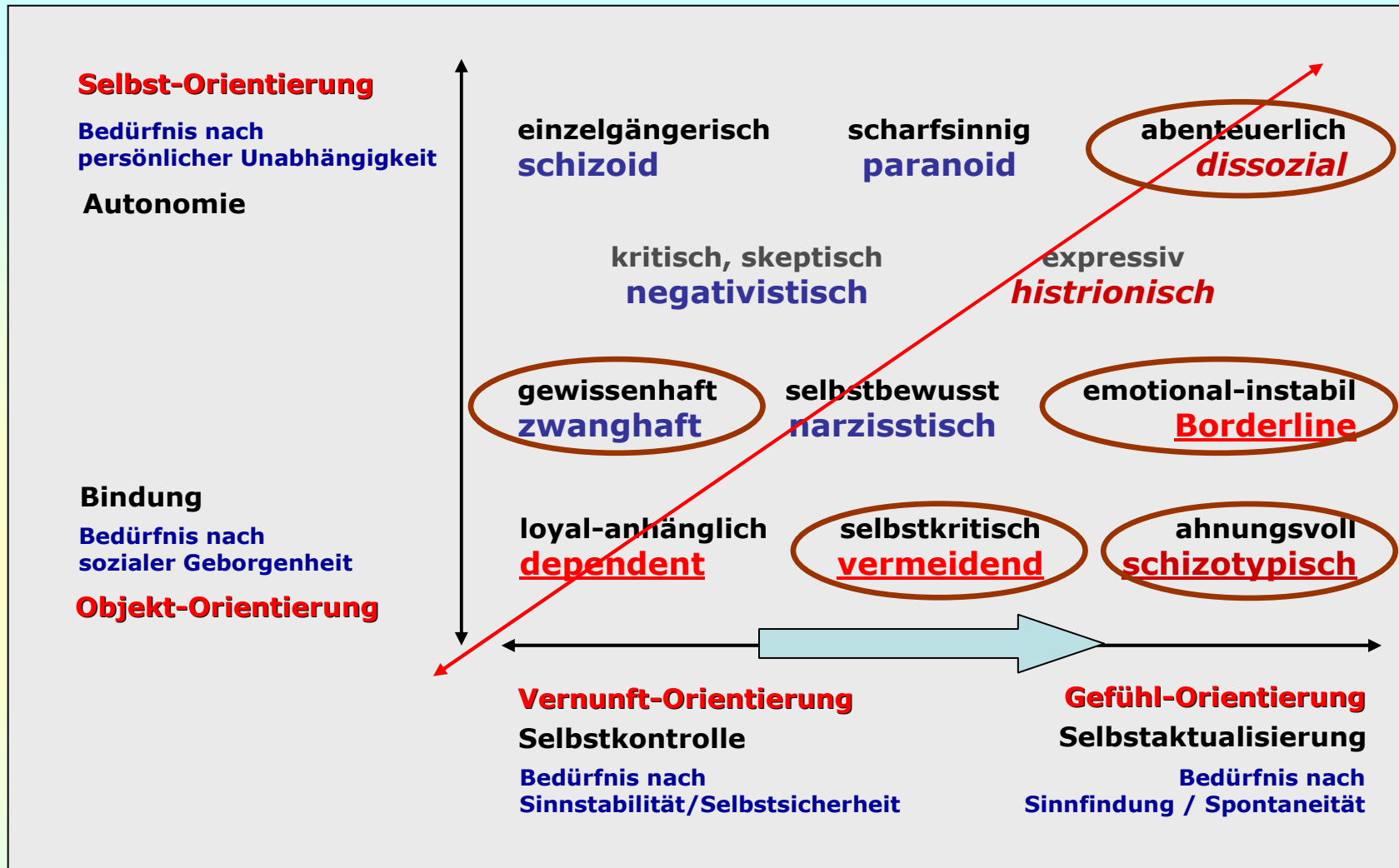
die Sorgenkinder !!



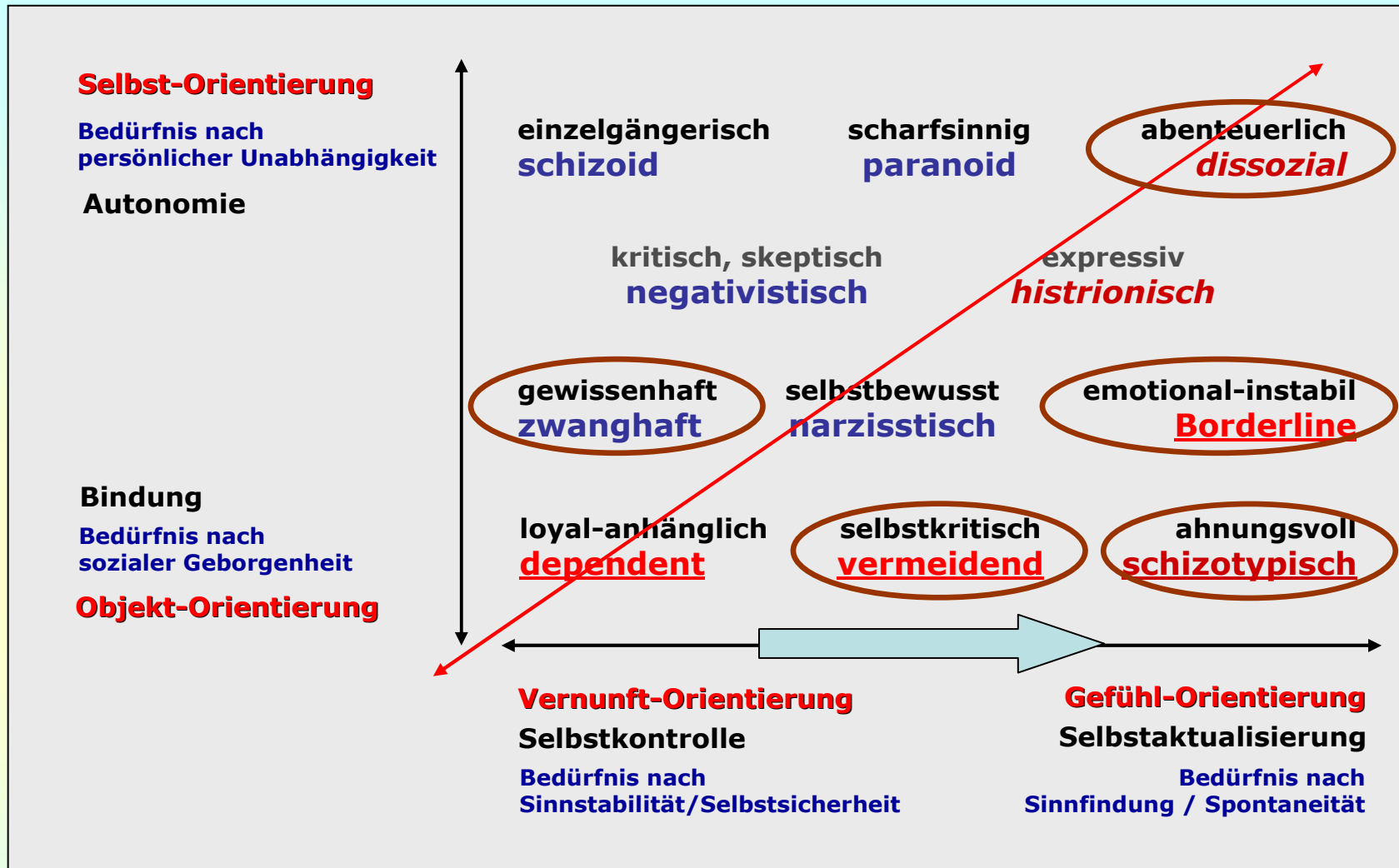
DSM-IV-TR: Achse I und II: Vulnerabilität



erhöhtes Vulnerabilitäts-Risiko für Entwicklung von Symptom-Störungen:
 Phobien, Ängste, Dissoziative und Zwangsstörungen, Somatoforme
 Störungen, Akute und Posttraumatische Belastungsstörungen
 wichtig weiter: sekundär beobachtbare Hilflosigkeitsdepression,
Selbstverletzungen und Suizidalität



Und das sind die zu erwartenden
nur noch 5 (!) DSM-V-Persönlichkeitsstörungen !!!



erhöhtes Vulnerabilitäts-Risiko für Entwicklung von Symptom-Störungen:
 Phobien, Ängste, Dissoziative und Zwangsstörungen, Somatoforme
 Störungen, Akute und Posttraumatische Belastungsstörungen
 wichtig weiter: sekundär beobachtbare Hilflosigkeitsdepression,
Selbstverletzungen und Suizidalität

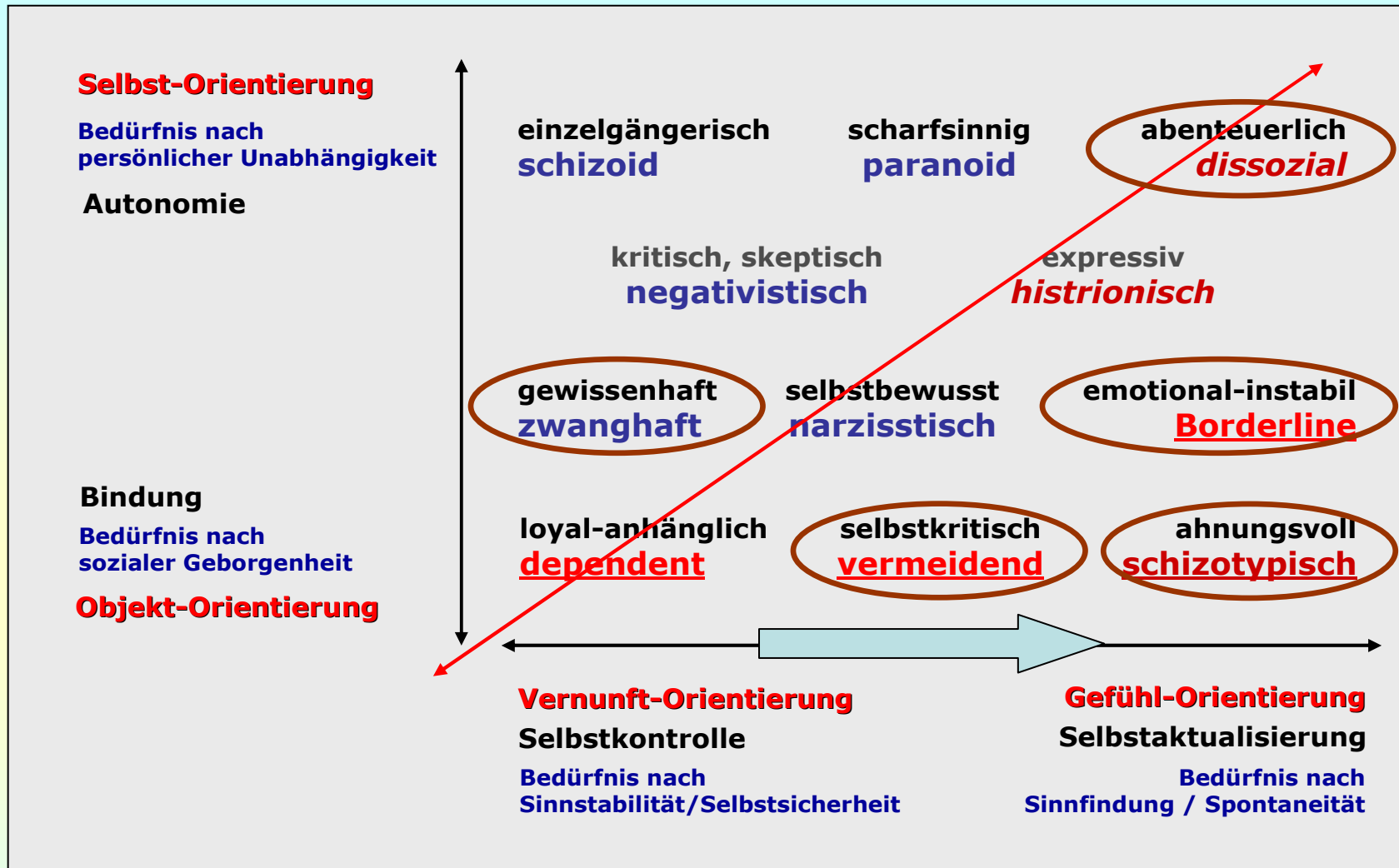
In der Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen: Ressourcen-Orientierung und -Aktivierung

In der Problemanalyse und Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen steht die **Aktivierung persönlicher Ressourcen** im Vordergrund:

- Schritt 1:
Positive Funktionsanalyse
der bisherigen Persönlichkeitsstile
(Vorsicht: keine Reaktanz provozierende Stigmatisierung !)

- Schritt 2:
**Suche nach interpersonellen Problemen und
Konfliktbereichen,**
in denen sich die bisherigen Persönlichkeitsstile als nicht
hinreichend erwiesen haben

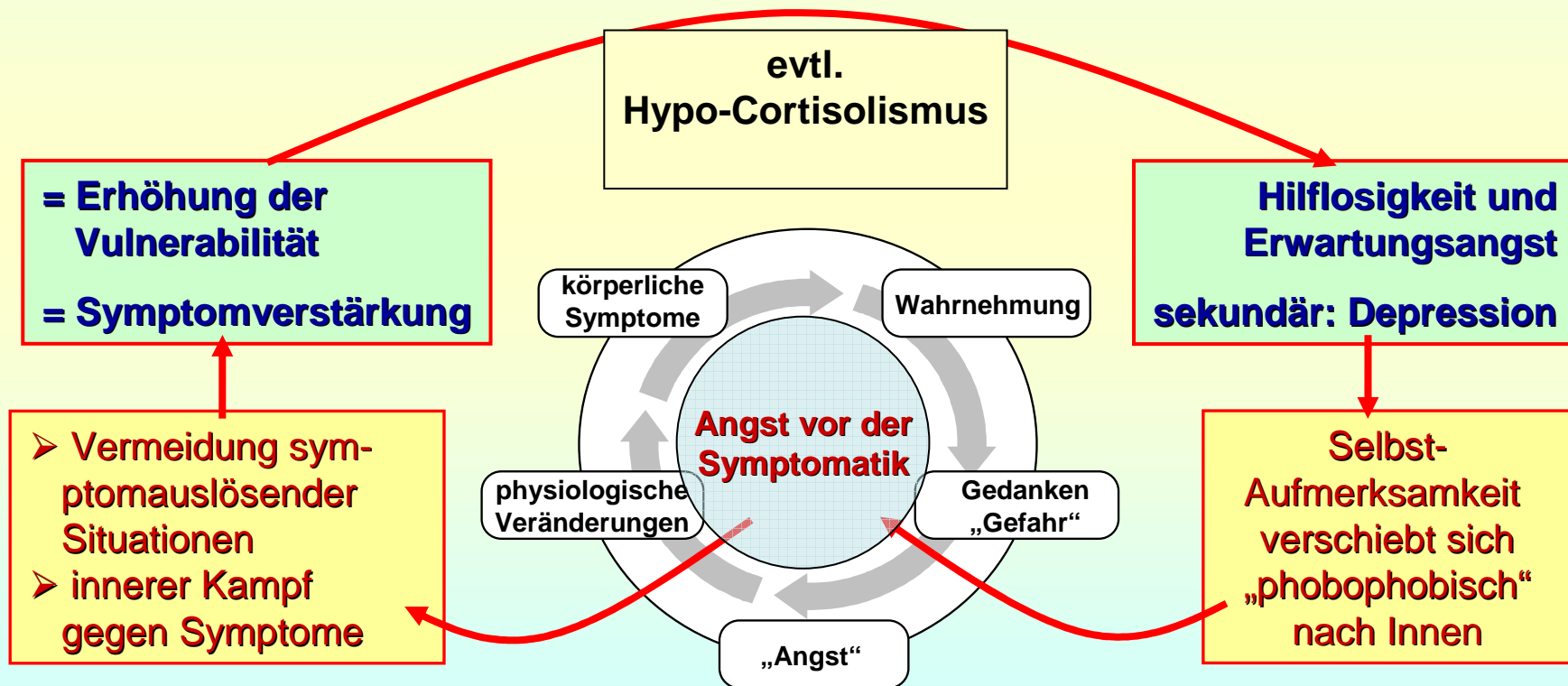
- Schritt 3:
Anreicherung und Ausgestaltung der Persönlichkeit
Therapieprinzipien:
(bio-)psycho-soziales Konfliktmanagement;
Beratung, Coaching und Supervision des Patienten.



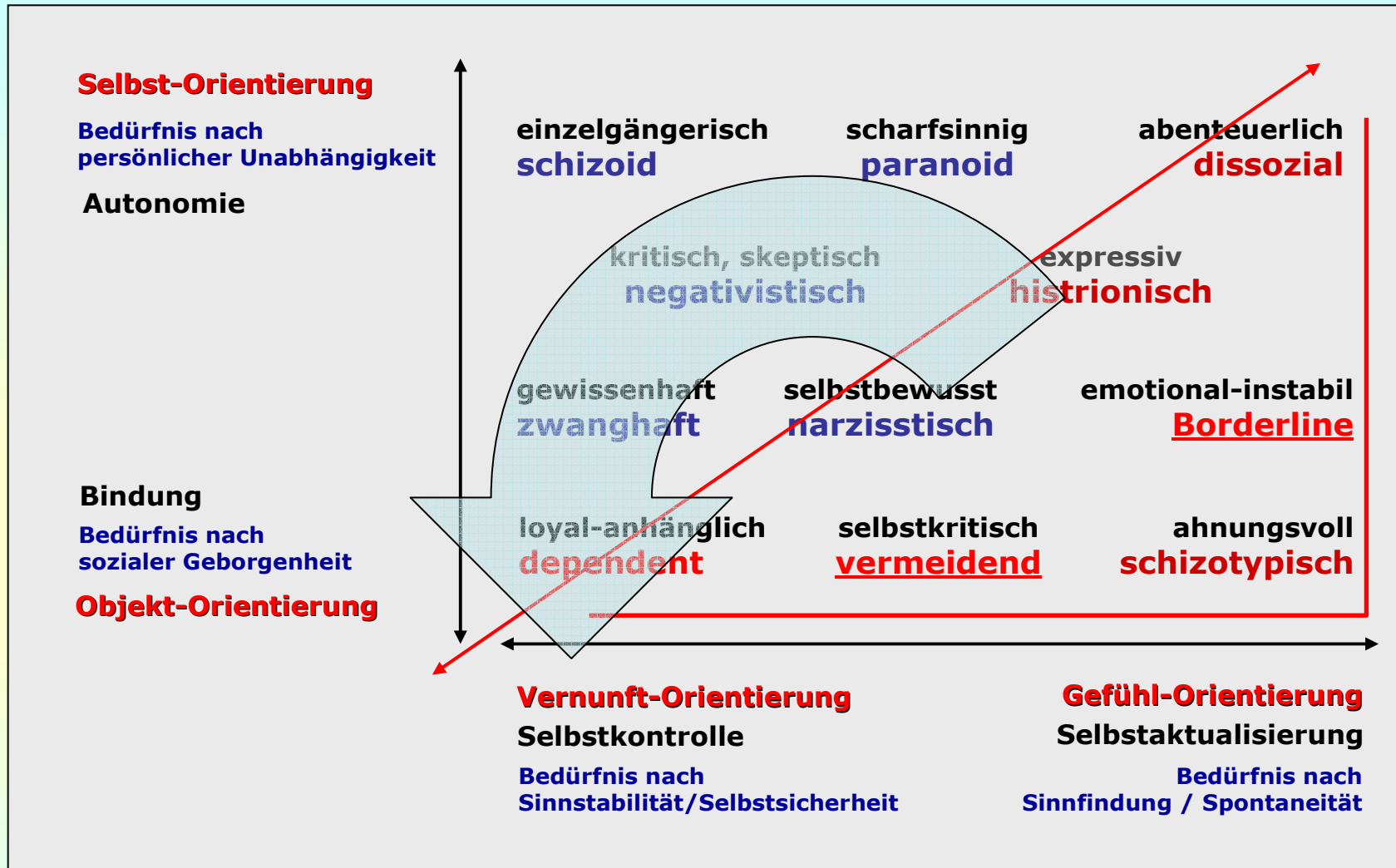
erhöhtes Vulnerabilitäts-Risiko für Entwicklung von Symptom-Störungen:
Phobien, Ängste, Dissoziative und Zwangsstörungen, Somatoforme
Störungen, Akute und Posttraumatische Belastungsstörungen
wichtig weiter: sekundär beobachtbare Hilflosigkeitsdepression,
Selbstverletzungen und Suizidalität



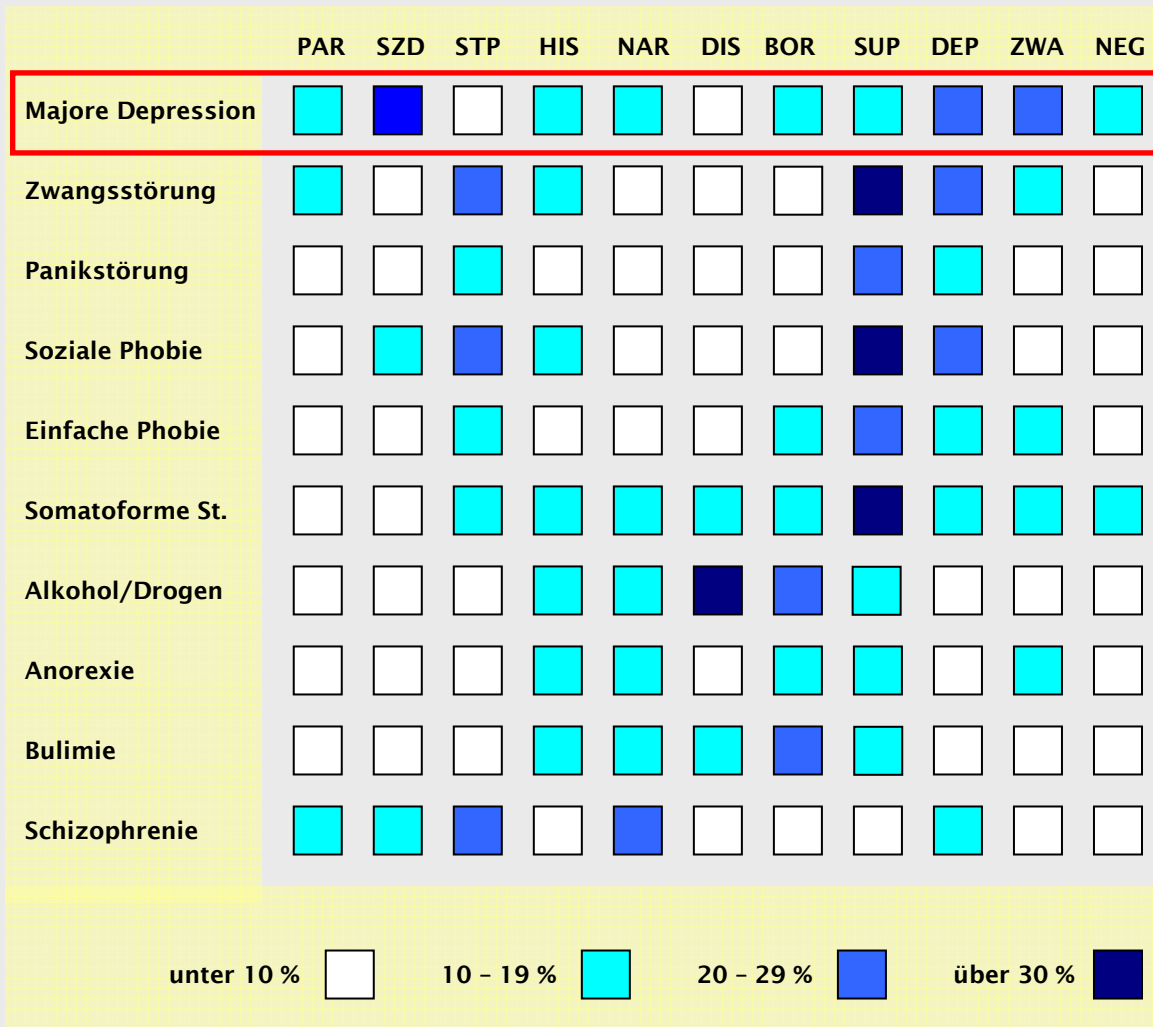
Teufelskreise bei Vulnerabilität !
Unbedingt gegenwärtige Probleme, Hintergrundbelastungen
und bekannte Rückfallursachen beachten !



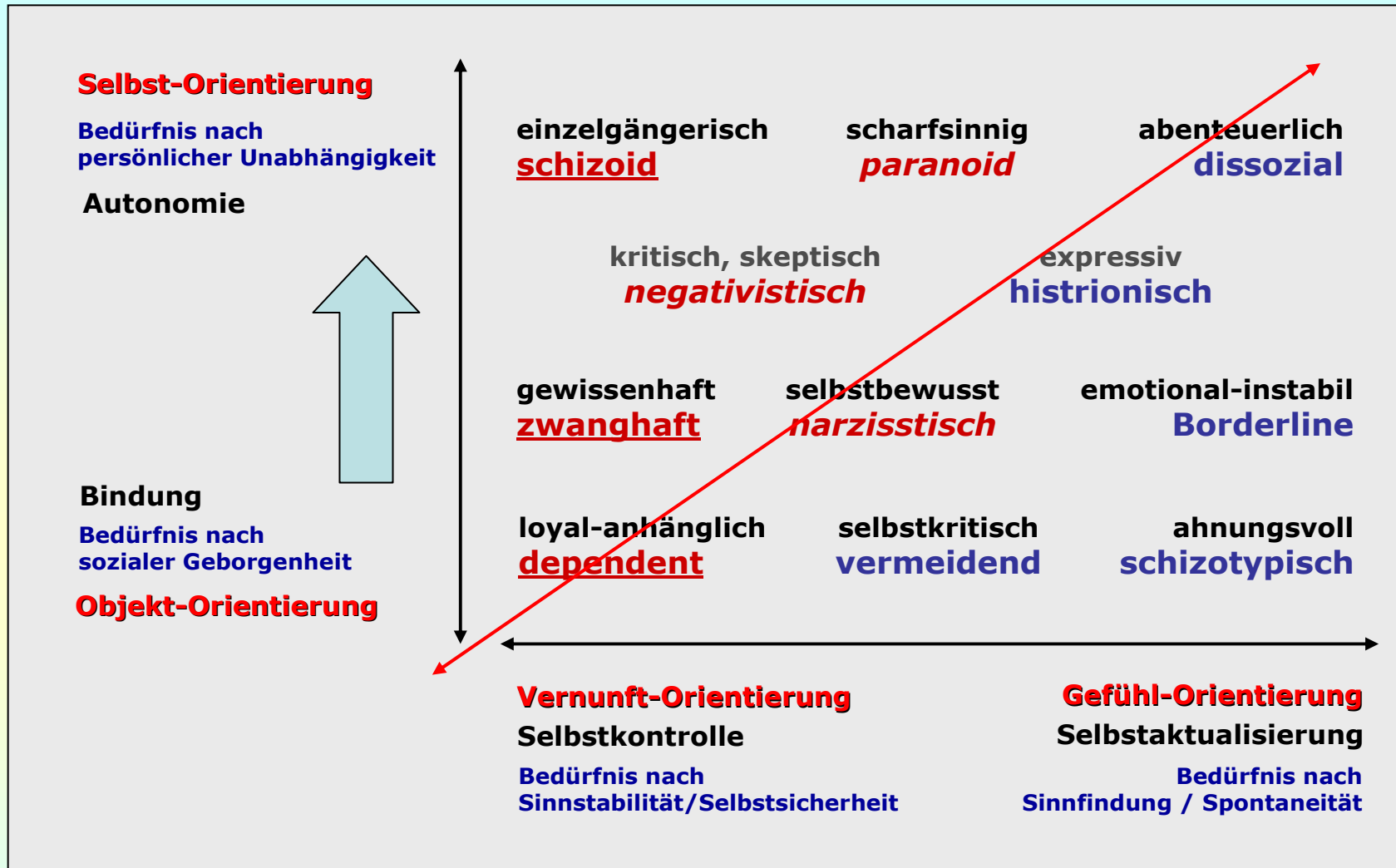
z.B. Fiedler (2008). Dissoziative Störungen und Konversion (3. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU



Stabilisierung bei hoher Aktivierung: Fürsorgliche Therapie!
Therapeut als Modell für vernünftige Lösungen: Psychoedukation first!
Coaching, Training, Beratung; Kontext-Analysen; Lebensplanung!



DSM-IV-TR: Achse I und II: Depressionsrisiko



erhöhtes Depressionsrisiko (zumeist: Verstärker-Verlust-Depression):
 dependent, zwanghaft, schizoid, paranoid, negativistisch, narzisstisch

Zunehmende Selbstentfremdung

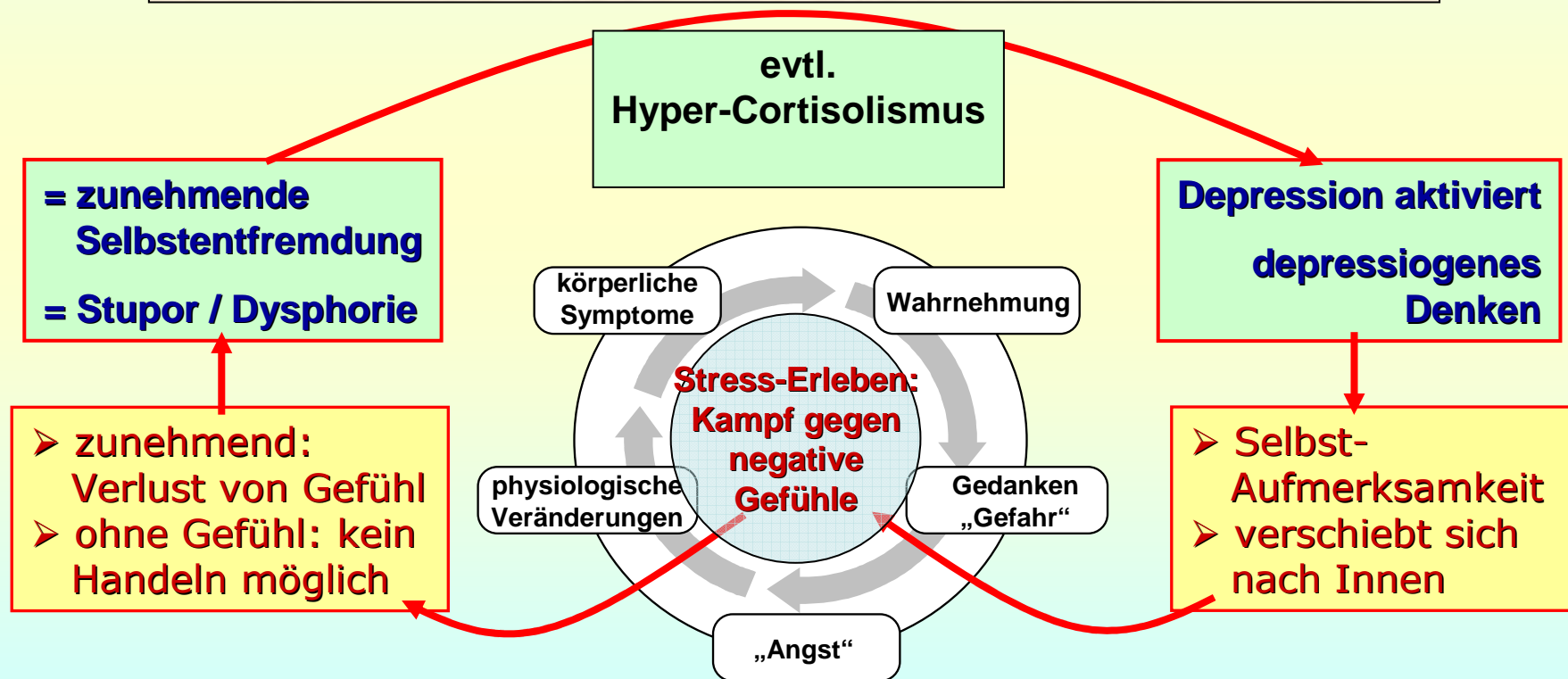
Patienten und Therapeuten verwechseln häufig
„Dysphorie“ / „Depression“ mit „negativen Gefühlen“

richtig ist vielmehr:

Depression \neq negative Emotion

Depression = Stress-Erleben (= keine Emotion)

= fehlende Mentalisierung



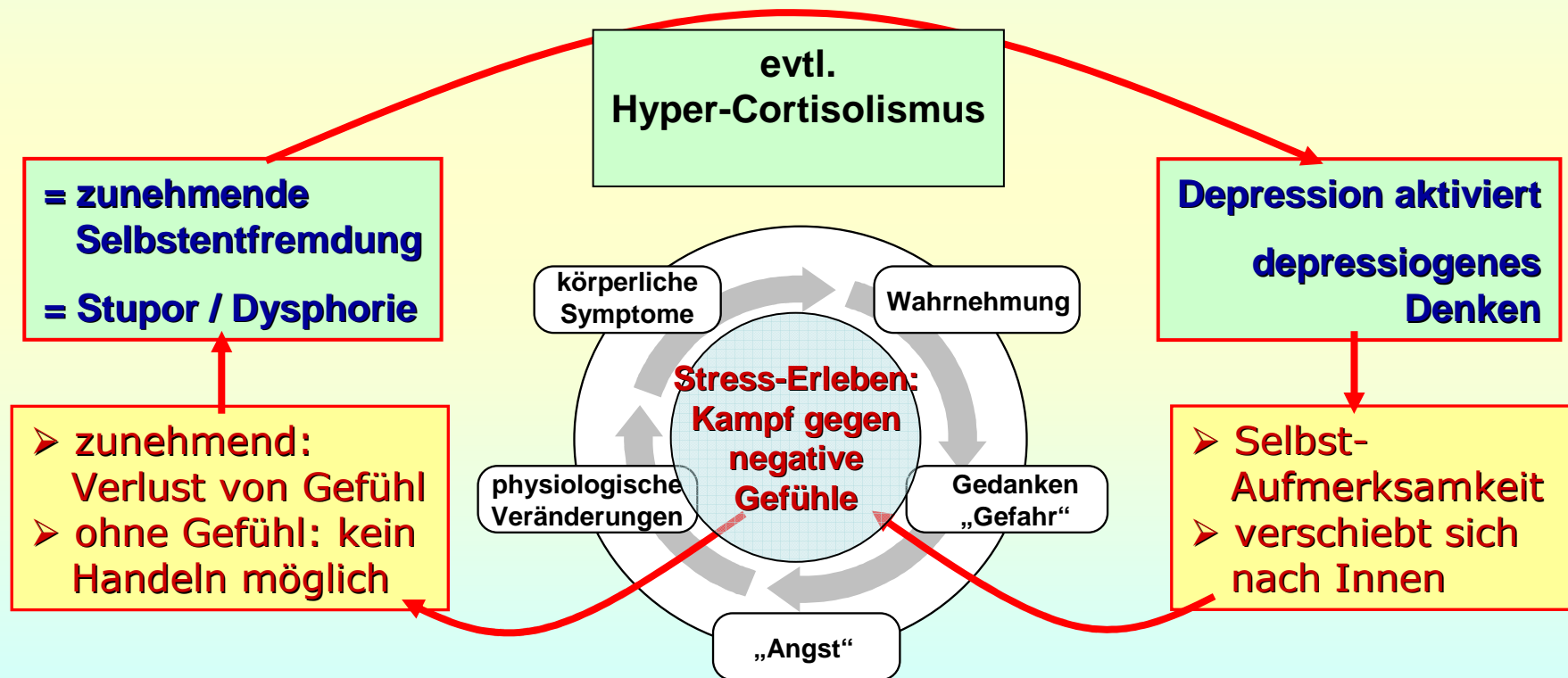
**Allgemeines Behandlungskonzept:
Die Psychotherapie der Selbstentfremdung**

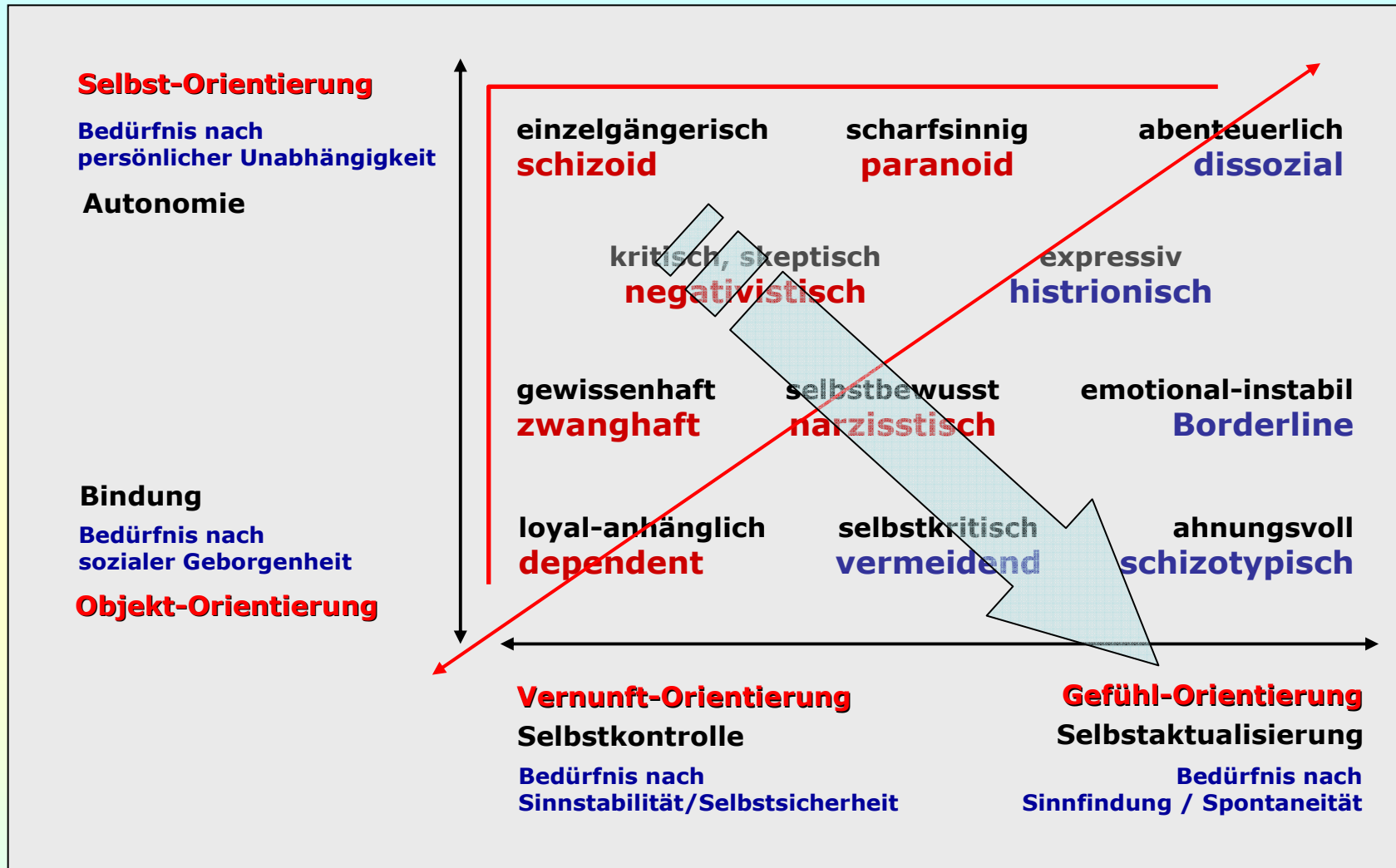
Emotions- und realitätsfokussierte Psychotherapie

Aktivierung, Achtsamkeit, Akzeptanz, Wertschätzung

Keine „Löschung“ oder Bagatellisierung realistischer Sorgen !

Teasdale/Segal (2000; 2002); de Jonge (2001); Young (2004); Greenberg (2006)





Vorrangig: Stress-Management

Empathie first → Selbst-/Identitäts-Findung anregen

Gefühlsorientiert (auch: Sport-, Tanz-, Kunst-Therapie) Coaching später!

„Stresserleben“
[bei Depression]

versus

„Vulnerabilität“
[bei „Angst“-Symptomen]

vorrangig:

Gefühls-Aktivierung

und:

Emotions-Förderung

durch:

Emotionen stimulierende Therapie
und Achtsamkeit

vorrangig:

Gefühls-Stabilisierung

und:

Emotions-(-De-)-Regulierung

durch:

Habituation/Exposition; Symptom-
Akzeptanz und -Selbstkontrolle

Für beide Seiten der Polarisierung günstig sind:
Stress **sowie** Vulnerabilität gleichzeitig senkenden Maßnahmen:

Achtsamkeitstraining, Sport, Tanz- und Kunsttherapie

**Kluge Lebensberatung bei existenziellen Krisen,
extremen Belastungen und ungelösten Konflikten**

Behandlungsperspektiven

Bei Selbstverletzungen und zur Abschätzung der Suizidalität sind zwingend **psychosoziale Faktoren** zu beachten !!!

Allgemeine Belastungen („im Hintergrund“ der Symptomstörungen):

- Einsamkeit, soziale Zurückweisungen, Alleinsein
- Arbeitsplatzprobleme
- Arbeitslosigkeit
- Familiäre Konflikte
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Gerichtliche Anklagen / Verurteilungen
- Interpersonelle Verluste (durch Tod, Trennung oder Scheidung)

... und auffällig auch:

- **Immer wieder vollendete Suizide bei vorzeitiger Entlassung aus einer Klinik wegen Verletzung von Klinikregeln bzw. Beendigung einer Behandlung durch Therapeuten bei nicht hinreichender Compliance.**

Quellen: Comprehensive Psychological Autopsy Studies;
sowie: Interviewstudien bei Selbstverletzung und
nach Suizidversuch (Links & Kolla, 2006)

Beziehungsgestaltung bei schwankender Compliance, Selbstverletzungen und Suizidneigung

Wichtiges Arrangement (1):

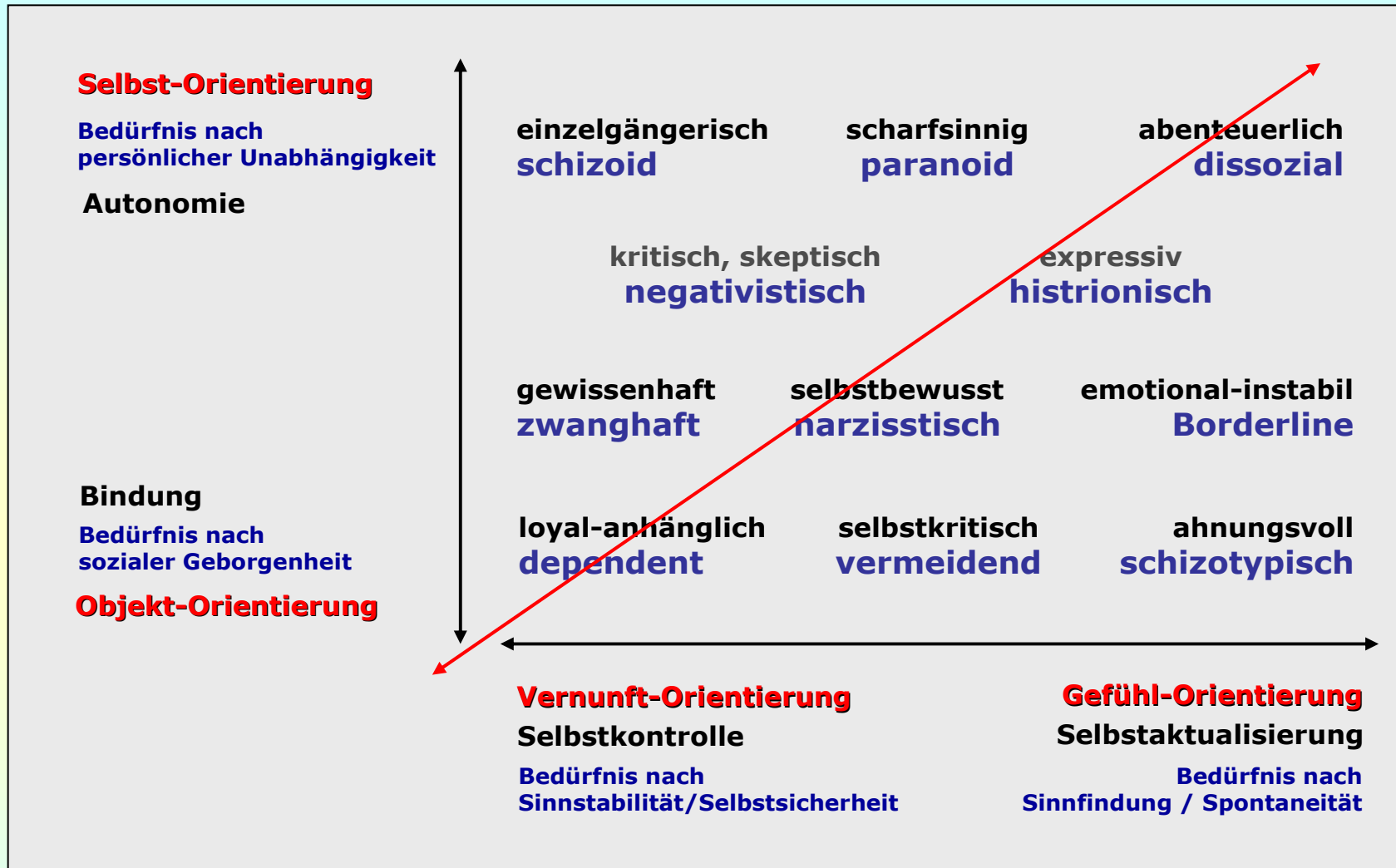
Ambulant: Telefonkontakt ermöglichen !

Bereits konzeptuell verankert in der
Borderline-Behandlung (DBT / Linehan, Bohus)

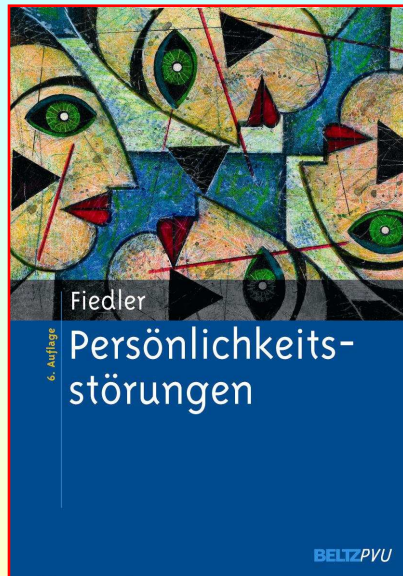
Wichtiges Arrangement (2):

**Maximale Stützung und Fürsorge durch Therapeuten
und ein gezieltes Sich-Kümmern um die Patienten –
vor allem: zwischen den Sitzungen !**

„Blinde Lösungsversuche“
von vermeintlich therapiehinderlichen Verhaltensweisen
(etwa durch Nichtbeachtung oder Ärgerbekundungen)
können verheerende Folgen haben:
10 % vollendete Suizide nach Borderline-Diagnose !
(Fonagy & Roth, 2004; Schmidtke, 2005)



Persönliche Stile und Persönlichkeitsstörungen



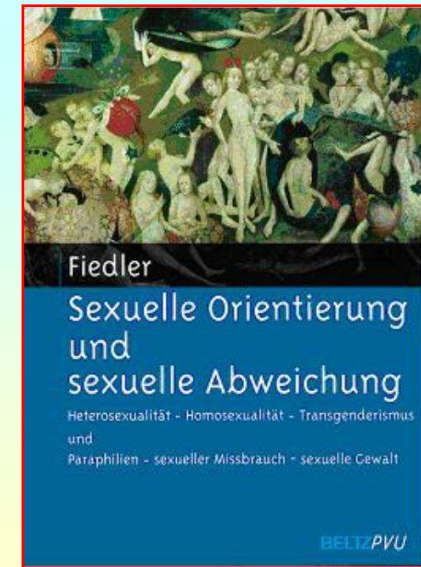
(6. neue Aufl., 2007)



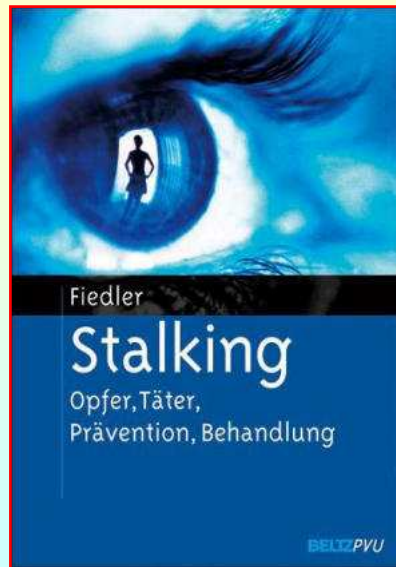
(nach 12.000 der 1. Aufl.
2. neue Aufl. 2005)



(3. neue Aufl. 2008)

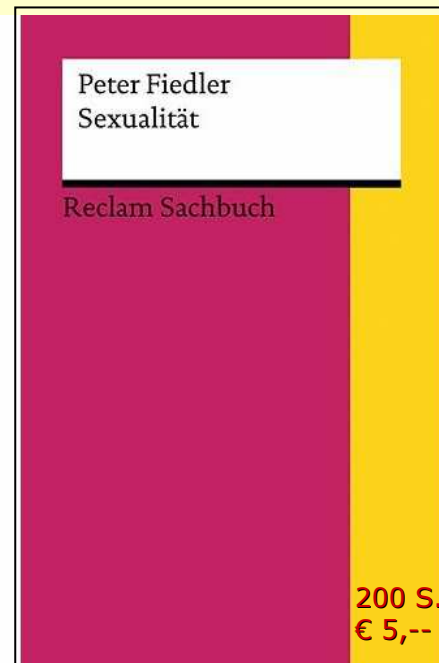


(2004)



(2006)

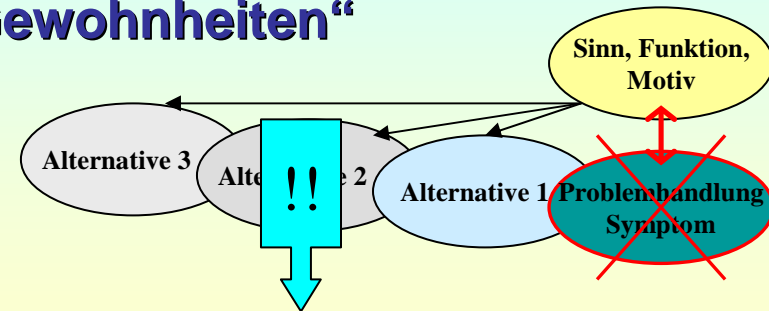
... und seit
2010
gibt es zwei
Taschen-
Bücher:



Immer nur Probleme? Nein! Positive Funktionsanalyse:

vermeintlich „störende“ bzw. „regressive“
Verhaltensweisen und „schlechte Gewohnheiten“
bei vorhandener Ich-Dystonie

**Funktionsbestimmung und
die Suche nach Alternativen**



- **Abgelehntes Verhalten bestimmen (was soll geändert werden?)**
 - **Trennung von Sinn (Motiv) und Verhalten (Empathie >> Akzeptanz >> Positivierung = Verantwortung zuweisen! Sic!)**
 - **Neue Handlungen für gute Sinnhaftigkeit (Motive) entwickeln**
 - **Neue Alternativen bewerten**
 - **Eine neue Alternative aussuchen und erproben**
 - **(evtl. aber auch bisherige Strategie beibehalten !!!)**

**Ressourcen-orientierung
1**

Merke:
Das können die Patienten übrigens selbst!