



**Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen:
Psychotherapeutische Entwicklungen
im Zeichen des DSM-5
Sabine C. Herpertz und Peter Fiedler, Heidelberg**

Lindauer Psychotherapiewochen 2013, 15.-19. April 2013

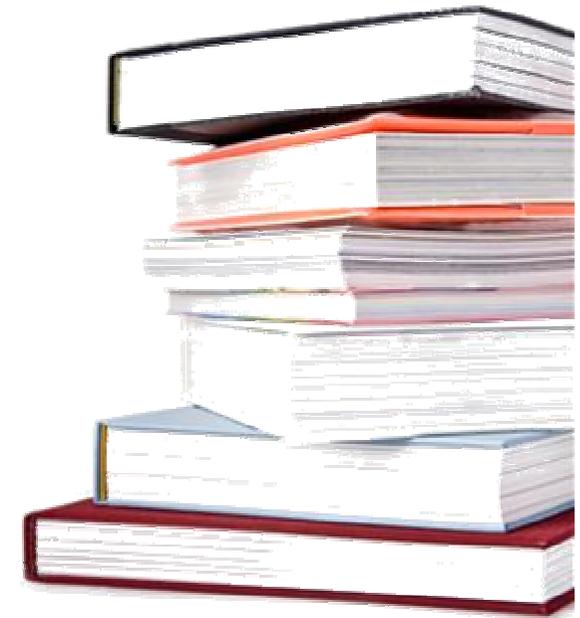


Themen dieser Woche

- Eine Einführung: Definition, Klassifikation und Verlauf
- Die Bedeutsamkeit der Gleichzeitigkeitsdiagnostik (sog. Komorbidität) für therapeutische Entscheidungen
- Psychotherapeutische Entwicklungen: die überraschende Annäherung psychotherapeutischer Konzepte bei den Persönlichkeitsstörungen
- Das Borderline-Konzept im Wandel: ein „Special“ jenseits der Diagnosesysteme
- Existenzielle und suizidale Krisen: Überlegungen zur Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen



- Definition
- Epidemiologie
- Klassifikation
- Diagnostik
- Verlauf





Abnorme Persönlichkeiten sind Abweichungen von einer uns vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten.

Psychopathische Persönlichkeiten sind solche abnormen Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormalität die Gesellschaft leidet.

Typen

- hyperthym
- depressiv
- selbstunsicher
- sensitiv
- anankastisch
- fanatisch

- geltungsbedürftig
- stimmungslabil
- explosibel
- gemütlos
- willenlos
- asthenisch



Klassische Typologie und moderne Klassifikationssystemen

UniversitätsKlinikum Heidelberg

**Kraepelin, Kretschmer
K.Schneider, ICD-9**

ICD-10

DSM-IV/DSM-5

Fanatisch
Schizoid
ϕ

Paranoid
Schizoid
ϕ

Paranoid
Schizoid
Schizotypisch

Explosibel Gemütsarm
Stimmungslabil
Geltungsbedürftig
ϕ

Dissozial
Emotional instabil
Histrionisch
ϕ

{ - Borderline Typ
- impulsiver Typ

Antisozial
Borderline
Histrionisch
Narzisstisch

Selbstunsicher
Willenlos
Zwanghaft

Depressiv

Selbstunsicher
Dependent
Anankastisch

Selbstunsicher
Dependent
Zwanghaft
(Passiv-aggressiv)*
(Depressiv)*



Wann kann und darf die Diagnose einer P.S. 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)

und / oder:

- wenn die betreffende Person mit Ethik, Recht oder Gesetz in Konflikt geraten ist **und** wenn deren Probleme mit der Persönlichkeit begründet werden können

und / oder:

- wenn Persönlichkeit(-sstil oder -sstörung) das Risiko der Entwicklung oder Verschlechterung einer psychischen Störung impliziert:
Depression, Dissoziation, Sucht, Suizidalität etc.



Einige epidemiologische Daten

- 5%-15% in der Allgemeinbevölkerung
- 40% unter unselektierten psychiatrischen Patienten
- Diagnosen können ab der mittleren Adoleszenz gestellt werden
- Kein empirischer Beweis für Geschlechtsunterschiede mit der Ausnahme der Antisozialen P.S.
- Männer zeigen höhere Schweregrade, Frauen höhere Komplexitätsgrade der Störung (Yang, Tyrer et al. 2010)
- Cluster B Persönlichkeitsstörungen nehmen ab 35 J. ab, keine Altersabhängigkeit bei Cluster A und C Störungen
- 4%-14% Suizide
- Hohe Versorgungsausgaben



Prävalenzdaten nach ICD-10 (erhoben mit IPDE):

Paranoid	2,4 %
Schizoid	1,8 %
Dissozial	1,8 %
Emotional instabil, impulsiver Typ	4,5 %
Emotional instabil, Borderline Typ	14,9 %
Histrionisch	4,3 %
Anankastisch	1,8 %
Ängstlich	15,2 %
Dependent	4,6 %
Andere	6,8 %
Irgendeine Persönlichkeitsstörung	39,5 %

Loranger et al. 1994 WHO-Untersuchung:

N=716 ambulante u. stat. psych. Patienten; 364 Männer u. 352 Frauen



Aktuelle klassifikatorische Situation

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Nach 25 Jahren intensiver Persönlichkeitsstörungsforschung stehen wir vor der Notwendigkeit einer neuen Klassifikation.

Gründe:

- Überhöhte Prävalenzen an Störungskategorien
- Exzessive Komorbidität (nur 50% der Patienten erfüllen die Kriterien lediglich einer P.S., im Mittel werden die Kriterien von drei P.S. erfüllt, es werden bis zu sieben P.S. bei einer Person gestellt)
- Sehr hohe Prävalenz der PNOS Kategorie
- Extrem hohe Heterogenität
- Willkürliche diagnostische Schwellen
- Geringe Stabilität der Diagnosen bei andauernder Dysfunktionalität
- Geringe und inkonsistente theoretische Fundierung



Langzeituntersuchung – CLPS Studie

Gunderson et al. Arch Gen Psychiatry 2011, 68(8):827–37

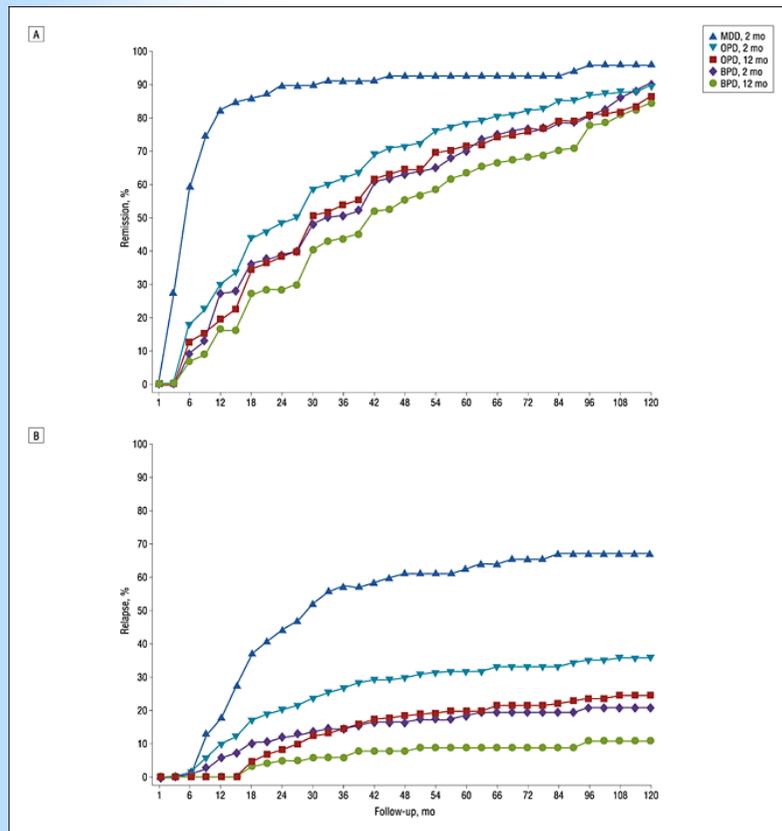
Methode

- **Design:** Multizenterstudie mit 19 beteiligten stationären und ambulanten Behandlungs-Settings
- **Stichprobe:** 175 Patienten mit BPS, 312 mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen, und 95 mit Major Depression ohne Persönlichkeitsstörung, 18-45 Jahre
- **Drop-out:** 1/3
- **Katamnesezeitpunkte:** Untersuchungen zu Beginn, nach 6 und 12 Monaten, sowie nach 2, 4, 6, 8, und **10 Jahren**



Langzeituntersuchung (CLPS-Studie)

Remission < 2 Krit. über 12 bzw. 2 Monate
Rückfall > 4 bzw. 5 Krit. über 12 bzw. 2 Monate



Diagnostische Remission (A) von **Major Depression** (MDD), **Cluster C P.S.** (OPD) & **Borderline P.S.** (BPD)

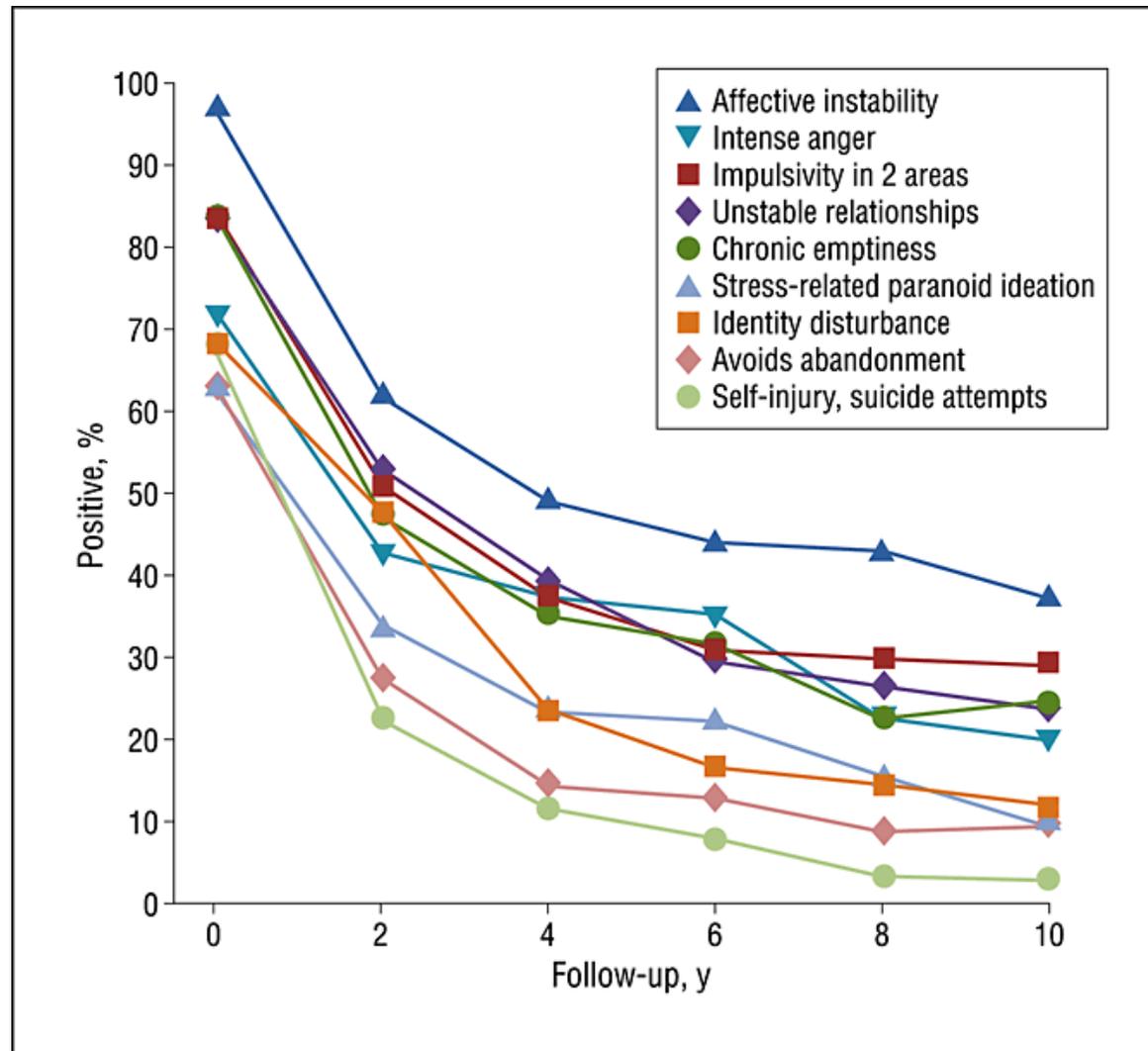
➡ Zeitraum bis zur Remission länger als bei MDD, auch länger als bei Cluster C PS

Diagnostischer Rückfall (B) von **Major Depression** (MDD), **Cluster C P.S.** und **Borderline P.S.** (BPD)

➡ Rückfälle v.a. in den ersten 2 Jahren, geringer als bei MDD u. Cluster C PS

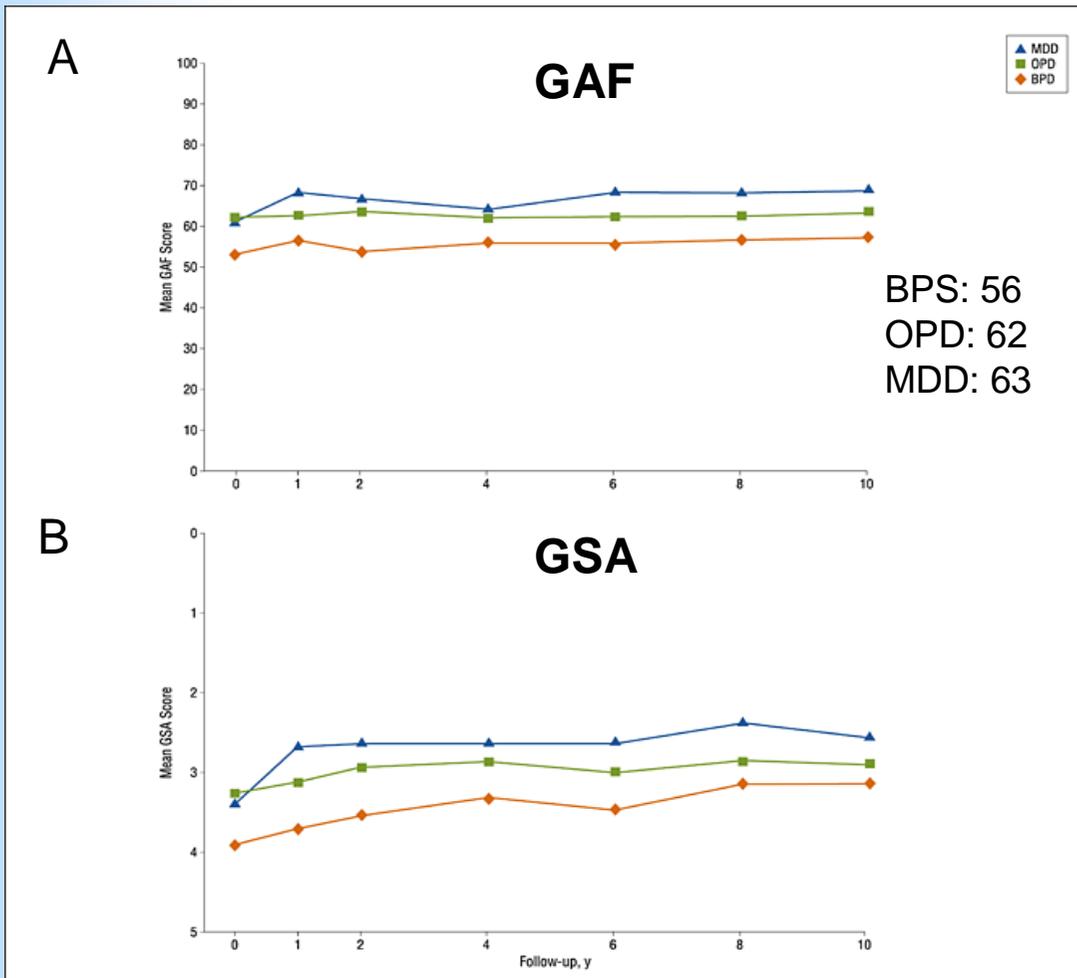


Langzeituntersuchung Borderline P.S. (CLPS-Studie)





Langzeituntersuchung (CLPS-Studie)



MD Andere P.S. Borderline P.S.

➡ Allg. Funktionsniveau bei BPS geringer als bei MDD u. Cluster C PS, nur 21% erreichen gutes Funktionsniveau vs. 61% bei MDD u. 48% bei Cluster C PS

➡ Soz. Funktionsniveau nimmt zu, aber bleibt schlecht bis mäßig, geringer als bei MDD u. Cluster C PS; nur 1/3 arbeiten voll.

Gutes soziales Funktionsniveau ist:

- eine gute stabile Beziehung und
- arbeitsfähig halbschichtig



Langzeituntersuchung auf Kriteriumsebene (CLPS-Studie)

- **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 Erstdiagnose 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



Definition von Persönlichkeitsstörungen in DSM-5

- A. Signifikante Beeinträchtigungen von Selbst und Beziehungsfähigkeit
- B. Mindestens eine pathologische Merkmalsdomäne oder -fazette
- C. Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und individuellen Merkmalsausdrucks relativ stabil über die Zeit und konsistent über verschiedene Situationen
- D. Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und individuellen Merkmalsausdrucks können nicht besser als normgerecht für Entwicklungsstand oder kulturelle Umgebung aufgefasst werden.
- E. Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und individuellen Merkmalsausdrucks können nicht alleine auf die direkte Einwirkungen von Substanzen oder eines medizinischen Faktors aufgefasst werden.



- Vorliegen einer mindestens mäßigen **Funktionsbeeinträchtigung**
- **Sechs spezifische Persönlichkeitsstörungen** mit pathologischen Ausprägungen in ein oder mehreren Persönlichkeitsmerkmalsdomänen
- **Personality Disorder Trait Specified:**
 - **A.** Schwere der Funktionsbeeinträchtigung: Selbst (Identität oder Selbstlenkung) und interpersonelles Funktionieren (Empathie oder Vertrautheit) werden auf einer vierstufigen Skala beurteilt.
 - **B.** Eine oder mehrere pathologische **Merkmalsdomänen** oder pathologische spezifische Merkmalsfazetten:
 - 1. Negative Affektivität
 - 2. Distanziertheit
 - 3. Antagonismus
 - 4. Enthemmung vs. Zwanghaftigkeit
 - 5. Psychotizismus



Selbstidentität

- L0: Bewusstsein eines einzigartigen Selbst, Selbstvertrauen, Fähigkeit zum Erleben der ganzen Bandbreite von Emotionen
- L1: relativ intaktes Gespür für das eigene Selbst, die Ich-Grenzen nehmen unter Stress an Klarheit ab, Selbstvertrauen schwankt, starke Emotionen werden leid-voll erlebt mit herabgesetzter Bandbreite
- L2: Eigene Identität hängt sehr von anderen ab mit unzureichender Grenzziehung, vulnerables Selbstvertrauen, Abhängigkeit von Anerkennung, Emotionsregulation setzt externe Bestätigung voraus
- L3: Geringes Gespür für Autonomie u. eigene Agentenschaft, brüchige oder fehlende Ich-Grenzen, gestörtes Selbstbild, welches durch Andere bedroht erlebt wird, Emotionen unpassend zum Kontext, rasch wechselnde Gefühle oder chron. Verzweiflung
- L4: Fehlendes Gefühl eines einzigartigen Selbst, eigene Agentenschaft wird fehlend erlebt oder organisiert um externe Verfolgung, brüchige Ich-Grenzen, gestörtes, leicht als durch Andere bedroht erlebtes Selbstbild, Emotionen nicht kongruent mit Kontext oder innerem Erleben, Hass und Aggression als dominante Affekte

Selbstlenkung, Selbstkontrolle

- L0: Zielsetzungen im Einklang mit eigenen Fähigkeiten, angepasstes Verhalten, reflektiert eigene Erfahrungen bezüglich Bedeutungen
- L1: Übertrieben zielorientiert, Ziele stehen im Konflikt, unrealistisches oder sozial unpassende persönliche Standards, der Selbstreflektion fähig, aber einseitig (sehr emotional, sehr intellektuell)
- L2: Ziele orientieren sich an externaler Anerkennung, übertriebene persönliche Standards (muss etwas Besonders sein, Anderen gefallen), Mangel an Authentizität, eingeschränkte Selbstreflektion
- L3: Schwierigkeiten persönliche Ziele zu entwickeln und zu verfolgen, persönliche Standards sind unklar oder widersprüchlich, eingeschränkte Fähigkeit der Selbstreflektion oder eigene mentale Prozesse zu verstehen
- L4: Schwache Differenzierung zwischen Gedanken und Handlungen, eingeschränkte Fähigkeit zur Setzung von Zielen, inkohärente Ziele, fehlende persönliche Standards, fehlende Selbstreflektion, fehlende oder als fremd erlebte persönliche Motive



Interpersonelles Funktionsniveau

Empathie

- L0: Fähigkeit, die Erfahrungen und Motive Anderer zu verstehen, wertschätzt Perspektiven Anderer auch bei Nicht-Zustimmung, ist sich der Wirkung eigener Handlungen auf Andere bewusst
- L1: etwas eingeschränkt in der Fähigkeit, die Erfahrungen Anderer zu verstehen, erlebt Andere als übertrieben in ihren Erwartungen oder kontrollierend, Inkonsistenz bezüglich der Einschätzung der eigenen Wirkung auf Andere
- L2: Überanpassung an Wünsche Anderer in so weit als sie für sich selbst bedeutsam erlebt haben, hohe Selbstbezogenheit, kein Bewusstsein für die Wirkung auf Andere oder unrealistische Einschätzung der eigenen Wirkung auf Andere
- L3: Eingeschränkte Fähigkeit, die Erfahrungen und Motive Anderer zu verstehen, Meinungsverschiedenheiten werden als bedrohlich erlebt, Konfusion über die Wirkung auf Andere, Anderen werden bössartige Motive unterstellt
- L4: Völlige Unfähigkeit, die Erfahrungen u. Motive Anderer zu verstehen, keine Wahrnehmung für die Perspektiven Anderer, soziale Interaktionen werden verwirrend erlebt

Vertrautheit, Intimität

- L0: Verfügt über mehrere befriedigende u. stabile Beziehungen, engagiert sich in mehreren nahen und reziproken Beziehungen, strebt nach Kooperation
- L1: Ist in der Lage, stabile Beziehungen einzugehen mit Einschränkungen in Tiefe ohne Befriedigung, Fähigkeit und Wunsch nach intimen/reziproken Beziehungen, aber eingeschränkt im Ausdruck und verunsichert bei starken Emotionen oder Konflikten, Defizite in Kooperationsfähigkeit, unrealistische Standards
- L2: Ist in der Lage Beziehungen zu knüpfen, aber sie können oberflächlich sein, Beziehungen dienen Selbst(wert)regulation, Wunsch perfekt verstanden zu werden, wenige reziproke Beziehungen, dienen eigenen Zielen
- L3: Wunsch nach Beziehungen, aber beeinträchtigte Fähigkeit, zufriedene u. stabile Beziehungen zu führen, Wechsel zwischen Angst vor Zurückweisung und Wunsch nach Verbindung, Andere werden v.a. in Bezug auf sich Selbst wahrgenommen
- L4: Wunsch nach Beziehungen ist begrenzt aus Angst oder Desinteresse. Beziehungsaufnahme ist desorganisiert, kühl oder durchgehend negativ, keine reziproke Beziehungen, Beziehungen werden nur in Bezug auf eigene Bedürfnisse wahrgenommen



Strukturachse in der OPD und Funktionsniveau in DSM-5

Achse 4

Bezug zum Selbst

1a Selbstwahrnehmung

2a Selbstregulierung

3a Kommunikation nach innen

4a Bindung an innere Objekte

Bezug zum Objekt

1b Objektwahrnehmung

2b Regulierung des Objektbezugs

3b Kommunikation nach außen

4b Bindung an äußere Objekte

5 Struktur gesamt



Persönlichkeitsmerkmale (Traits) Domainen und Fazetten

Trait Domainen

- Negative Affektivität vs. Emotionale Stabilität
- Distanziertheit vs. Extraversion
- Antagonismus vs. Verträglichkeit
- Enthemmung vs. Gewissenhaftigkeit
- Psychotizismus vs. Klarheit

Trait Fazetten

- Emotionale Labilität, Ängstlichkeit, Trennungsangst, Feindseligkeit, Unterwürfigkeit, Depressivität, Perseveration, Argwohn, expressive Affektivität
- Rückzug, Vermeidung von Intimität, Anhedonie, Depressivität, geringe Affektivität, Argwohn
- Manipulativ, Falschheit, Grandiosität, heischend nach Aufmerksamkeit, Gefühllosigkeit, Feindseligkeit
- Unverantwortlichkeit, Impulsivität, Ablenkbarkeit, Risikosuche, Mangel an rigidem Perfektionismus
- Ungewöhnliche Annahmen und Erfahrungen, Ekzentrität, kognitive & perzeptuelle Dysregulation ²⁰



Persönlichkeitsstörungstypen Vorschlag für DSM-5

Jede spezifische Persönlichkeitsstörung ist definiert durch typische Beeinträchtigungen im Funktionsniveau (**Kriterium A**) und charakteristische Persönlichkeitsmerkmale (**Kriterium B**)

Sechs Persönlichkeitsstörungen werden kategorial kodifiziert:

- Antisoziale P.S.
- Borderline P.S.
- Schizotypische P.S.
- Vermeidende P.S.
- Zwanghafte P.S.
- Narzisstische P.S.

Beachte: Zusätzlich zu den Kriterien, die bei einer Kategorie gelistet werden können zusätzliche Persönlichkeitsmerkmale beschrieben werden.



Diagnostische Vorgehensweise

1. Liegt eine Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit vor? Einschätzung mittels der *Levels of Personality Functioning Scale*, Ausprägungsgrad der Funktionsbeeinträchtigung “mäßig” oder schlechter
2. Liegt einer der sechs definierten Typen vor? Wenn ja, Angabe des Typs
3. Wenn nicht, liegt eine PDTS (PS - spezifiziert anhand von Persönlichkeitsmerkmalen) vor? Wenn ja, Angabe der kennzeichnenden Domäne(n)

4. Liegt eine P.S. vor und wird ein detailliertes Persönlichkeitsprofil gewünscht und als hilfreich für die Fallkonzeption gesehen, sind die Merkmalsfazetten zu bewerten.
5. Liegt keine spezif. P.S. oder PDTS vor, werden die Merkmalsdomänen und/oder Merkmalsfazetten bewertet, sofern relevant und hilfreich für Fallkonzeption.



Borderline Persönlichkeitsstörung

UniversitätsKlinikum Heidelberg

A Mindestens mäßige Beeinträchtigung des Funktionsniveaus

Identität: instabiles Selbstbild, oft mit starker Selbstkritik verbunden, chronische Gefühle der Leere, dissoziative Zustände unter stress

Selbststeuerung: Instabilität in Zielen, Werten und (beruflichen) Planungen.

Empathie: Geringe Fähigkeit, die Gefühle Anderer zu erkennen im Zusammenhang mit interpersoneller Hypersensibilität; verzerrte Wahrnehmung Anderer hin zu negativer Attribution

Intimität: Intensive, instabile, und konflikthafte enge Beziehungen, bestimmt von Misstrauen, Bedürftigkeit und ängstlicher Beschäftigung mit realer oder eingebildeter Ablehnung; ...

B Mindestens vier der folgenden sieben Merkmale, davon mindestens eins der Krit. 5, 6, 7

1. Emotionale Labilität: häufige Stimmungsschwankungen

2. Ängstlichkeit, Nervosität, Angespanntheit

3. Trennungsangst, Furcht vor Zurückweisung

4. Depressivität: Scham, geringer Selbstwert, suizidales Verhalten

5. Impulsivität

6. Risikosuche

7. Feindseligkeit

Negative Affektivität

Enthemmung

Antagonismus



Antagonismus, Feindseligkeit

- Gefühllosigkeit
- Aggression, Grausamkeit, Dominanz
- manipulativ
- Gereiztheit, Ärger, Grobheit

Enthemmung

- Unverantwortlichkeit, Unzuverlässigkeit
- Rücksichtslosigkeit
- Impulsivität



- Sorge um Interrater-Reliabilität angesichts des hohen Komplexitätsgrades
- Kein konsistentes theoretisches Modell, keine kohärente Theorie von Dimensionen und Kategorien
- Die Selektion spezifischer Persönlichkeitsstörungen hielt sich nicht an den kriteriellen Vorgaben.
- Die empirische Forschung zu den Persönlichkeitsfaktoren wurde nicht genügend berücksichtigt.
- Fehlende empirische Evidenz für die Überlegenheit der neuen Klassifikation
- Negative Implikationen für die Versorgungsrealität



ICD-11: Erste Konzepte zur Neuklassifikation

Tyrer P & ICD-11 Working Group, Lancet 2011, 377:1814-1815

UniversitätsKlinikum Heidelberg

- Zweischnittiges Vorgehen: 1. Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung (4-5 Stufen) einschließlich unterschwelliger Beeinträchtigungen; hierauf kann die klinische Diagnostik beschränkt werden; 2. Fünf Domänen von Persönlichkeitsstörungen: asozial/schizoid, dyssozial/antisozial, zwanghaft, ängstlich und emotional instabil
- Monothetische Kriterienlisten mit einfachen diagnostischen Formulierungen, interpersonelle Beeinträchtigungen als Kernmerkmal
- Keine Persönlichkeitsstörungskategorien
- Empirischer Hintergrund: schwere Pathologie in einer Domäne hatte weniger Funktionsbeeinträchtigung zur Folge als eine geringe Pathologie in mehreren Domänen (Yang, Coid, Tyrer Brit J Psychiatr 2010).



- **Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung tritt ins Zentrum der Klassifikation** und könnte eine bessere Prognoseabschätzung erlauben.
- Funktionsniveau wird i. S. einer Strukturachse bezüglich Selbst und Interaktion bewertet.
- Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigung kann als ersten Schritt der Therapieplanung genutzt werden.
- Dimensionale Diagnostik wirkt **entstigmatisierend** und eignet sich als Bestandteil psychoedukativer Therapieelemente.
- Aber: stellt hohe Anforderungen an Diagnostiker



Kommunikation der Diagnose

- Wertfreies Beschreiben von Verhaltens- und Persönlichkeitsstilen
- Modell einer Kontinuität vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung
- Benennen funktionaler und dysfunktionaler Aspekte
- Biographische Sinnhaftigkeit des Persönlichkeitsstils plausibel herausarbeiten
- Zielt auf realistische Hoffnungen, Zielsetzungen und Pläne für eine Veränderung initiieren und ein plausibles Behandlungsmodell anbieten
- Angemessene, verständliche, keinesfalls stigmatisierende Sprache



Dimensionales Modell der Persönlichkeitsstile

- Zu jeder klinisch relevanten P.S. gibt es einen nicht-pathologischen Persönlichkeitsstil
- Die Quantität, nicht die Qualität des Persönlichkeitsstils schafft Probleme.
- Konzept ermöglicht einen gleichermaßen ressourcen- wie auch problemorientierten Zugang.

Beispiele:

ungesellig - schizoid

wachsam - paranoid

selbstbewusst - narzisstisch

sensibel und sprunghaft - Borderline

sensibel - selbstunsicher

gewissenhaft - zwanghaft

anhänglich - dependent



Fremdbeurteilung

- International Personality Disorder Examination, IPDE (Loranger et al., 1994)
- Strukturiertes Klinisches Interview, SCID-II (Spitzer et al., 1984, 1990)

Selbstbeurteilung

- Persönlichkeitsinventar für DSM-5 (Krüger, Skodol et al. 2012)
- Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen ADP-IV (Döring 2007)
- NEO Personality Inventory, NEO-PI (Costa & McCrae, 1992)
- Temperament and Character Inventory, TCI (Cloninger et al., 1993)
- Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (Livesley, 1995)



U

Dieser Klassifikationsversuch ermöglicht die singuläre oder multiple Feststellung psychosozialer und kontextueller Bedingungen, die möglicherweise mit den aktuellen psychischen Störungen in einem Zusammenhang stehen – (Grundlage ist die Life-Event-Forschung)

Beachte !

ICD-10: F62.0

Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Achse V Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Achse IV Psychosoziale und kontextuelle Belastungsfaktoren

Zur besseren Handhabung sind die Probleme in folgende Kategorien eingeteilt:

-Probleme mit der Hauptbezugsgruppe: z. B. Tod eines Familienmitglieds; gesundheitliche Probleme in der Familie; Auseinanderbrechen der Familie durch Trennung, Scheidung oder Entfremdung; Auszug von zu Hause; Wiederverheiratung eines Elternteils; sexueller oder körperlicher Missbrauch; elterliche Überfürsorglichkeit; Vernachlässigung des Kindes; Erziehungsmängel; Streit mit Geschwistern; Geburt eines Geschwisters

-Probleme im sozialen Umfeld: z. B. Tod oder Verlust eines Freundes; mangelnde soziale Unterstützung; Alleinleben; Schwierigkeiten, sich in einem neuen Kulturkreis einzuleben; Diskriminierung; Sich Einstellen auf den Übergang in einen neuen Lebensabschnitt (z. B. in Rente gehen).

- Ausbildungsprobleme: z. B. Analphabetismus; Lernprobleme; Streit mit Lehrern oder Mitschülern; mangelhaftes schulisches Umfeld.

- Berufliche Probleme: z. B. Arbeitslosigkeit; Furcht vor einem Arbeitsplatzverlust; Arbeit unter hohem Zeitdruck; schwierige Arbeitsbedingungen; Unzufriedenheit mit der Arbeit; Arbeitsplatzwechsel; Streit mit Vorgesetzten oder Kollegen.

- Wohnungsprobleme: z. B. Obdachlosigkeit; mangelhafte Wohnsituation; unsichere Wohngegend; Streit mit Nachbarn oder Vermietern.

- Wirtschaftliche Probleme: z. B. extreme Armut; mangelhafte finanzielle Situation; unzureichende Sozialhilfe.

- Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung: z. B. unzulängliche Krankenversorgung; unzureichende Krankenversicherung.

- Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz:

z.B. Festnahme; Inhaftierung; Rechtsstreit; Opfer eines Verbrechens zu werden.

- Andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme: z. B. Erleiden von Katastrophen, Krieg und anderen Feindseligkeiten; Differenzen mit nicht zur Familie gehörenden Helfern wie Anwälten, Sozialarbeitern, Ärzten; Nichtverfügbarkeit von sozialen Diensten.

Multiaxiale Diagnosesystematik des DSM-IV(-TR)



Beachte ! Differenzialdiagnostik notwendig ! ICD-10, F62.0: Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

UniversitätsKlinikum Heidelberg

3 ausgewählte Studien.

232 Patienten.

Primärdiagnose:
Posttraumatische
Belastungsstörung
(PTB) gem. DSM-IV.

davon:
92 Kriegsveteranen
(Männer);
140 sexuell missbrauchte
Frauen.

Prozentangaben zur
gleichzeitigen (komorbiden)
PDQ- Kriterienerfüllung von
Persönlichkeitsstörungen.

(Shea et al., 1999).

Von jeweils 100 Prozent Patienten mit PTB erfüllten die Kriterien von jeweils mehreren der folgenden Persönlichkeitsstörungen	Prozent
Paranoid	82 bis 90
Schizoid	30 bis 59 !
Schizotypisch	66 bis 77
Antisozial / dissozial	10 bis 54 !
Borderline	52 bis 92
Histrionisch	5 bis 40 !
Narzisstisch	2 bis 37
Ängstlich-vermeidend	50 bis 63
Dependent	38 bis 40 !
Zwanghaft	47 bis 68
Passiv-aggressiv	20 bis 58



**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



**Wäre für Patienten zugleich eine
plausiblere Erklärung als „Störung“ !**

F62.0 ... nach Extrembelastung

F62.1 ... nach psychischer Erkrankung

F62.8 ... Sonstige

- **Abhängigkeit von anderen** (dabei: Abneigung, über wichtige Bereiche des Lebens oder der eigenen Zukunft zu entscheiden)
Akzentuierung in Richtung: **dependent; Borderline, ängstlich-vermeidend**
- **Sozialer Rückzug und Isolation** (z.B. wegen Stigmatisierung / Ausgrenzung)
Akzentuierung in Richtung:
ängstlich-vermeidend; narzisstisch (bei Kränkung); schizotypisch
- **Passivität** (vermindertes Interesse und Vernachlässigung früherer Freizeitaktivitäten)
Akzentuierung in Richtung: **schizoid, ängstlich-vermeidend, schizotypisch**
- **Veränderungen in der Selbstwahrnehmung**
Akzentuierung in Richtung: **narzisstisch, paranoid, histrionisch, ängstlich-vern.**
- **Auffällige Erwartungshaltung** gegenüber anderen
Akzentuierung in Richtung: **dependent; selbstunsicher; negativistisch, paranoid**
- **Jede Art affektiver Gestörtheit**
Akzentuierung in Richtung: **depressiv; passiv-aggressiv; Borderline; dependent**



Montag Seminar, 15.4.2013



Aufklärung über Diagnose Histrionische Persönlichkeitsstörung

- Wertfreies Beschreiben von Verhaltens- und Persönlichkeitsstilen**
Gefühlsmenschen: leben in einer Welt voller Farbe und Intensität, zeigen ihre Gefühle offen, wechseln schnell von Stimmung zu Stimmung, neigen zu spontanem Verhalten, nutzen den Augenblick
- Benennen funktionaler Aspekte**
Leben nie langweilig, sind unterhaltsam, sorgen für Flair, haben erotische Anziehungskraft
- Benennen dysfunktionaler Aspekte**
anstrengend und erschöpfend
anfällig für Enttäuschungen, wenn Aufmerksamkeit ausbleibt
starke Orientierung an den Erwartungen Anderer lässt den Blick auf wichtige eigene Ziele verloren gehen
- Biographische Sinnhaftigkeit herausarbeiten**
Biographisch begründete Annahmen im Kern nicht „wichtig“, oder „liebenswert“ zu sein, von zentralen Bezugspersonen nicht „wahrgenommen“ zu werden; entwickeln Strategien, gewünschte Zuwendung zu erreichen.

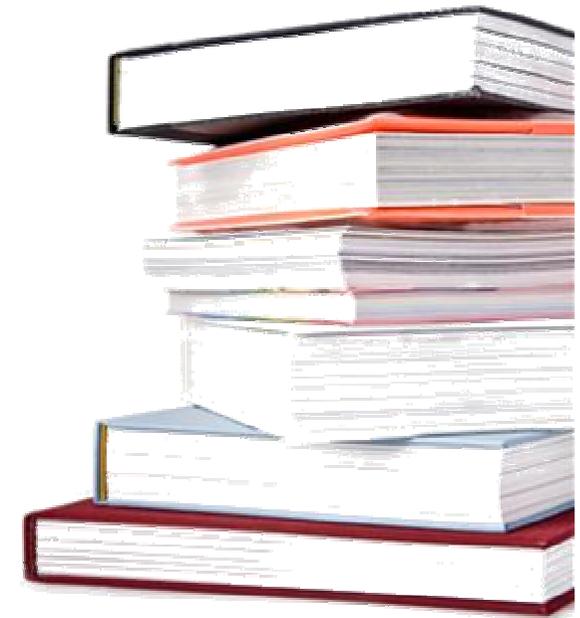


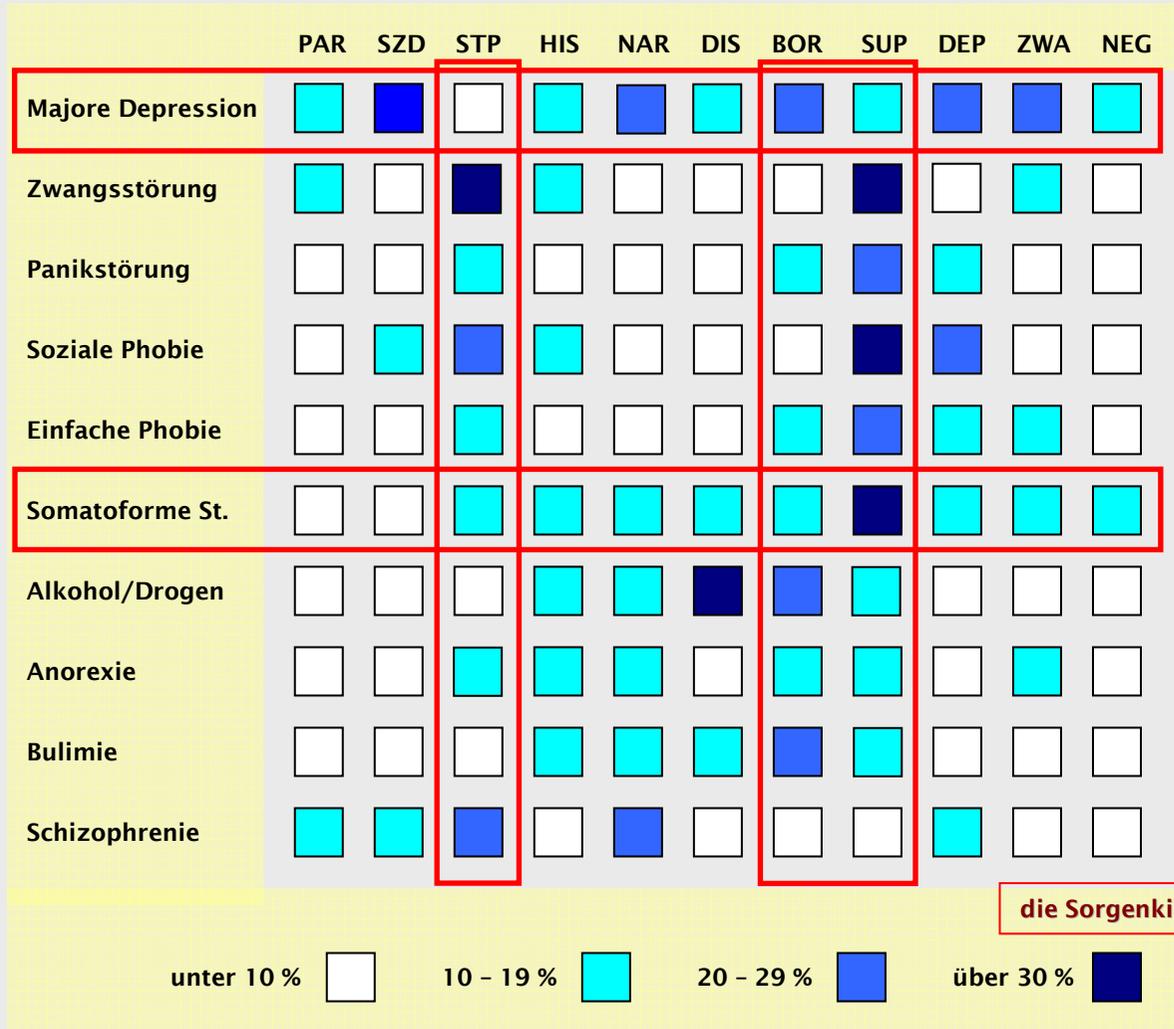
Aufklärung über Diagnose Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- i Wertfreies Beschreiben von Verhaltens- und Persönlichkeitsstilen**
Selbstbewusst, durchsetzungsfähig, hohes Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Durchsetzung eigener Ziele
- i Benennen funktionaler Aspekte**
Leistungsfähig, karrierebewusst, hohe Durchsetzungsfähigkeit, hohe Fähigkeit zur Selbstbehauptung, erfolgreich in kompetitiven Situationen, Führungskompetenz
- Benennen dysfunktionaler Aspekte**
wenig kooperativ, wenig gruppenfähig, stoßen bei anderen Menschen auf Widerstand oder Antipathie
- i Biographische Sinnhaftigkeit herausarbeiten**
Biographisch begründete Annahmen, Achtung und Bewunderung, nicht aber Zuneigung und bedingungslose Liebe zu erleben; .



- Komorbidität auf Achse 1
- Komorbidität auf Achse 2
- Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen





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

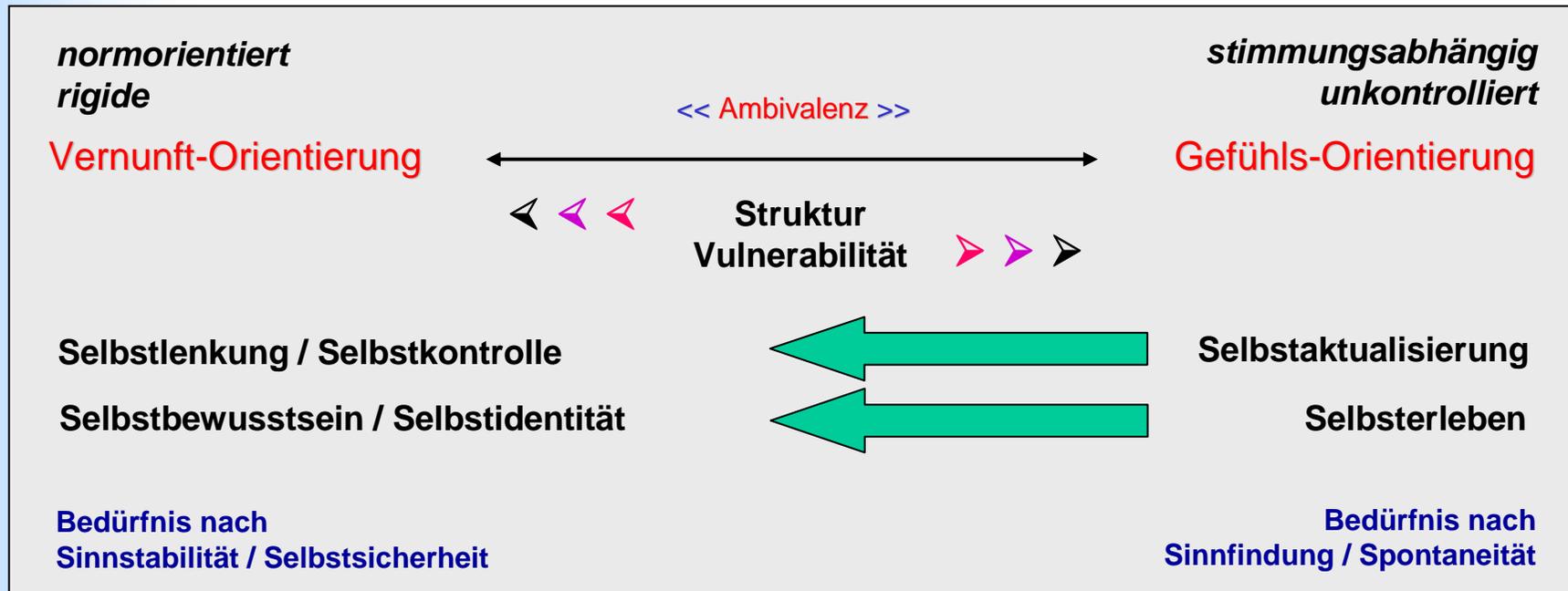


zunächst jedoch:
das zukünftig erwartbare
Achsen-System im DSM-5

Struktur und Beziehung



Strukturachse im DSM 5: Selbst - Funktionsniveau



**Zielvariable:
erfahrungsoffene Selbstsicherheit**

Selbstidentität

Bewusstsein eines einzigartigen Selbst, Selbstvertrauen, Fähigkeit zum Erleben der ganzen Bandbreite von Emotionen

Selbstlenkung, Selbstkontrolle

Zielsetzungen stehen im Einklang mit eigenen Fähigkeiten, angepasstes Verhalten, reflektiert eigene Erfahrungen in Bezug auf Bedeutungen



**Beziehungsachse
im DSM 5:
Interpersonelle
Funktionsebene**

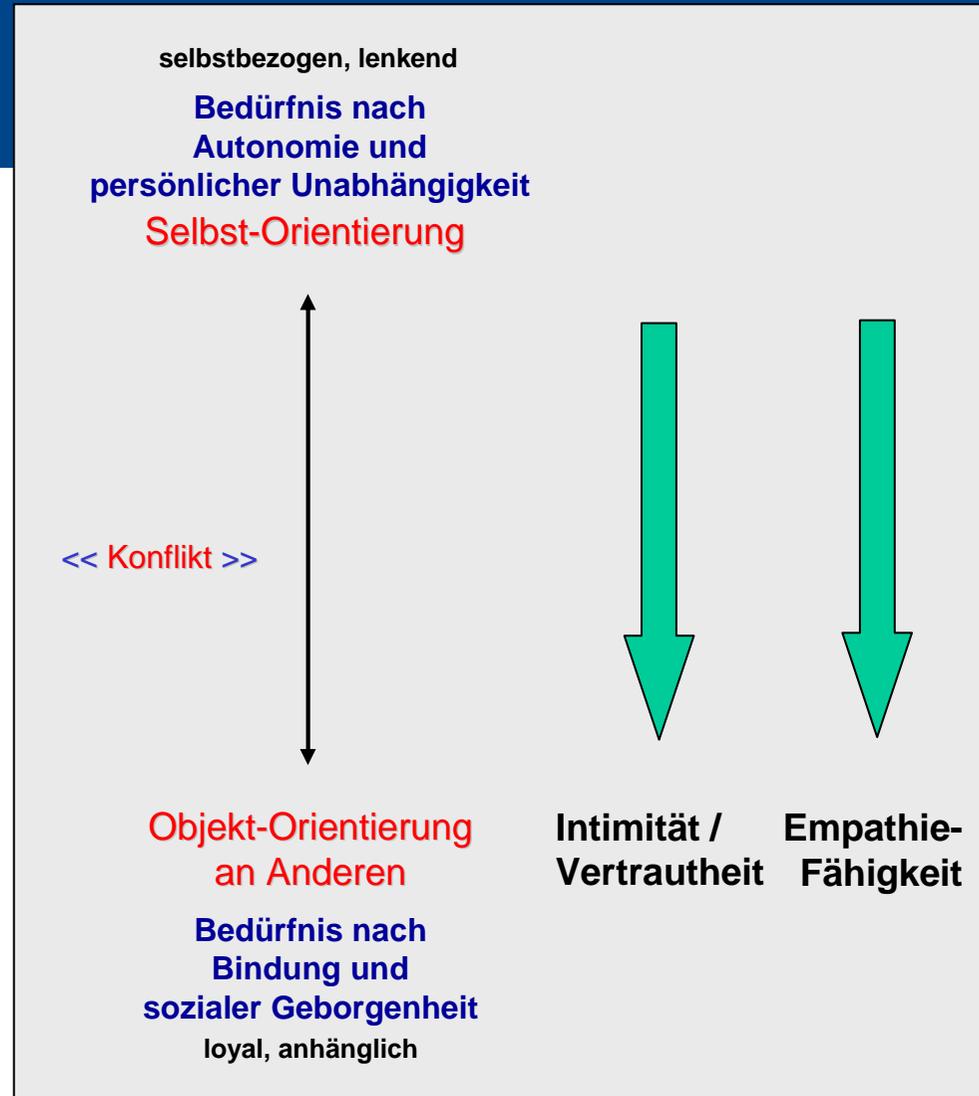
Empathie:

Fähigkeit, die Erfahrungen und Motive Anderer zu verstehen, wertschätzt Perspektiven Anderer (auch bei Nicht-Zustimmung), ist sich der Wirkung eigener Handlungen auf Andere bewusst

Vertrautheit, Intimität:

Verfügt über mehrere befriedigende und stabile Beziehungen, engagiert sich in mehreren nahen und reziproken Beziehungen, strebt nach Kooperation

**Zielvariable:
sozial bezogene Autonomie**





Selbst-Orientierung

Bedürfnis nach
persönlicher Unabhängigkeit

Autonomie

Bindung

Bedürfnis nach
sozialer Geborgenheit

Objekt-Orientierung

selbstbewusst
einzelgängerisch

rechtsbewusst
scharfsinnig

abenteuerlich
risikofreudig

kritisch, skeptisch
zögerlich

expressiv
selbstdarstellend

gewissenhaft
sorgfältig

von sich selbst
überzeugt,
empfindsam

spontan
sprunghaft

loyal
anhänglich

selbstkritisch
zurückhaltend

ahnungsvoll
sensibel

Vernunft-Orientierung

Selbstkontrolle

Bedürfnis nach
Sinnstabilität/Selbstsicherheit

Gefühl-Orientierung

Selbstaktualisierung

Bedürfnis nach
Sinnfindung / Spontaneität

Markante persönliche Stile



Selbst-Orientierung

Bedürfnis nach
persönlicher Unabhängigkeit

Autonomie

Bindung

Bedürfnis nach
sozialer Geborgenheit

Objekt-Orientierung

schizoid
1-3

paranoid
4-6

dissozial
20-30

negativistisch
15-25

histrionisch
40-50

zwanghaft
3-5

narzisstisch
10-20

Borderline
emotional instabil

dependent
10-20

vermeidend
15-25

schizotypisch
20-30

Vernunft-Orientierung

Selbstkontrolle

Bedürfnis nach
Sinnstabilität/Selbstsicherheit

Gefühl-Orientierung

Selbstaktualisierung

Bedürfnis nach
Sinnfindung / Spontaneität

Komorbiditäts-Chart: Borderline



Selbst-Orientierung

Bedürfnis nach
persönlicher Unabhängigkeit

Autonomie

Bindung

Bedürfnis nach
sozialer Geborgenheit

Objekt-Orientierung

einzelgängerisch
schizoid

scharfsinnig
paranoid

abenteuerlich
dissozial

kritisch, skeptisch
negativistisch

expressiv
histrionisch

gewissenhaft
zwanghaft

selbstbewusst
narzisstisch

spontan-sprunghaft
Borderline

loyal-anhänglich
dependent

selbstkritisch
vermeidend

ahnungsvoll
schizotypisch

Vernunft-Orientierung

Selbstkontrolle

Bedürfnis nach
Sinnstabilität/Selbstsicherheit

Gefühl-Orientierung

Selbstaktualisierung

Bedürfnis nach
Sinnfindung / Spontaneität



Liebe zum Alleinsein, macht Jobs gern allein und gründlich, Freude an Abstraktionen und Fantasien, lässt sich selten aus der Ruhe bringen oder aus der Reserve locken, zögerlich, zurückhaltend

hoher Anspruch an sich und andere, glaubt an Grundwerte, Interesse an vernünftigen Handlungsmaximen, liebt Detailarbeit und Sorgfalt, entsprechende Fähigkeiten, zu ordnen und zusammenzufassen

anhänglich und loyal, Festhalten am Prinzip der Solidarität und Partnerschaft, einfühlsam und empathisch, Akzeptanz anderer ohne Vorurteile, unkompliziert, opfert sich gelegentlich gern auf

scharfsinnig, engagiert, setzt sich für wichtige Ideen ein, ist anderen im Denken häufig voraus, hohe Wachsamkeit, gelegentlich misstrauisch, kann nachtragend sein, wenn etwas unberechtigt erscheint

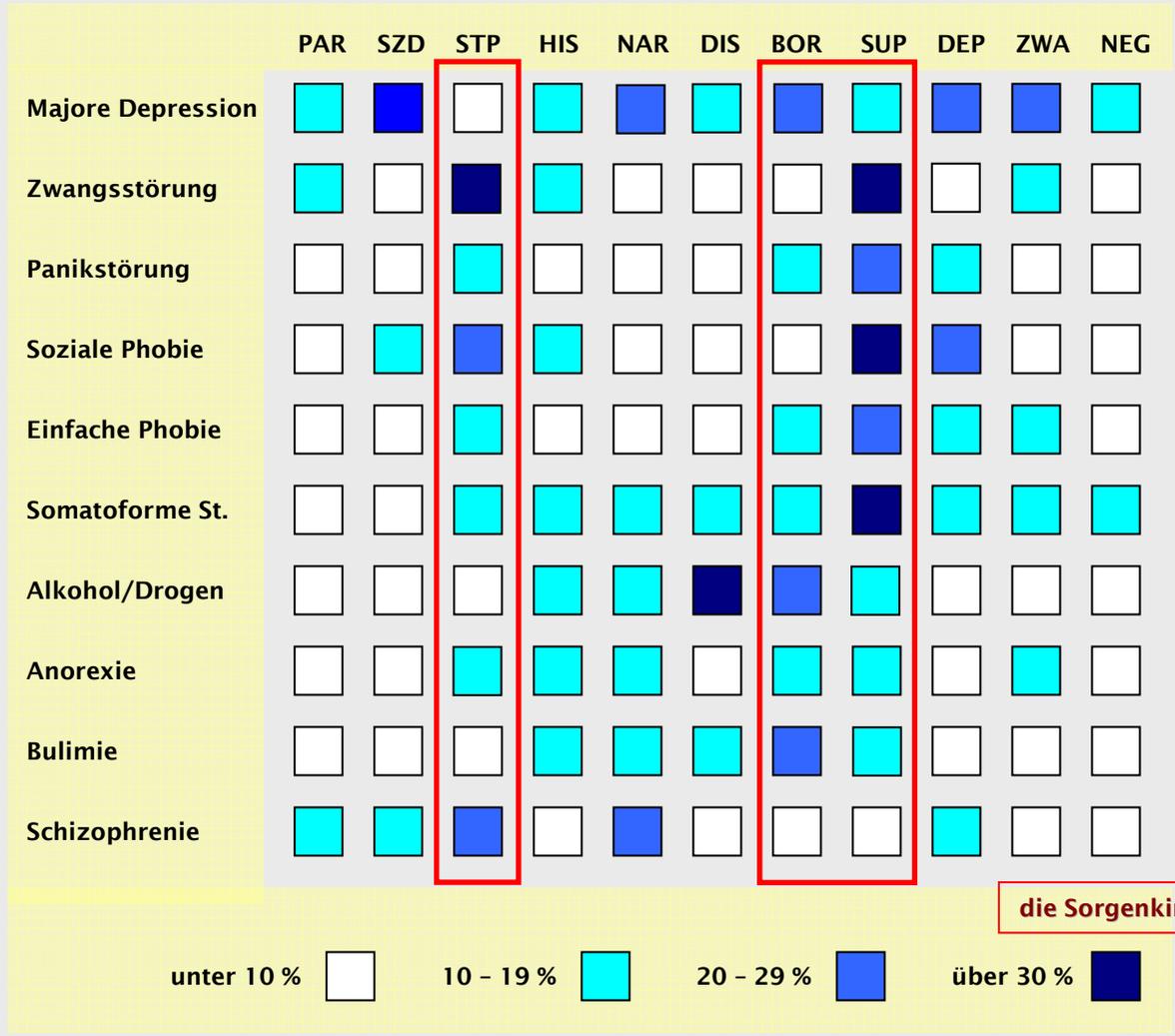
selbstbewusst, aktiv, optimistisch, idealistisch, voller Zukunftspläne, Sensibilität für negative Stimmungen und Kritik, ehrgeizig und persönliche Erfolge liebend, präzises Denken, ansteckender Humor

selbstkritisch und zurückhaltend, deutliches Gespür für Ungerechtigkeit, möchte andere nicht gern verletzen, kooperativ und teamfähig, Rücksicht und Milde betonend, lässt anderen gern den Vortritt

abenteuerlich, furchtlos und risikobereit, Tatendrang und Reizhunger, immer wachsam, immer auf der Suche nach positiven Gefühlen, deshalb leicht frustrierbar und reizbar, kann jedoch sehr charmant sein

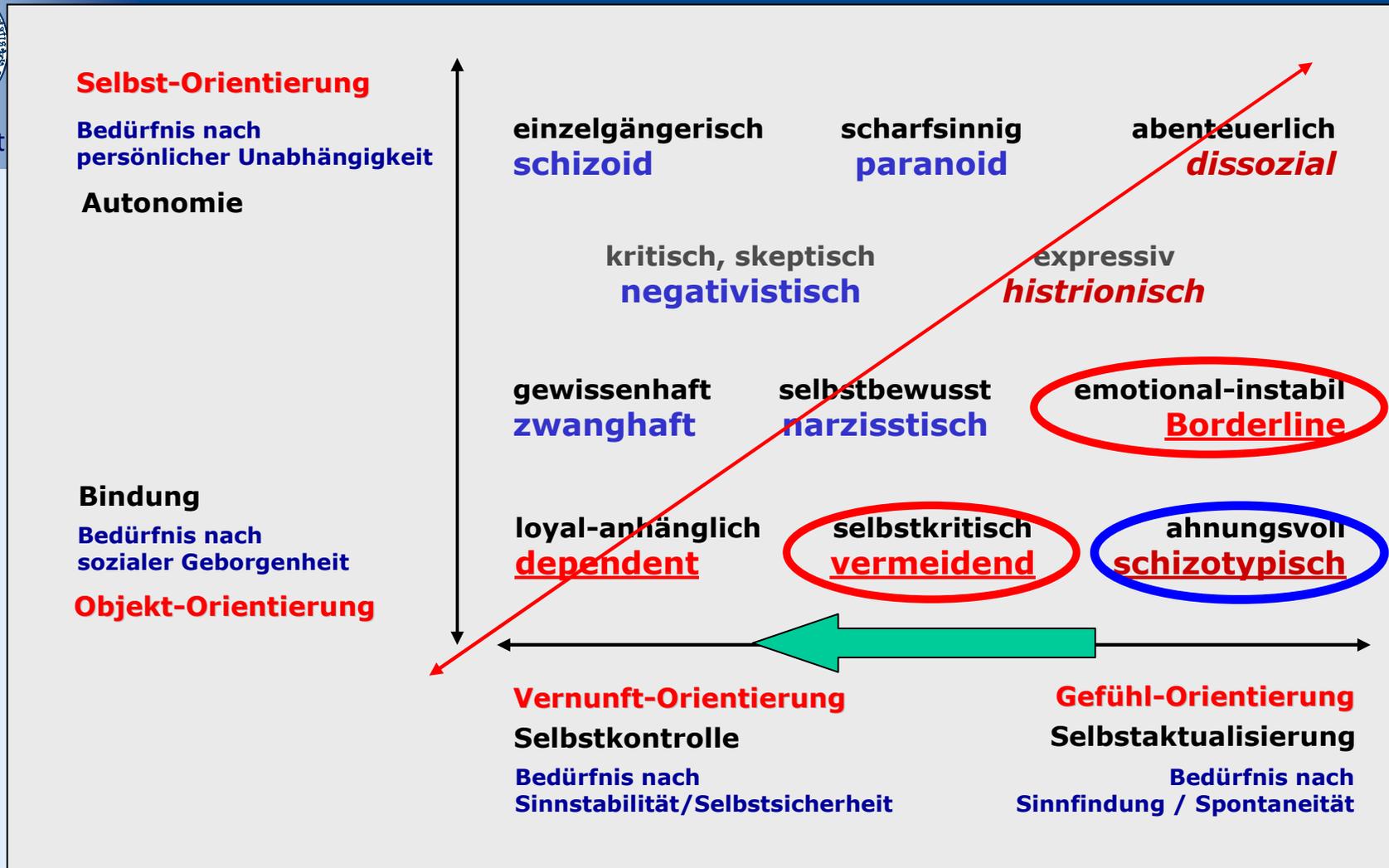
spontan, kreativ, emotional, sehr auf eigene Freiheit bedacht, betrachtet rigide Normen als Einschränkung persönlicher Möglichkeiten, Stimmungslage wechselt schnell, deshalb selten nachtragend

empfindsam und ahnungsvoll, leicht verletzbar, hohe Sensibilität, Wärme suchend und treu, sechster Sinn für drohende Gefahren, Freude daran, versorgt zu werden, ursprünglich, gutherzig, weich

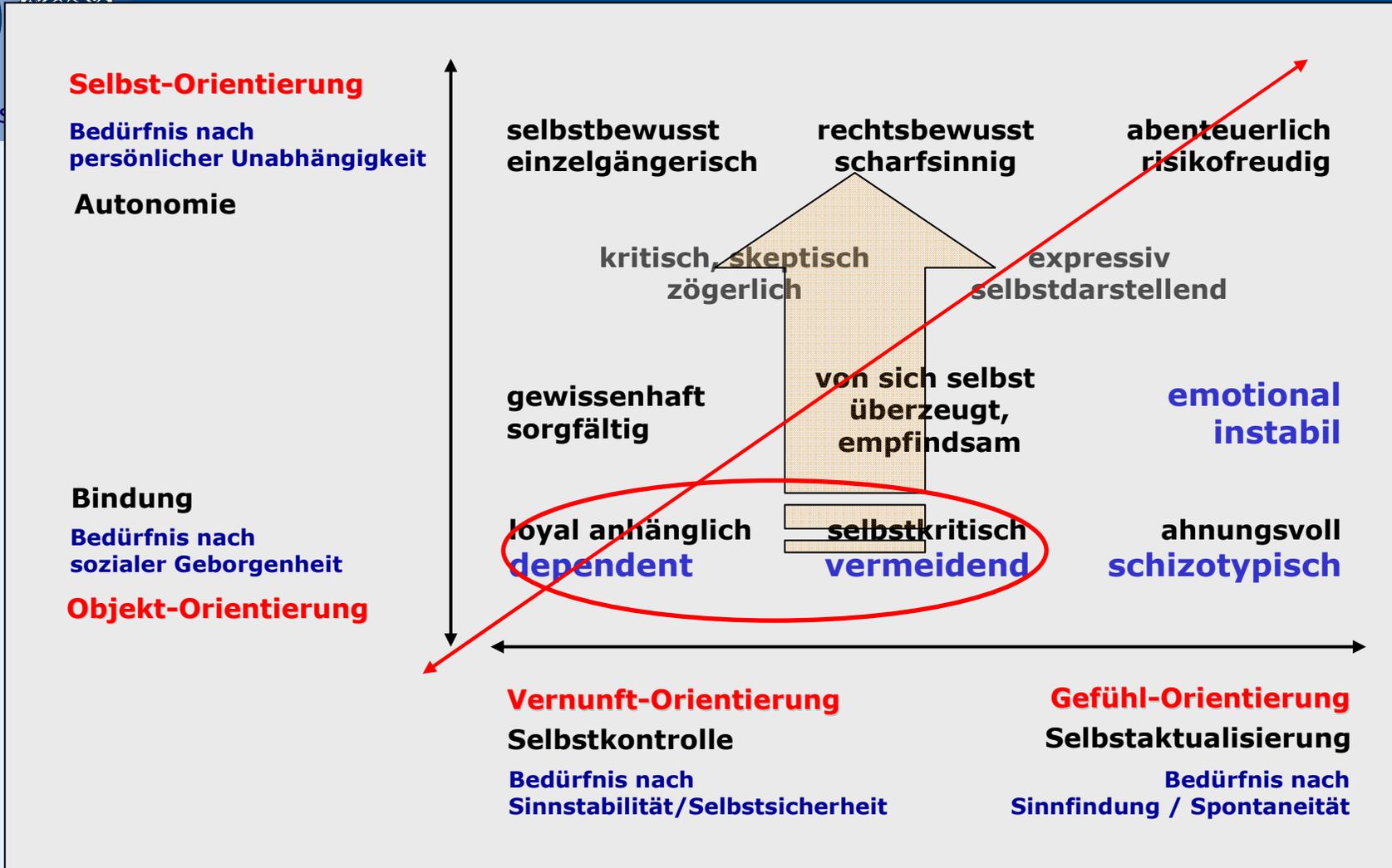


DSM-IV-TR: Achse I und II:

Vulnerabilität



Leitsymptom „Angst“: erhöhtes Vulnerabilitäts-Risiko bei möglichem Hypo-Cortisolismus für Entwicklung insbesondere folgender Störungen: Phobien, Ängste, Dissoziative und Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen, Akute und Posttraumatische Belastungsstörungen



**Ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten (auch bei angstvoller Dependenz):
 Therapie in Richtung selbst-orientierter Vernunftorientierung: Psychoedukation und
 Beratung bei existenziellen Problemen! Symptom-Behandlung bei Ängsten, Phobien,
 Somatoformen Störungen sowie bei dissoziativen und Traumastörungen.**



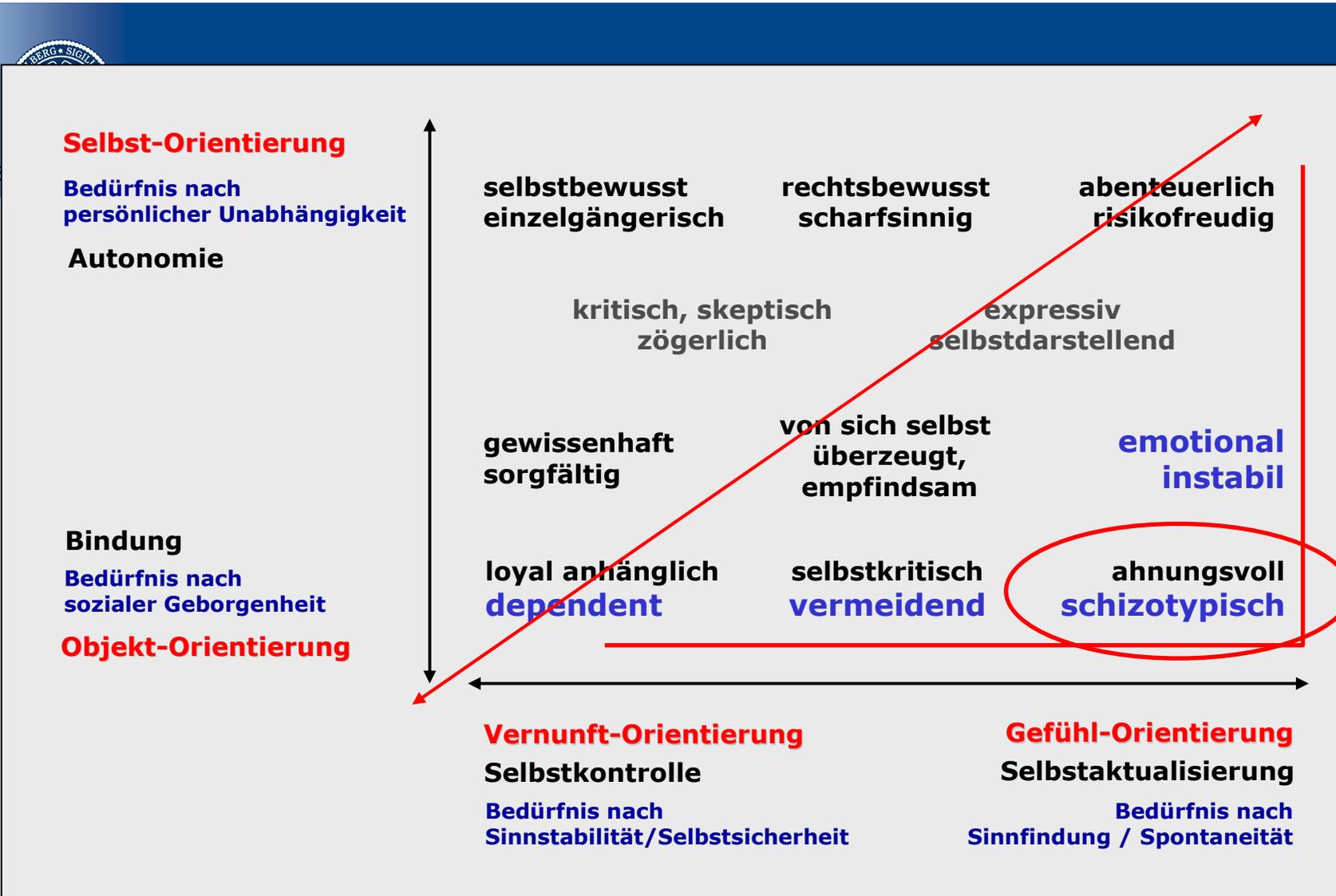
Sozial bezogene Autonomie

- (a) Eigene Bedürfnisse auf sozial akzeptierbare Weise ausdrücken sowie
- (b) die damit zusammenhängenden Gefühle;
- (c) für berechnigte Bedürfnisse (öffentlich) eintreten und diese
- (d) schließlich partnerbezogen durchsetzen.

Sympathiewerbung und Sympathievermittlung

Weiter wichtig jedoch

- lebenspraktische Beratung bei existenziellen Krisen

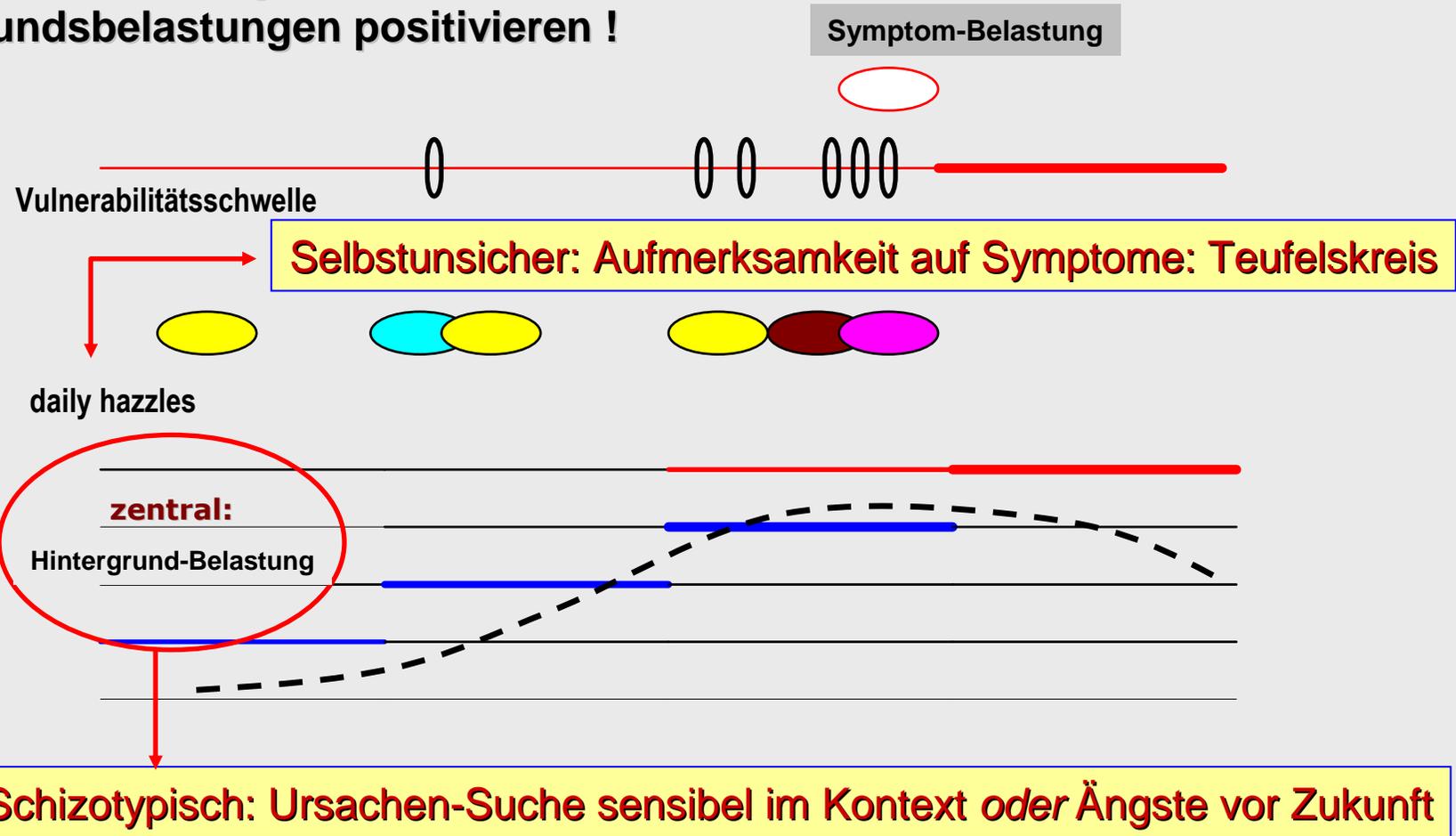


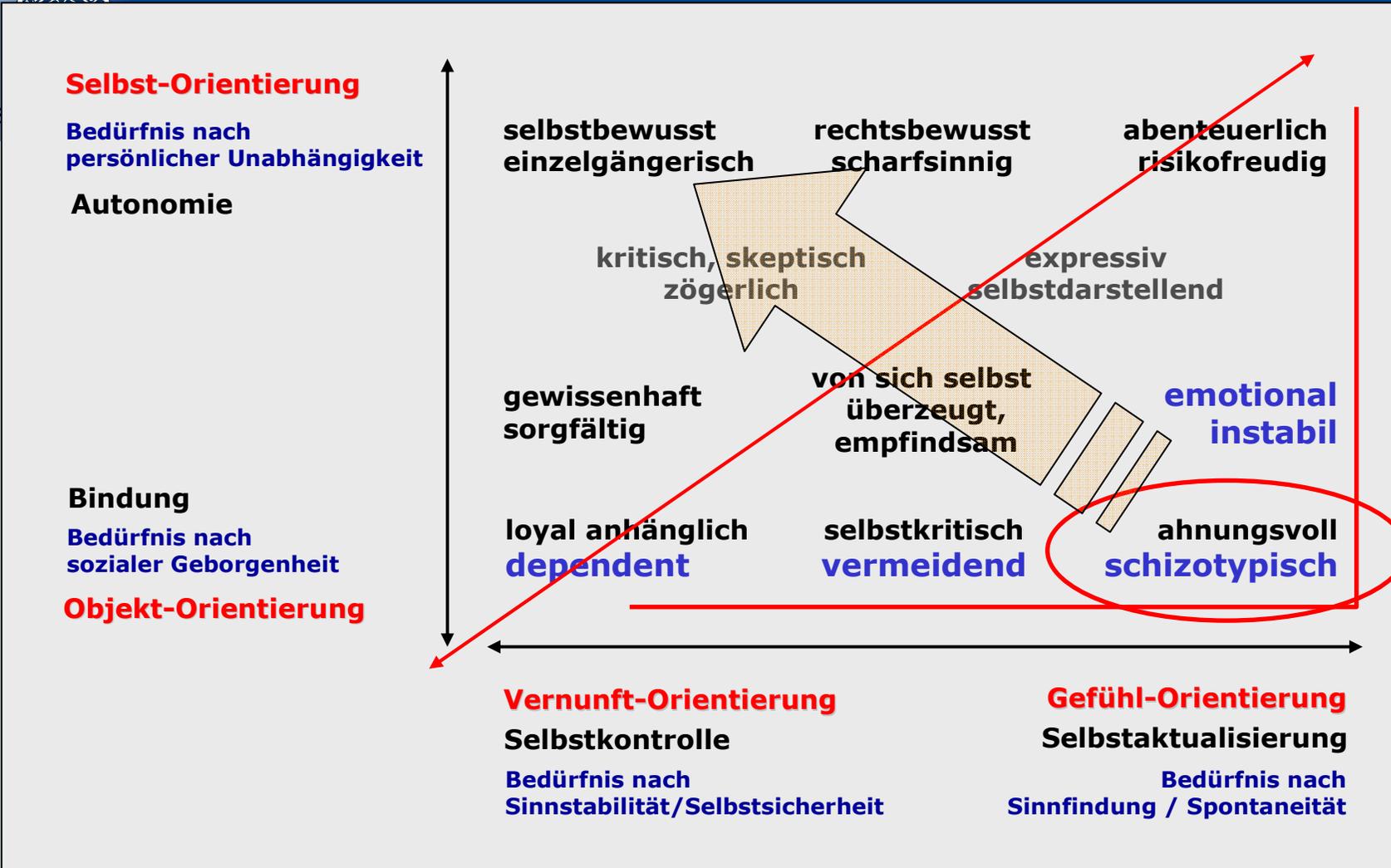
Schizotypische Persönlichkeiten (ahnungsvoll-ängstlich, hoch sensibel):
Ursachensuche für Missbefindungen im Kontext („Projektion“ als Vulnerabilitätsschutz)
 bzw. Ängste in der Zukunft (z.B. Zwangsstörungen)
 bzw. häufig auch Konversionsstörungen



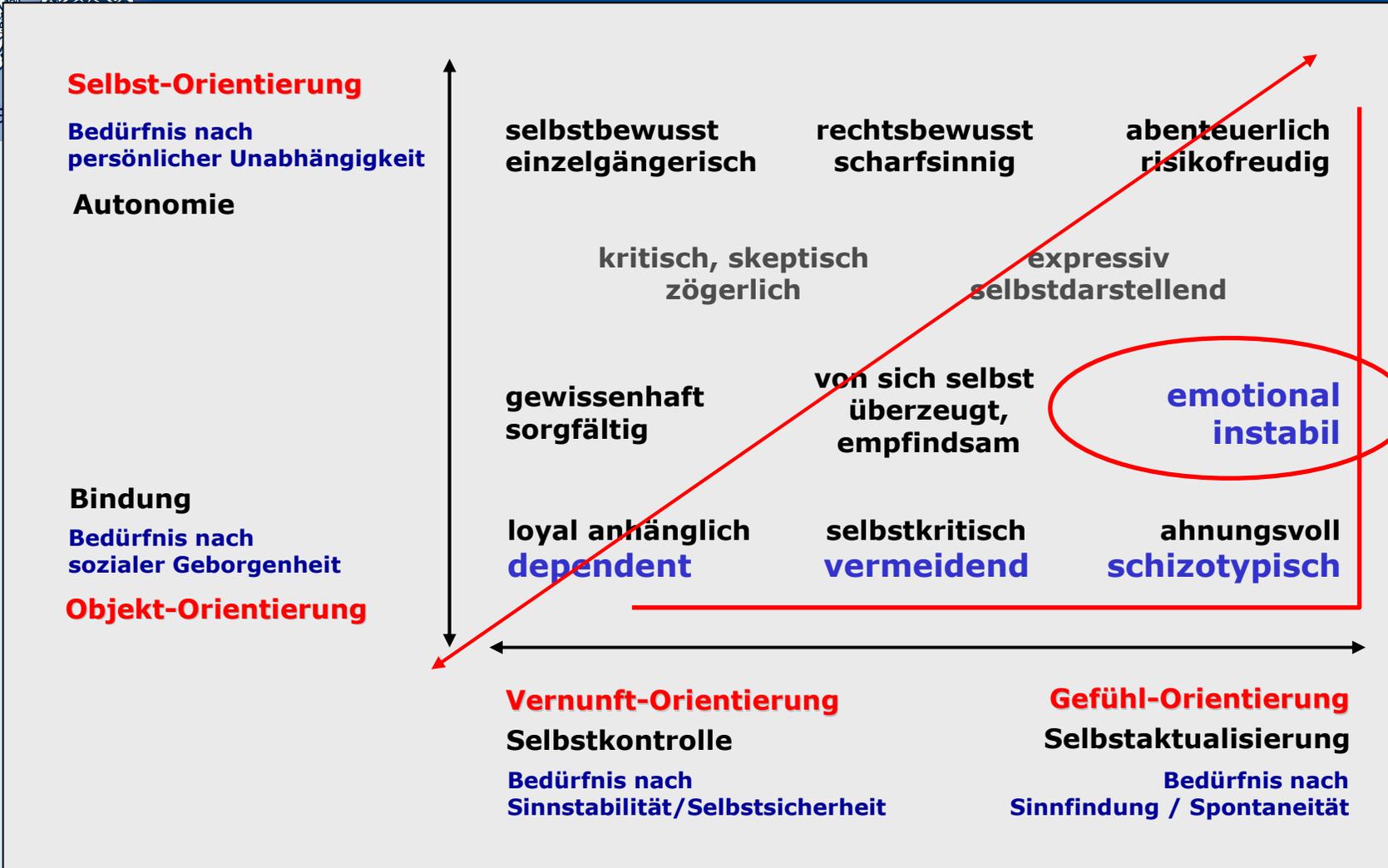
Un

Symptome unbedingt als Seismograph für veränderungsrelevante Hintergrundbelastungen positivieren !

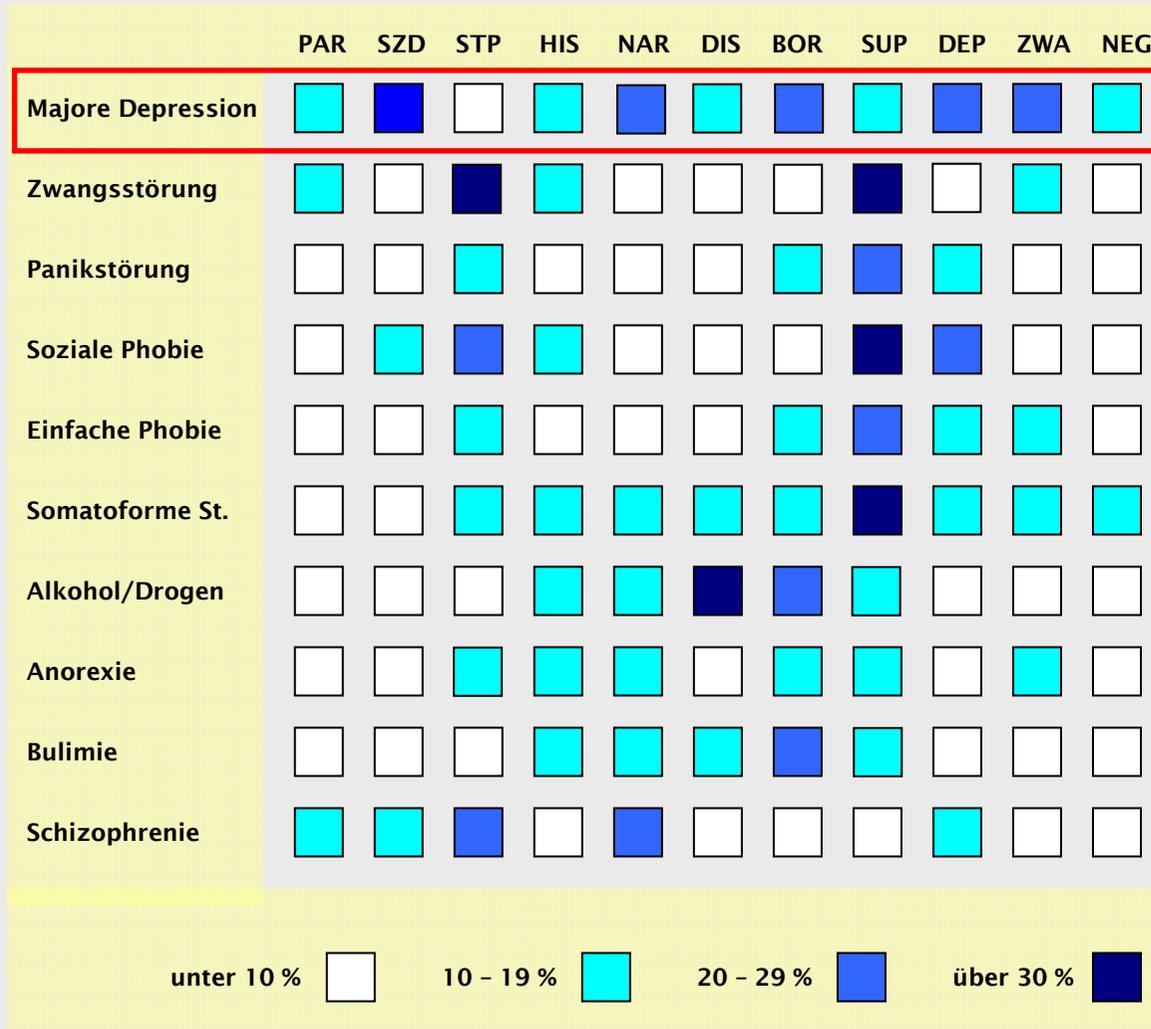




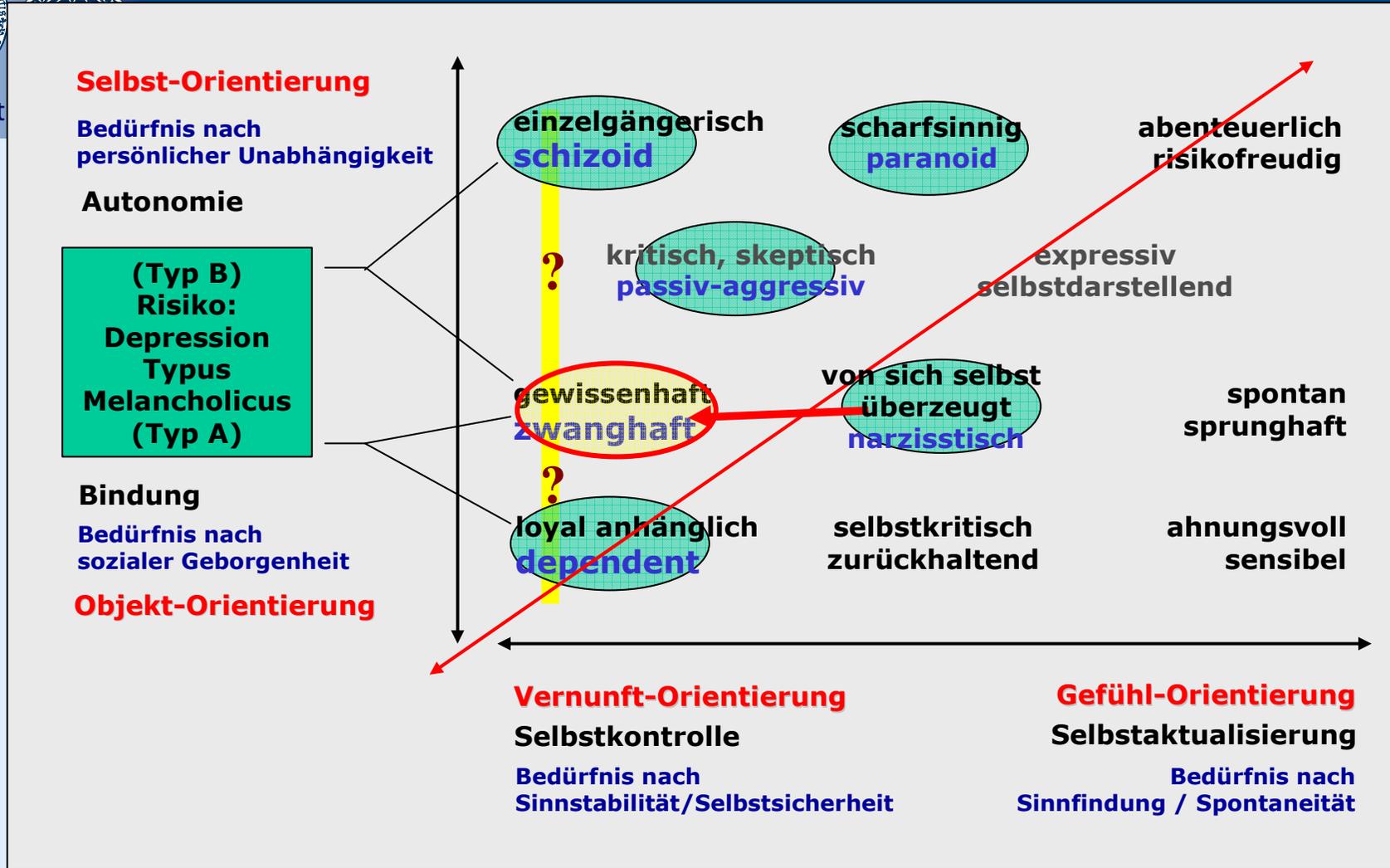
**Schizotypische Persönlichkeiten (ahnungsvoll-ängstlich, hoch sensibel):
Therapie in Richtung selbst-orientierter Vernunftorientierung:
 Psychoedukation first ! Rohde-Dachser: „Wirklichkeit erklärend“ !
 Symptom-Behandlung bei Zwängen und Konversionsstörungen.**



Borderline-Persönlichkeitsstörung
(im Detail als Borderline-Spezial am Donnerstag)



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



Risikobedingung: eingebunden in soziale und ideologische Struktur;
 erhöhtes Depressionsrisiko: sog. „Verstärker-Verlust-Depression“



Zunehmende Selbstentfremdung

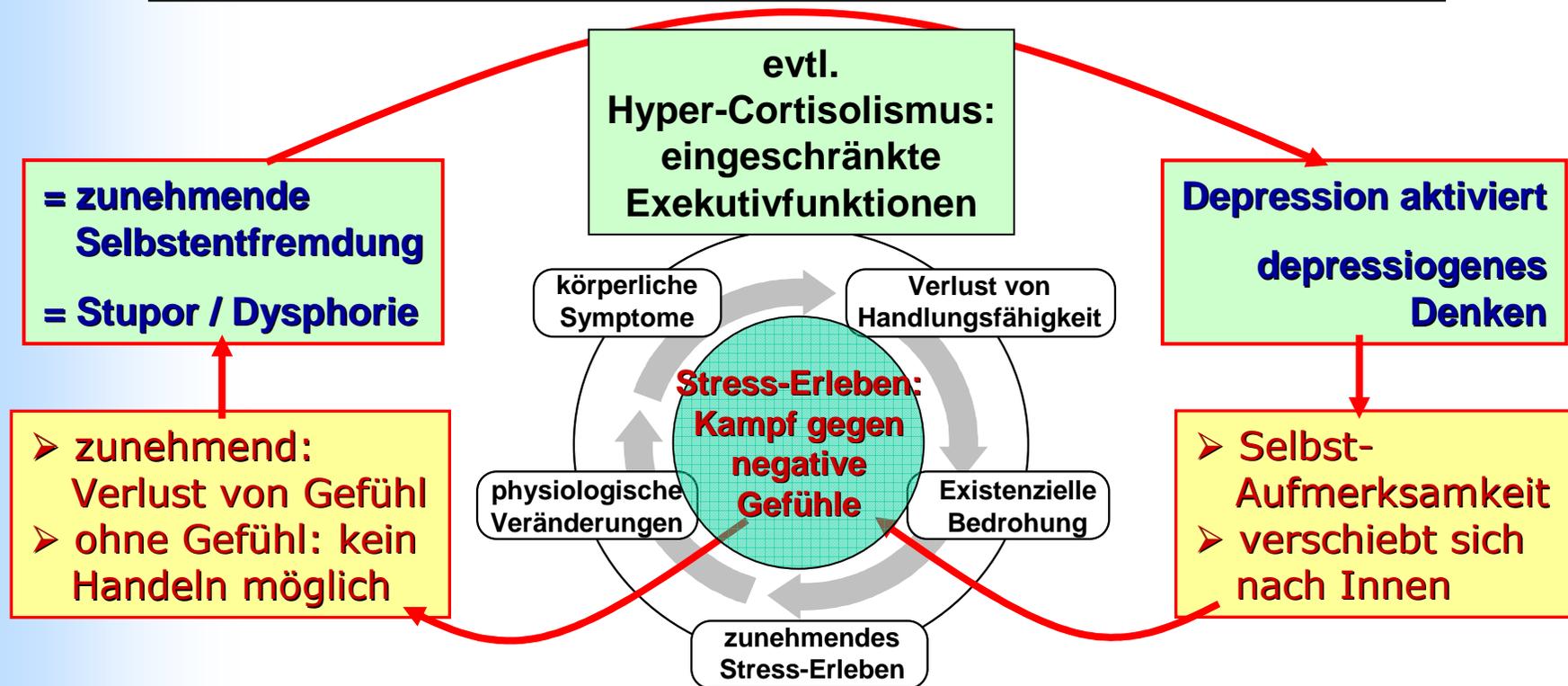
Patienten und Therapeuten verwechseln häufig „Dysphorie“ / „Depression“ mit „negativen Gefühlen“

richtig ist vielmehr:

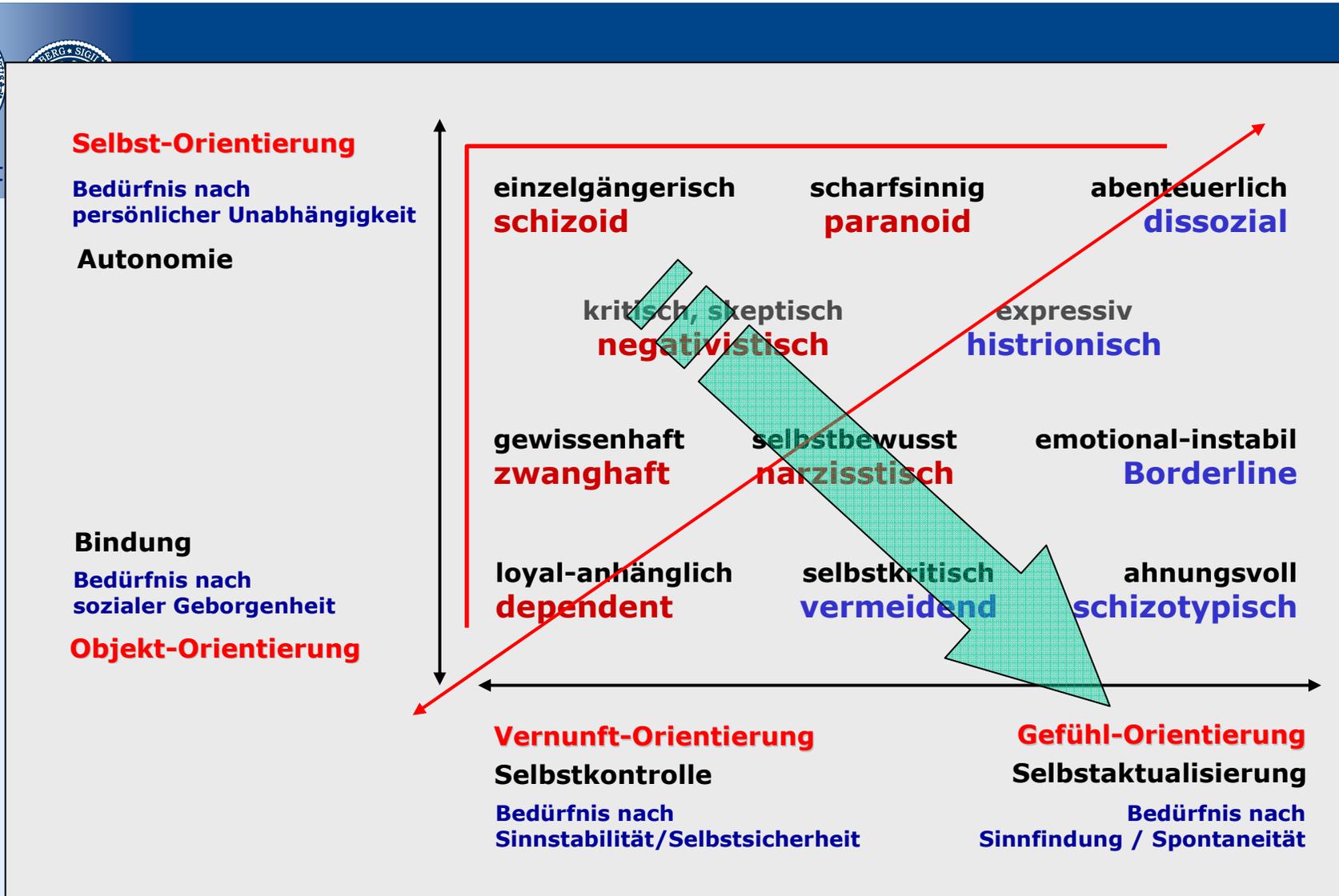
Depression \neq negative Emotion

Depression = Stress-Erleben (= keine Emotion)

= **fehlende Mentalisierung**



Ausführlich in: Fiedler, P. (2010). Verhaltenstherapie mon amour. Stuttgart: Schattauer.



Vorrangig: Stress-Management
Empathie first -> Selbst-/Identitäts-Findung anregen
Gefühlsorientiert (auch: Sport-, Tanz-, Kunst-Therapie) Coaching später!



„Stresserleben“ *versus* „Vulnerabilität“

UniversitätsKlinikum Heidelberg

niedrige Aktivierung: Dysphorie
> zu wenig Gefühl

hohe Aktivierung: Anspannung
> zu viel Gefühl

Risiko-Persönlichkeiten:
dependent, zwanghaft, schizoid,
narzisstisch, paranoid, negativistisch

Risiko-Persönlichkeiten:
ängstlich-vermeidend, Borderline,
dependent, dissozial

Depression (primär) häufig:
„Verstärkerverlust-Depression“

Depression (sekundär) häufig:
„Hilflosigkeits-Depression“

verminderte Exekutivfunktionen,
Sinn-Verlust, Handlungsunfähigkeit

Ängste, Panik, PTB, somatoforme
Störungen, Impulskontroll-Störung

erfolgloser „Kampf“ gegen Negativ-
gefühle maximiert Stress

erfolgloser „Kampf“ gegen
Symptomatik erhöht Vulnerabilität

Zusammenfassung



„Stresserleben“ *versus* „Vulnerabilität“

UniversitätsKlinikum Heidelberg

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

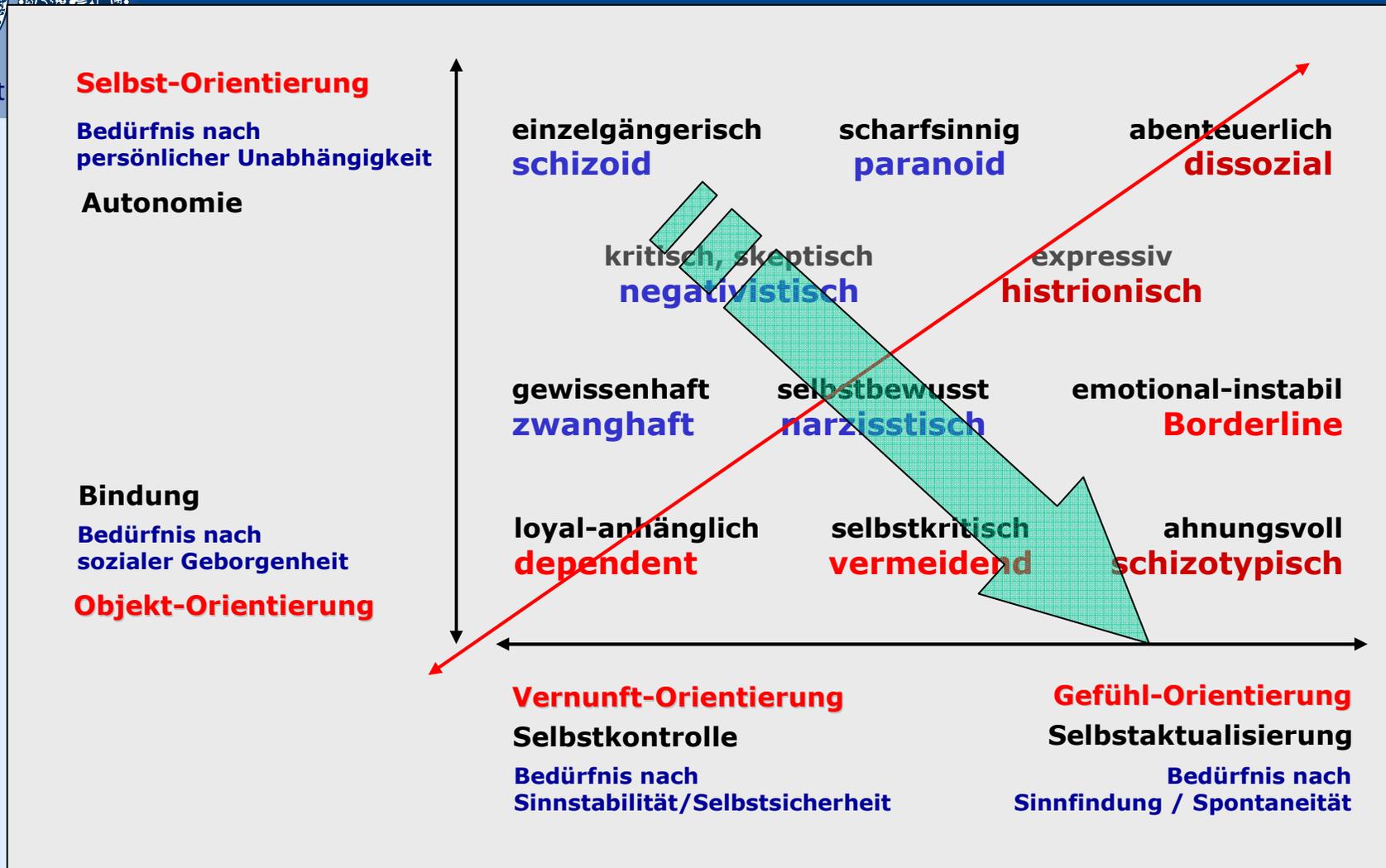
**Kluge Lebensberatung bei existenziellen Krisen,
extremen Belastungen und ungelösten Konflikten**

Behandlungsperspektiven



Universität

erste Wege zur differenziellen Indikation



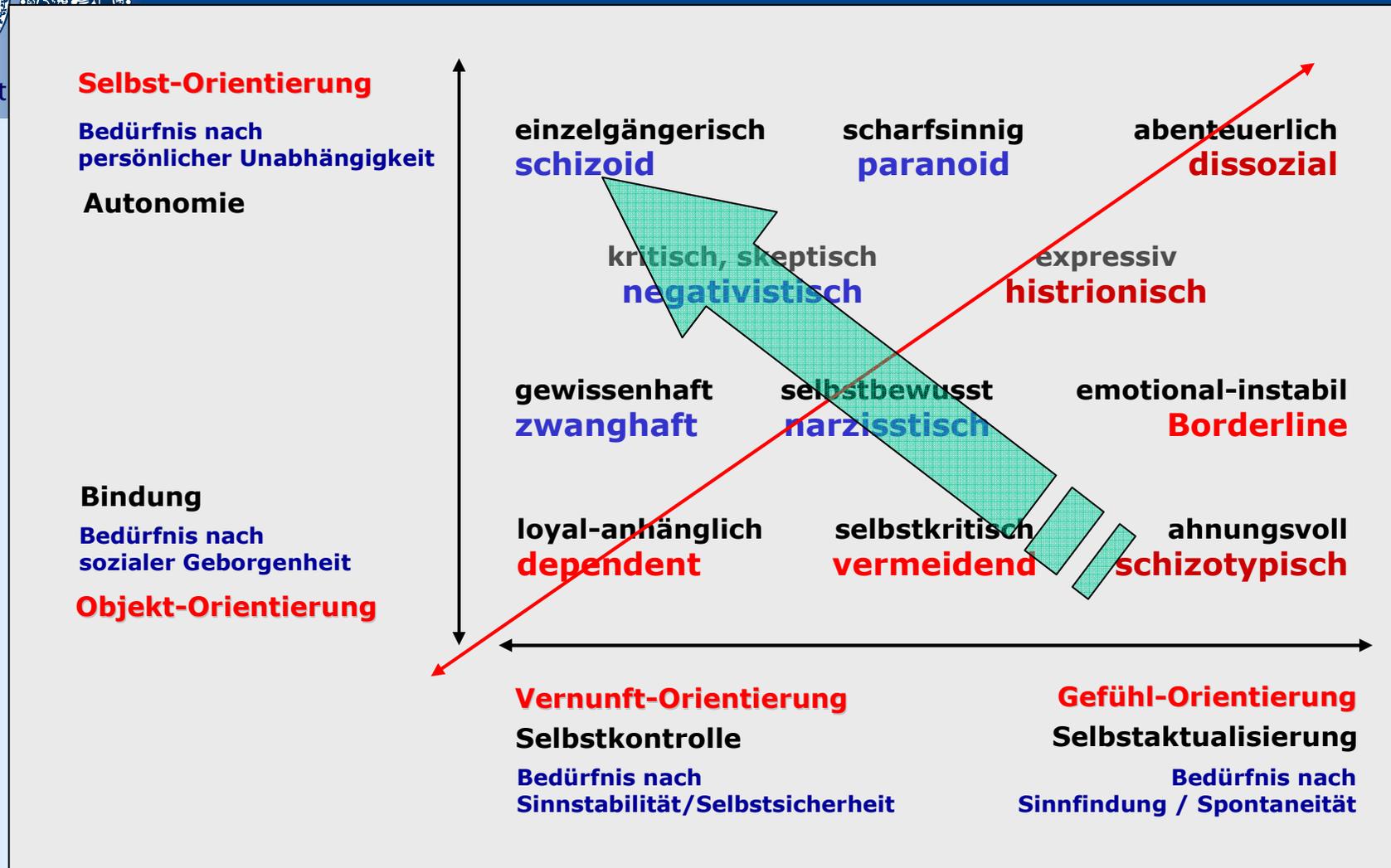
Klärungsorientierte & Emotionen stimulierende Behandlung; z.B. eher Psychodynamische Therapie

Symptom-/Störungs-Behandlung, Stabilisierung & Beratung; z.B. eher Verhaltenstherapie



Universität

erste Wege zur differenziellen Indikation



Klärungsorientierte & Emotionen stimulierende Behandlung; z.B. eher Psychodynamische Therapie

Symptom-/Störungs-Behandlung, Stabilisierung & Beratung; z.B. eher Verhaltenstherapie



Somatische Komorbidität bei der Borderline P.S.

Variable	Remitted Borderline Patients		Nonremitted Borderline Patients		Relative Risk Ratio	z Score	p Value
	N	%	N	%			
Chronic medical conditions							
Syndrome	50	25.0	27	42.2	1.45	1.972	.049
Obesity (BMI ≥ 30)	48	24.0	26	40.6	1.52	2.232	.026
Osteoarthritis	15	7.5	11	17.2	2.29	2.241	.025
Diabetes	3	1.5	7	10.9	8.31	3.441	.001
Hypertension	9	4.5	8	12.5	2.78	2.201	.028
Chronic back pain	77	38.5	40	62.5	1.62	3.677	< .001
Urinary incontinence	10	5.0	12	18.8	3.21	3.861	< .001
Multiple medical conditions	51	25.5	37	57.8	2.19	4.981	< .001
Poor health-related lifestyle choices							
Pack per day smoking	81	40.5	39	60.9	1.50	3.101	.002
Daily alcohol use	50	25.0	28	43.8	1.75	2.987	.003
Lack of regular exercise	94	47.0	44	68.8	1.35	2.746	.006
Daily use of sleep medication	43	21.5	40	62.5	2.91	6.420	< .001
Overuse of pain medication	53	26.5	26	40.6	1.53	2.230	.026
Multiple poor health-related lifestyle choices	99	49.5	53	82.8	1.67	5.634	< .001
Medical services utilization							
Medical ER visit	102	51.0	51	79.7	1.56	4.761	< .001
Medical hospitalization	36	18.0	26	40.6	1.80	2.962	.003
Both ER visit and hospitalization	34	17.0	27	42.2	2.48	4.246	< .001

Abbreviations: BMI = body mass index, ER = emergency room.

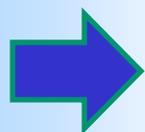


Somatische Komorbidität bei der Borderline P.S.

NESARC: repräsentative amerik. Feldstichprobe von ca. 35.000 Erwachsenen; ca. **2.200** erfüllten BPS-Kriterien

Physical Health Condition	Borderline Personality Disorder		AOR3 (95% CI)
	Absent %	Present %	
Arteriosclerosis or hypertension	25.4%	28.2%	1.46 (1.23–1.73)***
Hepatic disease	0.7%	3.1%	2.80 (1.80–4.36)***
Diabetes	8.1%	9.3%	1.26 (1.00–1.58)
Cardiovascular disease	8.1%	15.3%	1.68 (1.40–2.02)***
Gastrointestinal disease	6.1%	12.1%	1.46 (1.21–1.78)***
Venereal disease	0.6%	3.1%	1.83 (1.30–2.58)***
Arthritis	21.4%	27.7%	1.56 (1.31–1.85)***
Stroke	0.7%	1.1%	1.42 (0.63–3.17)
Obesity	27.1%	33.6%	1.05 (0.92–1.20)
Any assessed medical condition	37.6%	51.6%	1.80 (1.51–2.14)***

Adj. ORs: adjusted for sociodemographics, any anxiety, mood, PD or substance use disorder



Auf körperliche Erkrankungen achten und rechtzeitig behandeln; sie senken Lebensqualität und erhöhen Suizidversuchsrate



Schlechtere körperliche Gesundheit bei Menschen mit P.S.

Amerikanische Feldstichprobe von N=608, Alter: 59,7 (SA = 2,8), ♀: 56%, 2 Untersuchungszeitpunkte im Abstand von 6 Mon., RAND-36 Health Status Inventory

- Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen schlechtere körperliche Gesundheit, mehr Erschöpfung, gesundheitsbedingte Einschränkungen, Selbstwahrnehmung schlechterer gesundheitlicher Verfassung und Schmerzen zu beiden Zeitpunkten.
- Die Intensität des erlebten Schmerzes korreliert mit der negativen Affektivität und hier auch Depressivität (Tragesser et al. 2010).
- Aber auch nach Kontrolle akuter gesundheitlicher Probleme, depressiver Symptome und gesundheitsrelevantem Verhalten (Rauchen, Trinken, Sport) bleiben die höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nutzen vermehrt das Gesundheitssystem und nehmen mehr Medikamente ein.



- Dienstag Seminar, 16.4.2013



Komorbidität mit Depression

	MD	GAD	Panik St	PTSD	Alkohol-abh.	ADHS
Paranoide				+		
Schizoide	+					
Schizotypische			+			
Antisoziale				+	+	+
Borderline	+		+	+	+	+
Histrionische	+					
Narzisstische	+				+	
Ängstlich-vermeidende	+	+	+	+		
Dependente	+	+				
Zwanghafte	+	+	+			+

50% bis 85% aller ambulanten Patienten und 20% bis 50% aller stationären Patienten mit Major Depression haben eine P.S (Corruble et al. 1996)



Differentialdiagnostische Probleme

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Problem der artifiziellen Erhöhung von Komorbidität mit Depression

- Überlappende Kriterien in diagnostischen Instrumenten
- Problematik von Zeitkriterien, Nicht-Beachtung von Zeitkriterien
- Implikation für Psychotherapie



Typus melancholicus

Beachtenswert:

- Dies betrifft etwa 50% aller depressiven Patienten!

Besondere Auffälligkeiten:

- Festgefügte hypernome soziale Einbindung
- Anhänglichkeit, Loyalität, Gewissenhaftigkeit
- Diese Eigenarten gelten als Selbst-/Vulnerabilitätsschutz gegenüber einer prädisponierten Neigung zur Dysphorie/Depression

Eine Depression folgt, wenn die bisher Schutz bietende „anti-depressiogene Rolle“ nicht mehr gelebt werden kann:

- einschneidende Lebensereignisse
- Verlusterfahrungen (Verlust von Partner, Arbeitsplatz, Ideologie usw.)
- schwer auflösbare alltägliche Konflikte, reale Sorgen und Nöte



Schizoide P.S. & Depression

Leitsymptome:

Soziale Kontaktschwäche, mangelnde soziale Kompetenz

Verschlossenheit, Einzelgängertum, keine nahen Bindungen

Eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit

Eingeschränkter Ausdruck von Wut

Depressives Erleben:

Leben wird öde und sinnlos erlebt.

Leiden unter mangelnder Erlebnis- und Genußfähigkeit

Leiden (u.a. auch Schuldgefühle) unter der Unfähigkeit nahe Beziehungen herzustellen.

Typische Auslöser: gescheiterte Beziehung



Histrionische P.S. & Depression

Leitsymptome:

Übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit u. Anerkennung

Oberflächliche, labile Emotionalität

Neigung zu Inszenierung und Dramatisierung

Soziale Gewandtheit, erotisierendes, verführerisches Verhalten

Depressives Erleben:

Enttäuschung, Erschöpfung: „Der erhoffte Lohn bleibt aus“.

Nagende Selbstwertzweifel

Gefühl der Selbstentfremdung, Langeweile

Typische Auslöser: Trennungen, Niederlagen, Lebensmitte



Borderline P.S. & Depression

Leitsymptome:

Affektive Instabilität in Form von Stimmungsschwankungen

Quälende Spannungszustände und Impulshandlungen

Identitätsdiffusion

Dissoziative Erlebnisweisen

Depressives Erleben:

Gefühl völligen Verlassenseins, ananklitische Depression

Gefühl böse und inakzeptabel zu sein

Undifferenzierte Affektqualität

Typische Auslöser: berühren Ambivalenz zwischen Wunsch nach Nähe und Angst vor Identitätsverlust



Narzisstische P.S. & Depression

Leitsymptome:

Starke Kränkbarkeit und Überempfindlichkeit gegenüber Kritik
Attraktive Selbstinszenierung, Selbstüberschätzung, Tagträume
Wunsch nach Bewunderung und Verehrung, maßloser Ehrgeiz
Egozentrismus und Ansprüchlichkeit, ausbeuterische Beziehungen

Depressives Erleben:

Beschämung, Gefühl der Wertlosigkeit
Stimmungswechsel in Abhängigkeit vom Selbstwertgefühl
Verzweifelte Verstimmung vermischt sich mit
Enttäuschungswut

Typische Auslöser: Kränkungen in Trennungssituationen,
Niederlagen in kompetitiven Situationen, Lebensmitte



Selbstunsichere P.S. & Depression

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Leitsymptome:

Ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühle , Anspannung

Kontaktschwäche, Hemmungen

Angst vor Beschämung und Bloßstellung

Depressives Erleben:

Erleben von Versagen und Minderwertigkeit

Gefühle Nicht-dazu-gehören, Ausgestoßen-sein, quälende Ambivalenz zwischen Beziehungswunsch und Zurückweisungsangst

Gefühle von Beschämung, der Lächerlichkeit preisgegeben zu sein

Typische Auslöser: soziale Versagenssituationen, Werbungs- und Verführungssituationen



Dependente P.S. & Depression

Leitsymptome:

Unselbständige Lebensführung, wenig Selbstverantwortung

Wunsch nach Unterstützung und Versorgtwerden

Hohe Anpassungshaltung und Verzicht auf eigene Wünsche

Angst vor Trennung und Alleinsein, Verlustangst

Depressives Erleben:

Gefühl völliger Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit

Gefühl innerer Zerstörtheit

Passivität, depressivem Erleben fehlt aggressive Komponente

Typische Auslöser: Trennung, Tod, Alleinsein



Zwanghafte P.S. & Depression

Leitsymptome:

Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus

Verlässlichkeit, Inflexibilität und Rigidität

Hohes intrapsychisches und interpersonelles
Kontrollbedürfnis

Unfähigkeit zum Genießen und zur Entspannung

Depressives Erleben:

Befürchtungen zu versagen, Überforderung, Schuldgefühle

Erschöpfung

Fühlt sich gekränkt und mißachtet.

Typische Auslöser: Überforderungs- und Kränkungerlebnisse

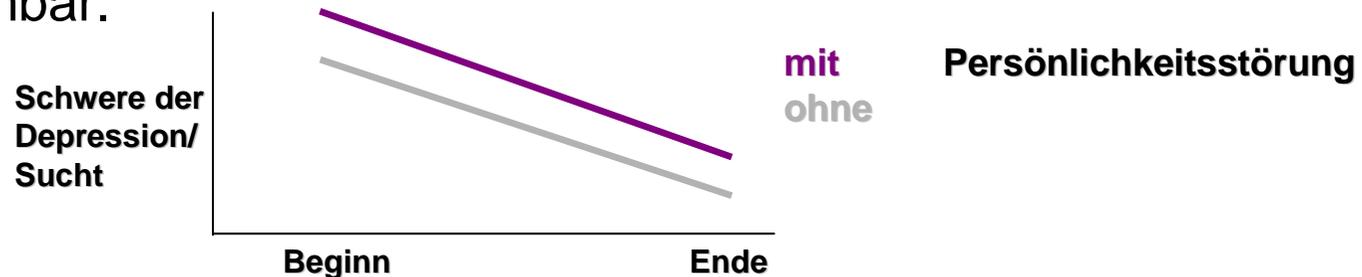


P.S. als Modulator der Therapie „Response“ bei Achse I St.

Es gilt nicht generell: eine komorbide P.S. verschlechtert die Behandlungsprognose einer Achse I Störung!

Depression und Sucht

- Komorbide P.S. gehen mit höherem Schweregrad der Depression bzw. Sucht vor Therapiebeginn einher.
- Die Besserungsrate durch Pharmakotherapie und Psychotherapie ist vergleichbar.



- Keine allgemein erhöhte Rate an Therapieabbrechern, paranoide, ängstlich-vermeidende und dependente P.S. erhöhen, antisoziale und Borderline P.S. erniedrigen Therapiecompliance.



Psychotherapeutische Entwicklungen:
die überraschende Annäherung
psychotherapeutischer Konzepte
bei den Persönlichkeitsstörungen

2013

Sabine Herpertz
Peter Fiedler
Universität Heidelberg



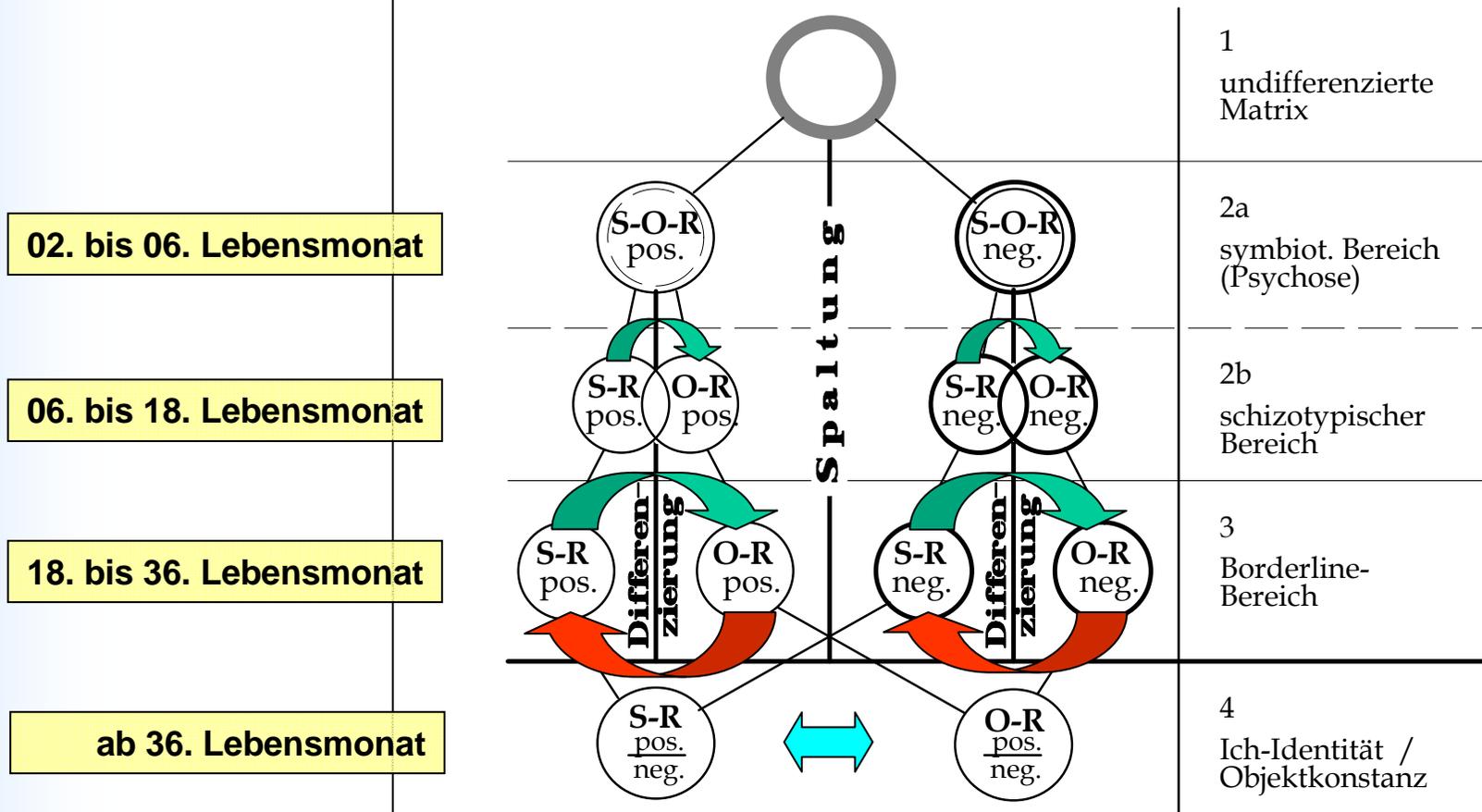


- Eine systematische empirische Erforschung von Behandlungskonzepten bei Persönlichkeitsstörungen gibt es erst seit Beginn der 1980er Jahre.
- Die dabei beobachtbaren Behandlungserfolge nahmen sich zunächst eher sehr gering aus.
- Nicht gerade selten wurde auch über Negativ-Entwicklungen berichtet, insbesondere aus der Behandlung von Borderline- und Narzisstischen Persönlichkeiten.
- Falsche, unsinnige Erklärung:
Persönlichkeitsstörungen seien eben schwieriger als die übrigen psychischen (Achse-1)-Störungen zu behandeln.
- Die aus heutiger Sicht angemessene Erklärung:
Persönlichkeits-(Achse-2-)Störungen benötigen eben andere Behandlungskonzepte als die psychischen (Achse-1-) Störungen.



Kernberg-Hypothese: schwerwiegende Irritationen in den ersten Lebensjahren

UniversitätsKlinikum Heidelberg





Methodik und Technik

- stark deutende Fokussierung auf die Übertragungsbeziehung;
- bei Borderline sollte insbesondere mit Wut und Destruktivität, die ausgehalten („contained“) werden muss, gearbeitet werden;
- weitgehend neutraler, objektiver Stil des Therapeuten (arbeitet v.a. mit Ermutigungen und Lob).

Vorgehen wird jedoch (bereits seit Kohut) kontrovers diskutiert:

- in empirischen Prozessanalysen zeigt sich wiederholt, dass Übertragungsdeutungen keinesfalls immer günstige Effekte zeitigen;
- gegenüber anderen therapeutischen Ansätzen findet sich in Studien stets eine deutlich höhere Drop-out-Rate (20 bis hin zu 60% Therapie-Abbrüche; vgl. Dammann & Fiedler, 2005);
- als Alternative wird ein supportives Vorgehen vorgeschlagen (Rohde-Dachser, seit 1989; Dammann et al., seit 2001).



Methodik und Technik

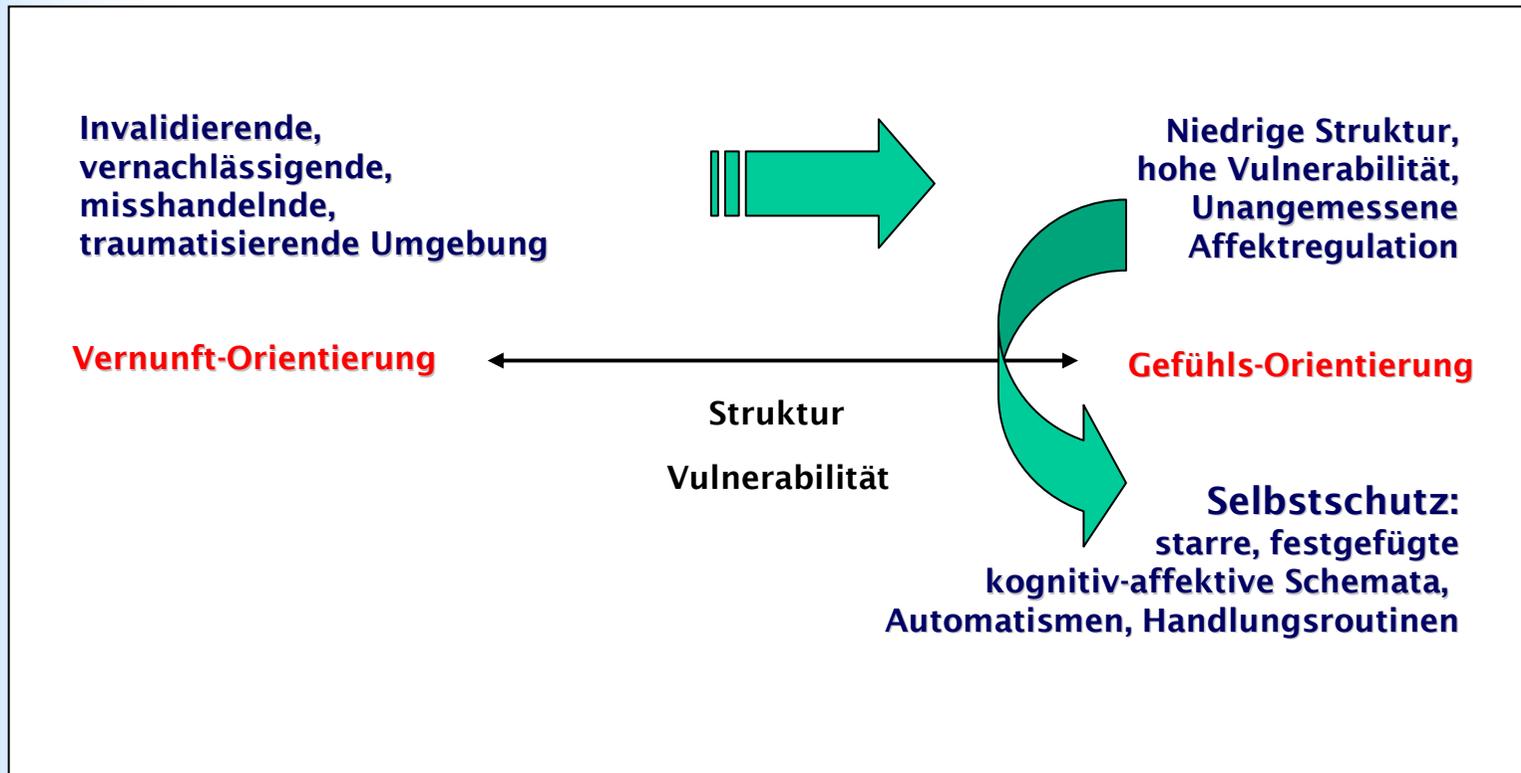
- Stärkung der Ich-Funktionen (und damit auch der Abwehr) steht im Vordergrund, weniger dagegen Widerstandsanalysen;
- Begrenzung von Regressionen; Bekräftigung sichtbarer Ressourcen;
- der Therapeut tritt vermehrt als reale Person in Erscheinung, als vor allem Übertragungsfigur zu sein, die nicht forciert werden sollte;
- der Therapeut fördert aktiv Gefühle des Vertrauens, des Verstandenwerdens und Angenommenseins.

Empfehlung: Kontroverse Diskussionen (TFP vs. SPT) beenden!

- Zukünftig sollte vermehrt nach Indikatoren gesucht werden, bei welchen Patienten eher das eine oder andere Vorgehen besser geeignet ist (Dammann;
- denn Patienten, die ihre Therapie in dem einen oder anderen Verfahren nicht vorzeitig beenden, profitieren offensichtlich in ähnlich guter Weise;
- durchaus eine Offenheit für aktuelle Neuentwicklungen in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen entwickeln.



Linehan-Hypothese: Invalidierende Umgebung in der Kindheit





Alleingelassen werden, Zurückweisung und sozialer Ausschluss in der Lebensgeschichtlichen Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen

- In der Summe bei bis zu annähernd 80 Prozent der strukturell schwerer gestörten Patienten findet sich ...
 - ein unsicherer Bindungsstil der Eltern (Levy, 2005);

- Allgemein findet sich weiter ...
 - insbesondere Menschen mit ängstlich vermeidendem und emotional-instabilem Interaktionsstil erfahren häufiger als andere soziale Ausgrenzung und Ablehnung (Zeigler-Hill & Abraham, 2006)
 - Je höher die Zurückweisungssensitivität um so geringer das Selbstwertgefühl (Ayduk et al., 2007)



... in der Folge neurobiologischer und entwicklungspsychologischer Studien befinden wir uns offenkundig auf dem Weg zur ...

Integration psychotherapeutischer Ansätze in der Behandlung struktureller und Persönlichkeitsstörungen





Rudolf, G.: Strukturbezogene Psychotherapie (seit 2004)

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Freilich liegt für manche Psychoanalytiker ein Affront in der Behauptung, dass man gute Behandlungsergebnisse erzielen kann...

- unter Verzicht auf die Deutung abgewehrter Prozesse
 - weil die strukturellen Defizite nicht als abgewehrte Intentionen fungieren, sondern prozedurale Automatismen darstellen und daher nicht als unbewusste Intentionen fehl gedeutet werden dürfen;
- unter Verzicht auf Übertragungsdeutungen
 - weil strukturell gestörte Patienten die therapeutische Beziehung als Realbeziehung erleben und „kindlich“ gebliebene Anteile in den Übertragungsverstrickungen nur durch eine fürsorglich beelternde Haltung wieder aufgelöst werden können.

Es geht nicht darum, die analytische Tradition zu pflegen, sondern das Erbe der Psychoanalyse zeitgemäß weiterzuentwickeln.

[Zitate von G. Rudolf (2012) in:
Fiedler, P. (Hg.), Die Zukunft der Psychotherapie (S. 143). Heidelberg: Springer]



Therapeutische Prinzipien

- Untersuche mit dem Patienten zusammen, welche strukturellen Werkzeuge er am wenigsten zur Verfügung hat.
- Setze den Fokus der therapeutischen Zielsetzung darauf, diese Bereiche zu fördern.
 - An berechtigten Bedürfnissen der Patienten orientiert: Alternative Muster suchen (Aufbau von Selbstkompetenz; durchaus beratend).
 - Neue Muster in eigener Verantwortung erproben.
 - Antizipieren von zukünftigen Schwierigkeiten und Lösungen.
- In der Therapie-Beziehung: Eine konsequente elterlich-fürsorgliche Einstellung! Denn nur die vom Patienten am eigenen Leib erlebte Empathie ist Voraussetzung für seine künftige empathische Annäherung an andere.

[Zitate von G. Rudolf (2012) in:

Fiedler, P. (Hg.), Die Zukunft der Psychotherapie (S. 144). Heidelberg: Springer]



Das strukturelle Dilemma vieler Personen mit Persönlichkeitsstörungen ... fehlende Mentalisierung:

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Strukturell bedingtes therapeutisches Dilemma:

- Personen mit Persönlichkeitsstörungen neigen in besonderem Maße dazu, Schwierigkeiten in Beziehungen sensibel zu erleben (und aktiv hervorzurufen), und zwar wegen ihrer früh gelernten Handlungsautomatismen und einem Mangel an Empathiefähigkeit und
- sie verfügen über eine begrenzte Fähigkeit, solche Probleme mentalisierend (selbstreflexiv und empathisch) zu lösen – vor allem wenn diese im Kontext emotional intensiver Bindungsbeziehungen auftreten.

Transaktionale Mentalisierung (sensu Fonagy et al.)

- Psychotherapeuten vermitteln ihren Patienten die Erfahrung, verstanden zu werden, und erst diese Erfahrung gibt ihnen ein Gefühl der Sicherheit;
- das Gefühl der Sicherheit in der Therapiebeziehung erleichtert es Patienten, Gedanken und Gefühlen nachzuforschen – und zwar auch den Gedanken und Gefühlen der Therapeuten – und sich dann in diesem Prozess selbst zu entdecken.

[zum Beispiel in: Allen, Fonagy & Bateman (2008). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.]

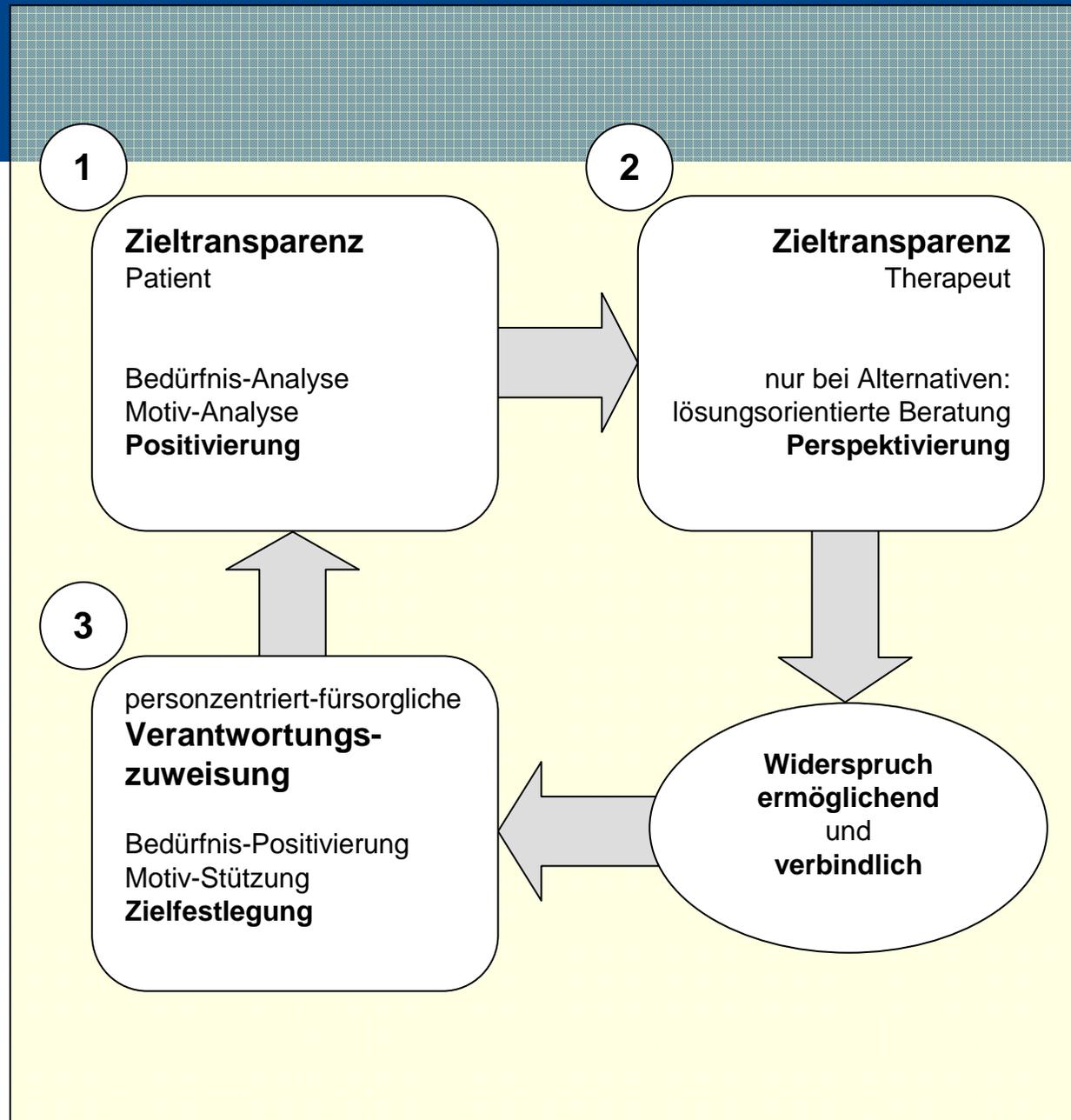


Therapeutischer Dreisatz
bzw.
Therapeutische Doppelbindung

Mentalisierung
bei Krisen,
Konflikten und
Widerständen im
Therapieprozess

**Probleme / Ziele
klärende
Lernhaltung !!**

Ausführlich in:
Fiedler, P. (2007).
Persönlichkeitsstörungen
(6. Aufl.; Kapitel 24).
Weinheim: Beltz-PVU.





+ ↓ **Positivierung** ↓ +
Menschliches Bedürfnis
? Sinn ? Motiv ? Funktion ?



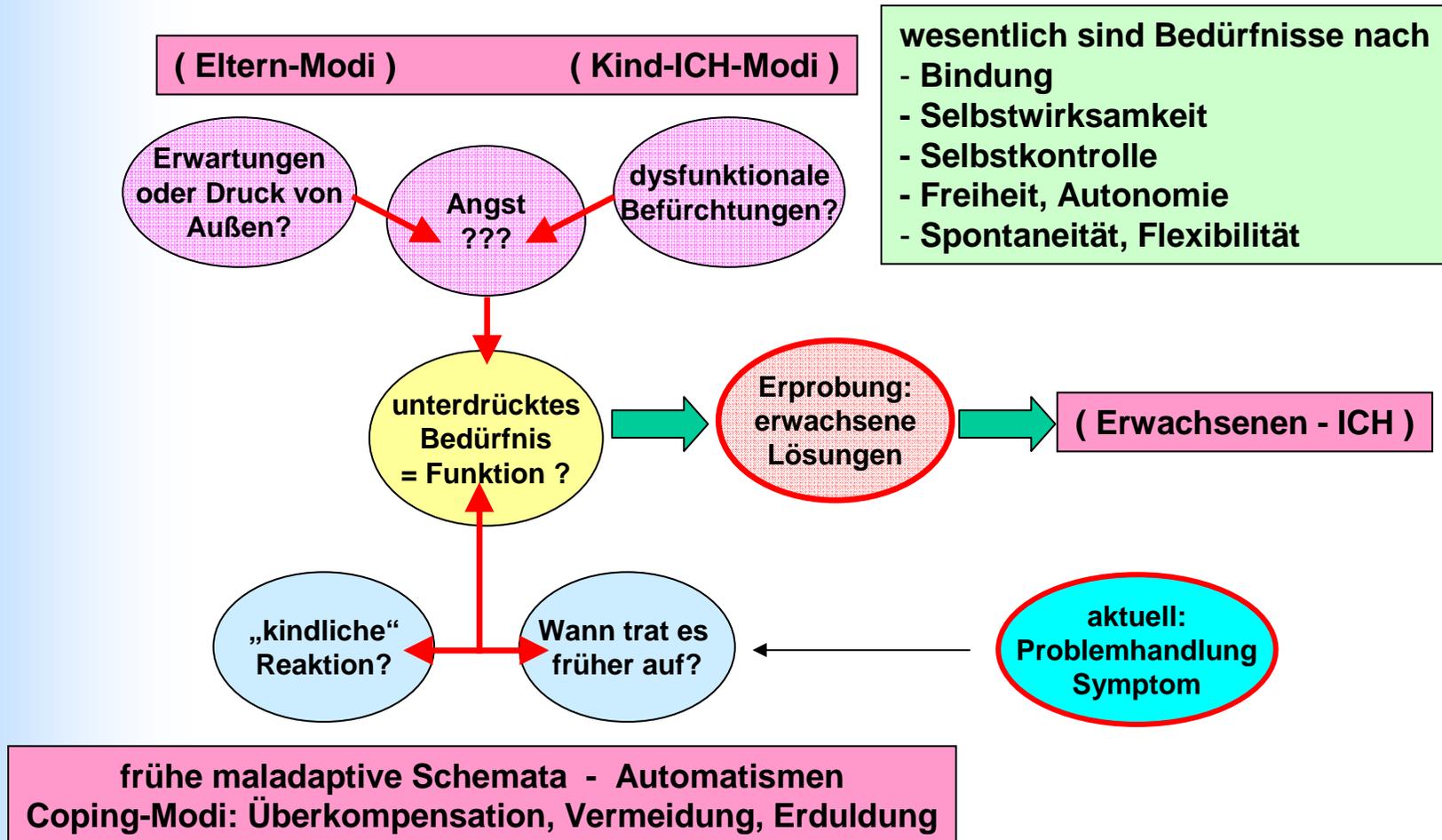
Vermeintliches Problemverhalten

**(Mitverantwortung steigern mittels
Bedürfnisanalysen zwecks Suche
nach erwachsenen Lösungen !)**

Affirmative Psychotherapie:
**Patienten als Co-Therapeuten in der
Behandlung ihrer „Umwelten“ !**
„Supervision“ für Patienten !



Schema-Therapie: „Re-Parenting / Nach-Beeltern“ Suche nach in der Vergangenheit nicht ausgelebten (unterdrückten, sehr wohl berechtigten) Bedürfnissen ...



Ausführlich in: Fiedler, P. (2010). Verhaltenstherapie mon amour. Stuttgart: Schattauer.



Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Ressourcen–Aktivierung und –Anreicherung

In der strukturbezogenen wie in der schematherapeutischen, fürsorglich empathischen Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen steht die **Anreicherung persönlicher Ressourcen** im Vordergrund:

- Schritt 1:
Positive Funktions- als Bedürfnisanalyse persönlicher Stile
Positivierung auch der maladaptiven Persönlichkeitsstile
 - Schritt 2:
Suche nach interpersonellen Problemen und Konfliktbereichen,
in denen sich die bisherigen Persönlichkeitsstile als nicht hinreichend erwiesen haben
 - Schritt 3:
Anreicherung und Ausgestaltung einer „erwachsen“ handelnden Persönlichkeit
(bio-)psycho-soziales Konfliktmanagement;
Beratung, Training und Coaching des Patienten.
- Vorsicht:**
keine Reaktanz provozierende, etwa „disziplinierende“ Konfrontation mit vermeintlich „negativen“ Interaktionsstilen, sondern fürsorgliche Strukturierung, indem „erwachsene Lösungen“ vorgeschlagen werden)



... von den Automatismen einer Selbstentfremdung /
Objektkonstituierung
hin zur Subjekt- bzw. Ich-Konstituierung ...

„Nicht die Symptome (etwa Ängste und Zwänge) oder
bedrohliche Umwelten bestimmen mein Handeln,
sondern ich selbst bin emotional und volitional der
verantwortlich Handelnde meiner Welt“



Subjektkonstituierung in der Psychotherapie (1) (seit Pierre Janet; Hoffmann & Hofman, 2012; Fiedler, 2007)

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Indikatoren für Fremdbestimmtheit und Objektkonstituierung

- Begründung eigener Hilflosigkeiten mit äußeren Zwängen einer nicht kontrollierbaren, vermeintlich bedrohlichen bis gefährlichen Umwelt;
- Begründung eigener Hilflosigkeiten mit vorhandener Symptomatik, die vermeintlich nicht beeinflussbar das Handeln dominiert („wegen meiner Ängste und Zwänge kann ich nicht ...“);
- die Unkenntnis über die verheerende selbstinstructive Wirkung vermeintlicher Selbstbeschreibungen (Teufelskreiswirkung von z.B. „mir geht es nicht gut, deshalb kann ich nicht ...“);
- sog. „Mussturbationen“ (sehr häufiger Gebrauch der selbst entfremdenden Worte „ich muss“, „man muss“ etc, die zum Erleben hochgradig belastender Fremdbestimmtheit führen);
- Sehr häufiger Gebrauch von z.T. verallgemeinert vorgetragenen Konjunktiven („man könnte“; „eigentlich möchte ich ja“, „vielleicht liegt darin ja eine Möglichkeit, aber...“
- eine zu strikte Orientierung des eigenen Handelns an starren, z.T. introjierten Regeln und Normierungen;
- eine häufige Verbalisierung von Bedrohungsszenarien wie z.B. „Oh, Gott ...“, „Wie soll das bloß enden?“, „Das kann ja nicht gut gehen ...“ usw.



Zentrale Elemente der Subjektkonstituierung in der Psychotherapie

- Durch gezielte Mentalisierung und Einübung wichtiger psychischer Funktionen wird den Patienten dazu verholpen, sich zunehmend aus dem Objektstatus zum selbst steuernden Subjekt auch in kritischen Situationen zu entwickeln.
- Es geht dabei vorrangig um die Wiedereinsetzung volitionaler Ich-Funktionen, insbesondere die Fähigkeit zu energischen Entschlüssen („Ich will ... umsetzen!“ bzw. in der Steigerungsform „Ich werde jetzt ... tun!“); denn vor allem der Wille ist durch die Symptome oder das Erleben von Fremdbestimmtheit stark eingeschränkt.
- der durch automatisch ablaufende Selbstbeschreibungen und Selbstinstruktionen eingeschränkte Handlungs- und Probierraum soll durch das Fördern bestimmter Haltungen erweitert werden, z.B. durch die Ermutigung zum Experimentieren und Probehandeln.
- Wichtig sind weiter Maßnahmen, die den Umgang mit Misserfolgen verbessern, man lernt z.B. sich zu verzeihen, und gibt sich dadurch Halt.
- Therapeutisch aktiviertes volitionales Handeln kann die Fähigkeit zum Umgang mit Unlustgefühlen steigern und damit die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen.



Donnerstag, der 18.4.2013

Das Borderline-Konzept im Wandel



Borderline Persönlichkeitsstörung

UniversitätsKlinikum Heidelberg

A Mindestens mäßige Beeinträchtigung des Funktionsniveaus

Identität: instabiles Selbstbild, oft mit starker Selbstkritik verbunden, chronische Gefühle der Leere, dissoziative Zustände unter Stress

Selbststeuerung: Instabilität in Zielen, Werten und (beruflichen) Planungen.

Empathie: Geringe Fähigkeit, die Gefühle Anderer zu erkennen im Zusammenhang mit interpersoneller Hypersensibilität; verzerrte Wahrnehmung Anderer hin zu negativer Attribution

Intimität: Intensive, instabile, und konflikthafte enge Beziehungen, bestimmt von Misstrauen, Bedürftigkeit und ängstlicher Beschäftigung mit realer oder eingebildeter Ablehnung; ...

B Mindestens vier der folgenden sieben Merkmale, davon mindestens eins der Krit. 5, 6, 7

1. Emotionale Labilität: häufige Stimmungsschwankungen

2. Ängstlichkeit, Nervosität, Angespanntheit

3. Trennungsangst, Furcht vor Zurückweisung

4. Depressivität: Scham, geringer Selbstwert, suizidales Verhalten

5. Impulsivität

6. Risikosuche

7. Feindseligkeit

Negative Affektivität

Enthemmung

Antagonismus



**Ist die Borderline-P.S. eine Affektregulationsstörung
oder eine Interaktionsstörung?**



Traumata bei der Borderline P.S.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Types of Trauma: Number of Participants and Percentage of PD Cell

	STPD (N = 86)	BPD (N = 167)	AVPD (N = 153)	OCPD (N = 153)	MDD (N = 94)	χ^2 (4)
Military combat (N = 17)	1 (1.2)	5 (3.0)	4 (2.6)	2 (1.3)	5 (5.3)	4.77
Serial sexual abuse (N = 247)	34 (39.5)	92 (55.1)	52 (34.2)	43 (28.1)	26 (27.7)	32.38**
Unwanted sexual contact ^a (N = 247)	19 (22.1)	61 (36.5)	34 (22.2)	18 (11.8)	12 (12.7)	32.38**
Rape (N = 144)	30 (34.9)	63 (37.7)	34 (22.2)	32 (20.9)	23 (24.5)	34.49**
Attacked—no weapon ^c (N = 217)	45 (52.3)	74 (44.3)	40 (26.1)	40 (26.1)	18 (19.1)	38.70**
Serial sexual abuse (N = 217)	10 (22.7)	10 (23.9)	29 (19.0)	29 (19.0)	18 (19.0)	38.70**
Fearful witnessing injury (N = 170)	10 (22.7)	10 (23.9)	24 (15.7)	26 (17.0)	30 (31.9)	19.92
Witness injury/killing (N = 214)	41 (47.7)	59 (35.3)	45 (29.4)	41 (26.8)	28 (29.8)	12.81
Witness sexual abuse ^d (N = 38)	5 (5.8)	22 (13.3)	4 (2.6)	4 (2.6)	3 (3.2)	23.62**
Trauma history ^e (N/% group)	73 (84.9)	153 (91.6)	116 (75.8)	116 (75.8)	74 (78.7)	19.1**

^a BPD vs. all others: χ^2 (1) = 28.3***; BPD > STPD, AVPD, OCPD, MDD (each).*

^b BPD vs. all others: χ^2 (1) = 3.9*; BPD > STPD, AVPD, OCPD, MDD (each).*

^c STPD/BPD vs. AVPD/OCPD: χ^2 (1) = 35.47***; STPD, BPD > AVPD, OCPD, MDD (each).*

^d BPD vs. all others: χ^2 (1) = 22.4***; BPD > MDD, AVPD, OCPD (each).*

^e STPD/BPD vs. AVPD/OCPD: χ^2 (1) = 16.9***; BPD > MDD, AVPD, OCPD (each).**

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.



Sexuelle Traumatisierung

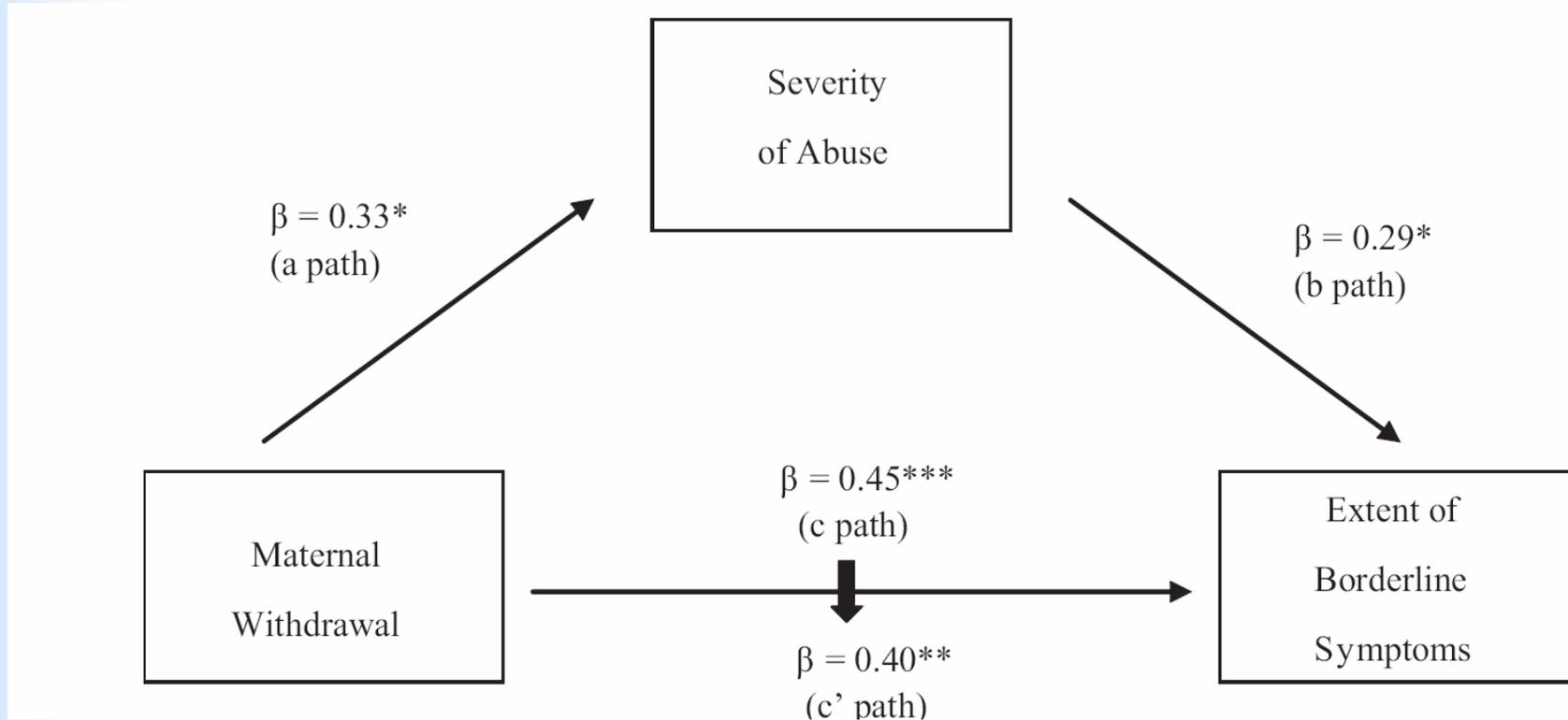
Parameters of Sexual Abuse among Borderline Patients with Reported History of Childhood Sexual Abuse

	BPD (N = 181)	
	N	%
Age of abuse		
Early childhood/latency (0–12) (1 pt) ^a	61	33.7
Adolescence (13–17) (2 pts)	24	13.3
Both (3 pts)	96	53.0
Frequency		
Once (1 pt)	33	18.2
Monthly/less (2 pts)	43	23.8
Weekly (3 pts)	105	58.0
Perpetrator (closest relationship)		
Stranger (1 pt)	3	1.7
Known abuser/sibling (2 pts)	99	54.7
Caretaker (3 pts)	79	43.6
Number of perpetrators		
One (1 pt)	64	35.4
Two (2 pts)	45	24.9
Three or More (3 pts)	72	39.8
Nature of abuse (most serious type)		
Observation Without Contact (1 pt)	3	1.7
Fondling (2 pts)	36	19.9
Penetration (Oral/Vaginal/Anal) (3 pts)	142	78.5
Force or violence (1 pt)	92	50.8

Hoher Schweregrad der Traumatisierung in Bezug auf Häufigkeit und Gewaltpotential



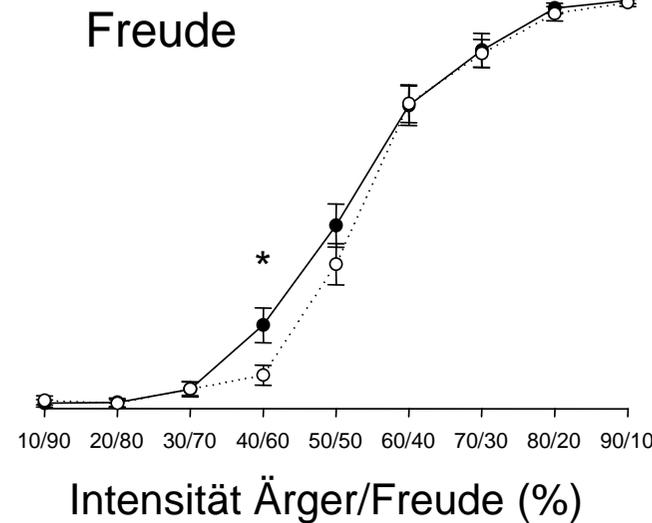
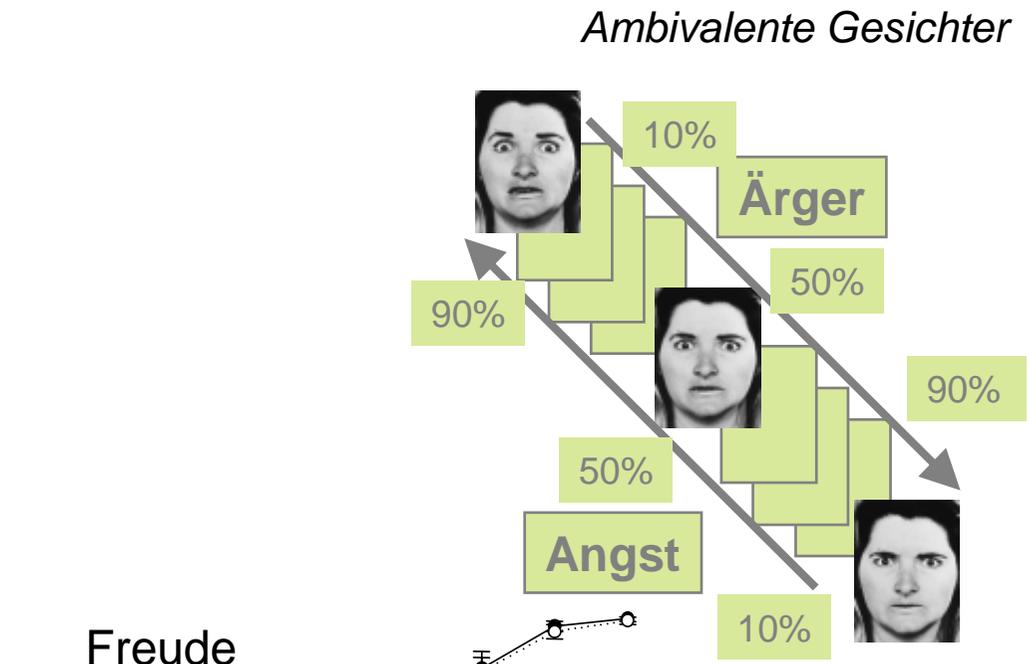
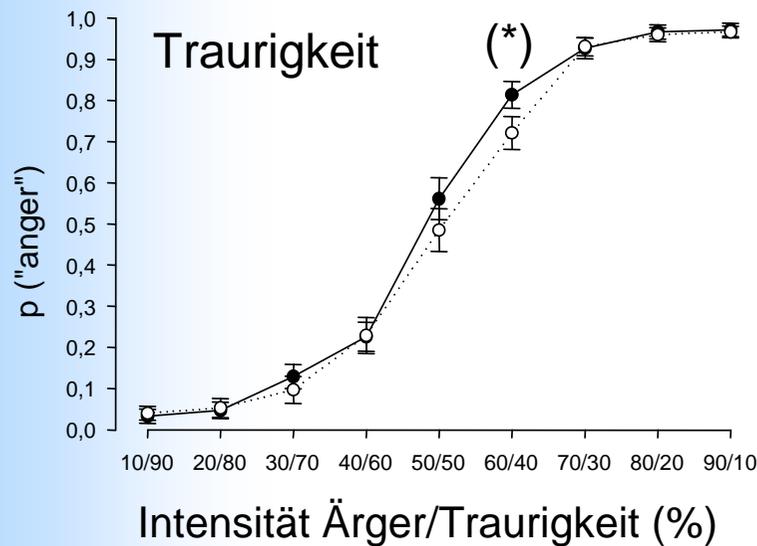
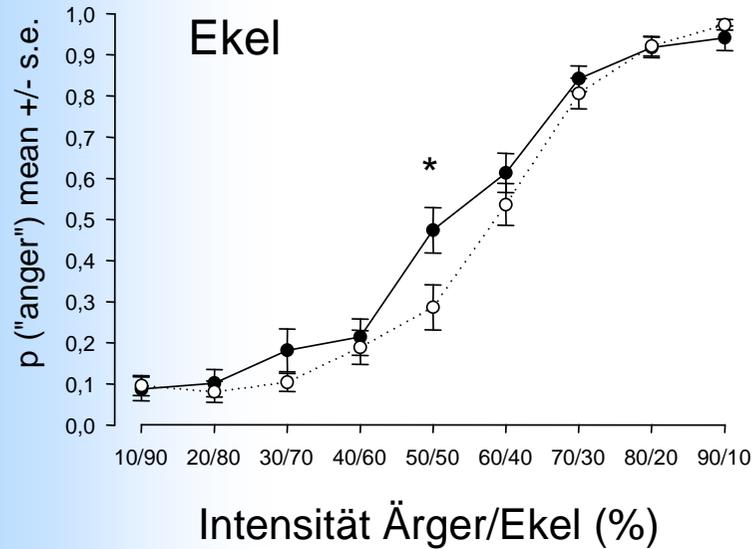
Schlechte Mutter-Kind-Interaktion prädiziert Borderline P.S.





Soziale Kognition – Mimische Erkennung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung

UniversitätsKlinikum Heidelberg



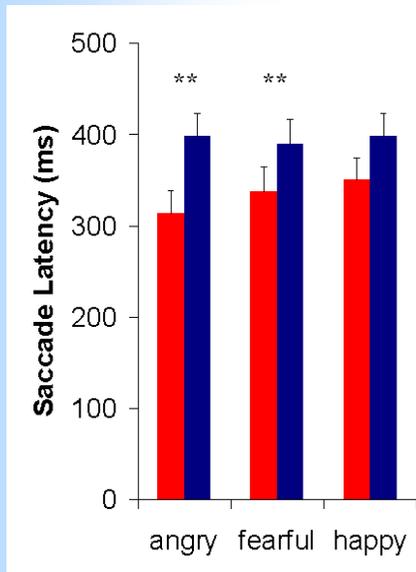
EIPS: N = 28
KON: N = 30

Domes, Herpertz et al.¹⁰³
J Pers Dis 2008

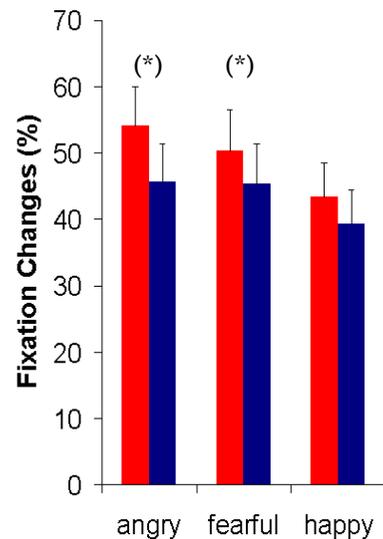


Überempfindlichkeit gegenüber sozialer Bedrohung

Latenz initialer Sakkaden



% der Sakkaden zur Augenregion



40 weibl. BPS
41 weibl. HC

unmediziert



BPD
CON

➔ BPS Patientinnen zeigen mehr und schnellere Sakkaden zu den Augen ärgerlicher Gesichter, d.h. sie schauen in das Zentrum der Bedrohung



Erhöhte Sensibilität gegenüber Zurückweisung

Staebler et al., Psychological Medicine (2011), 41, 1929–1938.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

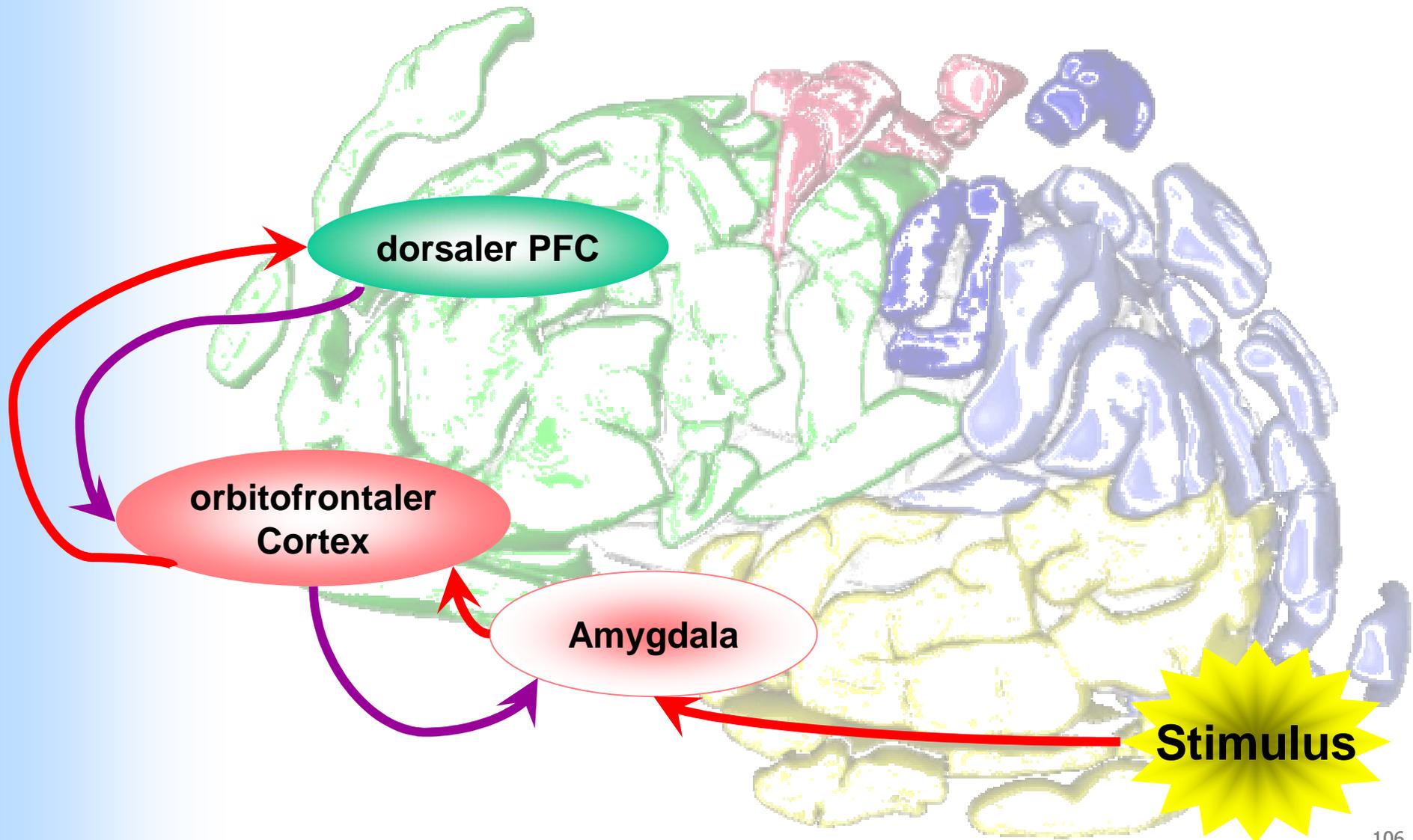
- Stichprobe: 35 BPS-Patientinnen vs. 33 gesunde weibliche Kontrollen
- BPS-Patienten fühlten sich ausgeschlossen, auch wenn sie objektiv eingeschlossen wurden (22% der Zeit vs. real 33%)
- BPS hatten mehr negative selbstbezogene Gefühle ohne spielbedingte Effekte.
- BPS-Patienten zeigen mehr negative Gefühle gegen Andere vor und nach dem Spiel mit Zunahme nach Zurückweisung.
- BPS-Patienten zeigten weniger positive Gefühle ohne spielbedingte Effekte.
- BPS-Patienten zeigten mimisch mehr gemischte Gefühle (= 2 Emotionen zur gleichen Zeit), bereits vor dem Spiel und während der Ausschlussbedingung.



BPS-Patienten nehmen soziale Situationen verzerrt wahr, sie reagieren mit Ressentiment/ Ärger und zeigen mehrdeutige Mimik.



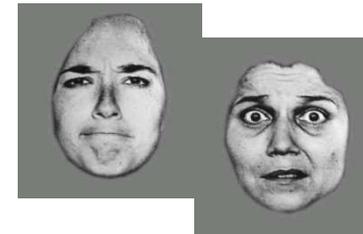
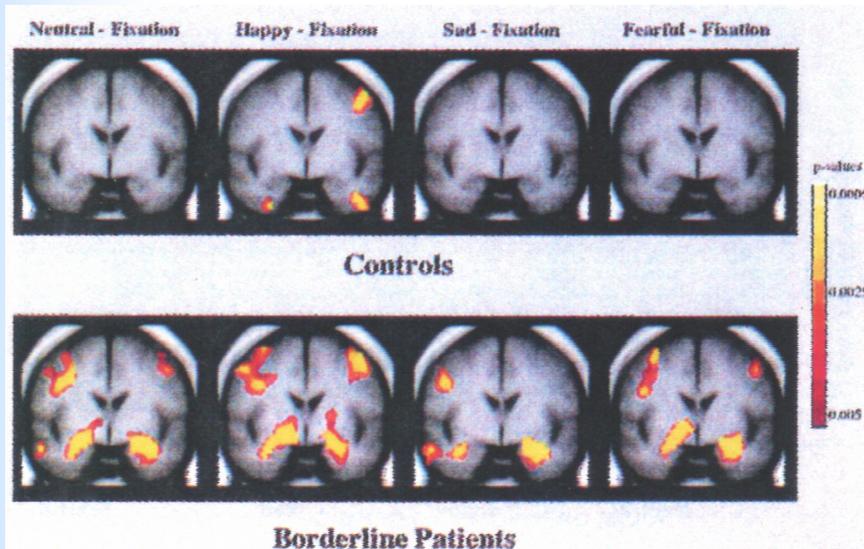
Neurofunktionelle Korrelate der Affektdysregulation





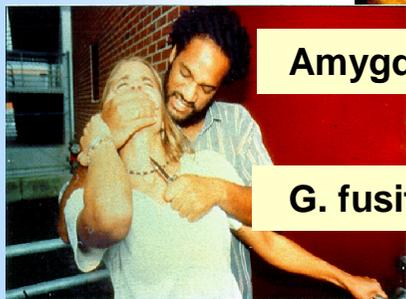
UniversitätsKlinikum Heidelberg

Hyperarousal und Amygdalaaktivität bei der Borderline P.S.



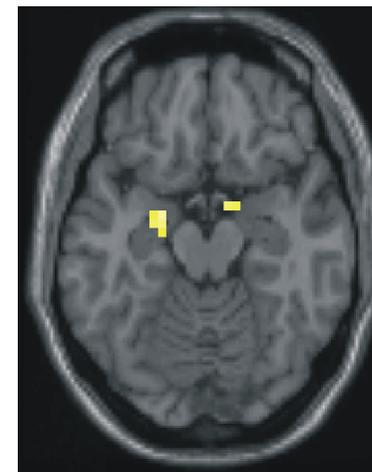
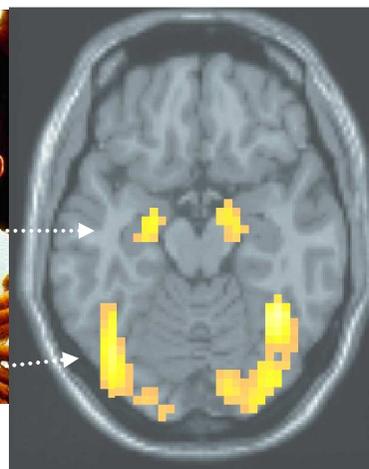
Donegan et al. 2003

Patienten:
negativ-neutral



Amygdala

G. fusiformis

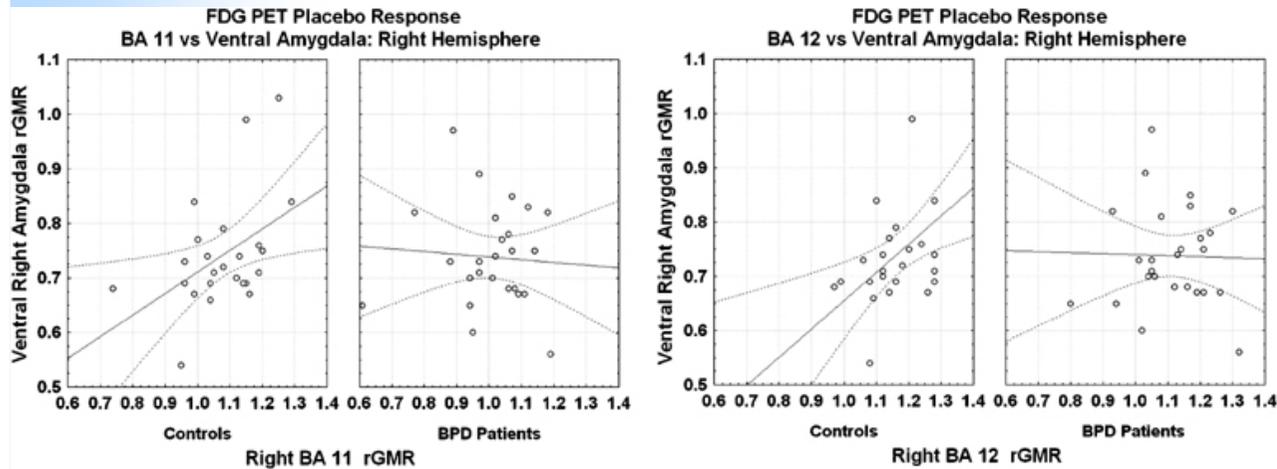


PAT-KON:
negative-neutral

Herpertz et al. Biol Psychiatry 2001

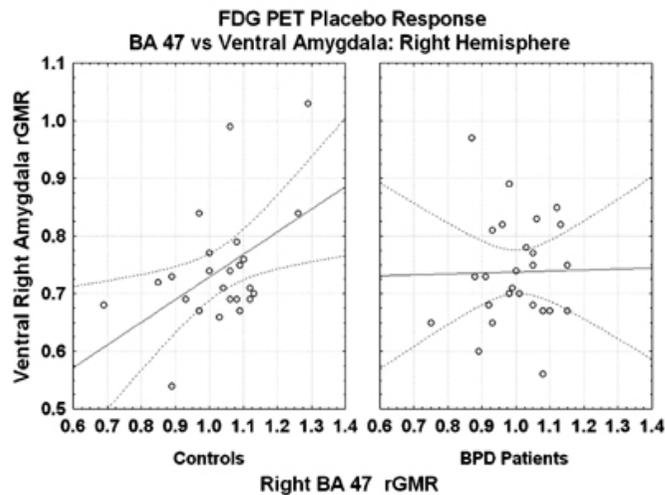


Affektdysregulation & Präfrontaler Cortex bei der BPS



26 impulsive BPS-Pat.
vs. 24 Kontrollen

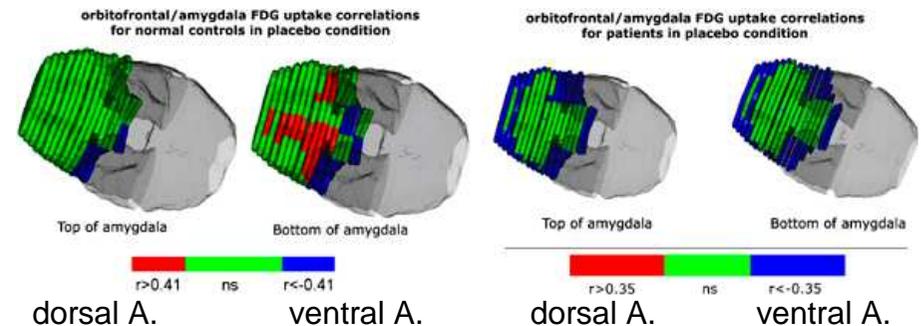
FDG-PET



OFC-Amygdala Korrelationen

Kontrollen

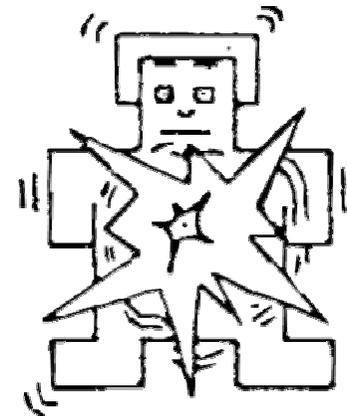
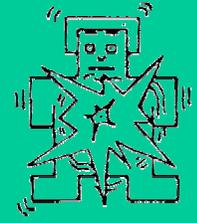
BPS





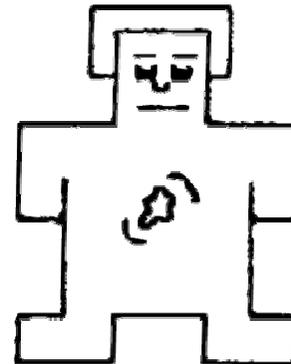
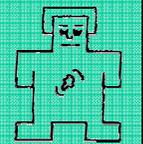
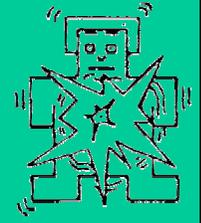
Affektregulationsstrategien bei der Borderline P.S.

UniversitätsKlinikum Heidelberg



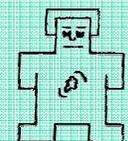
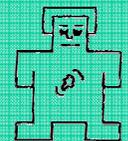
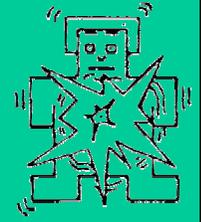
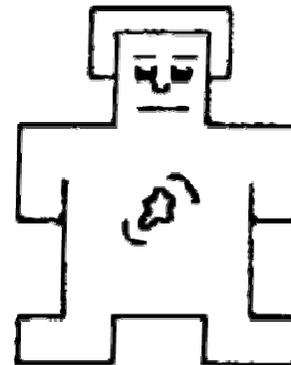
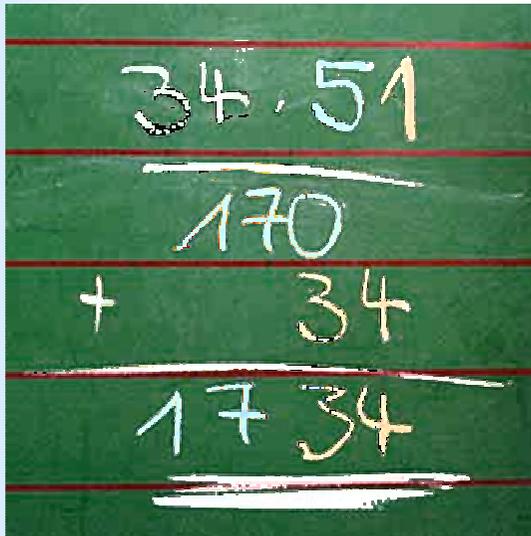


Kognitive Neubewertung



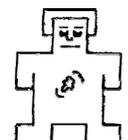
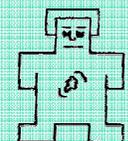
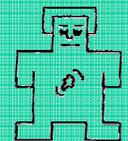
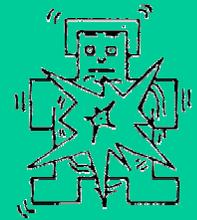
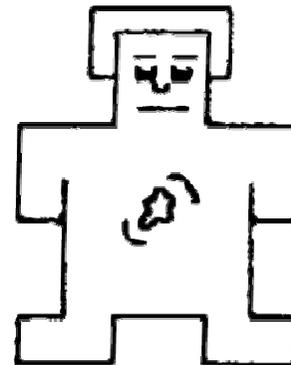


Kognitive Ablenkung





Sensorische Ablenkung





Explizite Affektregulation bei der BPS

UniversitätsKlinikum Heidelberg

negative



Instruktion

verstärken

vermindern

beibehalten

neutral



Instruktion

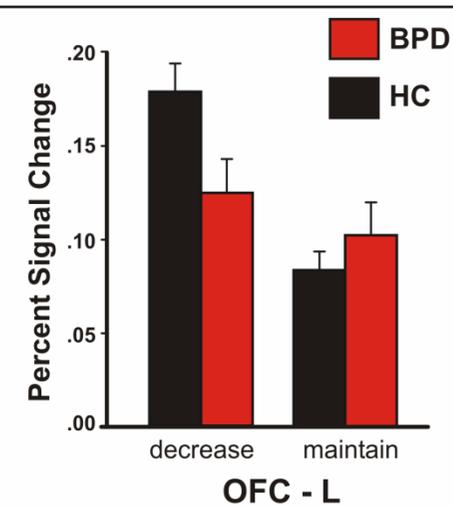
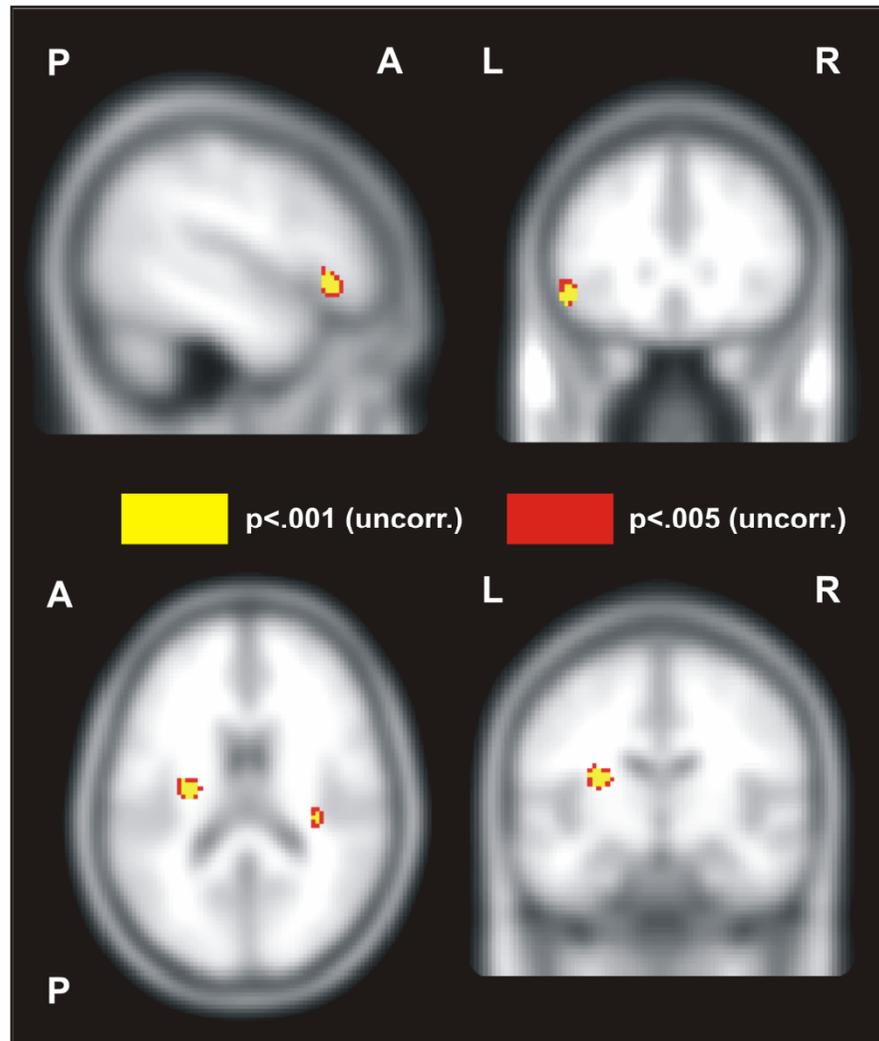
beibehalten



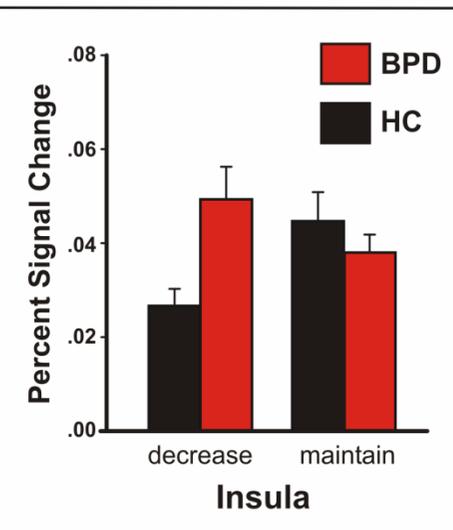
Affektregulation durch Neubewertung Emotionen beibehalten > abschwächen

UniversitätsKlinikum Heidelberg

16 BPD
Vs. 16 CON



$p = .035$



$p < 0.001$

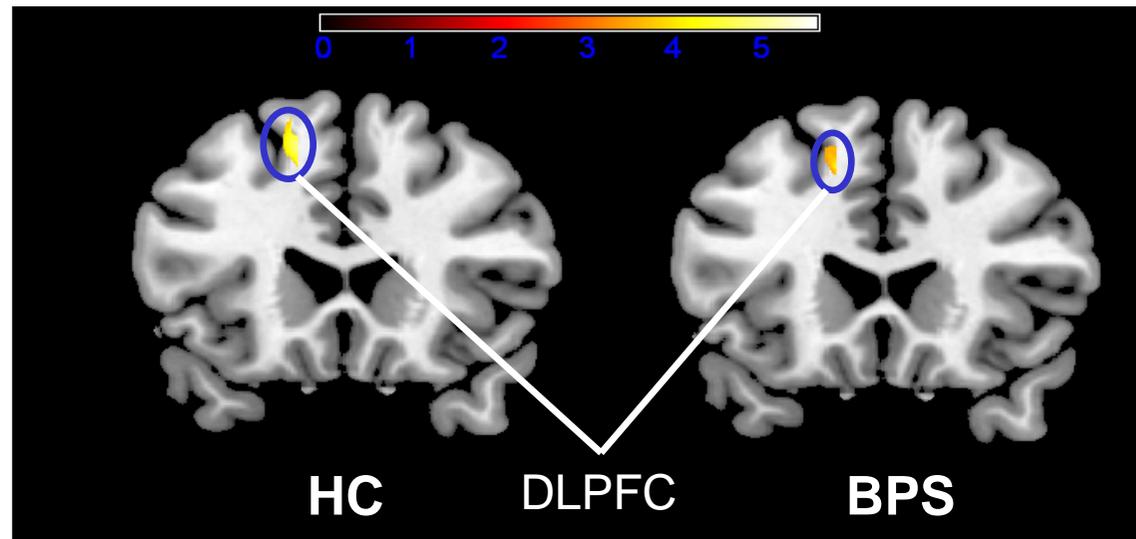
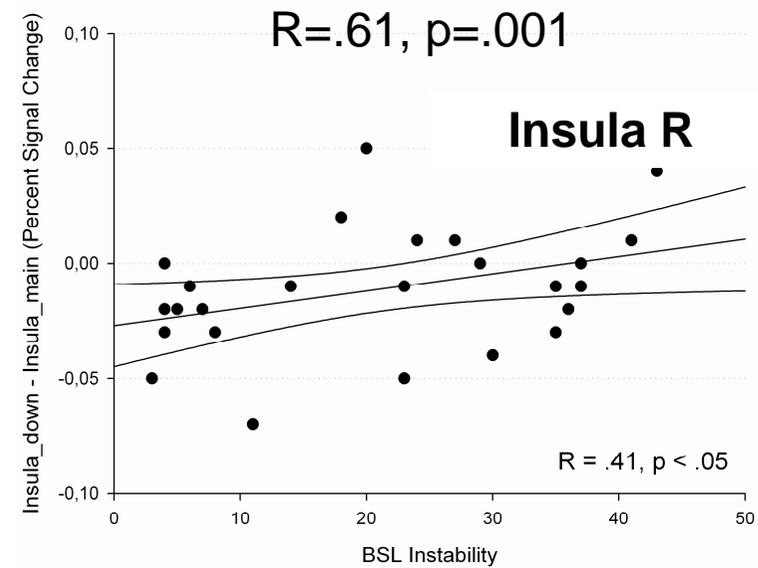
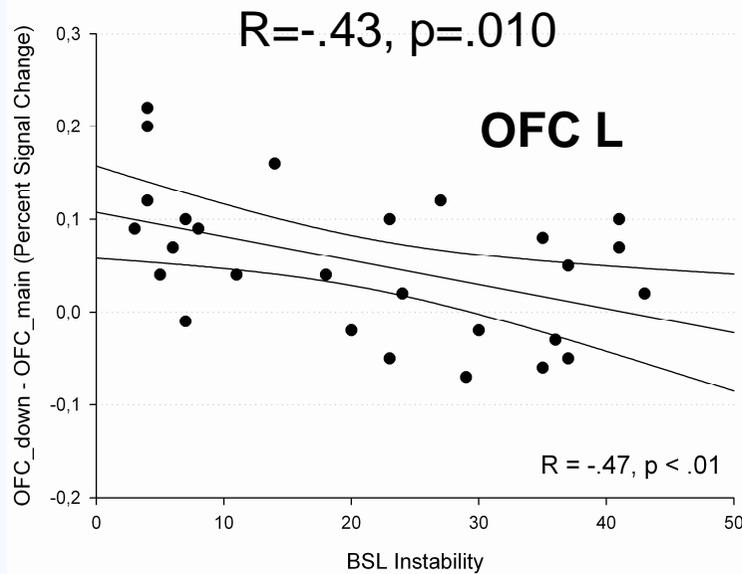
BPS abschwächen>beibehalten > KON abschwächen>beibehalten



Affektregulation durch Neubewertung

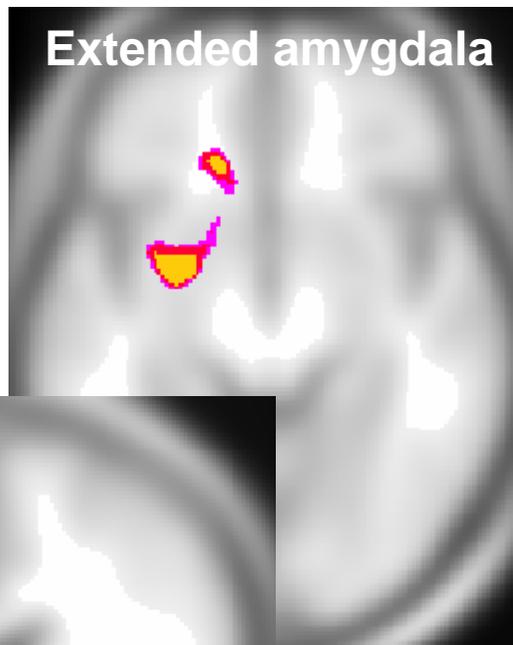
Emotionen beibehalten > abschwächen

UniversitätsKlinikum Heidelberg

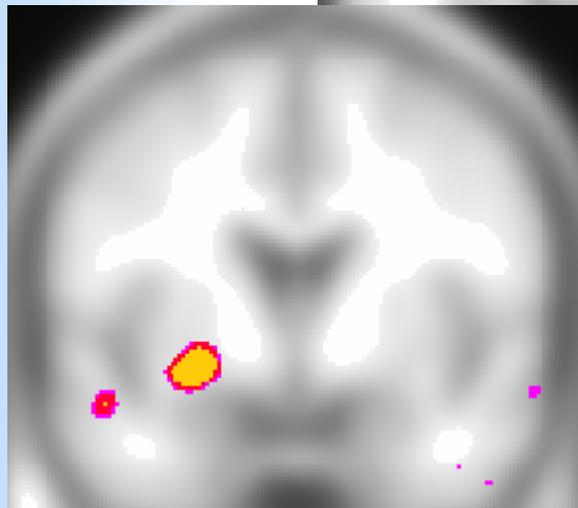




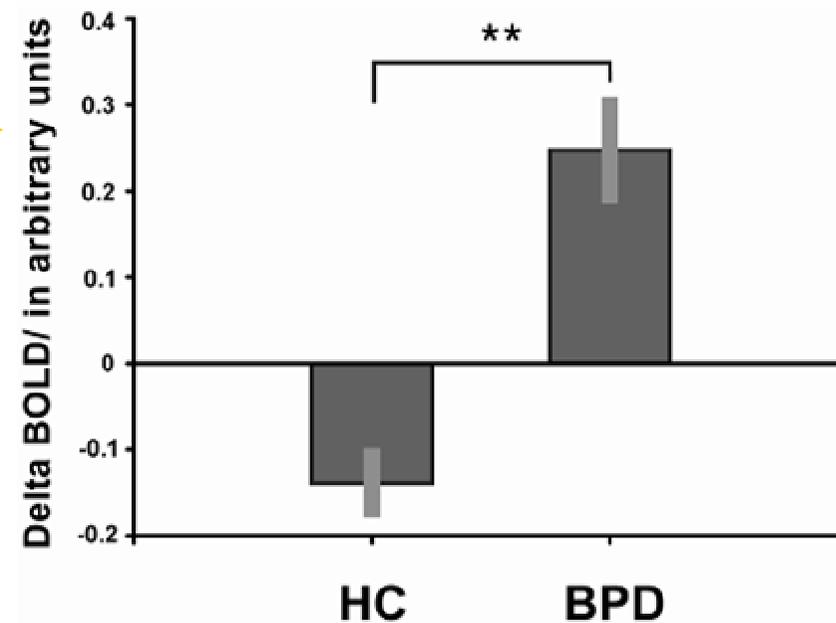
Attentionale Ablenkung durch kognitive Aufgabe



- $p < 0.001$, unc.
- $p < 0.005$, unc.
- $p < 0.01$, unc.



high arousal negative Bilder
(1back & 2back)

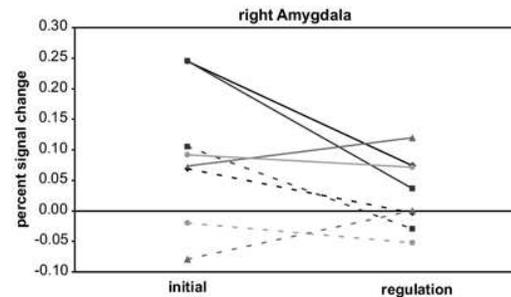
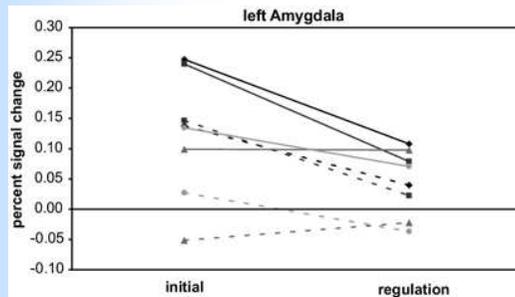


Suppression der Amygdala-Aktivität unter kognitiver Beanspruchung bei Kontrollen, nicht aber bei BPS Probanden

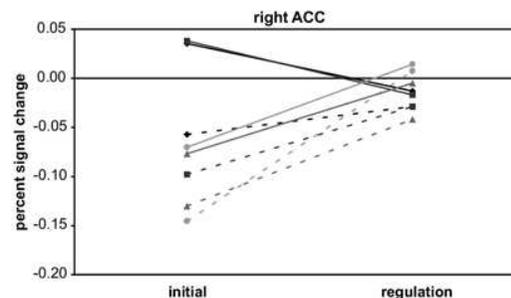
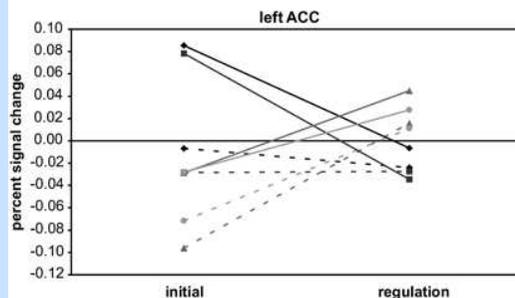
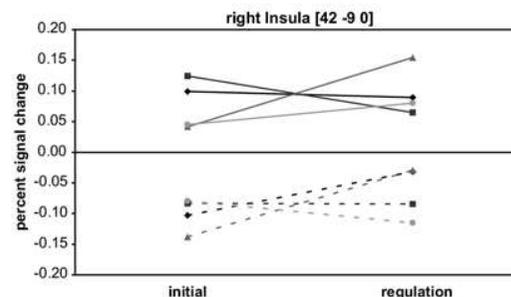
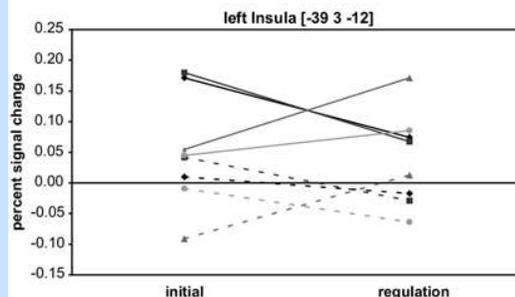


Attentionale Ablenkung durch sensorische Reize

Der beruhigende Effekt von Selbstverletzungen bei der BPS könnte auf attentionalen Ablenkungsmechanismen beruhen.



Amygdala-Deaktivierung in beiden Gruppen bei heißen und warmen Reizen, aber BPS (ES 1,41) > CON (ES .62)



BPS ———
KON - - - -

◆ negative hot ■ negative warm ▲ neutral hot ● neutral warm — BPD - - HC

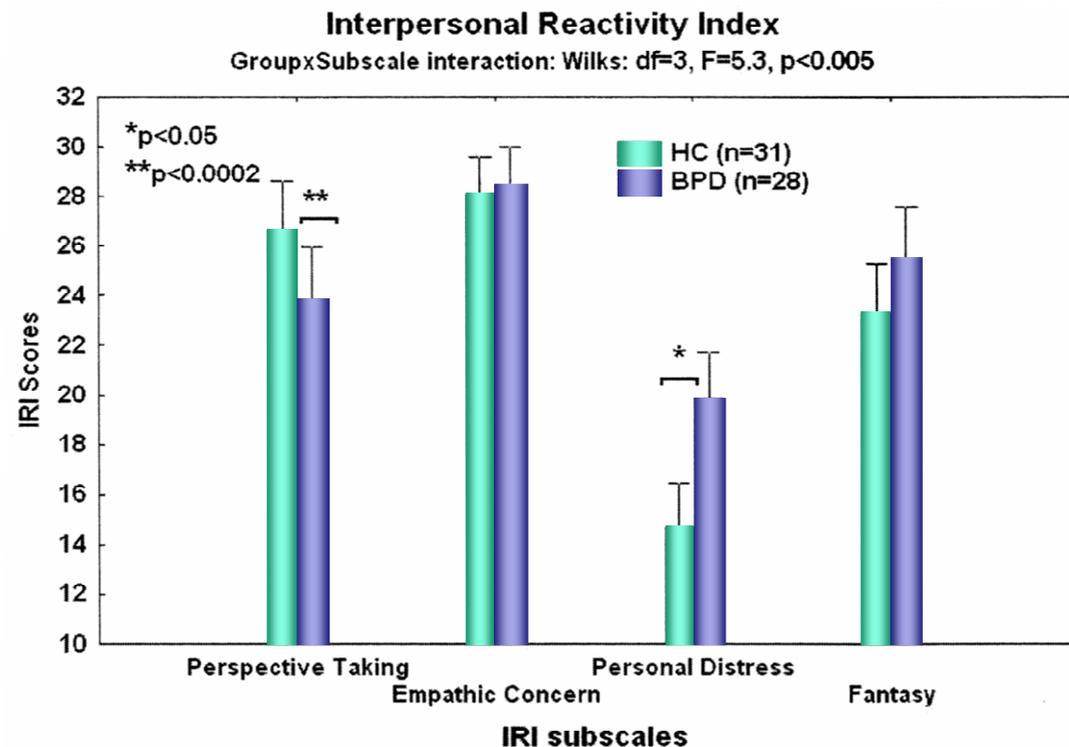


Empathie bei der Borderline P.S.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Kognitive Empathie:
die Perspektive anderer einnehmen/
„theory of mind“

Emotionale Ansteckung:
basiert auf Simulation/
Spiegelneuronensystem



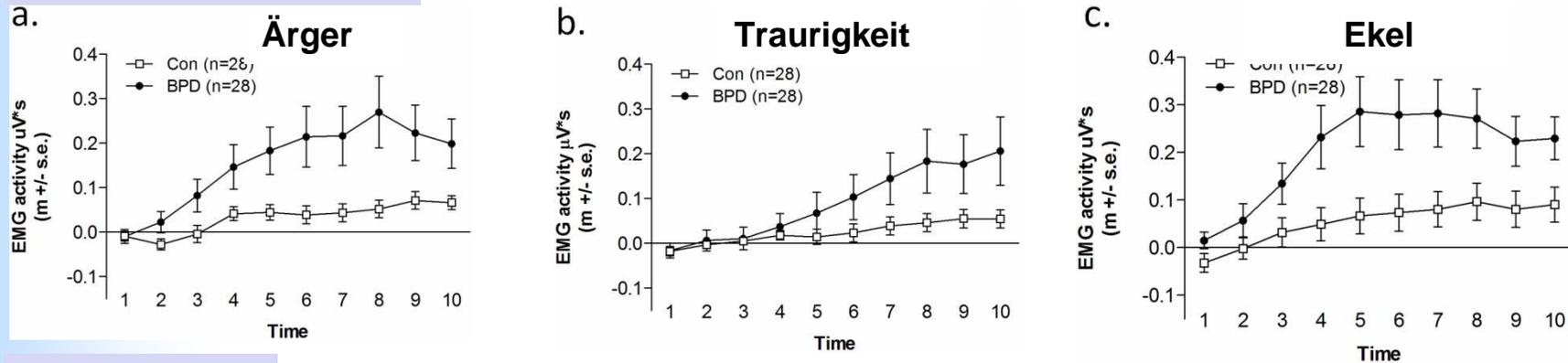


Ausgeprägtes negatives mimisches „Mirroring“ bei der Borderline P.S.

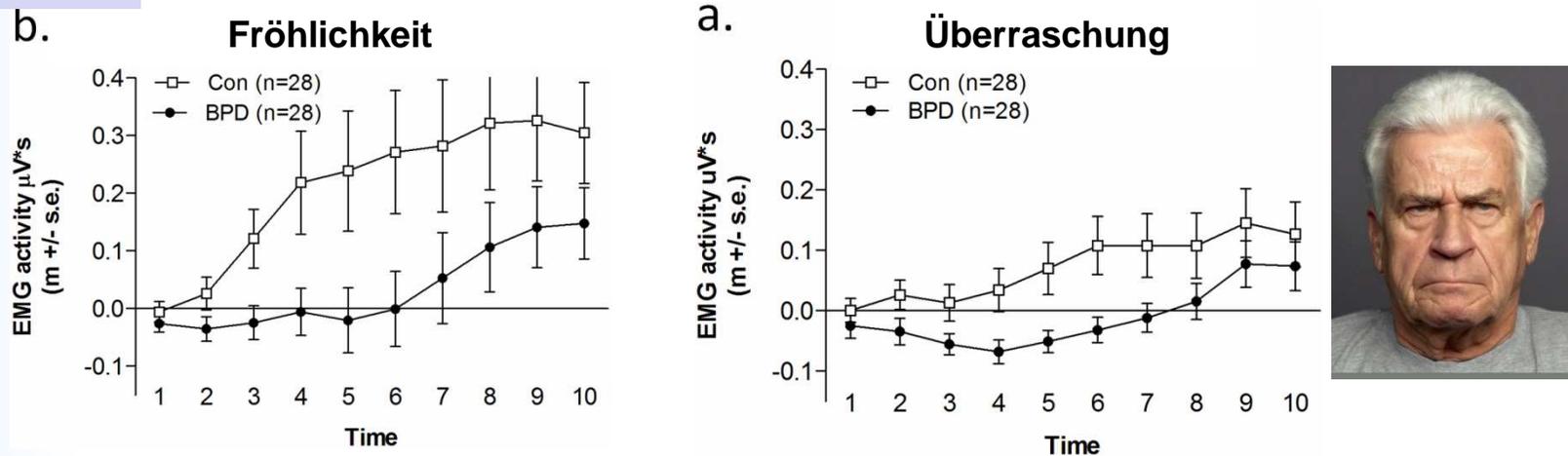
UniversitätsKlinikum Heidelberg

N = 28 ♀ mit BPS; N = 28 ♀ Gesunde

M. corrugator supercilii



M. levator labii





„Mindreading“ bei der Borderline P.S.

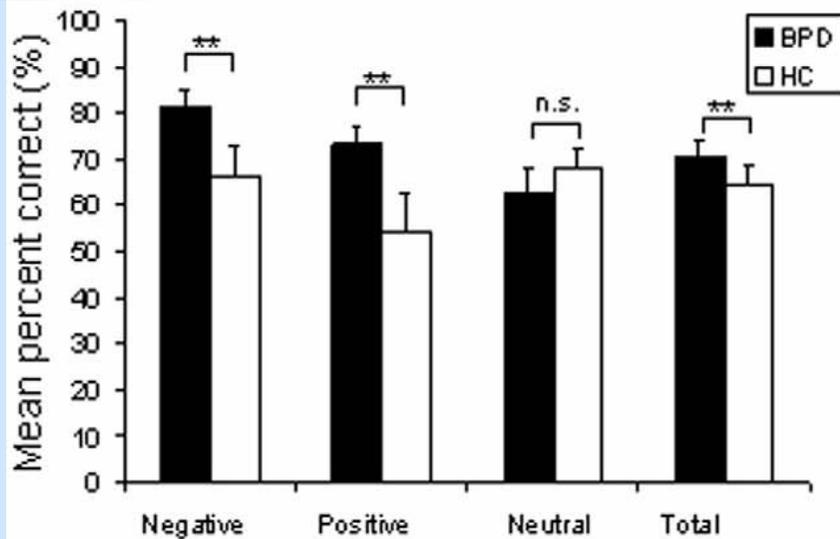
UniversitätsKlinikum Heidelberg



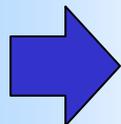
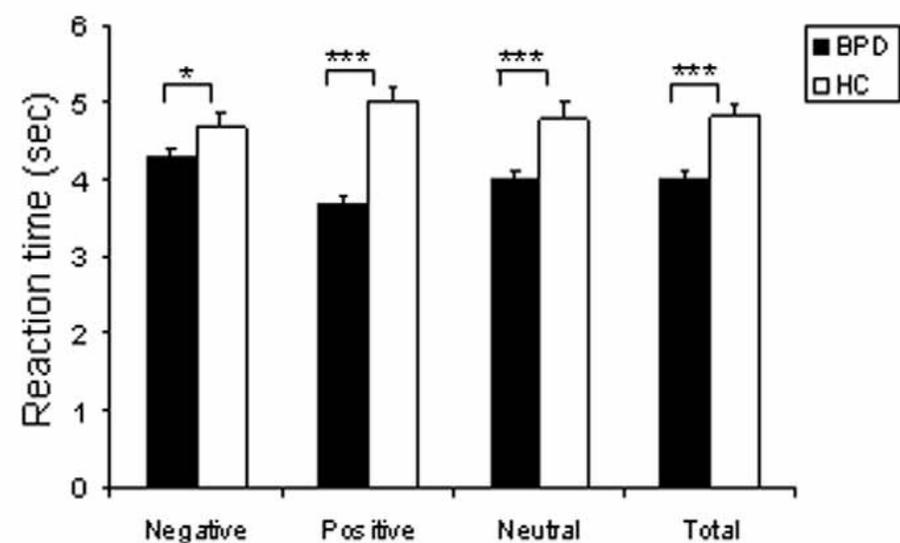
RMET



Richtige Antworten



B Reaktionszeiten



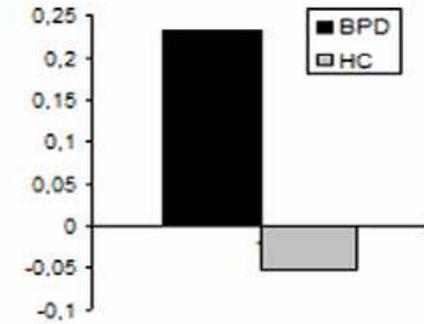
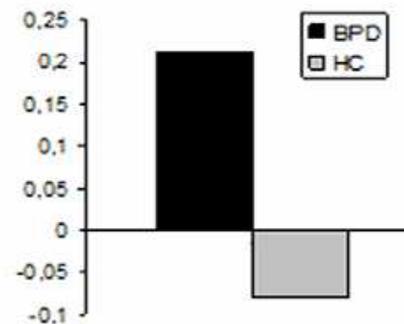
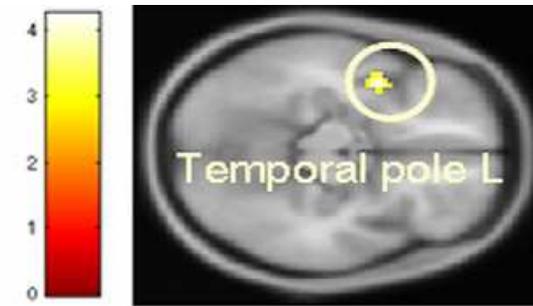
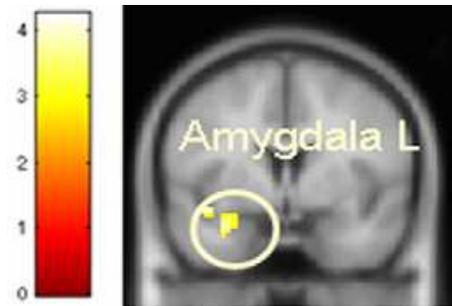
Bessere und schnellere Leistungen bei BPS gegenüber Gesunden



„Mindreading“ bei der Borderline P.S.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Negativer vs. neutraler Augenausdruck



sup. temp. gyrus
 sup. temp. pole CON > BPS
 R precuneus

➡ Empathie ↓

left inf. frontal g.
 med. frontal g. BPS > CON

➡ „Contagion“ ↑



Empathie bei BPS – Multifaceted EmpathyTest

Dziobek et al. Neuroimage 2011, 15;57(2):539–48.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Kognitive Empathie

A

What is the person feeling?

miserable angry

Auswahl eines Gefühl beschreibenden Begriffes

Emotionale Empathie

B

How much are you feeling for the person?

more less

Auswahl: "ziemlich gering" oder "ziemlich stark"

"Highlevel" Baseline

C

Is this person young or old?

young old

Geschlecht- und Altersbeurteilung

N = 30 BPS; N = 29 KON

block instructions
8 sec

picture presentation
4.5 sec

10 Stimuli pro Block

t



Verhaltenskorrelate von Empathie

Dziobek et al. Neuroimage 2011, 15;57(2):539–48.

Emotional and cognitive empathy in the behavioral study.

Measure	Patients with BPD (n = 21)		Control subjects (n = 21)		t Value	P Value
	Mean	SD	Mean	SD		
<i>IRI</i>						
Cognitive empathy						
Perspective taking	21.75	6.25	25.00	3.67	1.88	.07
Fantasy	27.00	4.80	26.00	4.90	0.59	.56
Emotional empathy						
Empathic concern	23.90	6.90	28.24	2.08	1.99	.06
Personal distress	25.00	5.50	17.50	4.30	3.85	.00
<i>Behavioral MET performance</i>						
Cognitive empathy	20.95	2.52	22.3	1.32	2.12	.03
Emotional empathy	4.87	2,13	6.00	1.20	2.22	.04



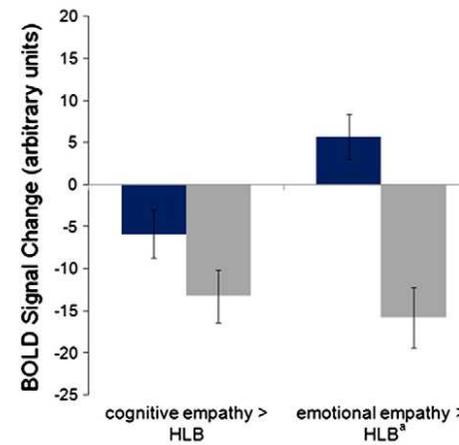
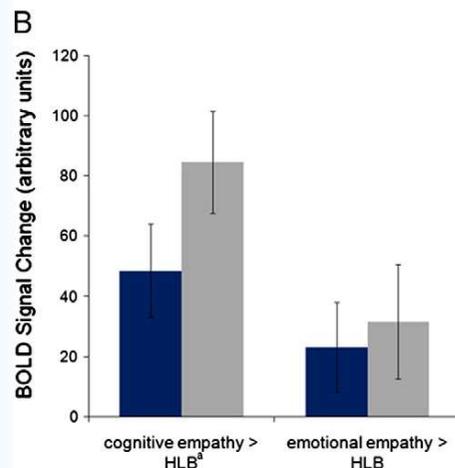
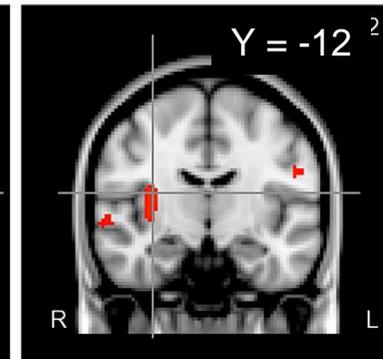
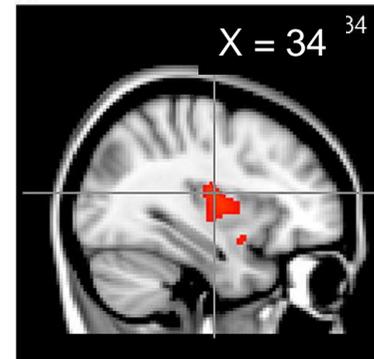
Neuronale Korrelate von Empathie bei BPS

Dziobek et al. Neuroimage 2011, 15;57(2):539–48.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Kognitive Empathie: Aktivität ↓ im linken oberen temporalen Sulcus

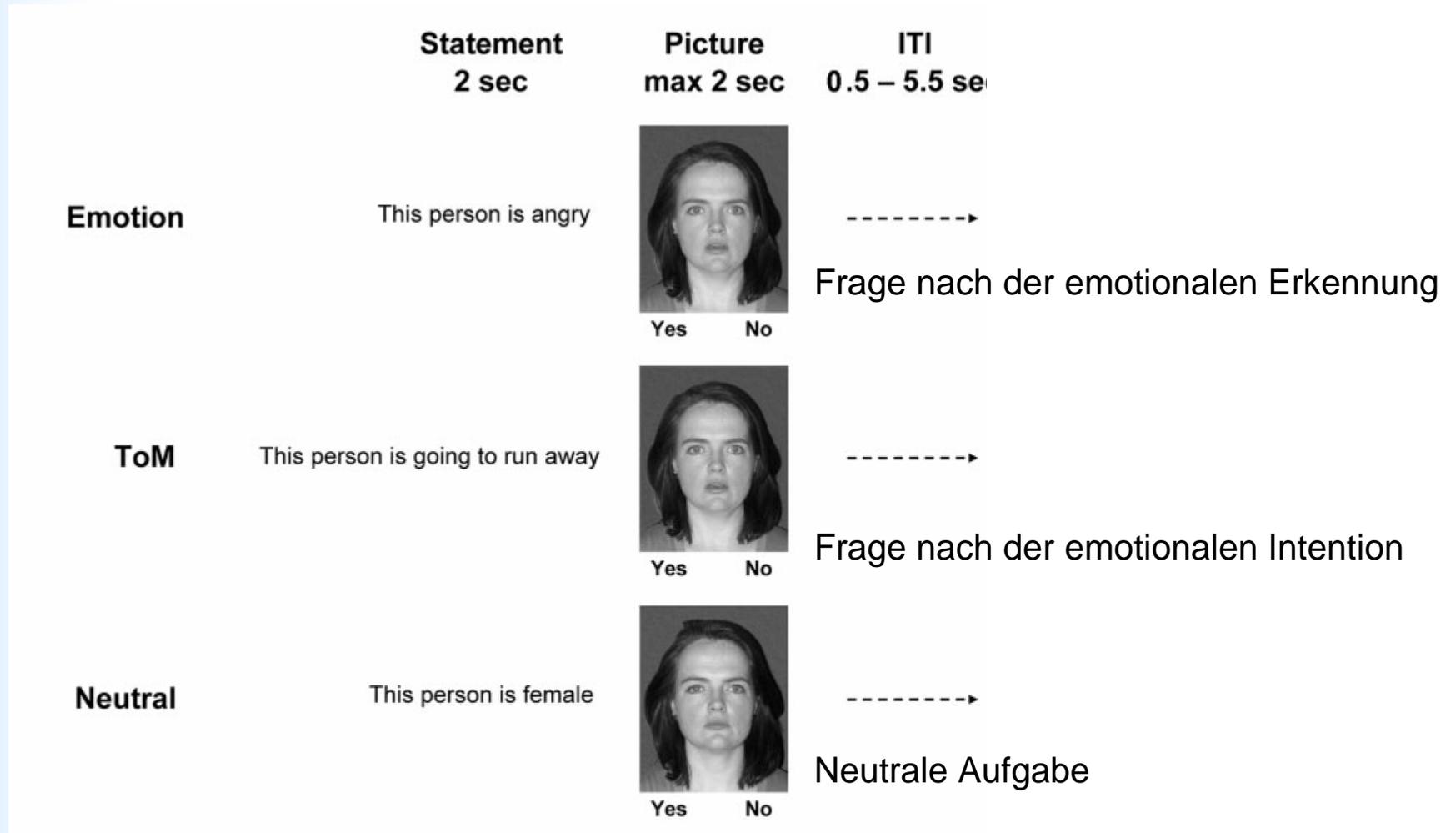
Emotionale Empathie: Aktivität ↑ in rechter Insel



BPS
KON

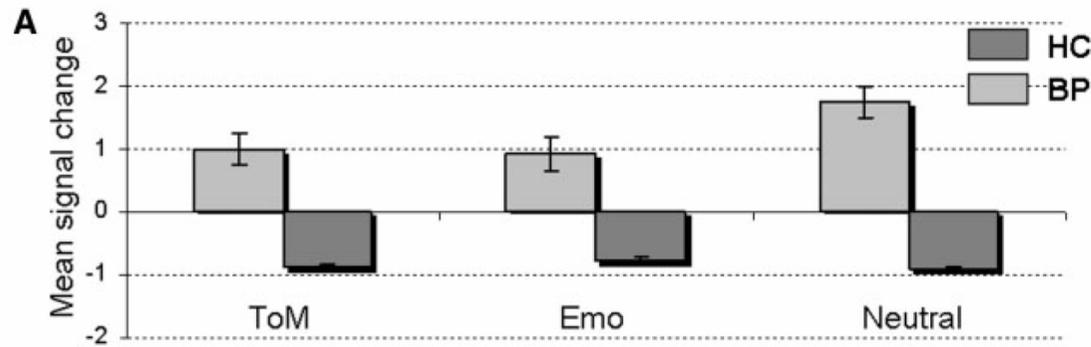


Neurale Korrelate von sozialer Kognition bei der Borderline P.S.

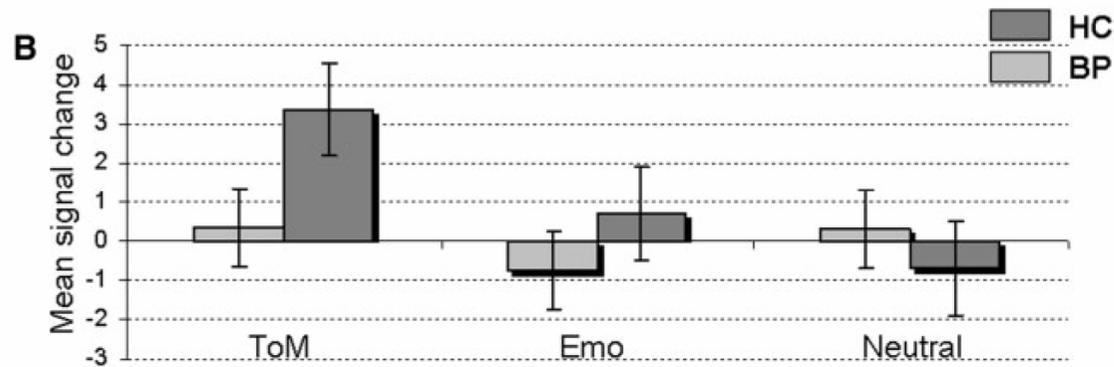




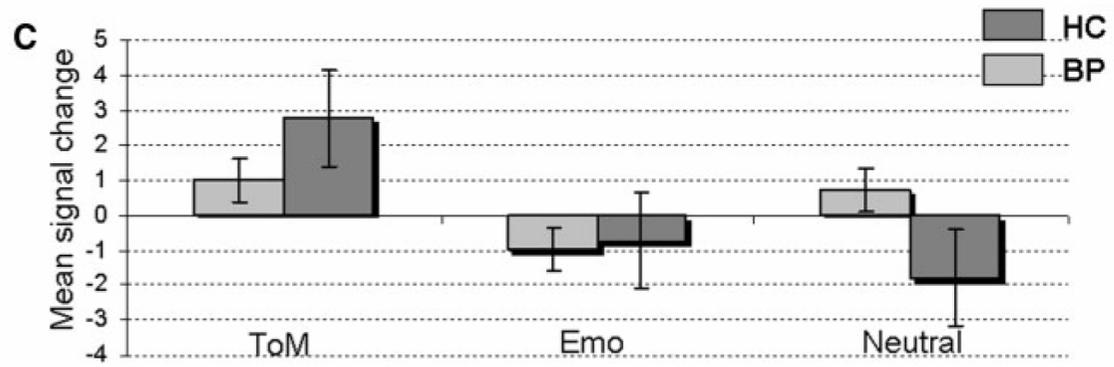
Neuronale Korrelate von Sozialer Kognition bei Borderline P.S.



Linke Amygdala
Zusätzlich:
Präzentraler Gyrus
Postzentraler Gyrus



Re BA 44



Re STS



BPS: Emotionale Simulationsprozesse bestimmen soziale–kognitive Prozesse

- Hyperaktivität in Amygdala und somatosensorischem Kortex spiegelt ein hohes Maß an automatischen, unbewussten emotionalen Simulationsprozessen wider, d.h. der mentale Zustand Anderer wird ausgehend vom eigenen emotionalen Zustand verstanden.
- Sie aktivieren mehr als Gesunde eigene motorische und somatosensorische Repräsentationen während der Beobachtung Anderer und sie aktivieren Repräsentationen eigener emotionaler Zustände während der Beobachtung emotionaler Zustände bei Anderen.
- Dagegen zeigen BPS-Pat. verminderte Aktivität in Arealen, die mit der kognitiven Repräsentation von Intentionen und Gefühlen zu tun haben (z.B. STS, BA 44).
- Emotionen werden spontan mit Anderen geteilt, BPS-Pat. sind berührt von eigenen Affekten, die durch die Affekte Anderer getriggert werden, Selbst/Fremd-Diffusion



Schlussfolgerungen aus experimentellen Befunden

- Hohe Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, verzögerte Rückbildung von emotionalen Reaktionen
- „Negativitäts-Bias“ in der Wahrnehmung von Gesichtern
- Attentionale Ausrichtung auf Bedrohungsreize, Teil verstärkter „äußerer Mentalisierung“?
- „Mindreading“ erfolgt intuitiv über Ansteckung („contagion“), geringe auf Mentalisierung beruhende Perspektivenübernahme und Empathie



Entwicklung und Lernen in Psychotherapie erfordert die aktive Gestaltung einer interpersonellen Situation, die Lernen möglich macht:.

- Wohlwollen, Ermutigung, Zutrauen, Unterstützung
- Mentalisieren
- Verstehen der Grundmotive
- Unterscheidung zwischen frühen Beziehungspersonen und Therapeut
- Therapeut als Modell für eine gelungene Selbstregulation bzw. Selbstlenkungsfähigkeit sowie für einen befriedigenden interpersonellen Stil



Therapeutische Beziehung und sozial-kognitive Funktionen

- Gemeinsames Nachdenken über die therapeutische Beziehung
- Übungsfeld für den Ausbau von Mentalisierung
- Korrigierende emotionale Erfahrungen
- Stärkung von Selbstwirksamkeitserfahrungen durch Validieren



Therapeutische Interventionen bei Störungen der Affektregulation

Verringerung des Daueranspannungsniveaus:

- Verbesserung der Schlaf- und Ernährungsgewohnheiten
- Übungen zur Erhöhung der Selbstachtsamkeit
- Sport, Yoga

Verringerung der emotionalen Vulnerabilität:

- Gezielte selektive Aufmerksamkeitslenkung („joint attention“)
- Kognitive Techniken mit Fokus auf Schwarz-Weiß Denken (z.B. visuelle Analogskalen), kognitive Fehlbewertungen u. Verzerrungen (sokratischer Dialog), maladaptive Modi (Kognitiver-Modus Tagebuch) und Förderung innerlichen Mentalisierens von Gedanken und Absichten Anderer
- Emotionsfokussierte Techniken



Therapeutische Interventionen bei Störungen der Affektregulation

Gezielte Beeinflussung der emotionalen Reaktion:

- Aufmerksamkeitsverschiebung (Ablenkung) durch
 - kognitive Beanspruchung
 - sensorische Ablenkung
- Training von Mentalisierungsfunktionen, z.B. Benennung eigener Emotionen
- Veränderung des expressiven Verhaltens (Gefühlsausdruck)



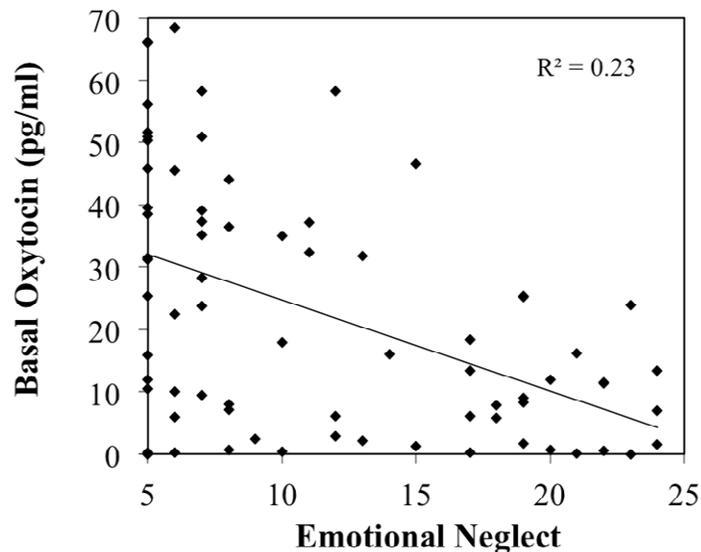
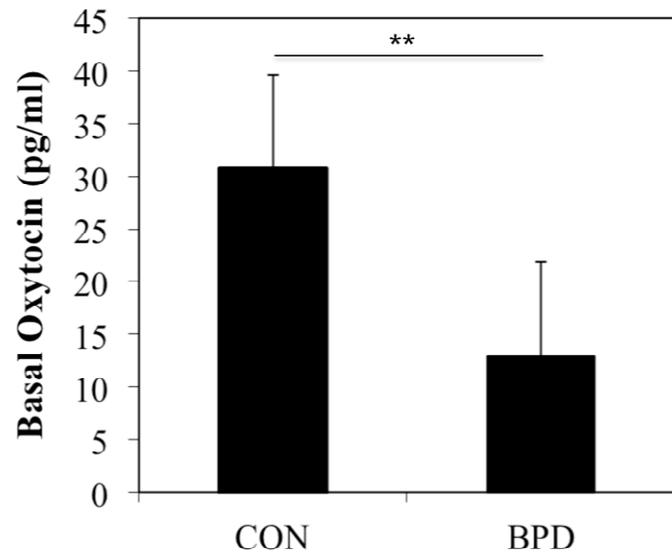
Therapeutische Interventionen mit Fokus auf Sozialer Kognition

- Für affektive Zustände kognitive Repräsentanzen bilden.
- Fokus auf innerliches Mentalisieren von Gedanken, Absichten, Gefühlen anstatt Fixierung auf äußerliches Mentalisieren, z.B. Verhalten, Mimik etc.
- Mentalisierung eigener Gefühle, Gedanken und Absichten vermindert „contagion“



Reduzierte Plasma-Oxytocin Konzentration bei BPS

N = 74, 34 BPS and 40 KON
follikuläre Phase



- $t(72) = 4.33$ $p \leq .001$ – auch nach stat. Kontrolle von Kontrazeptiva, Östrogen, Progesteron; $F(1,65) = 13.23$, $p = .001$.
- Negative Assoziation zwischen Plasma-Oxytocin und traumatischen Kindheitserfahrungen (CTQ), v.a. mit emotionalem Missbrauch und Vernachlässigung ($r \geq -.43$, $p \leq .001$)

➔ Dysregulation des Oxytocinsystems bei BPS – als Folge von traumatischen Kindheitserfahrungen?

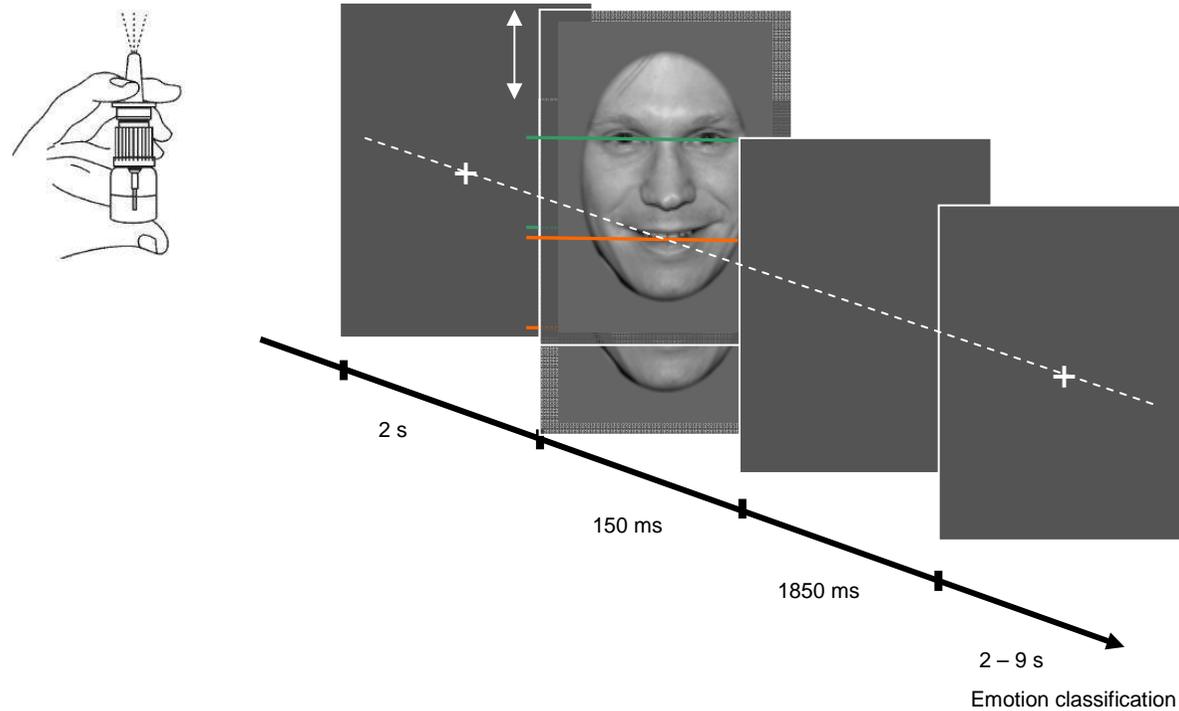


Oxytocin und Bedrohungserleben

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Emotionale Klassifikationsaufgabe

Gamer & Büchel, 2009; Gamer et al., 2010



Studien zur Borderline- Persönlichkeitsstörung

Probandenaufruf



UniversitätsKlinikum Heidelberg



Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit
Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

- ▶ Frauen und Männer zwischen 18 und 40 Jahren mit einer aktuellen oder zurückliegenden Borderline-Diagnose,
- ▶ die keine Psychopharmaka und keine Drogen nehmen,
- ▶ die rechtshändig sind,
- ▶ die keine Metallteile im Körper und keine Platzangst haben (das ist wichtig für die Teilnahme an Studien im Kernspintomographen).

Die Patientinnen und Patienten werden von Sonntag bis Freitag in Heidelberg und Mannheim an mehreren Studien teilnehmen. Sie sind in dieser Zeit in einem Forschungsbett (Zweierzimmer auf einer Station der Klinik) oder alternativ in einer zentral gelegenen Pension untergebracht. Die Kosten für Anfahrt, Unterkunft und Verpflegung werden dabei komplett übernommen. Zusätzlich erhalten Sie ein Probandenhonorar.

Kontakt

Bei Interesse oder Fragen erreichen Sie uns unter:
info.bps-studie@zi-mannheim.de
Telefon: 0621/1703-4413



- Seminar am Donnerstag, 18. 4.2013



Ia Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien

Dialektisch behaviorale Therapie (DBT)

Behandlung ambulanter Patienten

Metaanalyse

- Stoffers et al. (in Bearbeitung)

RCTs

- Linehan et al. (1991)
- Linehan et al. (1994)
- Springer et al. (1995)
- Turner (2000)
- Koons et al. (2001)
- van den Bosch et al. (2005)
- Linehan et al. (2006)
- Clarkin et al. (2007)

Ila Mindestens 2 randomisierte Studien von unabhängigen Arbeitsgruppen

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Behandlung ambulanter Patienten

RCTs

- Clarkin et al. (2007)/ Levy et al. (2006)
- Doering et al. (eingereicht)



Ila Eine randomisierte, kontrollierte Studie

Schemafokussierte Therapie (SFT)

Behandlung ambulanter Patienten

- Giesen-Bloo et al. (2006)/ van Asselt et al. (2008)

Gruppenbehandlung von ambulanten Patienten

- Farrell et al. (2009)

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Ambulante Einzel- und Gruppentherapie

- Bateman & Fonagy (2009)

Tagesklinische Behandlung

- Bateman & Fonagy (1999, 2001, 2008)

System Training für emotionale Vorhersagbarkeit und Problemlösung (STEPPS)

Gruppenbehandlung

- Blum et al. (2008)/ Black et al. (2009)



Prädiktoren erfolgreicher Psychotherapie bei der Borderline P.S.

- Hoher Schweregrad
- Güte der therapeutischen Beziehung im Patientenurteil
- Balance halten zwischen Autonomie und Kontrolle
- Vorurteilsfreie Haltung des Therapeuten gegenüber Patienten
- Nutzung von Wärme und Autonomie als kontingente Antwort auf intrapsychische Fortschritte

Barnicot et al. 2012; Clin Psychol Rev., 32(5):400-12.

Bedics ... Linehan 2012, Psychotherapy (Chic), 49(2):231-40



Verfahren, Methoden und Techniken in der Behandlung der Borderline P.S.

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Verfahren

Kognitive
Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologisch
fundierte
Psychotherapie

Psychoanalyse

Störungs- spezifische Methoden

Dialektisch
Behaviorale
Therapie *

Schema-
therapie*

Mentalisierungs-
basierte
Therapie *

Übertragungs-
fokussierte-
Therapie *

* mit wiss.

Wirksamkeitsnachweis

Techniken

<i>Verhaltensanalyse</i>	<i>Selbstinstruktionskarten</i>	<i>Mentalisierung</i>	<i>Klärung</i>
<i>Fertigkeitentraining</i>	<i>Imaginationstechnik</i>	<i>Stühledialog</i>	<i>Validierung</i>
<i>Kommunikationstechniken</i>	<i>Kognitives Modustagebuch</i>	<i>Sokratische</i>	<i>Konfrontation</i>
<i>Kontingenzmanagement</i>	<i>Abbildung von vermuteten</i>	<i>Gesprächsführung</i>	<i>Deutung</i>
<i>Tagebuch positiver Ereignisse</i>	<i>Zusammenhängen</i>		
	<i>Rollenspiele</i>		

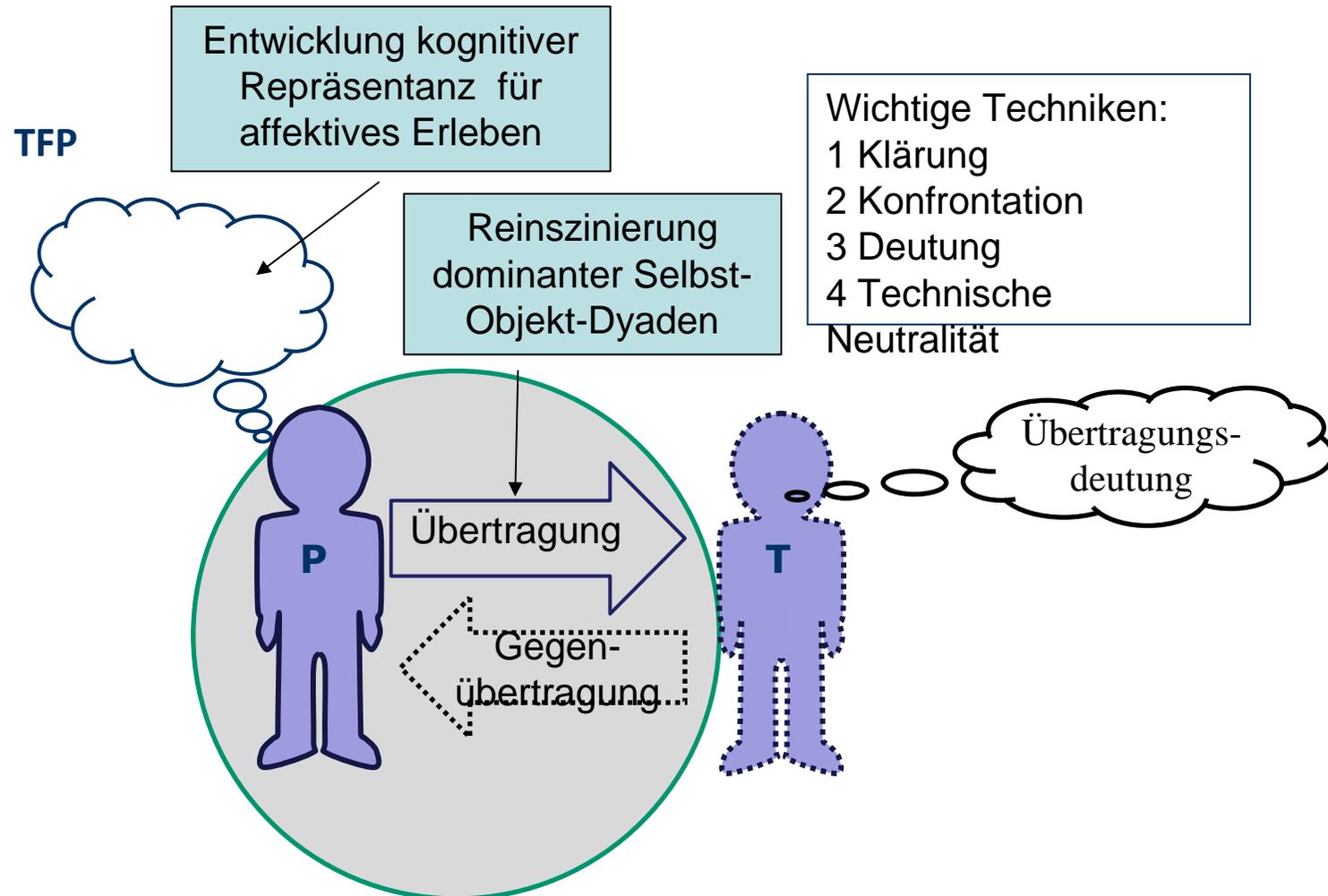


- Nutzt die therapeutische Beziehung, um relevante Objektbeziehungsdyaden mittels Deutung zu bearbeiten. Pat. lernt zu differenzieren, ob seine Affekte einen unmittelbaren Bezug zur Realität aufweisen oder aber auf dominanten Objektrepräsentanzen beruhen.
- Die Deutung vollzieht sich immer im Hier-und-Jetzt in Hinblick auf intrapsychische Strukturen und nicht auf Ereignisse der Vergangenheit.
- Der Therapeut reagiert nicht auf die Affekte und Beziehungserwartungen des Patienten sondern reflektiert gemeinsam mit dem Patienten hierüber. Keine Parteinahme für oder gegen den Patienten.
- Frühe Therapiephase: es werden diejenigen Problembereiche bearbeitet, die die Therapie gefährden können, e.g. gestörte Affekt- und Impulskontrolle.
- Spätere Therapiephase: Fokus auf Störungen der Identität und der Objektbeziehungen



TFP und therapeutische Beziehung

UniversitätsKlinikum Heidelberg



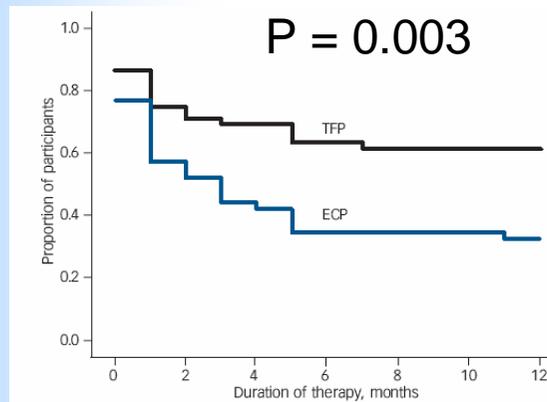


- Multizentrische RCT mit 104 BPS-Patientinnen, Medikation nicht standardisiert
- Mäßiger Schweregrad der Störung
- 1 Jahr ambulante Behandlung entweder mit TFP (48,4 Sitzungen im Mittel) oder TAU (18,6)
- 1 Jahr Ausbildung für Therapeuten
- Primäre Outcome-Maße: Therapieabbruch, Suizidversuch
- Sekundäre Outcome-Maße: Diagnosen, GAF, BDI, STAI, STIPO (Organisationsniveau)



Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Therapieabbruch



67,3 vs. 37,5%

- 15,4 vs. 42,3% erfüllten nicht mehr die BPS-Diagnose
- Überlegenheit von TFP in Suizidversuchen, GAF, Organisationsniveau, Hospitalisierungen
- kein Unterschied in SVV, STAI, BDI
- Primäre Outcome-Maße nach Kontrolle der Dosis nicht mehr signifikant, Unterschied blieb signifikant für GAF, Anzahl der Kriterien und Organisationsniveau



Behandlungsstufen der DBT

- **Vorbereitungsstufe**

Aufklärung über das Störungsbild

Operationalisierung des Krisen-generierenden Verhaltens

Klärung der gemeinsamen Behandlungsziele

Klärung der Behandlungsfoki und Methodik der DBT

Behandlungsvertrag, Non-Suizidvertrag

Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuchs

Verhaltensanalyse des letzten Therapieabbruchs

- **1. Therapiestufe: Schwere Probleme auf der Verhaltensebene**

Verbesserung der Überlebensstrategien (Umgang mit suizidalen Krisen)

Verbesserung der Therapiecompliance (Umgang mit Verhaltensmustern, die die Fortsetzung oder den Fortschritt der Therapie verhindern)

Verbesserung der Lebensqualität

Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten (Skills)

- **2. Therapiestufe: Probleme des emotionalen Erlebens**

Verbesserung von dysfunktionalen erlernten und automatisierten emotionalen Reaktionsmustern (v.a. im zwischenmenschlichen Bereich)

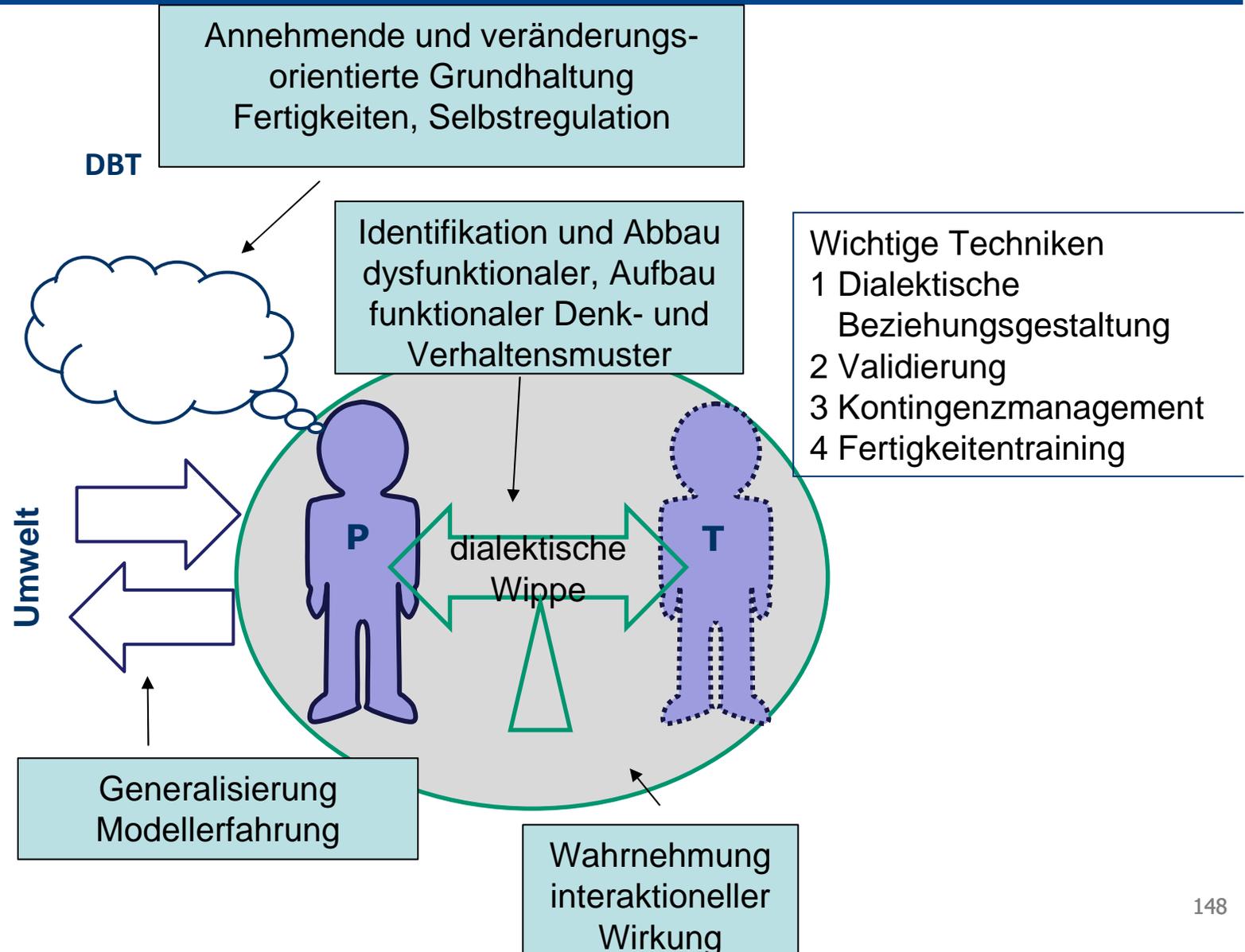
- **3. Therapiestufe: Probleme der Lebensführung**

Integration des Gelernten und Neuorientierung



DBT und therapeutische Beziehung

UniversitätsKlinikum Heidelberg





DBT vs. allg. psychiatr. Management

UniversitätsKlinikum Heidelberg

- Ambulante Behandlung über 1 Jahr, RCT, blinde Bewertung 6, 12, 18 und 24 Monate nach Behandlungsende
- Kein Unterschied zwischen Therapien zum Therapieende (McMain et al. Am J Psychiatry 2009)
- Keine Abnahme der Therapieeffekte bei beiden Gruppen, weitere Verbesserung von Depression, zwischenmenschlichem Funktionsniveau und Ärger
- Trotz 2/3 Remission und signifikant verbesserter Lebensqualität, waren nach 3 Jahren 53% arbeitsunfähig und 39% erhielten Unterstützung durch psychiatrische Hilfesysteme.



Mentalisierungs-basierte Therapie

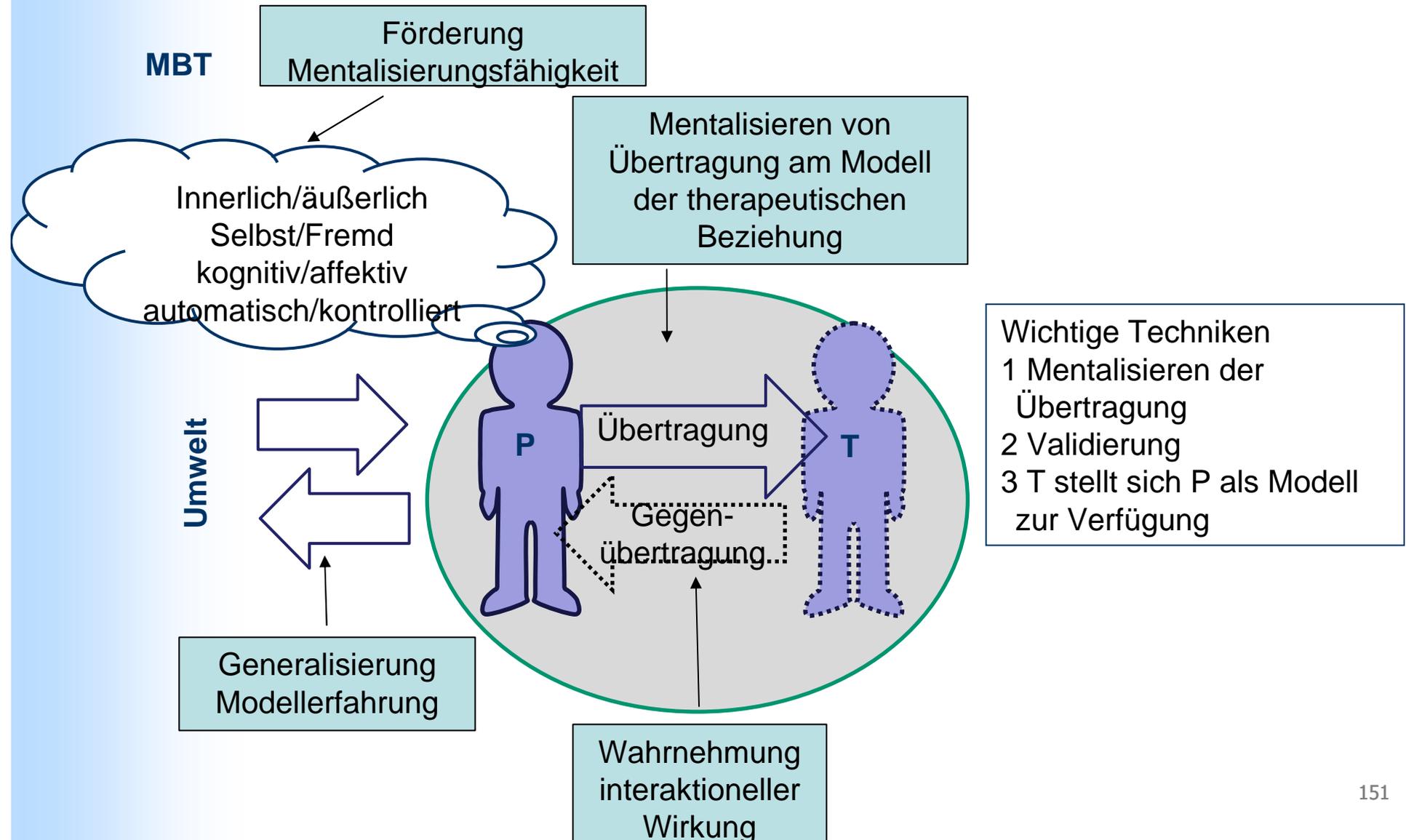
UniversitätsKlinikum Heidelberg

- Fokus auf einer defizitären Fähigkeit, eigenes Erleben in einen verstehenden Zusammenhang zu stellen u. innere Prozesse Anderer zu erkennen und zu verstehen
- Auftauchende Emotionen des Pat. werden unmittelbar auf ihre Entstehung hin untersucht und in einen Verstehenszusammenhang gestellt.
- In therapeutischer Beziehung werden Verhalten und Erleben des Gegenübers analysiert und in einen erklärenden Beziehungskontext gesetzt



MBT und therapeutische Beziehung

UniversitätsKlinikum Heidelberg



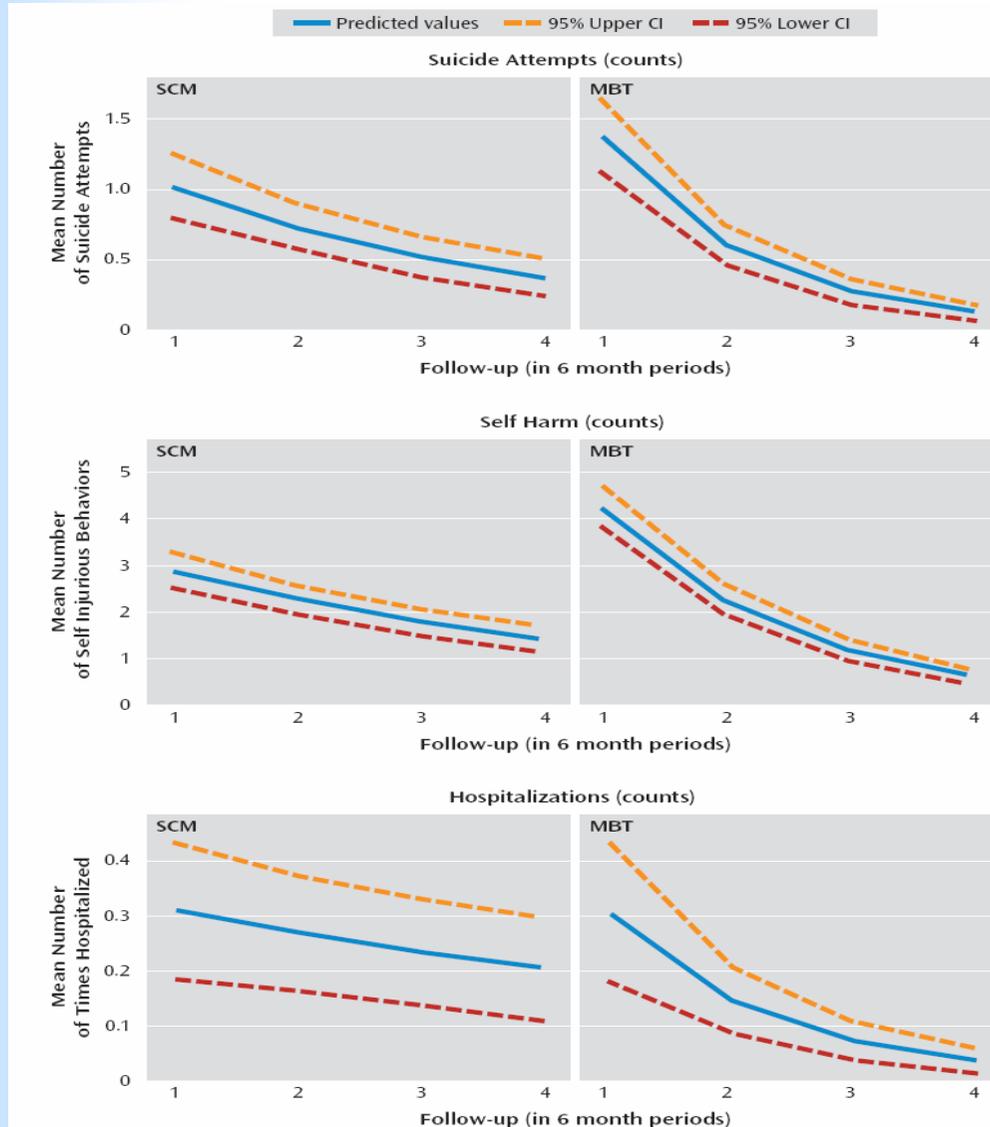


Mentalisierungsbasierte Psychotherapie

- RCT bei N=134 Patienten mit BPS, konsekutive ambulante Vorstellung in Therapiezentrum für P.S., Medikation nicht-standardisiert
- Schwerkranke Patientengruppe
- **MBT (im Mittel 92 Sitzungen) vs. Structured Clinical Management (SCM) (im Mittel 84 Sitzungen)**
- 18 Monate Behandlungsdauer, einmal wöchentliche Einzel- und Gruppentherapie durch zwei Therapeuten
- 4 Erhebungszeitpunkte, Erhebung alle 6 Monate, 6 Monate vor Therapiebeginn, nach 6, 12 und 18 Monate Therapie
- Primäre Outcome-Maße: krisenhafte Ereignisse (=Suizidversuche, gravierende SV), Hospitalisierung
- Sekundäre Outcome-Maße: soziales und interpersonelles Funktionsniveau, Symptomschwere in der Selbstbeurteilung
- Intent-to-treat Analyse



Mentalisierungsbasierte Psychotherapie



- Patienten beider Therapiearme zeigten signifikante Besserung.
- Verbesserung war signifikant besser unter MBT vs. Strukturiertes Klinisches Management (SCM) in Bezug auf primäre Outcome-Maße
- Verbesserung war signifikant besser unter MBT vs. SCM in Bezug auf alle sekundäre Outcome Maße



Identifikation von Schemata:

Sie sind umfassend, stark mit negativen emotionalen Empfindungen gekoppelt und bestimmen maßgeblich das alltägliche zwischenmenschliche Erleben: Typisch sind „Misstrauen/Missbrauch“, „Unzulänglichkeit/Scham“, „Abhängigkeit“, „Probleme mit Grenzen“.

Identifikation von Schemamodi:

Der Begriff beschreibt die gleichzeitige getriggerte Auslösung mehrerer Schemata, die durch die individuelle Lerngeschichte verbunden und mit starken emotionalen Zuständen gekoppelt sind, zwischen denen der Patient schnell hin- und herwechselt, z.B. das verletzbare, das verärgerte, das impulsiv-undisziplinierte Kind. An dysfunktionalen Bewältigungsmodi gibt es den bereitwillig sich ergebenden, den sich Beschützenden oder Überkompensierenden.

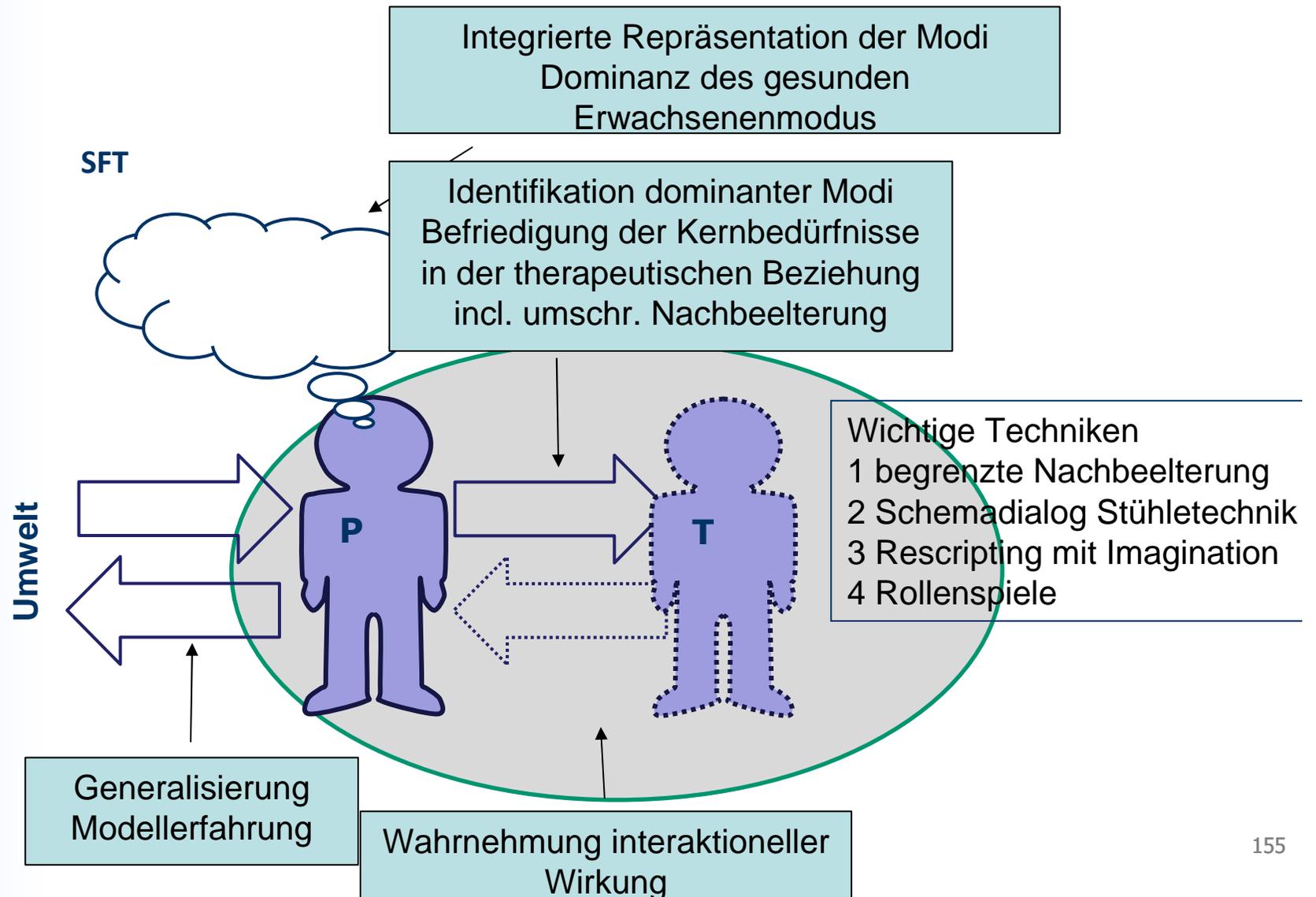
Veränderung von Schemata:

Begrenzte elterliche Fürsorge, erlebensbasierte Strategien (Imagination, Dialoge), kognitive Techniken



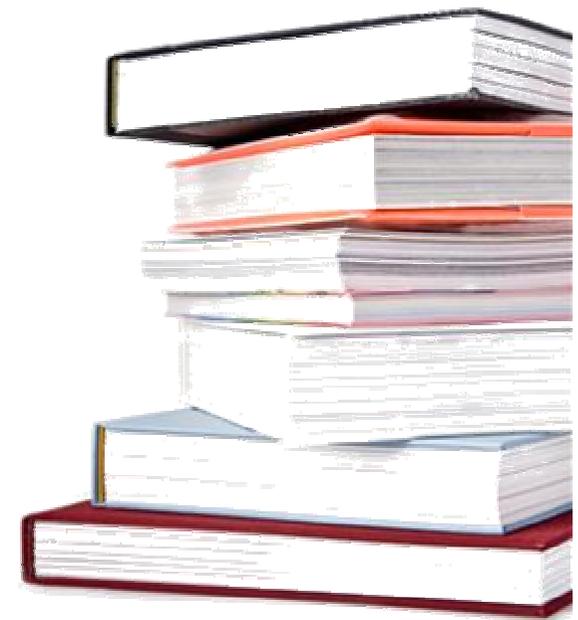
SFT und therapeutische Beziehung

UniversitätsKlinikum Heidelberg





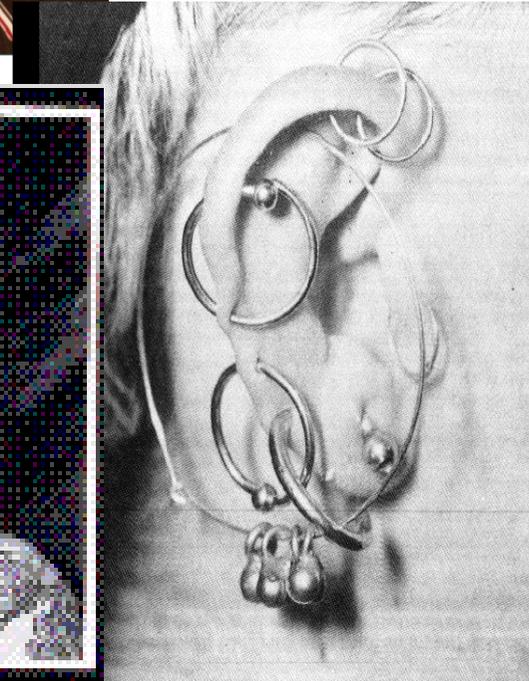
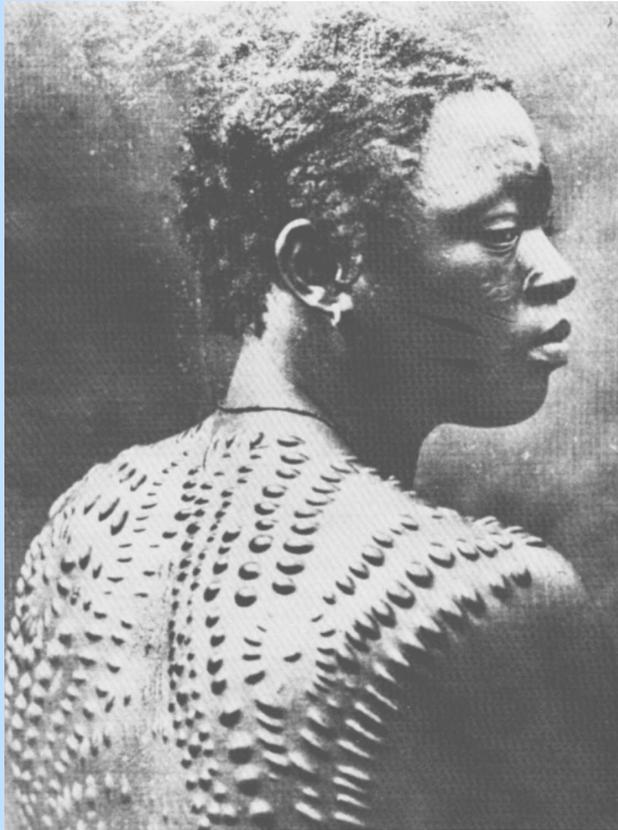
- Existenzielle Krisen
- Suizidalität
- Selbstverletzungen





Selbstverletzungen in (Sub)kulturen

UniversitätsKlinikum Heidelberg





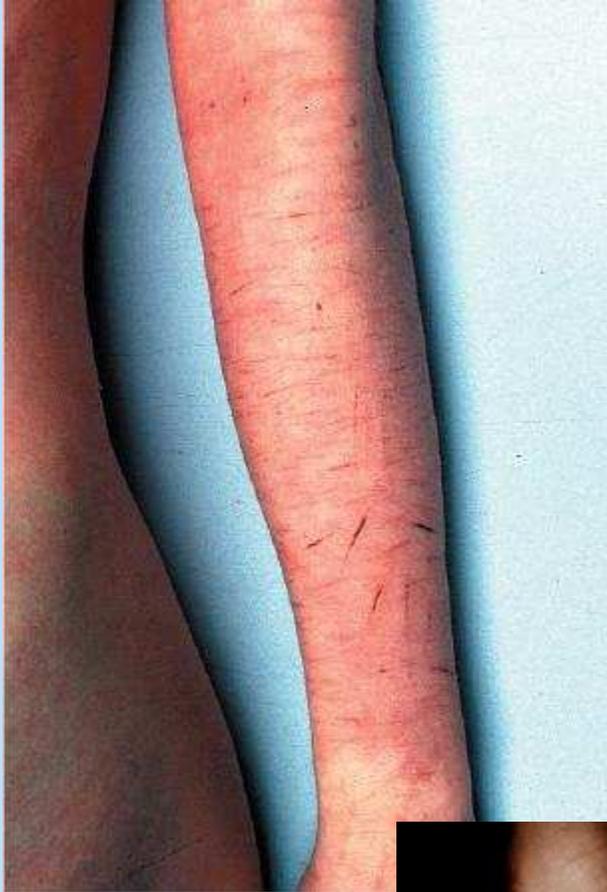
UniversitätsKlinikum Heidelberg

Selbstverletzungen in (Sub)kulturen „Patienten-Communities“ im Internet





Selbstverletzungen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen





Klinische Einteilung offener Selbstbeschädigung

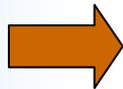
	„moderate“	„major“
Praktiken	oberflächliche Schnittwunden, kleine Brandwunden, weitflächige Kratzspuren, Akne excoriee, tiefe Bisswunden, heftiges Schlagen des Kopfes u. der Extremitäten, Manipulation von Wunden, umschriebene Verätzungen, Finger-/Zehnagelextraktion	Augenenukleation, Kastration, Verstümmelung von Brustwarzen, Amputation von Extremitäten
häufigste Lokalisationen	Unterarme und Handgelenke, seltener Rumpf und Beine	Körperregionen mit möglicher symbolischer Bedeutung; nicht selten vorausgehende auffällige Veränderung der körperlichen Erscheinung, z. B. komplette Kopfrasur
Alter der Patienten bei Beginn	frühe Adoleszenz bis zum 30. Lebensjahr	altersunabhängig
Wiederholungsneigung	bis zu 100 Mal und mehr	gering, meist nur einmalig
häufigste klinische Diagnose	schwere Persönlichkeitsstörung	Schizophrene mit chronischer Positivsymp. oder in katatonen Stadien, im Zusammenhang mit Sinnestäuschungen oder Wahnideen religiösen oder sexuellen Inhalts, geistig Behinderte, Drogenpsychosen bei Kokain-, Amphetamin-, LSD-Missbrauch, Transsexualismus bei Männern



alle stationären Patienten zwischen 1992 und 1994 (2 Jahre)
mit ≥ 3 Selbstverletzungen

Einschlusskriterien:

- Selbstverletzungen nicht lebensbedrohlich
- keine suizidale Intention
- Ausschluss einer umschriebenen Hirnläsion



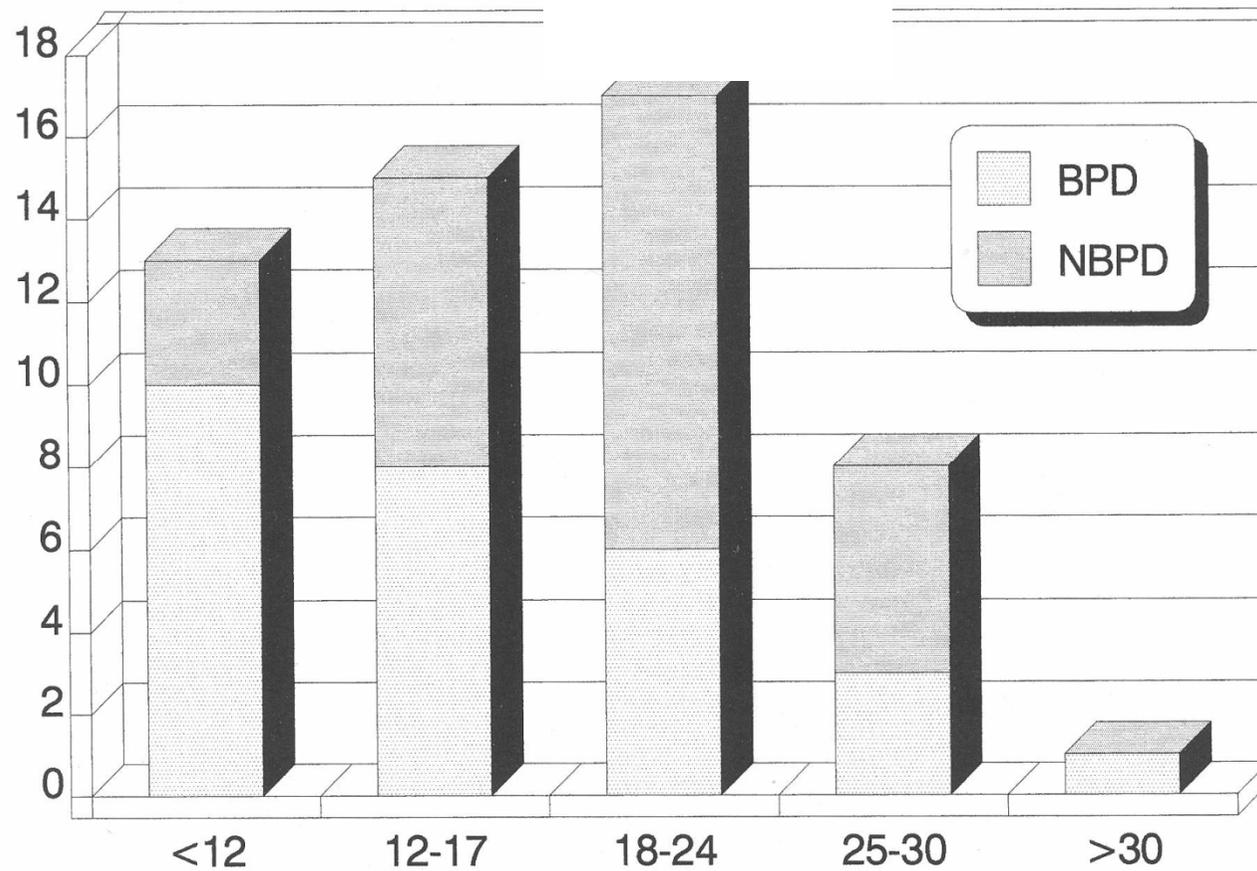
79 Patienten (87% Frauen, 13% Männer)
entsprechen 2,5% aller stationären Aufnahmen
davon erfüllten ca. 50% Kriterien der BPS

57% arbeitslos (vs. 9%)
17% gelernte Arbeiter
0,5% Akademiker
20% in Ausbildung

83% allein lebend
9% verheiratet



Alter bei Beginn

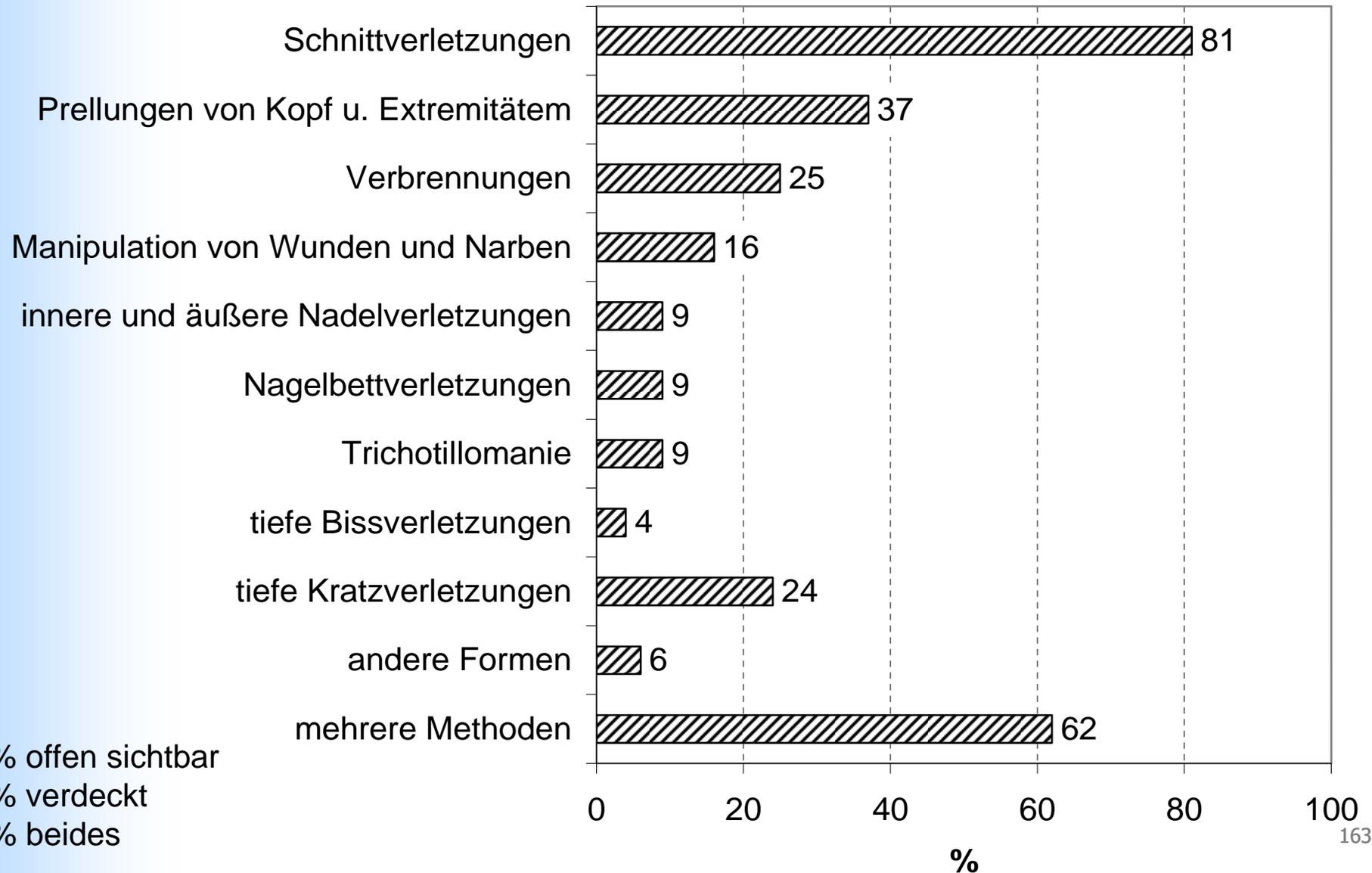


Fisher's exact test: $p = 0.07$

Age



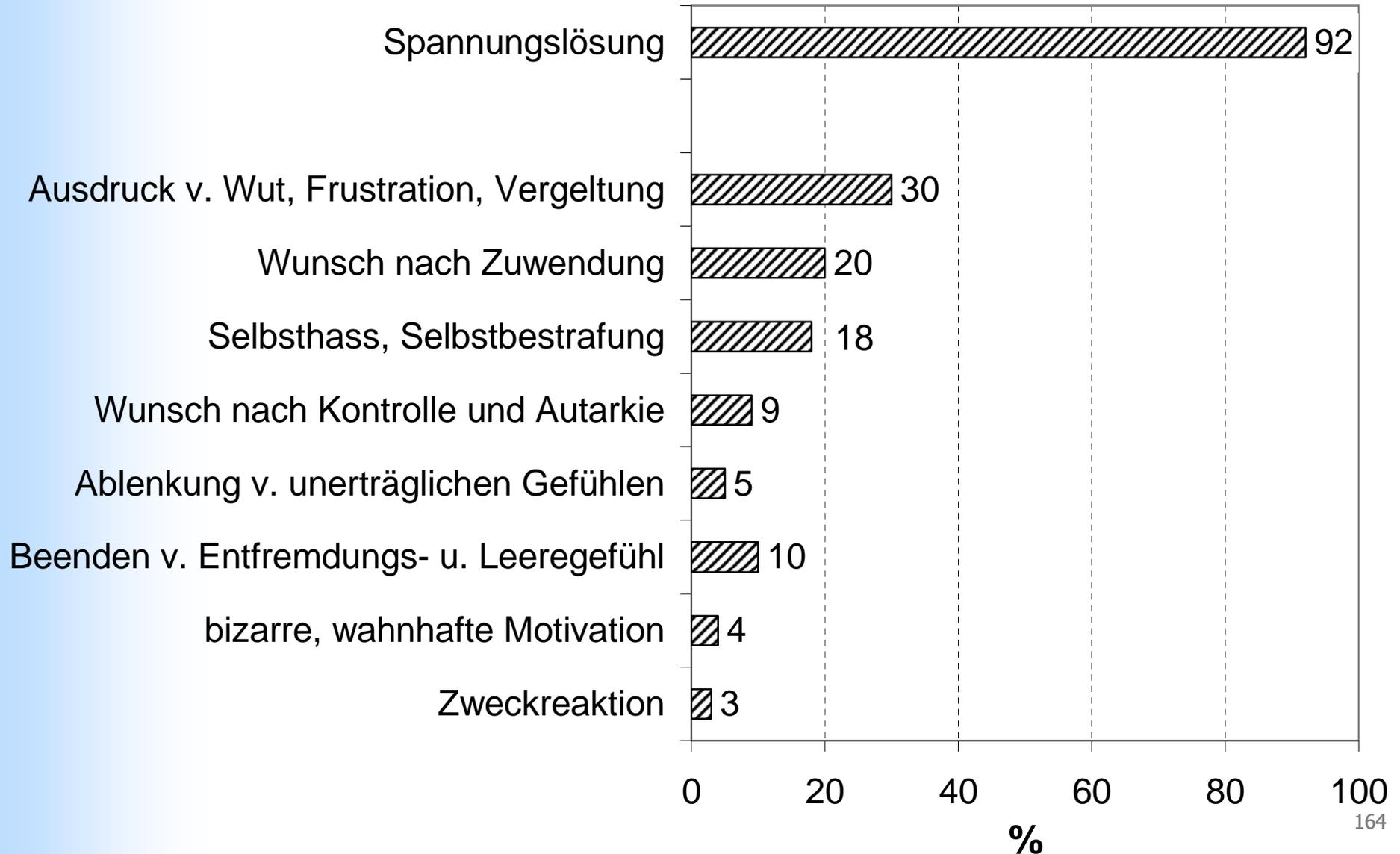
Selbstverletzungsmethoden



85% offen sichtbar
11% verdeckt
3% beides



Motive für Selbstverletzungsverhalten





Biographische Traumata

	Patienten mit SVV 53 ♀, 7 ♂ (26,3 ± 8,3 J.) N	Kontrollpatienten 52 ♀, 8 ♂ (32,1 ± 10,8 J.) N
Mindestens ein Trauma	44	29
Mehr als ein Trauma	24	14
Heimaufenthalt	6	3
Tod eines Elternteils	6	2
Unvollständige Familie	14	12
Tod eines Elternteils und/oder unvollständige Familie	Σ 20	Σ 14
Psychische Erkrankung eines Elternteils	20	10
Sexueller Missbrauch innerhalb und/oder außerhalb der Primärfamilie	20	6
Körperliche Misshandlungen	13	3
Gewalt in der Familie	9	8
Körperliche Misshandlungen und/oder Gewalt in der Familie	18	9



- SVV an sich ist nicht krankheitswertig. Es erfüllt z.T. kommunikative Zwecke.
- SVV zeigt sich in wechselnden Manifestationsformen
- Es beginnt früh und ist nur selten im fortgeschrittenen Lebensalter zu finden.
- Es ist nicht pathognomonisch für die Borderline P.S.
- Vordringliches Motiv ist die Spannungsminderung.
- SVV ist häufig von verändertem Schmerzerleben begleitet.
- SVV geht mit anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen einher.
- SVV kann fließende Übergänge zu suizidalem Verhalten zeigen, wird aber gewöhnlich eindeutig unterschieden.
- Es finden sich häufig biographische Traumata in der Vorgeschichte.



Hierarchisierung von Behandlungszielen

Suizidalität
Fremdgefährdung

Gefährdung
der Therapie

Störungen der
Verhaltenskontrolle

Störungen des
emotionalen Erlebens

Probleme der
Lebensgestaltung



DBT Erarbeitung eines Krisenplans

UniversitätsKlinikum Heidelberg

- Möglichkeiten der Ablenkung
- Erarbeitung nicht-selbstschädigender Formen der Spannungsabfuhr
 - sportliche Aktivitäten
 - intensive körperliche Reize setzen
 - Erarbeitung konkreter Selbstinstruktionen
- Kontakt suchen
- Bedarfsmedikation
- Bemühung um ein therapeutisches Gespräch



Bei ~50 % aller Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
finden sich Selbstverletzung/Suizidversuche im bisherigen Leben
(Review: Links & Kolla, 2006)

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Lebenszeitprävalenz: Suizidversuche und/oder selbstverletzendes Verhalten

	DSM-Studien	ICD-Studien
Schizoide PS	03 bis 15 %	bis 15 %
Schizotypische PS	bis 10 %	
Dissoziale PS	ca. 10 %	ca. 10 %
Paranoide PS	08 bis 20 %	bis 25 %
Ängstlich-vermeidende PS	06 bis 30 %	bis 20 %
Dependente PS	02 bis 10 %	
Zwanghafte / anankastische PS	06 bis 15 %	bis 20 %
.. eben nicht nur bei (wenngleich deutlich hoch insbesondere bei) ...		
Borderline PS	40 bis 80 %	

(hohe Zahlen sind psychiatrische Patienten)



Suizide (Nachuntersuchungen in sog. „Comprehensive Psychological Autopsy Studies“)

Jugendliche (Alter: 13 bis 19 Jahre; von allen Suizidenten zeigten...)

Auffällig antisoziales Verhalten	ca. 45	Prozent	
davon Kriterienerfüllung			
>Dissoziale/Antisoziale PS<	bis 17	Prozent	(DPS)

Erwachsene (Alter ab 18 Jahre)

mit Diagnose >Dissoziale PS<	bis 10	Prozent	(DPS)
mit Diagnose: >Borderline-PS<	bis 10	Prozent	(BPS)
ähnlich Diagnose: >Depression<	bis 10	Prozent	

hoch prädiktiv:
Impulsivität
Aggressivität
Depressivität

Life-Time vor Suizid:

Solitär-Diagnose >Depression<	Ø 1	ernsthafter Suizidversuch
Solitär-Diagnose >BPS<	Ø 2	ernsthafte Suizidversuche
komorbid >BPS+Depression<	Ø 3	ernsthafte Suizidversuche

Suizidale Gesten bei DPS und BPS mit symptomatischer aggressiver Impulsivität und/oder Depressivität sehr ernst nehmen!

Vorsicht: Nach außen gewendeter Ärger ist nicht antisuizidal !!!



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

UniversitätsKlinikum Heidelberg

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-/Depressions-Diagnose !
(Fonagy & Roth, 2004; Schmidtke, 2005)



Herzlichen Dank !

Ohne Sympathie keine Heilung!
Sandor Ferenczi