Persönlichkeitsstörungen

Prof. Dr. med. Michael Günter

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

STUTTGART

Sommersemester 2022

Klinikum Stuttgart

Persönlichkeitsmerkmale

„BIG FIVE“: 5 Hauptdimensionen:

Extraversion
• kontaktfreudig vs. zurückhaltend
Neurotizismus
• überempfindlich vs. entspannt
Gewissenhaftigkeit
•gründlich vs. unsorgfältig
Offenheit
•kreativ vs. phantasielos
Verträglichkeit
•friedfertig vs. streitsüchtig

davon 4 ab dem Alter von 4 Jahren nachzuweisen (Herba et al. 2004)

Stabilität von Temperamentsmerkmalen zwischen früher und später Kindheit (Rothbart et al. 2001)

Persönlichkeitsmerkmale

- Jeder Mensch hat eigene Merkmale des Verhaltens, der Emotionalität und seines Erlebens einen Persönlichkeitsstil.
  → dieser ist für sich genommen nicht pathologisch
- Persönlichkeitsstörungen kann man als extreme Variante der von Persönlichkeitsmerkmalen ansehen
  → pathologisch, wenn es zu schwerwiegenden

Beeinträchtigungen kommt in:

- Beziehungen
- Sozialer Anpassung
- Schulischer/beruflicher Leistungsfähigkeit
- Affekt-Regulation + Impulskontrolle

- Wichtig ist: Subjektiver Leidensdruck der Betroffenen und/oder der Umwelt

Allgemeine diagnostische Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung 1

A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht.

   Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

   (1) Kognitionen (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),

   (2) Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),

   (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,

   (4) Impulskontrolle

B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

Allgemeine diagnostische Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung 2

C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück

nach DSM-IV

Diagnose einer Persönlichkeitsstörung

3 Cluster von Persönlichkeitsstörungen

- Cluster A: sonderbar-exzentrisch

Diese Menschen sind misstrauisch, sonderbar, exzentrisch, sie wirken affektarm oder gefühlskalt. Bei vermeintlichen Kränkungen kann die Stimmung rasch in Wut umschlagen. Sie haben wenig soziale Kontakte

  - Paranoide PS
  - Schizoide PS
  - Schizotypische PS

- Cluster B: dramatisch-emotional
- Diese Menschen haben oft eine geringes Selbstwertgefühl, Idealisierung und Entwertung spielen eine große Rolle, aufbrechende Wut kommt häufig vor und wird gegen andere und sich selbst gerichtet
  - Borderline PS (emotional-instabile PS vom Borderline-Typ)
  - Emotional instabile PS vom impulsiven Typ
  - Histrionische PS
  - Antisoziale PS
  - (Narzisstische PS)

3 Cluster von Persönlichkeitsstörungen

- Cluster C: ängstlich-vermeidend
- Bei diesen Menschen herrschen oft Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Abhängigkeit vor, Trennungsängste spielen eine rolle, oft wirken sie passiv-aggressiv
  - Zwanghafte PS
  - Abhängige PS
  - Ängstlich-vermeidende PS
  - (Depressive PS)

Anzahl Persönlichkeitsstörungen KJPP Innsbruck (stationär, n=135)

Persönlichkeitsstörungen	n (%)
Selbstunsichere	18 (13.3%)
Zwanghafte	3 (2.2%)
Paranoide	4 (3.0%)
Borderline	8 (5.9%)
Antisoziale	5 (3.7%)
1 PS	**28 (20.3%)**
2 PS und mehr	**5 (3.7%)**
Gesamt	**33 (24%)**

Sevecke 2017

https://www.clienia.ch/resources/public/dtc/media/fachtagung-clienia-littenheid_adoleszentenkrise-versus-personlichkeitsstorung_kathrin-sevecke.pdf

Diagnostische Kriterien für eine Borderline - Persönlichkeitsstörung 1

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

(1) verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

(2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

(4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten .

DSM-IV, dt. Fassung, S. 175 f.

Diagnostische Kriterien für eine Borderline - Persönlichkeitsstörung 2

(5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder Suiziddrohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

(7) Chronische Gefühle von Leere.

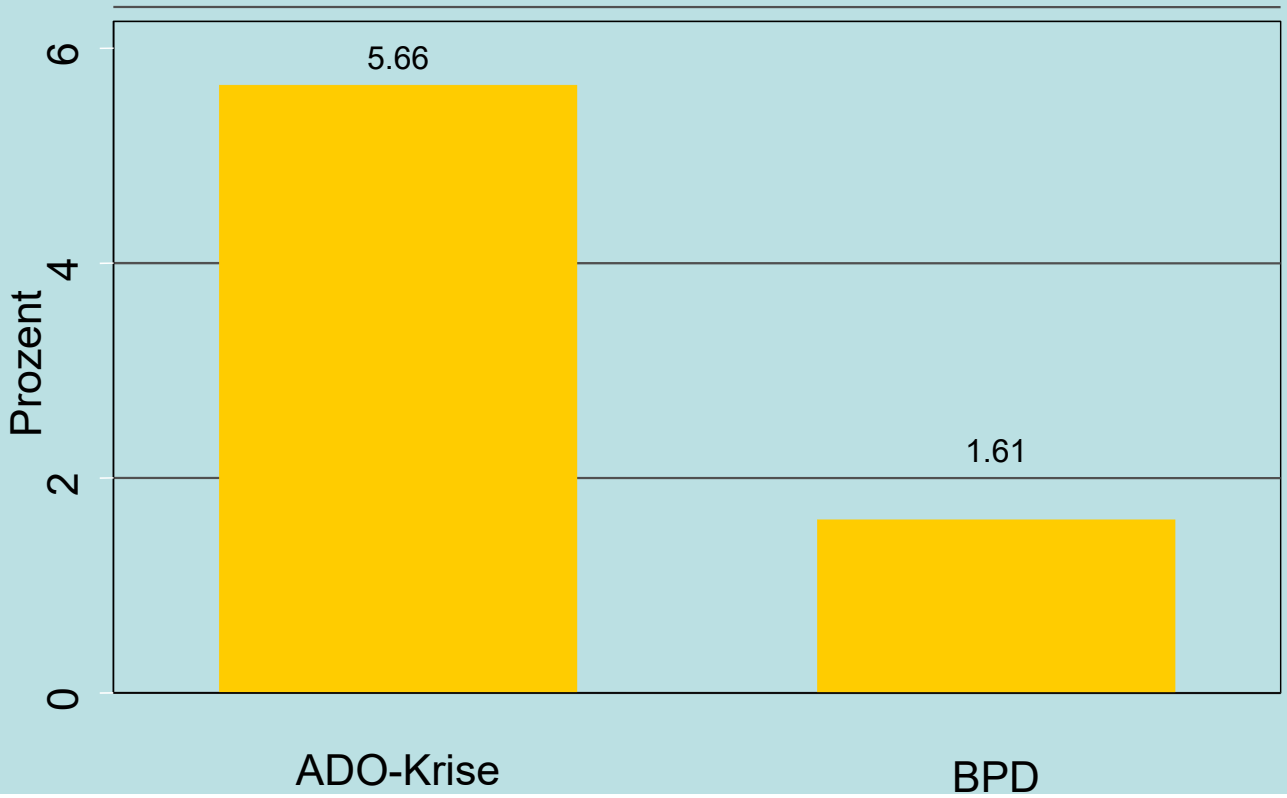
(8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren.

(9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

DSM-IV, dt. Fassung, S. 175 f.

Heidelberger Schulstudie: Häufigkeit v. Adoleszenzkrisen und Borderline – Konfiguration im Alter von 15 Jahren

(Resch, Haffner, Parzer, Steen, Roos, Klett et al., 2005)

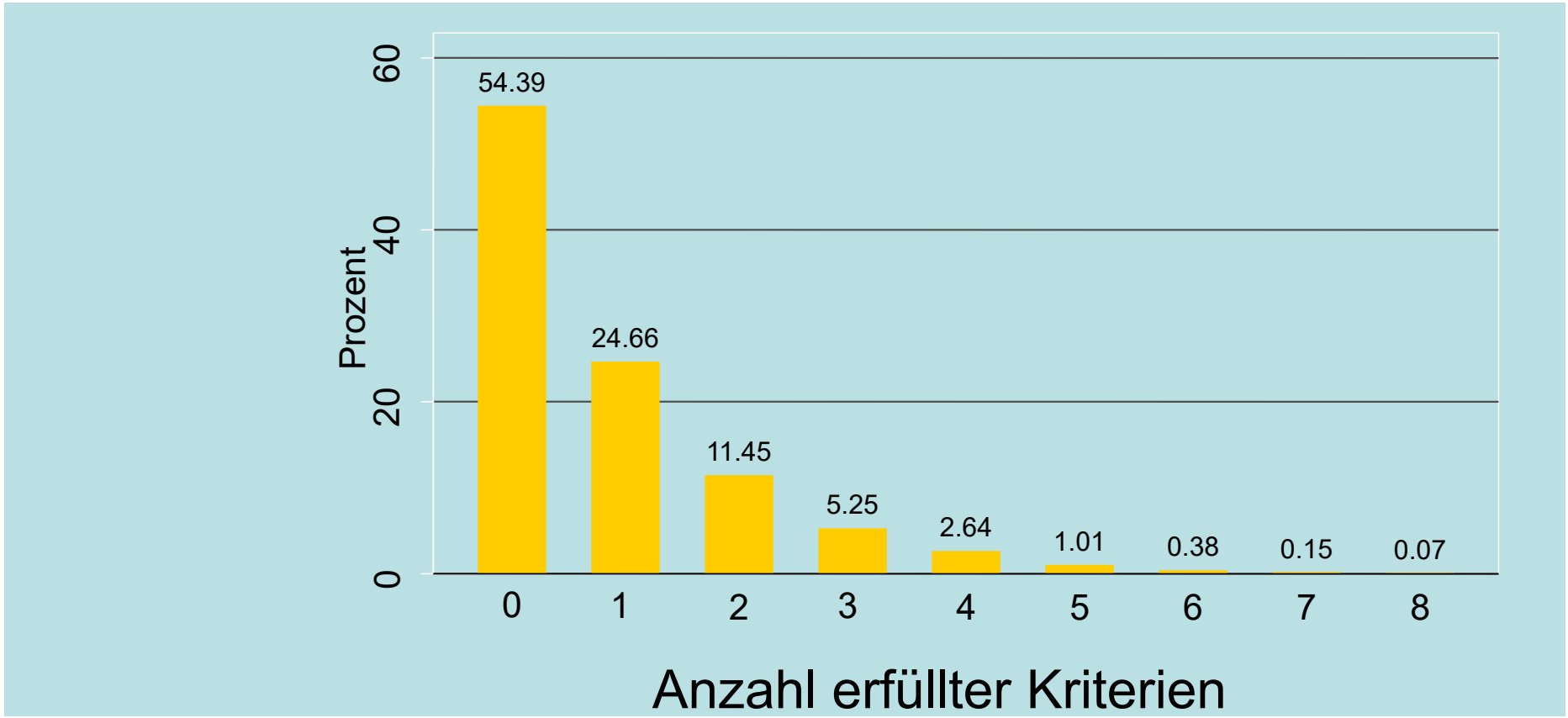


STUTTGART

Klinikum Stuttgart

Heidelberger Schulstudie: Häufigkeit v. Adoleszenzkrisen und Borderline – Konfiguration im Alter von 15 Jahren

(Resch, Haffner, Parzer, Steen, Roos, Klett et al., 2005)



STUTTGART

Klinikum Stuttgart

Laufersche Kriterien für die Einschätzung des Schweregrades einer Entwicklungsstörung 1
(Laufer 1995)

1. Ist der Sog zu kindlichen Verhaltensweisen so stark, dass die Gefahr besteht, dass der Versuch oder der Wunsch, erwachsenere Verhaltensweisen zu entwickeln aufgegeben wird?

2. Ist das Verhalten des Adoleszenten so rigide, dass er sich ein zeitweises Entspannen von den Anforderungen, die an ihn gestellt werden nicht erlauben kann (totale Kontrolle)?

3. Dienen soziale Beziehungen dazu, Kindheitsbeziehungen fortzusetzen oder unterstützen sie den Jugendlichen in seinem Wunsch sich ins Erwachsenenalter zu entwickeln ?

4. Spielen Freunde und Gleichaltrige im Leben des Jugendlichen eine größere Rolle als die Eltern?

Laufersche Kriterien für die Einschätzung des Schweregrades einer Entwicklungsstörung 2
(Laufer 1995)

5. Hat der Jugendliche die Fähigkeit, angemessen seine Gefühle auszudrücken und zu erleben oder gibt es erhebliche Diskrepanzen zwischen dem Ereignis und der Art seiner Reaktion darauf?

6. Gibt es irgendwelche Einschränkungen in der Fähigkeit des Jugendlichen Reaktionen der Außenwelt zu beurteilen und sie von seinen eigenen „Erzeugnissen“ zu unterscheiden?

7. Wie stellt sich der Jugendliche zu seiner Zukunft? Sieht er sie als etwas, worauf er sich freut, oder als etwas Bedrohliches?

8. Gibt es irgend welche Fantasien, die die Funktionsfähigkeit des Jugendlichen ernsthaft beeinträchtigen oder ist der Jugendliche fähig, mit unterschiedlichen ängstigenden Fantasien umzugehen, ohne den Wunsch aufzugeben, erwachsen zu werden?

Diagnostik

- Spezifität der Übertragungs-/Gegenübertragungssituation → z.B.

  Gegenüber wird nicht als Objekt wahrgenommen, Diagnose der inneren Dynamik, typ. Gegenübertragungsphänomene (resultierend aus primitiven Abwehrmechanismen), projektive Identifikation, primitiver Hass, narzisstische Kälte, Desorientiertheit, Verwirrung, extrem konträre (projektiv identifikatorisch ausgelöste) Identifizierungen, unreflektierte Ablehnung der Eltern, Idealisierungen etc.

- Dynamik der Eltern-Kind-Beziehungen und der sonstigen problematischen Beziehungsstruktur
- Verstehen und Beschreiben der spezifischen Formen des “Agierens” →

  welche Abwehrfunktion hat z.B. aggressives Ausagieren, Thrillsuche, emotionale Kälte und Empathielosigkeit etc.
- Reflective functioning (vgl. Bleiberg 2001)

Diagnostik bei selbstverletzendem Verhalten

- Vorgeschichte selbstschädigender Handlungen, Familienanamnese selbstschädigenden Verhaltens
- Alter bei Beginn, Verlauf, freie Intervalle, Veränderung
- Häufigkeit und Art der Selbstbeschädigungen
- Substanzgebrauch vor und während der Handlung
- Behandlungserfahrung (psychotherapeutisch und pharmakologisch), Medizinische Komplikationen oder Interventionen
- Suizidale Impulse, Zeitliche Beziehung zu suizidalen Ideen/Verhalten
- Motive, emotionale Zustände, Trigger
- Zuvor bestehender Drang/Impulsivität
- Empfinden/Verhalten unmittelbar und später nach der Verletzung
- Dystonizität (Wunsch aufzuhören)
- Kontrolle (Erfolgreiches Beenden)

(nach Simeon und Hollander 2001)

Prinzipien therapeutisch-pädagogischer Arbeit 1

- Klare Struktur des Setting, keine Absprachen hinter dem Rücken des Patienten, aber
- Absprachen mit Bezugspersonen i.d. Regel notwendig: Statuserhebung, soziale Integration/Desintegration, Drogen, Dissozialität, Schule etc., insbesondere auch bei suizidalen Krisen
- Keine falsche Harmonie mit Patienten (cave!: Projektive Identifikation)
- Keine übertriebenen Hoffnungen, die dann in Enttäuschung und Resignation/Ablehnung münden, jedoch Versuch, die Dynamik zu verstehen und vorsichtig und verständnisvoll zu konfrontieren, insbesondere im aktuellen Verhalten gegenüber der Therapie (Übertragungsagieren)
- Teamrückhalt/Reflexion/Supervision
- Therapie/Beratung in der Regel nur ein Baustein in einem Gesamtsetting

Prinzipien therapeutisch-pädagogischer Arbeit 2

- Vorzug eines umfassenden (z.B. psychodynamischen) Therapieansatzes bei Persönlichkeitsstörungen und schweren Adoleszenzkrisen: Denken in komplexen miteinander interagierenden Zusammenhängen; daher nicht zentral reine Symptom- oder Störungsbehhandlung sondern komplex organisierte Menschen = Persönlichkeiten
- Dies schließt einfache strukturierende Maßnahmen, pädagogische Interventionen etc. ein!!: umfassende Behandlung (in aufeinander bezogenen Zusammenhängen) statt multimodale B. (= additiv eklektisch)
- Öffnung: z.B. psa Sozialarbeit + Einzeltherapie + Wohngruppe + intermittierende Fokalbehandlung + Medikamente
- Reflexionshintergrund: Dynamik der Interaktion und Übertragung

  → Interventionen passgenau abzustimmen und aufeinander zu beziehen

  → Teamprozesse reflektieren und optimieren (z.B. Spaltung der Übertragung)

  → Adaptieren des Setting an die Dynamik, Individualisierung

Prinzipien therapeutisch-pädagogischer Arbeit 3

- Wahrnehmen der abgewehrten Aggression, Dynamik von Abwehr von Ohnmacht durch Omnipotenz und Aggression und von Destruktivität durch masochistische Opferidentifikation, Integration von Hassgefühlen
- Depressive und paranoide Ängste und deren Abwehr durch projektive Identifikation, Zerstörung des Denkens (Mentalisierung, Empathie) um Depression und Schmerz zu vermeiden, Schuldgefühle, Drohungen
- Umgang mit Hass in der Gegenübertragung, mit Idealisierung, sexualisierter Übertragung, Einspinnen in innere Bandenstruktur, Amoralität (turning a blind eye) und Verleugnung von Bedeutung
- Falsches Selbst, wie kommt man ran, Gefahren

Frühbehandlung

- Minimierung weiterer Traumatisierung (Misshandlung, Missbrauch, Traumata im sozialen Umfeld)
- Verringerung komorbider Störungen (Substanzabhängigkeit, Essstörung, Selbstverletzung, Depression, Panikstörung)
- Verringerung der sozialen Folgeschäden (Schule, berufliche Bildung, soziale Dekompensation, Isolation)
- Reduktion von Hospitalisierung, vielfacher Medikation, körperliche Folgeerkrankungen und Schäden durch Behandlungen

Prof. Dr. med. Michael Günter

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie -
Klinikum Stuttgart

Zentrum für Seelische Gesundheit
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin – Olgahospital (kooptiert)

Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart

E-Mail: m.guenter@klinikum-stuttgart.de

www.klinikum-stuttgart.de