

Institut für Psychologische Psychotherapie
Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut
Direktor: Prof. Dr. Rainer Sachse
www.ipp-bochum.de
www.kop-bochum.de

Persönlichkeits- störungen: Einführung

www.ipp-bochum.de
www.kop-bochum.de

Der Begriff der Persönlichkeitsstörung

Begriff 1

- Sind keine „Persönlichkeits“-Störungen.
- Sind also keine Störungen der „Gesamtpersönlichkeit“.
- Sind psychologisch komplexe Störungen.
- Sind im Kern Beziehungsstörungen.

Begriff 2

- Können im wesentlichen als Beziehungsstörungen aufgefasst werden.
- Können als Lösungen für ein frustrierendes und interaktionsschwieriges soziales Umfeld in der Kindheit und Jugend aufgefasst werden.
- Diese Lösungen implizieren damit immer die Entwicklung von Ressourcen.
- Damit implizieren Persönlichkeitsstörungen (PD) auch immer ein hohes Ausmaß personaler Ressourcen.

Begriff 3

- Diese Lösungsstrategien sind daher auch nicht pathologisch, sondern sie sind in der Biographie notwendig und im jeweiligen Kontext sinnvoll.
- Die Person fasst ihre Lösungen nicht als Problem auf.
- Daraus resultiert die sogenannte „Ich-Syntonie“.

Begriff 4

- Welche Persönlichkeitsstörungen (PD) sich im Laufe der Biographie entwickeln, hängt davon ab,
 - welche Strategien und Lösungen zu der Person passen,
 - welche Strategien und Lösungen eine Person entwickeln kann,
 - und welche Strategien und Lösungen in dem jeweiligen sozialen Kontext akzeptiert werden und erfolgreich sind.
- Somit wird eine Persönlichkeitsstörung (PD) nicht nur von der Person selbst bestimmt, sondern immer auch von einem sozialen Kontext und damit von einer Kultur mitdeterminiert.

Begriff 5

- Die Person entwickelt in ihrer Biographie immer nur solche Lösungen, die im jeweiligen Kontext funktionieren → Lerntheorie.
- Andere mögliche Lösungen können sich nicht entwickeln.
- Im Erwachsenen-Leben ändern sich die Kontexte.
- Daher funktionieren hier die Lösungen nicht mehr.
- Kosten > Gewinne

Begriff 6

- In den heutigen Kontexten erzeugen die Lösungsstrategien hohe Kosten.
- Es gibt aber immer Kontexte, die nur wenige Kosten erzeugen.
- Jede Kontext-Änderung kann aber Kosten (schnell) erhöhen.

Begriff 7

- Welche Strategien eine Person entwickeln kann, hängt vom familiären und gesellschaftlichem Kontext ab.
- Daher bilden sich in unterschiedlichen Kulturen auch unterschiedliche Strategien heraus.

→ Kulturabhängigkeit der PD

Begriff 8

- PD sind ich-synton, d.h. die interaktionellen Ziele, Strategien und Handlungen, die zu einer PD gehören, werden von der Person selbst nicht als unangemessen, „ich-fremd“ oder störend angesehen.
- Alle PD sind ich-syntoner als Achse-I-Störungen.
- Nicht alle PD sind gleich ich-synton.
- Niedrig: Selbstunsichere PD
- Hoch: Zwanghafte PD.

Begriff 9

- Ich-syntone Aspekte stören nicht.
- Daher führt Ich-Syntonie zu geringer Änderungsmotivation.
- Änderungsmotivation bedeutet, dass eine Person die Verantwortung für ihre Probleme übernimmt.
- Damit weisen Klienten mit PD zu Therapiebeginn in der Regel auch keine Änderungsmotivation auf und definieren im Hinblick auf ihre Störung **keinen Arbeitsauftrag**.

Begriff 10

- Daher ist ein *Arbeitsauftrag* bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen auch keine Eingangsvoraussetzung für die Therapie, sondern ein **Therapieziel**.
- *Änderungsmotivation* und *Arbeitsauftrag* müssen in der und durch die Therapie erst geschaffen werden.

Begriff 11

- Personen mit PD sind hochgradig beziehungsorientiert.
- Sie weisen bestimmte Beziehungsmotive hoch in der Motiv-Hierarchie auf, z.B. Wichtigkeit.

Begriff 12

- Klienten mit Persönlichkeitsstörungen kommen unter anderem deshalb in die Therapie, weil sie von Therapeuten eine bestimmte Art von Beziehung erwarten, die ihre interaktionellen Ziele befriedigt.
- Aus diesen Gründen ist eine gezielte therapeutische Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten ein absolut zentrales therapeutisches Agens in der Psychotherapie.
- Eine gezielte Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten ist insbesondere zu Therapiebeginn von zentraler Bedeutung.

Begriff 13

- Dabei reicht eine allgemeine Beziehungsgestaltung durch „Basisvariablen“ bei Weitem nicht aus.
- Bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen ist eine **komplementäre Beziehungsgestaltung** zu den jeweils zentralen Beziehungsmotiven der Klienten wesentlich.
- Da Klienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen auch unterschiedliche zentrale Beziehungsmotive aufweisen, muss ein Therapeut auch eine **differenzielle Beziehungsgestaltung** realisieren.

Begriff 14

- Beziehungsgestaltung dient dem Aufbau von Vertrauen → Misstrauen der PD
- Vertrauen ist die Voraussetzung für Klärungsprozesse.
- Nur bei Vertrauen gibt der Klient dem Therapeuten relevante Informationen.
- Wir sprechen hier vom Aufbau von Beziehungskredit.

Begriff 15

- Personen mit PD entwickeln in ihrer Biographie manipulatives Handeln.
- Manipulation bedeutet, dass ich einen Interaktionspartner (IP) dazu veranlasse, etwas zu tun, was er „eigentlich“ nicht will und zwar durch intransparentes handeln.
- Poker-Beispiel

Begriff 16

- Manipulatives Handeln ist normal.
- Manipulation ist ok, wenn die Reziprozitätsregel befolgt wird.
- Personen mit PD zeigen oft eine zu hohe „Dosis“ von Manipulation.
- Das erzeugt „Interaktionskosten“.

Begriff 17

- Manipulative Strategien werden auch als „Spiele“ bezeichnet.
- Klienten entwickeln solche Spiele und verwenden sie bei IP.
- Sie bringen solche Spiele auch in die therapeutische Interaktion mit ein.
- Das schafft für den Therapeuten „schwierige Interaktionssituationen“.
- Ein Therapeut muss lernen, konstruktiv mit Manipulationen umzugehen.

Stil und Störung 1

- PD sind kein Alles-oder-nichts-Phänomen.
- DSM und ICD legen nahe, dass es dichotome Zustände gibt: gestört vs. ungestört.
- Tatsächlich muss man eine PD als ein Kontinuum auffassen: die rangiert
 - von leichtem Stil mit leichter Ausprägung der Charakteristika
 - bis zu schwerer Störung mit extremen Ausprägungen der Charakteristika.

Stil und Störung 2

- Daher haben sehr viel, fast alle Personen Charakteristika von PD: als leichten Stil, mittleren Stil, leichte Störung, starke Störung oder extrem starke Störung.
- Wann ein Stil eine Störung wird, ist durch ICD und DSM nur willkürlich festgelegt.
- Tatsächlich gibt es keine empirisch eindeutigen Kriterien für den Übergang von Stil zu Störung.
- Wann eine PD „stört“, muss daher mit einem Klienten individuell „verhandelt“ werden.

Probleme mit DSM und ICD 1

- Bei der Diagnostik von PD sind DSM und ICD unzureichend.
- Sie
 - erfassen nur „Oberflächenmerkmale“,
 - erfassen z.T. irrelevante Merkmale,
 - sind empirisch nicht „state of the art“.

Probleme mit DSM und ICD 2

- PD weisen „Oberflächenmerkmale“ auf: Dies sind Aspekte, die relativ leicht zu beobachten sind.
- PD werden aber im Wesentlichen durch „Tiefenmerkmale“ definiert, also durch Aspekte, die eher erschließbar als beobachtbar sind.
- Dies sind
 - charakteristische Beziehungsmotive,
 - charakteristische dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata
 - charakteristische Vermeidungsziele,
 - charakteristisches manipulatives oder intransparentes Interaktionsverhalten.

Reine Persönlichkeitsstörungen

- Es gibt „reine“ Persönlichkeitsstörungen: Diese zeigen alle Aspekte, die im „Modell der doppelten Handlungsregulation“ dargestellt werden.
- Es gibt „hybride“ Störungen: Diese funktionieren zu einem Teil wie PD, zu einem anderen Teil sind es jedoch Informationsverarbeitungs- oder Emotionsregulationsstörungen, die auf neuropsychologisch beschreibbaren Defiziten beruhen.

Reine Persönlichkeitsstörungen

Die reinen Persönlichkeitsstörungen sind:

- Histrionische (HIS)
- Narzisstische (NAR)
- Dependente (DEP)
- Selbstunsichere (SU)
- Passiv-aggressive (PAS)
- Schizoide (SCH)
- Paranoide (PAR)
- Zwanghafte (ZWA)

Reine Persönlichkeitsstörungen

Die „hybriden“ Störungen sind

- Borderline (BOR)
- Schizotypische (SCHTY)
- Antisoziale (ANT)

Reine Persönlichkeitsstörungen

- HIS ist durch starke Dramatik, hohe Emotionalität und hohe Manipulation gekennzeichnet.
- NAR ist durch hohes Leistungsstreben, Suche nach Erfolg, Kritikempfindlichkeit und Regel-Setzen gekennzeichnet.
- DEP ist durch hohe Abhängigkeit, Unterwerfung und Entscheidungsschwäche gekennzeichnet.

Reine Persönlichkeitsstörungen

- SU ist durch soziale Ängstlichkeit, Angst vor Ablehnung und Vermeidung von Sozialkontakten gekennzeichnet.
- PAS ist durch passive Verweigerung, Sabotage und negativistische Einstellungen gekennzeichnet.
- SCH ist durch sozialen Rückzug, Beziehungslosigkeit und mangelnde soziale Kompetenz gekennzeichnet.

Reine Persönlichkeitsstörungen

- PAR ist durch extremes Misstrauen, Feindseligkeit und Aggressivität gekennzeichnet.
- ZWA ist durch hohe Normorientierung, Rigidität, Regelsetzen und reduzierte Emotionalität gekennzeichnet.

Reine Persönlichkeitsstörungen

- BOR ist durch emotionale Instabilität, Identitätsprobleme, Nähe-Distanz-Probleme und chaotische Lebensweise gekennzeichnet.
- SCHTY ist durch magisches Denken, chaotische Beziehungen und Schwierigkeiten in der Lebensführung gekennzeichnet.
- ANT ist durch mangelnde soziale Normen, fehlende Empathie, unsoziales Verhalten und extreme Manipulation gekennzeichnet.

Nähe- und Distanzstörungen

- Die „reinen“ PD lassen sich weiter unterteilen in
 - Nähe-Störungen und
 - Distanz-Störungen

Nähe- und Distanzstörungen

- Nähe-Störungen sind:
 - HIS
 - NAR
 - DEP
 - SU

Nähe- und Distanzstörungen

- Distanz-Störungen sind:
 - PAS
 - SCH
 - PAR
 - ZWA

Nähe- und Distanzstörungen

- Klienten mit Nähe-Störungen
 - Haben den Wunsch nach Nähe und Beziehungen.
 - Weisen aber durchweg Bindungsprobleme auf.
 - Tun viel um Kontakte herzustellen.
 - Sind in Beziehungen hoch manipulativ.
 - Nehmen zum Therapeuten schnell Beziehungen auf, wenn der Therapeut sie komplementär behandelt.

Nähe- und Distanzstörungen

- Daher gilt für Klienten mit Nähe-Störungen,
 - dass die Phase des Beziehungsaufbaus in der Regel nicht lange dauert,
 - dass Therapeuten Klienten relativ früh konfrontieren können,
 - dass Therapeuten hoch direktiv sein und den Prozess steuern können.

Nähe- und Distanzstörungen

- Klienten mit Distanz-Störungen:
 - Halten andere Menschen auf Distanz.
 - Sind in Beziehungen vorsichtig und misstrauisch.
 - Tun viel, um Kontakte zu vermeiden oder zu kontrollieren.
 - Sind vergleichsweise wenig manipulativ.
 - Nehmen auch zum Therapeuten nur schwer und langsam Beziehungen auf.

Nähe- und Distanzstörungen

- Daher gilt für Klienten mit Distanz-Störungen,
 - dass die Phase des Beziehungsaufbaus lange dauert,
 - dass Therapeuten im Prozess erst relativ spät klären und sehr spät konfrontieren können,
 - dass Transparenz von extrem hoher Bedeutung ist,
 - dass Therapeuten Klienten in hohem Maße Kontrolle über den Prozess gestatten.

Komorbiditäten

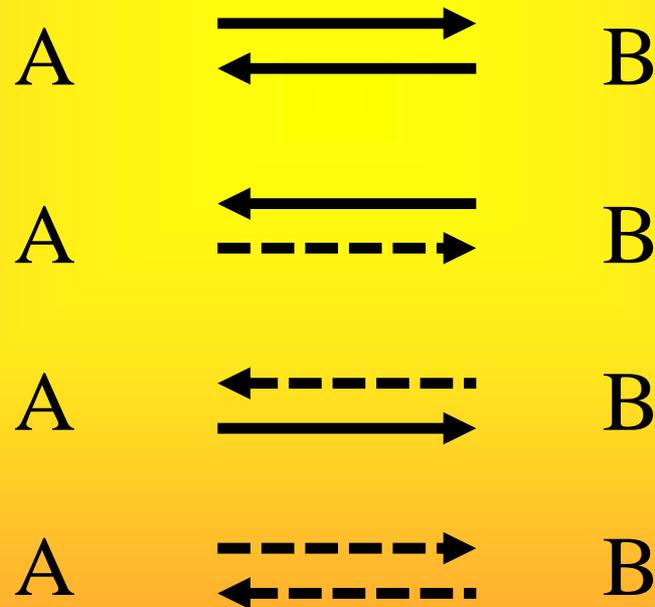
- PD weisen hohe Komorbiditäten auf:
 - Komorbiditäten mit Achse I Störungen,
 - Komorbiditäten mit anderen PD.

Komorbiditäten

- Alle Komorbiditäten sind möglich.
- Manche Komorbiditäten sind jedoch sehr hoch, andere sehr selten.
- Die häufigste Komorbidität ist die zwischen NAR und HIS.

Komorbiditäten

Komorbide Störungen wechselwirken:



Komorbiditäten

- Es gibt zwischen PD-Störungen kompatible Komorbiditäten: In diesem Fall ergänzen sich die Störungen und widersprechen sich in ihren Schemata und Zielen wenige.
- Beispiel: NAR und HIS

Komorbiditäten

- Es gibt aber auch konflikthafte Komorbiditäten.
- In diesem Fall widersprechen sich Schemata, Ziele oder Handlungen der einzelnen Störungen.
- Beispiele:
 - NAR und ZWA
 - HIS und DEP

Komorbiditäten

- Bei Komorbiditäten
 - ist eine Störung die Leitstörung,
 - die anderen sind „Nebenstörungen“ oder „Stile“.

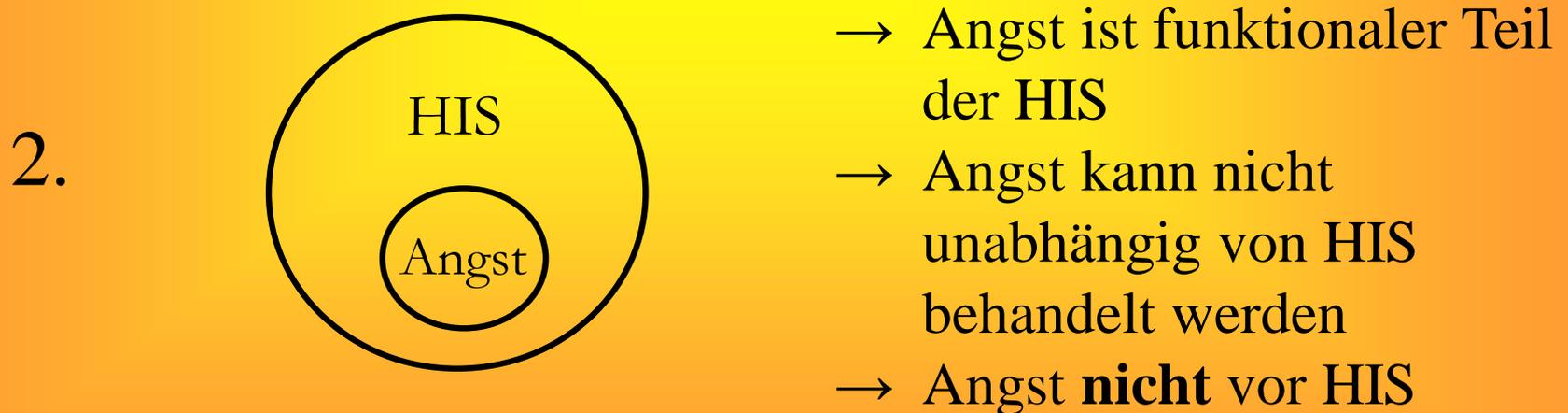
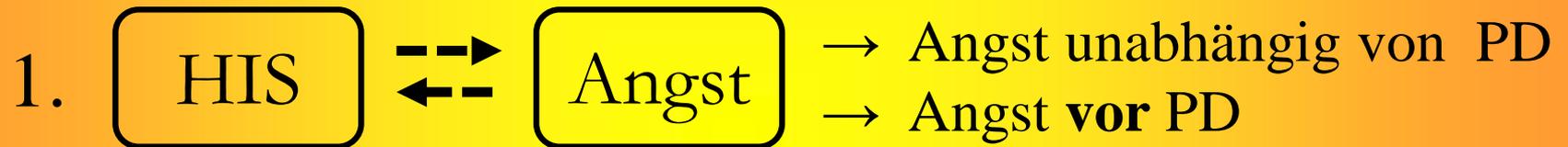
Komorbiditäten

- Therapeutisch sollte ein Therapeut der Leitstörung am meisten Aufmerksamkeit schenken.
- Ein Klient kann die Modi wechseln (HIS → NAR).
- Ein Therapeut sollte erkennen, in welchem Modus ein Klient ist.
- Und sich jeweils auf den vorherrschenden Modus einstellen.

→ Komplementarität

Komorbiditäten

PD und Achse-I-Störung



Diagnostik

Die Diagnostik von PD ist schwierig

- wegen der Vertrauensprobleme teilen PD-Klienten dem Therapeuten keine relevanten Informationen mit,
- daher kann Modellbildung problematisch sein und Zeit brauchen.
- Beziehungsgestaltung ist wichtig!

Diagnostik

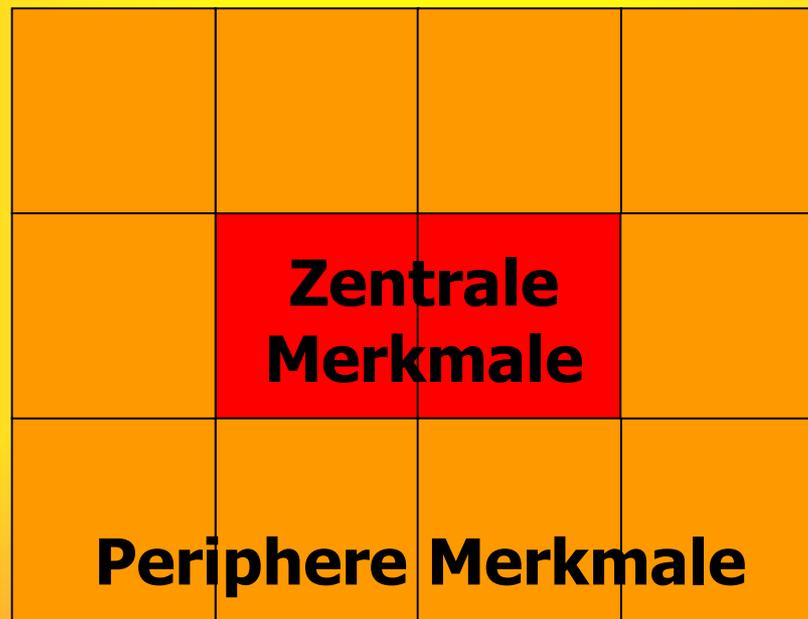
- Bei PD ist eine Beobachtung des Interaktionsverhaltens wesentlich!
- Rating!
- Therapeuten müssen Schlüsse ziehen und ein hypothetisches Modell bilden!
- Schlüsse zu
 - Beziehungsmotiven,
 - Schemata,
 - Manipulation.

Diagnostik

- Dadurch erhält ein Therapeut auch relevante Informationen, wenn der Klient wenig explizit preis gibt.
- Diagnostik ist der allmähliche Aufbau einer Hypothese.
- Die Theorie definiert, welche Diagnostik-Elemente eine Störung definieren.

Diagnostik

Dabei gibt es zentrale und periphere Merkmale:



Diagnostik

- Die zentralen Merkmale muss ein Therapeut finden, um eine Diagnose vergeben zu können.
- Solche Merkmale sind z.B. Beziehungsmotive:
 - Selbst-Schemata
 - Beziehungsschemata
 - Norm-Schemata
 - Regel-Schemata
 - manipulative Strategien

Diagnostik

- Darüber hinaus gibt es viele periphere und *optionale* Merkmale.
- Je mehr Merkmale ein Therapeut bei einem Klienten findet, desto valider ist eine Diagnose.

Diagnostik

- Das Stellen einer Diagnose ist wie das Zusammensetzen eines Puzzles: Der Therapeut findet Informationseinheiten (= Puzzle-Teile), die er theoretisch als Teil z.B. eines Narzissmus-Puzzles interpretiert.
- Dann setzt er diese Puzzle-Teile zu einem „Narzissmus-Puzzle“ zusammen.

Diagnostik

- Die zentralen Teile muss er für eine Diagnose finden.
- Die peripheren Teile stützen die Diagnose ab.

Diagnostik

- Eine Diagnose ist immer eine Hypothese, nie „die Wahrheit“.
- Eine Hypothese ist dabei mehr oder weniger gut validiert.
- Sie muss immer weiter
 - geprüft,
 - modifiziert,
 - elaboriert
 - und unter Umständen verworfen werden!

Diagnostik

- Eine endgültige Diagnose kann es nicht geben.
- Dennoch muss ein Therapeut immer beurteilen, ob eine Diagnose valide genug ist, um daraus Interventionen und Strategien abzuleiten.
- Ein Therapeut **muss handeln**, er muss sich (vorübergehend!) u.U. mit einer weniger validen Diagnose begnügen!

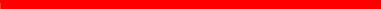
Diagnostik

- Passt ein Puzzle-Teil nicht in ein Puzzle, dann muss der Therapeut prüfen, ob dies der Beginn eines *neuen* Puzzles ist.
- Das begründet eine Diagnose einer komorbiden Störung.
- Passen alle Teile in ein Puzzle, besteht keine Veranlassung für die Annahme einer Komorbidität.

Therapiephasen 1

Phase 1 Beziehungsgestaltung	Phase 2 Entwicklung des Arbeitsauftrag	Phase 3 Klären	Phase 4 Inhaltliche Bearbeitung	Phase 5 Transfer
<ul style="list-style-type: none">• allgemeine BG• komplementäre BG• Modellbildung durch den Therapeuten• Klärung (soweit möglich)	<ul style="list-style-type: none">• Klären• Konfrontieren• Modellbildung	<ul style="list-style-type: none">• Schemata herausarbeiten	<ul style="list-style-type: none">• Veränderung der Schemata• EPR	<ul style="list-style-type: none">• Üben in Real-situationen
Wenn Beziehungskredit	Wenn AA	Wenn Schemata klar	Wenn Schemata verändert	

Therapiephasen 2

	Phase 1 Beziehungs- gestaltung	Phase 2 Entwicklung des Arbeits- auftrag	Phase 3 Klären	Phase 4 Inhaltliche Bearbeitung
Bezieh- ungsge- staltung				
Klärung				
Konfron- tation				