

Unterscheidung: Persönlichkeit vs. Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung liegt nur dann vor, wenn die Eigenschaften/Merkmale zu subjektivem Leiden oder deutlichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen

Persönlichkeitsstörungen: Historische Entwicklungen

- Lange Zeit Überwiegen von psychoanalytischen Konzepten
- Pinel (1809): manie sans délire
- Kraepelin (1908): 7 psychopathische Hauptgruppen
- Kretschmer (1921): Konstitutionslehre
- Schneider (1923): Die psychopathischen Persönlichkeiten
- Millon (1981): Sozial-verhaltensbezogener Fokus
- Heute: Diagnosesysteme (DSM-IV, ICD-10)

Psychopathische Persönlichkeiten nach Kraepelin (7 Haupttypen)

die Erregbaren, die Haltlosen, die Triebmenschen, die Verschrobenen, die Lügner & Schwindler, die Gesellschaftsfeinde, die Streitsüchtigen

Die psychopathischen Persönlichkeiten nach Kurt Schneider

die Hyperthymenten, die Depressiven, die Selbstunsicheren, die Fanatischen, die Geltungsbedürftigen, die Stimmungslabilen, die Explosiblen, die Gemütlosen, die Willenlosen, die Asthenischen

Konstitutionstypologien nach Kretschmer: Einteilung nach Körperbau und Temperament

Leptosome: schlankwüchsig (im Extrem: Astheniker), schizothym (d.h. empfindlich, still, zurückgezogen, gehemmt)

Pykniker: breitwüchsig, zylothym (lebhaft, impulsiv, gutgelaunt)

Athletiker: grobwüchsig und muskulär, viskos (emotional unflexibel, schwerfällig, beharrend)

Heutige Definitionen in DSM-IV / ICD-10

Achse I: Klinische Syndrome

Achse II: Persönlichkeitsstörungen

Terminologie der Persönlichkeitsstörungen in drei diagnostischen Systemen

ICD-9	ICD-10	DSM-IV
paranoid	paranoid	paranoid
schizoid	schizoid	schizoid
	[Schizotype Störung]	schizotypisch
anankastisch	anankastisch	zwanghaft
hysterisch	histrionisch	histrionisch
soziopathisch	dissozial	antisozial
asthenisch	abhängig	dependent
	selbstunsicher (ängstlich, vermeidend)	vermeidend-selbstunsicher
erregbar	emotional instabil Borderline/ impulsiv	Borderline
zyklothym	[Zyklothymia]	[Zyklothyme Störung]
	[Dysthymia]	[depressiv (vorges.)]
andere	andere narzisstisch, passiv-aggressiv	narzisstisch [passiv-aggressiv (vorges.)]
nicht näher bezeichnet	nicht näher bezeichnet	nicht näher bezeichnet

Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

KATEGORIALER/ PROTOTYPISCHER ANSATZ: Einteilung in klar unterscheidbare Typen im Sinne von nosologischen Einheiten; Beschreibung eines prototypischen Ideals und Grad der Ähnlichkeit; diagnostische Zuordnung mit Hilfe von Cut-off-Werten

DIMENSIONALER ANSATZ: Konzept einer quantitativen Ausprägung mit fließenden Übergängen zwischen normal und pathologisch (z.B. Big-Five-Modell); klinische Relevanz jedoch unklar

Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV oder ICD-10

zunächst Überprüfung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen; danach Überprüfung der spezifischen Kriterien für einzelne Persönlichkeitsstörungen; 10 Kategorien in DSM-IV, 8 Kategorien in ICD-10

Allgemeine Kriterien nach DSM-IV

- A. Überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, merklich abweichend von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung; manifestiert durch mindestens 2 Bereiche: • Kognition
• Affektivität • Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen • Impulskontrolle
- B. Muster ⇒ unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- C. Muster ⇒ klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- D. Muster ⇒ stabil und langdauernd; Beginn zumindest bis in die Adoleszenz oder in frühes Erwachsenenalter zurückzuverfolgen
- E. Muster ⇒ nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklärbar
- F. Muster ⇒ geht nicht zurück auf Substanz oder medizinischen Krankheitsfaktor (z.B Hirnverletzung)

Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV: Definition von Clustern

- Cluster A: odd = sonderbar, exzentrisch
paranoide ~, schizoide ~, schizotypische ~
 - Cluster B: dramatic = dramatisch, emotional, launisch
histrionische ~, antisoziale ~, narzisstische ~, Borderline ~
 - Cluster C: anxious = ängstlich, furchtsam
dependente ~, ängstlich-vermeidende ~, zwanghafte ~
-

Allgemeine Kriterien nach ICD-10

- G1. Charakteristische und dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster, deutlich abweichend von kulturell erwarteten und akzeptierten Normen; äußert sich in mindestens 1 Bereich:
• Kognition • Affektivität • Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung • zwischenmenschliche Beziehungen und Art des Umgangs mit ihnen
- G2. Abweichung ⇒ so ausgeprägt, dass daraus resultierendes Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst, unzweckmäßig ist
- G3. Abweichung ⇒ persönlicher Leidensdruck oder nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt
- G4. Abweichung ⇒ stabil, von langer Dauer ist und begonnen in spätem Kindesalter oder Adoleszenz
- G5. Abweichung ⇒ kann nicht durch andere psychische Störung des Erwachsenenalters erklärt werden.
- G6. Abweichung ⇒ nicht verursacht durch organische Erkrankung, Verletzung oder Funktionsstörung des Gehirns

Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen

Verfahren		Diagnosesystem(e)
STANDARDISIERTE INTERVIEWS		
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen [First et al. 1997; dt. Fydrich et al. 1997]	DSM-IV
IPDE	International Personality Disorders Examination [Loranger et al. 1996; dt. Mombour et al. 1996]	ICD-10; DSM-IV
IDCL-P	Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen [Bronisch et al. 1996]	ICD-10; DSM-IV
FRAGEBOGENVERFAHREN		
SKID-II	Screening-Fragebogen zum SKID-II	DSM-IV

Persönlichkeitsstörungen: Klinische Merkmale

Epidemiologie: Lebenszeitprävalenz 5-10%; Geschlechterverteilungen über die Gesamtheit aller PS etwa gleich; höhere Raten in Stadtbevölkerungen und sozial schwachen Schichten

Häufigkeit bei klinischen Gruppen: bis zu 30-40% ambulanter und bis zu 40-50% stationärer Pat. erfüllen die Kriterien einer PS (diese Zahlen stellen möglicherweise eine Überschätzung dar)

Suizidrisiko: am höchsten bei Borderline-PS (~ 10%), am niedrigsten bei paranoider PS (~ 1%)

Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung

Störung	Lebenszeitprävalenz (geschätzt)
Paranoide ~	0,5-2,5%
Schizoide ~	< 1%
Schizotype ~	3%
Antisoziale ~	3-6% (Männer), 1% (Frauen)
Borderline ~	2-4%
Histrionische ~	2-3%
Narzisstische ~	< 1%
Vermeidend-selbstunsichere ~	0,5-1%
Dependente ~	2%
Zwanghafte ~	1%

Prozentuale Verteilung von Persönlichkeitsstörungen (PS) bei psychiatrischen Patienten mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörungen (IPDE-Studie) [nach Loranger et al. 1994]

Persönlichkeitsstörungen	ICD-10	DSM-IV
Paranoide ~	2,4	6,0
Schizoide ~	1,8	2,8
Schizotypische ~	--	3,5
Zwanghafte ~	3,6	3,1
Histrionische ~	4,3	7,1
Dependente ~	4,6	4,5
Antisoziale ~	3,2	6,4
Narzisstische ~	--	1,3
Angstlich-vermeidende ~	15,2	11,0
Borderline ~	14,9	14,5
Andere ~	6,8	12,8

Persönlichkeitsstörungen: Komorbidität mit anderen psychischen Störungen

Angststörungen: Komorbiditätsraten 50-60%, dependente und zwanghafte PS am häufigsten

Depressive Störungen: Komorbiditätsraten ~ 40%, bei Borderline- und histrionischen PS am häufigsten in stationären, bei zwanghaften, angstlich-vermeidenden und dependenten PS in ambulanten Patientenstichproben

Persönlichkeitsstörungen: Auswirkungen von Komorbidität

erhöht: Stärke der Achse-I-Grundsymptomatik (z.B. Fydrich et al. 1996)

verschlechtert: Behandlungsverlauf (z.B. für Depressionen: Shea et al. 1992)

Ätiologie und Entstehungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen

Konzepte: dimensional, neurobiologisch, kognitiv, interpersonell, psychoanalytisch

Dimensionale Ansätze

1. Klassisches Modell nach Eysenck (1970)
2. Big-Five-Modell
3. Neurobiologisches Modell nach Cloninger et al. (1993)

Klassisches Modell nach Eysenck (1970)

Extraversion - Introversion

Neurotizismus

Psychotizismus

Big-Five-Modell:

Extraversion (kontaktfreudig - zurückhaltend)

Verträglichkeit (friedfertig - streitsüchtig)

Gewissenhaftigkeit (gründlich - unsorgfältig)

Neurotizismus (entspannt - überempfindlich)

Offenheit (kreativ - phantasielos)

Neurobiologisches Modell (Cloninger et al. 1993):

• Vermeidung von Schaden [= Fähigkeit, rasch auf aversive Reize zu reagieren und Verhaltensmuster zu blockieren, um Schaden zu vermeiden] ⇒ mit **Serotonin in Verbindung gebracht/** ⇒ **erhöht bei Cluster C.**

• Suche nach Neuem [= angeborene Tendenz, ein hohes Maß an Aufregung und Lust bei der Darbietung unbekannter Reize zu verspüren] ⇒ mit **Dopamin in Verbindung gebracht/** ⇒ **erhöht bei Cluster B.**

• Abhängigkeit von Belohnung [= angeborene Tendenz, intensiv auf positive Verstärker im Sinne sozialer Akzeptanz zu reagieren und das eigene Verhalten entsprechend auszurichten] ⇒ mit **Noradrenalin in Verbindung gebracht/** ⇒ **vermindert bei Cluster A.**

Interpersonelle Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen

1. Annahme: Persönlichkeit wird bestimmt durch ein stabiles Muster von Interaktionen, andere Personen können real anwesend sein oder auch nur imaginär.
2. Annahme: Es existiert ein „Selbst“, das die Wahrnehmung und Gestaltung von interpersonellen Beziehungen steuert (z.B. wie man sich anderen gegenüber präsentieren will, welchen Eindruck man vermitteln möchte); das „Selbst“ ist oftmals nicht bewusst.
3. Annahme: Es entstehen reziproke (komplementäre) Interaktionsmuster; z.B. wenn eine Person submissiv ist, ruft sie bei einer anderen dominantes Verhalten hervor (⇒ gegenseitige Verhaltenssteuerung).
4. Annahme: Inadäquate Interaktionen können sich verfestigen, wenn sie immer wieder entsprechend eines problematischen Schemas interpretiert werden (z.B. die Person nimmt ihren eigenen Anteil am Interaktionsproblem nicht zur Kenntnis, oder externe Faktoren und nicht die eigene Person werden für Schwierigkeiten verantwortlich gemacht).

Bindungsstil und Persönlichkeitsstörungen

Rosenstein & Horowitz (1996): Bei stationär-psychiatrischen Jugendlichen, die einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil hatten => mehr Impulskontroll- und Substanzstörungen, mehr NAR oder ANTSOZ PS; dagegen bei unsicher-präokkupiertem Stil mehr ANAN, HIST, BORD oder STY PS.

Fonagy et al. (1996): Bei BORD PS häufiger unsicher-ängstlicher Bindungsstil im Vergleich zu Kontrollpersonen.

Aaronson et al. (2006): Vergleich von Patienten mit BORD und ANAN PS; bei BORD im Bindungsstil mehr ängstlicher Rückzug, bei ANAN mehr Versorgungsbedürfnisse; BORD höhere Skalenwerte für befürchteten Verlust der Beziehung zu anderen.

Minzenberg et al. (2006): Beziehung bei BORD PS mit Kindheitserfahrungen ⇒ Bindungsangst hing spezifisch zusammen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit, während Bindungsvermeidung gleichermaßen mit verschiedenen Formen des Kindesmissbrauchs zusammenhing.

Kognitiv-verhaltenspsychologische Theorie der Persönlichkeitsstörungen (Beck et al. 1993)

- Erklärungsmodell für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen
- Kognitive Schemata
- Besonderheiten der Informationsverarbeitung (Annahmen, Selbstbild, Strategien, Schlussfolgerungen)
- Therapeutische Strategien

Erklärungsmodell der Persönlichkeitsstörungen (nach Beck et al. 1993)

Persönlichkeit: stabile Denk-, Fühl- und Handlungsmuster, welche eine entwicklungsgeschichtliche (biologisch-genetische) Basis haben.

Phylogenetisch entstandene Verhaltensprogramme: dienten einst der natürlichen Anpassung, hatten hohen Überlebenswert (z.B. Raub-, Konkurrenz-, Soziabilitätsstrategien) ⇒ bestimmte „Neigungen“ bzw. „Temperamente“ sind schon von Geburt an gegeben.

Entwicklungspsychologische Determinanten: durch Erziehungs- bzw. Umwelteinflüsse werden die von Geburt an vorhandenen Muster verstärkt/geschwächt sowie neue Muster aufgebaut.

Persönlichkeitsstörung: durch sehr schnelle Veränderung der Umwelt und Lebensbedingungen passen viele derartige Programme nicht mehr in die heutige Welt.

⇒ schlecht angepasste, unflexible Muster, die zu subjektivem Leiden oder psychosozialen Beeinträchtigungen führen.

Die Rolle der Kognitionen bei Persönlichkeitsstörungen (nach Beck et al. 1993)

Zentrale Bedeutung von Kognitionen: steuern Emotionen und Verhalten, aber auch Wahrnehmung und Bewertung von Ereignissen.

Kognitive Schemata: stabile Einstellungen und Grundüberzeugungen.

Grund für Stabilität bei PS: es bestehen spezifische kognitive Profile; Schwierigkeiten werden meist schema-konform interpretiert, wenig an konstruktiven Lernerfahrungen ausgerichtet («maladaptiver Zirkel»).

Beispiel für die kognitiv-lernpsychologische Erklärung einer Persönlichkeitsstörung (dependent)

- Schema: «Ich kann ohne Hilfe und Unterstützung durch eine andere starke Person nicht überleben»
- Wahrnehmungsd disposition: überempfindlich bei allen Zeichen von Trennung oder Verlust
- Bewertungsschema: Autonomieverhalten des Partners löst Gedanken «Er wird mich verlassen » aus (⇒ Angst, Unsicherheit)
- Verhalten: Demonstration von Hilflosigkeit
- Reaktionen der Umwelt: Partner verzichtet auf bzw. reduziert Autonomieverhalten
- Bewertungsschema: Bestätigung des Schemas: «Wenn ich nicht die geringsten Anzeichen sofort bemerke und darauf reagiere, würde er mich verlassen»

Grundannahmen und Strategien in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen [nach Beck et al. 1993]

Störung	Grundannahmen/ Einstellungen	Strategien (sichtbares Verhalten)
Paranoid	Menschen sind potenzielle Gegner	Vorsicht
Schizoid	Ich brauche viel Raum	Isolation
Antisozial	Andere sind dazu da, um ausgenutzt zu werden	Angriff
Histrionisch	Ich muss imponieren	Theatralisches Verhalten
Narzisstisch	Ich bin etwas Besonderes	Selbstverherrlichung
Zwanghaft	Ich darf keine Fehler machen	Perfektionismus
Selbstunsicher	Ich könnte verletzt werden	Vermeidung
Dependent	Ich bin hilflos	Anhänglichkeit
Passiv-aggressiv	Man könnte mich einschränken	Widerstand

Zwischenmenschliche Strategien bei Persönlichkeitsstörungen [nach Beck et al. 1993]

Störung	Überentwickelte Strategie	Unterentwickelte Strategie
Paranoid	Wachsamkeit, Misstrauen, Argwohn	Gelassenheit, Vertrauen, Anerkennung
Schizoid	Autonomie, Isolation	Intimität, Gegenseitigkeit
Antisozial	Kampflust, ausbeuterisches Verhalten, Raubverhalten	Empathie, Gegenseitigkeit, soziales Verhalten
Histrionisch	Expressivität, impressionistisches Denken	Reflexion, Kontrolle, Systematisierung
Narzisstisch	Selbstverherrlichung, Konkurrenzverhalten	Teilen, Gruppenidentifizierung
Zwanghaft	Kontrolle, Verantwortung, Systematisierung	Spontanität, Ausgelassenheit
Selbstunsicher	Soziale Verletzbarkeit, Vermeidung, Hemmung	Selbstbehauptung, Geselligkeit
Dependent	Hilfesuchendes Verhalten, Anhänglichkeit	Selbständigkeit, Mobilität
Passiv-aggressiv	Autonomie, Widerstand, Passivität, Sabotage	Intimität, Selbstsicherheit, Aktivität, Kooperation

Ätiologie/ Genese von kognitiven Mustern [nach Beck et al. 1993]

- Genetische/ biologische Veranlagungen ⇒ dadurch Begünstigung bestimmter Muster
- Kompensationsversuche auf erlebte Unzulänglichkeiten oder Ängste
- Verstärkung/ Belohnung bestimmter Verhaltensmuster in der Kindheit oder Jugendzeit
- Identifikation mit anderen Familienmitgliedern oder relevanten Personen

Therapie von Persönlichkeitsstörungen

Allgemeine Vorgehensweisen nach Beck et al. (1993)

- 1) Diagnostik und Therapievereinbarungen
- 2) Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- 3) Verbesserung der psychosozialen Kompetenzen
- 4) Strukturierung des psychosozialen Umfelds
- 5) Bearbeitung dysfunktionaler Schemata und Verhaltensmuster
- 6) Generalisierung des Erlernten im sozialen Umfeld

S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

- Psychotherapie ist die Methode der Wahl.
- Evidenzbasiert sind die kognitive Verhaltenstherapie und die psychodynamische Therapie.
- Pharmakotherapie zur Beeinflussung bestimmter Symptomcluster und begleitender Achse-I-Störungen.
- Störungsspezifische, manualisierte Ansätze liegen vor für die Borderline-, antisoziale und vermeidend-selbstunsichere PS; sie sind unspezifischen Verfahren überlegen.
- In der Therapie sind die folgenden Komponenten zu berücksichtigen:
 - Störungstypische Verhaltens- und Erlebensmuster
 - Individuelle Ausprägung dieser Muster
 - Komorbide Achse-I-Störungen
 - Komorbide somatische Störungen
 - Soziale Variablen.

AWMF-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen: Schulenübergreifende Problemanalyse

- Externe Bedingungen
- Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten
- Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten
- Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire
- Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster
- Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

AWMF-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen: Kognitiv-behaviorale Veränderungsstrategien

1 Externe Bedingungen

- Psychische Dekompensation oft ausgelöst durch externe Belastungsfaktoren (z.B. Trennung, Veränderung im Berufsleben, somatische Krankheit).
- Diese analysieren und objektivieren.
- Interventionsstrategien: Problemlösen, Kompetenzerwerb oder Akzeptanz.

2 Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen

- Im ersten Schritt entsprechende Automatismen identifizieren, im zweiten alternative Sichtweisen erproben.
- Die oft ich-synthone Sichtweisen müssen vom Therapeuten aufgedeckt und einer kritischen Sichtweise zugänglich gemacht werden.
- Reflexionen über Entstehungsgeschichte und biografische Relevanz oft hilfreich.

- Kognitive Techniken: z.B. „... was bringt Ihnen diese Sichtweise?“ oder „... gäbe es noch andere Erklärungen für das Ereignis?“

3 Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster

- Übergeordnete Muster werden benannt und bearbeitet.
- Methoden des Aufdeckens: Verhaltensanalysen, Schema-Analysen, Plananalysen, verdeckte oder offene Induktionsmethoden.
- Methoden der Behandlung: Expositionsbasierte Veränderung, kognitive Umstrukturierung, Neuorganisation von Verstärkersystemen.

4 Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires: Ergänzung der üblichen Reaktionen (meist automatisiert, kurzfristig wirksam und selbstverstärkend) um weitere angemessene Verhaltensweisen.
- Methoden: Mentale Antizipation, Suche und Bewertung von Modellen, Verhaltensexperimente in sensu.

5 Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster

- Umsetzung der neuen Handlungsmöglichkeiten in das „reale Leben“.
- Methoden: Zunächst therapeutische Rollenspiele, dann (geplante und protokollierte) Verhaltensexperimente im Alltag.
- Anschließend Diskussion (Bewertung) von emotionalen Reaktionen und Reaktionen der Umgebung.

6 Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

- Auseinandersetzung mit neuen (irritierenden) Reaktionen anderer.
- Eventuell Einbindung sozialer Bezugspersonen in die Therapie, um das Zielverhalten zu stabilisieren.

AWMF-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen: Therapeutische Beziehungsgestaltung

Phase 1: Interaktionserwartungen (charakteristisch für die vorliegende PS) werden auf den Therapeuten gerichtet; der Patient erwartet, dass sich der Therapeut „schemakonform“ verhält

⇒ komplementäre Beziehungsgestaltung

Phase 2: Nach abgeschlossenem Beziehungsaufbau beginnt der Therapeut, die dysfunktionalen Erwartungen zu irritieren und den Patienten zu neuen Erfahrungen und Verhaltensexperimenten anzuregen.

Pharmakologische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen

Ansatzpunkte: [1] Behandlung eines abgrenzbaren Syndroms oder Verhaltensmusters (z.B. Affektlabilität ⇒ Lithium, Unruhe ⇒ sedierend); [2] Behandlung begleitender Achse-I-Störungen (z.B. Depression ⇒ Antidepressivum)

Borderline-PS: Tranquilizer oder Neuroleptika (z.B. bei akuten suizidalen Krisen, starker Gespanntheit, psychosenahen Symptomen); Lithium oder Carbamazepin (z.B. bei ausgeprägter affektiver Instabilität); Antidepressiva (z.B. bei depressiven oder angstbetonten Verstimmungen)

Reviews zur Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

- Leichsenring F, Leibing E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. Am J Psychiatry, 160, 1223-1232.
- Bateman AW, Fonagy P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br J Psychiatry, 177, 138-143.
- Gabbard GO. (2000). Psychotherapy of personality disorders. J Psychother Pract Res, 9, 1-6.
- Ogrodniczuk JS, Piper WE. (2001). Day treatment for personality disorders: a review of research findings. Harv Rev Psychiatry, 9, 105-117.
- Perry JC, Banon E, Ianni F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. Am J Psychiatry, 156, 1312-1321.
- Perry JC, Bond M. (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. In: Gunderson JG, Gabbard GO, Psychotherapy for personality disorders. Review of Psychiatry, pp. 1-31. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Sanislow CA, McGlashan TH. (1998). Treatment outcome of personality disorders. Can J Psychiatry, 43, 237-250.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, et al. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. CD005652.

Metaanalyse von Leichsenring & Leibing (2003)

- Sowohl RCTs als auch naturalistische Studien einbezogen, die zwischen 1974 und 2001 publiziert wurden.
 - 22 Studien ausgewählt; davon 3 mit direktem Vergleich CBT (kognitive Verhaltenstherapie) versus PDP (Psychodynamische Psychotherapie); es existierten nur 3 RCT-Studien für PDP und 5 RCT-Studien für CBT; daher für alle Studien nur Prä-Post-Effekte berechnet.
 - Datenbasis: 14 Studien mit PDP (N = 417), 11 Studien mit CBT (N = 231); in mehr als der Hälfte der Studien wurden Borderline-PS behandelt.
- ⇒ Effektstärken der PDP: 1,46 insgesamt, 1,08 für Fragebogenmessungen und 1,79 für fremdbeurteilte Messungen
- ⇒ Effektstärken der CBT: 1,00 insgesamt, 1,20 für Fragebogenmessungen und 0,87 für fremdbeurteilte Messungen
- ⇒ **Eine direkte Vergleichbarkeit der Effektstärken ist nicht möglich, da Daten aus unterschiedlichen Studien stammen (unterschiedliche Aspekte der Therapien, Patientengruppen, Outcomemaßen)**
- ⇒ Drop-out-Raten: PDP 15%, CBT 17%
- ⇒ RCT-Studien: In allen Studien waren sowohl PDP als auch CBT den Kontrollbedingungen überlegen.

Studie von Emmelkamp et al., 2006

Comparison of brief-dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder, Br J Psychiatry, 189, 60-64.

- Therapievergleichsstudie in Groningen (NL), Community Mental Health Center
- N = 62 Pat. mit im Vordergrund stehender vermeidend-selbstunsicherer PS (diagnostiziert nach SKID-II), davon 32 Frauen, mittleres Alter 34,3 Jahre (SD 8,9)
- Randomisiert zugewiesen zu CBT (N = 21), BDP (N = 23) und WLC (N = 18)
- 20 wöchentliche Sitzungen Einzeltherapie (à 45 Min.) über 6 Monate
- Katamnesezeitraum 6 Monate
- Drop-outs: CBT 14,3%, BDP 0%, WLC 11,1%
- Gesamt-Follow-up-Raten: CBT 23/26 = 88,5%, BDP 23/28 = 82,1%

CBT: "Cognitive-behavioural therapy is based on the assumption that anxiety and avoidance are related to individuals' maladaptive beliefs and related thought processes. The model emphasizes collaborative interactions between patient and therapist in conjunction with specific cognitive and behavioural techniques such as Socratic dialogue, monitoring of beliefs, analyzing advantages and disadvantages of avoidance, activity monitoring and scheduling, graded exposure assignments, behavioural experiments and role-play (Beck & Freeman, 1990; Emmelkamp et al, 1992)."

BDP: "Brief dynamic therapy is based on the assumption that anxiety and avoidance are related to individuals' unconscious psychodynamic conflicts, in addition to which shame has a major role. Treatment was directed at defence and affect restructuring. The model emphasises a therapeutic alliance on the basis of which the most essential unconscious conflict can be clarified and resolved with the help of expressive techniques such as clarification, confrontation and, especially, interpretation (Malan, 1976, 1979). However, in a number of cases a more supportive attitude and technique was used to bolster threatened equilibrium and relieve the consequences of unconscious conflict by means of methods such as suggestion, reassurance and encouragement (primarily supportive mode) (Luborsky, 1984; Luborsky & Mark, 1991; Pinsker et al, 1991). In these instances the therapist clarifies rather than confronts defences in order to regulate rather than to provoke anxiety."

- Beide Therapieformen manualisiert.
- Therapeuten waren trainierte Psychiater und Psychologen (2 weiblich, 4 männlich) mit mindestens 5-jähriger therapeutischer Erfahrung.
- Zur Prüfung der Manualtreue wurden alle Therapien audiografiert und durch "verblindete" Beurteiler bewertet.
- Outcomemaße: (a) Personality Disorder Belief Questionnaire (PDBQ; Arntz et al., 2004); (b) Lehrer Woolfolk Anxiety Symptoms Questionnaire (LWASQ; Scholing & Emmelkamp, 1992); (c) Social Phobia subscale des Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI; Beidel et al, 1989); (d) Avoidance Scale (Emmelkamp, 1982).

Ergebnisse (Prä-Post-Effektstärken):

- Angstsymptome (LWASQ): CBT 1,05, BDP 0,38, WLC 0,46
- Soziale Ängste (SPAI): CBT 0,92, BDP 0,82, WLC 0,47
- Vermeidungsüberzeugungen (PDQB): CBT 1,26, BDP 0,75, WLC 0,20
- Vermeidungsverhalten: CBT 1,88, BDP 1,75, WLC 1,18

Gesamtbewertung:

- Therapie führte zu signifikanten Verbesserungen im Vergleich den WLC-Verläufen (die WLC besserte sich nur bei sozialen Ängsten und Vermeidungsverhalten).
- In allen Maßen war die CBT der BDP statistisch signifikant überlegen.
- BDP war nicht besser als die WLC
- Im Follow-up wurden alle Verbesserungen beibehalten. In der BDP-Gruppe kam es zu einer weiteren signifikanten Verbesserung der Vermeidungsüberzeugungen (PDQB). Weiterhin war die CBT der BDP überlegen.
- Beim Follow-up wurde erneut das SKID-II durchgeführt. Von der CBT-Gruppe erfüllten noch 9% und von der BDP-Gruppe noch 36% die Kriterien der vermeidend-selbstunsicheren PS.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen, gekennzeichnet durch mindestens 4 der folgenden Merkmale:

- (1) beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so dass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verlorengelht
- (2) zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert, z.B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden
- (3) verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluss von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht durch offensichtliche finanzielle Notwendigkeit bedingt)
- (4) ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik oder Werten (nicht auf kulturelle oder religiöse Orientierungen zurückzuführen)
- (5) ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuzwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen
- (6) delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen
- (7) ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muss im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden
- (8) zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit

Historische Wurzeln der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Charaktere des THEOPHRAST (370 - 288 v.Chr.): "Der Kleinliche"

seit ESQUIROL (1839) als zentrale Persönlichkeitsstörung recht einheitlich beschrieben

Merkmale der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Prävalenz: ~ 2% in der Allgemeinbevölkerung; 6-9% unter stationären psychiatrischen Patienten

Differentialdiagnose: Ähnlichkeiten mit der Zwangsstörung und dependenten PS; Überlappung zwischen zwanghafter PS und Zwangsstörung geringer als früher angenommen ⇒ aufgrund neuerer Studien wird die Zwangsstörung mehr durch dependente, histrionische und schizotypische PS prädisponiert

Komorbidität: höher bei generalisierter Angststörung, Phobien, depressiven und somatoforme Störungen

Ätiologie und Pathogenese der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

- psychosozial: Folge eines überkontrollierenden, einengenden, übermäßig an Strafe orientierten Erziehungsstils; geringe Autonomieentwicklung, stattdessen Überbetonung von Regeln, Ge- und Verboten; durch Befolgen der Regeln kann Strafe vermieden werden, gleichzeitig wird Unsicherheit reduziert, eigene aggressive Impulse können kontrolliert werden
- kognitive Schemata: v.a. Dichotomisierung, Katastrophisierung, Regelorientierung; geringe Fähigkeit zur Problemlösung und hierarchisch zu abstrahieren bzw. zu fokussieren, stattdessen Rückversicherung und Übersorgfalt

Kognitives Profil der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Schlüsselwort: Ordnung, Kontrolle

Selbstbild: Ich bin für mich selbst und andere verantwortlich, kann mich nur auf mich selbst verlassen;
Dinge müssen möglichst perfekt sein, daher ist Ordnung und Struktur unverzichtbar

Bild über andere Menschen: Andere sind zu nachlässig, verantwortungslos, zügellos, inkompetent

Grundannahmen: Ich brauche eine klare Ordnung, nur durch strenge Regeln und Kontrolle kann das
einzig richtige Ziel erreicht werden

Bedrohungen: Ängste vor Fehlern, Mängeln, Katastrophen, für Unzulänglichkeiten oder Unglücke zur
Rechenschaft gezogen zu werden

Strategien: Regeln, Normen und Anforderungen (das „Sollen“) aufstellen und strikt befolgen, andere
ebenfalls dazu veranlassen

Affekte: geringer Ausdruck von Emotionen, eventuell Ärger, Enttäuschung und Angst vor negativen
Folgen

Dysfunktionale Kognitionen bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung

„Ich könnte ohne Halt sein. Deswegen brauche ich Ordnung, Systeme und Regeln, um zu überleben“

„Ohne Regeln und Riten bricht alles zusammen“

„Es gibt immer richtige und falsche Verhaltensmuster, Entscheidungen und Emotionen“

„Ein Fehler bedeutet eine Verfehlung“

„Ich muss ständig mich selbst und meine Umgebung unter Kontrolle haben“

„Ich weiß, was das Beste ist. Du musst es so tun wie ich!“

„Die Leute sollten Besseres leisten und sich mehr Mühe geben“

„Menschen sollten kritisiert werden, damit in Zukunft keine Fehler mehr gemacht werden“

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Therapeutische Beziehung

- Pat. kommen oft nicht wegen der PS, sondern aufgrund von Angst-, depressiven oder psychosomatischen Störungen

- Oft anfangs große Erwartungsunsicherheit, da für Psychotherapie keine „Regeln“ bekannt sind, Angst vor Verlust der Kontrolle; Pat. erwarten und erhoffen klare Handlungsanweisungen sowie Fachkompetenz, will andererseits ein „perfekter Patient“ sein

⇒ daher zunächst Erklärungsmodell der Störung vermitteln, um auf der rationalen, logischen Ebene einen Zugang zum Patienten zu erreichen, Fachkompetenz vermitteln; therapeutisches Vorgehen klar strukturieren, spontane Lockerheit des Therapeuten nicht vorschnell in den Vordergrund stellen

⇒ auf dieser Basis Förderung des emotionalen Erlebens, Ausdruck auch unangenehmer Gefühle, Entwicklung von Spontanität, „Loslassen“

⇒ Schwierigkeiten: Schilderungen des Pat. oft umständlich und anstrengend, Gefahr von „Machtkämpfen“, Fortschritte meist nur langsam

Dependente Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

Ein tiefgreifendes und überstarkes Bedürfnis, versorgt zu werden, was zu unterwürfigem und klammerndem Verhalten und Trennungsängsten führt. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen, gekennzeichnet durch mindestens 5 der folgenden Merkmale:

- (1) hat Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen
- (2) benötigt andere, damit diese die Verantwortung für seine/ihre wichtigsten Lebensbereiche übernehmen
- (3) hat Schwierigkeiten, anderen gegenüber eine Meinung zu vertreten aus Angst, Unterstützung oder Zustimmung zu verlieren (Beachte: Realistische Ängste vor Bestrafung sind nicht gemeint)
- (4) hat Schwierigkeiten, Unternehmungen selbst zu beginnen oder Dinge unabhängig durchzuführen (eher aufgrund von mangelndem Vertrauen in die eigene Urteilskraft oder in die eigenen Fähigkeiten, nicht aus mangelnder Motivation oder Tatkraft)
- (5) tut alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten
- (6) fühlt sich alleine unwohl oder hilflos aus übertriebener Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können
- (7) sucht dringend eine andere Beziehung als Quelle der Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung endet
- (8) ist in unrealistischer Weise von Ängsten eingenommen, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen

Kognitives Profil der dependenten Persönlichkeitsstörung

Schlüsselwort: Abhängigkeit von anderen Menschen

Selbstbild: Ich bin schwach, hilflos, inkompetent, bedürftig, auf andere angewiesen

Bild über andere Menschen: Andere sind stark, fürsorglich, kompetent, unterstützend

Grundannahmen: Nur mit Hilfe anderer Menschen komme ich durchs Leben

Bedrohungen: Ängste davor, abgelehnt oder verlassen zu werden

Strategien: Aufbau einer intensiven Beziehung, in der sie sich einer „starken“ Person unterordnen

Affekte: Angst, Niedergeschlagenheit

Dysfunktionale Kognitionen bei dependenter Persönlichkeitsstörung

„Ich brauche andere Menschen - vor allem eine andere Person - um überleben zu können“

„Mein Glück hängt davon ab, dass ein anderer Mensch für mich da ist“

„Ohne Partner kann ich nicht leben“

„Ich kann niemals glücklich sein, wenn ich nicht geliebt werde“

„Alleine bin ich vollkommen hilflos - ich komme nur dann zurecht, wenn ich mich auf einen kompetenten Menschen verlassen kann“

„Wenn ich verlassen werde, sterbe ich“

„Beleidige nicht den Versorger! Bleib dicht bei ihm/ihr! Gestalte die Beziehung so intim wie möglich! Sei unterwürfig, um ihn/sie an dich zu binden“

Paranoide Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

(A) Tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn anderen gegenüber, so dass deren Motive als böswillig ausgelegt werden; gekennzeichnet durch mindestens 4 der folgenden Merkmale:

- (1) verdächtigt andere ohne hinreichenden Grund, ihn/sie auszunutzen, zu schädigen oder zu täuschen
- (2) ist stark eingenommen von ungerechtfertigten Zweifeln an der Loyalität oder Vertrauenswürdigkeit von Freunden oder Partnern
- (3) vertraut sich nur zögernd anderen Menschen an aus ungerechtfertigter Angst, die Informationen könnten in böswilliger Weise gegen ihn/sie verwandt werden
- (4) liest in harmlose Bemerkungen oder Vorkommnisse eine versteckte, abwertende oder bedrohliche Bedeutung hinein
- (5) ist lange nachtragend, d.h. verzeiht Kränkungen, Verletzungen oder Herabsetzungen nicht (6) nimmt Angriffe auf die eigene Person oder das Ansehen wahr, die anderen nicht so vorkommen, und reagiert schnell zornig oder startet rasch einen Gegenangriff
- (6) verdächtigt wiederholt ohne jede Berechtigung den Ehe- oder Sexualpartner der Untreue

(B) Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, Affektiven Störung mit Psychotischen Merkmalen oder anderen Psychotischen Störung auf, und geht auch nicht auf die direkte körperliche Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück

Kognitives Profil der paranoiden Persönlichkeitsstörung

Schlüsselwort: Misstrauen

Selbstbild: Ich bin rechtschaffen, gerecht, harmlos, edel, werde aber von anderen aus Boshaftigkeit schlecht behandelt

Bild über andere Menschen: Andere sind unaufrichtig, manipulieren verdeckt, sind Betrüger und Verräter, wollen mich demütigen und diskriminieren, verschwören sich gegen mich

Grundannahmen: Man kann anderen Menschen nicht trauen, sie wollen mir schaden, ich muss auf der Hut sein

Bedrohungen: Ängste vor verdeckten Manipulationen, Kontrolle, Erniedrigung, Diskriminierung
Strategien: wachsam sein, jederzeit nach bedrohlichen Hinweisen suchen, „Feinde“ im Auge behalten und entlarven

Affekte: Ärger über vermeintlich schlechte Behandlung, quälende Angst vor wahrgenommenen Bedrohungen

Dysfunktionale Kognitionen bei paranoider Persönlichkeitsstörung

„Ich bin anderen Menschen gegenüber verletzlich. Man kann anderen nicht trauen“

„Die Motive anderer sind suspekt“

„Andere wollen mich täuschen, hintergehen oder geringschätzen“

„Wenn ich nicht vorsichtig bin, werden die Leute mich manipulieren, schlecht behandeln oder ausnutzen“

„Wenn Leute freundlich sind, versuchen sie, mich auszunutzen“

„Wenn Menschen distanziert erscheinen, ist das ein Zeichen dafür, dass sie unfreundlich sind“

„Sei auf der Hut! Suche nach versteckten Motiven! Traue keinem! Lass Dich nicht täuschen!“

Persönlichkeitsstörungen: Empfohlene Literatur

- Beck AT, Freeman A (1999). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen (4. Aufl.). Weinheim, PVU.
- Lenzenweger MF, Clarkin J (2004). Major Theories of Personality Disorder. New York, Guilford.
- Emmelkamp PMG, Kamphuis JH (2007). Personality Disorders. Hove, Psychology Press.
- Fiedler P (2001). Persönlichkeitsstörungen (5. Aufl.). Weinheim, PVU.
- Livesley WJ (Ed) (2001). Handbook of Personality Disorders. New York, Guilford.
- Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE, Okasha A (Eds) (2005). Personality Disorders. Hoboken, Wiley.
- Stone MH (2006). Personality-disordered Patients: Treatable and Untreatable. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003). Schema-focused Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford.

[Stand: SS 2011]