

Alexander Strobel, René Dutschke und Christoph Scheffel
Fakultät Psychologie

S.PP

Anwendungsbereich Klinische Psychologie

Persönlichkeitsstörungen

Einführung

Überblick

Was erwartet Sie heute?

Wiederholung ADHS

Persönlichkeitsstörungen

- Charakterisierung und Diagnose

- Fallbeispiele

Aktuelle Entwicklungen



<https://stock.adobe.com/ar/search?k=%22borderline%20personality%20disorder%22>

Lernziele

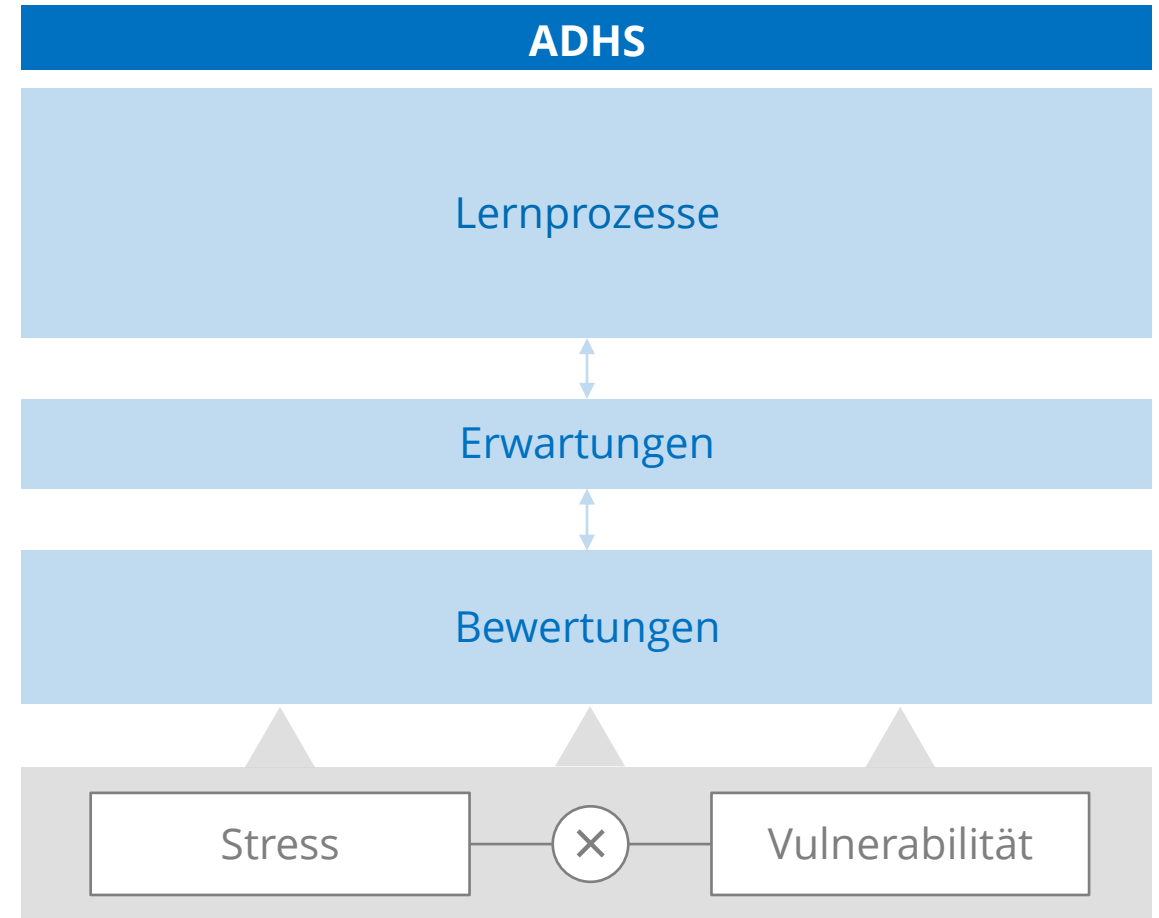
- Beschreibung und Erklärung von Persönlichkeitsstörungen nachvollziehen können

ADHS

Wiederholung

Integration

Wie lassen sich biopsychologische Vulnerabilitäts-Stress-Modelle, lerntheoretische und kognitive Erklärungsansätze von ADHS integrieren?



ADHS

Wiederholung

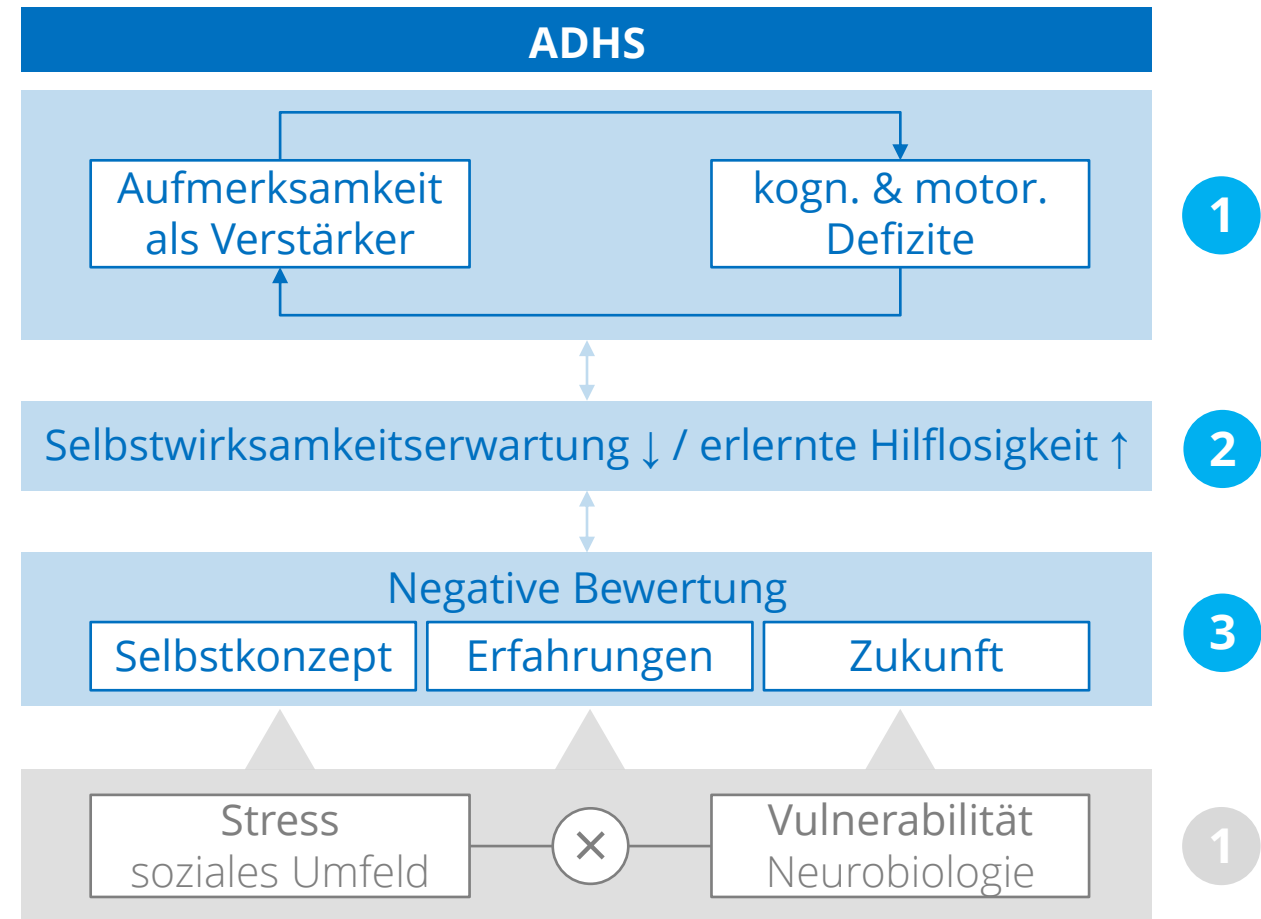
Integration

Defizite (tw. aufgrund neurobiologischer Dysfunktionen) verursachen in Interaktion mit Umwelt-Stressoren auffälliges Verhalten, das Aufmerksamkeit (z.B. Tadel) generiert, die als Verstärker wirkt und das Verhalten verstärkt usw. (1)

Auf kognitiver Ebene resultiert daraus eine verringerte Selbstwirksamkeitserwartung, erlernte Hilflosigkeit kann sich einstellen (2)

dies führt zur Verfestigung negativer Denkschemata (3)

kognitive Prozesse wirken auf Lernerfahrung zurück usw.



ADHS

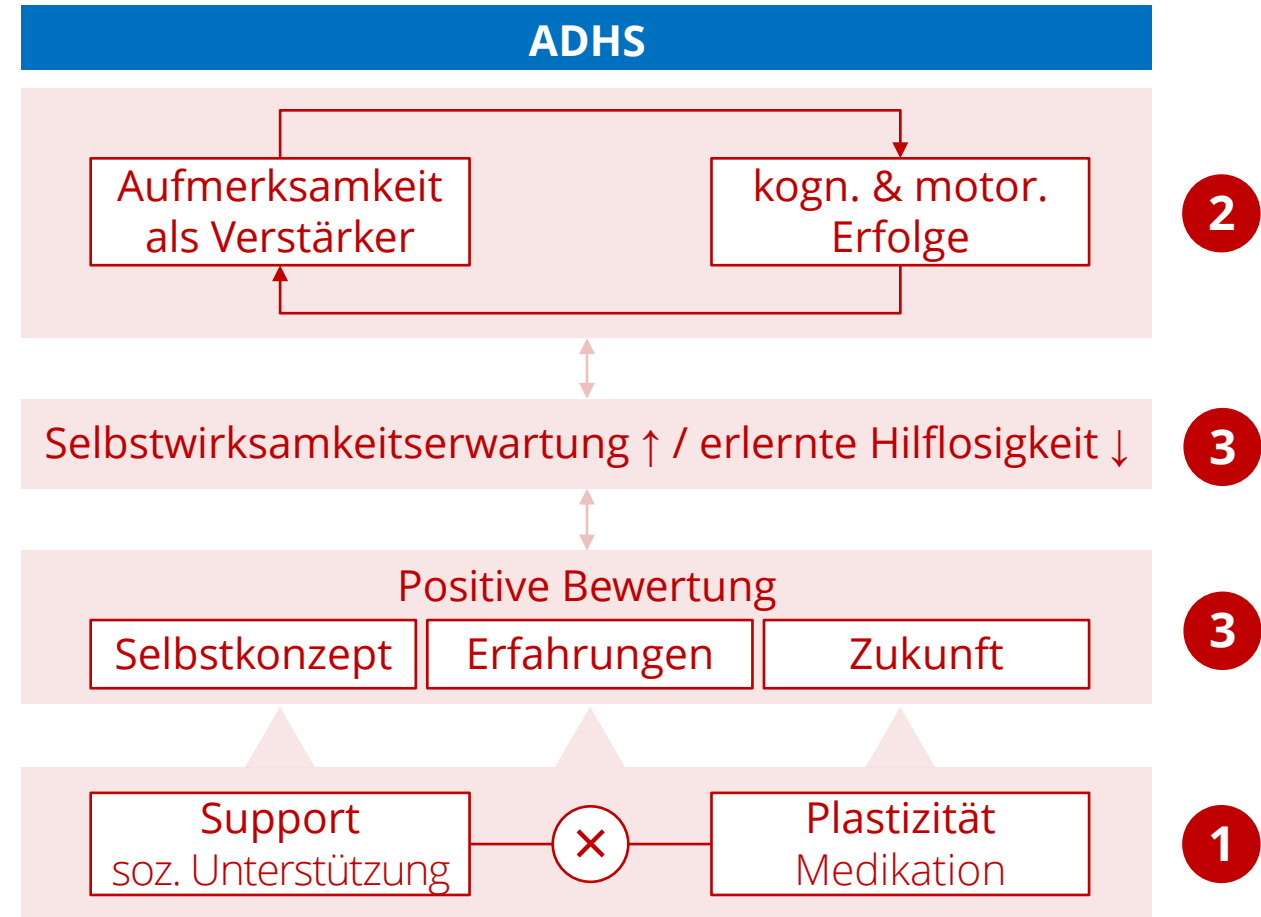
Wiederholung

Integration

Setzt man mit Interventionen auf der Ebene der neurobiologischen Plastizität an (nicht nur Medikation, s. auch Bio-Feedback) und bindet zugleich das soziale Umfeld (Eltern, Lehrer) ein (1) ...

schafft dies eine Basis für kognitive und motorische Erfolge, die wiederum Aufmerksamkeit im positiven Sinne erhalten und das erfolgreiche Verhalten verstärken (2)

dies wirkt sich auf die Steigerung von Selbstwirksamkeitserwartung, die Reduktion erlernte Hilflosigkeit und die Ausbildung förderlicher kognitiver Schemata aus (3)



Persönlichkeitsstörungen

Charakterisierung

Was sind Persönlichkeitsstörungen?

Persönlichkeitsstörungen sind tief verwurzelte, unflexible Verhaltens- und Denkmuster, die in verschiedenen Lebensbereichen Schwierigkeiten verursachen.

- Geprägt durch anhaltende Muster des Denkens, Fühlens und Verhaltens
- Störungen beginnen meist im frühen Erwachsenenalter
- Beeinflussen Beziehungen, Arbeit und Selbstwahrnehmung

Persönlichkeitsstörungen

Charakterisierung

Diagnose nach Schweregrad

Leichte Persönlichkeitsstörung

Funktionsbeeinträchtigung ist auf spezifische Lebensbereiche begrenzt, einige soziale und berufliche Rollen können aufrechterhalten werden, kein gravierender Schaden für sich selbst und andere

Mäßige Persönlichkeitsstörung

erstreckt sich in ihrem Folgen auf mehrere Lebensbereiche; emotionale, kognitive und behaviorale Manifestationen sind von mäßigem Schweregrad; hin und wieder selbst- oder fremdschädigendes Verhalten

Schwere Persönlichkeitsstörung

ist mit der Erfüllung sozialer Normen inkompatibel, erstreckt sich auf so gut wie alle Lebensbereiche, geht oft mit selbst- oder fremdschädigendem Verhalten einher

Persönlichkeitsstörungen

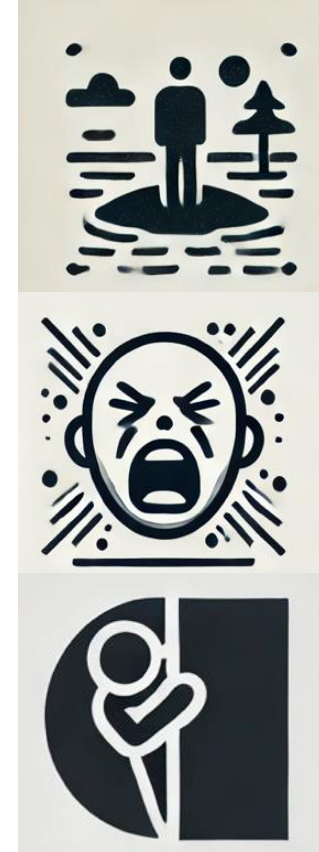
Charakterisierung

Einteilung in 3 Cluster

Cluster A: Sonderbar-exzentrisch

Cluster B: Dramatisch-emotional

Cluster C: Ängstlich-furchtsam



Persönlichkeitsstörungen

Cluster A: Sonderbar-exzentrisch

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden:

- Großes Misstrauen gegenüber anderen
- Paranoide Gedanken, dass andere sie ausnutzen oder ihnen Schaden bringen wollen
- Negative Interpretation der Handlungen der anderen und Suche nach Hinweisen, um Misstrauen zu stützen
- Reaktion mit Wut und Konfrontation, Vermeidung der engen Beziehungen und Schwierigkeiten in Partnerschaften



Prävalenz: ca. 0,7 – 2,7 %

Persönlichkeitsstörungen

Cluster A: Sonderbar-exzentrisch



Prävalenz: ca. 0,5 – 1,1 %

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden

- Keinerlei Interesse an engen zwischenmenschlichen Beziehungen
- Vermeidung der sozialen Interaktionen auch in familiären Beziehungen, selten haben sie enge Freunde oder Vertraute
- Unbeholfene oder distanzierte soziale Fähigkeiten, Schwierigkeiten, Gefühle, einschließlich Ärger, auszudrücken
- Eingeschränkte Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten

Persönlichkeitsstörungen

Cluster A: Sonderbar-exzentrisch



Mögliche Risikobindung für die **Entwicklung der Schizophrenie** -> befindet sich in ICD-10 unter **Schizotypen Störung**

Prävalenz: ca. <0,01 – 0,6 %

Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerde

- Wenig enge Beziehungen, abgesehen von Familienmitgliedern, Unwohlfühlen in sozialen Situationen
- Starkes Gefühl, nicht dazuzugehören, was zu einer starken Angst in sozialen Interaktionen führt
- Fehlinterpretation der gewöhnlichen Ereignisse und Zuschreibung der übertriebenen Bedeutung
- Unklare oder ungewöhnliche Sprache mit abgehobenen, abstrakten oder seltsamen Ausdrücken
- Neigung, soziale Normen und Manierismen zu ignorieren

Persönlichkeitsstörungen

Cluster B: Dramatisch-emotional

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden:

- Große Diskrepanz zwischen Verhalten und geltenden sozialen Normen
- Unfähigkeit zum Erkennen von Schuldbewusstsein
- Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten
- Oft benutzte Manipulationen, um eigenen Ziele zu erreichen



Prävalenz: ca. <0,01 – 4,1 %

Persönlichkeitsstörungen

Cluster B: Dramatisch-emotional

Ein **Impulsiver Typus**, der durch **emotionale Instabilität** und **mangelnde Impulskontrolle mit einer Neigung zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten** charakterisiert ist.

1



Ein **Borderline Typus**, bei dem zusätzlich zur **emotionalen Instabilität** das eigene **Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen** (auch sexuelle) **unklar** und **gestört** sind.

2



Borderline-Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerde:

- Deutliche Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten
- Angst vor dem Alleinsein
- Schnelle Veränderung der Wahrnehmung von anderen, indem sie jemanden zuerst idealisieren (Tendenz zum Schwarz-Weiß-Denken)
- Schwierigkeiten, Gefühle zu kontrollieren; Reaktion mit intensiven, unangemessenen Ausbrüchen, oft in Form von Sarkasmus oder Tiraden

Prävalenz: ca. 0,1 – 0,7 %

Persönlichkeitsstörungen

Cluster B: Dramatisch-emotional

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden:

- Muster von übermäßiger Emotionalität
- Heischen nach Aufmerksamkeit
- Dramatisieren der eigenen Figur
- Selbstinszenierung, Theatralik, Übertriebener Ausdruck von Gefühlen

Prävalenz: ca. <0,01 – 0,5 %



Persönlichkeitsstörungen

Cluster B: Dramatisch-emotional



Prävalenz: ca. <0,01 – 0,5 %

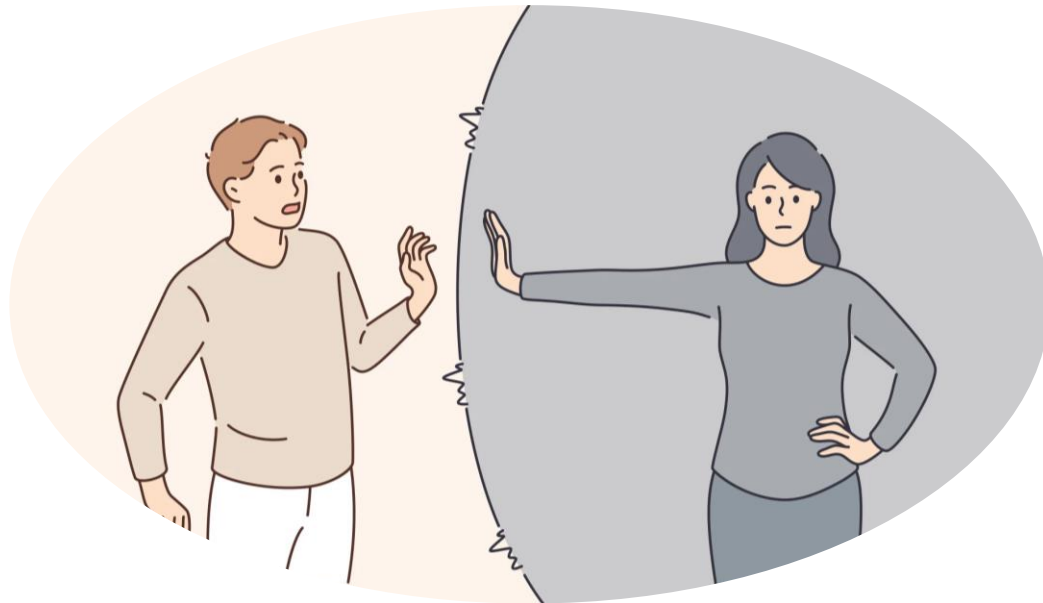
Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerde:

- Ein übertriebenes, unbegründetes Gefühl der eigenen Bedeutung und Talente (Grandiosität)
- Die Beschäftigung mit Phantasien von unbegrenzten Erfolgen, Einfluss, Macht, Intelligenz, Schönheit oder der vollkommenen Liebe
- Der Glaube, dass sie speziell und einzigartig sind und sich nur mit den Menschen auf höchstem Niveau verbinden sollten
- Der Wunsch bedingungslos bewundert zu werden
- Ein Gefühl des Anspruchs; Neid auf andere, der Glaube, dass andere sie beneiden
- Ausnutzung & Manipulation anderer, um ihre eigenen Ziele zu erreichen
- Ein Mangel an Empathie. Überheblichkeit und Hoffart
- **Schwer therapierbar, tw. kontraindiziert**

Persönlichkeitsstörungen

Cluster C: Ängstlich-furchtsam



Prävalenz: ca. 0,8 – 1,2 %

Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden:

- Vermeidung von Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakt einbeziehen
- Überempfindlichkeit ggü. Negativer Bewertung
- Unzulänglichkeitsgefühle
- Selbsteinschätzung als sozial inkompetent, unattraktiv oder minderwertig gegenüber anderen
- Unlust persönliche Risiken einzugehen oder bei einer neuen Aktivität teilzunehmen

Persönlichkeitsstörungen

Cluster C: Ängstlich-furchtsam

Dependente Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden:

- Muster von unterwürfigem und anklammernden Verhalten
- Übermäßiges Bedürfnis danach, umsorgt zu werden
- Schwierigkeiten, täglich Entscheidungen ohne ein Übermaß an Beratung und Bestätigung von anderen Menschen zu treffen
- Hilflosigkeit und Sorge, sich nicht allein versorgen zu können
- Schwierigkeiten, Uneinigkeit mit anderen zum Ausdruck zu bringen, weil sie Verlust der Unterstützung oder Bestätigung fürchten



Prävalenz: ca. 0,1 – 1,0 %

Persönlichkeitsstörungen

Cluster C: Ängstlich-furchtsam

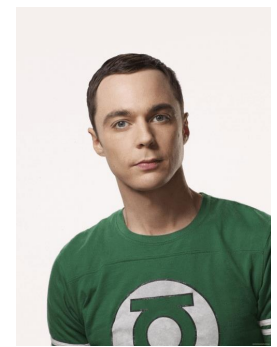
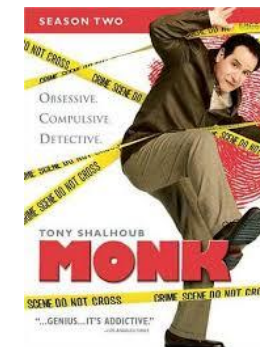
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Symptome und Beschwerden:

- Muster von Perfektionismus und Kontrolle, sowie ständiger Beschäftigung mit Ordnen
- Die Beschäftigung mit Details, Regeln, Zeitplänen, Organisation und Listen. Streben, etwas so perfekt zu tun, dass es Beenden einer Aufgabe beeinträchtigt
- Übermäßige Hingabe an die Arbeit und Produktivität (nicht aufgrund finanzieller Notwendigkeit), was zu einer Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten und Freunde führt
- Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Verwöhntheit und Inflexibilität in Bezug auf ethische und moralische Fragen und Werte
- Rigidität und Hartnäckigkeit



Prävalenz: ca. 0,9 – 7,6 %



Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Fallbeispiele (1)

K.A. ist 24 Jahre alt und wird an einem Novemberabend von einer Freundin auf unsere Psychotherapiestation gebracht, weil er seit Tagen von der Absicht angetrieben werde, sich das Leben nehmen zu wollen.

Der Patient berichtet, dass er bereits als Kind immer wieder große Probleme mit den Eltern, mit der Schule und mit Gleichaltrigen gehabt hätte. Er habe sich oft nicht verstanden und angegriffen gefühlt. Dann sei in ihm immer wieder Wut, Trotz und Ärger aufgestiegen. Mit Gleichaltrigen habe er sich dabei immer wieder in Schlägereien verwickelt. Schließlich habe er zunehmend häufiger auch mit Rückzug reagiert und sich in seinem Zimmer zuhause eingeschlossen. Damit habe er dann auch noch die Eltern schier zur Verzweiflung gebracht. Um ihre Beschimpfungen und Klagen vor der Tür nicht anhören zu müssen, habe er die Musik im Radio so stark aufgedreht, dass sich dann regelmäßig auch noch die Nachbarn beschwerten. Auch wenn ihm vieles hinterher immer sehr leid getan habe, hätte er sich nie für seine Wutanfälle entschuldigen können.

Mit 11 Jahren hat K.A. erstmals einen Suizidversuch (Pulsaderschnitt mit einer Schere) durchgeführt, nachdem es in der Schule wieder einmal zu massiven Problemen und in der Folge zu Streitigkeiten mit den Eltern gekommen war. Danach hätten seine Schwierigkeiten erst so richtig zugenommen.

Er habe sich oft sehr einsam oder leer gefühlt und ab seinem 15. Lebensjahr wiederholt Suizidversuche durch-

geführt. Etwa seit seinem 14. Lebensjahr habe er regelmäßig begonnen, Haschisch zu rauchen oder auch immer wieder andere Drogen oder Medikamente eingenommen. Wegen dieser Schwierigkeiten und wegen seines häufigen Schuleschwänzens sei er mit 16 Jahren, nach dem Hauptschulabschluss, erstmals für ein Vierteljahr stationär in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung gewesen. Eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker brach er mit 17 Jahren nach etwa 10 Monaten Ausbildungszeit ab.

Seither ist K.A. keiner geregelten Arbeit mehr nachgegangen. Er habe sich eigentlich durchgehend sehr labil gefühlt und sehr häufig unter aggressiven Phantasien und einem inneren Druck gelitten, vor allem wegen Wut und Ärger gegenüber allem, was ihm nicht passte. Deshalb habe er oft Drogen eingesetzt, um sich selbst zu beruhigen. Im Zusammenhang mit Spannungsgefühlen oder auch Gefühlen der »inneren Leere« sei es wiederholt eben auch zu Suizidversuchen oder anderen selbstverletzenden Handlungen gekommen – zumeist zu oberflächlichen Hautschnitten, von denen er Narben an den Armen und Beinen vorweisen kann. Wenn er sich selbst verletzt habe, gehe es ihm zeitweilig deutlich besser.

Bis zur aktuellen Aufnahme auf unserer Psychotherapiestation war K.A. wegen seiner Auffälligkeiten bereits 5- oder 6-mal in psychiatrischer stationärer oder teilstationärer Behandlung.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Emotional- instabile PS (Borderline Typus)

K.A. ist 24 Jahre alt und wird an einem Novemberabend von einer Freundin auf unsere Psychotherapiestation gebracht, weil er seit Tagen von der Absicht angetrieben werde, sich das Leben nehmen zu wollen.

Der Patient berichtet, dass er bereits als Kind immer wieder große Probleme mit den Eltern, mit der Schule und mit Gleichaltrigen gehabt hätte. Er habe sich oft nicht verstanden und angegriffen gefühlt. Dann sei in ihm immer wieder Wut, Trotz und Ärger aufgestiegen. Mit Gleichaltrigen habe er sich dabei immer wieder in Schlägereien verwickelt. Schließlich habe er zunehmend häufiger auch mit Rückzug reagiert und sich in seinem Zimmer zuhause eingeschlossen. Damit habe er dann auch noch die Eltern schier zur Verzweiflung gebracht. Um ihre Beschimpfungen und Klagen vor der Tür nicht anhören zu müssen, habe er die Musik im Radio so stark aufgedreht, dass sich dann regelmäßig auch noch die Nachbarn beschwerten. Auch wenn ihm vieles hinterher immer sehr leid getan habe, hätte er sich nie für seine Wutanfälle entschuldigen können.

Mit 11 Jahren hat K.A. erstmals einen Suizidversuch (Pulsaderschnitt mit einer Schere) durchgeführt, nachdem es in der Schule wieder einmal zu massiven Problemen und in der Folge zu Streitigkeiten mit den Eltern gekommen war. Danach hätten seine Schwierigkeiten erst so richtig zugenommen.

Er habe sich oft sehr einsam oder leer gefühlt und ab seinem 15. Lebensjahr wiederholt Suizidversuche durch-

geführt. Etwa seit seinem 14. Lebensjahr habe er regelmäßig begonnen, Haschisch zu rauchen oder auch immer wieder andere Drogen oder Medikamente eingenommen. Wegen dieser Schwierigkeiten und wegen seines häufigen Schuleschwänzens sei er mit 16 Jahren, nach dem Hauptschulabschluss, erstmals für ein Vierteljahr stationär in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung gewesen. Eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker brach er mit 17 Jahren nach etwa 10 Monaten Ausbildungszeit ab.

Seither ist K.A. keiner geregelten Arbeit mehr nachgegangen. Er habe sich eigentlich durchgehend sehr labil gefühlt und sehr häufig unter aggressiven Phantasien und einem inneren Druck gelitten, vor allem wegen Wut und Ärger gegenüber allem, was ihm nicht passte. Deshalb habe er oft Drogen eingesetzt, um sich selbst zu beruhigen. Im Zusammenhang mit Spannungsgefühlen oder auch Gefühlen der »inneren Leere« sei es wiederholt eben auch zu Suizidversuchen oder anderen selbstverletzenden Handlungen gekommen – zumeist zu oberflächlichen Hautschnitten, von denen er Narben an den Armen und Beinen vorweisen kann. Wenn er sich selbst verletzt habe, gehe es ihm zeitweilig deutlich besser.

Bis zur aktuellen Aufnahme auf unserer Psychotherapiestation war K.A. wegen seiner Auffälligkeiten bereits 5- oder 6-mal in psychiatrischer stationärer oder teilstationärer Behandlung.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Fallbeispiele (2)

W.I. ist 22 Jahre alt und lebt als Industriekaufmann noch bei seinen Eltern. Als Beschwerden schreibt er in einem Fragebogen zur Lebensgeschichte: Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Spannungszustände, Selbstmordgedanken, sexuelle Probleme, Unfähigkeit, Freundschaften zu schließen, Minderwertigkeitsgefühle, Ängste. Beruflich schätzt er sich selbst als erfolgreich ein. Dass er immer noch zu Hause lebt, ist ebenfalls ein Problem. Schon seit der Kindheit fällt es ihm schwer, Freundschaften zu schließen. Um das zu ändern, habe er mit der Therapie begonnen.

Immer wieder spielten sich im Beisein mit anderen Menschen die gleichen angstvollen Szenen ab. Typisches Beispiel aus letzter Zeit sei eine Fete gewesen. Er saß längere Zeit mit zwei Frauen und sieben Männern zusammen. Er fühlte sich auch noch ganz wohl, bis er plötzlich von den anderen ins Gespräch gezogen wurde. Solange über allgemeine Dinge gesprochen worden war, ohne dass man ihn direkt beteiligte, hat ihm die Situation wenig ausgemacht. Als man sich ihm jedoch plötzlich zuwandte und er Mittelpunkt der Gruppe wurde, alle Blicke sich auf ihn richteten – etwa bei der Frage: »Was machst Du so?« (es hätte auch eine andere Frage sein können) – in diesem Augenblick habe er sich plötzlich sehr beeengt gefühlt. Es sei eine Art Beklemmung in ihm aufgestiegen, die Situation habe ihn angeekelt. Mit der Bemerkung »Rutscht mir doch den Buckel runter!« sei er aufgestanden und rausgelaufen. Das Gefühl, eingengt und ausge-

schlossen zu sein, war daraufhin fast weg. Er fühlte sich nur noch leer und war depressiver Stimmung als er danach nach Hause ging. Dort hat er sich aufs Bett »geschmissen« und lange Zeit »einfach so herumgedacht«.

»Eigentlich, wie immer.« Denn solche und ähnliche Situationen durchzögen sein ganzes Leben. Ein weiteres aktuelles Beispiel für das Gefühl, das ihn überfalle, wenn er so plötzlich angesprochen werde: Im Büro am Schreibtisch sitzend beugt sich plötzlich ein Arbeitskollege über ihn, um mit ihm gemeinsam Akten durchzusehen. Dann ziehe sich auf der Körperseite, die dem Arbeitskollegen zugewandt sei, alles zusammen, so als wenn »glibberige Geleemasse« an seinem Körper herunterlaufe. So sei das auch auf der Fete gewesen. Ein ekelhaftes Gefühl der Beklemmung. Es trete zu meist bei Personen auf, die er »nicht haben kann«. Das seien aber auch die meisten. Engen Freundschaftsbeziehungen gehe er seit Jahren aus dem Weg, aus Angst davor, dass man sich über seine Beziehungsängste lustig machen könne.

W.I. berichtet über eine »düstere Kindheit« bei sehr strengen Eltern. Bis vor 4–5 Jahren haben sie ihn noch mit Prügel und Schlägen, früher auch mit einer Riemenpeitsche bestraft. Seit 2 Jahren habe er, weil er beruflich erfolgreich sei, jedoch »völlige Freiheit« erhalten. Er ginge jetzt den Eltern aus dem Weg, und ihnen sei seine weitere Entwicklung inzwischen egal: »Die denken wahrscheinlich: Wir haben dich groß gekriegt, jetzt sieh mal zu, wie du allein zurecht kommst!«

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Selbstunsicher- vermeidende PS

W.I. ist 22 Jahre alt und lebt als Industriekaufmann noch bei seinen Eltern. Als Beschwerden schreibt er in einem Fragebogen zur Lebensgeschichte: Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Spannungszustände, Selbstmordgedanken, sexuelle Probleme, Unfähigkeit, Freundschaften zu schließen, Minderwertigkeitsgefühle, Ängste. Beruflich schätzt er sich selbst als erfolgreich ein. Dass er immer noch zu Hause lebt, ist ebenfalls ein Problem. Schon seit der Kindheit fällt es ihm schwer, Freundschaften zu schließen. Um das zu ändern, habe er mit der Therapie begonnen.

Immer wieder spielten sich im Beisein mit anderen Menschen die gleichen angstvollen Szenen ab. Typisches Beispiel aus letzter Zeit sei eine Fete gewesen. Er saß längere Zeit mit zwei Frauen und sieben Männern zusammen. Er fühlte sich auch noch ganz wohl, bis er plötzlich von den anderen ins Gespräch gezogen wurde. Solange über allgemeine Dinge gesprochen worden war, ohne dass man ihn direkt beteiligte, hat ihm die Situation wenig ausgemacht. Als man sich ihm jedoch plötzlich zuwandte und er Mittelpunkt der Gruppe wurde, alle Blicke sich auf ihn richteten – etwa bei der Frage: »Was machst Du so?« (es hätte auch eine andere Frage sein können) – in diesem Augenblick habe er sich plötzlich sehr beengt gefühlt. Es sei eine Art Beklemmung in ihm aufgestiegen, die Situation habe ihn angeekelt. Mit der Bemerkung »Rutscht mir doch den Buckel runter!« sei er aufgestanden und rausgelaufen. Das Gefühl, eingengt und ausge-

schlossen zu sein, war daraufhin fast weg. Er fühlte sich nur noch leer und war depressiver Stimmung als er danach nach Hause ging. Dort hat er sich aufs Bett »geschmissen« und lange Zeit »einfach so herumgedacht«.

»Eigentlich, wie immer.« Denn solche und ähnliche Situationen durchzögen sein ganzes Leben. Ein weiteres aktuelles Beispiel für das Gefühl, das ihn überfalle, wenn er so plötzlich angesprochen werde: Im Büro am Schreibtisch sitzend beugt sich plötzlich ein Arbeitskollege über ihn, um mit ihm gemeinsam Akten durchzusehen. Dann ziehe sich auf der Körperseite, die dem Arbeitskollegen zugewandt sei, alles zusammen, so als wenn »glibberige Geleemasse« an seinem Körper herunterlaufe. So sei das auch auf der Fete gewesen. Ein ekelhaftes Gefühl der Beklemmung. Es trete zu meist bei Personen auf, die er »nicht haben kann«. Das seien aber auch die meisten. Engen Freundschaftsbeziehungen gehe er seit Jahren aus dem Weg, aus Angst davor, dass man sich über seine Beziehungsängste lustig machen könne.

W.I. berichtet über eine »düstere Kindheit« bei sehr strengen Eltern. Bis vor 4–5 Jahren haben sie ihn noch mit Prügel und Schlägen, früher auch mit einer Riemenpeitsche bestraft. Seit 2 Jahren habe er, weil er beruflich erfolgreich sei, jedoch »völlige Freiheit« erhalten. Er ginge jetzt den Eltern aus dem Weg, und ihnen sei seine weitere Entwicklung inzwischen egal: »Die denken wahrscheinlich: Wir haben dich groß gekriegt, jetzt sieh mal zu, wie du allein zurecht kommst!«

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Fallbeispiele (3)

Fallbeispiel

Ein 26-jähriger Patient kommt wegen starker depressiver Symptome zum stationären Aufenthalt. Im Verlauf der Behandlung wird deutlich, dass er sehr starre Vorstellungen davon hat, was richtig und was falsch ist, und dass er alles immer 100 % perfekt machen möchte. Beispielsweise traut er sich im **Gespräch** mit Freunden nicht, sich an der Diskussion eines politischen Themas zu beteiligen, da er den Artikel, den er dazu gelesen hat, vielleicht nicht richtig wiedergibt.

Er arbeitet bei einem Anzeigenblatt in der Redaktion (Layout) und bereitet Seiten mit größeren und kleineren Anzeigen vor. Er berichtet, dass er sehr viele Überstunden mache, weil er sich häufig nicht entscheiden kann, welcher Rahmen um eine Anzeige zu setzen ist. Er probiere sehr viel aus und sei einfach nicht zufrieden, er wolle es perfekt machen. Nicht nur sein Vorgesetzter und seine Kollegen, sondern auch er selbst findet, dass er zu viele Überstunden macht, aber er kann sich nicht dazu bringen, etwas zu **entscheiden**, weil es ja immer sein könnte, dass es noch eine bessere **Lösung** gibt. Regelmäßig verlässt er als Letzter den Arbeitsplatz und einzig die Tatsache, dass der letzte Zug um 21.30 Uhr abfährt, bringt ihn dazu, nach Hause zu gehen.

Völlig erschöpft und niedergeschlagen kam er zur **Therapie**. Er ist bei seinen Eltern aufgewachsen, wohnt noch zu Hause. Er hatte noch nie eine intime Beziehung. Der Vater leidet an einer Zwangsstörung und der Patient **beschreibt** ihn als sehr streng. Die Mutter war eher zurückhaltend; in der **Familie** wurde wenig über Gefühle und Befindlichkeiten gesprochen. Ressourcen des Patienten waren seine hohe **Intelligenz** und sein breites **Interesse** an vielen verschiedenen Themen.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Zwanghafte PS

Fallbeispiel

Ein 26-jähriger Patient kommt wegen starker depressiver Symptome zum stationären Aufenthalt. Im Verlauf der Behandlung wird deutlich, dass er sehr starre Vorstellungen davon hat, was richtig und was falsch ist, und dass er alles immer 100 % perfekt machen möchte. Beispielsweise traut er sich im Gespräch mit Freunden nicht, sich an der Diskussion eines politischen Themas zu beteiligen, da er den Artikel, den er dazu gelesen hat, vielleicht nicht richtig wiedergibt.

Er arbeitet bei einem Anzeigenblatt in der Redaktion (Layout) und bereitet Seiten mit größeren und kleineren Anzeigen vor. Er berichtet, dass er sehr viele Überstunden mache, weil er sich häufig nicht entscheiden kann, welcher Rahmen um eine Anzeige zu setzen ist. Er probiere sehr viel aus und sei einfach nicht zufrieden, er wolle es perfekt machen. Nicht nur sein Vorgesetzter und seine Kollegen, sondern auch er selbst findet, dass er zu viele Überstunden macht, aber er kann sich nicht dazu bringen, etwas zu entscheiden, weil es ja immer sein könnte, dass es noch eine bessere Lösung gibt. Regelmäßig verlässt er als Letzter den Arbeitsplatz und einzig die Tatsache, dass der letzte Zug um 21.30 Uhr abfährt, bringt ihn dazu, nach Hause zu gehen.

Völlig erschöpft und niedergeschlagen kam er zur Therapie. Er ist bei seinen Eltern aufgewachsen, wohnt noch zu Hause. Er hatte noch nie eine intime Beziehung. Der Vater leidet an einer Zwangsstörung und der Patient beschreibt ihn als sehr streng. Die Mutter war eher zurückhaltend; in der Familie wurde wenig über Gefühle und Befindlichkeiten gesprochen. Ressourcen des Patienten waren seine hohe Intelligenz und sein breites Interesse an vielen verschiedenen Themen.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Fallbeispiele (4)

Fallbeispiel

Frau S., eine 40-jährige Krankenschwester, wurde im Rahmen eines schwer ausgeprägten depressiven Syndroms mit akuter Suizidalität notfallmäßig zur stationären Aufnahme zugewiesen. In der Anamnese schildert sie ein seit ca. fünf Jahren bestehendes und sich verstärkendes depressives Syndrom sowie sich zuspitzende Konflikte in der Partnerschaft. In diesem Zusammenhang trinke sie dann immer auch mal exzessiv Alkohol. In der Aufnahmesituation dominierte eine wütende Anklage gegen den Lebenspartner, auf dessen Unverständnis und mangelnde Beachtung ihrer Interessen sie ihre psychische Verfassung zurückführte. Frau S. gab an, dass sie von bisherigen Behandlungen aufgrund mangelnder Kompetenz der Therapeuten nicht habe profitieren können und nun hochfrequenter stationärer Hilfe durch einen besonders erfahrenen Therapeuten bedürfe. Der Nachfrage nach der Versorgung der Tochter wurde mit Unverständnis begegnet. Bereits in der Aufnahmesituation schilderte die Patientin einen seit dem frühen Jugendalter wiederholt erlittenen sexuellen Missbrauch durch den Vater und Bruder sowie der abweisenden, entwertenden und negierenden Reaktion der Mutter.

Die Lebensumstände in der Kindheit und Jugend seien durch die Armut der Familie sowie die fordernde, kritisierende und gleichzeitig emotional kühle Mutter geprägt gewesen. Unter den fünf Geschwistern habe mit dem Heranwachsen ein zunehmend konkurrierendes und distanzierteres Verhältnis bestanden. Frau S. habe sich in der Schulzeit für ihre Herkunftsfamilie geschämt und sei bestrebt gewesen, sich von dieser zu distanzieren. Sie habe sich in der Fantasie in „ein anderes Leben“ geträumt. Mit den Jugendjahren sei sie bestrebt gewesen, durch Leistung und ein attraktives Erscheinungsbild Zuspruch und Anerkennung zu erhalten. Nach dem Realschulabschluss absolvierte sie eine Ausbildung zur Krankenschwester. Sie habe konsequent ihre berufliche Karriere verfolgt und Qualifizierungen zur Stationsschwester und nachfolgend zur Pflegedienstleiterin absolviert. Sie habe sich über ihren beruflichen Erfolg nie freuen können. 2013 sei ihr „aus heiteren Himmel“ in der Position der Pflegedienstleiterin die fristlose Kündigung ausgesprochen worden, sodass sie nachfolgend in einem anderen Krankenhaus wieder als Krankenschwester im Stationsdienst zu arbeiten begann.

Frau S. lebt seit acht Jahren in einer Lebenspartnerschaft gemeinsam mit der 13-jährigen Tochter, die aus der ersten Ehe hervorgegangen ist. Ein enger Freundeskreis bestehe nicht, die Beziehungen seien durch Oberflächlichkeit geprägt. Frau S. könne Nähe nur schwer zulassen und sie sei darauf bedacht, keine Schwächen zu zeigen.

Es zeigte sich ein wechselhafter Behandlungsverlauf. Einerseits kam es zu einer schnellen Stabilisierung der initialen affektiven Symptomatik. Frau S. zeigte sich initiativ und aktiv im Nachgehen ihrer Interessen und Vorhaben, hoffte auf schnelle Entlassung und zeigte wenig Motivation, sich auf eine Bedingungsanalyse einzulassen. Andererseits kam es wiederholt zu Stimmungseinbrüchen und schnellem Wechsel zwischen Gefühlen der Grandiosität und Beschämung über ihre Verfassung. Entgegen der Absprache bei Aufnahme lehnte Frau S. Angehörigengespräche im Verlauf ab. Sie verfiel immer wieder in hartnäckige Vorwürfe gegen Lebenspartner und Tochter, deren Interessen sie in der Schuldzuweisung an ihrer seelischen Verfassung nie reflektieren konnte. Nachdem die Behandlung auf Wunsch von Frau S. zunächst beendet wurde, kam es sieben Tage später zur zweiten notfallmäßigen Aufnahme mit erneuter Zuspitzung der depressiven Symptomatik und aggressivem Verhalten. Im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme trat hervor, dass Frau S. seit längerer Zeit eine Affäre zu einem Kollegen unterhielt und dass Frau S. gegenüber dem Kollegen berichtet hatte, sich von dem Lebenspartner trennen zu wollen, gegenüber dem Lebenspartner die Affäre geheim hielt und ihn drängte, die seinerseits infrage gestellte Beziehung nicht zu beenden. Ihr war es in keiner Weise möglich, ihren eigenen Beitrag an dem chronischen Partnerschaftskonflikt oder die Belastungen von Lebenspartner und Kollegen zu sehen.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Narzisstische PS

Fallbeispiel

Frau S., eine 40-jährige Krankenschwester, wurde im Rahmen eines schwer ausgeprägten depressiven Syndroms mit akuter Suizidalität notfallmäßig zur stationären Aufnahme zugewiesen. In der Anamnese schildert sie ein seit ca. fünf Jahren bestehendes und sich verstärkendes depressives Syndrom sowie sich zuspitzende Konflikte in der Partnerschaft. In diesem Zusammenhang trinke sie dann immer auch mal exzessiv Alkohol. In der Aufnahmesituation dominierte eine wütende Anklage gegen den Lebenspartner, auf dessen Unverständnis und mangelnde Beachtung ihrer Interessen sie ihre psychische Verfassung zurückführte. Frau S. gab an, dass sie von bisherigen Behandlungen aufgrund mangelnder Kompetenz der Therapeuten nicht habe profitieren können und nun hochfrequenter stationärer Hilfe durch einen besonders erfahrenen Therapeuten bedürfe. Der Nachfrage nach der Versorgung der Tochter wurde mit Unverständnis begegnet. Bereits in der Aufnahmesituation schilderte die Patientin einen seit dem frühen Jugendalter wiederholt erlittenen sexuellen Missbrauch durch den Vater und Bruder sowie der abweisenden, entwertenden und negierenden Reaktion der Mutter.

Die Lebensumstände in der Kindheit und Jugend seien durch die Armut der Familie sowie die fordernde, kritisierende und gleichzeitig emotional kühle Mutter geprägt gewesen. Unter den fünf Geschwistern habe mit dem Heranwachsen ein zunehmend konkurrierendes und distanzierteres Verhältnis bestanden. Frau S. habe sich in der Schulzeit für ihre Herkunftsfamilie geschämt und sei bestrebt gewesen, sich von dieser zu distanzieren. Sie habe sich in der Fantasie in „ein anderes Leben“ geträumt. Mit den Jugendjahren sei sie bestrebt gewesen, durch Leistung und ein attraktives Erscheinungsbild Zuspruch und Anerkennung zu erhalten. Nach dem Realschulabschluss absolvierte sie eine Ausbildung zur Krankenschwester. Sie habe konsequent ihre berufliche Karriere verfolgt und Qualifizierungen zur Stationsschwester und nachfolgend zur Pflegedienstleiterin absolviert. Sie habe sich über ihren beruflichen Erfolg nie freuen können. 2013 sei ihr „aus heiteren Himmel“ in der Position der Pflegedienstleiterin die fristlose Kündigung ausgesprochen worden, sodass sie nachfolgend in einem anderen Krankenhaus wieder als Krankenschwester im Stationsdienst zu arbeiten begann.

Frau S. lebt seit acht Jahren in einer Lebenspartnerschaft gemeinsam mit der 13-jährigen Tochter, die aus der ersten Ehe hervorgegangen ist. Ein enger Freundeskreis bestehe nicht, die Beziehungen seien durch Oberflächlichkeit geprägt. Frau S. könne Nähe nur schwer zulassen und sie sei darauf bedacht, keine Schwächen zu zeigen.

Es zeigte sich ein wechselhafter Behandlungsverlauf. Einerseits kam es zu einer schnellen Stabilisierung der initialen affektiven Symptomatik. Frau S. zeigte sich initiativ und aktiv im Nachgehen ihrer Interessen und Vorhaben, hoffte auf schnelle Entlassung und zeigte wenig Motivation, sich auf eine Bedingungsanalyse einzulassen. Andererseits kam es wiederholt zu Stimmungseinbrüchen und schnellem Wechsel zwischen Gefühlen der Grandiosität und Beschämung über ihre Verfassung. Entgegen der Absprache bei Aufnahme lehnte Frau S. Angehörigengespräche im Verlauf ab. Sie verfiel immer wieder in hartnäckige Vorwürfe gegen Lebenspartner und Tochter, deren Interessen sie in der Schuldzuweisung an ihrer seelischen Verfassung nie reflektieren konnte. Nachdem die Behandlung auf Wunsch von Frau S. zunächst beendet wurde, kam es sieben Tage später zur zweiten notfallmäßigen Aufnahme mit erneuter Zuspitzung der depressiven Symptomatik und aggressivem Verhalten. Im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme trat hervor, dass Frau S. seit längerer Zeit eine Affäre zu einem Kollegen unterhielt und dass Frau S. gegenüber dem Kollegen berichtet hatte, sich von dem Lebenspartner trennen zu wollen, gegenüber dem Lebenspartner die Affäre geheim hielt und ihn drängte, die seinerseits infrage gestellte Beziehung nicht zu beenden. Ihr war es in keiner Weise möglich, ihren eigenen Beitrag an dem chronischen Partnerschaftskonflikt oder die Belastungen von Lebenspartner und Kollegen zu sehen.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Fallbeispiele (5)

Fallbeispiel

Herr M. kam in die Psychotherapeutische Hochschulambulanz eines Psychologischen Instituts mit einer einfach erscheinenden spezifischen Phobie (eine Brückenphobie). In den ersten Stunden wurde vornehmlich die „Indexstörung“ (also die Phobie) exploriert sowie eine Anamnese der Lebensgeschichte mit dem Schwerpunkt auf dem Bereich der Ängste erhoben; sein Behandlungswunsch stand im Zusammenhang mit einem neuen Arbeitsplatz, der die tägliche Überquerung einer Brücke notwendig mache. Aufgrund seines Misstrauens und einer sehr eifersüchtigen Haltung seiner Frau gegenüber war die Ehe schon vor einigen Jahren geschieden worden. Er hatte keinen Kontakt mehr; weder zu seiner Frau noch zu seinen beiden Kindern. Herr M. kam aus einem Handwerkerhaushalt und war ein Einzelkind. Er beschrieb seine Eltern als kühl und distanziert. In der Schule sei er eher Einzelgänger gewesen und habe weder dort noch in der Freizeit viel Kontakt mit anderen gehabt. Wegen seiner unterdurchschnittlichen Körpergröße sei er oft gehänselt worden. In seiner Jugendzeit habe es eine Zeit lang häufig Prügeleien gegeben; da er oft „den Kürzeren gezogen“ habe, sei er aber schon bald solchen Konflikten ausgewichen. Seine Frau habe er in der Tanzschule kennengelernt. Sie seien früh Eltern von zwei Söhnen geworden; nach 14 unbefriedigenden Ehejahren habe seine Frau sich von ihm scheiden lassen. Sein FH-Studium als Elektroingenieur habe er zügig abgeschlossen. Er habe bisher schon in fünf verschiedenen Firmen gearbeitet; an allen Arbeitsstellen aber seien seine Fähigkeiten nicht richtig erkannt worden und er sei oft von Kollegen aber auch von den Vorgesetzten gemobbt und letztendlich gekündigt worden. Er habe keine Freunde und lebe isoliert.

Auffällig an der Interaktion mit dem Therapeuten war ein sehr deutliches Misstrauen vom ersten Kontakt an. Herr M. zeigte sich sehr verschlossen, versicherte sich wiederholt, dass der Therapeut zur Verschwiegenheit verpflichtet ist und äußerte Zweifel an seiner Kompetenz („Sie sind ja noch recht jung“). Andererseits trat er sehr fordernd auf und seine Interaktionen waren durch Impulsivität und verbale Aggressivität ge-

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Paranoide PS

Fallbeispiel

Herr M. kam in die Psychotherapeutische Hochschulambulanz eines Psychologischen Instituts mit einer einfach erscheinenden spezifischen Phobie (eine Brückenphobie). In den ersten Stunden wurde vornehmlich die „Indexstörung“ (also die Phobie) exploriert sowie eine Anamnese der Lebensgeschichte mit dem Schwerpunkt auf dem Bereich der Ängste erhoben; sein Behandlungswunsch stand im Zusammenhang mit einem neuen Arbeitsplatz, der die tägliche Überquerung einer Brücke notwendig mache. Aufgrund seines Misstrauens und einer sehr eifersüchtigen Haltung seiner Frau gegenüber war die Ehe schon vor einigen Jahren geschieden worden. Er hatte keinen Kontakt mehr; weder zu seiner Frau noch zu seinen beiden Kindern. Herr M. kam aus einem Handwerkerhaushalt und war ein Einzelkind. Er beschrieb seine Eltern als kühl und distanziert. In der Schule sei er eher Einzelgänger gewesen und habe weder dort noch in der Freizeit viel Kontakt mit anderen gehabt. Wegen seiner unterdurchschnittlichen Körpergröße sei er oft gehänselt worden. In seiner Jugendzeit habe es eine Zeit lang häufig Prügeleien gegeben; da er oft „den Kürzeren gezogen“ habe, sei er aber schon bald solchen Konflikten ausgewichen. Seine Frau habe er in der Tanzschule kennengelernt. Sie seien früh Eltern von zwei Söhnen geworden; nach 14 unbefriedigenden Ehejahren habe seine Frau sich von ihm scheiden lassen. Sein FH-Studium als Elektroingenieur habe er zügig abgeschlossen. Er habe bisher schon in fünf verschiedenen Firmen gearbeitet; an allen Arbeitsstellen aber seien seine Fähigkeiten nicht richtig erkannt worden und er sei oft von Kollegen aber auch von den Vorgesetzten gemobbt und letztendlich gekündigt worden. Er habe keine Freunde und lebe isoliert.

Auffällig an der Interaktion mit dem Therapeuten war ein sehr deutliches Misstrauen vom ersten Kontakt an. Herr M. zeigte sich sehr verschlossen, versicherte sich wiederholt, dass der Therapeut zur Verschwiegenheit verpflichtet ist und äußerte Zweifel an seiner Kompetenz („Sie sind ja noch recht jung“). Andererseits trat er sehr fordernd auf und seine Interaktionen waren durch Impulsivität und verbale Aggressivität ge-

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Fallbeispiele (6)

Fallbeispiel

Eine 38-jährige, ausgebildete Krankenschwester, die schon seit einigen Jahren als erwerbsunfähig berentet ist, kommt wegen starker Ängste (Panikattacken und die generalisierte Angst, das Leben nicht zu schaffen) und einer Reihe von gravierenden Problemen der Alltagsgestaltung zur ambulanten Psychotherapie in die Hochschulambulanz eines psychologischen Instituts. Schon beim ersten diagnostischen Termin erlebt die Patientin beim Ausfüllen von Fragebögen eine sehr starke Panikattacke. Sie hyperventiliert und berichtet zitternd mit einem sehr ängstlichen Gesichtsausdruck, dass sie keinesfalls nach Hause gehen könnte. Sie müsse unbedingt in der Ambulanz bleiben, da sie sicher sei, dass sie den Weg nach Hause nicht überleben werde. Nachdem die Leiterin der Ambulanz hinzukam, einige Copingstrategien erklärte (Fokussierung auf den aktuellen Augenblick, Einordnung der Angstgedanken als Katastrophengedanken, Wahrnehmungen im Hier und Jetzt), sah sich die Patientin nach dem Abklingen der Panikattacke dann doch in der Lage, die Ambulanz zu verlassen und nach Hause zu fahren. Im Verlauf der Therapie berichtet sie auch von zahlreichen Arztbesuchen, bei denen es ihr oft „so schlecht“ ergangen sei, dass sie auch dort sehr lange warten musste, bevor sie nach Hause gehen konnte. Einmal habe der behandelnde Arzt sie auch persönlich nach Hause gefahren.

Dieses Muster von Hyperventilieren und Dramatisieren dauerte in den ersten Sitzungen der Einzeltherapie an. Nach einiger Zeit zeigte die Patientin diese Verhaltensweisen zunehmend weniger. Dies war möglich, indem die Therapeutin sehr ernsthaft und detailliert die somatischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Anteile der Symptome explorierte. Diese sorgfältige Form der Verhaltensexploration und Verhaltensanalyse machten langsam deutlich, dass die Angstattacken auch von der Patientin bei Weitem nicht als so dramatisch und bedrohlich erlebt wurden bzw. erlebt worden waren, wie sie es zum Ausdruck gebracht hatte. Sie konnte mit zunehmendem Vertrauen zur Therapeutin berichten, dass sie häufig befürchtete, dass ihre Angst nicht ernst genommen werde. Auch habe sich in ihr ein großes Gefühl der Hilflosigkeit breitgemacht, verbunden mit der Angst, beim Verlassen der Praxen oder der Ambulanz wieder ein

von ihr erlebtes intensives Gefühl der Einsamkeit erleben zu müssen. Mit der Zeit konnte die Patientin sagen, dass diese Attacken doch nicht so stark gewesen seien und sie sich wohl doch sehr hineingesteigert hätte, um sicherzugehen, dass sie nicht allein gelassen würde.

Das Verhältnis zu ihren Eltern beschrieb die Patientin sowohl in ihrer Erinnerung an ihre Kindheit als auch aktuell als „eine einzige Katastrophe“. Die Eltern hätten fortwährend in einer Ehekrise gelebt. Sie habe oft das Gefühl gehabt, dass sie eigentlich „Luft“ gewesen sei und dass für sie im Leben der Eltern kein Platz gewesen sei. Sie habe keine Geschwister. Dramatisch sei gewesen, dass sie einen Suizidversuch der Mutter direkt miterlebt habe. Zeitweise sei sie – etwa im Alter zwischen vier und sieben Jahren – in einem Heim aufgewachsen.

Sie kommt zur Therapie, um mit ihrem Leben besser klar zu kommen und die massiven Ängste besser in den Griff zu bekommen.

Persönlichkeitsstörungen

Characterisierung

Histrionische PS

Fallbeispiel

Eine 38-jährige, ausgebildete Krankenschwester, die schon seit einigen Jahren als erwerbsunfähig berentet ist, kommt wegen starker Ängste (Panikattacken und die generalisierte Angst, das Leben nicht zu schaffen) und einer Reihe von gravierenden Problemen der Alltagsgestaltung zur ambulanten Psychotherapie in die Hochschulambulanz eines psychologischen Instituts. Schon beim ersten diagnostischen Termin erlebt die Patientin beim Ausfüllen von Fragebögen eine sehr starke Panikattacke. Sie hyperventiliert und berichtet zitternd mit einem sehr ängstlichen Gesichtsausdruck, dass sie keinesfalls nach Hause gehen könnte. Sie müsse unbedingt in der Ambulanz bleiben, da sie sicher sei, dass sie den Weg nach Hause nicht überleben werde. Nachdem die Leiterin der Ambulanz hinzukam, einige Copingstrategien erklärte (Fokussierung auf den aktuellen Augenblick, Einordnung der Angstgedanken als Katastrophengedanken, Wahrnehmungen im Hier und Jetzt), sah sich die Patientin nach dem Abklingen der Panikattacke dann doch in der Lage, die Ambulanz zu verlassen und nach Hause zu fahren. Im Verlauf der Therapie berichtet sie auch von zahlreichen Arztbesuchen, bei denen es ihr oft „so schlecht“ ergangen sei, dass sie auch dort sehr lange warten musste, bevor sie nach Hause gehen konnte. Einmal habe der behandelnde Arzt sie auch persönlich nach Hause gefahren.

Dieses Muster von Hyperventilieren und Dramatisieren dauerte in den ersten Sitzungen der Einzeltherapie an. Nach einiger Zeit zeigte die Patientin diese Verhaltensweisen zunehmend weniger. Dies war möglich, indem die Therapeutin sehr ernsthaft und detailliert die somatischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Anteile der Symptome explorierte. Diese sorgfältige Form der Verhaltensexploration und Verhaltensanalyse machten langsam deutlich, dass die Angstattacken auch von der Patientin bei Weitem nicht als so dramatisch und bedrohlich erlebt wurden bzw. erlebt worden waren, wie sie es zum Ausdruck gebracht hatte. Sie konnte mit zunehmendem Vertrauen zur Therapeutin berichten, dass sie häufig befürchtete, dass ihre Angst nicht ernst genommen werde. Auch habe sich in ihr ein großes Gefühl der Hilflosigkeit breitgemacht, verbunden mit der Angst, beim Verlassen der Praxen oder der Ambulanz wieder ein

von ihr erlebtes intensives Gefühl der Einsamkeit erleben zu müssen. Mit der Zeit konnte die Patientin sagen, dass diese Attacken doch nicht so stark gewesen seien und sie sich wohl doch sehr hineingesteigert hätte, um sicherzugehen, dass sie nicht allein gelassen würde.

Das Verhältnis zu ihren Eltern beschrieb die Patientin sowohl in ihrer Erinnerung an ihre Kindheit als auch aktuell als „eine einzige Katastrophe“. Die Eltern hätten fortwährend in einer Ehekrise gelebt. Sie habe oft das Gefühl gehabt, dass sie eigentlich „Luft“ gewesen sei und dass für sie im Leben der Eltern kein Platz gewesen sei. Sie habe keine Geschwister. Dramatisch sei gewesen, dass sie einen Suizidversuch der Mutter direkt miterlebt habe. Zeitweise sei sie – etwa im Alter zwischen vier und sieben Jahren – in einem Heim aufgewachsen.

Sie kommt zur Therapie, um mit ihrem Leben besser klar zu kommen und die massiven Ängste besser in den Griff zu bekommen.

Persönlichkeitsstörungen

Charakterisierung

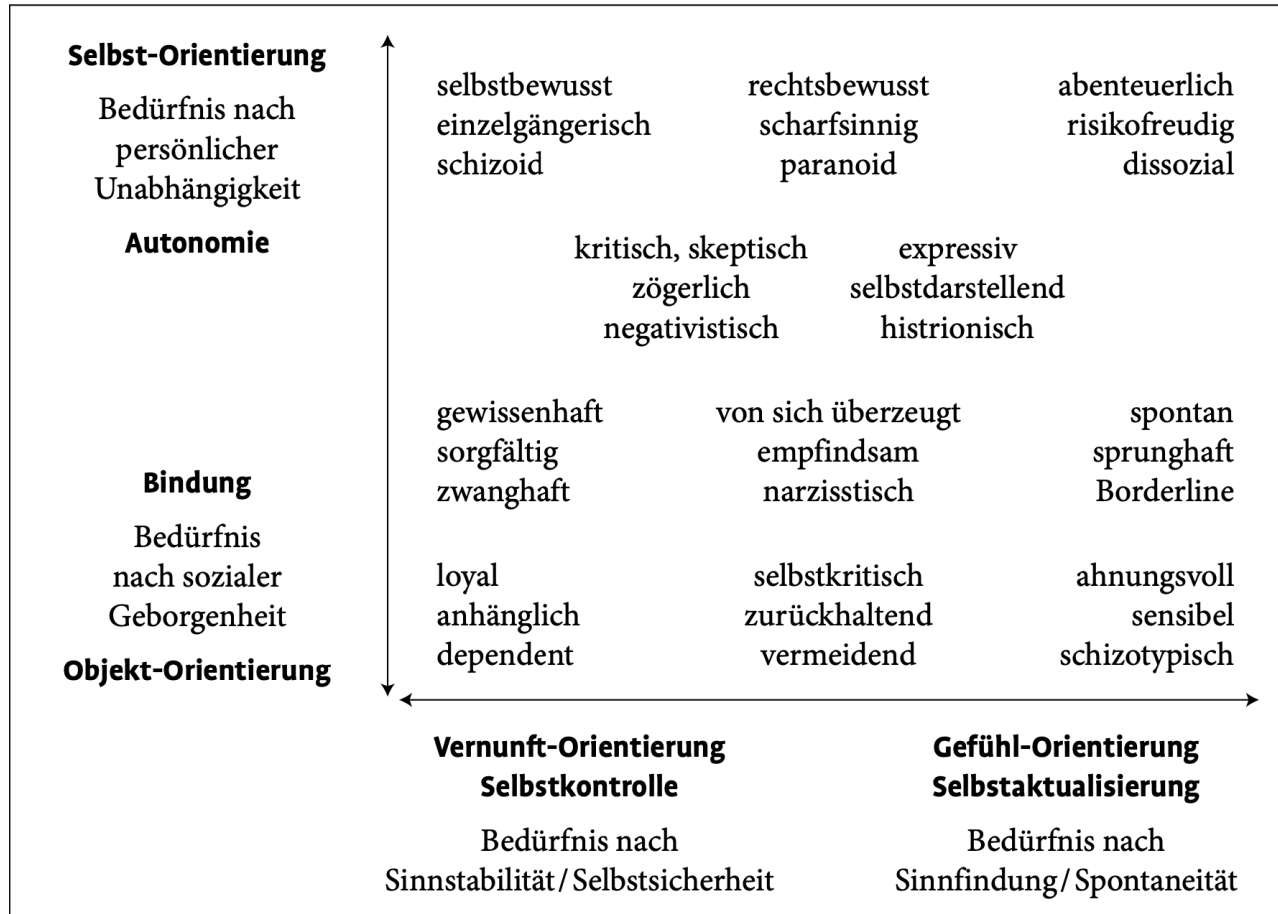
Was sind Persönlichkeitsstörungen?

Radikaler Wandel der Charakterisierung von PS in den neuesten Revisionen der beiden Klassifikationssysteme auf Grund zunehmende Unzufriedenheit mit bisheriger kategorialer Klassifikation.

SEMINARBEITRAG

Persönlichkeitsstörungen

Komorbiditäten-Chart



Verortung markanter Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen als sog. „Komorbiditäten-Chart“ im Polaritäten-Raum zwischen »Struktur« und »Beziehung«

Persönlichkeitsstörungen

Komorbiditäten-Chart

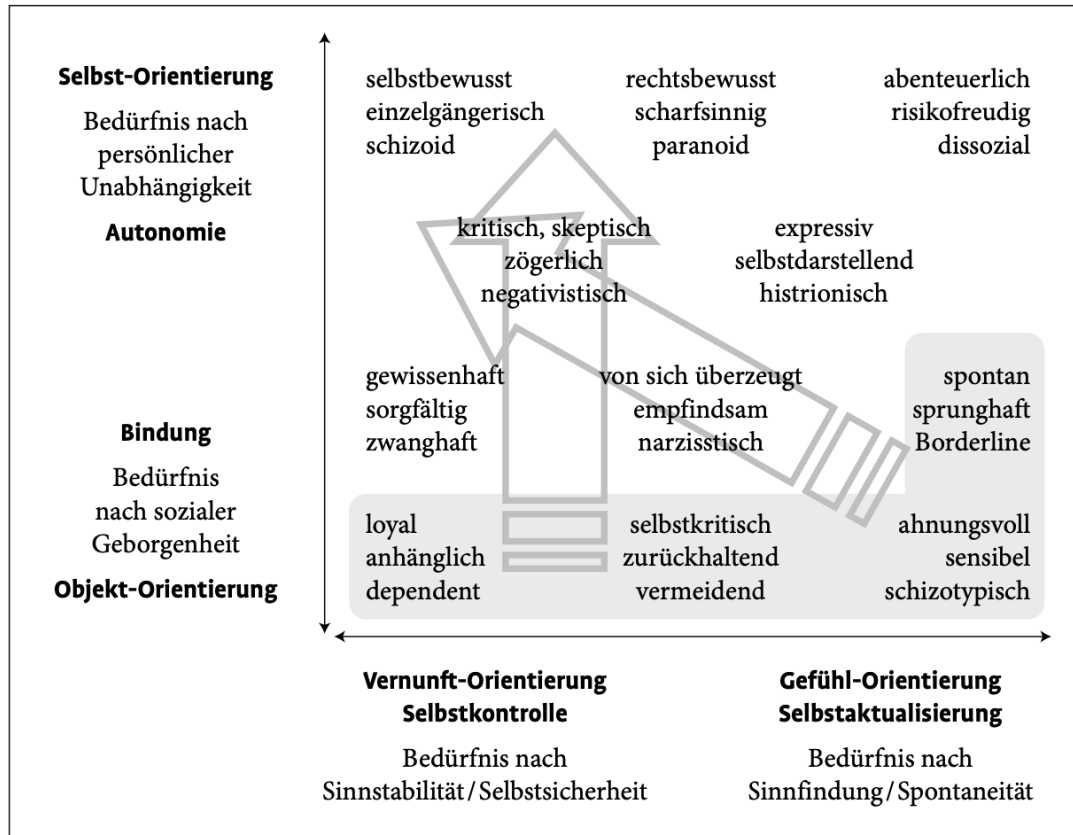


Abbildung 13.2 Trait-Domain »Negative Affektivität« mit folgenden Therapiezielen: Aufbau und Stabilisierung einer kohärenten Identität und eines positiven Selbstwertgefühls

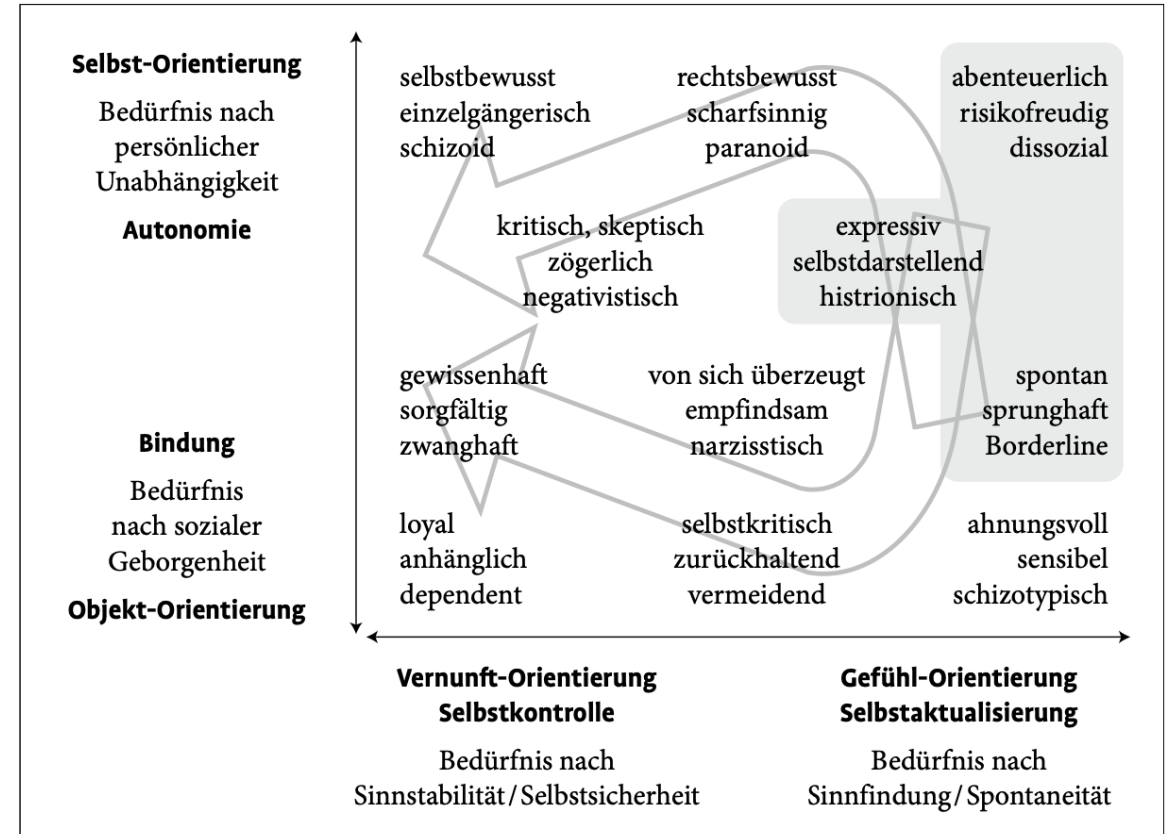


Abbildung 13.3 Trait-Domain »Enthemmung« mit folgenden Therapiezielen: Therapeuten als Modell für vernünftige Lösungen mit Psychoedukation, Training, Beratung, Kontext-Analysen, Lebensplanung

Persönlichkeitsstörungen

Therapie

Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ist oft langwierig und erfordert spezialisierte Therapieansätze:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster
- **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT):** Speziell für Borderline-Persönlichkeitsstörung
- **Psychotherapie:** Langfristige Betreuung und Vertrauensaufbau
- **Medikation:** Manchmal zur Behandlung von Begleiterkrankungen wie Depression oder Angst

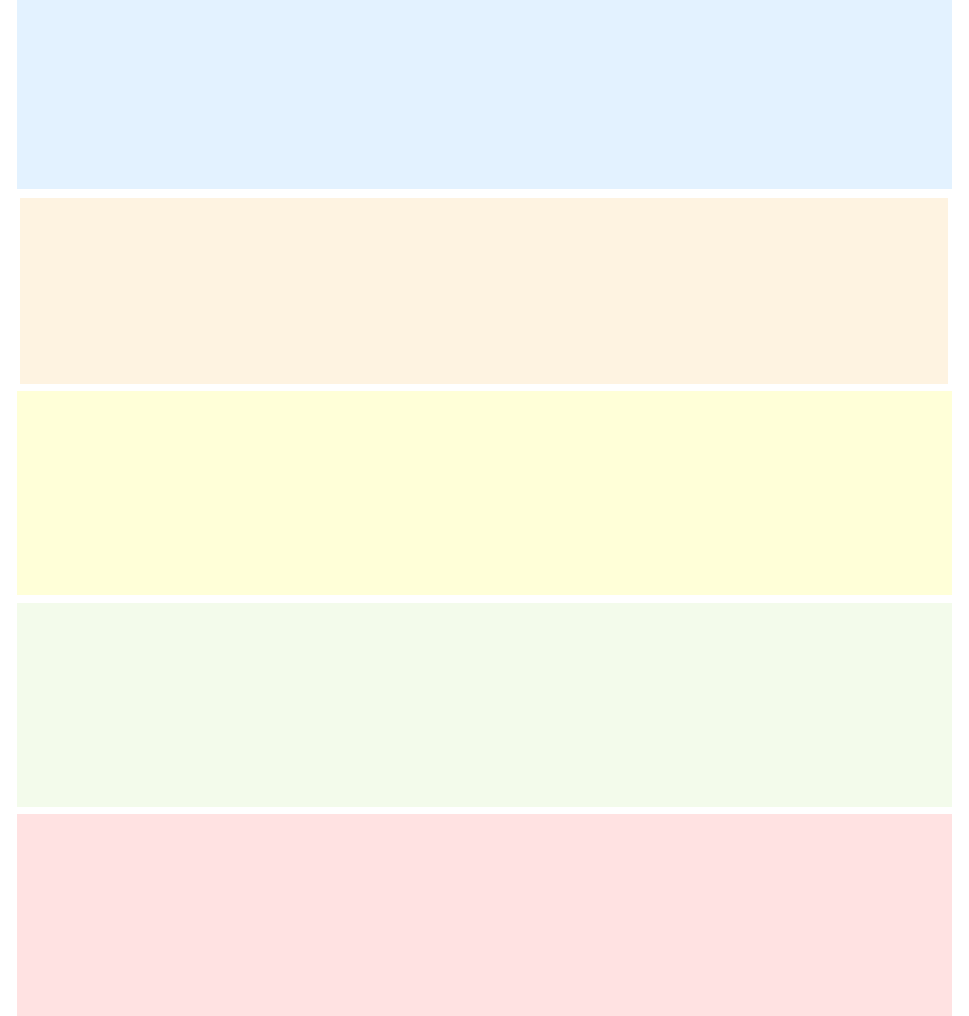
Abschluss

Anwendungsbereich Klinische Psychologie

Alle nehmen sich ein Fragenkärtchen (s. rechts)!

Bitte überlegen Sie zuhause zunächst selbst, wie Sie die Frage in der Prüfung beantworten würden!

Finden Sie sich dann zum Seminartermin in der Gruppe zusammen und entwickeln Sie eine gemeinsame Antwort!



Nächster Termin

Anwendungsbereich Potenzialdiagnostik: Einführung

Lektüre

- Text H23: Neubauer, A. & Fink, A. (2006). Differentielle Psychologie: Leistungsfunktionen. In K. Pawlik (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie* (S. 319-336). Heidelberg: Springer.
- fakultativ Text H39: Pawlik, K. (2006). Psychologische Diagnostik I: Methodische Grundlagen. In K. Pawlik (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie* (S. 563-580). Heidelberg: Springer.

Hausaufgabe

Anwendungsfragen zu differentiell-psychologischen Aspekten der Klinischen Psychologie

Vielen Dank!