ipw INTEGRIERTE PSYCHIATRIE

Integrierte Psychiatrie im Diskurs 18. März 2021

Persönlichkeitsentwicklung als Konstante im Leben? – Abstracts

Weil es uns alle braucht.

Seit 20 Jahren Integrierte Psychiatrie.

Dr. med. Jacqueline Minder, Chefärztin Psychiatrie für ältere Menschen,
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Entwicklungspotenziale und Verletzbarkeit in der Alternspsychotherapie

Der Titel der Tagung hat vom Thema Persönlichkeitsstörungen den Weg zur Persönlichkeitsentwicklung gefunden. Aus Sicht der Alternspsychiatrie und -psychotherapie ist das eine befreiende Öffnung hin zu einem breiteren Verständnis des Menschen in seiner Welt der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft.

Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung ist eng definiert und darf streng genommen im Alter selten mit gutem Gewissen gestellt werden. Die frühere Lehrmeinung war, dass sich Persönlichkeitsstörungen im Alter "auswachsen". Dennoch gab es seit dem Ende der 80-er Jahre zunehmend Literatur über die Besonderheiten der Persönlichkeitsstörungen im Alter, die Besonderheiten in der veränderten klinischen Ausprägung, über die schlechte Erfassbarkeit mit den gängigen Diagnoseinstrumenten und über die besonderen Problemstellungen in Alters- und Pflegeheimen.

Vor allem die letztere Erkenntnis erleichterte die Arbeit im Konsiliar- und Liaisondienst in den Alters- und Pflegeheimen, aber auch die Arbeit in unseren alterspsychiatrischen Angeboten deutlich. Ab dem Moment, da dysfunktionale Beziehungsmuster in den Kontext einer möglichen Persönlichkeitsstörung als klare Diagnose gestellt werden konnten, deren Entwicklung und aktuelle Ausprägung über die Biographie und die aktuellen Umstände erklärbar wurde, konnte in den Behandlungs- und Betreuungsteams ein ganz neues Verständnis für die Betroffenen erarbeitet werden. Auf dieser Basis konnten Behandlungs- und Betreuungsansätze vermittelt werden, die häufig sehr schnell zur Beruhigung der Gesamtsituation – vor allem aber auch zur Stressreduktion und Symptomminderung bei den Betroffenen – führte und auch heute noch führt.

Dennoch blieb die Diagnose "Persönlichkeitsstörung" heikel. Nicht zuletzt, weil in der Alterspsychiatrie die Krankheitsbilder (z.B. auch die Depression) subklinisch bleiben oder sich in einer etwas untypischen Form ausdrücken. Sie erfüllen also nicht eindeutig die Kriterien des ICD 10, führen dennoch zu einem enormen Leidensdruck, aus dem sich ein Recht auf Behandlung für die Betroffenen und auch auf Unterstützung für das Umfeld ergibt.

Parallel zur Entwicklung der Literatur zur Persönlichkeitsstörung im Alter gab es auch eine rasante allgemeine Entwicklung zu Alternsfragen, im Gesunden wie im Kranken. Die Psychotherapie im Alter wurde nicht nur salonfähig, sondern fand zunehmend wissenschaftlichen Support. Alt verstaubte Vorstellungen des Alterns von völlig fehlender Therapierbarkeit jenseits des 40. Lebensjahres (Freud) wurden widerlegt und neue Bilder von Entwicklungspotenzial in Abhängigkeit einer anregenden Umwelt bis auf das Totenbett ermöglichten neue Therapieansätze. Und ermöglichten den Einsatz bewährter Therapieansätze, die nun auch bei älteren Menschen angewandt wurden und heute noch werden.

Der Grundsatz, dass dysfunktionale Beziehungsmuster eine erlernte Anpassung an schwierige Lebensumstände sind, die starr erhalten geblieben waren und nicht auf neue Lebensumstände angepasst

wurden, der hat sich als sehr hilfreich erwiesen, um in Psychotherapien neue Wege in neuen Lebenskontexten zu finden.

Hier treffen sich die Konzepte der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen mit Konzepten der Traumatheorie: Das klinische Bild ist Ausdruck einer normalen Reaktion des menschlichen Wesens auf eine unnormale Situation.

Solche Grundhaltungen helfen, störendes Verhalten besser nachvollziehen zu können und den Menschen entsprechend verstehend, wertschätzend und fürsorglich fordernd zu begegnen, was die wesentliche Basis für eine gelingende Psychotherapie ist.

In der Freude über die wissenschaftlichen Nachweise der Entwicklungsfähigkeit bis ins hohe Alter sah sich die Alternspsychotherapie dann bald auch mit dem Vorwurf konfrontiert, das Altern zu euphorisch zu sehen und die mühsamen Einschränkungen zu bagatellisieren.

Die den negativen Altersbildern plakativ gegenüber gestellten positiven Altersbilder drohten ältere Menschen zum Teil zu überfordern… Sie sollten Verantwortung für sich und ihre weitere Entwicklung übernehmen, sich körperlich betätigen, gesund ernähren und für eine gute Work-Life-Balance sorgen… Sie sollten ein gutes Stressmanagement erlernen, attraktiv bleiben und Weisheit erlangen. Dann wäre der Alternsprozess schon gut machbar.

Positive Altersbilder, die das Entwicklungspotenzial betonen, sind andererseits als Ziel am Horizont in der Alternspsychotherapie sehr hilfreich.

Wie so oft im Leben geht es also auch in dieser Thematik um eine ausgewogene Balance, nämlich zwischen Entwicklungspotenzial und einer auch im Alter vorhandenen Verletzbarkeit, wie Andreas Kruse im Vorwort seines Buches "Lebensphase hohes Alter" anspricht. Er streicht in diesem Zusammenhang auch wieder die Wichtigkeit der sozialen Verbundenheit heraus, wenn er schreibt: "Die Potenzialentwicklung *bei* oder *trotz* erhöhter Verletzlichkeit ist im Kern nur möglich, wenn alte Menschen in Sorgebeziehungen stehen, wobei es mir hier keinesfalls alleine um die empfangene Sorge geht, sondern auch und primär um die gegebene Sorge… " Quelle: Andreas Kruse; Lebensphase hohes Alter, Springer-Verlag, 2017.

Hier trifft sich Herr Kruse mit Herrn Dörner, der neben Hilfsbedürftigen von Helfensbedürftigen spricht. Der Mensch ist ein soziales Wesen und in seiner Persönlichkeitsentwicklung abhängig vom sozialen Umfeld.

Welche Auswirkungen in diesem Zusammenhang die aktuelle Corona-Krise mit gut gemeinter Abschirmung und Isolation der gesamten so definierten Risikogruppe der Älteren hat, zeigt sich bereits heute in einer enorm erhöhten Inanspruchnahme der alterspsychiatrischen Angebote.

Mit Respekt vor der Lebensgeschichte, mit der Herausforderung des Älterwerdens mit aller Verletzbarkeit und mit allen realen Verletzungen kann die Alternspsychotherapie eine grosse Hilfe sein, die notwendigen Entwicklungsschritte zu gehen und die vorhandenen Potenziale freizusetzen.
***

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck, Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie Kinder- u. Jugendpsychiatrische Forschungsabteilung Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Verlauf von Persönlichkeitsstörungen von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter

Von einer Persönlichkeitsstörung wird gesprochen, wenn bei einer Person tiefgreifende und überdauernde Abweichungen im Denken, Fühlen, Handeln und den zwischenmenschlichen Beziehungen zu beobachten sind im Vergleich zu dem, was von den Betroffenen im gesellschaftlichen Kontext erwartet wird. Dazu zählen starre Verhaltensmuster, die den Handlungsspielraum erheblich verkleinern und zu wiederholten Konflikten mit anderen Menschen führen, ebenso wie kognitive Verzerrungen und Störungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle. Die Betroffenen kommen mit sich selbst und ihren Mitmenschen nicht zurecht, wodurch das psychosoziale Funktionsniveau deutlich beeinträchtigt ist.

Eigenschaften und Verhaltensmuster, die (in geringerer Ausprägung) bei vielen Menschen zu finden sind, sind bei den Betroffenen sehr viel extremer ausgeprägt. Von daher werden Persönlichkeitsstörungen im aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Diskurs als dimensionale Störungen gesehen, für die man zur Stellung einer Diagnose einen Schwellenwert definiert, der auf der Anzahl von Symptomen basiert. Für die Frage der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen über die Lebensspanne hinweg ist es zentral, zwischen dimensionaler und kategorialer Stabilität zu unterscheiden. Da sich Symptome leichter verändern lassen und sich zum Teil auch ohne Behandlung bessern können, ist die kategoriale Stabilität eher niedrig und kaum anders als bei anderen psychischen Störungen. Deutlich weniger Änderungen finden sich bei den zentralen Persönlichkeits-Traits wie zum Beispiel Schüchternheit oder Impulsivität sowie bei Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen Identität, Selbstlenkungsfähigkeit, Empathie und Nähe/Intimität, so dass die dimensionale Stabilität vergleichsweise höher ausgeprägt ist.

Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen, die zum Teil erst im mittleren oder späteren Lebensalter zum ersten Mal auftauchen, entwickeln sich Persönlichkeitsstörungen kontinuierlich über den Entwicklungsverlauf hinweg, vor allem die maladaptiven pathologischen Persönlichkeits-Traits, die in ihren Grundzügen schon in der Kindheit beobachtet werden können. Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen sind in der Regel ab der frühen Adoleszenz zu beobachten, so dass ab dieser Zeit die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung reliabel und valide gestellt werden kann. Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass die Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter am stärksten ausgeprägt ist, und sich die Intensität der Symptome über den weiteren Entwicklungsverlauf in der Regel langsam abschwächt. Vor diesem Hintergrund setzt sich in den letzten Jahren zunehmend mehr die Einsicht durch, dass Behandlungsmassnahmen schon in der Adoleszenz beginnen sollten, um den Betroffenen, ihrem Umfeld sowie der Gesellschaft chronische Belastungen zu ersparen, die mit viel Leid und hohen ökonomischen Kosten einhergehen.
***

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Fiedler, Psychologisches Institut Universität Heidelberg

Perspektiven in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Lichte der zukünftigen ICD-11

Als eine der bedeutsamsten Veränderungen in der Störungsdiagnostik wird in der ICD-11, die zu Jahresbeginn 2022 erscheint, mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf eine kategoriale Typendiagnostik gänzlich verzichtet. Im Vortrag und im Workshop werden diese Veränderungen insbesondere mit Blick auf zukünftige Verbesserungen einer psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen untersucht und bewertet. So scheinen inzwischen erhebliche Zweifel am Mythos der Unveränderbarkeit angebracht, dies nicht nur, weil sich Persönlichkeitsstörungen über die Lebensspanne kontinuierlich ändern, sondern auch, weil sie sich in den letzten Jahren als gut und erfolgreich behandelbar erwiesen haben.

lic. phil. Matthias Bucher, Therapeutischer Leiter Akutpsychiatrie für Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

lic. phil. Simon Mettler, Leitender Psychologe Akutpsychiatrie für Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Workshop 1 und 11

Persönlichkeitsstörungen, eine Überlebensstrategie

Im akutpsychiatrischen Alltag begegnen uns Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die besonders schwer zu behandeln sind. Sie bringen uns an die Grenzen unserer Möglichkeiten und gelten selber auch als Grenzfälle, Borderline-Störungen oder frühe Störungen. Insbesondere ihre selbstschädigenden und exzessiven Verhaltensweisen lassen die Behandlungsteams wiederkehrend an ihre Grenzen kommen.

Die Bezeichnung "Persönlichkeitsstörung" scheint in diesem Kontext, abgesehen von problematischen Aspekten der Stigmatisierung auch unpräzis und wenig hilfreich. Anstatt die Persönlichkeit als gestört zu bezeichnen, wie es der Name nahelegt, wäre es doch deutlich treffender deren Entwicklung gestört zu nennen. So dass wir uns nicht mehr über das Ausmass der Störung der Persönlichkeit Gedanken machen müssten, sondern uns die Frage stellen könnten, wie viel oder wie wenig Persönlichkeit es eigentlich braucht, um von einer Persönlichkeitsstörung zu sprechen. Der dimensionale Ansatz im Bereich der Persönlichkeitsstörung – durch die Einführung des Alternativmodells im DSM V trägt diesem Umstand Rechnung.

Es ist nicht ganz klar, ob diese Differenzierung für die Behandlung im akutpsychiatrischen Alltag relevant ist, zumal sich die Störung, unabhängig von theoretischen Auseinandersetzungen zum Thema meist ganz praktisch und real in der Beziehung zu diesen Menschen und in unseren uns haltgebenden Strukturen des Settings abbilden. So dass sich die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung im Sinne eines Umgangs nicht nur auf die Patienten als Menschen, sondern vor allem auch auf die Destruktivität und Aggression bezieht, welche zur Sicherung der Existenz auf das Gegenüber übertragen wird.

Im Workshop wollen wir im Rahmen einer Intervision gemeinsam darüber nachdenken, was uns im Umgang mit schweren Persönlichkeitsstörungen und den dysfunktionalen Verhaltensweisen ganz konkret helfen kann. Dabei bringen zwei erfahrene Kliniker vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Therapieschule – der analytischen und der verhaltenstherapeutischen – ihre Denkweise anhand von Fallbeispielen aus

dem akutpsychiatrischen Setting ein. Wie müssen unsere Strukturen beschaffen sein, damit wir Spaltungen, die sich in ihnen abbilden aushalten, verstehen und vielleicht sogar nutzen können? Wie schaffen und verteidigen wir einen Denkraum, wenn wir zum Agieren und Reagieren gezwungen werden? Wie schaffen wir es, in der interdisziplinären Zusammenarbeit des akutpsychiatrischen Settings, Störungen des Funktionierens als Möglichkeit zur Symbolisierung zu nutzen?

Gemeinsam wollen wir versuchen, dieses immer wiederkehrende Scheitern im Umgang mit Persönlichkeitsstörungen zu benennen, um es sicht- und verstehbar zu machen und es auf diese Weise zusammen mit dem Patienten besser auszuhalten und einen Umgang damit zu finden.
***

lic. phil. Silvan Weber, Psychologe Spezialstation für Traumafolgestörungen,
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Workshop 2 und 12

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11: Diagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen

Seit der Anerkennung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) durch das ICD der Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1990 ist das Wissen und Verständnis über Traumafolgestörungen auffallend stark angewachsen und der daraus resultierende Nutzen für unsere Patienten mit psychischen Gewaltfolgen ist unübersehbar. Im Rahmen der Einführung des ICD-11 wird im Kapitel zu "spezifisch belastungsbezogenen Störungen" neu die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) in das Klassifikationssystem aufgenommen. Damit schliesst sich bei der Beurteilung von Menschen mit Mehrfachtraumatisierungen und Einschränkungen im Bereich der Selbstorganisation eine grosse bis anhin bestehende Lücke. Die Komplexität und die Schwere der Störung konnte mit der im ICD-10 (F43.1) beschriebenen "klassischen" PTBS nicht annährend abgebildet werden. Es existiert zwar zusätzlich die Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), welche im ICD-11 nicht mehr aufgeführt wird, diese erlangte jedoch wegen Mangel an wissenschaftlich fundierter Dokumentation nur geringe Bedeutung in der Forschung und im klinischem Alltag. Bei Patienten mit erlittenen anhaltenden und sich wiederholenden Traumatisierungen bestehen neben den 3 PTBS-Kernsymptomen (Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal) oft Einschränkungen bei der Selbstorganisation. Es zeigen sich verzögert tiefgreifende Probleme in den Bereichen Affektregulation, negatives Selbstkonzept und tragenden Beziehungen. Sowohl die 3 PTBS-Kernsymptome als auch die 3 Probleme der Selbstorganisation müssen für die Diagnose einer kPTBS vorhanden sein. In der klinischen Praxis sind oft pragmatisches und situationsbezogenes Denken und Handeln im Behandlungsprozess gefragt. Trotzdem ist die oft zitierte Leitidee "Diagnose kommt vor Therapie" noch immer eine bewährte Vorgehensweise für zielgerichtete Therapieerfolge. Die genaue Unterscheidung zwischen der "klassischen" (PTBS) und der "komplexen" (kPTBS) ist unter anderem für die Wahl des therapeutischen Vorgehens wichtig. Während bei der PTBS in der Regel relativ schnell mit traumakonfrontativen Therapieverfahren eingestiegen werden kann, bedarf es bei der kPTBS meist umfassenderer Vorbereitungen in Form von Stabilisierung und Beziehungsgestaltung.

Bei näherer Betrachtung bestehen zahlreiche Gemeinsamkeiten mit anderen Traumafolgestörungen. Auffällig viele Überschneidungen ergeben sich zur Borderline-Störung welche im ICD-11 als "Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster" aufgeführt wird und über die neu geschaffene Schweregraddiagnose hinaus gewählt werden kann. Da ein grosser Anteil von Borderline-Patientinnen ebenfalls über traumatische Erfahrungen wie sexuelle, körperliche und psychische Gewalt berichtet, kommt es zu zahlreichen Überlappungen der Symptome und somit zu Schwierigkeiten bei der diagnostischen Differenzierung. Zudem besteht eine hohe Komorbidität beider Störungen.

In diesem Workshop soll in einem ersten Schritt die komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11 vorgestellt, die diagnostischen Leitlinien erarbeitet und auf konkrete Beispiele aus der Praxis eingegangen werden. In einem zweiten Schritt sollen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur Borderline-Störung in Gruppengesprächen besprochen und zu Ergebnissen aus der Forschung und Fachliteratur in Bezug gebracht werden. Das Ziel wäre eigene bestehende stereotype Vorstellungen zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie beider Erkrankungen zu reflektieren, zu überprüfen und wenn nötig zu revidieren.
***

Dr. phil. Kornelia Gillhoff, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium Zürich Nord

Workshop 3 und 13

Früherkennung und evidenzbasierte Psychotherapiekonzepte – Schritte zu einer individualisierten, modularen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

In den Klassifikationssystemen DSM-5 und ICD-11 werden die grundsätzlichen Veränderungen von einem kategorialen hin zu einem dimensionalen Verständnis von Persönlichkeitsstörungen aufgegriffen, wie sie in unterschiedlichen Traditionen seit längerem kontrovers diskutiert werden: in der Psychiatrie, in unterschiedlichen Psychotherapieschulen sowie in der Psychologie. Mit der Fokussierung auf die Einschränkungen, die sich bei manchen Menschen in der individuellen Entwicklung der Persönlichkeitsfunktionen ergeben, kann sowohl im ICD-11 als auch im DSM-5 der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung unterschieden und diagnostiziert werden.

Mit dieser bisher fehlenden Möglichkeit, leichte von schweren Persönlichkeitsstörungen zu unterscheiden, ist die Hoffnung verbunden, dass auch leichte Erkrankungen (früher) erkannt und behandelt werden. Die in Fachkreisen überholte und empirisch widerlegte Ansicht, dass sich die Persönlichkeit im Erwachsenenalter nicht mehr grundlegend verändern lasse, ist in der psychiatrischen Praxis leider häufig noch nicht überwunden. Mit der Bestimmung des Schweregrades lassen sich grundsätzlich Veränderungen in der Persönlichkeitsfunktion und Therapieerfolge nun auch diagnostisch abbilden. Zukünftig wird damit nicht nur eine stärkere und frühere Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen in der Praxis wichtig, sondern auch der differenziertere Blick auf eine Verbesserung im Schweregrad sowie der Wegfall dieser Diagnose nach erfolgreicher Behandlung.

Die Unterteilung der Persönlichkeitsfunktion in "Identität" und "Selbststeuerung" – zusammengefasst als Funktion des "Selbst" – sowie in "Empathie" und "Nähe" – zusammengefasst zu interpersonellen Beziehungen – stimmt mit der in vielen Therapieansätzen konkret beschriebenen Unterscheidung in Selbstregulations- und Interaktionsstörungen überein. Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und dem im ICD-11 beschriebenen Konzept ist der Grad der Ausdifferenziertheit und Komplexität der Persönlichkeitsmerkmale.

Für die Erarbeitung erfolgreicher Psychotherapiekonzepte sowie deren Erforschung war bisher der typologische Ansatz von sehr hoher theoretischer und praktischer Bedeutung. Unter den spezifischen Behandlungsansätzen der Persönlichkeitsstörungen ist sowohl in der Forschung als auch in Therapiekonzepten die Borderline Persönlichkeitsstörung stark vertreten. Daneben gibt es gut etablierte Therapieansätze für die anderen, bisher kategorial unterschiedenen Persönlichkeitsstörungen.
Diese Kategorien werden jedoch weniger häufig als Beispiel in praxisrelevanten Lehrbüchern genannt und treten im klinischen Alltag hinter komorbiden Störungen in den Hintergrund. Früherkennung bezeichnet eigentlich eine Diagnosestellung zu Beginn einer Erkrankung. Eine frühe Erkennung von Persönlichkeitsstörung wäre jedoch auch dann wünschenswert, wenn beispielsweise ein Patient nach

jahrzehntelangem Krankheitsverlauf einer Depression, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bereits zu Beginn einer erneuten Behandlung erhalten würde. Oder wer denkt bei der Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen bei einem jungen Mann gleich an eine histrionische Persönlichkeitsstörung oder an die Diagnose einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung bei einer 40-jährigen Patientin mit einer Zwangsstörung.

Gerade mit der Veränderung der Klassifikationssysteme bedarf es einer Übersetzung bekannter Behandlungsansätze in das neue, dimensionale Modell. Dies möglichst ohne dass bewährte Konzepte und Heuristiken in der Praxis und Lehre verloren gehen.

Betrachtet man die generelle Entwicklung in der Therapieforschung, so wird die Wichtigkeit von modularen und individualisierten Therapieansätzen betont. In der Praxis ist die Erarbeitung eines individuellen Störungsverständnisses und daraus abgeleiteter, prozessorientierter Behandlungsschritte selbstverständlich. Patienten kommen selten in Behandlung, um eine Persönlichkeitsstörung behandeln zu lassen. Denn eine Reihe weiterer (schwerer) psychiatrischer Erkrankungen und psychosoziale Probleme sind die Regel und nicht die Ausnahme. Daher spielen sowohl für die Diagnostik, als auch für die Behandlungsplanung die allgemeine Lebenssituation, das Alter, die Konstellation und Schwere sogenannter Achse-I Störungen ebenso eine Rolle wie Einschränkungen in den Persönlichkeitsfunktionen.

Im Workshop soll einerseits aufgezeigt werden, wie in der Praxis eine differenzierte, am Individuum orientierte Einschätzung der Persönlichkeitsfunktion (nach dem alternativen, dimensionalen Modell) sowie die Ableitung von Therapieschritten (einer Therapie, die auf dem kategorialen Modell basiert) aussehen kann. Andererseits wird beispielhaft die Behandlung so genannter Achse-I Störungen unter Berücksichtigung einer Persönlichkeitsstörung dargestellt.
***

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Fiedler, Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

Workshop 4 und 14

Perspektiven in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Lichte der zukünftigen ICD-11

Als eine der bedeutsamsten Veränderungen in der Störungsdiagnostik wird in der ICD-11, die zu Jahresbeginn 2022 erscheint, mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf eine kategoriale Typendiagnostik gänzlich verzichtet. Im Vortrag und Workshop werden diese Veränderungen insbesondere mit Blick auf zukünftige Verbesserungen einer psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen untersucht und bewertet.

So scheinen inzwischen erhebliche Zweifel am Unveränderbarkeits-Mythos angebracht, dies nicht nur, weil sich Persönlichkeitsstörungen über die Lebensspanne kontinuierlich ändern, sondern auch, weil sie sich in den letzten Jahren als gut und erfolgreich behandelbar erwiesen haben.

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck, Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie Kinder- u. Jugendpsychiatrische Forschungsabteilung Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Workshop 5 und 15

Verlauf von Persönlichkeitsstörungen von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter

Von einer Persönlichkeitsstörung wird gesprochen, wenn bei einer Person tiefgreifende und überdauernde Abweichungen im Denken, Fühlen, Handeln und den zwischenmenschlichen Beziehungen zu beobachten sind im Vergleich zu dem, was von den Betroffenen im gesellschaftlichen Kontext erwartet wird. Dazu zählen starre Verhaltensmuster, die den Handlungsspielraum erheblich verkleinern und zu wiederholten Konflikten mit anderen Menschen führen, ebenso wie kognitive Verzerrungen und Störungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle. Die Betroffenen kommen mit sich selbst und ihren Mitmenschen nicht zurecht, wodurch das psychosoziale Funktionsniveau deutlich beeinträchtigt ist.

Eigenschaften und Verhaltensmuster, die (in geringerer Ausprägung) bei vielen Menschen zu finden sind, sind bei den Betroffenen sehr viel extremer ausgeprägt. Von daher werden Persönlichkeitsstörungen im aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Diskurs als dimensionale Störungen gesehen, für die man zur Stellung einer Diagnose einen Schwellenwert definiert, der auf der Anzahl von Symptomen basiert. Für die Frage der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen über die Lebensspanne hinweg ist es zentral, zwischen dimensionaler und kategorialer Stabilität zu unterscheiden. Da sich Symptome leichter verändern lassen und sich zum Teil auch ohne Behandlung bessern können, ist die kategoriale Stabilität eher niedrig und kaum anders als bei anderen psychischen Störungen. Deutlich weniger Änderungen finden sich bei den zentralen Persönlichkeits-Traits wie zum Beispiel Schüchternheit oder Impulsivität sowie bei Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen Identität, Selbstlenkungsfähigkeit, Empathie und Nähe/Intimität, so dass die dimensionale Stabilität vergleichsweise höher ausgeprägt ist.

Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen, die zum Teil erst im mittleren oder späteren Lebensalter zum ersten Mal auftauchen, entwickeln sich Persönlichkeitsstörungen kontinuierlich über den Entwicklungsverlauf hinweg, vor allem die maladaptiven pathologischen Persönlichkeits-Traits, die in ihren Grundzügen schon in der Kindheit beobachtet werden können. Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen sind in der Regel ab der frühen Adoleszenz zu beobachten, so dass ab dieser Zeit die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung reliabel und valide gestellt werden kann. Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass die Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter am stärksten ausgeprägt ist, und sich die Intensität der Symptome über den weiteren Entwicklungsverlauf in der Regel langsam abschwächt. Vor diesem Hintergrund setzt sich in den letzten Jahren zunehmend mehr die Einsicht durch, dass Behandlungsmassnahmen schon in der Adoleszenz beginnen sollten, um den Betroffenen, ihrem Umfeld sowie der Gesellschaft chronische Belastungen zu ersparen, die mit viel Leid und hohen ökonomischen Kosten einhergehen.
***

ipw INTEGRIERTE PSYCHIATRIE

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw)

Die ipw sorgt für die psychiatrische Versorgung der Region Winterthur und Zürcher Unterland mit knapp 480 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. An insgesamt 14 Standorten betreibt sie verschiedene gemeindenahe ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlungsangebote und deckt alle psychiatrischen Krankheitsbilder vom Jugendlichen bis ins hohe Alter ab. Mit rund 900 Mitarbeitenden ist die ipw eine der grössten Arbeitgeberinnen in den Regionen Winterthur und Zürcher Unterland. Sie engagiert sich mit gegen 120 Ausbildungsverhältnissen stark in der Nachwuchsförderung.

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur

T +41 52 264 33 33
www.ipw.ch

Im März 2021