

Skript zum Praktikum Psychosomatik und Psychotherapie

Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose)

1. Epidemiologie: 3-10% in der Allgemeinbevölkerung, 40-60% in unausgewählten psychiatrischen Patientenpopulationen.

2. Klassifikation und Diagnostik

Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen sind in den psychiatrischen Klassifikationssystemen des ICD-10 (WHO: F 60 - F 62) und DSM-IV (American Psychiatric Association: 301.00 – 301.83) beschrieben: z.B. schizoide, paranoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische, anankastische (zwanghafte), ängstliche, abhängige oder narzißtische Persönlichkeitsstörung

3. Konzept und Definition

3.1 Persönlichkeit vs. Persönlichkeitsstörung (Charakter vs. Charakterneurose):

- Jeder Mensch hat eine Persönlichkeitsstruktur (z.B. depressiv, zwanghaft, phobisch, hysterisch), aber nicht notwendigerweise eine Persönlichkeitsstörung.
- Es gibt z.B. eine zwanghafte Persönlichkeit und eine zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung, eine ängstliche (phobische) Persönlichkeit und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung.

Wann wird aus einer Persönlichkeits-Struktur eine Persönlichkeits-Störung ?

Das amerikanische Klassifikationssystem des DSM-IV gibt z.B. folgende Definition für eine Persönlichkeitsstörung:

- Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umwelt abweicht. Es manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, zwischenmenschliche Beziehungen, Impulskontrolle.
- Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- Es führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Es ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- Es läßt sich nicht als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären und geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Drogen, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Distinkte Kategorien oder fließende Übergänge ?

- Sind Persönlichkeitsstörungen distinkte Kategorien oder gibt es fließende Übergänge zwischen Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung (= Dimensionales vs. kategoriales Modell) ?
- Die vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen eher für **kontinuierliche** Übergänge

3.2 Symptom-Neurose vs. Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose)

- Symptom-Neurose sind eher ich-dyston, Charakterneurose eher ich-synton.
- Symptom-Neurose: Subjekt leidet vs. Charakterneurose: Umwelt leidet.
- kein symptomfreies Intervall bei Charakterneurose
- **Cave:** zu polarisierte Gegenüberstellung von Charakter- und Symptomneurose ist künstlich (Mentzos, 1992):
 - Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale haben Symptomwert, z.B. systematisches Zuspätkommen
 - Ich-syntone Symptome gibt es z.B. auch bei konversionshysterischen Patienten („belle indifference“)
 - Bei den meisten Persönlichkeitsstörungen liegen auch Symptome vor.
 - Sowohl Symptome als auch Persönlichkeitsmerkmale haben kommunikative Funktion: Sie dienen der Mitteilung eines Leidens, einer Angst, eines Schmerzes, eines Verlustes, einer Demütigung etc. (Mentzos, 1992).

3.3 Konflikt- vs. Strukturpathologie

- Konfliktpathologie (i.R. bei Symptom-Neurosen): Symptomen liegt ein unbewusster Konflikt zugrunde.
- Strukturpathologie: Symptomen liegt ein Entwicklungsschaden zugrunde, d.h. Ich-Funktionen sind nicht ausreichend entwickelt (z.B. Realitätsprüfung, Impulskontrolle, Angsttoleranz, Objektbeziehungen)
- **Cave:** nicht allen Persönlichkeitsstörungen liegt eine Strukturpathologie zugrunde:
- Es gibt leichtere Persönlichkeitsstörungen mit überwiegender Konfliktpathologie (z.B. vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (DSM-IV 301.82; ICD 10 F60.6).
- Es gibt schwere Persönlichkeitsstörungen mit überwiegender Strukturpathologie (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, DSM-IV 301.83; ICD 10 F60.31)

4. Krankheitsmodelle

- Grundsätzlich: Zusammenwirken biologischer und psycho-sozialer Faktoren (Psycho-sozio-biologisches Modell)
- Modell des Entwicklungsschadens (bei Strukturpathologie):
Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen (z.B. beruhigt oder getröstet zu werden) führt zur Bildung intrapsychischer Strukturen der Selbstregulierung.
Mangel an entwicklungs-fördernden Beziehungserfahrungen (niemand tröstet, gibt Anerkennung etc) führen zu einem Mangel an **inneren** (beruhigenden, anerkennenden, steuernden etc.) Objekten (Strukturen der Selbstregulierung)
Person ist angewiesen auf **äußere** Objekte, die beruhigen, Anerkennung geben etc.

5. Behandlung

Wahl des Behandlungssettings (ambulant oder stationär) ist abhängig von Schwere und Verlauf. Stationäre Therapie z.B. bei akuter Dekompensation mit einem Ausfall von psychosozialen Fähigkeiten (Ich-Funktionen) oder bei chronischem Verlauf

Art der Therapie:

- Analytisch orientiert oder kognitive Verhaltenstherapie (Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen, Training psychosozialer Kompetenzen)
- bei starker Angst, Depression, vorübergehenden psychotischen Symptomen etc. (Komorbiditäten) unterstützende psychopharmakologische Behandlung
- Art der analytisch orientierten Therapie ist abhängig von Konflikt- oder Strukturpathologie:
 - Je mehr **Konfliktpathologie**, desto stärker **analytisch** orientiert kann die Behandlung sein (Förderung von Regression und Übertragung, neutrale Haltung des Therapeuten, Bearbeitung der zugrundeliegenden Konflikte, „Prinzip Deutung“)
 - Je mehr **Strukturpathologie**, desto stärker fördert die Therapie die Entwicklung von Ich-Funktionen und reiferen Objektbeziehungen (Begrenzung von Regression, Fokus auf Ich-Funktionen und Objektbeziehungen, weniger Neutralität, stärkere Aktivität des Therapeuten, „Prinzip Antwort“, z.B. selektives Mitteilen der Gegenübertragung, Affektklarifizierung, Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen)

Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

- Ganz-Objekt-Übertragung bei Konfliktpathologie („als-ob“): Pat. erlebt den Therapeuten z.B. wie den Vater (oder wie die Mutter)
- Teil-Objekt-Übertragungen bei Strukturpathologie: Pat. erlebt den Therapeuten z.B. als Teil von sich selbst oder als „nur böse“/ „nur gut“ oder der Therapeut wird funktionalisiert (dient als Ersatz fehlender eigener intrapsychischer Strukturen)
- als Reaktion auf Teil-Objekt-Übertragungen entstehen oft heftige Gegenübertragungs-Reaktionen auf seiten des Therapeuten.
- **Typische Behandlungsfehler:** Gegenübertragung ausagieren statt sie auszuhalten, zu verstehen und therapeutisch zu nutzen. Sich-Verstricken-Lassen, therapeutische Rolle verlassen.

6. Literatur

- König, K. (2000). Charakterneurose. In: Mertens, W. & Waldvogel, B: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, S. 109-113. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mentzos, S. (1992). Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt: Fischer.
- Rüger, U. (2000). Strukturelle Störung. In: Mertens, W. & Waldvogel, B: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, S. 679-684. Stuttgart: Kohlhammer.
- Saß, H. (2000). Persönlichkeitsstörungen. In: Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H. & Sartorius, N (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band 6, Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid, S. 275-330. Berlin: Springer.
- Streeck, U. (2000). Diagnose Persönlichkeitsstörung: zum Verlust der interpersonellen Dimension im medizinischen Krankheitsmodell. In: Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Eds.): Handbuch der Borderline-Störungen, S. 99-113. Stuttgart: Schattauer.