

**UPK**

**Universitäre  
Psychiatrische Kliniken**  
Basel



# **Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter und ihre Behandlung**

**Luzern, 15.3.2019**

Susanne Schlüter-Müller  
Sozialpsychiatrische Praxis Frankfurt a.M.  
Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen  
Klinik Basel

---

# Persönlichkeitsstörungen: Allgemeine Diagnosekriterien

## Allgemeine Kriterien:

- tief verwurzelte stabile Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönlich-soziale Lebensbedingungen
- Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der **Beziehungsgestaltung**
- Subjektives Leiden des Betroffenen und/oder seiner Umwelt
- durch keine andere psychische oder hirnorganische Störung bedingt
- Beginn in Kindheit oder Adoleszenz, Andauern bis ins Erwachsenenalter

# Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung

## (DSM-IV)

Ein tief greifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung.

Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein :

1. vermeidet aus Angst vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen,
2. lässt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie nicht sicher ist, dass er/sie gemocht wird,
3. zeigt Zurückhaltung in intimen Beziehungen, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden,
4. ist stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
5. ist aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeiten in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt,
6. hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv und anderen gegenüber unterlegen,
7. vermeidet persönliche Risiken und neue Unternehmungen, weil diese sich als beschämend erweisen könnten.

Diagnose, wenn 4 von 7 Kriterien erfüllt sind

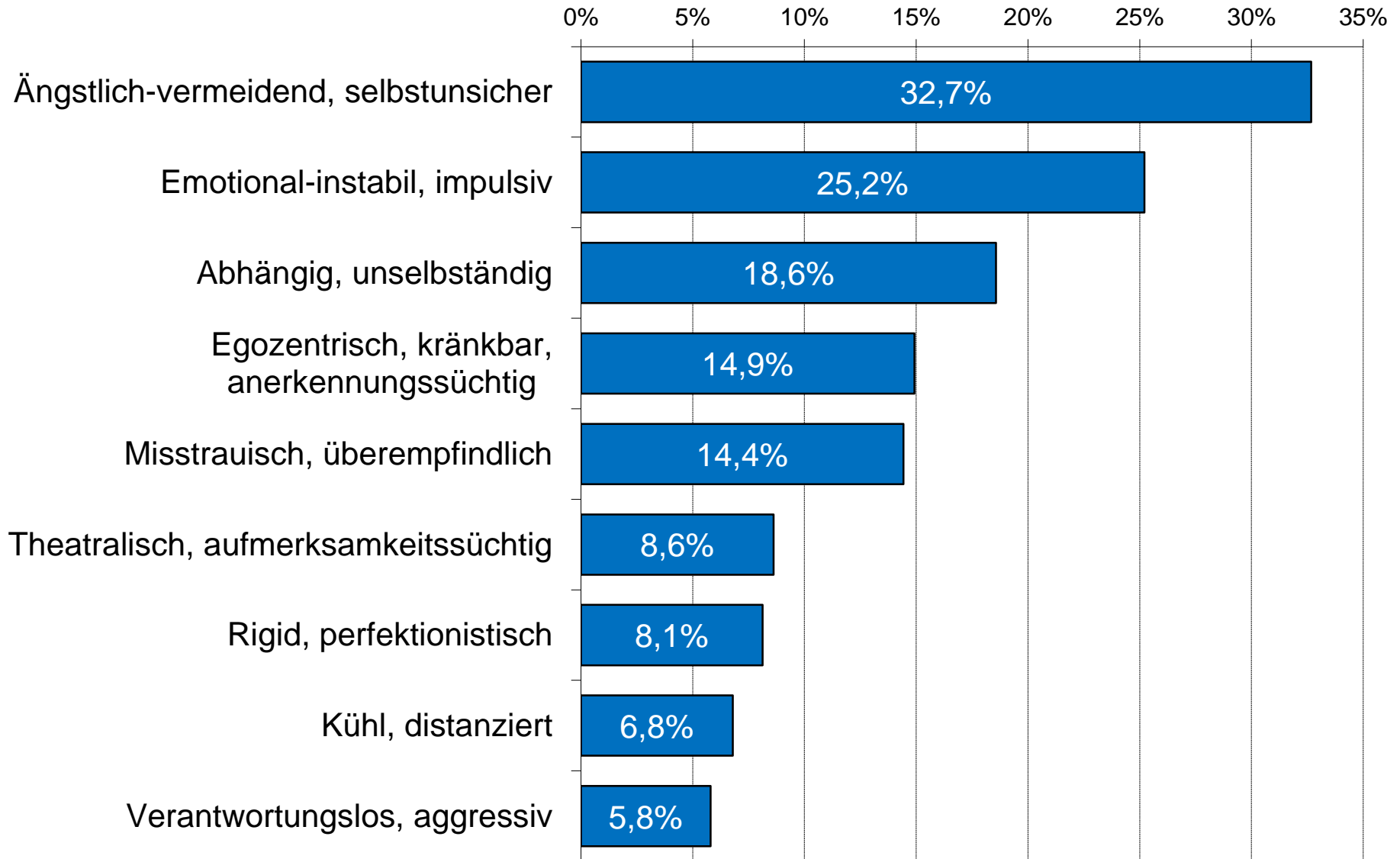
# Ängstlich-Vermeidende PS (Cluster C)

Zahlreiche Studien (Erwachsene) zeigen:

- Ängstlich-vermeidende PS = zweithöchste Prävalenz nach BPS von allen PS in klinischen Populationen
- Ängstlich-vermeidende PS häufig komorbid zusätzlich zu anderen PS
- Ca. 15% aller ambulant behandelten Patienten haben komorbid eine AVPS
- Sogar im Vergleich zu anderen PS zeigen Menschen mit AVPS die stärkste Beeinträchtigung in Bezug auf die allgemeine Lebensbewältigung.

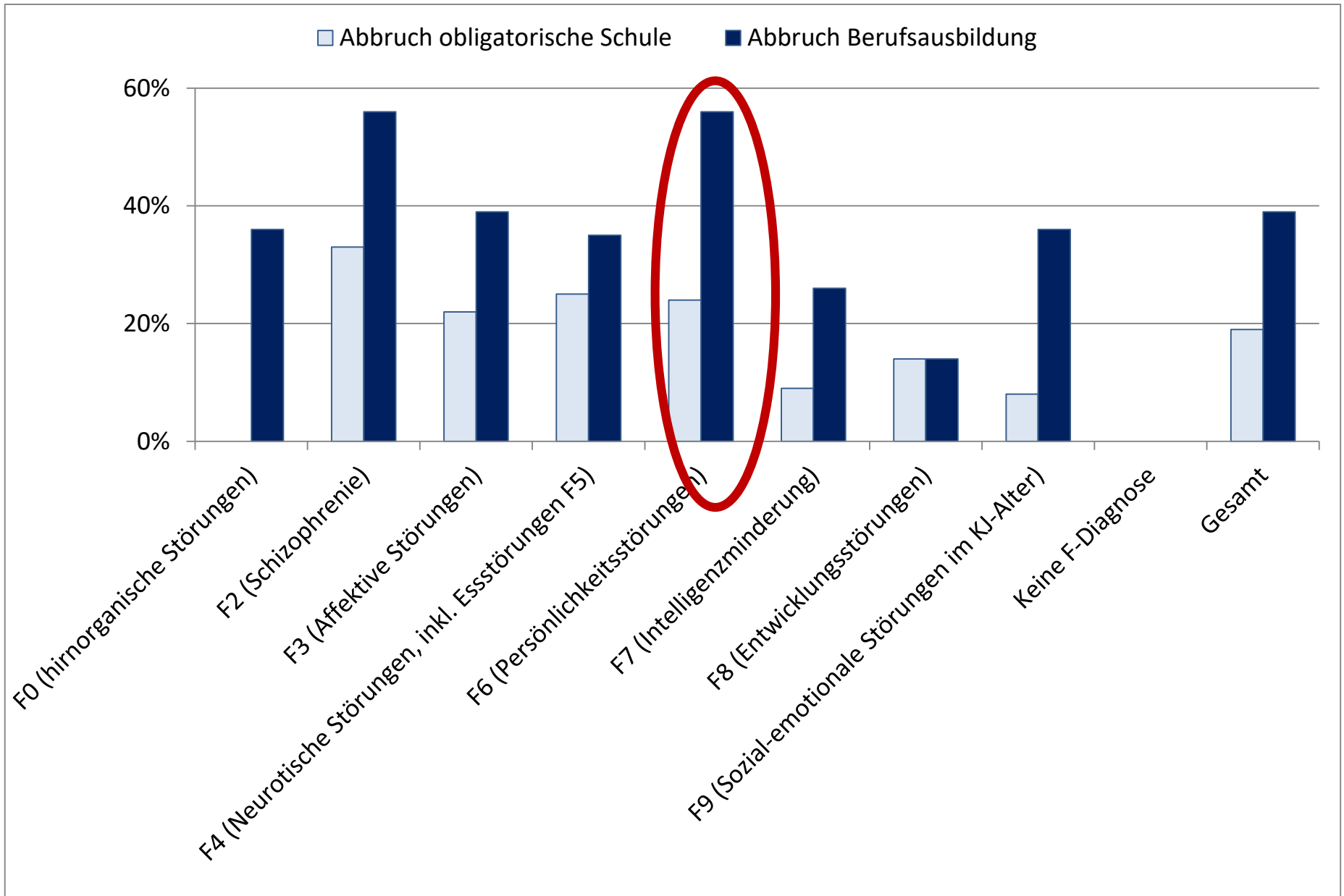
# 70% der IV-Rentner mit Persönlichkeitsakzentuierung

IV-Rentner aus 'psychogenen' Gründen (IV-Akten, CH; N=830)



# IV-Jungrentner: Abbruch der Berufsausbildung

Dossieranalyse Junge Neurentenbeziehende, 2015



# Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-V)

Allgemein: durchgehendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Gefühlen; ausgeprägte Impulsivität

Weiterhin müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. verzweifeltes Bemühen, Alleinsein zu verhindern
2. intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen; Wechsel zwischen Überidealisierung und Entwertung
3. Identitätsstörung
4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten
5. wiederholte Suiziddrohungen oder –versuche, Selbstverletzungen
6. affektive Instabilität
7. chronisches Gefühl der Leere
8. übermäßig starke Wut; Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren
9. dissoziative Symptome; stressabhängige paranoide Phantasien

Diagnose, wenn 5 von 9 Kriterien erfüllt sind

# Auswirkungen von Borderline-PS

Die individuellen, sozialen und ökonomischen Folgen einer BPS sind sehr schwerwiegend.

- andauernde Teilhabebeeinträchtigung (Gunderson et al., 2011)
- massive Belastung der Familienangehörigen (Bailey & Grenyer, 2013)
- abgebrochene Ausbildungen, niedrigeres Qualifikationsniveau und überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit (Chanen, 2015)
- schlechte somatische Gesundheit (El-Gabalawy , 2010)
- mehr psychische Störungen, wiederholte Selbstverletzungen und eine Suizidrate von ca. 8% (Leichsenring et al., 2011)

Borderline-PS sind ein stärkerer Prädiktor für die Abhängigkeit von Sozialleistungen als andere psychiatrische Störungen wie Depressionen oder Angststörungen (Ostby et al, 2014).

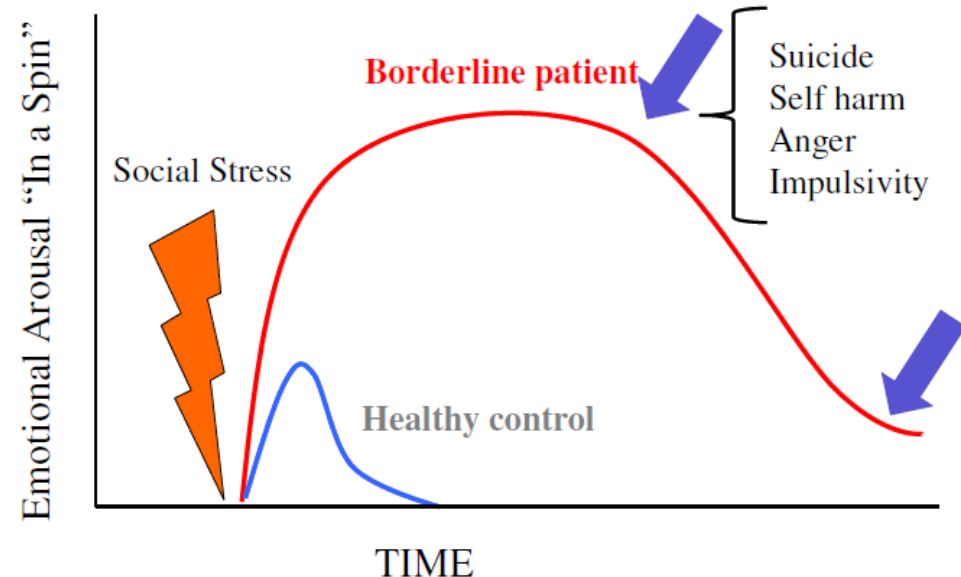


# Dysfunktionale Affektregulation bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

New, A. (2014)

- hohe Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen
- heftige Reaktionen auch auf schwache Reize
- verzögerte Rückkehr der Affektlage zum Ausgangsniveau (Linehan, 1989)

## Hyperarousal And Increased Emotional Reactivity In Borderline Personality Disorder Patients

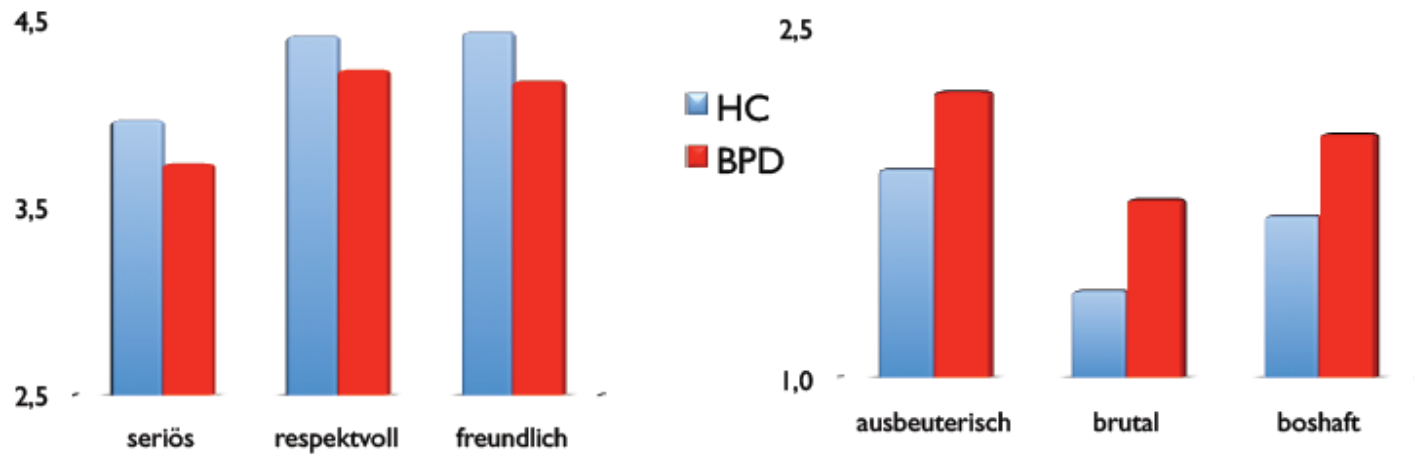


Dysfunktionen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in neuronalen Netzwerken, die eine Verbindung zwischen kortikalen Bereichen und dem limbischen System herstellen (Herpertz et al., 2001)

# Aufmerksamkeitsverzerrungen bei Patienten mit BPS (N=51) und gesunden Kontrollen (N=41)

1= überhaupt nicht  
6= voll und ganz zutreffend

1= überhaupt nicht  
6= voll und ganz zutreffend



Gruppe  $F=4.42$ ,  $p<0.001$

Barnow et al (2009) Behavior Research Therapy,

**Hyposensitivität  
bei positiven Reizen**

**Hypersensitivität  
bei negativen Reizen**

# Identitätsstörungen als Kernsymptom von Persönlichkeitsstörungen

- Aktuelle Analysen (Sharp et al.2015; Sharp & Fonagy 2015) zeigen, dass Borderline-Symptome als Kernsymptome aller Arten von Persönlichkeitsstörungen gesehen werden können.
- Es scheint einen generellen Faktor der Persönlichkeits-Pathologie zu geben, bei dem Identitätsstörungen die höchsten Ladungen auf diesem Faktor haben.

# Identitätsdiffusion

- Fehlende Integration des Konzepts von sich Selbst und bedeutsamen Anderen (unsichere Selbst- und Objektrepräsentanz)
- Defizite in der Autonomieentwicklung
- Unreflektierte, widersprüchliche oder chaotische Selbstbeschreibung oder Beschreibung von Anderen und die Unfähigkeit diese Widersprüche zu integrieren oder zumindest wahrzunehmen
- Mangelnde Fähigkeit allein sein zu ertragen
- Verlust der Perspektive (keine Vorstellungen von der Zukunft)
- Mangelnde Fähigkeit der sexuellen Festlegung (mal so, mal so)
- Verlust der Kontinuität über die Zeit hinweg (Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft)

# Idealisierung und Entwertung

## Sehnsucht nach Nähe - Idealisierung

- Im Zentrum steht die Problematik der Nähe-Distanz-Regulierung von Borderline-Patienten und der damit verbundenen Regulation massiver Affekte
- Bedürfnis nach grosser Nähe („Objekthunger“), nach völliger Symbiose
- Der Andere wird aber weniger als was eigenes mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen gesehen sondern viel mehr in seiner Funktion für den Patienten (als austauschbares Objekt)

# Idealisierung und Entwertung

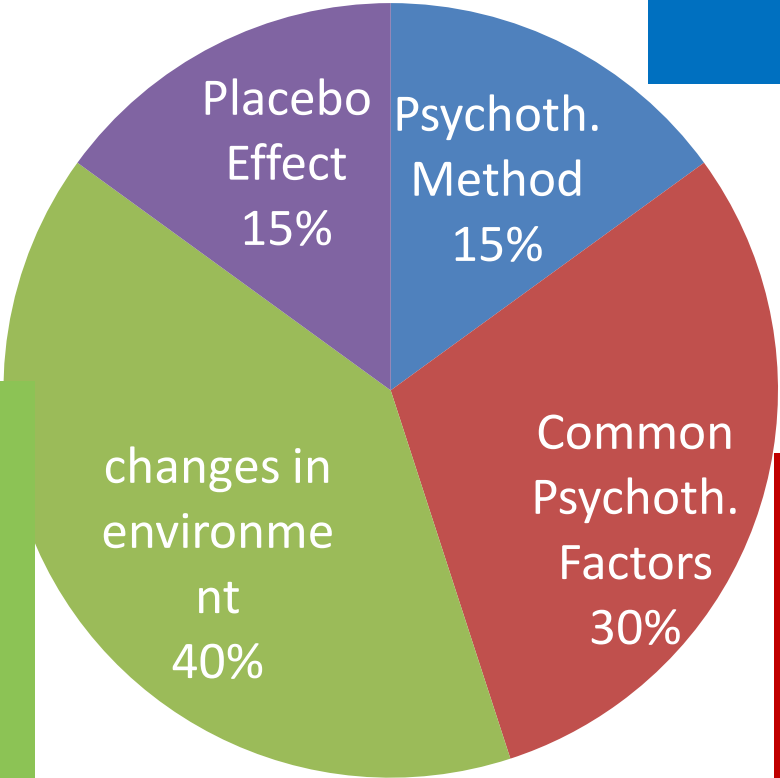
## Angst vor Nähe - Entwertung

- Nach kurzer Zeit der Befriedigung durch „wortloses Verstehen“ kommt die panische Angst, sich im anderen zu verlieren, das Eigene nicht mehr zu spüren
- Aus dieser Angst heraus entsteht die totale Kehrtwende, die Distanz schaffen soll
- Vorwürfe, Kälte, Wutanfälle, Interessensverlust markieren den, für das Gegenüber kaum nachvollziehbaren Umschwung

**Therapeutische Herausforderung:**

**Behandlung von Persönlichkeitsstörungen**

- Spezifische psychotherapeutische Techniken



z.B.  
Einbeziehung des Umfelds in Behandlung  
Psychoedukation  
Schulwechsel  
...

Therapeutische Haltung  
Neugier  
Optimismus  
Echtheit  
Empathie  
Wärme  
...



# Spezielle Überlegungen zur Behandlung von Jugendlichen mit PS

## Die meisten Adoleszenten leben im Familiensystem

- Eltern müssen in Behandlung einbezogen werden (Fruzzetti et al., 2005):
  - Routine in alltäglicher klinischer Praxis
  - erfolgreich umgesetzt in DBT-A, MBT-A / AIT/ SFT-A
- Jugendliche müssen basale Verhaltensstandards erfüllen, um zuhause leben zu können
  - ➔ verhaltensbezogene Interventionen oft notwendig

# Die Arbeit mit den Eltern

- In der Psychotherapie hatten mehr oder weniger explizite Schuldzuweisungen an Eltern – besonders an die Mütter (Kühlschrankmutter, schizophrenogene Mutter)- oder früheren Generationen (transgenerationales Trauma, Familientabus) eine lange und wenig hilfreiche Tradition
- Doch die Belastungen resultieren nicht immer nur aus der Störung eines Elternteils oder beider Eltern sondern sie stellen das Resultat einer Beziehung dar.

# **Mangelnde Beachtung von Eltern**

Bei Nicht-Einbeziehen der Eltern befinden sich diese in einer schlechten Position: sie sind von Veränderungen sowie von Stagnation oder gar Verschlechterung während des therapeutischen Prozesses unmittelbar betroffen, müssen die Hochs und Tiefs des Jugendlichen ertragen ohne selbst jedoch direkten Einfluss nehmen zu können.

# Mangelnde Beachtung von Eltern

- Von wichtigen, die eigene Person betreffenden Vorgängen ausgeschlossen zu sein („der ausgeschlossene Dritte“, Hilgers, 2009) und explizit nicht erwünscht zu sein ist eine massive Schamquelle (Hilgers, 2009), die Hilflosigkeit, Wut und Zorn bei den Eltern auslösen und so den Heilungsverlauf deutlich erschweren kann

# Die Arbeit mit den Eltern

- Als Behandler hat man nicht nur eine Fürsorgepflicht für seinen Patienten sondern auch für dessen Angehörige, was häufig durch die Identifikation mit den negativen Affekten des Patienten übersehen wird.
- Ein Mitagieren dieser schlechten Gefühle den Eltern gegenüber schadet aber dem Patienten, da er diese Eltern (auch) liebt.

# Manualisierte Programme zur Behandlung von PS im Jugendalter

- Miller & Rathus (1999): Dialektisch-Behaviorale Therapie **DBT-A**
- Chanen et al. (2008): Kognitiv-Analytische Therapie **CAT**
- Rossouw & Fonagy (2012): Mentalisierungsbasierte Therapie **MBT-A** (Taubner et al., 2017)
- Loose et al. (2013): Schemafokussierte Therapie **SFT-A**
- Foelsch et al. (2013): Adolescent Identity Treatment **AIT**
- Streeck-Fischer et al. (2016): Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode **PIM** (stationäre Behandlung)

# Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente mit BPS

## Dialektisch-Behaviorale Therapie

<b>Schwierigkeiten</b> (Zu verringernde Verhaltensmuster)	⇒	<b>Fertigkeiten</b> (Zu erlernende Verhaltensmuster)
<b>Identitätsstörung</b> (Du weißt nicht, wie Du Dich fühlst)	⇒	<b>Achtsamkeit</b>
<b>Impulsivität</b> (Du handelst, ohne vorher darüber nachzudenken)	⇒	<b>Stresstoleranz</b>
<b>Emotionale Instabilität</b> (schnelle, intensive Stimmungswechsel ohne viel Kontrolle)	⇒	<b>Emotionsregulation</b>
<b>Zwischenmenschliche Probleme</b> (Schwierigkeiten, mit anderen klar zu kommen)	⇒	<b>Zwischenmenschliche Fertigkeiten</b>
<b>Jugendlichen- &amp; Familien-Dilemmata</b> (extremes Denken, Fühlen und Handeln; z.B. „Alles- oder Nichts-Denken“)	⇒	<b>Walking the Middle Path</b>

## DBT-A

Manualiertes Programm  
Miller et al. (1999)

- Adaptation von DBT für die Anwendung bei Adoleszenten
- Ambulantes Behandlungsangebot
- Kombination von Einzeltherapie und Skills-trainings in Gruppen

# Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszenz mit BPS

## Fertigkeiten-Training: Ablaufschema





# AIT (Adolescent Identity Treatment)

AIT ist eine integrative Behandlungsmethode, die auf Behandlungskonzepte von Paulina Kernberg zurückgeht und folgendes integriert:

- Modifizierte Elemente der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) von Clarkin et al (2001)
- Psycho-Edukation
- Verhaltenstherapeutisch orientierter "Homeplan"
- Vertrag
- Intensive Einbeziehung der Familien um den therapeutischen Prozess des Jugendlichen dadurch zu unterstützen



Schmeck  
Schlüter-Müller



# Persönlichkeits- störungen im Jugendalter

Remschmidt  
Schmidt (Hrsg.)  
Manuale  
psychischer Störungen  
bei Kindern  
und Jugendlichen

 Springer



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Susanne.Schlueter-Mueller@upk.ch