

# Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen gem. ICD-11

... Integrative Psychotherapie ...

10/2022

Vortrag Klinik Zugersee

Peter Fiedler  
Universität Heidelberg



	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	DIS	BOR	SUP	DEP	ZWA	NEG
Majore Depression	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	über 30%	10-19%	20-29%	20-29%	10-19%
Zwangsstörung	10-19%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Panikstörung	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%
Soziale Phobie	unter 10%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	20-29%	über 30%	20-29%	unter 10%	unter 10%
Dissoziative St. Konversion	unter 10%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	10-19%	unter 10%
Somatoforme St.	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Alkohol/Drogen	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%
PTBS	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%	über 30%	20-29%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Anorexie / Bulimie	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Schizophrenie	10-19%	10-19%	20-29%	unter 10%	20-29%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%

die Sorgenkinder !!



# DSM-IV-TR: Achse I und II:

# Vulnerabilität

**Seit Jahren: zunehmende Therapie-Erfolge !**  
der Stabilitätsmythos schwierig beeinflussbarer Persönlichkeit  
gehört endlich abgeschafft !!

---

- **Collaborative Longitudinal Personality Study** (Gunderson et al., 2012): orientiert an Kriterien-Zahlen, nicht an Diagnosen (wichtig, denn bereits ein Kriterium mehr oder weniger entscheidet pro/contra Diagnose)
- Mit zunehmender Zeit nach Erst-Diagnostik sinkt die Zahl erfüllter Kriterien kontinuierlich und z.T. beträchtlich:
- Erstdiagnose / Basislinie: Patienten mit PSt-Diagnose erfüllen durchschnittlich 71% der Kriterien ihrer Störungen (teils komorbid)
- 6 Monate später: 55%
- 1 Jahr später: 48% (d.h. zumeist keine PSt mehr)
- 2 Jahre später: 42% (d.h. erst recht keine PSt mehr)
- 32 Prozent der Patienten mit ursprünglicher PSt-Diagnose erfüllen nach 2 Jahren nur noch 2, 1 oder keines der Kriterien ihrer ursprünglichen Störungen
- Forderung danach: **ab DSM-5 nur noch dimensionale Beurteilungen!**

# Collaborative Longitudinal Personality-Disorder Study (Gunderson et al., 2012 [ läuft seit 2000 ] )

---

**Stabilitätsrate bereits nach einem Jahr (!) durchschnittlich nur 44 %  
(Gunderson et al., 2001)**

- Ängstlich-vermeidend: 56 % N=158
- Zwanghaft: 42 % N=154
- Borderline 41 % N=175
- Schizotypisch: 34 % N=86
- die 2-Jahres-Stabilität bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung beträgt nur etwa 20 % (Shea et al., 2002).

**Stabilitätsrate nach 10 Jahren:**

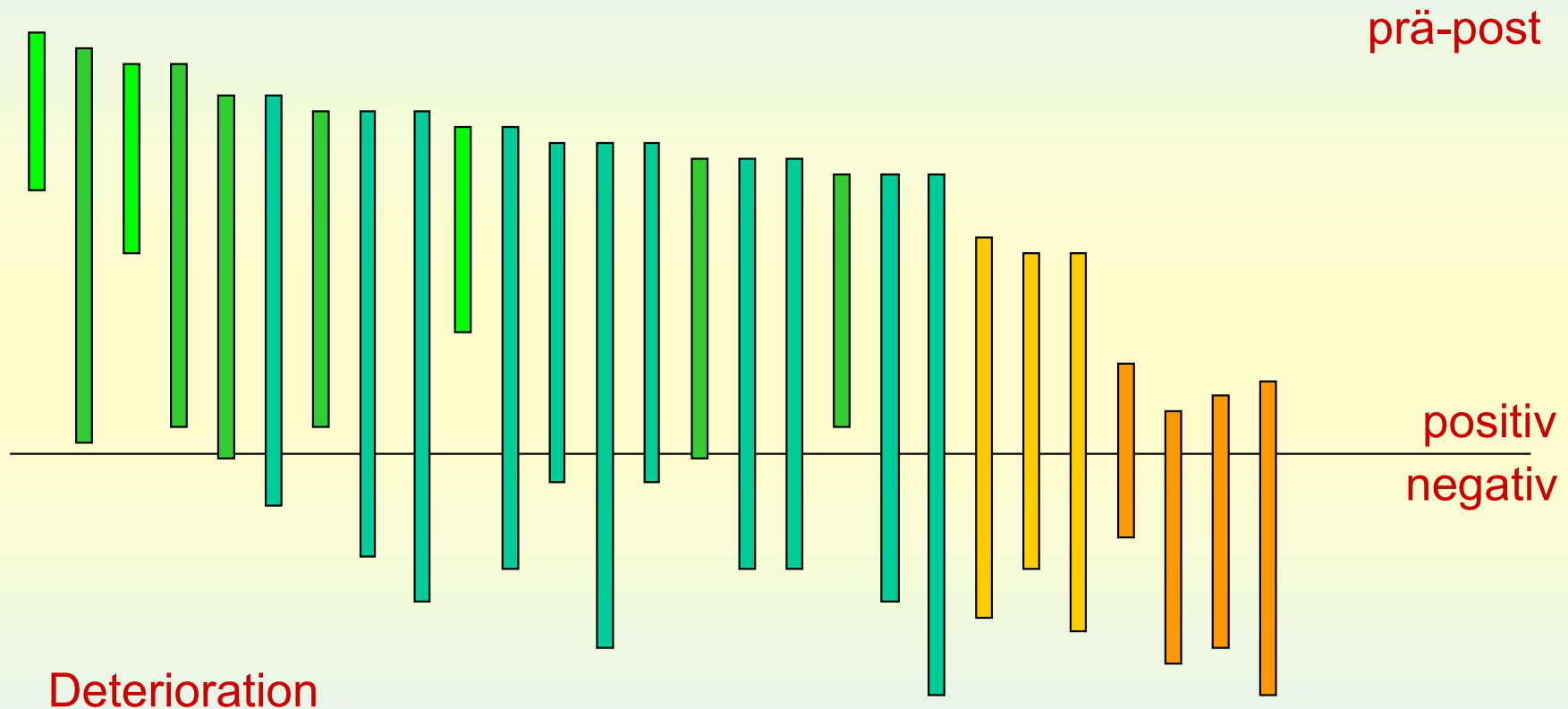
- nur 0 % (schizotypisch/Borderline) bis 12 % (ängstlich-vermeidend)

**... und dann auch das noch (Gunderson et al., 2001; 2002):**

- 18 Borderline-Patienten mit „dramatischer Remission“ erfüllten nach einem Jahr nur mehr 0 bis höchstens 2 Kriterien !  
*Wer oder was ist denn nun für diesen Erfolg verantwortlich?*

**Es gibt in der Tat: durchgängig erfolgreiche Therapeuten (sog. Super-Shrinks), andererseits aber auch: durchgängig weniger gute Therapeuten (Okiishi, Lambert et al., 2006; Lambert, 2008; 2011; jeweils mehr als 20 Therapien pro Therapeut)**

---



**...und zwar unabhängig von Geschlecht, Alter und Therapieschule (diskutiert seit Untersuchungen aus den 1980er Jahren; z.B. Henry et al. 1990, für Gruppen seit Anfang 1970er Jahren; z.B. Liberman, Yalom, Miles, 1972). Forschungsproblem ist ganz offenkundig die sog. Responder-Forschung!** 5

## Zurückhaltung in psychodynamischen Therapien im Umgang mit sog. Übertragungsdeutungen bzw. mit „Beziehungsarbeit“ („Spiegeln von Widerständen“) in der Verhaltenstherapie

- de Jonghe et al. (2001). *Journal of Affective Disorders*, 64, 217–229.
- Hoglend, P. (2003). *Psychotherapy Research*, 13, 271–292.



## Merkmale erfolgreicher Psychotherapeuten (ab 2005; Einzel-/Grp-Thp; Rückgang der Responder-Forschung)

---

Folgende Merkmale erfolgreicher Therapeuten ließen sich inzwischen wiederholt empirisch absichern (Chow et al. 2015; Lambert 2008; Wampold 2007; Anderson et al. 2009; Fiedler, 2011; Norcross 2011; Okiishi et al. 2003; 2006; Rousmaniere & Miller 2015).

1. Erfolgreiche Thp gaben ihren Pt akzeptierbare Erklärungen ihrer Probleme und Störungen.
2. Erfolgreiche Thp entwickeln in Übereinstimmung mit ihren Erklärungen einen plausiblen Behandlungsplan. **Voraussetzung ist, dass sich Pat vom Thp verstanden und akzeptiert fühlen** – jedoch immer auch mit Blick auf die aktuellen Forschungsarbeiten evidenzbasierter Behandlung.
3. Erfolgreiche Thp verstehen sich als **Solidarpartner der Patienten im gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensumstände** (v.a. mittels **Beratung** zwecks Suche und Einübung von gesunden Alternativen bei Störungen im Privatleben und Beruf).
4. Erfolgreiche Thp pflegen einen wertschätzend Umgang mit charakteristischen Eigenarten der Pat wie z.B. Geschlecht, sexueller Orientierung, Abstammung, Sprache, Heimat oder Herkunft, ihres Glaubens, ihrer religiösen oder politischen Anschauungen (solange sich diese im Rahmen der Grundgesetze bewegen).

**Tab. 1** Übersicht der Persönlichkeitsstörungen in den unterschiedlichen Klassifikationssystemen

DSM-5 (kategorial)	ICD-10 (kategorial)	DSM-5 Alternativmodell (kategorial) *)	DSM-5 Alternativmodell (dimensional mit Trait-Domänen) *)	ICD-11 (nur noch dimensional mit Trait-Domänen) **)
Antisoziale PS	Dissoziale PS	Antisoziale PS	1. Antagonismus (vs. Verträglichkeit) 2. Psychotizismus (vs. Adäquatheit) 3. Enthemmtheit (vs. Gewissenhaftigkeit) 4. Verschlussenheit (vs. Extraversion) 5. Negative Affektivität (vs. emotional stabil)	1. Dissozialität
Paranoide PS	Paranoide PS			F21 Schizotype Störung
Schizotypische PS	Schizotype Störung (F21)	Schizotypische PS		2. Enthemmung
Narzisstische PS		Narzisstische PS		3. Anankasmus, Zwanghaftigkeit
Zwanghafte PS	Anankastische PS	Zwanghafte PS		4. Soziales Desinteresse („detachment“)
Histrionische PS	Histrionische PS			5. Negative Affektivität
Schizoide PS	Schizoide PS			<i>entweder:</i> Borderline-Domain (6)
Dependente PS	Abhängige PS			<i>oder:</i> Borderline-PS
Vermeidend-selbstunsichere PS	Ängstlich-vermeidende PS	Vermeidend-selbstunsichere PS		
Borderline-PS	Emotional-instabile PS (impulsiver oder Borderline-Typ)	Borderline-PS		

\*) Nach einer Beurteilung der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (leicht, mittel, schwer) erfolgt im DSM-5 eine Beschreibung von Traits und ggfs. eine kategoriale Typen-Bestimmung anhand der sechs verbliebenen Kategorien

\*\*) In der ICD-11 erfolgt nach einer Schweregradbeurteilung (leicht, moderat, schwer) auf dem Boden des Funktionsniveaus eine Beschreibung von Traits und ggfs. eine Spezifizierung des Borderline-Typs

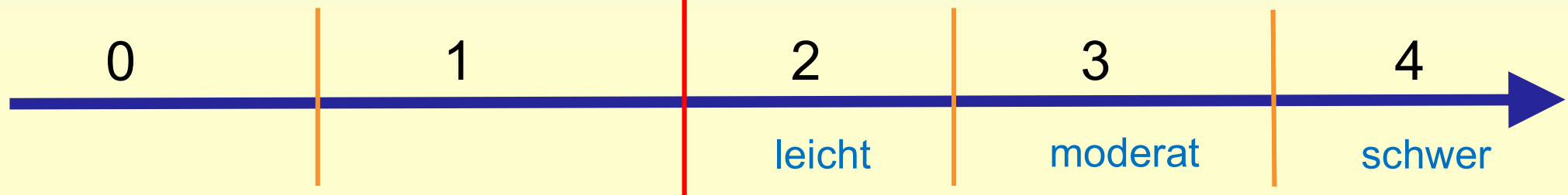
Ein Blick voraus ...

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11:  
gänzlich weg von der stigmatisierenden kategorialen  
hin zur zwei-dimensionalen Person-Beurteilung

**Keine Störung**

**Störung**

**(1) Selbst: Identität und Selbstkontrolle**



**(2) Interpersonelle Beziehung: Empathie, Nähe, Distanz**

**Voraussetzung für Störungsdiagnose:**

- Leiden und Einschränkungen im privaten sowie beruflichen Kontext
- anhaltende Störung über 2 Jahre oder mehr

**ICD-11 vor Störungsbeginn:**

F43.0 akute Belastungsreaktion  
(bis 3 Tage)

F43.2 Anpassungsstörung  
(bis längstens 6 Monate)

F62.0/1/2 andauernde Persönlichkeits-  
änderung (nach Extrembelastung  
bzw. Erkrankung (bis 2 Jahre )

# Positive Aspekte der Funktionsfähigkeit

---

= Ziele der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

- des **Selbst** (Bedürfnis: **AUTONOMIE**)
  - Identität: Stabilität und Kohärenz des Identitätsgefühls
  - Selbstwertgefühl: insgesamt positives und stabiles Selbstwertgefühl
  - Genauigkeit der eigenen Sicht auf die eigenen Stärken und Grenzen
  - Fähigkeit zur Selbststeuerung und Emotionsregulation
- der **zwischenmenschlichen Funktion** (Bedürfnis: **BINDUNG**)
  - Empathie-Fähigkeit und Interesse an Beziehungen
  - die Perspektiven anderer verstehen und berücksichtigen, Toleranz bezüglich unterschiedlicher Sichtweisen
  - Entwicklung und Aufrechterhaltung wechselseitig befriedigender Beziehungen
  - Fähigkeit, Konflikte lösen

# ICD-11: Trait-Domänen mit Behandlungsrelevanz

---

- 1. Negative Affektivität:** viele belastende Emotionen wie innere Leere, Angst, Ärger, Schuld, Irritabilität, Verletzlichkeit, Depressivität, Kränkbarkeit; hohe Empfindsamkeit.
- 2. Distanziertheit / Verslossenheit:** Vermeidung sozio-emotionaler Erfahrungen, kaum Bindungen, Freunde, Partner; eingeschränktes affektives Erleben, Misstrauen, Argwohn, begrenztes Freude-Erleben.
- 3. Enthemmung:** Ausrichtung auf sofortige Belohnung, impulsives Verhalten, mangelnde Berücksichtigung früherer Erfahrungen bzw. zukünftiger Konsequenzen; erhöhte Ablenkbarkeit.
- 4. Anankasmus, Zwanghaftigkeit:** Kontrolle von Selbst und Umwelt; starrer Perfektionismus, Inflexibilität und eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit; beharrlich, gehemmt, ordnungsliebend; Schwierigkeiten, Aufgaben abzuschließen und Ziele zu erreichen.
- 5. Dissozialität.** Mit Persönlichkeitsstil begründbare und sich regelmäßig wiederholende Ethik- und Rechtsverletzungen; weitere Persönlichkeitsmuster, die bisher als Merkmale dissozial-narzisstischer Personen angesehen wurden: Kaltherzigkeit, Feindseligkeit und Mangel an Empathie bei gleichzeitigem Aufmerksamkeit heischendem Verhalten in der Erwartung, von anderen wegen positiver oder negativer Verhaltensmuster bewundert zu werden.

# Schweregrad der Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11

---

## **Leichte Persönlichkeitsstörung**

- Nur eine, höchstens zwei Domains sind betroffen, andere gar nicht (z.B. Probleme mit Impulsivität, nur geringe Probleme mit negativer Affektivität).
- Beziehungen oder Berufsrollen blieben erhalten bzw. stabil.
- Ist nicht assoziiert mit Schaden für das Selbst oder Andere.

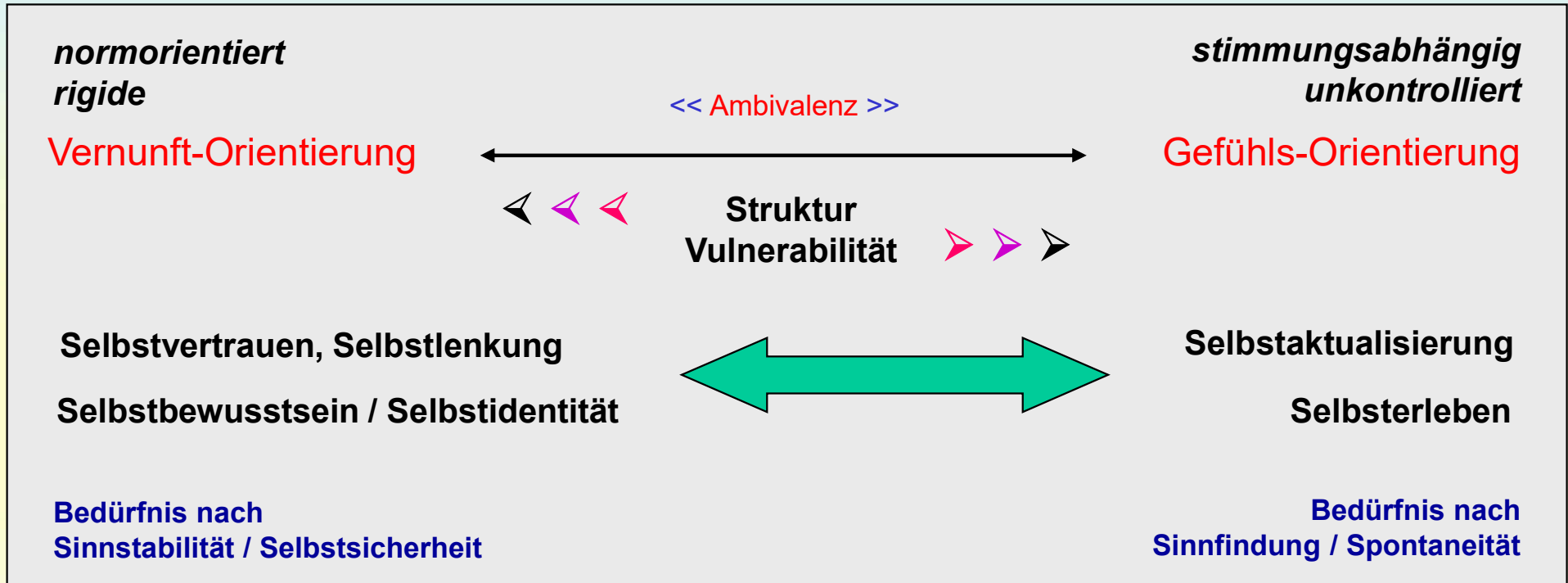
## **Moderate Persönlichkeitsstörung**

- Zwei bis drei Domains sind betroffen (z.B. Impulsivität und negative Affektivität).
- Soziale Rollen sind spürbar beeinträchtigt; Arbeitsbeziehungen sind gestört; häufige Konflikte mit anderen.
- Oft mit kurzfristigem Schaden für das Selbst oder Andere assoziiert.

## **Schwere Persönlichkeitsstörung**

- Persönlichkeitsprobleme sind grundlegend, involviert sind die meisten Funktionsbereiche.
- Keine Freundschaften; Berufsfunktionen deutlich gestört; fehlendes Bewusstsein für Mitverantwortung.
- Deutliche Schäden für Selbst oder Andere in Vergangenheit / Zukunft.

# Selbst-STRUKTUR-Achse in der ICD-11: Selbst – Funktion: Emotionen erleben und mit Vernunft regulieren



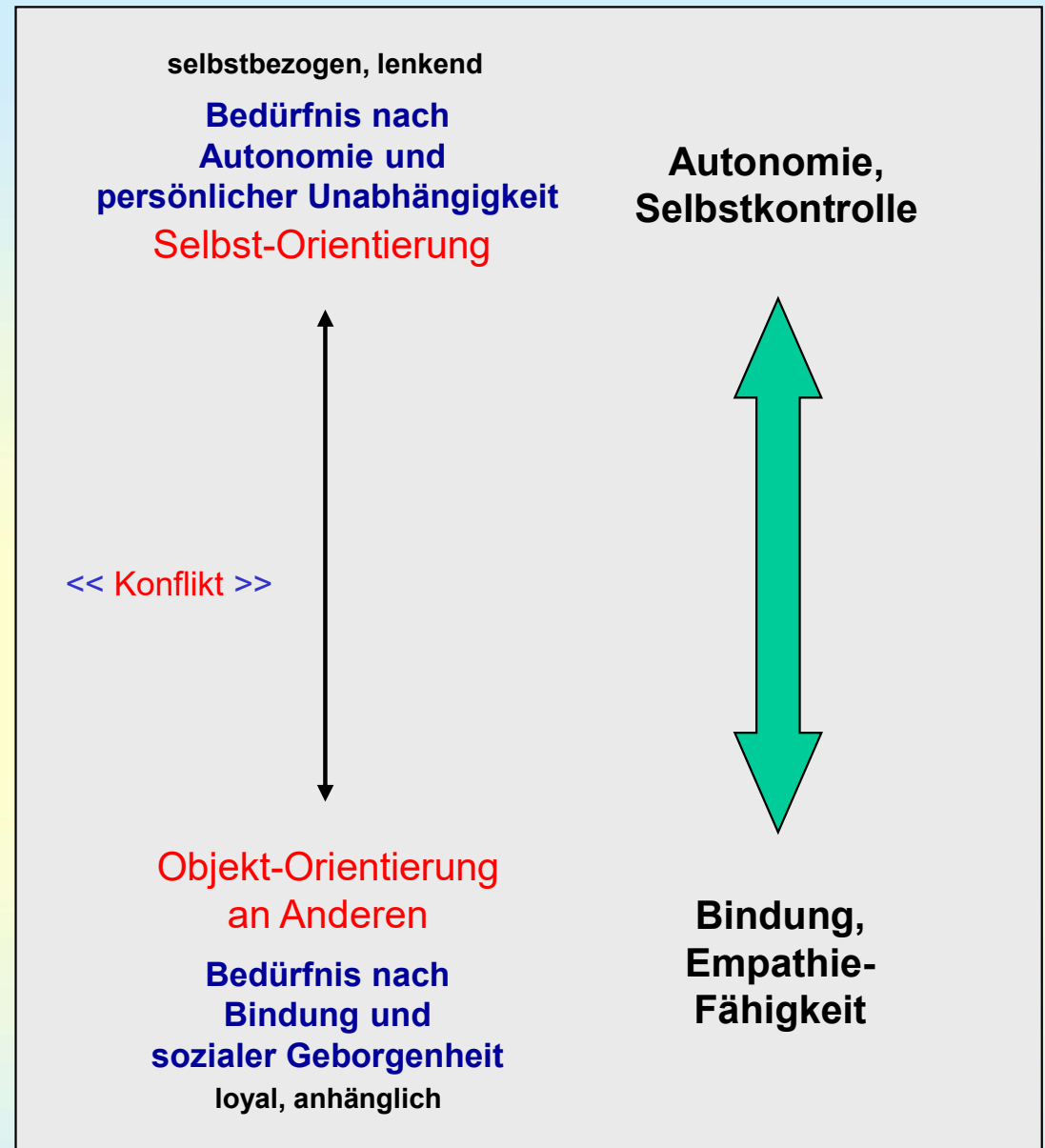
**Zielvariable:  
erfahrungsoffene Selbstsicherheit**

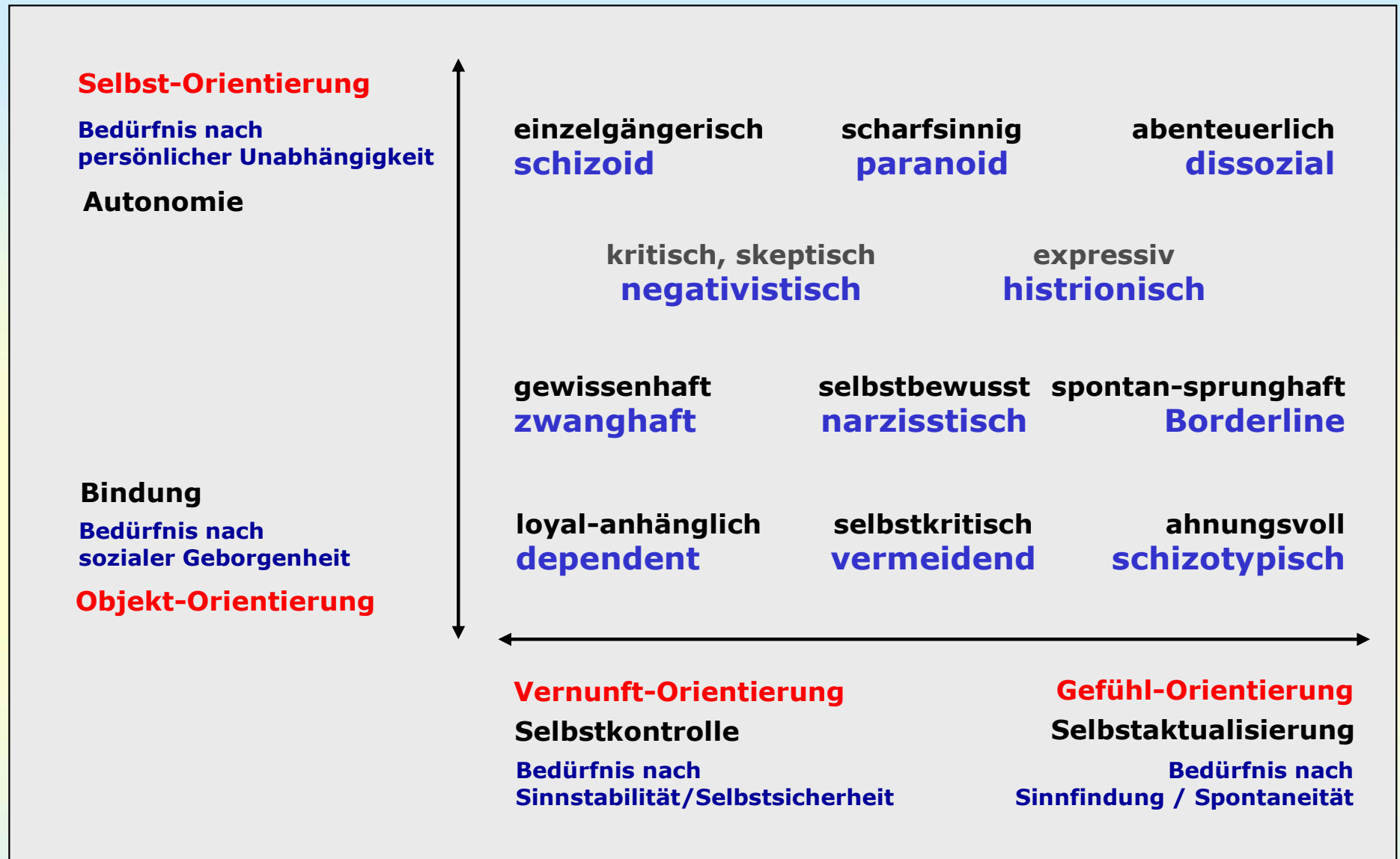
**Strukturmerkmale eines gesunden Selbst:**  
Stabilität und Kohärenz des Identitätsgefühls; Genauigkeit der Sicht auf eigene Stärken und Grenzen; Fähigkeit zur Selbststeuerung und Emotionsregulation; stabiles und positives Selbstwertgefühl

## ICD 11 – Interpersonelle Beziehung und Interaktion

Interpersonelle Beziehungen:  
Empathie; Interesse an  
Beziehungen; Perspektiven  
anderer verstehen und  
berücksichtigen; Toleranz  
bezüglich unterschiedlicher  
Sichtweisen;  
Entwicklung und  
Aufrechterhaltung  
wechselseitig befriedigender  
Beziehungen; Fähigkeit,  
Konflikte zu lösen

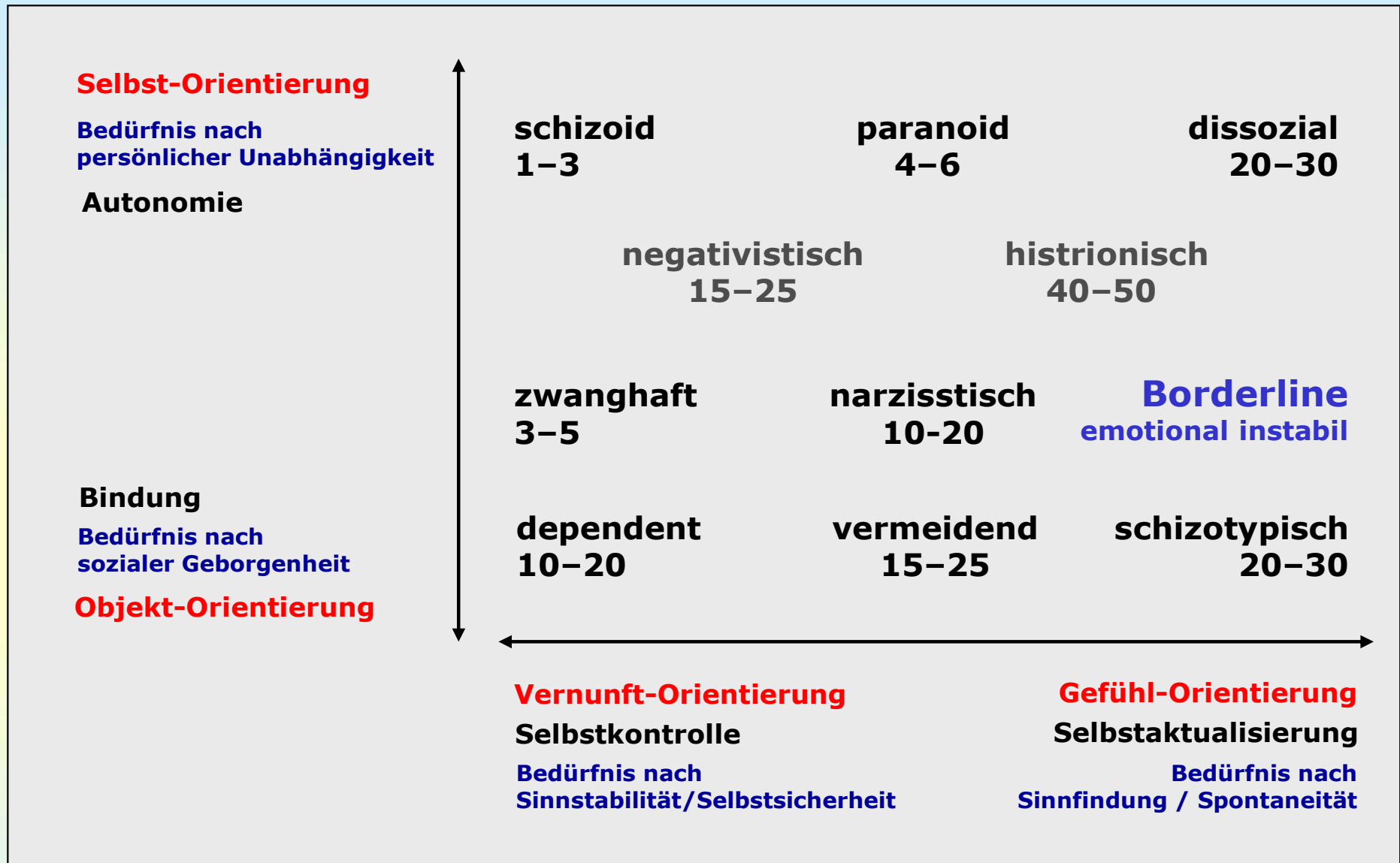
**Zielvariable:  
sozial bezogene Autonomie**





**Persönliche Stile und Persönlichkeitsstörungen – ausführlich in:**  
 Fiedler, P. (2017). Bedeutung der Komorbiditätsforschung für die  
 Behandlungsplanung bei Persönlichkeitsstörungen.

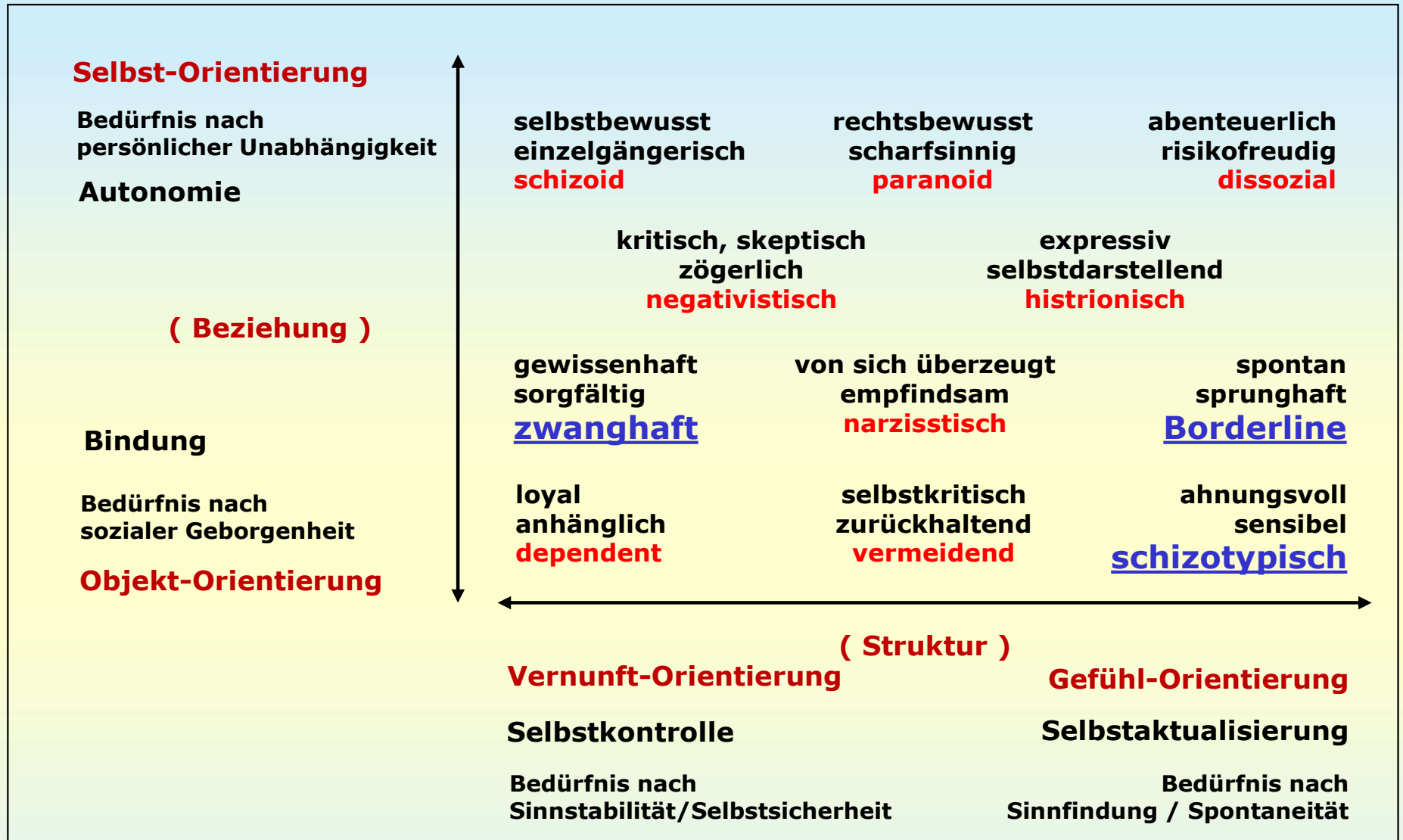
*Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 21, 3 – 13.



**Komorbiditäts-Chart: Borderline:**

Fiedler, P. (2017). Bedeutung der Komorbiditätsforschung für die Behandlungsplanung bei Persönlichkeitsstörungen.

*Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 21, 3 – 13.



Markante persönliche Stile als Kompetenz. Kategorial nur noch:  
 ICD-11: emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)  
 und F21: schizotype Störung und die Domain: Anankasmus

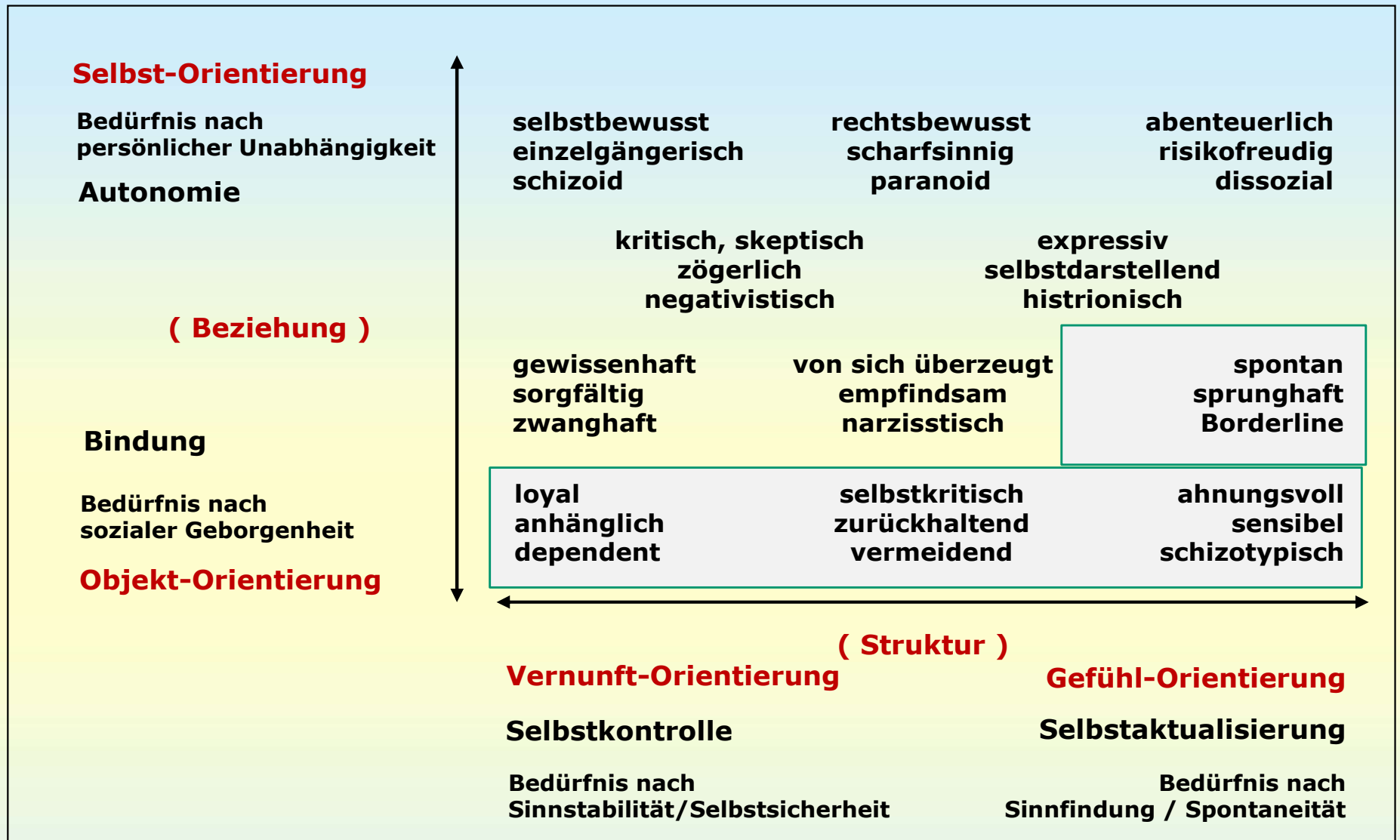
	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	DIS	BOR	SUP	DEP	ZWA	NEG
Majore Depression	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	über 30%	10-19%	20-29%	20-29%	10-19%
Zwangsstörung	10-19%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Panikstörung	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%
Soziale Phobie	unter 10%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	20-29%	über 30%	20-29%	unter 10%	unter 10%
Dissoziative St. Konversion	unter 10%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	10-19%	unter 10%
Somatoforme St.	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Alkohol/Drogen	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%
PTBS	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%	über 30%	20-29%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Anorexie / Bulimie	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Schizophrenie	10-19%	10-19%	20-29%	unter 10%	20-29%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%

die Sorgenkinder !!



# DSM-IV-TR: Achse I und II:

# Vulnerabilität

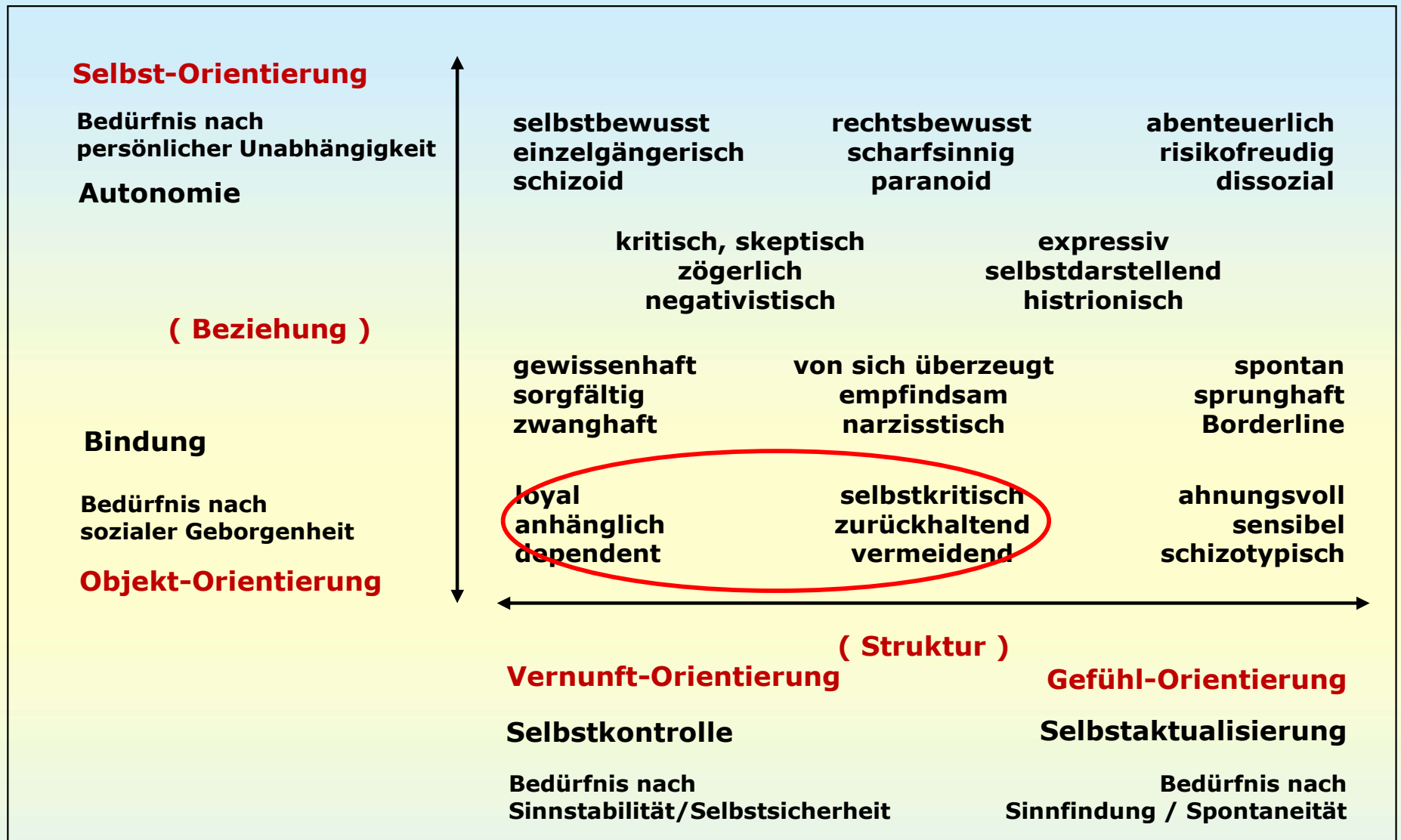


**Trait-Domain „negative Affektivität“ mit Leitsymptom „Angst“:**

Phobien, Ängste, Dissoziative, Konversions- und Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen.

Erhöhtes Vulnerabilitäts-Risiko bei möglichem Hypo-Cortisolismus;

wichtig weiter: sekundär beobachtbare Hilflosigkeitsdepression.



Ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten (auch bei angstvoller Dependenz):  
Therapie in Richtung selbst-orientierter Vernunftorientierung: Psychoedukation und Beratung bei existenziellen Problemen! Symptom-Behandlung bei Ängsten, Phobien, Somatoformen Störungen sowie bei Konversions- und Traumastörungen.

# Konsequenzen für die Psychotherapie – zur Entwicklung der positiven Persönlichkeitsmerkmale gem. ICD-11

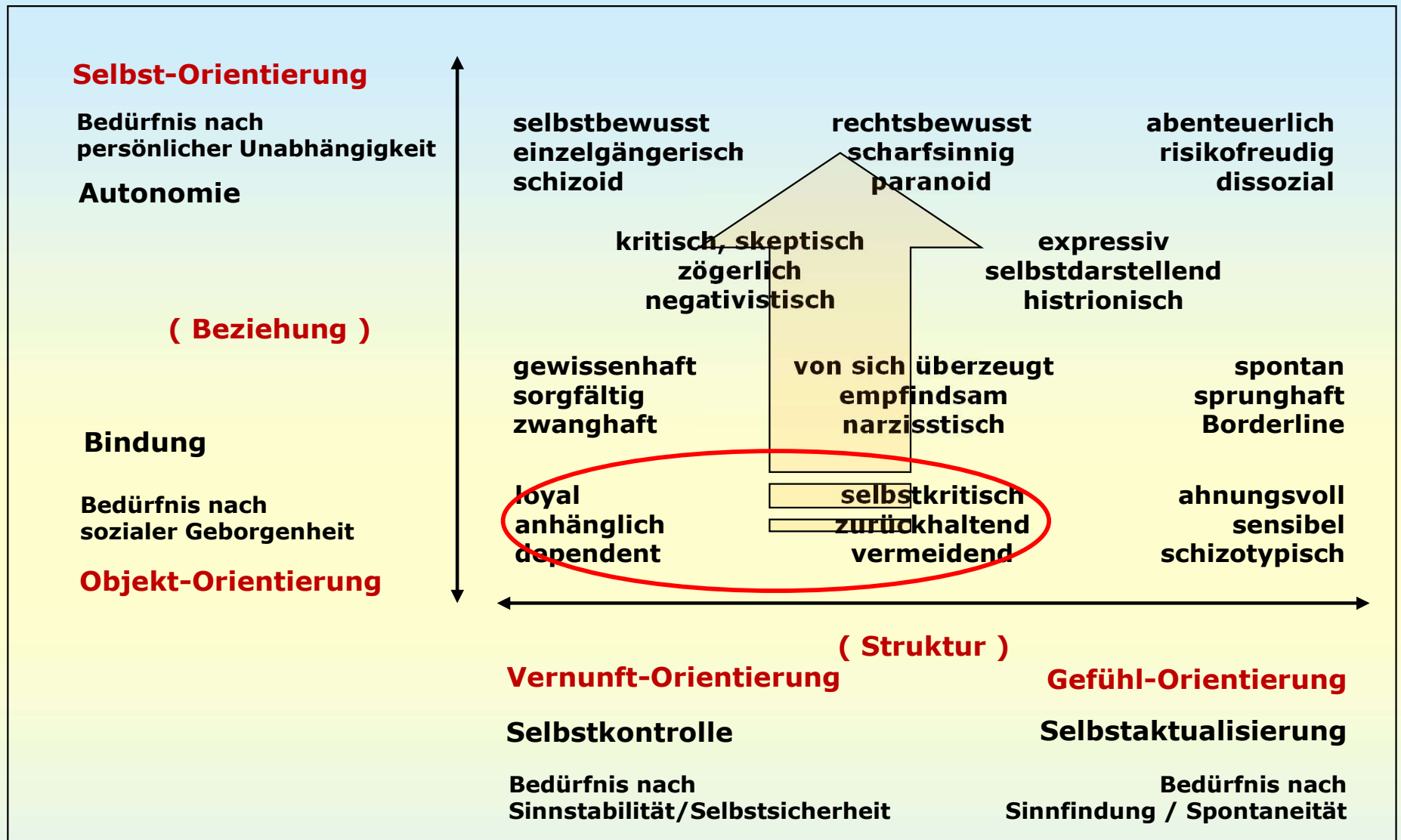
---

## Therapeutische Prinzipien

- Untersuche mit dem Patienten zusammen, welche strukturellen Werkzeuge er am wenigsten zur Verfügung hat.
- Setze den Fokus der therapeutischen Zielsetzung darauf, diese Bereiche zu fördern.
  - Als Berater und Solidarpartner der Patienten gegen widrige Lebensumstände.
  - An berechtigten Bedürfnissen der Patienten orientiert, gemeinsam alternative Muster suchen (Aufbau von Selbstkompetenz; durchaus beratend).
  - Neue Muster in eigener Verantwortung erproben.
  - Antizipieren von zukünftigen Schwierigkeiten und Lösungen.
- In der Therapie-Beziehung: Eine konsequente elterlich-fürsorgliche Einstellung! Denn nur die vom Patienten am eigenen Leib erlebte Empathie ist Voraussetzung für seine künftige empathische Annäherung an andere.

---

... gleichlautend empfohlen in der Strukturbezogene Psychoanalyse (sensu Rudolf, seit 2004), in der Mentalisierungsgestützten Psychotherapie (sensu Fonagy, seit 2004) sowie in der Schema-Therapie (sensu Young, seit 2000). 21



Ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten (auch bei angstvoller Dependenz):  
Therapie in Richtung selbst-orientierter Vernunftorientierung: Psychoedukation und Beratung bei existenziellen Problemen! Symptom-Behandlung bei Ängsten, Phobien, Somatoformen Störungen sowie bei Konversions- und Traumastörungen.

+ ↓ **Positivierung** ↓ +  
**Menschliches Bedürfnis**  
? Ziele ? Motive ? Funktion ?



wesentlich sind Bedürfnisse nach

- Bindung
- Selbstwirksamkeit
- Selbstkontrolle
- Freiheit, Autonomie
- Spontaneität, Flexibilität

**Problemverhalten;  
Wissens- bzw. Kompetenz-  
Defizite**

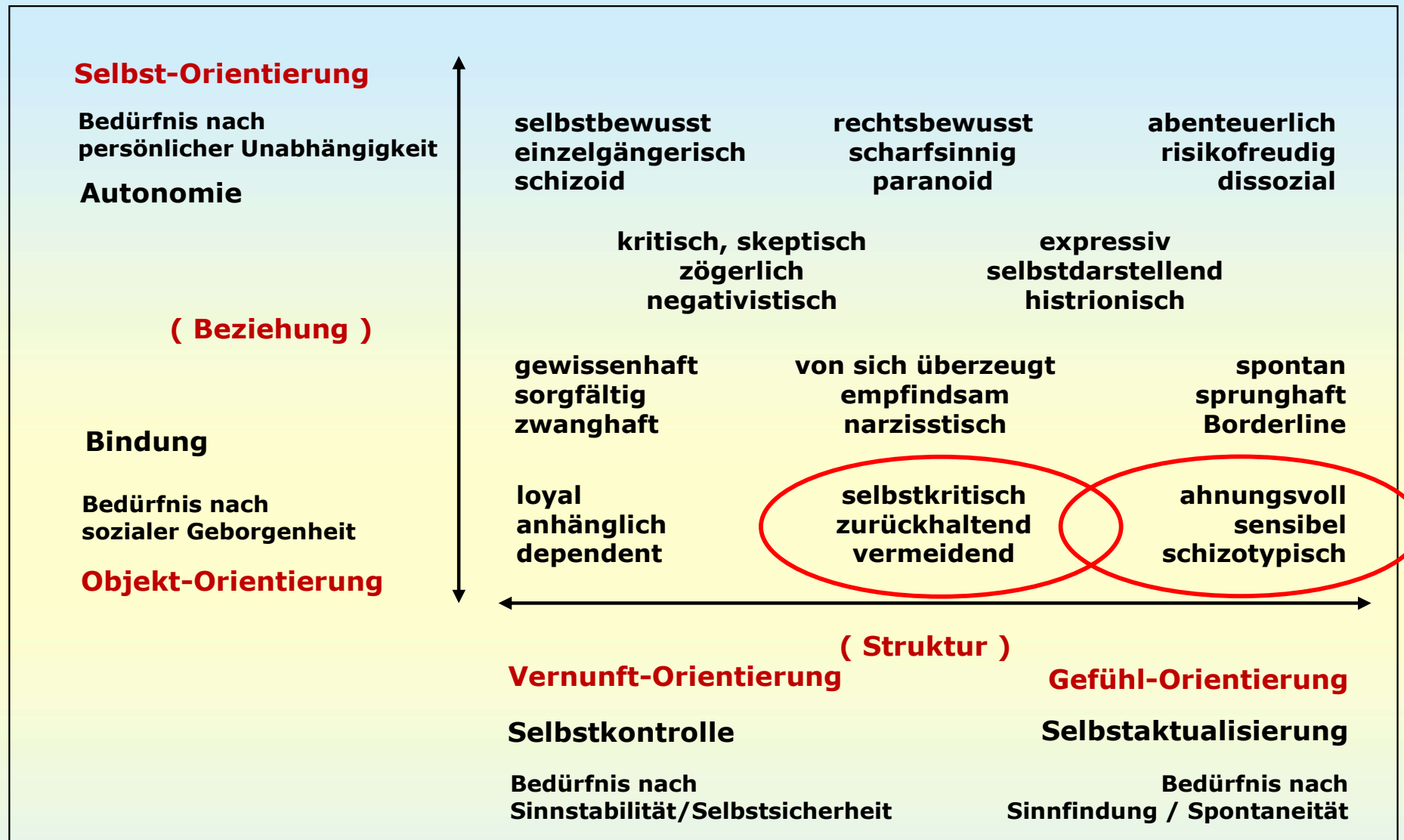
**Was möchte Patient erreichen?  
Suche nach  
funktionalen Alternativen**

**Mitverantwortung steigern mittels  
Bedürfnisanalysen zwecks Suche  
nach funktionalen Lösungen !**

**Selbstkontrolle steigern.  
Wissen und Kompetenzen  
anreichern, durchaus beratend !**

---

**Affirmative Psychotherapie:**  
**Psychotherapieziel: Selbstbehandlung!**  
**Patienten als Co-Therapeuten in der  
Behandlung ihrer „Umwelten“ !**  
**„Supervision“ für Patienten !**



Vermeidend-schizotypische Persönlichkeiten (ahnungsvoll-ängstlich, hoch sensibel):  
 Die schizotypische Ursachensuche für Missbefindungen richtet sich v.a. auf den Kontext („Projektion“ als Vulnerabilitätsschutz) bzw. auf Ängste in der Zukunft (z.B. bei Zwangsstörungen) bzw. häufig auch Konversionsstörungen

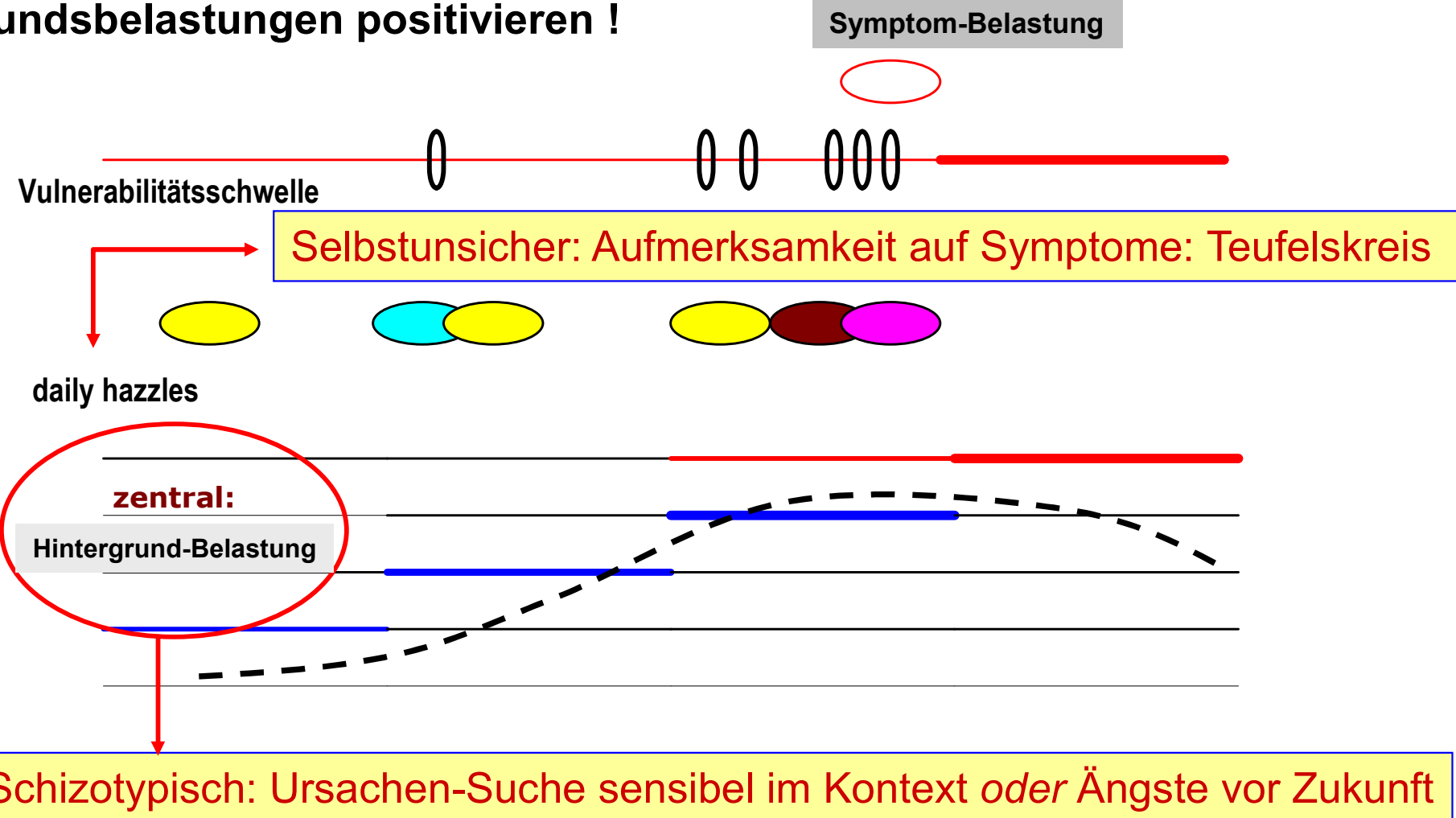
## **Diagnostische Kriterien der schizotypischen Persönlichkeitsstörung gem. DSM-IV**

**A. Akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen; Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens und eigentümliches Verhalten. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: Mindestens die fünf folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:**

- (1) Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn);**
- (2) seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, die das Verhalten beeinflussen und nicht mit Normen der jeweiligen subkulturellen Gruppe übereinstimmen (wie z.B. Aberglaube, Glaube an Hellseherei, Telepathie oder den „sechsten Sinn“; bei Kindern und Heranwachsenden bizarre Phantasien und Beschäftigungen);**
- (3) ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen;**
- (4) seltsame Denk- und Sprechweise (vage, umständlich, metaphorisch, übergenau, stereotyp);**
- (5) Argwohn und paranoide Vorstellungen;**
- (6) inadäquater oder eingeschränkter Affekt;**
- (7) Verhalten oder äußere Erscheinung sind seltsam, exzentrisch oder merkwürdig;**
- (8) Mangel an engen Freunden oder Vertrauten außer Verwandten ersten Grades;**
- (9) ausgeprägte soziale Angst, die nicht mit zunehmender Vertrautheit abnimmt und die eher mit paranoiden Befürchtungen als mit negativer Selbstbeurteilung zusammenhängt.**

**B. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer Affektiven Störung mit Psychotischen Merkmalen, einer anderen Psychotischen Störung oder einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.**

**Symptome unbedingt als Seismograph für veränderungsrelevante Hintergrundbelastungen positivieren !**



# Schizotypie, schizotypische Persönlichkeit

---

- **Schizotypie ist auch ein Resilienzfaktor:**
  - > aus Feld-Studien geschätzt: nur etwa 5% der Menschen mit dieser Persönlichkeit haben vermutlich ein Schizophrenie-Risiko;
  - > in Klinik-Studien mit schizophrenen Patienten: bei nur höchstens 20 Prozent lässt sich im Vorfeld der Schizophrenie diese Persönlichkeit finden;
  - > **Normatologie:** bei Kenntnis bzw. Nutzung dieser ihrer Persönlichkeit kommen Personen sehr gut im Leben zurecht – ohne Risiko, an einer psychischen Störungen zu erkranken (mit persönlichem Vorteil sogar: Künstler, Psychotherapeuten, Ärzte, etc. pp. => bei hoher Empathie-/Mitföhl-Kompetenz).
  
- **geringes Risiko für die Entwicklung „psychischer Störungen“** (falls jedoch doch: bei Störung retrospektiv deutlich über 30 %):
  - > Zwangserkrankungen;
  - > dissoziative und Konversionsstörungen
  - > Autismus, Savants (jedoch Vorsicht vor Pathologisierung: Greta Thunberg; Temple Grandin);
  - > pathologisches Horten; Stottern, ADHS, Hilflosigkeitdepression nach Extrem-Diagnosen, etc. pp.
  - > beachte jedoch sehr gering (s.o. <10 %): Schizophrenie ! (Schizo-Typie ist deshalb ein völlig untauglicher Begriff; besser ist: hochgradig-empfindsam und -verletzlich !!!)

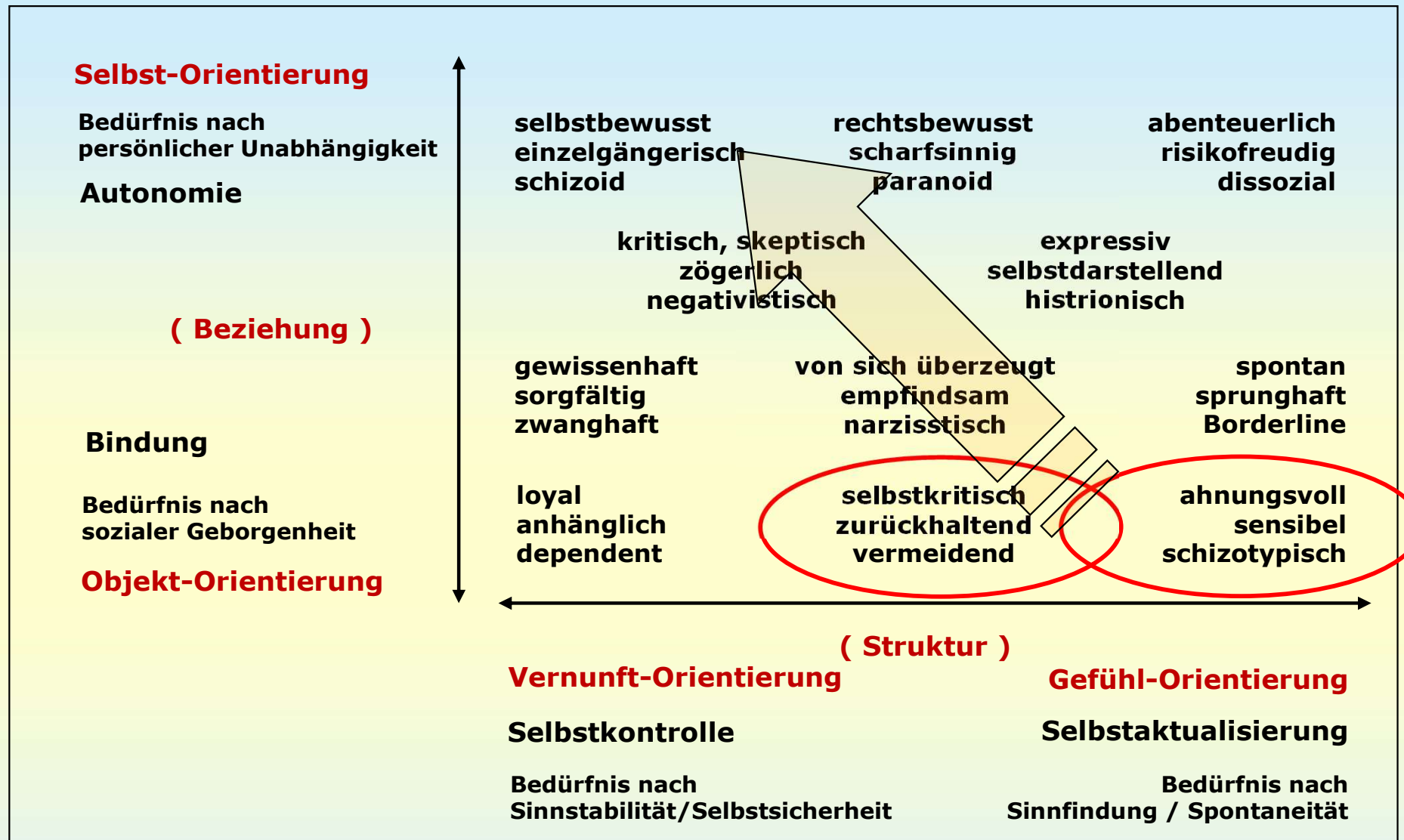
	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	DIS	BOR	SUP	DEP	ZWA	NEG
Majore Depression	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	über 30%	10-19%	20-29%	20-29%	10-19%
Zwangsstörung	10-19%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Panikstörung	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%
Soziale Phobie	unter 10%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	20-29%	über 30%	20-29%	unter 10%	unter 10%
Dissoziative St. Konversion	unter 10%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	10-19%	unter 10%
Somatoforme St.	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Alkohol/Drogen	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%
PTBS	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%	über 30%	20-29%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Anorexie / Bulimie	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Schizophrenie	10-19%	10-19%	20-29%	unter 10%	20-29%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%

die Sorgenkinder !!

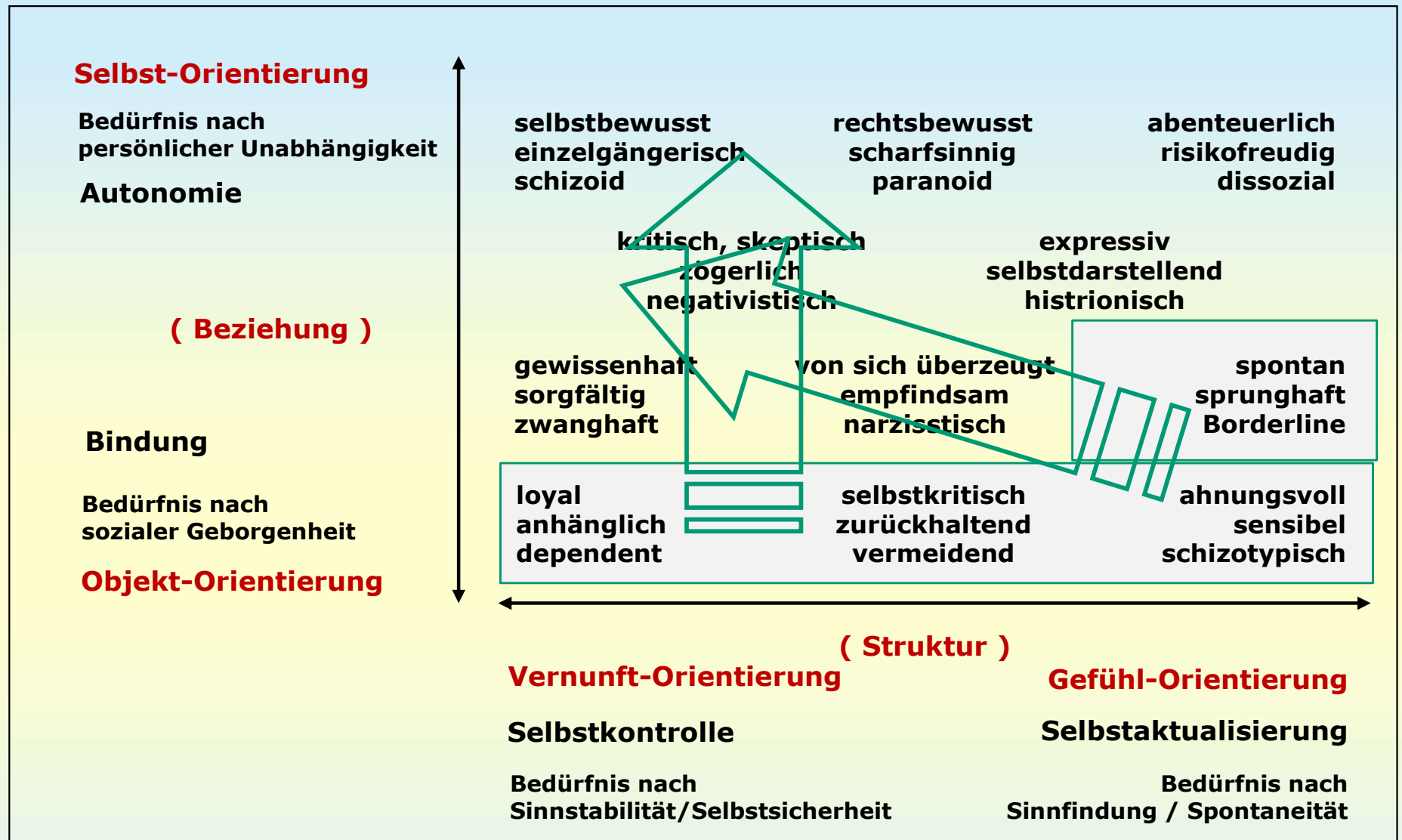


# DSM-IV-TR: Achse I und II:

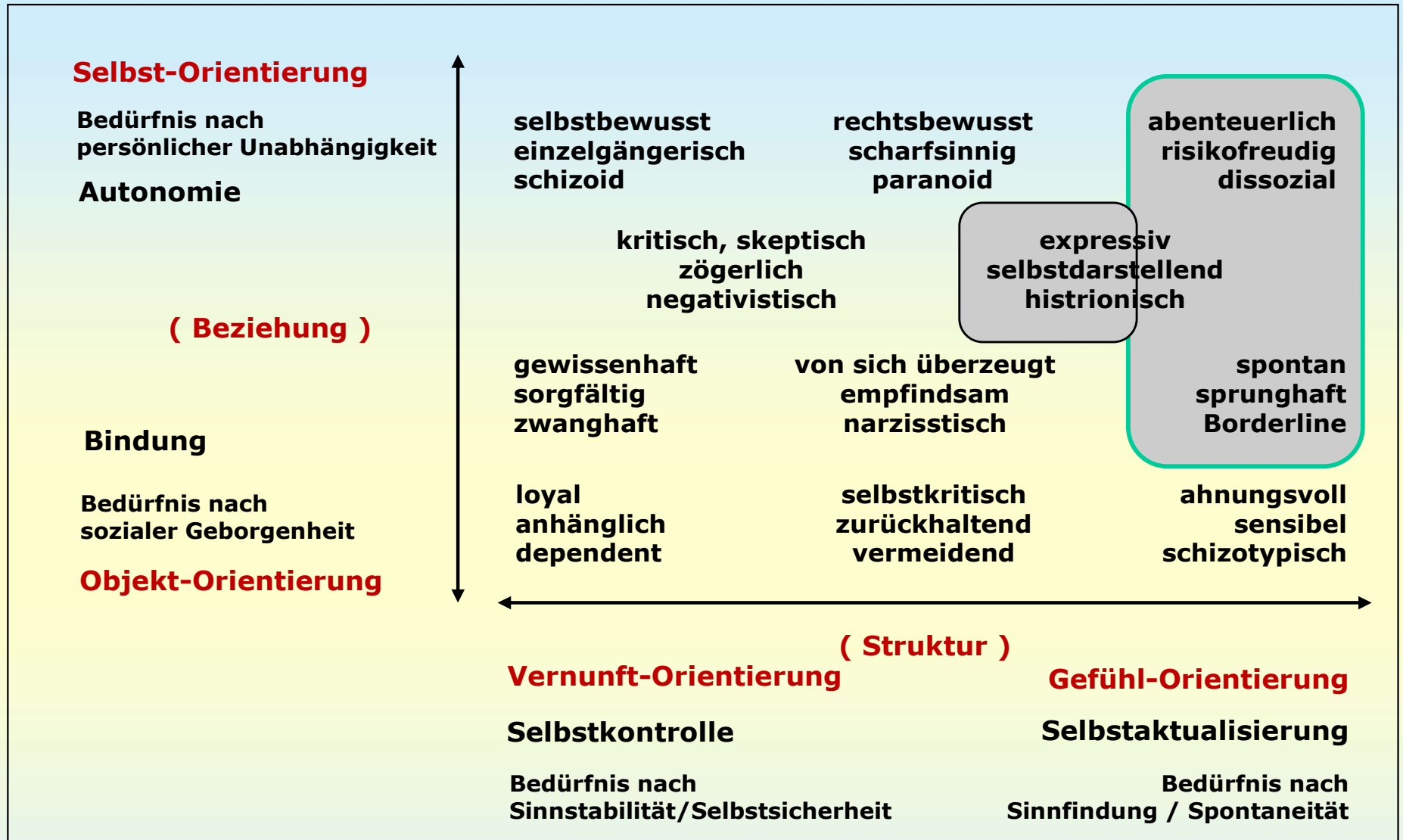
# Vulnerabilität



Vermeidend-schizotypische Persönlichkeiten (ahnungsvoll-ängstlich, hoch sensibel):  
Therapie und Beratung in Richtung selbst-orientierter Vernunftorientierung.  
 Symptom-Behandlung bei Phobien, Zwängen, Konversions- und Somatoformen  
 Störungen. (ergänzende Literatur: Martina Belz: Außergewöhnliche Erfahrungen.  
 Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 39).



**Trait-Domain „negative Affektivität“ mit Leitsymptom „Angst“:**  
**Therapie in Richtung selbst-orientierter Vernunftorientierung:**  
**Psychoedukation und Beratung bei existenziellen Problemen!**  
**Bei Hilflosigkeits-Depression: Kognitive Verhaltenstherapie.**

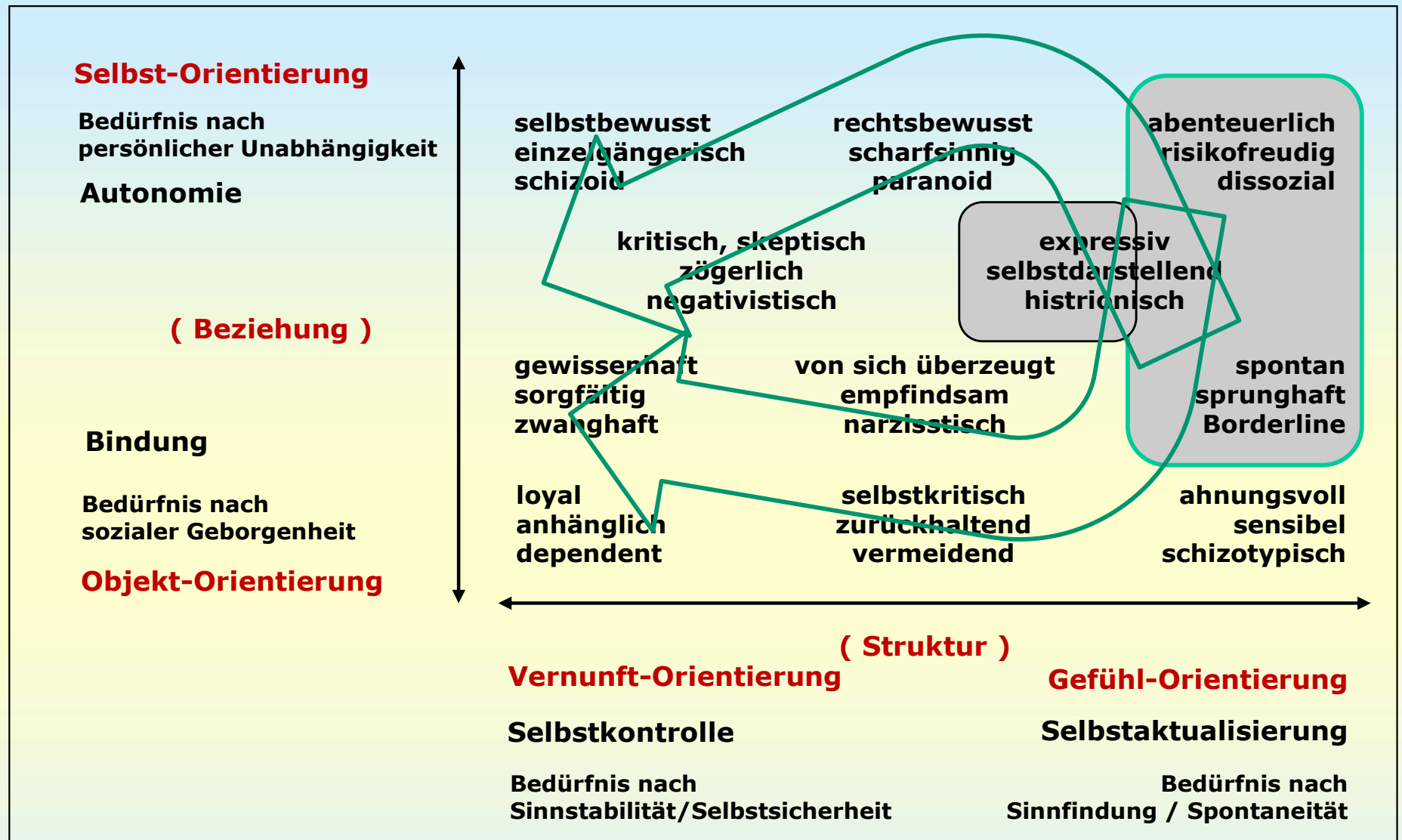


**Trait Domain „Enthemmung“: vorrangig Ausrichtung auf sofortige Belohnung, impulsives Verhalten, mangelnde Berücksichtigung früherer Erfahrungen bzw. zukünftiger Konsequenzen**

## Zur Domain „Enthemmung“ gehört die Borderline Persönlichkeitsstörung mit voraussichtlich folgenden ICD-11-Kriterien

Zentrale typische Merkmale der Borderline Persönlichkeitsstörung bleiben auch in der ICD-11 eine Instabilität des Selbstbilds, der persönlichen Ziele und zwischenmenschlichen Beziehungen sowie in den Affekten, begleitet von Impulsivität, Risikoverhalten und/oder Feindseligkeit. Dabei lassen sich zumeist mehrere der nachfolgend genannten Persönlichkeitsmerkmale finden:

- (1) **Trennungsangst** als verzweifelte Bemühungen reale oder imaginierte Zurückweisungen und/oder Trennung von wichtigen Bezugspersonen zu vermeiden.
- (2) **Interaktionsstörungen** als ein durchgängig beobachtbares Muster intensiver und zugleich instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen.
- (3) **Identitätsstörung**, die sich in einem deutlich und anhaltend instabilen Selbstbild oder einem verarmten Gefühl für das eigene Selbst manifestiert.
- (4) **Riskantes Verhalten**: In Zuständen eines hohen negativen Erlebens kommt es zur Ausübung potentiell selbstschädigender Handlungen, häufig ohne äußere Notwendigkeit und ohne Rücksicht auf mögliche Folgen.
- (5) **Selbstverletzungen** und parasuizidale Handlungen unter emotionalem Stress.
- (6) **Emotionale Labilität** als Instabilität emotionalen Erlebens mit auffälligen Stimmungswechseln teils unangemessen hinsichtlich situativer Auslöser.
- (7) **Depressivität**: Chronisches Gefühl innerer Leere mit Erleben von Hoffnungslosigkeit und einer Schwierigkeit, sich von solchen Stimmungen zu erholen.
- (8) **Impulsivität**: Unangemessen intensive Gefühle von Ärger und Wut oder deutliche Schwierigkeiten, Ärger und Wut zu kontrollieren.
- (9) **Schizotype Merkmale**: Vorübergehende, durch emotional extreme Belastungen ausgelöste psychotische oder schwere dissoziative Symptome.



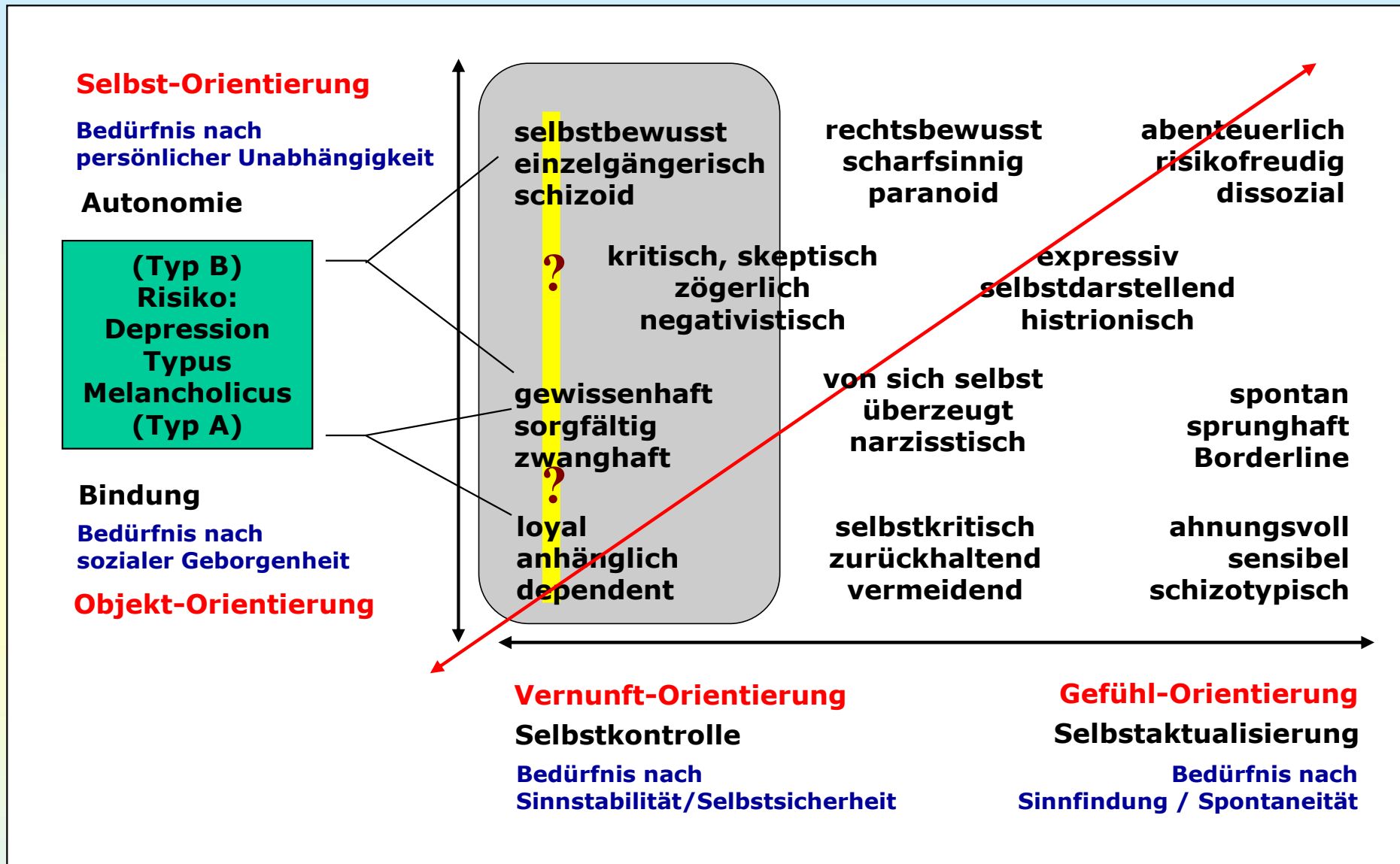
**Trait Domain „Enthemmung“: Stabilisierung bei hoher Aktivierung:  
Fürsorgliche Therapie! Therapeut als Modell für vernünftige  
Lösungen: Psychoedukation first ! Coaching, Training, Beratung;  
Kontext-Analysen; Lebensplanung!**

	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	DIS	BOR	SUP	DEP	ZWA	NEG
<b>Majore Depression</b>	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	über 30%	10-19%	20-29%	20-29%	10-19%
Zwangsstörung	10-19%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Panikstörung	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%
Soziale Phobie	unter 10%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	20-29%	über 30%	20-29%	unter 10%	unter 10%
Dissoziative St. Konversion	unter 10%	unter 10%	über 30%	10-19%	unter 10%	unter 10%	über 30%	20-29%	10-19%	10-19%	unter 10%
Somatoforme St.	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	über 30%	10-19%	10-19%	10-19%
Alkohol/Drogen	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	über 30%	20-29%	10-19%	unter 10%	unter 10%	unter 10%
PTBS	unter 10%	10-19%	über 30%	unter 10%	10-19%	unter 10%	über 30%	20-29%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Anorexie / Bulimie	unter 10%	unter 10%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	20-29%	10-19%	unter 10%	10-19%	unter 10%
Schizophrenie	10-19%	10-19%	20-29%	unter 10%	20-29%	unter 10%	unter 10%	unter 10%	10-19%	unter 10%	unter 10%

die Sorgenkinder !!



# DSM-IV-TR: Achse I und II: Vulnerabilität



Im Kern: die positiven Zielbereiche in der ICD-11 – nämlich:  
 Sozial bezogene Autonomie – bei sozial angemessener Ideologie  
 Risikobedingung: eingebunden in soziale und/oder ideologische Struktur;  
 erhöhtes Depressionsrisiko: sog. „Verstärker-Verlust-Depression“

## Zunehmende Selbstentfremdung

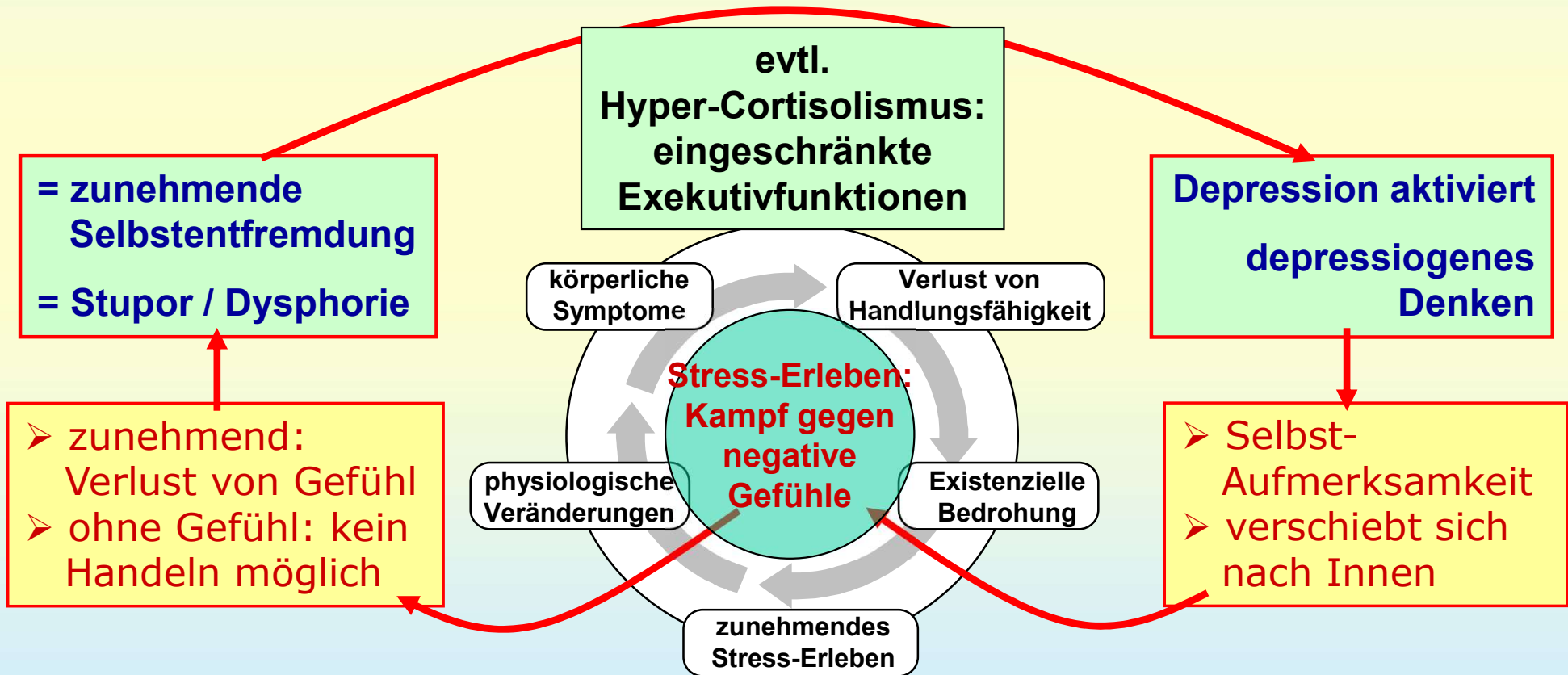
Patienten und Therapeuten verwechseln häufig  
„Dysphorie“ / „Depression“ mit „negativen Gefühlen“

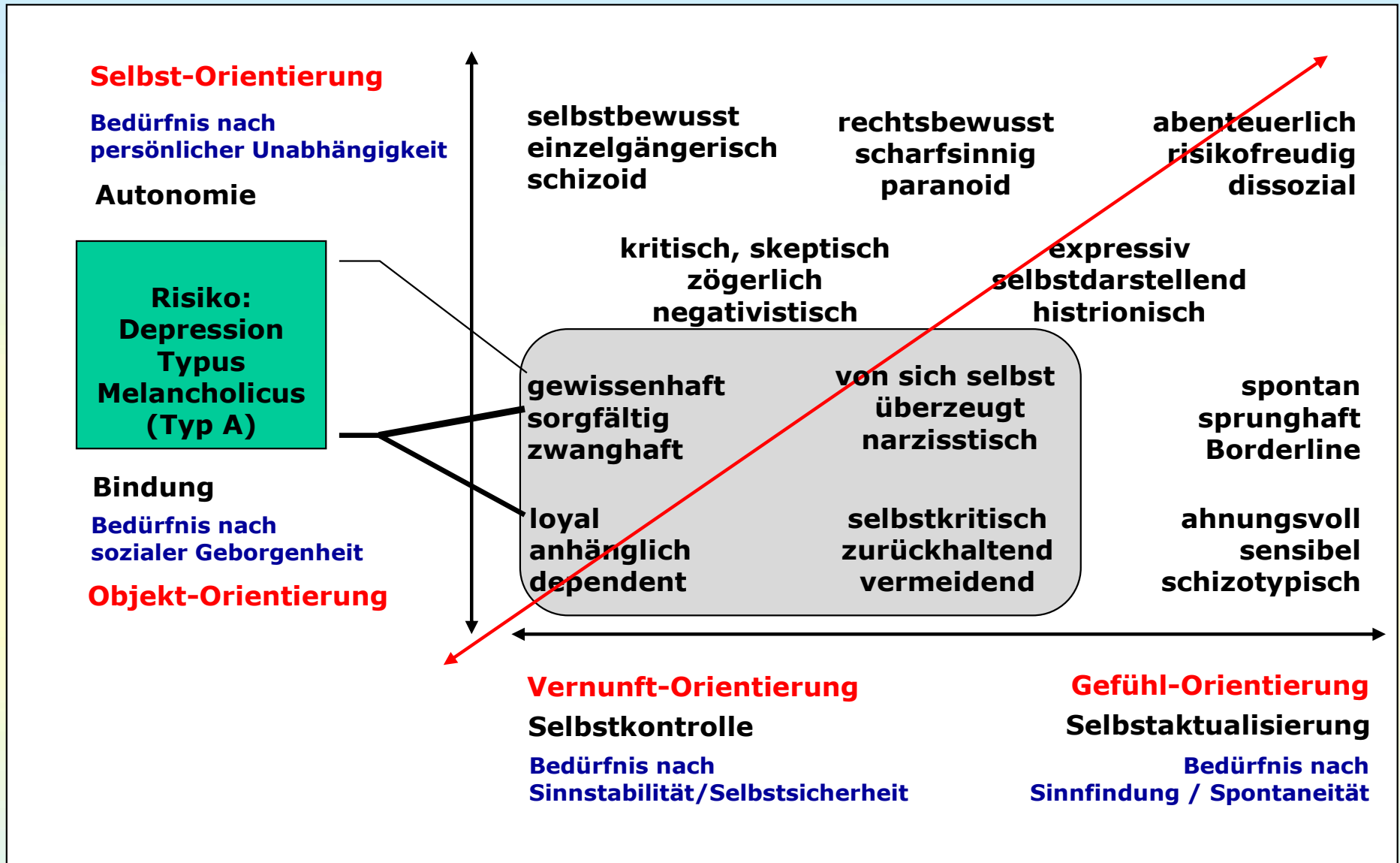
richtig ist vielmehr:

Depression  $\neq$  negative Emotion

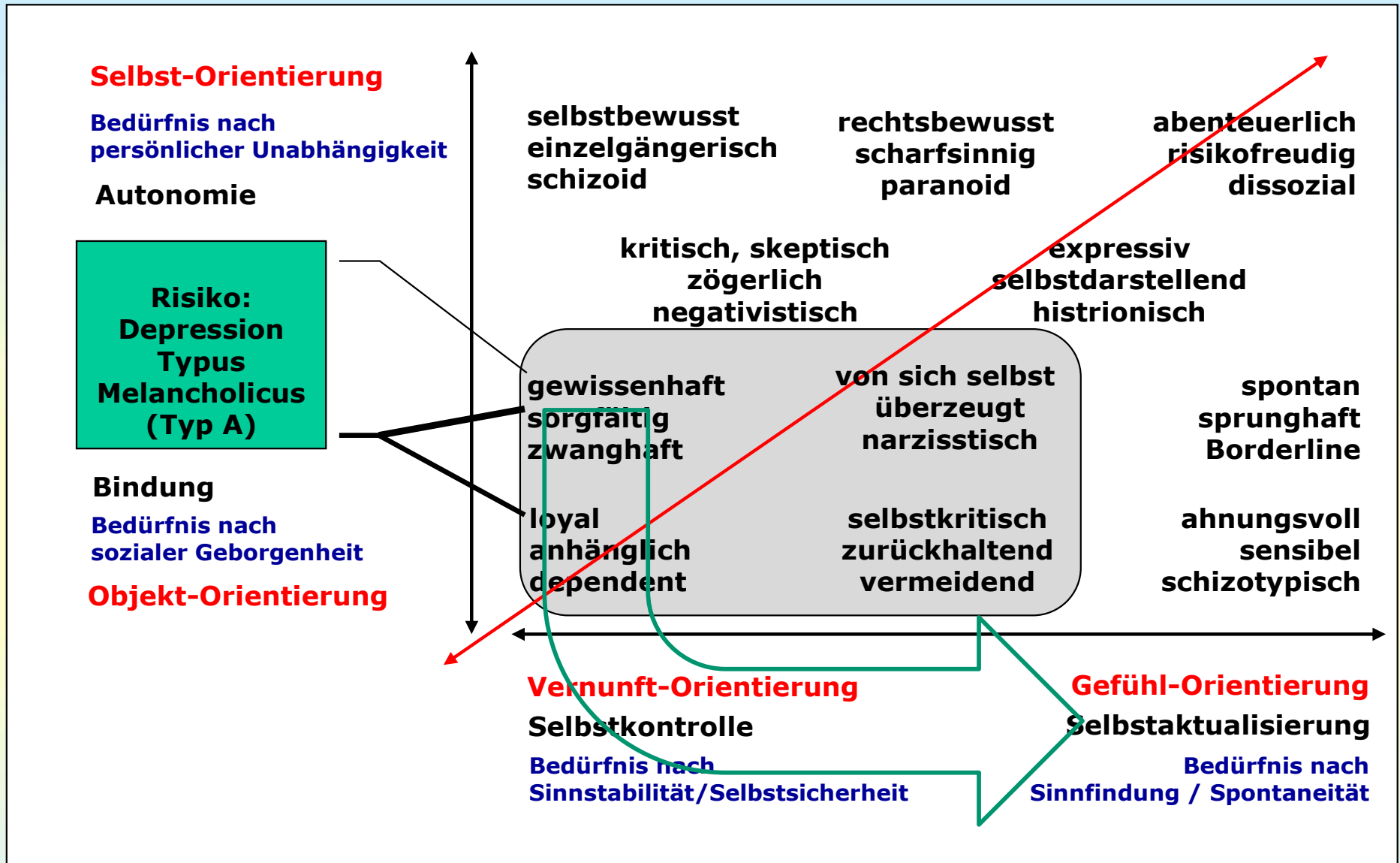
Depression = Stress-Erleben (= keine Emotion)

= **fehlende Mentalisierung**





Die wertvollen Helfer in unserer Gesellschaft;  
 andererseits aber auch Risikobedingung: hypernom eingebunden in soziale Struktur, Typus melancholicus -TYP A-  
 Verstärker-Verlust = häufig: Verlustereignisse als Rollen-Verlust



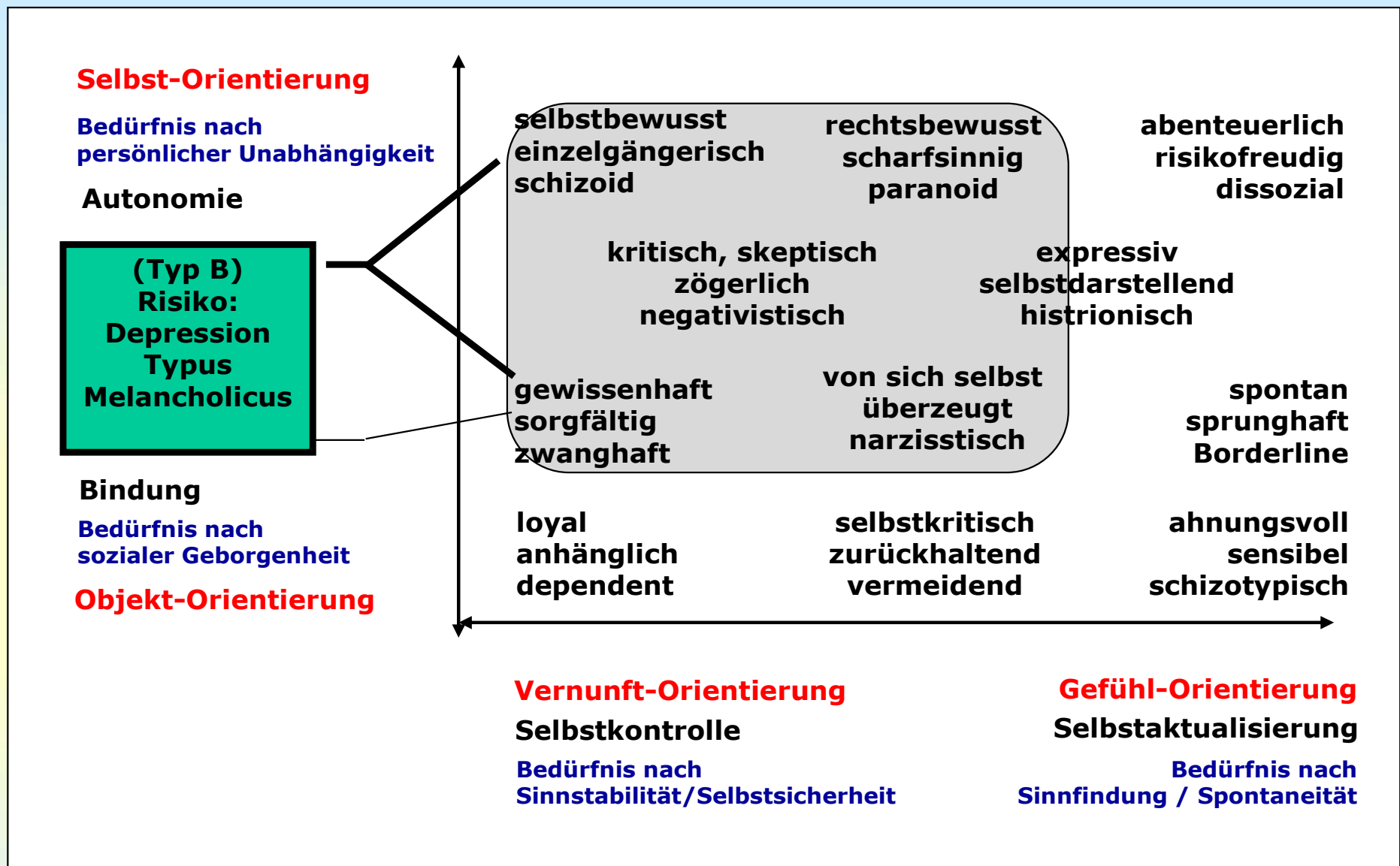
## Trait-Domain Anankasmus, Zwanghaftigkeit

Emotionsorientierte Psychotherapie;

insbesondere bei existenziellen Krisen und Rollen-Verlust:

klärungsorientierte Sinnfindungs-Psychotherapie und Beratung;

gefühlorientiert ist auch: Sport-, Tanz-, Kunst-Therapie; Coaching später



Trait-Domain: Distanziertheit/Verschlossenheit (positiv: selbstbewusster Einzelgänger) Depressions-Risikobedingung: Gewissenhaftigkeit und Rollenverlust: hypernom eingebunden in sozial-ideologische Strukturen; Typus melancholicus -TYP B- (bei hoher Aktivierung: Typus manicus)

# Mentalisierung

Therapeutischer Dreisatz

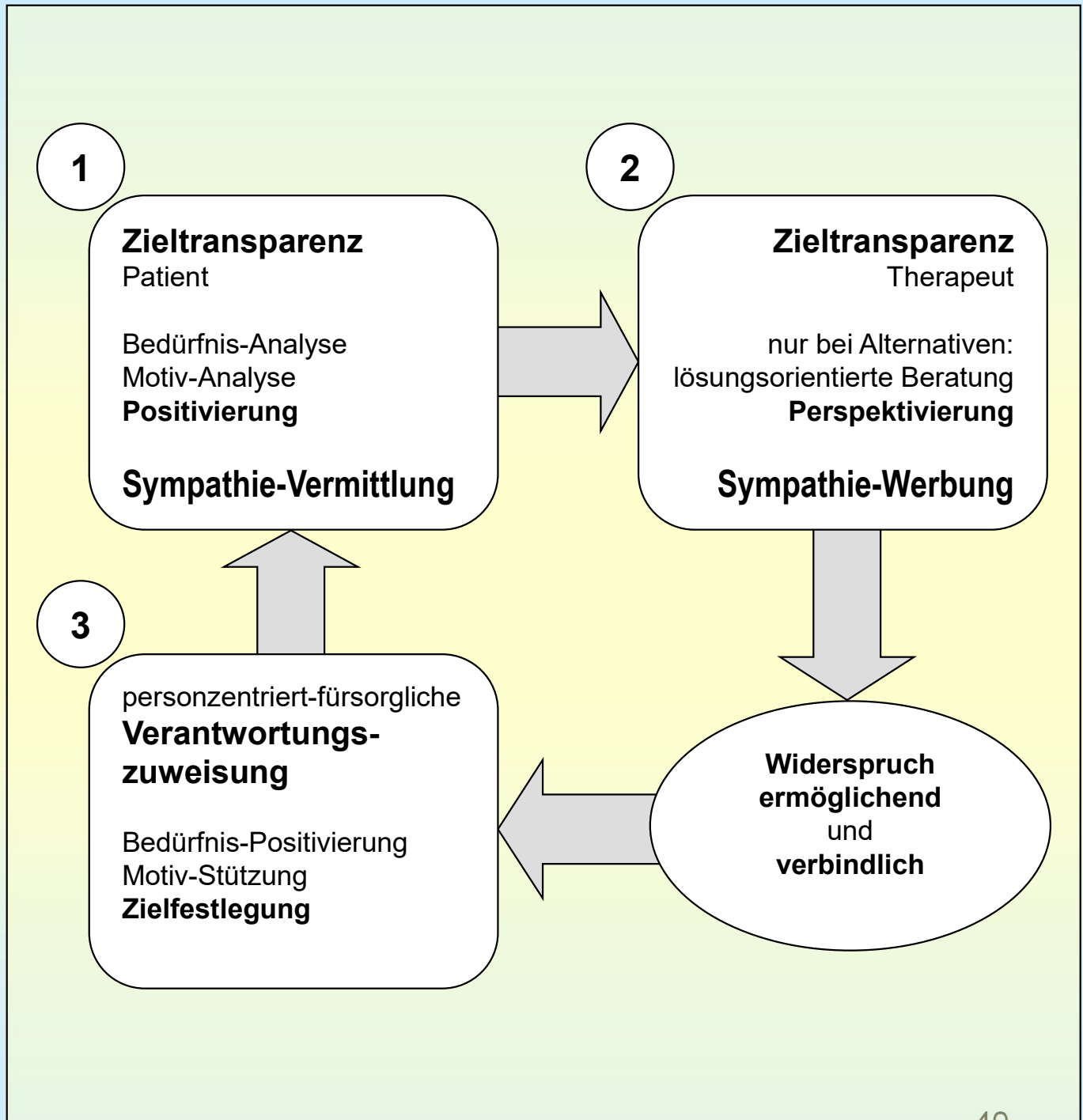
bzw.

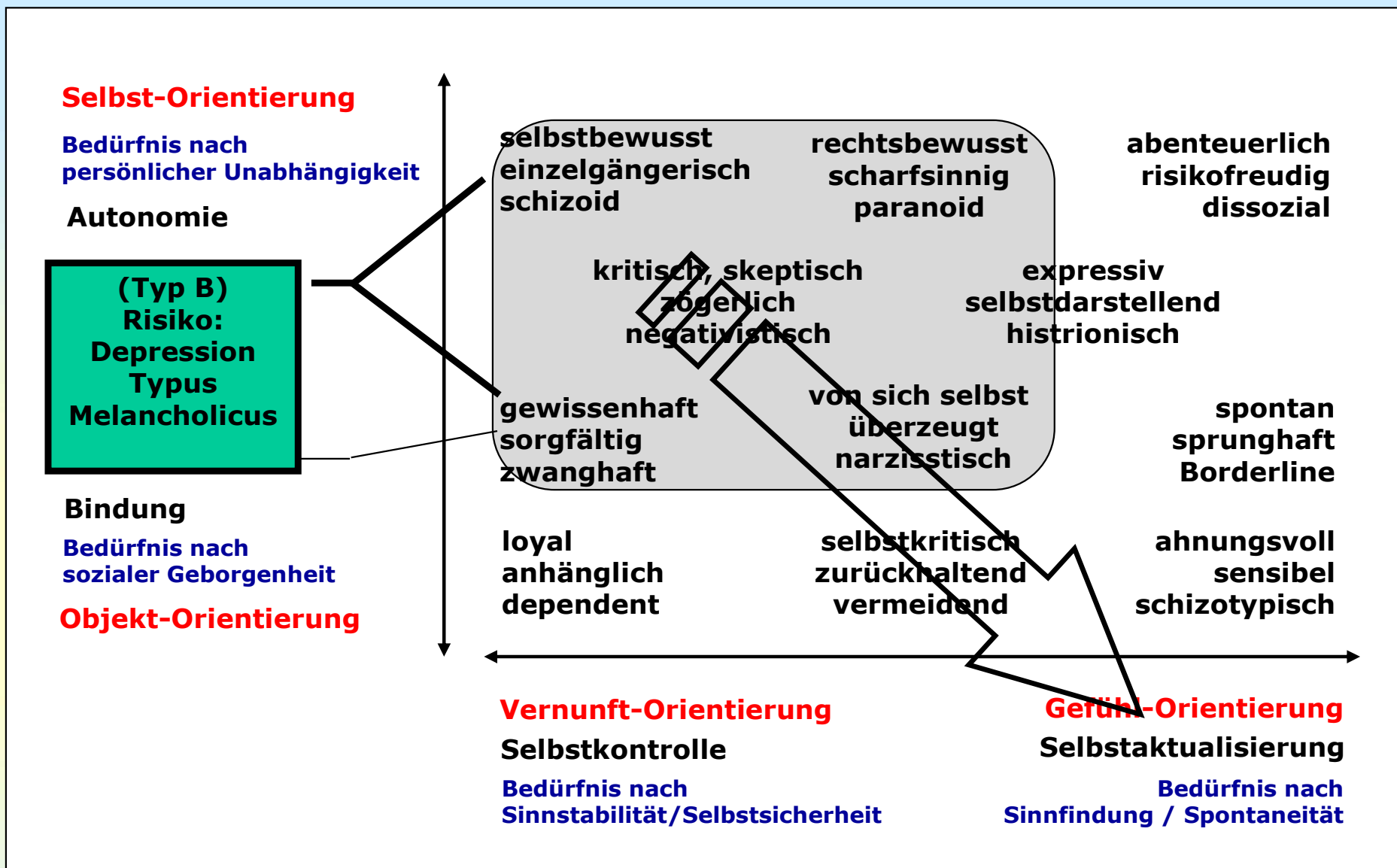
Therapeutische Doppelbindung

(v.a. bei Krisen, Konflikten und Widerständen im Therapieprozess)

- wesentlich sind Bedürfnisse nach
- Selbstwirksamkeit
  - Selbstkontrolle
  - Bindung
  - Freiheit, Autonomie

Ausführlich auch in:  
Fiedler, P. , Herpertz, S.C. (2016).  
Persönlichkeitsstörungen  
(7. Aufl.; Kapitel 12).  
Weinheim: Beltz-PVU.





**Trait-Domain: Distanziertheit/Verschlossenheit**

**(positiv: selbst-bewusster Einzelgänger)**

**Therapie: Empathy first → Selbst-/Identitäts-Findung anregen; klärungsorientierte Sinnfindungs-Therapie; Coaching später.**

**Nicht gegen Widerstände arbeiten ! Auch: Stress-Management**

# Integrative Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Zusammenfassung

---

➤ Schritt 1:

**Positive Funktionsanalyse  
der bisherigen Persönlichkeits-Stile als vormals sinnvolle,  
heute jedoch dysfunktionale Coping-Stile**

*Vorsicht:*

*Keine Reaktanz provozierende Stigmatisierung !*

*Keine disziplinierend eingesetzte Strukturierung zum Abbau  
dysfunktionaler Verhaltensweisen !*

*Nie den Patienten beschämende Provokationen  
in der Öffentlichkeit !*

➤ Schritt 2:

**Therapiebeziehung: Nach-Beeltern**

*„Reparenting“:*

*Die therapeutischen Interventionen sollten zwischen den Polen  
„fürsorglich-liebevolle Strukturierung“ und „empathische  
Konfrontation mit den möglichen Konsequenzen eigener  
Handlungen“ auf der Suche nach „erwachsenen Lösungen“  
ausbalanciert werden !*

# Integrative Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Zusammenfassung

---

➤ Schritt 3:

**Auf jeden Fall:**

**Anreicherung und Ausgestaltung der Persönlichkeit  
durch „erwachsene Lösungen“**

***Therapieprinzipien:***

(bio-)psycho-soziales Konfliktmanagement;  
Beratung, Coaching und Supervision des Patienten.

- **Und das genau setzt empathische und kreative  
Therapeuten voraus, die sich auf keinen Fall  
neutral verhalten, sondern die sich als  
Solidarpartner der Patienten verstehen, und zwar  
im *gemeinsamen* Kampf gegen widrige Lebensumstände.**

**Herzlichen Dank !**

**Ohne Sympathie keine Heilung!**  
*Sandor Ferenczi*

## Das Standardwerk vollständig überarbeitet:



In der völlig überarbeiteten 7. Auflage des Klassikers geben Peter Fiedler und Sabine Herpertz den aktuellen Forschungsstand wieder. Dabei wird besonders auf die Diagnostik nach DSM-5 eingegangen, sowohl das empfohlene Vorgehen in Sektion II wie auch das Alternativ-Modell in Sektion III. Ein Ausblick auf die ICD-11 rundet diese umfassende Übersicht ab, die auch das Konzept »Persönlichkeitsstörungen« kritisch beleuchtet.

# Literatur und Empirie über erfolgreiche Psychotherapeuten

---

Chow, D.L., Miller, S.D., Seidel, J.A., Kane, R.T., Thornton, J.A., Andrews, W.P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345.

Fiedler, P. & Willutzki, U. (2022). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. In R. Frank & C. Flückiger (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (4. Aufl.; S. 67-84). Berlin: Springer-Nature.

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.

Lambert, M.J. (2008). Searching for supershrink: What are the differences between therapists whose patients have outstanding outcomes and those that do not? Vortrag; Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1. bis 3. Mai 2008, Bad Aussee.

Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Nielsen, S.L. & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10 (6), 361 – 373.

Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D. et al. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157 – 1172.

Rousmaniere, T. & Miller, S.D. (2015). Warum die meisten Therapeuten nur durchschnittlich sind (und was wir dagegen tun können). *Familiendynamik*, 40, 160-167.

Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.

# Ergänzende und weiterführende Literatur

---

- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. & Herpertz, S.C. (2016). Persönlichkeitsstörungen (völlig neu bearbeitete 7. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU.
- Fiedler, P. (Hrsg.). (2018). Varianten psychotherapeutischer Beziehung. Transdiagnostische Befunde, Konzepte, Perspektiven. Lengerich: Pabst-Verlag.
- Frank, R. & C. Flückiger, C. (Hrsg.). (2022), Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie (4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Nature.
- Heßler, J.B. & Fiedler, P. (2019). Transdiagnostische Interventionen in der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Merod, R. (Hrsg.). (2005). Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Ein schulübergreifendes Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Nielsen, S.L. & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10 (6), 361 – 373.
- Rudolf, G (2012). Psychotherapeutische Entwicklungen: Das Beispiel der Strukturbezogenen Psychotherapie. In Fiedler, P. (Hg.), *Die Zukunft der Psychotherapie* (S. 135-148). Heidelberg: Springer
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Lengerich: Pabst.
- Trautmann, R.D. (2004). Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und problematischen Persönlichkeitsstilen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.



(7. neue Aufl., 2016)



(nach 12.000 der 1. Aufl.  
2. Aufl. 2005)



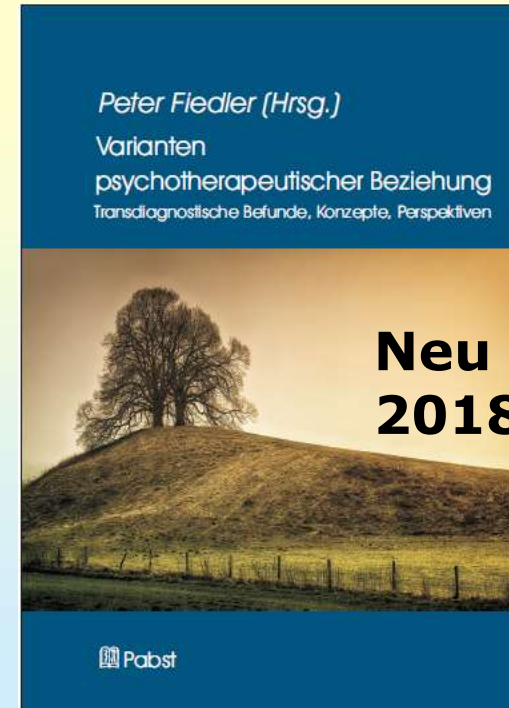
(3. Aufl. 2008)



(2018)



(2012)



# Schwerpunkte in der Behandlung von (Sexual-)Straftätern

---

1. Behandlungsmodul:  
**Anregung und Steigerung eines gesunden Selbstwertgefühls**
2. Behandlungsmodul:  
**Kognitive Restrukturierung:**  
**Proximale Prozessanalyse der (Sexual-)Delikte**
3. Behandlungsmodul:  
**Empathie für die Opfer**
4. Behandlungsmodul:  
**Zwischenmenschliches Beziehungsverhalten**
  - Anregung und Entwicklung sozialer Fertigkeiten insbesondere: **Sympathiewerbung und Sympathievermittlung.**
  - Selbstsicherheitsübungen.
  - Ärger- und Wutmanagement.
  - Sexuelle Beziehungsmuster.
5. Behandlungsmodul:  
**Belastung/Konflikte: Problemlösetraining**
6. Behandlungsmodul:  
**Rückfallprävention**

**Liebe zum Alleinsein, macht Jobs gern allein und gründlich, Freude an Abstraktionen und Fantasien, lässt sich selten aus der Ruhe bringen oder aus der Reserve locken, zögerlich, zurückhaltend**

**scharfsinnig, engagiert, setzt sich für wichtige Ideen ein, ist anderen im Denken häufig voraus, hohe Wachsamkeit, gelegentlich misstrauisch, kann nachtragend sein, wenn etwas unberechtigt erscheint**

**abenteuerlich, furchtlos und risikobereit, Tatendrang und Reizhunger, immer wachsam, immer auf der Suche nach positiven Gefühlen, deshalb leicht frustrierbar und reizbar, kann jedoch sehr charmant sein**

**hoher Anspruch an sich und andere, glaubt an Grundwerte, Interesse an vernünftigen Handlungsmaximen, liebt Detailarbeit und Sorgfalt, entsprechende Fähigkeiten, zu ordnen und zusammenzufassen**

**selbstbewusst, aktiv, optimistisch, idealistisch, voller Zukunftspläne, Sensibilität für negative Stimmungen und Kritik, ehrgeizig und persönliche Erfolge liebend, präzises Denken, ansteckender Humor**

**spontan, kreativ, emotional, sehr auf eigene Freiheit bedacht, betrachtet rigide Normen als Einschränkung persönlicher Möglichkeiten, Stimmungslage wechselt schnell, deshalb selten nachtragend**

**anhänglich und loyal, Festhalten am Prinzip der Solidarität und Partnerschaft, einfühlsam und empathisch, Akzeptanz anderer ohne Vorurteile, unkompliziert, opfert sich gelegentlich gern auf**

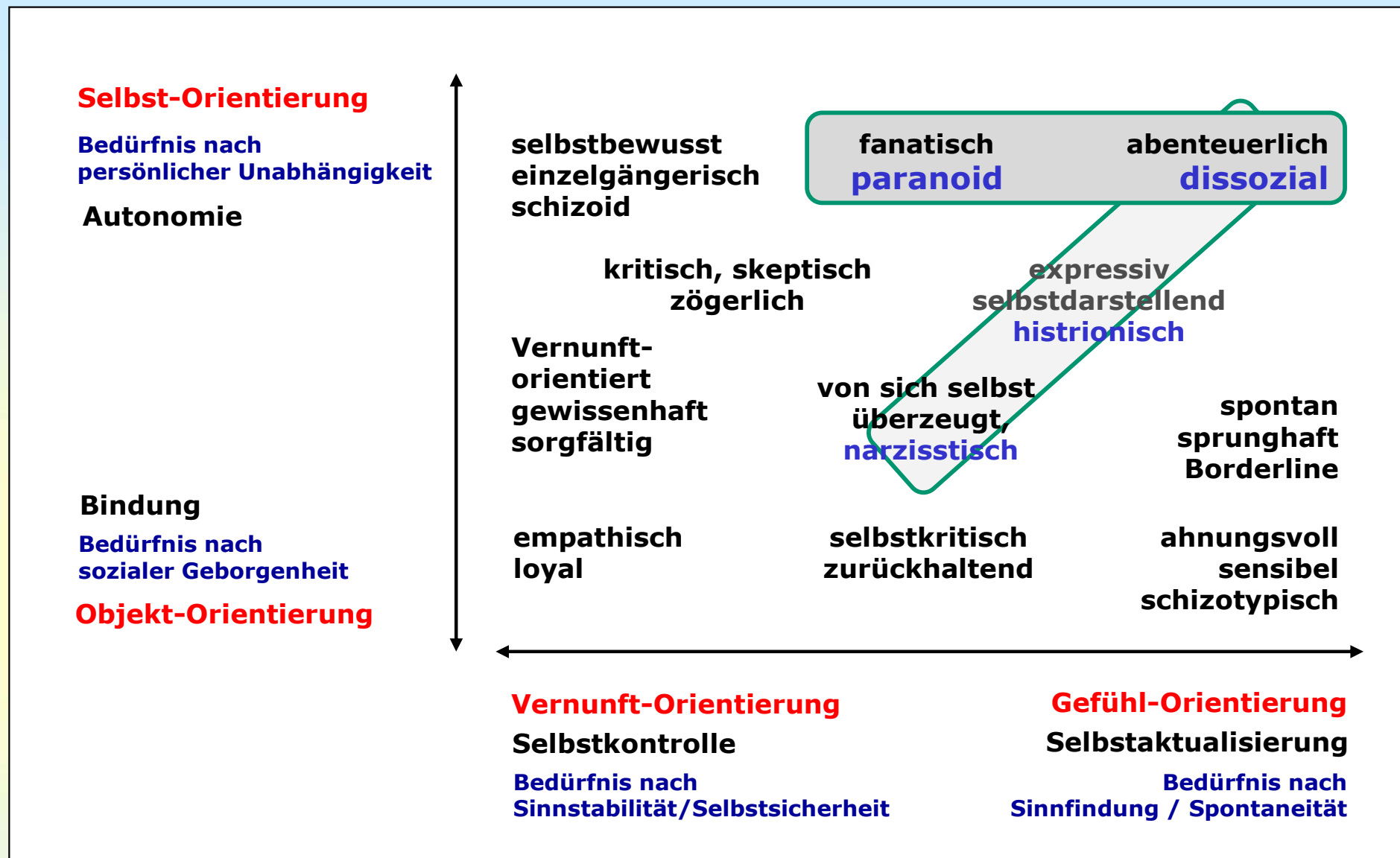
**selbstkritisch und zurückhaltend, deutliches Gespür für Ungerechtigkeit, möchte andere nicht gern verletzen, kooperativ und teamfähig, Rücksicht und Milde betonend, lässt anderen gern den Vortritt**

**empfindsam und ahnungsvoll, leicht verletzbar, hohe Sensibilität, Wärme suchend und treu, sechster Sinn für drohende Gefahren, Freude daran, versorgt zu werden, ursprünglich, gutherzig, weich**

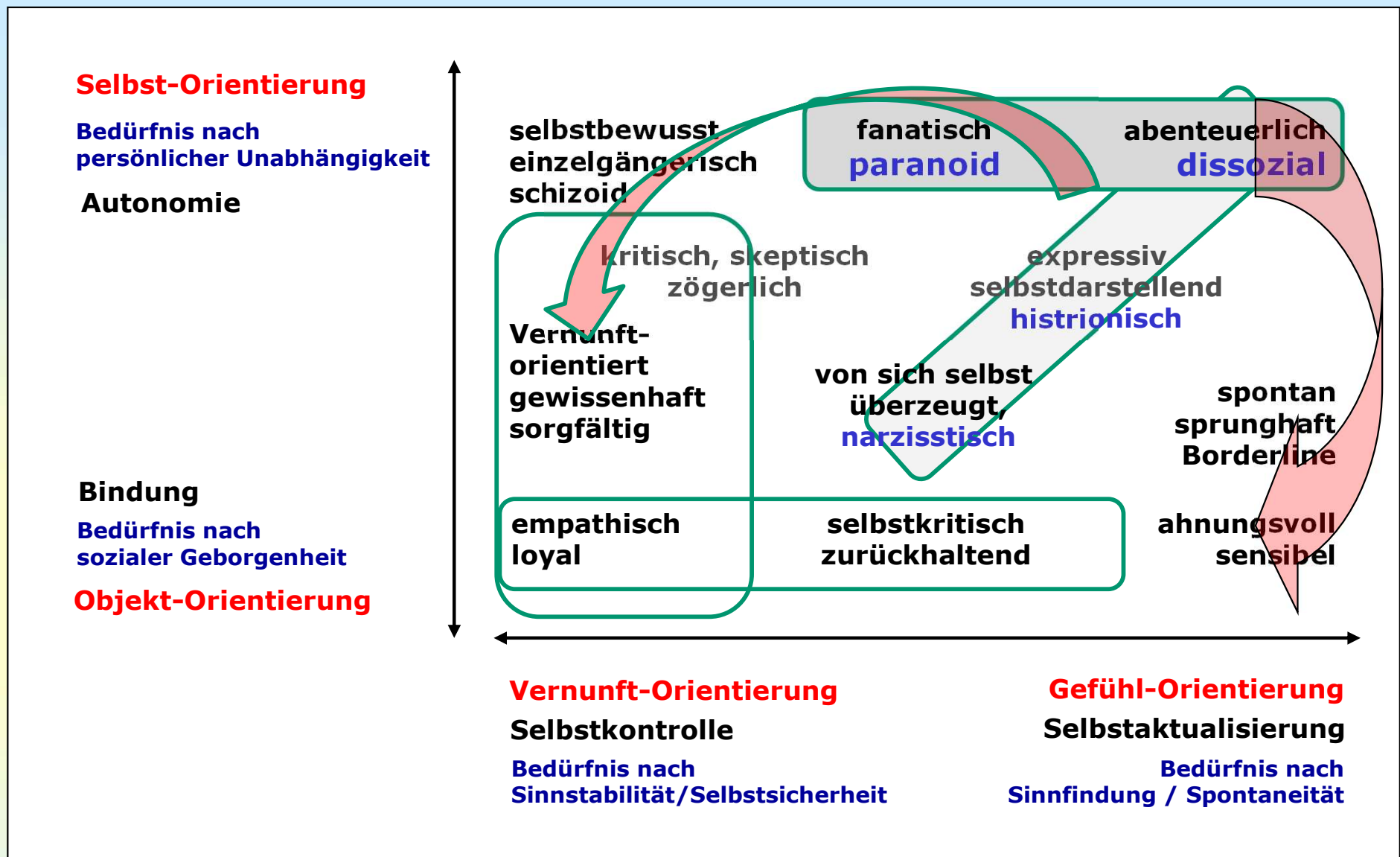
**Persönliche Stile von Menschen. Können Sie sich in etwa zuordnen?**

## Beispiel-Übersetzungen der bisherigen Persönlichkeitskategorien in ICD-11-Domains

ICD-10 / DSM-5	ICD-11 Domains
paranoid	verschlossen, negative Affektivität, dissozial
schizotypisch	Schizotype Störung: empfindsam, verschlossen
schizoid	verschlossen, geringe negative Affektivität
Borderline	negative Affektivität, Enthemmung
narzisstisch	Dissozialität. Kontrolle von Selbst und Umwelt
histrionisch	Enthemmung, geringe Verschlossenheit
antisozial-dissozial	Rechtsverletzungen, Enthemmung, Empathie-Mangel
ängstlich-vermeidend	negative Affektivität, Verschlossenheit
abhängig-dependent	negative Affektivität, geringe Dissozialität
zwanghaft	Zwanghaftigkeit, geringe Enthemmung



**Trait-Domain: Dissozialität:** sich regelmäßig wiederholende Ethik- und Rechtsverletzungen; dissozial-narzisstische Persönlichkeitsmerkmale wie Kältherzigkeit, Feindseligkeit und Mangel an Empathie; Aufmerksamkeit heischendes Verhalten in der Erwartung, wegen positiver oder negativer Verhaltensmuster bewundert zu werden.



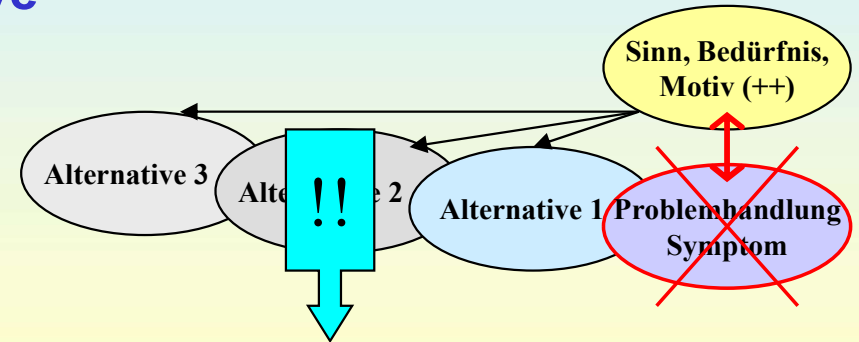
**Trait-Domain: Dissozialität:** Bei Delinquenz: Deliktanalysen und Rückfallprävention. **Therapeut als Modell für vernünftige Lösungen:** Coaching, Training, Beratung; Kontext-Analysen; und zudem: **Komplementäre Beziehung:** Modell für Bindung, Empathie, Toleranz und Wertschätzung



# Mögliche Schritte zur selbstreflexiven Mentalisierung: „Reframing“:

vermeintlich „störende“ bzw. „regressive“  
Verhaltensweisen und „Gewohnheiten“  
bei vorhandener Ich-Dystonie

„Empathy first“ ... und dann:  
Funktionsbestimmung und  
die Suche nach Alternativen



- Abgelehntes Verhalten bestimmen (was soll geändert werden?)
- Trennung von Bedürfnis (Sinn; Motiv) und Verhalten (Empathie >> Akzeptanz >> Positivierung = Verantwortung zuweisen! )
- Neue Handlungen für berechnigte Bedürfnisse (Motive) entwickeln
- Neue Alternativen bewerten
- Eine neue Alternative aussuchen und erproben
- (evtl. aber auch bisherige Strategie beibehalten !!! )

**Merke:**

**Das können die Patienten nach schriftlicher Einübung übrigens selbst!**