

Früherkennung und Frühintervention bei Persönlichkeitsstörungen

triaplus, 17. Januar 2019

Dr. med. Stephan Kupferschmid

Chefarzt Psychiatrie für Jugendliche und junge Erwachsene

patientennah – engagiert – vernetzt



Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Übersicht

Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen im ICD-11

Drei Modellvorstellungen

Therapeutische Beziehungsgestaltung

Früherkennungssprechstunde

Psychopharmakologie

Kettenanalyse, Family Skills

Adoleszentenpsychiatrie ipw

Beratungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene

Früherkennung von Psychosen

Früherkennung und Frühintervention bei
Persönlichkeitsstörungen

Ambulante DBT - Gruppen

Adoleszentenpsychiatrie ipw

Akutstation für Jugendliche

Psychotherapiestation für Jugendliche

Psychotherapiestation für junge Erwachsene

DBT zertifiziert

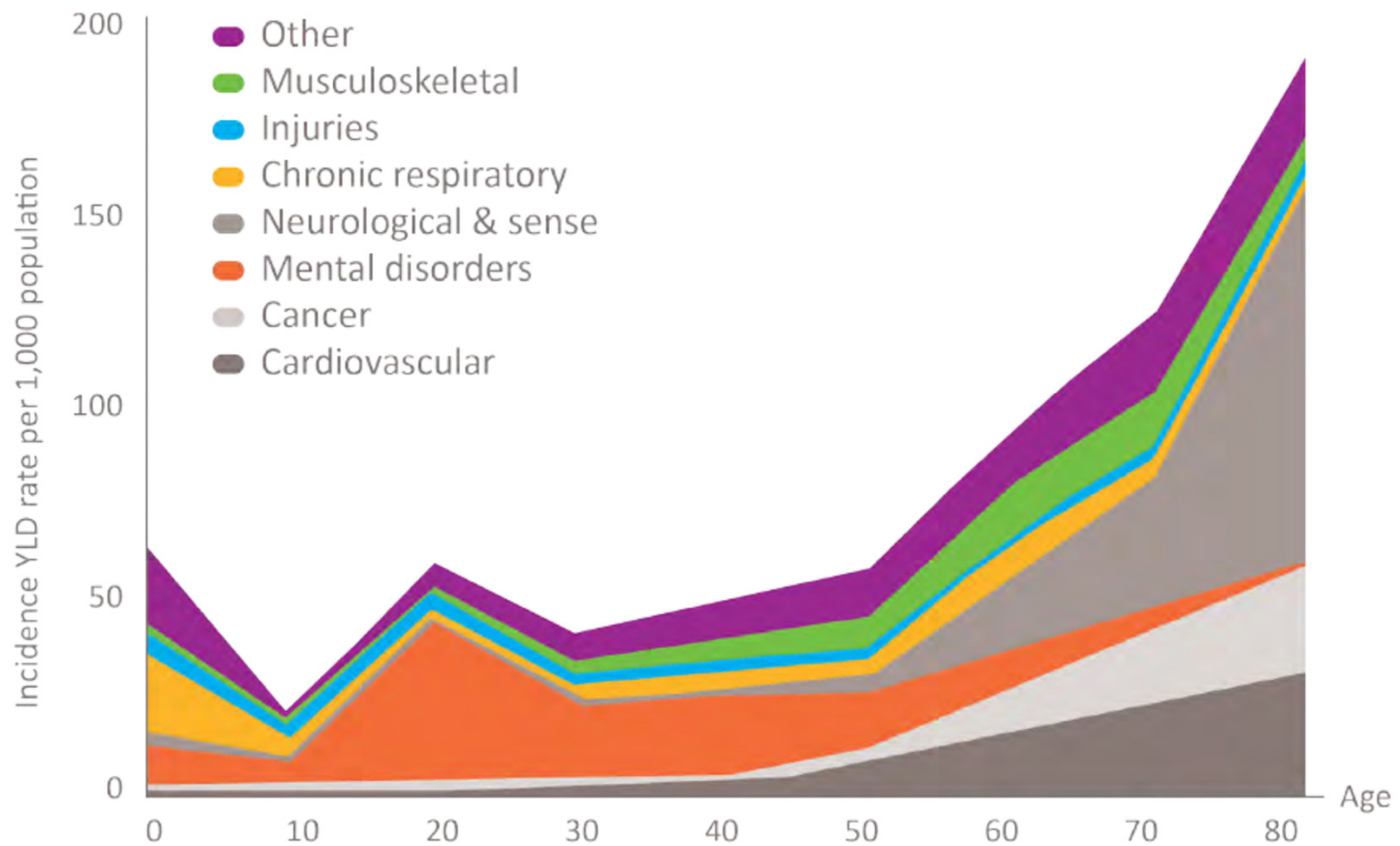
Anerkennung als WB Stätte Psychiatrie und Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Entwicklungsaufgaben als Herausforderungen

- Aufbau von neuen und reiferen Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts
- Erwerb einer männlichen bzw. weiblichen sozialen Rolle
- Akzeptanz des eigenen körperlichen Aussehens und effektiver Einsatz des Körpers
- Erlangung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen
- Berufswahl und Berufsvorbereitung
- Bereitschaft und Fähigkeit zu sozial verantwortlichem Verhalten, das für ein Leben als reifer Bürger notwendig ist

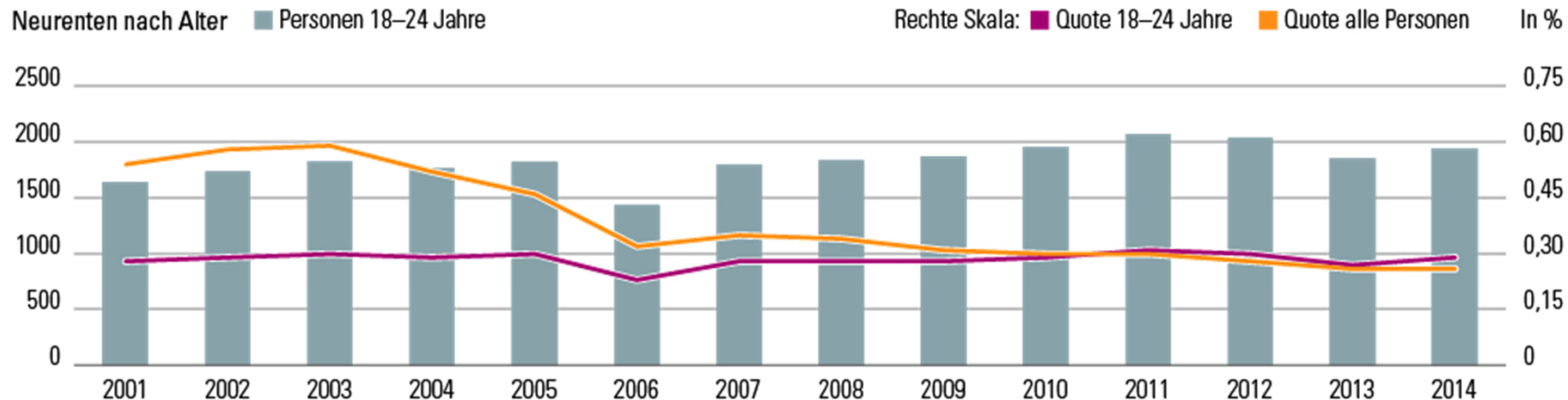
Scheitern kann zu psychischen Krisen führen

Die Bedeutung des Kindes- und Jugendalters für die psychische Gesundheit über die Lebensspanne hinweg zeigt sich auch daran, dass fast die **Hälfte aller psychischen Störungen bereits in der Pubertät** beginnt und etwa **75 % in den Mittzwanzigern** (Kessler et al. 2007, McGorry et al. 2011)

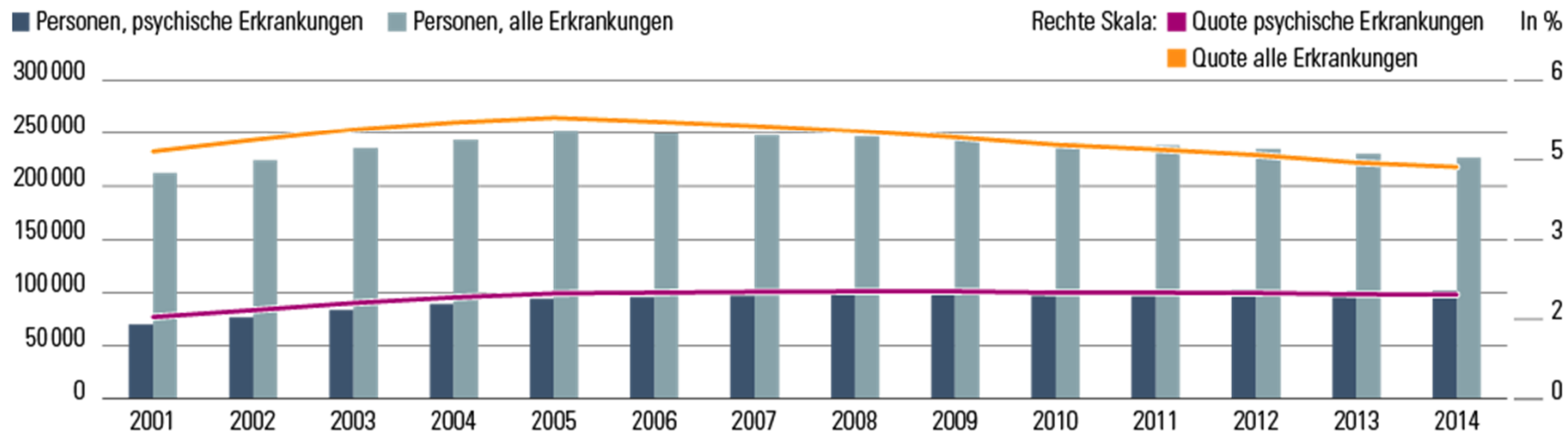


(McGorry, 2017)

Neurenten bei Jungen stagnieren entgegen dem Trend

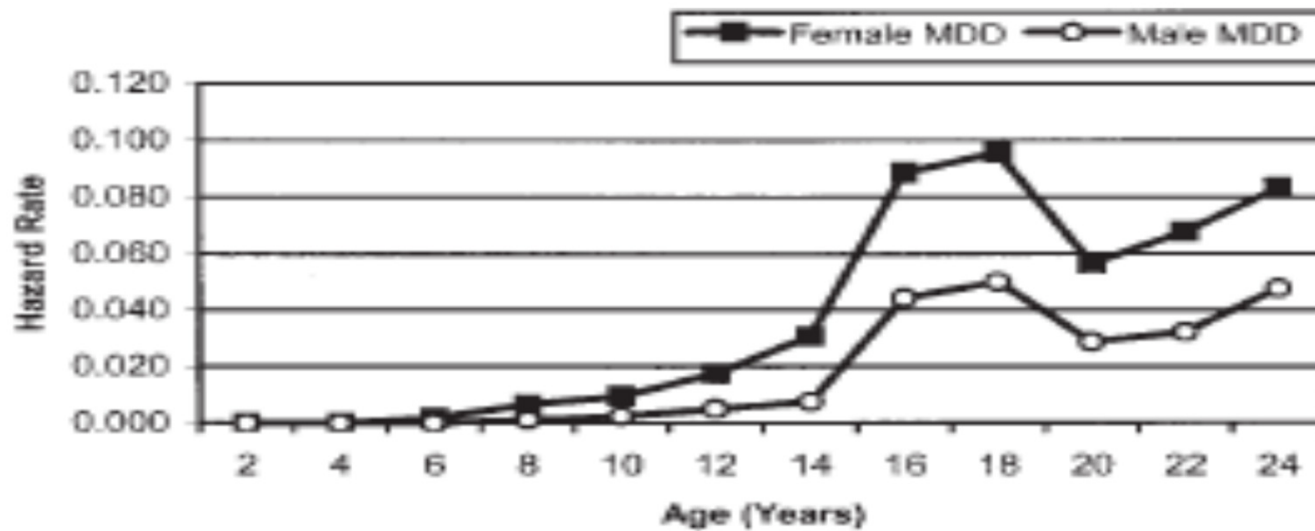
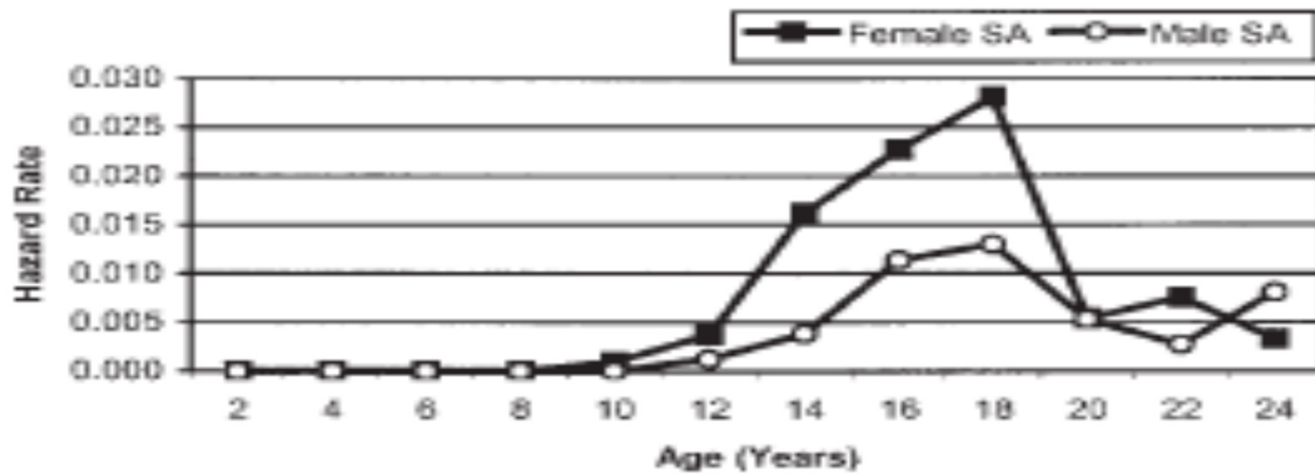


Kein rückläufiger Rentenbestand bei psychischen Erkrankungen

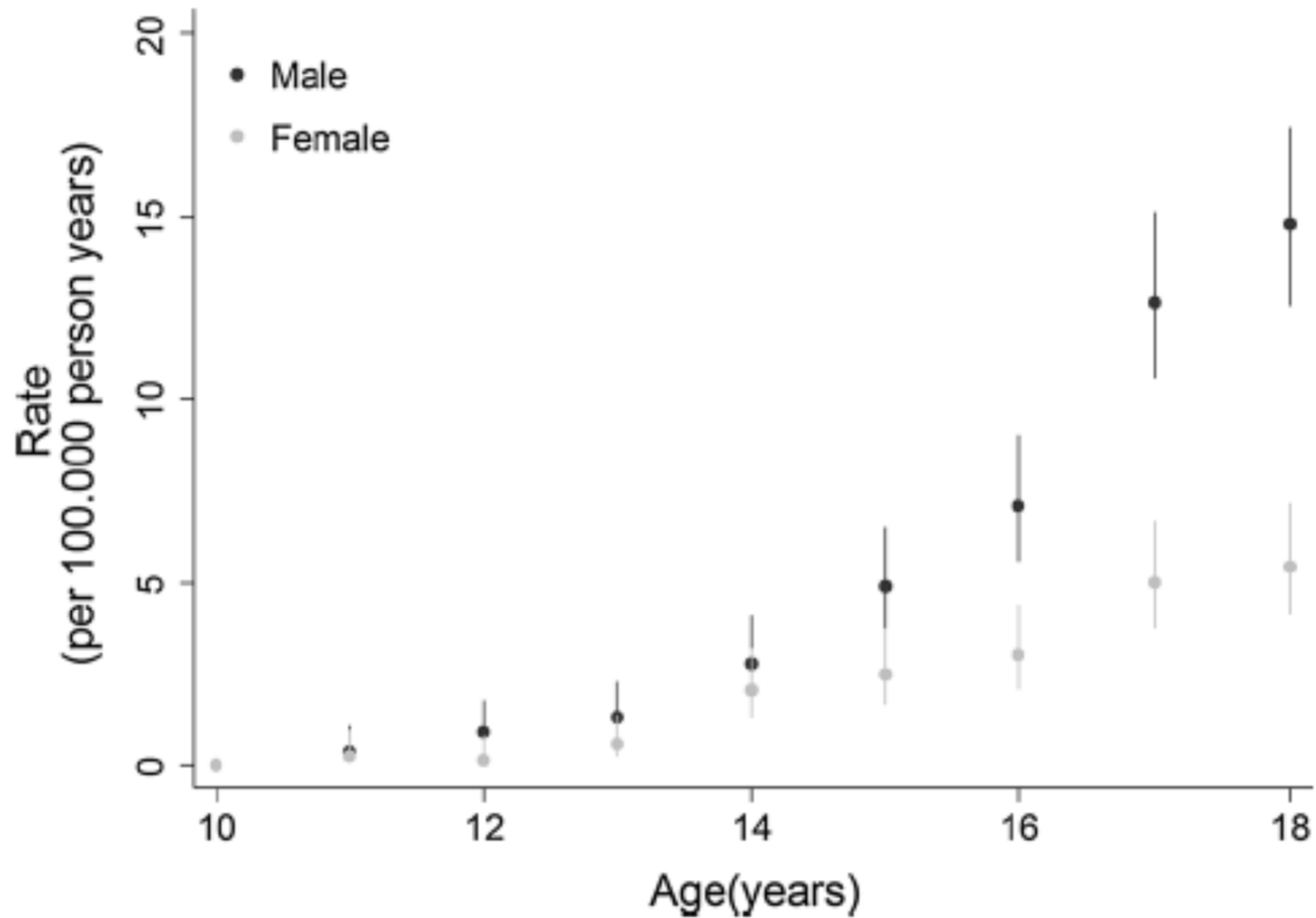


QUELLE: BSV

NZZ-Infografik/cke.



(Lewinsohn et al., 2001)



(Steck, Egger, Schimmelmann & Kupferschmid, EJCAP 2017)

Persönlichkeitsstörungen

PS als tief verwurzelte, stabile Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensbedingungen

Leiden – entweder der Patient selbst oder das Umfeld

Untersuchungen zur Epidemiologie sind selten
Ungefähr 10% bei Jugendlichen eher etwas höher
jedoch in der Klinik bei 60%

Geschlechterunterschiede

Hohe Komorbidität mit Angst Depression, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen

Persönlichkeitsstörungen

Folgen

Langzeituntersuchungen: häufig abgebrochene Ausbildungen, niedrigeres Qualifikationsniveau, Arbeitslosigkeit, IV grösster Anteil an Frühberentungen

Mortalität Selbstverletzungen, Suizidrisiko ca 10%

Hohe Gesundheitsökonomische Kosten Niederlande 2,2Mrd Euro / Jahr

Persönlichkeitsstörungen

Therapie

DBT

Mentalisierungsbasierte Therapien

Übertragungsfokosierte Therapie

Schematherapie

Mediaktion

Keine Empfehlung

Jedoch 80 % sind mediziert , 20 % mehr als 4 Präparate

Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen

Cluster	ICD-10	ICD-9	DSM-III-R	DSM-5
A	paranoide PS	paranoide PS	paranoide PS	paranoide PS
	schizoide PS	schizoide PS	schizoide PS	schizoide PS
	–	schizotypische PS		schizotypische PS
B	dissoziale PS	soziopathische PS	antisoziale PS	antisoziale PS
	emotional instabile PS: • Borderline-Typ • impulsiver Typ • histrionische PS	explosible PS	BPS	BPS
		hysterische PS	histrionische PS	histrionische PS
	–	–	narzisstische PS	narzisstische PS
C	ängstliche PS	–	selbstunsichere PS	selbstunsichere PS
	abhängige PS	asthenische PS	abhängige PS	abhängige PS
	anankastische PS	anankastische PS	zwanghafte PS	zwanghafte PS
	–	affektive PS	passiv-aggressive PS	–

Klassifikation

Kategoriale Modelle: Derzeit im DSM und auch im ICD10

Kategoriales Denken erleichtert und beschleunigt die Diagnose und gibt Sicherheit

Persönlichkeitsstörungen als «Prototypen»

Jedoch besteht die Gefahr die individuellen Merkmale, Bedeutungen und subjektive Wahrnehmungen zu übersehen.

Klassifikation

Probleme der kategorialen Klassifikation:

Hohe Komorbiditätsrate von PS untereinander. Hohe Wahrscheinlichkeit der Diagnose von zwei oder mehr PS

Cut Off Festsetzungen sind willkürlich, Persönlichkeit als Kontinuum; keine Trennung zwischen normal und abnormal

Wissenschaftliche Sicht: Die Hoffnung, homogene Gruppen zu erhalten, hat sich nicht erfüllt.

Dimensionale Modelle verstehen PS als Extremausbildungen menschlicher Persönlichkeitsdimensionen wobei diese Merkmale auch die normal Persönlichkeit bestimmen.

Big Five

Offenheit für Erfahrungen

Gewissenhaftigkeit

Extraversion

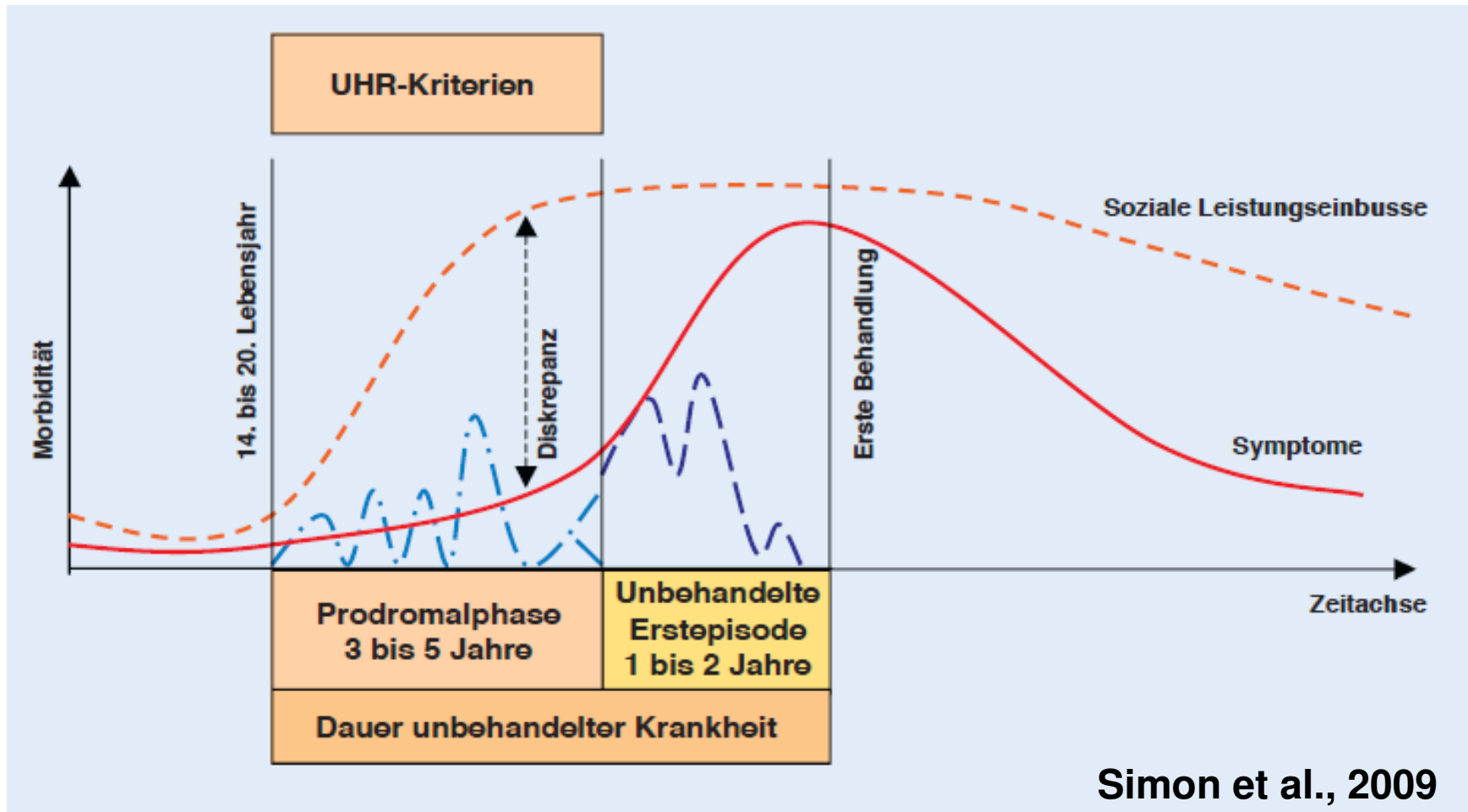
Verträglichkeit

Neurotizismus

Liegt PS vor oder nicht – welcher Schweregrad (leicht mittel schwer)

die ungesellig-schizoide Domäne,
die dissoziale Domäne,
die ängstlich-abhängige Domäne,
die emotional-instabile Domäne,
die zwanghaft-anankastische Domäne

& Borderline Qualifier



Früherkennung

Rationalen der Früherkennung:

- Sekundärfolgen verhindern, Komorbiditäten, Selbstmedikation
- Frühe PS – berufliche Integration
- Somatische Gesundheit

Früherkennung

Gegenargumente

Persönlichkeit noch nicht festgelegt

Entwicklungsstudien zeigen, dass Persönlichkeit sich immer verändert.

Stigmatisierung

Stabilität 2 Jahre Stabilität ca 50 %

BPS 8 Jahre zeigen 50% konstante Remission

Diagnose überprüfen

Früherkennung

Zusammenarbeit Uni Basel
Instrumente

SKID II

CTQ, BDI

Die Fragebogenverfahren Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA) und Levels of Personality Functioning Questionnaire (LoPF-Q 12-18)

Früherkennung

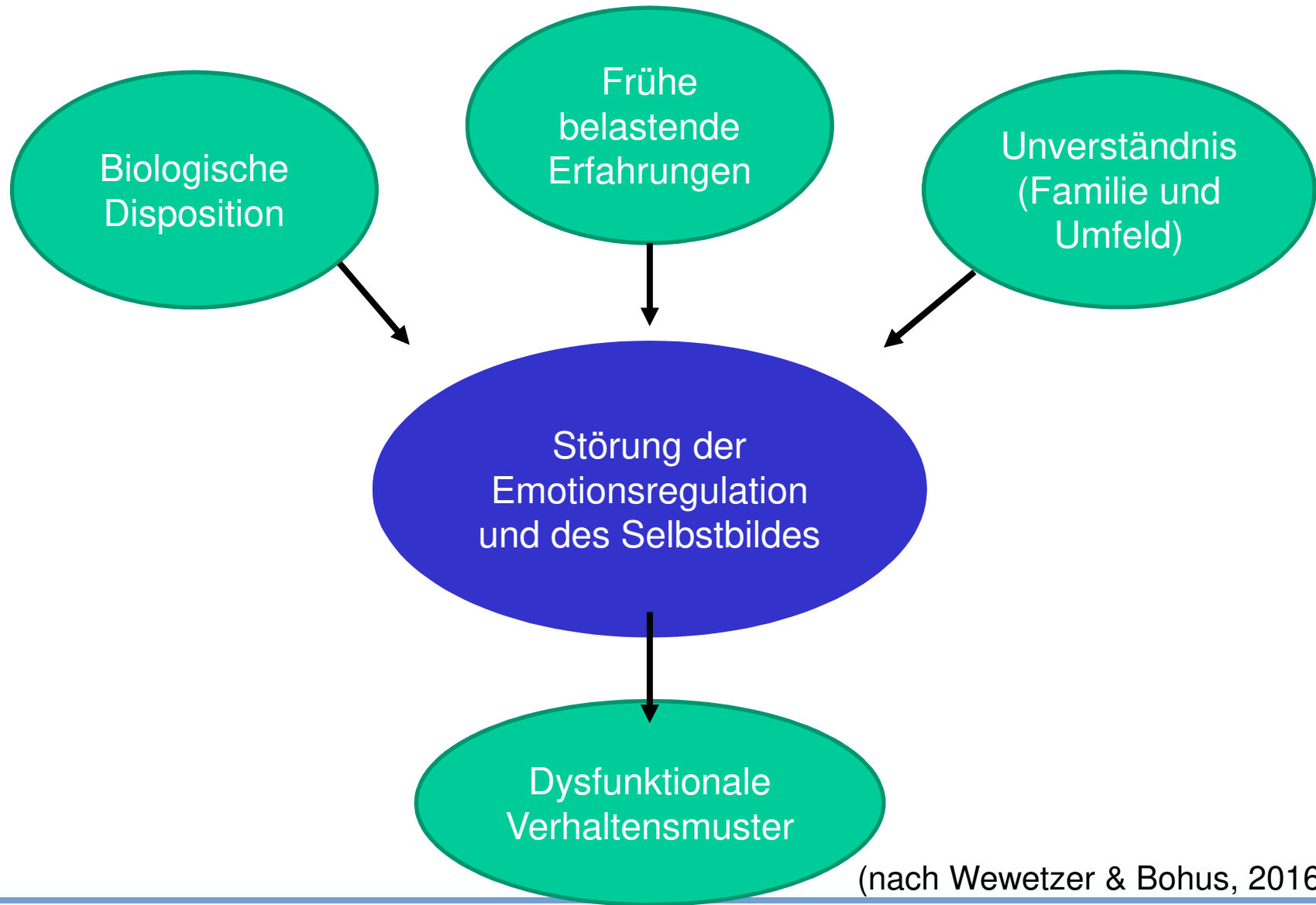
Fremdanamnese

Behandlungsverlauf

Interne Supervision

4-6 Termine Rückmeldung mit Behandlungsempfehlung

DBT



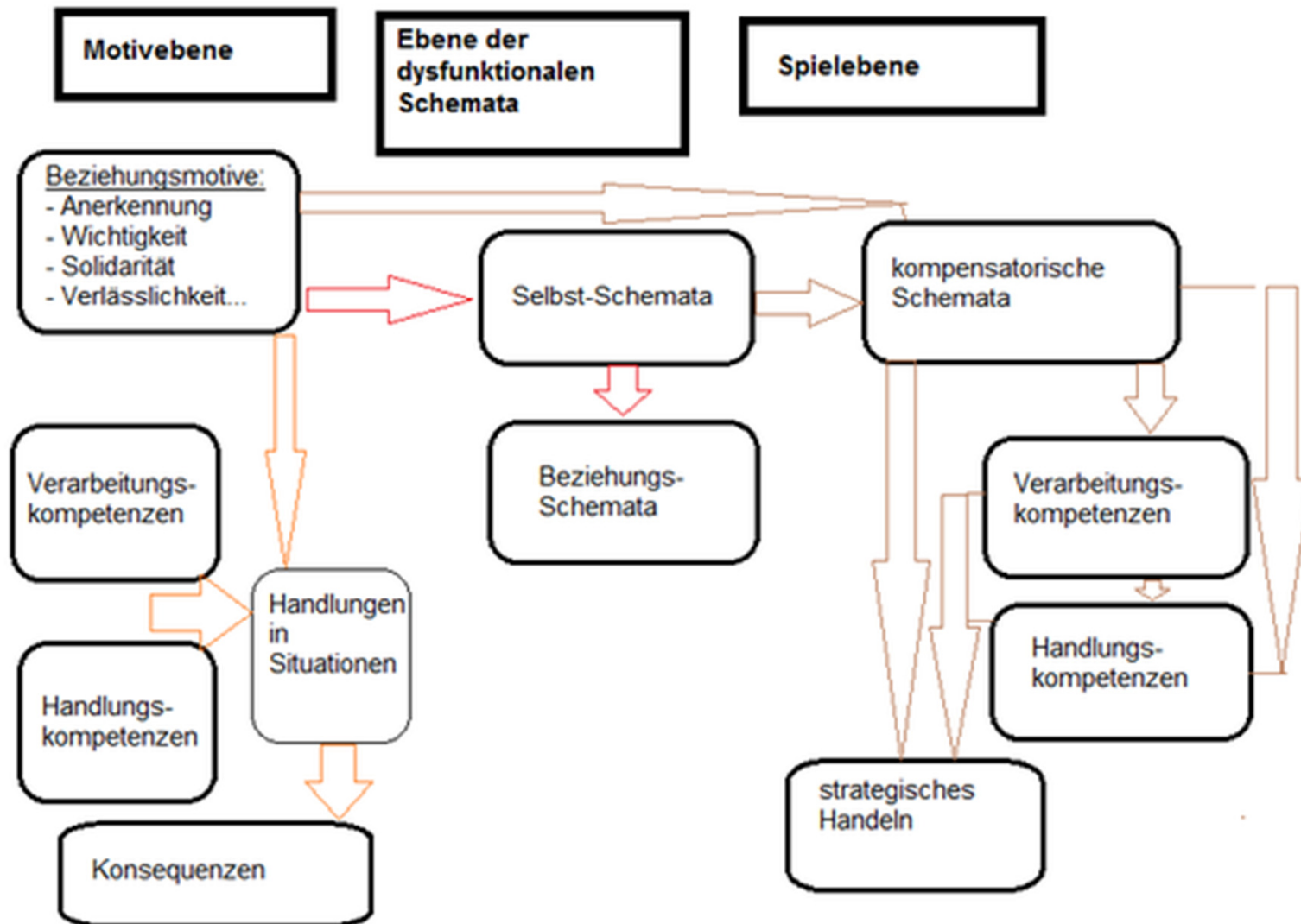
(nach Wewetzer & Bohus, 2016)

Modell der doppelten Handlungsregulation

Das Modell geht davon aus, dass eine Person schon als Kind oder Jugendlicher eine Reihe von zentralen Beziehungsmotiven aufweist, wie das Motiv nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Grenzen/Territorialität.

(nach Sachse, 2019)

Modell der doppelten Handlungsregulation



Modell der doppelten Handlungsregulation

«So ist z. B. das Motiv „Wichtigkeit“ operationalisiert in Ziele wie: Ich möchte von anderen Aufmerksamkeit erhalten. Ich möchte von anderen wahrgenommen werden. Ich möchte von anderen ernst genommen werden. Ich möchte von anderen respektiert werden. Ich möchte von anderen gesehen werden. Ich möchte von anderen Signale der „Zugehörigkeit“ erhalten u. ä.

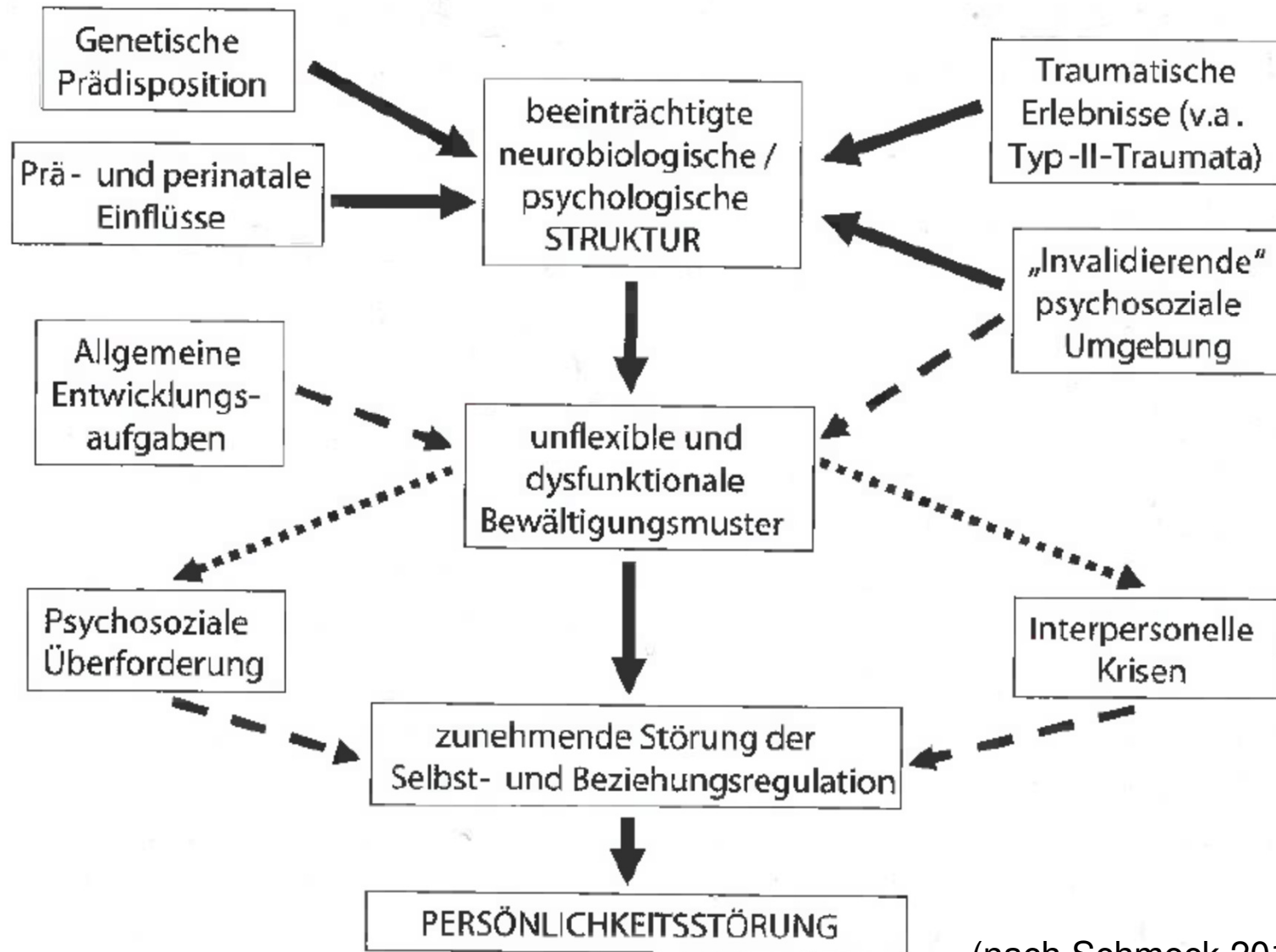
„Beziehungsmotive“ können nur durch andere Personen befriedigt werden.»

(nach Sachse, 2019)

Werden zentrale Motive dagegen über sehr lange Zeit frustriert, dann bleiben sie hoch in der Hierarchie bzw. sie steigen sogar in der Hierarchie auf (Kuhl, 1983, 2001): Je massiver sie frustriert werden, desto wichtiger werden sie!

Und wenn sie zentral wichtig bleiben, dann dominieren sie die Exekutive sehr lange, was bedeuten kann, dass andere Motive nicht mehr ausreichend befriedigt werden können. Und dies wiederum hat die Folge, dass ein Zustand von mehr oder weniger großer Unzufriedenheit entsteht.

(nach Sachse, 2019)



(nach Schmeck 2012)

Psychopharmakologie (Leitlinie SGPP)

Psychopharmakotherapie sollte primär auf krisenhafte Situationen beschränkt werden, in denen eine störungsspezifische Psychotherapie (noch) nicht oder nur eingeschränkt verfügbar ist.

Bei bestehender Psychotherapie kann eine pharmakologische Behandlung als Teil eines Gesamtbehandlungsplans in einzelnen Fällen hilfreich sein, obwohl ihr Nutzen bisher nicht belegt werden konnte. Eine Pharmakotherapie ist regelmässig strukturiert zu evaluieren. Das betrifft auch die systematische Besprechung der Einnahme von verordneter Reservemedikation.

Psychopharmakologie

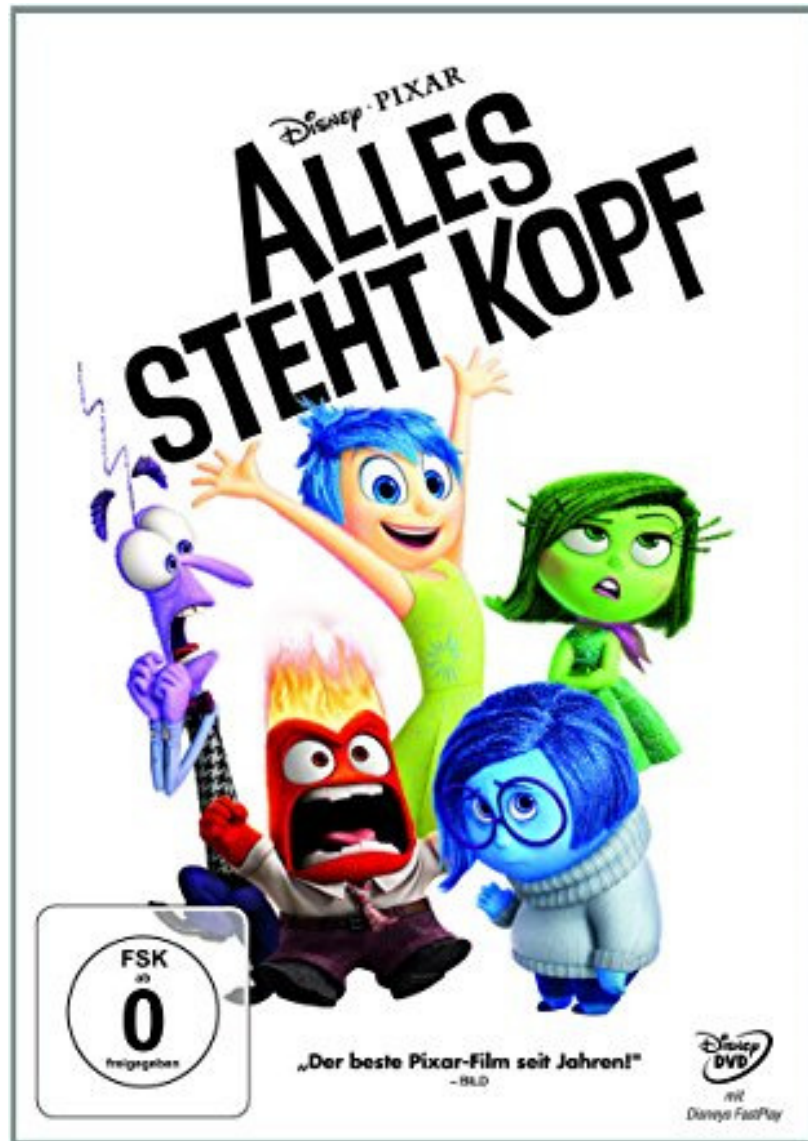
Behandlungen sollten für die kürzest mögliche Zeitspanne verordnet werden.

Auf den Einsatz von Benzodiazepinen sollte vollkommen verzichtet werden.

Eine gezielte Behandlung von Komorbiditäten mit der geeigneten Medikation sollte systematisch und sorgfältig evaluiert werden.

Polypharmazie ist zu vermeiden.

Filmausschnitt







Kettenanalyse

Ziel: Herausarbeiten von familiären Interaktionsmustern

Gemeinsame Erarbeiten von Veränderungsstrategien

Indikation: Ein Familienmitglied ist direkt in das Problemverhalten des Jugendlichen involviert

Kettenanalyse

Grundregeln:

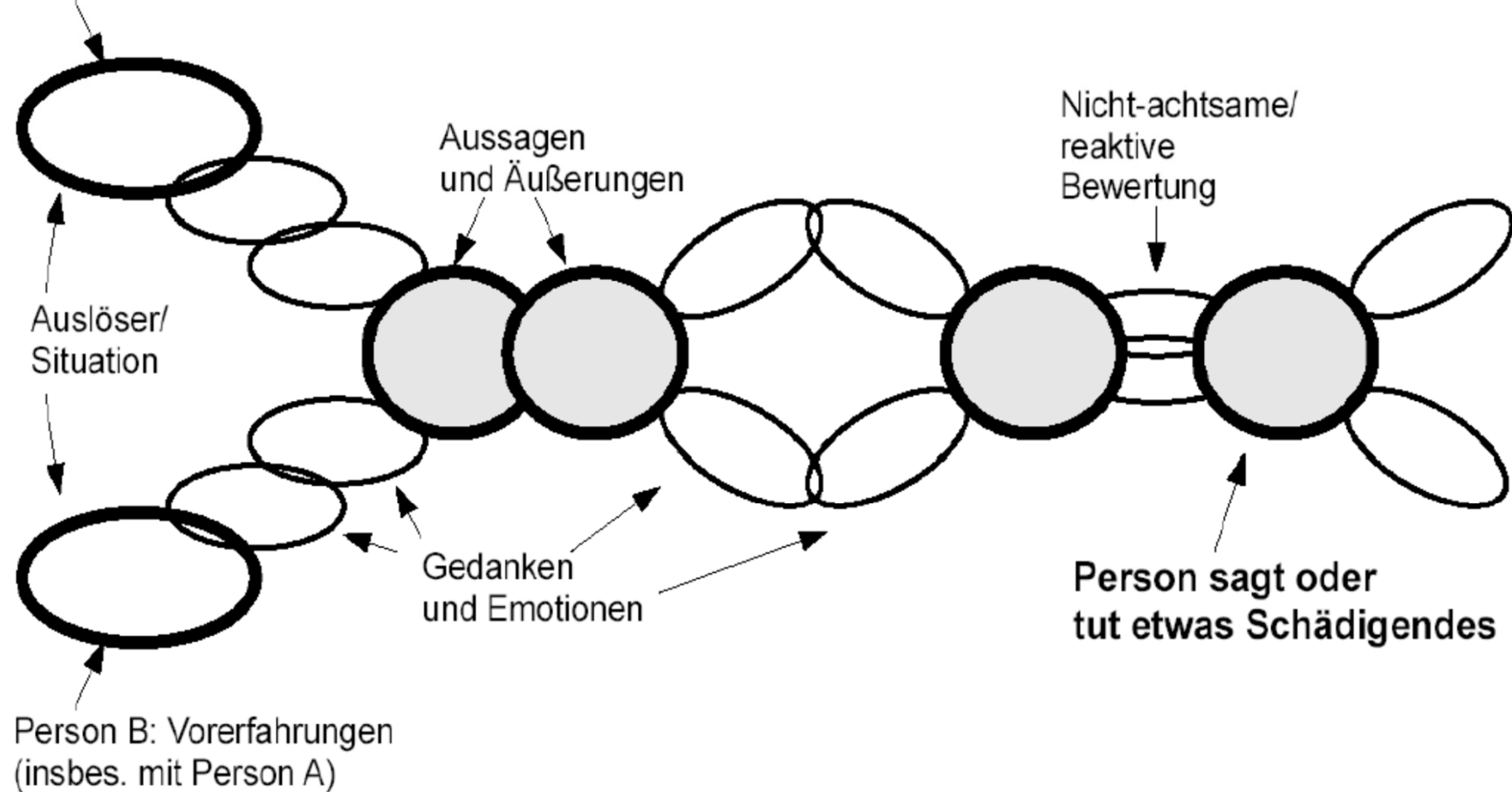
Beschreiben, nicht bewerten

Keine Vorwürfe und Angriffe

Jeder darf seine Sichtweise darstellen

Neue Sichtweisen sind Ergänzungen – keine Provokationen

Person A: Vorerfahrungen
(insbes. mit Person B)



**Persönlichkeitsstörungen sind im Kindes- und
Jugendalter häufig und bereits diagnostizierbar**

Früherkennung ist möglich

Differenzierte Behandlungsangebote sind verfügbar

patientennah – engagiert – vernetzt