

# Persönlichkeit und Psychotherapie

Seminar Dimensionale Modelle der Psychopathologie

Dozent: Dr. K. Schnabel – SoSe 2008

Referenten: Linus Neumann, Natalia Lima Pano



## Teil I: Integrative Psychotherapie

### I. Achse I und II – Komorbiditäten

- nur ca. 2.8% der PS-diagnostizierten haben *keine* komorbide Störung auf Achse I
- Kritik: Annahme gleichzeitigen Auftretens zweier getrennter Kategorien statt integrierten Persönlichkeits-Psychopathologie-Prozesses
- Therapie meist „sequentiell“
- Prognose
  - stärkere Symptome
  - höhere Einschränkung
  - suboptimales Ansprechen auf Behandlung
- ist leider der Normalfall,

es gibt jedoch viele

### II. gemeinsame Risikofaktoren für Störungen der Achse I & II

#### II-I. biologische Temperamentsfaktoren

Bsp: Neurotizismus

- therapeutische Veränderung dieser Faktoren schwer bis unmöglich.
- besser: Erhöhung des *fit* zw. Patientenprofil und sozialer Umwelt unter Annahme eines chronischen Krankheitsmodells
- Pharmakotherapie mag in Erwägung gezogen werden - ethische Problematik, aber: Persönlichkeitsveränderungen bei Pharmakotherapie nachweislich erzielt
- Anpassung des therapeutischen Ansatzes an Pat.-Persönlichkeit

#### II-II. Frühe Erfahrungen (Bindungstheorie)

Bsp: unsicherer Bindungsstil als Risikofaktor; viele Borderliner berichten traumatische Erinnerungen

- Therapie negativer früherer Erfahrungen
  - *Exposition*: Wiedererleben des Traumas
  - *Einsicht*: Neudefinition des Selbstbilds
  - basieren auf dual-processing Theorie (Traumagedächtnis)
- Einfluss der Bindung auf Symptomentwicklung und Therapieerfolg, deshalb:
  - I. Bindungsstil erfassen
  - II. Therapeutenverhalten darauf abstimmen
  - III. unsichere Bindungen therapieren
  - IV. Therapeuten-Bindungsstil und seine potenziellen Effekte kennen!

#### II-III. Kognitive und emotionale Störungen

Bsp: Ablehnungserwartungen

- klassische kognitive Ansätze (z.B. Beck)
  - wurden bereits auf Achse II ausgeweitet:
    - dysfkt. Schemata erkennen, Gegenbeweise sammeln, Reevaluation
- *akzeptanz-* statt kontrollorientierte Ansätze
  - negative Kognitionen schwer zu ändern, paradoxe Effekte (Gedankenunterdrückung)
  - Akzeptanzorientierung: offener, weniger bekämpfende Einstellung gegenüber eigenen

- problematischen Kognitionen
- meditative Übungen, Metaphern, paradoxe Geschichten
- hohe, breite Effektivität
- dürfen bei integrativer Therapie keinesfalls fehlen

## II-IV. Nicht-Erfüllung wichtiger Entwicklungsanforderungen

Bedürfnisse: Autonomy, Mastery, Relatedness

- Identität und Generativität ~ Wohlbefinden
- unzureichende Bewältigung von Lebensaufgaben häufiges Charakteristikum von PSn (retrospektiv und prospektiv)genaue Wirkungszus. noch zu erforschen
- Vorgehen in Therapie:
  - Hilfe bei der Identifikation und dem Erreichen bedeutsamer Lebensziele

## III. Integrative Therapie

### Weinberger betont:

1. positive Erwartungen bzgl. Therapieerfolg
2. starkes Bündnis
3. Hilfe bei Problemkonfrontation
4. Gelegenheit zu kognitiver Kontrolle und Bewältigung
5. Selbstattribution des Erfolgs

...die **universellen Wirkfaktoren** sollten für Therapie von Persönlichkeitsstörungen maximiert werden:

- **1. negative Erwartungen verhindern durch:**
  - Kontext, der Zuversicht, Optimismus und Vertrauenswürdigkeit vermittelt
  - einfache, erfolgsversprechende *Aufgaben* zu Beginn der Therapie
  - Bsp: IPT: Mut machen, „beste Heilungschancen!“
- **2. Bündnis**
  - Qualität gilt als stärkster Prädiktor des Erfolgs
  - wird aber auch von PS des Patienten mitbestimmt
  - entscheidend: das Geschick des Therapeuten
  - Evaluation: Erfassungsmöglichkeiten bestehen, beziehen sich auf Kollaboration, Einigkeit über Therapieziele
  - (nur) Auf Basis eines guten Bündnisses kann spezifischen Interventionen Aufmerksamkeit gewidmet werden
  - **beeinflusst durch**
    3. Hilfe bei Problemkonfrontation
    4. Gelegenheit zu kognitiver Kontrolle und Bewältigung
    5. Selbstattribution

### Konsequenzen und Probleme:

- Betreuungsüberforderung
- effiziente Modelle oder Gesundheitsreform notwendig
- empirische Belege
- für die Vorschläge, dann Manualentwicklung
- noch wichtigere Rolle der Diagnostik und Absprache der Therapieziele
- Langwierigkeit
- Stufenmodelle: versch. Therapiestufen /-sequenzen flexibel anpassen



## Study II: shortening the list & validity

### Internal consistencies

Of the 20-item shortened scale

$$r = 0.88$$

For the Big Five

For Extraversion  $\alpha = 0.87$

For Agreeableness  $\alpha = 0.84$

For Neuroticism  $\alpha = 0.86$

For Conscientiousness  $\alpha = 0.85$

For Openness  $\alpha = 0.81$

### Validity

Table 4. Correlations of emotional expressivity with other variables

	Long version	Short version
Age	-0.23*	-0.22*
Sex	0.30**	0.28**
Extraversion	0.58**	0.59**
Agreeableness	0.35**	0.35**
Neuroticism	0.01	0.03
Openness	0.38**	0.36**
Conscientiousness	-0.11	-0.10
Acquaintance	0.07	0.07
Liking	0.33**	0.35**

*N* = 103. \**p* < 0.05. \*\**p* < 0.01. All variables refer to characteristics of the target person.

### Discussion

- The scale is short and reliable
- Easily comprehensible for laypersons
- The number of positive and negative items is equal
- Recommend using the brief version
- Helpful in assessing changes of patients' emotional expressivity
- Emotional expressivity is related to Extraversion
- Positive correlations with Agreeableness and Liking
- Emotional expressivity is unrelated to Neuroticism