

Prozesskennzeichen: affektive & behaviorale Dysregulation

Dozent: Dr. Lucien NICOLAY

Curriculum Verkehrspsychologie,

MODUL V: INTERVENTIONEN

DPA Berlin, den 11. Juni 2012

Gliederung

1. Definit. & Relation: „Impulsivität“ & „Emotions(dys)regulation“
2. Fahrer mit prodromalen und syndromalen Kennzeichen als eine Zielgruppe Verkehrspsychologischer Therapie?
3. ADHS-adult (n. Barkley, n. Wender, Subgruppen, DSM 5)
4. Persönlichkeitsstörungen & Affektdysregulation;
5. Zwei Persönlichkeitsstörungen sowie ADHS-adult im Vergleich
6. Frühe Vorläufersymptome sowie verkehrsrelevante Komorbiditäten bis zum Erwachsenenalter
7. Gemeinsame Problematik der identifizierten Risikogruppen
8. Intermittierend-explosible Störung
9. Dissoziale PS & psychopathischer Subtypus
10. Chronische Traumatisierung & Folgen
11. Komplikation: Sucht & Trauma

1 Definition & Relation: Impulsivität & Emotions(dys) regulation

- 1.1 Impulsivität (Definition nach ISR)
- 1.2 Emotionsregulation (Definition)
- 1.3 Defizit der Emotionsregulation
- 1.4 Impulsivität & Emotionsdysregulation
- 1.5 Emotionsregulation &
Psychopathologie

1.1 Definition „Impulsivität“ nach ISR

(International Society for Research on Impulsivity)

„Nicht ausreichend durchdachtes menschliches Verhalten, gekennzeichnet durch die Tendenz, weniger vorausschauend als die meisten anderen mit vergleichbarer Fähigkeit & vgl.barem Kenntnisstand zu agieren, oder als eine Prädisposition für schnelle & ungeplante Reaktionen auf interne oder externe Stimuli unter Nichtbeachtung negativer Konsequenzen“ (Kröger & Kosfelder, 2011).

- „Prädisposition“: I. ist Komponente eines feststehenden Verhaltens***musters*** in Situationen (also nicht 1 einzelner abgeschlossener Akt)
- „ schnelle ungeplante Reaktion“: i.R. erfolgt noch vor der Möglichkeit, bewusst Konsequenzen abwägen zu können (also nicht zwanghaft oder i.S. gemilderter Urteilsfähigkeit)
- „Nichtbeachten negativer Konsequenzen“ für sich & andere. Dies ist nicht das Resultat jener Art von Risiko, das durch Sensation & Thrill Seeking (Suche nach Neuartigkeit & Nervenkitzel) entsteht.; hier wird RISIKO „abweichend“ **beurteilt.**

- Komponenten von Impulsivität nach Barrett u.a. oder Patton u.a. (1995) oder Skodol u.a. (2002):

3 unabhängige Faktoren (vgl. „Barrat Impulsiveness Scale“):

- (1) Nicht-planende Impulsivität (primäre Orientierung am Hier & Jetzt; Unfähigkeit die Zukunft in Betracht zu ziehen)
- (2) Motorische Impulsivität (Handeln ohne zu überlegen)
- (3) Aufmerksamkeitsbezogene Impulsivität (Tendenz, schnell den Aufmerksamkeitsfokus zu wechseln, was mit unangemessen schnellen Entscheidungen einhergeht)

1.2 Definition Emotionsregulation

- weniger einheitlich! - vgl. Gross u.a., 1998ff sowie Haviland-Jones & Barrett, 2008

Funktion der Emotionen:

1. Kommunizieren anderen Infos über uns selbst & die Umwelt (non-/paraverbal)
2. Signalisieren dem Organismus, dass eigene Motive, Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen & Normen (nicht) erfüllt werden
3. Tragen zur Identität einer Person bei, in dem situative & soziale Kontexte aufgesucht werden, um Gefühle zu empfinden
4. Synchronisieren kurzfristig diverse physiologische & kognitive Prozesse (z.B. bei Angst blockiert Verdauung oder Small-Talk bricht ab)
5. Stellt Energie für Handlungstendenzen zur Verfügung (Flucht, Angriff, Demuts-/Dominanzhaltung etc. zum sozialen Überleben)

Spezifische oder unterschiedlich valente Emotionen, werden durch den Einsatz von „Strategien“ der Emotionsregulation (ER) unterstützt oder moduliert .

„**Emotionsregulation** bezeichnet diejenigen Prozesse, bei denen Personen steuern, welche Emotionen sie haben, wann diese auftreten & wie sie diese Emotionen erleben & ausdrücken. Die emotionsregulierenden Prozesse können automatisch oder kontrolliert ablaufen, bewusst oder unbewusst sein & an einem oder mehreren Ansatzpunkten die Emotionsbildung beeinflussen“

(Gross, 1998; Übersetz. von Kröger & Kosfelder, 2011)

Die Emotionsdynamik wird von vielen Autoren (Thompson, 1990; Gross & John, 2003; Sloan & Kring, 2007; Koole, 2009) hervorgehoben. Die ER umfasst die Initiation von neuen oder die Änderung bereits bestehender Emotionen, dann die Akzentuierung, Verringerung, Unterdrückung oder Aufrechterhaltung emotionaler Reaktionen oder die Änderung des Zusammenspiels ihrer Komponenten. Das Dynamische tritt besonders hervor in der zeitlichen Verzögerung, der Anstiegszeit, des Ausmaßes, der Dauer & der zeitlich versetzten Reaktion in behavioralen, erlebensbezogenen oder physiologischen Bereichen.

Gross u. Mitarbeiter gehen in ihrem Modell von mehreren ER-Prozessen oder -Strategien aus: **antizipatorische oder reaktive Strategien** (die VOR oder WÄHREND der emotionalen Reaktion, der damit assoziierten Handlungstendenz & der physiologischen Veränderung wirken).

Antizipatorische Strategien: Situationsauswahl (Vermeiden oder Aufsuchen), Situationsmodifikation (Änderung des Gesprächsthemas, Gestaltung der Situation), **Aufmerksamkeitslenkung** (auf positive, neutrale, negative Aspekte) & **Neubewertung** („Ich möchte“ statt „ich muss“)

Reaktive Str. (auf Veränd. der emot. Sit. ausgelegte): **Verhaltenshemmung** inkl. physiol. Symptome & **Verstärkung** der (pos. oder neg.) Reaktion. (n. Barnow, 2011)

Der Einsatz der protektiven Strategien **Akzeptanz, Umbewertung/Reappraisal & Problemlösung** sollte mit einer geringeren Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik assoziiert sein (- für „Akzeptanz“ waren die Befunde allerdings nicht konsistent).

Der Einsatz der die Symptomatik fördernden Strategien **Grübeln/Rumination, Vermeidung, Unterdrückung/Suppression** geht mit einer höheren Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik einhergehen.

(Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; nach Kröger & Kosfelder, 2011 oder Barnow u.a., 2011).

Bei internalisierenden Störungen: eher Überregulierung positiver (Angst => Vermeidung => Wegfall pos. sozialer Rückmeldung) wie auch Unterreg. negativer; bei externalisierenden vor allem Unterregulierung negativer Emotionen (z.B. Wut, Ärger)!

Dysfunktionale ER-Strategien sind ineffektiv, hinsichtlich des Beendens ungewollter emotionaler Zustände oder des Erreichens kurz- oder langfristiger Ziele oder der Bedürfnisbefriedigung.

Effektive Strategien minimieren hingegen unangenehme Folgen von Emotionen & ermöglichen eine Ziel- & Bedürfnisbefriedigung der entsprechenden Person (Barnow u.a., 2011)

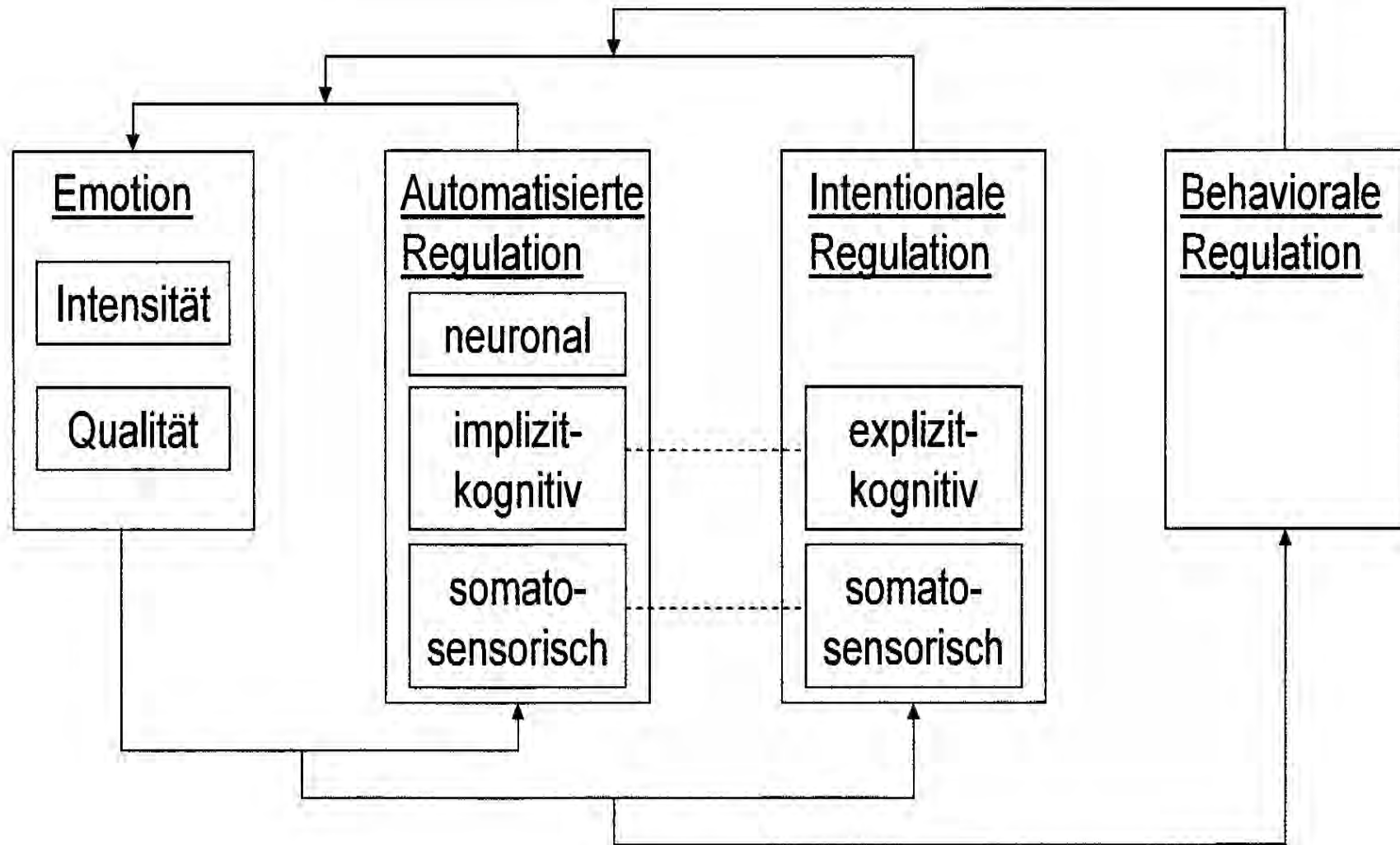
1.3 Defizit der Emotionsregulation

aus physiologischer Sicht (vgl. Temperamentforschung & Psychotraumatologie):

- **Hohe Sensitivität**
- **Hohe Reaktivität**
- **Langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau**

N.B. Patienten mit Borderline-Symptomatik oder mit Traumafolgestörungen leiden unter erhöhter Stresssensitivität (betr. innere & äußere Stressoren) mit negativer oder wechselnder Affektivität, brauchen länger zur Beruhigung und haben häufig wenig funktionale Bewältigungsstrategien (z.B. nach Sachsse, 2004). Sie setzen neben anderen „Selbsthilfen“ zu Beginn auch den Substanzabusus als (dysfunktionale) Selbstmedikation ein, - später kommt der Suchtdruck dazu.

aus neuropsychologischer Sicht (n. Bohus 2009)



1.4 Impulsivität & Emotionsdysregulation

... hängen zusammen. Während die **emotionale Instabilität** (Ärger, Angst, pos. \leftrightarrow neg. Emotionen) **/Labilität** (erhöhte Reaktivität, schnelle Emotions- & Intensitätswechsel) die **affektive Komponente** bestimmter Störungen (z.B. PTBS, ADHS-adult, Borderline u.a. PS) darstellt, bildet die **Impulsivität** die durch negative Affekte aktivierte dysfunktionale **Verhaltenskomponente**.

Dieser lassen sich sämtliche Handlungen, die zu einer Schädigung der eigenen Person, der Umwelt oder den zwischenmenschlichen Beziehungen führen zuordnen.

1.5 Emotionsregul. & Psychopathologie

In Heft 2/2012 „Psychologische Rundschau“ (63, S. 111-124) fasst Prof. Dr. Sven Barnow (Heidelberg) dazu die rezenten Forschungsergebnisse zusammen. Er berücksichtigt internalisierende (hier: Angst, Depression, Belastungsstörungen) & die externalisierende Störungen (hier: ADHS, SSV, Substanzstörungen).

Desorganisiertes, impulsives, hyperaktives und aggressives Verhalten sowie Substanzmissbrauch kennzeichnen externalisierende Störungen. Diese Gruppe ist mit einer Unterregulierung negativer Emotionen (Wut, Ärger, aversive Spannung) assoziiert, was die Häufigkeit ihrer Manifestationen heraufsetzt & zu massiven sozialen Problemen führt.

Leider spart Barnow die vielfältigen Befunde zur ER bei Persönlichkeitsstörungen & Essstörungen aus. In meinem Beitrag nehmen die PS jedoch einen wichtigen Raum ein.

2 „Verkehrspsychologische Therapie“

für Personen mit prodromalen und syndromalen Merkmalen,

nach Stephan, Brenner-Hartmann & Bartl (2009; 285-358)

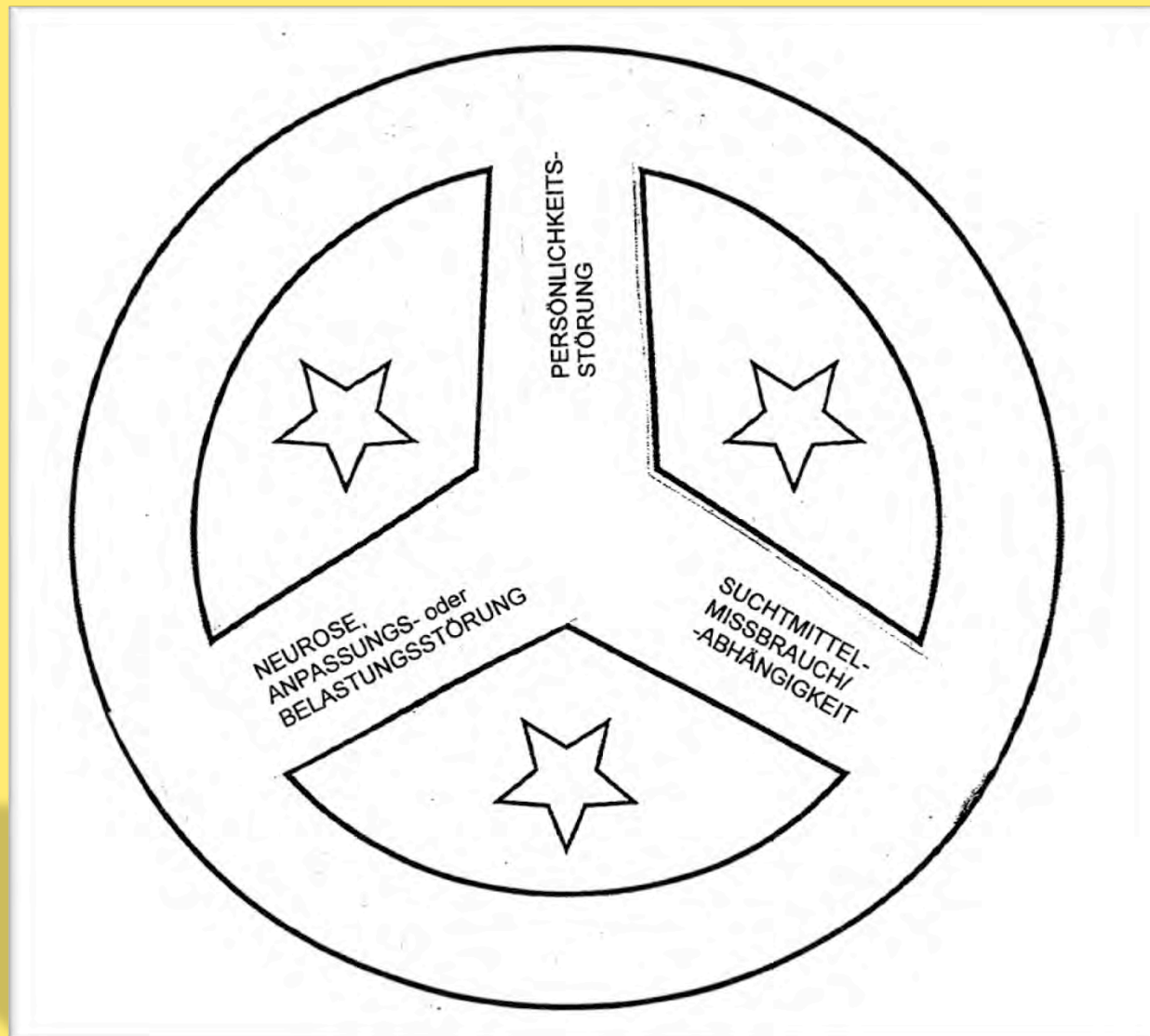
„Für VpT gibt es eine spezifische Indikation (betr. Verkehrssicherheit; negative Verkehrsverhaltensprognose)“ und sie ist „demgemäß auf Menschen ausgerichtet, bei denen normabweichende verkehrsrelevante Einstellungen sowie in der Folge normabweichendes Verkehrsverhalten und/oder verkehrsrelevante Persönlichkeitsstörungen (mit oder ohne Krankheitswert) vorliegen, die die Fahreignung ausschließen oder zumindest grundlegend in Frage stellen“ (314).

„Klienten der VpT können Störungen von Krankheitswert aufweisen. Sie variieren im Schweregrad ihrer primären und komorbiden Psychopathologie und im Grad der Erfüllung diagnostischer Kriterien verschiedener Störungen in den Fallgruppen Alkohol, Drogen, Delikte und Verkehrsauffälligkeiten auf einem Kontinuum ‚krank-gesund‘ erheblich“(315).

Einige FRAGEN:

- Individualisierte Entscheidungen versus formalisierter Algorithmus?
- Akutstörung versus chronisches Geschehen?
- Fahrtauglichkeitseinschränkung aufgrund von isolierter psychischer Funktionseinschränkung (Aufm./Konz.-, Entscheid.-, Kontrollfähigkeit) oder von Grunderkrankung? (hier: Compliance, Effizienz betr. Psychopharmakother.?)
- Schutz der Öffentlichkeit versus Recht/Bedürfnis des Einzelnen auf/nach Automobilität; doppelte Stigmatisierung? (Krankheit plus Fahrerlaubnisentzug)

Komorbide psychische Störungen am Lenkrad



3 Die Aufmerksamkeits- & Aktivitäts-Störung resp. die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens im Erwachsenenalter

3.1 Definitionen

3.2 ADHS-adult-Symptome nach Barkley

3.3 ADHS-adult nach Wender

3.4 Subgruppenmerkmale &

Impulsivitätsmerkmale nach DSM 5

3.5 ADHS & Verkehrsauffälligkeiten

3.1 ADHS-Definitionen

- Die AD(H)S kann (kurz) verstanden werden als eine Beeinträchtigung der Selbstregulations-/Steuerungskompetenzen auf der Basis einer stark genetisch bestimmten neuro-evolutionären Basisstörung. (Prävalenz: 2,0 - 4,4% der Erwachsenen in D/Europa, je nach Klassifikationssystem; bei K. & J. das Doppelte)
- Bisher ist sie noch nicht als Erkrankung aufgeführt, die Bedenken an der Fahreignung begründen kann.
 - ⇒ Strohbeck-Kühner, P. Sobanski, E. u.a. (2006). ADHS & Fahreignung. Z.f. Verkehrssicherheit 1/2006, 18-22.
 - ⇒ BAST (2008). ADHS: Medikamentöse Therapie & Fahrtüchtigkeit. Berichte(...) Unterreihe Mensch & Sicherheit, Nr. 195.
 - ⇒ Müller, Candrian, ... (2011). ADHS, Neurodiagnostik in der Praxis. Hlbg: Springer.
 - ⇒ ICF der WHO (2005, 2010): DIMIDI: Köln

ADHS ist im Erwachsenenalter gekennzeichnet durch:
situationsübergreifende (chronische, lebenslange)
Störung der Aufmerksamkeit & der Impulskontrolle
sowie durch motorische Hyperaktivität oder innere
Unruhe & Getriebenheit, durch desorganisiertes
Verhaltens & eine Störung der Affektkontrolle.

ADHS geht im Erwachsenenalter mit zum Teil ganz
erheblichen Funktionseinschränkungen in zahlreichen
Lebensbereichen einher. Die Komorbidität mit affektiven
Störungen & mit Substanzabhängigkeit ist hoch!

Die charakteristischen hirnstrukturellen & neuropsychologischen Veränderungen können sich im Vergleich zu
nicht von ADHS Betroffenen so massiv auswirken, dass
die Durchführung von Aktivitäten & die Partizipation in
Lebenssituationen extrem beeinträchtigt sein können. ²²

3.2 AD(H)S-adult Symptome

nach der Forschergruppe um Barkley, 2010 (ohne Subgruppen):

1. Lässt sich durch äußerliche Reize häufig leicht ablenken (wie DSM-IV)
2. Trifft Entscheidungen häufig impulsiv (EF)
3. Hat häufig Probleme, Aktivitäten oder Verhalten einzustellen, wenn er/sie es tun sollte (EF)
4. Beginnt häufig Projekt oder Aufgabe, ohne die Anweisungen sorgfältig durchzulesen oder ihnen aufmerksam zuzuhören (EF)
5. Hat häufig schlechtes Durchhaltevermögen bei Versprechen oder Verpflichtungen, die anderen möglicherw. gemacht wurden (EF)
6. Hat häufig Probleme damit, Dinge in der richtigen Reihenfolge zu tun (EF)
7. Höhere Tendenz, ein Kraftfahrzeug sehr viel schneller zu fahren als andere, d.h. übermäßig schnelles Fahren (EF)

7. Alternativ: Hat häufig Schwierigkeiten, Freizeitaktivitäten oder Tätigkeiten, die Spaß machen, ruhig oder still durchzuführen
8. Hat häufig Schwierigkeiten, bei Aufgaben oder Spielen die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten (wie DSM - optional)
9. Hat häufig Probleme bei der Organisation von Aufgaben und Aktivitäten (DSM - optional)

Klinische Relevanz: Als Cutoff werden von den Forschern 4 der ersten 7 oder 6 aller aufgeführten Items vorgeschlagen. Die Symptome, die vor oder mit dem 16. Lebensjahr bereits erstmals aufgetreten sind, müssen zu einer Beeinträchtigung in wenigstens einem Lebensbereich führen.

Automobilität reicht ja in mehrere Lebensbereiche hinein! Die Items 1, 2, 3, 7 sind verkehrsrelevant.

3.3 AD(H)S-adult

Merkmale des Erwachsenenalters (Forschergruppe um Wender):

1. **Aufmerksamkeitsstörung** (Aufgabenabbruch, Ablenkbarkeit, Träumerei, aber auch Hyperfokus)
2. **Motorische Unruhe & Rastlosigkeit**
3. **Impulsivität** (Defizitäre Verhaltenshemmung, unreflektiertes Verhalten, Ungeduld)
4. **Desorganisation / Chaos** (Ordnungsprinzipien der Zeit-/Raum-Nutzung im Alltag)
5. **Affektlabilität** (Dysphorie, rasche Stimmungswechsel)
6. **Affektkontrolle** (Ärger, Temperam.-/Wutausbrüche)
7. **Emotionale Überreagibilität & Stressintoleranz**

3.4 Subgruppenmerkmale (ADHS-adult)

Beim unaufmerksamen Typus (ablenkbar, vergesslich, träumerisch):

- Prokrastination (Aufschiebeverhalten)
- Unentschlossenheit sowie Schwierigkeit, sich an organisatorische Einzelheiten zu erinnern, die für eine Aufgabe nötig sind
- Vermeiden von Tätigkeiten oder Jobs, die längere Aufmerksamkeit erfordern (Autofahren!)
- Schwierigkeit, mit Aufgaben zu beginnen
- Schwierigk., Aufg. komplett auszuführen & abzuschließen
- Schwierigkeit bei Multitasking (Autofahren!)
- Schwierigk. die Aufmerksamkeit von einer Aufgabe zur nächsten / anderen zu lenken (Autofahren?)

Beim hyperaktiv-impulsiven Typus (getrieben, ungehemmt):

- Wählt sehr aktive & stimulierende Jobs & Tätigkeiten
- Vermeidet Aktivitäten mit wenig Körperaktivität oder Sitztätigkeiten
- Wählt gerne längere Arbeitszeiten oder Doppeltätigkeiten
- Sucht nach konstanter Aktivität
- Ist schnell gelangweilt & ist schnell ungeduldig (verkehrsrel.)
- Verträgt Frustrationen schlecht (F.intoleranz) und ist leicht zu irritieren (=> Ärger & Spannungsregulation via Rasen)
- Ist impulsiv, trifft Blitzentscheidungen & zeigt unverantwortliches Verhalten (verkehrsrelevant!)
- Verliert leicht die Fassung & ärgert sich schnell (verk.relev.)

4 zusätzliche Impulsivitätskriterien für DSM-V vorgesehen:

- Handelt ohne zu denken, beginnt so Arbeiten (Fahrten) ohne adäquate Vorbereitung, vermeidet es, Gebrauchsanleitungen zu lesen oder Anweisungen zuzuhören; spricht alles spontan aus, ohne die Konsequenzen zu bedenken; trifft wichtige Entscheidungen aus der momentanen Laune heraus (impulsives Einkaufen, einen Job oder eine Freundschaft kündigen)
- Ist häufig ungeduldig, fühlt sich ruhelos, wenn er/sie abwarten oder auf jemanden warten muss oder will schneller vorwärts kommen als andere, fordert, dass andere schneller auf den Punkt kommen, fährt schneller & hektischer als andere, drängelt im Verkehr & drängt sich dazwischen, um schneller voran zu kommen

- Fühlt sich unwohl, wenn er/sie Tätigkeiten langsam & systematisch ausführen muss und hastet / jagt durch Aktivitäten & Aufgaben
- Findet es schwer, Versuchungen und Gelegenheiten zu widerstehen, sogar, wenn sie mit Risiken behaftet sind (vorschnell Beziehungen eingehen, ungeschützter Sexualverkehr, übereifrig Geschäftsverbindungen oder risikobehaftete Arrangements eingehen, Sensations- & Risikosuche sowie Konkurrenzverhalten auf der Straße)

Konsequenzen? ADHS-Probanden im Test/Simulator (z.B. n. Fegert, 2011): verzögerte Gefahrenwahrnehmung & schlechtere Konzentration; häufiger Lenk- & Bremsfehler, langsamere Reaktionszeiten, aggressiverer Fahrstil, eingeschränkte Impulskontrolle Und die Bewährung im Straßenverkehr ??? =>

3.5 ADHS & Verkehrsauffälligkeiten

ADHS ist eine straßenverkehrsrelevante Störung (der Exekutiv- & Selbstkontrollfunktionen), weil sie mit erhöhtem Risiko für Verkehrsauffälligkeiten & vor allem Verkehrsunfälle einhergeht! Unbehandelte ADHS-Fahrer

- sind öfter in Verkehrsunfälle verwickelt
- verschulden öfter Verkehrsunfälle; Mehrfachunfälle
- zeigen häufiger einen aggressiven Fahrstil
- fahren häufiger unter Alkoholeinfluss

=> Demzufolge wird ihnen häufiger die Fahrerlaubnis entzogen (ausführlich bei Nicolay, 2009, 2010)

Forschungsergebnisse bei: Barkley u.a., 1998-2010; Cox, 2000-2007; Fischer u.a., 2006; Stroheck u.a., 2006; Fried u.a., 2006; Häßler u.a., 2008; Hausotter, 2010; Ludolph ff., 2008; Richards u.a., 2002; Sobanski, 2006ff.; Woodward u.a., 2000 sowie BAST, 2008 ff.

4 Persönlichkeitsstörungen mit Affektdysregulation (s. „Cluster B“)

Die PSn (ab 17) weisen (nach DSM-IV) ein überdauerndes unflexibles & tief greifendes Muster von innerem Erleben & Verhalten (in persönlichen & sozialen Situationen) auf, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht & dies in wenigstens 2 der folgenden Bereiche:

- **Kognition** (=> sich selbst, andere & Ereignisse wahrnehmen & interpretieren)
- **Affektivität** (=> Variationsbreite, Intensität Labilität, Angemessenheit)
- **Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen**
- **Impulskontrolle/Verhaltenssteuerung**

Dieses P.muster hat Krankheitswert (bei 5-10% der Bevölk.), führt also in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

BEISPIELE für PSn mit emotionaler Dysregulation:

(1) Eine gestörte Affektregulation bei der **Borderline Persönlichkeitsstörung** (bis 4,6% der Erw.), hier:

- Rasche, tief greifende Stimmungsschwankungen von diffuser Affektqualität oder auch Affektvermeidung
- (aversive) Spannungszustände

Die Dysregulation führt zu impulsivem Verhalten als Bewältigungsversuch negativer emotionaler Zustände & unerträglicher Spannungen. So werden gewagtes oder rücksichtsloses Autofahren, Selbstverletzung, Binge eating & drinking, Aggressivität als Regulationsmittel (Spannung sinkt, Stimmung steigt) eingesetzt!

(2) bei der **Narzisstischen Persönlichkeitsstörung** (0,8% der Erw.), hier:

- Intensive Affekte von Verzweiflung & Wut (Risiko: Depression versus Aggression zwecks Durchsetzung mit mögl. negativen Auswirkungen im Straßenverkehr)
- Kränkungen als spezifische Auslöser (Raserei als Kompensation!)
N.B.: ähnlich: die Paranoide PS (Cluster A) nimmt vermeintliche Angriffe auf die eigene Person oder ihr Ansehen wahr & reagiert schnell zornig & startet rasch einen Gegenangriff; Auto als (Verteidigungs-?!)Waffe im Straßenverkehr!

(3) bei der **Antisozialen oder Psychopathischen Persönlichkeitsstörung** (bis 3% der Erw.), (siehe Exkurs) hier:

- Geringe Frustrationstoleranz, hohe Erregbarkeit oder
 - Mangel an Angst, allgemeine Gefühlslosigkeit
- (=> Dementsprechend impulsiv-unkontrolliertes, gefährliches oder kaltes & geplantes andere schädigendes Verhalten einschl. Fahrverhalten!)

5 Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5

Neue Kriterien, aufgeteilt in drei Module (nach APA, 26. Juni 2011):

- Störungstypen (C-Kriterium),
- krankhafte Persönlichkeitszüge (B-Kriterium) &
- Beeinträcht. im Funkt.niveau der Persönl.keit (A-Krit.)

Persönlichkeitsstörungstypen (6 rigide Verhaltensmuster):

Antisozial

Narzisstisch

Borderline

Zwanghaft-obsessionell

Vermeidend

Schizotypisch

N.B.: Gleichzeitigkeitsdiagnosen => Hinweis auf Schweregrad!

Pathologische Persönlichkeitszüge in wenigstens 1 der 5 Bereiche:

Negative Affektivität, Gleichgültigkeit/Losgelöstheit, Enthemmung versus Zwanghaftigkeit, Antagonismus, Psychotizismus

Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit in wenigstens 1 der 2 Bereiche:

Selbst-Bereich (Identität/Selbstbild & Selbststeuerung) &/oder Interpersoneller Bereich (Empathie, Intimität, Kooperation, Repräsentation anderer)

Vergleichende Darstellungen **BPS-ASP**

(nach DSM 5-Vorschlag) sowie **ADHS-BPS** ➔

Kriterium A:

Borderline PS versus Antisoziale PS

1. Beeinträchtigung der Selbstfunktion IDENTITÄT

Deutlich verarmt, schwach entwickelt, instabiles Selbstbild, oft mit übermäßiger Selbstkritik verbunden; chronisches Gefühl von Leere, dissoziative Zustände unter Stress

1. Beeinträchtigung der Selbstfunktion IDENTITÄT

Egozentrismus, Selbstachtung generiert aus persönlichem Gewinn, Macht oder Vergnügen

Kriterium A:

Borderline PS versus Antisoziale PS

Beeintr. der Selbstfunktion SELBSTSTEUERUNG

Instabilität was Ziele,
Wünsche, Werte oder
berufliche Pläne anbelangt

Beeinträcht. der Selbstfunktion SELBSTSTEUERUNG

Zielsetzung beruht auf
persönlicher Befriedigung,
Fehlen interner prosozialer
Standards, keine Verbindlichkeit
gegenüber gesetzlichen,
kulturellen oder ethischen
Verhaltensnormen.

Kriterium A:

Borderline PS versus Antisoziale PS

2. Interpersonelle Funkt.- Beeinträcht. EMPATHIE

Eingeschränkte Fähigkeit, die Gefühle & Bedürfnisse anderer zu erkennen bei gleichzeitiger eigener Überempfindlichkeit, was dazu führt, sich leicht gekränkt oder beleidigt zu fühlen. Tendenziöse Wahrnehmung anderer hinsichtlich negativer Attribute und Schwachstellen.

2. Interpersonelle Funktions- Beeinträcht. EMPATHIE

Mangel an Sorge/Betroffenheit um die Gefühle, Bedürfnisse oder das Leiden anderer; Mangel an Reue nach Verletzungen oder Misshandlungen anderer.

Kriterium A:

Borderline PS versus Antisoziale PS

Interpersonelle Funkt.- Beeinträcht. INTIMITÄT

Intensive, instabile & konfliktreiche enge Beziehungen, gekennzeichnet durch Misstrauen, Bedürftigkeit und der ängstlichen Beschäftigung mit realem oder imaginärem Verlassenwerden. Die engen Beziehungen werden oft in den Extremen Idealisierung & Abwertung gesehen oder wechseln zwischen Überengagement & Rückzug.

Interpersonelle Funktions- Beeinträcht. INTIMITÄT

Unfähigkeit zu gegenseitigen Intimbeziehungen da der primären Zugang zu anderen in der Ausbeutung, einschließlich Betrug und Nötigung, besteht. Demonstration von Macht und Einschüchterung, um andere zu kontrollieren.

Kriterium B:

Borderline PS versus Antisoziale PS

Negative Affektivität

Emotionale Labilität
Ängstlichkeit
Trennungsunsicherheit
Depressivität
Geringes Selbstwertgefühl

Negative Affektivität

im Prinzip keine

Kriterium B:

Borderline PS versus Antisoziale PS

Enthemmung

Impulsivität

Risikobereitschaft

Enthemmung

Verantwortungslosigkeit

Impulsivität

Risiken in Kauf nehmen &
eingehen

Kriterium B:

Borderline PS versus Antisoziale PS

Antagonismus

Feindseligkeit
(reaktive Aggression)

Antagonismus

Manipulation
Betrug
Gefühlskälte
Feindseligkeit
(geplante Aggression)

Kriterium B:

Borderline PS versus Antisoziale PS

Psychotizismus

Dissoziationsneigung

N.B. **BL-SUBTYPEN** (nach

Bradley, Zittel & Westen, 2005):

- High functioning internalizing
- Depressive internalizing
- Histrionic
- Angry externalizing

ADHS

- Aufmerksamkeitsdefizit
- Desorganisiertheit
- Hyperaktivität
- Impulsivität
- Affektive Labilität
- Unzufriedenheit, Langeweile
- Erregbarkeit, Wutausbrüche
- Stressintoleranz
- Konflikträchtige Beziehungen
- Hohe Komorbidität mit affektiven Störungen & Sucht

BPS

- prinzipiell keine
- Defizite der
- Exekutivfunktionen!
- Impulsivität
- Affektive Instabilität
- Dysphorie, Langeweile, Leere
- Erregbarkeit, Wutausbrüche
- Stressintoleranz
- Instabilität in Beziehungen
- Hohe Komorbid. mit Sucht- & affektiven Störungen
- Selbstschädigendes Verhalten
- Suizidversuche & -drohungen
- Identitätsstörung

6 Vorläufersymptome im K.-& J.-alter

sowie (verkehrsrelevante) Komorbiditäten im Erwachsenenalter

Bei ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, Hyperaktivität): **früh auftretenden Verhaltensstörungen** (Verletzung von altersgemäßen sozialen Erwartungen, Regeln sowie informellen & formellen Normen) z.B. oppositionelles -> aggressives/dissoz. Verh. -> delinquentes Verhalten & Substanzmissbrauch bis hin zur Kriminalität (& Antisoz. PS). ADHS bei jungen Straftätern/Strafgefangenen: 25-36%!

(2. Entwicklungspfad mit Depression & Substanzmissbrauch ohne Aggr./Antisoz.)

Erhöhtes Risiko zu Straftaten bei ADHS-Jugendlichen: 13% bei Verkehrsdelikten, 31% bei Sexualdelikten & bis 35% bei Raub. (Gerichtspsychologie Baden-Württemberg & Saarland; Jaeger, 2010)

Bei Borderline PS (Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild & in Affekten sowie Impulsivität): **früh auftretende interpersonelle Schwierigkeiten, Impulsivität, exzessive Angst, gestörte Realitätsprüfung & Selbstwahrnehmung, emotionale Instabilität, selbstverletzendes Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, posttraumatische Störungen**

Bei Narzisstischer PS (Gefühl der Großartigkeit, Bedürfnis nach Bewunderung, Mangel an Empathie) : **aggressives und delinquentes Verhalten in der Vorgeschichte**

Bei Anti-/Dissozialer PS (Missachtung sozialer Normen & Regeln,

geringe Frustrationstoleranz, Reizbarkeit, fehlendes Schuldbewusstsein):

frühe Verhaltensstörungen (bei 5-6%) sowie

=> Stör. des Sozialverhaltens (vor 15 J.) & ADHS aber ohne „callous unemotional Traits“ -> Ablehnung, Peergroup-Einflüsse -> hohe Impulsivität, Delinquenz, Suchtmittelmissbrauch -> ASPS

=> Stör. des Sozialverhaltens (vor 15 J.) & „callous unemotional Traits“ aber ohne ADHS -> Angstlosigkeit, Unabhängigkeit von Erwachsenen -> Empathielosigkeit, Darstellung/gezielte Manipulation -> proaktives zielorientiertes Verhalten, schwere SSV -> Psychopathie

Komorbiditäten bis zum Erwachsenenalter

Entwicklungspsychopathologische Untersuchungen zeigen, dass ADHS im Kindesalter (vor allem gemischter Typus) nicht nur ADHS im Erwachsenenalter (bei bis 68%), sondern auch noch Persönlichkeitsstörungen (bis zu 1/3) voraussagt.

Wenn früh eine Störung des Sozialverhaltens zur ADHS hinzukommt, stehen im Erwachsenenalter die Antisoziale PS oder/und die Borderline PS im Vordergrund (bis zu 38%). Die „internalisierende“ Variante der PSn (z.B.: die zwanghafte PS & die vermeidend-unsichere PS) zeigt AD(H)S ohne SSV.

Bei den drei Risikogruppen kommen u.a., wenn unbehandelt, Substanzmissbrauch (bis 83%) & Substanzabhängigkeit (bis zu 1/3) sowie rücksichtsloses oder risikoreiches Fahrverhalten dazu.

Bei ADHS sowie BLS sind zudem affektive und Angst-Störungen extrem häufig (bis 50% Lebenszeitprävalenz).

7 Gemeinsame Problematik der Risikogruppen

Die skizzierten Störungen sind solche, die sich vor allem durch mittleres bis sehr hohes Aktivitätsniveau (Externalis.; keine Passivität) sowie durch Stimmungsabhängigkeit, Labilität & Unkontrolliertheit (nicht normorientiert-rigide) & zum Teil auch durch Autonomiebestreben, Widerstand & Dominanz (nicht unterwürfig-nachgiebig) auszeichnen. Die Pn sind also aufmerksamkeitsgestört, impulsiv, rastlos-überaktiv oder spontan-sprunghaft, emotional-instabil oder abenteuerlich-dissozial. (vgl. Fiedler, 2003)

Allen drei Störungsbildern ist ebenfalls, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, die **Ich-Syntonie** gemeinsam (Pn empfinden selbst keine Störung bei sich). Sogar wenn sie unter den Folgen ihrer Symptome vor allem im Bereich der Beziehungen leiden, haben sie keine Vorstellung davon, dass & inwieweit sie selbst für ihre Probleme mit anderen verantwortlich sind.

Die Klienten sehen zwar, dass sie „Kosten“ haben, aber meistens & lange nicht, dass sie die „Kosten“ **verursachen**, da ihre (gestörte) Persönlichkeit ihre (ideografische) Lösung zum Überleben in der Welt darstellt! Somit können sie ihre P. nicht als störend, belastend oder unangemessen betrachten.

Zum Maßnahmenbeginn ist der/die „Auftrag/
Therapie-Eingangsmotivation“ an den VThn
logischerweise „Reduziere meine Kosten“ & „Sorge
dafür, dass ich den Führerschein wiedererlange!“
und nicht „Bearbeite meine PS!“ (vgl.: „Wasch mir den
Pelz aber mach mich nicht nass!“)

Die Änderungsmotivation bei Klienten mit den
dargestellten Störungen kann somit **keine**
Eingangsvoraussetzung für die vth Intervention
sein, & sie ist es auch meistens nicht!

**Die Änderungsmotivation muss in der & durch die
Therapie erst geschaffen werden!!!**

(vgl. auch Fiedler, 1998, 2007; Sachse R. u.a. 2011)

Das (wiederholte) Fahrverbot, die (häufigen) Trennungen, die (drohende) Entlassung, die (ewigen) Auseinandersetzungen mit anderen Menschen (= Anlässe) können zur **Therapie-Eingangsmotivation** beitragen (etwa i.S.: Es muss sich etwas ändern; so geht es nicht mehr weiter; ich schaffe das alleine nicht; es gibt fachliche Hilfen, die ich nutzen will; ...).

Basis einer erfolgreichen Therapie ist aber eine solide **Veränderungsmotivation** (betr. motiv. Ziele & konkrete Erwartungen) & die muss meistens erst anfangs der Therapie gemeinsam erarbeitet werden (ICH will etwas verändern in meinem Leben, ich will MICH verändern & weiß wozu; nun übernehme ICH die Verantwort.; wenn ich mich verändere, wird xy passieren; Veränd. hat folgende kurz- & langfristige Folgen !

8 Intermittierend-explosible Störung;

IES (nur DSM-IV; Achse 1; LZpräval. 7,3%; 12-Monatsprävalenz: 3,9%)

Vgl. Impulsiver Typus neben dem Borderline-Typus im Rahmen der emotional-instabilen PS in ICD-10-RC (vgl. EURAC Grundlagentext von L.N., 2010)

Das aggressive Syndrom IES wird verstanden als Impulskontrollstörung, charakterisiert durch das Auftreten mehrerer, wiederholt auftretender & klar abgrenzbarer Episoden extremer Wut & Erregung, die mit der subjektiv erlebten Unfähigkeit verbunden ist, aggressiven Impulsen zu widerstehen. Das aggressive Verhalten darf sich nicht durch andere medizinische Diagnosen erklären lassen (Bipolarität, schizophrenieforme Stör., Demenzen, Delir, Epilepsie ,....) Dann kann sie als eigenständiges Krankheitsbild begriffen werden. (s. weiterf. Tebartz van Elst, 2011)

9 Dissoziale PS (bei 2-3 %; ICD-10-RC; F60.2) & ...

- A. Die allgemeinen Kriterien für PS (F60) müssen erfüllt sein
- B. Mindestens 3 der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
 - 1. herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer
 - 2. Deutliche & andauernde verantwortungslose Haltung & Missachtung sozialer Normen, Regeln & Verpflichtungen
 - 3. Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen, obwohl keine Schwierigkeit besteht, sie einzugehen
 - 4. Sehr geringe Frustrationstoleranz & niedrige Schwelle für aggressives, einschließlich gewalttätiges Verhalten
 - 5. Fehlendes Schuldbewusstsein oder Unfähigkeit, aus negativer Erfahrung, insbesondere Bestrafung, zu lernen
 - 6. Deutliche Neigung, andere zu beschuldigen oder plausible Rationalisierungen anzubieten für das Verhalten, durch das die Betroffenen in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten sind.

... Psychopathischer Sub-Typus (1%; mod. nach PCL-R & PCL-SV)

N.B.: Ein Drittel der Personen mit DPS oder ASPS erfüllt die Psychopathiekriterien (Hare, 1991 ff, 2002ff, 2005; Boureghda, 2011)

1. Oberflächliche Selbstdarstellung (unecht, aufgesetzt, affektiert)
2. Übersteigertes Selbstwertgefühl (grandios, großspurig)
3. Stimulationsbedürfnis, Erlebnishunger, ständiges Gefühl der Langeweile
4. Pathologisches Lügen
5. Betrügerisch-manipulatives Verhalten
6. Fehlen von Gewissensbissen (Reue) & Schuldbewusstsein
7. Oberflächliche Gefühle
8. Mangel an Empathie (Gefühlskälte)
9. Parasitärer Lebensstil
10. Unzureichende Ärgerkontrolle (emotionale Kontrolle)

Psychopathischer Sub-Typus (Fortsetzung)

11. Unpersönliche sexuelle Beziehungen
12. Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit / antisoziales Verhalten in der Adoleszenz / im Erwachsenenalter
13. Fehlen von realistischen, zukunftsorientierten Zielen (fehlende Lebensziele)
14. Impulsivität (impulsiv, schlechte Verhaltenssteuerung)
15. Verantwortungslosigkeit/Rücksichtslosigkeit
16. Mangelnde Bereitschaft, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen
17. Unbeständige zwischenmenschliche Beziehungen
18. Erhebliches kriminelles Verhalten
19. Verstoß gegen Bewährungsauflagen
20. Polytrope Delinquenz

N.B.: Die « Psychopathy Checklist » = Expertenbeurteilungsverfahren (0,1,2) nach Interview & Beobachtung des interpersonellen Interaktionsstils; es gibt eine gekürzte Screening-Version & eine Jugend-Version. In der Kurzversion entfällt vieles unter « schlechte Verhaltenssteuerung ».

Das Selbstbeurteilungsverfahren „Psychopathic Personality Inventors“ (PPI-R) nach Alpers & Eisenbart (dt. 2008) benutzt 8 Subskalen: Schuldexternalisierung, rebellische Risikobereitschaft, Kaltherzigkeit, machiavellischer Egoismus, Stressimmunität, sorglose Planlosigkeit, Furchtlosigkeit & sozialer Einfluss. Zusätzlich gibt es eine Skala für unaufrichtige Beantwortung (betr. Manipulationsversuche beim Ankreuzen).

Neben dieser Kernsymptomatik werden vom Expertenrating „Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality“ auch noch Bindungsverhalten, allgemeines V., Kognition, Dominanz, Emotionalität & das Selbst beurteilt (wird aktuell in D validiert).

WICHTIG: Die psychopathische Symptomatik wird heute wesentlich als eine Störung der Affektorganisation verstanden, die instrumentelle Gewaltdelinquenz & polytrope Delinquenz ermöglicht: reduziertes autonomes Erregungsniveau, schwache Angstresponse & Defizite beim Lernen durch Bestrafung, flacher Affekt & Gefühllosigkeit, Empathiemangel, fehlende Gewissenbisse/Reue, fehlendes Schuldbewusstsein, ...

10 Chron. Traumatisierung & Folgen

Traumatische Kindheitserlebnisse beeinträchtigen die Empathie- & Selbstwertentwicklung, fördern die Entwicklung von Angststörungen & affektiven Störungen & wirken sich auf die **AFFEKTREGULIERUNG & IMPULSKONTROLLE** aus (Cook u.a. 2005; Renn 2006; Harris 2007; Fischer u.a. 2012): Wegen der Unfähigkeit zur Impulskontrolle & dem Hyperarousal (plus Ärger/Wut), werden Regeln & Grenzen überschritten, es treten selbst- und fremd- aggressives Verhalten auf. Daneben findet man persistierende **KOGNITIVE PROBLEME** wie Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen & Beeinträchtigungen räumlichen & zeitlichen Orientierung sowie dissoziative Phänomene.

Schwer traumatisierte Kinder & Jugendliche sind weitaus häufiger in Einrichtungen zur Drogensuchtbehandlung oder Jugendhaftanstalten zu finden als in psychiatrischen Krankenhäusern (Harris, 2007). Trauma, Aggression & Sucht/Delinquenz sind also eng miteinander verkettet.

„Unkontrollierbare“ traumatische Affekte werden als signifikante Motivationsfaktoren für Aggressivität & Destruktivität gesehen. Besonders körperlich misshandelte Männer & Frauen sind überwiegend gewalttätig & neigen zur Delinquenz. Sexuell missbrauchte sind dagegen eher autoaggressiv (hier: Schuldübernahme & Passivität) & landen in der Psychiatrie.

Untersozialisation & psychische Traumatisierung werden als typische Ursachen für eine kriminelle Karriere im Erwachsenenalter angesehen (Fischer 2007; Fischer u.a. 2012).

Bei einem erheblichen Teil der Kraftfahrer mit den skizzierten PSn ergibt sich das Gesamtbild einer schwer traumatisierten Persönlichkeit aus der sich (Verkehrs-) Delinquenz, Sucht & Kriminalität ableiten lässt.

11 Komplikation: Sucht & Trauma

Nach internat. Studien (aus: Schulze, Stubenvoll & Schäfer, 2009, 2012):

Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit & posttraumatische Störungen treten häufig gemeinsam auf; substanzbezogene Störungen sind z.B. eine der häufigsten Komorbiditäten bei (nichtbehandelter) PTBS und bei Suchtkranken liegt die LZF für PTBS zwischen 26% & 52%, resp die Punktprävalenz zwischen 15% & 41%.

In D. : bei 15% der alkohol- & etwa 1/3 der Drogenabhängigen resp. Polytoxikomanen eine komorbide PTBS.

N.B.: Die Behandlung Suchtkranker mit komorbiden Traumafolgen, hier bes. frühe & komplexe Traumatisierungen/Belastungen, erweist sich als sehr schwierig und belastend für die Therapeuten (=> suizidales Verhalten, Selbstverletzungen, Viktimisierung, Essstörungen, Impulsivität & Impulskontrollstörungen, dissoziative Störungen).

Die Betroffenen selbst sind einem enormen Leidensdruck ausgesetzt, der sie früh für den selbstmedikamentösen Substanzkonsum anfällig macht (Vulnerabilität).

Die Erfahrung zeigt, dass diese Personen zwar extrem behandlungsbedürftig sind (häufige stationäre Aufenthalte, hohe Inanspruchnahme), aber die Therapien häufiger abbrechen & auch häufiger rückfällig werden. Aufgrund ihrer Erlebens- und Verhaltensweisen ist es besonders schwierig, mit ihnen ein therapeutisches Bündnis zu etablieren & sie benötigen eine längere Stabilisierungsphase. Umgekehrt lässt sich die Langzeitprognose der Abhängigkeitserkrankung deutlich durch die Behandlung einer komorbiden PTBS verbessern.

=> => =>

Es muss also empfohlen werden, bei Menschen mit Substanzstörungen immer nach Folgestörungen von Traumata in Kindheit & Adoleszenz zu forschen.

Für die Behandlung wird empfohlen, **simultan** eine sinnvolle Integration von sucht- & traumatherapeutischen Verfahren einzusetzen (multimethodale integrative Programme), da Betroffene oft zunächst keine vollständige Abstinenz erreichen & die Behandlung noch mehr als bei anderen Patienten von Abbrüchen & Rückfällen (Traumataerfahrung bewirkt niedrige Frustrationstoleranz) geprägt ist. Es liegen mittlerweile sogar verschiedene effiziente manualisierte Therapieprogramme (z.B. „Sicherheit finden“ von L.M. Najavits; DBT-Varianten für traumatisierte Suchtkranke) vor.

Anlässlich des „Psychiatrie-Update“ in Köln (23. März 2012) wurden **neue Empfehlungen zur Alkoholentwöhnung** vorgeschlagen (nach NICE, NIAAA, EMA; Th. Müller springermedizin.de am 4.4.2012):

Abstinenz soll das Ziel bleiben! Aber, - sind die Patienten dazu nicht bereit, sollte ihnen deswegen nicht die Therapie verweigert werden. Vielmehr wäre dann ein **moderater Alkoholkonsum anzustreben**. (Etwa von der tägl. Konsumstufe „extrem riskant; > 100 g“ auf Stufe „moderat riskant; 60 g/d“; resp. von „60-100 g/d“ auf „< 40g/d, also: geringes Risiko“). Positiver Nebeneffekt: Viele entscheiden sich nach anfängl. angestrebter Reduktion (22%) nach einem Jahr doch noch zur Abstinenz (quasi die Hälfte davon).

Nach Kunze (2012) verbietet sich eine bloße Konsummengenreduktion bei traumatisierten & suchtkranken Patienten wegen des sehr hohen Leidensdrucks & dem häufig entgleisenden selbstmedikamentösen Substanzkonsum. Als Kompromiss bleibt:

Alkohol-/Drogenfahrten sind TABU!

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit
und Ihre Mitarbeit!**