

Forum für Persönlichkeitsstörungen
12. Symposium: Persönlichkeitsstörungen und Aggression

12. November 2016

Thomas Bronisch

Suizidalität bei Persönlichkeitsstörungen

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr. 10
D-80804 München
Tel: 0170-8046955

E-Mail: t.bronisch@web.de

Abstrakt:

Suizidalität findet sich nicht nur bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sondern auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen (PS) wie antisozialer PS, narzisstischer PS und depressiver PS. Auf die einzelnen PS mit Bezug zur Suizidalität wird eingegangen. Das differenzielle diagnostische und therapeutische Vorgehen wird diskutiert.

Suizidalität bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen



Thomas Bronisch

Forum für Persönlichkeitsstörungen
12. Symposium: Persönlichkeitsstörungen und Aggression
12.11.2016

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr. 10
80804 München
Tel: 0170-8046955
Fax: 089-30622-223
E-Mail: t.bronisch@web.de

1

1

Psychologische Autopsie Studien: Diagnosen

Stadt Land	Zeitraum	N	Psychiatr. Störung %	Depression a) %	Sucht a) %	Psychose a) %	Persönlich- keitsstörungen a) %
St. Louis (USA)	1956-57	134	94	45	25	2	0
Seattle (USA) ^{b)}	1957-58	114	100	30	27	12	9
London (UK)	1966-68	100	96	70	16	3	27
Brisbane (Austral)	1973-74	135	-	55	46	4	3
San Diego (USA)	1981-83	204	100	47	78	13	5
Budapest (Ungarn)	1985	200	86	50	2	2	-
Finnland	1987-88	229	93	59	43	13	9 ^{b)}
Taiwan	1989-91	116	97	28	29	7	67 ^{b)}
Frankfurt (Deutschland) B. Schneider	1999-2000	163	90 (Achse I)	(F32+33) 87	(F1x.2) 48	13,5 (F2)	62 ^{b)}

*a) Hauptdiagnose, b) Mehrfachdiagnosen

2

2

Neurobiologie von Auto- und Heteroaggressivität^{a)}



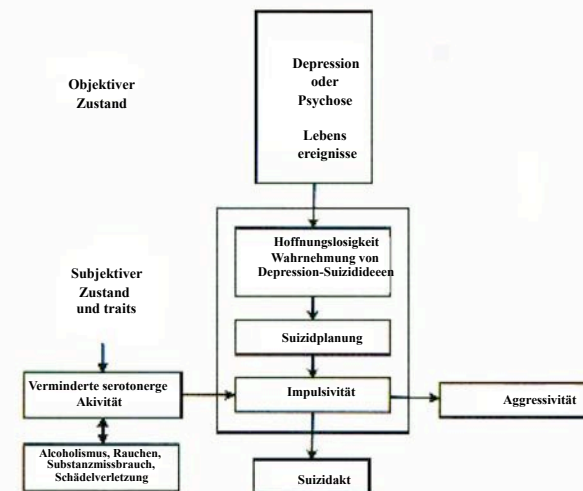
Ergebnisse der neurobiologischen Forschung:

- Eine Dysfunktion des serotonergen Transmittersystems, aber auch eine Dysregulation des Stresshormonsystems, welches das serotonerge System beeinflusst.
- Diese Dysfunktionen und Dysregulationen korrelieren mit den Verhaltensparametern Impulsivität und Aggressivität, wobei Aggressivität sowohl nach innen (Autoaggressivität/ suizidales Verhalten) wie nach außen (Heteroaggressivität) gerichtet zu sein scheint
- In Bezug auf suizidales Verhalten beinhaltet dies vor allem violente Suizidmethoden

^{a)} Bronisch T (2009) Neurobiologie von suizidalem Verhalten und Aggression. Psychotherapie 14: 58-79
3

3

Ein klinisches Modell für suizidales Verhalten bei psychiatrischen Patienten^{a)}



^{a)} Mann JJ, Watnanaux C, Haas G, Malone KM (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. 4
American Journal of Psychiatry 156: 181-189

4

Evolution der Typologien der Persönlichkeitsstörungen



Cluster	DSM-IV DSM-V	DSM-III-R	ICD-10	ICD-9	K. Schneider
A	Paranoide PS Schizoide PS Schizotypische PS	Paranoide PS Schizoide PS Schizotypische PS	Paranoide PS Schizoide PS -	Paranoide PS Schizoide PS -	- - -
B	Antisoziale PS Borderline-PS Histrionische PS Narzisstische PS -	Antisoziale PS Borderline-PS Histrionische PS Narzisstische PS -	Dissoziale PS Emotional instabile PS Borderline-Typus Impulsiver Typus Histrionische PS (Narzisstische PS) -	Soziopath./ Antisoziale PS Explosible PS Hysterische PS -	Gemütlose + willenlose PS Explosible PS Geltungsbedürftige PS - Fanatische PS
C	Selbstunsichere PS Abhängige PS Zwanghafte PS (bei affekt. Störungen) -	Selbstunsichere PS Abhängige PS Zwanghafte PS (bei affekt. Störungen) Passiv-aggressive PS	Ängstliche PS Abhängige PS Anankastische PS (bei affekt. Störungen) (Passiv-aggressive PS)	- Asthenische PS Anankastische PS Affektive PS -	Selbstunsichere PS Asthenische PS Anankastische PS (bei den selbstunsicheren PS) Hyperthyme + depressive + stimmungs-labile PS -
NOS nicht anderweit spezifizier	- NOS	- NOS	Andere -	Andere NOS	- -

5

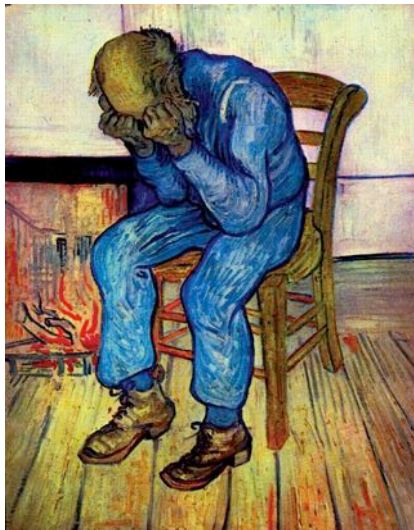
Persönlichkeitsstörungen mit Suizidrisiko



- Depressive Persönlichkeitsstörung
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Antisoziale-dissoziale Persönlichkeitsstörung

6

Depressive Persönlichkeitsstörung



Vincent van Gogh: An der Schwelle der Ewigkeit (1890)
Kröller-Müller-Museum, Otterloo

7

7

Diagnostische Kriterien der depressiven Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV



Ein tiefgreifendes Muster depressiver Kognitionen und Verhaltensweisen, das im frühen Erwachsenenalter beginnt und in einer Vielzahl von Zusammenhängen zu Tage tritt, angezeigt durch mindestens fünf der folgenden Kriterien:

- Die übliche Stimmung ist durch Niedergeschlagenheit, Trübsinnigkeit, Unbehaglichkeit, Freudlosigkeit, Unglücklichsein gekennzeichnet,
- das Selbstkonzept zentriert sich um Überzeugungen der Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit und niedriger Selbstachtung,
- ist kritisch, anklagend und herabsetzend gegen sich selbst,
- grübelt und sorgt sich,
- ist negativistisch, kritisch und verurteilend gegen andere,
- ist pessimistisch,
- neigt zu Schuldgefühlen und Gewissensbissen.

• Tritt nicht ausschließlich während Episoden einer Major Depression auf und kann nicht besser durch eine dysthyme Störung erklärt werden.

8

8

Besonderheiten der Depressiven PS



- Differenzierung von Symptomen und Persönlichkeitsszügen gelingt letztendlich nicht (Bronisch & Klerman 1991)
- Auffallend sind:
 - die durchgehende depressive Verstimmung
 - Pessimismus und niedriges Selbstwertgefühl
 - Selbstanklage und Anklage anderer
- Chronische Suizidalität im Sinne von Suizidgedanken, weniger von Suizidversuchen
- Chronische Beschäftigung mit Suizidalität
- Andere Probleme treten hierbei in den Hintergrund

9

9

Therapeutisches Vorgehen



- Pharmakologische Behandlung in jedem Falle, vor allem wenn eine „double depression“ vorliegt
- Eher Ausblendung des Themas „Suizidalität“, weil es von den „eigentlichen“ Problemen der Patienten ablenkt
- Lediglich „dosierte“ Aufmerksamkeit auf das Thema Suizidalität in eng umgrenztem zeitlichen Rahmen
- Abschätzung von akuter Suizidalität kann aber notwendig sein
- Hierbei Behandlungsvertrag mit Konsequenzen bei akuter Suizidalität: Evaluation durch unabhängige Kollegen oder Institutionen, Unterbrechung der Therapie
- Erneute Fokussierung auf die entscheidende therapeutischen Themen, wenn Suizidalität zur Sprache gekommen ist
- Konfrontation mit Vorwurfshaltung gegenüber anderen und damit auch Therapeuten

10

10

Narzisstische Persönlichkeitsstörung



Henry Wallis: The Death of Chatterton (1856)
Tate Britain, London

11

11

Diagnostische Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV



Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

Der/die Betroffene hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden),

- ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe,
- glaubt von sich, "besonders" und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können,
- verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
- legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen,
- ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen,
- zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,
- ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,
- zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen und Haltungen.

12

12

Besonderheiten der Narzisstischen PS



- Im Mittelpunkt steht das Gefühl der Leere und Sinnlosigkeit
- Eine depressive Verstimmung im engeren Sinne fehlt
- Rückzug aus der Umwelt („Aufgegebenes Objekt“ nach Jürgen Kind im Sinne von resignativer Suizidalität): Vermeidung einer Kontaktaufnahme zu anderen
- Gleichzeitig aber Suche nach bestätigenden Bezugspersonen, die dringend benötigt werden (wie „Luft zum Atmen“ nach Heinz Kohut)
- Fehlendes Einfühlungsvermögen in andere
- Entwertung anderer und damit auch des Therapeuten
- Durchgehende Beschäftigung mit erlittenen Kränkungen: Kränkungen werden autoaggressiv und heteroaggressiv verarbeitet

13

13

Therapeutisches Vorgehen



- Pharmakologische Behandlung mit AD ist wenig erfolgreich
- Versuch der Kontaktaufnahme mit Stützung des fragilen Selbstwertgefühls und Vermeidung von Konfrontation
- Etablierung einer Bindung durch persönliches Engagement
- Akzeptanz des „Freiraumes“ für den Patienten sich jederzeit umbringen zu können
- Vermeidung von frühzeitigem Streben, Suizidgedanken oder Suizidversuche in den Griff zu bekommen
- Aushalten des Risikos eines - erneuten - Suizidversuches oder Suizids (wegen zivil- und strafrechtlicher Konsequenzen schwierig)
- Aushalten von aggressive-entwertenden Attacken während der Therapie, meistens ausgelöst durch die Entwertung des Therapeuten

14

14

Borderline Persönlichkeitsstörung



Frida Kahlo: The Suicide of Dorothy Hale (1939)
Phoenix Art Museum, Phoenix

15

15

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV



(A) Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

(1) Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden zu vermeiden.

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

(2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

(4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, "Fressanfälle")

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

(5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

(7) Chronische Gefühle von Leere.

(8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)

16

16

Besonderheiten der Borderline PS



- Impulsivität mit Tendenz abrupter und unüberlegter Suizid- oder anderer selbstschädigender Handlungen
- Suizidalität als Mittel zur Änderung der Objektbeziehung, letztlich als eine Form der Kontaktaufnahme (Jürgen Kind)
- Tendenz zu wiederholten suizidalen Verhaltensweisen im Sinne von chronischer Suizidalität
- Wechsel zwischen nicht gefährlichen, demonstrativen und manipulativen Suizidversuchen
- „Pokern mit Suizidalität“ (Gottesurteil oder russisch Roulette): Suizidalität auf die „Spitze treiben“
- Aggressive Tendenzen im Umgang mit dem Therapeuten
- Vorwürfe gegen Therapeuten, der sich bei fraglicher akuter Suizidalität durch externe Evaluation absichert

17

17

Therapeutisches Vorgehen



- Am Anfang steht ein umfassender Behandlungsvertrag, aber kein „Antisuizidpakt“ im engeren Sinne
- Besprechung des therapeutischen Vorgehens bei selbstschädigenden Verhaltensweisen (siehe DBT nach Marsha Linehan und TFP nach Kernberg et al.)
- Bei akuter Suizidalität im Zweifelsfall Evaluierung extern
- Entkatastrophisierung der emotional aufgeladenen Situation
- Aggressive, meist entwertende provokative Attacken mit gelassener Standhaftigkeit begegnen
- Wichtigstes therapeutisches Mittel: „Faustpfand“ der Beziehung
- Unterbrechung der Behandlung
- Keine Schuldgefühle auch bei Vorwürfen durch Patienten, dass eine Einweisung in Ambulanz oder Klinik erfolgte

18

18

Antisoziale-dissoziale Persönlichkeitsstörung



Andy Warhol: Fallen Body
(1962) (Ausschnitt)

Collection Adelaide de
Menil, New York

19

19

Diagnostische Kriterien der dissozialen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10



Diese Persönlichkeitsstörung fällt durch eine große Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen auf und ist charakterisiert durch:

- Dickfälliges Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer und Mangel an Empathie.
- Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, Wertlosigkeit und niedriger Selbstachtung
- Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen
- Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten
- Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein und zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung
- Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch das die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft gerät
- Andauernde Reizbarkeit

20

20

Psychopathieskala von Hare (1990) und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASP) nach DSM-IV



Die 20 Items umfassende von Hare (1991) entwickelte Psychopathie-Checklist-Revised (PCL-R), zur Identifizierung der Psychopaths nach Cleckly in Straftäter-Populationen, umfasst zwei korrelierende Faktoren (Hare et al. 1990):

Faktor 1 (PCL-R F1) enthält die Faktoren, die nach Cleckly einen Psychopaths ausmachen.

Faktor 2 (PCL-R F2), welcher sich zusammengesetzt aus Faktoren, die mit Stimulus suchen, Impulsivität und Aggressivität und andere antisozialen Verhaltensweisen zu tun haben.

Die Diagnose einer ASP nach DSM ist hierbei deutlich korreliert zu den antisozialen und aggressiven Zügen der Psychopathie PCL-R Ratings der Psychopathie (PCL-R F2, Hare 1991), aber nicht zu den affektiven/interpersonellen Charakteristika der Psychopathie (PCL-R F1). Individuen, die relativ hohe Werte auf der PCL-R F2 Skala aufweisen, neigen dazu, impulsiv, aggressiv und verantwortungslos zu sein, aber zeigen normale oder erhöhte emotionale Reaktionen im Vergleich zu Kontrollen

21

21

Besonderheiten der dissozialen PS



- Entscheidend sind Impulsivität und Aggressivität
- Kombination von depressivem Rückzug und aggressiven - einschüchterndem - meist verbalen - Attacken
- Kombination Suizidalität mit anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen
- Starke Suizidgefährdung bei Untersuchungshäftlingen und Häftlingen mit langjährigen Haftstrafen (kein Ende in Sicht...)
- Kombination mit Achse-I Syndromen wie Depression, Sucht, Psychose sowie mit anderen PS
- Manipulative Tendenzen, um evtl. auf Krankenstation verlegt zu werden oder in den Genuss anderer Vorteile zu kommen

22

22

Therapeutisches Vorgehen



- Versuch der persönlichen Kontaktaufnahme: Eingehen auf die Bedürfnisse, Ängste und Sorgen des Patienten
- Provokativem - aggressivem - Verhalten mit Gelassenheit begegnen, evtl. aber auch Grenzen setzen
- bei akuter Suizidgefährdung:
- Vorübergehende Verlegung in eine Überwachungszelle
- Evtl. Verlegung aus dem Gefängnis in eine bewachte psychiatrische Station
- Bei fehlender akuter Suizidgefährdung:
- Verlegung aus einer Einzelzelle in eine Mehrfachzelle
- Unterbindung der manipulativen Tendenzen: keine Gewährung von Vergünstigungen, Einschränkung des Informationsflusses über stattgehabte Suizide und Suizidversuche im Gefängnis, evtl. Verlegung in ein anderes Gefängnis

23

23

Literatur



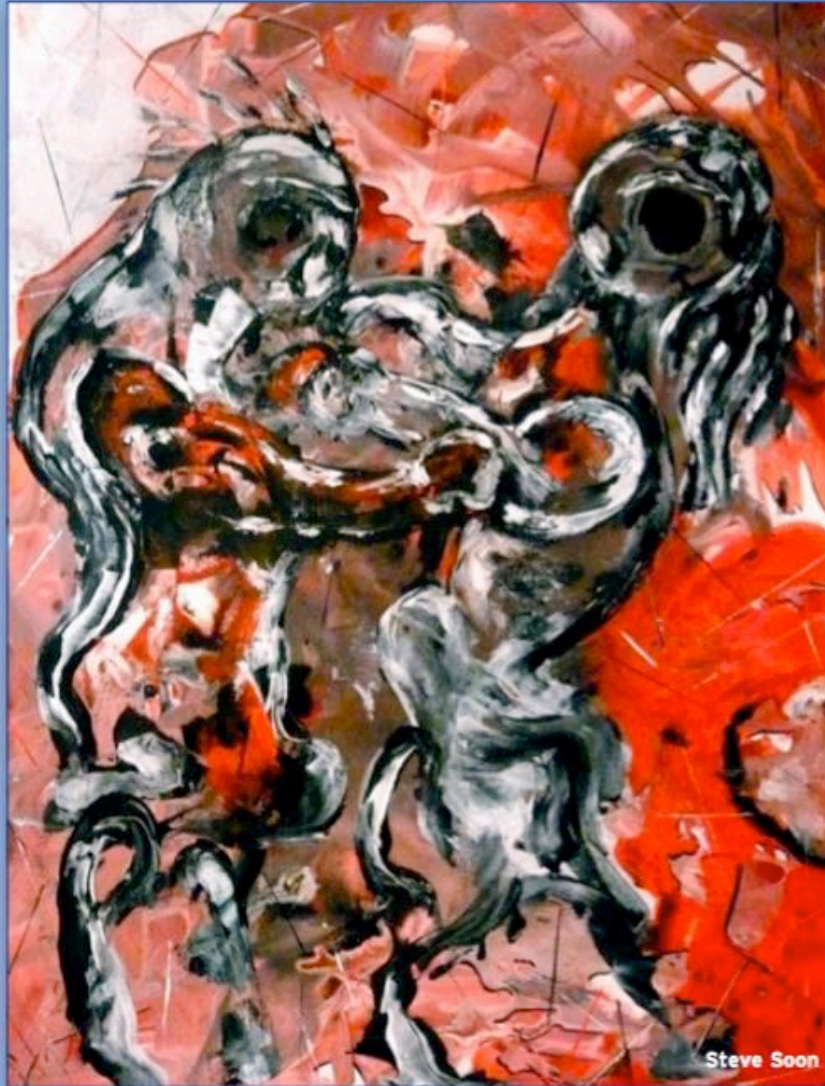
- Bronisch T, Klerman GL (1991) Personality functioning: Change and stability in relationship to symptoms and psychopathology. Journal of Personality Disorders 5: 307-318
- Bronisch, T (2000) Chronische Suizidalität bei Persönlichkeitsstörungen. Krankenhauspsychiatrie 11/2, S86-S91
- Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckl Ch (2009) Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta. 4. Auflage
- Bronisch T (2011) Suizidalität. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Dulz B, Hertz S, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York, Schattauer: 406-411
- Bronisch T (2012) Krisenintervention bei Suizidalität. Psychotherapie im Dialog 13: 15-20
- Bronisch T, Frank M (2014) Narzissmus, Depression, Suizidalität. Psychotherapie 19: 137-150
- Bronisch T (2016) Suizidalität. In: Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (Dulz B, Briken P, Kernberg OF, Rauchfleisch U, eds). Stuttgart: Schattauer, 323-333
- Hertz S, Habermeyer V, Bronisch T (2010) Kap. 66: Persönlichkeitsstörungen. In: Lehrbuch Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Berlin: Springer. 4. neu bearbeitete Auflage, 989-1059
- Kind, J. (1992). Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

24

24

Fortbildungsveranstaltung
Psychologische und ärztliche Psychotherapie
Forum für Persönlichkeitsstörungen
12. Symposium

Persönlichkeitsstörungen und Aggression



Die Referenten

Prof. Dr. Thomas Bronisch · PD Dr. Gerhard Dammann
Dipl.-Psych. Horia Fabini · Prof. Dr. Peter Fiedler
Dipl.-Psych. Rolf Kromat · Dr. Charlotte Ramb
PD Dr. Stefan Röpke

Weitere Informationen finden Sie auf der Website: www.forum-f60.de

Sonnabend, 12. November 2016 von 10.00 bis 16.00 Uhr

NEU

Max-Kade-Auditorium der Freien Universität Berlin
Henry-Ford-Bau, Garystraße 35, 14195 Berlin

NEU