

UPK

**Universitäre
Psychiatrische Kliniken**
Basel

Arzt-Patienten-Beziehung und Arbeit

Sicht eines Psychotherapeuten

PD Dr. med. Marc Walter, 11.12.2014
Rheinfelder Tage «Psychosomatik und Arbeit»





Auch Unternehmen können ausbrennen

Oft ist zu viel Stress im Job ein kollektives Problem. Brennt ein Mitarbeiter aus, folgen weitere. So kann eine ganze Firma unter Burn-out leiden.



(«ZEIT-ONLINE», 10. November 2014)

Schwierigkeiten im Umgang mit schweren Persönlichkeitsstörungen

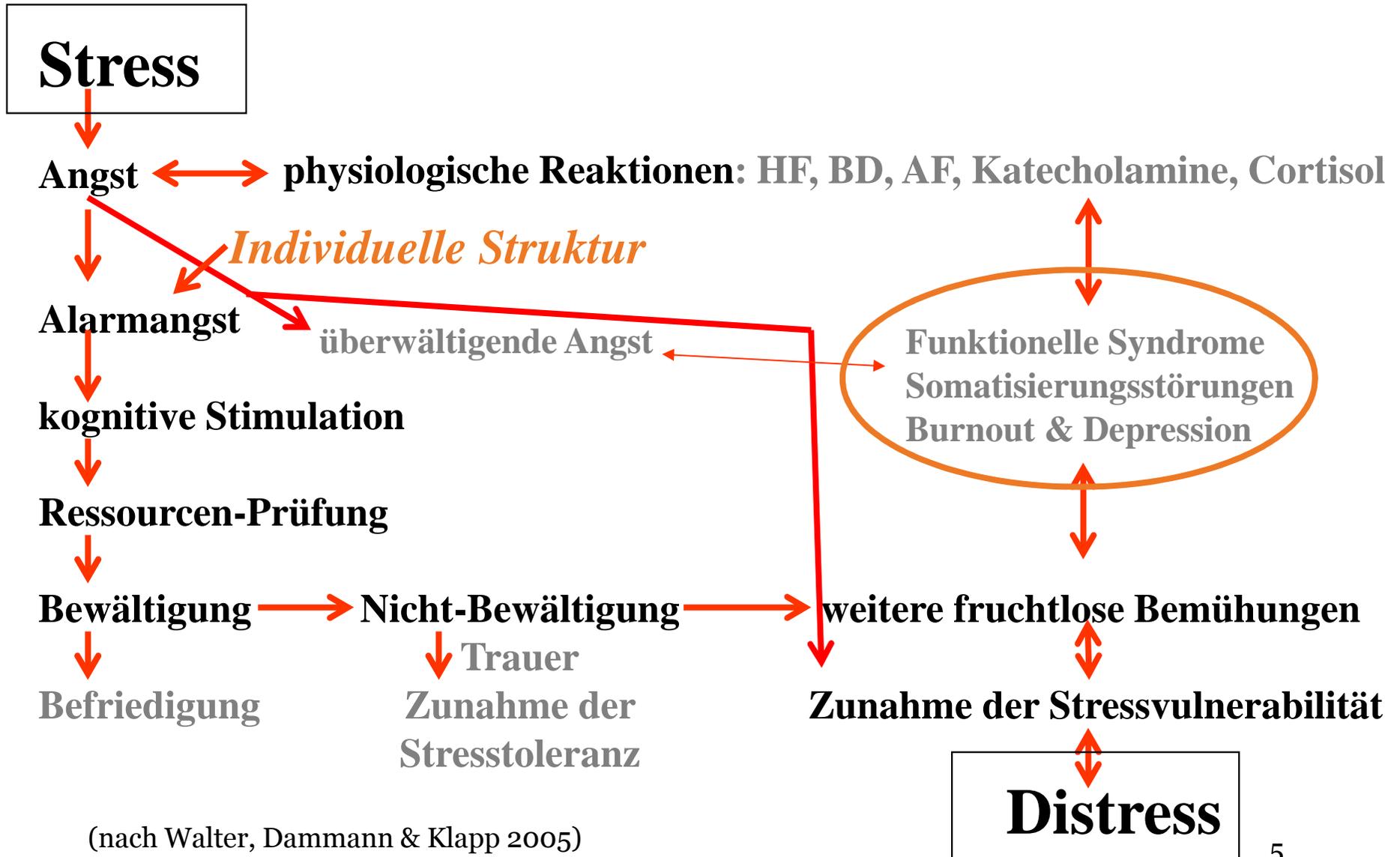
- **Arbeit** löst **Stress** aus und kann krank machen
- **Burnout, Depression und Psychosomatische Störungen** sind die häufigsten Folgen

Persönlichkeitsstörung:

Die Persönlichkeitsstruktur ist ein Indikator für die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation

Stress-Quellen: **ARBEIT**

Arbeit und Stress



Psychosomatik, Arzt-Patient-Beziehung und Persönlichkeitsstörung

Das zentrale Element der psychosomatischen Grundversorgung ist die Arzt-Patient-Beziehung und die Förderung der kommunikativen Kompetenz des Arztes

Die Arzt-Patient-Beziehung ist abhängig von der Persönlichkeitsstruktur und Persönlichkeitsstörung des Patienten



keine Persönlichkeitsstörung



Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen

Externalisierung



Aggression und antisoziales Verhalten

Internalisierung



Suizidalität und Selbstverletzung

(Kotov et al. 2011, Arch Gen Psychiatry)

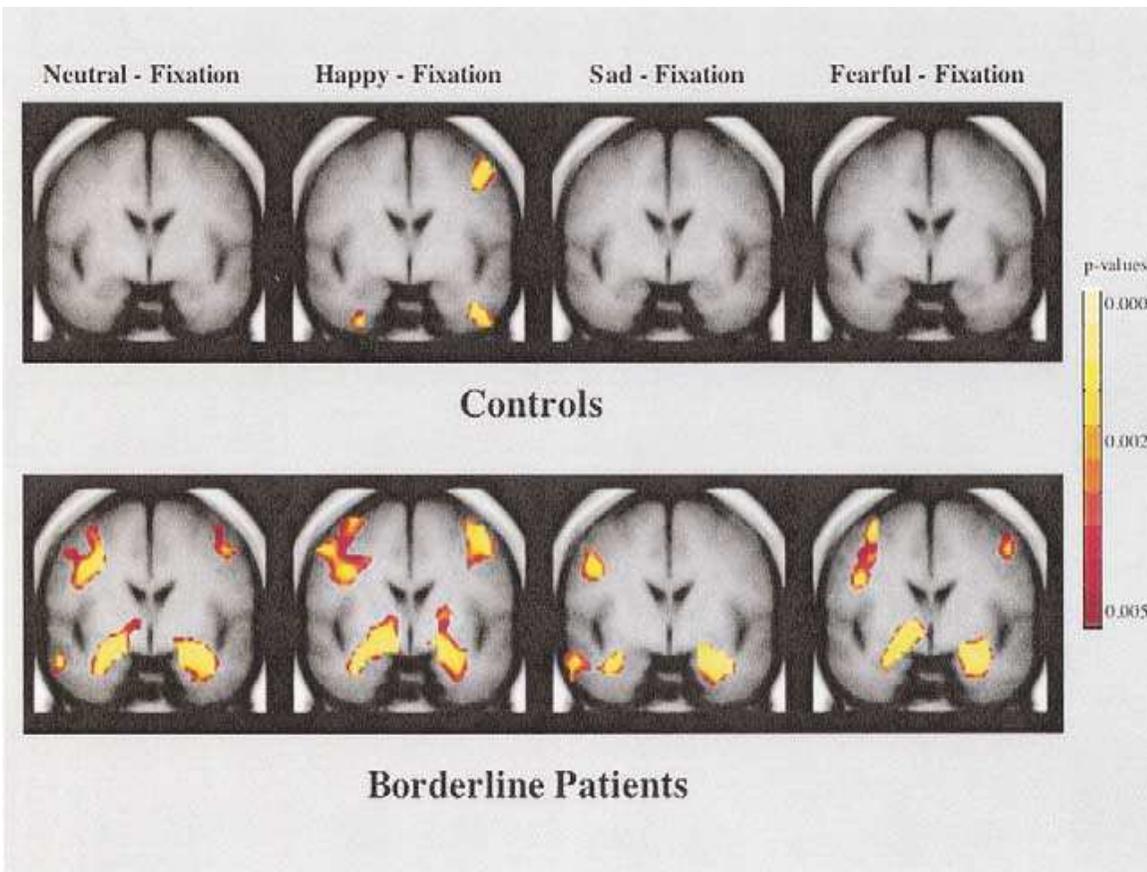
BPS Patient	Selbstbeschreibung	Beschreibungen anderer Personen	Geschichte von sich selbst	Typische Gefühle
1	„Ich bin impulsiv, fürsorglich“	„Egoistisch, intolerant“	„Habe ich dem verletzten Tier das Genick gebrochen“	„Schlechte Gewissen“
2	„Ich bin sehr feinfühlig“	„Andere sind nicht krank“	„Schöne Kindheit und dann ... Krankheit“	„Trauer“, „Verzweiflung“
3	„Sensibel, friedliebend“	„Böse, unsensibel und brutal“	„nie guten Erlebnisse“	„Ängste, „Wut“
4	„meistens freundlich und hilfsbereit“	„Aufbrausend, egoistisch“	„Stehe gerne im Mittelpunkt“	„Trauer“
5	„Ich bin freundlich, lieb, kontakt-freudig“	„Unfreundlich, unausgeglichene, böse“	„Werde ausgelacht“	„Angst“
6	„Ich bin freundlich, starken Willen“	„Oberflächlich“	„Ich lege viel Wert auf Kleinigkeiten“	„Melancholie“
7	„(Ich bin) geduldig“	„Zufrieden, glücklich“	„Hatte Erlebnisse von innerer Leere“	„Traurigkeit“, „Angst“
8	„Mir wird oft gesagt, dass ich stur bin“	-	„Nichts gesagt, im Zimmer geweint“	„Alle starken Gefühle“
9	„Ich kann gut helfen“	„Fröhlich, aufgestellt“	„Ich ging in die Küche und weinte“	„Ekel und Selbsthass“
10	„Zurückhaltend, setze mich für andere ein“	„Zufrieden, glücklich“	„Ich habe mich versteckt“	„Traurigkeit“
11	„Empfindlich, kann gut zuhören“	„Unternehmungslustig, gesellig“	„Ich wollte die Anderen unterhalten“	„Traurigkeit“
12	„grosses Einfühlungsvermögen“	„Dickköpfig, langweilig“	„Ich brauche eine lange Anlaufzeit“	„Melancholie“

THE SELF-IMAGE IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: AN IN-DEPTH QUALITATIVE RESEARCH STUDY

Gerhard Dammann, MD, MSc, MBA, Claudia Hügli, MD, Joseph Selinger, MD, MA, Daniela Gremaud-Heitz, MSc, Daniel Sollberger, MD, PhD, Gerhard A. Wiesbeck, MD, Joachim Küchenhoff, MD, and Marc Walter, MD

Im Interview Selbst-Beschreibung mit ausschliesslich negativen Emotionen

Negative Emotionen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung



Erhöhte emotionale Reaktivität mit Amygdala Aktivierung nach interpersonellen Reizen

(Donegan et al. 2003, Biol Psychiatry)

DSM-5 Persönlichkeitsstörungen

Cluster A	Cluster B	Cluster C
Paranoide Persönlichkeitsstörung	Antisoziale Persönlichkeitsstörung	Vermeidende Persönlichkeitsstörung
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Borderline Persönlichkeitsstörung	Dependente Persönlichkeitsstörung
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	Histrionische Persönlichkeitsstörung	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
	Narzisstische Persönlichkeitsstörung	

Identitätsproblematik und Beziehungsstörungen sind im Anhang / Sektion III des DSM-5 beschrieben (Schmeck et al. 2013)

Schwere Persönlichkeitsstörungen

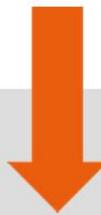
= mind. 2 Persönlichkeitsstörungen (NICE Clinical Guideline 2009)

Persönlichkeitsstörung mit Identitätsstörung (Kernberg 2006)

Persönlichkeitsorganisation	Identität	
Neurotische Persönlichkeitsorganisation Hysterische, Depressiv-masochistische und Zwanghafte PS	Gut integrierte Identität	
Borderline Persönlichkeitsorganisation	Identitätsdiffusion	Klinik
Narzisstische PS (0%-6%) Borderline PS (2%-6%) Antisoziale PS (3%-5%)	= nicht integriertes Konzept des Selbst und wichtiger Bezugspersonen	Widersprüchliche Selbstwahrnehmung Oberflächliche Wahrnehmung von anderen, chronische Leere

(Clarkin et al. 2003, Stinson et al. 2008, Goldstein & Grant 2009)

Aggressionen bei schweren Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen	Schweregrad	Identitätsdiffusion
<p>Narzisstische Persönlichkeitsstörung Muster von Grossartigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen</p>		<p>Selbst und Beziehungsstörungen, einige aggressive Anteile</p>
<p>Borderline Persönlichkeitsstörung Muster von interpersoneller und affektiver Instabilität und Impulsivität</p>		<p>..., starke abgespaltene Aggressionen</p>
<p>Antisoziale Persönlichkeitsstörung Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer</p>		<p>..., Wut und Hass, fehlende Empathie und Gewissen</p>

Schwierigkeiten im Umgang mit schweren Persönlichkeitsstörungen

... die emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Patienten/Patientin

1. Konkordante Gegenübertragung:

Therapeut identifiziert sich mit dem zentralen subjektiven Erleben der Patientin etwa mit dem Gefühl ein **Opfer** zu sein

2. Komplementäre Gegenübertragung:

Therapeut identifiziert sich mit dem abgespaltenen und projizierten Anteil (**Aggressiv-sadistisch**, „Täter“)

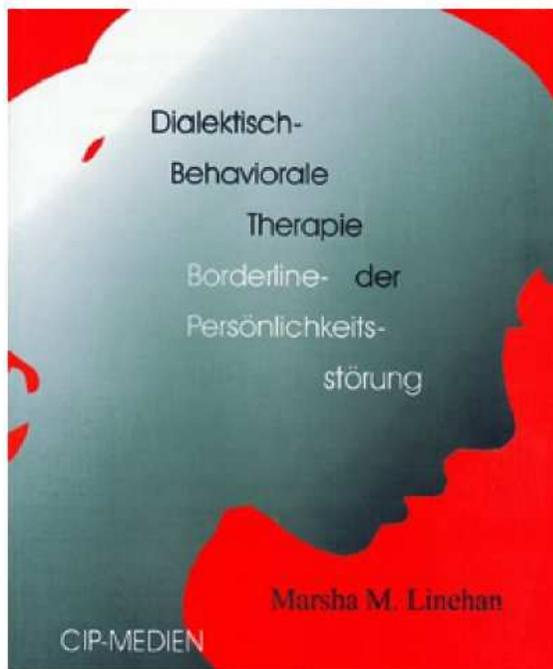
(Kernberg 2002)

Umgang mit schweren Persönlichkeitsstörungen

«Dialektisches Arbeiten in der Beziehung»

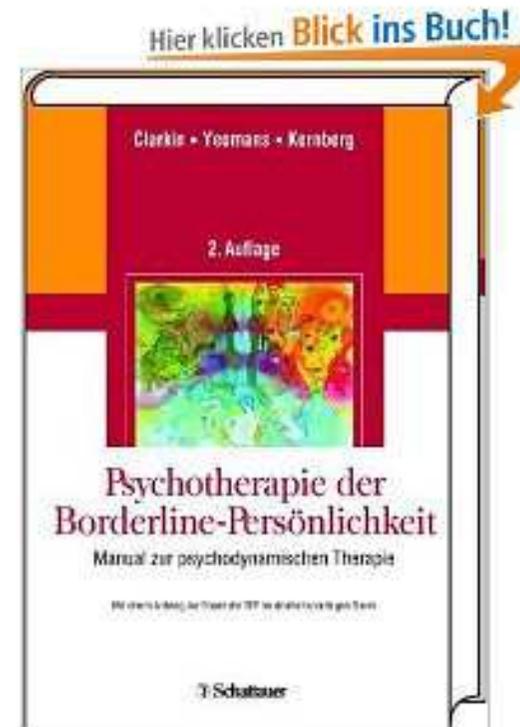
- › Therapeut achtet besonders auf die nonverbalen Signale
- › Therapeut benennt seine eigenen Emotionen
- › Therapeut *balanciert* zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung
- › Therapeut *balanciert* zwischen Einhaltung von Regeln und Flexibilität
- › Therapeut *balanciert* zwischen stützender und wohlwollend fordernder Haltung

Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen



Linehan.
CIP Medien, 1996

**DBT = Dialektisch-
Behaviorale Therapie**



Clarkin, Yeomans, Kernberg.
Schattauer, 2. Auflage, 2008

**TFP = Übertragungsfokussierte
Psychotherapie**
(Transference-Focused Psychotherapy)

Psychotherapie der Depression

«Zur Differenzialindikation zwischen den wirksamen Psychotherapien überprüfte eine Metaanalyse (Cuijpers et al. 2008) ... den lange Zeit aufrechterhaltenen Glauben, das alle Psychotherapien gleichermassen wirksam sind.

Verglichen wurden dabei bei leicht bis mittelschweren Depressiven die **KVT, supportive Therapie, psychodynamische Therapie, IPT, soziales Kompetenztraining**. Es gab keine Hinweise, dass eine bestimmte Therapie den anderen überlegen war...»

(Voderholzer & Hohagen 2014)

1. Psychotherapie und Arbeit ohne Persönlichkeitsstörung

- › **Depressive Stimmung und Erschöpfung mit Versagensgefühlen;** Antrieb- und Konzentrationsstörungen werden häufig berichtet
- › **Leistungsreduktion** den letzten Wochen und vermehrte Stresssymptome bei der Arbeit mit Schlafstörungen
- › Depressionen sind mit einer schwankenden Einschätzung der Leistungsfähigkeit verbunden: «Wie viel kann ich noch?», «Wie ist meine berufliche Perspektive?», «Muss ich durchhalten?», «Darf ich krank sein?»
- › **Fazit:** Behandlung der akuten **Depression** und berufliche Reintegration nach erfolgter (Teil-)Remission

1. Psychotherapie und Arbeit ohne Persönlichkeitsstörung

Fallbeispiel

53-jähriger Arzt kommt zur Behandlung seiner Erschöpfung in die Klinik, zunehmende Belastung am Arbeitsplatz, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen; Eine depressive Episode wird diagnostiziert

Wunsch nach rascher beruflichem Einstieg und Ambivalenz bezüglich Behandlungsdauer

2. Psychotherapie und Arbeit bei leichter Persönlichkeitsstörungen

- › **Beziehungsschwierigkeiten mit Selbstwertproblemen** zeigen sich bei der Arbeit; falsche Einschätzung der Arbeitsbelastung und Performance durch Selbstregulationsschwierigkeiten und Ängstlichkeit (narzisstische Störungen)
- › **Narzisstische Problematik** (Verletzungen, Kränkungen) kann bei Burnout und Depression zu **starken Regressionen** während der Krankheits- und Krisenphasen führen
- › **Fazit:** Konkrete Vorstellungen über den Rahmen und prozentuale berufliche Eingliederungen sowie frühzeitige Gespräche mit dem Arbeitgeber

2. Psychotherapie und Arbeit bei leichter Persönlichkeitsstörung

Fallbeispiel

35-jähriger Arzt kommt zur Behandlung seiner akuten Depression in die Klinik, Stress und Konflikte am Arbeitsplatz, Wunsch nach langer Auszeit

Orientierungslosigkeit und passive Aggressivität

3. Psychotherapie und Arbeit bei schwerer Persönlichkeitsstörung

- › Beziehungsstörungen mit **Aggression und Wut** (auch Entwertung und Langeweile) werden in der emotionalen Reaktion des Therapeuten manifest
- › **Beziehungsstörungen zeigen sich bei der Arbeit** – häufige Konflikte führen zu Ausscheiden, Krankheitstagen und Scheitern; häufig besteht eine **Arbeitslosigkeit**
- › **Fazit:** Motivation und stabile zwischenmenschliche Beziehungen als Erfolgsfaktoren für eine mögliche beruflichen Rehabilitation

3. Psychotherapie und Arbeit bei schwerer Persönlichkeitsstörung

Fallbeispiel

25-jähriger drogenabhängiger Patient mit narzisstischer und antisozialer Persönlichkeitsstörung, Sozialhilfe Empfänger, keine abgeschlossene Ausbildung, Umfeld drängt ihn zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit.

Fehlende Motivation für eine geregelte Arbeitstätigkeit

Psychische Störungen und Arbeit

Diagnose	Reaktion Therapeut	Arbeit	Vorgehen
Schwere Persönlichkeits- störung	Ärger, Angst, Langeweile, Desinteresse	Meist arbeitslos	«Krankschreiben» mit Perspektive
Persönlichkeits- akzentuierung	Unverständnis, Sorge	Regression, Kränkung Konflikte mit Arbeitgeber	«Verhandeln» und Gespräch mit Arbeitgeber
Depression und Burnout ohne komorbide Persönlichkeits- störung	Verständnis	Schuldgefühle, Insuffizienz- gefühle	«Über-Ich Entlastung», Konkrete Arbeits(ziele) verschieben

Zusammenfassung

- › Persönlichkeitsstruktur und -störung beeinflusst die Arzt-Patient-Beziehung und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit
- › Berufliche Perspektive und Behandlungsziele sind je nach Persönlichkeitsstruktur unterschiedlich
- › Psychotherapie sollte bei zusätzlicher Persönlichkeitsstörung angepasst werden

DANKE FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT

Marc Walter

Chefarzt

marc.walter@upkbs.ch

www.upkbs.ch

