

Depressive Persönlichkeitsstörung

In der klinischen Praxis treffen wir relativ oft Menschen mit spezifischen depressiven Gedanken, Erfahrungen und Verhalten – Sie sind durch Pessimismus, Dysphorie und übermäßige Kritik an sich selbst gekennzeichnet.

Dieses Symptom-Syndrom kann bei 20% der psychiatrischen Patienten einen grundlegenden "Stil" der Persönlichkeit darstellen. Das Konzept [Auf Seite](#) der "depressiven Persönlichkeit" und der damit verbundenen Zustände hat eine lange Geschichte in der klinischen Literatur, Klassifikationen und Philosophie. Vorschlag im Jahr 1994 in der Kategorie "Studien" depressive Persönlichkeitsstörung" (NESEM) im Anhang zu DSM-IV (Klassifizierung von psychischen Störungen der American Psychiatric Association) öffnet das Feld für weitere Forschung und theoretische Diskussionen über Punkt und Anstand sowie klinische Usability so formuliert Kategorien.

Bei der Differentialdiagnose von DZO sollte vor allem Dysthymie berücksichtigt werden. Darüber hinaus stellt die Differenzierung mit Dysthymie ein großes praktisches, theoretisches Problem dar, und Ihre Machbarkeit wird von einigen Klinikern bestritten. Besondere Aufmerksamkeit richtet sich auf die Position der starken Betonung auf die Aspekte der kognitiven und Verhaltensweisen (Selbstbild, Haltung und Verhalten gegenüber sich selbst und anderen), **DIE im Gegensatz zu den somatischen Aspekt (Veränderungen des Appetits, Schlafstörungen, Müdigkeit), die in den Erkennungskriterien von dystymii klarer betont werden. Beide Kriterienätze enthalten jedoch ein gemeinsames emotionales Element, dh eine verminderte Stimmung und ein kognitives, dh ein vermindertes Selbstwertgefühl.**



Ein wichtiges Unterscheidungselement kann die für eine Persönlichkeitsstörung charakteristische Selbstsucht der Symptome sein (der Patient stimmt grundsätzlich zu, wie er die Welt erlebt, ohne zu sehen, dass das Problem seine eigene Persönlichkeit betrifft). Ein weniger bestimmtes Element ist der Zeitpunkt Ihres ersten Auftretens, insbesondere in Bezug auf die sogenannte Dysthymie des frühen Beginns.

Darüber hinaus sollte die Differentialdiagnose einen depressiven "Stil" des Individuums umfassen, der sich auf die allgemein verstandene psychische Norm bezieht, und andere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere: Vermeidung, abhängige, Obsessive-komplexe und grenzwertige.

Merkmale von Menschen mit depressiven Persönlichkeitsstörungen-Beschreibungen verschiedener Autoren

- Über negative Lebensperspektiven nachdenken,
- Kein Sinn für Humor,
- Kleine Fähigkeit, Freude zu erleben,
- Sich auf die Misserfolge anderer zu konzentrieren und Sie zu kritisieren,
- Hartes Selbstwertgefühl und Selbstanzeige,
- Ein negatives Bild von Zukunft und Gegenwart und ein Mangel an glauben an die Möglichkeit positiver Veränderungen,
- Übermäßige Vorhersage von Fehlern,
- Unglück,
- Traurigkeit,
- Submission,
- Uneinsichtigkeit,
- Geringe Toleranz für eigene Schwächen und Misserfolge,
- Introversion,
- Mangelnder glaube an das verdienen des Glücks,
- Gefühl der Unzulänglichkeit,
- Übermäßige Verpflichtung,
- Sich selbst Vorwürfe machen,
- Niedergeschlagenheit,
- Düsterei,
- Sanftmut,
- Pessimismus.

Ursachen von depressiven Persönlichkeitsstörungen

Die Ursache von DZO ist unbekannt.

Es wurde vorgeschlagen, mehrere mögliche Frames Fragen, und so depressive Störungen der Persönlichkeit, die Sie darstellen können: 1) die schonendste von einpolige Formen der affektiven Störungen (Konzept Kontinuum oder Spektrum), 2) Variante (verbunden mit der Besonderheit, ausdauernd, über den frühen Beginn), depressive Störungen, 3) eine der speziellen Formen der Persönlichkeitsstörungen, 4) eine Unterart der dystymii, 5) Störung bündig mit dystymią oder 6) eine der Größe der Persönlichkeit. Beteiligt werden können, so dass sowohl biologische Faktoren (Achse podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa und Schilddrüse, Störung der Neurotransmission noradrenergicznej und serotoninerģicznej) und psychosoziale (frühe Verlust, Unzureichende Aufmerksamkeit seitens der Eltern, karzące Super-ego).



Therapeutische Auswirkungen

Derzeit haben wir keine forschungsbasierten Verhaltensstrategien für DZO. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Patienten von einer Antidepressivum-Therapie profitieren würde. Forschung und klinische Praxis zeigen, dass neue Antidepressiva, hauptsächlich aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), manchmal eine modifizierende Wirkung auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale haben.

Ebenso wird bei der Auswahl von psychotherapeutischen Strategien angesichts des Mangels an bewährten Methoden eine flexible Nutzung von psychotherapeutischen Angeboten zur Behandlung von Persönlichkeits- oder Stimmungsstörungen, insbesondere chronischer, längerer Depression, vorgeschlagen. Im ersten Fall wird der schematisch orientierte Ansatz (schema-focused approach) von Beck und Freeman und die schematisch orientierte Therapie (Schema-focused therapy) **von Young erwähnt. Im zweiten sogenannten.**

Das MC-Cullough – System der kognitiven Verhaltensanalyse (cognitive Behavioral Analysis System Of Psychotherapy (CBASP), das Interventionen aus verschiedenen Ansätzen kombiniert-Behavioral, kognitiv, zwischenmenschlich und psychodynamisch.

Persönlichkeitsstörungen sind keine Probleme der ersten Welt, Sie sind genauso problematisch wie somatische Krankheiten.

Natürlich hätten wir nicht gedacht, dass uns jemand schräg ansah oder dass sich die Emotionen bei uns bewegten. Nur das ist kein Argument. Das ergibt sich direkt aus der Hierarchie der Bedürfnisse. Es ist bekannt, dass, wenn meine Sicherheit, mein Leben oder ich keine Woche gegessen habe, ich andere Prioritäten habe als die psychische Gesundheit. Aber das bedeutet nicht, dass ich gesund bin, ich muss nur zuerst Essen.

Persönlichkeitsstörungen können bis zu 12% oder sogar in einigen Studien 15% betroffen sein! Menschen in der Allgemeinen Bevölkerung, dh das Problem betrifft mehr Menschen als Depressionen und Angststörungen, die 6% und sogar Typ-1-Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach 3% in der EU betreffen (Volkert, 2018). Leider ist das immer noch ein heruntergespieltes Problem. Die WHO ist nicht in Global Burden of Disease eingetragen, also eine Studie über die Globale Krankheitslast.

Daher, unser Blog oder unsere Stiftung, wollen wir wirklich daran arbeiten, das zu ändern, auch in unserer bescheidenen Art und Weise, zu lehren, darüber zu sprechen.

Schwierige Diagnose

Zunächst einmal müssen wir uns daran erinnern, dass Menschen mit BPD sehr vielfältig sind, auch wenn Sie einen Test auf unserer Website durchführen, wo wir die diagnostischen Kriterien, die wir bei der Diagnose leiten, ein wenig erklärt haben, ba! Selbst die Menschen, mit denen wir arbeiten und die tatsächlich eine Borderline-Diagnose haben und die aus ähnlichen, sagen wir, Familien oder ähnlichen Alters stammen, sind immer noch völlig anders. **Warum?**

Denn das System der diagnostischen Kriterien-Ihre 9-gibt 256 Kombinationen, und wenn wir dazu sehr häufige Begleiterkrankungen anderer Persönlichkeitsstörungen sowie andere Probleme (Depression, ADHS, Angststörungen, bipolare Störung, Angststörungen, sucht, dann haben wir wirklich eine sehr vielfältige Gruppe.

Daher kann eine genaue Prognose erst nach der Anamnese und Diagnose gegeben werden. 16-50% der Menschen mit BPD), die auch unter mittelschwerer Depression leidet, und eine ganz andere Person, die eine Grenze hat, und dafür viele Funktionen narcystyczny und histrioniczny sowie eine starke Alkoholabhängigkeit. Im letzteren Fall kann eine Person nicht zu Versammlungen kommen, keine körperlichen Übungen machen usw.



Natürlich muss das nicht so sein, und viele Male nehmen solche Menschen auch am Unterricht teil und sind in der Lage, an sich selbst zu arbeiten und sich zu verändern, ich werde nur Beispiele geben. Darüber hinaus werden Sie selbst sehen, wie hoch die begleitende Pathologie zusätzlicher Störungen ist:

Borderline-Begleiterkrankung

Die Komorbidität der Störungen ist sehr hoch, aber die Forschung unterscheidet sich untereinander (wenn Sie also andere Prozentsätze in unseren anderen Artikeln finden, ist das nicht überraschend).

Zahl ich основываю auf die 2 wichtigsten Quellen, Artikel in psychiatrictimes (mit vielen verweisen auf Literatur) und einer großen Studie 34653 Mann aus dem Jahr 2008, diese Studie aus den USA. Wir haben keine solche Forschung.

- jede affektive Störung (75-96%)
- depressive Störungen (71-83%)
- Essstörungen (7-26%)
- Störungen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch, einschließlich Alkohol (50-72%)
- PTSD posttraumatische Belastungsstörung 25-58% (Scheiderer, 2015)
- sexueller Missbrauch in der Kindheit, PTSD+BPD 36% (doppelt so viele Frauen), nur BPD 18,43% (4-mal mehr Frauen), nur PTBS 19,52% (4-mal mehr Frauen) (Scheiderer, 2015)
- Angststörungen (88%)
- jede andere Persönlichkeitsstörung (73,9%)
- vermeidende Persönlichkeitsstörung (43-47. 4%)
- abhängige Persönlichkeitsstörung (16-50.7 %)
- zwanghafte Persönlichkeitsstörung (18.2% - 25.7%)
- paranoide Persönlichkeitsstörung (13.7% – 30.3%)
- ADHS (33%) Quelle