

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

4.10.6 HNO-Erkrankungen

CHRISTIAN HAERKÖTTER UND WOLFGANG HILLER

1 Einleitung

Die für die psychotherapeutische Arbeit relevanten Erkrankungen auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde sind vereinfachend in drei Gruppen zu unterteilen. Die erste Gruppe bilden Beschwerden, die aufgrund ihres rein funktionellen Charakters als somatoforme Störungen gesehen und behandelt werden. Dazu gehören etwa das Globusgefühl („Kloß im Hals“), Räusperzwang, verschiedene Parästhesien im HNO-Bereich sowie vor allem die funktionelle Aphonie (Sprachstörungen bei funktionsfähigen Sprachorganen), die psychogene Hörstörung und der psychogene Schwindel.

Eine zweite Gruppe kann man in Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit sehen, wie sie sich aus Stimm- und Sprachstörungen oder hochgradigen, mitunter progredienten Schwerhörigkeiten ergeben. Die Therapie oder Kompensation dieser Störungen ist zwar vorrangig das Arbeitsgebiet anderer Gesundheitsberufe (Phoniater, Logopäden, Hörgeräteakustiker), eine psychotherapeutische Begleitung der Bewältigung dieser Behinderungen oder ihrer Folgen kann aber in manchen Fällen sinnvoll sein, wird allerdings hauptsächlich im Rahmen spezieller stationärer Angebote realisiert.

Im folgenden Text soll auf eine Gruppe von Störungen eingegangen werden, bei denen entweder diagnostizierbare organische Grunderkrankungen oder doch zumindest Hypothesen über einen ursächlichen pathophysiologischen Prozess vorliegen. Diese drei Störungen sind gleichzeitig die, mit denen Psychotherapeuten in ihrer alltäglichen Arbeit am häufigsten konfrontiert werden: Tinnitus, Hörsturz und Morbus Menière. Gerade in der Therapie des chronischen Tinnitus ist in den letzten Jahren ein sprunghafter Zuwachs an neuen Ansätzen und den entsprechenden wissenschaftlichen Publikationen zu verzeichnen. Diese Tatsache findet ihren praktischen Niederschlag in der Neugründung einer beachtlichen Zahl von ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen, so dass von einer steigenden Bedeutung dieses Störungsfeldes für die psychotherapeutische Arbeit gesprochen werden kann. Die Besprechung dieses Störungsbildes wird dementsprechend zunächst ausführlicher erfolgen, bevor noch kurz auf Hörsturz und Morbus Menière eingegangen werden kann.

2 Tinnitus

2.1 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1.1 Hauptmerkmale

! **Merke:** Als Ohrgeräusch oder Tinnitus wird jede Wahrnehmung akustischer Signale bezeichnet, die nicht auf entsprechende externe Schallquellen zurückzuführen ist.

Tinnitus ist keine eigenständige Erkrankung, sondern kann als Symptom verschiedener Störungen im akustischen System entstehen. In der überwiegenden Anzahl der Fälle kommt es jedoch nicht zur Diagnose einer ursächlichen Erkrankung. Die wahrgenommenen Geräusche können sehr unterschiedlicher Natur sein (Rauschen, Klingeln, Brausen, Hämmern ...), es dominieren hochfrequente Pfeifgeräusche. Wahrgenommen wird Tinnitus auf einem oder beiden Ohren, nicht selten auch mitten im Kopf. Tinnitus als vorübergehendes Phänomen ist häufig, in seiner chronischen Form kann er mit schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens einhergehen. Nur selten ist Tinnitus auf wirklich gefährliche körperliche Erkrankungen zurückzuführen.

Vom in den meisten Fällen vorliegenden subjektiven Tinnitus abzugrenzen ist der seltene „objektive Tinnitus“. Bei diesem ist die Geräuschwahrnehmung auf tatsächliche Schallquellen im Körper zurückzuführen, die auch von außen hörbar sind oder hörbar gemacht werden können (z.B. pulssynchrones Klopfen bei Stenosen der Halsschlagader).

2.1.2 Epidemiologie

Sichere Angaben zur Epidemiologie des Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland ergab eine im Auftrag der Deutschen Tinnitus Liga DTL e.V. durchgeführte repräsentative Telefonumfrage (Pilgramm et al., 1999). Etwa ein Viertel der Bevölkerung im Alter von über 10 Jahren hatte demnach jemals Ohrgeräusche (24,9%), bei 13% hielten sie 5 Minuten oder länger an. Die Punktprävalenz wird mit 3,9% angegeben.

! **Merke:** 2,7 Millionen (3,5%) Menschen in Deutschland haben Ohrgeräusche länger als einen Monat, nach den Daten der DTL sind diese Personen als chronische Tinnituspatienten anzusehen. 1,5 Millionen (1,99 %) sind durch ihr Ohrgeräusch mittel- bis zur Unerträglichkeit beeinträchtigt.

250.000 (0,33%) kommen jährlich nach Abzug der durchschnittlichen Sterberate und Erfolgstherapie als chronische Tinnituspatienten dazu (Inzidenz).

Zusammenhänge der Tinnitussymptomatik mit Geschlecht und anderen soziodemografischen Faktoren liegen nicht vor. Häufiger berichtete Korrelationen zwischen Lebensalter und Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ohrgeräusches sind durch den Einfluss von Lärm- und Altersschwerhörigkeiten zu erklären.

2.1.3 Onset und Verlauf

Ohrgeräusche können plötzlich oder schleichend entstehen, nicht in allen Fällen ist der Zeitpunkt der ersten Wahrnehmung unbedingt mit der Entstehung gleichzusetzen. In den meisten Fällen kommt es innerhalb kurzer Zeit durch Spontanremission oder akutmedizinische Maßnahmen zum völligen Verschwinden des Geräusches. Bleibt die Symptomatik jedoch länger als 6 Monate bestehen, wird vom chronischen Tinnitus gesprochen. Auch in diesen chronischen Fällen ist der weitere Verlauf in der Regel positiv, die anfängliche Beunruhigung weicht zunehmender Gewöhnung und Toleranz gegenüber dem Ohrgeräusch. Dieses kann zwar noch wahrgenommen werden, wird aber nicht mehr als Belästigung empfunden. In einigen Fällen jedoch gelingt diese Habituation nicht, das Geräusch wird als Störfaktor in der Kommunikation mit anderen und in eigenen Ruhephasen erlebt, mit ihm verbundene (Krankheits-)Ängste verstärken sich. Es resultieren ernsthafte Einschränkungen des individuellen Wohlbefindens und der Lebensqualität. Man spricht vom „komplexen“ oder „dekompensierten chronischen Tinnitus“.

Merke: Chronifizierungs- und Dekompensationsrisiken sind eingeschränktes Hörvermögen, vorheriges Vorliegen von depressiver oder Angstsymptomatik und hohe subjektive Bedeutung des Ohrgeräusches für den Betroffenen.

2.1.4 Klinische Merkmale

Eine früher vermutete „Tinnituspersönlichkeit“ im Sinne einer Prädisposition aufgrund von Persönlichkeitseigenschaften konnte nicht belegt werden. Dekompensierte Tinnituspatienten scheinen verstärkt hypochondrische Tendenzen aufzuweisen, allgemein klagen Tinnituspatienten über mehr verschiedene körperliche Symptome als andere HNO-Patienten.

Hohe Komorbiditätsraten werden bei Tinnituspatienten besonders für depressive Störungen (60-80%) und Angststörungen (10-20%) berichtet. Es kann dabei nur bedingt von echter Sekundärsymptomatik die Rede sein, da bei einem Teil der Patienten Auffälligkeiten schon vor Auftreten des Ohrgeräusches bestanden.

Beklagt wird von den betroffenen Patienten vor allem der permanente Charakter der Geräusche. Die ständigen „Störgeräusche“ behindern sie in der Kommunikation, beim Hören und schränken die Konzentrationsfähigkeit empfindlich ein. Es resultieren private und berufliche Probleme. Auf der emotionalen Ebene stellen sich Hoffnungslosigkeit, Frustration, mitunter depressive Verstimmungen, ängstliche, aber auch gereizte und aggressive Reaktionen ein. Die Patienten fühlen sich ange-

spannt und unfähig, ihre Aufmerksamkeit vom Ohrgeräusch abzulenken. Begleitende somatische Beschwerden sind vor allem Schlafstörungen, aber auch Spannungskopfschmerzen, Magenschmerzen und Schwindelsymptomatik. Mitunter werden Folgen übermäßiger Medikamenteneinnahme berichtet, wobei die Medikamente gegen den Tinnitus direkt oder gegen die Folgeprobleme (z.B. die Schlafstörungen) gerichtet sein können.

Häufige Begleiterscheinung eines Ohrgeräusches ist die so genannte Hyperakusis, eine Überempfindlichkeit für alle Geräusche oberhalb eines bestimmten Lautstärkepegels. Die Hyperakusis wird mitunter von der so genannten Phonophobie unterschieden, einer panikartigen, mit ausgeprägter Vermeidung einhergehenden Reaktion auf bestimmte, meist als gesundheitsschädlich angesehene Geräusche. Beide Arten der Überempfindlichkeit sind nicht organisch im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität des Hörorgans.

2.1.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die medizinische Diagnostik beim akuten Tinnitus beschränkt sich in der Regel auf den Ausschluss einiger banaler (Ohrschmalzpfropf, Tubenkatarrh ...) sowie natürlich der wenigen potenziell gefährlichen Ursachen, insbesondere des Akustikusneurinoms (ein gutartiger Tumor am Hörnerv, der sich durch einseitige Schwerhörigkeit und Tinnitus bemerkbar machen kann). Weiterhin werden ggf. Einflüsse der Halswirbelsäule und des Kiefergelenks abgeklärt.

Um sich aus psychologischer Sicht einen Überblick über den Grad der Belastung und die individuelle Gewichtung der resultierenden Einschränkungen zu verschaffen, sollten verschiedene Instrumente zum Einsatz kommen. Ratsam erscheint ein schrittweiser Einsatz, so können sich weitere Schritte als überflüssig erweisen, wenn das im Fragebogen berichtete Belastungsniveau niedrig ist.

Merke: Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren bei Tinnitus

- Fragebögen, z.B. Tinnitus-Fragebogen (Goebel und Hiller, 1998)
- Interviews, z.B. Strukturiertes Tinnitus-Interview (Hiller et al., 2000)
- Tinnitus-Tagebücher mit visuellen Analogskalen (wie z.B. in Kröner-Herwig, 1997)

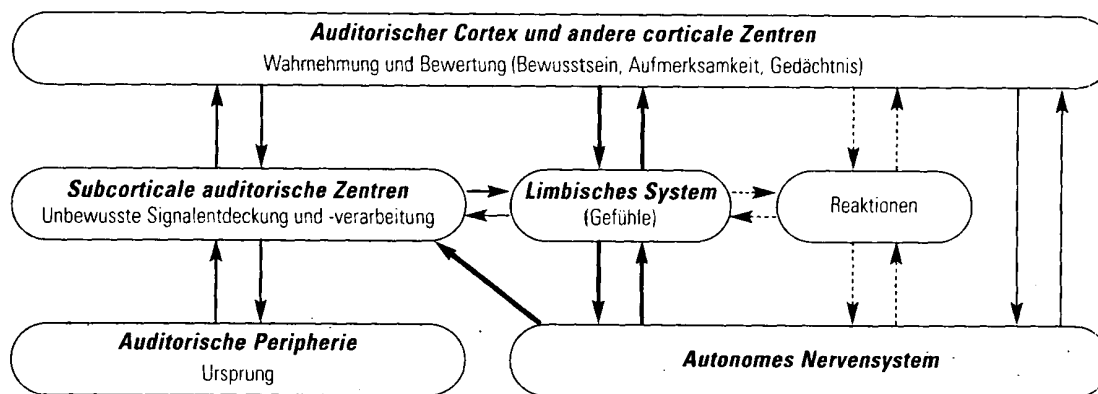
Angesichts der berichteten Komorbiditäten kann neben diesen störungsspezifischen Instrumenten natürlich nicht auf die gängigen diagnostischen Instrumente gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV verzichtet werden. Von psychotherapeutischer Seite wird die Tinnitussymptomatik nach ICD-10 unter F54 (psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten) eingestuft.

2.1.6 Störungsmodell

Aus medizinischer Sicht werden beim akuten Tinnitus analog zum Hörsturz in der Regel Ursachen auf cochleärer Ebene angenommen, meist im Sinne einer Mangelversorgung und daraus folgender Fehlfunktion der Haarzellen, diskutiert werden außerdem Autoimmunprozesse. Akutmedizinische Maßnahmen zielen dementsprechend hauptsächlich auf eine verbesserte Durchblutung bzw. Sauerstoffversorgung des Innenohres ab. Die

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

Abbildung 1: Das neurophysiologische Modell nach Jastreboff (1999)



Zweckmäßigkeit und der Erfolg dieser Maßnahmen gerade unter Berücksichtigung der Spontanremissionsrate sind umstritten. Zusammenhänge zwischen medizinisch-somatischen Faktoren wie bestimmten Tinnitusursachen oder Charakteristiken des Geräusches auf der einen und dem individuellen Belastungsgrad auf der anderen Seite fehlen.

Schon lange ist bekannt, dass ähnlich wie beim Schmerz auch bei einer angenommenen peripheren akuten Verursachung eines Ohrgeräusches zentrale Prozesse im Laufe der Chronifizierung immer wichtiger werden. Auf die dabei anzunehmenden psychischen Prozesse ging zuerst Hallam (1987) ein. Erst das neurophysiologische Modell von Jastreboff (1999) verband jedoch physiologische und psychologische Aspekte in einer Darstellung. Es ist darüber hinaus in der Lage, einige interessante und bis dato rätselhafte Befunde zum Tinnitus zu erklären (ein Beispiel dafür ist das so genannte Heller-Bergman-Experiment: Beim Großteil aller Menschen ohne Tinnitus lässt sich ein solcher auslösen, wenn man sie eine gewisse Zeit in einer schalltoten Kammer isoliert). Ungeachtet der Tatsache, dass Umsetzung und Evaluation der von Jastreboff (1999) und Hazell (1999) aus diesem Modell abgeleiteten Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) noch kontrovers diskutiert werden, kann das Modell als gesichert gelten. Als mögliche Tinnitusursache gilt nach diesem Modell jede (periphere) Irritation innerhalb des Hörsystems. Diese Irritation stimuliert alle beteiligten Hirnzentren zu vermehrter Aktivität (z.B. um das Defizit einer Schwerhörigkeit oder den mangelnden Signaleingang in der schalltoten Kammer auszugleichen). Durch diese Aktivitätssteigerung können „Arbeitsgeräusche“ des Hörsystems hörbar werden. Die Hyperaktivität der beteiligten Zentren manifestiert sich für die Betroffenen als Tinnitus und/oder Hyperakusis. Das neurophysiologische Modell macht nun auch eine Unterscheidung von gelungener und misslungener Tinnitusverarbeitung möglich. Der einmal entstandene oder besser wahrgenommene Tinnitus sollte im Laufe der Zeit eigentlich von den vorhandenen effizienten Filtermechanismen unseres Gehirns weitgehend ausgeblendet werden, da er weder wichtig noch neu ist. Dieser Habituation der Wahrnehmung entgegenwirken können jedoch zunächst inadäquate Bewertungen

des Ohrgeräusches als gefährlich, bedrohlich oder generell bedeutsam. Diese Bewertungen können zu intensiven emotionalen und autonomen Reaktionen führen, die gerade in der Akutphase schnell auf den Tinnitus-Reiz hin konditioniert werden.

2.2 Umsetzung in die klinische Praxis

Als Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung bei chronischem Tinnitus sind zunächst natürlich die HNO-ärztliche Abklärung, eine schwer wiegende Beeinträchtigung durch die Symptomatik und der Ausschluss anderer, primär behandlungsbedürftiger Störungen zu nennen. Immer sollte aber auch eine ausreichende Therapiebereitschaft sichergestellt werden, was praktisch vor allem bedeutet, dass der Patient oder die Patientin mit dem Therapieziel „psychologische Bewältigung statt medizinischer Heilung“ einverstanden sein muss.

Unter dem allgemeinen Therapieziel der Habituation muss zunächst der Abbau oder die Modifikation der emotionalen und autonomen Reaktionen auf den Tinnitus verstanden werden (Habituation der Reaktion). Gelingt diese, wird auf Dauer das Ohrgeräusch immer seltener oder leiser wahrgenommen (Habituation der Wahrnehmung), dies wird in der TRT durch die dort praktizierte Geräuschtherapie unterstützt. In der Forschung zur Psychotherapie bei chronischem Tinnitus haben sich Kombinationen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen mit Entspannungsverfahren (siehe z.B. das Manual von Kröner-Herwig, 1997) als erfolgreich herausgestellt. Fasst man deren wichtigste Elemente zusammen und erweitert diese um einige Punkte, die der neuere Ansatz der TRT (zur Praxis der TRT siehe Hesse, 2000) beisteuert, ergeben sich folgende Schwerpunkte für die klinische Praxis:

- Das neurophysiologische Modell nach Jastreboff eignet sich ideal zur **Erarbeitung eines Störungsmodells**. Aufgrund der somatischen Fixierung vieler Tinnituspatienten sollte diese Erarbeitung möglichst vor anderen therapeutischen Schritten erfolgen. Neben der anschaulichen Erläuterung und dem direkten Bezug des Modells auf die individuelle Symptomatik ist auch die Ableitung von Verhaltensimplikationen wichtig. Zen-

tral ist die Direktive „Stille vermeiden“. Den Patienten muss deutlich werden, dass das Gehör als Sinnesorgan ausreichend stimuliert werden muss, nicht übermäßig geschont werden darf, um seine regulativen Funktionen zu erhalten. Eine Anreicherung der akustischen Umgebung durch diverse Schallquellen ist also wünschenswert, bei Vorliegen einer Schwerhörigkeit folgt daraus die Notwendigkeit der Hörgeräteversorgung.

- Auch zum **Abbau von Ängsten und fehlerhaften Krankheitsmodellen** über Tinnitus, Hörsturz und verwandte Phänomene ist die Edukation wichtig. Häufig von Patienten vorgebrachte, nicht korrekte Annahmen über Tinnitus sind etwa „Tinnitus (Hörsturz) ist ein Infarkt im Innenohr“, „Der Tinnitus schädigt mein Gehör“, „Der Tinnitus wird immer lauter werden“.
- **Veränderung dysfunktionaler Kognitionen:** Es sind häufig typische dysfunktionale kognitive Bewertungen des Ohrgeräusches („Das Ohrgeräusch wird immer lauter werden, bis ich es nicht mehr aushalte“, „Wenn das Ohrgeräusch bleibt, kann ich nie mehr arbeiten“), die gerade in kritischen Situationen zu entsprechenden emotionalen Konsequenzen führen und einen angemessenen Umgang mit dem Ohrgeräusch und eine erfolgreiche Bewältigung der Situation verhindern. Diese sind anhand von Beispielsituationen sorgfältig zu explorieren und nach Möglichkeit zu modifizieren. Vorbedingung ist die Erarbeitung eines von den Patienten akzeptierten Störungsbildes, aus welchem klar hervorgeht, dass ungeachtet der individuell verschiedenen akuten Auslöser des Ohrgeräusches gleiche Mechanismen bei dessen Verarbeitung greifen.
- Erlernen von **Entspannungsverfahren:** Empfehlenswert sind hier alle Varianten der progressiven Muskelentspannung (PMR). Einzelne Patienten machen auch mit anderen Verfahren (AT, Meditation) gute Erfahrungen, ein Vorteil der PMR scheint jedoch in der aktiven Bewegung zu liegen, wodurch gerade in der Anfangsphase den Patienten die Lenkung der Aufmerksamkeit weg vom Tinnitus leichter möglich ist.
- Training der **Aufmerksamkeitslenkung:** Tinnituspatienten sind häufig auf das Hören als dominanten Sinneskanal und das Ohrgeräusch als wichtigstes Signal fixiert. Durch geeignete Übungen kann ihnen zum einen vermittelt werden, dass sie ihre Aufmerksamkeit gezielt auf andere Sinnesgebiete (Riechen, Schmecken, Fühlen, Sehen) lenken und diese Fähigkeit trainieren können. Zum anderen können ihnen Höreindrücke außerhalb des Tinnitus vermittelt und so die Prinzipien der Signalverarbeitung im Hörsystem, wie sie in der Edukation theoretisch zur Sprache kamen, praktisch veranschaulicht werden („Hörtraining“).
- **Abbau des Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens:** Nicht zuletzt aus der Befürchtung heraus, ihr Gehör schädigen zu können, ziehen sich viele Tinnituspatienten aus ihrem beruflichen und privaten Umfeld zurück bzw. vermeiden bestimmte Aktivitäten gezielt (Konzerte, größere Versammlungen ...). Bei der Änderung dieses nicht sinnvollen Schonverhaltens ist den Patienten eine langfristige Perspektive bzw. schrittweise Strategie zu vermitteln: Gerade bei den Tinnitus begleitender Hyperakusis wird die Konfrontation mit lauten Umgebungen zunächst als nicht angenehm erlebt, hier ist eine schrittweise Annäherung und langsames „Trainieren“ der Gehörs für diese Situationen notwendig.
- **Analyse funktionaler Beziehungen zum Tinnitus:** Das erwähnte Schonverhalten führt natürlich auch zu Vorteilen für die Betroffenen, zur Befreiung von unliebsamen Tätigkeiten

oder Aktivitäten. Um den Einfluss des Ohrgeräusches zurückzudrängen, ist eine Analyse dieser funktionalen Beziehungen zum Tinnitus unbedingt notwendig, wird aber nur dann fruchtbar sein, wenn alternative Lösungswege erarbeitet werden (so muss etwa der „Partymuffel“ lernen, seine Unlust offen zu artikulieren oder Kompromisse einzugehen, statt die Ohrgeräusche oder die Geräuschempfindlichkeit vorzuschieben, um eine Einladung auszuschlagen).

! Merke: Die zentralen Inhalte der Psychotherapie bei chronisch komplexem Tinnitus

- Erarbeitung eines Störungsmodells
- Abbau von Ängsten und fehlerhaften Krankheitsmodellen
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Vermittlung von Entspannungsverfahren
- Trainieren der Aufmerksamkeitslenkung
- Abbau des Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens
- Analyse funktionaler Beziehungen zum Tinnitus

Praktisch können alle diese Punkte sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie umgesetzt werden. Die Gruppentherapie hat ökonomische Vorteile und bietet die Möglichkeit zum Austausch der Patienten untereinander. Mitunter können aber Themen, die nicht direkt in Zusammenhang mit dem Tinnitus stehen, besser in einer begleitenden Einzeltherapie bearbeitet werden.

3 Hörsturz

! Merke: Von einem Hörsturz spricht man bei plötzlich einsetzender Hörminderung typischerweise auf einem Ohr.

Von den Betroffenen wird das Hören als „plötzlich dumpf“ oder „wie durch Watte“ beschrieben. Begleitet wird ein Hörsturz häufig von Ohrgeräuschen (60-90%), von Druckgefühl im Ohr (50%) und von Schwindelsymptomatik (30-40%). Es werden jährliche Inzidenzraten von 0,02% angegeben. Nach einem ersten Hörsturz kann die Prognose als günstig gelten, ca zum einen Rezidivraten von lediglich maximal 9% berichtet werden und zum anderen nur bei 10-20% eine bleibende Hörminderung zu erwarten ist. Die Zahl der Spontanremissionen liegt hoch (ca. 70%). Aus medizinischer Sicht entsprechen sich Hörsturz und akuter Tinnitus weitgehend in Differentialdiagnostik, ätiologischen Annahmen und akutmedizinischen Maßnahmen. Nicht selten entsteht ein Hörsturz in einer Phase großer Belastung oder aber aus der Ruhe direkt nach einer solchen Phase heraus. Subjektiv wird das plötzliche Geschehen als dramatisch erlebt, es wird von den Patienten häufig als erstes Erleben der eigenen Leistungsgrenze gedeutet. Dazu passt, dass die meisten Hörstürze im Alter zwischen 30 und 60 Jahren auftreten. Psychotherapeutische Hilfe suchen nur wenige Patienten wegen eines Hörsturzes. Dementsprechend liegen keine Therapieprogramme und allgemein nur wenige Studien zum Thema vor. Wichtigster Ansatzpunkt sind hier die von den Patienten typischerweise berichteten Belastungsfaktoren im privaten und beruflichen Umfeld.

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

Wie beim Tinnitus sollte die Therapie durch einige edukative Einheiten eröffnet werden, die vor allem dem Abbau der Angst vor vermeintlichen gefährlichen Grunderkrankungen und vor wiederholten Hörstürzen dienen. So wird der Hörsturz oft fälschlich als „Infarkt im Ohr“ bezeichnet. Einige Patienten kommen so zu der Überzeugung, sie hätten ein erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die eigentlich psychotherapeutischen Sitzungen sollten sich auf die Stressbewältigung konzentrieren, ergänzt durch Entspannungsverfahren.

4 Morbus Menière

! Merke: den Morbus Menière kennzeichnet die typische Symptomtrias:

- Drehschwindel- oder Schwankschwindelanfälle mit Übelkeit und Erbrechen,
- einseitiges Ohrgeräusch, Druck und Völlegefühl im Ohr und
- einseitige Schwerhörigkeit.

Das Syndrom verläuft in Schüben, wobei die Anfälle Minuten bis Stunden dauern und sich nach mehreren Tagen oder Wochen wiederholen. Die zunächst nur im Anfall auftretenden Symptome Tinnitus und Schwerhörigkeit bleiben nach wiederholten Anfällen bestehen, die Schwerhörigkeit in progredienter Form, so dass bei nicht behandeltem oder therapieresistentem Morbus Menière das betroffene Ohr im Laufe der Zeit ertauben kann. In diesem Fall kommt die gesamte Symptomatik mit „Ausbrennen“ des cochleären und vestibulären Systems zum Erliegen, häufig mit Ausnahme des Tinnitus. Betroffen ist fast immer nur ein Ohr. Der Hörverlust beginnt im Gegensatz zu anderen Schwerhörigkeiten im Tieftonbereich, analog sind die wahrgenommenen Ohrgeräusche auch eher von tieffrequenter Art (oft als Rauschen, Brummen oder Brausen beschrieben). Epidemiologisch werden Prävalenzen von maximal 0,1% geschätzt.

Als Ursache des Morbus Menière wird eine Zunahme der Endolymphe in Cochlea und Gleichgewichtsorgan angenommen („Hydrops“), also ein Anschwellen des Systems, welches starke Irritationen bzw. Beschädigungen der Sinneszellen zur Folge hat. Ähnliche Vorgänge kommen auch in abgeschwächter Form vor („Hydrops-Schwerhörigkeit“), ohne dass es zum Vollbild des Morbus Menière kommen muss. Die medizinische Therapie konzentriert sich dementsprechend auf die Regulierung des Flüssigkeitshaushalts im Innenohr (Diät, Diuretika ...), bei anhaltenden starken Beschwerden stehen auch einige invasive Methoden zur Verfügung. Eine Bestimmung des Erfolgs einzelner therapeutischer Maßnahmen wird durch die Unkalkulierbarkeit der Anfälle erschwert.

In der Reaktion der Betroffenen auf die Erkrankung stehen Ängste vor weiteren unvermuteten Anfällen, einem Fortschreiten der Symptomatik und den praktischen Folgen (Verlust der Fahrtüchtigkeit, Gefahr der Berufsunfähigkeit) im Vordergrund. Dabei beeinflussen sich die Grundsymptomatik (einschließlich organisch bedingten Schwindels) auf der einen und die Angst und die psychogenen Schwindelanteile auf der anderen Seite gegenseitig. Inzwischen liegen zum Morbus Menière fundierte psychosomatisch orientierte Therapieleitfäden wie der von Schaaf (1998) vor.

Im psychotherapeutischen Kontakt mit Morbus-Menièr-Betroffenen sollte zunächst ein klares Störungsmodell vermittelt werden. Ferner sind Maßnahmen zur Angstbewältigung sowie zur Bewältigung der mit der Störung verbundenen Stressfaktoren angezeigt. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf dem schubartigen Verlauf der Krankheit liegen. Ein wichtiges Therapieelement ist die Stärkung des Gleichgewichtssinnes insgesamt zur besseren Kompensation der Schwindelsymptomatik. Geeignet sind hier viele Übungen („Schwindeltraining“), wie sie in der entsprechenden Literatur geschildert werden. Aus dieser Perspektive ist auch ein allzu ausgeprägtes Schonverhalten kritisch zu hinterfragen.

5 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Was antworte ich auf die Frage, ob ein Ohrgeräusch jemals wieder verschwindet?
→ Wenn das Ohrgeräusch länger als 6 Monate vorliegt, ist ein „Verschwinden“ unwahrscheinlich, realistisch ist eine weitgehende Gewöhnung, so dass es kaum noch wahrgenommen wird.
2. Kann ich einem Patienten wirklich davon abraten, Gehörschutz zu benutzen, auch wenn sein Gehör doch so empfindlich ist?
→ Grundsätzlich kann ein Tinnitus-Betroffener seinem Gehör das Gleiche zumuten wie jeder andere. Aus den genannten Gründen sollte er dies auf längere Sicht auch tun.
3. Was mache ich, wenn ein Tinnitus-Betroffener nach über 12 Monaten noch akutmedizinisch (z.B. mit durchblutungsfördernden Mitteln) behandelt wird?
→ Grundsätzlich auf Kompetenz des Arztes verweisen, aber anregen, dass der Patient dieses Thema beim Arzt zur Sprache bringt, auch auf Widerspruch zwischen Medikamenten und Bewältigungsorientierung hinweisen. Anbieten, selbst Kontakt zum Arzt aufzunehmen.
4. Kann ich jemanden, der erst seit 4 Wochen unter Tinnitus leidet, zur Therapie annehmen?
→ Bei starkem Leidensdruck kann dies im Sinne einer Krisenintervention sinnvoll sein. Zu beachten ist jedoch der Widerspruch zwischen den Zielen medizinischer Maßnahmen und psychologischer Bewältigung sowie (vor allem in Gruppen!) die mögliche rasche Besserung der Symptomatik.
5. Welche Hilfe außerhalb der Therapie kann ich vermitteln?
→ Die Deutsche Tinnitus Liga DTL in Wuppertal unterhält in jeder größeren Stadt eine Selbsthilfegruppe, hier sind auch die Menière-Betroffenen richtig. Hilfreich in der psychotherapeutischen Arbeit sind außerdem Kontakte zu Ohrenärzten, Orthopäden, Zahnärzten und Hörgeräteakustikern, die sich mit Tinnitus gut auskennen.

6 Prüfungsfragen

1. Wie häufig oder selten ist Tinnitus?
2. Kann ein Ohrgeräusch Symptom lebensbedrohlicher Erkrankungen sein?

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

4.10.7 Gynäkologische Fragestellungen in der Verhaltensmedizin und Psychotherapie

ULRIKE EHLERT

1 Einleitung

Psychisches Erleben und daraus resultierendes Verhalten werden von einer Vielzahl von persönlichen Faktoren und Umweltbedingungen beeinflusst. Sowohl Männer als auch Frauen durchlaufen in ihrer individuellen Biografie charakteristische Phasen, die sich auf ihre sexuelle Reifung, Reproduktionsfähigkeit und Alterungsprozesse beziehen. Insbesondere für Frauen stellt die Zeit der Gebärfähigkeit einen bedeutsamen Lebensabschnitt dar, da Schwangerschaften, Geburten und die nachfolgende Zeit mit Kindern zu gravierenden Veränderungen des persönlichen Lebenskonzeptes führen können. Auch die Menopause ist durch das letztmalige Auftreten der Menstruation ein markantes Ereignis, da nach westlicher Kulturauffassung das nachfolgende Klimakterium ein deutlicher Hinweis auf das beginnende Altern ist. Die Besonderheiten der skizzierten Lebensabschnitte bestimmen je nach Lebensauffassung und psychosozialen Kontext in unterschiedlichem Ausmaß die individuelle Biografie von Frauen und können einerseits zu einem erfüllten Leben, andererseits zu sozialen, materiellen oder psychischen Problemen beitragen.

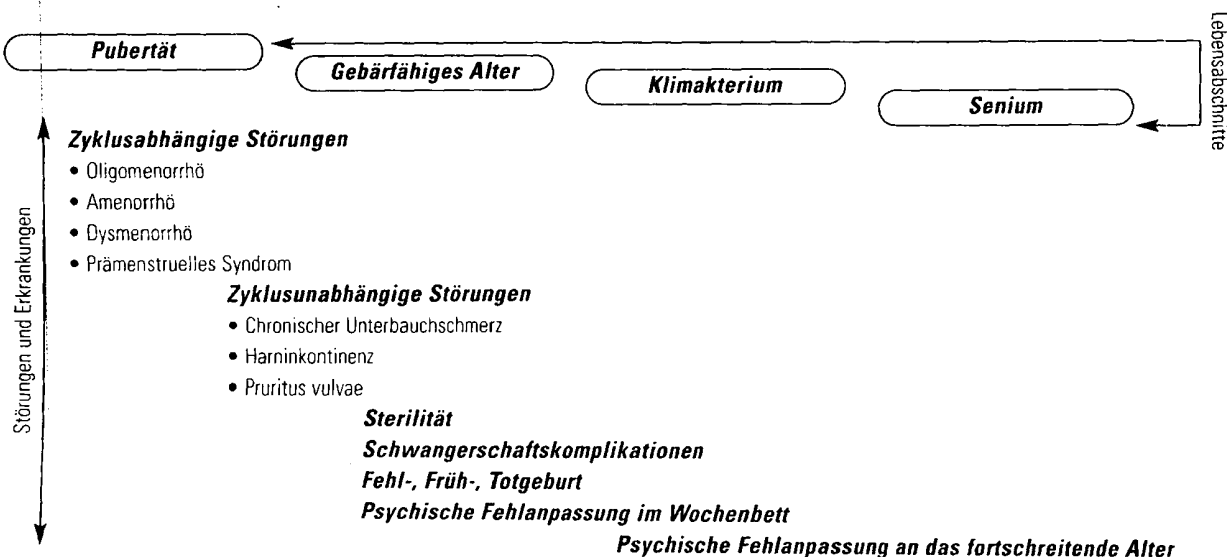
Merke: Im Rahmen von psychodiagnostischen Prozessen, Beratungsgesprächen und psychotherapeutischen Interventionen bei Frauen sollten die spezifisch weiblichen Lebensabschnitte mit ihren Besonderheiten nicht aus dem Auge verloren werden. Nicht selten trägt die Berücksichtigung gynäkologischer oder geburtshilflicher Aspekte zur Erklärung individueller Schwierigkeiten oder psychischer Störungen bei.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Das komplexe Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe lässt sich für psychodiagnostische und psychotherapeutische Fragestellungen entsprechend der in Abbildung 1 genannten Lebensabschnitte und der damit in Zusammenhang stehenden Störungsbilder bzw. Krankheiten gliedern.

In Abhängigkeit von der Art gynäkologisch-geburtshilflicher Interventionen variiert die Höhe der Prävalenz psychischer Störungen zwischen 10% (Frauen, die gynäkologische oder geburts-

Abbildung 1: Lebensabschnitte der Frau und damit in Zusammenhang stehende gynäkologische und geburtshilfliche Störungsbilder bzw. Krankheiten



hilfliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen) und 30% (Frauen, die sich aus kurativen Gründen in gynäkologische oder geburtshilfliche Behandlung begeben). Bei Patientinnen, die sich einer gynäkologischen oder geburtshilflichen Behandlung unterziehen, scheint somit ein hoher psychotherapeutischer Behandlungsbedarf zu bestehen. Es ist allerdings zu unterscheiden, ob es sich um Patientinnen handelt, bei denen aufgrund der medizinischen Diagnostik organische Ursachen der geburtshilflichen oder gynäkologischen Beschwerden ausgeschlossen sind (funktionelle Störungen), oder ob es sich um Patientinnen mit einer medizinischen Grunderkrankung handelt (z.B. gynäkologisches Karzinom), in deren Folge psychische Fehlanpassungen auftreten. Während bei der erstgenannten Gruppe psychotherapeutische Diagnostik und Interventionen krankheitsaufklärende und -beseitigende Funktionen besitzen, haben sie bei der zweiten Gruppe supportiven Charakter.

Bei der Gruppe von Patientinnen mit organischen Grunderkrankungen besteht die psychologische Diagnostik primär in der Erfassung und Beurteilung des psychischen Befindens und der Lebensbedingungen der jeweiligen Frau, um das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung infolge der Erkrankung aufzuklären. Die psychotherapeutische Mitbehandlung beinhaltet eine Vermittlung von Informationen über psychische Aspekte der jeweiligen Grunderkrankung und der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit den Krankheitsfolgen. Bei Patientinnen mit funktionellen Störungen dient die Diagnostik der Erfassung und Beurteilung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen der Erkrankung. Im Verlauf der psychotherapeutischen Intervention soll im ersten Schritt Einsicht in den Zusammenhang zwischen psychischen Bedingungen und körperlichen Beschwerden erreicht werden, und in einem zweiten Schritt sollen krankheitsfördernde Verhaltensweisen und Umweltgegebenheiten modifiziert werden.

Merke: Psychische Störungen treten bei circa 10-30% aller gynäkologisch-geburtshilflichen Patientinnen auf. Es ist dabei zu unterscheiden, ob es sich um körperliche Beschwerden ohne organische gynäkologisch-geburtshilfliche Ursache handelt oder ob eine gynäkologisch-geburtshilfliche Erkrankung vorliegt, in deren Verlauf eine psychische Fehlanpassung auftritt.

Im folgenden werden die in Abbildung 1 genannten spezifischen Lebensabschnitte bzw. die damit assoziierten Gruppen gynäkologischer Erkrankungen kurz skizziert; darüber hinaus wird jeweils eine Einordnung in diagnostische Klassifikationssysteme vorgenommen und es werden psychotherapeutische Behandlungsansätze genannt.

Zyklusabhängige Störungen

Zyklusabhängige Störungen beziehen sich auf Auffälligkeiten, die sich durch Besonderheiten der hormonellen Steuerung des weiblichen Zyklus erklären lassen. Es werden folgende Phasen des weiblichen Zyklus definiert: Die Follikelphase (präovulatorische Phase), die Ovulation, die Lutealphase einschließlich der

prämenstruellen Phase und die Menstruation. Die hormonellen Veränderungen, die den Ablauf des Zyklus bestimmen, sind hoch komplex und werden von verschiedenen Rückmeldekreisläufen zwischen Gehirn und Sexualorganen gesteuert (ausführlich in Runnebaum und Rabe, 1994). Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass das Gonadotropin-Releasing-Hormon (GnRH) im Hypothalamus episodisch freigesetzt wird und über das Pfortadersystem die Hypophyse erreicht. Dort führt es zu einer Sekretion des luteinisierenden Hormons (LH) und des Follikelstimulierenden Hormons (FSH). LH und FSH werden auch als Gonadotropine bezeichnet, die die Freisetzung von Östrogen und Progesteron in den Ovarien bewirken. Diese Sexualhormone nehmen via Rückmeldekreislauf wiederum Einfluss auf die Steuerung der o.g. Hormone im Gehirn. In der ersten Zyklushälfte kommt es kurz vor der Ovulation zu einem deutlichen Östrogenanstieg, in der zweiten Zyklushälfte wird in hohem Maß Progesteron freigesetzt. Hormone, die unter Stresseinfluss freigesetzt werden, z.B. Corticotropin-Releasing Hormon (CRH) oder Cortisol, können einen ungünstigen Einfluss auf das Zusammenspiel der Sexualhormone und ihre Releasinghormone nehmen. So ist beispielsweise bekannt, dass das CRH direkt und indirekt hemmenden Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse nehmen kann. Weiterhin wurde sowohl tier- als auch humanexperimentell belegt, dass körperliche Mangelzustände, wie beispielsweise Unterernährung, den weiblichen Zyklus negativ beeinflussen. Die Anorexia nervosa ist hierfür das gravierendste Störungsbild, das u.a. durch eine Amenorrhö (Anovulation und Ausbleiben der Menstruation) charakterisiert ist. Zyklusstörungen müssen sich jedoch nicht in jedem Fall so drastisch zeigen; vielmehr handelt es sich um Dysfunktionen, die sich auf einem Kontinuum anordnen lassen; in ihrer leichtesten Form lassen sich die Dysfunktionen durch den so genannten Lutealphasen-defekt (Progesteronmangel) charakterisieren, der sich u.a. in einem verlängerten Zyklus (Oligomenorrhö) äußert. Bei etwas ausgeprägteren Störungen der Hormonsekretion kommt es zu einer Anovulation (fehlender Eisprung, jedoch bestehende Menstruation), die gravierendste Störung ist die Amenorrhö.

Im Zusammenhang mit psychischen Störungen wird die Amenorrhö bei der Anorexia nervosa als ein Krankheitsmerkmal angeführt. Eine unregelmäßige Menstruation gilt als ein Symptom der Somatisierungsstörung nach DSM-IV.

Eine psychotherapeutische Behandlung von Zyklusstörungen erfolgt indirekt z.B. bei der Therapie von Essstörungen. Durch Steigerung des Körpergewichts bzw. durch die Normalisierung des Essverhaltens kommt es im Verlauf der Therapie oder im Anschluss an die Behandlung zu einer Normalisierung des Zyklusgeschehens.

Prämenstruelles Syndrom

Das Prämenstruelle Syndrom (PMS) umfasst einen Komplex typischer somatischer und psychischer Beeinträchtigungen, die regelmäßig 7 bis 10 Tage vor der Menstruation auftreten. Die Prävalenz des PMS variiert je nach Untersuchung sehr stark (25-80% aller gebärfähigen Frauen). Während die Mehrzahl der Frauen prämenstruelle Symptome als körperlich und psychisch kaum beeinträchtigend beschreibt, berichten 2-10% gravierende

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

Missempfindungen in der prämenstruellen Phase. Circa 70% der Frauen mit PMS leiden unter schmerzhaften Brustschwellungen, 45% zeigen Gewichtszunahmen aufgrund extrazellulärer Wasserretention, bei 30% treten Kopfschmerzen auf, und bei nahezu allen Frauen kommt es zu psychischen Veränderungen wie Reizbarkeit, Nervosität, Ruhelosigkeit, Leistungsabfall, Affektlabilität bis hin zur Depression (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder).

Psychodiagnostische Befunde verweisen beim Vergleich von symptomfreien Frauen mit Frauen, die unter stark ausgeprägtem PMS leiden, auf erhöhte Neurotizismuswerte und auf eine generell erhöhte Körperelbstaufmerksamkeit sowie auf ein ungünstigeres psychisches Befinden während des gesamten Menstruationszyklus, das sich vor der Menstruation noch deutlich verschlechtert.

Im DSM-IV ist das PMS keine zu diagnostizierende Fehlanpassung, wohingegen in der ICD-10 das PMS bei vorherrschend depressiver Symptomatik als rezidivierende kurze depressive Störung mit der Zweitkodierung „andere näher bezeichnete Umstände im Zusammenhang mit den weiblichen Geschlechtsorganen und dem Menstruationszyklus“ klassifiziert wird.

Bislang wird die psychotherapeutische Behandlung pragmatisch entsprechend den jeweils vorherrschenden Symptomen ausgewählt. So ist es sinnvoll, Patientinnen mit einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schmerzbewältigungstraining zu behandeln, während bei Patientinnen mit einer depressiven Verstimmung oder Frauen mit einem inadäquaten Ärgerausdruck entsprechende symptomorientierte Behandlungsansätze gewählt werden sollten.

Merke: Vom prämenstruellen Syndrom ist nur zu sprechen, wenn sich psychische Symptome nachweislich auf die Zeit vor der Menstruation beschränken (7 bis 10 Tage). Die psychotherapeutische Behandlung sollte sich an der vorherrschenden Symptomatik orientieren.

Dysmenorrhö

Mit dem Begriff Dysmenorrhö wird eine stark schmerzhafte Regelblutung beschrieben. Die Schmerzen beginnen meist einige Stunden vor dem Einsetzen der Periodenblutung, nehmen an Intensität zu und klingen innerhalb von zwei bis drei Tagen ab. Die Schmerzsymptomatik tritt krampfartig oder ziehend auf und geht häufig mit somatischen und psychischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Rückenschmerzen, Schwindel, innerer Unruhe und depressiver Gemüthsstimmung einher. Angaben zur Prävalenz variieren je nach Autor und untersuchtem Frauenkollektiv zwischen 10 und 15%. Ähnlich dem PMS handelt es sich bei der Dysmenorrhö um eine graduelle Symptomatik. Bei einem nicht unerheblichen Anteil betroffener Mädchen oder Frauen führt die Schmerzsymptomatik am ersten Tag der Periode zu einem Fernbleiben vom Schulunterricht bzw. dem Arbeitsplatz.

Die Ursachen der Dysmenorrhö können organisch oder funktionell sein. Psychodiagnostische Untersuchungen ergaben deutliche

Hinweise auf eine erhöhte Körperelbstaufmerksamkeit der betroffenen Frauen. Auch zeigen viele der Frauen ein antizipatives Schonverhalten, indem mit dem Einsetzen der Periode die alltäglichen Verpflichtungen aufgegeben werden.

In der ICD-10 wird die psychogene Dysmenorrhö (nach dem Ausschluss einer Dyspareunie und Frigidität) unter (a) andere somatoforme Störungen und (b) andere sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Erkrankung, klassifiziert. Im DSM-IV wird die Dysmenorrhö als ein Symptom der Somatisierungsstörung aufgelistet.

Eine Reduktion dysmenorrhöischer Beschwerden kann durch den Einsatz von verhaltenstherapeutischen Standardmethoden wie Entspannungsverfahren oder Aktivitätsaufbau erreicht werden. Zudem scheint körperliche Aktivierung ebenfalls zu einer Beschwerdereduktion zu führen. Im Vorfeld einer psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen mit Dysmenorrhö ist es jedoch notwendig, den Frauen zu verdeutlichen, dass es Alternativen zur Einnahme von schmerzreduzierenden Medikamenten gibt (Erzeugung einer Psychotherapiemotivation). Der präventive Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden, wie beispielsweise Psychoedukation, hat sich bei jungen Mädchen vor der Menarche als sehr wirksam erwiesen.

Merke: Bei dysmenorrhöischen Beschwerden sollte die psychotherapeutische Intervention auf eine Psychoedukation und eine körperliche Aktivierung abzielen.

Zyklusunabhängige Beschwerden

Chronische Unterbauchbeschwerden

Chronische Unterbauchbeschwerden (CUBB) sind zyklusunabhängige Schmerzen, die über mindestens sechs Monate hinweg bestehen. Die Prävalenzrate der Störung liegt bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter bei bis zu 40%, wobei circa 10% aller ambulanten gynäkologischen Konsultationen und nahezu 20% aller Laparoskopien (Bauchspiegelungen) auf CUBB entfallen. Leitsymptom der Störung sind drückende, ziehende oder stechende Schmerzen im Unterbauch, im Lendenwirbelbereich oder bis in die Extremitäten ausstrahlend, wobei die Schmerzen plötzlich oder permanent mit wechselnder Intensität auftreten können. CUBB können von verschiedenen weiteren Beschwerden wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Durchblutungsstörungen, Obstipation, Fluor, Dysurie, Mastopathie, Dyspareunie oder Anorgasmie begleitet werden. Darüber hinaus treten CUBB häufig mit weiteren funktionellen Beschwerden wie dem Colon irritabile oder dem chronischen Erschöpfungssyndrom auf.

Die häufigsten gynäkologischen Ursachen der CUBB sind Adhäsionen (Verwachsungen im Bauchraum), Endometriose (Wucherungen der Gebärmutter-schleimhaut) oder Infektionen, wobei die Prävalenzraten für die genannten Ursachen der CUBB stark variieren. In verschiedenen Untersuchungen fand sich bei bis zu 90% der laparoskopierten Patienten keine organische Ursache der Beschwerden.

Untersuchungen zur Psychopathologie der CUBB verweisen auf eine ausgeprägte Hypochondrie, Hysterie, Angstsymptomatik und Depression, ein starkes Somatisierungsverhalten sowie ungünstige Einstellungen zu Partnerschaft und Sexualität. In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich, dass bei nahezu allen Frauen mit CUBB chronische und/oder traumatische Lebenserfahrungen vorliegen. In einer Studie unserer Arbeitsgruppe berichten zwei Drittel der untersuchten Frauen mit CUBB, dass sie in der Kindheit oder dem Erwachsenenalter sexuell oder körperlich missbraucht wurden. Diese Frauen zeigen charakteristische endokrine Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, die sich durch zu niedrige Cortisolspiegel und eine Überempfindlichkeit des Rückmeldekreislaufes dieser Achse an das Gehirn beschreiben lassen. Diese endokrinen Auffälligkeiten erklären insofern die Schmerzsymptomatik, als ein zu niedriger Cortisolspiegel zu einer verstärkten Freisetzung von körpereigenen Schmerzbotenstoffen (Prostaglandinen) führt, die besonders im Unterbauch wirksam sein können (vgl. dazu ausführlich Ehlert et al., 1998). Erste Hinweise auf eine Beeinflussbarkeit dieser hormonellen Auffälligkeiten ergeben sich aus einschlägigen Psychotherapiestudien.

Entsprechend den diagnostischen Kriterien des DSM-IV und der ICD-10 sind CUBB als eine „somatoforme Schmerzstörung“ bzw. eine „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ zu klassifizieren.

Die psychotherapeutische Intervention ist zum einen auf eine Veränderung des Schmerzverhaltens, zum anderen auf eine Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse bzw. ein verändertes Copingverhalten im Umgang mit chronischen Stressoren auszurichten.

! Merke: Chronische Unterbauchschmerzen können mit einer Vielzahl unterschiedlicher körperlicher Beschwerden und Schmerzsyndrome einhergehen. Die Differenzialdiagnostik zwischen funktionellen gastrointestinalen Störungen und chronischen Unterbauchbeschwerden stellt sich häufig als schwierig dar. Liegen traumatische Erfahrungen vor, so sollte eine gezielte Diagnostik zur Abklärung einer posttraumatischen Belastungsstörung erfolgen. Zur Erzeugung von Psychotherapiemotivation sind die komplexen Zusammenhänge zwischen Stressoren und körperlichen Reaktionen darauf zu erläutern. Die weitere Therapie orientiert sich an der jeweiligen Differenzialdiagnose (z.B. somatoforme Schmerzstörung, posttraumatische Belastungsstörung).

Harninkontinenz

Ein unwillkürlicher Urinabgang bei unwiderstehlichem Harnrang kann unterschiedlichste urogenitale Ursachen haben. Es ist bekannt, dass bei circa einem Drittel aller älteren Frauen ein unwillkürlicher Harnabgang mit mehr oder minder starker Frequenz auftritt. Entsprechend der medizinischen Unterteilung in verschiedene Formen von Harninkontinenz scheinen bei der sog. Dranginkontinenz psychische Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt zu sein. Als bisher einziger konsistenter psychodiagnostischer Befund wurde in verschiedenen Untersuchungen

eine erhöhte Somatisierungsneigung bei den betroffenen Frauen beschrieben.

Eine diagnostische Zuordnung erfolgt in der ICD-10 unter der Kategorie „somatoforme autonome Funktionsstörung des urogenitalen Systems“.

Verhaltenstherapeutische Behandlungsmöglichkeiten der Dranginkontinenz zielen auf eine Veränderung der Urinergewohnheiten ab. Es lässt sich ein Übungsprogramm zur Modifikation des Urinierverhaltens (Bladder Drill) von Biofeedbackmethoden unterscheiden. Beim Bladder-Drill-Training wird mit der Patientin ein Zeitplan erstellt, um feste Termine für die Toilettenbenutzung zu definieren (z.B. morgens nach dem Aufstehen, danach jede halbe Stunde). Stellt sich unter dieser Bedingung Kontinenz ein, so werden die Zeitabstände zwischen den einzelnen Toilettengängen verlängert und an die individuellen Lebensgewohnheiten der Patientin angepasst. Der Einsatz von Biofeedback erfolgt im Rahmen der Zystometrie (Messverfahren zur Bestimmung der Harnblasenkapazität). Der Patientin werden per Monitor der Detrusordruck, die elektromyographische Aktivität und ggf. der Urethradruck bei Blasenfüllung gezeigt. Die Patientin lernt im Verlauf der jeweiligen Füllung die Blasenkontraktionen und den Detrusordruck zu verringern. Die Wirksamkeit beider Behandlungsverfahren hängt in einem besonders hohen Ausmaß von der Compliance der Patientin ab. In der Praktikabilität ist das Bladder-Drill-Training dem Biofeedbackverfahren deutlich überlegen.

Pruritus vulvae

Pruritus vulvae bedeutet Juckreiz im Bereich des äußeren Genitals. Die Ätiologie des Pruritus ist vielfältig, die Auswirkungen des Juckreizes sind jedoch nahezu gleich, da die Beschwerden durch Kratzverhalten häufig in einen Dauerschmerz übergehen. Mit einer verhaltensmedizinischen Diagnostik wird weniger auf die Verursachung als vielmehr auf die Aufrechterhaltung der Symptomatik abgezielt: Kratzverhalten im Genitalbereich verursacht kurzfristig eine Symptomlinderung, mittelfristig entstehen durch die Hautläsionen jedoch neue Infektionsherde wodurch neuer Juckreiz und letztendlich starke Schmerzen mit chronischen Infektionen entstehen können.

Verhaltensanalysen aus unserer Arbeit mit gynäkologischen Patientinnen ergaben, dass bei einigen Frauen mit Pruritus vulvae ohne aktuelles organisches Korrelat das Kratzverhalten erstmals infolge einer Infektion auftrat; nach Beseitigung der organischen Ursache durch eine medizinische Therapie wurde an den vormals betroffenen Stellen der Vulva jedoch weiterhin gekratzt. Dieses Verhalten trat besonders nach belastenden Ereignissen auf, wie z.B. nach Auseinandersetzungen mit dem Partner oder nach Belastungssituationen im Alltag.

Gemäß ICD-10 ist psychogenes Jucken der Kategorie „andere somatoforme Störungen“ zuzuordnen.

Die psychotherapeutische Intervention gestaltet sich wie folgt: Nach Erhebung einer Baseline (Beurteilung der Juckintensität, Registrierung des Kratzverhaltens, stichwortartige Beschreibung der aktuellen und der vorangegangenen Situation) werden

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

die Erhebungsprotokolle auf Gemeinsamkeiten der Auslösesituationen des Problemverhaltens überprüft. Die Besprechung der Analyseergebnisse soll eine Sensibilisierung der Patientin bewirken, ihr Verhalten in den betreffenden Situationen zu kontrollieren. Für Situationen, in denen die Frauen ein subjektiv kaum zu bezwingendes Kratzbedürfnis schildern, wird der Patientin nahe gelegt, auf ein Kratzen mit den Fingern zu verzichten und stattdessen ein kaltes, feuchtes Tuch auf die betreffenden Stellen der Vulva zu drücken. In Abhängigkeit von der Compliance der Patientin ist ein Rückgang der Hautläsionen und des Kratzverhaltens bereits nach einer Woche der Intervention zu beobachten.

Merke: Harninkontinenz und Pruritus vulvae lassen sich hocheffektiv mit verhaltenstherapeutischen Standardmethoden behandeln.

Klimakterium

Das Klimakterium (Wechseljahre) gilt als der Übergangszeitraum zwischen Gebärfähigkeit und Senium (ab dem 65. Lebensjahr) und setzt mit der Menopause ein. Die Menopause ist die letzte spontane Periodenblutung nach der mindestens ein Jahr lang keine weitere Menstruation mehr erfolgt (Durchschnittsalter circa 51 Jahre). Mit dem Klimakterium geht eine Reihe von hormonellen Veränderungen einher, die sich insbesondere durch einen deutlichen Abfall der Östrogen- und Progesteronproduktion und eine Zunahme der Gonadotropine charakterisiert sind. Nach Facchinetti et al. (1992) lassen sich die verschiedenen körperlichen Veränderungen und Beschwerden, die mit dem Klimakterium assoziiert sind, entsprechend der Auflistung in Tabelle 1 beschreiben.

Tabelle 1: Klassifikation klimakterischer Symptome (nach Facchinetti et al., 1992)

Symptome aufgrund des Östrogenmangels	Symptome aufgrund des fortschreitenden Alters	Symptome, die möglicherweise durch Östrogenmangel bedingt sind
Hitzewallungen	Rückenschmerzen	Migräne
Schweißausbrüche	Parästhesien	Schwindel
Vaginale Trockenheit	Depression	Häufiges Wasserlassen
Spannungskopfschmerz	Kognitive Störungen	Reizbarkeit
Inkontinenz	Libidoverlust	Interessenlosigkeit
		Geringes Selbstvertrauen
		Schlafstörungen
		Konzentrationsmangel
		Appetitsteigerung,
		Übergewicht

Primärsymptom des Klimakteriums sind Hitzewallungen. Davon sind circa 85% aller Frauen betroffen. Häufig gehen die Hitzewallungen mit Schweißausbrüchen einher. Subjektiv wird die Hitzewallung als ein plötzlich einsetzendes Gefühl der Wärme in

Gesicht und Nacken empfunden, das auf Rücken und Brust übergreift. Diese Empfindung hält mehrere Minuten an und wird häufig von einer sichtbaren Hautrötung der betroffenen Bezirke und von Schweißausbrüchen begleitet. Diese physiologischen Vorgänge werden als unangenehm empfunden und können mit Benommenheit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und Herzklopfen einhergehen. Postmenopausale Frauen wachen aufgrund von Hitzewallungen nachts circa dreimal häufiger auf als prämenopausale Frauen. Die Folge mehrmaligen nächtlichen Erwachens kann ein chronischer Schlafentzug sein, der subjektiv empfundener Erschöpfung, Reizbarkeit und negativer Stimmung Vorschub leisten kann.

Atrophische Veränderungen der Vagina infolge des Östrogenmangels führen zu Schrumpfungen und Trockenheit der Scheide. Die gesamte Mikrobiologie der Vagina verändert sich, wodurch Infektionen (Vaginitis) leichter auftreten können. Diese körperlichen Veränderungen können in mangelnder sexueller Appetenz, Störungen der sexuellen Erregung oder Dyspareunie resultieren. Regelmäßiger Geschlechtsverkehr scheint mit einer geringeren Scheidenatrophie einherzugehen. Allerdings ist aus verschiedenen Untersuchungen bekannt, dass die sexuelle Aktivität klimakterischer Frauen weniger vom Ausmaß ihrer Libido beeinflusst wird, als auf den Mangel eines adäquaten Partners zurückzuführen ist (z.B. aufgrund von Krankheit, Scheidung oder Tod des Partners).

In einer Studie an mehr als 2500 Frauen wurde nachgewiesen, dass es keine Depression des Klimakteriums gibt (Avis et al., 1994). Eine Depression in der Zeit des Klimakteriums scheint nur gehäuft bei Frauen aufzutreten, die bereits früher in ihrer Biografie eine depressive Phase erlebt hatten. Auch zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Höhe der Östrogenspiegel und dem Ausmaß an Depressivität.

Es findet sich keine spezifische Erwähnung des Klimakteriums bzw. der damit assoziierten Symptome in ICD-10 oder DSM-IV. Sexuelle Probleme oder depressive Symptome werden eigenständig, ohne Erwähnung des Klimakteriums, klassifiziert.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen für die gezielte Therapie klimakterischer Beschwerden existieren für die Behandlung von Hitzewallungen. Einerseits kann ein Temperatur-Biofeedback entsprechend der Behandlung von Patienten mit Morbus Raynaud eingesetzt werden, andererseits scheinen Entspannungsverfahren und Autosuggestionstechniken mit „kühlen“ Imaginationen sowie Kontingenzverstärkung durch den Partner Erfolg versprechend zu sein.

Psychotherapeutische Interventionen sind bei Frauen im Klimakterium besonders dann notwendig, wenn ein ausgeprägtes Somatisierungsverhalten mit oder ohne depressive Gemütsstimmung vorliegt oder die Frauen unter Sexualstörungen leiden. Weiterhin sollte Psychotherapie angeboten werden, wenn Lebensumstände reaktiv zu Depressionen führen oder Patientinnen psychisch dekomensieren, da sie sich nicht der Lage sehen, ihr Leben im höheren Alter aktiv zu planen. Präventiv kann für die Planung eines sinnerfüllten Lebens im dritten Lebensabschnitt der Einsatz von Vorbereitungsseminaren auf das Älterwerden sinnvoll sein.

Merke: Das Klimakterium ist ein wichtiger Lebensabschnitt von Frauen und ist keine Krankheit! Psychotherapeutische Interventionen können sinnvoll sein, wenn Frauen einzelne körperliche Symptome des Klimakteriums als Beschwerden erleben und/oder wenn sich aus den veränderten Lebensumständen des mittleren Erwachsenenalters besondere psychische Belastungen ergeben.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Die vorangegangenen Ausführungen beziehen sich auf die wichtigsten gynäkologischen Fragestellungen, mit denen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im beruflichen Alltag konfrontiert werden können. Grundsätzlich gilt, dass „frauenspezifische“ Fragestellungen sehr häufig direkt oder indirekt in der Psychotherapie eine Rolle spielen. Aus diesem Grund sind die Besonderheiten der weiblichen Entwicklung über die gesamte Lebensspanne hinweg zu berücksichtigen. Allerdings zeigen die meisten Menschen eine natürliche Scham, intime Dinge wie sexuelle Probleme, Missbrauchserfahrungen oder einen subjektiv erlebten Attraktivitätsverlust aufgrund des fortschreitenden Alters dem Therapeuten bzw. der Therapeutin mitzuteilen. Wie oben ausgeführt, ist es jedoch bei bestimmten Störungsbildern für den therapeutischen Prozess entscheidend, derartige Inhalte zu explorieren und die potenzielle Bedeutsamkeit für das individuelle Störungsmodell herauszuarbeiten. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, einerseits ein vertrauensvolles Verhältnis zu der jeweiligen Patientin aufzubauen und andererseits in einer vorurteilsfreien Atmosphäre über diese intimen Angelegenheiten sprechen zu können. Die Therapeutin bzw. der Therapeut hat Modellfunktion. Sind sie entspannt und können professionell ohne eigene Scham mit der Patientin über die mit gynäkologischen Fragestellungen zusammenhängenden Inhalte sprechen bzw. diese explorieren, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin von subjektiv stark belastenden Inhalten sprechen kann, ohne sich dafür unentwegt schämen zu müssen.

Häufig kann es sinnvoll und notwendig sein, der Patientin gezielte Informationen über weibliche Körperfunktionen zu vermitteln oder aber auch stressabhängige Veränderungen anhand der o.g. hormonellen Dysregulationen aufzuzeigen. Gerade die Strategie der „Medizinisierung“ eines psychologischen Zustandes kann die Therapiecompliance der Patientin sehr positiv beeinflussen. Liegt eine entsprechende Therapiebereitschaft der Patientin vor, werden zur Behandlung spezifischer Symptome kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardmethoden, wie beispielsweise Strategien zur Schmerzbewältigung oder zum Abbau depressiver Gemüthsstimmung, eingesetzt.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *In welcher Reihenfolge behandle ich komplexe Störungsbilder (z.B. chronische Unterbauchschmerzen bei gleichzeitig bestehender posttraumatischer Belastungsstörung infolge langjähriger Inzesterfahrungen)?*

→ Erster Schritt: Ausführliche Exploration und Testdiagnostik (z.B. Erfassung weiterer Krankheitssymptome, Ausmaß irrationaler Kognitionen im Zusammenhang mit der/den traumatischen Erfahrung(en), sexuelle Probleme).

Zweiter Schritt: Erarbeitung eines Erklärungsmodells für die körperlichen Beschwerden unter Berücksichtigung der traumatischen Erfahrungen. Verdeutlichung der Komplexität und der Bedeutung der Traumatisierungen.

Dritter Schritt: Gemeinsame Erstellung einer Hierarchie der therapeutischen Ziele und Erläuterung der dafür notwendigen therapeutischen Maßnahmen (z.B. Strategien zur Schmerzbewältigung, Reexposition, Bearbeitung aktueller Einschränkungen infolge (a) der Schmerzsymptomatik und (b) der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung).

Vierter Schritt: Konsequente Bearbeitung der definierten Problembereiche und wiederholte Kontrolle der Zielerreichung.

2. *Was mache ich, wenn ich feststelle, dass eine Patientin aufgrund mangelnder Kenntnisse über ihren eigenen Körper eine ausgeprägte Somatisierungsneigung zeigt?*

→ Entscheidend ist die Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsmodells. Mangelnde Kenntnisse über den eigenen Körper können in Form einer Psychoedukation behoben werden. Hilfreich sind zur weiteren Arbeit Broschüren und Handbücher über den weiblichen Körper, die an die Patientin für die häusliche Lektüre abgegeben werden können.

3. *Inwieweit muss ich den behandelnden Gynäkologen bzw. die behandelnde Gynäkologin in die psychotherapeutische Behandlung mit einbeziehen?*

→ Sobald sich Fragen über primär medizinische Inhalte, wie beispielsweise die Notwendigkeit hormoneller Untersuchungen (z.B. bei Zyklusstörungen), ergeben oder die Patientin Zweifel an dem Sinn bestimmter medizinischer Behandlungsmaßnahmen äußert (z.B. Hormonersatztherapie im Klimakterium), sollte nach Rücksprache mit der Patientin Kontakt zu dem medizinischen Behandler bzw. der Behandlerin aufgenommen werden. Unter Umständen ist ein Gespräch zu dritt sinnvoll.

5 Prüfungsfragen

1. Beschreiben Sie die charakteristischen Phasen des menstruellen Zyklus!
2. Welcher gynäkologische Zustand ist mit der Anorexia nervosa assoziiert?
3. Beschreiben Sie eine verhaltenstherapeutische Behandlungsmethode der Dranginkontinenz!
4. Gibt es eine diagnostische Einordnung des prämenstruellen Syndroms in den gängigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen?

4.11 Persönlichkeitsstörungen

BABETTE RENNEBERG UND THOMAS FYDRICH

1 Einleitung

Nahezu alle im DSM-IV und in der ICD-10 genannten Kriterien für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen beziehen sich auf Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen in der Interaktion mit anderen. Mit gutem Grund können die unter diesen Rubriken beschriebenen psychischen Probleme daher als interpersonelle Interaktionsstörungen betrachtet werden. Zwischenmenschliche Interaktionen wiederum werden von unterschiedlichen Motiven der Handelnden gesteuert, wobei diese Motive jeweils von der individuellen Lebensgeschichte, der Sicht der eigenen Person und der Interpretation von Ereignissen und Handlungen anderer abhängig sind. Grundlegend für das Verständnis von Patientinnen und Patienten, die die Kriterien für die Diagnose einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen erfüllen, ist daher, dass in diesen Fällen nicht die Person selbst (im engeren Sinne des Begriffs „Persönlichkeitsstörung“) gestört ist, sondern vielmehr eine komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens und -erlebens vorliegt (vgl. z.B. Fiedler, 2001; Sachse, 1997). Dies bedeutet, dass jeweils individuelle, ggf. für einzelne Störungen charakteristische kognitive Erlebens- und Interpretationsmuster vorliegen, die mit (meist dysfunktionalen) Verhaltensweisen einhergehen. Diese Erlebens- und Verhaltensweisen führen entweder bei der Person selbst oder aber in deren sozialem Umfeld zu bedeutsamen Leid oder zu wesentlichen Einschränkungen. Das dargestellte Verständnis von Persönlichkeitsstörungen ermöglicht es, auf der Grundlage eines kognitiven und verhaltenstheoretisch fundierten Störungsmodells psychotherapeutische Interventionen zu planen und durchzuführen, bei denen die Kernmotive des interaktionellen Verhaltens sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch im Alltag der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Damit erscheinen Persönlichkeitsstörungen nicht als unabänderliche, schrullige oder gar böswillige Eigenarten der betroffenen Personen, sondern als besondere Muster der Interpretation zwischenmenschlicher Beziehungen und dazugehöriger Interaktionen.

Die Entwicklung der Motive, die dem entsprechenden Erleben und Verhalten zugrunde liegen, kann auf die individuelle Lebensgeschichte, ggf. auch auf eine biologisch bedingte Vulnerabilität zurückgeführt werden. Damit können die Erlebens- und Verhaltensweisen als nachvollziehbare und für die Person sinnhafte, im weiteren Lebensverlauf aber häufig untaugliche und dysfunktionale Coping- oder Selbsthilfeversuche der Gestaltung des eigenen Lebens und der interpersonellen Beziehungen aufgefasst werden.

Interpersonelle Konzepte für psychische Störungen wurden in den fünfziger Jahren entwickelt und vor allem von Benjamin (1993) auf den Bereich der Persönlichkeitsstörungen übertragen. Im deutschsprachigen Raum ist dieser Ansatz explizit in einer Reihe von Publikationen, z.B. bei Fiedler, zu finden, der Persönlichkeitsstörungen als „komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ betrachtet (Fiedler, 2001; Sachse, 1997; Schmitz et al., 1996, 2002). Im vorliegenden Beitrag wird vor allem auf diese Ansätze und besonders auf das kognitive Störungsmodell von Beck und Mitarbeitern (Beck et al., 1999) Bezug genommen.

Im Artikel werden zunächst die Hauptmerkmale der Persönlichkeitsstörungen beschrieben und Angaben zur Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Prävalenz und Verlauf referiert. Als allgemeines, auf alle Persönlichkeitsstörungen übertragbares Störungsmodell wird das Motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM, Fydrich, 2001a) vorgestellt. Das Konzept der Dialektischen Verhaltenstherapie von Linehan (1996a) für die Entstehung, den Verlauf sowie für die Intervention bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird exemplarisch erläutert, da hierfür ein konkretes Behandlungsmanual verfügbar ist und die Behandlungserfolge empirisch gut belegt sind.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Hauptmerkmale

Nach den Bestimmungsmerkmalen des von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen fünften Kapitels der ICD-10 sowie dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) sind Persönlichkeitsstörungen lang anhaltende Zustandsbilder sowie tief verwurzelte und daher weitgehend stabile Verhaltens- und Erlebnismuster, die Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zu anderen Menschen und der Einstellungen zur eigenen Person sind. Dazugehörige individuelle Merkmale des Erlebens und Verhaltens zeigen sich als unflexible Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Im Vergleich zur Mehrheit der betreffenden Bevölkerung weichen die Erlebens- und Verhaltensweisen der Personen in Wahrnehmung, Denken, Affekt und Beziehungen zu anderen deutlich von „normalem“ Verhalten ab.

Persönlichkeitsstörungen gelten vornehmlich als **ich-synton**. Das bedeutet, dass die devianten Muster des Erlebens und Ver-

haltens aus der Eigenperspektive als zur eigenen Person passend und zugehörig und damit weder als störend noch als abweichend erlebt werden. Als **ich-dyston**, also nicht zur eigenen Person gehörig, werden demgegenüber eher die so genannten Symptomstörungen (z.B. affektive oder phobische Störungen) erlebt. Der Übergang zwischen Ich-Syntonie und Ich-Dystonie ist dabei fließend. Viele der Persönlichkeitsstörungen haben jedoch zumindest in Hinblick auf einzelne Symptome oder Kriterien auch deutlich ich-dystonen Charakter (Beispiel: die Selbstunsicherheit bei der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung oder das Empfinden innerer Leere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung). Ebenso gibt es wesentliche Anteile von ich-syntonen Erlebens- und Verhaltensweisen bei den Symptomstörungen (Beispiel: Wahnvorstellungen bei Schizophrenien oder zwanghaftes Verhalten bei Essstörungen).

Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen werden im Folgenden kurz mit ihren Hauptmerkmalen charakterisiert. Dabei wird der Einteilung in drei Gruppen (Cluster) von Persönlichkeitsstörungen, wie sie im DSM vorgeschlagen wird, gefolgt: Cluster A wird als „sonderbar und exzentrisch“ bezeichnet und umfasst die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung. Gruppe B, das „dramatische, emotionale, launische“ Cluster, umfasst die histrionische, narzisstische, antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Cluster C, dem „ängstlichen Cluster“, werden die selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung zusammengefasst. Im Anhang des DSM werden noch zwei weitere Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen, die passiv-aggressive und die depressive.

Hauptgruppe A (sonderbar, exzentrisch)

Paranoide Persönlichkeitsstörung (PS). Hauptmerkmal ist ein durchgängig vorhandenes Muster von Misstrauen und die Neigung, auch neutrale oder positiv intendierte Verhaltensweisen anderer als feindselig, verletzend oder kränkend zu interpretieren.

Schizoide PS. Hauptmerkmal der schizoiden PS ist ein Mangel an emotionaler Reaktivität – in positiver wie in negativer Richtung. Die Personen pflegen intentional einen sozial sehr isolierten Lebensstil. Damit ist eine interpersonelle und emotionale Distanzierung von anderen charakteristisch. Die Personen leben häufig sehr zurückgezogen und empfinden Situationen, in denen sie mit vielen anderen Menschen zu tun haben, als eher belastend.

Schizotypische PS. Personen mit schizotypischen Merkmalen haben charakteristischerweise oft exzentrische Ideen, außergewöhnliche Wahrnehmungen oder Vorhersehungen (sechster Sinn) und glauben an Übersinnliches. Sie fühlen sich in sozialen Situationen oft unbehaglich und fremd. Es ist eine gewisse Ähnlichkeit mit einzelnen Symptomen der Schizophrenie erkennbar, was auch durch die Zuordnung dieser Diagnose zur Kategorie F2 in der ICD-10 nahe gelegt wird.

Hauptgruppe B (dramatisch, emotional, launisch)

Dissoziale oder antisoziale PS. Charakteristisch ist eine Reihe von Verhaltensweisen, die exklusiv auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse ausgerichtet sind. Dabei wird häufig gegen Regeln und Gesetze verstoßen; die Personen haben kein Schuldempfinden und zeigen keine Reue. Das Verhalten ist oft sehr impulsiv und geht mit einer geringen Frustrationstoleranz sowie mit der

Unfähigkeit einher, vorrausschauend und verantwortungsvoll zu planen und zu handeln. Die Personen empfinden wenig oder gar keine Angst. Häufig findet sich eine lange Geschichte von Konflikten mit Erziehenden und dem Gesetz. Bereits vor dem Alter von 14 Jahren wurden bedeutsame problematische Verhaltensweisen (z.B. Schlägereien, Diebstahl) beobachtet.

Borderline-PS. Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen ein tief greifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in der Affektivität. Sie sind häufig sehr impulsiv. Charakteristisch sind zudem extreme Schwankungen in den Gefühlen, den Wertvorstellungen und im Selbstbild. Die impulsiven Handlungen zeigen sich meist in verschiedenen Bereichen (Drogen, Alkohol, Sexualität, risikoreiches Autofahren). Klinisch auffällige Merkmale sind häufig selbstverletzendes Verhalten und suizidale Handlungen.

Histrionische PS. Häufig finden sich eine übertriebene Emotionalität und ein übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit und Bestätigung. Die Betroffenen brauchen und suchen ständig nach Anerkennung und Lob. Auch das Äußere (Kleidung, Auftreten) ist häufig auffallend. Im zwischenmenschlichen Verhalten stellen sie sich oft mit ihren Berichten und Darstellungen eigener Erlebnisse und Emotionen in den Vordergrund und dramatisieren oder übertreiben. Dabei erscheinen sie anderen jedoch häufig oberflächlich.

Narzisstische PS. Personen mit narzisstischer PS sehen sich selbst als großartig und sind der Überzeugung, etwas Besonderes zu sein. Damit einher geht oft ein Mangel an Einfühlungsvermögen für die Interessen und Motive anderer. Betroffene können sehr schlecht mit Kritik umgehen. Sie haben eine ausgeprägte Anspruchshaltung etwa in dem Sinne, dass sie es als besondere Person verdienen, in besonderer Weise beachtet und behandelt zu werden. Die narzisstische PS hat besonders starke ich-syntone Anteile.

Hauptgruppe C (ängstlich)

Ängstlich vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung. Hauptmerkmal ist eine große Selbstunsicherheit, die zur Vermeidung vieler sozialer Situationen oder zu Vermeidungsverhalten in sozialen Situationen führt. Betroffene Personen halten sich für sozial ungeschickt, unattraktiv und dumm. Auch in nahen persönlichen Beziehungen verhalten sie sich meist gehemmt und sehr zurückhaltend. Die selbstunsichere PS kann als besonders schwere Form der sozialen Phobie betrachtet werden.

Dependente PS. Charakteristisches Merkmal ist die Unfähigkeit, eigenständig, d.h. ohne Nachfragen und Rückversicherung durch nahe Bezugspersonen, Entscheidungen zu treffen. Die Personen verhalten sich oft unterwürfig. Sie richten sich auch bei Alltäglichkeiten nach anderen und scheuen Konflikte und Auseinandersetzungen. Auch bestehen oft große Ängste, Bezugspersonen zu verlieren, und für die Betroffenen ist es unvorstellbar, allein zu leben.

Zwanghafte PS. Ein Muster an Rigidität und Perfektionismus ist das Kern-Charakteristikum für Personen mit zwanghafter PS. Es werden hohe Ansprüche an die eigene Leistung gestellt, und eine übertriebene Gewissenhaftigkeit sowie die Unfähigkeit, Aufgaben an andere zu delegieren, kann beobachtet werden. Die Personen beschäftigen sich häufig mit dem Erstellen akribi-

4.11 Persönlichkeitsstörungen

soher Listen, sie verlieren sich in Details, so dass Aufgaben häufig nicht fertig gestellt werden. Auch hinsichtlich moralischer Werte haben diese Personen strenge und rigide Anschauungen. Im Anhang des DSM-IV werden zusätzlich folgende Persönlichkeitsstörungen zur weiteren Erforschung vorgeschlagen:

Negativistische (passiv-aggressive) PS. Das interpersonelle Verhalten ist durch eine passive und oppositionelle Haltung gekennzeichnet. Es dominiert eine kritische, negative und eher destruktive Grundhaltung anderen gegenüber, im Besonderen aber gegenüber Autoritätspersonen oder Vorgesetzten. Auch im sozialen Bereich besteht eine Tendenz zum passiven Widerstand (z.B. Dinge „vergessen“ zu erledigen, wenn man sie eigentlich nicht tun will).

Depressive PS. Verhaltensmuster von Personen mit depressiver PS sind durch negative, sich selbst und andere abwertende Denkmuster und Verhaltensweisen sowie eine dauerhaft negative Grundhaltung dem eigenen Leben und der Zukunft gegenüber gekennzeichnet. Andauernde, tief greifende Schuldgefühle und Gefühle des Unglücklichseins sowie dauerhafte Erwartungen des Schlimmsten sind charakteristisch. Die Personen sind unfähig zu genießen, übermäßig ernst, häufig am Hadern und Grübeln, und es fehlt ihnen weitgehend der Sinn für Humor.

2.2 Epidemiologie

Epidemiologische Studien zur Auftretenshäufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung weisen auf eine Prävalenz in der Größenordnung zwischen 5 und 13 Prozent hin. (Majer et al., 1992; Zimmerman und Coryell, 1990). Hierbei werden jedoch oft die so genannten G-Kriterien (siehe 2.4) nicht beachtet, so dass die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung überschätzt sein dürfte.

In klinischen Stichproben ist erwartungsgemäß sehr viel häufiger als in der Allgemeinbevölkerung mit dem Auftreten von (meist ko-prävalenten) Persönlichkeitsstörungen zu rechnen. Zusammenfassend weisen hier die Studien auf Prävalenzen zwischen 15% und 60% hin. Dabei finden sich Persönlichkeitsstörungen häufiger bei lang andauernden psychischen Störungen im Bereich der affektiven Störungen, der Angststörungen und Essstörungen; weniger häufig bei Personen mit somatoformen Störungen (vgl. Fydrich et al., 1996; Merikangas und Weissman, 1986; Weissman, 1993). In klinischen Stichproben finden sich am häufigsten Persönlichkeitsstörungen des so genannten ängstlichen Clusters.

Insgesamt treten Persönlichkeitsstörungen bei Frauen und Männern etwa gleich häufig auf; jedoch bestehen Unterschiede bei den einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Histrionische und die Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden deutlich mehr bei Frauen festgestellt während antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörungen öfter bei Männern diagnostiziert werden (vgl. zusammenfassend Fiedler, 2001).

2.3 Beginn und Verlauf

Für alle Persönlichkeitsstörungen gilt per definitionem, dass sie schon in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnen und es sich damit um lang andauernde Verhaltens- und Erlebensweisen handelt. Das bedeutet, dass von einem chronischen Verlauf über viele Jahre hinweg ausgegangen werden muss. Für einige Persönlichkeitsstörungen gilt, dass die typischen Probleme und Charakteristiken mit zunehmendem Alter weniger stark ausgeprägt sind. So nimmt beispielsweise bei der Borderline-Persönlichkeit die Intensität der emotionalen Schwankungen und der Grad der Impulsivität mit dem Alter ab. Systematische Studien über den Langzeitverlauf fehlen jedoch für die meisten Persönlichkeitsstörungen.

2.4 Diagnostik und Differenzialdiagnostik

2.4.1 Kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Bei der klassifikatorisch-kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (Diagnosestellung) wird oft übersehen, dass nicht nur eine gewisse Anzahl der jeweiligen Merkmale für eine Störung erfüllt sein muss, sondern dass auch eine Reihe wichtiger Grundkriterien (G-Kriterien nach ICD-10) zu prüfen ist. Eine Persönlichkeitsstörung kann danach nur diagnostiziert werden, wenn

1. mindestens zwei der folgenden Bereiche betroffen sind: Kognition (Wahrnehmung, Einstellungen, Interpretationen), Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung; Beziehungsgestaltung (G1),
2. das Verhalten in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen zum Ausdruck kommt und dabei unflexibel, unangepasst und unzureichend ist (G2),
3. das entsprechende Verhalten zu persönlichem Leidensdruck und/oder zu nachteiligem Einfluss auf die soziale Umwelt führt (G3),
4. die Abweichung stabil und von langer Dauer ist und seit später Kindheit oder Adoleszenz besteht (G4),
5. die Merkmale nicht die Folge einer anderen psychischen Störung oder durch deren Vorliegen erklärbar sind (G5) und zudem
6. die Merkmale nicht Folge einer organischen Erkrankung sind (G6).

Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kann oft nicht allein auf der Basis eines klinisch-diagnostischen Interviews gefällt werden. Es sollten vielmehr mehrere Informationsquellen berücksichtigt werden, so beispielsweise auch Verhaltensbeobachtungen, Berichte von Angehörigen oder Bekannten sowie Akteninformationen.

Zwischen den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV gibt es einige Unterschiede in der diagnostischen Einordnung und Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen. So werden nach der ICD-10 acht (bzw. mit Unterkategorien 11), im DSM-IV jedoch 10 (bzw. mit denjenigen im Anhang gelisteten 12) spezifiziert.

Tabelle 1: Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 Kodierung	ICD-10	DSM-IV
F60.0	paranoide PS	paranoide PS
F60.1	schizoide PS	schizoide PS
F60.2	dissoziale PS	antisoziale PS
F60.3	emotional instabile PS	
F60.30	- impulsiver Typ	(intermittierende explosive Störung) ¹
F60.31	- Borderline-Typ	Borderline-PS
F60.4	histrionische PS	histrionische PS
F60.5	anankastische (zwanghafte) PS	zwanghafte PS
F60.6	ängstliche (vermeidende) PS	vermeidend-selbstunsichere PS
F60.7	abhängige PS	dependente PS
F60.8	sonstige spezifische PS	
F60.80	- narzisstische PS	narzisstische PS
F60.81	- passiv-aggressive PS	passiv-aggressive (negativistische) PS ²
F60.9	nicht näher bezeichnete PS	nicht näher bezeichnete PS
	depressive PS ²	
	schizotype Störung ³	schizotypische PS

Anmerkung: ¹ im DSM auf Achse 1 kodiert; ² im DSM im Anhang vorgeschlagen; ³ in der ICD-10 unter F21 kodiert.

In der ICD-10 werden unter F62.0 und F62.1 zusätzlich die Kategorien der *Persönlichkeitsänderungen* aufgeführt. Diese können entweder nach Extrebelastungen (F62.0) oder nach psychischen Erkrankungen (F62.1) auftreten. Die *Persönlichkeitsänderungen* unterscheiden sich von den *Persönlichkeitsstörungen* in Beginn und Verlauf. *Persönlichkeitsstörungen* beginnen – wie oben erwähnt – in der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter und werden nicht sekundär als Folge einer anderen psychischen Erkrankung, Verletzung des Gehirns, schwerer oder lang andauernder Belastungen oder extremer Deprivation erworben, wie es bei den *Persönlichkeitsänderungen* der Fall ist.

Verfahren zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-Persönlichkeitsstörungen (SKID-II; Fydrich et al., 1997) ist ein Verfahren zur Diagnostik der zwölf auf Achse II sowie im Anhang des DSM aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Es ist ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen, dessen Items die Kriterien des DSM repräsentieren. Zunächst wird der Fragebogen als Screening-Verfahren von den Probanden bearbeitet. Im nachfolgend durchgeführten Interview brauchen dann zur klinischen Überprüfung lediglich nur diejenigen Kriterien überprüft werden, für die im Fragebogen eine „ja“-Antwort angekreuzt wurde. Durch dieses zweistufige Verfahren wird eine vergleichsweise geringe Durchführungszeit erreicht. Liegen keine „ja“-Antworten vor oder in zu geringer Anzahl, damit die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt werden können, so ist das anschließende Interview nicht notwendig. Es kann auch komplett ohne den vorherigen Einsatz des Fragebogens durch-

geführt werden. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass ein umfassendes diagnostisches Bild über die Persönlichkeitsmerkmale bzw. -störungen gewonnen wird. In jedem Fall sollte das SKID-II immer *nach* der Diagnose der Achse I Störungen erfolgen, da es zur Voraussetzung der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gehört, über derzeit vorliegende Symptomstörungen informiert zu sein. Beispielsweise kann eine depressive Störung den Selbstbericht der betreffenden Person über ihre Persönlichkeitseigenschaften deutlich beeinflussen. Je nach untersuchter Klientel und der Anzahl der „ja“-Antworten dauert das SKID-II-Interview zwischen wenigen Minuten und etwa einer Stunde.

Die Fragebogen-Items sind sehr allgemein formuliert, so dass damit eine hohe Zustimmungsrate erreicht wird. Daher kann der SKID-II-Fragebogen allein **nicht** zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden. Zur zuverlässigen Diagnostik muss die klinische Bedeutsamkeit der einzelnen Items mit „ja“-Antworten zu den entsprechenden Fragen des Interviews und die jeweiligen diagnostischen Kriterien überprüft werden. Fragebogen und Interview sind nur nach gründlicher Einarbeitung und einem Training einzusetzen.

Die deutsche Version des **International Personality Disorder Examination (IPDE; Mombour et al., 1996)** ist – wie das SKID-II – ein halb strukturiertes Interview. Auch hier gibt es die Möglichkeit, zunächst einen Screening-Fragebogen vorzugeben. Im Unterschied zum SKID gruppieren sich die Fragen im Interview nicht um die einzelnen Diagnosen, sondern um die Themenbereiche Arbeit, Selbst, interpersonelle Beziehungen, Affekte, Realitätsprüfung und Impulskontrolle. Auch für dieses Verfahren gilt, dass ein vorheriges Training nötig ist. Die Dauer der Durchführung variiert zwischen 60 und 240 Minuten.

Auch die **Internationalen Diagnose-Checklisten für DSM-IV/ICD-10-Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P; Bronisch et al., 1995)** können für die kategoriale Diagnostik eingesetzt werden. In der IDCL werden alle für die Diagnosestellung relevanten Kriterien aufgeführt. Dem Untersuchenden bleibt es überlassen, in welcher Weise er die nötigen Informationen erhebt. Die Durchführungszeit ist in der Regel geringer als beim SKID oder IDCL. Es werden jedoch nur die Diagnosen geprüft, für die schon auf der Basis von Vorinformationen ein Verdacht besteht (konfirmatorische Diagnostik).

2.4.2 Dimensionale (merkmalsorientierte) Diagnostik von Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen

Bei der merkmalsorientierten Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen geht es nicht primär um die Feststellung, ob eine Person im Sinne ihrer dominanten Erlebens- und Verhaltensweisen gestört oder nicht gestört ist und – gegebenenfalls – welche Störung jemand „hat“. Im Mittelpunkt der dimensionalen Diagnostik steht vielmehr die Frage nach dem Grad der Ausprägung von Merkmalen, die bei starker Präsenz für die Betroffenen und/oder die Umwelt dysfunktional und leidbringend sein können. Das dimensionale Konzept fußt auf den Traditionen der Differenziellen- und Persönlichkeitspsychologie: Merkmale, Eigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen werden so diagnostiziert, dass eine Aussage über den Ausprägungsgrad getroffen werden kann. Auf der Basis dieser Überlegungen wurden in den letzten Jahren einige diagnostische Verfahren entwi-

4.11 Persönlichkeitsstörungen

ckelt, die sich inhaltlich an den Kategorien der ICD-10 oder des DSM-IV orientieren, methodisch jedoch dem dimensionalen Ansatz folgen.

Die Auswertung des **SKID-II** (siehe oben) ermöglicht sowohl für den Screening-Fragebogen als auch für das Interview die Angaben von dimensionalern Werten für die 12 im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen.

Auf der Grundlage der unten skizzierten kognitiven Theorie der Persönlichkeitsstörungen wurde von der Arbeitsgruppe um Beck für neun der im DSM aufgeführten Persönlichkeitsstörungen ein Fragebogen entwickelt, der mit insgesamt 63 Items die nach dem kognitiven Modell spezifischen und vorherrschenden Einstellungen und Haltungen erfasst: das Beck-Inventar zu kognitiven Schemata (B-IKS; Beck et al., 1999; Fydrich, 2002). Die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung wurden dabei zu einer Skala zusammengefasst; eine Skala für die Erfassung von Merkmalen der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt für dieses Inventar nicht vor. Auf vergleichbarer theoretischer Grundlage wurde von Renneberg, Schirmer, Schmidt-Rathjens und Fydrich (in Vorbereitung) der „Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen“ (FGG) entwickelt, der spezifisch kognitive Grundannahmen bei Patientinnen mit Borderline-Symptomatik erfasst.

Von Kuhl und Kazén (1997) stammt das **Persönlichkeitsstil und Störungsinventar (PSSI)**, das ebenfalls als Selbstbeurteilungsinstrument Ausprägungsgrade von Persönlichkeitsstilen quantifiziert. Mit dem 140 Items umfassenden Fragebogen werden auch nichtpathologische Entsprechungen der Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt, d.h., es wird eine Einschätzung von Persönlichkeitsstilen oder Eigenschaften erhoben, die auch eine ressourcenorientierte Sichtweise ermöglicht.

Allen in diesem Abschnitt genannten diagnostischen Verfahren ist gemeinsam, dass sie auch nichtpathologische Entsprechungen der Persönlichkeitsstörungen im Sinne von Persönlichkeitsstilen erfassen. Hierdurch wird eine Diagnostik umgesetzt, in der die (möglicherweise extremen) Persönlichkeitsmerkmale als Stile des Erlebens und Verhaltens verstanden werden. Entsprechend dieser Sichtweise wurden in der folgenden Tabelle den Bezeichnungen der 10 Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 entsprechende (positive) Attribute gegenübergestellt, die bei solchen Personen auftreten können (vgl. Fydrich, 2001a; Kuhl und Kazén, 1997; Oldham und Morris, 1992).

Tabelle 2: Mögliche Attribute für Personen mit Persönlichkeitsstilen nach DSM Kategorien

Persönlichkeitsstörung	Persönlichkeitsstil
paranoid	vorsichtig, wachsam, rechtschaffen
schizoide	zurückhaltend, selbstgenügsam
schizotypisch	ahnungsvoll, sensibel
borderline	sprunghaft, spontan, impulsiv, kreativ
narzisstisch	ehrgeizig, besonders
histrionisch	dramatisch, exzentrisch, emotional präsent
antisozial	abenteuerlich, selbstbestimmt, berechtigt, fordernd
selbstunsicher	sensibel, selbstkritisch, zurückhaltend, scheu
dependent	anhänglich, loyal, treu
depressiv	nicht schönfärbend, tiefgründig, abwartend
negativistisch	lässig, kritisch, autonom

Merke: Persönlichkeitsstörungen können als interpersonelle Interaktionsstörungen betrachtet werden. Die entsprechenden Merkmale des Erlebens und Verhaltens betroffener Personen sind danach Versuche, die zwischenmenschlichen Anforderungen ihres Lebens zu bewältigen. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung kann mit etwa 5% angenommen werden. In klinischen Populationen liegt sie zwischen 10 und 60%. Wichtig ist die Unterscheidung von kategorialer und dimensionaler Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bzw. entsprechenden Persönlichkeitsmerkmalen. Verfahren zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sind das SKID-II, die IPDE sowie die IDCL-P. Die dimensionale Diagnostik kann mit dem SKID-II-Fragebogen, über den dimensional Score des SKID-II oder mit den Fragebögen B-IKS oder PSSI erfasst werden.

2.5 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungsmodelle

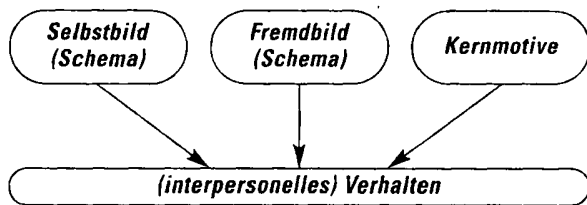
2.5.1 Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell (MIIM)

Das MIIM geht in Anlehnung an die bei Beck und Mitarbeitern (1999) erarbeiteten Prinzipien der kognitiven Therapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen von drei Grundannahmen aus (vgl. Beck et al., 1999; Fydrich, 2001a; Pretzer, 1996).

1. Personen mit stark ausgeprägten Merkmalen von Persönlichkeitsstörungen haben auf der Grundlage ihrer Lebenserfahrungen kognitive Schemata entwickelt, die ihre Art und Weise, wie sie sich selbst und die Welt um sie herum erleben, prägen. Diese Schemata können in dem Sinne als dysfunktional betrachtet werden, wie sie für die Personen selbst oder für ihre Interaktionen mit anderen hinderlich oder störend sind.
2. Die kognitiven Schemata können als eine Art „Filter“ (oder Grundeinstellungen) verstanden werden, durch den Menschen ihre Umwelt wahrnehmen, verstehen und auf der Grundlage dieser Wahrnehmungen und deren Interpretationen das eigene Verhalten steuern und ausrichten. Die „Filter“ stehen in engem Zusammenhang mit den handlungsleitenden Kernmotiven, die ebenfalls das Erleben und Handeln der Personen beeinflussen.
3. Das Erleben zwischenmenschlicher Interaktionen und die entsprechenden Motive haben somit handlungsleitende Funktion und können das (interpersonelle) Verhalten erklären. Handeln und Verhalten werden danach durch zwei Bereiche kognitiver Schemata sowie durch damit im Zusammenhang stehende (interaktionelle) Motive bestimmt. Diese drei wesentlichen Aspekte sind:
 - a) das Selbstbild (Schema)
 - b) das Bild über andere Menschen (Schema)
 - c) Kernmotive für (interpersonelles) Verhalten.

Die in diesen Punkten theoretisch angenommenen Zusammenhänge werden in Abbildung 1 schematisch verdeutlicht.

Abbildung 1: Handlungsleitende Schemata, Motive und interpersonelles Verhalten



nach Fydrich, 2001 in Anlehnung an Beck et al., 1999

Kognitive Interpretationsmuster und handlungsleitende Motive spielen nicht nur bei der Gestaltung interpersoneller Beziehungen im Alltag eine bedeutsame Rolle und tragen ggf. zu Konflikten bei, sondern sie sind im Kontext der Psychotherapie natürlich auch Hintergrund der Erwartungen der Patientinnen und Patienten. Damit bestimmen sie wesentlich auch die Therapeut-Klient-Interaktion. Für die Behandlung von Personen mit stark ausgeprägten Persönlichkeitseigenschaften ist es daher wichtig, neben Kenntnissen über die „Indexstörung“ (Symptomstörung) und ihre Behandlung (Problem, das Anlass für die Aufnahme der Behandlung ist) besonders auch Kenntnisse über die spezifischen kognitiven Muster und interaktionellen Motive zu haben, damit diese bei der Gestaltung und Planung der Therapie berücksichtigt werden können.

Das vorgeschlagene Motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) erlaubt es, zentrale Motive des (interaktionellen) Verhaltens von solchen Patientinnen und Patienten zu erkennen, die ggf. Kriterien einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen erfüllen.

Für die Therapieplanung ist es von besonderer Bedeutung, wie die spezifische Behandlung der Indexstörung, gegebenenfalls die Behandlung von Aspekten einer Persönlichkeitsstörung und die Gestaltung der therapeutischen Interaktion aufeinander

abgestimmt werden. Das MIIM gibt auch hierzu Hilfestellungen. Wie dies konkret berücksichtigt werden kann, wird im Rahmen eines Fallbeispiels über die psychotherapeutische Behandlung eines Patienten mit einer spezifischen Phobie, der zusätzlich die Kriterien für die Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung erfüllte, exemplarisch dargestellt (siehe Abschnitt 3.1).

Kognitive Schemata und Kernmotive für Personen mit Merkmalen von Persönlichkeitsstörungen

In Tabelle 3 werden – entsprechend des in Abbildung 1 dargestellten kognitiven Modells der Handlungsregulierung – für die im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen (inklusive der im Anhang genannten negativistischen passiv-aggressiven) und depressiven in prototypischer Weise die zentralen Kognitionen (Selbstsicht, Sicht der anderen), die handlungsleitenden Kernmotive sowie Verhaltensweisen in Stichworten charakterisiert.

Für die **Indikationsstellung** und die Therapieplanung von Personen mit extremen (dysfunktionalen) Persönlichkeitsmerkmalen oder mit Persönlichkeitsstörungen sind zwei Aspekte von zentraler Bedeutung:

- der Anlass für die Aufnahme der Therapie und damit der Therapieauftrag
- der auf der Basis der motivorientierten kognitiven Diagnostik zu erwartende Interaktionsstil

Da die Persönlichkeitsmerkmale von Personen mit den meisten Persönlichkeitsstörungen von ihrem Charakter einer ich-syntonen sind, ist der Anlass für die Aufnahme einer Psychotherapie meist durch eine Störung mit Symptomcharakter gegeben (Indexstörung). Andere Gründe für die Aufnahme einer Psychotherapie können im Bereich beruflicher oder finanzieller Probleme, Partnerschaftsproblemen oder Konflikten mit dem Gesetz liegen. Auch ist es möglich, dass diesen Personen von anderen eine psychotherapeutische Behandlung nahe gelegt wurde. Bei einigen der Persönlichkeitsstörungen kann die Motivation, eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen, jedoch

Tabelle 3: Schemata und Kernmotive bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen (entnommen aus Fydrich, 2001a – in Anlehnung an Beck et al., 1999)

Persönlichkeitsstil	Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Handeln – Verhalten
paranoid	- gerecht - edel - rechtschaffen - harmlos - schuldlos - verletzbar	- einmischend - auf eigene Vorteile bedacht - falsch - heimtückisch	- Schutz vor Verletzung - Benachteiligung und Ausnutzung vermeiden	- Wachsamkeit - Misstrauen - Nähe vermeiden - andere beschuldigen - „Gegenangriffe“ - nachtragend sein
schizoid	- selbständig - selbstgenügsam - unabhängig - rational - Einzelgänger	- aufdringlich - distanzlos	- in Ruhe gelassen werden - ungestört sein	- Abstand halten, Kontakte meiden - sich zurückziehen - isoliert leben - sich selbst beschäftigen
schizotypisch	- ahnungsvoll - tiefgründig - sensibel - empfindsam - gutherzig	- leichtfertig - oberflächlich - unecht, falsch	- Verletzungen vermeiden - gegen die (gefährliche) Welt gewappnet sein - aufmerksam auf Gefahren lauern	- Vorsicht - Argwohn - Distanz halten

4.11 Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 3: Schemata und Kernmotive bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen (entnommen aus Fydrich, 2001a – in Anlehnung an Beck et al., 1999) – Fortsetzung

Persönlichkeitsstil	Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Handeln – Verhalten
dissozial	<ul style="list-style-type: none"> - stark - berechtigt - besonders - autonom - über dem Gesetz stehend - unverletzlich - abenteuerlich 	<ul style="list-style-type: none"> - verletzbar - schwach - „Abschaum“ - „Dummköpfe“ - rechtlos - ausnutzbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Suche nach positiven Gefühlen! - Hol dir, was du kriegen kannst! 	<ul style="list-style-type: none"> - fordern - Risiken eingehen - betrügen - manipulieren
Borderline	<ul style="list-style-type: none"> - instabil - wechselhaft - autonom und dennoch abhängig - spontan - verletzlich - kompliziert - wertlos - nicht liebenswert 	<ul style="list-style-type: none"> - unzuverlässig - kümmern sich nicht genug - ausnutzend - auf eigene Vorteile bedacht - verletzend, aber auch stützend - absolut notwendig - lebensrettend 	<ul style="list-style-type: none"> - Leere vermeiden - emotionalen Schmerz vermeiden - absolute Anerkennung und unbedingte Akzeptanz suchen 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe suchen - Ansprüche stellen - Nähe suchen - Abstand halten - Impulsivität (z.B. Selbstverletzungen, Suizidversuche, Wutausbrüche)
histrionisch	<ul style="list-style-type: none"> - schillernd - besonders - bezaubernd - eindrucklich 	<ul style="list-style-type: none"> - verführbar - zu beeindrucken - Bewunderer - potenziell beständig 	<ul style="list-style-type: none"> - Bestätigung suchen - Besonderheit zeigen und spontan ausdrücken - im Mittelpunkt sein - eigene Werte zeigen 	<ul style="list-style-type: none"> - theatralisch - charmant - Emotionen deutlich zeigen - „Schatten“ vermeiden
narzisstisch	<ul style="list-style-type: none"> - außergewöhnlich - einzigartig - selbstbewusst - (sonder-)berechtigt - überlegen - benachteiligt 	<ul style="list-style-type: none"> - minderwertig - Diener - Bewunderer 	<ul style="list-style-type: none"> - Hol dir die berechtigte Bewunderung und die besondere Behandlung, die du verdienst! 	<ul style="list-style-type: none"> - prahlen - konkurrieren - manipulieren - andere ausnutzen - sich in den Mittelpunkt stellen
selbstunsicher	<ul style="list-style-type: none"> - verletzbar - selbstkritisch - sozial ungeschickt - minderwertig - unfähig 	<ul style="list-style-type: none"> - kritisch - demütigend - überlegen - kompetent 	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Unfähigkeit und Schwäche verstecken 	<ul style="list-style-type: none"> - Zurückhaltung - Vermeidung sozialer Situationen - Schweigen - Selbstkritik
dependent	<ul style="list-style-type: none"> - anhänglich - loyal - treu - schwach - unsicher bei Entscheidungen - allein hilflos 	<ul style="list-style-type: none"> - stark - fürsorglich - helfend - wissend - kompetent 	<ul style="list-style-type: none"> - unbedingt andere verfügbar haben - Fehler vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> - andere fest binden - mit Lob überschütten - sich unterordnen - sich aufopfern - dankbar sein
zwanghaft	<ul style="list-style-type: none"> - verantwortungsbewusst - genau - pflichtbewusst - sorgfältig - kompetent 	<ul style="list-style-type: none"> - nachlässig - unfähig - zügellos - machen Fehler 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfektionismus - Kontrolle behalten - auch andere sollten perfekt sein 	<ul style="list-style-type: none"> - Regeln genau beachten - kontrollieren - bewerten - (andere) kritisieren, strafen - hohe Ansprüche stellen (an sich selbst und andere)
negativistisch¹ (passiv-aggressiv)	<ul style="list-style-type: none"> - selbständig - autonom - verletzbar - kritisch 	<ul style="list-style-type: none"> - aufdringlich - inkompetent - kontrollierend - fordernd - beherrschend 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle nicht abgeben - Autonomie erhalten oder wiederherstellen - vor Ausnutzung schützen 	<ul style="list-style-type: none"> - (passiver) Widerstand - Regelverstöße - nach Anerkennung suchen - sich verschließen
depressiv	<ul style="list-style-type: none"> - wertlos - ziellos - hoffnungslos - inkompetent - kann nichts meistern 	<ul style="list-style-type: none"> - wertvoller - kompetenter - enttäuschend - fern 	<ul style="list-style-type: none"> - Erwarte nichts Positives! - Sei auf das Negative vorbereitet! 	<ul style="list-style-type: none"> - Inaktivität - Hilfe suchen - Klagen

Anmerkung: Die Liste der Persönlichkeitsstile beinhaltet die im DSM-IV aufgeführten 12 Persönlichkeitsstörungen inklusive der im Anhang genannten (negativistisch, depressiv).

¹ weitgehend identisch mit passiv-aggressiver Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R

durch einzelne Probleme bedingt sein, die direkt zu den Bestimmungsmerkmalen der Persönlichkeitsstörung gehören. Merkmale solcher Persönlichkeitsstörungen können daher als eher ich-dyston bezeichnet werden.

Im Rahmen des Motivorientierten Indikations- und Interventionsmodells (MIIM) wird daher vorgeschlagen, in Abhängigkeit vom Grad der Ich-Syntontität bzw. Ich-Dystontität des jeweiligen Persönlichkeitsstils den Fokus der Intervention entweder

- primär auf die Indexstörung allein (bei stark ich-syntonem Charakter der Persönlichkeitsmerkmale und Motive und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Interaktionsmuster für die Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung)

oder

- auf die Symptomatik der Indexstörung und der Persönlichkeitsstörung (bei ich-dystonem Charakter der Persönlichkeitsmerkmale und Motive)

zu richten.

Wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen dem Anlass für die Aufnahme der Psychotherapie als Therapiemotivation und den im MIIM als zentral erachteten Kernmotiven. Die Therapiemotivation wird in erster Linie von den ich-dystonen Anteilen der Indexstörung oder – falls vorhanden – den ich-dystonen Anteilen der Persönlichkeitsstörung bestimmt. Die Kernmotive für interpersonelles Handeln hingegen sind als solche ich-synton und haben im psychotherapeutischen Prozess eine besondere Relevanz für die Erwartungen an die Therapeut-Klient-Interaktionen und die Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Merke: Das Motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell für Persönlichkeitsstörungen (MIIM) geht davon aus, dass interpersonelles Handeln durch die Sicht der eigenen Person, die Sicht anderer Personen sowie durch Kernmotive interpersonellen Handelns erklärt werden kann. Die Auswahl der Behandlungsziele richtet sich primär nach der Behandlungsmotivation bzw. dem Behandlungsauftrag, der in der Regel durch die Symptomstörung bestimmt ist. Einzelne Merkmale von Persönlichkeitsstörungen können jedoch ebenfalls direktes Ziel für intendierte Veränderungen sein. Die (meist ich-syntonen) Motive der Interaktionsstörung haben eine besondere Bedeutung für die Therapeut-Klient-Beziehung. Von therapeutischer Seite muss dies beim Aufbau und der Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung berücksichtigt werden.

2.5.2 Das biosoziale Modell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Innerhalb des biosozialen Störungsmodells der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; Linehan, 1996a) wird angenommen, dass die typischen Verhaltensmuster von Patienten und Patientinnen mit BPS im Wesentlichen als Störung der Regulierung starker Emotionen betrachtet werden können. Die Verhaltens- und Erlebensweisen sind entweder ein Versuch, intensive Gefühle zu regulieren, oder sie sind Folge einer emotionalen Dysregulation. Emotionale Fehlregulationen werden als Folge vielfältiger emotionaler Verletzungen in Kombination mit ausge-

prägten Schwierigkeiten der Modulation emotionaler Reaktionen beschrieben. Dabei erschweren drei Komponenten der emotionalen Vulnerabilität die Emotionsregulation:

- eine hohe Sensitivität und Sensibilität für emotionale Reize,
- sehr intensive emotionale Reaktionen,
- ein nur langsamer Rückgang der emotionaler Reaktion zu einem Basisniveau.

Linehan führt die Komplikationen im Erleben von Emotionen und Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen einerseits auf biologische Prädispositionen und andererseits auf spezifische Lernerfahrungen in einer dysfunktionalen Lernumgebung zurück. Eine Reihe von Studien gibt Hinweise auf biologische Auffälligkeiten bei Personen mit BPS. In erster Linie wurden bisher Abnormalitäten des serotonergen Systems, des EEG, des Schlafes und des noradrenergen Systems untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass einerseits biologische Faktoren die Grundlage für ein leicht erregbares Temperament liefern, zusätzlich können aber auch schwere Traumata, Misshandlungen und emotionale Vernachlässigung zu dauerhaften neurochemischen Veränderungen führen (Koenigsberg und Siever, 2000). Genetische Faktoren sind nach bisherigen Befunden dagegen für die Ätiologie der Borderline-Störung selbst nicht nachgewiesen. Hinweise auf eine genetische Komponente für Impulsivität und Aggression liegen jedoch vor (Torgersen, 2000).

Bei der Ätiologie der BPS sind aus psychologischer Sicht vor allem Merkmale der familiären Umgebung relevant. Hierzu gehören frühe Trennungen und Verluste, physischer und sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und gestörtes Verhalten der Bezugspersonen, psychische Störungen der Angehörigen sowie insgesamt ungünstige Erziehungs- und Sozialisationsbedingungen (zusammenfassend: Ruiz-Sancho und Gunderson, 2000; Wagner und Linehan, 1994). Besondere Bedeutung kommt sexuellem Missbrauch (vor allem in der Kindheit) zu. Von stationär aufgenommenen Borderline-Patientinnen berichten zwischen 40% und 86% über Missbrauchserfahrungen, während in klinischen Gruppen mit anderen psychischen Störungen ohne Borderline-Diagnose nur etwa 20% bis 35% der Patientinnen davon betroffen sind. Interpersonelle Traumata können als ein entscheidender Faktor für die Entstehung einer BPS angesehen werden, der auch mit dem Schweregrad der späteren Borderline-Symptomatik assoziiert zu sein scheint (Koerner und Linehan, 1996).

Neben Traumatisierungen wird ein ungünstiger Erziehungsstil der Eltern oder Erziehungsberechtigten als weiterer Risikofaktor genannt (v.a. so genannte invalidierende Umfelder, s.u.). Hierbei kann eine ungünstige Wechselwirkung mit Aspekten des Temperaments (z.B. leichte Erregbarkeit eines Kindes) eine wesentliche Rolle spielen: Falls Eltern selbst Schwierigkeiten haben, klare Grenzen zu setzen, und sich interaktiv inkonsistent verhalten und diese Verhaltensweisen mit den emotional heftigen Reaktionen des Kindes zusammentreffen, kann ein schwer kontrollierbares Hochschaukeln emotionaler Prozesse eine Folge davon sein. Unter Umständen führt dies dazu, dass Kinder oder Heranwachsende in möglichst dramatischer Form auf sich aufmerksam machen, um Zuneigung und Nähe zu erhalten. Dieses Verhalten kann im Sinne einer momentan notwendigen Bewältigungsstrategie verstanden werden (Renneberg, 2001).

Linehan beschreibt die für die Entwicklung der Borderline-Störung charakteristische soziale Umgebung als „invalidierendes