



*Nicht, was der Zeit widersteht, ist dauerhaft,  
sondern was sich klugerweise mit ihr ändert.*

*Editorial*

## **Liebe Leserinnen, liebe Leser,**



*Dr. Michael Broda  
Schriftleitung PiD*

„Psychotherapie im Dialog“ ist mittlerweile 14 Jahre „jung“. Das ist zwar noch kein Alter für eine Fachzeitschrift – doch unsere jüngste Marktforschung hat gezeigt: In dieser Zeit haben sich die Leserwünsche verändert. Aus diesem Grund haben wir das Konzept der PiD überarbeitet – genauer gesagt: erweitert.

Sie, liebe Leserinnen und Leser, hatten sich vor allem mehr Themenvielfalt und Lesefreundlichkeit gewünscht. Deshalb hat die „neue PiD“ viele neue Rubriken, u. a. mit Studien und Essentials, mit Rechtsthemen und Therapiemethoden, aber auch mit Buch- und Filmtipps. Ab diesem Heft werden alle Texte nicht nur redaktionell, wie bisher, sondern auch sprachlich überarbeitet und im neuen Layout gesetzt.

Klar ist dabei auch: An ihren Stärken wird die PiD festhalten. Die schulenübergreifende Perspektive bleibt unser Markenzeichen, und auch am Praxisbezug, an den Themenschwerpunkten, am Qualitätsanspruch und an der Unabhängigkeit wird nicht gerüttelt.

Liebe Leserinnen und Leser, wir laden Sie herzlich ein: Machen Sie sich selbst ein Bild von der „neuen PiD“ – wir sind gespannt auf Ihr Feedback und wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre!

Dr. Michael Broda

## Psychotherapie im Dialog

## Herausbergremium



**Prof. Dr. phil. Maria Borcsa (\*1967)**

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Fachhochschule Nordhausen in Thüringen. Nach Ausbildung und Praxistätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg und in einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Familientherapeutin (SG) tätig. Sie lehrt Systemische Konzepte und Methoden an Hochschulen und Weiterbildungsanstalten im In- und Ausland und ist Supervisorin in Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie.



**Prof. Dr. med. Wolfgang Senf (\*1947)**

ist Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er war von 1990–2013 Universitätsprofessor für dieses Fachgebiet an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und damit verbunden der Ärztliche Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LVR-Klinikum Essen. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit M. Broda) und „Technik der Psychotherapie“ (mit M. Broda und B. Wilms).



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Broda (\*1952)**  
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Barbara Stein (\*1960)**

ist nach dem Studium der Psychologie und Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin seit 2005 als Leitende Psychologin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg tätig. Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit im Bereich der Psychosomatik und Psychologie für im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen.



**Prof. Dr. med. Volker Köllner (\*1960)**

ist nach Ausbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Tätigkeit als Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden seit 2004 Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an den Blietal-Kliniken, Blietal. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR).



**Dr. med. Bettina Wilms (\*1964)**

ist Fachärztin für Psychiatrie, und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Seit 2004 arbeitet sie als Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz-Klinikum gemeinnützige GmbH, Nordhausen. Ihre Schwerpunkte sind Angsterkrankungen und berufliche Belastungssyndrome.



**Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (\*1954)**

ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Andrea Dinger-Broda (\*1957)**  
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsanstalten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

#### Gründungs herausgeber

Steffen Fliegel, Münster  
Arist von Schlippe, Witten  
Ulrich Streeck, Göttingen  
Jochen Schweitzer, Heidelberg

#### Beirat

Corina Ahlers, Wien  
Brigitte Boothe, Zürich  
Ulrike Borst, Zürich  
Michael Brünger, Klingenmünster  
Manfred Cierpka, Heidelberg  
Harald J. Freyberger, Stralsund  
Alf Gerlach, Saarbrücken  
Michael Geyer, Leipzig

Sabine Herpertz, Heidelberg  
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen  
Peter Joraschky, Dresden  
Annette Kämmerer, Heidelberg  
Jürgen Kriz, Osnabrück  
Friedebert Kröger, Schwäbisch Hall  
Johannes Kruse, Gießen  
Marianne Leuzinger-Bohleber, Ffm  
Hans Lieb, Edenkoben  
Dietrich Munz, Stuttgart  
Hans Reinecker, Bamberg  
Babette Renneberg, Berlin  
Dirk Revenstorf, Tübingen  
Wilhelm Rotthaus, Viersen  
Martin Sack, München

Günter Schiepek, München  
Gerhard Schüßler, Innsbruck  
Bernhard Strauß, Jena  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen  
Kirsten von Sydow, Hamburg  
Bernhard Trenkle, Rottweil  
Kerstin Weidner, Dresden  
Ulrike Willutzki, Dortmund

#### Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln  
Karl Mayer, Freren  
Heinz-Peter Olm, Wuppertal  
Uta Preissing, Stuttgart  
Jessica Schadlu, Düsseldorf

#### Verlag

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart  
PF 301120 · 70451 Stuttgart  
www.thieme-connect.de/ejournals  
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PID im Internet!  
Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

#### Indiziert in: PSYINDEX

# Inhalt

1 • 2013



## Für Sie gelesen

- 6 Es geht nicht stetig bergauf – Plötzliche Fort- und Rückschritte in der Psychotherapie
- 7 Traumgeburt oder Geburtstrauma? – Postpartale posttraumatische Belastungsstörungen
- 8 Unruhe, Depression und Ängstlichkeit – Die Prävalenz von Anpassungsstörungen in Deutschland
- 9 Fibromyalgie – Perfektionismus kann Patientinnen beeinträchtigen

## Alles was Recht ist

- 10 WWW, @ und Co – E-Mail-Sicherheit in der Patientenkommunikation



## Resilienz und Ressourcen

Lange Zeit hat sich die Psychologie auf die negativen Auswirkungen biologischer und psychosozialer Risikofaktoren konzentriert. Inzwischen hat sich eine Gegenbewegung vollzogen: Resilienz und Ressourcen der Patientinnen und Patienten stehen mehr und mehr im Fokus.

### Editorial

- 12 Hans im Glück oder Sisyphos war auch nur ein Mensch

### Essentials

- 14 Resilienz und Ressourcen

### Standpunkte

- 16** Resilienz – Positive Entwicklung trotz belastender Lebensumstände
- 22** Die psychotherapeutische Arbeit mit Ressourcen

### Aus der Praxis

- 30** Ressourcenorientierte Behandlungsstrategien in der Traumatherapie
- 36** Ressourcenaktivierung bei stationärer Psychotherapie
- 44** Antonovskys Konzept der Salutogenese
- 48** Bindungsbedürfnis, Resilienz und Psychohygiene auf Therapeutenseite
- 52** Wie resilient ist die Resilienz? – Für die Psychotherapie relevante Forschungsergebnisse
- 56** Ressourcenerfassung im therapeutischen Prozess
- 62** Futuring in Psychotherapie und psychologischer Beratung

### Über den Tellerrand

- 72** Transdisziplinäre Ansätze bei den Frühen Hilfen

### 78 CME-Fragen



### Interview

- 80** Wie die biologische Verhaltensforschung Einzug in die Psychologie hiel

### Dialog Links

- 84** Die Qual der Wahl – Ressourcen, Resilienz und positive Psychologie im WWW

### Dialog Books

- 90** Resilienz & Ressourcen – Bücher zum Thema

### Resümee

- 94** Resilienz und Ressourcen – mehr als nur Schlagwörter

### Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 96** Fallbericht: Verkrampfungen der rechten Hand – „Als Lehrerin muss man doch schreiben können!“



### Sehenswert

- 101** The King's Speech – Beziehung wirkt heilsam

### Backflash

- 103** Es war vor einigen Wochen ...

- 3** Herausgebergremium

- 104** Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

# Es geht nicht stetig bergauf

## Plötzliche Fort- und Rückschritte in der Psychotherapie

*Eine Psychotherapie verläuft nicht immer geradlinig. Jedes therapeutische Geschehen ist auch gekennzeichnet von „Auf und Ab“.*

*Ein besonderes Erlebnis für Patienten sind Sitzungen, die sie plötzlich weiterbringen – aber auch solche, die sie plötzlich Rückschritte machen lassen. Forscher der Universität Trier haben sich mit dem Phänomen der plötzlichen Fort- und Rückschritte genauer befasst.*

In der Wissenschaft wird u. a. diskutiert, ob plötzliche Zugewinne typisch für den Beginn einer Therapie oder speziell für depressive Störungen sind. Gerade depressive Symptome können nach einer „guten Sitzung“ erstaunlich stark nachlassen. Doch auch bei medikamentösen oder Plazebo-Behandlungen ließen sich solche Erfolge zu Beginn der Therapie feststellen. Da positive Veränderungen oft zu einem frühen Zeitpunkt stattfinden, gehen viele Forscher davon aus, dass insbesondere die Erwartungshaltung des Patienten für die positiven Veränderungen verantwortlich ist.

Der Psychologe W. Lutz und seine Kollegen untersuchten 1500 Patienten an Therapiezentren der Universitäten Bochum, Bern und Trier. 57% der Patienten waren Frauen, das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 36 Jahren. Die meisten Studienteilnehmer litten unter Angststörungen (n = 545; 36%) oder unter affektiven Störungen (n = 190; 12,7%), viele Patienten hatten Mehrfachdiagnosen. Die Daten wurden zwischen 1990 und 2010 erhoben. Die Patienten der Ruhr-Universität Bochum erhielten eine kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), diejenigen in Bern und Trier eine Kombination aus CBT und interpersonalen Methoden.

Nach jeder Sitzung gaben die Patienten einen Sitzungsbericht ab, in dem sie angaben, wie zufrieden sie mit ihrem Fortschritt in der jeweiligen Sitzung waren. Außerdem beurteilten sie mithilfe eines Fragebogens nach jeder Sitzung die Beziehung zum Therapeuten. Die Symptome wurden mittels

„Brief Symptom Inventory“ (BSI) erfasst, die interpersonalen Probleme mithilfe des „Inventory of Interpersonal Problems“ (IIP-D), das psychische Wohlbefinden der letzten 7 Tage anhand des „Emotionsinventars“ (EMI). Die Autoren definierten „Plötzliche Veränderungen“ nach einem von ihnen sorgfältig erstellten System, in welches die Fragebogenergebnisse einfließen.

### Plötzliche Zugewinne finden oft zu Therapiebeginn statt

Insgesamt erlebten 351 Patienten (23,4%) Sitzungen, die sie plötzlich deutlich weiterbrachten. Die Wissenschaftler zählten bei diesen Patienten insgesamt 419 Sitzungen mit plötzlichem Zugewinn. Plötzliche Verschlechterungen erlebten 150 Patienten (10%), bei denen insgesamt 169 solcher Sitzungen mit plötzlichen negativen Erfahrungen registriert werden konnten. Während die plötzlichen positiven Erfahrungen besonders häufig am Anfang der Therapie vorkamen, konnten die Autoren keinen speziellen Zeitpunkt für Sitzungen mit plötzlichen negativen Erfahrungen festmachen.

### Erfahrungen beeinflussen den Therapieverlauf

Diejenigen, die plötzliche positive Erfahrungen innerhalb der ersten 5 Sitzungen gemacht hatten (n = 125; 42%), schlossen ihre Psychotherapie hinsichtlich der Symptome und des emotionalen Wohlbefindens erfolgreicher ab als diejenigen, die erst später die

Erfahrung der plötzlichen Verbesserungen machten (n = 173). Patienten, die sowohl plötzliche Gewinne als auch Rückschritte erlebten (n = 68) nahmen signifikant mehr Sitzungen in Anspruch als Patienten, die ausschließlich plötzliche positive Erfahrungen gemacht hatten oder solche, die keine plötzlichen Veränderungen erlebten (durchschnittliche Therapiedauer: 46,85 Sitzungen vs. 35,57 vs. 30,78 Sitzungen). Außerdem verbesserte sich die Beziehung der Patienten zu ihren Therapeuten nach einer gewinnbringenden Sitzung deutlich.

Die Autoren erklären, dass eine gute Patient-Therapeuten-Beziehung möglicherweise eine notwendige Bedingung für plötzliche Zugewinne in den Sitzungen ist. Eine problematische Beziehung stellt dagegen möglicherweise einen Risikofaktor für plötzliche Rückschritte dar. Plötzliche Rückschritte sollten früh erkannt und ernstgenommen werden, um einem möglichen negativen Verlauf der Therapie entgegenzuwirken, so die Autoren.

#### Fazit

Plötzliche Veränderungen in eine positive oder negative Richtung während einer Psychotherapiesitzung haben anscheinend einen bedeutsamen Einfluss auf den Therapieverlauf. Patienten, die bereits zu Beginn der Therapie solche plötzlichen, gewinnbringenden Erfahrungen machen, haben in der vorliegenden Studie die beste Aussicht auf einen guten Therapieerfolg.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

#### Literatur

Lutz W et al. The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychother Res* 2012; Epub ahead of print, DOI: 10.1080/10503307.2012.693837

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1337085>

# Traumgeburt oder Geburtstrauma?

## Postpartale posttraumatische Belastungsstörungen



Das Baby ist da – doch das Mutterglück ist mitunter getrübt (Bild: © Sabimm/Fotolia).

*Eine Geburt kann ein wahrhaft traumatisches Erlebnis sein: Studien haben gezeigt, dass ein gewisser Prozentsatz frisch gebackener Mütter unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Eine kanadische Erhebung bestätigt jetzt, dass diese tatsächlich oft infolge der Geburt entstanden ist.*

Bisherige Erhebungen zur Inzidenz einer PTBS bei Wöchnerinnen kommen auf 0–6,9%; dazu kommen 1,5–33,1% Frauen mit einer partiellen PTBS. Dass die Angaben zur Häufigkeit so weit auseinandergehen, liegt vermutlich an unterschiedlichen Definitionen und Diagnosewerkzeugen. Fast alle Untersuchungen verwenden Selbsterhebungsbögen. Da die Daten meist erst nach der Geburt erfasst wurden, ist außerdem unklar, wie viele Studienteilnehmerinnen bereits vorher eine PTBS hatten.

Eine aktuelle kanadische Erhebung hat deshalb 308 Schwangere bereits ab der 26. Schwangerschaftswoche befragt – außerdem 4–6 Wochen post partum sowie 3 und 6 Monate nach der Geburt. Neben einem Selbsteinschätzungsfragebogen (Modified PTSD Symptom Scale Self-Report; MPSS-SR) verwendete das interdisziplinäre Forschungsteam der McGill University in

Montreal strukturierte Interviews (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I).

Am höchsten war die PTBS-Inzidenz einen Monat nach der Geburt: Zu diesem Zeitpunkt hatten nach dem MPSS-SR 7,6% eine PTBS und 16,6% eine partielle PTBS. Nach dem SCID-I waren es 1,1% (PTBS) bzw. 3,2% (partielle PTBS). Nur 1,2% der Schwangeren hatte zum ersten Erhebungszeitpunkt angegeben, bereits früher unter einer PTBS gelitten zu haben.

### Wichtigster Risikofaktor: Sexuelles Trauma

Als wichtigster unabhängiger Risikofaktor erwies sich ein sexuelles Trauma in der Vorgeschichte: Hier war das PTBS-Risiko fast 3-fach erhöht. Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass eine Geburt bei Betroffenen eine Retraumatisierung auslösen kann.

Weitere unabhängige Risikofaktoren waren eine erhöhte Angstsensitivität, ein schlechteres Geburtserlebnis als erwartet und weniger Unterstützung in der Zeit nach der Geburt. Geburtsfaktoren wie geburtshilfliche Komplikationen, instrumentelle Entbindung, niedrige Apgar-Werte oder die Wahrnehmung der Betreuung unter der Geburt hingegen beeinflussten kaum das Risiko, eine PTBS zu entwickeln – ein Ergebnis, das im Gegensatz zu vorangegangenen Untersuchungen steht.

3 Monate nach der Geburt waren bei signifikant weniger Müttern PTBS-Symptome festzustellen. Über den weiteren Verlauf sei keine zuverlässige Aussage möglich, so die Autorinnen und Autoren, da zum letzten Erhebungszeitpunkt relativ viele Studienteilnehmerinnen abgesprungen waren.

#### Fazit

Auch wenn prozentual gesehen nur wenige junge Mütter unter einer PTBS leiden, sollte die Möglichkeit eines traumatischen Geburtserlebnisses in Erwägung gezogen werden: Bei knapp 680 000 Geburten und einer Inzidenz von 1% PTBS im Wochenbett wären jedes Jahr allein in Deutschland 6800 Frauen betroffen. Die Autorinnen und Autoren der Studie plädieren u. a. dafür, im Wochenbett neben dem inzwischen vielerorts etablierten Screening auf postpartale Depression auch ein Screening auf eine postpartale PTBS einzuführen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Literatur

Verreault N et al. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res* 2012; 73: 257–263

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1337086>

# Unruhe, Depression und Ängstlichkeit

## Die Prävalenz von Anpassungsstörungen in Deutschland

*Die Diagnose „Anpassungsstörung“ ist nach den jetzigen Kriterien der ICD-10 und DSM-IV nicht leicht zu stellen. Wieviele Menschen in der Bundesrepublik betroffen sind, haben A. Maercker und seine Kollegen der Universitäten Zürich und Leipzig untersucht.*

Nach Meinung der Autoren sollte die Anpassungsstörung als Stress-Antwort-Syndrom angesehen werden, ähnlich wie die Posttraumatische Belastungsstörung. Für den Diagnosebegriff „Anpassungsstörung“ gebe es trotz der diagnostischen Schwierigkeiten viele gute Gründe, denn eine Anpassungsstörung erfordere ein anderes therapeutisches Vorgehen als z. B. eine Angststörung oder eine depressive Störung.

Maercker et al. teilten Deutschland mithilfe eines demografischen Beratungsunternehmens (USUMA, Berlin) in ein Raster aus 258 Regionen auf. Aus diesen Regionen wählten sie Einwohner aus, die älter als 14 Jahre waren und Deutsch lesen und verstehen konnten. Alle Studienteilnehmer wurden von Mitarbeitern besucht und mit Fragebögen versorgt. Die Datensammlung erfolgte in den Monaten Mai und Juni 2009. Schließlich konnten die Daten von 2512 Studienteilnehmern ausgewertet werden.

Die Teilnehmer waren zwischen 14 und 93 Jahre alt (Durchschnittsalter: 49,6 Jahre). 55,8% waren weiblich, 44,2% männlich. In den Fragebögen gaben die Studienteilnehmer mit „Ja“ oder „Nein“ an, ob sie in den letzten 2 Jahren akuten oder chronischen Stressereignissen ausgesetzt waren. Zu den akuten Ereignissen zählten z. B. eine Scheidung oder ein Umzug, während die Autoren Lebenssituationen wie Nachbarschaftskonflikte oder schwere Erkrankungen als chronische Stressoren werteten.

### Intrusion und Vermeidungsverhalten sind typisch

Die Autoren kürzten den Anpassungsstörungen-Fragebogen von 29 auf 19 Items. Sie fragten die Studienteilnehmer nach verschiedenen Symptomgruppen, etwa nach Intrusionen (z. B. immer wiederkehrende Gedanken), nach Vermeidungsverhalten (z. B. nicht über das Thema zu sprechen), oder nach Schwierigkeiten, sich anzupassen (z. B. Schlafstörun-

gen). Außerdem enthielten die Bogen Fragen nach Impulsstörungen (z. B. leichte Erregbarkeit), Ängstlichkeit und depressiven Verstimmungen. Die Auswertungen ergaben eine Prävalenz der Anpassungsstörung von 1,4%. Am häufigsten kamen intrusive Symptome vor: 9,1% der Studienteilnehmer berichteten davon, wobei Frauen jeweils deutlich mehr Symptome aufwiesen als Männer.

Insgesamt gaben 53,9% der Teilnehmer an, mindestens einem belastenden Lebensereignis in den letzten 2 Jahren ausgesetzt gewesen zu sein. Am häufigsten wurde der Tod eines nahestehenden Menschen genannt, gefolgt von finanziellen Problemen, Arbeitsplatzverlust, Konflikten am Arbeitsplatz und Familienkonflikten. Bei den meisten von einer Anpassungsstörung betroffenen Studienteilnehmern (72,5%) hielten die charakteristischen Symptome zwischen 6 und 24 Monaten an.

### Fazit

Die Prävalenz der Anpassungsstörung liegt in Deutschland bei etwa 1,4% - zu diesem Ergebnis kommen Andreas Maercker und seine Kollegen in der vorliegenden Studie. Die Autoren plädieren dafür, die Anpassungsstörung – ähnlich wie die Posttraumatische Belastungsstörung – als eine Reaktion auf einzelne oder anhaltend schwierige Lebenssituationen anzusehen. Sie schlagen vor, die Kriterien der „Anpassungsstörung“ für die ICD-11 und das DSM-V zu revidieren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Maercker A et al. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1745–1752

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1337087>



Wie viele Menschen in Deutschland sind von einer Anpassungsstörung betroffen? (Bild: ccvision)

# Fibromyalgie

## Perfektionismus kann Patientinnen beeinträchtigen



Zu hohe Ansprüche sind der Gesundheit wenig zuträglich (Bild: © Sven Hoppe/Fotolia).

*Fibromyalgie-Patientinnen mit ausgeprägtem Perfektionismus leiden mehr unter krankheitsspezifischen Symptomen. Das hat eine kanadische Online-Befragung mit 489 Teilnehmerinnen herausgefunden. Die Untersuchung zeigt aber: Nicht jede Form von Perfektionismus beeinträchtigt die Krankheitsbewältigung.*

Fibromyalgie ist ein nichtentzündliches Schmerzsyndrom mit chronischen Weichteilbeschwerden, das v.a. bei Frauen auftritt. Die Ursachen sind weitgehend unbekannt, es scheint aber ein komplexes Zusammenspiel zwischen biologischen und psychosozialen Faktoren vorzuliegen. Zu letzteren gehört ein bei Fibromyalgie-Patientinnen oft beobachteter ausgeprägter Perfektionismus. So haben Betroffene auf die Frage nach psychischen Ursachen ihrer Erkrankung spontan am häufigsten angegeben: Stress, Perfektionismus und traumatische Ereignisse.

Kanadische Psychologinnen und Psychologen haben nun untersucht, ob Fibromyalgie-Patientinnen wirklich besonders perfektionistisch sind – und wie sich das auf ihre Krankheit auswirkt. Mit hierarchischen multiplen Regressionsmodellen haben sie nach den 3 Arten des Perfektionismus (nach Hewitt und Flett) differenziert: selbstorientierter Perfektionismus, sozial vorgeschriebener Perfektionismus und fremd-

orientierter Perfektionismus. Die ersten beiden standen tatsächlich in Beziehung zur Gesundheitsfunktion – vom Autorenteam definiert als eine Kombination aus Selbsteinschätzung körperlicher Gesundheit, Krankheitssymptomen und körperlicher Leistungsfähigkeit.

### Perfektionismus nicht häufiger, aber folgenschwer

Insgesamt war das Persönlichkeitsmerkmal Perfektionismus – entgegen vorherigen Annahmen – bei Fibromyalgie-Betroffenen nicht häufiger vorhanden als in der Allgemeinbevölkerung. Jene aber, die besonders perfektionistisch veranlagt sind, haben oft mehr Probleme mit ihrer Krankheit.

Insbesondere sozial vorgeschriebener Perfektionismus war deutlich mit einer schlechteren Gesundheitsfunktion assoziiert. Verständlich, finden die Autorinnen und Autoren, haben doch frühere Studien gezeigt, dass

als stark empfundene Anforderungen Anderer Stressfaktoren sind und Gesundheit und Wohlbefinden stark beeinträchtigen können.

### Mittlere Ansprüche an die eigene Person sind hilfreich

Beim selbstorientierten Perfektionismus ist der Zusammenhang komplizierter: Sowohl niedrige als auch hohe Werte gingen mit schlechterem Gesundheitsbefinden einher – die Kurve geht zu beiden Seiten nach unten. Mögliche Erklärungen: Ein geringer selbstorientierter Perfektionismus kann Ausdruck einer Depression sein, während stark ausgeprägter selbstorientierter Perfektionismus zu Erschöpfung führen kann. Am besten scheinen Menschen mit mittleren Ansprüchen an sich selbst mit ihrer Krankheit zurechtzukommen. Fremdorientierter Perfektionismus, also hohe Anforderungen an andere, wirkte sich hingegen nicht auf die Krankheitsbewältigung aus.

#### Fazit

Fibromyalgie-Patientinnen mit ausgeprägtem sozial vorgeschriebenem Perfektionismus oder mit niedrigem oder hohem selbstorientiertem Perfektionismus scheinen unter einem besonderen Druck zu stehen, der ihrem Wohlbefinden und der Krankheitsverarbeitung nicht förderlich ist. Es ist davon auszugehen, dass sie von Interventionen profitieren, die ihre Bewältigungsstrategien und Fähigkeiten zur Selbstregulation verbessern.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Literatur

Molnar DS et al. Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. *J Psychosom Res* 2012; 73: 295–300

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1337088>