

PROJEKTBE SCHREIBUNG
Marianne-Ringler-Preis für Forschung

**Persönlichkeitsstörung und Affektwahrnehmung bei
Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz**

eingereicht von

Dr. Andrea Naderer

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien

Wien, 15.11.11

INHALTSVERZEICHNIS

1. HINTERGRUND	5
1.1 Untersuchungsinstrumente	8
2. PROJEKTZIELE	12
3. HYPOTHESEN.....	12
4. DESIGN UND METHODIK	13
5. RELEVANZ DER STUDIE	17
6. LITERATURVERZEICHNIS	19
ZEITPLAN	22
KOSTEN	22

Persönlichkeitsstörung und Affektwahrnehmung bei Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz

Abstract

Hintergrund:

Chronischer Unterbauchschmerz (Chronic Pelvic Pain Syndrome, CPP) ist ein Krankheitsbild, welches mit den bestehenden Modellen von Diagnose- und Therapieansätzen nur schwer zu erfassen ist. Die zugrunde liegenden physischen und psychischen Faktoren sind bis heute in ihrer Komplexität nur zum Teil bekannt. Zahlreiche und wiederholte vor allem auch invasive Diagnostik- und Therapieformen mit Organentfernung zeugen davon und stellen eine ernstzunehmende Belastung sowohl für die betroffene Patientin als auch für das Gesundheitssystem dar.

Ziele:

Wir untersuchen Unterschiede zwischen Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz und einer gesunden Kontrollgruppe in Bezug auf Affektwahrnehmung und Abwehrmechanismen. Weiters wird untersucht, inwiefern sich die Gruppe der CPP-Patientinnen hinsichtlich Persönlichkeitsstruktur und Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen oder psychiatrischen Erkrankungen von einer gesunden Kontrollgruppe unterscheidet. Mit diesen Untersuchungen versuchen wir CPP aus einer psychodynamischen Sichtweise zu betrachten, mit dem Fokus auf dem affektiven Erleben und der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur, um ein besseres Verständnis der sowohl körperlichen als auch psychisch erlebten Symptome zu erlangen.

Anhand der genaueren Untersuchung von affektivem Erleben und spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen sollen Untergruppen von CPP-Patientinnen identifiziert werden und mögliche Zusammenhänge von Affektwahrnehmung, Affektregulation und Persönlichkeitsstruktur mit der Entstehung und Chronifizierung von Unterbauchschmerzen herausgearbeitet werden.

Methodik:

Es werden 50 Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen an der Psychosomatischen Frauenambulanz, einer Konsiliar-Liaison-Einrichtung der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der Universitätsfrauenklinik Wien untersucht und mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen.

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen wird mittels Shedler-Westen-Assessment Procedure (SWAP) als dimensionale Diagnostik und mittels Strukturiertem Klinischem Interview nach DSM-IV Achse II (SKID II) als kategoriale Diagnostik durchgeführt.

Mit dem Affect Regulation and Experience Questionnaire (AREQ) werden Affektwahrnehmung und Affektregulation untersucht. Die Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) soll Hinweise auf alexithymes Verhalten und somit ebenso auf Störungen der Affektwahrnehmung geben.

Das Strukturierte Klinische Interview nach DSM-IV Achse I (SKID I) zeigt psychiatrische Diagnosen, Beck Depressioneninventar (BDI) dient zur Erfassung depressiver Symptomatik. Die Social Readjustment Rating Scale (SRRS) soll retrospektiv belastende Lebensereignisse erfassen. Die Global Assessment of Functioning (GAF) Scale (DSM-IV, Achse V) zeigt die allgemeine Leistungsfähigkeit der Patientinnen. Weiters werden klinische und soziodemographische Variablen erfasst, wie Alter, Familienstand, Ausbildung, Berufssituation, medizinische und psychiatrische Anamnese.

Personality Disorder and Affect Experience in Chronic Pelvic Pain Patients

Abstract

Background:

Chronic pelvic pain represents a complex dynamic entity, including physiological and psychological factors that are still only partly understood. Numerous somatic diagnostic procedures and therapeutic interventions constitute a cause of suffering for the individual patient. Just as multitudinous interventions are a considerable burden on the public health system.

Project aims:

The aim of the project is to explore differences in affect experience and structure of personality between patients with chronic pelvic pain syndrome and a control group of women without chronic pelvic pain. Furthermore we investigate correlations between somatic symptom presentation and underlying psychopathological mechanisms. We try to take a psychodynamic view of CPP with the focus on affect experience and underlying characters of personality to gain a better understanding of somatic and mental symptoms.

Through the assessment of affect experience and diagnostic of personality we could find several subgroups of patients with CPP and identify possible associations between affect experience, affect regulation, structure of personality and development of chronic pelvic pain.

Experiments:

We will recruit 50 patients suffering from CPP at the psychosomatic consultation liaison-service for gynaecological patients at the Division of Gynaecology and Obstetrics (University Hospital of Vienna). The control group will consist of 50 women without pain history.

We diagnose personality disorder and psychostructural functioning with the Shedler-Westen-Assessment Procedure (SWAP) as a dimensional diagnostic assessment tool and the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II (SCID II) in order to gain a categorical diagnosis.

We explore affect experience and defence mechanisms with the Affect Regulation and Experience Questionnaire (AREQ). To assess alexithymia the patients will be asked to complete the 20-item version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

We provide descriptive psychiatric diagnosis on the symptom level with The Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I (SCID I), additionally we measure depressive symptoms with Beck Depression Inventory (BDI). The Social Readjustment Rating Scale (SRRS) will assess retrospectively stressful life events. The Global Assessment of Functioning (GAF) Scale (DSM-IV, axis V) will estimate the overall adjustment of the patient.

Furthermore we assess socio-demographic and clinical data including age, family status, education, profession, psychiatric and medical history.

1. Hintergrund

Chronischer Unterbauchschmerz (chronic pelvic pain syndrome, CPP) zählt zu den häufigsten und schwierigsten Problemen im Bereich der Gynäkologie. Eine von zehn Patientinnen, die zur ambulanten gynäkologischen Untersuchung kommt, leidet darunter. CPP ist die Indikation für ca. 15-40% aller Laparoskopien und 12% der Hysterektomien in den USA. Genaue Inzidenz und Prävalenz sind unklar, die sozioökonomische Bedeutung ist enorm. CPP führt zur Verminderung der Aktivität der Frauen, Einschränkung der sexuellen Aktivität, Einnahme von Medikation und Einschränkung der Arbeitsleistung, was neben der häufigeren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen deutliche volkswirtschaftliche Bedeutung hat.

CPP in der Gynäkologie ist definiert als Unterbauchschmerz, welcher über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten durchgehend besteht.

Folgende klinische Charakteristika einer chronischen Schmerzstörung kommen meist hinzu: es kommt zu keiner komplette Erleichterung durch die meisten somatischen Therapien, die Folge davon sind eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit in Haushalt und Arbeit sowie Zeichen einer Depression, wie frühes Erwachen und Gewichtsverlust.

Schmerzintensität und somatisch pathologische Veränderungen stehen oft in keiner Relation zueinander. Viele gynäkologische Pathologien (allen voran Endometriose und Adhäsionen) finden sich häufiger bei CPP-Patientinnen, die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms ist jedoch multifaktoriell. Die klinische Einschätzung muss deshalb von medizinischem, chirurgischem und psychologischem Standpunkt aus erfolgen. Zu den biologischen Veränderungen kommen meist noch Depression, Schlafstörungen und sexuelle Dysfunktion, was die Behandlung wesentlich erschwert. Es gibt Evidenz, dass ein multidisziplinärer Zugang in der Behandlung effektiver ist (Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain, 2005).

Vierzig Prozent der diagnostischen Laparoskopien werden aufgrund von CPP durchgeführt, vierzig Prozent dieser Laparoskopien weisen kein pathologisches Ergebnis auf. Bei den Laparoskopien mit pathologischem Ergebnis zeigen sich in 85% der Fälle Endometriose oder Adhäsionen (Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain, 2005).

Die Laparoskopie wird seit Jahrzehnten zur Diagnose und in der Therapie von CPP eingesetzt, jedoch zeigt sich, dass bei vielen CPP-Patientinnen die Ursache des

Schmerzes trotz genauer Untersuchung unbekannt bleibt. Es liegt nahe, die Ursache von CPP nicht nur im Becken zu suchen, sondern eine systemische Pathogenese anzunehmen. Die häufigsten Pathologien sind Endometriose und Adhäsionen. Im Durchschnitt werden eine oder beide dieser Pathologien in 2/3 der CPP-Fälle laparoskopisch gefunden. Bei den meisten durchgeführten Studien fehlt jedoch der Vergleich zu einer schmerzfreien Kontrollgruppe, so kann nicht eindeutig festgestellt werden, ob bei Frauen mit CPP diese Pathologien häufiger vorkommen als bei Frauen ohne CPP.

Die meisten dieser Frauen haben auch lange Zeit nach einer Laparoskopie weiter bestehenden Unterbauchschmerz (Warren et al, 2011).

Zahlreiche Untersucher fanden, dass Ausbreitung und Schwere von Endometriose und Adhäsionen nur eine marginale Korrelation mit der Schwere von CPP haben. Einige randomisiert kontrollierte Studien zeigten, dass viele Frauen durch die chirurgische Behandlung der Endometriose keine dauerhafte Erleichterung der Schmerzsymptomatik erlangten. Studien über Adhäsiolektomie zeigten kaum Wirksamkeit zur Schmerzerleichterung (Warren et al, 2011).

Aktuelle Longitudinalstudien zeigten, dass viele Frauen nach chirurgischer Sanierung der Endometriose rezidivierende Schmerzen hatten und mehr als 50 % der Frauen sich weiteren Operationen unterzogen. Bei den Re-Operationen zeigte sich jedoch bei einer beachtlichen Zahl der Fälle kein Hinweis auf rezidivierende Endometriose (Warren et al, 2011).

Pathologie bei CPP könnte eher zufällig als ursächlich vorhanden sein. Dies stimmt mit einem Statement des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) überein, welches im ACOG practice bulletin no 51 (2005) veröffentlicht wurde: „Wenige der Erkrankungen, die wir als Ursache von CPP annahmen, wenn überhaupt welche, erfüllen die traditionellen epidemiologischen Kriterien der Kausalität“ („Few, if any, of the diseases thought to cause chronic pelvic pain met traditional epidemiologic criteria of causality.“)

Chandra et al (2007) stellen psychosomatisch gynäkologische Überlegungen an und beschreiben in einer Longitudinalstudie über bakterielle Vaginose, dass es eine Assoziation zu wahrgenommenem psychologischem Stress gibt. Weiters werden Zusammenhänge zwischen Problemen im Genitalbereich und Depression, Angst und Somatisierungsstörungen beschrieben. Gynäkologische Symptome können das

Bestehen von psychologischen Problemen anzeigen und Ausdrucksweise von psychischem Leiden sein.

Neben dem Schmerz beeinflussen weitere Faktoren wie sexuelle und physische Gewalterfahrungen, geringer finanzieller Status und verminderte soziale Unterstützung die psychische Gesundheit von Frauen mit CPP (Lampe et al, 2003).

Bei den untersuchten Patientinnen mit Endometriose beschrieben Chandra et al (2007) eine Depressionsrate von 86%, was auf einen Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression hinweist.

Randolph und Reddy (2006) beschrieben in ihrer Studie über 63 Frauen mit CPP, dass die sexuelle Funktion vor allem durch die zusätzlich vorhandene Depression beeinflusst wird. Diese Ergebnisse betonen die Wichtigkeit eines Screenings und einer entsprechenden Behandlung der Depression bei CPP. Sexueller Missbrauch und Gewalt sind häufig bei CPP-Patientinnen, Frauen mit Gewalterfahrungen zeigen vermehrt psychisches Leiden, Depression, Angst und Somatisierung (Chandra et al, 2007).

Warren et al (2011) beschreiben, dass CPP die Charakteristika von funktionalen somatischen Syndromen (wie Fibromyalgie, chronic fatigue Syndrom oder irritable Bowel Syndrom) erfüllt: Schmerz und Chronizität sind schon in der Definition enthalten, es gibt keine veränderten Laborparameter, Exazerbation durch Stress und Menstruation ist möglich, Korrelation mit physischem und sexuellem Missbrauch und auch mit Depression und Angst sind beschrieben. Weitere Charakteristika von funktionalen Syndromen kommen hinzu, wie fehlende pathologische Veränderungen in einem Drittel der Fälle und eine häufige Komorbidität zu anderen funktionalen somatischen Syndromen (z.B. intestinale Zystitis/painful bladder Syndrome, Fibromyalgie, chronic fatigue Syndrom, Migräne), aber auch zu psychischen Störungen wie Depression und zu Persönlichkeitsstörungen (Warren et al, 2011).

Die Angaben der Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen bei chronischen Schmerzpatienten sind in unterschiedlichen Studien verschieden hoch – von 24% bei PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen (Gatchel et al, 1995), bis 60% bei PatientInnen mit komplexen Schmerzsyndromen (Monti et al, 1998). Polatin et al (1993) beschrieben in ihrer Studie über 200 PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen eine Prävalenz von 51%.

Fischer-Kern et al (2010) fanden in ihrer Studie über die Persönlichkeitsstruktur bei chronischem Schmerz bei 63% der 48 untersuchten chronischen

SchmerzpatientInnen im SKID II eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen. Im STIPO (strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation), einem Instrument, welches auf psychoanalytischen Modellen der Diagnostik von Persönlichkeit basiert und die Struktur der Persönlichkeit in mehreren Dimensionen untersucht, wurde bei 58% der untersuchten PatientInnen eine strukturelle Störung im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation erhoben.

Auch die Häufigkeit der einzelnen Persönlichkeitsstörungen wird unterschiedlich angegeben, zwanghafte und paranoide Persönlichkeitsstörungen scheinen jedoch häufig vorzukommen.

Die rezente Literatur zeigt, dass eine Assoziation zwischen Persönlichkeitsstörung und chronischem Schmerz zu bestehen scheint. Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich dadurch erklären, dass unterschiedliche Diagnosemethoden angewendet und verschiedene Arten von Schmerzstörungen untersucht wurden. Außerdem haben demografische Unterschiede und verschiedene Methoden der Patientenrekrutierung einen Einfluss auf die Ergebnisse. (Sansone et al, 2001)

Ziel der vorliegenden Studie ist sowohl die Komorbidität von psychiatrischen Erkrankungen und Störungen im affektiven Bereich, als auch die Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen bei Frauen mit CPP zu untersuchen. Hierzu wird als Instrument zur kategorialen Diagnostik das Strukturierte Klinische Interview nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM IV], Achse I und II, [SKID I und II] angewandt. Weiters wird eine dimensionale Diagnostik durchgeführt, im Bereich der Persönlichkeit mittels Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) und im Bereich der affektiven Störung, Affektwahrnehmung und Affektregulation mittels Affect Regulation and Experience Q-Sort (AREQ).

1.1 Untersuchungsinstrumente

Shedler-Westen Assessment Procedure - SWAP-200:

Die Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) ist als Expertenrating konzipiert und stellt eine empirische Methode zur Diagnostik von Persönlichkeit dar, welche den Reichtum und die Komplexität der klinischen Fallbeschreibung zu bewahren versucht. SWAP stellt in der Persönlichkeitsdiagnostik ein Instrument alternativ zum DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dar, welches empirisch

fundiert sowohl in der klinischen Routine als auch im Forschungskontext praktikabel ist.

Zwischen Forschung und Praxis besteht ein Unterschied im Verstehen und Erfassen von Persönlichkeit. Klinische Experten berücksichtigen eine große Bandbreite an psychologischen Daten. Aus der Art wie PatientInnen selbst ihr eigenes Leben und die wichtigen Bezugspersonen darstellen und darauf Bezug nehmen, aus der Interaktion mit den KlinikerInnen und aus der Reaktion der KlinikerInnen auf die PatientInnen werden komplexe Folgerungen gezogen.

Mit der Entwicklung des DSM wurde Persönlichkeitsdiagnostik zunehmend als technische Auflistung von Symptomen gesehen, mit wenig Beachtung für deren Zusammenhang, deren psychologische Funktion, Bedeutung oder Ursache. Der „Gold Standard“ in der Forschung wurde das strukturierte Interview. Diese Untersuchungsmethoden wurden entwickelt um hohe Interrater-Reliabilität zu erreichen, die Rolle der individuellen klinischen Beurteilung zu minimieren und durch standardisierte Fragen und Entscheidungsregeln zu ersetzen.

Strukturierte Untersuchungsmethoden wurden im Sinne der Forschung und als Reaktion auf die unsystematischen Diagnosemethoden der Vergangenheit entwickelt.

SWAP ist ein Ansatz für ein Instrument in der Persönlichkeitsdiagnostik, das klinische Beurteilungen und Folgerungen nutzbar macht und mit den besten Merkmalen der empirischen Tradition kombiniert. Es stellt ein Werkzeug bereit, das sowohl klinisch relevant als auch empirisch streng ist.

Dieses Instrument wurde entwickelt um KlinikerInnen unterschiedlicher theoretischer Orientierung ein „Standardvokabular“ zur Fallbeschreibung zu geben. Dieses Vokabular erlaubt die psychologische Beschreibung der PatientInnen in eine systematische und quantifizierbare Form zu bringen, und stellt sicher, dass alle UntersucherInnen denselben klinischen Phänomenen Bedeutung beimessen. Eine großteils jargonfreie Sprache versucht Interpretationen zu minimieren und macht das Item-Set verwendbar für KlinikerInnen aller theoretischen Richtungen.

Das SWAP-Item Set wurde aus mehreren Quellen entwickelt. Klinische Literatur der Persönlichkeitsstörungen der letzten 50 Jahre (von Kernberg, Kohut, Linehan) wurde berücksichtigt, ebenso die DSM III und IV - Achse II Kriterien und jene Achse I Kriterien, die relevant für Aspekte der Persönlichkeit sind. Außerdem wurden Forschungsergebnisse aus den Bereichen Coping, Abwehr,

Affektregulationsmechanismen berücksichtigt sowie interpersonale Pathologie von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsmerkmale der nichtklinischen Population inkludiert.

Ein besonderes Charakteristikum des SWAP ist die Möglichkeit psychologische Konflikte und auch Gegensätze zu beschreiben und zu quantifizieren. Dies unterscheidet SWAP von anderen dimensional Instrumenten, bei denen eine Person ein Persönlichkeitsmerkmal nur entweder „sehr“ oder „wenig“ haben kann, jedoch Dualität und Gegensätzlichkeit nicht beschrieben werden kann. (z.B. können bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung Gefühle der Grandiosität und Minderwertigkeitsgefühle nebeneinander bestehen).

Die DSM Diagnosekriterien sind großteils deskriptiv und bieten wenig Orientierung für Kliniker hinsichtlich Verständnis der Bedeutung und Funktion der Symptome oder Art der Intervention. Z.B. ist „ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen“ ein DSM-IV Kriterium für Borderline Persönlichkeitsstörung. Bei dieser Beschreibung bleibt unberücksichtigt, warum der Patient instabile Beziehungen hat und wie der Kliniker helfen kann. SWAP berücksichtigt die zugrunde liegenden Prozesse, die zur Entstehung der Persönlichkeitscharakteristika beitragen. Aus diesem Verständnis kann sich bereits der Vorschlag für eine Intervention ergeben. (Shedler und Westen, 2007)

Affect Regulation and Experience Q-Sort-Test - AREQ:

Der Affect Regulation and Experience Q-Sort-Test (AREQ) ist ein Instrument, das mittels Expertenrating Affektregulation und das Erleben von Affekten untersucht. Affekte sind zentrale Merkmale von Persönlichkeit, und insofern sind Störungen von Affekten und Affektregulation Teil jeder der Persönlichkeitsstörungen, wie sie im DSM-IV beschrieben sind. Dieses Instrument untersucht individuelle Unterschiede in Affektwahrnehmung und Affektregulation.

Affektwahrnehmung:

Es gibt individuelle Unterschiede in der Wahrnehmung von Intensität und Labilität von Affekten, auch in der Tendenz eher angenehme oder unangenehme Affekte zu erleben, im Grad der bewussten Wahrnehmung von Affekten und im emotionalen Ausdruck. Die Intensität einer Affekterfahrung ist das Ausmaß, ab welchem ein Gefühl als stark erlebt wird. Affektlabilität beschreibt das Maß, in welchem eine Person von einem Gefühlszustand zu einem anderen wechselt. Wie stark spezifische

Gefühle wahrgenommen werden (wie z.B. Scham oder Schuld) ist ebenso individuell verschieden. Menschen unterscheiden sich darin, wie gut sie Gefühlserfahrungen tolerieren, wie gut sie sich mit affektiven Erfahrungen fühlen und in ihrer Fähigkeit, sich der eigenen Affekte bewusst zu sein. Die Fähigkeit, ambivalente Gefühle zu ertragen, also gleichzeitig positive und negative Gefühle zu haben, ist ein wesentliches Merkmal und kann PatientInnen mit schwerer Persönlichkeitsstörung von gesünderen Menschen unterscheiden (Kernberg, 1984).

Affektregulation:

Affektregulation bezieht sich auf bewusste und unbewusste Vorgänge, welche darauf abzielen, unangenehme Affekte zu minimieren und angenehme zu maximieren. Im Modell der Affektregulation von Westen (1985, 1994) sind Aspekte der Evolutionstheorie, der Verhaltenstherapie, der kognitiven und psychodynamischen Theorie enthalten. Nach der Evolutionstheorie werden angenehme psychische Prozesse und Verhaltensweisen „ausgewählt“ und unpassende verworfen. So wären Emotionen richtungweisend für angepasstes Verhalten. In der verhaltenstherapeutischen Tradition sind die Konsequenzen eines Verhaltens dafür entscheidend, ob dieses verworfen oder wiederholt wird. Gefühle wären so wesentliche Bestandteile bei operationaler Konditionierung. Beim kognitiven Ansatz wären Affektregulationsmechanismen Prozesse um affektive Probleme zu lösen.

Die psychodynamische Theorie geht davon aus, dass mentale Prozesse, wie auch Verhalten, von der Assoziation mit Gefühlen bestimmt sind. Innere Prozesse, wie Hemmung, Verleugnung, oder andere Verzerrungen bewusster Vorstellungen werden verstärkt um unangenehme Affekte zu vermeiden.

Bei der Regulation von Affekten kommen Verhaltensweisen, bewusste Copingstrategien und unbewusste Vermeidungsprozesse zur Anwendung.

Zur Untersuchung von Affektwahrnehmung und Affektregulation sind Fragebögen, die von PatientInnen selbst ausgefüllt werden, für manche Forschungsfragen nicht besonders geeignet. Abwehrmechanismen können im Selbstrating etwa nicht untersucht werden. Ebenso ist es schwierig auf diese Art die Fähigkeit zur Ambivalenz zu messen, sowie den Ausdruck der Affekte. Menschen können selbst oft nicht beurteilen, ob ihr Affekt seltsam, oberflächlich oder übertrieben ist. Besonders problematisch sind Selbstratingmethoden bei der Untersuchung von Affektregulationsmechanismen. Viele Prozesse von Coping und

Abwehrmechanismen sind nicht bewusst und daher nicht zugänglich für die Selbstbeurteilung. Daher erreichen Selbstrating-Instrumente in diesem Bereich nicht dieselbe Aussagekraft wie gut validierte Expertenratings.

AREQ versucht eine jargonfreie Standard-Sprache zur Verfügung zu stellen, um die untersuchten Gebiete vergleichbar zu beschreiben. So können die Einschätzungen der KlinikerInnen genützt, quantifiziert und miteinander verglichen werden.

Bei der Entwicklung der Aussagen im AREQ-Set wurden mehrere Quellen beachtet, so z.B. klinische Erfahrung, Theorien und Untersuchungen der Abwehr, Aspekte aus dem DSM, Teile von Fragebögen und Instrumenten, die Coping untersuchen usw. (Westen et al, 1997, Westen and Shedler, 1999)

2. Projektziele

Das Ziel des vorliegenden Projektes ist es, Unterschiede zwischen Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz und einer gesunden Kontrollgruppe in Bezug auf Affektwahrnehmung und die Verwendung von Abwehrmechanismen zu untersuchen. Weiters wird untersucht, inwiefern sich die Gruppe der CPP-Patientinnen hinsichtlich Persönlichkeitsstruktur und Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen oder psychiatrischen Erkrankungen von einer gesunden Kontrollgruppe unterscheidet. Es wird versucht CPP aus einer psychodynamischen Sichtweise zu betrachten, mit dem Fokus auf dem affektiven Erleben und der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur, um ein besseres Verständnis der sowohl körperlichen als auch psychisch erlebten Symptome zu erlangen.

3. Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden postuliert:

- Patientinnen mit CPP haben häufiger die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als Frauen ohne CPP.
- Patientinnen mit CPP haben häufiger Affektwahrnehmungsstörungen und verwenden häufiger unreife Abwehrmechanismen als Frauen ohne CPP.
- Patientinnen mit CPP haben häufiger die Diagnose einer psychiatrischen Störung als Frauen ohne CPP.

- CPP-Patientinnen haben mehr gynäkologische/chirurgische Behandlungen und stationäre Aufnahmen als Frauen ohne CPP.

4. Design und Methodik

Es werden 50 Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen an der Psychosomatischen Frauenambulanz, einer Konsiliar-Liaison-Einrichtung der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der Universitätsfrauenklinik Wien untersucht. Die erhobenen Daten werden mit jenen von Frauen ohne CPP, die sich einer gynäkologischen Routineuntersuchung unterziehen, verglichen. Die Kontrollgruppe wird nach Alter, Bildungsstand und Geschlecht mit der Patientinnengruppe abgeglichen.

Die Einschlusskriterien für die Versuchsgruppe sind: Geschlecht weiblich, Alter zwischen 18 und 65 Jahren, gute Deutschkenntnisse, Unterbauchschmerzen im gynäkologischen Bereich mindestens ein halbes Jahr bestehend

Ausschlusskriterien: mangelnde Deutschkenntnisse, Minderjährigkeit, Demenz

Für die Kontrollgruppe gelten folgende Einschlusskriterien: Geschlecht weiblich, Alter zwischen 18 und 65 Jahren, gute Deutschkenntnisse, keine somatischen Erkrankungen, insbesondere keine Schmerzsymptomatik innerhalb der letzten 2 Jahre, mit der Patientinnengruppe abgeglichen nach Alter (+/- 5 Jahre) und Bildungsstand

Ausschlusskriterien: mangelnde Deutschkenntnisse, Schmerzsymptomatik

Als Grundlage für das Rating des SWAP und des AREQ wird das **Adult Attachment Interview, AAI** (George, Kaplan, & Main, 1985) verwendet. Das AAI ist ein semi-strukturiertes klinisches Interview, das auf aktuelle, individuelle Repräsentationen eigener Kindheitserfahrungen fokussiert. Weiters wird nach Erfahrungen von Trennung, Krankheit, Zurückweisung, Verlust oder Misshandlung gefragt. Das AAI wird meist nach Bindung oder Reflexiver Funktion ausgewertet. In dieser Studie dient das AAI als ausführliches und intensives Interview, bei dem viel über affektives Erleben bekannt wird, als Grundlage für die Ratings von SWAP und AREQ.

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen wird mittels **Strukturiertem Klinischem Interview nach DSM-IV Achse II (SKID II)** (deutschsprachige Version: Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T, 1997) als kategoriale Diagnostik durchgeführt und mit der **Shedler-Westen-Assessment Procedure (SWAP)** (Shedler und Westen, 2007) als dimensionale Diagnostik.

SWAP:

Das Instrument besteht aus 200 Statements, die Persönlichkeitsvariablen beschreiben, und arbeitet nach der Q-Sort-Methode. Bei der Q-Sort-Methode muss eine Anzahl von Items mit personenbezogenen Feststellungen in eine bestimmte Zahl von Kategorien eingeordnet werden, die z.B. nach der Dimension "trifft völlig zu" bis "trifft gar nicht zu" angeordnet sind. Die resultierende Häufigkeitsverteilung der personenbezogenen Items in den Kategorien soll einer Normalverteilung entsprechen, die Anzahl der Items pro Kategorie wird vorgegeben. Das hat den Vorteil, dass die Ratingskala vor einer mangelhaften Ausnützung geschützt ist. Die erhobenen Daten werden mit der Q-Technik korrelationsanalytisch weiter verarbeitet.

Beim SWAP werden die Statements von den RaterInnen in 8 Kategorien eingeteilt, von „am meisten zutreffend“ (festgesetzt mit einem Wert von 7) bis „gar nicht zutreffend“ (Wert von 0). So ergibt sich für jede der 200 beschriebenen Persönlichkeitsvariablen ein Wert von 0 bis 7. Nach der Q-Sort Methode ist eine fixe Aufteilung der Scores vorgegeben, beim SWAP z.B. 100 Items in der Reihe mit Wert 0, 22 Items in der Reihe 1 usw. Die Anordnung ist asymmetrisch, viele Items erzielen Score 0, immer weniger Items erzielen höhere Scores. So wird eine Abstimmung der einzelnen UntersucherInnen miteinander gewährleistet.

Stoß:	0	1	2	3	4	5	6	7
Anzahl der Karten:	100	22	18	16	14	12	10	8

Fig. 1: Shedler-Westen-Assessment Procedure - SWAP-200, Jonathan Shedler, Ph.D.and Drew Westen, Ph.D., 1-1-98; Revised October, 2003

Der Algorithmus für die SWAP-Scores generiert einen dimensional Score für jede Persönlichkeitsstörung, die Ähnlichkeit oder Übereinstimmung jedes Persönlichkeits-Syndroms mit einer typischen oder „idealen“ Form wird gemessen. Dimensionale Scores können als T-Scores ausgedrückt und dargestellt werden, es entsteht ein Persönlichkeitsstörungsprofil. Außerdem wird eine detaillierte narrative

Fallbeschreibung hervorgebracht, wichtig für die klinische Fallkonzeptualisierung und den Behandlungsplan. So wird jedes Persönlichkeits-Syndrom eher in einem Kontinuum erfasst als in „vorhanden/nicht vorhanden“ – Kategorien.

Die Faktoranalyse des SWAP hat zusätzlich klinisch und empirisch kohärente Trait-Dimensionen (Merkmale) identifiziert. Es wurden Cutoff Scores definiert, um eine „Kompatibilität“ mit dem kategorialen Zugang des DSM-IV zu gewährleisten.

Die Interrater Reliabilität von SWAP Persönlichkeitsstörungs-Scores und anderer diagnostischer Skalen liegt bei mindestens .80 für alle Skalen in allen durchgeführten Studien, häufig sogar über .90. Hohe Reliabilitätskoeffizienten werden auch bei unabhängigen Untersuchern berichtet, vergleichbar hoch wie sie typischer Weise bei strukturierten Interviews berichtet werden, die ja klinische Beeinflussung meiden und bei den Fakten bleiben.

In einer Studie, in der SWAP anhand von AAls geratet wurde, werden vergleichbare Ergebnisse die Validität betreffend gefunden und eine Interrater Reliabilität von $r = .91$ beschrieben. (Shedler und Westen, 2007)

Mittels **Affect Regulation and Experience Questionnaire (AREQ)** (Westen et al, 1997) werden Affektwahrnehmung und Abwehrmechanismen der Patientinnen untersucht.

AREQ:

AREQ ist ebenfalls ein Q-Sort-Test und besteht aus einem Set von 98 Aussagen, die beschreiben, wie eine Patientin psychologisch funktioniert. Jede Aussage kann für eine bestimmte Patientin „sehr“, „etwas“ oder „überhaupt nicht“ gelten. Die Aussagen müssen in acht Kategorien geordnet werden. Der erste Stoß (Stoß 0) enthält Aussagen, die nicht zur Patientin passen, auf den nächsten Stoß (Stoß 1) kommen Aussagen, die zu einem geringen Maß passend sind, usw. Der letzte Stoß (Stoß 7) enthält Aussagen, welche die Patientin besonders gut beschreiben. Jeder der acht Stöße muss eine bestimmte Anzahl von Karten enthalten.

Stoß:	0	1	2	3	4	5	6	7
Anzahl der Karten:	30	20	10	10	10	8	6	4

Fig.2: Affect Regulation and Experience Q-sort Test (AREQ), Drew Westen, Ph.D. and Jonathan Shedler, Ph.D., 1-1-96; Revised October, 2003

Die Items wurden in 2 Kategorien geteilt: 27 Items, die Affektwahrnehmung messen und 69 Items für die Affektregulation. In jeder der beiden Kategorien wurden 3 Faktoren identifiziert. Für die Affektwahrnehmung zeigten sich die Faktoren „*sozialisierte negative Affekte*“, welche Affekte mit stark negativer Besetzung beschreiben, bei denen es nicht zu einer Internalisierung der sozialen Norm gekommen ist. Gefühle wie Schuld, Bedauern oder Reue setzen eine Internalisierung von sozialen Normen und Werten voraus, während intensive, wenig modulierte Affekte diese Internalisierung, wie sie sich in den frühen Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen entwickeln kann, meist vermissen lassen.

Der 2. Faktor sind „*positive Affekte*“ und der 3. Faktor „*starke negative Affekte*“.

Im Bereich der Affektregulation sind die Faktoren „*realitäts-orientierte Reaktionen*“, zwischen aktivem Coping und impulsivem Agieren. Der 2. Faktor umfasst „*externalisierte Abwehr*“, zwischen vorwürflichem Verhalten anderen gegenüber und Selbstvorwürfen. Als 3. Faktor wurde „*vermeidende Abwehr*“ definiert, zwischen bewusster Vermeidung unangenehmer Affekte und Affektdurchbrüchen.

AREQ ist laut Westen et al (1997) prädiktiv sowohl für externe Kriterien wie suizidale Handlungen und stationäre psychiatrische Behandlung, als auch für die Einschätzung der Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen und der beruflichen und allgemeinen Leistungsfähigkeit (Global Assessment of Functioning, GAF). Menschen mit geringen „*realitäts-orientierten Reaktionen*“ und hoher „*externalisierter Abwehr*“ haben beispielsweise häufig Persönlichkeitsstörungen, neigen zu Suizidversuchen und psychiatrischer Hospitalisierung.

Es zeigte sich eine hohe Validität sowie die Möglichkeit mittels AREQ verschiedene Formen von Psychopathologie zu unterscheiden. Im Schnitt konnte eine Interrater-Korrelation von .62 erreicht werden, was für eine gute Validität des Instrumentes spricht. Die 6 generierten Faktoren zeigten sich, gemessen mittels Cronbach's Alpha, intern konsistent, was für eine gute Reliabilität spricht. (Westen et al, 1997)

Ergänzend wird mit der **Toronto Alexithymie Skala, TAS-20** (deutsche Version: Bach et al, 1996) der Grad der Alexithymie ermittelt. Alexithymie wird definiert als Persönlichkeitszug, der durch die Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und eigene Gefühle angemessen zu beschreiben, eine eingeschränkte Fantasietätigkeit und Störungen im affektiven Erleben charakterisiert ist. (Nemiah und Sifneos, 1970).

Alexithymie wurde in zahlreichen Studien in Zusammenhang mit psychosomatischen und psychiatrischen Störungen beschrieben (Taylor et al, 1997).

Die TAS-20 besteht aus 20 Items, drei Skalen und einer Gesamtskala, in der die Schwierigkeiten bei Identifikation und Beschreibung von Gefühlen, die Schwierigkeit der Unterscheidung von körperlichen Sensationen und ein extern orientierter Denkstil zusammengefasst werden.

Das **Strukturierte Klinische Interview nach DSM-IV Achse I (SKID I)** (deutschsprachige Version: Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T, 1997) zeigt psychiatrische Diagnosen, **Beck Depressionsinventar (BDI)** (Beck, Rial, & Rickets, 1974) dient zur Erfassung depressiver Symptomatik. Mittels **Social Readjustment Rating Scale (SRRS)** (deutschsprachige Version: Holmes & Rahe, 1980) sollen belastende Lebensereignisse eingeschätzt werden. **Global Assessment of Functioning Scale (GAF)** nach DSM-IV Achse V soll eine globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Patientinnen geben.

Weiters werden klinische und soziodemographische Variablen erfasst, wie Alter, Familienstand, Ausbildung, Berufssituation, medizinische und psychiatrische Anamnese, sowie das Erleben von physischer u/o sexueller Gewalt als häufige pathogenetische Faktoren.

5. Relevanz der Studie

Die moderne Definition von Schmerz inkludiert sowohl sensorische als auch affektive Aspekte des Erlebens. Eine sorgfältige Einschätzung und Diagnostik von Frauen mit CPP muss die Untersuchung des emotionalen Erlebens und andere Aspekte eines chronischen Schmerzsyndroms (wie negative Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit in Familie, Beeinträchtigung der Sexualität und soziale Einschränkungen) berücksichtigen. Einschränkung durch den Schmerz, psychisches Leiden und die Lebensqualität müssen erfasst werden.

Das multidisziplinäre Management ist der effektivste Zugang in der Behandlung von Frauen mit CPP. (Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain, 2005).

CPP aus psychodynamischer Sichtweise zu betrachten bedeutet einerseits die Frage nach der Persönlichkeitsstruktur zu stellen. Die dimensionale Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur soll ein genaueres Bild der zugrunde liegenden

Persönlichkeitsmerkmale abbilden. Andererseits wird versucht mittels Untersuchung des affektiven Erlebens ein psychodynamisches Verständnis der Symptome zu erlangen. Eine Störung der Affektwahrnehmung bei CPP-Patientinnen könnte seinen Ausdruck in der Entstehung von affektiven Störungen als Weg der Verarbeitung belastender Ereignisse finden.

Anhand der genaueren Untersuchung von affektivem Erleben, Affektregulation und spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen sollen Untergruppen von CPP-Patientinnen identifiziert werden und mögliche Zusammenhänge von Affektwahrnehmung, Affektregulation und Persönlichkeitsstruktur mit der Entstehung und Chronifizierung von Unterbauchschmerzen herausgearbeitet werden.

Die Einbeziehung der Konzepte von Affektwahrnehmung und –regulation sowie der psychischen Struktur in die psychosomatische Forschung erscheint vielversprechend als Ansatz für ein psychodynamisches Verständnis und eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen.

6. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition). Washington, DC, American Psychiatric Association

Bach M, Bach D, de Zwaan M, Serim M, Böhmer F (1996) *Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten*. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 46:23-28

Beck AT, Rial WY, Ricketts K (1974) *Short form of depression inventory: cross-validation*. *Psychological Reports*, 34:1184-1186

Chandra PS, Ranjan S (2007) *Psychosomatic obstetrics and gynecology – a neglected field?* *Current Opinion in Psychiatry*, 20:168-173

Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain (2005) SOGC Clinical Practice Guidelines, No 164, Part one of two

Fonagy P (1991) *Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient*. *Int J Psychoanal*, 72:1-18

Fonagy P, Target M (1996) *Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality*. *Intl J Psychoanal*, 77:217-233

Fonagy P, Gergely G, Jurist EJ, Target M (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, Other Press

Fischer-Kern M, Mikutta C, Kapusta ND, Hörz S, Naderer A, Thierry N, Leithner-Dziubas K, Löffler-Stastka H, Aigner M (2010) *Psychische Struktur bei chronischen Schmerzpatienten*, *Z Psychosom Med Psychother*, 56:34-46

Gatchel RJ, Polatin PB, Kinney RK (1995) *Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis*. *Health Psychol*, 14:415-20

George C, Kaplan N, Main M (1985) *The Adult Attachment Interview*. Berkeley, CA, University of California at Berkeley, Department of Psychology, unpublished manuscript

Holmes TH, Rahe RH (1980) *The Social Readjustment Scale*. In: Katschnig H (Hrsg.) *Sozialer Stress und psychische Erkrankung: lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen?* Urban und Schwarzenberg, 160-166

Kernberg O (1984) *Severe personality disorders*. New Haven, CT: Yale University Press

Lampe A, Doering S, Rumpold G, Sölder E, Krismer M, Kantner-Rumplmair W, Schubert C, Söllner W (2003) *Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events*. *J Psychosom Res*, 54:361-367

- Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M (2009) *Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 144:168-72. Epub 2009 Apr 5.
- Leithner-Dziubas K, Blüml V, Naderer A, Tmej A, Fischer-Kern M (2010) *Mentalisierung und Bindung bei Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen: Eine Pilotstudie*. Z Psychosom Med Psychother 56:179-190
- Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E, Fischer-Kern M, Rössler-Schüle H, Leithner-Dziubas K, Schuster P (2007) *Validation of the SWAP-200 for diagnosing psychostructural organization in personality disorders*. Psychopathology, 40:35-46
- Monti DA, Herring CL, Schwartzman RJ, Marchese M (1998) *Personality assessment of patients with complex regional pain syndrome type I*. Clin J Pain, 14:295-302
- Nemiah JC, Sifneos P (1970) *Affects and phantasy in patients with psychosomatic disorders*. In: Hill OW (Hrsg.). Modern trends in psychosomatics. London: Butterworth
- Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG (1993) *Psychiatric illness and chronic low-back pain*. Spine, 18:66-71
- Randolph ME, Reddy MD (2006) *Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support and abuse*. J Sex Res, 43:38-45
- Sansone RA, Whitecar P, Meier BP, Murry A (2001) *The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain*. General Hospital Psychiatry, 23:193-197
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM IV, 4.Auflage*, Göttingen: Hogrefe
- Shedler J & Westen D (1998) *Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology*. Assessment, 5:335-355
- Shedler J, Ph.D. and Westen D, Ph.D., *Shedler-Westen-Assessment Procedure - SWAP-200*. 1-1-98; Revised October, 2003
- Shedler J, Westen D (2007) *The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful*. Journal of Personality Assessment, 89:41-55
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997) *Disorders and affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press
- Warren JW, Morozov V, Howard FM (2011) *Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome?* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 205:1.e1-1.e5
- Westen D (1985) *Self and society: Narcissism, collectivism, and the development of morals*. New York; Cambridge University Press

Westen D (1994) *Toward an integrative model of affect regulation: Applications to social – psychological research*. Journal of Personality, 62:641-647

Westen D, Muderrisoglu S, Fowler C, Shedler J, Koren D (1997) *Affect Regulation and Affect Experience: Individual Differences, Group Differences, and Measurement Using a Q-Sort Procedure*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65:429-439

Westen D, Shedler J (1999) *Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method*. American Journal of Psychiatry, 156:258-272

Westen D, Shedler J (1999) *Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders*. American Journal of Psychiatry, 156:273-285

Westen D, Ph.D., Shedler J, Ph.D. *Affect Regulation and Experience Q-sort Test (AREQ)*. 1-1-96; Revised October, 2003

Weisberg JN (2000) *Personality and personality disorder in chronic pain*. Current Review of Pain, 4:60-70

Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II*. Göttingen, Verlag für Psychologie - Hogrefe

Zeitplan

Bis dato ist die Erhebung der Daten (AAI, SKID I und II, BDI, TAS-20, GAF, SRRS) der 50 Patientinnen aus der Versuchsgruppe abgeschlossen. Das weitere Vorgehen ist wie folgt geplant:

<u>Ratings</u> <u>Versuchsgruppe:</u> SWAP, AREQ	1. – 6. Monat			
<u>Datenerhebung</u> <u>Kontrollgruppe:</u> AAI, SKID I und II, BDI, TAS-20, GAF, SRRS		6. – 12. Monat		
<u>Ratings</u> <u>Kontrollgruppe:</u> SWAP, AREQ			12. – 18. Monat	
Datenanalyse, statistische Auswertung und Erstellung des Endberichtes				18. – 24. Monat

Kosten

Transkription der insgesamt 100 AAI-Interviews (50 Patientinnengruppe, 50 Kontrollgruppe) durch eine Schreibkraft: 100x30 Euro = 3000 Euro

Datenanalyse und statistische Auswertung: 1000 Euro

Gesamtkosten: 4000 Euro

Die Datenerhebung und die Erstellung der Interviews, sowie die Ratings werden von der Antragstellerin selbst im Rahmen der Tätigkeit an der Psychosomatischen Frauenambulanz, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie durchgeführt. Die Infrastruktur an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie kann für die Projektabwicklung genutzt werden, womit sämtliche Materialkosten entfallen. Ebenso wird die PC-Ausstattung zur Verfügung gestellt.