

Nervenarzt 2010 · 81:879–888
 DOI 10.1007/s00115-010-3016-6
 Online publiziert: 30. Juni 2010
 © Springer-Verlag 2010



Punkten Sie online auf
CME.springer.de

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

S. Sulz

Katholische Universität Eichstätt und Centrum für Integrative Psychotherapie, München

Hysterie I: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Eine psychotherapeutische Herausforderung

Zusammenfassung

In der modernen psychiatrischen Diagnostik ist von Freuds Hysterie noch die histrionische Persönlichkeit geblieben. Die psychischen und somatischen Funktionsstörungen sind als dissoziative Störungen und als somatoforme Störungen vom Etikett des Hysterischen befreit. Auch die histrionische Persönlichkeitsstörung erfreut sich in Diagnostik und Therapie keiner fachlichen Übereinstimmung. Sie ist gekennzeichnet durch Dramatisierung, Suggestibilität, oberflächlich wechselnde Affekte, impressionistischen kognitiven Stil, Beschäftigen mit der äußeren Erscheinung, verführerisches Verhalten, im Mittelpunkt stehen wollen – eine kompensierende Grundhaltung, die aus wichtigen Beziehungen der Kindheit resultiert. Es besteht Komorbidität mit narzisstischer und antisozialer Persönlichkeit, auch mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

Schlüsselwörter

Hysterie · Histrionische Persönlichkeitsstörung · Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen · Persönlichkeitsstörungsdiagnostik · Therapie von Persönlichkeitsstörungen

Hysteria I. Histrionic personality disorder. A psychotherapeutic challenge

Summary

What is left of Freud's hysteria in modern diagnostics is the histrionic personality. Psychological and somatic functional disorders, such as dissociative and somatoform disorders are freed from the label of being hysterical, but even the histrionic personality disorder does not enjoy professional agreement as far as diagnostics and therapy are concerned. This disorder is characterized by dramatization, suggestibility, superficial changing affects, impressionist cognitive style, preoccupation with outward appearance, seductive behavior and the wish to take centre stage, a compensatory attitude resulting from important childhood relationships. A comorbidity with narcissistic and antisocial personality exists and also with ADHS.

Keywords

Hysteria · Histrionic personality disorder · Comorbidity of personality disorders · Diagnostics of personality disorders · Therapy of personality disorders

► Somatisierungsstörung

► Dissoziative Störungen

Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung gelten als hyperexpressiv, theatralisch und oft dramatisch in ihrer Selbstdarstellung und Affektivität

- Geringe Spannungs- und Frustrationstoleranz
- Hohe Ablenkbarkeit

Die Diagnose histrionische Persönlichkeitsstörung enthält eine zugleich prägnante und heterogene Gruppe von chronischen Störungen des Erlebens und Verhaltens, gekennzeichnet durch Dramatisierungstendenz, impressionistischem kognitivem Stil, wechselhaften oberflächlichen Affekten, in den Mittelpunkt drängen, Suggestibilität und übermäßigem Beschäftigen mit der äußeren Erscheinung. Die Diagnostik sollte mit standardisierten Instrumenten erfolgen. Differenzialdiagnostisch sind die narzisstische und die Borderline-Störung von Bedeutung. Therapeutisch kommen strukturierte psychodynamische (z. B. Horowitz, Benjamin), kognitive (z. B. Fleming, Young), verhaltenstherapeutische (Rasmussen, Fydrich) und integrative Verfahren (Sachse) zum Einsatz. Pharmakotherapie ist bei dekompensierten Zuständen zeitlich begrenzt indiziert.

Zur Geschichte

Die Hysterie, wie sie von Freud beschrieben wurde, ist in den heutigen diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV nicht mehr enthalten. Wir müssen sie bei den somatoformen Störungen, insbesondere der ► **Somatisierungsstörung** [27], den ► **dissoziativen Störungen** / Konversionsstörungen [18] und den Persönlichkeitsstörungen suchen. Hier soll nur auf den Aspekt der histrionischen Persönlichkeitsstörung eingegangen werden, als einziger Störung, die noch das zwar sprachlich veränderte, aber doch noch rückführbare Etikett der Hysterie trägt. Eine gemeinsame Darstellung aller drei Störungsbereiche würde der neuen diagnostischen Ordnung zuwiderlaufen.

Phänomenologie und Menschenbild

Mentzos ([22], S. 61f) fasst die deskriptive Beschreibung in 7 Aspekten zusammen:

- theatralisches Verhalten mit Dramatisierungs- und Demonstrationstendenzen, künstliche Übersteigerung, Versuche, die Aufmerksamkeit, Sympathie oder Bewunderung zu erzeugen oder auf sich zu lenken,
- emotionale Labilität, charakterisiert durch Ausbrüche von Lachen oder Weinen, die durch inadäquate Anlässe hervorgerufen werden, sowie Wechselhaftigkeit und Kurzlebigkeit der ohnehin oberflächlichen Affekte, launisches Hin- und Herwechseln,
- aktive Abhängigkeitstendenzen, also eine „demanding dependency“, das Bedürfnis, sich in infantiler Weise von anderen abhängig zu machen, ohne jedoch den Anspruch auf Aktivität und Initiative abzutreten, wie dies bei Passivabhängigen der Fall ist,
- Übererregbarkeit, also eine ausgeprägte Bereitschaft, auf äußere Veränderungen hin überschießend stark zu reagieren,
- Egozentrismus, also die Tendenz, an erster Stelle eigene Bedürfnisse zu berücksichtigen, zusammen mit dem unersättlichen Bedürfnis nach „geliebt und anerkannt werden“,
- verführerisches Verhalten, im Sinne einer Durchsexualisierung jeder Aktivität, die jedoch nicht dazu dient, erotische Liebe auszudrücken und orgasmische Erfahrungen herbeizuführen, sondern nur mit dem Ziel, von anderen gemocht und bewundert zu werden,
- Suggestibilität, also starke Beeinflussbarkeit durch andere wie auch durch sich selbst.

In den Behandlungsleitlinien der AWMF ([13], S. 107) heißt es: Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung (HPS) gelten als hyperexpressiv, theatralisch und oft dramatisch in ihrer Selbstdarstellung und Affektivität. Getrieben von heftigem Verlangen nach Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Bewunderung, bewegen sich histrionische Persönlichkeiten häufig auf imaginierten (oder auch realen) Bühnen. Extravertiert, charmant und attraktiv, bisweilen sehr erfolgreich und beliebt, sorgen sie für Flair, Tempo und Abwechslung, in der Nähe jedoch scheint ihr Glanz sich zu verlieren. Sie wirken dann häufig unecht, bisweilen diffus oder leer. Bei ► **geringer Spannungs- und Frustrationstoleranz** besteht eine ► **hohe Ablenkbarkeit** und Suggestibilität sowie die ausgeprägte Tendenz zu kurzfristigen Abwechslungen, Vergnügungen oder stets neuen Herausforderungen. Der „impressionistische“ kognitive Stil imponiert durch eine gewisse Flüchtigkeit, Diffusität und Ungenauigkeit. Abstrakte, logische kognitive Prozesse sowie strukturiertes Problemlösen fallen häufig schwer.

Diagnose und Klassifikation

ICD-10 (F60.4). Es müssen mindestens 4 der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen:

1. dramatische Selbstdarstellung, theatralisches Auftreten oder übertriebener Ausdruck von Gefühlen;
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere oder durch Ereignisse (Umstände);
3. oberflächliche, labile Affekte;
4. ständige Suche nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten, in denen die Betroffenen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen;
5. unangemessen verführerisches Erscheinen oder Verhalten;
6. übermäßige Beschäftigung damit, äußerlich attraktiv zu erscheinen.

DSM-IV (301.50). Die HPS ist charakterisiert durch ein tiefgreifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und die Störung zeigt sich in verschiedensten Situationen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er/sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht,
2. die Interaktion mit anderen ist oft durch ein unangemessen sexuell-verführerisches oder provokantes Verhalten charakterisiert,
3. zeigt rasch wechselnden und oberflächlichen Gefühlsausdruck,
4. setzt regelmäßig seine körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken,
5. hat einen übertrieben impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil,
6. zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck,
7. ist suggestibel, d. h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände,
8. fasst Beziehungen enger auf, als sie tatsächlich sind.

Beide heute verwendeten psychiatrischen Diagnosesysteme definieren die HPS sehr ähnlich. In DSM-IV umfasst im Vergleich zu ICD-10 zwei zusätzliche Kriterien: – hat einen übertrieben impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil – sowie – fasst Beziehungen enger auf, als sie tatsächlich sind.

Zur Differenzialdiagnose wird in den Leitlinien Persönlichkeitsstörungen [13] auf die Überschneidungen mit der ► **Borderline-Persönlichkeitsstörung** hingewiesen. Jedoch sind die Stimmungsschwankungen bei histrionischen eher oberflächlich fluktuierend. Auch pseudohysterisches Verhalten bei beginnender Schizophrenie und hysteriformes Verhalten bei agitierter Depression sind differenzialdiagnostisch bedeutsam.

Diagnostische Instrumente

Wissenschaftlicher Standard ist die Durchführung des ► **SKID II** [11] als standardisiertes Interview zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen. In der Praxis können die ► **Internationalen Diagnosechecklisten** für Persönlichkeitsstörungen [4] und der VDS30-Int [37, 30] angewandt werden. Wegen des Gender-Bias bei Histrionie sollte zusätzlich eine Selbstbeurteilungsskala wie der PSSI [19] oder der VDS30 [32] gegeben werden. Therapeutisch bedeutsam – sowohl bezüglich der Gestaltung der therapeutischen Beziehung als auch zur Verfolgung inhaltliche Therapieziele – ist die Erfassung der impliziten und expliziten Bedürfnisse (VDS27, [38, 39]) und der Beziehungsängste (VDS28, [38, 39]) sowie von Ärger- und Wutendenzen (VDS29, [38, 39]). Auch die SASB (Structural Analysis of Social Behavior)-Interaktionsdiagnostik von Benjamin [2] ist für die Therapie sehr hilfreich.

Diagnostische Probleme

Erickson [9] untersuchte den Einfluss des biologischen Geschlechts (Sex) des Patienten und der eher femininen oder maskulinen Art sich zu geben (Gender) auf die Häufigkeit von histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen von 184 Psychologen, denen Fallvignetten zur Beurteilung vorgelegt wurden, die den DSM-IV-Kriterien entsprachen. Gender führte häufiger zu falschen Diagnosen in dem Sinne, dass bei feminin beschriebenen Personen eher histrionische und

Die HPS ist charakterisiert durch ein tiefgreifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit

► **Borderline-Persönlichkeitsstörung**

► **SKID II**
► **Internationale Diagnosechecklisten**

Komorbidität besteht vor allem mit der antisozialen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

► ADHS-Patienten

► Reifer und unreifer Hysterietyp

Bei histrionischen PS bestehen nur implizite Abhängigkeitsbedürfnisse

- Angst vor Hingabe und Liebesverlust
- Unkontrollierte Wut

Bei der histrionischen PS liegt kein reiferes Entwicklungsstadium vor als bei den anderen Cluster-B-Störungen

bei maskulin beschriebenen eher narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Das biologische Geschlecht führte zum gleichen Fehler, aber in geringerem Ausmaß.

Epidemiologie

Grant et al. [12] geben die heutige Prävalenz in den USA mit 1,84%.

Crawford et al. [8] untersuchten 407 Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren und 8 Jahre später. Histrionische und andere Cluster-B-Persönlichkeitszüge waren bis ins frühe Erwachsenenalter sehr stabil, insbesondere das Dramatisieren und das Sprunghafte. Komorbidität besteht vor allem mit der antisozialen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (PS) [40]. In der MIDAS-Studie [40] wurden hingegen für die HPS keine auffallenden Komorbiditäten mit Achse-I-Störungen genannt, wohingegen z. B. bei narzisstischer und antisozialer PS gehäuft Alkoholabhängigkeit gefunden wurde. Es werden im Gegensatz zu anderen Persönlichkeitsstörungen auch keine erhöhten Risiken mit körperlichen Erkrankungen angegeben. In einer neueren Studie fanden Jacob et al. [17] bei 349 erwachsenen ► **ADHS-Patienten** (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (diagnostiziert mit SKID-II), am häufigsten waren histrionische PS mit 35%.

Lebensgeschichte

Lieberz und Proske [21] versuchten 366 Patienten mit der Diagnose ► **Hysterie nach reifem und unreifem (Borderline)-Typ** zu differenzieren. Nur 40% wurden von erfahrenen Psychoanalytikern mit der Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung bedacht. Patienten vom reifen Hysterietyp hatten oft in den ersten 3 Lebensjahren ihren Vater verloren und waren das älteste oder einzige Kind.

Silverstein [28] vergleicht dependente, histrionische und antisoziale Persönlichkeitsstörungen bezüglich ihrer Genese und Fähigkeit, Selbstkohärenz im Sinne von Kohuts Selbstpsychologie herzustellen. In der Kindheit wurde bei diesen Patienten die Selbstobjektspiegelung irreparabel geschädigt. Sie versuchen, die erlittenen Verletzungen des Selbst durch kompensatorische Strukturen bzw. Idealisierung reparieren. Während dies dependenten Patienten gut gelingt, scheitern histrionische darin.

Entwicklungsstand und Funktionalität

Bornstein [3] konnte zeigen, dass bei dependenter PS sowohl implizite (unbewusste) als auch explizite (selbstattribuierte, bewusste), erfasst mit dem IDI [14], Abhängigkeitsbedürfnisse vorhanden waren, während bei histrionischen PS nur implizite Abhängigkeitsbedürfnisse festgestellt wurden. D. h. dass bei gleicher Bedürfnislage auf bewusster Ebene verschieden agiert wird – das abhängigkeitsuchende Verhalten der Dependenden vs. das Unabhängigkeit in der Zweierbeziehung signalisierende, dafür aber der ganzen sozialen Umwelt gegenüber aufmerksamkeitsfordernde Verhalten der Histrionischen. Dies gelingt durch Verdrängen impliziter Abhängigkeitsbedürfnisse.

Sulz und Müller [31] versuchten histrionische Persönlichkeitszüge anhand von Vermeidungs- und Angriffsmotiven (Angst und Wut) regressionsanalytisch vorherzusagen. Histrionische Persönlichkeit konnte einerseits durch ► **Angst vor Hingabe und vor Liebesverlust** ($R=0,32$) und andererseits durch ► **unkontrollierte Wut**, Gegenaggression und sadistische Wut ($R=0,46$) vorhergesagt werden.

Cramer [7] untersuchte 91 junge Erwachsene mit dem Prototypverfahren, um Borderline-, narzisstische, histrionische und psychopathische Persönlichkeitszüge zu erfassen. Histrionische PS konnten durch Verleugnung und eine unreife Form der Identifikation vorhergesagt werden. Gleichzeitig zeigte sich auch, dass die Prototypen sich dieser Persönlichkeitsstörungen deutlich überlappen. So korreliert die histrionische PS mit Borderline mit 0,64 und mit Narzissmus mit 0,50. Der Autor sieht das Ergebnis als Hinweis, dass bei der histrionischen PS kein reiferes Entwicklungsstadium vorliegt als bei den anderen Cluster-B-Störungen.

Theßen [34] untersuchte 160 ambulante Psychotherapiepatienten hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeit und kognitiv-emotionaler Entwicklungsstufe nach Piaget. Jede Entwicklungsstufe ist dadurch gekennzeichnet, dass sie entwickelte Errungenschaften im Vergleich zur Vorstufe aufweist und dass auf ihr Unentwickeltes im Vergleich zur nächsthöheren Stufe vorgefunden wird, also Defizite. Die Stufen sind einverleibend, impulsiv, souverän, zwischenmenschlich, ins-

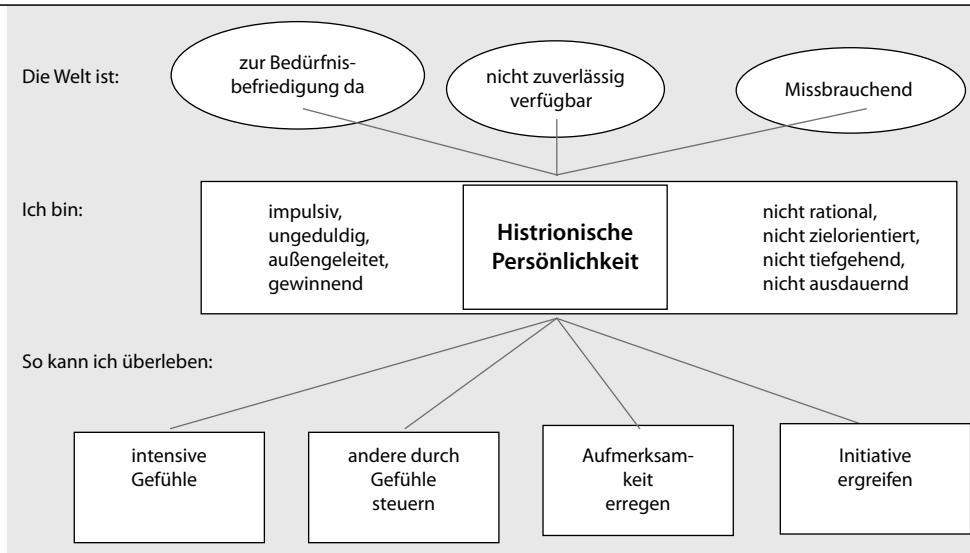


Abb. 1 ▲ Das kognitive Modell der histrionischen Persönlichkeit

tionell und überindividuell. Histrionische weisen die Errungenschaften sowohl der impulsiven als auch der souveränen Stufe auf, d. h. Spontaneität, Expressivität und Kontrolle des anderen mit einem gewissen Maß an Selbstabgrenzung. Entsprechend liegen ihre Defizite auch hauptsächlich auf der impulsiven ($r=0,45$) und auf der souveränen Stufe ($r=0,33$). Dies kann so interpretiert werden, dass histrionische Persönlichkeitsstörungen im Übergang von der impulsiven zur souveränen Stufe sind, diesen Übergang jedoch nicht ohne therapeutische Hilfe schaffen.

Bender et al. [1] fanden bei histrionischen, narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen ► **unsichere Bindung**. Sie sehen andere Menschen als nicht verfügbar, äußern den Wunsch nach Nähe, protestieren gegen Trennung und fürchten, den wichtigen anderen Menschen zu verlieren.

Horowitz [16] betont, dass Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung Gemeinschaft auf Kosten von Selbstdefinition und Autonomie überbewerten. Bereitwillig wird eine Verbindung mit anderen eingegangen, aber um welchen Preis: Es bleibt eine irgendwie diffuse oder vage Identität zurück. Diese diffuse Identität erklärt viele histrionischen Merkmale.

Cogswell und Alloy [6] zeigten, dass ► **interpersonelle Bedürftigkeit** („neediness“) bei Patienten mit histrionischen, dependenten und Borderline-Persönlichkeit ohne Achse-I-Störung deutlich vorhanden ist.

O'donohue und Bowers [24] untersuchen mögliche Faktoren, die zu einer falschen Anschuldigung von sexueller Belästigung / Missbrauch beitragen. Neben Lügen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychose, Geschlechtssvorurteilen, Substanzmittelmissbrauch, Demenz, „false memory“, falschen Interpretationen, beeinflussten Interviews und Soziopathie wird auch die histrionische Persönlichkeitsstörung genannt.

Störungsmodelle der histrionischen Persönlichkeitsstörung

Mentzos [22] betont, dass die psychoanalytische Erklärung der Hysterie bzw. des Histrionischen als kompromisshafte Lösung des ödipalen Konflikts dieser komplexen Störung nicht gerecht wird. Es kann sich auch um orale oder narzisstische Konflikte handeln. Deshalb bezeichnet er nicht den Inhalt des Konflikts, sondern den Modus der Konfliktlösung als spezifisch histrionisch. Das Spezifische ist „das für die andern und insbesondere für sich selbst und für das eigene Über-Ich So-erscheinen- und Sich-selbst-so-erleben-Wollen, dass dadurch und vorwiegend dadurch der primäre und auch der sekundäre Krankheitsgewinn erreicht wird“ ([22] S. 99). Der Krankheitsgewinn besteht in Ausdruckgebung ohne Schuld- und Schamgefühle, Triebbefriedigung ohne Strafe, Erleben ohne Reue, im narzisstischen Gewinn und im Auffüllen der inneren Leere. Dies wird erreicht unter Einsatz von Identifikation, Emotionalisierung, Verdrängung und Dissoziation.

Barbara Fleming [10], eine Mitarbeiterin Aaron T. Becks, erklärt die histrionische Persönlichkeitsstörung durch das ► **kognitive Modell** (■ Abb. 1): Grundüberzeugung ist „Ich bin unzulänglich und unfähig, mein Leben selbst zu bewältigen“. Im Gegensatz zum depressiven Menschen beginnen sie

Histrionische PS befinden sich im Übergang von der impulsiven zur souveränen Stufe

► Unsichere Bindung

► Interpersonelle Bedürftigkeit

► Kognitives Modell

Lerngeschichtlich wurde durch die Eltern das zentrale Bedürfnis nach Liebe, Beachtung und Erkenntnis frustriert

► Gesprächstherapeutisches Modell

► Intransparente interaktionelle Handlungen

► Interpersonelles SASB-Modell

► Dreiphasiger Therapieprozess

aktiv zu kämpfen: „Gut, dann muss ich eben Mittel und Wege finden, dass andere sich um mich kümmern. Auf welche Weise? Ich muss andere dazu bringen, mich zu bemerken und mich zu mögen“. Fehlende Aufmerksamkeit ist unerträglich und führt zu Überreaktionen.

Von verhaltenstherapeutischer Seite hat Sulz [41] die Entstehung der histrionischen Persönlichkeitsstörung dadurch erklärt, dass lerngeschichtlich durch Eltern das zentrale Bedürfnis nach Liebe, Beachtung und Erkenntnis frustriert wurde. Wenn das Kind auf natürliche Weise voll Ärger und Zorn darum kämpfte oder sich anschickte, sich einfach selbst zu holen, was es brauchte, wurden ihm Liebe und positive Aufmerksamkeit noch mehr entzogen. Es musste einerseits um den Verlust jeglicher Liebe fürchten, andererseits konnte es keine Vertrauen mehr haben, sich liebevoll hinzugeben und entwickelte Angst vor Hingabe. Die einzige Möglichkeit der zum emotionalen Überleben notwendigen Befriedigung des Bedürfnisses nach Aufmerksamkeit, Beachtung und Liebe blieb, sich aktiv in den Mittelpunkt zu stellen, alles zu tun, um anderen zu gefallen, Gefühle übermäßig auszudrücken etc. also ein ganz anderes Kind zu sein, ein anderes Kind vorzuspielen. Durch dieses übermäßig expressive Verhalten konnte die Angst und die Wut kontrolliert werden. Wenn im Erwachsenenalter aber die emotionale Not größer, der Mangel unerträglich wird, muss nach dem Prinzip „mehr desselben“ noch künstlicher, noch dramatischer vor dem Publikum gespielt werden. Anfänglich angetan, bald aber genervt verschließt sich das Publikum und der Teufelskreis geht weiter. Bis psychische Symptome entstehen, die eine Behandlung erforderlich machen.

Ein ► **gesprächstherapeutisches Modell** hat Sachse [42] beschrieben: Er sieht die histrionische Persönlichkeitsstörung als Interaktions- und Beziehungsstörung. Zur Erklärung geht er von drei Ebenen aus: der Motiv-, der Schema- und der Spielebene. Die Motivebene besteht aus der normalen authentischen Handlungsregulation. Das Motiv, z. B. wichtig sein, muss nicht bewusst sein. Das aus dem Motiv entstehende interaktionelle Ziel z. B. ernst genommen werden, ist dagegen bewusst oder bewusstseinsfähig. Es entsteht ein interaktionelles Handeln, z. B. „Bitte hör mir zu.“ Das Interaktionsgeschehen ist für den Interaktionspartner transparent und er erlebt den anderen als authentisch. Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung agieren jedoch stattdessen auf der Spielebene, auf der sie mit ► **intransparenten interaktionellen Handlungen** ihre interaktionellen Ziele verfolgen. So wird z. B. Aufmerksamkeit durch die Aussage „Mir geht es so schlecht“ geholt. Transparent und auf der Motivebene wäre: „Ich möchte, dass Du darauf achtest, wie es mir geht.“ Die Ebene der Schemata enthält Grundannahmen über die eigene Person „Ich bin nicht wichtig“ und über andere Personen „Andere geben mir nur was ich brauche, wenn ich dramatisch appelliere“ sowie die Beziehung mit ihnen „Andere sind nicht zuverlässig verfügbar“. Bei solchen Schemata ist authentisches Verhalten nicht Erfolg versprechend, nur manipulatives Verhalten auf der Spielebene ist zielführend. Nachteil ist, dass dadurch das Selbstkonzept „Ich bin nicht wichtig“ aufrecht erhalten bleibt. Negative Erfahrungen in der Kindheit haben zu den Grundannahmen, Schemata und zur Ausbildung von manipulativen Spielen geführt, die aufrecht erhalten werden müssen, weil es zu ihnen keine Alternativen gibt.

Benjamin [2] übersetzt die DSM-IV-Beschreibung der histrionischen Persönlichkeit konsequent in ihr ► **interpersonelles SASB-Modell**:

Es besteht eine starke Furcht davor, ignoriert zu werden, zusammen mit dem starken Wunsch, von einer anderen, mächtigeren Person geliebt und versorgt zu werden, wobei diese Person durch Charme und Attraktivität kontrollierbar sein soll. Eine Grundhaltung von freundlichem Zutrauen wird begleitet durch heimliche Strategien, die andere zwingen, der Person die gewünschte Fürsorge und Liebe zu geben. Unangemessen verführerisches Verhalten und manipulative Selbstmordversuche sind Beispiele für solche Nötigungen.

Entstanden sind diese Interaktionsmuster aus den Eltern-Kind-Beziehungen der Kindheit.

Psychotherapie

Die Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung wurde von verschiedenen therapeutischen Ansätzen heraus unternommen: z. B. psychodynamische Therapie [15, 16], kognitive Therapie [10], kognitiv-behaviorale Therapie [26], Function Analytic Therapy [5] und interpersonelle Therapie [2]. Horowitz [15] empfiehlt den Schwerpunkt auf die interpersonellen Prozesse, die diffuse Identität und konflikthafte Bewusstseinszustände zu setzen, die diese Persönlichkeitsstörung bestimmen. Er geht von einem ► **dreiphasigen Therapieprozess** aus:

— zuerst Stabilisierung des Bewusstseinszustands,

Tab. 1 Therapieziele bei histrionischer Persönlichkeitsstörung

1.	Natürliche impulsive Fähigkeiten zulassen und nutzen (Vermeidung beenden)
2.	Kognitive Steuerung der Impulse erwerben (Emotionsregulation)
3.	Kognitive Steuerung der Mitmenschen (kluge Einflussnahme)
4.	Die Erfahrung machen, was der Patient selbst kann (Selbsteffizienz)
5.	Weniger von anderen brauchen (weniger „neediness“)

Tab. 2 Verhaltenstherapie bei histrionischer Persönlichkeitsstörung: Entfaltung wichtiger Fähigkeiten

1.	Eigenes planerisches Problemlösen
2.	Selbstbehauptung durch interaktive Kompetenz statt durch emotionale Manipulation
3.	Selbstverantwortlichkeit statt andere verantwortlich machen
4.	Gefühle aushalten können, ohne gleich die ganze Welt zu alarmieren
5.	Unbeachtetes Dasein tolerieren (Emotionsexposition)
6.	Konkurrent das Feld überlassen; zulassen, wenn Menschen sich nicht beeinflussen lassen
7.	Vertrauen darauf, dass nahe Beziehung ohne Missbrauch möglich ist

- dann Veränderung des Kommunikationsstils und als drittes
- die Modifikation von interpersonellen Reaktionen, Mustern und Schemata.

Mentzos [22] sieht die Behandlung u. a. der histrionischen Persönlichkeitsstörung als das zentrale Anwendungsgebiet der Psychoanalyse. Ziel ist das Bewusstmachen „der verdrängten Anteile des intrapsychischen Konflikts, seine Wiederbelebung in der Übertragungssituation und dadurch die Ermöglichung einer freien Fortentwicklung und Nachreifung“ ([22] S. 136). Die Schwierigkeit für den Therapeuten ist:

Durch Verschiebungen, Dramatisierungen, Einsetzen von Gegenemotionen erreicht der Hysterische eine Emotionalisierung der Beziehung oder eine Akzentverschiebung, die die Situation für den Therapeuten völlig undurchsichtig macht.

Der Erfolg der Therapie hänge davon ab, dass der Therapeut in der Lage ist, seine Gegenübertragung zu erfassen und zu beherrschen.

Barbara Fleming [10] legt die ► **kognitive Therapie** der histrionischen Persönlichkeitsstörung dar: Erstellen eines Zeitplanes für die Therapiesitzung: Dramatisches Schildern der vergangenen Woche auf das letzte Viertel der Stunde verlegen. Abschwefeln vom Thema: Betrachten der Vor- und Nachteile des Abschwefelns. Nachteile von Veränderungen erarbeiten, da der Patient oft sagt, Zielerreichung sei ganz wunderbar und habe keine Nachteile. Wenn ein Machtkampf über das Bleiben am Ziel aufkommt, Entscheidungsfreiheit des

Patienten betonen und die Nachteile des Abschwefelns betrachten. Automatische Gedanken finden und prüfen (Vierspaltentechnik: Situation – dysfunktionaler Gedanke – Gefühl – funktionaler Gedanke). Prüfen, wie wenig aufmerksamkeitsuchendes Verhalten wirklich bringt. Verstehen der Konsequenzen des extremen Verhaltens. Impulsives Verhalten wird dem Patient nicht weggenommen, er hat weiterhin die freie Wahl. Finden alternativer Reaktionen in diesen Situationen. Umgang mit Gefühlen: Innehalten vor dem Ausagieren und Gedanken erfassen als erster Schritt in Richtung Selbstkontrolle. Hierzu Einsatz von ► **Selbstinstruktionstraining** [43] und Rollenspiel (sehr beliebt). Lernen, starke Affekte zu tolerieren, ohne sofort zu reagieren. Hierzu u. a. Entspannungstraining. Fehlendes Identitätsgefühl: Kann ich eigene Werte, Überzeugungen, Meinungen vertreten? Ich muss sie ja nicht sofort aussprechen. Eigene Wünsche und Vorlieben sammeln. Feedback der anderen auf deren Vertreten würdigen. Fehlende Unabhängigkeit: Aktives Problemlösen (Eigenverantwortung übernehmen). Selbstwirksamkeit herstellen [44]: Selbstbeobachtung – wie gut kann ich mit welchen Situationen umgehen? Selbstbehauptung: differenzielle Verstärkung nichtmanipulativen behauptenden Verhaltens. Es geht nicht darum Emotionen auszulöschen, sondern sie konstruktiv einzusetzen. Überzeugung, dass Beziehungsverlust katastrophal wäre, in Frage stellen: Gedanken an Nichtbeachtetwerden entkatastrophieren. Erinnern, dass und wie ich vor dieser Beziehung überlebt habe. Schließlich sei die Grundannahme zu modifizieren: „Ich bin unzulänglich und auf andere angewiesen, um überleben zu können“ (■ Tab. 1).

Callaghan et al. [5] berichten im Rahmen einer Einzelfallstudie über eine erfolgreiche ► **Functional Analytic Therapy** eines Patienten mit histrionischer und narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Im Fokus der Veränderungen stand das konkrete Interaktionsverhalten in der Therapiesitzung – und damit auch die therapeutische Beziehung als Lernfeld (■ Tab. 2).

Millon und Grossman [23] beschreiben ihren ► **personalisierten Ansatz** zur Psychotherapie von u. a. histrionischen Persönlichkeitsstörungen. Vorrangig ist dabei, keinen einzigen Aspekt des Men-

Der Erfolg der Therapie hängt davon ab, ob der Therapeut in der Lage ist, seine Gegenübertragung zu erfassen und zu beherrschen

► Kognitive Therapie

Der Patient muss die Konsequenzen seines extremen Verhaltens verstehen

► Selbstinstruktionstraining

Gedanken an Nichtbeachtetwerden entkatastrophieren

► Functional Analytic Therapy

► Personalisierter Ansatz

► Schematherapie

Psychotherapie ist die Behandlung
1. Wahl

► Einzeltherapien

Pharmakotherapie gilt allgemein bei
Persönlichkeitsstörungen als derzeit
nicht ausreichend erforscht

schen außer acht zu lassen: Familie, Kultur, Neurobiologie, implizites (unbewusstes) Gedächtnis usw. um dem ganzen, einzigartigen und komplexen Menschen gerecht zu werden.

Young et al. [36] entwickelten die kognitive Therapie weiter zur ► **Schematherapie**, die mehr auf Emotionen und Beziehungen in der Kindheit eingeht (vergl. [29]).

Verheul und Herbrink [35] berichten über Wirksamkeitsstudien und beziehen sich auf die Metaanalysen von Perry et al. [25] und Leichsenring und Leibling [20] sowie die neueren Studien von Svartberg et al. [33] über kognitive Therapie: Psychotherapie ist die Behandlung 1. Wahl, Pharmakotherapie kann vorübergehend hilfreich sein. Psychodynamische und kognitiv-behaviorale Therapien sind erfolgreich. Dies konnte am besten für ► **Einzeltherapien** belegt werden. Auch eine langdauernde psychodynamische Gruppentherapie, die primär oder nach einer kurzdauernden stationären Psychotherapie durchgeführt wird, ist wirksam. Effektive Therapien haben folgendes gemeinsam: relativ hohe Dichte zu Beginn, im Langzeitmodus nachlassend, starke Strukturierung und ausreichende Berücksichtigung der allgemeinen Wirkfaktoren (Qualität der therapeutischen Beziehung, aktive Haltung des Therapeuten, Motivierung des Patienten für Veränderung und Behandlung, Compliance, Behandlungskonzepttreue).

Pharmakotherapie

Bezüglich der Pharmakotherapie bei histrionischer Persönlichkeitsstörung liegen keine kontrollierten Wirksamkeitsstudien vor. Pharmakotherapie gilt allgemein bei Persönlichkeitsstörungen als derzeit nicht ausreichend erforscht [13].

Insgesamt muss mit längeren Therapiezeiten gerechnet werden als bei Achse-I-Störungen. Die teils jahrelange Führung in der psychiatrischen Sprechstunde ist zudem ein wichtiger stabilisierender Faktor.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dr. S. Sulz

Katholische Universität Eichstätt und Centrum für Integrative Psychotherapie

Nymphenburger Straße 185, 80634 München

serge.sulz@ku-eichstaett.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bender DS, Farber BA, Geller JD (2001) Cluster B personality traits and attachment. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 29(4):551–563
2. Benjamin LS (2001) Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. CIP-Medien, München
3. Bornstein RF (1998) Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic personality disorders. *J Pers Assess* 71:1–14
4. Bronisch T, Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1995) IDCL.P Internationale Diagnose-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. Huber, Bern
5. Callaghan GM, Summers CJ, Weidman M (2003) The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: a single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *J Contemp Psychother* 33:321–339
6. Cogswell A, Alloy LB (2006) The relation of neediness and axis II pathology. *J Pers Dis* 20:16–21
7. Cramer P (1999) Personality, personality disorders, and defense mechanisms. *J Pers* 67:3
8. Crawford TN, Cohen P, Brook JS (2001) Dramatic-erratic personality disorder symptoms: I. Continuity from early adolescence into adulthood. *J Pers Dis* 15:319–335
9. Erickson KB (2002) Psychologist gender and sex bias in diagnosing histrionic and narcissistic personality disorders. Dissertation abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering 62(10B)
10. Fleming B (1995) Die Histrionische Persönlichkeitsstörung. In Beck AT, Freeman A, Pretzer J (Hrsg) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, 3. Aufl. Beltz/PVU, Weinheim, S 183–204
11. Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen). Hogrefe, Göttingen
12. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS et al (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 65:948–958
13. Herpertz S (2009) Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Bd 1 von S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff, Frankfurt
14. Hirschfeld FMA, Klerman GL, Gough HG et al (1977) A measure of interpersonal dependency. *J Pers Assess* 41:610–618
15. Horowitz LM (1997) Psychotherapy for histrionic personality disorder. *J Psychother Prac Res* 6:93–107
16. Horowitz LM (2004) Diffuse identity an lack of long-term direction: The histrionic personality disorder and other related disorders. In Horowitz LM (ed) Interpersonal foundations of psychopathy. American Psychological Association, Washington DC, pp 189–203

17. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A et al (2007) Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 257:309–317
18. Kößler M, Scheidt CE (1997) Konversionsstörungen. Diagnose, Klassifikation und Therapie. Schattauer, Stuttgart
19. Kuhl J, Kazén M (1997) PSSI Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. Hogrefe Testzentrale, Göttingen
20. Leichenring F, Leibing E (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160:1223–1232
21. Lieberz K, Proske D (2000) Hysterie und Borderline – Einige empirische Annäherungen an den „Paradiesvogel“. *Z Psychosom Med Psychother* 46:193–205
22. Mentzos S (2009) Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen, 9. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
23. Millon T, Grossman S (2007) Overcoming resistant personality disorders: A personalized psychotherapy approach. Wiley, Hoboken, NJ
24. O'donohue W, Bowers AH (2006) Pathways to false allegations of sexual harassment. *J Investigat Psychol Offender Profil* 3:47–74
25. Perry JC, Banon E, Ianni F (1999) Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 156:1312–1321
26. Rasmussen PR (2005) The histrionic prototype. In Rasmussen PR (ed) Personality-guided cognitive-behavioral therapy. *Am Psychol Assoc*, Washington DC, pp 147–166
27. Rief W, Hiller W (1992) Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Huber, Bern
28. Silverstein ML (2007) A self psychological viewpoint: dependent, histrionic, and antisocial personality disorders. In Silverstein ML (ed) Disorders of the self: A personality-guided approach. *Am Psychol Assoc*, Washington DC, US, pp 171–202
29. Sulz (2007) Die Schematherapie Jeffrey Youngs – ein integrativer Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie* 12:136–147
30. Sulz S (2009) Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – Eine umfassende Systematik vom Erstgespräch bis zur Katamnese. *Verhaltensther Verhaltensmed* 30:89–108
31. Sulz S, Müller S (2000) Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit – eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. *Psychotherapie* 5:22–37
32. Sulz S, Beste E, Kerber A et al (2009) Neue Beiträge zur Standard-Diagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapie. Med Klin Psycho* 14:141–158
33. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004) Randomised, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 161:810–817
34. Theßen L (2001) Entwicklung und Persönlichkeit – Eine Empirische Untersuchung des Entwicklungsfragebogens und der Persönlichkeitsskalen des Verhaltensdiagnostiksystems. *Med Diss. LMU München*
35. Verheul R, Herbrink M (2007) The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *Int Rev Psychiatry* 19:25–38
36. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005) Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann, Paderborn
37. Sulz S, Sauer S (2003) Diagnose und Differentialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen durch ein standardisiertes Interview. *Psychotherapie* 8:45–59
38. Sulz S (2009) Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – Eine umfassende Systematik vom Erstgespräch bis zur Katamnese. *Verhaltensther Verhaltensmed* 30:89–108
39. Sulz S (2009) VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe 2009 – Fragebögen und Interviewleitfäden. CIP-Medien, München
40. Zimmerman M (2003) Integrating the assessment methods of researchers in routine clinical practice: the Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS) project. In: First M (ed) Annual Review of Psychiatry. *Am Psychiatr Press Inc*, Washington DC, pp 29–74
41. Sulz S (1999) Histrionische Persönlichkeitsstörung – Verständnis und Therapie. In: Katschnig H, Demal U, Lenz G, Berger P (Hrsg) Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, Histrionische, Narzißtische und Antisoziale Lebensstrategien. *Facultas*, Wien, S 37–53
42. Sachse R (2000) Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächstherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie* 5:282–292
43. Meichenbaum (1979) Kognitive Verhaltensmodifikation. Urban & Schwarzenberg, München
44. Bandura A (1977) Social learning theory. Prentice Hall, New York

CME-Fragebogen

kostenfreie Teilnahme für Abonnenten

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Angaben zur Prävalenz der histrionischen Persönlichkeitsstörung liegen im Bereich zwischen:

- ☐ 1 und 2%
- ☐ 4 und 5%
- ☐ 0,2 und 1%
- ☐ 6 und 10%
- ☐ bei 12%

Die Ätiologie der histrionischen Persönlichkeitsstörung wird heute überwiegend zurückgeführt auf:

- ☐ Angeborenes Temperament
- ☐ Schädigungen des genetischen Materials
- ☐ Frühe kindliche Beziehungs- und Interaktionsstörungen
- ☐ Peer-Prägungen in der ödipalen Phase
- ☐ Traumatische Erlebnisse in der Pubertät

Zu den definitorischen symptomatischen Handlungsweisen mit differenzialdiagnostischer Bedeutung gehören bei einer histrionischen Persönlichkeitsstörung:

- ☐ Dramatische Selbstdarstellung
- ☐ Sehr geringe Frustrationstoleranz
- ☐ Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung
- ☐ Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen
- ☐ Ausnutzen zwischenmenschlicher Beziehungen

Bei einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sollte die Prüfung der diagnostischen Kriterien von DSM-IV idealerweise neben der Beobachtung des Interaktionsverhaltens im Längsschnitt folgende Untersuchungen enthalten:

- ☐ Elektroenzephalographie
- ☐ Aufmerksamkeits-Belastungstest
- ☐ Standardisiertes Interview SKID
- ☐ Dexamethasontest
- ☐ Ausführliche Erhebung der Familienanamnese

Bei einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sollte differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden:

- ☐ Pseudohysterisches Verhalten bei beginnender Schizophrenie
- ☐ Dependente Persönlichkeitsstörung
- ☐ Münchhausen-Syndrom
- ☐ Generalisierte Angststörung
- ☐ Gilles-de-la-Tourette-Syndrom

Komorbiditäten der histrionischen Persönlichkeitsstörung sind vor allem beobachtet worden mit:

- ☐ Narzisstischer Persönlichkeitsstörung
- ☐ Panikstörung
- ☐ Agitierter Depression
- ☐ Dissoziativen Störungen
- ☐ Manie

Bei Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung sind auf der motivationalen Ebene festzustellen:

- ☐ Explizite (bewusste) Abhängigkeitsbedürfnisse
- ☐ Implizite (unbewusste) Abhängigkeitsbedürfnisse
- ☐ Sehr hohe Leistungsmotivation
- ☐ Bedürfnis nach Selbständigkeit
- ☐ Bedürfnis nach Macht und Einfluss

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörungen weisen in Abwesenheit extremen Stresses auf:

- ☐ Sichere Bindung
- ☐ Unsichere Bindung
- ☐ Ambivalente Bindung
- ☐ Desorganisierte Bindung
- ☐ Nicht bestimmbarer Bindungstyp

Welche kognitive Therapiestrategie hat sich bei histrionischer Persönlichkeitsstörung bewährt?

- ☐ Übertragungsdeutung
- ☐ Affektspiegelung
- ☐ Paraphrasieren
- ☐ Verstehen der Konsequenzen ihres extremen Verhaltens
- ☐ Flooding

Zur Pharmakotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörungen gilt folgende empirisch gesicherte Aussage:

- ☐ Niedrig dosierte Dauergabe von Neuroleptika führt zu einer sicheren Milderung des gestörten Verhaltens.
- ☐ Es hat sich gezeigt, dass Carbamezepin die gleiche Wirkung hat wie Psychotherapie.
- ☐ Bedarfsmedikation von Benzodiazepinen hilft nachweislich, die emotionalen Folgen der Beziehungsstörungen aufzufangen.
- ☐ Die Kombination von Antidepressiva und Verhaltenstherapie ist am wirksamsten.
- ☐ Die Wirksamkeit ist noch nicht durch kontrollierte Studien belegt.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter CME.springer.de