

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor der Einrichtung
Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Der Körper als Übersetzer und Sprachrohr der Psyche? - Emotionale und interpersonale Aspekte von Patienten mit somatoformen Störungen sowie Zusammenhänge mit körperlichen Beschwerden und gesundheitsbezogener Lebensqualität -

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Nina Friederike Weinmann
aus Oldenburg

Lübeck 2013

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: *18. 12. 2013*

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: *Prof. Dr. Bernd Löwe*

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: *Prof. Dr. Holger Schulz*

~~Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in:~~

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis	III
II. Tabellenverzeichnis	IV
III. Abbildungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	- 1 -
1.1. Zusammenhang zwischen emotionalen und interpersonalen Problemen und psychischen Erkrankungen	- 1 -
1.2. Somatoforme Störungen – Beschreibung der Störungskategorie	- 3 -
1.2.1. Historische Entwicklung und aktuelle diagnostische Klassifikation	- 3 -
1.2.2. Prävalenz und Epidemiologie somatoformer Störungen	- 8 -
1.2.3. Verlauf, Komorbiditäten und Therapie somatoformer Störungen	- 10 -
1.2.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität somatoformer Patienten, Arzt-Patienten-Beziehung und gesundheitsökonomische Relevanz somatoformer Störungen	- 14 -
1.3. Störungstheorien und –modelle somatoformer Störungen	- 16 -
1.3.1. Allgemeine Erklärungsansätze	- 16 -
1.3.2. Erklärungsansätze aus dem emotionalen und interpersonalen Bereich	- 23 -
2. Fragestellungen und Arbeitshypothesen	- 36 -
2.1. Fragestellungen	- 36 -
2.2. Arbeitshypothesen	- 36 -
3. Methode	- 38 -
3.1. Studiendesign und Stichprobe	- 38 -
3.2. Instrumente	- 39 -
3.3. Auswertung	- 43 -
4. Ergebnisse	- 44 -
4.1. Allgemeines	- 44 -
4.2. Soziodemographische Charakteristika der Gesamtstichprobe und somatoforme Diagnosen	- 45 -
4.3. Soziodemographische Charakteristika der beiden Patientengruppen	- 48 -
4.4. Diagnosen in den beiden Patientengruppen	- 50 -
4.5. Fragebogenauswertungen zum Aufnahmezeitpunkt	- 53 -
4.6. Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen	- 57 -
4.7. Prüfung auf geschlechtsspezifische Unterschiede	- 64 -
4. Diskussion	- 67 -
5. Zusammenfassung	- 78 -
6. Abkürzungsverzeichnis	- 79 -
7. Literaturverzeichnis	- 80 -
8. Danksagung	- 92 -
9. Curriculum Vitae	- 93 -
10. Anhang	- 95 -
11. Eidesstattliche Erklärung	- 103 -

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Die beiden Klassifikationssysteme im Überblick	- 5 -
Tabelle 2:	Werte für PCS und MCS in Altersgruppen unter Zugrundelegung der deutschen Faktorladungen für die aktuelle deutsche Normpopulation 1998, angelehnt an (Ellert, U. und Kurth, B.-M. 2004).	- 43 -
Tabelle 3:	Ausschlüsse und Dropouts	- 44 -
Tabelle 4:	Partnersituation in der Gesamtstichprobe.....	- 45 -
Tabelle 5:	Schulbildung in der Gesamtstichprobe	- 46 -
Tabelle 6 :	Partnersituation in den beiden Patientengruppen	- 49 -
Tabelle 7:	Schulbildung in den beiden Patientengruppen.....	- 49 -
Tabelle 8:	Familienstand in den beiden Patientengruppen.....	- 49 -
Tabelle 9:	Einkommen aufgeteilt nach Patientengruppen	- 49 -
Tabelle 10:	Komorbiditäten in Gruppe A	- 50 -
Tabelle 11:	Diagnosen in Gruppe B	- 51 -
Tabelle 12:	Ergebnisse der Fragebögen unterteilt nach Patientengruppe zum Zeitpunkt t0	- 53 -
Tabelle 13:	Auswertung der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP unterteilt nach Patientengruppe zum Zeitpunkt t0.....	- 54 -
Tabelle 14:	Auswertung des SEK unterteilt nach Patientengruppe zum Zeitpunkt t0	- 55 -
Tabelle 15:	Veränderungen in den jeweiligen Fragebögen	- 56 -
Tabelle 16:	T-Test in Bezug auf die Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP zum Zeitpunkt t0	- 57 -
Tabelle 17 :	T-Test in Bezug auf die Skalen des SEK zum Zeitpunkt t0	- 57 -
Tabelle 18:	Korrelationen zwischen SEK, PHQ und SF-36 zum Zeitpunkt t0	- 59 -
Tabelle 19:	Korrelationen zwischen der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP, PHQ und SF-36 zum Zeitpunkt t0.....	- 61 -
Tabelle 20:	Korrelationen zwischen der Veränderung im SEK und der Veränderung im PHQ-15 und SF-36.....	- 63 -
Tabelle 21:	Korrelationen zwischen der Veränderung der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP und der Veränderung im PHQ und SF-36	- 64 -
Tabelle 22:	Auswertung der Subskalen des FEP der weiblichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0.....	- 65 -
Tabelle 23:	Auswertung der Subskalen des FEP der männlichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0.....	- 65 -
Tabelle 24:	Auswertung der Skalen des SEK der weiblichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0	- 66 -
Tabelle 25:	Auswertung der Skalen des SEK der männlichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0	- 66 -

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen (Berking, M. und Znoj, H. 2008), S.142	2
Abbildung 2: Bindungsstile nach (Bartholomew, K. und Horowitz, L.M. 1991)	30
Abbildung 3: Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Beschwerden ..	34
Abbildung 4: Verteilung der somatoformen Diagnosen	46
Abbildung 5: Komorbiditätenverteilung in Gruppe A	51
Abbildung 6: Diagnoseverteilung in Gruppe B.....	52
Abbildung 7: Darstellung der Gruppenunterschiede bezüglich der Skala Aufmerksamkeit des SEK	58
Abbildung 8: Streudiagramm Korrelation SEK und PHQ-15 zum Zeitpunkt t0	59
Abbildung 9: Streudiagramm Korrelation SEK und MCS zum Zeitpunkt t0.....	60
Abbildung 10: Streudiagramm Korrelation SEK und PCS zum Zeitpunkt t0	60
Abbildung 11: Streudiagramm Korrelation FEP Skala „interpersonale Beziehung“ und PHQ-15 zum Zeitpunkt t0.....	61
Abbildung 12: Streudiagramm Korrelation FEP Skala „interpersonale Beziehung“ und MCS zum Zeitpunkt t0	62
Abbildung 13: Streudiagramm Korrelation FEP Skala „interpersonale Beziehung“ und PCS zum Zeitpunkt t0	62

1. Einleitung

1.1. Zusammenhang zwischen emotionalen und interpersonalen Problemen und psychischen Erkrankungen

Schwierigkeiten in der Emotionsregulation spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen (Levine, D. et al. 1997; Kraaij, V. et al. 2002; Novick-Kline, P. et al. 2005). Nach Thompson werden unter Emotionsregulation frei ins Deutsche übersetzt „alle extrinsischen und intrinsischen Prozesse, die verantwortlich sind für Beobachtung, Bewertung und Modifizierung emotionaler Reaktionen, insbesondere deren intensivierte und zeitliche Funktionen, um das eigene Ziel zu erreichen“ verstanden (Thomson, R.A. 2008). Der Begriff Emotionsregulation betont die Möglichkeit einer Einflussnahme von Individuen auf ihre Emotionen. Es konnte gezeigt werden, dass es förderlich für die psychische und physische Gesundheit ist, seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen (Pennebaker, J.W. und Seager, J.D. 1999). Bei bestehenden Schwierigkeiten im Umgang mit aversiven Gefühlen entsteht ein Kontrollverlust, wodurch Vermeidungsschemata aktiviert werden (Berking, M. 2010, S.17). In einer im Jahr 2000 veröffentlichten Studie mit 94 Jugendlichen ergaben sich Hinweise darauf, dass ein vermeidender Umgang mit Belastungsfaktoren in der Jugend einen Prädiktor für die Entstehung von psychischen Symptomen im Erwachsenenalter darstellt (Seiffge-Krenke, I. 2000).

Als aufrechterhaltender Faktor für die psychischen Erkrankung wirken Schwierigkeiten in der Emotionsregulation u.a. dadurch, dass sie die Selbsthilfeversuche von Patienten behindern und die Erkrankung einen kurzfristigen Ausweg aus der als unkontrollierbar erlebten emotionalen Situation darstellt (Berking, M. 2010, S.20).

Eine effektive Emotionsregulation ist nach Berking (Berking, M. und Znoj, H. 2008) als ein Zusammenspiel verschiedener emotionaler Kompetenzen zu sehen (siehe Abb.1), zu denen beispielsweise die bewusste Wahrnehmung, das Erkennen und Benennen sowie die Akzeptanz verschiedener Emotionen gehören.

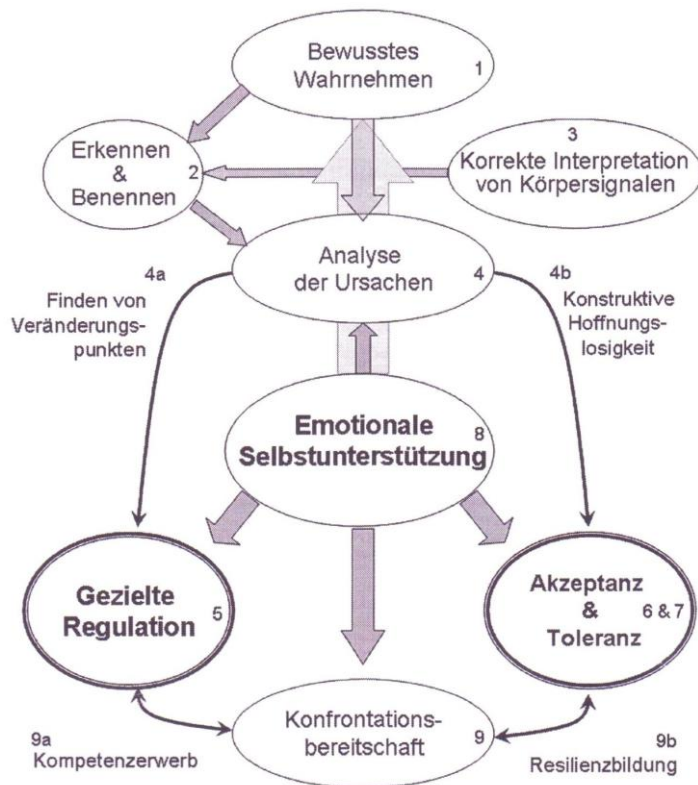


Abbildung 1: Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen (Berking, M. und Znoj, H. 2008), S.142

In einer 2006 an einer deutschen psychosomatischen Klinik durchgeführten Studie zeigte sich, dass die stationären Psychotherapie-Patienten (n= 289) in der Selbsteinschätzung weniger Emotionsregulations-Fertigkeiten berichteten als die nicht-klinische Kontrollgruppe (n= 246) (Berking, M. et al. 2008).

Es konnte ein Zusammenhang zwischen einer Verbesserung emotionaler Kompetenzen und Therapieerfolgen festgestellt werden (Znoj, H. et al. 2004).

Auch für interpersonale Probleme konnte die Bedeutsamkeit im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depression, Panikstörung und generalisierte Angststörung herausgestellt werden. Es zeigte sich zudem, dass Defizite im interpersonalen Bereich einen prognostisch ungünstigen Faktor darstellen (Kleiner, L. und Marshall, W.L. 1987; Borkovec, T. D. et al. 2002; Joiner, T. und Timmons, K.A. 2002; Ruiz, M.A. et al. 2004).

1.2. Somatoforme Störungen – Beschreibung der Störungskategorie

1.2.1. Historische Entwicklung und aktuelle diagnostische Klassifikation

Medizinisch unerklärte körperliche Beschwerden sind ein seit langem bekanntes Phänomen. Sie wurden bereits in der ägyptischen und griechischen Medizin der Antike unter dem Begriff „Hysterie“ (von griechisch „hystera“: Gebärmutter) beschrieben (Morschitzky, H. 2007). Man ging damals davon aus, dass durch Veränderungen in Bezug auf die Gebärmutter (z.B. das Herumwandern der Gebärmutter im Körper auf der Suche nach einem Kind bei kinderlosen Frauen oder Austrocknung der Gebärmutter bei unverheirateten Frauen) unerklärbare Körpersymptome entstehen, so dass das Beschwerdebild ausschließlich mit dem weiblichen Geschlecht in Verbindung gebracht wurde. Wenngleich im 2. Jahrhundert nach Chr. zunehmend bekannt wurde, dass die Gebärmutter durch Bänder im Körper fixiert ist und somit das Herumwandern des Organs nicht als Ursache in Frage kommt, hielt sich zunächst die Vorstellung, dass die Symptomatik im Zusammenhang mit der Gebärmutter steht (Morschitzky, H. 2007). Im Mittelalter dominierte die Überzeugung, dass die unklaren Körpersymptome durch Besessenheit entstehen (Morschitzky, H. 2007), auch bei der Hexenverfolgung, die ihren Höhepunkt im 16. Jahrhundert erreichte, scheinen oftmals somatoforme Phänomene als Hexenzeichen gewertet worden zu sein (Morschitzky, H. 2007). Nachdem zunächst die Vorstellung aufkam, dass aus der Gebärmutter zum Kopf aufsteigende Flüssigkeiten oder Dämpfe die Symptome verursachen, ordnete Paracelsus die Phänomene den Anfallskrankheiten zu (Morschitzky, H. 2007). Der französische Chirurg Lepoir beschrieb 1618 die Symptomatik erstmalig auch bei Männern und Kindern und ordnete sie dem Nervensystem zu (Morschitzky, H. 2007). Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Symptomatik als primäre Erkrankung des Gehirns angesehen (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.4). Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot und später auch der Psychiater und Psychotherapeut Pierre Janet, der Ende des 19. Jahrhundert auf Charcots Stationen im Hôpital de la Salpêtrière in Paris arbeitete, widmeten sich hauptsächlich den monosymptomatischen, pseudoneurologischen Symptomen, die später als Konversionsstörung in die Diagnosesysteme aufgenommen wurden (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.4). Der österreichische Psychoanalytiker Sigmund Freud und der österreichische Arzt Josef

Breuer stellten diesem hirnorganischen Modell ein psychodynamisches Konversionsmodell entgegen, nach dem die Körpersymptome Ausdruck verdrängter intrapsychischer Konflikte sind (Kapfhammer, H.P. 2001b; Morschitzky, H. 2007; Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.4). Die systematischen Untersuchungen von Patienten mit unklaren Körpersymptomen Mitte des 19. Jahrhunderts des französischen Arztes Paul Briquet gelten als wegweisend für die heutigen Vorstellungen über polysymptomatische somatoforme Störungen. Es gelang dem Mediziner typische Symptomkonstellationen und Krankheitsverläufe zu identifizieren und Einflussfaktoren herauszustellen (Kapfhammer, H.P. 2001b; Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.4). 1908 wurde von dem österreichischen Arzt und Psychoanalytiker W. Stekel in seinem Buch „Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung“ zunächst der Begriff „Organsprache“ genutzt, 1935 verwendet er dann explizit den Terminus Somatisierung (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.4). Angelehnt an die Ergebnisse von Paul Briquet wurde in den USA durch den Psychiater Samuel B. Guze und seine Mitarbeiter 1972 die Bezeichnung Briquet-Syndrom eingeführt (Morschitzky, H. 2007). Die Diagnose Somatisierungssyndrom, als leichte Modifizierung des Briquet-Syndroms, wurde 1980 erstmalig in den USA in die 3. Revision des diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen (DSM III) aufgenommen. Neben dieser Diagnose wurden dort unter dem Oberbegriff der somatoformen Störungen noch das Konversionssyndrom, das psychogene Schmerzsyndrom, die Hypochondrie und atypische somatoforme Störungen erfasst. Die Einführung des Begriffs somatoforme Störung ins ICD-10 erfolgte 1994 (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.8).

Unter dem Begriff somatoforme Störungen wird heute eine sehr heterogene Krankheitsgruppe zusammengefasst. Im ICD-10-Klassifikationssystem (Dilling, H. et al. 2005) wird als Hauptmerkmal für die Gruppe der somatoformen Störungen die „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“ herausgestellt. Ein Organkorrelat kann zwar vorhanden sein, erklärt jedoch nicht vollständig das Ausmaß der Beschwerden (Schwere, Vielfalt, Dauer) und die psychosozialen Beeinträchtigungen des Patienten. Ein zentrales Merkmal der ICD-10-Definition ist somit ein abnormes Krankheitsverhalten.

Im DSM-IV (Saß, H. et al. 2003) werden als gemeinsames Merkmal dieser Diagnosegruppe körperliche Symptome definiert, „die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch eine andere psychische Störung nicht ausreichend erklärt werden können“, die Verhaltensebene bleibt hierbei ausgeklammert. Auch in den zugeordneten Einzelstörungen unterscheiden sich die beiden Klassifikationssysteme, wie in Tabelle 1 ersichtlich wird:

Tabelle 1: Die beiden Klassifikationssysteme im Überblick

ICD-10	DSM IV
Somatisierungsstörung (F45.0)	Somatisierungsstörung (300.81)
Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)	Undifferenzierte Somatisierungsstörung (300.81)
*	Konversionsstörung (300.11)
Hypochondrische Störung inklusive Nosophobie und körperdysmorphophobe Störung (F45.2)	Hypochondrie (300.7) Körperdysmorphie Störung (300.7)
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Existiert im DSM IV nicht als eigenständige Diagnose
Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) -anhaltende somatoforme Schmerzstörung -chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	Schmerzstörung -in Verbindung mit psychischen Faktoren (307.80) -in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor (307.89)
Sonstige somatoforme Störung (F45.8) (psychogen verursachte Dysmenorrhoe, Dysphagie, Pruritis, Tortikollis und Zähneknirschen)	
Somatoforme Störung nicht näher bezeichnet (F45.9)	Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81)

*Konversionsstörungen sind im ICD-10 in einem separaten Kapitel (F 44.- dissoziative Störungen) erfasst

In der vorliegenden Untersuchung wurden zur besseren internationalen Vergleichbarkeit die DSM-IV-Diagnosen erhoben, so dass im Folgenden nun näher

auf die einzelnen somatoformen Diagnosen der DSM-IV-Klassifikation eingegangen werden soll. Für eine Somatisierungsstörung ist im DSM IV ein Beginn der multiplen, wechselnden Körperbeschwerden ohne ausreichendes Organkorrelat vor dem 30. Lebensjahr definiert. Es sind 33 mögliche Symptome aufgeführt und es müssen im Verlauf der Störung mindestens vier Schmerzsymptome in verschiedenen Körperbereichen, zwei gastrointestinale Symptome, ein sexuelles Symptom und ein pseudoneurologisches Symptom aufgetreten sein. Die undifferenzierte Somatisierungsstörung liegt dann vor, wenn das Zeitkriterium oder die Anzahl der körperlichen Beschwerden nicht erfüllt sind, hierbei wird eine Dauer der Störung von mindestens sechs Monaten gefordert. Die Hypochondrie nimmt in dieser Diagnosegruppe eine gewisse Sonderrolle ein, da im Zentrum der hypochondrischen Störung gesundheitsbezogene Ängste stehen, welche trotz ärztlicher Versicherung einer fehlenden organischen Ursache bestehen bleiben, auch hier ist ein Zeitkriterium von mindestens sechs Monaten angegeben. Die körperdysmorphe Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass bei den Betroffenen die Überzeugung besteht, durch einen körperlichen Makel entstellt zu sein. Die monosymptomatische Schmerzstörung wird im DSM IV unterschieden in eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und eine Schmerzstörung mit sowohl psychischen Faktoren wie auch einem medizinischen Krankheitsfaktor. Eine Dauer der Beschwerden unter 6 Monaten ist im DSM IV als akute Störung definiert, ab 6 Monaten Dauer liegt eine chronische Schmerzstörung vor. Die nicht näher bezeichnete somatoforme Störung umfasst im DSM IV somatoforme Beschwerden, die nicht die Kriterien einer spezifischen somatoformen Störung erfüllen (z.B. Scheinschwangerschaft) und hypochondrische Befürchtungen oder somatoforme Beschwerden, die das Zeitkriterium nicht erfüllen. Die Konversionsstörung umfasst Symptome, die sich auf die willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen beziehen. Hierzu zählen beispielsweise Koordinationsstörungen, Lähmungen, Aphonie, der Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindung, Sehen von Doppelbildern, Krampfanfälle etc. Psychischen Faktoren wird eine Rolle bezüglich Entstehung oder Exazerbation der Beschwerden zugeschrieben.

Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose einer somatoformen Störung nur dann gestellt werden darf, wenn die Beschwerden einen Leidensdruck erzeugen oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder familiären Umfeld bestehen.

Insgesamt zeigt sich, dass in den diagnostischen Kriterien des DSM-IV dem multifaktoriellen Geschehen der somatoformen Störungsgruppe nicht Rechnung getragen wird. Im Rahmen der Revision des DSM entstand in diesem Zusammenhang vielfach der Vorschlag, in den Diagnosekriterien spezifische Patientencharakteristika stärker zu berücksichtigen, anstatt das Fehlen eines ausreichenden Organkorrelats als zentrales Kriterium zu formulieren (Voigt, K. et al. 2010). Es wurde von einigen Autoren angeregt, den klinischen Nutzen der Diagnosekriterien in den Fokus zu rücken (First, M.B. et al. 2004), d.h. es soll durch die diagnostische Kategorie ein gutes Diagnoseverständnis für die Behandelnden entstehen sowie die Möglichkeit, wichtige Informationen über die Erkrankung gegenüber Patienten, Kollegen, Angehörigen etc. zu kommunizieren, eine Unterstützung bei der Wahl effektiver Interventionen bieten, sowie Voraussagen darüber möglich machen, welche klinischen Behandlungen notwendig sind (First, M.B. et al. 2004; Voigt, K. et al. 2010).

Im 2013 veröffentlichten DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) wurde die Störungskategorie „Somatic Symptom Disorder“ (300.82) eingeführt, welche gekennzeichnet ist durch das Vorliegen somatischer Beschwerden, die zu erheblichen Beeinträchtigungen führen und Leid erzeugen. Es wurden, wie vielfach angeregt, positive Diagnosekriterien formuliert, das Fehlen einer medizinischen Erklärung ist in den Hintergrund getreten.

Die einzelnen Diagnosekriterien werden im Folgenden nach eigener freier Übersetzung wiedergegeben:

Kriterium A: Ein oder mehrere somatische Symptome, die für den Patienten besorgniserregend sind und/ oder zu einer deutlichen Störung im Alltag führen.

Kriterium B: Übertriebene Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen, die sich auf die somatischen Symptome beziehen oder damit verbundene Gesundheitssorgen, die sich in mindestens einem der folgenden Punkte äußern:

1. Unverhältnismäßige und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit von einem der Symptome.
2. Ein anhaltend hoher Level von Ängsten über Gesundheit oder die Symptome.
3. Widmung von übermäßig viel Zeit und Energie in diese Symptome oder Gesundheitsangelegenheiten.

Kriterium C: Wenngleich nicht jedes einzelne somatische Symptom fortlaufend präsent sein mag, ist das Vorhandensein von Symptomen andauernd (typischerweise > 6 Monate).

Darüber hinaus wird eine Unterscheidung in eine milde (ein Kriterium von B erfüllt), eine moderate (zwei oder mehr Kriterien von B erfüllt) und eine schwere Form (zwei oder mehr Kriterien von B erfüllt plus multiple somatische Symptome) vorgenommen.

In einer von Voigt et al. durchgeführten Studie unter Nutzung der DSM-5 Kriterien erwiesen sich Gesundheitsängste, Katastrophisierung, ein Selbstkonzept körperlicher Schwäche, Medikamentenabhängigkeit und das Absuchen des Körpers nach Krankheitssymptomen als wichtige Faktoren in der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen einer Verbesserung dieser Faktoren und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten im Bereich der körperlichen Gesundheit (Voigt, K. et al. 2012).

1.2.2. Prävalenz und Epidemiologie somatoformer Störungen

Grundsätzlich stellen unerklärte Körperbeschwerden in der Allgemeinbevölkerung ein sehr weit verbreitetes Phänomen dar: In einer im Jahr 2006 durchgeführten Studie (n= 2552) fand sich bei 81,6% der Untersuchten mindestens ein Symptom, welches zu einer mindestens moderaten Beeinträchtigung führte und bei 22,1% mindestens ein Symptom, welches zu einer schweren oder sehr schweren Beeinträchtigung führte (Hiller, W. et al. 2006). Somatoforme Störungen gehören zu einer der häufigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen in Deutschland: In einer 2004 von Jacobi et al. durchgeführten Studie zeigte sich in einer repräsentativen deutschen Erwachsenenstichprobe (n= 4181, Alter: 18-65 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz für somatoforme Störungen nach DSM IV von 16,2% und lag damit nur knapp hinter der Lebenszeitprävalenz einer unipolaren depressiven

Störung (17,1%). Bezüglich der 12-Monats-Prävalenz stellte die Diagnosegruppe der somatoformen Störung mit 11% die dritthäufigste Erkrankung dar, am häufigsten traten Angststörungen mit einer Prävalanz von 14,5%, gefolgt von affektiven Störungen mit einer Prävalenz von 11,9% auf (Jacobi, F. et al. 2004). Die Beurteilung der Prävalenzen somatoformer Beschwerden wird jedoch dadurch erschwert, dass in den Studien zum Teil unterschiedliche diagnostische Klassifikationskonzepte Anwendung finden (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.7). So wurde beispielsweise von Escobar et al. als alternative Operationalisierung der „Somatic-Symptom-Index“ vorgeschlagen (Escobar, J. I. et al. 1989) und von Fink et al. die „Bodily Distress Disorder“ (Fink, P. et al. 2007). Doch auch bei isolierter Betrachtung der angegebenen Prävalenzen unter Berücksichtigung des DSM IV zeigt sich noch eine große Spannweite für den Bereich der Primärversorgung. Bei jeweiligem Ausschluss der nicht näher bezeichneten somatoformen Störung konnte in einer 2000/2001 durchgeführten holländischen Prävalenzstudie mit 1046 Patienten der hausärztlichen Versorgung zwischen 25 und 80 Jahren bei 16,1% der interviewten Personen eine somatoforme Störung gesichert werden (De Waal, M. W. et al. 2004), während in einer dänischen Studie mit 191 Patienten der hausärztlichen Versorgung zwischen 18 und 65 Jahren bei 30,3% eine somatoforme Störung diagnostiziert wurde (Fink, P. et al. 1999). In beiden Studien wurde die undifferenzierte Somatisierungsstörung am häufigsten diagnostiziert (Fink, P. et al. 1999; De Waal, M. W. et al. 2004).

Es sind im Zusammenhang mit somatoformen Störungen verschiedene soziodemographische Einflussfaktoren bekannt, die zur Beeinflussung der Prävalenzraten beitragen: Insgesamt sind Frauen häufiger von einer somatoformen Störung betroffen als Männer (Schoepf, D. et al. 2003; Jacobi, F. et al. 2004), bei Frauen zeigte sich in der bereits zitierten deutschen Studie eine Lebenszeitprävalenz von 22,2% im Vergleich zu 10,3% für Männer (Jacobi, F. et al. 2004). Bei Betrachtung der einzelnen Diagnosen der Kategorie der somatoformen Störungen nach dem ICD-10 wurde nur bei der Hypochondrie ein häufigeres Auftreten bei Männern beobachtet (Schoepf, D. et al. 2003).

In einer 1996/1997 in Norddeutschland durchgeführten Erhebung zeigte sich bei Auswertung der soziodemographischen Merkmale von 526 Untersuchten mit einer somatoformen Störung nach DSM IV, dass geschiedene, getrennt lebende und verwitwete Personen häufiger von einer somatoformen Störung betroffen waren, auch ein niedrigeres Einkommen begünstigte das Auftreten einer somatoformen

Störung (Meyer, C. et al. 2000). In einer 1995 an Allgemeinarztpraxen durchgeführten Untersuchung bezüglich der 4-Wochen-Prävalenz somatoformer Störungen fiel zudem auf, dass eine Kinderanzahl > 1 das Auftreten einer somatoformen Störung bei Frauen begünstigte (Schoepf, D. et al. 2003).

Bezüglich des Einflussfaktors Alter gibt es uneinheitliche Studienergebnisse. Während in einer niederländischen Hausarztstudie mit Patienten zwischen 25 und 80 Jahren ($n= 1046$), in der Altersgruppe der 25-44-Jährigen mit 21,8 % am häufigsten eine somatoforme Störung diagnostiziert wurde und die Häufigkeit mit zunehmenden Alter der Patienten stetig abfiel (bis auf 5,4% in der Gruppe der 65-79-Jährigen) (De Waal, M. W. et al. 2004), fand sich in einer weiteren niederländischen Studie der größte Anteil somatoformer Patienten in der Altersgruppe von 45-64 Jahren (32,3%) (Verhaak, P.F.M. et al. 2006).

In einer repräsentativen deutschen Stichprobe ($n= 2050$) zeigten sich als häufigste somatoforme Beschwerden Rückenschmerzen (30%), Gelenkschmerzen (25%), Schmerzen in den Beinen und/oder Armen (20%), Kopfschmerzen (19%), Meteorismus (13%) und Nahrungsmittelunverträglichkeiten (12%) (Rief, W. et al. 2001).

1.2.3. Verlauf, Komorbiditäten und Therapie somatoformer Störungen

Im Rahmen einer großen, deutschen epidemiologischen Untersuchung ($n=3021$) wurde deutlich, dass der Beginn einer somatoformen Störung oftmals schon im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter liegt (Lieb, R. et al. 2000). Insgesamt wird somatoformen Störungen ein hohes Risiko bezüglich einer Chronifizierung zugeschrieben (Rief, W. und Hiller, W. 2011, S.21). In einer Follow-up-Untersuchung von Patienten mit einer somatoformen Störung nach 6 Monaten zeigten sich bei knapp 70% der Patienten persistierende somatoforme Symptome, obwohl ein Teil bereits eine fachgerechte Behandlung in Anspruch genommen hat (Arnold, I. A. et al. 2006). Im Rahmen einer Studie mit 1751 Patienten der Primärversorgung zeigte sich bei 51,6% der Patienten mit einer somatoformen Störung eine Erkrankungsdauer > 2 Jahren, bei bestehender Komorbidität mit Depression und Angst sogar bei 78,4% (Hanel, G. et al. 2009). Als ungünstige prognostische Faktoren zeigten sich das

weibliche Geschlecht sowie eine hohen Anzahl von Körperbeschwerden (Speckens, A.E.M. et al. 1996).

Wie aus verschiedenen Studien deutlich wird, sind somatoforme Störungen sehr häufig mit anderen psychischen Erkrankungen assoziiert: In dem von Jacobi et al. durchgeführten Gesundheitssurvey (n= 4181) zeigte sich bei Untersuchung der 12-Monats-Komorbidität bei Patienten mit somatoformer Störung in 21,2% der Fälle eine komorbide psychische Störung, in 14,7% zwei komorbide psychische Störungen und bei 18,3% drei komorbide psychische Störungen (Jacobi, F. et al. 2004). In der bereits weiter oben erwähnten holländischen Hausarztstudie litten 26% der Patienten mit einer somatoformen Störung zusätzlich an einer Angst- und/ oder depressiven Störung (De Waal, M. W. et al. 2004), in einer Studie mit Patienten mit langjähriger somatoformer Störung wurden sogar Komorbiditäten von 54% für Angststörungen und 30% für Depressionen aufgezeigt (Fink, P. 1995). Je nach untersuchtem Behandlungssetting zeigten sich noch deutlich höhere Komorbiditäten. Während in einer Studie mit ambulanten Psychiatriepatienten in 70% der Fälle eine komorbide Achse-I-Störung diagnostiziert wurde, wobei eine komorbide depressive Störung mit 49% am häufigsten auftrat, gefolgt von Angststörungen mit einem Anteil von 30% (Garyfallos, G. et al. 1999), konnte bei einer Studie mit stationären psychosomatischen Patienten bei 63% eine komorbide depressive Störung gesichert werden (Rief, W. et al. 1992). Insgesamt zeigte sich bei einer Studie mit 1000 Klinikpatienten der Primärversorgung, dass mit steigender Symptomanzahl auch das Komorbiditätsrisiko bezüglich affektiver Störungen und Angsterkrankungen ansteigt (Kroenke, K. et al. 1994). In der bereits zitierten Studie von Rief et al. lag die Lebenszeit-Komorbidität von somatoformer Störung und Depression bei 87%, hierbei lag die Manifestation der somatoformen Störung bei 73% der Patienten vor der depressiven Erkrankung, bei den meisten Patienten war der Abstand über ein Jahr und bei 46% sogar über 5 Jahre (Rief, W. et al. 1992). Insgesamt zeigte sich in einer großen (n= 2091), in den USA durchgeführten Studie an Allgemeinkrankenhäusern, dass eine Kombination der Diagnosen Depression, Angststörung und somatoforme Störung zu deutlich stärkeren funktionellen Beeinträchtigungen der Patienten führten als das Vorliegen einer dieser Diagnosen (Löwe, B. et al. 2008).

Im Zusammenhang mit somatoformen Störungen treten jedoch nicht nur Achse-I-Komorbiditäten gehäuft auf: Bei einer in den USA durchgeführten Untersuchung mit Patienten der Primärversorgung wurde mittels eines strukturierten Interviews

erhoben, dass 23,4% der Patienten mit einer vollen Somatisierungsstörung an einer komorbiden Persönlichkeitsstörung litten und 37,2% an zwei oder mehr. Hierbei war die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit 26,7% die häufigste komorbide Achse-II-Störung (Rost, K.M. et al. 1992). In der bereits weiter oben beschriebenen dänischen Untersuchung mit Patienten mit langjähriger somatoformer Symptomatik (Beobachtungszeitraum 8 Jahre) zeigte sich in 48% der Fälle eine komorbide Persönlichkeitsstörung, wobei nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen am häufigsten vertreten waren (Fink, P. 1995).

In einer Studie mit ambulanten Psychiatriepatienten lag nach DSM-III-R bei 63% der Patienten eine komorbide Persönlichkeitsstörung vor, 36% der Persönlichkeitsstörungen waren dem Cluster-B zugehörig. Am häufigsten wurde mit 24% eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Garyfallos, G. et al. 1999). In einer aktuelleren, zwischen 2000 und 2004 durchgeführten Studie, wurden konsekutiv ambulante Psychiatriepatienten mit einer somatoformen Störung im Vergleich zu ambulanten Psychiatriepatienten mit einer affektiven Störung und/oder einer Angststörung ohne eine somatoforme Störung nach DSM IV untersucht. Bei 63,9% der Patienten der somatoformen Gruppe konnte mindestens eine Persönlichkeitsstörung gesichert werden, in der Kontrollgruppe war dieser Anteil mit 28,2% deutlich geringer. Die in der somatoformen Gruppe am häufigsten diagnostizierte Achse-II-Störung war die paranoide Persönlichkeitsstörung mit 15,7%, gefolgt von der histrionischen Persönlichkeitsstörung mit 14,2% und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung mit 12,8%. In der Kontrollgruppe zeigte sich am häufigsten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (7,1%), gefolgt von einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung mit 5,6% und jeweils mit 4,2% die antisoziale, histrionische und dependente Persönlichkeitsstörung (Garcia-Campayo, J. et al. 2007).

Eine 1999 veröffentlichte Untersuchung, die an einer deutschen psychosomatischen Klinik durchgeführt wurde (n= 126), deutet darauf hin, dass weder eine komorbide Persönlichkeitsstörung, noch eine komorbide Major Depression oder Angststörung den stationären Behandlungsverlauf bezüglich der somatoformen Symptomatik negativ beeinflusst (Leibbrand, R. et al. 1999), langfristig zeigte sich jedoch in einer von Rief et al. durchgeführten 2-Jahres Follow-up-Untersuchung bei somatoformen Patienten mit komorbiden psychiatrischen Störungen eine schlechtere Prognose bezüglich der somatoformen Symptomatik (Rief, W. et al. 1995).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass somatoforme Störungen sehr häufig mit affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen assoziiert sind, wobei sich bezüglich der häufigsten komorbiden Persönlichkeitsstörung uneinheitliche Studienergebnisse zeigen. Die Komorbiditäten haben Einfluss auf die langfristige Prognose der Patienten.

Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass Patienten mit einer somatoformen Störung von einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie profitieren (Speckens, A. E. M. et al. 1995; Hiller, W. et al. 2003; Allen, L.A. et al. 2006; Kroenke, K. 2007), wobei die Schwere der körperlichen Beschwerden als stärkster Prädiktor für den Verlauf der Erkrankung gilt (Witthöft, M. und W., Hiller 2010).

Die Effektstärke der Behandlung ist jedoch im Vergleich zur Effektstärke bei der Behandlung unipolarer Depressionen oder Angststörungen als nicht besonders hoch anzusehen: In einer 1992/1993 durchgeführten, holländischen Studie wurde eine Gruppe von Patienten einer Hochschulambulanz mit medizinisch unerklärten Körpersymptomen für 6-16 Stunden mittels kognitiv-behavioraler Therapie behandelt, die Kontrollgruppe erhielt eine optimierte medizinische Versorgung (Speckens, A. E. M. et al. 1995). Aus dieser Studie errechnete Kroenke in seinem Review über die Effektivität der Behandlung somatoformer Störungen eine Effektstärke der kognitiv-behavioralen Therapie von 0,54 nach sechs Monaten, was einer mittleren Therapiewirksamkeit entspricht (Kroenke, K. 2007). Bei der Behandlung der unipolaren Depression und verschiedener Angststörungen (Panikstörung, GAD, Soziale Phobie) mittels kognitiv-behavioraler Therapie konnten deutlich größere Effektstärken ($>0,8$) nachgewiesen werden (Butler, A.C. et al. 2006). Es ist somit wichtig, weitere Ansatzpunkte in der Behandlung somatoformer Patienten zu identifizieren, um eine Steigerung des Behandlungserfolges möglich zu machen.

1.2.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität somatoformer Patienten, Arzt-Patienten-Beziehung und gesundheitsökonomische Relevanz somatoformer Störungen

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, welches in Anlehnung an die Definition des Begriffes „Gesundheit“ der WHO, physische, psychische und soziale Komponenten umfasst (Welp, I. 2008). Sie ist ein Maß für die subjektive Befindlichkeit des Menschen und gewinnt in der Medizin als Evaluationskriterium zunehmend an Bedeutung (Schumacher, J. et al. 2003). Eine allgemein anerkannte Definition des Begriffes „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ existiert nicht, Schumacher et al. (Schumacher, J. et al. 2003) stellen jedoch folgende vier Bereiche als wesentlich für die gesundheitsbezogene Lebensqualität heraus:

1. Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden
2. Die psychische Verfassung (emotionale Befindlichkeit, allgemeines Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit)
3. Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in täglichen Lebensbereichen wie Beruf, Haushalt und Freizeit
4. Die Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen sowie erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen in diesem Bereich

Psychische Erkrankungen sind mit erheblichen Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden (Spitzer, R. L. et al. 1995), eine spezielle Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten mit somatoformen Beschwerden wurde von Dickinson et al. durchgeführt (Dickinson, W.P. et al. 2003). In der entsprechenden Studie wurde zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Gesundheitsfragebogen SF-36 eingesetzt, welcher auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet (siehe 3.2. Instrumente). Mit diesem Fragebogen lassen sich zwei Hauptdimensionen, nämlich die physische (PCS= physical health component summary score) und die psychische (MCS= mental health component summary score) Dimension gesundheitsbezogener Lebensqualität separat voneinander erfassen. Es zeigte sich, dass Patienten der Primärversorgung mit somatoformen Beschwerden vor allem im PCS im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutliche schlechtere Werte aufwiesen, die Werte im MCS jedoch nur leicht unter den Werten der Allgemeinbevölkerung lagen, d.h. es wurden

hauptsächlich Beeinträchtigungen im Bereich der physischen Gesundheit erlebt (Dickinson, W.P. et al. 2003). In der Nachuntersuchung innerhalb eines Jahres fiel auf, dass im Laufe der Zeit auch hauptsächlich die Werte im PCS weiter abfielen, während sich im MCS kein signifikanter Unterschied zeigte (Dickinson, W.P. et al. 2003).

Dies spiegelt sich auch in den Arztbesuchen wider: In einer in Deutschland durchgeführten Studie mit 1751 Patienten der Primärversorgung zeigte sich in diesem Zusammenhang, dass Patienten mit somatoformen Störungen sehr häufig zum Arzt gehen, 23,7% stellten sich in einem Jahr über zwölf mal ärztlich vor, beim Vorliegen einer komorbiden Angststörung und Depression lag der Anteil sogar bei 47,2%. Bei Patienten ohne eine psychische Erkrankung lag dieser Anteil nur bei 7,8% (Hanel, G. et al. 2009).

Von den Ärzten werden Patienten mit somatoformen Störungen häufig als schwierig erlebt (Hahn, S.R. et al. 1996). Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung kommen häufig dadurch zustande, dass der Arzt keine organischen Ursachen für die Beschwerden findet, bei dem Patienten jedoch oft ein somatisch orientiertes Krankheitsmodell besteht (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.22), so dass Ärzte dann teilweise trotz besseren Wissens eine vermehrte Diagnostik durchführen, symptomkontingente Termine vereinbaren und Schmerzmittel mit Abhängigkeitspotential einsetzen (Anderson, M. et al. 2008), was sich wiederum ungünstig auf die Symptomatik auswirkt.

Patienten mit somatoformen Störungen gelten somit als „high-utilizers“ des Gesundheitssystems: In einer von Hiller et al. 2003 veröffentlichten, in Deutschland durchgeführten Studie, wurde die gesundheitsökonomische Relevanz geprüft. Die Untersuchung ergab, dass die ambulanten und stationären Behandlungskosten der somatoformen Patientengruppe (n= 172) in den 2 Jahren vor Aufnahme in die psychosomatische Klinik etwa 2,2-fach höher waren als durchschnittliche Behandlungskosten. In einer Nachuntersuchung zeigte sich, dass die Kosten in den 2 Jahren nach spezifischer Behandlung deutlich sanken, nämlich für ambulante Behandlungen um 24,5% und für stationäre Behandlungen um 36,7%. Auch die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Sozialleistungen waren reduziert (Hiller, W. et al. 2003).

1.3. Störungstheorien und –modelle somatoformer Störungen

1.3.1. Allgemeine Erklärungsansätze

„Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare.“

Dieses Zitat von Christian Morgenstern spiegelt das wohl einflussreichste psychoanalytische Modell zur Entstehung von Körpersymptomen ohne organische Ursache wider. In seinem Konversionsmodell (1894) geht Freud davon aus, dass bei Somatisierungsprozessen [...] „die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch [erfolgt], dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird“ (Freud, S. 1894). Derzeit, also fast 120 Jahre später, liegen nur wenige Studien vor, die den Aspekt der Affektunterdrückung im Zusammenhang mit somatoformen Störungen untersucht haben. Auch zeigen sich diesbezüglich keine einheitlichen Forschungsergebnisse, wie im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit deutlich werden wird. Der folgende Abschnitt soll jedoch zunächst einem allgemeinen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Ätiologie und Pathogenese somatoformer Störungen dienen, wobei aufgrund der Vielzahl der Veröffentlichungen kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

Wenngleich bislang kein einheitliches Störungsmodell existiert, besteht ein überwiegender Konsens darüber, dass der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Störungsgruppe ein multifaktorielles Geschehen zugrunde liegt (Rief, W. und Broadbent, E. 2007). Neben genetischen Komponenten, die unter Anderem in Zwillingsstudien aufgezeigt werden konnten (Togersen, S. 1986), und traumatischen Erfahrungen sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter gelten auch längere Phasen somatischer Erkrankungen, Erkrankungen in der Familie, Modelllernen und lebensgeschichtliche Belastungen als Vulnerabilitätsfaktoren (Kapfhammer, H.P. 2001a; Imbierowicz, K. und Egle, U. 2003; Waldinger, R.J. et al. 2006; Samelius, L. et al. 2007; Hiller, W. und Rief, W. 2008; Rief, W. und Hiller, W. 2011, S.32-34; Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.36). Auch mangelnde elterliche Fürsorge in der Kindheit gilt als Prädiktor für Somatisierungsverhalten im Erwachsenenalter. Nach neueren psychodynamischen Theorien behindert mangelndes elterliches Fürsorgeverhalten im Säuglingsalter die Entwicklung der Fähigkeit, zwischen

körperlich und emotionalen Vorgängen zu unterscheiden (Rudolf, G. und Henningsen, P. 2006), auf der anderen Seite gilt aber auch überprotektives Verhalten der Eltern als prädisponierender Faktor bezüglich der Entstehung somatoformer Störungen (Witthöft, M. und W., Hiller 2010).

Auf endokrinologischer Ebene ergaben sich Hinweise darauf, dass Faktoren, die die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse betreffen, eine Rolle spielen. Bei einigen Patienten konnte eine Verbindung zwischen Hypocortisolismus und somatoformen Symptomen aufgezeigt werden (Heim, C. et al. 2000), in Untersuchung von Rief et al. zeigten sich hingegen bei Patienten mit einer somatoformen Störung im Vergleich zu gesunden Probanden erhöhte morgendliche Kortisolkonzentrationen im Speichel (Rief, W. et al. 1998). Diese entgegengesetzten Ergebnisse könnten durch unterschiedliche Aktivitäten der HPA-Achse bei akutem und chronischem Stress zustande kommen, wobei die Annahme besteht, dass der Hypocortisolismus infolge eines chronischen Stresserlebens entsteht und wiederum eine verstärkte allgemeine Stresswahrnehmung, ein erhöhtes Schmerzempfinden und eine verstärkte Müdigkeit bewirkt (Heim, C. et al. 2000; Kapfhammer, H.P. 2008), während Hypercortisolismus im Rahmen akuten Stresses auftritt (Rief, W. und Barsky, A. J. 2005). Auch gibt es Hinweise darauf, dass Veränderungen im serotonergen System eine Bedeutung haben, so ließ sich im Blut somatoformer Patienten ein erniedrigter Tryptophanspiegel nachweisen, auch dann wenn keine komorbide Depression vorlag. Die Tryptophanverfügbarkeit für das Gehirn korrelierte in dieser Untersuchung mit der Anzahl der Körpersymptome (Rief, W. et al. 2004). Als weiterer psychobiologischer Einflussfaktor scheint ein erhöhtes psychophysiologisches Arousal zu fungieren. So zeigte sich im Rahmen einer Studie zur Untersuchung der physiologischen Reaktivität bei Patienten mit einer somatoformen Störung im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen in den Pausen zwischen gestellten Aufmerksamkeitsaufgaben ein geringerer Abfall der Herzratenaktivität. Dieser Effekt zeigte sich unabhängig von einer komorbiden Angststörung oder Depression. Auch schilderten die Probanden der somatoformen Gruppe während der Untersuchung eine immer weitere Anspannungszunahme, während die Probanden der Kontrollgruppe dazu neigten, zu habituierten (Rief, W. und Auer, C. 2001; Rief, W. und Barsky, A. J. 2005). Aus Magnetresonanztomographie-Untersuchungen ergaben sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen strukturellen Hirnveränderungen und somatoformen

Symptomen, so zeigte sich bei Patientinnen mit einer somatoformen Schmerzstörung im Vergleich zu den gesunden Kontrollpersonen eine signifikante Verminderung der grauen Substanz im Bereich des präfrontalen Kortex, des cingulären Kortex und der Insula. Diesen Regionen wird eine entscheidende Rolle in Bezug auf subjektives Schmerzerleben zugeschrieben (Valet, M. et al. 2009).

Als Auslöser somatoformer Beschwerden können Konditionierungsprozesse fungieren: Van der Bergh et al. zeigten im Rahmen experimenteller Untersuchungen, dass Probanden nach drei Kopplungen von CO₂-angereicherter Atemluft mit negativen Gerüchen bereits allein durch den konditionierten negativen Geruch die CO₂-typischen Körpersymptome (z.B. Brustenge, Schwitzen, Kopfschmerzen) entwickelten. Im Verlauf konnte eine Generalisierung auf andere negative Gerüche beobachtet werden. Interessanterweise zeigte sich dieser Lerneffekt nicht bei neutralen oder positiven Gerüchen, was die Relevanz eines negativen Affekts in Zusammenhang mit der Konditionierung körperlicher Symptome untermauert. Gleiche Effekte ließen sich auch bei Kopplung mit negativen Bildern/Gedanken erzielen (Stegen, K. et al. 1999; Van den Bergh, O. et al. 2002).

Ein sehr einflussreiches Erklärungsmodell bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen ist das Konzept der somatosensorischen Verstärkung nach Barsky und Kollegen (Barsky, A. J. 1992). Dieses Modell beschreibt einen Teufelskreis aus katastrophisierender Bewertung harmloser Körpersensationen mit der Folge einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Vorgänge und daraus resultierend einer Verstärkung der Körperempfindungen. Wenngleich Barsky selbst und auch weitere Autoren (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.26) auf einen größeren Bezug dieses Konzeptes zum Störungsbild der Hypochondrie als zu anderen somatoformen Störungen hinwies, zeigte sich in einer Studie von Rief et al., dass bei Patienten mit somatoformer Störung (n= 46) auch ohne Vorliegen einer Hypochondrie eine stärkere Neigung zu katastrophisierenden Bewertungen körperlicher Beschwerden bestand als bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (n= 32) (Rief, W. et al. 1998). Auch im Rahmen einer größeren Untersuchung an einer deutschen psychosomatischen Klinik zeigte sich bei Patienten mit einer somatoformen Störung (n= 159) im Vergleich zu einer klinischen Vergleichsgruppe (n= 30) und einer Kontrollgruppe mit gesunden Personen (n= 101) eine Neigung zu katastrophisierenden Bewertungen von Körpersymptomen (Hiller, W. et al. 1997). In einer experimentellen Studie konnte dann weiterführend

beobachtet werden, dass katastrophisierendes Denken zu einer erhöhten Schmerzwahrnehmung bei mangelnder Ablenkungsfähigkeit führt (Crombez, G. et al. 1998).

Auch Erwartungsprozessen scheint eine wichtige Bedeutung in Zusammenhang mit somatoformen Symptomen zuzukommen. In einer experimentellen Studie an gesunden Probanden konnte gezeigt werden, dass Erwartungsprozesse bezüglich eines Schmerzreizes die empfundene Schmerzintensität beeinflussen, d.h. die Erwartung eines starken Schmerzreizes das Erleben des Schmerzes verstärkt. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass der kontralaterale somatosensorische Kortex nicht nur infolge eines realen, sondern auch infolge eines erwarteten Schmerzreizes von hoher Intensität eine verstärkte Aktivierung aufwies (Lorenz, J. et al. 2005), was wiederum erklärt, warum es zu einer verstärkten Schmerzwahrnehmung kommt. Als weitere spezifische Merkmale von Patienten mit somatoformen Störungen im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen fielen eine Intoleranz von körperlichen Beschwerden (Hiller, W. et al. 1997) und ein stärkeres Selbstkonzept körperlicher Schwäche in Kombination mit der Neigung körperliche Aktivierung zu vermeiden, auf (Rief, W. et al. 1998).

Auch Erinnerungsprozesse werden als wichtiger Faktor in Zusammenhang mit somatoformen Störungen angenommen. Dies betrifft zum einen Vorerfahrungen mit Beschwerden, was wiederum die Erwartung bezüglich eines erneuten Auftretens steigert und zu zerebralen Veränderungen führen kann und zum anderen verzerrte Erinnerungen bezüglich gesundheitsbezogener Informationen (Rief, W. und Broadbent, E. 2007). Es konnte zudem gezeigt werden, dass Gesundheitsängste die Wahrscheinlichkeit des Auftretens somatoformer Beschwerden erhöhen (Petrie, K. J. et al. 2005).

Watson und Pennebaker zeigten eine Verbindung zwischen „negativer Affektivität“ und somatischen Beschwerden auf (Watson, D. und Pennebaker, J.W. 1989). Das Konzept der „negativen Affektivität“ beschreibt eine Neigung von Personen, aversive emotionale Zustände zu erleben einhergehend mit einer negativen Selbstsicht, was bei den Betroffenen zu Nervosität, Anspannung und Besorgnis führt. (Watson, D. und Clark, L.A. 1984; Kapfhammer, H.P. 1997). In diesem Zusammenhang konnte im Rahmen einer experimentellen Studie an gesunden Probanden verdeutlicht werden, dass unangenehme affektive Zustände Schmerzerleben verstärken, wodurch sich

der Rückschluss ergibt, dass „negative Affektivität“ nicht nur eine Folge von Körperbeschwerden darstellen kann, sondern auch als Auslöser fungieren kann.

Ein komplexes Modell bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Beschwerden stammt von Brown (Brown, R.J. 2004): Dieser unterscheidet ein primäres Aufmerksamkeitssystem, welches eine automatische und intuitive Informationsverarbeitung steuert und ein sekundäres Aufmerksamkeitssystem, welches einer bewussten Kontrolle unterliegt. Nach Brown werden infolge eines Stimulus vom kognitiven System verschiedene Hypothesen generiert, von denen durch das primäre Informationssystem durch einen automatischen Selektionsprozess eine Hypothese ausgewählt wird. Durch diesen kognitiven Weg kommt es zu einem Symptomerleben. Die Fehlrepräsentation von Symptomen im Rahmen somatoformer Störungen kann nach Brown durch verschiedene Faktoren, wie beispielweise traumatische Erfahrungen, Erinnerungsprozesse bezüglich eigener physischer Erkrankungen, die Konfrontation mit physischen Beschwerden Anderer oder die Verinnerlichung soziokultureller Krankheitskonzepte entstehen. Eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Symptome durch das sekundäre Aufmerksamkeitssystem verstärkt die Aktivität der entsprechenden Fehlrepräsentationen, was wiederum dazu führt, dass diese in Zukunft mit höherer Wahrscheinlichkeit durch das primäre Aufmerksamkeitssystem ausgewählt werden. Faktoren, die die symptombezogene Aufmerksamkeitsfokussierung aufrechterhalten sind nach Brown z.B. Fehlattribuierungen der Symptome als Zeichen einer organischen Erkrankung, Rumination, Krankheitsverhalten wie Checking etc.

Auch Rief und Barsky gehen in ihrem Filtermodell somatoformer Beschwerden davon aus, dass ein gestörter Auswahlprozess zur Entstehung somatoformer Symptome beiträgt (Rief, W. und Barsky, A. J. 2005; Rief, W. und Broadbent, E. 2007), im Gegensatz zu dem eben beschriebenen Modell von Brown, welches kognitive Prozesse als zentralen Aspekt herausstellt, gehen die Autoren jedoch davon aus, dass auch psychobiologische Faktoren eine wichtige Rolle bezüglich der bewussten Symptomwahrnehmung spielen. Rief und Barsky formulieren die Annahme, dass bei gesunden Menschen ein Großteil sensorischer Körpersignale gefiltert und somit nicht bewusst erlebt wird. Zu der verstärkten Symptomwahrnehmung bei Somatisierungsprozessen können nach dem Filtermodell Faktoren beitragen, die die körperlichen Signale verstärken, die Filteraktivität reduzieren oder die kortikale

Wahrnehmung erhöhen. Zu den erstgenannten Faktoren zählen beispielsweise anhaltende psychische Belastungen, eine chronische Stimulation der HPA-Achse oder eine verminderte körperliche Belastbarkeit, zu den zweitgenannten beispielsweise Infektionen, eine erhöhte selektive Aufmerksamkeit bezüglich der Beschwerden oder Gesundheitsängste und zu den letztgenannten beispielsweise Traumatisierungen, sowie Erwartungs- und Erinnerungsprozesse.

Als aufrechterhaltende Faktoren somatoformer Störungen wirken ungünstige Arzt-Patienten-Interaktionen, Fehlattribuierungen von Körpersymptomen, primärer und sekundärer Krankheitsgewinn sowie dysfunktionales Krankheitsverhalten z.B. in Form von Vermeidung, Rückversicherung, Checking oder übermäßigem Schonverhalten (Rief, W. und Broadbent, E. 2007; Rief, W. und Hiller, W. 2011, S.38).

In einigen Studien konnte auch ein Zusammenhang zwischen mangelnden interpersonalen und emotionalen Kompetenzen und somatoformen Störungen hergestellt werden. In einer 2004 veröffentlichten Studie, in der somatoforme Patienten mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe verglichen wurden, fiel auf, dass die Patienten mit somatoformen Störungen eher eine allgemeine Anspannung und Unruhe beschrieben, als ihre Gefühle zu differenzieren und zu externaler Orientierung neigten und in der Folge Schwierigkeiten hatten, eine Verbindung zwischen Körpersymptomen und Gefühlen herzustellen. Zudem zeigte sich, dass Patienten mit einer somatoformen Störung mehr Schwierigkeiten bezüglich des non-verbalen Ausdrucks ihrer Gefühle hatten (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2004). Insgesamt zeigte ich im „Affect-Consciousness-Interview“, dass sich somatoforme Patienten ihrer Gefühle wenig bewusst waren. Diese Probleme bezogen sich hauptsächlich auf das Erkennen unangenehmer Gefühle wie Ärger und Traurigkeit, so dass sich insgesamt eine konfliktvermeidende Emotionsregulation zeigte (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2004).

In einer holländischen Studie wurden 472 konsekutiv eingeschlossene stationäre Psychiatriepatienten untersucht, um die Affektregulation der Patienten näher zu beleuchten. In der Studie wurden vier Gruppen verglichen, eine Gruppe mit Patienten mit einer Borderlinestörung (n= 119), eine mit Patienten mit einer somatoformen Störung (n= 159), eine mit Patienten mit einer Borderline-Störung und einer somatoformen Störung (n= 129) und eine psychiatrische Kontrollgruppe, in der die

Patienten beide Diagnosen nicht erfüllten. Wenngleich sich in der somatoformen Gruppe nicht durchweg klinisch relevante Affekt-Dysregulationen zeigten und sowohl Affekt-Überregulationen, als auch Affektunterregulationen auffielen, wurde eine Affekt-Überregulation in klinisch relevantem Ausmaß in der somatoformen Gruppe häufiger berichtet, als in allen anderen untersuchten Gruppen (Van Dijke, A. et al. 2010).

Einigen Autoren zufolge haben Patienten mit somatoformen Störungen in vielen Fällen in ihrer Kindheit die Erfahrung gemacht, nur durch körperliche Symptome die Zuneigung ihrer Eltern zu erfahren und dass durch die Präsentation von Körperbeschwerden Konflikte aus dem Blickfeld rücken (Violon, A. 1985; Mullins, L. L. und Olson, R. A. 1990), so dass das Krankheitsverhalten verstärkt wird. Zudem ergaben sich Hinweise darauf, dass aufgrund eines Mangels alternativer Bewältigungsstrategien schwieriger Lebenssituationen oft eine Flucht in die Krankenrolle erfolgt (Bass, C. und Murphy, M. 1995).

In einer 2011 veröffentlichten Studie wurden die Hirnstrukturen von 20 Patienten mit einer somatoformen Störung und 20 gesunden Probanden mittels fMRT untersucht. Es fiel auf, dass die Patienten mit einer somatoformen Störung durchschnittlich ein signifikant kleineres Volumen der rechten und linken Amygdala aufwiesen, als die gesunden Kontrollpersonen (Atmaca, M. et al. 2011). Der Amygdala wird eine wichtige Bedeutung im Zusammenhang mit Emotionsverarbeitungsprozessen beigemessen (Calder, A.J. et al. 1996).

Angesichts der Auffälligkeiten im interpersonalen und emotionalen Bereich wurden immer wieder Zusammenhänge mit Bindungsstilen und Alexithymie vermutet. Auf diese beiden Themenbereiche soll daher im Folgenden näher eingegangen werden.

1.3.2. Erklärungsansätze aus dem emotionalen und interpersonalen Bereich

1.3.2.1. *Alexithymie und Somatisierung*

Wiederholt ist in Zusammenhang mit der Entstehung somatoformer Störungen auch das Alexithymie-Konzept diskutiert worden. Wörtlich übersetzt bedeutet Alexithymie „keine Worte für Gefühle“ (Franz, M. et al. 2001). Unter Alexithymie werden Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Emotionen, sowie Probleme in der Differenzierung zwischen psychischen und physischen Phänomenen verstanden (Hiller, W. und Rief, W. 2008). Zudem ist mit Alexithymie ein external orientierter Wahrnehmungsstil verbunden (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2006). In dem ursprüngliche Alexithymie-Konzept nach dem amerikanischen Psychiater P.E. Sifneos (1972) ist Alexithymie überdies gekennzeichnet durch ein reduziertes Phantasie- und Vorstellungsvermögen, sowie hoher sozialer Anpasstheit in Kombination mit geringer Autonomie (Gündel, H. et al. 2000).

Die Toronto-Alexithymia-Scale (TAS) (Bagby, R.M. et al. 1994) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Alexithymie und fand in vielen Studien Anwendung (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2006). Dieser Fragebogen erfasst Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren (Skala 1), diese zu beschreiben (Skala 2) und einen external orientierten Denkstil (Skala 3) (Subic-Wrana, C. et al. 2005). Der Cut-off-Wert für eine gesicherte Alexithymie ist mit ≥ 61 angegeben (Parker, J.D.A. et al. 2003).

Ein Fremdbeurteilungsinstrument (Performancetest) zur Beurteilung alexithymer Eigenschaften ist die LEAS (Levels of emotional awareness Scale) (Lane, R.D. et al. 1990), mit der die Kompetenz gemessen wird, das emotionale Erleben der Hauptperson und einer weiteren Person in insgesamt 20 kurzen konflikthaften Szenen zu erfassen. Gemessen wird somit das Ausmaß der Fähigkeit der Emotionsverarbeitung, hohe Testwerte repräsentieren ein hohes Entwicklungsniveau (Subic-Wrana, C. et al. 2001).

Im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen (n= 20) zeigten sich bei Patienten eines ambulanten Settings mit somatoformen Störungen (n= 20) unter Verwendung der TAS höhere Alexithymie-Werte (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2004). In der gleichen Studie wurden jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich

der Ergebnisse in der LEAS gefunden. Die Autoren begründen dies damit, dass die Kontrollgruppe niedrigere Werte in der LEAS aufwies als üblich, was möglicherweise auf das niedrige Bildungsniveau in der Kontrollgruppe zurückzuführen war. In einer weiteren, neueren Studie mit auch kleiner Stichprobengröße (n= 30) von Patienten eines stationären psychosomatischen Settings, zeigten sich entgegen der eben genannten Ergebnisse signifikante Unterschiede in der LEAS im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe (Subic-Wrana, C. et al. 2010).

Bei separater Betrachtung der drei Skalen der TAS wurde in der bereits eben zitierten Studie deutlich, dass nur die erste Skala der TAS, durch die Schwierigkeiten in der Identifizierung von Gefühlen erfasst wird, die somatoforme Gruppe von der gesunden Kontrollgruppe unterschied (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2004).

Diese Beobachtung wurde auch in einer größeren Studie gemacht, in der die TAS Anwendung bei 234 Patienten mit verschiedenen DSM-IV-Diagnosen fand. In dieser Studie zeigte sich bei der Gruppe von Patienten mit einer somatoformen Störung und auch in der Gruppe mit Depressionspatienten ein signifikanter Zusammenhang für die erste Skala des TAS (Bankier, B. et al. 2001). In einer weiteren Studie mit 125 stationären psychosomatischen Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung (n= 379) zeigte sich bei den psychosomatischen Patienten eine signifikante Korrelation zwischen der 1. Skala der TAS und dem SOMS-Fragebogen. In der Kontrollgruppe fiel eine signifikante Korrelation zwischen der 1. und 3. TAS-Skala mit dem SOMS-Fragebogen auf. Insgesamt zeigten sich der TAS-Gesamtscore sowie die Scores der jeweiligen Skalen sowie auch der SOMS-Score signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (Bach, M. et al. 1996).

In einer Studie mit Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung konnte mittels der TAS ebenfalls erhöhte Alexithymie-Werte im Vergleich zu den Kontrollgruppen (Patienten mit Nikotinabhängigkeit, Patienten mit moderatem Übergewicht) dargestellt werden, jedoch zeigte sich auch gleichzeitig eine erhöhte Psychopathologie. Zudem war auch in dieser Studie die Fallzahl mit 30 Patienten eher gering, so dass nur eine begrenzte Aussagekraft besteht (Lumley, M.A. et al. 1997).

In einer Studie mit Fallzahlen von 32 und 31 Patienten, in denen die TAS eingesetzt wurde, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit einer

somatoformen Störung und ambulanten psychiatrischen Patienten (Cohen, K. et al. 1994), so dass insgesamt ein uneinheitliches Bild entsteht.

In einer 1999 durchgeführten Studie mit 113 Patienten, die an einer Angststörung oder einer Depression litten, waren die TAS-Werte in der Patientengruppe höher als in der gesunden Kontrollgruppe, der Unterschied kam hauptsächlich durch die Unterschiede im Bereich der Identifikation und Kommunikation von Gefühlen zustande (Marchesi, C. et al. 2000). Angst und Depression stellen auch die meisten komorbiden Störungen bei Patienten mit somatoformen Störungen dar (s.o.), so dass im Falle einer bestehenden Komorbidität nicht möglich ist, zu unterscheiden ob die Somatisierung oder die Komorbidität zu den hohen Alexithymie-Werten in der TAS führt.

Genau dieses Problem ergab sich in der nachfolgend dargestellten Studie mit 118 Patienten, die sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden. Hier zeigte die Gruppe mit signifikant hohen TAS-Werten mehr körperliche Beschwerden, gleichzeitig bestand jedoch auch hier eine höhere Psychopathologie. In der Gruppe mit signifikantem TAS-Score waren über 50% der Patienten an einer Depression oder Angststörung erkrankt, in der Gruppe ohne einen signifikanten TAS-Score waren es nur 16,5%, so dass unklar bleibt, ob die erhöhten TAS-Werte durch die Körperbeschwerden oder die Angsterkrankung und/ oder die depressive Störung bedingt sind. Ein weiteres Problem dieser Studie lag darin, dass bei den Körperbeschwerden kein Ausschluss einer organischen Ursache erfolgte, so dass zudem unklar bleibt, wie groß der Anteil somatoformer Beschwerden war. Dennoch konnte gezeigt werden, dass bei ambulanten Psychiatriepatienten mit 39,8% im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufig eine Alexithymie vorliegt (Taylor, G.J. et al. 1992).

In der Allgemeinbevölkerung lag der Alexithymie-Anteil in einer sehr großen finnischen Studie mit 1285 Untersuchten beim Einsatz der TAS bei 13% (Salminen, J.K. et al. 1999), zu dem gleichen Ergebnis kam eine amerikanische Studie mit 380 Personen ohne psychiatrische Vorgeschichte (Lane, R.D. et al. 1996).

In einem überwiegenden Teil der Studien korreliert der TAS-Score mit negativer Affektivität (Subic-Wrana, C. et al. 2005), in diesem Zusammenhang gibt Lumley zu bedenken, dass es möglicherweise auch dadurch zu Verzerrungen kommt, dass depressive Patienten ihre Fähigkeiten schlechter einschätzen als gesunde Menschen (Lumley, M.A. 2000). Die bereits weiter oben erwähnte LEAS hingegen zeigte sich in

mehreren Studien statistisch von negativer Affektivität unabhängig (Subic-Wrana, C. et al. 2005), so dass es nicht verwunderlich ist, dass beim Einsatz der beiden Messinstrumente unterschiedliche Ergebnisse gefunden werden.

In einer großen zwischen 1999 und 2002 durchgeführten Studie (knapp 400 Patienten zu Beginn der Studie) an der psychosomatischen Abteilung von 2 Allgemeinkrankenhäusern, in der sowohl die TAS, als auch die LEAS eingesetzt wurden, zeigte sich weder zu Beginn noch zum Ende der Behandlung zwischen den beiden Messinstrumenten TAS und LEAS eine signifikante Korrelation. Auch in dieser Untersuchung korrelierte die TAS im Gegensatz zur LEAS mit negativer Affektivität und zeigte sich bei Kontrolle der negativen Affektivität im Behandlungsverlauf nicht signifikant verändert. Die LEAS hingegen zeigte eine Veränderungssensitivität. Zu Beginn der Behandlung fielen in der Gruppe der Patienten mit somatoformen Störungen und der Gruppe mit psychologischen Faktoren bei somatischen Störungen signifikant niedrigere Werte auf, als bei den anderen psychischen Störungsbildern, in diesen beiden Gruppen kam es auch im Therapieverlauf zu einer signifikanten Besserung im LEAS. Die Ergebnisse der TAS machten hingegen keine Unterscheidung in den einzelnen Gruppen möglich (Subic-Wrana, C. et al. 2005). In einer großen 2000/2001 durchgeführten finnischen Studie mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (N= 5129, Alter > 29J), in der Alexithymie mit der TAS untersucht wurde, zeigte sich, nachdem für somatische Erkrankungen, Depression, Angst und soziodemographische Variablen kontrolliert wurden, eine signifikante, wenn auch schwache Assoziation zwischen berichteten Körpersymptomen und dem TAS-Gesamtscore, wobei bei der 1. Skala eine etwas stärkere Assoziation bestand als beim TAS-Gesamtscore (Mattila, A.K. et al. 2008).

Beim Vergleich von Patienten mit somatoformen Störungen mit Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen fallen ebenfalls uneinheitliche Ergebnisse auf: So zeigten sich in einer Studie mit 40 psychiatrisch stationären Patienten mit somatoformen Störungen und 29 somatisch erkrankten Probanden in der somatoformen Gruppe unter Verwendung der TAS höhere Alexithymie-Scores (Bach, M. und Bach, D. 1996), in einer weiteren Studie mit 169 ambulanten Patienten mit somatoformen Störungen zeigte sich im Vergleich zu der somatisch erkrankten Vergleichsgruppe jedoch kein signifikanter Unterschied bei Verwendung der TAS, es sei denn, es lag eine zusätzlich komorbide psychische Erkrankung vor und die Patienten verneinten eine Verbindung zwischen psychischen Problemen und

Körpersymptomen. Auch konnte nachdem der Einfluss von Angst und Depression kontrolliert wurde, keine Verbindung zwischen dem Alexithymiegrad und der Anzahl der berichteten Symptome gezeigt werden (Kooiman, C.G. et al. 2000).

Im Rahmen einer Follow-up-Studie nach 2 Jahren mit 30 Patienten zeigten sich hohe TAS-Werte als Prädiktor für einen ungünstigeren Therapieverlauf bezüglich der somatoformen Beschwerden (Bach, M. und Bach, D. 1995), so dass es möglicherweise in einigen Studien dadurch zu einer Verzerrung gekommen ist, dass viele Patienten in die Studie eingeschlossen wurden, die schon lange unter somatoformen Beschwerden leiden und demzufolge dann eher hohe Alexithymie-Werte aufweisen.

In einer Studie mit 380 Probanden, in der sowohl die TAS, als auch die LEAS Anwendung fanden, zeigte sich eine Korrelation zwischen Alexithymie und männlichem Geschlecht, höherem Alter, geringerem sozioökonomischen Status und weniger Bildungsjahren (Lane, R.D. et al. 1998). Die Korrelation hoher TAS-Werte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und einem niedrigen Bildungsniveau bestätigte sich auch in einer weiteren Studie mit 118 Patienten, hier zeigte sich jedoch kein Zusammenhang mit Alter und Geschlecht (Taylor, G.J. et al. 1992)

Da ein niedriger sozioökonomischer Status sowie ein niedriges Bildungsniveau gehäuft bei somatoformen Patienten vorliegen (s.o.), ist auch dies ein Aspekt, der die Auftretenswahrscheinlichkeit der Alexithymie bei somatoformen Patienten erhöht.

In mehreren Studien zeigte sich Alexithymie als stabile Größe (Porcelli, P. et al. 1996; Martínez-Sánchez, F. et al. 2003), auch dann, wenn eine Behandlung erfolgte, die zu einer Besserung der psychische Symptomatik führte, wie sich in einer 1-Jahres-Katamnese mit 54 Patienten zeigte (Salminen, J.K. et al. 1994).

Auch von neurowissenschaftlicher Seite wurde der Zusammenhang zwischen Alexithymie und Somatisierung näher beleuchtet. Diesbezüglich wurden im Rahmen einer finnischen Studie 10 gesunden Frauen mit Alexithymie und 11 ohne Alexithymie (Unterscheidung mittels des Cut-off-Wertes des TAS) Kurzfilme vorgespielt, um jeweils eine neutrale Stimmungslage, Traurigkeit oder Erheiterung bei den Probanden hervorzurufen. Mittels einer Positronen-Emissionstomographie wurden die Hirnaktivierungen während der emotionalen Stimulationen untersucht. Obwohl die Probanden die Intensität der zentralen Elemente der Emotionen ähnlich erlebten, fiel in den beiden Gruppen eine unterschiedliche Verarbeitung im Gehirn auf. In der alexithymen Gruppe zeigten sich in größeren Teilen des motorischen und

somatosensorischen Kortex, sowie der Inselregion eine Aktivierung und eine niedrigere Aktivierung im Bereich des vorderen zingulären Kortex. Während die vordere Insel der Interozeption dient, ist der zinguläre Kortex an der Differenzierung von Emotionen beteiligt. Die Autoren formulierten in diesem Zusammenhang die These, dass hierin begründet liegen könnte, warum alexithyme Personen dazu neigen in emotionalen Situationen Körpersymptome wahrzunehmen (Karlsson, H. et al. 2008).

In der Zusammenschau lässt sich sagen, dass das Alexithymie-Konzept mit einer hohen Psychopathologie assoziiert ist, aber kein Alleinstellungsmerkmal für Patienten mit einer somatoformen Störung darstellt. Es zeigt sich jedoch ein Trend dahingehend, dass der Teilaspekt der Alexithymie, „Schwierigkeiten in der Identifizierung von Gefühlen“, im Erleben von Patienten, bei denen Somatisierungsprozesse vorliegen, eine besondere Rolle spielt.

Darüber hinaus ließen sich bei Patienten mit einer somatoformen Störung bei Anwendung eines Performancetests zur Beurteilung alexithymer Eigenschaften die Tendenz eines signifikant niedrigeren Entwicklungsniveaus bezüglich der Emotionsverarbeitung im Vergleich zu den Kontrollgruppen zeigen.

1.3.2.2. Umgang mit Ärger und Somatisierung

Eine Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Ärger und Somatisierung erfolgte vor Allem im koreanischen Kulturkreis. Dies mag darin begründet liegen, dass spezifisch für die koreanische Kultur ein Syndrom mit dem Namen „Hwabyung“, was so viel heißt wie „Ärger-Erkrankung“, beschrieben ist. In der Folge unterdrückten Ärgers, um nicht die Harmonie in der Familie oder in anderen sozialen Beziehungen zu gefährden, kommt es bei den Betroffenen zu emotionalen Symptomen und einer Vielzahl von Körpersymptomen (z.B. Hitzegefühle, ein Druckgefühl im Brustbereich, Palpitationen, Magen- oder Nackenbeschwerden, Mundtrockenheit) (Koh, K.B. et al. 2008; Min, S.K. 2009). Ein Teil der Symptomatik entspricht somit unserer Definition einer somatoformen Störung. Am häufigsten sind Frauen mittleren Alters und, wie auch bei somatoformen Störungen, Personen niedrigerer sozialer Schichten

betroffen (Min, S.K. 2009). Aufgrund dieses Syndroms liegt die Vermutung nahe, dass mangelnder Ärgerausdruck auch ein wichtiger Aspekt in der Entstehung somatoformer Störungen sein könnte.

In einer 2000/ 2001 in Korea durchgeführten Studie wurden 73 Patienten mit einer depressiven Störung und 47 Patienten mit einer somatoformen Störung nach DSM IV untersucht. Es wurde die Schwere körperlicher Symptome, sowie Depressivität erfasst und die Anger-Expression-Scale genutzt, um den Umgang mit Ärger der Patienten näher zu beleuchten. Es zeigte sich in dieser Untersuchung, dass bei Patienten mit somatoformen Störungen Unterdrückung von Ärger mit Depressivität und somatischen Symptomen assoziiert ist, während bei Patienten mit einer depressiven Störung einer Ärger-Expression ein stärkerer Effekt bezüglich der Entstehung von Körpersymptomen zukommt als der Unterdrückung von Ärger (Koh, K. B. et al. 2005).

In einer weiteren koreanischen Studie wurden 47 Patienten mit einer somatoformen Störung aus ambulanter psychiatrischer Behandlung und 71 Patienten mit einer Angststörung (Diagnosen nach DSM IV) ohne Komorbiditäten untersucht. In beiden Gruppen zeigten sich positive Korrelationen zwischen einer Hemmung bezüglich eines offenen Ärgerausdrucks und der Schwere der Körpersymptome (Koh, K.B. et al. 2008).

1.3.2.3. Bindungsstile und Somatisierung

Wiederholt wurde im Rahmen von Forschungsprojekten auch der Zusammenhang zwischen Bindungsstilen, damit einhergehenden interpersonalen Auffälligkeiten und Somatisierung untersucht. Während in der Tradition der Bindungsforschung zunächst kindliche Bindungsstile erforscht wurden, entwickelten Hazan und Shaver Ende der 80er Jahre in Anlehnung an die Bindungsstile des Kindesalters (secure, avoidant und anxious-ambivalent) den ersten Selbstbeurteilungs-Fragebogen zur Erfassung des Bindungsstiles in romantischen Beziehungen (Hazan, C. und Shaver, P. 1987). Von Bartholomew wurde 1990 dann vier Bindungsstile des Erwachsenenalters vorgestellt. Sie unterteilte den vermeidenden Bindungsstil in ängstlich-vermeidend und gleichgültig-vermeidend. Es wurden somit die vier Bindungsstile „sicher“ (secure) „ängstlich-ambivalent“ (preoccupied), „ängstlich-vermeidend“ (fearful) und

„gleichgültig-vermeidend“ (dismissing) formuliert (Bartholomew, K. 1990) (siehe Abb.2). Die letztgenannten drei Bindungsstile gelten als unsichere Bindungsstile.

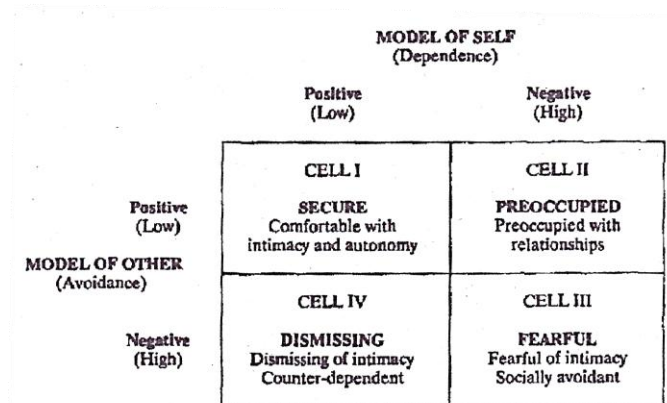


Abbildung 2: Bindungsstile nach (Bartholomew, K. und Horowitz, L.M. 1991)

Menschen mit einem sicheren Bindungsstil berichten im Allgemeinen von verlässlicher und beständiger Unterstützung in ihrer Kindheit, sie entwickelten ein positives Bild von sich und anderen.

Menschen mit ängstlich-ambivalentem Bindungsstil hingegen schildern typischerweise von ihren Bezugspersonen in der Kindheit inkonsistentes Verhalten bei Äußerung von Bedürfnissen erfahren zu haben. Es wird die Entwicklung eines negativen Selbstbildes als nicht liebenswert forciert, da Personen mit diesem Bindungsstil die Erfahrung gemacht haben, dass Andere ihnen helfen können, aber nicht unbedingt wollen. Personen mit diesem Bindungsstil suchen die Schuld für die Zurückweisung bei sich, wodurch ein positives Bild der Anderen erhalten bleibt.

Menschen mit einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil berichten Zurückweisung von Bezugspersonen erfahren zu haben, so dass ein negatives Bild von sich und anderen entstand. Dieser Bindungsstil geht mit einer Sehnsucht nach Bindung bei gleichzeitiger Furcht vor Zurückweisung einher. Menschen mit gleichgültig-vermeidenden Bindungsstil berichten eine teilnahmslose Behandlung durch ihre Bezugspersonen erfahren zu haben, sie habe somit die Erfahrung gemacht, sich auf Andere nicht verlassen zu können und somit ein negatives Bild von Anderen und ein unabhängiges Selbstbild entwickelt (Bartholomew, K. und Horowitz, L.M. 1991; Waldinger, R.J. et al. 2006).

Im Rahmen von 2 Studien mit 40 bzw. 33 weiblichen und 37 bzw. 36 männlichen Studenten untersuchten Bartholomew und Horowitz mittels Einsatzes des IIP (Inventory of interpersonal problems) die mit den jeweiligen Bindungsstilen

einhergehenden interpersonalen Probleme und nutzten hierzu nicht nur die Selbsteinschätzung der Probanden, sondern auch die Einschätzung von Freunden. Bei den beiden Bindungsstilen mit einem negativen Selbstbild (ängstlich-ambivalent, ängstlich-vermeidend) zeigten sich insgesamt ein größeres Ausmaß interpersonaler Probleme als bei den beiden anderen Bindungsstilen, wobei in der Selbsteinschätzung der ängstlich-ambivalente Bindungsstil am stärksten mit der Subskala „Überexpressivität“ assoziiert war, in der ängstlich-vermeidenden Gruppe fand sich der höchste Mittelwert in der Subskala „introvertiert“. Probanden mit ängstlich-vermeidendem Stil zeigten zudem durchgängig eine soziale Unsicherheit und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit (Bartholomew, K. und Horowitz, L.M. 1991).

In einer 1997/1998 durchgeführten englischen Studie mit 2042 Patienten der Primärversorgung zeigte sich bei Patienten, die sich mit Körpersymptomen ohne Organkorrelat vorstellten, nach Adjustierung für soziodemographische Merkmale und psychiatrische Belastungen, ein 1,92fach erhöhtes Risiko eines unsicheren Bindungsstiles im Vergleich zu den Patienten, die sich mit organisch begründbaren Körpersymptomen vorstellten, Patienten, die eine psychische Symptomatik präsentierten, zeigten insgesamt ein 3,25fach erhöhtes Risiko gegenüber der Gruppe von Patienten mit Körpersymptomen mit Organkorrelat (Taylor, R.E. et al. 2000).

In einer in den USA durchgeführten Studie mit 701 Patientinnen aus dem Primärversorgungsbereich präsentierten die Patientinnen mit einem ängstlich-ambivalenten und einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil das größte Ausmaß körperlicher Beschwerden, dieses Ergebnis blieb auch nach Berücksichtigung aktueller Depressivität signifikant. Interessanterweise zeigten sich jedoch bezüglich der Nutzung des Gesundheitssystems entgegengesetzte Ergebnisse. Während die Patientinnen mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil durch die höchste Frequenz bezüglich der Nutzung der Primärversorgung mit entsprechend höchsten Kosten auffielen, zeigten sich bei den Patientinnen mit ängstlichem Bindungsstil die geringsten Kosten bei geringster Inanspruchnahme von Primärversorgungsbesuchen (Ciechanowski, P.S. et al. 2002).

In einer ebenfalls in den USA durchgeführten Studie von Noyes und Kollegen wurde der Zusammenhang zwischen Hypochondrie, Bindungsstilen und interpersonalen Problemen untersucht: Von 162 Patienten aus der stationären allgemeinmedizinischen Versorgung, wurde bei 49 die Diagnose einer Hypochondrie nach DSM-III-R gestellt. Bei Berechnung der Korrelationen zwischen den vier

Bindungsstilen und dem Whiteley-Index sowie dem Somatic-Symptom-Inventory zeigte sich bei allen unsicheren Bindungsstilen eine positive Korrelation mit hypochondrischen Symptomen und Körperbeschwerden, am stärksten war diese Korrelation beim ängstlich-vermeidenden Bindungsstil ausgeprägt. Interpersonale Probleme, die mit dem „Inventory of interpersonal problems“ (IIP) erfasst wurden, korrelierten positiv mit den Bindungsstilen ängstlich-ambivalent und ängstlich-vermeidend, die Korrelation mit dem ängstlich-vermeidenden Bindungstyp zeigte sich am stärksten ausgeprägt (Pearson Korrelation, $r = 0,50$, $p < 0,001$). Bei Betrachtung der Subskalen des IIP zeigte sich beim ängstlich-ambivalenten Bindungstyp die stärkste Korrelation mit der Subskala „aufdringlich/bedürftig“ und beim ängstlich-vermeidenden Bindungsstil mit der Subskala „sozial gehemmt“ (Noyes, R. et al. 2003).

In einer englischen Studie mit 142 Studenten zeigte sich ebenfalls sowohl ein ängstlich-vermeidender als auch ein ängstlich-ambivalenter Bindungsstil mit berichteten Körpersymptomen assoziiert. Nach Durchführung von Regressionsanalysen fiel auf, dass die Verbindung zwischen dem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil und Körpersymptomen teilweise durch die Faktoren Alexithymie und negative Affektivität bedingt waren, bezüglich des ängstlich-ambivalenten Bindungsstiles zeigte sich die Assoziation mit Körpersymptomen sogar überwiegend durch den Faktor negative Affektivität bedingt (Wearden, A.J. et al. 2005).

1.3.2.4 Wechselbeziehung von Ärgerausdruck, Bindung und Somatisierung

Meines Wissens gibt es nur eine Studie, in der die Zusammenhänge zwischen den Faktoren Umgang mit Ärger, Bindungsmustern und Somatisierung näher beleuchtet wurde, weshalb auf diese Studie im Folgenden sehr detailliert eingegangen werden soll. In der zwischen 2000 und 2003 in den USA durchgeführten Untersuchung (Liu, L. et al. 2011), wurden über eine Annonce 109 Paare aus der Allgemeinbevölkerung gewonnen, von denen ein Großteil Missbrauch in der Kindheit ausgesetzt war oder bei denen noch vor kurzem häusliche Gewalt eine Rolle spielte. 8 Paare absolvierten nicht die kompletten Tests, so dass letztlich die Daten von 101 Paaren ausgewertet wurden. Somatisierung wurde mittels des Somatic-Symptom-Inventory erfasst, der Bindungsstil mit dem Relationship-Scales-Questionnaire, der auf dem 4-

dimensionalen Bindungsmodell nach Bartholmew und Horowitz basiert und Ärgererleben sowie Ärgerausdruck mit dem Anger-Inventory. Zudem wurden Depressivität und Gewalt in der Partnerschaft erfragt. Bei allen Fragebögen handelte es sich um Selbstbeurteilungsinstrumente.

Alter, jährliches Einkommen und partnerschaftliche Gewalt zeigten eine signifikante Korrelation mit dem Somatisierungsgrad, so dass diese Größen im nächsten Schritt als Kovariate eingesetzt wurden. Bei Kontrollen dieser Faktoren zeigte sich bei Einberechnung der Bindungsstile, dass nur noch der ängstlich-vermeidende Bindungsstil signifikant mit Somatisierung verbunden war. Im Weiteren wurde nun zunächst Ärger-Arousal eingerechnet. Bei Frauen blieb ein ängstlich-vermeidender Bindungsstil auch nach Kontrolle der Ärger-Erregung signifikanter Prädiktor für Somatisierung, bei Männern hingegen zeigte sich der ängstlich-vermeidende Bindungsstil nach Kontrolle des Faktors Ärger-Arousal nicht mehr signifikant. Im folgenden Schritt wurde eine aktuelle depressive Symptomatik mitberücksichtigt. Dies änderte bei Männern nichts an der Bedeutung des Ärger-Arousals, bei Frauen blieb der unsichere Bindungsstil geringfügig signifikant, während sich Ärger-Arousal nicht länger signifikant zeigte.

Abschließend wurde das gleiche Vorgehen wie für Ärger-Arousal nochmal für „Anger-in“ (= Hemmung eines offenen Ärgerausdrucks) angewendet. Bei Frauen zeigte sich nach Kontrolle des Faktors eines mangelnden Ärgerausdrucks der unsichere Bindungsstil nicht mehr signifikant, bei Männern hingegen spielte dieser Faktor keine entscheidende Rolle. Abschließend wurde erneut Depressivität als Kovariate mit eingerechnet, was bei Frauen dazu führte, dass mangelnder Ärgerausdruck weniger Einfluss zukam, dennoch blieb dieser Faktor geringfügig signifikant.

In dieser Studie zeigte sich somit zusammenfassend eine signifikante Verbindung zwischen Somatisierung und einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil. Für Männer stellte Ärgerneigung zum Teil eine Verbindung zwischen Bindungsstil und Somatisierung dar, für Frauen hingegen mangelnder Ärgerausdruck.

1.3.2.5. Zusammenfassende Darstellung der Störungsmodellfaktoren und Schlussfolgerung

Aufgrund der Vielzahl der im Kapitel 1.3. beschriebenen Faktoren im Zusammenhang mit den Störungstheorien und -modellen somatoformer Störungen, erfolgt an dieser Stelle eine zusammenfassende Darstellung (s. Abb.3):

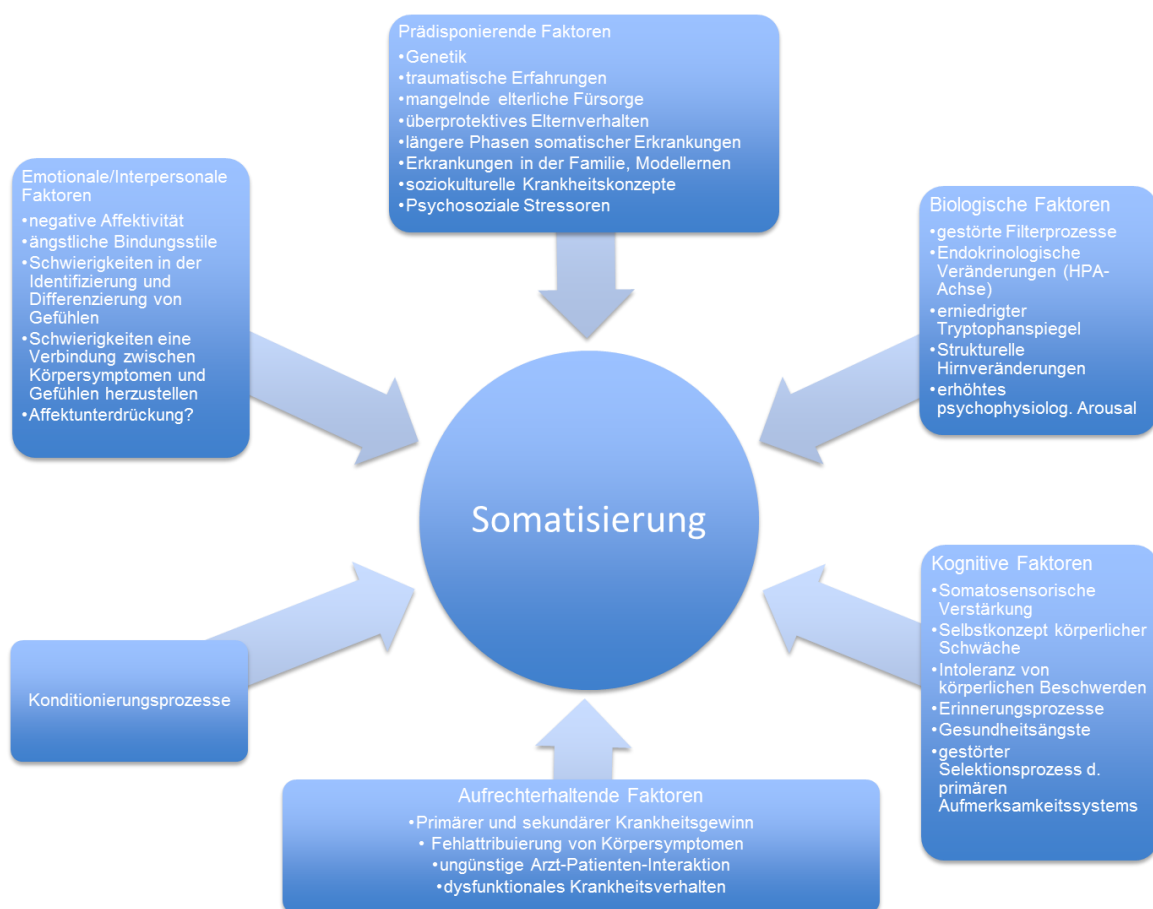


Abbildung 3: Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Beschwerden

Wenngleich also bekannt ist, dass emotionale und interpersonale Schwierigkeiten bei psychischen Erkrankungen eine große Rolle spielen und bereits seit über einem Jahrhundert bei Patienten mit somatoformen Beschwerden ein Zusammenhang mit Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen vermutet wird, konnte die Bedeutung der Unterdrückung negativer Affekte in Zusammenhang mit somatoformen Störungen bislang noch nicht vollständig geklärt werden. Der spezifische Aspekt der Ärgerunterdrückung in Zusammenhang mit der Entstehung somatoformer Beschwerden ist bislang nur in sehr wenigen Studien untersucht worden. Auch ist noch zu großen Teilen unklar, wodurch die Schwierigkeiten somatoformer Patienten in der Identifizierung von Gefühlen genau bedingt sind und ob sich Emotionsregulationsschwierigkeiten von Patienten mit somatoformen Störungen von denen psychisch erkrankter Patienten ohne eine somatoforme Störung unterscheiden. In dieser Arbeit soll daher, in Anlehnung an den im Rahmen der DSM-IV-Revision neu gelegten Fokus auf spezifische Charakteristika von Patienten mit somatoformen Störungen, die Bedeutung von Problemen im interpersonalen und emotionalen Bereich von Patienten mit einer somatoformen Diagnose näher beleuchtet werden, um damit möglicherweise neue Ansatzpunkte in der Behandlung somatoformer Störungen zu identifizieren.

2. Fragestellungen und Arbeitshypothesen

2.1. Fragestellungen

1. Inwieweit unterscheiden sich die emotionalen Kompetenzen und interpersonalen Probleme psychisch erkrankter Patienten mit einer komorbiden somatoformen Störung von denen psychisch erkrankter Patienten ohne die Diagnose einer somatoformen Störung?
2. Besteht bei Patienten mit einer somatoformen Störung ein Zusammenhang zwischen mangelnden emotionalen Kompetenzen bzw. interpersonalen Problemen und der somatischen Symptomstärke sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und inwieweit wirkt sich eine Verbesserung emotionaler Kompetenzen und eine Verringerung von Problemen im interpersonalen Bereich auf die Symptomstärke und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten aus?

2.2. Arbeitshypothesen

1a: Verschiedene Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Ärgerexpressions- und der Bindungsforschung (siehe 1.3.2.2 und 1.3.2.3), sowie das psychoanalytische Konversionsmodell, nach dem sich die Körpersymptome im Rahmen von Somatisierungsprozessen als Folge verdrängter psychischer Konflikte entwickeln (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.34) legen nahe, dass vor allem bei Patienten mit somatoformen Störungen eine Überregulation aversiver Affekte erfolgt. Demnach lautet die erste Hypothese dieser Arbeit, dass Patienten mit einer somatoformen Störung im Vergleich zu psychisch erkrankten Patienten ohne somatoforme Störung vor allem in der vierten Subskala (selbstunsicher/zurückhaltend) der Skala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen stärkere interpersonale Probleme aufweisen. Diese Skala erfasst Schwierigkeiten, Anderen gegenüber den eigenen aversiven Emotionen, insbesondere Ärger, Ausdruck zu verleihen.

1b: Im Rahmen der Alexithymie-Forschung zeigte sich, dass bei Patienten mit somatoformen Störungen beim Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten gehäuft – „Schwierigkeiten in der Identifizierung von Gefühlen“ - berichtet werden (siehe 1.3.2.1). Wodurch sich die Patienten mit einer somatoformen Störung in diesem Bereich genau von psychisch erkrankten Patienten ohne somatoforme Störung unterscheiden, ist bislang noch unklar und soll an dieser Stelle näher beleuchtet werden. Die zweite Hypothese dieser Arbeit lautet daher, dass Patienten mit einer somatoformen Störung im Vergleich zu psychisch erkrankten Patienten ohne somatoforme Störung weniger Kompetenzen in einem bestimmten Bereich früher Stadien (Skalen 1-4 des Fragebogens zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen) der Emotionsregulation nach Berking aufweisen (Berking, M. und Znoj, H. 2008). Diese Skalen umfassen die Aspekte Aufmerksamkeit, Klarheit, Körperwahrnehmung und Verstehen.

2a: Bislang wurde meines Wissens nicht spezifisch untersucht, inwieweit sich interpersonale und emotionale Aspekte bei Patienten mit somatoformen Erkrankungen auf die Körpersymptome und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten auswirken. Die dritte Hypothese der vorliegenden Arbeit lautet, dass bei Patienten mit einer somatoformen Störung positive Korrelationen zwischen mangelnden emotionalen Kompetenzen (SEK-27) und interpersonalen Problemen (Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP-2) und der somatischen Symptomstärke (PHQ-15) sowie mangelnder gesundheitsbezogener Lebensqualität der Patienten (SF-36) bestehen.

2b: Letztlich soll die therapeutische Relevanz der untersuchten Aspekte überprüft werden. Es wird im Rahmen der 4. Hypothese angenommen, dass bei Patienten mit einer somatoformen Störung positive Korrelationen zwischen der Reduktion interpersonaler Probleme (Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP-2) und steigenden emotionalen Kompetenzen während der Therapie (SEK-27) und der Abnahme der somatischen Symptomstärke (PHQ-15) sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) bestehen.

3. Methode

3.1. Studiendesign und Stichprobe

Die Untersuchung fand in der Schön Klinik Bad Bramstedt statt. Hierbei handelt es sich um eine der größten psychosomatischen Kliniken Deutschlands mit kognitiv-behavioralem Behandlungsansatz. In der Klinik werden pro Jahr rund 3.300 Patienten behandelt. Die Behandlung setzt sich im Regelfall aus Einzeltherapien, Gruppentherapien, medizinischen Sprechstunden, progressiver Muskelentspannung, Biofeedback, Bewegungstherapie und ggf. Gruppentherapie sozialer Kompetenzen, Kunst- oder Ergotherapie zusammen. Bei entsprechender Indikation erfolgt auch der Einsatz von physiotherapeutischen oder physikalischen Maßnahmen.

Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine prospektive diagnostische Studie. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von März 2010 bis Juni 2011. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Lübeck genehmigt.

In die Untersuchung eingeschlossen wurden konsekutiv 452 vollstationäre Patienten, die die Diagnose einer depressiven Störung, einer Angststörung und/ oder einer somatoformen Störung erfüllten, mit einem Alter von ≥ 18 Jahren und ausgefüllter schriftlicher Einverständniserklärung (siehe Anhang). Wir entschieden uns für diese Patienten Klientel, da somatoforme Störungen wie weiter oben ausgeführt, sehr häufig zusammen mit affektiven Störungen und/ oder Angststörungen assoziiert sind und somit eine sehr typische Diagnosekonstellation untersucht wird.

Als Ausschlusskriterien wurden psychotische Störungen, Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (ausgenommen Schmerzmittel), akute Suizidalität, schwere kognitive Beeinträchtigung und Sprachbarrieren festgelegt.

Die Patienten wurden zu zwei Zeitpunkten untersucht: t_0 = max. 7 Tage nach stationärer Aufnahme, t_1 = max. 7 Tage vor Entlassung. Es erfolgte ein SKID-I-Interview (Wittchen, H.-U. et al. 1997) und die Patienten erhielten jeweils ein Fragebogenset, dessen Bearbeitung elektronisch über einen Tablet-PC oder per paper pencil erfolgte. Die vorliegende Untersuchung nutzt die unter dem Punkt 3.2. aufgeführten Fragebögen dieses Sets, zudem wurden Daten der klinischen Standarddiagnostik und soziodemographische Daten ausgewertet. Die Daten wurden pseudonymisiert zusammengeführt. Bei einer Aufenthaltsdauer der Patienten unter 3 Wochen erfolgte bei den Patienten keine Erhebung der t_1 -Daten.

3.2. Instrumente

SKID-Interview (strukturiertes klinisches Interview für DSM IV)

Zur Erhebung der Achse-I-Diagnosen der konsekutiv untersuchten Patienten erfolgte das SKID-I-Interview (Wittchen, H.-U. et al. 1997), mit dem die Diagnosen „Affektive Störungen“, „Psychotische Störungen“, „Störungen durch Psychotrope Substanzen“, „Angststörungen“, „Somatoforme Störungen“, „Essstörungen“ und „Anpassungsstörungen“ nach DSM-IV erhoben werden können.

Mit Hilfe dieses Interviews lassen sich alle Diagnosen der Gruppe der somatoformen Störung außer der Konversionsstörung entsprechend der diagnostischen Kriterien des DSM IV erfassen (Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, Hypochondrie, körperdysmorphe Störung, Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor). Die Durchführung des Interviews erfolgte von entsprechend geschulten Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen.

SEK-27- Prolonged-State-Version (Berking, M. und Znoj, H. 2008)

Der SEK ist ein Fragebogen zur Messung der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass es sich bei den gemessenen Größen um lernbare Kompetenzen und nicht um stabile Persönlichkeitseigenschaften handelt. Auf neun Skalen werden auf der Grundlage des kompetenzorientierten Modells adaptiver Emotionsregulation nach Berking (s. Abb. 1) die verschiedenen emotionalen Kompetenzen Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Regulation, Akzeptanz, Resilienz, Selbstunterstützung und zielbezogene Konfrontationsbereitschaft mit jeweils 3 Items (ges. 27 Items) erfasst. (Aufmerksamkeit: Items 1, 12, 19, Klarheit: Items 6, 13, 25, Körperwahrnehmung: Items 7, 14, 24, Verstehen: Items 3, 11, 20, Regulation: Items 2, 10, 21, Akzeptanz: Items 5, 17, 23, Resilienz: Items 4, 18, 26, Selbstunterstützung: Items 9, 15, 27, Konfrontationsbereitschaft: Items 8, 16, 22).

Die Fragen beziehen sich in der hier genutzten Prolonged-State-Version jeweils auf die letzte Woche, die Beantwortung der Items erfolgt auf einer Likert-Skala mit 5 Stufen (0 Punkte = überhaupt nicht bis 4 Punkte = [fast] immer). Mit den entsprechenden Punktescores kann eine Subskalen- oder auch eine Gesamtsumme

gebildet werden. Es handelt sich hierbei um ein reliables, valides und veränderungssensitives Instrument zur Selbsteinschätzung des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen. Bezüglich der Veränderungssensitivität konnte für eine stationäre psychosomatische Behandlung gezeigt werden, dass die Werte aller Skalen im Therapieverlauf signifikant zunehmen, für Cohen's d zeigten sich Werte zwischen 0,30 und 0,98. Die Werte für die interne Konsistenz (Cronbachs α) sind für die hier genutzte Version für die jeweiligen Skalen zwischen 0.72 und 0.81 angegeben, für die Gesamtskala ist eine interne Konsistenz von 0.90 beschrieben (Berking, M. und Znoj, H. 2008).

FEP-2 (Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen) (Lutz, W. et al. 2009)

Der FEP besteht aus 40 Items. Mittels dieses multidimensionalen Fragebogens lassen sich verschiedene Komponenten psychischer Gesundheit bzw. psychischer Belastung im Psychotherapieverlauf abbilden. Eine der vier Skalen des FEP-2 bildet interpersonale Schwierigkeiten ab (Skala „interpersonale Beziehung“). Die insgesamt 12 Items dieses Bereichs sind in vier Subskalen unterteilt (1. Skala: introvertiert/scheu [Items 28, 36, 40], 2. Skala: ausnutzbar/nachgiebig [Items 13, 20, 26] 3. Skala: konkurrierend/unterstützend [Items 11, 16, 33], 4. Skala selbstunsicher/zurückhaltend [Items 18, 25, 32]). Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf einer Likert-Skala mit fünf Stufen (von 1= nie bis 5= sehr oft). Die Fragen der in dieser Arbeit näher untersuchten vierten Subskala sind alle so formuliert, dass höhere Werte einer höheren Belastung entsprechen. Um die Verlässlichkeit des Fragebogens zu gewährleisten, müssen mindestens 80% der Items beantwortet worden sein. Durch Bildung der Summe aller Items der Skala „interpersonale Beziehung“ geteilt durch die Anzahl der beantworteten Items lässt sich die Gesamtbelastung erfassen. Dies gilt auch für die Subskalen, aufgrund der 80%-Regel müssen hier alle Items beantwortet worden sein.

Die gute Reliabilität sowie die Veränderungssensitivität der Subdimensionen dieses Fragebogens konnte belegt werden. Für die Skala „Beziehung“ ließ sich bei einer ambulanten Stichprobe eine Vorher-Nachher-Effektstärke von 0,51 zeigen (Lutz, W. et al. 2009). Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) sind mit Werten zwischen 0.74 und 0.94 angegeben (Lutz, W. et al. 2009). Der Cut-off-Wert ist für den Bereich interpersonale Beziehung von Lutz et al. mit 2,15 angegeben (Lutz, W. et al. 2009),

liegt der Wert des Patienten darunter, liegt keine klinisch relevante Beeinträchtigung im interpersonalen Bereich vor.

PHQ-15 (Kroenke, K. et al. 2002; Gräfe, K. et al. 2004)

Innerhalb des PHQ-D steht die Skala PHQ-15 zur Erfassung somatischer Symptome zur Verfügung. Dieser Fragebogen setzt sich aus 13 Fragen des somatoformen Moduls (Items in der Komplettversion 1a-1m) mit zusätzlicher Berücksichtigung zweier Fragen des Depressionsmoduls (Items in der Komplettversion 2c und 2d) zusammen und erfasst 14 der 15 am häufigsten vorkommenden Symptome bei Patienten mit einer somatoformen Störung (Liu, G. et al. 1997).

Der PHQ-15 erfasst 15 häufige somatische Beschwerden, welche auch gleichzeitig zentrale Symptome der DSM IV –Kriterien der Somatisierungsstörung sind. Durch die 13 Fragen des somatischen Moduls wird der Grad der Beeinträchtigung des Patienten durch die verschiedenen Körpersymptome anhand einer dreistufigen Likert-Skala erfragt (0 = nicht beeinträchtigt, 1 = wenig beeinträchtigt, 2 = stark beeinträchtigt). In den beiden Fragen des Depressionsmoduls werden zudem die Häufigkeit der beiden Körpersymptome Schlaflosigkeit und Müdigkeit/Energielosigkeit anhand einer dreistufigen Likert-Skala erfasst (0=überhaupt nicht, 1 = an einzelnen Tagen, 2 = an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe jeden Tag). Der Skalensummenwert liegt zwischen 0 und 30, wobei ein Wert zwischen 0 und 4 eine minimale somatische Symptomstärke widerspiegelt, zwischen 5 und 9 besteht eine milde somatische Symptomstärke, zwischen 10 und 14 eine mittelgradige und ab 15-30 eine schwere somatische Symptomstärke.

Für die 15-Item-Version zeigte sich eine interne Konsistenz von 0,80 (Cronbachs α) (Kroenke, K. et al. 2002). Zudem konnte im Rahmen dieser Untersuchung gezeigt werden, dass eine enge Verbindung zwischen hohen Werten im PHQ-15 und dem Funktionsstatus des Patienten, seinen Arbeitsunfähigkeitstagen und symptombezogenen Schwierigkeiten besteht (Kroenke, K. et al. 2002).

In einer großen 2006 durchgeführten niederländischen Studie an 906 Patienten der Primärversorgung konnte bei einem Cut-off-Wert von mindestens 3 verschiedenen Symptomen innerhalb der letzten 4 Wochen eine Sensitivität dieses Instrumentes von 78% und eine Spezifität von 71%, sowie eine Test-Retest-Reliabilität von 0,60 belegt werden (Van Ravesteijn, H. et al. 2009). Als Vergleichsgröße diente das SKID-I-Interview.

Es konnte gezeigt werden, dass eine steigende Anzahl somatischer Symptome eng mit Somatisierungsprozessen korreliert (Interian, A. et al. 2006).

In einer deutschen Validierungsstudie zeigte sich bei psychosomatischen Patienten eine somatische Symptomschwere von 9,7 (SD=5,5) (Gräfe, K. et al. 2004).

Der SF-36 Health Survey (Bullinger, M. 2000)

Der Short-Form-36 Health Survey (SF-36) ist ein Fragebogen zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Der Fragebogen besteht aus 36 Items und es werden mit unterschiedlichen Itemzahlen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit erfasst (körperliche Funktionsfähigkeit [PF], körperliche Rollenfunktion [RP], körperliche Schmerzen [BP], allgemeine Gesundheitswahrnehmung [GH], Vitalität [VT], soziale Funktionsfähigkeit [SF], emotionale Rollenfunktion [RE] und psychisches Wohlbefinden [MH]).

Die Antwortkategorien variieren zwischen binären Antwortmöglichkeiten (Ja/Nein) und 3-stufigen, 5-stufigen oder 6-stufigen Antwortskalen.

In dieser Untersuchung wurden zwei Summenscores verwendet (Vgl. Ellert, U. und Kurth, B.-M. 2004), der physical health component summary score [PCS] und der mental health component summary score [MCS]. Mittels des MCS lässt sich die Dimension psychischer Gesundheit erfassen und mittels des PCS die Dimension physischer Gesundheit. Zum PCS werden PF, RP, BP und GH gerechnet zum MCS VT, SF, RE und MH. Die Auswertung erfolgt durch Addition der Itemantworten pro Skala. Für einige Items sind Umkodierungen bzw. spezielle Gewichtungen erforderlich und es erfolgt eine Transformation in Werte zwischen 0 und 100 (Schumacher, J. et al. 2003). In Tabelle 2 sind nach Ellert und Kurt die Werte PCS und MCS der deutschen Normalbevölkerung angegeben. Für die deutsche Allgemeinbevölkerung gilt somit, dass bei beiden Scores ein Wert unter 50 als unterdurchschnittlich in einer Normstichprobe angesehen werden kann und ein Wert über 50 (SD 10) als überdurchschnittlich (Ellert, U. und Kurth, B.-M. 2004).

Tabelle 2: Werte für PCS und MCS in Altersgruppen unter Zugrundelegung der deutschen Faktorladungen für die aktuelle deutsche Normpopulation 1998, angelehnt an (Ellert, U. und Kurth, B.-M. 2004).

Deutsche Gewichte	
PCS	MCS
50,00	50,00
51,22 (9,83)	51,34 (9,08)
49,00 (10,91)	48,76 (10,65)
55,50 (6,38)	46,83 (9,91)
53,75 (7,41)	48,51 (9,79)
53,00 (8,00)	47,82 (10,46)
50,28 (9,64)	48,44 (10,91)
46,49 (11,19)	48,68 (11,56)
44,83 (11,71)	50,94 (9,38)
41,50 (13,02)	48,97 (11,60)
56,48 (6,04)	49,03 (9,80)
55,07 (6,74)	51,27 (7,95)
54,42 (6,97)	51,19 (8,29)
52,40 (8,29)	51,40 (9,09)
48,29 (10,72)	50,71 (10,34)
46,44 (11,05)	52,20 (9,73)
44,06 (12,90)	52,49 (8,70)

Die interne Konsistenz wurde für die Subskalen mehrheitlich mit $> 0,70$ angegeben (Cronbachs α), die Veränderungssensitivität konnte bei mehreren Stichproben belegt werden (Bullinger, M. 2000).

3.3. Auswertung

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mittels SPSS®, Version 18.0.

Die Gesamtstichprobe wurde zur Überprüfung der Hypothesen in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe umfasste alle Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung und die andere Gruppe die Untersuchten ohne eine somatoforme Diagnose.

Zur Prüfung der Varianzhomogenität wurde beim Vergleich zweier unabhängiger Stichproben der Levene-Test angewendet. Die ersten beiden Hypothesen wurden mittels T-Test überprüft, zur Überprüfung der Hypothesen 2a erfolgte eine Korrelationsanalyse nach Pearson. Die Überprüfung der Hypothese 2b erfolgte mittels einer Korrelationsanalyse Spearmans Rho. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

4. Ergebnisse

4.1. Allgemeines

Insgesamt wurden 500 Patienten angesprochen, an der Studie teilzunehmen, von denen 473 Patienten ihr Einverständnis gaben. Von diesen Patienten mussten 17 von der Teilnahme an der Studie ausgeschlossen werden. Die jeweiligen Gründe sind in Tabelle 3 detailliert aufgeführt.

Tabelle 3: Ausschlüsse und Dropouts

Ausschlussgrund	Anzahl
keine Einschlussdiagnose erfüllt	7
schwere kognitive Beeinträchtigung	4
Einverständnis zurückgezogen	1
Mehrere Verlegungen	1
Psychose in der Vorgeschichte	1
Sprachbarriere	1
PC defekt, Wiederholung wegen Abreise des Patienten nicht möglich	1
Sonstiges	1

Bei weiteren vier Patienten wurden die Daten aufgrund unvollständiger Beantwortung nicht ausgewertet, so dass letztlich die Daten von 452 Patienten in die Untersuchung einfließen.

Die Verweildauer der Patienten lag im Durchschnitt bei 45,47 Tagen bei einem Range von 4-91 Tagen. (SD 12,457), aufgeteilt nach Behandlungsgruppen für die Gruppe A (Patienten mit somatoformer Störung) bei durchschnittlich 44,3 Tagen (Range 13-84 Tage, SD 11,233) und bei der Gruppe B (Patienten ohne somatoforme Störung) bei 47,2 Tagen (Range 4-91 Tage, SD 13,939).

4.2. Soziodemographische Charakteristika der Gesamtstichprobe und somatoforme Diagnosen

Von den 452 untersuchten Patienten waren 176 männlich (38,9%) und 276 weiblich (61,1%). Das Durchschnittsalter betrug 44,74 Jahre (SD 10,368) bei einem Range von 20-72 Jahren.

446 der untersuchten Patienten waren deutscher Nationalität, die sechs übrigen gehörten 3 weiteren Nationalitäten an (vier waren polnischer Nationalität und jeweils einer russischer bzw. griechischer).

Es gaben 70,5% der Untersuchten an, in einer festen Partnerschaft zu leben, 6,2% benannten in den letzten 6 Monaten keinen festen Partner gehabt zu haben, von 23,0% wurde angegeben, seit längerem (> 6 Monate) ohne festen Partner zu sein, die detaillierten Ergebnisse sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: Partnersituation in der Gesamtstichprobe

Partnersituation	Häufigkeit	Prozent
Seit < 6 Monaten keine(n) Partner	28	6,2
Seit > 6 Monaten keine(n) Partner	104	23,0
Im letzten J. > 3 versch. Partner(innen)	1	0,2
Eine(n) feste(n) Ehepartner(in)	209	46,2
Eine(n) feste(n)Partner (in), nicht verheiratet	110	24,3
Gesamt	452	100

68,6% der Patienten hatten mindestens mittlere Reife, der Schulbildungsstand ist in Tabelle 5 ausführlich aufgeführt.

Tabelle 5: Schulbildung in der Gesamtstichprobe

Schulbildung	Häufigkeit	Prozent
K.A.	20	4,4
Noch in der Schule	2	0,4
Sonderschulabschluss	3	0,7
Hauptschule, k. Abschl.	18	4
Hauptschulabschluss	96	21,2
Mittlere Reife oder vgl.b.	154	43,1
Fachschulabschluss	11	2,4
Gymnasium ohne Abitur	9	2
Abitur	137	30,3
Fehlend	2	0,4
Gesamt	452	100

Bei 270 der 452 untersuchten Patienten konnte die Diagnose einer somatoformen Störung nach DSM IV gesichert werden, das entspricht einem Anteil von 59,73%, die am häufigsten gestellte somatoforme Diagnose war mit einem Anteil von 43,7% die Somatisierungsstörung / undifferenzierte Somatisierungsstörung. Bei 10% der Patienten wurden zwei somatoforme Störungen diagnostiziert. In Abbildung 4 ist die Verteilung aller somatoformen Diagnosen bildlich dargestellt.

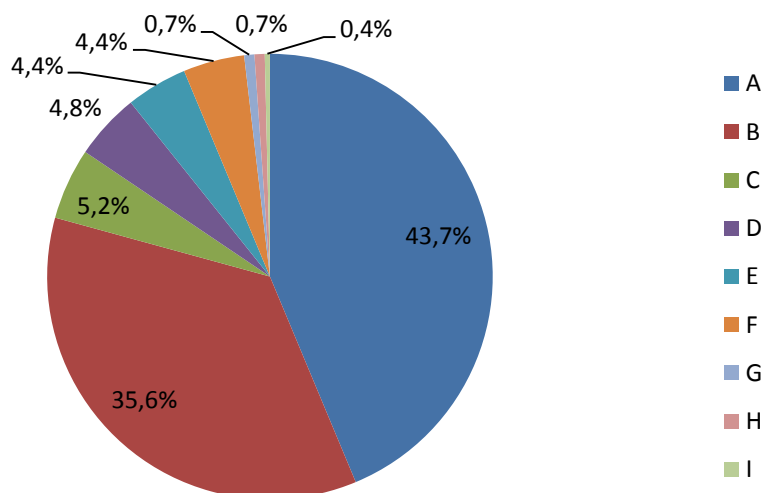


Abbildung 4: Verteilung der somatoformen Diagnosen

Anmerkung: A = Somatisierungsstörung / undifferenzierte Somatisierungsstörung
B = Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren
wie einem medizinischen Krankheitsfaktor
C = Hypochondrie / körperdysmorphe Störung
D = Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren
E = Somatisierungsstörung / undifferenzierte Somatisierungsstörung
+ Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem
medizinischen Krankheitsfaktor
F = Somatisierungsstörung / undifferenzierte Somatisierungsstörung
+ Hypochondrie / körperdysmorphe Störung
G = Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren
wie einem medizinischen Krankheitsfaktor + Hypochondrie / körperdysmorphe
Störung
H = Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung
I = Hypochondrie / körperdysmorphe Störung + Nicht näher
bezeichnete somatoforme Störung

4.3. Soziodemographische Charakteristika der beiden Patientengruppen

Bei der Gruppe A (Patienten mit somatoformer Störung, $n = 270$) betrug das Durchschnittsalter 45,64 Jahre (SD 10,449) bei einem Range von 21-72 Jahren, bei der Gruppe B (Patienten ohne somatoforme Störung, $n = 182$) 43,40 Jahre (SD 10,126) bei einem Range von 20-66 Jahren. Bezüglich des Faktors Alter unterschieden sich die Gruppen signifikant (T-Test: $p = 0,024$).

In Gruppe A waren 175 der Patienten weiblich und 95 männlich, in der Gruppe B 101 weiblich und 81 männlich, hier zeigte sich marginal kein signifikanter Gruppenunterschied (Exakter Test nach Fischer, 2-seitige Signifikanz: $p = 0,050$).

In Tabelle 6 und Tabelle 7 werden die bereits weiter oben für die Gesamtstichprobe aufgezeigten Ergebnisse für die soziodemographischen Charakteristika Partnersituation sowie Schulbildung nochmal getrennt für die beiden Patientengruppen angegeben, zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Studien wird im Folgenden zudem der Familienstand abgebildet (Tabelle 8). Zudem wurde das monatliche Nettoeinkommen erfasst (Tabelle 9).

Bezüglich der Partnersituation ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat-Test: $p = 0,102$). Auch bezüglich der Schulbildung ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat-Test: $p = 0,062$). Bezüglich des Familienstandes unterscheiden sich die beiden Gruppen ebenfalls nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $p = 0,358$). Bezüglich des monatlichen Nettoeinkommens ergaben sich hingegen signifikante Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat-Test: $p = 0,044$), in der Gruppe der Patienten mit somatoformer Störung zeigten sich mehr Personen mit einem Nettoeinkommen unter 1000 €.

Tabelle 6 : Partnersituation in den beiden Patientengruppen

	Partnersituation					Gesamt
	seit < 6 Monaten keine(n) Partner	seit > 6 Monaten keine(n) Partner	im letzten Jahr > 3 verschied. Partner(in nen)	eine(n) feste(n) Ehepartner (in)	eine(n) feste(n) Partner(in), nicht verheiratet	
Gruppe A	13	54	1	129	73	270
Gruppe B	15	50	0	80	37	182

Tabelle 7: Schulbildung in den beiden Patientengruppen

	Schulbildung										Gesamt
	Fehlend	k.A.	noch in Schule	Sonderschul abschluss	Hauptschule k.Abschluss	Hauptschul abschluss	Mittl.Reife oder vgl.bar	Fachschul abschluss	Gymnasium ohne Abitur	Abitur	
Gruppe A	2	8	0	1	11	70	89	6	5	78	270
Gruppe B	0	12	2	2	7	26	65	5	4	59	182

Tabelle 8: Familienstand in den beiden Patientengruppen

	Familienstand				Gesamt
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	
Gruppe A	74	146	46	4	270
Gruppe B	55	91	29	7	182

Tabelle 9: Einkommen aufgeteilt nach Patientengruppen

	monatliches Nettoeinkommen							Gesamt
	<1000€	1000-1500€	1500-2000€	2000-2500€	2500-3000€	3000-5000€	>5000€	
Gruppe A	105	45	31	35	21	24	9	270
Gruppe B	55	25	25	16	22	29	10	182

4.4. Diagnosen in den beiden Patientengruppen

Nur bei einem Untersuchten der Gruppe A gab es neben der Diagnose der somatoformen Störung keine komorbiden psychischen Störungen, beim größten Teil der Untersuchten zeigte sich eine komorbide depressive Störung in Kombination mit einer Angsterkrankung. In der Gruppe A lag bei 44,44% der Patienten eine komorbide psychische Störung vor, bei 49,26% der Patienten zwei komorbide psychische Störungen und bei 5,93% drei komorbide psychische Störungen. Die detaillierte Komorbiditätenverteilung ist Tabelle 10 zu entnehmen, die prozentuale Verteilung der Komorbiditäten wird in Abbildung 5 graphisch dargestellt.

Bei den 182 Patienten der Gruppe B lag bei einem Großteil der Untersuchten eine depressive Störung in Kombination mit einer Angsterkrankung vor. Bei 32,97% der Patienten der Gruppe B wurde eine psychische Erkrankung diagnostiziert, bei 62,09% der Patienten wurde das Vorliegen von zwei psychischen Diagnosen und bei 4,95% der Patienten das Vorliegen von 3 psychischen Diagnosen gesichert. Die detaillierte Diagnoseverteilung ist Tabelle 11 zu entnehmen, die prozentuale Verteilung der Komorbiditäten wird in Abbildung 6 graphisch dargestellt.

Tabelle 10: Komorbiditäten in Gruppe A

Komorbiditäten	Gruppe A: Patienten mit somatoformer Störung (n=270); n (%)
Depressive Störung + Angsterkrankung	126 (46,67)
Depressive Störung	110 (40,74)
Depressive Störung + Angsterkrankung + sonst. psych. Erkrankung	16 (5,93)
Angsterkrankung	10 (3,70)
Depressive Störung + sonst. psych. Erkrankung	7 (2,59)
Keine	1 (0,37)
Angsterkrankung + sonst. psych. Erkrankung	0 (0)
Sonst. psych. Erkrankung	0 (0)

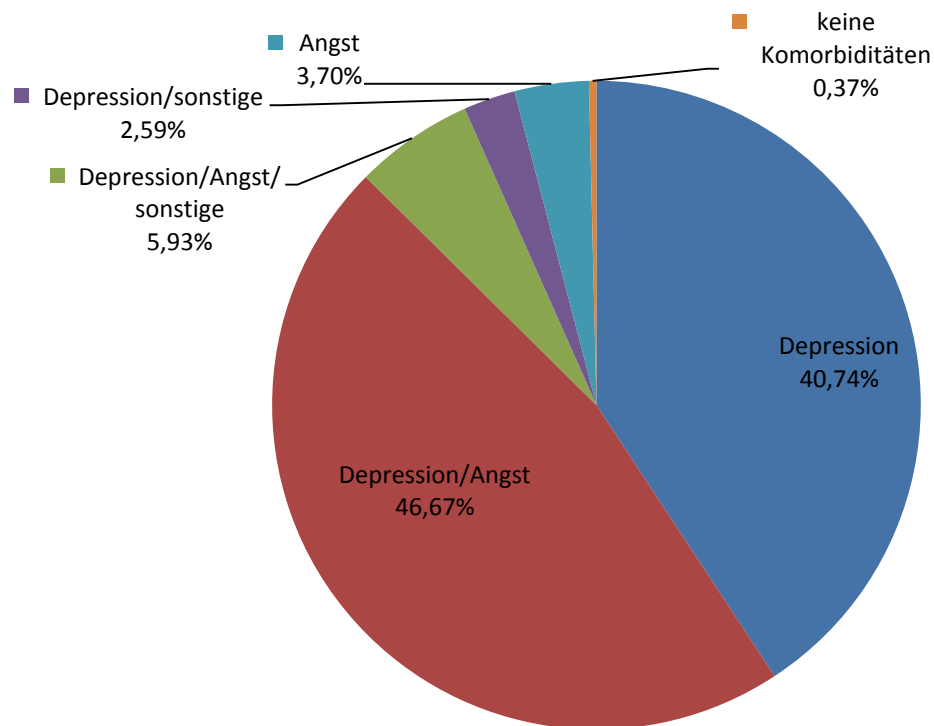


Abbildung 5: Komorbiditätenverteilung in Gruppe A

Tabelle 11: Diagnosen in Gruppe B

Diagnosen	Gruppe B: Patienten ohne somatoforme Störung (n=182); n (%)
Depressive Störung + Angsterkrankung	88 (48,35)
Depressive Störung	55 (30,22)
Depressive Störung + Angsterkrankung + sonst. psych. Erkrankung	9 (4,95)
Angsterkrankung	5 (2,75)
Depressive Störung + sonst. psych. Erkrankung	16 (8,79)
Angsterkrankung + sonst. psych. Erkrankung	9 (4,95)
Sonst. psych. Erkrankung	0 (0)

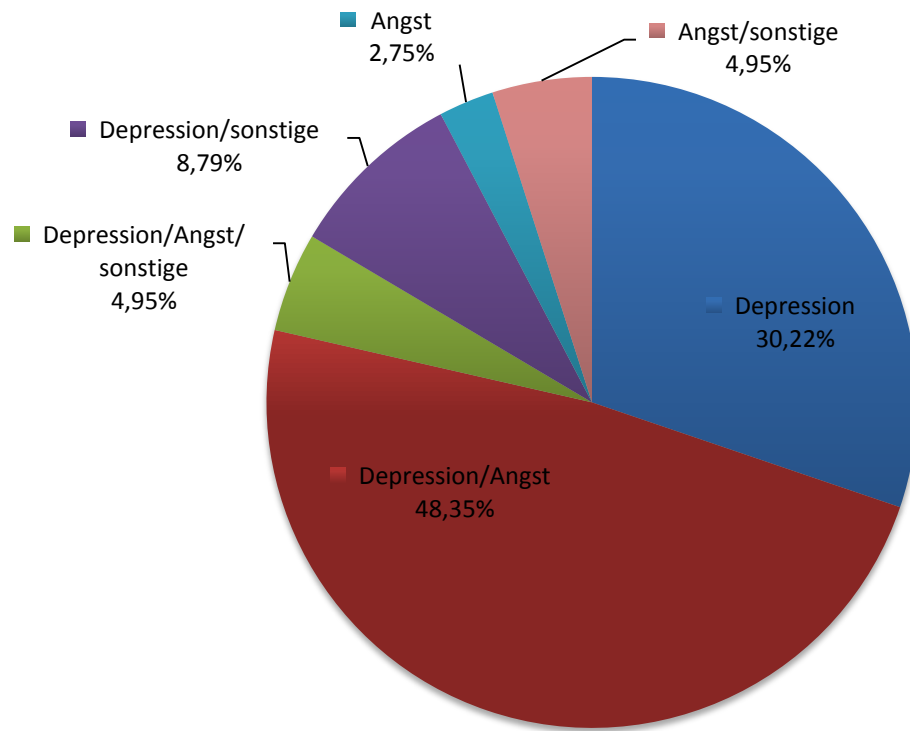


Abbildung 6: Diagnoseverteilung in Gruppe B

4.5. Fragebogenauswertungen zum Aufnahmezeitpunkt

In Tabelle 12 sind die deskriptiven Ergebnisse der verwendeten Fragebögen zum Zeitpunkt t0, also maximal 7 Tage nach stationärer Aufnahme, unterteilt nach Patientengruppe, aufgeführt.

Tabelle 12: Ergebnisse der Fragebögen unterteilt nach Patientengruppe zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Fragebogen	N	Mittelwert	Standardabweichung
SEK gesamt	270	70,77	16,76
FEP Beziehung gesamt	270	2,78	0,75
PHQ15 Skalensumme	268	15,01	5,01
MCS	268	22,81	11,04
PCS	268	38,07	10,45
Deskriptive Statistiken - Gruppe B			
Fragebogen	N	Mittelwert	Standardabweichung
SEK gesamt	182	73,54	15,69
FEP Beziehung gesamt	182	2,73	0,73
PHQ15 Skalensumme	181	11,44	5,43
MCS	180	20,39	12,46
PCS	180	48,99	9,16

Anmerkung: SEK = Fragebogen zur Messung der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen
FEP Beziehung = Skala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen
PHQ15 = Fragebogen zur Erfassung somatischer Symptome
MCS = mental health component summary score des Fragebogens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
PCS = physical health component summary score des Fragebogens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

In Tabelle 13 sind, aufgeteilt nach Patientengruppen, die deskriptiven Auswertungen der Gesamtskala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen sowie der einzelnen Subskalen der Beziehungsskala zum Zeitpunkt t0, also maximal 7 Tage nach stationärer Aufnahme, aufgeführt.

Tabelle 13: Auswertung der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP unterteilt nach Patientengruppe zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Skala / Subskala des FEP	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. introvertiert / scheu	270	2,98	1,05
2. ausnutzbar / nachgiebig	270	2,82	0,92
3. konkurrierend / unterstützend	270	2,36	0,77
4. selbstunsicher / zurückhaltend	270	2,96	1,07
Beziehung gesamt	270	2,78	0,75
Deskriptive Statistiken - Gruppe B			
Skala / Subskala des FEP	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. introvertiert / scheu	182	2,91	1,04
2. ausnutzbar / nachgiebig	182	2,73	0,84
3. konkurrierend / unterstützend	182	2,40	0,84
4. selbstunsicher / zurückhaltend	182	2,85	1,02
Beziehung gesamt	182	2,73	0,73

Anmerkung: FEP Beziehung = Skala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen

Der Tabelle 14 sind, aufgeteilt nach Patientengruppen, die deskriptiven Auswertungen des Fragebogens zur Messung der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen zum Zeitpunkt t0, also maximal 7 Tage nach stationärer Aufnahme, zu entnehmen.

Tabelle 14: Auswertung des SEK unterteilt nach Patientengruppe zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Skala des SEK	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. Aufmerksamkeit	270	8,62	2,38
2. Klarheit	270	8,77	2,38
3. Körperwahrnehmung	270	8,75	2,24
4. Verstehen	270	7,77	2,60
5. Regulation	270	6,56	2,17
6. Akzeptanz	270	7,50	2,52
7. Resilienz	270	6,63	2,57
8. Selbstunterstützung	270	8,07	2,43
9. Konfrontationsbereitschaft	270	8,10	2,41
10. Gesamt	270	70,77	16,76
Deskriptive Statistiken - Gruppe B			
Skala des SEK	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. Aufmerksamkeit	182	9,57	2,02
2. Klarheit	182	8,81	2,36
3. Körperwahrnehmung	182	8,92	2,16
4. Verstehen	182	8,17	2,30
5. Regulation	182	6,86	2,43
6. Akzeptanz	182	7,83	2,39
7. Resilienz	182	6,78	2,38
8. Selbstunterstützung	182	8,18	2,30
9. Konfrontationsbereitschaft	182	8,41	2,49
10. Gesamt	182	73,54	15,69

Im Folgenden werden die Veränderungen im Verlauf der Therapie betrachtet (siehe Tabelle 15). Es wurden die prozentualen Veränderungen berechnet, um die unterschiedlichen Ausgangswert der Patienten zu berücksichtigen.

Tabelle 15: Veränderungen in den jeweiligen Fragebögen

Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Fragebogen	N	Mittelwert	Standardabweichung
SEK gesamt t0	270	70,77	16,76
SEK gesamt t1	251	85,92	15,79
SEK Veränderung [%]	251	25,27	28,85
Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Fragebogen	N	Mittelwert	Standardabweichung
FEP interpersonale Beziehung t0	270	2,78	0,75
FEP interpersonale Beziehung t1	251	2,38	0,73
FEP Beziehung Veränderung [%]	251	-11,78	25,19
Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Fragebogen	N	Mittelwert	Standardabweichung
PHQ-15 gesamt t0	268	15,01	5,01
PHQ-15 gesamt t1	253	11,51	5,54
PHQ-15 Veränderung [%]	252	-23,91	29,10
Deskriptive Statistiken - Gruppe A			
Fragebogen	N	Mittelwert	Standardabweichung
MCS t0	268	22,81	11,04
MCS t1	253	31,81	14,25
PCS t0	268	38,07	10,45
PCS t1	253	41,57	11,45
MCS Veränderung [%]	253	59,09	84,42
PCS Veränderung [%]	253	9,65	19,09

Anmerkung: SEK = Fragebogen zur Messung der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen
FEP interpersonale Beziehung = Skala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen
PHQ15 = Fragebogen zur Erfassung somatischer Symptome
MCS = mental health component summary score des Fragebogens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
PCS = physical health component summary score des Fragebogens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
t0 = max. 7 Tage nach stationärer Aufnahme
t1 = max. 7 Tage vor Entlassung

4.6. Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen in der t0-Messung der vierten Subskala selbstunsicher / zurückhaltend der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP (T-Test, $p = 0,269$). Bei explorativer Betrachtung der weiteren Unterskalen wurde deutlich, dass sich auch hier keine signifikanten Unterschiede ergaben (siehe Tabelle 16)

Tabelle 16: T-Test in Bezug auf die Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP zum Zeitpunkt t0

Gruppenvergleich			
Skala / Subskala des FEP	Signifikanz (2seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
1. introvertiert / scheu	0,509	-0,07	0,10
2. ausnutzbar / nachgiebig	0,330	-0,08	0,09
3. konkurrierend / unterstützend	0,574	0,04	0,08
4. selbstunsicher / zurückhaltend	0,269	-0,11	0,10
Beziehung gesamt	0,443	-0,05	0,07

Es zeigten sich hingegen zwischen den beiden Patientengruppen mit $p < 0,001$ signifikante Unterschiede in der ersten Skala des SEK (Aufmerksamkeit) (s. Abbildung 7), in den Skalen 2-4 bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. Bei explorativer Betrachtung der weiteren SEK-Unterskalen zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17 : T-Test in Bezug auf die Skalen des SEK zum Zeitpunkt t0

Gruppenvergleich			
Skala des SEK	Signifikanz (2seitig)	Mittlere Differenz	Standardabweichung
1. Aufmerksamkeit	0,000 (*)	-0,95	0,21
2. Klarheit	0,838	-0,05	0,23
3. Körperwahrnehmung	0,409	-0,17	0,21
4. Verstehen	0,086	-0,40	0,23
5. Regulation	0,170	-0,31	0,22
6. Akzeptanz	0,160	-0,33	0,24
7. Resilienz	0,540	-0,15	0,24
8. Selbstunterstützung	0,656	-0,10	0,23
9. Konfrontationsbereitschaft	0,189	-0,31	0,23
10. Gesamt	0,078	-2,77	1,57

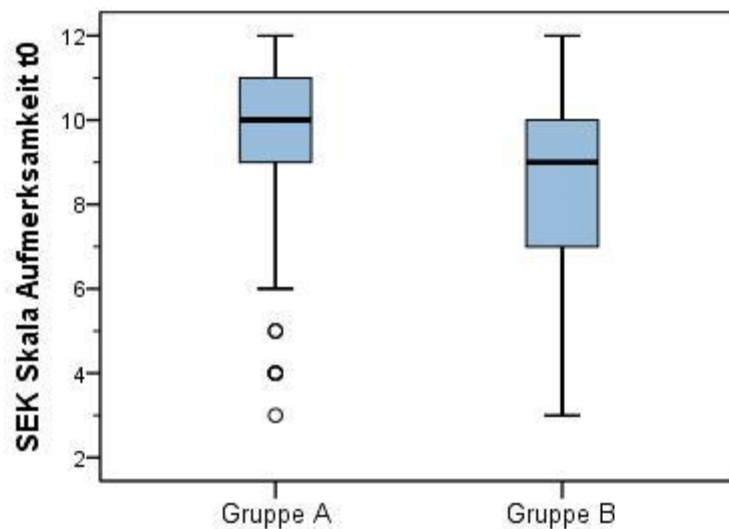


Abbildung 7: Darstellung der Gruppenunterschiede bezüglich der Skala Aufmerksamkeit des SEK

Es erfolgten Korrelationsanalysen der Auswertungen zum Zeitpunkt t0, in denen der SEK und die Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP jeweils mit dem PHQ-15, dem MCS des SF-36 und dem PCS des SF-36 korreliert wurde. Alle Korrelationen erwiesen sich als signifikant (siehe Tabelle 18 und 19). Eine graphische Darstellung mittels Streudiagrammen erfolgt in den Abbildungen 8-13.

Inhaltlich zeigte sich ein mäßig starker negativer Zusammenhang zwischen dem SEK gesamt und dem PHQ-15 und ein mäßig starker positiver Zusammenhang zwischen dem SEK gesamt und dem MCS des SF-36, d.h. je geringer die Patienten mit somatoformer Störung ihre emotionalen Kompetenzen selbst einschätzten, desto mehr Körpersymptome wurden berichtet und je höher die emotionalen Kompetenzen eingeschätzt wurden, desto besser wurde die Dimension der psychischen Gesundheit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschätzt.

Zwischen dem SEK-Gesamtwert und dem PCS des SF-36 bestand nur eine schwache positive Korrelation, d.h. es zeigte sich bei den somatoformen Patienten nur ein schwacher Zusammenhang zwischen besser eingeschätzten emotionalen Kompetenzen und empfundener besserer Lebensqualität im Bereich der physischen Gesundheit.

Tabelle 18: Korrelationen zwischen SEK, PHQ und SF-36 zum Zeitpunkt t0

		PHQ-15 gesamt, t0	MCS des SF-36, t0	PCS des SF-36, t0
SEK gesamt, t0	Korrelation nach Pearson	-0,360	0,431	0,246
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000
	N	268	268	268

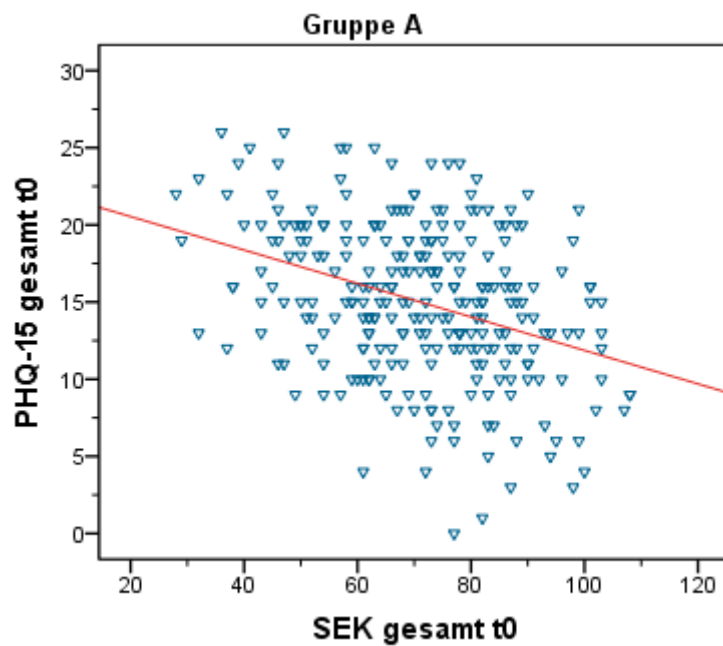


Abbildung 8: Streudiagramm Korrelation SEK und PHQ-15 zum Zeitpunkt t0

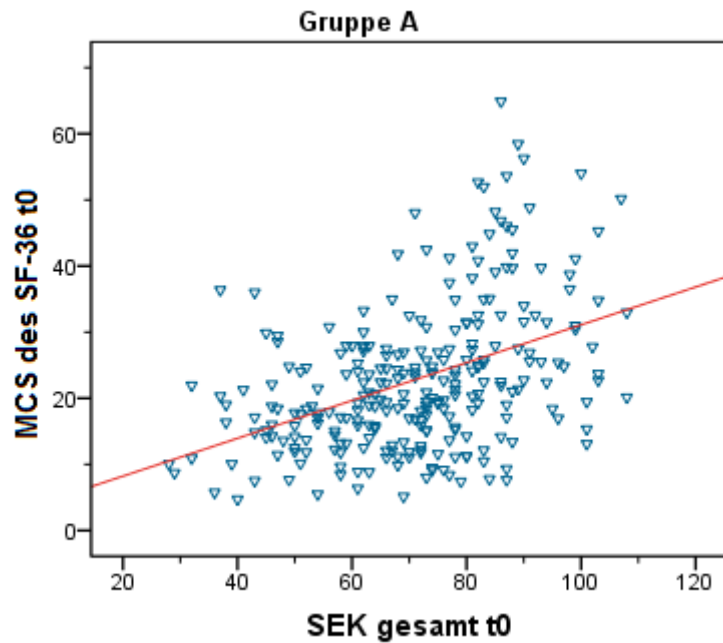


Abbildung 9: Streudiagramm Korrelation SEK und MCS zum Zeitpunkt t0

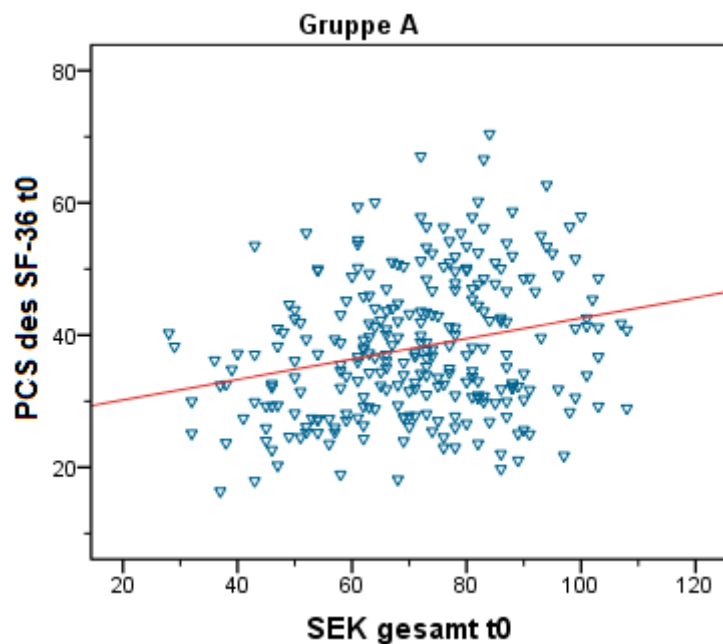


Abbildung 10: Streudiagramm Korrelation SEK und PCS zum Zeitpunkt t0

Weiterhin zeigte sich in der t0-Messung zwischen der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP und dem PHQ-15 ein mäßig starker positiver Zusammenhang, sowie ein mäßig starker negativer Zusammenhang zum MCS des SF-36, d.h. je

höher die Patienten mit somatoformer Störung ihre interpersonalen Schwierigkeiten einschätzten, desto mehr Körpersymptome wurden berichtet und desto schlechter wurde die Dimension der psychischen Gesundheit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschätzt.

Zwischen der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP und dem PCS zeigte sich hingegen nur einer sehr geringe Stärke des Zusammenhangs, d.h. die Lebensqualität im Bereich der physischen Gesundheit zeigte sich nahezu unbeeinflusst von interpersonalen Schwierigkeiten.

Tabelle 19: Korrelationen zwischen der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP, PHQ und SF-36 zum Zeitpunkt t0

		PHQ-15 gesamt, t0	MCS des SF-36, t0	PCS des SF-36, t0
FEP "Skala	Korrelation nach Pearson	0,372	-0,497	-0,145
Beziehung"gesamt, t0	Signifikanz (2-Seitig)	0,000	0,000	0,017
	N	268	268	268

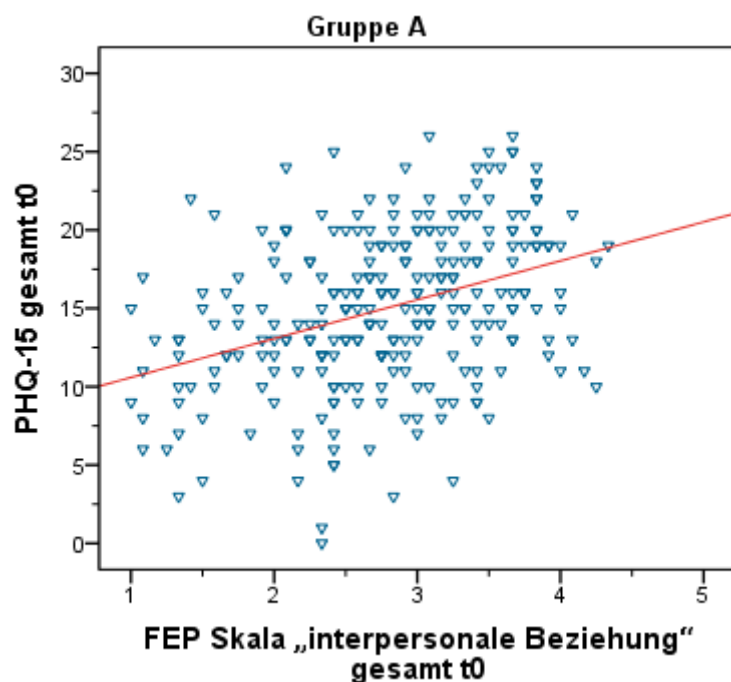


Abbildung 11: Streudiagramm Korrelation FEP Skala „interpersonale Beziehung“ und PHQ-15 zum Zeitpunkt t0

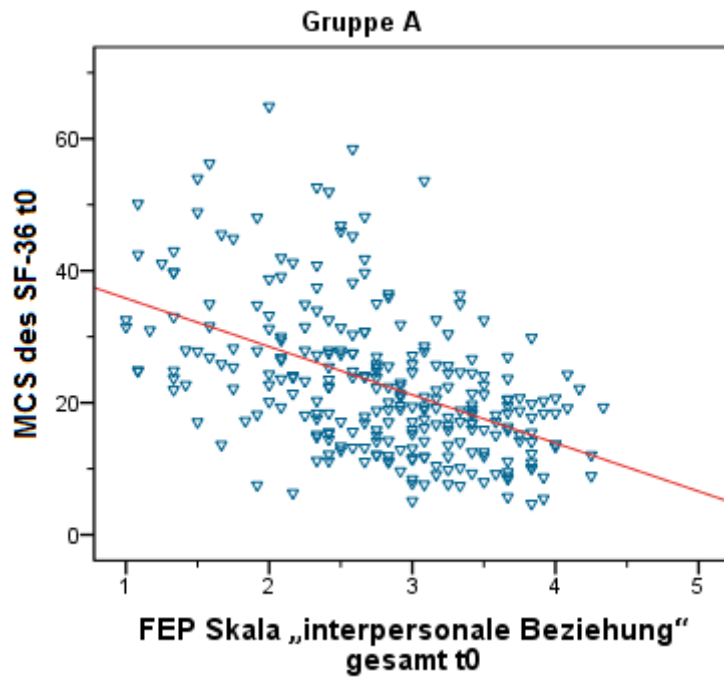


Abbildung 12: Streudiagramm Korrelation FEP Skala „interpersonale Beziehung“ und MCS zum Zeitpunkt t0

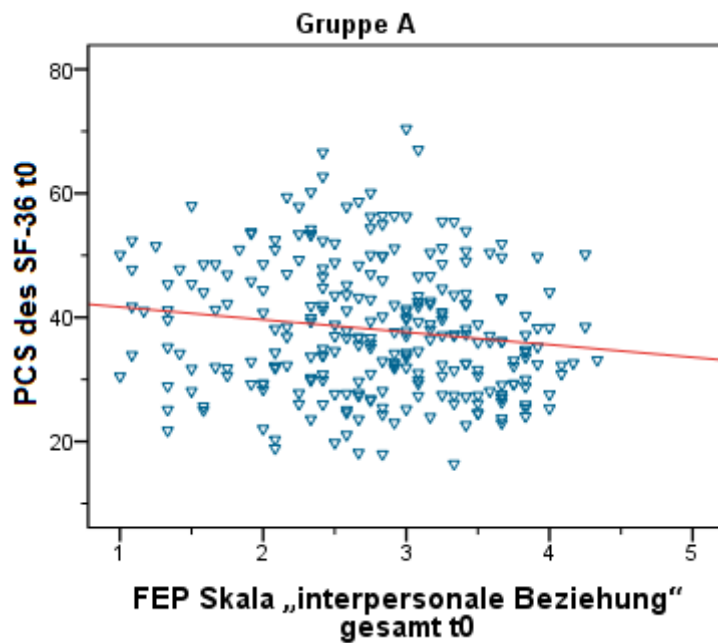


Abbildung 13: Streudiagramm Korrelation FEP Skala „interpersonale Beziehung“ und PCS zum Zeitpunkt t0

Bei Bildung der Korrelationen nach Spearmans-Rho, welche sich bis auf die zwischen der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP und dem PCS des SF-36 alle als signifikant erwiesen (siehe Tabelle 20 und 21), zeigte sich bei Betrachtung der jeweiligen prozentualen Differenz, welche zustande kommt, indem die absolute Differenz als Anteil des Ausgangswertes dargestellt wird, während der Therapie ein mäßig starker negativer Zusammenhang zwischen der jeweiligen prozentualen Veränderung im SEK und im PHQ-15 und ein mäßig starker positiver Zusammenhang zwischen den jeweiligen prozentualen Veränderungen im SEK und im MCS des SF-36, d.h. je höher die Patienten ihre Veränderung zum Positiven im Bereich emotionaler Kompetenzen am Ende der Therapie einschätzten, desto weniger Körpersymptome wurden berichtet und desto besser wurde die empfundene Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit.

Zwischen der prozentualen Veränderung im SEK und der prozentualen Veränderung im PCS des SF-36 zeigte sich ein Zusammenhang von nicht nennenswerter Stärke.

Tabelle 20: Korrelationen zwischen der Veränderung im SEK und der Veränderung im PHQ-15 und SF-36

	PHQ-15- Veränderung [%]	SF-36, MCS-Veränderung [%]	SF-36, PCS-Veränderung [%]
SEK Veränderung [%] Korr. Spearmans-Rho	-0,322	0,361	0,161
Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,012
N	243	244	244

Zwischen der prozentualen Veränderung in der Skala „interpersonale Beziehung“ FEP und der prozentualen Veränderung im PHQ-15 zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang, während sich ein mäßig starker negativer Zusammenhang zwischen der prozentualen Änderung im FEP und im MCS des SF-36 bestand, d.h. je höher die Patienten ihre Veränderung zum Positiven im interpersonalen Bereich am Ende der Therapie einschätzten, desto weniger Körpersymptome wurden berichtet und desto besser wurde die empfundene Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit.

Zwischen der prozentualen Veränderung der „Beziehungsskala“ des FEP und der prozentualen Veränderung des PCS des SF-36 zeigte sich kein signifikanter

Zusammenhang, d.h. weniger Probleme im interpersonalen Bereich korrelierten nicht mit der empfundenen Lebensqualität im Bereich der physischen Gesundheit.

Tabelle 21: Korrelationen zwischen der Veränderung der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP und der Veränderung im PHQ und SF-36

	PHQ-15 - Veränderung [%]	SF-36, MCS-Veränderung [%]	SF-36, PCS-Veränderung [%]
FEP Veränderung [%] Korr. Spearmans - Rho	0,253	-0,406	-0,029
("Skala Beziehung") Signifikanz (2-Seitig)	0,000	0,000	0,653
N	243	244	244

4.7. Prüfung auf geschlechtsspezifische Unterschiede

Zur Überprüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede innerhalb der Gruppe A im interpersonalen und emotionalen Bereich zu Beginn der Therapie (t0) wurde ein U-Test angewendet. Signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich interpersonaler Probleme ergaben sich nur in der Subskala ausnutzbar/nachgiebig der Skala „interpersonale Beziehung“ des FEP ($p=0,002$).

Bei den übrigen Subskalen ergaben sich folgende p-Werte:

- Subskala introvertiert/scheu: $p= 0,122$
- Subskala konkurrierend/unterstützend: $p= 0,202$
- Subskala unsicher/zurückhaltend: $p= 0,360$

Den folgenden beiden Tabellen (Tabelle 22 und Tabelle 23) sind die Auswertungen der Subskalen des FEP zu Therapiebeginn getrennt nach Geschlecht zu entnehmen.

Tabelle 22: Auswertung der Subskalen des FEP der weiblichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A, weiblich			
Subskala des FEP	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. introvertiert / scheu	175	3,06	1,06
2. ausnutzbar / nachgiebig	175	2,94	0,92
3. konkurrierend / unterstützend	175	2,32	0,76
4. selbstunsicher / zurückhaltend	175	3,02	1,08

Tabelle 23: Auswertung der Subskalen des FEP der männlichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A, männlich			
Subskala des FEP	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. introvertiert / scheu	95	2,83	1,02
2. ausnutzbar / nachgiebig	95	2,59	0,89
3. konkurrierend / unterstützend	95	2,44	0,79
4. selbstunsicher / zurückhaltend	95	2,86	1,06

Bezüglich emotionaler Kompetenzen zeigten sich in keiner der neun Skalen des SEK signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Auch hier wurde ein U-Test angewendet (Skala Aufmerksamkeit: $p=0,588$, Skala Klarheit: $p=0,825$, Skala Körperwahrnehmung: $p=0,542$, Skala Verstehen: $p=0,953$, Skala Regulation $p=0,147$, Skala Akzeptanz: $p=0,314$, Skala Resilienz: $p=0,233$, Skala Selbstunterstützung: $p=0,504$, Skala Konfrontationsbereitschaft $p=0,698$).

Den folgenden beiden Tabellen (Tabelle 24 und Tabelle 25) sind die Auswertungen der Skalen des SEK zu Therapiebeginn getrennt nach Geschlecht zu entnehmen.

Tabelle 24: Auswertung der Skalen des SEK der weiblichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A, weiblich			
Skala des SEK	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. Aufmerksamkeit	175	8,57	2,35
2. Klarheit	175	8,77	2,43
3. Körperwahrnehmung	175	8,66	2,31
4. Verstehen	175	7,77	2,66
5. Regulation	175	6,41	2,22
6. Akzeptanz	175	7,37	2,60
7. Resilienz	175	6,50	2,59
8. Selbstunterstützung	175	7,98	2,46
9. Konfrontationsbereitschaft	175	8,03	2,42

Tabelle 25: Auswertung der Skalen des SEK der männlichen Patienten der Gruppe A zum Zeitpunkt t0

Deskriptive Statistiken - Gruppe A, männlich			
Skala des SEK	N	Mittelwert	Standardabweichung
1. Aufmerksamkeit	95	8,72	2,43
2. Klarheit	95	8,76	2,31
3. Körperwahrnehmung	95	8,91	2,11
4. Verstehen	95	7,77	2,52
5. Regulation	95	6,82	2,06
6. Akzeptanz	95	7,73	2,36
7. Resilienz	95	6,87	2,53
8. Selbstunterstützung	95	8,24	2,37
9. Konfrontationsbereitschaft	95	8,23	2,38

4. Diskussion

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwieweit sich die emotionalen Kompetenzen und interpersonalen Probleme stationärer, psychosomatischer Patienten mit einer somatoformen Störung von denen stationärer psychosomatischer Patienten ohne eine somatoforme Störung unterscheiden.

Vor dem Hintergrund dessen, dass in der Literatur immer wieder eine Affekt-Überregulation bezüglich aversiver Emotionen als ein Faktor bezüglich der Entstehung somatoformer Störungen diskutiert wird (siehe 2.2.), erfolgte im Folgenden die isolierte Betrachtung der vierten Subskala (selbstunsicher/zurückhaltend) der Skala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen. Diese umfasst folgende drei Items:

- In der letzten Woche hatte ich Probleme, Aggressionen zu zeigen, wenn nötig.
- In der letzten Woche hatte ich Probleme, vertrauten Personen gegenüber Ärger zu äußern, wenn nötig.
- In der letzten Woche hatte ich Probleme, anderen negative Gefühle mitzuteilen.

Im Bereich dieser Subskala zeigten sich entgegen der Hypothese 1a keine signifikanten Gruppenunterschiede. Es ergibt sich die Frage, ob dieses Ergebnis durch die Nutzung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zustande gekommen ist. Bereits im Rahmen der Alexithymie-Forschung zeigte sich ein Trend dahingehend, dass Patienten mit einer somatoformen Störung mehr Schwierigkeiten in der Identifizierung von Gefühlen aufweisen und somit möglicherweise eher Körpersymptome als Emotionen nach außen kommunizieren, da ihnen die dahinter stehenden Emotionen nicht bewusst sind.

In beiden Gruppen wurden in der Gesamtschau klinisch relevante Beeinträchtigungen im interpersonalen Bereich deutlich. Durch Bildung der Summe aller Items der Skala „interpersonale Beziehung“ dividiert durch die Anzahl der beantworteten Items lässt sich, wie bereits weiter oben beschrieben, die Gesamtbelastung erfassen. Der Cut-off-Wert für diese Skala ist mit 2,15 angegeben (Lutz, W. et al. 2009), d.h. bei Werten über 2,15 liegt eine klinisch relevante Beeinträchtigung vor. Bei Untersuchung einer Stichprobe (n= 173) ambulanter Psychotherapiepatienten, die überwiegend an Angststörungen und Depressionen litten, ergab sich für die Gesamtskala „interpersonale Beziehung“ ein

Durchschnittswert von 2,52 (Lutz, W. et al. 2009). In unserer Untersuchung lag dieser Wert bei 2,73 für die Gruppe B und 2,78 für die Gruppe A. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine höhere Psychopathologie mit mehr Problemen im interpersonalen Bereich verbunden ist, wenngleich unklar bleibt, ob die interpersonalen Probleme zu einer erhöhten Psychopathologie führten oder die erhöhte Psychopathologie zu mehr interpersonalen Problemen. Insgesamt unterschieden sich die beiden Patientengruppen bezüglich berichteter interpersonaler Probleme nicht signifikant, was vermuten lässt, dass die interpersonalen Probleme entweder in Zusammenhang mit affektiven Störungen und/oder Angststörungen zu sehen sind oder aber das Ausmaß der Probleme im interpersonalen Bereich den Patienten mit einer somatoformen Störung nicht so präsent sind. Diesem Aspekt könnte in weiteren Untersuchungen mithilfe des Einsatzes von Fremdbeurteilungsinstrumenten nachgegangen werden.

In beiden hier untersuchten Gruppen benannten die Patienten am häufigsten interpersonale Probleme im Bereich „introvertiert/scheu“ (Mittelwert Gruppe A: 2,98; SD 1,05; Mittelwert Gruppe B: 2,91; SD 1,04), d.h. es wurden Schwierigkeiten darin angegeben, auf Andere zuzugehen und Gefühle zu zeigen. Probleme im Bereich „selbstunsicher/ zurückhaltend“ folgten an zweiter Position (Mittelwert Gruppe A: 2,96; SD 1,07; Mittelwert Gruppe B: 2,85; SD 1,02). Es wird somit deutlich, dass am häufigsten in den beiden Bereichen Probleme berichtet werden, in denen es um Gefühls Ausdruck geht. Im Rahmen einer amerikanischen Studie konnte gezeigt werden, dass eine Affektunterdrückung zu einer erhöhten sympathischen Aktivierung des kardiovaskulären Systems führt (Gross, J.J. und Levenson, R.W. 1997). Eine häufige Suppression von Emotionen führt zu einem dauerhaft erhöhten Anspannungsniveau, wodurch das Risiko des Auftretens psychosomatischer Erkrankungen steigt (Berking, M. 2010, S.18).

Bei der Auswertung des Fragebogens zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen zeigte sich entsprechend der Hypothese 1b ein hoch signifikanter Gruppenunterschied in der ersten Skala der Emotionsregulation (Aufmerksamkeit).

Die Skala „Aufmerksamkeit“ umfasst folgende Items:

- In der letzten Woche achtete ich auf meine Gefühle.
- In der letzten Woche schenkte ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.
- In der letzten Woche setzte ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.

Ein konstruktiver Umgang mit problematischen Emotionen setzt voraus, dass die Emotionen in den Aufmerksamkeitsfokus rücken. In diesem Zusammenhang formulierte Subic-Wrana, dass „[...] erst die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf innere Sensationen Gefühle erleb- und aussagbar [macht]“ (Subic-Wrana, C. et al. 2001). Im Vergleich der beiden Gruppen zeigt sich nun, dass Patienten mit einer somatoformen Störung ihren Emotionen signifikant weniger Beachtung schenken, als die Patienten ohne somatoforme Störung. Dies erklärt das mangelnde Erleben psychischer Belastungen von Patienten mit somatoformen Erkrankungen wie es von Waller et al. beschrieben wird (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2006). Auch deckt sich dieses Resultat mit dem Ergebnis einer Studie, in der Patienten mit einer somatoformen Störung mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe verglichen wurden. Hierbei fiel bei Durchführung des „Affect-Consciousness-Interviews“ auf, dass sich somatoforme Patienten ihrer Gefühle wenig bewusst waren. Diese Probleme bezogen sich hauptsächlich auf das Erkennen aversiver Gefühle wie Ärger und Traurigkeit (Waller, E. und Scheidt, C.E. 2004). Mit der mangelnden Übung von Patienten mit somatoformen Störungen im Bereich der Emotionswahrnehmung lässt sich auch erklären, warum sich bei Patienten mit somatoformen Störungen in der LEAS (Levels of emotional awareness Scale) signifikant niedrigere Werte im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen, aber auch im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungsbildern zeigten (Subic-Wrana, C. et al. 2005; Subic-Wrana, C. et al. 2010).

Möglicherweise werden durch die reduzierte Aufmerksamkeit von Patienten mit einer somatoformen Störung auf emotionale Vorgänge auch die Ergebnisse der Subskala „selbstunsicher/zurückhaltend“ der Skala „interpersonale Beziehung“ des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen beeinflusst, denn wenn die Patienten ihrem Ärger und anderen unangenehmen Gefühle weniger Beachtung schenken, diese damit also möglicherweise gar nicht oder nicht in vollem Umfang registriert haben, entsteht folgerichtig auch nicht der Impuls, diesen Emotionen Ausdruck zu verleihen. Im Rahmen des Zusammenhangs somatoformer Erkrankungen mit einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil (s. 1.3.2.3. und 1.3.2.4.), würde der Impuls, Ärger offen anzusprechen, infolge der Beziehungserfahrungen sekundär Angst vor Ablehnung bewirken, was möglicherweise zusätzlich dazu beiträgt, dass der Aufmerksamkeitsfokus vom

aversiven emotionalen Geschehen weggelenkt wird. Leider konnte dieser Überlegung im Rahmen unserer Studie nicht weiter nachgegangen werden, es bedarf weiterer Studien, diese Hypothese näher zu beleuchten.

Im zweiten Teil der Arbeit wurden bei der Patientengruppe mit einer somatoformen Störung die Zusammenhänge zwischen emotionalen Kompetenzen und interpersonalen Problemen mit der somatischen Symptomstärke und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beleuchtet. Zunächst erfolgte hierbei die Betrachtung der Ergebnisse zu Beginn der Behandlung. Entsprechend der aufgestellten Hypothese 2a ergaben sich hierbei bei den Patienten mit einer somatoformen Störung jeweils Korrelationen zwischen den selbsteingeschätzten emotionalen Kompetenzen und interpersonalen Problemen, sowie der somatischen Symptomstärke und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Insgesamt zeigte sich in der Selbsteinschätzung der Patienten, dass bessere emotionale Kompetenzen und weniger interpersonale Probleme mit einer geringeren Symptomschwere und einer besseren Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit assoziiert waren. Die stärkste Korrelation bestand zwischen berichteten interpersonalen Problemen und der Dimension der psychischen Gesundheit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Korrelation nach Pearson $-0,497$), d.h. je geringer die interpersonalen Probleme eingeschätzt wurden, desto höher erlebten die Patienten ihre Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit. Die Korrelation zwischen selbsteingeschätzten emotionalen Kompetenzen und der Lebensqualität im körperlichen Bereich erwies sich als schwach, zwischen den berichteten interpersonalen Problemen und der Dimension der physischen Gesundheit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte sich entgegen der aufgestellten Hypothese kein nennenswerter Zusammenhang. Es ist folglich zu vermuten, dass durch eine Verbesserung sozialer und emotionaler Kompetenzen bei Patienten mit einer somatoformen Störung von den untersuchten Größen am stärksten die Lebensqualität im psychischen Bereich positiv beeinflusst werden kann, ein relevanter Einfluss auf die Lebensqualität im Bereich der körperlichen Gesundheit ist jedoch nicht zu erwarten.

Im Weiteren wurden die Veränderungen im Therapieverlauf betrachtet. Insgesamt zeigte sich am Ende der Behandlung die stärkste durchschnittliche prozentuale Veränderung bezüglich der Lebensqualität im psychischen Bereich (durchschnittliche

MCS-Veränderung 59,1%). Die geringste prozentuale Veränderung erlebten die Patienten bezüglich der Lebensqualität im körperlichen Bereich (durchschnittliche PCS-Veränderung 9,6%). Bezüglich der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK) zeigte sich eine prozentuale Veränderung von durchschnittlich 25,3%, bezüglich der somatischen Symptomstärke von 23,9% (PHQ-15) und bezüglich der interpersonalen Probleme („Beziehungsskala“ FEP) von 11,8%.

Wenngleich, wie angenommen, ein Rückgang interpersonaler Schwierigkeiten und eine Verbesserung emotionaler Kompetenzen während der Therapie mit einem Rückgang der somatischen Symptomstärke und einer Besserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im psychischen Bereich assoziiert war, zeigte sich, wie anhand der Ergebnisse der Hypothese 2a bereits vermutet, kein nennenswert starker Zusammenhang zwischen einer Verbesserung emotionaler Kompetenzen und der Lebensqualität im Bereich der physischen Gesundheit. Zwischen dem Rückgang interpersonaler Probleme und der Lebensqualität im Bereich der physischen Gesundheit zeigte sich sogar überhaupt kein signifikanter Zusammenhang. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte in der Funktionalität der Einschränkungen im physischen Bereich begründet liegen. Die Aufgabe der Krankenrolle wäre damit verbunden, dass wieder höhere Anforderungen an den Patienten gestellt werden, denen er sich möglicherweise noch nicht gewachsen fühlt.

Auch bei Betrachtung der Veränderungen zeigte sich die höchste Korrelation zwischen interpersonalen Problemen und der psychischen Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Korrelation nach Spearmans-Rho -0,406), d.h. je mehr die Patienten während der Therapie eine Verringerung interpersonaler Probleme erlebten, desto höher wurde eine Verbesserung der Lebensqualität im psychischen Bereich empfunden.

Insgesamt ist auffällig, dass sich der PCS bei Patienten mit einer somatoformen Störung im Behandlungsverlauf verhältnismäßig wenig verbessert hat (PCS t0 38,07; PCS t1 41,57). Am Ende der Behandlung zeigte sich bei Patienten mit einer somatoformen Störung eine sehr ähnliche durchschnittliche somatische Symptomstärke im PHQ-15 (11,51) wie bei den Patienten ohne somatoforme Störung zu Beginn der Behandlung (11,44), dennoch wurde zu den jeweiligen Zeitpunkten die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich der physischen

Gesundheit von den Patienten mit einer somatoformen Störung deutlich schlechter erlebt (PCS= 41,57) als von den Patienten ohne eine somatoforme Störung (PCS= 48,99), was den Rückschluss zulässt, dass Patienten mit somatoformen Störungen körperliche Einschränkungen belastender erleben als Patienten ohne somatoforme Störung. Es erscheint wichtig, in weiteren Forschungsprojekten der Frage nachzugehen, wodurch sich die erlebte Lebensqualität im physischen Bereich bei Patienten mit somatoformen Erkrankungen in größerem Ausmaß steigern lässt, um entsprechende Therapiemodule in die Behandlungskonzepte einfließen zu lassen.

Der PHQ-Summendurchschnittswert lag in der Gruppe der Patienten mit einer somatoformen Störung zu Beginn der Behandlung erwartungsgemäß höher als in der Kontrollgruppe. Der Mittelwert > 15 spiegelt eine durchschnittlich hohe somatische Symptomstärke dieser Patienten wieder. Bei der Vergleichsgruppe lag der Mittelwert mit 11,44 im mittelgradigen Symptomstärkenbereich. Bezüglich der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterschieden sich die beiden Patientengruppen deutlich bezüglich der Dimension der körperlichen Gesundheit, so lag der Mittelwert der Patienten mit einer somatoformen Störung 10,92 Punkte unterhalb des Wertes der Patienten ohne eine somatoforme Störung. Hierbei lag der Durchschnittswert der Patienten ohne somatoforme Störung trotz mittlerer somatischer Symptomstärke nur knapp unterhalb des Allgemeinbevölkerungsdurchschnitts (PSC zum Zeitpunkt t0 der Gruppe B: 48,99 [SD 9,16]).

Im Bereich der Dimension der psychischen Gesundheit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hingegen unterschieden sich die beiden Patientengruppen bei Behandlungsbeginn deutlich weniger. Der Mittelwert der Gruppe der Patienten mit einer somatoformen Störung lag mit 22,81 etwas oberhalb des Wertes der Patienten ohne eine somatoforme Störung (20,30), d.h. es bestand bei den Patienten mit einer somatoformen Störung durchschnittlich eine etwas höhere Zufriedenheit im Bereich der psychischen Gesundheit, obwohl insgesamt eine komplexere psychische Symptomatik vorlag. Bei knapp der Hälfte der Patienten dieser Gruppe wurden drei psychische Erkrankungen diagnostiziert, während in der Gruppe der Patienten ohne somatoforme Störung nur bei knapp 5% drei psychische Diagnosen vorlagen. Diese Diskrepanz lässt sich möglicherweise mit der Schwere der einzelnen Erkrankungen erklären. Bei Verwendung des SKID wird der Schweregrad der Depression nicht differenziert, so dass unklar bleibt, ob sich in der Gruppe der Patienten ohne

somatoforme Störung möglicherweise mehr Patienten mit einer schweren depressiven Episode befanden. Auch ist es möglich, dass die körperlichen Beschwerden für die Patienten so präsent sind, dass die psychischen Symptome in den Hintergrund treten. Insgesamt zeigte sich der Durchschnittswert des MCS in beiden Patientengruppen in einem sehr niedrigen Bereich, d.h. es bestand eine geringe Zufriedenheit bezüglich der Dimension der psychischen Gesundheit. In einer bereits weiter oben zitierten, in den USA durchgeführten Studie im Bereich der Primärversorgung, zeigten sich deutlich höhere Werte für den Durchschnitts-MCS und PCS bei Patienten mit somatoformen Symptomen. Hier ergaben sich für die verschiedenen untersuchten somatoformen Erkrankungen für den Durchschnitts-PCS Werte zwischen 41,2 und 43,4 und für den Durchschnitts-MCS Werte zwischen 47,7 und 48,7 (Dickinson, W.P. et al. 2003). Diese Diskrepanz lässt sich zum einen damit erklären, dass es sich um eine Studie aus dem Bereich der Primärversorgung handelt und somit in unserer Untersuchung deutlich mehr psychiatrische Komorbiditäten bestanden und zum anderen in unserer Untersuchung die Diagnosestellung bei jedem Patienten nach den DSM-IV-Kriterien erfolgte, während von Dickinson et al. die Kriterien zur Diagnosestellung bei dem überwiegenden Teil der Patienten weniger restriktiv formuliert waren.

Im Rahmen der Nachbeobachtung, die in der eben zitierten Studie durchgeführt wurde, fiel auf, dass bei Patienten, die eine Standardversorgung erfuhren, nach einem Jahr nur der PCS signifikant weiter abgefallen ist, während sich beim MCS keine signifikante Veränderung zeigte. Eine Erklärung für die sehr niedrigen MCS-Werte der Patienten mit einer somatoformen Störung in unserer Untersuchung könnte sein, dass bei stationären psychosomatischen Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit eine lange Erkrankungsdauer vorliegt. Im Rahmen der Evaluation eines Einzeltherapiekonzeptes an der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz zeigte sich beispielsweise, dass die Patienten bereits durchschnittlich etwa vier Jahre an somatoformen Beschwerden litten, bevor sie die Behandlung in der Institutsambulanz aufnahmen (Kleinstäuber, M. et al. 2012, S.120). Es ist davon auszugehen, dass vor Aufnahme einer vollstationären Behandlung noch längere Erkrankungsdauern vorliegen. In einer Untersuchung von Rief et al. (Rief, W. et al. 1992) zeigte sich, dass bei einem überwiegenden Teil der Patienten die Manifestation einer depressiven Störung nach der Entwicklung der somatoformen Erkrankung erfolgt. Bei

den meisten Patienten mit einer somatoformen Störung kam es über ein Jahr nach der Manifestation der somatoformen Erkrankung zur Ausbildung einer depressiven Erkrankung und bei knapp der Hälfte der Patienten sogar über fünf Jahre später. Im Zusammenhang mit sehr langen Erkrankungsauern in Kombination mit dem höheren Anteil von Komorbiditäten ist auch mit dem Abfall des MCS zu rechnen.

Im Rahmen einer 2000 veröffentlichten Untersuchung einer repräsentativen deutschen Stichprobe wurde der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit einer 12-monatigen Dauer einer generalisierten Angststörung, einer Major Depression und der Kombination aus beiden Erkrankungen eingesetzt. Bei den Patienten mit reiner generalisierter Angststörung (n=33) lag der PCS im Durchschnitt bei 46,40, bei den Patienten mit einer reinen Major Depression (n= 344) bei 47,49 und bei der Kombination aus beiden Erkrankungen bei 45,20 (n= 40).

Der MCS lag bei den Patienten mit reiner generalisierter Angststörung durchschnittlich bei 33,64, bei Patienten mit einer Major Depression bei 41,55 und bei Patienten, bei denen beide Erkrankungen vorlagen bei 35,11.

Es zeigt sich somit, dass die Durchschnittswerte für den PCS bei den Depressionspatienten im ähnlichen Bereich liegen wie bei der von uns untersuchten Patientengruppe ohne eine somatoforme Störung, und deutlich über dem Mittelwert der Patientengruppe mit einer somatoformen Störung. Der MCS-Durchschnittswert in unseren beiden Patientengruppen liegt jedoch deutlich niedriger. Auch hier ist davon auszugehen, dass dieser Unterschied durch die durchschnittlich höhere Belastung eines Patienten im vollstationären psychosomatischen Setting zustande kommt.

Wie auch bereits in anderen Studien (Jacobi, F. et al. 2004; Hiller, W. et al. 2006; Verhaak, P.F.M. et al. 2006), zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung ein deutlicher Geschlechterunterschied in der Gruppe der Patienten mit einer somatoformen Störung, so lag der Frauenanteil bei 64,8%. Ein sehr ähnliches Ergebnis ergab die bereits weiter oben zitierte niederländische Hausarztstudie, bei der der Anteil weiblicher Patienten mit einer somatoformen Störung bei 66,4% lag. (Verhaak, P.F.M. et al. 2006). In einer Studie, die ebenfalls in einer deutschen psychosomatischen Klinik durchgeführt wurde (n= 105), waren 66,7% der Patienten mit einer somatoformen Störung weiblich.

In der Gruppe von Patienten mit einer somatoformen Störung waren 74,8% in einer festen Partnerschaft und 54% verheiratet, in der Kontrollgruppe lebten 64,3% in einer festen Partnerschaft, verheiratet waren 50%. Im Gegensatz zu der Untersuchung von Jacobi et al. zeigte sich in unserer Erhebung somit nicht, dass der größere Teil der Patienten mit einer somatoformen Störung geschieden oder verwitwet ist bzw. in Trennung lebt (Jacobi, F. et al. 2004).

Bezüglich der Schulbildung fiel in der Gruppe der Patienten mit einer somatoformen Störung vergleichsweise häufig ein niedriger Schulabschluss auf. 30,4% gaben an, entweder einen Haupt- oder einen Sonderschulabschluss zu haben oder aber die Hauptschule besucht zu haben, aber keinen Abschluss gemacht zu haben, in der Kontrollgruppe lag dieser Anteil nur bei 19,2%.

Besonders auffällig war bei der Auswertung der soziodemographischen Daten, dass ein erheblicher Teil der Patienten der somatoformen Gruppe ein niedriges Nettoeinkommen angegeben hat, bei 38,9% lag das monatliche Nettoeinkommen < 1000€. In der Kontrollgruppe war der Anteil mit 30,2% vergleichsweise deutlich geringer. Der Unterschied erwies sich als signifikant. In der Erhebung von Meyer et al. (Meyer, C. et al. 2000) zeigte sich ein Trend steigender Erkrankungshäufigkeiten im Bereich der somatoformen Störungen bei sinkendem Einkommen, wobei hier das Haushaltsnettoeinkommen erfragt wurde und die niedrigste Kategorie mit $\leq 2500\text{€}$ angegeben war. Es konnte generell in mehreren Studien gezeigt werden, dass eine Assoziation zwischen niedrigem Einkommen und psychischen Erkrankungen besteht (Fryers, T. et al. 2003), es erscheint jedoch sinnvoll, in weiteren Studien zu untersuchen, ob bei Patienten mit somatoformen Störungen dieser Faktor eine vergleichsweise größere Rolle spielt. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob Patienten mit einer somatoformen Störung generell ein niedrigeres Einkommen infolge einer geringeren Schulbildung haben, oder ob es durch die Erkrankung zu Einschränkungen gekommen ist, die die Ausübung einer Tätigkeit mit höherem Einkommen nicht mehr möglich machte.

In unserer Untersuchung lag bei der Gruppe der Patienten mit einer somatoformen Störung die Komorbidität bei annähernd 100%, nur bei einem Patienten mit einer somatoformen Störung wurde keine komorbide Achse-I-Störung diagnostiziert. In einer Studie mit 175 ambulanten Psychiatriepatienten bestand bei 70% eine Achse-I-Komorbidität (Garyfallos, G. et al. 1999). Dieser Unterschied ist sicherlich mit dem anderen Setting erklärbar. Es ist davon auszugehen, dass Patienten, die sich in eine

stationäre psychosomatische Behandlung begeben, in ausgeprägtem Maße eingeschränkt sind und es konnte gezeigt werden, dass der Einschränkungsgrad bei vorhandenen Komorbiditäten ansteigt (Löwe, B. et al. 2008).

Bei Prüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Gruppe der Patienten mit somatoformen Erkrankungen zeigte sich bezüglich interpersonaler Schwierigkeiten lediglich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Skala „ausnutzbar/nachgiebig“, mit der eine Abgrenzungsproblematik erfasst wird. Entgegen des Studienergebnisses von Liu et al. (Liu, L. et al. 2011), in der sich mangelnder Ärgerausdruck bei Frauen als ein Link zwischen Bindungsstil und Somatisierung darstellte, gaben Frauen nicht mehr Schwierigkeiten darin an, ihrem Ärger Ausdruck zu verleihen. Wenngleich dies wie weiter oben beschrieben auch mit dem fehlenden Aufmerksamkeitsfokus auf emotionalen Vorgängen erklärbar wäre, wurde in der Studie von Liu et al. eine sehr spezielle Klientel untersucht. Es handelte sich um eine nicht-klinische Stichprobe, in der die Probanden alle in einer festen Partnerschaft lebten und überproportional häufig von Missbrauchserfahrungen betroffen waren. Zudem wurden die somatoformen Symptome mittels eines Selbstbeurteilungsfragebogens erfasst und nicht konkret die Diagnose einer somatoformen Störung durch eine entsprechend geschulte Person gestellt, so dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse sehr eingeschränkt ist.

Bezüglich der emotionalen Kompetenzen zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschieden, so dass die Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit gegenüber emotionalen Vorgängen für beide Geschlechter gleichermaßen relevant erscheint.

Wie auch bereits von van Dijke et al. angeregt, ist auch aus der vorliegenden Untersuchung abzuleiten, dass es wichtig ist, im Rahmen der Psychotherapie das emotionale Erleben der Patienten mit einer somatoformen Störung zu fördern (Van Dijke, A. et al. 2010). Hierbei scheint es zunächst erforderlich, den Aufmerksamkeitsfokus auf emotionale Vorgänge (z.B. mittels Selbstbeobachtungsprotokollen) zu lenken. Anschließend erscheint es wichtig zu beobachten, inwieweit sich bei den Patienten in der Folge Schwierigkeiten im Umgang mit aversiven Emotionen ergeben. Insgesamt lässt sich aus den Studienergebnissen ableiten, dass die Verbesserung emotionaler Kompetenzen und die Reduktion interpersonaler Schwierigkeiten relevante Bausteine in der

Behandlung somatoformer Patienten sind, um die somatische Symptomstärke der Patienten zu reduzieren und die Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit zu steigern. Bislang liegt in der Therapie von Patienten mit somatoformen Erkrankungen bei interpersonalen Therapieansätzen der Fokus oftmals auf Problemen in der Patient-Therapeuten-Beziehung bzw. der Art und Weise, wie von den Patienten Unterstützung eingefordert wird (Guthrie, E. et al. 1999; Stuart, S. und Noyes, R. 2006). Aus der vorliegenden Untersuchung lässt sich ableiten, dass es sinnvoll ist, in der Behandlung von Patienten mit somatoformen Erkrankungen zudem die sozialen Kompetenzen in den Bereichen adäquater Gefühlsausdruck, Abgrenzung und Kontaktgestaltung zu fördern.

Die vorliegende Studie hat einige Einschränkungen. Zwar wurde eine für die psychosomatische Versorgung relevante Patienten Klientel untersucht, es bleibt jedoch unklar, ob eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Behandlungssettings möglich ist, zumal im ambulanten Bereich von einer deutlich geringeren Komorbidität und Belastung der Patienten auszugehen ist.

Darüber hinaus erfolgte bis auf die SKID-Diagnostik nur der Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten. Zudem erfolgte keine Achse-II-Diagnostik.

Die Stärken der Studie sind in der großen Patientenstichprobe und in der exakten Diagnosestellung für jeden einzelnen Patienten mittels SKID-Interview von speziell geschulten Ärztinnen/ Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zu sehen.

5. Zusammenfassung

Einleitung: Die Effektstärke einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie liegt bei Patienten mit einer somatoformen Störung bislang im mittleren Therapiewirksamkeitsbereich, so dass es gilt, weitere Ansatzpunkte in der Behandlung zu identifizieren. Die vorliegende Untersuchung fokussierte sich auf spezifische Patientencharakteristika dieser Störungsgruppe im emotionalen und interpersonalen Bereich.

Methode: Es wurden Patienten mit der komorbiden Diagnose einer somatoformen Störung (n= 270) mit Patienten ohne somatoforme Störung (n= 182) bezüglich ihrer selbsteingeschätzten emotionalen Kompetenzen und interpersonaler Probleme verglichen. Zudem wurden bei den Patienten mit Vorliegen einer somatoformen Störung Zusammenhänge zur somatischen Symptomstärke und gesundheitsbezogenen Lebensqualität hergestellt.

Ergebnisse: Die beiden Patientengruppen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich selbsteingeschätzter interpersonaler Probleme, jedoch hoch signifikant im Bereich der Aufmerksamkeit hinsichtlich der eigenen Emotionen. Es zeigten sich zu Behandlungsbeginn Korrelationen zwischen emotionalen Kompetenzen und interpersonalen Problemen mit der Symptomschwere sowie der Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit. Verbesserungen im interpersonalen und emotionalen Bereich im Therapieverlauf waren mit Verbesserungen im Bereich der psychischen Lebensqualität und einer Verringerung der somatischen Symptomstärke verbunden.

Fazit: Entgegen verschiedener vorangegangener Forschungsergebnisse zeigte sich im Vergleich in der Gruppe der Patientin mit einer somatoformen Störung keine ausgeprägtere Affektüberregulation als in der Gruppe der Patienten ohne eine somatoforme Störung, in Kombination mit der signifikant reduzierten Aufmerksamkeit der Patienten mit einer somatoformen Störung auf emotionale Vorgänge bleibt jedoch unklar, ob eine Emotionssuppression von den Patienten möglicherweise auch gar nicht bemerkt würde. Es ließ sich zeigen, dass die Förderung emotionaler und interpersonaler Kompetenzen relevante Aspekte in der Behandlung somatoformer Störungen darstellen. Im Rahmen weiterer Forschungsprojekte scheint es wichtig, Aspekte zu identifizieren, die zu einer Steigerung der Lebensqualität im körperlichen Bereich führen, um diese in die Therapie zu integrieren.

6. Abkürzungsverzeichnis

SEK = Fragebogen zur Messung der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen

FEP = Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen

PHQ15 = Fragebogen zur Erfassung somatischer Symptome

MCS = mental health component summary score des Fragebogens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

PCS = physical health component summary score des Fragebogens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

t0 = max. 7 Tage nach stationärer Aufnahme

t1 = max. 7Tage vor Entlassung.

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.Revision

7. Literaturverzeichnis

ALLEN, L.A., WOOLFOLK, R.L., ESCOBAR, J.I., GARA, M.A. and HAMER, R.M. (2006). "Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization Disorder-A Randomized Controlled Trial." Archives of Internal Medicine **166**(14): 1512-1518.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 309-311.

ANDERSON, M., HARTZ, A., NORDIN, T., ROSENBAUM, M., NOYES, R. , JAMES, P. , ELY, J., AGARWAL, N. and ANDERSON, S. (2008). "Community Physicians' Strategies for Patients With Medically Unexplained Symptoms." Family Medicine **40**(2): 111-118.

ARNOLD, I. A., DE WAAL, M.W.M., EEKHOF, J.A.H. and VAN HEMERT, A.M. (2006). "Somatoform Disorder in Primary Care: Course and the Need for Cognitive-Behavioral Treatment." Psychosomatics **47**(6): 498-503.

ATMACA, M., SIRLIER, B., YILDIRIM, H. and KAYALI, A. (2011). "Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder." Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry **35**(7): 1699–1703.

BACH, M. and BACH, D. (1995). "Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients." Psychotherapie and Psychosomatics **64**: 43-48.

BACH, M. , BACH, D. and DE ZWAAN, M. (1996). "Independency of Alexithymia and Somatization- A Factor-Analytic-Study." Psychosomatics **37**: 451-458.

BACH, M. and BACH, D. (1996). "Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: A comparative study." Psychotherapy and Psychosomatics **65**(3): 150-152.

BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A. and TAYLOR, G.J. (1994). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale- I. Item Selection and Cross-Validation of the Factor Structure." Journal of Psychosomatic Research **38**(1): 23-32.

BANKIER, B., AIGNER, M. and BACH, M. (2001). "Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression." Psychosomatics **42**(3): 235-240.

BARSKY, A. J. (1992). "Amplification, somatization, and the somatoform disorders." Journal of Consultation Liaison Psychiatry **33**(1): 28-34.

BARTHOLOMEW, K. (1990). "Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective." Journal of Social and Personal **7**(2): 147-178.

BARTHOLOMEW, K. and HOROWITZ, L.M. (1991). "Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model." Journal of Personality and Social Psychology **61**(2): 226-244.

BASS, C. and MURPHY, M. (1995). "Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways." Journal of psychosomatic research **39**(4): 403-427.

BERKING, M. (2010). Training emotionaler Kompetenzen. Springer-Verlag.

BERKING, M., WUPPERMAN, P., REICHARDT, A., PEJICD, T., DIPPELE, A. and ZNOJ, H. (2008). "Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy." Behaviour Research and Therapy **46**: 1230–1237.

BERKING, M. and ZNOJ, H. (2008). "Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK 27)." Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie **56**(2): 141-153.

BORKOVEC, T. D., NEWMAN, M.G., PINCUS, A.L. and LYTLE, R. (2002). "A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems." Journal of Consulting and Clinical Psychology **70**(2): 288-298.

BROWN, R.J. (2004). "Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model." Psychological Bulletin **130**(5): 793-812.

BULLINGER, M. (2000). "Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey." Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz **43**: 190-197.

BUTLER, A.C., CHAPMAN, J.E., FORMAN, E.M. and BECK, A.T. (2006). "The empirical status of cognitiv-behavioral therapy: A review of meta-analysis." Clin Psychol Rev **26**: 17-31.

CALDER, A.J., YOUNG, A.W., ROWLAND, D., PERRET, D.I., HODGES, J.R. and ETCOFF, N.L. (1996). "Facial Emotion Recognition after Bilateral Amygdala Damage: Differentially Severe Impairment of Fear." Cognitive Neuropsychology **13**(5): 699-745.

CIECHANOWSKI, P.S., WALKER, E.A., KATON, W.J. and RUSSO, J.E. (2002). "Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization." Psychosomatic Medicine **64**(4): 660-667.

COHEN, K., AULD, F. and BROOKER, H. (1994). "Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? ." Journal of Psychosomatic Research **38**(2): 119-127.

CROMBEZ, G., ECCLESTON, C., BAEYENS, F. and EELEN, P. (1998). "When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference." Pain **75**: 187-198.

DE WAAL, M. W. , ARNOLD , I.A. and EEKHOF, J.A.H. (2004). "Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders." The british Journal of Psychiatry **184**: 470-476.

DICKINSON, W.P., DICKINSON, L.M., DEGRUY, F.V., CANDIB, L.M., MAIN, D.S., LIBBY, A.M. and ROST, K. (2003). "The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses." General Hospital Psychiatry **25**: 1-7.

DILLING, H., MOMBOUR, W. and SCHMIDT, M.H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien., Huber-Verlag.

ELLERT, U. and KURTH, B.-M. (2004). "Methodische Betrachtungen zu den Summenscores des SF 36 anhand der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung." Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz **47**: 1027-1032.

ESCOBAR, J. I., RUBIO-STIPEC, M., CANINO, G. and KARNØ, M. (1989). "Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct: Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples
" Journal of Nervous and Mental Disease **177**(7): 140-146.

FINK, P. (1995). "Psychiatric illness in patients with persistent somatisation." The british Journal of Psychiatry **166**: 93-99.

FINK, P., SØRENSEN, L., ENGBERG, M., HOLM, M. and MUNK-JØRGENSEN, P. (1999). "Somatization in Primary Care-Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition." Psychosomatics **40**(4): 330-338.

FINK, P., TOFT, T., HANSEN, M.S., ØRNBØL, E. and OLESEN, F. (2007). "Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients." Psychosomatic Medicine **69**(1): 30-39.

FIRST, M.B., PINCUS, H.A., LEVINE, J.B., WILLIAMS, J.B.W., USTUN, B. and PEELE, R. (2004). "Clinical Utility as a Criterion for Revising Psychiatric Diagnoses." The American Journal of Psychiatry **161**: 946-954.

FRANZ, M., SCHNEIDER, C., SCHÄFER, R., SCHMITZ, N., ZWEYER, K. and (2001). "Faktorenstruktur und Testgütekriterien der deutschen Version der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) bei psychosomatischen Patienten." Psychother Psychosom Med Psychol **51**: 48-55.

FREUD, S. (1894). Die Abwehr-Neuropsychosen. Fischer- Verlag, 63.

FRYERS, T., MELZER, D. and JENKINS, R. (2003). "Social inequalities and the common mental disorders." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **38**(5): 229-237.

GARCIA-CAMPAYO, J., ALDA, M., SOBRADIEL, N., OLIVAN, B. and PASCUAL, A. (2007). "Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain." Journal of Psychosomatic Research **62**: 675 – 680.

GARYFALLOS, G., ADAMOPOULOU, A., KARASTERIGIOU, A., VOIKLI, M., IKONOMIDIS, N., DONIAS, S., GIOUZEPAS, J. and DIMITRIOU, E. (1999). "Somatoform Disorders: Comorbidity With Other DSM-III-R Psychiatric Diagnoses in Greece." Comprehensive Psychiatry **40**(4).

GRÄFE, K., ZIPFEL, S., HERZOG, W. and LÖWE, B. (2004). "Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)." Diagnostica **40**(4): 171-181.

GROSS, J.J. and LEVENSON, R.W. (1997). "Hiding feelings: The acute Effect of Inhibiting Negative and Positive Emotion." Journal of Abnormal psychology **106**(1): 95-103.

GÜNDEL, H., CEBALLO-BAUMANN, A.O. and VON RAD, M. (2000). "Aktuelle Perspektiven der Alexithymie." Der Nervenarzt **71**: 151-163.

GUTHRIE, E., MOOREY, J., MARGISON, F., BARKER, H., PALMER, S., MCGRATH, G., TOMENSON, B. and CREED, F. (1999). "Cost-effectiveness of Brief Psychodynamic-Interpersonal Therapy in High Utilizers of Psychiatric Services." Formerly Archives of General Psychiatry **56**(6): 519-526.

HAHN, S.R., KROENKE, K., SPITZER, R.L., BRODY, D., WILLIAMS, J.B.W., LINZER, M. and VERLOIN DEGRUY, F. (1996). "The difficult patient." Journal of General Internal Medicine **11**(1): 1-8.

HANEL, G., HENNINGSEN, P., HERZOG, W. and SAUER, N. (2009). "Depression, anxiety and somatoform disorders: Vague oder distinct categories in primary care. Result from a large cross-sectional study." Journal of Psychosomatic Research **67**: 189-197.

HAZAN, C. and SHAVER, P. (1987). "Romantic love conceptualized as an attachment process." Journal of Personality and Social Psychology **52**(3): 511-524.

HEIM, C., EHLERT, U. and HELLHAMMER, D.H. (2000). "The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders." Psychoneuroendocrinology **25**(1): 1-35.

HILLER, W., FICHTER, M.M. and RIEF, W. (2003). "A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness." Journal of psychosomatic research **54**(4): 369-380.

HILLER, W. and RIEF, W., Eds. (2008). Somatoforme Störungen. Psychische Erkrankungen -Klinik und Therapie-, Urban & Fischer.

HILLER, W., RIEF, W., ELEFANT, S., MARGRAF, J., KROYMANN, R., LEIBBRANDT, R. and FICHTER, M.M. (1997). "Dysfunktionale Kognitionen bei

Patienten mit Somatisierungssyndrom." Zeitschrift für klinische Psychologie **26**(3): 226-234.

HILLER, W., RIEF, W. and BRÄHLER, E. (2006). "Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms." Psychiatrie and Psychiatric Epidemiology **41**(9): 704-712.

IMBIEROWICZ, K. and EGLE, U. (2003). "Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder." European Journal of pain **7**(2): 113-119.

INTERIAN, A., ALLEN, L.A., GARA, M.A., ESCOBAR, J.I. and DIAZ-MARTINEZ, A.M. (2006). "Somatic Complaints in Primary Care: Further Examining the Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15)." Psychosomatics **47**(5): 392-398.

JACOBI, F., WITTCHEN, H.-U., HÖLTING, C., HÖFLER, M., PFISTER, H., MÜLLER, N. and LIEB, R. (2004). "Prevalence co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)." Psychological Medicine **34**: 597-611.

JOINER, T. and TIMMONS, K.A., Eds. (2002). Depression on its interpersonal Context. Handbook of Depression.

KAPFHAMMER, H.P. (1997). "Somatoforme Störungen und Konversionsstörungen im Krankenhaus." Psychotherapie 2. Jahrg **2**(2): 72-82.

KAPFHAMMER, H.P. (2001a). "Somatisierung-Somatoforme Störungen-Ätiopathogenetische Modelle." Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. **69**: 58-77.

KAPFHAMMER, H.P. (2001b). "Somatoforme Störungen-Historische Entwicklung und moderne diagnostische Konzeptualisierung." Nervenarzt **72**: 487-500.

KAPFHAMMER, H.P. (2008). "Somatoforme Störungen. Konzept, Klinik, Ätiopathogenese und Therapie." Der Nervenarzt **79**: 99-117.

KARLSSON, H., NÄÄTÄNEN, P. and STENMAN, H. (2008). "Cortical activation in Alexithymia as a response to emotional stimuli." The british Journal of Psychiatry **192**: 32-38.

KLEINER, L. and MARSHALL, W.L. (1987). "The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks." Journal of Anxiety Disorders **1**(4): 313-323.

KLEINSTÄUBER, M., THOMAS, P., WITTHÖFT, M. and HILLER, W. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen., Springer-Verlag.

KOH, K. B., KIM, D.K., KIM, S.Y. and PARK, J.K. (2005). "The Relation Between Anger Expression, Depression, and Somatic Symptoms in Depressive Disorders and Somatoform Disorders." Journal of Clinical Psychiatry **66**(4): Journal of Clinical Psychiatry.

KOH, K.B., KIM, D.K., KIM, S.Y., PARK, J.K. and HAM, M. (2008). "The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders." Psychiatry Research **160**(3): 372-379.

KOOIMAN, C.G., BOLK, J.H., BRAND, R., TRIJSBURG, R.W. and ROOIJMANS, H.G.M. (2000). "Is Alexithymia a Risk Factor for unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients." Psychosomatic Medicine **62**: 768-778.

KRAAIJ, V. , PRUYMBOOM, E. and GARBEFSKI, N. (2002). "Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study.
." Aging & Mental Health **6**(3): 275-281.

KROENKE, K. (2007). "Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials." Psychosomatic Medicine **69**(9): 881-888.

KROENKE, K. , SPITZER, R.L. and WILLIAMS, J.B.W. (2002). "The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms." Psychosomatic Medicine **64**(2): 258-266.

KROENKE, K., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J.B., LINZER, M., HAHN, S.R., DEGRUY, F.V. and BRODY, D. (1994). "Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment." Archives of Family Medicine **3**(9): 774-779.

LANE, R.D., QUINLAN, D.M., SCHWARTZ, G.E., WALKER, P.A. and TEITLIN, S.B. (1990). "The Levels of Emotional Awareness Scale: A Cognitive-Developmental Measure of Emotion." Journal of Personality Assessment **55**(1-2).

LANE, R.D., SECHREST, L., REIDEL, R., WELDOM, V. , KASNIAK, K. and SCHWARTZ, G.E. (1996). "Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia." Psychosomatic Medicine **58**(3): 203-210.

LANE, R.D., SECHRESTA, L. and RIEDELA, R. (1998). "Sociodemographic correlates of alexithymia ." Comprehensive Psychiatry **39**(6): 377-385.

LEIBBRAND, R., HILLERA, W. and FICHTERA, M.M. (1999). "Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders." Comprehensive Psychiatry **40**(3): 203-209.

LEVINE, D. , MARZIALI, E. and HOOD, J. (1997). "Emotion Processing in Borderline Personality Disorders." Journal of Nervous & Mental Disease **185**(4): 240-246.

LIEB, R., PFISTER, H., MASTALER, M. and WITTCHEN, H.-U. (2000). "Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments." Acta Psychiatrica Scandinavica **101**(3): 194-208.

LIU, G., CLARK, M.R. and EATON, W.W. (1997). "Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study." Psychological Medicine **27**(3): 617-626.

LIU, L., COHEN, S., SCHULZ, M.S. and WALDINGER, R.J. (2011). "Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression." Social Science and Medicine **73**(9): 1436-1443.

LORENZ, J., HAUCK, M., PAUR, R.C., NAKAMURA, Y., ZIMMERMANN, R., BROMM, B. and ENGEL, A.K. (2005). "Cortical correlates of false expectations during pain intensity judgments—a possible manifestation of placebo/nocebo cognitions." Brain, Behavior, and Immunity **19**(4): 283-295.

LÖWE, B., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J. B. W., MUSSELL, M., SCHELLBERG, D. and KROENKE, K. (2008). "Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment." General Hospital Psychiatry **30**: 191-199.

LUMLEY, M.A. (2000). "Alexithymia and negative emotional conditions." Journal of Psychosomatic Research **49**(1): 51-54.

LUMLEY, M.A., ASSELIN, L.A. and NORMAN, S. (1997). "Alexithymia in chronic pain patients." Comprehensive Psychiatry **38**(3): 160–165.

LUTZ, W., SCHÜRCH, E., STULZ, N., BÖHNKE, J.R., SCHÖTTKE, H., ROGNER, J. and WIEDL, K.H. (2009). "Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP)." Diagnostica **55**(2): 106-116.

MARCHESI, C., BRUSAMONTI, E. and MAGGINI, C. (2000). "Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?" **49**(1): 43-49.

MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, F., ATO-GARCÍA, M. and ORTIZ-SORIA, B. (2003). "Alexithymia – State or Trait?" The Spanish Journal of Psychology **6**(1): 51-59.

MATTILA, A.K., KRONHOLM, E., JULA, A., SALIMEN, J.K., KOIVISTO, A.-M., MIELONEN, R.L. and JOUKAMAA, M. (2008). "Alexithymia and Somatization in General Population." Psychosomatic Medicine.

MEYER, C., RUMPF, H.-J., HAPKE, U., DILLING, H. and JOHN, U. (2000). "Lebzeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie." Der Nervenarzt **71**(7): 535-542.

MIN, S.K. (2009). "Hwabyung in Korea: Culture and Dynamic Analysis." World Cultural Psychiatry Research Review: 12-21.

MORSCHITZKY, H. (2007). Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund., Springer-Verlag, 1-13.

MULLINS, L. L. and OLSON, R. A. (1990). "Familial factors in the etiology, maintenance, and treatment of somatoform disorders in children." Family Systems Medicine **8**(2): 159-175.

NOVICK-KLINE, P. , TURK, C.P., DOUGLAS, S. , MENNIN, D.S., HOYT, E.A. and GALLAGHER, C.L. (2005). "Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder ." Journal of Anxiety Disorders **19**(5): 557–572.

NOYES, R., STUART, S.P., LANGBEHN, D.R., HAPPEL, R.L., LONGLEY, S.L., MULLER, B.A. and YAGLA, S.J. (2003). "Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis." Psychosomatic Medicine **65**: 292-300.

PARKER, J.D.A., TAYLOR, G.J. and BAGBY, R.M. (2003). "The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population." Journal of Psychosomatic Research **55**: 269-275.

PENNEBAKER, J.W. and SEAGER, J.D. (1999). "Forming a Story: The Health Benefits of Narrative."
." Journal of Clinical Psychology **55**: 1243–1254.

PETRIE, K. J., BROADBENT, E., KLEY, N., MOSS-MORRIS, R., HORNE, R. and RIEF , W. (2005). "Worries About Modernity Predict Symptom Complaints After Environmental Pesticide Spraying." Psychosomatic Medicine **67**(5): 778-782.

PORCELLI, P., LEOCI, C. , GUERRA, V., TAYLOR, G.J. and BAGBY, R.M. (1996). "A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease." Journal of Psychosomatic Research **41**(6): 569–573.

RIEF, W. , PILGER, F., IHLE, D. , VERKERK, R. , SCHARPE, S. and MAES, M. (2004). "Psychobiological Aspects of Somatoform Disorders: Contributions of Monoaminergic Transmitter Systems." Neuropsychobiology **49**: 24–29

RIEF , W. and AUER, C. (2001). "Is somatization a habituation disorder? Physiological reactivity in somatization syndrome." Psychiatry Research **101**(1): 63-74.

RIEF, W. and BARSKY, A. J. (2005). "Psychobiological perspectives on somatoform disorders." Psychoneuroendocrinology **30**: 996-1002

RIEF, W. and BROADBENT, E. (2007). "Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms." Clinical Psychology Review **27**(7): 821-841.

RIEF, W., HESSEL, A. and BRAEHLER, E. (2001). "Somatization Symptoms and Hypochondriacal Feature in the general Population." Psychosomatic Medicine **63**: 595-602.

RIEF, W. and HILLER, W. (2011). Fortschritte der Psychotherapie, Somatisierungsstörung., Hogrefe-Verlag.

RIEF, W., HILLER, W. and GEISSNER, E. (1995). "ATwo-Year Follow-Up Study of Patients With somatoform Disorders." Psychosomatics **36**: 376-386.

RIEF, W., HILLER, W. and MARGRAF, J. (1998). "Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome." Journal of Abnormal Psychology **107**(4): 587-595.

RIEF, W., SCHAEFER, S., HILLER, W. and FICHTER, M.M. (1992). "Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: Which came first?" European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience **241**(4): 236-240.

RIEF, W., SHAW, R. and FICHTER, M.M. (1998). "Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome." Psychosomatic Medicine **60**(2): 198-203.

ROST, K.M., AKINS, R.M., BROWN, F.W. and SMITH, G.R. (1992). "The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder." General Hospital Psychiatry **14**(5): 322-326.

RUDOLF, G. and HENNINGSEN, P., Eds. (2006). Somatoforme Störungen. Psychodynamische Psychotherapien, Springer-Verlag.

RUIZ, M.A., PINCUS, A.L., BORCOVEC, T.D., ECHEMENDIA, R.J., CASTONGUAY, L.G. and RAGUSEA, S.A. (2004). "Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for Predicting Treatment Outcome: An Investigation With The Pennsylvania Practice Research Network." JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT **83**(3): 213-222.

SALMINEN, J.K., SAARIJÄRVI, S., ÄÄRELÄ, E. and TAMMINEN, T. (1994). "Alexithymia—state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients." Journal of Psychosomatic Research **38**(7): 681-685.

SALMINEN, J.K., SAARIJÄRVI, S., ÄÄRELÄ, E., TOIKKA, T. and KAUKHANEN, J. (1999). "Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland." Journal of Psychosomatic Research **46**(1): 75-82.

SAMELIUS, L., WIJMA, B., WINGREN, G. and WIJMA, K. (2007). "Somatization in Abused Women." Journal of Women's Health **16**(6): 909-918.

SAB, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M. and HOUBEN, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen -Textrevison-. Hogrefe-Verlag, 539-568.

SCHOEPP, D., HEUN, R., WEIFFENBACH, O., HERRMANN, S. and MAIER, W. (2003). "4-Wochen-Prävalenz somatoformer Störungen und assoziierte psychosoziale Beeinträchtigung." Der Nervenarzt **74**: 245-251.

SCHUMACHER, J., KLAIBERG, A. and BRÄHLER, E. (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe-Verlag, 9-10.

SEIFFGE-KRENKE, I. (2000). "Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology." Journal of Adolescence **23**(6): 675–691.

SPECKENS, A. E. M., VAN HEMERT, A.M., SPINHOVEN, P. , HAWTON, K.E., BOLK, J.H. and ROOIJMANS, H.G.M. (1995). "Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial." British Medical Journal **311**: 1328-1332.

SPECKENS, A.E.M., VAN HEMERT, A.M., SPINHOVEN, P. and BOLK, J.H. (1996). "The diagnostic and prognostic significance of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales and the Somatosensory Amplification Scale." Psychological Medicine **26**(5): 1085-1090.

SPITZER, R. L., KROENKE, K., LINZER, M., HAHN , S.R., WILLIAMS, J. B. W., DEGRUY, F.V., BRODY, D. and DAVIES, M. (1995). "Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients With Mental Disorders." The Journal of the American Medical Association **274**(19): 1511-1517.

STEGEN, K., DE BRUYNE, K., RASSCHAERT, W., VAN DE WOESTIJNE, K.P. and VAN DEN BERGH, O. (1999). "Fear-relevant images as conditioned Stimuli for somatic complaints, respiratory behavior, and reduced end-tidal pCO₂." Journal of Abnormal Psychology **108**: 143-152.

STUART, S. and NOYES, R. (2006). "Interpersonal Psychotherapy for Somatizing Patients." Psychotherapy and Psychosomatics **75**: 209-219.

SUBIC-WRANA, C., BEUTEL, M.E., KNEBEL, A. and LANE, R. (2010). "Theory of Mind and Emotional Awareness Deficits in Patients With Somatoform Disorders." Psychosomatic Medicine **72**(4): 404-411.

SUBIC-WRANA, C., BRUDER, S., THOMAS, W., LANE, R.D. and KÖHLE, K. (2005). "Emotional Awareness Deficits in Inpatients of a psychosomatic Ward: A comparison of Two Different Measures of Alexithymia." Psychosomatic Medicine **67**: 483-489.

SUBIC-WRANA, C., THOMAS, W., HUBER, M. and KÖHLE, K. (2001). "Levels of emotional Awareness Scale (LEAS). Die deutsche Version eines neuen Alexithymietests." Psychotherapeut **46**: 176-181.

TAYLOR, G.J., PARKER, J.D.A., BAGBY, R.M. and ACKLIN, M.W. (1992). "Alexithymia and somatic complaints in psychiatric Out-Patients." Journal of Psychosomatic Research **36**(5): 417-424.

TAYLOR, R.E., MANN, A.H., WHITE, N.J. and GOLDBERG, D.P. (2000). "Attachment style in patients with unexplained physical complaints." Psychological Medicine **30**: 931-941.

THOMSON, R.A. (2008). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition, Monographs of the Society for Research in Child Development, 25-52.

TOGERSEN, S. (1986). "Genetics of somatoform disorders." Archives of General Psychiatry **43**(5): 502-505.

VALET, M., GUNDEL, H., SPRENGER, T., SORG, C., MUHLAU, M., ZIMMER, C., HENNINGSEN, P. and TOLLE, T.R. (2009). "Patients With Pain Disorder Show Gray-Matter Loss in Pain-Processing Structures: A Voxel-Based Morphometric Study." Psychosomatic Medicine **71**: 49-56.

VAN DEN BERGH, O. , WINTERS, W., DEVRIESE, S. and VAN DIEST, I. (2002). "Learning subjective health complaints." Scandinavian Journal of Psychology **43**: 147-152.

VAN DIJKE, A., FORD, J.D., VAN DER HART, O., VAN SON, M., VAN DER HEIJDEN, P. and BÜHRING, M. (2010). "Affect Dysregulation in Borderline Personality Disorder and somatoform disorder: Differentiating Under- and Over-Regulation." Journal of Personality Disorders **24**(3): 296-311.

VAN RAVESTEIJN, H. , WITTKAMPF, K., LUCASSEN, P., VAN DE LISDONK, E., VAN DEN HOGEN, H., VAN WEERT, H., HUIJSER, J., SCHENE, A., VAN WEEL, C. and SPECKENS, A. (2009). "Detecting somatoform disorders in Primary Care with the PHQ- 15." Ann Fam Med **7**(3): 232-238.

VERHAAK, P.F.M. , MEIJER, S.A., VISSER, A.P. and WOLTERS, G. (2006). "Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice." Family Practice **23**(4): 414-420.

VIOLON, A. (1985). "Family etiology of chronic pain." International Journal of Family Therapy **7**(4): 235-246.

VOIGT, K. , WOLLBURG, E., WEINMANN, N., HERZOG, A., MEYER, B., LANGS, G. and LÖWE, B. (2012). "Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder — Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration." Journal of Psychosomatic Research **73**(5): 345-350.

VOIGT, K., NAGEL, A., MEYER, B., LANGS, G., BRAUKHAUS, C. and LÖWE, B. (2010). "Towards positive diagnostic criteria: A systemic review of somatoform disorder diagnoses and suggestion for future classification." Journal of psychosomatic research **68**(5): 403-414.

WALDINGER, R.J., SCHULZ, M.S., BARSKY, A.J. and AHERN, D.K. (2006). "Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment." Psychosomatic Medicine **68**(1): 129-135.

WALLER, E. and SCHEIDT, C.E. (2004). "Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of Alexithymia." Journal of psychosomatic research **57**: 239-247.

WALLER, E. and SCHEIDT, C.E. (2006). "Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective." International Review of Psychiatry **18**(1): 13-24.

WATSON, D. and CLARK, L.A. (1984). "Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States." Psychological Bulletin **96**(3): 465-490.

WATSON, D. and PENNEBAKER, J.W. (1989). "Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity." Psychological Review **96**(2): 243-254.

WEARDEN, A.J., LAMBERTON, N., CROOK, N. and WALSH, V. (2005). "Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: an extension to the four category model of attachment." Journal of Psychosomatic Research **58**(3): 279-288.

WELPE, I. (2008). "Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Ein Leben in autonomer Verantwortung." Deutsches Ärzteblatt **105**(10): 514-517.

WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M. and FYDRICH, T. (1997). Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I. Hogrefe-Verlag.

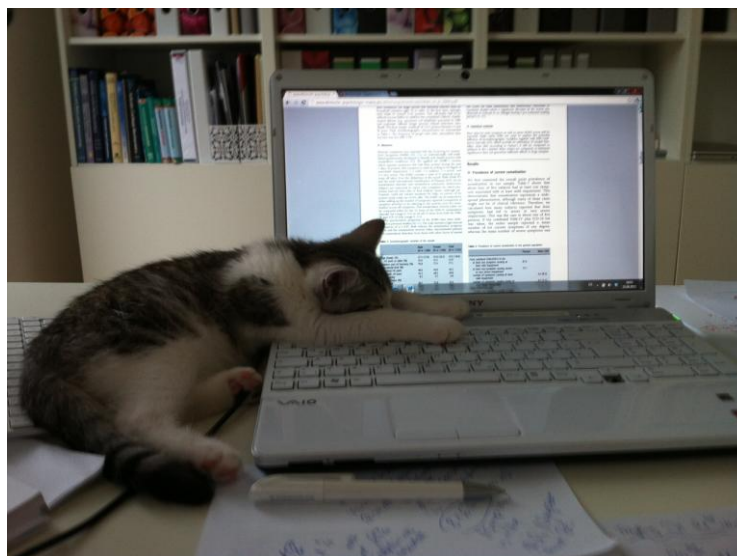
WITTHÖFT, M. and W., HILLER (2010). "Psychological Approaches to Origins and Treatments of Somatoform Disorders." Annual Review of Clinical Psychology **6**: 257-283.

ZNOJ, H., NICK, L. and GRAWE, K. (2004). "Intrapsychische und interpersonale Regulation von Emotionen im Therapieprozess." Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie **33**(4): 261-269.

8. Danksagung

Ich danke meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben und mir immer das Gefühl vermitteln, dieser Arbeit gewachsen zu sein. Ich danke zudem meinem Bruder Arndt, der mir bei „Computernotfällen“ immer unterstützend zur Seite stand, meinem Freund Lars, der meine Stimmungsschwankungen hervorragend mitgetragen hat und meinen Freunden, die mich wenn notwendig validierten, aber auch im rechten Moment motivierten, weiter zu machen.

Mein besonderer Dank gilt zudem Katharina Voigt für ihre Geduld und ihre großartige Unterstützung, Dr. Eileen Wollburg für ihr Engagement und ihren Überblick in der Erhebungsphase, Dr. Gernot Langs und Prof. Dr. Löwe, die dieses Forschungsprojekt ermöglicht haben und meinen tierischen Unterstützern.



9. Curriculum Vitae



Nina Friederike Weinmann, geb. am 05.04.1980

UNIVERSITÄRE AUSBILDUNG

10/1999 – 10/2007 Studium Humanmedizin, Universität zu Lübeck

KLINISCHE AUSBILDUNG

- 08/2003 : 5-wöchige Famulatur, Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- 08/2004: 9-wöchige Famulatur, Ästhetisch-Plastische Chirurgie, Holstentor-Privatklinik, Lübeck, Dr. med. Bräutigam und Dipl. Oec. med. Dr. med. Marcus Schlichter
- 02/2005: 4-wöchige Famulatur, Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Lübeck
- 10/2006-
02/2007 1. Tertial des Praktischen Jahres: Wahlfach Kiefer- und Gesichtschirurgie Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- 02/2007-
05/2007 2. Tertial des Praktischen Jahres: Chirurgie, Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie, Sana Kliniken Lübeck
- 05/2007-
08/2007 3. Tertial des Praktischen Jahres: Innere Medizin, Sana Kliniken Lübeck

BERUFLICHER WERDEGANG

- Seit 11/2007 Assistenzärztin in der SCHÖN Klinik Bad Bramstedt (Fachklinik für psychosomatische Medizin), in dieser Zeit Halten mehrerer Burnout- Vorträge sowie Leitung eines Burnout-Workshops bei der 30. Jahrestagung AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 14.-16.10.2011 in Erkner

PROMOTION

03/2010- 06/2011: Erhebungszeitraum

Seit 2011: Verfassen der Promotion

PUBLIKATIONEN

Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G., Löwe, B. (2012). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder—Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of psychosomatic research*, 73(5): 345-350.

Nagel, A., Voigt, K., Meyer, B., Langs, G., Braukhaus, C., Wollburg, E., Weinmann, N., Löwe, B. (2011). Somatoforme Störungen im DSM-5: Entwicklung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zur Fallidentifikation, Schweregradmessung und Verlaufsbeurteilung. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(02), A057.

Eingereicht beim Journal of Psychosomatic Research:

"Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study"

Autoren: Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G., Löwe, B.

10. Anhang:

SEK-27

In der letzten Woche...

- 1)...achtete ich auf meine Gefühle.
- 2)...konnte ich positivere Gefühle gezielt herbei führen.
- 3)...verstand ich meine emotionalen Reaktionen.
- 4)...fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.
- 5)...konnte ich auch negative Gefühle annehmen.
- 6)...hätte ich klar benennen können, wie ich mich gerade fühle.
- 7)...hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.
- 8)...machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte.
- 9)...versuchte ich, mir in belastenden Situationen selber Mut zu machen.
- 10)...konnte ich meine negativen Gefühle beeinflussen.
- 11)...wusste ich, was meine Gefühle bedeuten.
- 12)...schenkte ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.
- 13)...war mir klar, was ich gerade fühlte.
- 14)...merkte ich gut, wenn meine Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagierte.
- 15)...versuchte ich mich in belastenden Situationen selber aufmuntern.
- 16)...konnte ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen hatte.
- 17)...konnte ich zu meinen Gefühlen stehen.
- 18)...war ich sicher, auch intensive, unangenehme Gefühle aushalten zu können.
- 19)...setzte ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.
- 20)...war mir bewusst, warum ich mich so fühlte, wie ich mich fühlte.
- 21)...war mir klar, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann.
- 22)...konnte ich wichtige Ziele verfolgen, auch wenn ich mich dabei unsicher oder unwohl fühlte.
- 23)...akzeptierte ich meine Gefühle.
- 24)...waren meine körperlichen Reaktionen ein gutes Signal dafür, wie ich mich fühlte.
- 25)...wusste ich gut, wie es mir gerade geht.
- 26)...fühlte ich mich stark genug, auch belastende Gefühle aushalten zu können.
- 27)...stand ich mir in belastenden Situationen selbst zur Seite.

überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	(fast) immer
0	1	2	3	4

Fragen der Skala interpersonale Beziehung des FEP

In der letzten Woche...

- ...hatte ich Probleme, mich für andere zu freuen (Frage 11)
- ...war ich leicht von Anderen zu überreden (Frage 13)
- ...hatte ich Probleme, Andere zu unterstützen (Frage 16)
- ...hatte ich Probleme, Aggressionen zu zeigen, wenn nötig (Frage 18)
- ...war ich leicht von anderen auszunutzen (Frage 20)
- ...hatte ich Probleme, vertrauten Personen gegenüber Ärger zu äußern, wenn nötig (Frage 25)
- ...gingen mir die Probleme anderer Menschen schnell zu nahe (Frage 26)
- ...hatte ich Probleme, auf andere Menschen zuzugehen (Frage 28)
- ...hatte ich Probleme, anderen negative Gefühle mitzuteilen (Frage 32)
- ...mischte ich mich zu sehr in die Angelegenheiten anderer ein (Frage 33)
- ...hatte ich Probleme, anderen gegenüber offen zu sein und Gefühle zu zeigen (Frage 36)
- ...war ich schnell vor Anderen verlegen (Frage 40)

nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
1	2	3	4	5

PHQ 15

Wie stark wurden Sie in den letzten vier Wochen durch eines der folgenden Symptome beeinträchtigt

- 1) Bauchschmerzen
- 2) Rückenschmerzen
- 3) Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken
- 4) Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation
- 5) Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr
- 6) Kopfschmerzen
- 7) Schmerzen im Brustbereich
- 8) Schwindel
- 9) Ohnmachtsanfälle
- 10) Herzklopfen oder Herzrasen
- 11) Kurzatmigkeit
- 12) Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall
- 13) Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden

nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
0	1	2

- 14) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
- 15) Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als d. Hälfte d. Tage oder beinahe jeden Tag
0	1	2

SF-36

In den folgenden Fragen geht es um Ihren Gesundheitszustand, darum wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Fragen die Antwortmöglichkeit an, die am besten auf Sie zutrifft.

a. Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

b. Im Vergleich zu vor einem Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Derzeit viel besser als vor einem Jahr	Derzeit etwas besser als vor einem Jahr	Etwa so wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr
☐	☐	☐	☐	☐

c. Die folgenden Fragen beschreiben Tätigkeiten, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
<u>Anstrengende Tätigkeiten</u> , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
<u>Mittelschwere Tätigkeiten</u> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
<u>Mehrere</u> Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐
<u>Einen</u> Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
Sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
<u>Mehr als einen Kilometer</u> zu Fuß gehen	☐	☐	☐

<u>Mehrere hundert Meter</u> zu Fuß gehen	☐	☐	☐
<u>Einhundert Meter</u> zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

d. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ich konnte nicht <u>so lange</u> wie üblich tätig sein	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe <u>weniger geschafft</u> als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
Ich konnte <u>nur bestimmte Dinge</u> tun	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte <u>Schwierigkeiten</u> bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	☐	☐	☐	☐	☐

e. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ich konnte nicht <u>so lange</u> wie üblich tätig sein	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe <u>weniger geschafft</u> als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
Ich konnte nicht so <u>sorgfältig</u> wie üblich arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐

f. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
☐	☐	☐	☐	☐

g. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐	☐

h. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
☐	☐	☐	☐	☐

i. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht

Wie oft waren Sie in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> ...	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
voller Leben?	☐	☐	☐	☐	☐
sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐
so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufheitern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐
voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐
entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐
erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐
müde?	☐	☐	☐	☐	☐

j. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
☐	☐	☐	☐	☐

k. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin genauso gesund wie andere Menschen, die ich kenne	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte, dass mein Gesundheitszustand sich verschlechtert	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Gesundheitszustand ist ausgezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐

Aufklärungsbogen zur Studie

Differentialdiagnostik psychischer Störungen: Somatoforme Störungen, Depression, Angststörungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie werden gebeten, an einer Untersuchung teilzunehmen, die der Verbesserung der Diagnostik psychischer Erkrankungen dient. Ziel der Untersuchung ist es, Merkmale zu ermitteln, die bei der Unterscheidung verschiedener Erkrankungen sowie bei der Vorhersage des Krankheitsverlaufs hilfreich sind (z.B. bestimmte Symptome oder Verhaltensweisen).

Wir bitten Sie daher, zu Beginn der stationären Behandlung an einem diagnostischen Gespräch teilzunehmen sowie sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Behandlung einige Fragebögen auf einem elektronischen Gerät (einem sog. Tablet PC) zu bearbeiten. Des Weiteren möchten wir Sie um die Erlaubnis bitten, einige soziodemographische sowie medizinische Informationen aus ihrer Krankenakte für die Untersuchung verwenden zu dürfen.

Darüber hinaus möchten wir Ihnen ca. ein Jahr nach ihrer stationären Behandlung noch einmal einen kurzen Fragebogen zusenden.

Wenn Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung.

Sie können jedoch auch nach der schriftlichen Einverständniserklärung jederzeit Ihre freiwillige Teilnahme an unserem Forschungsprojekt ohne Angabe von Gründen und ohne irgendwelche Nachteile abbrechen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Behandlung dadurch in keiner Weise beeinflusst wird.

Die Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert (verschlüsselt) durch die Vergabe von Codenummern. Eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt nur in anonymisierter Form.

Projektleitung:

PD Dr. med. Gernot Langs, Chefarzt
Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Telefon: 04192-504-602

Prof. Dr. med. Bernd Löwe
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040-7410-59733

Einverständniserklärung zur Studie

Differentialdiagnostik psychischer Störungen: Somatoforme Störungen, Depression, Angststörungen

Herr/Frau _____ hat mich vollständig über das Wesen und die Bedeutung der geplanten Studie aufgeklärt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Aufklärungsblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens und der Einverständniserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten der Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen unterliegen. Sie werden elektronisch aufgezeichnet und auf elektronischen Datenträgern pseudonymisiert (verschlüsselt) gespeichert. Die Nutzung der Daten erfolgt pseudonymisiert durch die Vergabe von Codenummern. Eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt nur in anonymisierter Form. Die Speicherung der Daten ist für die Dauer von 10 Jahren vorgesehen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Durchführung der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

Bad Bramstedt, den _____.____._____

Unterschrift des Probanden

Adresse:

Telefonnr.:

Unterschrift des/der Aufklärenden

11. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: 