Moderne Zeiten

Antworten der Psychosomatik und Psychotherapie

26. bis 29. März 2014, Berlin

Abstractbuch

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
65. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)

www.deutscher-psychosomatik-kongress.de

dgpm Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.

DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

5–73

Wissenschaftliche Symposien

75–140

Postersessions

141–147

Autorenindex

Psycho - Somatik

Dialog statt Dualismus

25. bis 28. März 2015, Berlin

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
66. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)

www.deutscher-psychosomatik-kongress.de

dgpm Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.

DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Wissenschaftliche Symposien

Feeling unreal: Psychobiology of depersonalization

Physiology of emotional and self-related processing in depersonalization disorder

Gaebler Michael[1], Lamke Jan-Peter[1], Daniels Judith[1], Walter Henrik[1]
[1]Forschungsbereich Mind and Brain Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

I will present data of our fMRI experiment in which we aimed at dissecting two core symptom clusters of depersonalization disorder (DPD): Twenty-two DPD patients and the same number of matched healthy controls underwent a sequence of well-established cognitive-affective paradigms covering the symptom space between (1) pathological emotional and (2) altered self-related processing. Apart from brain activation, we acquired additional physiological measures. Bodily processes can not only be assumed to be implied in emotional and self-related processing but are likely to be altered in DPD.

Interoceptive awareness in depersonalization-derealization-disorder

Michal Matthias[1], Schulz Andre[2]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universtitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, [2]Research Unit INSIDE, Research Group Self-Regulation and Health, University of Luxembourg, Luxemburg, Luxemburg

Narratives of disembodiment are a core feature of depersonalization disorder (DPD). Patients complain that parts of their body feel as if they don't belong to them or that they have the feeling of being outside their body. Given these narratives about disembodiment, emotional numbing and neurobiological findings of an inhibition of insular activity, DPD may be considered as a mental disorder with specific impairments of interoceptive awareness. Therefore, we investigated interoceptive accuracy of DPD patients as compared to healthy controls with two different heartbeat detection tasks ("Schandry heartbeat counting task" and "Whitehead heartbeat discrimination task"). Subjective accuracy of body perception was measured by a questionnaire. Contrary to our hypothesis, DPD patients performed similarly to healthy controls on the two different heartbeat detection tasks, and they had equal scores regarding their self-rated accuracy of body perception. There was no correlation of the severity of "anomalous body experiences" and depersonalization with measures of interoceptive accuracy. Only among healthy controls cardioceptive accuracy in the Schandry task was positively correlated with self-rated accuracy of body perception. Depersonalization was unrelated to severity of depression or anxiety, while depression and anxiety were highly correlated. Our main findings highlight a striking discrepancy of normal interoceptive accuracy with overwhelming experiences of disembodiment in DPD. This may reflect difficulties of DPD patients to integrate their bodily perceptions into a sense of their selves. This problem may be considered an important target for psychotherapeutic treatment approaches.

An investigation of embodiment through depersonalization

Adler Julia[1], Schabinger Nadine[1], Michal Matthias[1], Beutel Manfred[1], Gillmeister Helge[2]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, [2]Department of Psychology, University of Essex, Essex, Vereinigtes Königreich

After anxiety and depression, *depersonalization* (DP) is the third most common psychological symptom (Simeon, 2004). It is characterized by *disembodiment*, a feeling of detachment from one's self and one's body, which is thought to be the result of disturbances in the ability to distinguish one's self from other people. We investigated, how the *embodiment* (ie. subconscious simulation) of viewed touch sensations unfolds in the brains of people with high and low levels of DP when they view touch on their own body (self) compared to another person's body (other). The novelty of this work lies in linking DP with embodiment phenomena, in using somatosensory event related potentials (ERPs) to investigate to investigate the temporal dynamics of embodiment.

Depersonalisation symptoms during acute social stress: predictors and consequences on the psychological and biological level

Hoyer Juergen[1], Braeuer David[1], Wersch Paul[1], Klumbies Elisabeth[2], Kirschbaum Clemens[2]
[1]Technische Universität Dresden, Clinical Psychology and Psychotherapy, Dresden, Deutschland, [2]Technische Universität Dresden, Biopsychology, Dresden, Deutschland

Depersonalization/derealization symptoms frequently occur during oral exams and other social performance situations. We argue that induced social stress can serve as a paradigm for studying predictors and consequences of these symptoms.
N = 54 patients with social phobia and N = 34 control participants without mental disorders were examined prior to, during, and after a standardized social performance situation (Trier Social Stress Test, TSST). An adapted state version of the Cambridge Depersonalization Scale (CDS) was applied along with measures of social anxiety, depression, personality, participants' subjective appraisal, safety behaviors, and post-event processing. Selected physiological stress parameters (cortisol, alpha-amylase, HR, HRV) were also assessed.

Depersonalization symptoms were more frequent in social phobia patients (92%) than in controls (52%). Respondents most often stated that they did not have access to their thoughts, that they felt „strange" and that they perceived their own voice as "unreal". Specifically in patients, depersonalization symptoms were highly positively correlated with safety behaviors and post-event-processing, even after controlling for social anxiety. Given the typical discordance of biological and psychological parameters, no general correlations between corticosteroid concentrations and CDS were found. Heart rate (negatively) and heart rate acceleration (positively) were associated with depersonalization symptoms during the test situation, but only as a statistical tendency and only in the patient group.
The results demonstrate that (mild) depersonalization symptoms are indeed frequent during social stress. Physiological data are compatible with the view that depersonalization symptoms are associated with an excessive sympathico-adrenal response and may serve a compensatory function. The role of depersonalization/ derealization in the maintenance of social anxiety should be more thoroughly recognized and explored.

Interaction between the Oxytocin Receptor Gene (OXTR rs53576), attachment trauma, and risk of depersonalization

Bechtluft-Sachs Julia[1], Frieling Helge[2], Beutel Manfred E[1], Michal Matthias[1], Reiner Iris[1]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, [2]Medizinische Hochschule Hannover Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

Depersonalization denotes symptoms characterized by feelings of detachment or estrangement from one's self. Little is known about genetic foundations of depersonalization or the association between depersonalization and unresolved attachment trauma. The present study aimed (1) to explore the association between unresolved attachment trauma and depersonalization, (2) to elucidate the relationship between OXTR 53576 polymorphism and depersonalization and (3) to examine whether the association between OXTR 53576 polymorphism and depersonalization is moderated by attachment trauma. The total sample of the present study consisted of 85 women - 43 depressed patients and 42 female healthy control subjects - aged 19-52. Depersonalization was measured by means of the Cambridge Depersonalization Scale; unresolved attachment trauma was assessed with the Adult Attachment Interview. OXTR 53576 Genotypes were obtained from blood samples. We found no relationship between unresolved attachment trauma, genotype and depersonalization. However, individuals with unresolved attachment trauma were significantly more depersonalized when they carried the GG-Allele, individuals with unresolved attachment trauma and the AG/AA-Genotype had the lowest depersonalization scores. Our results reveal heightened susceptibility to environmental influences for carriers of the OXTR 53576 GG allele, and suggest that the interplay between oxytocin-receptor related genes and attachment related trauma leads to depersonalization symptoms.

Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD) - Ergebnisse einer multizentrischen Studie im Förderschwerpunkt "Klinische Studien der DFG"

Design, Rekrutierung und ausgewählte Baseline-Daten

Albus Christian[1], Beutel Manfred E., Deter Hans-Christian, Fritzsche Kurt, Hellmich Martin, Jordan Jochen, Jünger Jana, Krauth Christian, Ladwig Karl-Heinz, Michal Matthias, Petrowski Katja, Ronel Joram, Söllner Wolfgang, Weber Cora, Herrmann-Lingen Christoph
[1]Universität Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland

Hintergrund: Depressivität ist ein gesicherter Risikofaktor für die Entstehung und den Verlauf der Koronaren Herzerkrankung (KHK). Randomisierte, kontrollierte Studien zur Psychotherapie depressiver Symptome bei Menschen mit KHK konnten bislang nur schwache bis moderate Effekte auf die psychische Symptomatik und keine signifikanten Effekte auf den Krankheitsverlauf darstellen. Als mögliche Ursachen kommen eine zu geringe oder nicht auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Psychotherapieform und -dosis in Betracht. Überdauernde Muster der Selbst- und Beziehungsregulation, die eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber depressiven Dekompensationen darstellen, können in einer Kurzzeit-Therapie vermutlich nur unzureichend adressiert werden. Im Kontext der KHK könnte insbesondere das häufige „Typ D Persönlichkeitsmuster" als Kombination von überdauerender negativer Affektivität und sozialer Inhibition von Bedeutung sein.
Methodik: Wir führten eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie zu den Effekten einer gestuften, kombiniert psychodynamisch-kognitiv-behavioralen Einzel- und Gruppenpsychotherapie über 12 Monate bei Menschen mit KHK und depressiven Symptomen durch. Haupt-Einschlusskriterien waren Alter 18-75 Jahre, angiographisch gesicherte KHK und Vorliegen depressiver Symptome (HADS-D Score > 7). Primäres Outcome war der Verlauf der Depressivität vor und nach Therapie, sekundäre Outcome-Kriterien waren u.a. der Verlauf depressiver Störungen (SKID), kardialer Ereignisse und inflammatorischer Marker.
Ergebnisse: An zehn Zentren wurden insgesamt 570 Patienten randomisiert. Hierzu war eine erheblich größere Anzahl an Screening-Untersuchungen erforderlich, was differenziert anhand des study flow chart dargestellt wird. Baseline-Daten zu den zentralen soziodemographischen und klinischen Charakteristika werden präsentiert.
Schlussfolgerung: Die SPIRR-CAD Studie wurde trotz erheblichen Mehraufwandes erfolgreich implementiert und durchgeführt. Die

Randomisierung ergab eine sehr gute Balancierung zentraler soziodemographischer und klinischer Charakteristika. Implikationen für zukünftige Forschungsdesigns werden diskutiert.

Social gradients in coronary disease - baseline results from the SPIRR-CAD study

Orth-Gomér Kristina[1,2], Herrmann-Lingen Christoph[3], Albus Christian[4], Weber Cora[2], Deter Hans-Christian[2], SPIRR-CAD Studiengruppe
[1]Karolinska Institutet, Clinical Neurosciences, Stockholm, Schweden, [2]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [3]Universität Göttingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland, [4]Universität Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland

Low socio-economic status (SES) has been associated with an increased coronary risk in Scandinavian countries. In the Stockholm Female Coronary Risk study women with only mandatory education had twice the risk of an acute myocardial infarction, as compared to academic women. Women with a low job status had four times the risk of women with academic jobs (Wamala, Orth-Gomér et al, Social Science and Medicine 1999). All stress experiences were more pronounced in low status Stockholm women, both stress emanating from the family and marriage (marital stress) and from problems with job and money(Orth-Gomér et al JAMA 2000) In fact, psycho-social factors "explained" a larger part of the gradients as did standard risk factors (Wamala, Orth-Gomér et al Am J Public Hlth 1999)
The SPIRR-CAD study offered an excellent opportunity to examine this risk in German speaking patients. In contrast to the "male manager" model, still believed in by many, we hypothesized that social gradients were inverse and as strong as in Scandinavia. In the SPIRR CAD study, a German multicenter randomized clinical trial. of 450 men and 120 women coronary patients, we examined the standard risk factor profile and the clinical and psycho-social risk factor profiles in relation to SES, as assessed by educational level and financial assets.
All differences between low and high SES were in the inverse direction. Of standard risk factors, smoking and obesity stood out. Smoking was twice as common in low SES and the mean body mass index (BMI) was higher in low SES.
Of psycho-social factors, exhaustion showed a strong inverse social gradient, anxiety was borderline, but depression was not clearly socially graded.
The findings suggest that in German patients , as in other national groups, social gradients in CHD risk are strong. They can generally be ascribed to both psycho-social and to standard risk factors for CHD. When analyzing these social gradients in men and women, however, most social gradients remained intact in men. Women, however, scored so high on some psychological features of negative affect, that there was little room for social variability. In future analyses we will examine the relative strength of the associations, and whether they are also modified by other factors than gender.

Qualitätssicherung der Einzel- und Gruppeninterventionen in Spirr-Cad: Procedere und Ergebnisse zur Treatment Integrity

Wiltink Jörg[1], Albus Christian[2], Herrmann-Lingen Christoph[3], Michal Matthias[1], Beutel Manfred E.[1]
[1]Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland, [3]Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

In Spirr-Cad wurden die wesentlichen Elemente, die der Sicherstellung der Einhaltung der Richtlinien eines Therapieverfahrens dienen, implementiert: a) Supervision lokal in den beteiligten Zentren, b) die explizite Beschreibung des therapeutischen Vorgehens anhand eines Behandlungsmanuals, sowie c) Skalen zur Überprüfung der Umsetzung des Therapiekonzepts.
Für die gestufte Intervention (drei Einzelsitzungen und ggf. anschließende Gruppenpsychotherapie) wurden eigens Adhärenz-Ratingskalen und Kompetenzskalen inklusive eines Ratingmanuals mit Ankerbeispielen entwickelt. Aufgenommen wurden spezifische Items zu verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Interventionen (Hilsenroth et al. 2005), zu KHK spezifischen Interventionen, die sich aus dem Behandlungsmanual ableiten, sowie zu supportiven Interventionen (Barber et al. 1998). Es erfolgte die kontinuierliche Videoaufzeichnung aller Behandlungssitzungen. Insgesamt wurden N=121 Einzelsitzungen und N=67 Gruppensitzungen zufällig ausgewählt und von einem von der Studie unabhängigen Rater bezüglich Adhärenz und Kompetenz bewertet.
Das Procedere der Qualitätssicherung, Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität und Treatment Integrity werden vorgestellt und diskutiert.

Adipositas und Persönlichkeit

Unterschiede in der Selbstwahrnehmung persönlichkeitsstruktureller Einschränkungen bei Patienten mit und ohne Essstörung

Horsch Lena[1], Dinger Ulrike[1], Nikendei Christoph[1], Schauenburg Henning[1], Ehrenthal Johannes C.[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Aktuelle Ansätze zur Konzeptualisierung von Essstörungen beschäftigen sich mit Defiziten im Bereich der Emotionswahrnehmung und -regulation und mit spezifischen interpersonellen Motiven. Dies ist besonders relevant, da manche der beschriebenen

Defizite auch nach Remission der Symptome als relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale und Motive erhalten bleiben und somit Risikofaktoren für die weitere Entwicklung darstellen. Einen Ansatz zur Konzeptualisierung stabiler Persönlichkeitsfunktionen bietet die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Ziel der vorliegenden Studie ist der Vergleich von Patientinnen und Patienten mit vs. ohne Essstörung in Bezug auf selbstberichtete strukturelle Defizite im Sinne der OPD.
N=64 Patientinnen und Patienten mit Essstörungen füllten den OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF), einen Fragebogen zu Bindungsstilen (RQ-2) und zu allgemeiner Symptomatik (SCL-27) aus. Diese wurden mit einer nach Alter, Geschlecht, und dem Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung gematchten Stichprobe von Patientinnen und Patienten ohne Essstörungen verglichen. Die Patientinnen und Patienten mit Essstörungen unterschieden sich sowohl in Bezug auf das Gesamtstrukturniveau als auch in Bezug auf Subskalen des OPD-SF und des RQ-2. Sie beschrieben unter anderem mehr Schwierigkeiten in den Bereichen von Körperselbst, Affekterleben und -mitteilung, aber auch der Selbst-Objekt-Differenzierung und der Bindungsfähigkeit an innere Objekte sowie im RQ-2.
In dieser ersten Studie zu Profilen struktureller Defizite mit dem OPD-SF zeigten sich sowohl mehr Schwierigkeiten in Bezug auf Wahrnehmung und Regulation des Selbst, aber auch in der Wahrnehmung und Repräsentation wichtiger Anderer. Die Ergebnisse stützen und ergänzen bisherige Untersuchungen zu überdauernden Schwierigkeiten der Regulation und interpersonellen Motiven bei Essstörungen.

Persönlichkeitscluster bei Adipositas: Gibt es Unterschiede bezogen auf Depressivität, Essstörungssymptome, impulsive Verhaltensweisen und Performanz in neurokognitiven Tests?

Müller Astrid[1], Claes Laurence[2], Wilderjans Tom[2], de Zwaan Martina[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, [2]University of Leuven, Leuven, Belgien

Ziel: Es sollte untersucht werden, ob sich bei Menschen mit Adipositas basierend auf Temperamentsvariablen verschiedene Persönlichkeitstypen charakterisieren lassen, die sich bezogen auf psychopathologische Variablen unterscheiden.
Methode: Anhand von Fragebögen wurden die Konstrukte reaktives (Behavioural Inhibition Scale/Behavioural Activation Scale, BIS/BAS) und regulatives (Effortful Control Subskala des Adult Temperament Questionnaires, ATQ-EC) Temperament sowie Essstörungssymptome, Depressivität und ADHS bei 156 Personen mit Adipositas (BMI: MW=47,2; SD=8,5; Range 30,5-74,9 kg/m^2; 72% Frauen, Alter: MW=39,9; SD=11,4; Range 18-65 J.) erhoben. Binge-Eating-Störung (BES) und Impulskontrollstörungen wurden mit strukturierten Interviews erfasst. Zusätzlich wurden Exekutivfunktionen mittels computerisierter Testbatterie gemessen, die Iowa Gambling Task (IGT), Stroop-Test und Labyrinth Test einschloss. Basierend auf ATQ-EC und BIS/BAS-Skalen wurden mit einer latenten Profilanalyse Temperamentscluster identifiziert, die anschließend hinsichtlich Depressivität, Essstörungssymptomen, impulsiver Verhaltensweisen und Exekutivfunktionen miteinander verglichen wurden.
Ergebnisse: Die latente Profilanalyse ergab folgende 2 Cluster: Cluster A (n=88) mit hohen ATQ-EC und niedrigen BIS/BAS-Werten und Cluster B (n=68) mit niedrigen ATQ-EC und hohen BIS/BAS-Werten. In Cluster B wurden mehr depressive, ADHS- und Essstörungssymptome gemessen, häufiger eine BES diagnostiziert (27% vs. 56%; p< 0,001) und signifikant mehr Fehler im Labyrinthtest protokolliert als in Cluster A. Hingegen ergaben sich keine Gruppenunterschiede bezogen auf Alter, Geschlecht, BMI, Prävalenz von Impulskontrollstörungen sowie Performanz im IGT und Stroop-Test.
Diskussion: Während Cluster B sich durch eine höhere Psychopathologie auszeichnet, was für einen emotional dysregulierten adipösen Persönlichkeitstyp spricht, kann Cluster A als eine eher resiliente Subgruppe verstanden werden. Mögliche Gründe für die fehlenden Gruppenunterschiede in IGT und Stroop-Test sowie klinische Konsequenzen der unterschiedlichen Persönlichkeitsprofile werden diskutiert.

Ein Vergleich von genereller und störungsspezifischer Impulsivität auf Nahrungsreize bei Adipositas und Binge Eating Störung

Schag Kathrin[1], Teufel Martin[1], Zipfel Stephan[1], Giel Katrin[1]
[1]Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Bei Impulsivität handelt es sich um eine Persönlichkeitseigenschaft, die sich aus zwei Komponenten, Belohnungssensitivität und impulsivem Handeln, zusammensetzt. Erhöhte Impulsivität stellt einen potentiellen Risikofaktor für Überessen und Übergewicht bei adipösen Personen mit und ohne Binge Eating Störung (BED) dar. Ziel der vorliegenden Studie war der Vergleich von möglichen Defiziten in der generellen Trait-Impulsivität mit essstörungsspezifischen Impulsivitätsdefiziten bezüglich Nahrung.
Methode: Zur Untersuchung der Impulsivität wurden die Blickbewegungen und die Blickdauer auf Nahrungsreize vs. Kontrollreize erfasst. Body Mass Index (BMI), Essstörungspathologie (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) und Trait-Impulsivität (BIS-11; Preuss et al., 2008) wurden zusätzlich erhoben. Aus insgesamt 76 Probandinnen wurden drei Stichproben gezogen: Probandinnen mit hoher vs. niedriger Trait-Impulsivität (HImp, n = 20 vs. NImp, n = 24) mittels Quartilsbildung über BIS-11, adipöse Probandinnen mit vs. ohne BED (BED, n = 25 vs. Non-BED, n = 51) und adipöse vs. normalgewichtige Probandinnen, bei denen keine BED vorlag (ADIP, n = 26 vs. Non-ADIP, n = 25).

Ergebnisse: Die Fragebögendaten weißen auf Zusammenhänge zwischen Trait-Impulsivität und BED, BMI und BED, aber nicht zwischen BMI und Trait-Impulsivität hin. Ebenso konnten sowohl HImp Probandinnen als auch Probandinnen mit BED Blickbewegungen auf Nahrungs- und Kontrollreize schwerer unterdrücken als die jeweilige Kontrollgruppe. Probandinnen mit BED konnten darüber hinaus speziell Blickbewegungen auf Nahrungsreize weniger gut unterdrücken, betrachteten Nahrungsreize länger als Kontrollreize und schätzten diese auch als angenehmer ein als Non-BED Probandinnen. Bei ADIP vs. Non-ADIP Probandinnen zeigten sich weder bei Nahrungs- noch bei Kontrollreizen Unterschiede in den Blickbewegungen.

Schlussfolgerung: Die Blickbewegungs- und Fragebögendaten weisen darauf hin, dass bei BED Patientinnen im Gegensatz zu ADIP Probandinnen generelle Impulsivitätsdefizite vorliegen, die mit den Defiziten von hoch impulsiven Personen vergleichbar sind. Darüber hinaus zeigt sich bei BED Patientinnen zusätzlich eine störungsspezifische nahrungsbezogene Impulsivität, die bei hoch impulsiven und ADIP Personen nicht gezeigt werden konnte. Demzufolge stellen Personen mit BED eine spezifische Subgruppe von adipösen Personen mit Defiziten in der Trait-Impulsivität und der nahrungsbezogenen Impulsivität dar.

Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf den Erfolg eines multimodalen, ambulanten Therapieprogramms zur langfristigen Gewichtsreduktion

Lahmann Claas[1], Schwendtner Anna[1], Loew Thomas[2], Sattel Heribert[1]
[1]Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Regensburg, Abteilung für Psychosomatik, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Die Adipositas stellt ein großes klinisches und gesundheitsökonomisches Problem dar. Für vielfältige therapeutische Strategien wurde die Effektivität in Studien nachgewiesen, die Langzeitstabilität der Therapie ist jedoch meist unbefriedigend.
Inwieweit hierfür auch Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle spielen ist eine klinisch relevante, noch nicht abschließend geklärte Frage.
Methodik: Im Rahmen einer prospektiven Interventionsstudie wurde der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf den Erfolg eines multimodalen, ambulanten Therapieprogramms zur langfristigen Gewichtsreduktion (Optifast-52®) untersucht. Eingeschlossen wurden n=106 Patienten mit Adipositas (BMI ≥ 30), die über 52 Wochen behandelt wurden. Persönlichkeitsfaktoren wurden mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) zu Beginn der Therapie erfasst, der Body-Mass-Index (BMI) als abhängige Variable wurde nach 12, 26 und 52 Wochen erhoben. Statistisch wurden univariate und abschließend eine schrittweise lineare Regressionsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse: Der initiale BMI lag im Mittel bei 42,1 (±8,7). N=104 der eingeschlossenen N=106 Patienten beendeten die 12-wöchige Diätphase, n=93 Patienten konnten noch nach 26 Wochen befragt werden und N=83 Patienten durchliefen das komplette Programm von 52 Wochen. N=43 der 81 Patienten (53,1%) erreichten einen Gewichtsverlust von mindestens 15% zu Therapieende und wurden als Therapieresponder gewertet.
Im resultierenden Modell korrelierte die Subskala „Nachgiebigkeit" des IIP signifikant positiv, die Subskala „Unsicherheit" des FBeK signifikant negativ mit dem Gewichtsverlust (kontrolliert für initiales Gewicht) zum Therapieende. Beide Subskalen erklärten zusammen 12% (p=.003) der Varianz nach 12 Wochen,16% (p=.006) der Varianz nach 26 Wochen und 20% (p=.001) der Varianz nach 52 Wochen.
Diskussion: Adipöse Patienten, die in ihrer Selbsteinschätzung Schwierigkeiten haben, sich gegenüber anderen abzugrenzen und negative Emotionen zu zeigen und auszuleben, haben in der vorliegenden Studie deutlich besser vom Therapieprogramm profitiert. Ungünstig hingegen wirkte eine hypochondrische Beachtung des eigenen Körpers, sowie die Unsicherheiten bezüglich eigener körperlicher Funktionen und mangelnder Körperselbstkontrolle.
Persönlichkeitsfaktoren sollten sowohl in der klinischen Beurteilung und Therapie von adipösen Patienten als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen beachtet werden.

Arzt-Patient-Kommunikation – wie lässt sie sich optimieren?

Reflexion longitudinaler Versorgungsprozesse bei PatientInnen mit chronischen Krankheitsverläufen: Einbezug von Selbsthilfegruppen in die Medizinische Ausbildung

Lujic Claudia[1], Schultz Jobst-Hendrik[1], Handlos Bärbel[2], Duscha Marion[2], Bikowski Kirsten[3], Gornostayeva Maryna[1], Schulze-Bergkamen Henning[3], Jünger Jana[1]
[1]Medizinische Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg (Standort Heidelberg), Heidelberg, Deutschland, [2]Heidelberger Selbsthilfebüro, Heidelberg, Deutschland, [3]Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Die Begegnungen von Medizinstudierenden mit PatientInnen sind während der medizinischen Ausbildung meist kurz und auf einen akuten Behandlungsanlass bezogen. Daher reflektieren die Studierenden wenig über longitudinale Prozesse und Schnittstellen im Versorgungssystem. Dies stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für die optimale interdisziplinäre Versorgung dar und ist im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) in verschiedenen Arztrollen verankert. Insbesondere bei Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen ist es für Studierende wichtig, longitudinale Versorgungsstrukturen und verschiedene Behandlungskonzepte aus der Patientenperspektive kennenzu-

lernen. Der Einbezug von Selbsthilfegruppen in die Medizinische Ausbildung kann einen wichtigen Beitrag leisten, genau diese Reflexion in Gang zu bringen. Ziele sind das Kennenlernen der Strukturen, der Arbeitsweise und der Organisation von Selbsthilfegruppen, der (Kontra-) Indikationen und der Möglichkeiten der Selbsthilfe zur PatientInnenunterstützung. Die Pilot-Veranstaltung findet in Heidelberg im Rahmen des Medikit-Unterrichts (1) im Block Innere Medizin des HeiCuMed-Curriculums verpflichtend statt. Innerhalb von 90 Minuten arbeiten 177 Studierende in 15 parallelen 12er Gruppen gemeinsam mit PatientInnen aus Selbsthilfegruppen entlang verschiedener chronischer Krankheitsbilder. Dabei wird zunächst ein Gesprächsleitfaden mit Fragen zur Bedeutung der Selbsthilfegruppe für den Arztberuf, zu deren Funktionen und den Möglichkeiten zur PatientInnenunterstützung in Kleingruppen entwickelt. Nach der Anamneseerhebung durch einen Studierenden in der Arztrolle stellt der/die PatientIn seine Selbsthilfegruppe in der Rolle des/der Co-Dozierenden vor und berichtet über seine persönlichen Erfahrungen damit. Es schließt sich eine strukturierte Feedbackphase und eine Reflexion mit dem Dozierenden an. Die Stärken des Projektes liegen in der Reflexion chronischer Krankheitsverläufe und longitudinaler Versorgungsprozesse sowie im Aufzeigen von Wegen zur Förderung der Patientenkompetenz durch Selbsthilfe und in der Qualifizierung der Studierenden zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Sowohl die Studierenden und Dozierenden als auch die VertreterInnen der Selbsthilfegruppen bewerteten die Veranstaltung insgesamt als sehr positiv.

Einführung einer „Mini-Team-Card" zur Erfassung professioneller Kompetenz von Medizinstudierenden im klinischen Alltag

Schultz Jobst-Hendrik[1], Möltner Andreas[2], Lujic Claudia[2], Fellmer-Drueg Erika[2], Juenger Jana[1]
[1]Universität Heidelberg, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Heidelberg, Deutschland, [2]Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Für die strukturierte und direkte Beurteilung von Handlungskompetenzen am Arbeitsplatz haben sich Encounter Cards bewährt, da Sie eine hohe „face-validity" aufweisen (1). Eine zentrale Kompetenz der Ärztin/ des Arztes ist das Professionelle Handeln, das in den CanMeds-Rollen sowie in dem für den deutschsprachigen Raum entwickelten Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalog in der Medizinischen Ausbildung als eine der 7 ärztlichen Rollen längst verankert ist. Dennoch gibt es bislang kaum Ansätze, diese Kompetenz im Rahmen der Medizinischen Ausbildung zu beurteilen. Daher wurde die sog. Mini-Team-Card (MTC) entwickelt, um professionelles Handeln von Studierenden bei ihrem Einsatz auf Station zu erfassen. Der Beitrag stellt die Entwicklung, Implementierung und Evaluation vor.
Methode: 2008 wurden in einem fakultätsübergreifenden Workshop per Konsensverfahren Items für die MTC sowie deren Bewertungsmodalitäten festgelegt. Ab dem WS 09/10 wurde die MTC an der medizinischen Fakultät Heidelberg eingesetzt und ist seitdem mit 5% in einem fächerübergreifenden Leistungsnachweis fest verankert. Zur Evaluation der praktischen Einsetzbarkeit der MTC wurden die entsprechenden Dozenten befragt.
Ergebnisse: Aus den Vorschlägen der Expertengruppen wurden 9 Items zur Beurteilung der professionellen Handlungskompetenz ausgewählt (Note1-5). Jeder Studierende erhält im Rahmen seiner Stationseinsätze jeweils bis zu 7 MTC-Bewertungen, aus denen ein Mittelwert errechnet wird. Insgesamt zeigen sich bei der Bewertung der Studierenden mittels MTC durchgängige Deckeneffekte, was sich neben der eher geringen Anzahl an Bewertungen pro Studierendem negativ auf die Generalisierbarkeitskoeffizienten auswirkt. Signifikante Korrelationen zeigten sich mit den anderen praktischen Prüfungsteilen (OSCE und MiniCEX). Eine qualitative Analyse der Erfahrungen der Prüfer zeigt, dass MTC als Format handhabbar, ressourcensparend und effektiv sind.
Ausblick: MTC sind eine deutliche Bereicherung des Prüfungsinstrumentariums für klinische Fächer, da hiermit "Professionelles Handeln" im klinischen Alltag bewertet werden kann. Problematisch hingegen ist die Tauglichkeit als gut diskriminierendes Instrument für summative Prüfungen, da die Prüfer schlechte Bewertungen vermeiden.
Literatur:
(1) Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE (2009). Tools for Direct Observation and Assessment of Clinical Skills of Medical Trainees. A Systematic Review. JAMA, 302(12), 1 316-1326.

Wirkfaktoren der Balintgruppenarbeit

Flatten Guido[1], Tschuschke Volker[2], Schneider Klaus[3], Möller Heidi[4]
[1]Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie, Aachen, Deutschland, [2]Universität Köln, Psychologisches Institut, Köln, Deutschland, [3]EFH, Freiburg, Deutschland, [4]Universität Kassel, Psychologisches Institut, Kassel, Deutschland

Zur Frage „Was ist wirksam in der Durchführung von Balintgruppen?" liegen bislang nur wenige qualitative und quantitative Forschungsergebnisse vor. Bisherige Befunde aus der Gruppenpsychotherapie- und Supervisionsforschung geben nur unspezifische Hinweise.
In einer Kooperationsstudie mir der deutschen, östereichischen, schweizerischen und niederländischen Balintgesellschaft wurde der, im Rahmen einer Vorstudie entwickelte, Balintgruppenfragebogen (Flatten u. Tschuschke) bei Teilnehmern laufender Balintgruppen eingesetzt.
Bei einer Gesamtsichprobe von 1500 Teilnehmern konnten mittels Diskriminanzanalyse 4 Wirk-Dimensionen unterschieden werden, die den Prozess der Balintgruppenarbeit charakterisieren. Die Differenzierung von Subgruppen anhand der Variablen Berufsgruppe, Berufserfahrung, Balintgruppenerfahrung, freiwilliger oder

verpflichtender Teilnahme erlaubt die Untersuchung spezifischer Fragestellungen zu Prozessfaktoren der Balintgruppenarbeit, Wirksamkeit und Indikationsbereich.
Die Ergebnisse belegen eine differenzierte Wirksamkeit der Balintgruppenarbeit. Die gefundenen Wirkfaktoren stehen in guter Übereinstimmung mit den Annahmen psychoanalytischer und systemischer Theorie. Aus den Ergebnissen ergeben sich wichtige Implikationen für das Leiterverhalten in Balintgruppen.

Die Arzt-Patienten-Kommunikation über Kinderwunsch und Fertilitätserhalt aus Sicht junger hämatologischer Patienten und Onkologen

Richter Diana[1], Geue Kristina[1], Sender Annekathrin[1], Brähler Elmar[1], Stöbel-Richter Yve[1]
[1]*Universitätsklinikum Leipzig AöR, Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland*

Hintergrund: Eine onkologische Behandlung kann aufgrund ihrer Toxizität schwerwiegende Langzeitfolgen nach sich ziehen, bspw. kann es zu einer Beeinträchtigung der Fertilität kommen. Um sich nach einer Krebserkrankung den Wunsch nach einem eigenen Kind erfüllen zu können, gibt es eine Vielzahl etablierter Methoden, die Fertilität zu erhalten. Aber ein Fertilitätserhalt ist nur dann möglich, wenn der Patient über diese Möglichkeiten informiert wird. Der Onkologe nimmt hierbei eine wichtige Schlüsselposition ein.
Methodik: 30 hämatologische Patienten und 25 Onkologen wurden in halbstrukturierten Leitfadeninterviews zum Thema Kinderwunsch und Fertilität befragt.
Ergebnisse: Kinderwunsch und Fertilität wurden nach Aussage der Patienten in 27 Fällen thematisiert. Davon wurden acht Gespräche von dem Patienten selbst initiiert und 18 Gespräche fanden vor Behandlungsbeginn statt. Etwa die Hälfte der Patienten war mit den Gesprächen zufrieden. 18 Patienten wurden an einen Spezialisten z.B. Gynäkologen weitervermittelt. Aus Sicht der Onkologen erfolgen die Gespräche in der Regel vor Behandlungsbeginn. Die Kommunikation wird von den Ärzten als unproblematisch wahrgenommen. Dennoch wünschen sich diese mehr Informationen zum Fertilitätserhalt und würden Patienten gern adäquateres Informationsmaterial zur Verfügung stellen. Sowohl Ärzte als auch Patienten haben Vorstellungen von einem Idealgespräch zur Thematik Kinderwunsch und Fertilitätserhalt. Wünschenswert wäre ein Gespräch in Anwesenheit des Partners des Patienten, angemessene Rahmenbedingungen wie z.B. ein separater Raum und ein Gespräch vor Behandlungsbeginn, um ggf. fertilitätserhaltende Maßnahmen einleiten zu können.
Diskussion: Grundsätzlich sollten alle Patienten zu den Nebenwirkungen der Behandlung hinsichtlich einer möglichen Fertilitätseinschränkung aufgeklärt werden, auch wenn ein Kinderwunsch nicht explizit geäußert wurde. Eine umfassende Aufklärung kann vor allem durch eine Interdisziplinarität gewährleistet werden. Gemeinsame Gespräche mit Patient, Angehörigen, Reproduktionsmedizinern und Onkologen können eine Entscheidung für oder gegen einen Fertilitätserhalt erleichtern. Der Onkologe ist für den Patienten der erste und wichtigste Ansprechpartner und sollte daher die Thematisierung von Kinderwunsch und Fertilität initiieren. Inwieweit dann fertilitätserhaltende Maßnahmen durchgeführtwerden, sollte individuell je nach persönlicher Situation des Patienten gemeinsam mit diesem abgestimmt werden.

Dimensionale Persönlichkeitsdiagnostik in Zeiten des DSM-5

Überblick über das dimensionale Persönlichkeitsstörungsmodell des DSM-5

Zaudig Michael[1]
[1]*Psychosomatische Klinik Windach, Deutschland*

Das DSM-5 bietet als eine der wesentlichen Neuerungen im Vergleich zu DSM-IV-TR die Möglichkeit zu einer dimensionalen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Die Struktur des sog. Alternativen DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen werden dargestellt und zur kategorialen Diagnostik abgegrenzt.

Die allgemeinen Merkmale für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5-Modells und die Erfassung des Kriteriums A mit dem General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

Hentschel Annett G.[1]
[1]*Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz, Großschweidnitz, Deutschland*

Die DSM-5 Arbeitsgruppe für Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung erarbeitete neue allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörung (Kriterien A-G), die ins alternative DSM-5 Modell von Persönlichkeitsstörungen im Abschnitt III eingegangen sind. Die Kriterien A und B dieser allgemeinen Kriterien entsprechen den notwendigen Merkmalen von Persönlichkeitsstörung. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müssen eine zumindest mittlere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit hinsichtlich Selbst und interpersonalen Bereich (Kriterium A) und zumindest ein pathologisches Persönlichkeitstrait (Kriterium B) vorliegen. Bisher gibt es keine veröffentlichten Erfassungsinstrumente zur Diagnostik des Kriteriums A.
Kriterium A der allgemeinen Kriterien geht auf Livesleys Definition von Persönlichkeitsstörung zurück, in welcher er Selbstpathologie und interpersonale Pathologie als Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung definiert. Ebenfalls auf der Grundlage dieser Definition wurde von Livesley und Kollegen ein Selbstbeurteilungsfragebogen entwickelt, welcher Persönlichkeitsstörungen im

Allgemeinen erfassen soll: das General Assessment of Personality Disorder (GAPD).
Die ersten empirischen Befunde zum GAPD anhand von jeweils einer kanadischen, niederländischen und deutschen Studie zeigen, dass das GAPD das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gut vorhersagen kann. Weitere Ergebnisse zur Faktorenstruktur und zum Zusammenhang mit DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungen und Traitmodellen werden berichtet. Mögliche weitere Entwicklungsschritte zum GAPD und zur Erfassung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung nach dem alternativen DSM-5 Modell werden diskutiert.

Die Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit und das Persönlichkeits-Inventar für DSM-5: Ergebnisse zur Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Versionen

Zimmermann Johannes[1], Benecke Cord, Leising Daniel
[1]*Universität Kassel, Institut für Psychologie, Kassel, Deutschland*

Die zentrale Innovation des alternativen Modells zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (PS) in DSM-5 Sektion III besteht darin, PS anhand von zwei Komponenten zu definieren: der Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit (Kriterium A) und der Ausprägung von maladaptiven Persönlichkeitseigenschaften (Kriterium B). Zur Erfassung dieser beiden Kriterien hat die DSM-5 Arbeitsgruppe entsprechend zwei Instrumente entwickelt: die Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (LPFS) und das Persönlichkeits-Inventar für DSM-5 (PID-5). Ziel des Vortrags ist es, die aktuelle Forschungslage zu den deutschsprachigen Versionen der LPFS und des PID-5 zusammenzufassen. Hierzu präsentieren wir eine Serie von eigenen Studien (basierend auf insgesamt N > 1000 Teilnehmern aus klinischen und nicht-klinischen Stichproben), die erste Aussagen über die Reliabilität und Validität der beiden Instrumente erlauben. Dabei werden wir darauf eingehen, a) inwiefern untrainierte und klinisch unerfahrene Beurteiler bei einer Anwendung der Instrumente auf Grundlage von videographierten klinischen Interviews übereinstimmen (Interrater-Reliabilität), b) inwiefern die theoretisch postulierte Struktur der Instrumente empirisch haltbar ist (faktorielle Validität), c) inwiefern die Instrumente jeweils mit theoretisch plausiblen Außenkriterien korrelieren (konvergente Validität), und d) inwiefern es zwischen beiden Instrumenten empirische Überlappungen gibt (diskriminante Validität). Insbesondere der letzte Punkte erscheint für die Beurteilung des alternativen DSM-5 Modells zentral, da substantielle Überlappungen dem Prinzip der Sparsamkeit widersprechen und die Unterscheidung von Kriterium A und B in Frage stellen würden.

Ein Vergleich des dimensionalen Persönlichkeitsstörungs-Modells des DSM-5 mit der Struktur-Achse des OPD-2

Berberich Götz[1]
[1]*Psychosomatische Klinik Windach, Deutschland*

Die dimensionale Persönlichkeitsdiagnostik ist im deutsch-sprachigen Raum inzwischen gut eingeführt und weit verbreitet. V.a. die OPD-2 hat wesentlich zur Vereinheitlichung und Akzeptanz dieser Vorgehensweise beigetragen. Prima Vista scheint es große Überschneidungen mit der dimensionalen Persönlichkeitsstörungs-Diagnostik des Alternativen Modells in DSM-5 zu geben.
Im Vortrag werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Modelle hinsichtlich der theoretischen Grundlagen, des formalen Aufbaus und der inhaltlichen Ausgestaltung analysiert. Es zeigen sich erhebliche Diskrepanzen, eine unkritische Übernahme von Ergebnissen aus dem jeweils anderen System ist nicht möglich.
Die langfristige Weiterentwicklung dimensionaler Persönlichkeitsdiagnostik erfordert neben Validierungsstudien auch eine weiterführende Diskussion der zugrundeliegenden theoretischen Modelle.

Die Skalen Psychischer Kompetenz

Huber Dorothea[1,2]
[1]*Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland,* [2]*International Psychoanalytic University Berlin, Berlin, Deutschland*

Hintergrund: Es wird ein Messinstrument zur Erfassung der therapiebedingten Veränderung in der Persönlichkeitsstruktur, der spezifischen Zielvariablen von Psychoanalysen und psychoanalytischen Psychotherapien, vorgestellt. Die von den Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) gemessenen psychischen Fähigkeiten machen die Adaptation und Integration der Persönlichkeit aus. Sie umfassen den Umgang mit den Trieben, Kontrolle und Modulation von Impulsen und Affekten, die Bezogenheit auf die Objekte, Differenziertheit und Integrität des Selbst, Funktionieren des Über-Ichs und des Ich-Ideals, Effizienz der Ich-Funktionen u. a.
Methoden: Für die autorisierte deutsche Fassung der SPK werden das Konzept, das Messprinzip und psychometrische Studien zur Interrater-Reliabilität, zur Retest-Reliabilität, zur Konstruktvalidität, zur Änderungssensitivität, sowie Faktorenstruktur und Normdaten vorgestellt.
Ergebnisse: Die Gütekriterien können alle als gut angesehen werden.
Diskussion: Es wird ein Überblick über abgeschlossene und laufende Psychotherapiestudien, in denen die SPK eingesetzt werden, gegeben. Ein besonderer Fokus der Diskussion wird auf dem Vergleich mit dem dimensionalen Persönlichkeitsmodell des DSM-5 und der Struktur-Achse des OPD2 liegen.

Symptom- und Kostenreduktion durch ambulante Psychotherapien: Ergebnisse des QS-Psy-Bay-Projektes

Vorstellung des Projektes Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapien in Bayern

Strauß Bernhard[1], Wittmann Werner[2], Steffanowski Andrés[3], Zimmermann Anna[1], Kirchmann Helmut Anton[1], Kramer Dietmar[4], Bruckmayer Ellen[5], Pfaffinger Irmgard[6], Steyer Rolf[7], Altmann Uwe[1]
[1]Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, [2]Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie, Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland, [3]Fakultät für Angewandte Psychologie, SRH Hochschule, Heidelberg, Deutschland, [4]Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München, Deutschland, [5]Psychologische Psychotherapeutin, Feldafing, Deutschland, [6]Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [7]Institut für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

Das QS-Psy-Bay-Projekt ist eine naturalistische Studie zur Versorgungsqualität ambulanter Psychotherapien. Es umfasst Daten zur ambulanten und stationären Versorgung von ~80.000 gesetzlich Versicherten und psychometrische Therapieverlaufsdaten einer Teilstichprobe von *N*=1696 ambulant behandelten Patienten. Dieser Beitrag stellt das Projekt kurz vor und ordnet die folgenden Symposiumsbeiträge zur Symptom- und Kostenreduktion durch ambulante Psychotherapien in die aktuelle Forschung ein.

Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen

Altmann Uwe[1], Steffanowski Andrés[2], Wittmann Werner[3], Kramer Dietmar[4], Bruckmayer Ellen[5], Pfaffinger Irmgard[6], Steyer Rolf[7], Strauß Bernhard[1]
[1]Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, [2]Fakultät für Angewandte Psychologie, SRH Hochschule, Heidelberg, Deutschland, [3]Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie, Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland, [4]Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München, Deutschland, [5]Psychologische Psychotherapeutin, Feldafing, Deutschland, [6]Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [7]Institut für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

Aus der Psychotherapieforschung ist ein kurvilinearer Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg wohl bekannt. Aufgrund der höheren Behandlungskosten stehen Therapieverlängerungen bei den Kostenträgern dennoch auf dem Prüfstand. In dieser Studie sollte untersucht werden, was Patienten mit Therapieverlängerung eigentlich charakterisiert und welchen Effekt die verlängerte Therapie auf die Symptomatik der Patienten hat. Dafür wurde eine störungsheterogene Stichprobe der QS-Psy-Bay-Studie (*N*=810 Patienten) unter Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur (mehrere Patienten pro Therapeut) analysiert. Therapieverlängerungen waren häufiger bei stark belasteten Patienten, beim Vorhandensein einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und bislang geringem Therapieerfolg anzutreffen. Der Vergleich adjustierter Skalenmittelwerte zeigte, dass die Symptomatik am Ende der ersten Therapieetappe bei Patienten mit späterer Verlängerung vergleichsweise hoch war. Zum Ende der Therapie mit Verlängerung waren die Skalenwerte auf ähnlich niedrigem Niveau wie bei Patienten ohne Verlängerung. Insgesamt belegen die Befunde, dass ambulante Psychotherapien v. a. bei stark belasteten Patienten verlängert werden und aufgrund der höheren Therapiedosis zu einer erheblichen Symptomreduktion beitrug, die ohne Therapieverlängerung nicht zu erreichen war.

Vergleich der Gesundheitsversorgungskosten ein Jahr vor und ein Jahr nach ambulanter Psychotherapie

Zimmermann Anna[1], Strauß Bernhard[1], Altmann Uwe[1], Kramer Dietmar[2], Bruckmayer Ellen[3], Kirchmann Helmut Anton[1]
[1]Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, [2]Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München, Deutschland, [3]Psychologische Psychotherapeutin, Feldafing, Deutschland

Angesichts der aktuellen Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen spielen Kosten-Nutzen-Aspekte eine immer gewichtigere Rolle bei der Beurteilung von Behandlungen. Die Gesundheitsversorgungskosten (der ambulanten, stationären und Arzneimittelversorgung sowie deren Summe) von *N*=391 bayerischen ambulanten Psychotherapiepatienten im Jahr vor und im Jahr nach der Psychotherapie wurden verglichen und mit psychometrischen Daten (z.B. Messungen der Depressivität, Lebensqualität etc.) in Beziehung gesetzt. Es zeigten sich deutliche Hinweise auf eine Reduktion der Gesundheitsversorgungskosten nach der Therapie und signifikante Zusammenhänge zwischen Symptomreduktion und Kostenreduktion.

Kostenverläufe im Kontext ambulanter Psychotherapien: Eine Studie von 22.391 gesetzlich Versicherten im Zeitraum 2006 bis 2010

Altmann Uwe[1], Zimmermann Anna[1], Kirchmann Helmut Anton[1], Kramer Dietmar[2], Bruckmayer Ellen[3], Steffanowski Andrés[4], Wittmann Werner[5], Strauß Bernhard[1]
[1]Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, [2]Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München, Deutschland, [3]Psychologische Psychotherapeutin, Feldafing, Deutschland, [4]Fakultät für Angewandte Psychologie, SRH

Hochschule, Heidelberg, Deutschland, [5]Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie, Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland

Bislang gibt es wenige Studien zur Kostenreduktion im Kontext ambulanter Psychotherapien in Deutschland, die zudem auf kleinen bzw. moderaten Stichprobenumfängen (*N*< 700) basieren. Anhand von Kassendaten wurden stationäre und ambulante Behandlungskosten, Arzneimittelkosten, Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage von *N*=22.391 gesetzlichen Versicherten über einen Zeitraum von 5 Jahren untersucht. Der Vergleich der Jahresdurchschnitte ein Jahr vor vs. ein Jahr nach einer ambulanten Psychotherapie zeigte eine Reduktionen der stationären und ambulanten Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage. Im zweiten Jahr nach der Psychotherapie nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage weiter ab. Implikationen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung werden diskutiert.

Medikalisierung sozialer Probleme

Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung bei Antragstellern einer Erwerbsminderungsrente

Braungardt Tanja[1]
[1]*Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland*

Hintergrund: Die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit stützt sich auf verschiedene Informationsquellen. Für eine valide Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit müssen die verschieden Informationen in der Gesamtbewertung adäquat integriert werden. Inwieweit unterliegen die Ergebnisse der testpsychologischen Verzerrungen des wirklichen Beschwerdebildes und inwieweit stimmen die objektive Daten der Vorbefunde mit den von den zu Begutachtenden in den testpsychologischen Verfahren dargestellten Problemen überein?
Methoden: In einer Querschnittstudie werden 100 Gutachten, die an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universitätsmedizin Rostock erstellt wurden, untersucht. Es erfolgte eine systematische Auswertung der Gutachten u.a. im Hinblick auf: Anzahl von Diagnosen durch Vorbehandler, Anzahl von Vorbehandlungen, etc. Die Daten der Vorbefunde wurden nach Häufigkeiten ihres Auftretens kategorisiert.
Alle Gutachtenprobanden werden testpsychologisch mit den standardisierten Verfahren *Freiburger Persönlichkeitsinventar*, *Symptom-Checkliste*, *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* und *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation* untersucht, deren Ergebnisse wurden mit den kategorisierten Daten der Vorbefunde in Beziehung gesetzt.
Ergebnisse: Eine Vorauswertung zeigt, dass 44% der zu Begutachtenden auf der Skala Offenheit des FPI unterdurchschnittliche Stanine-Werte zwischen 1 und 3 erreichen. Ferner zeigt sich, dass die in den Testverfahren dargestellten Probleme der Gutachtenprobanden nur in geringem Maße mit den Vorbefunden assoziiert sind. Im Hinblick auf ihre psychische Belastung unterscheiden sich die Gutachtenprobanden bspw. nicht in Abhängigkeit von der Häufigkeit der vergebenen Diagnosen durch die Vorbehandler.
Diskussion: Der Großteil der Gutachtenprobanden bearbeitet die Testverfahren mit einer geringen Offenheit. Die objektiven Daten der Vorbefunde scheinen mit den in den testpsychologischen Verfahren berichteten Beschwerden in nahezu keinem Zusammenhang zu stehen. Bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit sollten demnach die Daten der Vorbefunde und die Ergebnisse der Testdiagnostik weitestgehend unabhängig voneinander betrachtet werden. Ferner sollte die Krankengeschichte eines Gutachtenprobanden für die Gesamtbewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht überschätzt werden.

Aufgrund welcher Kriterien erkennt der Psychotherapeut dass sein „Patient" psychisch gesund ist?

Linden Michael[1]
[1]*Reha-Zentrum Seehof, Teltow, Deutschland*

Die zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung sozialer Probleme weist einen gravierenden Niederschlag im Feld der psychischen Erkrankungen auf, wie die vielerorts diskutierte Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, abgeleitet aus unterschiedlichen epidemiologischen Befunde und den Daten aus der medizinischen Versorgung, zu belegen scheinen. Die Frage der Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihr Zusammenhang mit gesellschaftlichen Faktoren, wie den Arbeitsbedingungen bzw. der Arbeitslosigkeit, den diagnostischen und therapeutischen Gepflogenheiten im Gesundheitssystem sowie den individuellen Motiven, sich als krank und nicht mehr leistungsfähig anzusehen, wird im Symposium unter unterschiedlichen Perspektiven diskutiert.
Am Beispiel der Langzeitarbeitslosigkeit wird auf der Grundlage empirischer Analysen von 100 sozialmedizinischen Gutachten im Rahmen von Berentungsverfahren aufgezeigt, wie primär soziale Problemstellungen im medizinischen Versorgungssystem in „chronische Krankheitsprozesse" transformiert werden, die letztlich über komplexe Mechanismen in den Antrag auf Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit münden.
Die Perspektive der psychotherapeutischen Behandler wird in einem nächsten Vortrag aufgegriffen, in dem gezeigt wird, dass auch diese primär einen pathozentrierten Zugang aufweisen und wenig Kompetenzen aufweisen, Gesundheit auf Seiten ihrer „Patienten" zu diskutieren. Michael Linden arbeitet in seinem Vortrag Kriterien heraus, anhand derer Psychotherapeuten erkennen können, dass ihre „Patienten" gesund sind.
Abschließend werden Ansätze zur Verhinderung von Medikalisierungs-/Pathologisierungsprozesse diskutiert.

Der Weg in die Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit als Ausdruck der Medikalisierung sozialer Probleme

Schneider Wolfgang[1]
[1]Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland

Hintergrund: Bei den Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nehmen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit ca. 40% einen zentralen Platz ein. Aufgrund unserer Erfahrungen in der Begutachtung von langzeitarbeitslosen Rentenantragsstellern in Mecklenburg-Vorpommern, ist uns sehr früh der Eindruck entstanden, dass vielfach primär soziale Probleme, in einem vielschichtig determinierten Prozess, an dem unterschiedliche Institutionen beteiligt sind, in scheinbar medizinische Probleme umgewandelt werden.
Methoden: Eine systematische qualitative und quantitative Auswertung von 100 Gutachten, die in unserer Klinik zwischen 2003 - 2007 durchgeführt wurde. Die Gutachten umfassten sowohl medizinische Vorbefunde, die Inhalte eines umfassenden psychosomatischen Interviews sowie testpsychologische Befunde zu unterschiedlichen Fragestellungen. Im Rahmen dieser Teilstudie wurden insbesondere die medizinischen Vorbefunde zur „Krankheitsanamnese" sowie die gutachterlichen Bewertungen ausgewertet.
Ergebnisse: Es stellte sich bei der Auswertung ein hoher Nutzungsgrad ärztlicher Diagnostik und Therapie durch die Rentenantragssteller dar. Die zu Begutachtenden waren bereits in der Regel vor dem Aufsuchen von Ärzten wegen unterschiedlichster körperlicher Beschwerden arbeitslos und etwaige psychische Probleme wurden erst zu noch späteren Zeitpunkten von Ärzten diagnostiziert. Eine Bewertung der körperlichen und psychosozialen Anpassungs- bzw. Leistungsfähigkeit erfolgte im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtungen. Die sozialmedizinischen Bewertungen, die sich an der International Classification of functioning, disease and health (ICF) orientierte, legen nahe, dass die Funktionseinschränkungen sowohl auf der körperlichen wie der psychosozialen Ebene bei mehr als 80% der Antragssteller als eher gering einzuschätzen sind.
Diskussion: Die diesen komplexen Prozessen zugrundeliegende Dynamik und die unterschiedlichen Motivlagen werden abschließend sowohl mit Blick auf die Individuen als auch auf die beteiligten gesellschaftlichen Institutionen diskutiert. Dabei wird aufgezeigt, dass insbesondere Motive des „sekundären Krankheitsgewinns" (Entlastung von sozialer Kontrolle durch die Jobcenter, materielle Absicherung) auf der individuellen Ebene eine Bedeutung aufweisen.

Trauma und körperliche Erkrankungen

Stress disorders following prolonged critical illness

Rosendahl Jenny[1,2], Wintermann Gloria-Beatrice[1,2], Brunkhorst Frank Martin[2,3], Strauß Bernhard[1]
[1]Universitätsklinikum Jena, Inst. f. Psychosoziale Medizin u. Psychotherapie, Jena, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Jena, Center for Sepsis Control and Care, Jena, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Jena, Deutschland

Introduction: Acute stress disorder (ASD; ICD-10: F43.0) and post-traumatic stress disorder (PTSD; ICD-10: F43.1) are common consequences of critical illness with a median point prevalence of PTSD of 19% (range of 0-64%). Although stress disorders following critical illness have been examined in various studies, there is a need to investigate particularly the course of stress disorders, and the impact of demographic, clinical and psychological variables on stress disorders. Consequently, aims of the study were to assess the frequency of ASD and PTSD, to examine courses of stress disorders following intensive care over time, and to identify predictors of the development of stress disorders.
Methods: Within a longitudinal study, patients who survived intensive care and who were treated in post-acute rehab hospital for critical illness polyneuropathy or critical illness myopathy were consecutively enrolled and explored 4 weeks (t1), 3 months (t2), and 6 months (t3) following ICU discharge. Patients were interviewed using the Structured Clinical interview for DSM disorders.
Results: Altogether, N = 194 patients (73% male, age M = 59 years, SD = 8) were interviewed at t1. ASD was diagnosed by clinical psychologists in 3% of the patients. Additionally, 10% of the patients showed subsyndromal levels of ASD. At t2, 7% had PTSD and 10% showed subsyndromal levels of PTSD. At t3, PTSD was diagnosed in 11.3% of the patients and 8.5% showed subsyndromal levels of PTSD. Over time, 79% were resilient and did not show relevant symptoms of stress disorders, 14% of the patients showed a delayed onset of stress disorders, 7% of the patients after sepsis recovered from ASD, and none of the patients had persistent symptoms. Significant predictors of ASD at t1 were Barthel-Index at t1 ($\beta = -.211$; $p = .003$) and length of ICU stay in the acute care hospital ($\beta = .143$; $p = .043$). PTSD at t2 was predicted by Barthel-Index at discharge ($\beta = -.260$; $p = .008$) and sepsis diagnosis ($\beta = .207$; $p = .033$). PTSD at t3 was predicted by Barthel-Index at discharge ($\beta = -.298$; $p = .013$).
Discussion: Rates of stress disorders in our study population are lower than in current studies. With respect to subsyndromal manifestation, our results are in line with the literature.
Every seventh patient shows a delayed onset of stress-related symptoms 3 to 6 months after discharge from ICU. Thus, PTSD seems to develop rather after the acute physical recovery has passed.

Zusammenhang zwischen traumatischer Belastung und Blutdruck bei arteriellen Hypertonikern

Balint Elisabeth[1], Boseva Preslava[1], Petrova Kameliya[1], Funk Alexandra[1], Klinghammer Julia[1], Wiede Susanne[1], Gündel Harald[1], Waller Christiane[1]
[1]*Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland*

Hintergrund: Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) findet sich häufig eine autonome Dysregulation, welche zu einer Blutdruckregulationsstörung führen kann. Epidemiologische Studien konnten ein bis zu 3,5fach erhöhtes Risiko für eine arterielle Hypertonie bei Patienten mit PTSD zeigen. In einer Stichprobe von Hypertonikern fanden wir ein knapp 4fach erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer PTSD im Vergleich zur Normalbevölkerung. Ob es auch einen Zusammenhang zwischen posttraumatischer Belastung und dem Schweregrad eines manifesten Bluthochdrucks gibt, wurde bisher nicht untersucht und ist Ziel dieser Arbeit.
Methoden: Im Zeitraum von März bis November 2012 führten wir eine Befragung bei Patienten mit einer essentiellen Hypertonie in der kardiologischen Ambulanz der Universitätsklinik Ulm durch. Zur PTSD-Diagnostik verwendeten wir die Posttraumatische Diagnoseskala (PDS) und erhoben Daten zu Diagnosen, Medikation und Blutdruck.
Ergebnisse: Von 2291 gescreenten Patienten erfüllten 30% die Einschlusskriterien, wovon 443 erreicht und um ihre Teilnahme gebeten wurden. 145 Patienten (33%) nahmen teil. Von diesen gaben 43 (30%) kein traumatisches Ereignis an, 52 (36%) berichteten ein traumatisches Ereignis, aber keine relevante PTSD-Symptomatik, 21 Pat. (14%) erfüllten die Kriterien einer partiellen und 19 (13%) einer vollen PTSD.
Der PDS Summenscore, welcher die Symptombelastung durch die PTSD ausdrückt, war negativ assoziiert mit dem systolischen Blutdruck in Ruhe (p=0,001) und dem maximalen Blutdruck bei der Ergometrie (p=0,044). Die Gruppe der Pat. ohne PTSD zeigte mit 142 mmHg einen höheren durchschn. syst. Blutdruck als die Gruppe der Pat. mit PTSD (134 mmHg; p=0,015). Patienten mit kontrolliertem Hypertonus hatten höhere PDS-Scores als Patienten mit unkontrolliertem Hypertonus (p=0,000).
Gleichzeitig zeigte sich kein Unterschied in der Anzahl der benötigten Blutdruck- und sonstigen Medikamente sowie in der Häufigkeit einer komorbiden KHK oder anderer Diagnosen.
Schlussfolgerung: Wider Erwarten zeigten die Hypertoniker mit PTSD mit gleicher Anzahl an Medikamenten einen besser eingestellten Blutdruck als die Hypertoniker ohne PTSD. Dies könnte durch eine bessere Therapieadhärenz aufgrund der als belastend erlebten körperlichen und psychischen Symptomatik durch die PTSD erklärt werden. Diese Studie zeigt, dass eine komorbide PTSD bei Hypertonikern nicht mit einem schlechter eingestellten Blutdruck einhergeht.

Psychisches Befinden und Traumatisierung von Frauen nach einem Schwangerschaftsspätabbruch bei fetalem pathologischen Befund

Berth Hendrik[1], Lippmann Maike[1], Drössler Stephanie[1], Böhme Kristin[1], Fleischmann Anja[1]
[1]*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Dresden, Deutschland*

Fragestellung: Bei einem fetalem pathologischen Befund besteht nach § 218(a) StGB die Möglichkeit einer vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft, wenn sich die werdende Mutter nicht in der Lage sieht, die Schwangerschaft fortzusetzen. Untersuchungen beschäftigen sich vor allem mit den psychischen Auswirkungen von Früh- und Totgeburt nach einem Schwangerschaftsabbruch vor der 12. Schwangerschaftswoche. Wenige Studien beschäftigen sich mit dem Befinden von Frauen nach einem Schwangerschaftsspätabbruch.
Ziel der Studie war es, die psychische Belastung nach einem Spätabbruch zu beschreiben. Weiterhin wurde geprüft, welche Faktoren auf das Belastungserleben einen Einfluss haben.
Methoden: Befragt wurden 2013 alle Frauen, die zwischen 2008 und 2012 wegen eines Schwangerschaftsabbruchs bei fetalem pathologischen Befund am Universitätsklinikum Dresden behandelt wurden. Die Befragung erfolgte mittels standardisierten Fragebogen. Erfasst wurden u. a. die psychische Belastung der Frauen (BSI-18), die körperliche Symptomatik (GBB-24), die Belastungsreaktion auf den Schwangerschaftsabbruch (IES), das Wohlbefinden (WHO-5), die soziale Unterstützung (OSLO-3), die Persönlichkeitsmerkmale Optimismus und Pessimismus (LOT-R) sowie Informationen zum Schwangerschaftsabbruch.
Ergebnisse: N = 64 Frauen nahmen an der Untersuchung teil. Die Frauen waren zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs im Mittel 32 Jahre alt. Der Schwangerschaftsabbruch liegt im Mittel 21 Monate zurück (Min = 2 Monate, Max = 58 Monate). Die Ergebnisse zeigen bei fast einem Drittel der Frauen eine erhöhte Traumatisierung durch das Ereignis (IES). 15,6 % zeigen eine auffällige psychische Belastung (BSI-18). Bei knapp 30% der Frauen zeigen sich Hinweise auf eine Depression (WHO-5). Die Ressourcen Optimismus und soziale Unterstützung stellen bedeutsame Resilienzfaktoren für das psychische Befinden und die Traumatisierung dar. Ebenfalls positiv auf die Verarbeitung wirkten sich die partnerschaftliche Situation und das Vorhandensein von Kindern aus.
Diskussion: Die Daten unterstreichen, dass auch einige Zeit nach einem Schwangerschaftsspätabbruch eine Reihe der betroffenen Frauen in deutlichem Ausmaß an der Verarbeitung des Ereignisses leiden. Die in der Untersuchung gefundenen Einflussfaktoren auf das Belastungserleben können herangezogen werden, um entsprechende Unterstützungsangebote zu entwickeln, da für diese spezielle Gruppe bislang existieren nur wenige Therapie- oder Beratungsangebote existieren.

Myocardial Infarction - Stress PRevention INTervention (MI-SPRINT) to reduce the incidence of posttraumatic stress after acute myocardial infarction through trauma-focused psychological counseling: study protocol for a randomized controlled trial

Meister Rebecca[1,2,3], Princip Mary[1,2,3], Schmid Jean-Paul[4], Schnyder Ulrich[5], Barth Jürgen[6], Znoj Hansjörg[3], von Känel Roland[1,2,4]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [5]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [6]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz

Background: About one out of six patients develop clinically relevant levels of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms after acute myocardial infarction (MI). Symptoms of PTSD are associated with impaired quality of life and increase the risk of recurrent cardiovascular events. Guidelines have been published for early interventions to prevent the development of posttraumatic stress after traumatic events. The main hypothesis of the MI-SPRINT study is that trauma-focused psychological counseling is more effective than non-trauma focused counseling for reducing posttraumatic stress after acute MI.
Methods/Design: The study is a single-center, randomized controlled psychological trial with two active intervention arms. The sample consists of 426 patients aged 18 years or older who are at "high risk" to develop clinically relevant posttraumatic stress symptoms (i.e., those scoring on numeric rating scales, range 0-10, with at least 5 for chest pain plus at least 5 for fear of dying and/or helplessness). Patients will be randomly allocated to a single 45-minute counseling session targeting either specific MI-triggered traumatic reactions (verum intervention) or the general role of psychosocial stress in coronary heart disease (control intervention). The session will take place in the coronary care unit within 48 hours by the bedside after patients have reached stable circulatory conditions. Each patient will additionally receive an illustrated information booklet. Sociodemographic factors, psychosocial and medical data, and cardiometabolic risk factors will be assessed during hospitalization. The primary outcome is the interviewer-rated posttraumatic stress level as measured with the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) at 3-month follow-up, which is hypothesized to be at least 20% lower in the verum group than in the control group. Secondary outcomes are posttraumatic stress levels at 12-month follow-up, and psychosocial functioning and cardiometabolic risk factors at both follow-up assessments.
Discussion: If the verum intervention proves to be effective, the study will be the first to show that a brief trauma-focused psychological intervention delivered within a somatic health care setting can reduce the incidence of posttraumatic stress in acute MI patients.

Psychotherapie der sozialen Phobie

Vorhersage des Behandlungserfolgs in der psychodynamischen Kurzzeittherapie der Sozialen Phobie durch Patientenmerkmale

Wiltink Jörg[1], Beutel Manfred E.[1], Herpertz Stephan[2], Hoyer Jürgen[3], Joraschky Peter[4], Michal Matthias[1], Nolting Björn[5], Pöhlmann Karin[4], Salzer Simone[6], Strauss Bernhard[7], Leibing Eric[6], Leichsenring Falk[8]
[1]Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, [2]Universitätsklinik Bochum, Bochum, Deutschland, [3]Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland, [4]Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland, [5]Klinikum Esslingen, Esslingen, Deutschland, [6]Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, [7]Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, [8]Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

Über Prädiktoren für den Behandlungserfolg der psychodynamischen Kurzzeittherapie (PDT) der sozialen Phobie (SP) ist wenig bekannt. In Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) konnten Merkmale der Krankheitsschwere (u.a. generalisierte SP, Komorbiditäten) als Prädiktoren für das Behandlungsergebnis herausgearbeitet werden. Nach unserem Wissen ist dies die erste Studie, die Prädiktoren für den Erfolg einer PDT der SP überprüft. In einer randomisiert-kontrollierten Multicenterstudie (Sopho-Net**) wurde die Wirksamkeit der PDT der SP gegenüber der KVT überprüft. Es wurden 495 Patienten mit SP randomisiert entweder einer manualisierten KVT (N=209), einer manualisierten PDT (N=207) oder Warteliste (N=79) zugewiesen. Datenerhebungen erfolgten vor Behandlungsbeginn und zum Ende der Therapie. Als Outcomes wurden die Werte der Liebowitz-Soziale-Angst Skala bei post (Endstate), Response, Remission und Drop-out verwendet. Neben soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Bildung) dienten Komorbiditäten (Anzahl psychischer Diagnosen; Depressivität, BDI), Persönlichkeit (Scham, TOSCA; Persönlichkeitsmerkmale, TPQ; Selbstsicherheit, FSKN) und interpersonelle Probleme (IIP, ECR) als potenzielle Prädiktoren. Die Datenanalyse erfolgte anhand linearer (Endstate) und logistischer Regressionsmodelle (Response, Remission, Drop-out).
Neben der SP als Autokorrelator hatten Scham für Endstate, Anzahl psychischer Diagnosen, Depressivität und interpersonelle Probleme für Response und Bildungsniveau für Remission signifikant negativen Vorhersagewert. Drop-out wurde neben der Stärke der sozialphobischen Symptomatik vor Behandlungsbeginn durch ein höheres Bildungsniveau vorhergesagt.
Die Stärken der Studie sind die hohe Patientenzahl, die die Aufnahme vieler Prädiktoren in Regressionsmodelle erlaubt und die

breite Erfassung von Einflussfaktoren. Die Studie liefert erste Hinweise auf mögliche Prädiktoren des Behandlungserfolgs/-misserfolgs bei der PDT der SP. Einschränkend muss entgegen gehalten werden, dass der Einfluss von Patientenmerkmale klein ist und die Ergebnisse heterogen sind. Künftige Untersuchungen sollten auf mögliche Interaktionen von Patientencharakteristika und Prozessvariablen (z.B. Therapeutische Beziehung) abzielen, sowie durch Einbezug der Ergebnisse beider Behandlungsarme differenzielle Indikationskriterien auf Patientenseite zu identifizieren versuchen.

Relative efficacy of small group treatment for social phobia: a systematic review and meta-analysis

Barkowski Sarah[1], Schwartze Dominique[1], Rosendahl Jenny[1], Strauß Bernhard[1]
[1]*Uniklinikum Jena, Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland*

Group approaches to treating social phobia have a long tradition and resulted in a number of manualized treatment programs. Although evidence of their efficacy and even equivalence to individual interventions exists, it is scarce and often based on older studies dating back to the 90s. The few meta-analyses that provide quantitative measures are mostly not focussing on group treatment explicitly, but analyse it as an - often small - subgroup and do not take into account the quality of included primary studies. Moreover, recent meta-analyses on psychotherapy for social phobia yielded contradictory results which need to be clarified. Therefore, a comprehensive meta-analysis of randomized-controlled primary studies on the efficacy of small group treatment for social phobia was conducted within the scope of the presented project. An extensive database search (Medline, PsychInfo, Web of Science, Central) on psychotherapy for anxiety disorders accompanied by manual searching was performed and resulted in 2800 studies which were screened for eligibility.
Primary studies were included if they compared a group psychotherapy based on a defined formal change theory to a comparison group of either an individual psychotherapy, a pharmacological treatment or a control group (wait list, attention control group or treatment as usual). Studies had to provide for samples of adult patients, fulfilling clinical criteria of social phobia. Psychological and/or economic outcomes were extracted.
Results on general efficacy will be reported as well as comparator-specific results and moderator analyses with respect to intervention and patient characteristics. An additional aim of our analyses lies with the effect of study quality on effect size estimation.
Implications for future research questions as well as for psychotherapeutic practice will be discussed.

Frühidentifizierung von Therapieabbrechern in der Psychotherapie

Dvoretska Daniela[1], Joraschky Peter[2], Lausberg Hedda[1]
[1]*Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Abteilung für Neurologie, Psychosomatik und Psychiatrie, Köln, Deutschland,* [2]*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland*

Einleitung: Die hohe Anzahl erfolgloser Therapien und Abbruchquoten unterstreichen die Notwendigkeit einer Ökonomisierung der Psychotherapie. Die Identifizierung von Prädiktoren für Therapieabbrüche und erfolglose Therapieverläufe ist daher essentiell. Fragebögen ermöglichen allerdings primär retrospektiv eine Beurteilung des Therapieverlaufs. Wir haben eine alternative Methode gesucht, die eine frühere Prognose des Therapieerfolgs erlaubt. Erste Studien (Lausberg, 2011) weisen darauf hin, dass nonverbale Interaktion ein wichtiger Prädiktor für den Therapieerfolg ist. In dieser Studie untersuchen wir, ob der Therapieverlauf aufgrund des Bewegungsverhaltens in der ersten Psychotherapiestunde vorhergesagt werden kann.
Methoden: 26 Patienten aus der SOPHO-NET Studie (Leichsenring, et al., 2009) mit Primärdiagnose Soziale Phobie wurden während der ersten Psychotherapiesitzung auf Video aufgenommen. Die Handbewegungen von Patient und Therapeut wurden anhand des NEUROGES-ELAN Kodierungssystem (Lausberg & Sloetjes, 2009) analysiert. Die Struktur (phasische, repetitive, irreguläre, gestoppte/gehaltene Handbewegungen oder Positionswechsel) und der Fokus der Bewegungen (körperfern, am Körper, am körperverbundenen Objekt, am körperfernen Objekt oder körperintern) wurden bestimmt. Erfolgslose (Therapieabbrüche) und erfolgreich abgeschlossene Therapien, wurden hinsichtlich der Bewegungsverhaltens von Patient und Therapeut verglichen.
Ergebnisse: Die abgebrochenen und abgeschlossenen Therapien unterschieden sich signifikant hinsichtlich des Bewegungsverhaltens von Patient und Therapeut. Darüber hinaus zeigten beide Gruppen Unterschiede bezüglich der Bewegungsinteraktion. Die Verhaltensanpassung (Behaviour Matching), definiert als gleichzeitiges Ausführen von Gesten mit gleicher Struktur oder Fokus, erwies sich als ein Prädiktor für eine effektive Therapie.
Diskussion: Unsere Ergebnisse zeigen, dass durch eine Verhaltensanalyse der Therapieverlauf frühzeitig eingeschätzt werden kann. Die Analyse des Bewegungsverhaltens könnte dementsprechend als eine Methode zur frühen Identifizierung von Drop-out-Risiko verwendet werden. Weitere Studien sind nötig, um zu bestimmen, ob sich die Bewegungsmuster und -interaktion zwischen den verschiedenen Störungen unterscheiden.

Das Körperbild von Sozialphobikern. Hat die soziale Phobie als komorbide Störung Einfluss auf das Körperbild von essgestörten, traumatisierten und Angst-Patienten?

Nobis Sophia[1], Joraschky Peter[1], Weidner Kerstin[1], Pöhlmann Karin[1]
[1]Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Uniklinikum Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: 25% der psychosomatischen Patienten zeigen eine soziale Phobie (SP). Neben einem gestörten Selbstkonzept (Hoffmann, 2002) sind Schamaffekte für die SP zentral. Nach Joraschky (1998) können sich soziale Ängste auf das Körperbild, einem Teil des Selbstkonzeptes, übertragen und zu weiteren Unsicherheiten in der Einschätzung der eigenen Attraktivität führen. Bisher liegen jedoch noch keine Studienergebnisse zum Körperbild von Sozialphobikern vor.
Methodik: In einer naturalistischen Studie an 861 Fällen einer psychosomatischen Universitätsklinik wurde untersucht, ob sich (a) Sozialphobiker (SP, n = 216) hinsichtlich ihres Körperbildes von Nicht-Sozialphobikern (n = 645) unterscheiden. Daneben erfolgte ein Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe (n = 2509). Zudem wurde (b) geprüft, inwiefern sich Patienten mit einer SP hinsichtlich ihres Körperbildes von Patienten mit einer Essstörung, einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder eine Panikstörung unterscheiden und inwieweit eine komorbide SP das Körperbild bei den genannten Störungsbildern beeinflusst. Die Diagnosestellung erfolgte standardisiert mittels DIA-X. Das Körperbild wurde anhand des DKB-43 (Pöhlmann et al., 2008) erfasst, die Depressivität anhand des BDIs.
Ergebnisse: (a) Pat. mit SP zeigten in allen Skalen des DKB-43 ein hoch sign. schlechteres Körperbild als Patienten ohne soziale Phobie und als Gesunde. Neben der SP führten eine höhere Anzahl komorbider Diagnosen sowie eine höhere Depressivität zu einem negativeren Körperbild. Ferner lehnten Frauen mit SP ihr Körperbild stärker ab.
(b) Patienten mit Panikstörung zeigten gegenüber Patienten mit SP eine positivere Einstellung zu Körperkontakt, Sexualität und eine höhere Körperakzeptanz. Bestand bereits ein Störungsbild, welches zu Einschränkungen im Körperbild führte, wie eine Essstörung oder PTBS, verschlechterte eine komorbide SP das Körperbild zusätzlich, was sich insbesondere anhand einer *negativeren Körperakzeptanz*, einer *negativeren Einschätzung von Körperkontakt* und tw. auch im Erleben einer geringeren Vitalität niederschlug.
Diskussion: Eine SP kann das Körperbild zusätzlich beeinträchtigen. Ob ein negatives Körperbild Ursache oder Folge der SP ist, muss in weiteren Untersuchungen noch geklärt werden, ebenso die Frage, ob eine höhere Anzahl komorbider Diagnosen stets zu einem schlechteren Körperbild führt. Unabhängig davon sollte die Auseinandersetzung mit dem Körperbild in der Behandlung stärker berücksichtigt werden.

Diagnostik und Komorbidität bei somatoformen Störungen

Somatoforme Störungen bei hausärztlichen Patienten: Komorbiditätsmuster mit Angsterkrankungen und depressiven Störungen sowie der Zusammenhang mit einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit

Groß Beatrice[1], Fabisch Alexandra-Beatrice[1], Herzog Annabel[1], Löwe Bernd[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Somatoforme und funktionelle Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Patienten in der hausärztlichen Praxis. Untersuchungen zeigen, dass bis zu 54% der somatoform erkrankten Patienten zusätzlich unter depressiver und/oder Angstsymptomatik leiden. Bislang ist jedoch wenig zu den zeitlichen Verläufen der komorbiden Erkrankungen sowie dem Komorbiditätsmuster, d.h. welche spezifischen Angsterkrankungen bzw. welche depressiven Störungen auftreten, bekannt. Das Vorliegen eines traumatischen Erlebnisses in der Vergangenheit scheint mit einer erhöhten somatoformen Symptombelastung einherzugehen. Ob dies auch für die Schwere der ängstlich-depressiven Komorbidität zutrifft ist jedoch kaum untersucht. Ziel der Studie ist es daher, das ängstlich-depressive Komorbiditätsmuster bei Patienten mit einer somatoformen Erkrankung zu untersuchen. Weiterhin soll der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines traumatischen Erlebnisses in der Vergangenheit und dem Komorbiditätsmuster analysiert werden.
Methoden: Die Daten wurden im Rahmen des Forschungsprojektes Sofu-Net (Netzwerk für somatoforme und funktionelle Syndrome) einem Teilprojekt des Hamburger Netzwerkes für psychische Gesundheit (psychenet) erhoben. In 20 Hausarztpraxen wurden 1826 Patienten hinsichtlich einer somatoformen Symptomatik gescreent (PHQ). Bei 139 screening-positiven Patienten erfolgte eine standardisierte Diagnostik mit dem Münchner Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) bezüglich des Lifetime-Auftretens Somatoformer Störungen, Depression und Angsterkrankungen. Traumatische Erlebnisse wurden mit dem PTSD-Modul des M-CIDI erfasst.
Ergebnisse: Die Patienten mit einer somotoformen Diagnose werden hinsichtlich ihrer komorbiden Angst- und Depressionsdiagnosen charakterisiert (Art der Diagnose, Anzahl der Diagnosen, Störungsbeginn und letztmaliges Auftreten). Die komorbiden Diagnosen werden zur Inanspruchnahme von Leistungen in Beziehung gesetzt. Weiterhin wird berichtet, wie sich Patienten mit einem traumatischen Erlebnis in der Vorgeschichte von solchen ohne ein traumatisches Erlebnis hinsichtlich des o.g. Komorbiditätsmusters unterscheiden.
Diskussion: Die Ergebnisse erweitern das Verständnis über den Verlauf und die Differenzierung ängstlich-depressiver Komorbidität bei Patienten mit somatoformen Störungen. Implikationen für die Versorgung werden diskutiert.

Suizidalität bei Patienten mit somatoformen Störungen. Eine Querschnittsstudie aus der Allgemeinmedizin

Löwe Bernd[1], Gieseler Dorothee[1], Fabisch Alexandra[1], Voigt Katharina[1], Lautenbach Anne[1], Wiborg Jan[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Schön Klinik Hamburg Eilbek, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Über Suizidalität bei Patienten mit somatoformen Störungen ist bisher nur wenig bekannt. Das Ziel dieser Studie war es deshalb, die Häufigkeit von Suizidalität bei Patienten mit somatoformen Störungen zu untersuchen und Faktoren zu identifizieren, die mit Suizidalität in dieser Patientengruppe einher gehen.
Methoden: Im Rahmen der BMBF-geförderten Studie „SofuNet" wurden in einem querschnittlichen Studiendesign 1645 Patienten der Allgemeinmedizin untersucht. Bei 142 Patienten waren die diagnostischen Kriterien für eine somatoforme Störung erfüllt (CIDI-Interview). Bei diesen Patienten wurden Suizidalität und weitere Variablen im Rahmen von strukturierten Interviews und Fragebögen erhoben.
Ergebnisse: Von den 142 Patienten mit somatoformen Störungen gaben 23,9% aktive suizidale Vorsätze in den letzten sechs Monaten an. 17,6% hatten in ihrem Leben bereits einen Suizidversuch unternommen, die meisten davon nach Beginn der somatoformen Symptomatik. Suizidale Vorsätze waren signifikant mit komorbiden Depressionssymptomen (OR = 1,15; 95% CI = 1,0 - 1,32) und dysfunktionalen Krankheitsüberzeugung (OR = 1,06, 95%; CI = 1,01 - 1,11) assoziiert.
Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse weisen daraufhin, dass Suizidalität ein substanzielles Problem bei Patienten mit somatoformen Störungen der Allgemeinmedizin ist. Komorbide depressive Beschwerden sowie dysfunktionale Krankheitsüberzeugung sollten aufgrund ihrer Assoziation mit der Suizidalität im Rahmen der Behandlung besondere Beachtung finden.

Psychobiology and cardiovascular risk (ENG)

C-reactive protein in women with coronary heart disease and associations with heart rate variability and symptoms of depression

Weber Cora Stefanie[1], Orth-Gomér Kristina[2], Thayer Julian F.[3], Zimmermann-Viehoff Frank[4], Perschel Frank H.[5], Erdur Laurence[1], Deter Hans Christian[1]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience, Osher Center for Integrative Medicine, Stockholm, Schweden, [3]The Ohio State University, Institute of Psychology, Columbus, OH, Vereinigte Staaten, [4]Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, [5]Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Virchow-Klinikum, Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Pathobiochemie, Berlin, Deutschland

Introduction: Depression is an independent risk marker for coronary heart disease (CHD). Decreased heart rate variability is associated with increased cardiovascular and all-cause mortality and a higher rate of recurrent cardiac events. Subclinical inflammation as indexed by high sensitivity C reactive protein (CRP) may mediate both cardiovascular pathology and depression. We in this paper looked into associations of CRP, HRV, and symptoms of depression in women with and without CHD from the Stockholm Female Coronary Risk Study (Orth-Gomér et al 2009).
Methods: We analyzed associations of high sensitivity CRP (log transformed), log transformed indices of HRV (SDNN, RMSSD, HF, LF, VLF), and depressive symptoms (questionnaire by Pearlin) in 292 women with CHD and 300 age matched controls without CHD by bivariate correlations (Pearson). Women were grouped by number of depressive symptoms in depressed (2 and more depressive symptoms) and non depressed (1 or no depressive symptom) as reported (Zimmermann-Viehoff et al 2010; Weber et al 2012).
Results: In the whole sample, significant inverse correlations of CRP and HRV emerged for all indices, including SDNN (r=-1.33; p=0.003), RMSSD(r=-.126; p=0.004), LF (r=-.167; p< 0.0001) and VLF (r=-,155; p< 0.0001), except HF (n.s.). Looking at depressed and non depressed women separately, only in the depressed, the above cited inverse correlations of CRP and HRV were confirmed (all p < 0.05), whereas in the non depressed, only for VLF and LF significant inverse correlations were seen (p< 0.005). Further analyses for depressed and non depressed patients versus controls were carried out. In the patient group, only the depressed showed significant inverse correlations of CRP and HRV (all p< 0.05 except for HF).
Discussion: In women markers of subclinical inflammation and vagal tone show significant negative associations. Grouping women by number of depressive symptoms, only in the depressed group, these associations are confirmed. This pattern appears to be confirmed in women with CHD. In conclusion, our data may confirm the suggested mediation of depression by both low vagal tone and subclinical inflammation. Why CHD patients and non CHD patients should show different pathobiological pathways will be subject to discussion.

Microbicidal potential of human macrophages and cardiovascular risk factors in coronary artery disease

Zuccarella Claudia[1], von Kaenel Roland[2], Hauser Mark[1], Kuebler Ulrike[3], Thomas Livia[1], Rieben Robert[4], Wirtz Petra Hedwig[1]
[1]Department of Psychology, Biological and Health Psychology, Bern, Schweiz, [2]Inselspital Bern, Division of Psychosomatic Medicine, Bern, Schweiz, [3]Department of Psychology, Clinical Psychology and Psy-

chotherapy, Zürich, Schweiz, [4]Department of Clinical Research, Bern, Schweiz

Objectives: Atherosclerosis is a chronic inflammatory process where inflammatory cells such as macrophages play a pivotal role. We recently implemented an assay to assess the microbicidal potential of human macrophages as a measure of macrophage activation potential. Here, we investigate whether the microbicidal potential of human macrophages relates to classical and psychological cardiovascular risk factors in coronary heart disease patients.
Methods: Our study comprised 48 (mean age: 68.02 ±SEM 1.2 yrs) male patients with diagnosed coronary heart disease. We assessed macrophage microbicidal potential (MMP) by investigating PMA-activated superoxide anion production by human ex vivo isolated monocyte-derived macrophages. Classical cardiovascular risk factors included age, BMI, blood pressure, and blood lipids, and psychological risk factors comprised depressive symptom severity, anger, and type D personality.
Results: Higher MMP was associated with higher trait anger (p=.021), higher anger-out (p=.010), higher anger-in (p=.011), and lower anger control (p=.044). Moreover, higher MMP related to higher type D personality (p=.006) and higher depressive symptom severity (p=.029). Neither age, BMI, or blood lipids did relate to macrophage activation (p's >.47).
Conclusion: Our results indicate that psychological cardiovascular risk factors relate to higher macrophage microbicidal potential of human macrophages. This suggests that macrophage activity may play a role in mediation of cardiovascular risk.

Association of heart rate variability with cardiovascular risk factors in patients with acute myocardial infarction

Princip Mary[1,2,3], Meister Rebecca[1,2,3], Schmid Jean-Paul[4], Schnyder Ulrich[5], Barth Jürgen[6], Znoj Hansjörg[3], von Känel Roland[1,2,4]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [5]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [6]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: There is substantial evidence that decreased heart rate variability (HRV) is associated with the development of a number of cardiovascular risk factors, while increased HRV is related to low risk profiles. Little is known about the relationship between decreased HRV, metabolic factors and illness perception in patients with acute myocardial infarction (MI). Our hypothesis was that decreased HRV is associated with cardiovascular risk factors in patients with acute MI. The role of illness perception in this context was also explored.
Design and Methods: 50 patients with acute MI (74.1% men, mean age 59.6 ±SD = 10.1) were examined within 48 hours after the cardiac event. Patients' cognitive representations of their MI were assessed using a brief German version of the self-rated revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Frequency domain measures of HRV were assessed from 5-min electrocardiogram recordings during stable supine resting. Metabolic factors (glucose, HDL-cholesterol and triglycerides) were recorded within 48 hours of admission (fasting blood sample).
Results: Decreased levels of HRV was associated with increased illness perception and higher metabolic risk factors controlling for age, gender and body mass index (BMI). Decreased HRV was associated with a higher sum score of IPQ-R, (r=- .417, $p< .05$) controlling for age, gender and BMI. There also was a relationship between metabolic risk factors and HRV such that decreased levels of HRV were correlated with higher levels of glucose (r=-.331, $p< .05$) and triglycerides (r=-.420, $p< .05$). Increased levels of HRV were associated with higher levels of high density lipoprotein cholesterol (r= .446, $p< .05$).
Conclusions: The data suggest that decreased levels of HRV measured early after MI is associated with patient's perception of the heart disease as threatening and is accompanied by cardiometabolic risk factors. This provides one explanation for the poor cardiovascular prognosis in post-MI patients related to decreased HRV.
Dieser Beitrag gehört zum eingereichten Symposium psychobiology and cardiovascular risk (Weber, Waller & Wirtz)

Hypocortisolism - a new view on coronary heart disease progression due to chronic stress

Waller Christiane[1], Szabo Franziska[1], Hoppmann Uta[1], Krause Sabrina[1], Höch Julia[1], Rottler Edit[1], Guendel Harald[1]
[1]Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

Hypocortisolism is a common finding in patients suffering from PTSD but also from other bodily disorders e.g. chronic fatique syndrome, fibromyalgia or somatoform disorders. This phenomenon has been considered to be related to chronic stress conditions in these patients. Chronic stress factors are commonly related to coronary artery disease (CAD) progression. Mainly depression has been shown to deteriorate CAD. Therefore, we investigated the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) in CAD patients in relation to depressive symptoms during rest and mental stress.
Four patient groups were analyzed: 21 CAD patients with (CAD + D) and 25 CAD patients without depressive symptoms (CAD - D), 16 depressed (D) and 23 non-depressed bodily health controls (G). The groups were matched for gender and age. All subjects were

exposed to the Trier Social Stress Test (TSST), a public speaking task followed by mental arithmetic challenge in front of a panel of judges. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), STAI-S for situative anxiety and index for stress (PASA) prior to and after the stressor were applied. Blood samples were collected prior to and 1, 5, 15 and 30 minutes after the TSST, and cortisol and ACTH were determined.
ACTH and cortisol significantly increased due to stress ($p < 0.05$) in all groups. ACTH levels were comparable in all conditions, whereas cortisol levels differed significantly at all time points. The D group showed hypercortisolism, whereas CAD + D patients had the lowest cortisol levels at all time points ($p < 0.01$). Cortisol levels were negatively correlated to HADS depression only in the CAD + D and CAD - D groups (R^2 0.11). STAI-S and PASA scores were the highest in the D group followed by the CAD + D group ($p < 0.001$) in comparison to the D and G groups.
Our study demonstrates (i) that the HPA responses to acute mental stress are maintained in all groups. However, (ii) chronic HPA axis functioning seems to differ substantially at cortisol levels as a function of bodily disorder. (iii) Since hypocortisolisms was related to depressive symptoms only in the CAD groups, this may indicate a potential pathophysiological mechanisms for CAD progression due to hypocortisolism.

Heart rate variability, autonomic imbalance, and cardiovascular risk

Thayer Julian F.[1], Weber Cora Stefanie[2]
[1]The Ohio State University, Dpt. of Psychology, Columbus, OH, Vereinigte Staaten, [2]Charité Universitätsmedizin Campus Benjamin Franklin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death and disability worldwide. The understanding of the risk factors for CVD may yield important insights into the prevention, etiology, course, and treatment of this major public health concern. Autonomic imbalance, characterized by a hyperactive sympathetic system and a hypoactive parasympathetic system, is associated with various pathological conditions. Over time, excessive energy demands on the system lead to premature aging and diseases. Heart rate variability (HRV) may be used to assess autonomic imbalance, disease, and mortality. Here we review evidence linking HRV to established and emerging risk factors such as hypertension, obesity, cholesterol, and diabetes. Substantial evidence exists to support the notion the decreased HRV precedes the development of a number of these risk factors and that lowering risk profiles is associated with increased HRV. We suggest that autonomic imbalance may be a unifying framework within which to investigate the impact of a range of risk factors on cardiovascular disease and mortality.

Prävention psychischer Störungen

Prävention psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit - Herausforderungen und Chancen

Bittner Antje[1], Junge-Hoffmeister Juliane, Galle Michaela, Peukert Judith, Weidner Kerstin
[1]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

Psychische Störungen treten bei Schwangeren und jungen Müttern mit einer Prävalenz von 14-26% häufig auf. Eine Vielzahl von Einzelstudien sowie einige hervorragende Überblicksarbeiten der letzten Jahre konnte übereinstimmend zeigen, dass psychische Störungen in der Schwangerschaft und Postpartalzeit mit langfristigen negativen Auswirkungen für den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die kindliche Entwicklung bis hinein ins Jugendalter sowie die Mutter-Kind-Beziehung assoziiert sind. Dementsprechend kommt der Prävention und Frühintervention psychischer Erkrankungen in dieser Lebensphase eine besondere Bedeutung zu.
Der Vortrag gibt einen Überblick über den Forschungsstand präventiver Interventionen in der Peripartalzeit. Dabei wird insbesondere auf die Effekte psychosozialer und psychologischer Interventionen zur Prävention postpartaler Depression und die Effekte der Behandlung psychischer Störungen in der Schwangerschaft im Hinblick auf die Prävention von Folgeproblemen bei Mutter und Kind eingegangen. Erkenntnisse zur differentiellen Wirksamkeit verschiedener Settings und Therapieverfahren sowie die Frage optimaler Zeitfenster für Interventionen werden diskutiert.

Prävention von Angststörungen basierend auf der Bindungstheorie: Ist das möglich?

Petrowski Katja[1]
[1]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

In der Bindungstheorie postuliert John Bowlby drei familiäre Muster, die zur Entstehung der Angst herangezogen werden können (Bowlby, 1973). In diesen leidet entweder ein Elternteil an chronischen Trennungsängsten, der Patient fürchtet, dass der Bindungsperson etwas zustoßen könnte oder Patient fürchtet, dass ihm selbst ohne Bindungsperson etwas zustoßen könne (Überprotektion). Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen liegt die Prädiktion basierend auf Bindungserfahrungen nahe. Daher soll zuerst die Bindungsrepräsentation von Patienten mit Angststörungen (unresolved/desorganized) im Vergleich zu Gesunden näher betrachtet werden. Eine Rolle spielen dabei psychophysiologische Prozesse und Veränderungen durch Bindungstraumata. Des Weiteren werden mögliche soziodemographische Risikogruppen (Singles, in Partnerschaftlebende und Verheiratete mit/ohne

Kindern) hinsichtlich Ihrer Symptomatik und Bindungsrepräsentation hinsichtlich Präventionsindikation analysiert. Um das Ausmaß der Prädiktion spezifizieren zu können, muss der Einfluss von elterlichem Erziehungsverhalten und Resilienz und die Entstehung von Angst betrachtet werden. Abschließend sollen noch empirische Ergebnisse zur Prädiktion des Therapieerfolg bei Patienten mit Angststörung und mögliche Indikationen referiert werden.

Prävention stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen

Siepmann Martin[1]
[1]*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland*

Prävention stoffgebundener Süchte richtet sich überwiegend gegen Alkohol-, Cannabis- und Nikotinabhängigkeit. Die frühzeitige Intervention bei problematischem Alkoholgebrauch bezieht sich auf die Berufswelt und die ärztliche Versorgung. Betriebliche Suchtprävention ist gesetzlich vorgeschrieben. Konzepte für eine frühzeitige Intervention bei Risikokonsumenten von Alkohol bestehen modellhaft für die hausärztliche Versorgung. Für illegale Drogen umfasst die primäre und sekundäre Prävention in der Regel eine begrenzte Anzahl von Einzelberatungen durch Suchtberatungsstellen. Tertiäre Prävention von Alkohol-und/oder Drogenabhängigkeit, die abstinenzorientiert ist, findet als ambulante, teilstationäre oder stationäre Rehabilitation statt. Medikamentöse Substitution wird bei Heroinabhängigkeit zumeist in allgemeinmedizinischen Praxen durchgeführt. Durch Anticravingmittel gestütztes kontrolliertes Trinken in Verbindung mit psychosozialer Beratung und medikamentöse Substitution sind neuere Ansätze tertiärer Prävention bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Tabakprävention ist in erster Linie Verhaltens- und Verhältnisprävention. Unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenzlage wird die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen dargestellt.

Wie weit reichen die Folgen des Traumas?

Muster von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch und psychische Gesundheit in der deutschen Bevölkerung

Pöhlmann Karin[1], Schilling Christoph[1], Weidner Kerstin[1], Glaesmer Heide[2], Brähler Elmar[2]
[1]*TU Dresden, Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychomatik, Dresden, Deutschland,* [2]*Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland*

Lebensgeschichtlich frühe traumatische Erfahrungen wie Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch sind Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung vieler psychischer und körperlicher Störungen. Der Grad der erlebten Traumatisierung ist ein Indikator für die Schwere von Störungen und die Ausprägung der Komorbidität. Bisher gibt es allerdings nur wenige Studien, die die Auswirkungen von spezifischen Konstellationen verschiedener Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen analysieren. Ziel der Studie war, auf der Basis einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (a) Muster von Kindesmisshandlung und -missbrauch zu identifizieren und (b) die Auswirkungen dieser Muster auf die psychische Gesundheit zu untersuchen.
Die Stichprobe besteht aus 2504 Personen, die 2010 an einer repräsentativen Mehrthemenbefragung der deutschen Bevölkerung teilnahmen (53.2% Frauen, Alter M = 50.6, SD = 18.6). Kindesmisshandlung und Missbrauch wurden durch den CTQ (Klinitzke et al. 2012) erfasst, psychische Gesundheit durch den PHQ-4 (Löwe et al. 2010). Zur Identifikation von Mustern von Misshandlung und Missbrauch wurde eine Clusteranalyse durchgeführt.
Clusteranalytisch wurden drei Gruppen identifiziert. In Cluster 1 (70.6%) liegt keine Traumatisierung vor. Cluster 2 (25.2%) hat hohe Werte in emotionaler Vernachlässigung und emotionalem Missbrauch. In Cluster 3 (4.2%) liegen multiple Traumatisierungen mit sexuellem Missbrauch vor. Die drei Cluster unterscheiden sich signifikant in allen fünf Skalen des CTQ und im Ausmaß von Depression und Angst. Die Anteile der Personen, die in den drei Clustern über den Cut off-Werten liegen, betragen für die PHQ-Skala Depression 3.9%, 14.5% und 32.7%, für die PHQ-Skala Angst 2.8%, 13.2% und 43.3%.
Clusteranalytisch konnten drei Personengruppen differenziert werden, die sich in Art und Ausmaß der Traumatisierung signifikant unterscheiden. Die Gruppen unterscheiden sich auch signifikant in der Ausprägung von Depression und Angst, was für die Validität der Klassifikation spricht. Die Identifikation von verschiedenen Mustern von Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung ermöglicht es, den Einfluss des von Konstellationen von Misshandlungen und Missbrauchserfahrungen zu analysieren und zu differenzieren. Die Ergebnisse auf der Basis der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe stimmen mit Befunden aus einer klinischen Stichprobe von Psychosomatik-Patienten überein (Schilling et al., submitted).

Subjektive Bewertung von Missbrauchs- und Vernachlässigungserlebnissen in der Kindheit im Verlauf der Psychotherapie

Schellong Julia[1], Croy Ilona[1], Symmank Anja[2], Epple Franziska[1], Petrowski Katja[1], Weidner Kerstin[1]
[1]*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland,* [2]*Krankenhaus Dresden Friedrichstadt, Dresden, Deutschland*

Hintergrund: Missbrauchs- und Vernachlässigungserlebnisse in der Kindheit gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung körperlicher und seelischer Störungen im Erwachsenenalter. Sowohl das Erleben unterschiedlicher Missbrauchsformen als auch die Häufigkeit der Erlebnisse beeinflussen die Schwere der späteren

Störungen. Abgesehen von den unmittelbaren Folgen körperlicher Verletzungen wird besonders der zusätzlichen Vernachlässigungserfahrung eine hauptverursachende Wirkung für ein schwaches Selbstbewusstsein, schwere Bindungsstörungen und eine belastete seelische Gesundheit im Erwachsenenalter zugeschrieben. Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) wird international als Erfassungsinstrument für potentiell traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit eingesetzt. Das Ziel dieser Studie war, zu ergründen, wie Betroffene ihre eigenen schwierigen Kindheitserfahrungen vor und nach einer Psychotherapie bewerte und ob sich die Sicht auf diese verändert.

Methoden: 31 weibliche stationär behandelte Patientinnen (mittleres Alter 39 ± 11) wurden mit dem CTQ und verschiedenen anderen Fragebögen für psychische Symptome (Hamilton, BDI, STAI, SCL-90, IES-R, FDS) vor und nach der Therapie untersucht. In einer Kontrollgruppe wurden 28 weibliche Gesunde (mittleres Alter 36 ± 10) untersucht.

Ergebnisse: Nach der traumaspezifischen stationären Psychotherapie berichteten die Patientinnen signifikant weniger Derealisationssymptome, weniger Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie weniger Angst- und Depressionssymptome. Das Bewusstsein für Missbrauchserfahrungen in der Kindheit erhöhte sich allerdings, was durch höhere Werte in den CTQ-Subskalen Emotionaler Missbrauch und Emotionale Vernachlässigung zum Ausdruck kam. Zusätzlich verringerten sich die Werte auf der Bagatellisierungsskala des CTQ. Bei der Kontrollgruppe fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten.

Zusammenfassung: Ein Wirkmechanismus von Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen könnte eine höhere Reflektionsfähigkeit im Sinne einer realistischeren Auseinandersetzung mit den eigenen Erlebnissen sein. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine vermutlich realistischere Interpretation nicht einer allgemeinen Verbesserung des psychischen Wohlbefindens widerspricht. Möglicherweise spielt genau diese Erkenntnis, selbst missbraucht und vernachlässigt worden zu sein, sogar eine wichtige Rolle in der Psychotherapie. Weitere Studien sollten dieser Frage nachgehen.

Sind frühe und schwere Bindungstraumatisierungen genotoxisch?

Subic-Wrana Claudia[1], Bergholz Liane[1], Beutel Manfred E.[1], Kaina Bernd[2]

[1]Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, [2]Universitätsmedizin Mainz, Institut für Toxikologie, Mainz, Deutschland

Fragestellung: Die genotoxische Wirkung von Giften oder Strahlen kann durch das Sichtbarmachen und Auszählen der Häufigkeit von DNA-Doppelstrangbrüchen nachgewiesen werden. Die Untersuchung geht der Frage nach, ob frühe und schwere Traumatisierungen in den primären Beziehungen ebenso genotoxische Wirkungen wie chemische oder physikalische Noxen haben.

Methode: Patienten in stationärer und teilstationärer psychosomatischer Akutbehandlung, die die Cut-off Werte für klinisch relevante Traumatisierung im Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erreichen, werden mit nicht oder gering traumatisierten Patienten und in Bezug auf die Gruppe der Hochtraumatisierten nach Alter, Geschlecht und Bildungsgrad gematchten, psychisch gesunden Kontrollpersonen ohne Kindheitstraumatisierung verglichen, eine Gruppengröße von jeweils 40 wird angezielt. Mit einer am Institut für Toxikologie der Universitätsmedizin Mainz ethablierten Methode werden in Blutproben der beiden Gruppen eventuell vorhandene DNA-Doppelstranbrüche sichtbar gemacht und ausgezählt. Es wird geprüft, ob die klinische Gruppe im Mittel mehr DNA-Doppelstrangbrüche aufweist als die Kontrollgruppe. Zugleich werden der kognitiv-emotionale Entwicklungsstand (gemessen mit der Levels of Emotional Awareness Scale, LEAS) und der aktuelle Bindungsstatus (gemessen mit dem Adult Attachment Projective Picture System, AAP) als in Bezug auf die genotoxische Schädigung moderierende Variablen erfasst.

Ergebnisse: Die Methodik der Untersuchung soll detailiert dargestellt und erste Ergebnisse sollen präsentiert werden. In den momentan vorliegenden Proben von 20 hochtraumatisierten Patienten konnten mehr DNA-Doppelstrangbrüche nachgewiesen werden als bei den nicht oder gering traumatisierten Patienten; die Rekrutierung der psychisch gesunden Kontrollpersonen läuft.

Diskussion: Die Pilotstudie untersucht mit einem innovativen Ansatz mögliche Verbindungswege zwischen komplexer psychischer Traumatisierung und körperlicher Erkrankung. Das Vorliegen von DNA-Doppelstrangbrüchen ist zwar kein Zeichen einer spezifischen Erkrankung, ist aber ein Mechanismus, der als grundlegend für die Entartung von Zellen und damit u.a. für die Entstehung von Karzinom-Erkrankungen diskutiert wird. Die vorläufigen Befunde der noch laufenden Studie sollen in Hinblick auf diese Thematik diskutiert werden.

CpG methylation patters in anxiety and post-traumatic stress disorder; preliminary epigenetic analyses from the population-based KORA F4 study

Emeny Rebecca[1], Kretschmer Anja[2], Zeilinger Sonja[2], Lukaschek Karoline[1], Baumert Jens[1], Waldenberger Melanie[2], Kruse Johannes[3], Ladwig Karl-Heinz[1,4]

[1]Helmholtz Zentrum Munich, Institute of Epidemiology II, Neuherberg, Deutschland, [2]Helmholtz Zentrum Munich, Research Unit of Molecular Epidemiology, Neuherberg, Deutschland, [3]University of Marburg, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Marburg, Deutschland, [4]Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, München, Deutschland

Background: Methylation of the dinucleotide combination of cytosine connected via phosphate to guanosine (CpG) is used by somatic cells to regulate access to gene regions and thus promote or inhibit transcription. Altered methylation patterns are one form of epigenetic regulation of gene expression and indicate environmental influences on genetic predispositions. Stress-associated changes in methylation are reported in anxiety and post-traumatic stress (PTSD), but evidence from large studies are lacking. Also, whether epigenetic patterns predispose an individual to develop a psychological disorder or vice versa is uncertain.
Methods: Participants of the population-based Cooperative Health Research in Augsburg (KORA) F4 sturvey were assessed for **methylation patterns**. Genome-wide DNA methylation was determined by the Illumina HumanMethylation450 BeadChip. The degree of methylation is given as M-values.
PTSD was measured in a face to face interview (n=1790), according to the ICD-10 definition with criterion A-D required for full PTSD. A: the experience of a traumatic event, B: Intrusion, C: Avoidance, D: Hyperarousal. Criteria B-D were assessed by the Impact of Event Scale from Horowitz et al (1979).
Anxiety was measured using the General Anxiety Disorder 7 item instrument (GAD-7) in a self-administered questionnaire (n=1522). Methylation patters in participants with full PTSD or high anxiety were compared to participants with no disorders using a Linear Effects Model. Significant CpG sites were identified using the Benjamini-Hochberg (p-BH) and the Bonferroni (p-Bf) tests for significance to obtain a more tolerant or strict statistical assessment, respectively.
Results: In participants with high anxiety increased methylation was identified in a CpG located in the promoter region of the ASB1 gene (β =0.56, SE =0.10, p-Bf=0.01, p-BH= 0.01). In participants with full PTSD, strict assessment identified 2 sites and the more lenient test identified 11 additional sites. Diminished methylation in the promoter region of SLC13A5 (-0.62, 0.11, p-Bf=0.02, p-BH= 0.01) and in the coding region of PDE7A gene (-0.83, 0.14, p-Bf=0.002, p-BH= 0.002) were observed in participants with PTSD.
Discussion: Methylation changes associated with anxiety or PTSD were in functional genetic regions. Analyses continue to explore the potential impact of these findings to aid our understanding of mechanisms that may underlie pathogenic processes associated with anxiety and trauma disorders.

Psychosomatik in der Dermatologie

Chronischer Pruritus und psychische Beschwerden: Frauen sind ängstlicher als Männer

Stumpf Astrid[1], Warlich Benjamin[2], Pfleiderer Bettina[3], Fritz Fleur[4], Heuft Gereon[1], Schneider Gudrun[1], Ständer Sonja[2]
[1]Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland, [2]Kompetenzzentrum Chronischer Pruritus, Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland, [3]Institut für Klinische Radiologie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland, [4]Institut für Medizinische Informatik, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Einleitung: Chronischer Pruritus (CP) ist häufig mit psychischen Symptomen wie Angst oder Depression vergesellschaftet oder wird durch diese verstärkt. In einer Studie von Ständer et al. (2013) konnte gezeigt werden, dass Frauen vermehrt unter Pruritus leiden und diesen intensiver wahrnehmen. In wie fern Frauen und Männer unterschiedlich unter psychischen Symptomen in Bezug auf die Pruritus-Lokalisation (lokalisiert oder generalisiert) und die -Dynamik (attackenartig oder kontinuierlich) leiden, ist bisher noch völlig unbekannt.
Methode: Wir untersuchten 619 Patienten mit CP im Zeitraum April 2012 - April 2013. Die Pruritus-Intensität wurde mittels visueller Analogskala (VAS 0 - 10) bestimmt. Neben einer dermatologischen Untersuchung wurden Depressions- und Angstsymptome mittels der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) erhoben. Die Auswertung erfolgte mittels T-Tests für unabhängige Variablen.
Ergebnisse: Frauen mit lokalisiertem ($p \leq 0.05$) und generalisiertem Pruritus ($p \leq 0.001$) hatten signifikant höhere Angstwerte als Männer. Frauen mit generalisiertem Pruritus hatten ebenfalls höhere Werte in beiden HADS Subskalen ($p \leq 0.01$) als Frauen mit lokalisiertem Pruritus, während es bei Männern keine Unterschiede gab. Frauen, die unter attackenartigem Pruritus litten, waren ängstlicher als Männer ($p \leq 0.01$). Bezüglich depressiver Symptome gab es keine Unterschiede. Frauen mit kontinuierlichem Pruritus gaben stärkere Pruritus-Intensitäten an als Männer ($p \leq 0.01$) und als Frauen mit attackenartigem Pruritus ($p \leq 0.05$).
Schlussfolgerung: Frauen und Männer mit chronischem Pruritus leiden unterschiedlich stark unter Angstsymptomen, wobei diese bei Frauen stärker ausgeprägt sind. Ebenfalls scheint die Pruritus-Dynamik von Frauen und Männern unterschiedlich erlebt und bewertet zu werden. Diese Ergebnisse sollten im Hinblick auf eine Gender-spezifische Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.

Psychodynamische Psychotherapie bei Patienten mit körperdysmorpher Störung - eine Katamnesestudie mit 34 Patienten

Laggner Tanja[1], Handrack Miriam[1], Kupfer Jörg[2], Schut Christina[2], Kruse Johannes[1], Gieler Uwe[1,3]
[1]Universitätsklinikum Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Gießen, Institut für Medizinische Psychologie, Gießen, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Gießen, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Gießen, Deutschland

Einleitung: Psychodynamische Psychotherapie bei Patienten mit körperdysmorpher Störung (KDS) wurde bisher nicht untersucht.

Wenige Therapiestudien ohne Kontrollgruppen zeigen eine Wirksamkeit mit sehr kleinen Fallzahlen. Die Therapieergebnisse im Rahmen der stationären psychodermatologischen Behandlung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen (Direktor: Prof. Dr. J. Kruse) werden dargestellt. Der störungsorientierte psychodynamische Therapieansatz bei KDS-Patienten ist ein multimodulares Behandlungskonzept basierend auf psychodynamischer Psychotherapie.

Methode: Im Rahmen eines Promotionsprojektes (M.Handrack) wurden n = 34 Patienten (25 w / 9 m) (**MW** = 33,1 Jahre) mit einer gesicherten Diagnose einer KDS erfasst, bei denen die Basisdaten zu Beginn der stationären Behandlung vorlagen. Die Studie erfasste konsekutiv alle KDS-Patienten im Zeitraum von 03/2005 - 07/2012. Die Katamnese wurde 50 - 900 Tage nach Beendigung der stationären Therapie durchgeführt. An der Katamnese nahmen n = 20 Patienten (58,8%) teil. An testpsychologischen Daten wurden folgende Fragebögen ausgewertet: SCL-90-R, HADS, ZUF-8, GAF. Hauptzielfragestellung war der kurzfristige (am Ende der stationären Therapie) und der langfristige (zum Zeitpunkt der Katamnese) Therapieerfolg im Hinblick auf Angst, Depressivität (HADS), Therapiezufriedenheit (ZUF-8) und Befinden nach der Therapie (globale Frage).

Ergebnisse: 14 (76%) Patienten von n= 19 gaben in der Katamnese besseres Befinden zu dem Nachuntersuchungszeitpunkt an. Nur 3 Patienten berichteten von einer Verschlechterung, bzw. 2 keine Veränderung (insg. 24%). Hinsichtlich der Depressivität zeigte sich eine deutliche Besserung von MW=11,7 auf 7,75, bei der Angst eine Veränderung von MW=11,7 auf 8. Die Therapiezufriedenheit zeigte sich auch im Katamneseverlauf als stabil positiv.

Diskussion: Die Studie konnte zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten von der psychodynamischen Psychotherapie profitierten. Wegen der bekannt schwierigen Rekrutierung dieser Patientengruppe konnte keine nichtbehandelte Kontrollgruppe erhoben werden. Die Studie zeigt jedoch in einem relativ großen Kollektiv (n=20) die Effektivität der psychodynamischen Psychotherapie bei körperdysmorphen Störung.

Dünne Haut durch Stress? Epidermale Barriere und Tight Junctions bei allergischer Hautentzündung und Stress

Ivanovas Laura H.[1], Rommel Frank Risto[1], Tumala Susanne[1], Laux Sandra[1], Kruse Johannes[2], Brandner Johanna M.[3], Peters Eva Milena Johanne[4,5]

[1]Justus-Liebig Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Gießen, Deutschland, [2]Justus-Liebig Universität Gießen, Leitung Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen und Marburg, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Hamburg, Deutschland, [4]Justus-Liebig Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Leitung Psychoneuroimmunologie Labor, Gießen, Deutschland, [5]CharitéCentrum 12 (CC12) für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Berlin, Deutschland

Die Haut, als größtes menschliches Organ, übernimmt die Rolle der Barriere zwischen Umwelt und Körper. Eine Barriere die im somatischen Sinne ebenso nach Außen (Eindringen körperfremder Substanzen) wie nach Innen (Verlust von Wasser und löslichen Substraten) gerichtet ist und auf psychosoziale Belastung mit einer verminderten Funktion reagiert. Verschlussstrukturen, die die Barriere-bildenden Zellen der Haut, die Keratinozyten, zusammenhalten, sogenannte epidermale *tight junctions* (TJ) können dabei zentrale Effektoren einer gestörten Barrierefunktion sein. TJs bestehen aus Transmembran-Verschlussproteinen (z.B. Claudine, Occludin) sowie aus cytoplasmatischen Plaque-Proteinen (z.B. Zonula occludens protein 1 [ZO-1]). Wir vermuten, dass sich für TJ Proteine eine durch psychosoziale Belastung beeinflussbare Plastizität ergibt. Diese hätte besondere Relevanz für die Stress-Sensitivität von Hauterkrankungen mit gestörter Barrierefunktion wie der atopischen Dermatitis. Wir nutzten ein etabliertes Maus-Modell für Neurodermitis-ähnliche allergische Dermatitis (AID) in Kombination mit Lärmstress um die Barriere-Funktion mittels TEWL-Messung, Entzündungsschwere durch epidermale Dicke und Keratin-14 [K-14]) Expression und Verschlussproteinexpression mittels Immunfluoreszenz (Occludin, ZO-1, Claudin-1 [Cldn-1]) zu erfassen. Erste Ergebnisse zeigen eine Dysfunktion der Haut-Barriere unter AID, welche unter Stress zunimmt. In der Immunfluoreszenz zeigt sich bei AID eine K-14+ Hyperplasie der Epidermis. Als TJ-Indikatoren einer gestörten Barriere scheint Cldn-1 spärlicher vorhanden als bei der Kontroll-Gruppe. Stress scheint diese Dysregulation zu verstärken. Eine Inflammations- und Stress-assoziierte Runterregulation sowie eine Umverteilung der TJ-Proteine könnten daher zur Barriere-Störung bei AID und vor allem unter Stress und AID beitragen.

Psychische Belastung dermatoonkologischer Patienten in der ambulanten Melanomnachsorge

Mayer Simone[1], Eigentler Thomas[2], Teufel Martin[1], Schäffeler Norbert[1]

[1]Medizinische Universitätsklinik, Abteilung Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [2]Universitätshautklinik Tübingen, Dermatologische Onkologie, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Etwa ein Drittel der Krebspatienten leidet komorbid an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Diagnosestellung sowie Kontrolluntersuchungen im Behandlungsverlauf stellen kritische Ereignisse dar und sind oft für die Patienten besonders belastend. Eine frühzeitige Erkennung belasteter Patienten und entsprechende psychoonkologische Behandlung ist wichtig - gerade weil komorbide psychische Erkrankungen die Therapie insgesamt erschweren. Studien bei anderen Tumorarten zeigen, dass der Schweregrad der Erkrankung keinen

Zusammenhang mit dem psychoonkologischen Behandlungsbedarf aufweist. Für Melanompatienten wurde die Belastung im Behandlungsverlauf bislang nicht untersucht.
Methoden: Patienten in der ambulanten Melanomnachsorge erhielten im Rahmen des Routinescreenings das Hornheider Screening Instrument (HSI) sowie die Fragen nach Problembereichen des Distress Thermometers. Weiter gaben die Patienten ihren subjektiven Bedarf für eine psychoonkologische Unterstützung an. Stimmten die Patienten einer Studienteilnahme zu, erhielten sie zusätzlich das Distress Thermometer, die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-2) sowie die Skalen „Emotionale Funktion" und „Rollenfunktion" des Lebensqualitätsfragebogens EORTC QLQ-C30.
Ergebnisse: N=317 durchliefen das Routinescreening, wovon n=254 (n=131 männlich, n=123 weiblich, Alter M=56 Jahre) einer Studienteilnahme zustimmten. Von diesen zeigten 28,7% eine Belastung lt. HSI, 9,8% gaben einen subjektiven Bedarf an. Es wurden Zusammenhänge mit somatischen Daten des Zentralregisters Malignes Melanom ausgewertet.
Diskussion: Die vorliegende Studie stellt unseres Wissens die erste dar, die bei Melanompatenten den Einsatz empfohlener Screening-Instrumente zur Erfassung des psychoonkologischen Bedarfs in Verbindung mit somatischen Krankheitsdaten untersucht. Dabei stellt die vorliegende Studie einen Querschnitt von Patienten vor, die sich in verschiedenen Stadien der ambulanten Nachbehandlung befinden. Dies lässt erste Rückschlüsse auf den Bedarf an psychoonkologischer Begleitung in der Melanomnachsorge zu.

Gefühle der Entstellung von Menschen in Deutschland 2013 - Ergebnisse einer repräsentativen Studie (n = 2508)

Laggner Tanja[1], Schmutzer Gabriele[2], Kupfer Jörg[3], Niemeier Volker[4], Schut Christina[3], Brähler Elmar[2], Kruse Johannes[1], Gieler Uwe[1,4]
[1]Universitätsklinikum Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Medizinische Psychologie, Leipzig, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Gießen, Institut für Medizinische Psychologie, Gießen, Deutschland, [4]Universitätsklinikum Gießen, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Gießen, Deutschland

Einleitung: „Moderne Zeit" beinhaltet die permanente Beschäftigung mit der äußeren Erscheinung und dem Abgleich mit den durch die Medien bereitgestellten Schönheitsidealen. Psychosomatische Folgen dieser gesellschaftlichen Realität, sind u.a. die Angst vor Entstellung und die körperdysmorphe Störung. Eine im Jahr 2013 durchgeführte repräsentative Studie sollte aufzeigen, inwieweit sich die Angst vor Entstellung in der gesunden Normalbevölkerung darstellt und im Vergleich mit einer methodisch gleichen Studie aus dem Jahr 2004 verändert hat.
Methode: Im Zusammenhang mit einer Repräsentativerhebung 2013 wurde an n = 2508 Menschen der Frage nachgegangen, inwiefern Entstellung, Scham, Ekel und erlebte Berührung vorhanden sind. Als Instrumente wurden die beiden validierten Instrumente DCQ = Dysmorphic Concern Questionnaire in der deutschen Fassung n. Stangier et al. und der HautZuf-Fragebogen eingesetzt. In diesem werden durch 5 Skalen Scham, Ekel, Selbstberührung, Partnerberührung und erinnerte elterliche Berührung erfasst.
Ergebnisse: Von den nach repräsentativen Kriterien erfassten Personen (n=2508) wurden zunächst n=168 (6,7%) die an einer Hauterkrankung litten, für die weitere Auswertung ausgeschlossen. In dem DCQ-Fragebogen zeigt sich, dass 1,3% der deutschen Bevölkerung nach dem Cut-Off Wert des Fragebogens an einer klinisch fassbaren Entstellung leiden. Dies entspricht einer Zunahme von ca.0,4 % im Vergleich mit der Vorerhebung 2004. Die positive Einschätzung der Selbstberührung hat im Vergleich zwischen 2004 und 2013 eher zugenommen, während die Schamgefühle abgenommen haben. Auch bei der Wahrnehmung von Ekel zeigen sich, im Vergleich zu dem Jahr 2004, deutliche Tendenzen, dass weniger Ekel wahrgenommen wird. Das positive Einschätzung der Partnerberührung nahm ab, während sich die Bewertung der erinnerten elterlichen Berührung kaum verändert hat.
Diskussion: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Entstellung ein zunehmendes Problem in der deutschen Bevölkerung darstellt. Scham und Ekel werden deutlich weniger erlebt als in der Befragung 2004. Inwiefern die Medien hier einen konkreten Einfluss auf diese Entwicklung haben, bleibt spekulativ. In der Psychosomatik sollte zunehmend der Problematik von Entstellungsgefühlen Beachtung geschenkt werden.

Therapie der extremen Adipositas – Effekte und Folgen

An exploration of psychological characteristics of patients with low, medium, and high weight loss outcome after bariatric surgery

Figura Andrea[1], Ahnis Anne[1], Stengel Andreas[1], Hofmann Tobias[1], Elbelt Ulf[2], Rose Matthias[1], Klapp Burghard F.[1]
[1]Charité-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Charité-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin, Berlin, Deutschland

Background: Obesity has become an increasingly important global health problem. The prevalence of obesity has nearly doubled worldwide since 1980 with no sign of retrenchment, but further progression to be expected in the coming years. Bariatric surgery has been shown to be an effective long-term treatment for morbidly obese patients in terms of sustained weight loss. However, results vary and approximately 15-20% of all bariatric surgery pa-

tients fail to lose substantial excess weight after surgery. To date, only scarce research on psychological dimensions takes weight loss differences among patients into a more differentiated consideration. The present study investigated mental burden, symptoms of disordered eating, and quality of life in relation to postoperative excess weight loss (EWL). The setting was a multidisciplinary obesity center at the university hospital Charité Berlin.

Methods: N=73 severely obese patients (75% female) with a mean preoperative BMI of 51 kg/m^2, who had undergone laparoscopic sleeve gastrectomy (n=63) or gastric bypass surgery (n=10) between 2009 and 2012 were evaluated using standardized questionnaires on perceived stress (PSQ), depression (PHQ-9), anxiety (ISR), eating disorder symptoms (EDI-2), and quality of life (SF-8). Measurements were done before and on average 1.5 years after surgery.

Results: Mean postoperative EWL was 55.3% (SD=24.7, range 13.6–122.1, median 50.7). Patients were classified into three EWL groups: low (M=31.5%, n=24), medium (M=50.3%, n=25), and high (M=84.3%, n=24). Patients with high EWL had a lower preoperative weight and BMI, and reported higher mental burden in terms of stress-related tension, depression, and anxiety before surgery compared to patients with medium EWL. After surgery, this subgroup further showed the strongest reduction in drive for thinness, bulimia, and body dissatisfaction compared to patients with low and medium EWL. All three groups reported an increase in physical health-related quality of life after surgery. Mental health scores remained unaffected.

Conclusion: In view of previous research in this area suggesting that high psychological symptoms decrease the likelihood of responsiveness to bariatric surgery treatment, it is surprising that our findings suggest that this particular subgroup of patients indeed shows seemingly best weight loss outcomes after surgery. Further studies are needed to confirm and elucidate our findings.

Vergleich von Patienten vor und nach Adipositaschirurgie hinsichtlich kognitiver Funktionen und psychopathologischer Variablen

Georgiadou Ekaterini[1], Voth Eva Malenka[1], Gruner-Labitzke Kerstin[2], Brandl Christina[3], Kiunke Wibke[4], Köhler Hinrich[2], Horbach Thomas[5], de Zwaan Martina[1], Müller Astrid[1]

[1]Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, [2]Herzogin-Elisabeth-Hospital, Braunschweig, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, [4]Schön-Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland, [5]Stadtkrankenhaus Schwabach, Schwabach, Deutschland

Bisherige Studien haben gezeigt, dass Adipositas mit exekutiven Dysfunktionen sowie erhöhter Impulsivität und Psychopathologie einhergeht. Es sollte untersucht werden, inwieweit sich adipöse Patienten/innen präbariatrisch hinsichtlich dieser Variablen von Patienten/innen 1-2 Jahre nach signifikantem Gewichtsverlust infolge einer bariatrischen Operation (Roux-en-Y-Magenbypass) unterscheiden.

Es wurden 50 prä- und 50 postbariatrische Probanden, parallelisiert nach Alter, Geschlecht, Bildungsstand und präbariatrischem BMI, untersucht. Neben computerisierten kognitiven Leistungstests (Corsi Block-Tapping Test, Trail-Making-Test B, Iowa Gambling Task, Stroop-Test, Turm von Hanoi) wurde ein strukturiertes Interview zu Impulskontrollstörungen (SKID-IKS) durchgeführt und es wurden Selbsterhebungsinstrumente zur Erfassung von depressiven Symptomen (PHQ-9), Essstörungssymptomen (EDE-Q), Emotionsregulation (ERQ), Selbstkontrolle (ATQ-EC), Ängstlichkeit und Impulsivität (BIS/BAS) sowie ADHS (WURSK-k, CAARS-S:S) beantwortet.

Die Probanden der postbariatrischen Gruppen wurden im Durchschnitt 14,4 Monate nach der bariatrischen Operation getestet. Sie zeigten einen Excess Weight Loss von 75,9% und eine signifikant geringere somatische Komorbidität als die präbariatrischen Probanden. Es fanden sich keine Gruppenunterschiede in der neurokognitiven Performanz. Die postbariatrische Gruppe berichtete eine signifikant geringere Depressivität und weniger Essstörungssymptome, einschließlich Episoden von Überessen, Essanfälle und Kontrollverlust beim Essen, als die postbariatrische Gruppe. Letztere wies auch niedrigere ADHS-Werte auf. Hingegen zeigte sich bei den Probanden nach einer Adipositaschirurgie eine höhere Anzahl an Impulskontrollstörungen und eine erhöhte Impulsivität bei gleichzeitig erhöhter Selbstkontrolle und bezogen auf Emotionsregulation eine höhere Tendenz zum Unterdrücken von Emotionen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine signifikante Gewichtsreduzierung bei Menschen mit Adipositas wahrscheinlich mit der Veränderung psychologischer Aspekte einhergeht. Die klinische Relevanz der Befunde sowie weitere Forschungsperspektiven und die Notwendigkeit longitudinaler Studien werden diskutiert.

Gewichtiger Körper - Untersuchung zum Körperbild extrem adipöser Patienten nach adipositaschirurgischer Intervention

Hünnemeyer Katharina[1], Teufel Martin[2], Hain Bernhard[1], Rudofsky Gottfried[3,4], Fischer Lars[5], Müller-Stich Beat[5], Weiner Rudolf[6], Herzog Wolfgang[1], Meile Tobias[7], Zipfel Stephan[2], Wild Beate[1]

[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Heidelberg, Innere Medizin I und Klinische Chemie, Heidelberg, Deutschland, [4]Kantonsspital Olten, Medizin, Olten, Schweiz, [5]Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Heidelberg, Deutschland, [6]Krankenhaus Sachsenhausen, Frankfurt a.M., Deutschland, [7]Universitätsklinikum Tübingen, Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Adipositaschirurgische Interventionen stellen bei extrem adipösen Patienten (BMI ≥ 40 kg/m²; bzw. 35 kg/m² und somatische Komorbidität) eine effektive Behandlungsmethode zur Gewichtsreduktion dar. Diese Patientengruppe ist vor einer bariatrischen Operation nicht nur durch ihr Gewicht und somatische Folgerkrankungen beeinträchtigt; auch das eigene Körperbilds wird subjektiv negativer beurteilt als bei normalgewichtigen Personen. Wie sich die Einschätzung des Körperbilds nach einer bariatrischen Operation verändert und ob es hierbei Differenzen zwischen verschiedenen Subgruppen - wie z.B. Männer / Frauen oder unterschiedlichen Operationsmethoden - gibt, soll anhand des Fragebogens zum Körperbild (FKB-20) untersucht werden.
Methoden: Im Rahmen der randomisiert kontrollierten „BaSE" (Bariatric Surgery and Education) Studie wurden in Heidelberg, Tübingen und Frankfurt a. Main insgesamt n=118 Patienten untersucht. Die Selbsteinschätzung des Körperbildes wurde vor OP sowie 1, 3, 6 und 12 Monate nach OP mittels des Fragebogens zum Körperbild (FKB-20) erhoben. Der FKB-20 erfasst auf zwei Skalen („Ablehnende Körperbewertung"; „Vitale Körperdynamik") unterschiedliche Aspekte des Körperbilds.
Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten eine sehr starke Beeinträchtigung des Köperbilds der Patienten (auf beiden Skalen des FKB-20) vor bariatrischer Operation und eine signifikante postoperative Verbesserung. Verglichen mit einer gesunden Normstichprobe wiesen die Patienten allerdings auch ein Jahr nach OP noch Defizite im Körperbild auf. Die Frauen verbesserten sich postoperativ auf der Skala „Vitale Körperdynamik" signifikant stärker als die Männer. Zwischen den beiden Operationsmethoden (Sleevegastrektomie vs. Magenbypass) zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der postoperativen Körperbildveränderung.
Schlussfolgerung: Extrem adipöse Patienten sind vor einer bariatrischen Operation sehr stark in ihrem Körperbild beeinträchtigt. Nach einer solchen Operation verbessert sich das Körperbild signifikant, bleibt aber im Vergleich zu einer gesunden „Norm" weiter beeinträchtigt. Frauen scheinen hinsichtlich der „Vitalen Körperdynamik" stärker zu profitieren als Männer.
Förderung: Die Arbeit wurde unterstützt durch das „Kompetenznetz Adipositas", Forschungsschwerpunkt Adipositas und Gastrointestinaltrakt, gefördert vom Deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Wirksamkeit einer App im Zusammenspiel mit Telefonkontakten und Nachsorge-Treffen zur Sicherung des Therapieerfolges nach stationärer Behandlung extremer Adipositas

Simson Udo[1], Plum Ursula[1], Werner Vanessa[2], Wilking Tim[2], Schnitzler Elke[1], van Hagen Annegret[1], Grohmann Susanne[1], Krieger Klaus Peter[1], Kok Patrick[1]
[1]Gelderland-Klinik, Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Geldern, Deutschland, [2]Fraunhofer Gesellschaft ISST, Dortmund, Deutschland

Hintergrund: Die aktuelle „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) zeigt, dass mehr als 23 % der Erwachsenen an starkem Übergewicht (Adipositas mit BMI ≥ 30 kg/m²) erkrankt sind. Zwar gelingt mit verschiedenen Behandlungsansätzen meist zunächst eine Gewichtsabnahme, diese ist jedoch oft gefolgt von erneuter Gewichtszunahme. Zur Stabilisierung des Behandlungserfolges ist daher die Nachsorge bedeutsam. Vorgestellt wird eine von der EU und dem Land NRW geförderte Studie, in der die Wirksamkeit eines Nachsorge-Programms untersucht wird.
Methodik: Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe erhalten eine App auf einem Smartphone, die nach Entlassung bei der Planung von Ernährung und Bewegung unterstützt, an Mahlzeiten erinnert und Hilfestellung in kritischen Situationen gibt. Zum Nachsorge-Programm gehören auch Treffen mit anderen Patientinnen und Patienten und dem Personal der Klinik sowie der Austausch am Telefon. Untersucht wird, ob die Teilnahme am Nachsorge-Programm Einfluss hat auf Gewichtsverlauf, Ernährungsverhalten, Angst, Depression und Teilhabe am Berufsleben. Dazu werden Patienten der Interventionsgruppe (n =28), verglichen mit Patienten der Kontrollgruppe (n =68), die die übliche Nachsorge erhalten. Eingeschlossen werden Patienten mit einem BMI > 40 kg/m². Mit Fragebögen werden Angst und Depression (HADS) und Essverhalten und Lebensqualität (AD-EVA) vor und nach der stationären Behandlung sowie ein halbes und ein Jahr nach Ende der Behandlung erfasst.
Ergebnisse: Die bisher erhobenen Daten zeigen, dass es sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Interventionsgruppe nach Behandlung in der Mehrzahl der Fälle zu einer weiteren Gewichtsreduktion kommt. Verglichen mit der Standardbehandlung zeigte sich bei den bisher untersuchten Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe eine höhere Gewichtsabnahme in der Phase nach der Entlassung. Auch die bisherigen subjektiven Rückmeldungen sind ganz überwiegend positiv. Das Nachsorge-Programm wird als hilfreich erlebt, in der Klinik entwickelte, erwünschte Verhaltensänderungen unter Alltagsbedingungen beizubehalten.

Prozess-und Outcome-Studien zur Psychoanalyse

Wirksamkeitsnachweise in der Psychoanalyse

Doering Stephan[1]
[1]Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Wien, Österreich

Bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts werden in der Psychoanalyse Wirksamkeitsstudien durchgeführt. Von 1917-2003 wurden 13 Katamnesestudien (n=5941) publiziert, die in ¾ der untersuchten Patienten eine Besserung unter psychoanalytischer Behandlung fanden. Eine zweite Phase der Outcomefroschung umfasst quasi-experimentelle, prospektive, unkontrollierte aber nicht randomisierte Vergleichsstudien. Zwischen 1972 und 2012 wurden neun

Studien (n=425) publiziert, die zeigten, dass 50-85% der Patienten von der Psychoanalyse profitieren, wobei zum Teil große Effekte berichtet wurden, die in den Jahren nach der Psychoanalyse weiter anstiegen. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass die Effekte der Psychoanalyse ca. 2-3 Jahre benötigen, um voll zur Geltung zu kommen. Die jüngste Phase der Wirksamkeitsforschung zur Psychoanalyse umfasst randomisiert-kontrollierte Studien, von denen zwei bereits abgeschlossen sind (Helsinki Psychotherapie Studie, Münchner Depressionsstudie), zwei noch laufen (LAC-Studie Frankfurt, Kasseler APS-Studie) und zwei weitere in fortgeschrittener Planung sind (Wiener Psychoanalysestudie, New Yorker Psychoanalyse Outcome Studie). Rezente Reviews und Meta-Analysen zeigen, dass Psychoanalysen höhere Effektstärken bezogen auf die Verbesserungen in den Outcome Parametern bewirken als kürzere Therapien. In Cost-Effectiveness-Studien konnte demonstriert werden, dass die Psychoanalyse zu nachhaltigen Senkungen der Gesundheitskosten führen und sich ca. 2-3 Jahre nach Therapieende amortisiert haben. Jüngst wurde in einer fMRI-Studie gezeigt, dass Psychoanalyse im prä-post Vergleich zu einer Normalisierung von cerebralen Dysfunktionen bei depressiven Patienten führen kann.

Alles nur eine Frage der größeren Dosis? Warum analytische Psychotherapie bei depressiven Störungen langfristig effektiv ist

Zimmermann Johannes[1], Löffler-Stastka Henriette[2], Alhabbo Sarah[1], Bock Astrid[3], Klug Günther[4], Huber Dorothea[4,5], Benecke Cord[1]
[1]Universität Kassel, Institut für Psychologie, Kassel, Deutschland, [2]Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Wien, Österreich, [3]Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich, [4]Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [5]International Psychoanalytic University Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Inzwischen gibt es zunehmend Belege, dass psychodynamische/psychoanalytische Langzeitbehandlungen bei Patienten mit affektiven Störungen wirksam sind. Allerdings ist unklar, ob die Effektivität durch spezifisch psychodynamische Techniken oder durch die größere Anzahl an Sitzungen zustande kommt. Das Ziel dieser Untersuchung ist es, diese beiden konkurrierenden Hypothesen anhand von Daten aus der Münchner Psychotherapie Studie (MPS) empirisch zu testen.
Methode: Die MPS basiert auf einem prospektiven, quasi-experimentellen Design, und vergleicht die Effektivität von analytischer Psychotherapie (AP), tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (PP) und kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) bei depressiven Patienten (Huber et al., 2012). Die folgenden Analysen basieren auf einer Teilstichprobe von 77 Patienten, die sich in etwa gleichmäßig auf die drei Verfahren verteilen. Die Outcome-Messungen erfolgten zu Behandlungsbeginn, zu Behandlungsende, sowie ein, zwei und drei Jahre nach dem Ende der Behandlung. Als Outcome-Maße verwendeten wir depressive Symptome (BDI), interpersonale Probleme (IIP) sowie das Ausmaß eines liebevollen Umgangs mit sich selbst (INTREX). Aus jeder Behandlung wurden Audioaufnahmen von drei mittleren Sitzungen ausgewählt und bezüglich der Anwendung psychodynamischer Techniken ausgewertet (PQS).
Ergebnisse: Patienten mit AP berichteten zu Behandlungsende über weniger interpersonale Probleme und einen liebevolleren Umgang mit sich selbst als Patienten mit CBT. Außerdem verbesserten sich ihre depressiven Symptome und interpersonalen Probleme im Lauf der drei Jahre nach Behandlungsende stärker. Anhand von Mehrebenen-Mediator-Analysen konnten wir zeigen, dass die Effekte zu Behandlungsende durch die größere Anzahl an Sitzungen, und die Effekte im Katamnesezeitraum durch die verstärkte Anwendung von psychodynamischen Techniken vermittelt wurden.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Effektivität von analytischer Psychotherapie nicht nur durch die größere Dosis, sondern auch durch spezifisch psychodynamische Techniken zustande kommt. Dies gilt insbesondere für ihren langfristigen therapeutischen Erfolg.

Therapeutic factors in psychoanalytic, psychodynamic and cognitive-behavioural therapy of depression

Loeffler-Stastka Henriette[1], Hau Christian[1], Rohm Christine[2], Zimmermann Johannes[3], Benecke Cord[3], Klug Günther[4], Huber Dorothea[4,5]
[1]Medical University Vienna, Dept. for Psychoanalysis and Psychotherapy, Vienna, Österreich, [2]University Vienna, Vienna, Österreich, [3]Department of Psychology, University of Kassel, Kassel, Deutschland, [4]Department for Psychosomatic Medicine, Technical University Munich, München, Deutschland, [5]International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, Deutschland

Objective: The aim is to explore therapeutic factors of three types of psychotherapy. To gain a better understanding of the therapeutic success, we test whether (1) specific psychoanalytic, psychodynamic, cognitive-behavioural and common factors differ between treatment groups in early, middle, and late sessions, and (2) whether these factors are related to treatment progress (e.g. to an increase in the quality of object relations).
Method: Data are obtained from the Munich Psychotherapy Study (MPS), which compares the aforementioned types of psychotherapy. Process analyses are based on audio recordings of therapy sessions by means of the Psychotherapy-Process Q-Sort (PQS), the Countertransference Questionnaire (CTQ) and the Quality of object relation scale (QORS). Principal Component Analysis explores whether there are empirical factors that distinctively capture therapeutic techniques and therapist behaviour (i.e., "therapeutic factors"). Regression analysis is conducted to relate the therapeutic factors to outcome.

Results: Based on 639 sessions including all three therapeutic modalities, twelve factors displaying specific PQS-item combinations were found explaining 39 % of the variance, the first five explaining 26% of the variance (KMO- and Bartlett-Test: .73; p =.000). Four factors represent therapeutic factors, the other patients' factors and interactional factors, as well as non-specific ones. Some factors differ distinctly between treatment modality in the early sessions, while the middle and late sessions are more heterogeneous. At different stages of therapy specific therapeutic factors (e.g., neutrality or supportive-directive attitude) correlate significantly with an increase in the quality of object relations, and distinct countertransference reactions (e.g. positive/satisfying) predict this increase. The influence differs in early, middle and late sessions, and depends on the quality of object relations at the beginning of therapy.
Discussion: The influence of specific therapist factors within several phases in the time-line of treatment process is discussed.

Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Erste Ergebnisse der LAC-Depressionsstudie

Schött Margerete[1], Kallenbach Lisa[1], Bahrke Ulrich[1], Leuzinger-Bohleber Marianne[1]
[1]Sigmund Freud Institut, Frankfurt am Main, Deutschland

In diesem Beitrag wird von einer noch laufenden vergleichenden Therapiewirksamkeitsstudie, der LAC-Depressionsstudie, berichtet. In der prospektiven Studie werden psychoanalytische (PAT) und kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Langzeittherapien bei einer chronisch depressiven Patientengruppe miteinander verglichen. Die umfangreiche multizentrische Studie ist eine Kombination eines naturalistischen mit einem experimentellen Studiendesign, in dem der Einfluss von präferierter und randomisierter Verfahrenszuweisung miteinander verglichen wird. Ein breites Spektrum klinischer und extraklinischer Forschungsmethoden wird angewandt, um Kurz- und Langzeiteffekte beider Therapieverfahren zu untersuchen. Mit Abschluss der Rekrutierung konnten 403 Patienten in das ITT-Kollektiv der Studie eingeschlossen werden. Die Hauptoutcomemaße der Studie sind der QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptoms), von unabhängigen Diagnostikern eingeschätzt, sowie der BDI-2 (Beck Depressionsinventar) als Selbstbeurteilungsinstrument. Die Hypothese ist, dass beide Psychotherapien zu allen jährlich stattfinden Hauptmesszeitpunkten eine Reduktion der Symptomatik bewirken. Hinsichtlich der Wirkungsverläufe von PAT und KVT werden Unterschiede dahingehend vermutet, dass KVT zu einer rascheren Symptomreduktion führt, PAT hingegen langfristig stabilere Effekte zeigt. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen erste Ergebnisse der Daten des Ein-Jahres Messzeitpunktes aus dem Präferenzarm vor. Anhand dieser Daten konnten erste Hypothesen bestätigt werden, die auf dem Kongress präsentiert und diskutiert werden können.

Selbstmedikation

Selbstmedikation

Brähler Elmar[1], Hoefert Hans-Wolfgang[2], Studiengruppe Brähler, Hoefert, Eichenberg, Quambusch
[1]Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Prof. Dr. H.-W. Hoefert, Berlin, Deutschland

Selbstmedikation (SM) wird häufig präventiv, aber auch begleitend zu einer medizinschen Behandlung betrieben. Obwohl die Umsatzzahlen für SM weitgehend bekannt sind, weiss man relativ wenig über die Motive für SM sowie über die zu Grunde liegenden Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit. Eine kürzlich durchgeführte Internet-Befragung, über die in diesem Symposium berichtet wird, lässt solche Motive und Vorstellungen erkennen. SM findet vor allem statt im Bereich der sog. Alternativ- und Komplementärmedizin. Da behandelnde Ärzte oft nichts von der SM ihrer Patienten wissen, kann es zu schädlichen Wechselwirkungen zwischen selbst zugeführten Präparaten und verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kommen. Ein Forschungsziel kann darin bestehen, mehr über die Entscheidungshintergründe für SM zu erfahren, und ein Beratungsziel darin, über Chancen und Risiken einer SM besser zu informieren.

Die Diagnostik somatoformer Störungen als Problem der Versorgung

Wie gut erkennen Neurologen psychische Störungen bei Patienten mit Schwindelsyndromen?

Schmid Gabriele[1], Feuerecker Regina[2], Dieterich Marianne[2], Jahn Klaus[2], Strupp Michael[2], Henningsen Peter[1], Lahmann Claas[1]
[1]Technische Universität München, München, Deutschland, [2]Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Einleitung: Über 30% der Schwindel- und Gleichgewichtssyndrome (SGS) sind organisch nicht ausreichend erklärbar und mit Angst-, depressiven oder somatoformen Störungen assoziiert. Allerdings werden diese oft nicht frühzeitig diagnostiziert, was zu einer hohen Belastung für die Patienten und zu unnötigen Kosten im Gesundheitssystem führt. Das Ziel dieser Studie ist es zu überprüfen, wie hoch die Übereinstimmungsrate zwischen der klinisch-neurologischen Diagnose einer psychischen Störung, der Diagnose in einem strukturierten klinischen Interview für psychische Störungen (SKID-I) und validierten standardisierten Selbstauskunft-Fragebögen bei Patienten mit SGS ist.
Methode: In diese Querschnittstudie wurden die Daten von 547 Patienten einer spezialisierten interdisziplinären universitären Schwindelambulanz einbezogen. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses wurden klinisch-neurologische Untersuchungen sowie das SKID-I durchgeführt. Außerdem füllten die Patienten Fragebö-

gen zu Angst, Depression und Somatisierung (BAI, BDI-II, PHQ-15) aus. Als Übereinstimmungsmaß wurde Cohen's Kappa K berechnet.
Ergebnisse: In den klinisch-neurologischen Untersuchungen wurden 59.0% der SGS Patienten als rein organisch, ohne psychische Komorbidität diagnostiziert und 40.3% als medizinisch nicht ausreichend erklärbar, mit psychischer Komorbidität. Im SKID-I, durchgeführt von trainierten Psychologen und Medizin-/Psychologiestudenten im letzten Ausbildungsjahr wurde bei 48.8% der Patienten aktuell eine psychische Störung gefunden. Obwohl in beiden Gruppen eine relativ hohe Rate an psychischen Störungen diagnostiziert wurde, war die Übereinstimmung zwischen den standardisierten und nicht-standardisierten Methoden nur moderat (Kappa=0.42).
Schlussfolgerung: Um psychische Störungen bei Patienten mit SGS früher zu diagnostizieren und damit sowohl Kosten für das Gesundheitssystem zu sparen als auch rechtzeitig eine adäquate Behandlung zu initiieren, sollten Screeningfragebögen entwickelt und validiert werden.

Funktionelle und somatoforme Störungen im Spiegel von ICD-10-Abrechnungsziffern - eine Erhebung bei der Betriebskrankenkasse Daimler-BKK

Noll-Hussong Michael[1]
[1]Universitätsklinik Ulm, Klinik f. Psychosomat. Medizin & Psychotherapie, Ulm, Deutschland

Die ICD-10 bietet eine Möglichkeit der Doppelverschlüsselung von somatischen und psychischen Diagnosen bei den sog. funktionellen Störungen auf der einen, den somatoformen Störungen auf der anderen Seite. Anhand von Abrechnungsdaten einer Gesetzlichen Krankenversicherung wurden die Abrechnungshäufigkeiten entsprechender Diagnosen für die Jahre 2008 bis 2012 bei kumulativ 753.414 Versicherten des Durchschnittsalters von 34,2 Jahren der Daimler BKK (West) erhoben. Hierbei bildet sich die in epidemiologischen Untersuchungen gefundene Häufigkeit von somatoformen Störungen zum einen nicht ab, diejenige der sog. funktionellen Störungen zeigt gegenüber den somatoformen Störungen ein deutliches Übergewicht, „Nebendiagnosen", welche z.B. auf psychische Traumatisierungen hinweisen könnten, sind eine Rarität. Bei aller Fraglichkeit der Validität, Reliabiltät und nicht zuletzt Zielrichtung von ICD-10-Abrechungsdiagnosen im bundesdeutschen Sozialversicherungssystem wird damit eine versorgungsrelevante und gesundheitsökonomisch bedeutsame Schieflage v.a. auch bei vergleichsweise jüngeren Patienten deutlich. In dem Maße, in dem sich in den ICD-10-Abrechnungsdiagnosen unter anderem die Fachgebietszugehörigkeit des jeweiligen Behandlers, Präferenzen von Patienten und ökonomische Einzel- wie Gruppeninteressen abbilden mögen, können nicht leitliniengerecht getroffene Diagnose und daraus abgeleitete medizinische Prozeduren eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung von Leistungsempfängern verhindern.

Why is diagnosing a somatoform disorder so difficult? A systematic review examining the current barriers in primary care

Murray Alexandra Mary[1,2], Toussaint Anne[1,2], Althaus Astrid[1,2], Löwe Bernd[1,2]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, [2]Schön Klinik Hamburg Eilbek, Klinik für Psychosomatische Medizin, Hamburg, Deutschland

Medically unexplained symptoms, functional syndromes, and somatoform symptoms constitute the reason for a large proportion of primary care visits. Somatoform type disorders, however, appear to be difficult to recognise and are consistently under diagnosed. Not only does this increase patient and physician frustration, health care costs and the risk of iatrogenic harm due to unnecessary interventions, it also precludes effective treatment. Given that somatoform symptoms are associated with high impairment and low quality of life, it is critical to improve early detection to reduce chronification of these disorders. Before targeted interventions can be designed, it is necessary to identify the current barriers which obstruct successful diagnosis. To this end, we conducted a systematic review to identify the possible physician-, patient- and society- related factors or other practical constraints which may impede successful diagnosis of somatoform disorders. The review has been registered in an international registry of systematic reviews PROSPERO (CRD42013002540). The review included the relevant peer-reviewed literature published in English or German in the past 10 years in three electronic databases: MEDLINE, EMBASE and PsycINFO. Additional studies were identified from the reference lists of included studies. Both title and abstract screening and data extraction from full text manuscripts was conducted by two independent reviewers. We only included manuscripts which had original data or were a systematic review. Manuscripts were also excluded based on a list of exclusion criteria. In order to gain a comprehensive insight, both qualitative and quantitative data were included. Wherever possible, the guidelines as outlined in the PRISMA statement were used as the basis of the methods and reporting of the review and bias was assessed using the Cochrane collaboration's recommendations. As an extension, we also investigated what future action has been suggested to overcome the potential barriers to improve diagnostic rates. During the review process, we were also able to recognise the differences in methodological techniques, recommend potential avenues for future research and comment on the literature in this field as a whole. We hope that the results of this study can be used to overcome the barriers to diagnosis of somatoform type disorders by designing appropriate interventions to improve care for these patients.

Organische und somatoforme Schwindelsyndrome - psychisches Befinden ein Jahr nach Erstdiagnose

Lahmann Claas[1,2], Henningsen Peter[1], Dieterich Marianne[2,3], Jahn Klaus[2,3], Strupp Michael[2,3], Feuerecker Regina[2,3], Schmid Gabriele[1,2]
[1]Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, [2]Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum (DSGZ), Klinikum Großhadern, München, Deutschland, [3]Klinikum der Universität München, Klinik für Neurologie, München, Deutschland

Einleitung: Schwindel gehört zu den häufigsten Beschwerden, mit denen Patienten ihren Hausarzt, den Neurologen oder HNO-Arzt aufsuchen. Allerdings findet sich bei 30-50% der Patienten, die unter Schwindel leiden, keine ausreichend erklärende organische Ursache, d.h. der Schwindel kann einer somatoformen Störung zugeordnet werden. Patienten mit somatoformen Schwindelbeschwerden weisen eine im Mittel deutlich höhere Beeinträchtigung auf als Patienten mit organischen Schwindelerkrankungen. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, das psychische Befinden von Patienten mit organischen und somatoformen Schwindelsyndromen ein Jahr nach Erstdiagnose zu evaluieren.
Methode: In diese Längsschnittstudie wurden die Daten von n=356 Patienten einer spezialisierten interdisziplinären universitären Schwindelambulanz einbezogen. Die Messzeitpunkte waren der Zeitpunkt der Erstdiagnose (T0) sowie 12 Monate später (T1). Zu T0 wurden klinisch-neurologische Untersuchungen durchgeführt und Fragebogendaten zu schwindelassoziierten Beschwerden (VHQ, VSS), Angst (BAI, ACQ, BSQ), Depression (BDI-II), Somatisierung (PHQ-15) sowie Lebensqualität (SF-12) erfasst; die Fragebogenerhebung wurde zu T1 wiederholt. Aufgrund multipler varianzanalytischer Testungen wurde das Signifikanzniveau auf p< .006 gesetzt.
Ergebnisse: In den klinisch-neurologischen Untersuchungen wurde bei 64.0% der Patienten ein organischer und bei 36.0% ein somatoformer Schwindel diagnostiziert. Ein Jahr nach Erstdiagnose zeigten sich bei den Patienten mit einem somatoformen Schwindel signifikant höhere Werte im Hinblick auf Angst (BAI) (p=.005), angstbezogene Kognitionen (ACQ) (p< .001) sowie im Hinblick auf die Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ) (p< .001), kontrolliert für Alter und Geschlecht.
Schlussfolgerung: Die frühzeitige Identifikation von somatoformen Schwindelbeschwerden scheint aufgrund der schlechteren Prognose klinisch bedeutsam, wobei insbesondere auf angstassoziierte Symptome zu achten ist. Inwieweit entsprechende Interventionen wirksam sind, wird derzeit in weiteren Studien untersucht.

Psychische und interaktionelle Merkmale somatoformer Störungen bei Patienten in der Primärversorgung: Einsatz des Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ)

Herzog Annabel[1], Voigt Katharina[1], Fabisch Alexandra-Beatrice[1], Groß Beatrice[1], Löwe Bernd[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Patienten mit somatoformen Störungen zeichnen sich durch charakteristische psychische und interaktionelle Merkmale im Umgang mit ihren Körperbeschwerden aus. Dies gewinnt im Rahmen der Neuklassifikation im DSM-5 noch weiter an Bedeutung: Die Diagnose der Somatic Symptom Disorder findet auch bei Patienten mit medizinisch erklärten Körpersymptomen Anwendung und benennt psychische Merkmale als Diagnosekriterien. Der **Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ)** erfasst für Patienten mit somatoformen Störungen bedeutsame Merkmale aus den Bereichen Gesundheitssorgen, Krankheitserleben, Interaktionsschwierigkeiten mit Ärzten und Krankheitsfolgen. Mit der vorgestellten Studie erfolgte erstmals eine Anwendung des Instrumentes im hausärztlichen Setting.
Methoden: N=1826 Patienten bearbeiteten im Rahmen der hausärztlichen Regelversorgung ein Set aus Selbstbeurteilungsinstrumenten. Neben der Beantwortung des SSEQ wurde das Ausmaß von Körperbeschwerden, Depressivität und Ängstlichkeit mittels Patient-Health-Questionnaire (PHQ) erhoben. Bei Patienten mit auffälligem PHQ-Screening erfolgte zusätzlich ein diagnostisches Interview (CIDI). Darüber hinaus wurden bei dieser Subgruppe weitere psychische Merkmale, die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben.
Ergebnisse: Berichtet werden die Ergebnisse zu Durchschnittswerten und Verteilung der Werte der SSEQ-Gesamtskala und der SSEQ-Unterskalen in der Gesamtstichprobe. Die SSEQ-Werte werden außerdem mit dem Ausmaß an Körperbeschwerden, Depressivität und Ängstlichkeit in Beziehung gesetzt. Darüber hinaus erfolgt eine Schätzung der Häufigkeit des Vorliegens einer DSM-5 Somatic Symptom Disorder im hausärztlichen Setting. Bei Patienten mit einer gesicherten Diagnose einer somatoformen Störung gemäß CIDI erfolgt außerdem eine Validitätsüberprüfung des SSEQ hinsichtlich der Eignung zur Schweregradmessung (Zusammenhang zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung).
Diskussion: Der SSEQ hat sich bisher im Rahmen der ambulanten und stationären psychosomatischen Versorgung als reliabel, valide und klinisch nützlich erwiesen. Die vorgestellten Ergebnisse geben Hinweise auf die Eignung des Instrumentes als Screeningfragebogen zur Erfassung psychischer und interaktioneller Auffälligkeiten im Umgang mit körperlichen Beschwerden auch im hausärztlichen Setting.

Neue psychosomatische Forschungsansätze und Interventionen bei Herzerkrankungen

Die Rolle von Depressivität und sozialer Isolation für das Überleben nach einer Herztransplantation

Spaderna Heike[1], Smits Jacqueline M. A.[2], Rausch Lena[3], Weidner Gerdi[4], für die Studiengruppe‚Warten auf ein neues Herz'
[1]Bergische Universität Wuppertal, Gesundheitspsychologie und Angewandte Diagnostik, Wuppertal, Deutschland, [2]Eurotransplant International Foundation, Leiden, Niederlande, [3]Psychologisches Institut der Universität Mainz, Gesundheitspsychologie, Mainz, Deutschland, [4]San Francisco State University, Department of Biology, San Francisco, Vereinigte Staaten

Fragestellung: In der Studie "Warten auf ein neues Herz" waren Depressivität und soziale Isolation unabhängig von medizinischen Parametern mit einer ungünstigen Prognose während der Wartezeit auf eine Herztransplantation (HTx) assoziiert. Die Verlängerung des Follow-Up-Zeitraums auf die Zeit nach der HTx ermöglicht es zu untersuchen, ob Depressivität und eine geringe Anzahl sozialer Kontakte bei Listung auch zu einem schlechteren Überleben nach der HTx beitragen.
Methoden: Analysiert wurden Daten von 124 erwachsenen HTx-Empfängern, die zwischen 2005 und 2006 an der multizentrischen Studie „Warten auf ein neues Herz" teilgenommen hatten. Demografische und psychosoziale Merkmale wurden zum Zeitpunkt der Listung per Fragebogen erfasst. Eurotransplant übermittelte Datum der Transplantation und Spendermerkmale; die Kliniken lieferten Angaben zu Todesfällen nach HTx. In univariaten und multivariaten Analysen wurden Depressivität (HADS-D) und die Anzahl sozialer Kontakte mit der Überlebenszeit nach HTx in Beziehung gesetzt.
Ergebnisse: Depressivität und Anzahl sozialer Kontakte waren unkorreliert und unabhängig von objektiven medizinischen Parametern zum Zeitpunkt der Listung. Nach einem Follow-Up von im Median 57.6 Monaten (Range 0-79 Monate) waren 43 transplantierte Personen (34.7%) verstorben. Univariat und nach Kontrolle von Alter und Geschlecht (Empfänger und Spender), kalter Ischämiezeit, Transplantationsart (hochdringlich vs. elektiv) und Wartezeit war Depressivität mit einem erhöhten Risiko für Tod nach HTx assoziiert: Hazard Ratio (HR) = 1.11, 95% Konfidenzintervall (KI) 1.03-1.20, p = 0.008 und HR = 1.09, 95% KI 1.01-1.17, p = 0.028). Für Mangel an sozialen Kontakten waren die Ergebnisse vergleichbar (beide p-Werte < 0.05). Wurden Depressivität und die Anzahl sozialer Kontakte gemeinsam berücksichtigt, zeigte sich eine signifikante Interaktion beider Risikofaktoren (p = 0.038). Das beste Überleben hatten Personen ohne depressive Symptome, die zugleich viele soziale Kontakte berichteten. Lag mindestens ein Risikofaktor vor, war die Überlebenswahrscheinlichkeit reduziert. Dies zeigte sich besonders nach einer HTx im hochdringlichen Status.
Diskussion: Frühzeitige Maßnahmen zur Verringerung depressiver Symptome und zur Förderung sozialer Kontakte bei Personen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz erscheinen sinnvoll, um die Chancen für das Überleben nach einer HTx zu verbessern.

Persistent eating disorder predicts reduced survival in chronic systolic heart failure

Warrings Bodo[1], Störk Stefan[2], Wallenborn Julia[2], Jahns Roland[2], Frantz Stefan[2], Heuschmann Peter[3], Ertl Georg[2], Faller Hermann[4], Angermann Christiane[2]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Psychosomatische Tagesklinik, Würzburg, Deutschland, [2]Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Würzburg, Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, Würzburg, Deutschland, [3]Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Würzburg, Deutschland, [4]Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Würzburg, Deutschland

Introduction: Heart failure (HF) is a major cause of death. Obesity and cachexia were shown to impact on 'hard' outcome variables as mortality risk and hospitalization in this patient population, and we were previously able to demonstrate an adverse prognostic effect of eating disorder during a hospital stay for acute cardiac decompensation. Since the influence of persistent appetence abnormalities in stable outpatients on prognosis is unknown, the present study investigated the prevalence and prognostic value of eating disorders (reduced appetite or overeating) persisting for 6 months after discharge from hospital on mortality risk in HF.
Hypothesis: Persistently reduced appetite or overeating correlate with an increased mortality risk in HF patients.
Methods: 864 patients (mean age 67 years, 72% male) hospitalized with acute cardiac decompensation, who after best possible recompensation had a reduced left ventricular ejection fraction (LVEF, ≤ 40%) prior to discharge were evaluated at baseline and at follow-up after six months. Patients were each time asked to complete the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), a 9-item self-administered questionnaire for identification and quantitative assessment of suspected depression. Question #5 addresses poor appetite or overeating. Persistent eating disorder was defined by reporting poor appetite or overeating "more than half of all days" or "nearly every day" both at baseline and at month six. Survival status was assessed up to 18 months after enrolment (100% complete). Cox analysis
was used to determine the relationship between reported eating disorders and survival.
Results: At baseline (6 months), poor appetite or overeating were reported "not at all" by 403 (321) patients, "on several days" by 272 (189) patients, "more than half of all days" by 81 (50) patients and "nearly every day" by 101 (47) patients. 45 patients (7.4 %) showed persistent eating disorder. All-cause mortality risk was increased in patients with persistent reported eating disorders (hazard ratio 5.8; 95%CI 3.0-11.3; p< 0.001). The predictive value of persistent eating disorder remained significant also in multivariable analysis

adjusting for age, sex, NYHA-status, left ventricular ejection fraction < 30% and coronary heart disease.
Conclusion: Persistent eating disorder is a powerful adverse prognostic indicator of all-cause mortality risk in patients with CHF.

Erwartungsoptimierung bei Patienten vor der Herzoperation: Erste Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie

Auer Charlotte[1], Laferton Johannes J. A. C.[1], Shedden Mora Meike[2], Moosdorf Rainer[3], Rief Winfried[1]
[1]AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität, Marburg, Marburg, Deutschland, [2]Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland, [3]Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie, Philipps-Universität, Marburg, Marburg, Deutschland

Präoperative Erwartungen herzchirurgischer Patienten beeinflussen deren Behandlungserfolg nach der Operation. Erwartungen lassen sich durch psychologische Interventionen beeinflussen. Bisher wurde jedoch noch nicht versucht, die Patientenerwartungen vor der Herzoperation zu optimieren. Mit dieser Studie soll das Behandlungsergebnis herzchirurgischer Patienten durch eine kurze präoperative psychologische Erwartungs-Manipulations-Intervention gesteigert werden.
Methode: 80 Patienten von der Warteliste für eine elektive aortokoronare Bypassoperation wurden in eine von drei Gruppen randomisiert: Erwartungs-Manipulations-Intervention (EMI); Supportive Therapie (ST); Medizinische Standardversorgung. EMI und ST Patienten erhielten zwei individuelle Sitzungen und zwei Telefonate. Es wurden die Akzeptanz der Patienten für und ihre Zufriedenheit mit den psychologischen Interventionen erfragt. Vor und nach der Intervention wurden die Erwartungen mit dem Brief Illness Perceptions Questionnaire erfasst.
Ergebnisse: Zur Baseline-Messung würden mehr Patienten (74.5%) gerne über Erwartungen sprechen als über Gefühle (49.1%), aber nach der Intervention sind Patienten beider Gruppen sehr zufrieden (7 Item-Skala, 0-35; EMI: M=33.15; ST: M=30.18). Allerdings zeigt eine Dosis-Effekt-Analyse, dass eine signifikante Interaktion besteht zwischen der Gruppe und der Anzahl der wahrgenommenen Termine (F=5.11; p< ,05), die darauf hinweist, dass die Patienten der EMI zufriedener sind, wenn sie mehr Termine bekommen. Die Erwartungen in der EMI verbesserten sich signifikant im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen. Nur Patienten der EMI nahmen an, dass ihre Krankheit länger andauern würde (t=2.99; p< .01; h^2=.16), hatten erhöhte persönliche Kontrolle (t=2.79; p< .01; h^2=.14) und mehr Kranheitsverständnis (t=2.01; p< .05; h^2=.08).
Diskussion: Diese psychologische Kurzintervention führt zu verbesserten präoperativen Erwartungen der Patienten. Dies kann spezifisch auf die Inhalte der EMI zurückgeführt werden, da Patienten beider Interventionen gleichermaßen zufrieden sind, was die ST als aktive Kontrollgruppe bestätigt. Der Dosis-Effekt auf Zufriedenheit in der EMI-Gruppe suggeriert, dass Patienten, sobald sie Informationen zur Operation bekommen, sich mehr davon wünschen. Emotionale Unterstützung hingegen reicht auch schon in kleiner Dosis zur Zufriedenheit. Zukünftige Analysen werden zeigen, ob die optimierten Erwartungen zu einem besseren Behandlungsergebnis nach der Operation führen.

Können Depressionsscreenings die Behandlung von kardialen Patienten verbessern? Rational und Design des DEPSCREEN-Info-RCT

Kohlmann Sebastian[1], Gierk Benjamin[1], Löwe Bernd[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Während die American Heart Association bereits ein standardisiertes Depressionsscreening bei kardialen Patienten empfiehlt, liegen keine Wirksamkeitsnachweise für eine solche Empfehlung vor. DEPSCREEN-Info ist weltweit die erste randomisiert-kontrolliert Studie die den Einfluss von Depressionsscreenings auf die Depressivität, Behandlungsaufnahme, Lebensqualität und dessen Kosteneffizienz überprüft.
Methode: Ambulante Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Hypertonie werden mittels des Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) gescreent. Bei Verdacht auf Depression (PHQ-9 < 9 Punkte) erhält der Kardiologe immer eine Rückmeldung. Mittels Randomisierung erhält die Hälfte der Patienten ebenfalls eine Rückmeldung, Behandlungsempfehlung sowie Kontaktadressen (Interventionsgruppe). Primärer Endpunkt ist das Ausmaß an Depressivität nach einem Monat und sechs Monaten. Als sekundäre Endpunkte werden in den gleichen Zeitabschnitten Anteil der behandelten Patienten, direkte und indirekte Gesundheitskosten, Lebensqualität sowie qualitätsadjustierte Lebensjahre erfasst.
Ergebnisse: Die Durchführung, Datenerhebung sowie eine ausführliche Stichprobenbeschreibung werden vorgestellt. Bislang konnten 2279 kardiale Patienten auf Depressivität gescreent werden. Bei 17,8% der Patienten (N=403) bestand der Verdacht auf eine Depression. Davon wurden 40,2% (N=162) auf die Interventionsgruppe randomisiert und erhielten eine direkte Rückmeldung der Verdachtsdiagnose. Im weiteren Verlauf werden primären und sekundären Endpunkte erfasst und ausgewertet.
Diskussion: Aufbau und Durchführung sowie forschungsrelevante Implikationen und Limitationen von DEPSCEEN-Info sollen diskutiert werden. DEPSCREEN-Info wird weltweit als erste Studie Ergebnisse produzieren, die auf die klinische und gesundheitsökonomische Effizienz von Depressionsscreening bei kardialen Patienten schlussfolgern lassen. Die erfolgreiche Rekrutierung zeigt aber jetzt schon, dass ein Depressionsscreening in ambulanten kardiologischen Praxen umsetzbar ist.

Psychokardioimmunologie: Konzeptualisierung der Wechselwirkungen zwischen psychosozialen Einflüssen, inflammatorsischer Belastung und koronarer Pathophysiologie

Ronel Joram[1], Ladwig Karl-Heinz
[1]*Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland*

Hintergrund: Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Einflüssen und immunologischen Dynamiken konnte in den letzten Jahrzehnten zunehmend gezeigt werden und entfaltete im Feld der Psychoneuroimmunologie einen bemerkenswerten Wissensgewinn. Unabhängig davon entstanden umfangreiche Kenntnisse über die Bedeutung immunologischer Prozesse für die Entstehung und Progression arteriosklerotischer Veränderungen. Bislang wurden diese Domänen nicht konzeptionell miteinander in Verbindung gesetzt, so dass die Einführung einer „Psychokardioimmunologischen" Perspektive das Verständnis für die erwiesenen Interrelationen in der Psychokardiologie nachhaltig vertiefen könnte. Aufgrund dessen scheint die Konstruktion einer spezifischen Zusammenstellung inflammatorischer Parameter, welche zu einem inflammatorischen Belastungs-Score („Inflammatory Burden") zusammengefasst werden könnten, ein wesentlicher Schritt in der Methodologie der Psychokardioimmunologie darzustellen.
Methodik: Anhand einer ausgedehnten Literaturrecherche wurden Nachweise für Zusammenhänge zwischen psychosozialen Stressoren, insbesondere einer klinisch relevanter Depression, der koronaren Herzerkrankung (KHK) und inflammativen Biomarkern dokumentiert.
Ergebnisse: Insgesamt konnten 19 zirkulierende Biomarker des angeborenen Inflammationssystems identifiziert werden, welche einerseits Korrelationen mit der Entstehung und Progression der KHK und andererseits mit psychopathologischen Veränderungen aufweisen. Akute-Phase-Proteine, Interleukine, Zytokine, Chemokine, zelluläre Adhäsionsmoleküle und andere Biomarker (z.B. Hormone des Lipmetabolismus) könnten zur Konstruktion des „Inflammatory Burden" herangezogen werden.
Schlussfolgerungen: Die Einführung der Psychokardioimmunologie als eine wissenschaftliche Konzeption sowie die Konstruktion des „Inflammatory Burden" ermöglicht eine Vielzahl neuer Studienrationalen. Insbesondere in interventionellen Untersuchungen, könnte eine solche Konzeptualisierung die Prämisse untermauern, dass KHK-Patienten mit einer hohen inflammativen Belastung am meisten von einer Behandlung profitieren, die eine Verminderung des „Inflammatory Burden" bewirken. Aktuell wird dieser Hypothese anhand der Analysen der multizentrischen gestuft-psychotherapeutischen SPIRR-CAD-Untersuchung nachgegangen.

Tagesklinische Versorgung

Tagesklinische Behandlung: Besonderheiten des Settings, Wirksamkeit und Indikationsstellung

Zeeck Almut[1], von Wietersheim Joern, Merkle Wolfgang[2]
[1]*Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland,* [2]*Hospital z.hl. Geist, Psychosomatische Klinik, Frankfurt am Main, Deutschland*

Hintergrund: Seit den 90er Jahren wurden in Deutschland immer mehr psychosomatisch-psychotherapeutische Tageskliniken eröffnet - als eigenständige Einheiten oder im Rahmen integriert stationär-/teilstationärer Behandlungsangebote.
Methoden: Es soll ein Überblick über die Besonderheiten des Settings, Indikationsstellung und bislang vorliegende Studien zur Wirksamkeit gegeben werden.
Ergebnisse: Im Durchschnitt zeigen tagesklinische Behandlungen eine ähnliche Wirksamkeit wie stationäre, je nach Störungsbild und Problematik ist jedoch eine differentielle Indikationsstellung notwendig. Der Transfer erreichter Veränderungen in die Alltagssituation ist nach tagesklinischer Behandlung wahrscheinlich leichter, als nach Entlassung aus stationärer Therapie. Tagesklinische Behandlung kann stationäre Therapie jedoch nicht ersetzen.
Diskussion: Tageskliniken sind zu einem unverzichtbaren Angebot in der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Patienten geworden. Die Entwicklung spezifischer Ansätze zur Behandlung verschiedener Patientengruppe befindet sich noch in den Anfängen, ebenso Forschung zur differentiellen Indikationsstellung.

Behandlung spezifischer Störungsbilder in der Tagesklinik: Essstörungen

von Wietersheim Jörn, Zeeck Almut[1]
[1]*Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland*

Tagesklinische Behandlungen von Patientinnen mit Essstörungen verwenden im Therapieprogramm dieselben Methoden wie stationäre Behandlungen. So kommen Einzeltherapien, Gruppentherapien, kreative Verfahren, Körpertherapien und für Essstörungen spezifische Verfahren zum Einsatz. Diese sind u.a. verbindlicher Therapievertrag, Führen und regelmäßiges Besprechen von Essprotokollen, essstörungsspezifische Gruppe, begleitete Mahlzeiten. Ganz wesentlich ist aber die Berücksichtigung der großen Zeiträume außerhalb der therapeutischen Einrichtung (Abende, Wochenenden) in den Therapien. Hier muss die Therapie die Patienten (im Verlauf) dazu befähigen, auch auf sich allein gestellt oder in ihrer Familie Mahlzeiten entsprechend dem Therapieplan einzunehmen. Daher müssen diese externen Mahlzeiten, aber der Einkauf und die Zubereitung, intensiv vor- und nachbereitet wer-

den. Sie sind für viele Patienten schwieriger als das Essen in der Tagesklinik. Vermutlich ist daher die bei Anorexia nervosa-Patientinnen zu erreichende Gewichtszunahme in der Tagesklinik etwas geringer als in der Station. Andererseits sind die Patientinnen so wesentlich besser für die Zeit nach der tagesklinischen Behandlung vorbereitet, da sie schon viele Mahlzeiten allein (ohne Therapeuten) bewältigt haben. Erste empirische Studien haben gezeigt, dass Patientinnen mit Anorexia nervosa besser in der Station als in der Tagesklinik zunehmen, hierzu gibt es aber noch keine Katamneseergebnisse. Patientinnen mit Bulimia nervosa profitierten etwas besser von der tagesklinischen als von der stationären Behandlung (Zeeck et al., 2006, 2009).

Behandlung spezifischer Störungsbilder in der Tagesklinik: Schmerzstörungen

Merkle Wolfgang[2]
[2]Hospital z.hl. Geist, Psychosomatische Klinik, Frankfurt am Main, Deutschland

Die Behandlung chronsicher Schmerzstörungen in der Tagesklinik ist eine Herausforderung an alle beteiligten Therapeutengruppen: Viele der Patienten kommen nach jahrelanger Chronifizierung, Somatisierung ggfs Iatrogenisierung mit einem relativ konkretistischen Krankheitskonzept, so daß die Motivierung und die Erarbeitung von Zusammenhängen zwischen Schmerz und biopsychosozialen Zusammenhängen eine bedeutende Rolle spielen. Bereits im ambulanten Vorgespräch beginnt dieser Teil der Therapie, die sich in verschiedene Stufen einteilen läßt:
1.Berühren im Erstgespräch
2.Abholen am Symptom - körperliche Behandlung
3.Sinnlosigkeit des Symptoms
4.Reinszenierung
5.Konkretes Erfahren und konkretistisches Erleben in den Kreativ- und Körpertherapieverfahren (z.b. KBT)
6.Allmähliche Bedeutungszumessung
7.Benennung von Gefühlen
8.Modell-Lernen bei anderen Mitpatienten - Gruppenerfahrung
9.Bedeutungsänderung der Symptome
10.Stimmiges Erleben - Reintegration - Suche
11.Zurücktreten der Bedeutung der Symptome
12.Wundern - Ändern - Trennen
13.Libidinöse Zuwendung zu Objekten - Loslassen der narzißtischen Besetzung des eigenen Körpers
In dem Vortrag werden die verschiedenen Stufen im Rahmen der verschiedenen Zugänge und der tagesklinischen Struktur und Organisation (auch im Unterschied zur stationären) vorgestellt und diskutiert.

Psychosoziale Konsequenzen bei Besatzungskindern des II. Weltkrieges

Nach den „Kriegskindern“ die „Kinder des Krieges“ - historische Hintergründe und psychosoziale Forschungsansätze

Kuwert Philipp[1], Kaiser Marie[2], Miertsch Martin[1], Glaesmer Heide[2]
[1]Universitätsmedizin Greifswald, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stralsund, Deutschland, [2]Universitätsmedizin Leipzig, Medizinische Psychologie und Soziologie, Leipzig, Deutschland

Die psychosoziale Forschung zu den Folgen des II. Weltkrieges begann bemerkenswerterweise spät, so daß ein Großteil der epidemiologischen Befunde in den letzten 10 Jahren erhoben wurde. Im Fokus standen bislang zivile Kriegsüberlebende und speziell die Gruppe der Kriegskinder; insbesondere die Befunde zu den damaligen Kindern wurden auch von der breiten Öffentlichkeit und den Medien wahrgenommen („Generation der Kriegskinder“). Zahlreiche andere von den Auswirkungen des II. Weltkrieges betroffene Gruppen sind bislang weniger beforscht worden, so beispielsweise die mittlerweile überwiegend verstorbenen Veteranen. Während im deutschsprachigen Diskurs „Kriegskinder“ als die Gruppe minderjähriger Kriegsbetroffener verstanden werden, bezeichnet der internationale Begriff der „children born of war“ die Gruppe der „Besatzungskinder“. Deren spezifischen Belastungen sind von der psychosozialen Forschung bislang kaum wahrgenommen worden, obwohl es sich um eine Betroffenengruppe handelt, die in sämtlichen Nachkriegsländern vorgefunden werden kann. Der Übersichtsvortrag fasst den bisherigen Kenntnisstand zusammen, formuliert daraus ein Rahmenmodell für die psychosoziale Forschung und leitet zu den weiteren Symposiumsbeiträgen über.

Traumata und aversive Kindheitserfahrungen bei den deutschen Besatzungskindern und Zusammenhänge mit aktuellen psychischen Beschwerden

Glaesmer Heide[1], Kaiser Marie[1], Kuwert Philipp[2]
[1]Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland, [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am HELIOS Hanse-Kinikum Stralsund, Greifswald/Stralsund, Deutschland

Hintergrund: Seit dem es Kriege gibt, werden Kinder geboren, die in sexuellen Kontakten zwischen (feindlichen) Soldaten und einheimischen Frauen gezeugt wurden. Diese „Kinder des Krieges“ wachsen häufig in einem familiären wie gesellschaftlichen Spannungsfeld zwischen Integration und Ablehnung auf. Geheimhaltung, finanzielle Notlagen, öffentliche wie familiäre Zurückweisung spielen häufig eine Rolle. Bisher gibt es zwar historische und soziologische Untersuchungen zu den „Besatzungskindern“ des Zweiten Weltkrieges in Deutschland, Untersuchungen zu Stigma-

tisierung, Identitätsentwicklung und den psychosozialen Konsequenzen des Aufwachsens als „Besatzungskind" in Deutschland fehlten jedoch bislang. Der Vortrag widmet sich speziell der Frage nach traumatischen Erfahrungen und Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit und deren Zusammenhang mit dem heutigen psychischen Befinden.
Methodik: Zwischen März und August 2013 wurden deutsche Besatzungskinder über Presseartikel und verschiedene Netzwerke und Onlineplattformen kontaktiert, 147 deutsche Besatzungskinder wurden mit einem Fragebogen zu den Bedingungen des Aufwachsens als Besatzungskind, zu aversiven Kindheitserfahrungen (CTQ), traumatischen Erfahrungen (Traumaliste des M-CIDI) sowie aktuellen posttraumatischen (PDS), depressiven und somatoformen Symptomen (PHQ-9 bzw. -15) befragt.
Ergebnisse und Diskussion: Im Vortrag werden die empirischen Ergebnisse zu den Kindheitserfahrungen und zum aktuellen psychischen Befinden der Besatzungskinder dargestellt, diskutiert und mit bevölkerungsrepräsentativen Daten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung verglichen.

Bindungsstile der deutschen „Besatzungskinder" des Zweiten Weltkrieges und Zusammenhänge mit der Art der Beziehung der Eltern, der Herkunft des Vaters und den Lebensbedingungen in Kindheit und Jugend

Kaiser Marie[1], Kuwert Philipp[2], Glaesmer Heide[1]
[1]Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Med. Psychologie u Med. Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am HELIOS Hanse-Klinikum Stralsund, Greifswald, Deutschland

Hintergrund: Seit dem es Kriege gibt, werden Kinder geboren, die in sexuellen Kontakten zwischen (feindlichen) Soldaten und einheimischen Frauen gezeugt wurden. Die Entwicklungsbedingungen dieser „Kinder des Krieges" waren zum Teil durch verschiedene gesellschaftliche und historische Faktoren erschwert. Aufgrund von gewünschter Geheimhaltung, finanziellen Notlagen sowie (potentieller) öffentlicher wie familiärer Zurückweisung gaben einige Mütter ihre Kinder in die Obhut anderer Personen bzw. mussten diese abgeben oder waren nur fragmentarisch anwesend. Abhängig vom Hintergrund der Zeugung sahen sich Mütter in einigen Fällen mit sehr ambivalenten Gefühlen gegenüber ihren Kindern konfrontiert, welche wiederum in ambivalentem Verhalten gegenüber diesen zum Ausdruck kamen. Die gesellschaftliche Rezeption einer Mutter die ein uneheliches Kind „des Feindes" zur Welt brachte, konnte zu damaliger Zeit ebenfalls als potenzieller Einflussfaktor auf die Entwicklung der Beziehung zum Kind wirken. Bisher gibt es zwar historische und soziologische Forschung zu den „Besatzungskindern" des Zweiten Weltkrieges in Deutschland, Untersuchungen zu den psychosozialen Konsequenzen des Aufwachsens als „Besatzungskind" in Deutschland fehlten jedoch bislang. Der Vortrag befasst sich vorrangig mit Fragen zu Zusammenhängen zwischen den Lebensbedingungen der deutschen „Besatzungskinder" in Kindheit und Jugend, der Beziehung der Eltern, der Herkunft des Vaters mit deren aktuellen Bindungsstil.
Methodik: Zwischen März und August 2013 wurden deutsche Besatzungskinder über Presseartikel und verschiedene Netzwerke und Onlineplattformen kontaktiert, 147 deutsche Besatzungskinder wurden in einem Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen zu den Bedingungen des Aufwachsens als Besatzungskind (Lebensbedingungen während Kindheit und Jugend, Bezugspersonen, Herkunft des biologischen Vaters, Beziehung der Eltern) sowie einem Fragebogen zum Bindungsverhalten (AAS) befragt.
Ergebnisse und Diskussion: Im Vortrag werden die empirischen Ergebnisse zu den Kindheitserfahrungen, der Beziehung der Eltern und der Herkunft des Vaters sowie Zusammenhänge mit den Bindungsstilen der Besatzungskinder dargestellt und mit bevölkerungsrepräsentativen Daten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung verglichen.

Öffentliches Stigma und Selbststigma bei den deutschen Besatzungskindern des Zweiten Weltkrieges

Aßmann Anna-Lena[1], Kaiser Marie[1], Kuwert Philipp[2], Glaesmer Heide[1]
[1]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am HELIOS Hanse-Kinikum, Stralsund, Deutschland

Hintergrund: Bisher gibt es zwar historische Untersuchungen zu den „Besatzungskindern" des II. Weltkrieges in Deutschland, Untersuchungen zu ihren individuellen und spezifischen Erfahrungen im Aufwachsen als Besatzungskind aus psychosozialer Perspektive fehlen jedoch bislang. Es steht heute aus zeitgeschichtlicher Perspektive außer Frage, dass mehr oder weniger offene oder verdeckte Stigmatisierung und Diskriminierung zu den prägenden Erfahrungen der „Besatzungskinder" gehörten. Sie trugen meist ein doppeltes Stigma als uneheliche Kinder und Kinder des Feindes. Das äußerte sich in häufig benutzten Schimpfworten wie „Russenbalg" oder „Amibankert", aber auch in erlebter Ausgrenzung und Diskriminierung im sozialen Umfeld.
Methodik: Zwischen März und August 2013 wurden deutsche Besatzungskinder über Presseartikel und verschiedene Netzwerke und Onlineplattformen kontaktiert, 147 deutsche Besatzungskinder wurden mit einem Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen zu den Bedingungen des Aufwachsens als Besatzungskind befragt. Ein Teil des Fragebogens widmete sich speziell der Stigmatisierungserfahrungen der Besatzungskinder. Zur Erfassung wurden zwei etablierte Verfahren, das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (Schulze et al., 2009) sowie die Internal Stima of Mental Illness Scale (Ritsher et al., 2003), für die Erhebung von Stigmatisierungserfahrungen und dem Grad an internalisiertem Stigma in Zusammenarbeit mit erfahrenen Forschern auf die zu

untersuchende Zielgruppe angepasst und angewandt.
Ergebnisse und Diskussion: Es werden Ergebnisse der psychometrischen Analysen der modifizierten Fragebögen, sowie zum Stigmaerleben der Besatzungskinder dargestellt. Dabei wird zwischen verschiedenen Untergruppen zum Beispiel nach Herkunft der Väter (Russische Armee vs. Westalliierte), der Art der Beziehung der Eltern und dem Zeitpunkt, zu dem man über seine Herkunft informiert wurde, differenziert. Die Bedeutung der Stigmatisierung für das Aufwachsen wird diskutiert.

„Kind des Feindes?" - Identitätsentwicklung und Identitätsbilder der deutschen Besatzungskinder des Zweiten Weltkrieges

Kunitz Diana[1], Kaiser Marie[1], Kuwert Philipp[2], Glaesmer Heide[1]
[1]Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am HELIOS Hanse-Klinikum, Stralsund, Deutschland

Hintergrund: Seit dem es Kriege gibt, werden Kinder geboren, die in sexuellen Kontakten zwischen (feindlichen) Soldaten und einheimischen Frauen gezeugt wurden. Diese „Kinder des Krieges" wachsen häufig in einem familiären wie gesellschaftlichen Spannungsfeld zwischen Integration und Ablehnung auf. Geheimhaltung, finanzielle Notlagen, öffentliche wie familiäre Abweisung spielen häufig eine Rolle. Die Deutschen Besatzungskinder sind fast alle in Abwesenheit ihrer biologischen Väter, oft auch in Unwissenheit über deren Identität und Herkunft aufgewachsen. Bisher gibt es zwar historische Untersuchungen zu den „Besatzungskindern" des II. Weltkrieges in Deutschland, Untersuchungen zu ihrer Identität als Besatzungskind und der Bedeutung des Spannungsfeldes zwischen dem Wunsch nach Informationen und der Tabuisierung ihrer biologischen Herkunft fehlen bislang.
Methodik: Zwischen März und August 2013 wurden deutsche Besatzungskinder über Presseartikel und verschiedene Netzwerke und Onlineplattformen kontaktiert, 147 deutsche Besatzungskinder wurden mit einem Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen zu den Bedingungen des Aufwachsens als Besatzungskind, zur ihrer Identität als Besatzungskind und dem Wunsch und der Bedeutung nach Klärung ihrer biologischen Herkunft befragt.
Ergebnisse und Diskussion: Es werden Ergebnisse qualitativer und quantitativer Analysen der Befragung zur Thematik der Identität dargestellt. Dabei wird zwischen verschiedenen Untergruppen nach Herkunft der Väter (Russische Armee vs. Westalliierte), der Art der Beziehung der Eltern (Liebesbeziehung vs. Vergewaltigungskind) und dem Zeitpunkt zu dem man über seine Herkunft informiert wurde, differenziert. Die Befunde sollen in ihrer entwicklungspsychologischen Bedeutung diskutiert werden.

Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Cuntz Ulrich[1]
[1]Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland

Qualitätssicherung hat in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie eine lange Tradition. Basisdokumentation, Leistungsdokumentation und regelmäßige outcome-Messung sind in vielen Bereichen der Psychosomatik bereits Routine. Mit der Forderung nach sektorenübergreifender Versorgung und mit dem neuen Entgeltsystem in der stationären Therapie werden die Anforderungen an die Qualitätssicherung noch anwachsen. Zu dem werden zunehmend einheitliche Standards gefordert sein. Das Symposium möchte auf dem Kongress von DGPM und DKPM ein Forum für die Qualitätssicherung etablieren, mit dem wir 2014 und in den folgenden Jahren die Entwicklung der Qualitätssicherung begleiten wollen.

Zertifizierung von psychosomatischen Kliniken

Rose Anne Derke[1]
[1]Deutsche Rentenversicherung,Berlin, Deutschland

Seit der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 sind alle Vertragsärzte, zugelassen Krankenhäuser, Erbringer von stationären Vorsorgeleistungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Viele Wege führen zu einer allgemeinen Zertifizierung von Krankenhäusern, Behandlungszentren oder Arztpraxen, es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher etablierter „QM-Verfahren", z.B. DIN ISO, KTQ etc. Die inhaltlichen Anforderungen beziehen sich ganz allgemein auf Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.
Fasst man eine Zertifizierung psychosomatischer Krankenhäuser ins Auge, so stehen ganz am Anfang Fragen nach spezifisch psychosomatischen Qualitätsindikatoren. Die Arbeitsgruppe der DGPM „Zertifizierung psychosomatischer Krankenhäuser" hat sich zunächst einmal ganz grundsätzlich Gedanken zu diesem Thema gemacht. In diesem Vortrag werden die wesentlichen Fragen und Ideen zusammengefasst, verbunden mit der Einladung zu einer fruchtbaren Diskussion.

Prävention und Therapie der Anorexia nervosa

Die Behandlungsstrategie der extremen Magersucht (BMI>13) am Beispiel der Schön Klinik Roseneck

Ehrig Christian[1]
[1]*Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland*

Die Schön Klinik Roseneck ist seit 1985 spezialisiert auf die Behandlung von Patienten mit Essstörungen (ca. 800 Patienten pro Jahr). Bei den Patienten mit der Behandlungs-Diagnose Anorexia nervosa weisen gut 25% bei Aufnahem einen BMI von unter 14 auf. In einer 10-Jahres-Auswertung der verschiedenen BMI-Subgruppen werden die Besonderheiten in der Behandlung der Pat. mit extremer Magersucht dargestellt. An Hand von Auswertungen verschiedener Parameter, wie z.B. den Gewichtsverläufen (Zunahme pro Woche bzw. über den Aufenthalt), der psychischen und somatischen Komorbidität, der medikamentösen Therapie und der Art der Entlassung sollen die Unterschiede im Verlauf vor allem auch mit Blick auf den besonderen Aufwand dargestellt werden.

„Heute konnte ich keine unangenehmen Gefühle ertragen!": Ergebnisse einer Tagebuchstudie zur Wechselwirkung von Emotionsvermeidung mit anderen aufrechterhaltenden Faktoren bei Anorexia nervosa

Stroe-Kunold Esther[1], Wesche Daniela[1], Friederich Hans-Christoph[1], Herzog Wolfgang[1], Zastrow Arne[1], Wild Beate[1]
[1]*Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allg. Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland*

Hintergrund: Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik bei Anorexia nervosa (AN) werden als multifaktorielles biopsychosoziales Geschehen gesehen, dessen Komplexität kaum erschlossen ist. Untersuchungen legen eine zentrale Rolle der Emotionsregulation nahe. So versuchen AN-Patienten, stärkere Emotionen zu vermeiden und haben v.a. im Umgang mit negativen Gefühlen Schwierigkeiten. Zusätzlich zu Emotionsvermeidung werden im Modell von Schmidt & Treasure (2006) Perfektionismus / kognitive Rigidität, pro-anorektische Überzeugungen und interaktionelle Schwierigkeiten als aufrechterhaltende Faktoren postuliert. Bislang gibt es keine Tagebuchstudien zu Prozessverläufen bei AN. Ziel der Studie ist es zu verstehen, wie Emotionsvermeidung und weitere aufrechterhaltende Faktoren längsschnittlich interagieren.
Methoden: Im Behandlungsverlauf beantworteten AN-Patientinnen mittels eines elektronischen Tagebuchs täglich Fragen zu Emotionsvermeidung, depressiven Gefühlen, sozialer Vermeidung, kognitiver Restriktion, pro-anorektischen Überzeugungen und Perfektionismus. Fluktuationen im Item „Heute konnte ich keine unangenehmen Gefühle ertragen" (Emotional Processing Scale) werden für die unterschiedlichen stationären und nachstationären Phasen analysiert. Zeitliche Interaktionsmuster zwischen Emotionsvermeidung und den weiteren Variablen werden durch multivariate Zeitreihenmodellierung ermittelt.
Ergebnisse: Die erste Auswertung eines Einzelfalles über 96 Tage zeigt, dass die Fähigkeit der Patientin, unangenehme Emotionen auszuhalten, im Verlauf der Behandlung zunimmt. Je besser sie mit aversiven Gefühlen an einem Tag (t-1) umgehen kann, umso deutlicher ist am darauffolgenden Tag (t) eine Symptomminderung in folgenden Bereichen zu beobachten: sie ist offener für soziale Interaktionen, ist in ihren Gedanken weniger auf Essen und Nahrungsaufnahme eingeengt, bezieht weniger innere Sicherheit aus ihrer AN und fühlt sich weniger depressiv.
Schlussfolgerungen: Die Befunde deuten auf die Wichtigkeit der Emotionsvermeidung im System aufrechterhaltender psychosozialer Variablen bei AN hin. Eine Replikation dieser Ergebnisse an einer größeren Stichprobe kann die Empfehlung untermauern, in der Behandlung von AN-Patienten verstärkt auf den Bereich der Emotionsvermeidung zu fokussieren.
Förderung: Die Arbeit wurde durch Förderprogramme der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg unterstützt (Olympia-Morata- sowie Postdoc-Programm).

Long-term effects of school based prevention programs related to eating behaviour and the development of eating disorders and obesity

Wick Katharina[1], Berger Uwe[2]
[1]*Universitätsklinikum Jena, IPMP, Jena, Deutschland,* [2]*Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*

The study aims to describe the development of eating behaviour over the period of puberty in a longitudinal study. Risk factors for the development of eating disorders and obesity will be determined and the effects of established school-based programs (PriMa, 6th grade girls, and Torera, 7th grade girls and boys) for primary prevention will be investigated related to their longterm effects. Existing samples from Thuringian schools, already involved in a BMBF-project (01EL0602; 2006-2009) will provide the basis for the study. These data will be extended within the project, combining quantitative and qualitative measures (longitudinal survey data, health insurance data, absenteeism statistics, teacher interviews). The central element of our study is a follow-up survey, which will be assessed six to eight years after the initial intervention. Participants, now 16 to 22 years old, are asked to fill out an online-questionnaire including the scales to measure eating behaviour, body self-esteem as well as height and weight and previously treatment of an eating disorder. These data will be connected with secondary data such as health insurance data about health care utilisation due to eating disorders and the absenteeism statistics of Thuringian schools. Furthermore, teachers from the original project will be interviewed about structural and

behavioural changes, as a result of the program implementation. To sum up, a comprehensive preventive strategy should be developed which could serve as a model for other states and includes a successful method for health promotion.

Bildgebungsstudien zur Psychoanalyse

Trauma, Traum und psychische Veränderung in einer Psychoanalyse mit einem chronisch Depressiven. Klinischen Beobachtungen, Schlaflaboruntersuchung und Neuroimaging

Fischmann Tamara[1], Russ Michael[1,2], Schött Margerete[1], Leuzinger-Bohleber Marianne[1]
[1]Sigmund Freud Institut, Frankfurt am Main, Deutschland, [2]Goethe Universität, Frankfurt am Main, Deutschland

Bekanntlich betrachten auch heute noch viele klinisch tätige Psychoanalytiker den Traum als eine „Via regia zum Unbewussten". In der laufenden multizentrischen LAC Depressionsstudie werden psychoanalytische mit kognitiv-behavioralen Langzeittherapien verglichen. Dabei kommen eine Vielzahl qualitativer und quantitativer Methoden zur Anwendung. Die Untersuchung der Veränderung von Träumen in systematischen klinischen Einzelfallstudien gehört zu den genuin psychoanalytischen Teiluntersuchungen dieser großen Studie. In dieser Präsentation berichten wir von einer Kombination einer solchen klinischen Einzelfallstudie mit Beobachtungen der Veränderungen des manifesten Trauminhalts im Schlaflabor sowie Ergebnissen einer fMRI-Untersuchung mit dem gleichen Patienten. Solche Einzelfallstudien sind Teil einer experimentellen Studie, der *Frankfurter fMRI/EEG-Depressions Studie (FRED): Veränderungen der Gehirnfunktionen bei chronisch Depressiven nach psychoanalytischen und kognitiv-behavioralen Langzeitbehandlungen*. Interessant ist der Vergleich von Neuroimagingdaten mit Träumen, die am Anfang und am Ende einer Psychoanalyse im Schlaflabor und in der psychoanalytischen Situation erzählt werden.

Psychoanalytische Psychotherapie-Prozessforschung mittels „Psychotherapie Prozess Q-Set" und funktioneller Bildgebung (fMRT): Eine Einzelfallstudie

Labek Karin[1], Buchheim Anna[1], Walter Steffen[2], Viviani Roberto[1,3]
[1]Institut für Psychologie, Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, [2]Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm, Ulm, Deutschland, [3]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

In dieser Einzelfallstudie untersuchten wir die Behandlung einer dysthymen Patientin mit narzisstischen Zügen im Verlauf einer niederfrequenten psychoanalytischen Langzeittherapie. Die Auswertung des Therapieprozesses wurde mit einem standardisierten Instrument, dem „Psychotherapie Prozess Q-Set" (PQS, Albani et al. 2007) untersucht. Veränderungen der neuronalen Aktivität konnten mittels fMRT im Therapieverlauf abgebildet werden (Buchheim, Labek, Walter, Viviani, in press). Die Datenerhebung umfasste 12 Sitzungen über ein Jahr in regelmäßigen monatlichen Intervallen. Die Stundenqualität wurde von der behandelten Analytikerin in „leichte" und „schweren" Stunden eingeteilt. Während der fMRT-Scans wurden der Patientin 7 Bilder des Adult Attachment Projective Picture Systems (AAP, George & West 2012) zusammen mit personalisierten Kernsätzen präsentiert, die mit nicht-personalisierten Sätzen verglichen wurden. Im klinischen Bild der Patientin dominierte eine Abwehrstruktur, die die Interaktion mit der Therapeutin beeinflusste und sich in Form von täglichen Stimmungsschwankungen zeigte, die sich während des Tages stabil hielten. Die PQS-Analyse identifizierte kognitiv-emotionale Zustände, die mit der Stundenqualität assoziiert waren (Labek 2012). In den „leichten" Stunden zeigte die Patientin eine emotionale Involviertheit in Beziehungsthemen. Bei den „schweren" Stunden spielten selbst-distanzierende Abwehrstrategien eine zentrale Rolle. Die Bildgebungsdaten ergaben eine Modulation des Boldsignals im Bereich des Posterioren Cingulären Cortex bei „leichten" und „schweren" Tagen. Diese Region wurde in der Literatur bei der Präsentation aversiver Bilder mit Selbstdistanzierung in Verbindung gebracht. Die vorliegende Studie konnte zentrale selbstdistanzierende Abwehrstrategien auf neuronaler Ebene und auf Verhaltensebene identifizieren und durch die subjektiven Einschätzungen der Analytikerin validieren (Buchheim, Labek et al. in press).

Physiologische und neuronale Aktivität während der freien Assoziation auf konfliktbezogene Sätze

Kessler Henrik[1]
[1]Universität Bochum, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland

Psychodynamische Konflikte sind bedeutsame Konstrukte zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Im Rahmen einer psychoanalytischen Therapie erfolgt ein möglicher Zugang zu Konflikten über die Technik der freien Assoziation. In diesem Vortrag werden zwei eigene Studien vorgestellt, in denen die physiologischen und neuronalen Reaktionen gesunder Probanden untersucht wurden, während sie frei zu potentiell konfliktbezogenen Sätzen assoziierten. In der ersten Studie assoziierten N=18 Probanden in der funktionellen Magnetresonanztomographie frei zu einer breiten Auswahl allgemeiner Sätze, die potentielle psychodynamische Konflikte umschreiben. Als Kontrolle dienten sprachlich vergleichbare Sätze, die negative emotionale Situationen ohne psychodynamischen Gehalt darstellten. Die Assoziationen wurden nach dem Manual der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) analysiert.

Dies führte zur Identifizierung der Untergruppe von Probanden, die auf die Sätze im Sinne eines psychodynamischen Konfliktes reagierten. Das vegetative Arousal (Hautleitfähigkeit) und unter anderem die Aktivität im anterioren cingulären Kortex zeigten sich bei diesen Probanden während der Assoziation relativ erhöht. Dies könnte ein Korrelat (emotions-)regulatorischer Prozesse beim Umgang mit psychodynamisch relevanten Inhalten darstellen. In der zweiten Studie assoziierten N=29 Probanden frei zu Sätzen, die individuell aus einem zuvor geführten OPD-Interview abgeleitet wurden und konfliktbezogene Themen umschreiben. Die physiologische und neuronale Aktivität während der Assoziation zu diesen spezifischen Sätzen wird im Vortrag ebenfalls beschrieben und diskutiert.

Neue Therapie- und Betreuungsansätze in der Psychoonkologie

Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei depressiven Brustkrebspatienten und Prädiktoren des Behandlungserfolgs

Beutel Manfred E[1], Zwerenz Rüdiger[1], Imruck Barbara[1], Wiltink Jörg[1], Haselbacher Antje[1], Ruckes Christian[2], Weißflog Gregor[3], Leuteritz Katja[4], Brähler Elmar[3]
[1]Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychother, Mainz, Deutschland, [2]Universitätsmedizin Mainz, Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien (IZKS), Mainz, Deutschland, [3]Universitätsmedizin Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [4]Universitätsmedizin Mainz, Medizinische Psychologie & Soziologie, Mainz, Deutschland

Hintergrund: Ziele der Studie waren (1) die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie (KZT) bei Brustkrebspatientinnen mit der Diagnose einer Depression zu bestimmen und (2) Prädiktoren des Behandlungsergebnisses zu ermitteln.
Methoden: In einer multizentrischen prospektiven klinischen Studie wurden 157 Brustkrebspatientinnen mit komorbider Depression randomisiert zu psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie (Interventionsgruppe) oder „treatment as usual" (Kontrollgruppe, TAU) zugewiesen. Wir prüften die Hypothese, dass die Intervention der Kontrollgruppe hinsichtlich Remission (SKID-I) und Besserung des Depressionswertes (HADS-D) bei Behandlungsende überlegen ist. Sekundäre Maße bezogen sich auf die Lebensqualität. Der DEQ (Depressive Experience Questionnaire) wurde neben der therapeutischen Allianz (HAQ) als Prädiktor des Behandlungsergebnisses eingesetzt.
Ergebnisse: In der Intent to treat (ITT) Auswertung, erzielte mit 44% die Interventionsgruppe signifikant mehr Remission als TAU (23%). Auch bei den sekundären Ergebnismaßen fanden wir einen starken (d=.82) Effekt zugunsten der Intervention und mittlere bis starke Effekte hinsichtlich der Lebensqualität (EORTC QLQ 30) Positive Prädiktoren des Therapieerfolgs zu Behandlungsende waren eine höhere Selbstwirksamkeit (DEQ) bei Beginn, eine medikamentöse Zusatzbehandlung im Verlauf, zu Behandlungsende zusätzlich eine geringere Selbstkritik (DEQ) und eine positivere Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch die Patientin.
Diskussion: Psychodynamische KZT ist eine wirksame Behandlung für Depressionen bei Brustkrebspatientinnen, auch bzgl. Lebensqualität. Einflüsse auf den Therapieerfolg warden diskutiert.
Förderung: Deutsche Krebshilfe

Immunologische Veränderungen durch Musiktherapie bei Patienten mit myeloablativer Chemotherapie und autologer Stammzelltransplantation

Tuinmann Gert[1], Preißler Pia[2], Böhmer Hauke[2]
[1]Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Onkologisches Zentraum, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Nur in wenigen Studien konnten bislang immunologische Veränderungen infolge musiktherapeutischer Interventionen gesehen werden. Hauptsächlich ist die HPA-Achse betroffen. Aber Veränderungen wurden auch bei Immunglubulinen (IgA, IgE) gesehen. Inwieweit Musiktherapie immunologische Veränderungen nach einer autologen Stammzelltransplantation hervorrufen kann, wurde bislang nicht untersucht.
Methode: 66 Patienten mit einer HDT und ASZT wurden im Zeitraum von 04/08 bis 07/12 randomisiert. Sie erhielten eine Standardbehandlung entsprechend mit oder ohne begleitender psychoonkologischer Musiktherapie. Als Primärziel wurde die Differenz der Lebensqualitätswerte von Aufnahme und Entlassung (EORTC QLQ-C30) untersucht sowie als Sekundärziel der Effekt der Musiktherapie auf das Immunsystem (Immunglobuline, T4, T8, NK-Zellen), die Verträglichkeit der Chemotherapie (gemessen am Schmerzmittel- und Antiemesebedarf) und die psychische Verfassung (HADS-D). Die statistische Auswertung erfolgte mittels ANCOVA.
Ergebnisse: Beim Vergleich des Immunparameters IgG ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Der T4-Wert sank in der Musiktherapiegruppe (Gruppe A) etwas weniger als in der Kontrollgruppe (Gruppe B). der T8-Wert sank in beiden Gruppen ab, wobei dieser Abfall in Gruppe A minimal höher ausfiel. Der NK-Wert sank in der A-Gruppe minimal stärker als in der B-Bruppe. Alle Unterschied waren nicht signifikant.
Diskussion: Unter Aussparung der Myelompatienten sieht man in Gruppe A eine diskrete Erhöhung des IgA-Spiegels zum Ende der Therapie. Auch Burns und Mitarbeiter (2001) beobachteten bei Patienten mit Musiktherapie erhöhte IgA-Spiegel im Speichel. Wie verschiedene epidemiologische Studien unterstreichen [McClelland et al. (1988); Miletic et al. (1996)] hat gerade das IgA eine entscheidene Bedeutung für die Abwehr von Infektionen der

obernen Luftwege. So könnte die Verringerung der Infektionsrate der Patienten der Gruppe A mit darauf zurückgeführt werden. Auch der bessere CD4/CD8 Quotient in der Gruppe A könnte einer Infektion entgegengewirkt haben. Da Daten wegen fehlender Proben nicht erhoben werden konnten, sind die Ergebnisse allerdings nicht signifikant und daher mit Vorsicht zu interpretieren.
Zusammenfassung: Musiktherapie ist ein von den Patienten mit HDT/ASZT als hilfreich bewertetes Verfahren mit signifikanten Verbesserungen. Inwieweit immunologische Parameter signifikant beeinflusst werden, muss in weiteren Studien geklärt werden.

Vom Workshop in den klinischen Alltag - wieviel Coaching braucht der Arzt? Eine randomisiert kontrollierte Studie zur Dosis-Wirkungs-Beziehung von Coaching im Anschluss an ein individualisiertes onkologisches Kommunikationstraining Erste Ergebnisse zur Bewertung des Konzeptes und Selbsteinschätzung

Wünsch Alexander[1], DeFigueiredo Marcelo[2], Schneid Eva[2], Sattel Heribert[1], Fritzsche Kurt[2]
[1]Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [2]Universitätsklinik Freiburg, Abteiung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Hintergrund: Das kommunikative Verhalten von onkologisch tätigen Ärzten kann durch Kommunikationstrainings verbessert werden. Dies belegen viele randomisiert kontrollierte Studie, die jedoch meist in standardisierten Settings mit Schauspielpatienten durchgeführt wurden. Wenig ist bekannt, welche Effekte tatsächlich beim Patienten ankommen und inwieweit Ärzte das Erlernte in solchen Kommunikationstrainings tatsächlich in die Praxis transferieren können. Dazu wurde im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie ein Coachingkonzept entwickelt, das trainierte Ärzte unterstützen soll, den Transfer in ihren jeweiligen Praxisalltag zu leisten. Die Fragestellungen lauten:
(1) Wie wird dieses Coaching von den Ärzten bewertet?
(2) Inwieweit verändert die Anzahl der Coachings die Selbsteinschätzung der Ärzte in ihrer Gesprächsführungskompetenz.
Methodik: Zu drei Zeitpunkten (vor dem Workshop, vor dem Coaching und nach dem Coaching) wurden Gespräche mit Patienten im Klinikalltag auf Video aufgenommen sowie Fragebögen zur Selbsteinschätzung ausgehändigt. Ärzte bestimmten aufgrund der Analyse der ersten Gespräche individuelle Lernzeile, an denen in einem Kommunikationsworkshop mit Schauspielpatienten gearbeitet wurde. Nach dem Training wurden Ärzte in eine Interventions- und Vergleichsgruppe randomisiert (vier vs. einmaliges Coaching). Für die Coachings wurden auf Video aufgenommene Patientengespräche herangezogen, um an der Frage nach dem Transfer der erlernten Gespräschführungstechniken in den Praxisalltag zu arbeiten. Im Anschluss wurden Workshop und Coaching bewertet sowie die Selbsteinschätzung der beiden Gruppen in ihrer Gesprächsführungskompetenz erfasst.
Ergebnisse:
(1) Erste Ergebnisse zeigen eine sehr gute Bewertung der Workshops und Coachings.
(2) Zum Zeitpunkt der Konferenz können Unterschiede in der veränderten Selbsteinschätzung hinsichtlich der Gesprächsführungskompetenz der Interventions- und Vergleichsgruppe der ersten Workshops berichtet werden.
Diskussion: Das entwickelte Coachingprogramm wird von den Ärzten sehr gut aufgenommen und unterstreicht die Notwendigkeit, Ärzte zu unterstützen, das in einem Kommunikationsworkshop Erlernte in den jeweiligen Alltag zu transferieren. Im weiteren Verlauf wird die Effektivität der Coaching anhand der aufgenommen Video-Aufnahmen vor und nach dem Coaching auf Verhaltensebene evaluiert.

STEPPED CARE - Optimierung psychoonkologischer Versorgung durch gestufte Vermittlung. Studiendesign und erste Ergebnisse

Roick Julia[1], Danker Helge[1], Briest Susanne[2], Schiefke Franziska[3], Meixensberger Jürgen[4], Stolzenburg Jens-Uwe[5], Kersting Anette[6], Singer Susanne[7]
[1]Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Leipzig, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Leipzig, Brustzentrum, Leipzig, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Leipzig, Deutschland, [4]Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Leipzig, Deutschland, [5]Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Urologie, Leipzig, Deutschland, [6]Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland, [7]Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Deutschland

Hintergrund: Ein Drittel aller Krebspatienten im Akutkrankenhaus ist psychisch stark belastet. Diese Belastung wird oft unzureichend erkannt. Demgegenüber steht ein Wunsch nach emotionaler Unterstützung, vor allem durch den behandelnden Arzt. Es wird daher nach Wegen gesucht, belastete Patienten besser zu erkennen, um die begrenzt verfügbare psychoonkologische Versorgung gezielt einsetzen zu können. In dem Projekt STEPPED CARE soll überprüft werden ob dies durch gestufte Versorgung (Kombination aus Screeningverfahren und Arztgesprächen) erreicht werden kann. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen, es können jedoch erste Ergebnisse zum Befragungsstand und den Teilnahmequoten präsentiert werden.
Versorgungsmodell: Bei stationärer Aufnahme der Patienten erfolgt ein Fragebogen-Screening mittels Tablet PC. Die Ergebnisse werden dem behandelnden Arzt angezeigt. Ist ein Patient mittelgradig bis hoch psychisch belastet, führt der Arzt ein kurzes strukturiertes Interview durch. Im Anschluss entscheidet er, welche psy-

choonkologischen Versorgungsmaßnahmen angefordert werden.
Methodik und Studiendesign: Das Versorgungsmodell wird in einer clusterrandomisierten, kontrollierten Interventionsstudie überprüft (n=13 Stationen, Ziel-Stichprobengröße: n=800). Auf Kontrollstationen wird die übliche psychoonkologische Versorgung angeboten („care as usual"). Interventionsstationen wenden das Stepped Care Modell an. Die Patienten werden zu jeweils 4 Zeitpunkten (präoperativ; 2 Wochen/3 Monate/6 Monate poststationär) im Klinikum und später telefonisch befragt.
Ergebnisse: Insgesamt wurden bisher 914 Patienten durch die Interviewer im Klinikum angesprochen und um eine Studienteilnahme gebeten. Mit 53 Patienten konnte erst postoperativ Kontakt aufgenommen werden. Von den 861 präoperativ kontaktierten Patienten erklärten sich 640 (74%) bereit, an einem Interview teilzunehmen. Dabei wurden 371 (58%) auf den Interventionsstationen und 268 (42%) auf den Kontrollstationen befragt. Frauen und ältere Patienten verweigern eher eine Studienteilnahme. Die Verweigerungsquoten der einzelnen Stationen liegen zwischen 9% und 50%. Besonders niedrig sind die Quoten mit 9% auf den Stationen der Urologie. Auffallend hoch ist die Anzahl an Verweigerern auf den Stationen der Pneumologie (35% und 50%). Möglichweise hängen die Unterschiede in den Verweigerungsquoten mit der unterschiedlichen Schwere der Erkrankung der Patienten auf den dort behandelnden Stationen zusammen.

Psychosoziale Einflussfaktoren auf den Verlauf kardiovaskulärer Erkrankungen

Im Gegensatz zur Typ-D-Persönlichkeit hat Angst einen prädiktiven Effekt auf die Langzeitprognose von Patienten mit stabiler koronarer Herzerkrankung

Hussein Sharif[1], Herrmann-Lingen Christoph[1], Lange Helmut W.[2], Meyer Thomas[1]
[1]Universität Göttingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland, [2]Herzzentrum Bremen, Bremen, Deutschland

Einleitung: In früheren Studien wurde eine Assoziation zwischen dem Konstrukt der Typ-D-Persönlichkeit, definiert als Kombination aus sozialer Inhibition und negativer Affektivität, und erhöhter Mortalität bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) beschrieben, während der prognostische Einfluss von Angst umstritten blieb.
Methoden: In dieser prospektiven klinischen Studie füllten n=470 hämodynamisch stabile KHK-Patienten vor elektiv geplanter perkutaner Koronarintervention (PCI) den DS14-Fragebogen zur Erfassung von Typ-D-Persönlichkeit und den Hospital-Anxiety-and-Depression-Scale (HADS) aus. Die Studienteilnehmer wurden über einen Nachbeobachtungszeitraum von fünf Jahren verfolgt.
Ergebnisse: Nach Aufteilung der Gesamtkohorte in HADS-A-Quartile unterschied sich die Überlebensrate signifikant zwischen den vier Subgruppen, wobei ängstliche Patienten im obersten Angstquartil (HADS-A-Werte ≥10) die niedrigste Mortalitätsrate aufwiesen (1,9% vs. 11,8% in den gemittelten drei unteren Quartilen, Odds-Ratio=0,14, 95%-Konfidenzintervall [95%-CI]=0,03-0,60, p=0,002). Nach Adjustierung von zahlreichen somatischen und prozeduralen Kovariablen in einem Cox-Regressionsmodell bestätigte sich das Ergebnis der univariaten Analyse im Sinne eines unabhängigen prädiktiven Effekts der Angst auf das 5-Jahres-Überleben (Hazard-Ratio [HR]=0,21, 95%-CI=0,05-0,91, p=0,037). Zudem konnte bei ängstlichen Patienten eine signifikant erniedrigte Rate von schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignissen 5 Jahre nach Index-PCI festgestellt werden (HR=0,34, 95%-CI=0,14-0,80, p=0,014), während die Revaskularisationsrate erhöht war (26,4% vs. 16,6%, p=0,033). Demgegenüber konnte weder für Mortalität (p=0,367) noch für das Auftreten schwerwiegender kardiovaskulärer Ereignisse (p=0,841) eine prognostische Bedeutung der Typ-D-Persönlichkeit nachgewiesen werden.
Schlussfolgerungen: Während für die Typ-D-Persönlichkeit ein prädiktiver Wert nicht festgestellt werden konnte, zeigte sich bei Patienten mit stabiler KHK in einem 5-jährigen Nachbeobachtungszeitraum ein protektiver Effekt von erhöhter Angst sowohl hinsichtlich eines verbesserten Überlebens wie auch einer niedrigeren Rate an schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignissen. Allerdings wurden bei ängstlichen Patienten häufiger intrakoronare Revaskularisationsmaßnahmen durchgeführt. Die routinemäßige psychometrische Erfassung klinisch relevanter Angst könnte demnach zu einer besseren Prognoseeinschätzung von KHK-Patienten beitragen.

Predictors of symptom-change in chronic heart failure patients

Lossnitzer Nicole[1], Westermann Bruno[1], Herzog Wolfgang[1], Wild Beate[1], Katus Hugo[2], Frankenstein Lutz[2], Schultz Jobst Hendrik[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Heidelberg, Deutschland

Introduction: Patients with chronic heart failure (CHF) suffer from agonizing symptoms like shortness of breath and peripheral edema. One out five patients reports in addition symptoms of a clinical depression like anhedonia or lack of energy. For patients and clinicians, it is often very difficult to separate between depressive and CHF-related symptoms.Since so far only little is known about the variables affecting somatic and depressive symptom-burden in CHF patients, we investigated, in a 15-month follow-up study, predictors of symptom change in CHF patients suffering from a high somatic symptom-burden and/or a clinical relevant depression.

Methods: Symptom-burden was measured using the PHQ-9 depression module and two additional items on peripheral edema and shortness of breath. Perceived reduced functional status was assessed by the PHQ-9 item "feeling tired or having little energy".A comprehensive clinical status including LVEF, NYHA functional class, medication etc. was compiled by the study physician. In addition, different psychosocial variables like health-related quality of life, severity of generalized anxiety, and depression treatment were recorded. The primary outcome was a change in PHQ-9 (plus the two above-mentioned items on peripheral edema and shortness of breath; ± 3 points were considered as clinically meaningful).
Results: At baseline, n=195 patients with depression (n=111) and high somatic symptom burden (n=84) were included. At follow-up (15 months), 17 patients had died, 46 were lost to follow up.All in all, nearly half of our sample reported a symptom reduction over the follow-up period (46.2%), 18.2% reported a symptom increase over time, 35.6% remained stable. After analyzing inter-correlations between subjective and objective disease parameters at study-onset, stepwise ordinal regression modeling will be conducted to identify significant predictors of symptom-change.
Conclusion: Our results can help to better understand the causes of aggravating symptom-burden and depression in CHF patients. For future research it would be interesting to investigate whether treatment of the identified factors may help to avoid a further deterioration of CHF symptoms and improve the course of the disease.

Depressive symptoms during rehabilitation predict future cardiovascular-related hospital readmissions plus all-cause mortality

Meyer Fiorenza Angela[1], Stauber Stefanie[2], Hugentobler Eva[1], Wilhelm Matthias[2], Hansjörg Znoj[3], von Känel Roland[1,4]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Cardiology, Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz

Purpose: Depression is a cause and a consequence of cardiovascular diseases (CVD). Furthermore, depression has an adverse impact on the prognosis of patients with CVD. We hypothesized that depressive symptoms at the beginning of and/or at discharge from a rehabilitation program are associated with poor prognosis during follow-up.
Methods: We examined 495 CVD patients (M = 59.9 ± 11.3) who were enrolled in a rehabilitation program and completed the depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). At follow-up we evaluated the predictive value of depression scores on CVD-related hospital readmissions plus all-cause mortality. We run Cox proportional hazard models, controlling for sociodemographic factors, cardiovascular risk factors (CVRF) and disease severity.
Results: During a mean follow-up period of 41.5 ± 15.6 months, 58 patients experienced a CVD-related hospital readmission and 14 patients died. During rehabilitation the prevalence of clinically relevant depression (HADS-D scores ≥ 8) could be reduced in 37% of patients. Continuous depression scores during rehabilitation (admission plus discharge) emerged as a significant predictor of outcome (HR, 1.11, 95% CI 1.00 - 1.24). While a three point higher level on the depression scale at discharge predicted a 27% higher risk for a future CVD-related event plus all-cause mortality (HR 1.27, 95% CI 1.03 - 1.53), depressive symptoms at admission did not emerge as a significant predictor of outcome. Patients who suffered from a clinical depression at the beginning and at discharge of the program had a 2.4-fold increased relative risk of future CVD-related events and hence, the worst prognosis.
Conclusion: Through cardiac rehabilitation CVD-patients experienced a reduction of depressive symptoms. Depressive symptoms during rehabilitation, and particularly so if persisting at discharge from rehabilitation, predicted poor prognosis. The implications of these findings for depression care in CVD patients need further study.
Keywords: cardiovascular disease - cardiac rehabilitation - depression - mortality - prospective longitudinal study - psychological stress

Wie beeinflusst der Arzt den Patienten - spezifische und unspezifische vegetative Wirkungen auf ein Plazebo-Experiment zur Veränderung des Blutdrucks

Deter Hans-Christian[1], Koch Julia[1], Zimmermann-Viehoff Frank[1,2]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Psychiatrische Universitätsklinik, Berlin, Deutschland

Einleitung: Das Verhalten und die Worte des Arztes haben Auswirkungen auf das Empfinden, die Symptomwahrnehmung und die vegetativen Funktionen des Patienten. Insofern sind Plazeboexperimente, in denen die Erwartungshaltung und die vegetativen Reaktionen geprüft werden ein interessantes Modell, die hier beteiligten Mechanismen zu identifizieren. In dieser Studie konzentrierten wir uns auf kardiovaskuläre und andere vegetative Parameter um die Auswirkung einer Suggestion bezüglich einer Blutdruck(BP)veränderung zu überprüfen.
Methoden: 92 gesunde Probanden (58.7% Frauen, mittleres Alter 24,5 Jahre) wurden in einem Plazeboexperiment untersucht, in dem ein neutrales Spray verabreicht wurde, das einmal eine BP-Erhöhung, einmal eine BP-Erniedrigung und einmal keine Auswirkungen haben sollte. In diesen 3 Gruppen wurden diese Informationen zum Teil schriftlich und von einem Arzt im weißen Kittel gegeben.

Ergebnisse: Insgesamt gab es nur einen statistisch signifikanten ZeitxBedingungseffekt zwischen den drei Hauptgruppen in der elektrodermalen Hautleitfähigkeit($p = 0.04$). Anhand der einzelnen Bedingungen und Gruppen lassen sich aber auch unterschiedliche Reaktionen unter den verschiedenen Suggestionen belegen. Diese weisen einmal auf unterschiedliche psychische Reaktionen der Versuchspersonen und je nach Suggestionsrichtung bzgl. des BP-Verhalten auf unterschiedliche kardiovaskuläre und andere vegetative Reaktionen hin (BP, TPRI, LF power Spektrum der HRV und SCL). Interessant war, dass nur unter der Kontrollbedingung ein signifikanter Unterschied zwischen Suggestion durch den Arzt und durch die schriftliche Information hinsichtlich BP-Verhalten auftrat ($p< 0,05$).
Diskussion: Wirkungen von Erwartungshaltung und „Medikamenten"gabe ließen sich in diesem Plazeboexperiment belegen. Die hier erarbeiteten Ergebnisse lassen eine allgemeine autonome Aktivierung aber auch direkte Wirkungen auf einzelne vegetative Funktionsbereiche durch Suggestion vermuten. Im nächsten Schritt sollten in Designs an Patientengruppen wie z.B. essentielle Hypertonikern die Suggestionsexperimente in Richtung der Symptomverbesserung vertieft werden.

Psychoonkologischer Behandlungsbedarf – wie ist er abzuschätzen?

Psychoonkologische Angebote für ≥60jährige Männer: Welche Angebote wünschen und akzeptieren sie und mit welchem Erfolg?

Schneider Gudrun[1], Kropff Birgit[1], Unrath Michael[1]
[1]Universitätsklinikum Münster, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Münster, Deutschland

Hintergrund: ≥60-jährige Männer sind in psychoonkologischen Interventionsstudien bisher unterrepräsentiert.
Fragestellung: Der subjektive Unterstützungsbedarf dieser Zielgruppe wir mit einem strukturierten Fragebogen erhoben, ferner wird ein psychoedukatives Gruppenprogramm (Weis et al. 2006) angeboten und evaluiert.
Methodik: Stichprobe: ≥60-jährige Männer mit den Tumorentitäten Prostatakarzinom bzw. gastrointestinale Tumoren; Alle Teilnehmer füllen den „Fragebogen zur Inanspruchnahmebereitschaft psychoonkologischer Angebote" (FIPA) aus.
Intervention: 10 wöchentliche Sitzungen a 120 Minuten für 6-10 Teilnehmer in Form einer strukturierten Gruppenintervention mit thematischen Schwerpunkten und übenden Elementen;
Design: randomisierte kontrollierte Studie: Gruppenintervention vs. „Treatment as usual".
Hauptzielkriterium der Studie ist die krankheitsbezogene Lebensqualität, erfasst mit dem EORTC QLQ-C30
Nebenzielkriterien sind die Dimensionen „Ängstlichkeit" und „Depressivität" der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D).
Ergebnisse: In der bisherigen Rekrutierungsphase von 9 Monaten wurden 288 Patienten des Universitätsklinikums Münster angesprochen, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllen. 128 Männer zwischen 60 und 85 Jahren (Altersmittelwert 70,3 Jahre) waren bereit, den FIPA auszufüllen, 28 davon, am Gruppenprogramm teilzunehmen (AltersMW 68,3 Jahre). Je 14 wurden in die Intervention und 14 zu TAU randomisiert. Die Rekrutierung und Datenerhebung läuft weiter.
Familien- und Bildungsstand, Dauer seit Diagnosestellung und ob ein Rezidiv oder Metastasen vorlagen wirkten sich nicht auf die Bereitschaft, am Gruppenprogramm oder nur an der FIPA-Erhebung teilzunehmen, aus. Von den FIPA-Teilnehmern äusserten insgesamt 42,2% Interesse an einem Gruppenprogramm über mehrere Sitzungen, 39,1% Interesse an einer einmaligen Informationsveranstaltung, 39,1% an Einzelgesprächen mit einem Psychotherapeuten, 18,8% an Einzelpsychotherapie, 24,2% an Paar- und Familiengesprächen, 30,5% an einem Entspannungsverfahren, 8,6% an einer telefonischen Beratung und 9,4% an Beratung per Email oder Internet.
Die Evaluation der Gruppenintervention läuft, erste Ergebnisse werden auf dem Kongress vorgestellt.
Diskutiert werden die klinischen Implikationen für die psychoonkologische Versorgung älterer Männer.

Psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarf bei langzeitüberlebenden Melanom-Patienten - eine registerbasierte Studie

Beutel Manfred E[1], Blettner Maria[2], Weyer Veronika[2], Binder Harald[2], Zeißig Sylke[2], Fröhlich Karin[2], Imruck Barbara[1], Friedrich-Mai Peter[1], Fischbeck Sabine[3]
[1]Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Mainz, Deutschland, [2]Universitätsmedizin Mainz, Institut für Med. Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Deutschland, [3]Universitätsmedizin Mainz, Medizinische Psychologie & Soziologie, Mainz, Deutschland

Einleitung: Darüber wie stark belastet Langzeitüberlebende nach einem Malignen Melanom sind, gibt es kaum Erkenntnisse. Ziel der Studie war, an einer repräsentativen Stichprobe von langzeitüberlebenden Melanom-Patienten, krankheitsassoziierte Belastungen und Lebensqualität zu untersuchen und Risikofaktoren für einen erhöhten Bedarf an medizinischer und psychoonkologischer Unterstützung zu identifizieren.
Methode: Im Rahmen einer registerbasierten Querschnittserhebung bei Melanom-Patienten, die von Dermatologen dem Krebsregister Rheinland-Pfalz gemeldet worden waren, konnten von n = 2113 gemeldeten Patienten im Untersuchungszeitraum 62,5% (n = 1320) angeschrieben werden. Außer einem Fragebogen zu soziodemografischen und krankheitsbezogenen Daten füllten sie den Patientengesundheitsfragebogen (PHQ-9), den General Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7), die Skalen EORTC QLQ-C30,

das Multidimensional Fatigue Inventory (MFI), den BriefCOPE (BC), den Hornheider Fragebogen (Kurzform HF-9) und die Skalen zu Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) aus. Zum Vergleich wurden Depressivitäts- und Angstwerte altersgematchter Personen der Gutenberg Gesundheitsstudie herangezogen, die über 15000 Teilnehmer aus der Region Mainz- Bingen bevölkerungsrepräsentativ rekrutiert hat.

Ergebnisse: Höhere Belastungsausprägungen fanden sich lediglich bezüglich Ängstlichkeit und nur in der Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen ehemaligen Melanompatienten. Ansonsten waren Depressivitäts- und Angstwerte der Normalbevölkerung vergleichbar. Risikofaktoren für eine erhöhte psychische Belastung waren ausgeprägter Pessimismus, geringer Optimismus, belastende soziale Interaktionen und Probleme der Krankheitsbewältigung. Demgegenüber ergab der Hornheider Fragebogen Betreuungsbedarf bei 36% der ehemaligen Patienten.

Schlussfolgerung: Bessere Kenntnisse über die psychosozialen Belastungen von langzeitüberlebenden Melanom-Patienten helfen die Versorgung gezielt zu verbessern. Obgleich die psychische Belastung mit standardisierten Inventaren relativ gering eingeschätzt wird von Seiten der ehemaligen Patienten, besteht bei einem relativ hohen Anteil langzeitüberlebender Melanom-Patienten ein Bedarf an psychoonkologischer Betreuung, der vorwiegend von psychischen und sozialen Merkmalen bestimmt ist. Mögliche Gründe für diese Diskrepanzen und Anhaltspunkte für Versorgungsbedarf werden diskutiert.

Multidisciplinary support needs in cancer patients in a German comprehensive cancer centre

Schiel Robin[1], Brechtel Anette[1], Walther Jürgen[2], Wiskemann Joachim[2], Rötzer Ingeborg[2], Jäger Dirk[3], Friederich Hans-Christoph[1]
[1]Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, [3]Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg, Medizinische Onkologie, Heidelberg, Deutschland

Supportive care plays an increasingly important role in cancer patients. Modern therapies have significantly improved disease control and prolonged survival. However, the majority of cancer patients is incurable and suffers from the disease itself and potential side-effects of stressful treatments. The prevalence of support needs have mainly been addressed separately in the various disciplines in previous studies. The aim of the present study was to investigate multidisciplinary support needs from a psychooncological perspective.

A total of 562 patients suffering from gynecological, gastrointestinal or dermatological cancers took part in the survey. Questionnaires were used to assess support needs for psychooncological interventions, social work, nutritional counseling and exercise therapy. Additionally, psychic comorbidity was assessed using the Patient-Health Questionnaire (PHQ-D). The assessment was computer-assisted using tablet-PCs and the study took place at a German Comprehensive Cancer Centre.

From the 562 patients, 52% (n=294) asked for psychooncological interventions or psychotherapy and family counseling. One third (34%) of this subgroup showed at least a moderate depressive episode. Besides psychooncology, the vast majority (97%) of these patients had additional support needs: 28% asked for all four services (psychooncology, social work, nutrition, exercise), 40% asked for three services (psychooncology plus two additional support services) and 29% for two services (psychooncology plus one additional support service).

The findings of the survey indicate that cancer patients across different cancer entities and at different stages of their disease seldom have psychooncological support needs alone but the vast majority has additional support needs.

Given the multidisciplinary support needs in cancer patients, more integrated and comprehensive support services have to be developed for cancer patients. This requires a close collaboration between the involved therapists to coordinate a multifaceted supportive care tailored the patient's needs.

Psychoonkologischer Behandlungsbedarf: Werden mit Hilfe von Experteneinschätzung und Screening dieselben Patienten identifiziert?

Schäffeler Norbert[1], Ringwald Johanna[1], Pfeiffer Karoline[1], Nüßle Beate[1], Wallwiener Diethelm[2], Zipfel Stephan[1], Teufel Martin[1]
[1]Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [2]Universitätsklinik Tübingen, Universitäts-Frauenklinik, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Die Erfassung psychischer Belastungen bei Krebspatienten (ca. 1/3 leidet an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen) steht in Organkrebszentren (insbesondere in Brustzentren) aufgrund kürzer werdender stationärer Behandlungszeiten unter zunehmendem Zeitdruck. Dies erfordert ein zuverlässiges Routinescreening, welches die erhobenen Daten schnell auswertet und die entsprechenden psychoonkologischen Behandlungspfade zeitnah auslöst.

Methoden: Mit Hilfe eines elektronischen Screenings (ePOS) werden im Brust- und Genitalkrebszentrum psychoonkologische Behandlungspfade auf der Grundlage von subjektivem Bedarf der Patienten sowie der Indikation durch das Hornheider-Screening-Instrument (HSI) gesteuert. Bei erweiterter psychoonkologischer Diagnostik im Rahmen eines Erst-/ Krisengesprächs wird das Fremdbeurteilungsinstrument PO-BaDo eingesetzt.

Ergebnisse: Es zeigt sich insgesamt eine große Übereinstimmung von Indikationsstellung für psychoonkologische Behandlung durch das Screening und die Fremdeinschätzung mittels PO-BaDo. Dennoch weist die Fremdeinschätzung mit den eingesetzten Screening-Instrumenten nur kleine bis mittlere Zusammenhänge auf.

Durch das Screening werden die Patientinnen überwiegend richtig-positiv einer psychoonkologischen Beratung und Behandlung zugewiesen. Das HSI mit Berücksichtigung des subjektiven Bedarfs der Patientinnen scheint bei knappen psychoonkologischen Ressourcen ein gutes Steuerungsinstrument zu sein. Es bleibt zu klären, ob das eingesetzte Instrument die bestmögliche Selektion leistet (falsch-negative).

Distress bei strahlentherapeutisch behandelten Krebspatienten im Langzeitverlauf

Dinkel Andreas[1], Marten-Mittag Birgitt[1], Wünsch Alexander[1], Herschbach Peter[1], Sehlen Susanne[2]
[1]Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [2]Private Praxis, München, Deutschland

Hintergrund: In den letzten Jahren rücken Überlegungen zur adäquaten Nachsorge von Krebspatienten zunehmend in den Vorderung. Die Betreuung von Patienten, die die akute Behandlungsphase hinter sich haben und möglicherweise schon mehrere Jahre tumorfrei leben, sogenannte „cancer survivors", sollte auch die psychosozialen Bedürfnisse dieser Patienten berücksichtigen. Hierfür sind Daten zur Prävalenz und zu Prädiktoren von Distress bei Langzeitüberlebenden notwendig.
Methode: In dieser Längsschnittstudie wurden Krebspatienten vor und nach der Strahlentherapie sowie mehrfach bis zu 10 Jahre nach Abschluss der Strahlentherapie postalisch befragt. Für N = 1077 Patienten lagen zur Baseline Angaben zu krebsspezifischem Distress vor. Die Patienten waren im Mittel 58 Jahre alt (SD = 14), 57 % waren männlich. Am letzten Befragungszeitpunkt nahmen 291 Langzeitüberlebende teil. Distress wurde mittels des Frabogens zur Belastung von Krebskranken (FBK) erhoben.
Ergebnisse: Die Prävalenz von klinisch relevantem krebsspezifischem Distress lag bei 37 % zu Beginn der Strahlentherapie und bei 39 % am Ende der Strahlentherapie. Zum letzten Katamnesezeitpunkt, 7-10 Jahre nach Strahlentherapie, äußerten 20 % ein erhöhtes Maß an Distress. Langzeitüberlebende Krebspatienten wiesen vor und nach Strahlentherapie niedrigere Distresswerte auf. Signifikante multivariate Prädiktoren von klinischem Distress 7-10 Jahre nach Therapie waren Baseline Distress (OR 6.3, 95 % CI 3.3 - 12.2) sowie Versicherungsstatus (OR 2.3, 1.1 - 4.9); privat krankenversicherte Langzeitüberlebende gaben niedrigeren Distress an. Es zeigten sich unterschiedliche Verläufe von Distress in Abhängigkeit der Tumorentität.
Diskussion: Die vorliegende Studie liefert Verlaufsdaten zur Prävalenz von krebsspezifischem Distress in einer großen Stichprobe an Krebspatienten, die bis zu 10 Jahre nach Strahlentherapie nachverfolgt wurden. Es zeigt sich, dass auch 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung ein relevanter Teil der Patienten an einer klinisch bedeutsamen Ausprägung an Distress leidet. Distress zu Beginn der Strahlentherapie und Krankenversicherungsstatus erwiesen sich als signifikante Prädiktoren von Distress bei Langzeitüberlebenden.

Psychosomatische Rehabilitation – Neue Therapieansätze

Unterscheiden sich Patienten mit Anpassungsstörungen und depressiven Störungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation?

Schweiberer Daria[1], Neu Rebekka[1], Köllner Volker[1]
[1]Mediclin Bliestal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland

Fragestellung: Anpassungsstörungen (AD) werden diagnostisch immer noch häufig als Restkategorie verwendet. Gerade im Bereich der arbeitsplatzbezogenen Störungen wird diese Diagnose häufig im Zusammenhang mit Burnout oder Mobbing gestellt. Untersucht werden soll, ob sich Patienten mit AD von solchen mit dem Vollbild einer depressiven Störung unterscheiden.
Methodik: Untersucht wurden 100 konsekutive Patienten einer Schwerpunktstation zu arbeitsplatzbezogenen Störungen (71w/29m; Alter 49,84 ±8,73 Jahre) in der psychosomatischen Rehabilitation. Hiervon erfüllten 73 die Kriterien einer depressiven Störung und 23 die einer Anpassungsstörung. Die Diagnose wurde mit einem strukturierten Interview (Mini-DIPS) gesichert. Zur Erfassung der psychischen Symptomatik wurden der Health-49, der BDI-II sowie die Burnout-Screening-Skalen BOSS I-III zur Erfassung von arbeitsbezogenen Beschwerden, Belastungen und Ressourcen bei Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) eingesetzt. Nach 6 Monaten (T2) wurde der sozialmedizinische Status erfasst.
Ergebnisse: Patienten mit Anpassungsstörungen waren zu Therapiebeginn und Ende auf allen Skalen geringer belastet als Patienten mit einer depressiven Störung, beide Gruppen konnten aber in etwa dem gleichen Maße von der Therapie profitieren (Effektstärken d zwischen .79 und 1.25 bei Anpassungsstörungen, d zwischen .79 und 1.16 bei Depressionen). Patienten mit einer depressiven Störung verbesserten sich im BDI-II von 25,3 ±11,1 auf 12,5±12,5, Patienten mit einer AD von 12,4 ±9,5 auf 4,9 ±5,3 (p jeweils < 0,001 von T0 zu T1). Bezüglich Arbeitsunfähigkeit unterschieden sich die beiden Gruppen zu keinem Zeitpunkt signifikant, der Anteil der Arbeitsunfähigen ging in der Gesamtstichprobe von 45% zu T0 auf 9,5% zu T2 zurück.
Diskussion: Patienten mit einer AD haben erwartungsgemäß eine geringere Symptombelastung zu Beginn und Ende der Rehabilitation als Patienten mit einer depressiven Störung. Sie sind sozialmedizinisch jedoch vergleichbar stark belastet und profitieren ähnlich gut und nachhaltig von einer psychosomatischen Rehabilitation. Für künftige Studien relevant ist die Frage, ob bei Patienten mit AD spezifischere arbeitsbezogene Belastungen vorliegen und ob sie gleiche Therapiedosis benötigen wie Patienten mit einer depressiven Störung.

PALME als stationäre Mutter-Kind-Maßnahme in der Rehabilitation. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie

Franz Matthias[1], Weihrauch Lonja Irena Valeria[1], Heinrich Sylviane[2], Dreher Manuela[2], Schäfer Ralf[1], Egle Ulrich T[2]
[1]Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf, Deutschland, [2]Psychosomatische Fachklinik Kinzigtal, Gengenbach, Deutschland

Einleitung: Das Elterntraining PALME wurde für mittelstark psychisch belastete alleinerziehende Mütter mit Kindern im Vorschulalter zur Durchführung in ambulanten Settings (Kitas, Familienzentren etc.) entwickelt. Seine Wirksamkeit wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie belegt und durch die kontinuierliche Begleitevaluation laufender PALME-Gruppen bestätigt. Die psychosomatische Fachklinik Kinzigtal hat PALME erstmals im stationären Setting als Bestandteil ihres Reha-Konzepts eingeführt. In einer Pilotstudie wurde die Wirksamkeit dieser Modifikation des PALME-Trainings untersucht und mit den Ergebnissen ambulanter PALME-Gruppen verglichen.
Methode: 70 Mütter und ihre Kinder nahmen an der Studie teil, davon durchliefen 37 das PALME-Training innerhalb eines stationären und 33 innerhalb eines ambulanten Settings. Vor Beginn und nach Ende der PALME-Gruppen wurden bei den Müttern die allgemeine psychische Belastung sowie depressive Symptome mit der SCL-90-R erfasst. Das Verhalten ihrer Kinder beurteilten die Mütter anhand des SDQ.
Ergebnisse: Die Mütter der stationären Stichprobe waren signifikant stärker psychisch belastet als die Mütter der ambulanten Stichprobe. In beiden Gruppen kam es zu einer signifikanten Abnahme der allgemeinen psychischen Belastung und Depressivität der Mütter nach dem PALME-Training, wobei die Effektstärken im stationären Setting höher lagen (d=0.81 vs d = 0.50 für die allgemeine psychische Belastung und d= 0.85 vs. d = 0.57 für depressive Symptome). Bei den Kindern der Teilnehmerinnen konnten in beiden Gruppen keine Verhaltensänderungen festgestellt werden. Für die Gesamtstichprobe ergab sich allerdings ein statistischer Trend, wonach die Kinder bei der Postmessung weniger Problemverhalten zeigten.
Diskussion: Die Ergebnisse replizieren die bisherigen Befunde zur Wirksamkeit des Elterntrainings PALME auf das mütterliche Wohlbefinden. Darüber hinaus deuten sie darauf hin, dass PALME im stationären Setting erfolgreich durchgeführt werden kann und auch bei psychisch stark belasteten Müttern positive Veränderungen erzielen kann.

Bedeutung der Natur als Einflussfaktor in der Psychosomatischen Rehabilitation

Kappl Elisabeth[1], Neu Rebekka[1], Köllner Volker[1]
[1]Mediclin Bliestal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland

Einleitung: Implizit wird davon ausgegangen, dass Natur einen positiven Effekt auf die körperliche und seelische Gesundheit haben kann. Diese Gedanke ist bis in die Medizin der Romatik z. B. bei Carl Gustav Carus nachzuverfolgen. Rehabilitationskliniken sind deshalb meist naturnah gelegen. Bisher ist aber ein positiver Effekt der Natur auf den Rehabilitationsverlauf nicht empirisch belegt.
Methodik: 88 Patienten (60w/28m, Alter MW 49,65 Jahre) einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden unmittelbar vor und nach dem Ausdauertraining mit dem Gießener Beschwerdebogen (GBB) und der aktuellen Stimmungsskala (ASTS) untersucht. Eine Substichprobe von 54 Patienten (30w/ 24m, Alter MW 47,9 Jahre) wurde mit den gleichen Instrumenten vor und nach einer Körperwahrnehmungsgruppe untersucht. Jeweils zwei Einheiten wurden innerhalb der Klinik bzw. in der Natur durchgeführt. Um jahreszeitliche Effekte auszuschließen wurde jeweils die Hälfte der Stichprobe im Winter bzw. im Sommer eingeschlossen.
Ergebnisse: Das Ausdauertraining führte im GBB zu einem hochsignifikanten Rückgang des Beschwerdedrucks, wobei sich das Training in der Natur (Walking) auf den Skalen Erschöpfung, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden und Gesamtbeschwerdedruck (p jeweils ≤0,01) dem Training im Raum (Ergometertraining) als überlegen erwies. Das Training führte im ASTS zu einer Zunahme der positiven Stimmung und zu einem Rückgang von Trauer, Müdigkeit, Hoffnungslosigkeit und Zorn, wobei Training in der Natur hinsichtlich Förderung positiver Stimmung überlegen war ($p <= 0{,}001$) Das Körperwahrnehmungstraining hatte einen positiven Effekt sowohl auf Körperbeschwerden als auch auf die Stimmungsaspekte Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit, positive Stimmung und Zorn. Eine Überlegenheit des Trainings in der Natur zeigte sich hier nur für die Skala Hoffnungslosigkeit im ASTS ($p <= 0{,}01$). Ein jahreszeitlicher Effekt konnte nicht nachgewiesen werden.
Diskussion: Das Ausdauertraining führt zu einem stärkeren kurzfristigen Beschwerderückgang und einer stärkeren Stimmungsaufhellung, wenn es in der Natur durchgeführt werden kann. Beim Körperwahrnehmungstraining gilt dies für nur den Stimmungsaspekt Hoffnungslosigkeit. Natur hat somit das Potential, eine Ressource für die psychosomatische Rehabilitation zu sein. Weitere Studien müssen zeigen, wie nachhaltig der Effekt des Trainings in der Natur ist.

Hat Migration Folgen für die Gesundheit?

Migrationsprozesse und Gesundheit

Tagay Sefik[1]
[1]*Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Essen, Deutschland*

Menschliches Verhalten und Erleben unterliegen oft auch kulturellen Einflüssen. In der psychiatrisch-epidemiologischen Forschungsrichtung wurde die Migration lange Zeit primär als belastendes Lebensereignis verstanden. Verschiedene Autoren betonen weiterhin, psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund würden in Deutschland nicht ausreichend medizinisch versorgt und diese Gruppe stelle das Gesundheitssystem zunehmend vor besondere Herausforderungen (Fakai et al., 2012; Marschalck & Wiedl, 2001).

Grundsätzlich ist festzustellen: Eine Migration ist tatsächlich ein einschneidendes Lebensereignis und meist mit vielfältigen Stresssituationen verbunden, die unterschiedlich erlebt und verarbeitet werden. Über lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass eine Migration zwangläufig mit psychosozialen Problemen einhergeht und mit Gesundheit negative korreliert (Malzberg & Lee, 1956). Wir wissen heute aber, dass eine Migration nicht regelhaft zu psychischen Problemen führen muss. Sie kann daher auch eine Bereicherung sein, indem sie dem Individuum neue Handlungsräume eröffnet. Auf diesem Hintergrund zeichnet sich in der Migrationsforschung eine Entwicklung von defizitorientierten zu ressourcenorientierten Konzepten ab.

In der Migrationsforschung werden meist vier Arten der Akkulturation unterschieden: Integration, Assimilation, Separation und Marginalisation (Berry, 1997). Soweit aus der Literatur ersichtlich, gibt es bislang kein Verfahren, das neben diesen „klassischen Migrationstypen" zusätzlich noch das Phänomen untersucht, wenn Menschen zwischen der Herkunftskultur und der Kultur der Mehrheitsgesellschaft psychosozial leiden und einen „täglichen Kampf" führen. Ferner liegt bislang kein Instrument vor, das zusätzlich die Werteorientierung „Individualismus vs. Kollektivismus" misst und mit Gesundheit in Beziehung setzt (Hofstede, 1980). Im deutschsprachigen Raum gibt es kaum groß angelegte epidemiologische Studien über die Einwanderung und ihren Einfluss auf die psychische Gesundheit von Migranten (Marschalck & Wiedl, 2001; Tagay et al., 2011). In diesem Beitrag sollen diese unterschiedlichen Migrationsprozesse im Zusammenhang mit Gesundheit näher betrachtet werden.

Gesundheits- bzw. Risikoverhalten polnischstämmiger Migranten in Deutschland im Vergleich mit einheimischen Polen

Morawa Eva[1], Erim Yesim[1]
[1]*Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische u. Psychotherapeut. Abteilung, Erlangen, Deutschland*

Theoretischer Hintergrund: Die Rolle protektiver bzw. Risikofaktoren für die Gesundheit von Migranten ist noch immer unzureichend erforscht. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf das polnische Migrantenkollektiv in Deutschland.

Fragestellung: Die vorliegende Studie untersucht das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten (sportliche Aktivität, BMI, Rauchen und Alkoholkonsum) bei polnischstämmigen Migranten in Deutschland sowie einheimischen Polen.

Methode: Bei 514 Respondenten - 262 Personen mit polnischem Migrationshintergrund (Alter: 42,5±14,1 Jahre) sowie 252 autochthone Polen (Alter: 35,3±16,8 Jahre) wurde das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten (sportliche Aktivität/Woche: keine, < 1h, 1-2h, 2-4h, >4h; BMI: kg/m^2; aktuell Raucher: ja/nein; Alkoholkonsum: nie, selten, einmal/Monat, mehrmals/Monat, einmal/Woche, mehrmals/Woche, täglich) erhoben. Außerdem wurden geschlechts- und altersspezifische (drei Altersklassen: < 40, 40-60 und >60 Jahre) Unterschiede analysiert.

Ergebnisse: Insgesamt fast zwei Drittel sowohl der Migranten als auch der einheimischen Polen treiben entweder gar keinen Sport (38,5% vs. 40,9%) oder weniger als eine Stunde pro Woche (25,2% vs. 25,4%; p=0,806). 36,3% der Personen mit Migrationshintergrund sind übergewichtig (BMI 25-29,9 kg/m^2) und 9,5% weisen eine Adipositas (>30,0 kg/m^2) auf gegenüber 26,6% bzw. 12,3% der polnischen Probanden (p=0,037). Im Migrantensample (31,3%) sind signifikant häufiger Raucher zu beobachten als unter den einheimischen Polen (16,7%; p< 0,001). 6,1% des Migrantensamples nimmt täglich bzw. mehrfach in der Woche alkoholische Getränke zu sich, während dies bei 7,9% der einheimischen polnischen Stichprobe der Fall ist (p=0,394). Im Migrantensample sind geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des BMI und des Rauchens zu beobachten: Männer sind häufiger übergewichtig und adipös als Frauen (p< 0,001) und Frauen sind häufiger Raucherinnen als Männer (p=0,016). Signifikante Differenzen zwischen den beiden Stichproben in den drei Altersgruppen sind lediglich bei den < 40-Jährigen in Bezug auf das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum zu konstatieren: die Migranten dieser Altersgruppe sind häufiger Raucher als die polnische Referenzgruppe (p< 0,001) und zeigen ein ungünstigeres Alkoholkonsummuster (p=0,052).

Schlussfolgerung: Polnischstämmige Migranten weisen einen ungesunden Lebensstil (v.a. physische Inaktivität, Übergewicht/Adipositas und Rauchen) auf, der das kardiovaskuläre Risiko erhöht.

Akkulturation und Depressivität bei türkischstämmigen Migranten in Deutschland

Morawa Eva[1], Erim Yesim[1]
[1]*Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische u. Psychotherapeut. Abteilung, Erlangen, Deutschland*

Theoretischer Hintergrund: Die Rolle protektiver Faktoren für die psychische Gesundheit von Migranten im Kontext des Migrations- und Akkulturationsprozesses ist noch immer unzureichend erforscht.
Fragestellung: Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen dem Akkulturationslevel sowie den Akkulturationsstilen und dem Ausmaß an Depressivität bei türkischstämmigen Migranten - dem zahlenmäßig größten Migrantenkollektiv in Deutschland.
Methode: Bei 471 (53,7 % Frauen) konsekutiv rekrutierten Personen mit türkischem Migrationshintergrund (254 Patienten einer Allgemeinarztpraxis sowie 217 Patienten einer psychosomatischen Universitätsambulanz) wurde der Akkulturationsgrad (Frankfurter Akkulturationsskala, FRAKK) anhand von zwei Indices (Orientierung an der Herkunftskultur, HK und Orientierung an der Aufnahmekultur, AK) sowie die Ausprägung der Depressivität (Beck-Depressions-Inventar, BDI) gemessen. Zusätzlich wurde in Anlehnung an das Berry-Schema eine Kategorisierung in vier akkulturative Strategien (Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung) vorgenommen und deren Einfluss auf die Depressivität überprüft. Außerdem wurden geschlechts- und migrationsspezifische Unterschiede (1. vs. 2. Migrantengeneration) hinsichtlich des Akkulturationsgrades analysiert.
Ergebnisse: Sowohl die HK als auch die AK erwiesen sich als signifikante negative Prädiktoren der Depressivität: ein niedriges Depressivitätslevel ist mit einer hohen HK und einer hohen AK assoziiert. Andere signifikante Prädiktoren waren das Geschlecht, die Schulbildung sowie die Sprachkenntnisse. In einer ANOVA zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Akkulturationsstilen ($F = 8.56$; $p < 0,001$) im Hinblick auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik. Die Integration (hohe HK + hohe AK) war mit dem niedrigsten ($M = 14,6$, $SD = 11,9$) und die Marginalisierung (niedrige HK + niedrige AK) mit dem höchsten ($M = 23,5$, $SD = 14,7$) Depressivitätsscore assoziiert. In Bezug auf die Ausprägung der HK und der AK waren keine signifikanten geschlechtsspezifischen Differenzen zu konstatieren. Die 1. Migrantengeneration (in der Türkei geboren) zeigte eine signifikant ($p < 0,001$) höhere HK und eine signifikant ($p < 0,001$) niedrigere AK als die 2. Migrantengeneration (in Deutschland geboren).
Schlussfolgerung: Sowohl eine hohe Orientierung an der Herkunfts- als auch an der Aufnahmekultur weist einen positiven Effekt auf den psychischen Gesundheitsstatus von Migranten auf.

Go West! Innerdeutsche Migration und seelische Gesundheit

Berth Hendrik[1], Förster Peter[2], Zenger Markus[3], Brähler Elmar[3], Stöbel-Richter Yve[3]
[1]*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Dresden, Deutschland,* [2]*Forschungsstelle Sozialanalysen, Leipzig, Deutschland,* [3]*Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland*

Hintergrund: Die Migration von Ost- nach Westdeutschland stellt einen Sonderfall innerhalb der europäischen Wanderungsbewegungen dar. Seit der deutschen Wiedervereinigung 1990 haben zahlreiche Ostdeutsche den Weg in den Westen der Bundesrepublik gesucht, während umgekehrt deutlich weniger Personen von West- nach Ostdeutschland umzogen. Untersuchungen zu den psychosozialen Auswirkungen innerdeutscher Migration existieren nur wenige. Die Befunde sind zum Teil widersprüchlich.
Methode: Wir untersuchen anhand der Daten der Sächsischen Längsschnittstudie (http://www.wiedervereinigung.de/sls), einer seit 1987 laufenden Untersuchung ($N = 400$ in Ostdeutschland geborene Teilnehmer, Alter M 40 Jahre, 55 % weiblich), die Migrationsbewegungen von Ost- nach Westdeutschland (und zurück) und deren gesundheitliche Implikationen. Die Teilnehmer wurden jährlich mittels Fragebogen untersucht. Es kamen u. a. GBB-24, HADS, SCL-9, LOT-R, WHO-5 oder PHQ-D zum Einsatz.
Ergebnisse: Von den Teilnehmern leben etwa 25 % mittlerweile in Westdeutschland bzw. im Ausland („Migrierte"). Die Mehrheit der Befragten lebt nach wie vor im Ostdeutschland („Hiergebliebene"). 17 % haben eine Zeit im Westen Deutschlands gelebt und sind wieder in die neuen Länder zurückkehrt („Rückkehrer"). Zwischen den drei Gruppen (Migrierte, Rückkehrer, Hiergebliebene) gibt es in den meisten der eingesetzten Instrumenten deutliche Unterschiede: Das beste psychische Befinden schildern häufig die Migrierten, gefolgt von den Rückkehrern. Die psychosozialen Belastungen sind bei den Teilnehmern am höchsten, die stets im Osten und nie im Westen gelebt haben. Auch in zahlreichen Meinungen und Einstellungen finden sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Wohnort: Personen, die im Westteil Deutschlands leben, sind meist zufriedener, etwa mit ihrer Lebenssituation, ihrer Gesundheit, ihrem Beruf, ihrem Einkommen oder auch der Politik.
Diskussion: Die Daten belegen anhand validierter und reliabler Instrumente, dass der Wohnort Westdeutschland sich positiv auf die psychische Gesundheit einer Gruppe Ostdeutscher Erwachsener auswirkt. Die vorhandenen Längsschnittdaten aus mehr als 25 Jahren deuten an, dass es sich hierbei um einen kausalen Effekt handeln könnte: Personen, die im Laufe der vergangenen zwei Jahrzehnte in den Westen umzogen, waren kurz nach der Wiedervereinigung 1990 nicht weniger belastet als die Hiergebliebenen. Deutliche Unterschiede zeigten sich aber einige Jahre nach der erfolgten Migration.

Wahrnehmungen und Einstellungen von Ärzten im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund

Lindtner-Rudolph Heide[1], Mroczynski Robert[2], Ziem Alexander[3], Karger André[1]
[1]Universitätsklinikum Düsseldorf, Inst. f. Psychosomatische Medizin u.Psychotherapie, Düsseldorf, Deutschland, [2]Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Institut für Germanistik, Düsseldorf, Deutschland, [3]UC Berkeley, International Computer Science Institute, Berkeley, Vereinigte Staaten

Forschungsgegenstand: Sprachbarrieren und kulturabhängige Konzeptualisierungen von *Krankheit*, *Gesundheit* und *Heilung* gehören in Klinik und Praxis vielerorts zum Alltag. Die erfolgreiche Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund erfordert interkulturelle Kompetenzen: *Wissen*, wie sich kulturelle Prägungen auf Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten auswirken, sowie *Fertigkeiten* z.B. zur effektiven Durchführung von gedolmetschten Arzt-Patienten-Gesprächen. Anders als in angloamerikanischen Ländern findet die Vermittlung solcher Kompetenzen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland bisher kaum statt. Auch fehlen Bedarfsanalysen, welchen Handlungsbedarf Ärzte selbst bzgl. *Interkulturalität im klinischen Alltag* sehen.
Um diesen Defiziten Rechnung zu tragen steht die Entwicklung, Durchführung und Evaluation *fertigkeitenorientierter Kommunikationstrainings für einen sichereren Umgang mit Sprachbarrieren u. kulturellen Unterschieden* im Fokus des EIF-Projekts *Fit for Diversity* des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Um Qualifizierungsmaßnahmen passgenau auf den beruflichen Alltag von Ärzten zuzuschneiden, führen wir in Kooperation mit dem Institut für Germanistik der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf eine von der Heigl-Stiftung geförderte *Studie zur Erhebung von Erwartungen, Erfahrungen und Einstellungen zur Interkulturalität bei Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche* durch.
Methode: Anhand von 12 narrativen Interviews und 1 Fokusgruppeninterview untersucht die gut kontrastierende Stichprobe mit Methoden der linguistisch-ethnografischen Gesprächsanalyse,
- welche Selbst- und Fremdbilder Ärzte von der eigenen und fremden Kultur haben
- wie stark Ärzte ihr Gesprächsverhalten in kultursensiblen und/ oder gedolmetschten Interaktionen reflektieren
- welche Erfahrungen sie mit Patienten mit Migrationshintergrund berichten
- mit welchen Einstellungen und Erwartungen sie in künftige Arzt-Patienten-Gespräche gehen.

Ergebnisse: Ergebnisse der Studie thematisieren u.a. die Verlagerung der Verantwortung für das Gelingen der Arzt-Patienten-Interaktion von Arzt- auf Patienten-Seite.
Diskussion: Die Studie mündet in Strategien zur Bewältigung interkultureller Herausforderungen, die in der medizinischen Aus- und Weiterbildung prioritär vermittelt werden sollten.

Zusammenhänge von Bindungsmerkmalen, Symptomstärke und Therapieergebnis bei Patienten mit sozialer Phobie

Symposium Zusammenhänge von Bindungsmerkmalen, Symptomstärke und Therapieergebnis bei Patienten mit sozialer Phobie

Strauß Bernhard[1], Kirchmann Helmut[1], Nodop Steffi[1], Beteiligte an der Sopho-Net Bindungsteilstudie
[1]Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

In diesem Symposium werden Ergebnisse aus einer Teilstudie des Forschungsverbundes zur Psychotherapie der Sozialen Phobie (SOPHO-NET) dargestellt. Bei SOPHO-NET handelt es sich um einen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsverbund zur Psychotherapie sozialer Phobie. SOPHO-NET umfasst mehrere aufeinander bezogene Studien. In der zentralen multizentrischen Psychotherapiestudie (Studie A) werden in einem randomisierten, kontrollierten Design kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und eine psychodynamisch supportiv-expressive Kurzzeittherapie bei der Behandlung von n = 495 Patienten mit Sozialer Phobie verglichen. Die im Symposium vorgestellte Bindungsteilstudie ist als Zusatzprojekt zum multizentrischen Projekt A1 konzipiert und fokussiert auf die Frage, ob die Erfassung bindungsbezogener Variablen zur Klärung einer Differenzialindikation beitragen kann. Die Studie untersucht die Vorhersagequalität dieser Variablen im Allgemeinen und fokussiert speziell auf die Interaktionen zwischen Patientenmerkmalen und Behandlungsergebnis in den beiden Behandlungsbedingungen.
Folgende Beiträge werden in diesem Symposium vorgestellt:

- Nodop, S., Strauss, B. & SOPHO-NET-Bindungsstudiengruppe: Bindungseigenschaften bei Patienten mit sozialer Phobie
- Nodop, S., Zimmermann, A., Strauß, B. & SOPHO-NET-Bindungsstudiengruppe: Prädiktion von Therapieerfolg bei sozialphobischen Patienten durch deren Bindungseigenschaften - Gibt es eine Moderation durch die Therapieform?
- Kirchmann, H., Tholl, A., Strauß, B. & SOPHO-NET-Bindungsstudiengruppe: Veränderungen von Bindungsmerkmalen bei Patienten mit sozialer Phobie in Abhängigkeit von der Art der psychotherapeutischen Behandlung (psychodynamische versus kognitiv-behaviorale ambulante Therapie) und ihre Zusammenhänge mit Symptomverbesserungen...
- Kirchmann, H., Strauß, B. & SOPHO-NET-Bindungsstudiengruppe: Differentielle Behandlungserfolge von Patienten mit sozialer Phobie in Abhängigkeit von Bindungsmerkmalen vor der Behandlung und der Art der psychotherapeutischen Intervention (psychodynamische versus kognitiv-behaviorale ambulante Therapie)

Bindungseigenschaften bei Patienten mit sozialer Phobie

Strauß Bernhard[1], Nodop Steffi[1], Sopho-Net Bindungsstudiengruppe
[1]*Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*

Hintergrund: Befunde legen nahe, dass Patienten mit sozialer Phobie häufiger unsichere Bindungsrepräsentationen aufweisen und unsicher gebundene Sozialphobiker eine höhere Symptomstärke aufweisen (Eng et al., 2001). Grundlage dafür sind Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Merkmalen sozialer Angst und den inneren Arbeitsmodellen von Bindung (Vertue, 2003). Weiterhin besteht in der Bindungsforschung die Problematik, dass verschiedene Instrumente oft nur wenig konvergieren (z.B. Kirchmann, Fenner & Strauß, 2007).
Methoden: Vor Beginn der Therapien nahmen die Patienten der Teilstudie an Bindungsinterviews teil (EBPR, AAP). Das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR) nach Strauß et al. (1999) ist ein semi-strukturiertes Interview, nach dem die Patienten hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit zu sieben Prototypen eingeschätzt werden und schließlich zu drei Bindungstypen sowie hinsichtlich der Bindungssicherheit zugeordnet werden. Das AAP (Adult Attachment Projective; George, West & Pettem, 1999) ist ein projektives Verfahren zur Identifikation von mentalen Repräsentation von Bindung sowie von Abwehrmechanismen. Außerdem füllten die Patienten den Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (Höger, 1999) aus und den Experiences in Close Relationships Fragebogen (ECR-RD, Ehrenthal et al., 2009). Ersterer stellt Bindungskategorien und Bindungssicherheitsmaße zur Verfügung, der letztere zwei Skalen zu bindungsbezogener Angst und Vermeidung.
Als Symptomstärkemaß wurde die Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS, Liebowitz, 1987) verwendet.
Ergebnisse: Die sozialphobischen Patienten in unserer Studie (N=194) waren auf allen drei kategorialen Bindungsmaßen am häufigsten unsicher-vermeidend gebunden (39,2 - 68,0%). Die Konvergenzen zwischen den drei Maßen waren gering. Für alle drei Instrumente zeigte sich jedoch, dass jeweils die unsicher-ambivalenten Patienten die höchste Symptomstärke für Soziale Phobie und Depressivität aufwiesen. Das Ausmaß an sozialer Phobie mediiert den Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Depressivität (außer bei AAP).
Fazit: Bindungseigenschaften können einen Beitrag zum Verständnis von Symptomstärkemaßen ei sozial phobischen Patienten liefern. Dies und die mangelnde Konvergenz der Instrumente werden diskutiert.

Prädiktion von Therapieerfolg bei sozialphobischen Patienten durch deren Bindungseigenschaften - Gibt es eine Moderation durch die Therapieform?

Nodop Steffi[1], Zimmermann Anna[1], Strauß Bernhard[1], Sopho-Net Bindungsstudiengruppe
[1]*Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*

Hintergrund: In der Bindungsteilstudie der Sopho-Net-Therapiestudie wurden die Patienten hinsichtlich ihrer Bindungseigenschaften diagnostiziert. Nach Eng et al. (2001) weisen Patienten mit sozialer Phobie häufiger unsichere Bindungsrepräsentationen auf. Außerdem ist bekannt, dass Bindungssicherheit signifikant mit dem Therapieerfolg zusammenhängt (Levy et al., 2011). Weiterhin bestehen Überlegungen, ob Patienten mit verschiedenen Bindungsmustern unterschiedlich von den zwei Therapieformen profitieren (McBride et al., 2009; Tasca et al. 2006).
Methoden: Es wurden verschiedene Maße für die Bindungseigenschaften der Patienten eingesetzt: ein semi-strukturiertes Interview, das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR) nach Strauß et al. (1999) sowie der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (Höger, 1999). Der residual gain score der Symptomveränderungen von Prä nach Post auf der Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS, Liebowitz, 1987) wurde als Therapieerfolgsmaß verwendet.
Ergebnisse: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Bindungssicherheit mit der Symptomstärke zum Prä- und Postzeitpunkt korreliert, aber nicht mit Prä-Post-Veränderungen in der Symptomstärke (gesamte Stichprobe). Für das EBPR fand sich jedoch eine Interaktion der Bindungssicherheit mit der Therapiebedingung. Patienten mit höherer Bindungssicherheit profitierten mehr von der Therapie als weniger bindungssichere, dies traf aber nur in der KVT-, nicht in der psychodynamischen Therapiebedingung zu. Bei Betrachtung der drei Bindungskategorien zeigte sich für das EBPR eine signifikante Interaktion zwischen der Therapieform und der sicheren vs. der ambivalenten Bindungskategorie: sicher gebundene Patienten profitierten mehr von der KVT als von der psychodynamischen Therapie, wohingegen für die ambivalent gebundenen Patienten die Therapieform keine Rolle spielte.
Fazit: Bindungseigenschaften können einen Beitrag zum Verständnis von psychotherapeutischen Prozessen liefern. Praktische Implikationen der differentiellen Erfolge werden diskutiert.

Veränderungen von Bindungsmerkmalen bei Patienten mit sozialer Phobie in Abhängigkeit von der Art der psychotherapeutischen Behandlung (psychodynamische versus kognitiv-behaviorale ambulante Therapie) und ihre Zusammenhänge mit Symptomverbesserungen

Kirchmann Helmut[1], Strauß Bernhard[1], SOPHO-NET-Arbeitsgruppe
[1]Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin / Psychotherapie, Jena, Deutschland

Die Frage, ob durch Psychotherapie Zuwächse an Bindungssicherheit erzielt werden können, ist sowohl von substanzwissenschaftlichem Interesse (Stabilität von Bindung, Einflussfaktoren auf Veränderungen von Bindung) als auch von praktischer Relevanz, insofern Veränderungen von Bindung ein psychotherapeutisches Ziel sein könnten, wenn sie (langfristig) mit Symptomveränderungen assoziiert sind.
Zur Untersuchung der Fragestellungen wurden Daten der SOPHO-NET-Studie verwendet. An der Untersuchung nahmen 495 Patienten mit sozialer Phobie teil, die randomisiert einer der beiden Therapiebedingungen oder einer Wartelistengruppe zugewiesen wurden. Die Datenerhebung fand zu vier Messzeitpunkten statt (Prä, Post, 6-Monats- und 1-Jahres-Katamnese). Bindungsmerkmale wurden per Selbsteinschätzungen mit dem ECR-R und sozialphobische Symptome mit der LSAS (Selbst- und Fremdeinschätzung) erfasst.
Die Datenanalysen ergaben, dass es im Vergleich zur Wartegruppe nur in der Gruppe der Patienten, die mit kognitiv-behavioraler Therapie behandelt wurden, zu signifikanten Prä-Post-Verringerungen der bindungsbezogenen Ängstlichkeit und der bindungsbezogenen Vermeidung kam. Langfristig gab es zwischen den beiden Behandlungsgruppen keinen Unterschied hinsichtlich der Veränderung unsicherer Bindungsmerkmale. Es zeigte sich zudem, dass die Veränderungen von Bindungsmerkmalen in beiden Gruppen korrelativ mit Verbesserungen der sozialphobischen Symptomatik zusammenhingen, wobei die Korrelation zwischen den Prä-Katamnese-Veränderungen der bindungsbezogenen Angst und den Prä-Katamnese-Veränderungen der selbsteingeschätzten sozialphobischen Symptomatik in der Gruppe der psychodynamisch behandelten Patienten signifikant stärker ausfiel. Anhand von weiterführenden explorativen Analysen werden Einschränkungen der internalen und externalen Validität der Ergebnisse diskutiert.
Diese Präsentation ist Teil des Symposiums: Zusammenhänge von Bindungsmerkmalen, Symptomstärke und Therapieergebnis bei Patienten mit sozialer Phobie.

Differentielle Behandlungserfolge von Patienten mit sozialer Phobie in Abhängigkeit von Bindungsmerkmalen vor der Behandlung und der Art der psychotherapeutischen Intervention (psychodynamische versus kognitiv-behaviorale Therapie)

Kirchmann Helmut[1], Strauß Bernhard[1], Tholl Anne[2], SOPHO-NET-Arbeitsgruppe
[1]Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin/Psychotherapie, Jena, Deutschland, [2]Universität Jena, Jena, Deutschland

Nicht jedes psychotherapeutische Angebot ist für jeden Patienten gleich gut geeignet. Die Frage der differentiellen Indikation zu psychotherapeutischen Behandlungsformen kann auch sinnvoll in Bezug auf Bindungsmerkmale gestellt werden. Bindungsmerkmale, die nachweislich den Therapieprozess oder das Therapieergebnis beeinflussen, könnten vor einer Behandlung erhoben und für eine differentielle Empfehlung/Zuweisung verwendet werden.
Zur Untersuchung der Fragestellungen wurden Daten der SOPHO-NET-Studie verwendet. An der Untersuchung nahmen 495 Patienten mit sozialer Phobie teil, die randomisiert einer der beiden Therapiebedingungen oder einer Wartelistengruppe zugewiesen wurden. Die Datenerhebung fand zu vier Messzeitpunkten statt (Prä, Post, 6-Monats- und 1-Jahres-Katamnese). Bindungsmerkmale wurden per Selbsteinschätzungen mit dem ECR-R und sozialphobische Symptome mit der LSAS (Selbst- und Fremdeinschätzung) erfasst.
Vorläufige Datenanalysen ergaben, dass sich lediglich innerhalb des psychodynamischen Behandlungsarmes Therapieerfolgsunterschiede in Abhängigkeit von Bindungsmerkmalen zeigten: Patienten mit hoher Bindungsängstlichkeit hatten weniger Symptomreduktion. Vergleiche zwischen den beiden Therapiearmen ergaben langfristig einen besseren Therapieerfolg (höhere Symptomreduktion) für sowohl hoch bindungsängstliche als auch hoch bindungsvermeidende Patienten, die mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden. Anhand von weiterführenden explorativen Analysen werden Einschränkungen der internalen und externalen Validität der Ergebnisse diskutiert.
Diese Präsentation ist Teil des Symposiums: Zusammenhänge von Bindungsmerkmalen, Symptomstärke und Therapieergebnis bei Patienten mit sozialer Phobie.

Neue Therapieansätze bei chronischen Schmerzstörungen

Aktuelle Ergebnisse der interdisziplinären Spezialsprechstunde für Patientinnen und Patienten mit Chronischem Unterbauchschmerzsyndrom (CPPS)

Bruenahl Christian A.[1], Riegel Björn[1], Höink Johanna[2], Eichelberg Eike[3], Kutup Asad[4], Löwe Bernd[1]
[1]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland, [2]Klinik und Poliklinik für Gynäkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, [3]Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, [4]Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Das Chronische Unterbauchschmerzsyndrom, englisch: „Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)", stellt sich als multikausales Störungsbild dar. Unklarheit herrscht über die Ätiologie, wenn es sich um einen Zustand ohne organpathologisches Korrelat handelt. Dabei werden Wechselwirkungen von psychologischen Faktoren mit somatischen Dysfunktionen postuliert. In unserer Studie werden psychische und körperliche Symptombelastungen sowie gesundheitsökonomische Faktoren eruiert.
Weibliche und männliche Probanden mit CPPS wurden im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde rekrutiert. Es wurden soziodemografische Daten sowie schmerzbezogene und gesundheitsökonomische Daten erhoben. Die depressive Symptomatik wurde mit Hilfe des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) erhoben, die ängstliche Symptomatik mit Hilfe der Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), der Schweregrad von somatischen Symptomen mit Hilfe des PHQ-15 und die Lebensqualität mit der Kurzform des Health Survey (SF-12).
Die Auswertung der ersten 33 Probanden (42% weiblich; Alter: M=43,9, SD±18,2). zeigt eine mittlere Krankheitsdauer von 5,2 (SD ± 4,9) Jahren in Verbindung mit einer hohen Schmerzintensität 56 (SD ± 20) auf einer Visuellen Analogskala (VAS) von 0 bis maximal 100. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind somatische Beschwerden, Depressivität und Ängstlichkeit deutlich erhöht. Sowohl die körperliche als auch die mentale Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist dagegen signifikant geringer als in der Allgemeinbevölkerung.
Darüber hinaus haben die Betroffenen in den vergangenen sechs Monaten durchschnittlich 11,7 Tage krankheitsbedingt am Arbeitsplatz gefehlt. Aufgrund der Beschwerden wurden in diesem Zeitraum während der Arbeitszeit durchschnittlich 9,7 Stunden für Arztbesuche aufgewendet, wobei durchschnittlich 15,8 Facharztbesuche im letzten halben Jahr stattgefunden haben.
Aus diesen Daten wird deutlich, dass es sich bei CPPS um eine chronische Schmerzerkrankung handelt, bei der psychische Pathologien, aber auch begleitende somatische Symptome, eine wesentlich Rolle spielen. Die Patientinnen und Patienten erleben einen hohen Leidensdruck und verursachen damit immense Kosten im Gesundheitssystem. Evidenzbasierte, interdisziplinäre Diagnostik- und Behandlungsmethoden sind dringend notwendig.

Neurale Veränderungen im Rahmen der Psychodynamisch-Interpersonellen Therapie (PISO) bei Patienten mit schmerzdominierter multisomatoformer Störung

Otti Alexander[1], Wohlschläger Afra M.[2], Noll-Hussong Michael[3]
[1]Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [2]Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Abteilung für Neuroradiologie, München, Deutschland, [3]Universitätsklinik Ulm, Klinik f. Psychosomat. Medizin & Psychotherapie, Ulm, Deutschland

Neurobiologisch zeigen Patienten mit schmerzdominierten multisomatoformen Störungen bemerkenswerte Auffälligkeiten in der funktionellen kernspintomographischen Bildgebung. So konnte jüngst gezeigt werden, dass die neurale Schmerzprozessierung bei diesbezüglich Erkrankten hinsichtlich der BOLD-Signale räumliche und zeitliche Auffälligkeiten sowohl in bestimmten, u.a. der affektiven Schmerzwahrnehmung zuordbaren Hirnregionen wie übergreifenden Netzwerken aufweisen kann. Beispielsweise zeigt sich unter Ruhebedingungen ein Frequenzshift [1] in der rhythmischen Dynamik des anterioren Default Mode Netzwerkes (DMN) [2, 3], unter Aktivierungsbedingungen mit Präsentation und intentionalen Einfühlung in körperlich schmerzhafte Situationen präsentierende Bilder eine Minderaktivierung des linken perigenualen cingulären Cortex im Vergleich mit gesunden Probanden [4]. Aus psychosomatischer Sicht stellt sich die Frage, ob, und wenn ja, wie sich die beim erfolgreichen Einsatz störungsorientierter psychotherapeutischer Prozeduren, wie sie im Rahmen der sog. Psychodynamisch-Interpersonellen Therapie (PISO) [5] Anwendung finden, Veränderungen in der neuralen Signatur widerspiegeln. Erstmals sollen hier Bildgebungsbefunde im prä-/posttherapeutischen Vergleich gezeigt und in Zusammenschau der aktuellen fMRT-Datenlage diskutiert werden.

Literatur:

1) Otti A, Guendel H, Wohlschlager A, Zimmer C, Noll-Hussong M: Frequency shifts in the anterior default mode network and the salience network in chronic pain disorder. BMC psychiatry 2013;13:84.
2) Otti A, Gundel H, Wohlschlager A, Zimmer C, Sorg C, Noll-Hussong M: [default mode network of the brain. Neurobiology and clinical significance]. Der Nervenarzt 2012;83:16, 18-24.
3) Otti A, Noll-Hussong M: [intrinsic brain activity with pain]. Schmerz 2011;25:501-507.
4) Noll-Hussong M, Otti A, Wohlschlaeger AM, Zimmer C, Henningsen P, Lahmann C, Ronel J, Subic-Wrana C, Lane RD, Decety J, Guendel H: Neural correlates of deficits in pain-related affective

meaning construction in patients with chronic pain disorder. Psychosomatic medicine 2013;75:124-136.
5) Sattel H, Lahmann C, Gundel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G, Henningsen P: Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2012;200:60-67.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing zur Behandlung chronischer Schmerzen - Ergebnisse eines systematischen Reviews

Leisner Sabine[1], Tesarz Jonas[1], Gerhardt Andreas[1], Janke Susanne[1], Seidler Günter H.[1], Eich Wolfgang[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen spielen psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle: Häufig finden sich belastende psychosoziale Stressoren in der Vorgeschichte, komorbide psychische Störungen und maladaptive Verhaltensweisen im Umgang mit dem Schmerz. Bisherige psychotherapeutische Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zeigen in der Behandlung von chronischen Schmerzen leichte bis moderate Effekte hinsichtlich der Verbesserung von Copingstrategien und der Reduktion der Schmerzbeeinträchtigung. Eine Veränderung des Schmerzes selbst zeigt sich jedoch durch die Behandlung mit KVT kaum und in Studien mit aktiven Vergleichsgruppen als nicht bedeutsam (Williams, Eccleston & Morley, 2012).
Eine alternative psychotherapeutische Intervention ist möglicherweise Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Ursprünglich konzipiert zur Reduktion von emotionalen Belastungsreaktionen nach traumatischen Erlebnissen, wird dieser Ansatz auch in der Behandlung von allgemeinen emotionalen und physischen Anspannungen diskutiert, darunter als mögliche Therapie bei chronischen Schmerzen.
In einer umfangreichen, systematischen Literaturrecherche zu EMDR bei chronischem Schmerz fanden wir zehn Beobachtungsstudien und zwei randomisierte, kontrollierte Studien, die EMDR in unterschiedlichen Schmerzpopulationen testeten. Auch wenn die bisherigen Daten aufgrund der methodischen Mängel und der geringen Fallzahlen noch keine Aussagen über die Wirksamkeit von EMDR bei chronischem Schmerz zulassen, erscheint der Ansatz jedoch vielversprechend. Die Studien berichten - neben einer Wirksamkeit bei der Schmerzbeeinträchtigung - von hohen Effekten hinsichtlich der Schmerzreduktion (RCTs: Hedges' g: -6.87, 95%-Confidence Interval (CI_{95}): -8.51, -5.23 und 1.12, CI_{95}: -1.82, -0.42; Beobachtungsstudien variieren zwischen -5.86, CI_{95}: -10.12, -1.60 und -0.24, CI_{95}: -0.88, 0.40) und weisen zum Teil auf stabile Effekte in Follow-up-Untersuchungen von bis zu 24 Monaten hin. Die Ergebnisse des systematischen Reviews werden gemeinsam mit den methodischen Limitationen vorgestellt und Gründe für die hohe Varianz der Effekte und mögliche Implikationen für die klinische Anwendung diskutiert.

Psychodynamisch orientierte stationäre Psychotherapie schmerzdominanter multisomatoformer Störungen - Evaluation eines Behandlungskonzeptes

Hermes Sandra[1], Kopisch Sabine, Nelles Monika, Ball Sarah, Naundorf Katrin, Leweke Frank
[1]Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutschland

Hintergrund: Die Behandlung schmerzdominanter multisomatoformer Störungen stellt eine Herausforderung auf vielen Ebenen dar. Neben einer chronifizierten Symptomatik besteht meist ein somatisch geprägtes Krankheitskonzept, eine belastete Arzt-Patienten-Beziehung sowie teils ausgeprägte strukturelle Einschränkungen (mangelnder Zugang zu Emotionen, deren körperliche Entsprechung als Schmerz oder Körpersymptom erlebt wird), was eine Therapie erschwert. Vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitsmodells erscheinen multimodale Behandlungsansätze durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Disziplinen notwendig. In Anlehnung an bereits evaluierte und manualisierte, jedoch vorwiegend ambulante störungsorientierte Behandlungskonzepte (PISO: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie bei somatoformen Störungen, Psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie somatoformer Schmerzen, verhaltenstherapeutisch basierte multimodale Schmerztherapie) wurde in unserer Klinik eine psychodynamisch orientierte multimodale stationäre Psychotherapie für die Behandlung schmerzdominanter multisomatoformer Störungen entwickelt und seit 2010 durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung ist die Evaluation dieses Behandlungskonzeptes anhand der Basisdokumentation unserer Klinik.
Methode: Als Maße für den Therapieerfolg wurden Veränderungen in der körperbezogenen und psychischen Lebensqualität (SF-12; 12-Item Short-Form Health Survey) sowie im globalen Beschwerdeindex (GSI; Global Severity Index) der Symptomcheckliste-90 (SCL-90) herangezogen.
Ergebnisse: Sowohl die körperbezogene als auch die psychische Lebensqualität (SF-12) verbesserten sich im Rahmen der Behandlung deutlich (mittlere bis hohe Effektstärken). Ebenso konnte die allgemeine psychische Belastung (GSI) signifikant gelindert werden, was sich in einer mittleren Effektstärke widerspiegelt.
Diskussion: Die Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit der stationären psychodynamisch orientierten multimodalen Psychotherapie schmerzdominanter multisomatoformer Störungen. Über die Verbesserung der körperlichen Lebensqualität hinaus ermöglicht das stationäre, multimodale Setting auch eine Verbesserung der psychischen Lebensqualität sowie eine Linderung der allge-

meinen psychischen Belastung, was grundlegend Möglichkeiten zur Optimierung und Modifizierung bisheriger Behandlungsansätze dieser meist chronifizierten Patientengruppe eröffnet.

Arzt-Patienten Kommunikation in Aus- und Weiterbildung

Ein nationales, longitudinales Mustercurriculum Kommunikation für die Medizin - ein Zwischenstand

Jünger Jana[1,2], Schultz Jobst-Hendrik[1,2], Köllner Volker[3], Deinzer Renate[4], Fabry Götz[5], Sator Marlene[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin / Baden-Württemberg, Heidelberg, Deutschland, [3]Universität des Saarlandes, Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Medizinische Fakultät, Blieskastel, Deutschland, [4]Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Medizinische Psychologie, Gießen, Deutschland, [5]Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Freiburg, Deutschland

In unserer von Ökonomisierung und Technologisierung geprägten modernen Medizin gewinnt gleichzeitig eine am Patienten orientierte ärztliche Gesprächsführung zunehmend an Bedeutung: Durch die Änderung der Approbationsordnung ist sie ausdrücklich Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und der abschließenden Staatsprüfung geworden (BR-Drs. 238/12 vom 11.05.2012). In den Arbeitspaketen 7 und 14c des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin" (NKLM) wurden Lernziele für die Studentenausbildung im Bereich Kommunikation definiert.
Auf dieser Basis wird derzeit ein fakultätsspezifisch flexibel einsetzbares nationales Mustercurriculum Kommunikation entwickelt. Dieses soll es den Fakultäten erleichtern, die NKLM-Lernziele in ihre bestehenden Curricula zu integrieren und konkret in Lehre und Prüfungen umsetzen. Zudem werden Modelle für die hochschuldidaktische Qualifizierung der Lehrenden (Dozenten und Tutoren) entwickelt. In einem weiterführenden Projekt, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, wird das Mustercurriculum Kommunikation derzeit paradigmatisch für den Bereich der Onkologie ausgearbeitet.
Basis des Curriculums sind Best Practice-Beispiele aus allen Fakultäten, die sich bereits in Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen bewährt haben. Diese werden nach den NKLM-Lernzielen klassifiziert, um Lücken aufzudecken und gezielt füllen zu können. Schließlich werden die Materialien als Mustercurriculum allen TeilnehmerInnen zur Verfügung gestellt.
Das von Heidelberg aus koordinierte Projekt steht unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und wird neben der Redaktionsgruppe und der aus über 200 VertreterInnen aus 36 Fakultäten bestehenden Arbeitsgruppe von einem hochkarätig besetzten Beirat sowie einem gemeinsamen Ausschuss der VertreterInnen der Fachgesellschaften begleitet. Das Projekt wird mit Unterstützung des Max-Planck-Intituts für Bildungsforschung in Berlin wissenschaftlich evaluiert.
Bisher wurden 110 Best Practice-Beispiele aus 25 Fakultäten gesammelt. Damit sind aktuell 81% der NKLM-Teilkompetenzen abgedeckt. Die Detailauswertung zeigt, dass v.a. übergeordnete Teilkompetenzen (z.B. Beziehungsaufbau und -gestaltung) gut abgedeckt sind, während spezifische Bereiche (z.B. Umgang mit Ungewissheit) nur lückenhaft vertreten sind. Parallel zur Erfassung der Best Practice-Beispiele wurden erste Konzepte für die didaktische Qualifizierung der Lehrenden (TutorInnen und DozentInnen) erarbeitet.

Aktuelle Forschungsergebnisse zur Psychotherapie der Depression

Verändertes Selbstwerterleben sagt langfristiges Ergebnis multimodaler intensiver stationärer Psychotherapie bei depressiven Patienten voraus

Schauenburg Henning[1], Nikendei Christoph[1], Ehrenthal Johannes[1], Klipsch Ottilia[1], Dinger Ulrike[1]
[1]Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Beeinträchtigtes Selbstwerterleben ist ein zentrales Merkmal depressiver Erkrankungen. Die Vorhersage des Verlaufes nach Abschluss der Therapie durch die umschriebene Veränderung des Selbstwerterlebens innerhalb der Therapie wurde relativ selten untersucht.
Methodik: 44 Patienten wurden im Rahmen eines RCT zur tagesklinischen vs. vollstationären Behandlung von depressiven Patienten untersucht. Geprüft wurde die Veränderung des Selbstwerterlebens anhand der Rosenberg Self Esteem Skala. Geprüft wurde, ob hier gefundene Veränderungen durch die Therapie das Befinden nach 6 Monaten voraussagen.
Ergebnisse: Veränderungen des Selbstwerterlebens sagen, auch unter Kontrolle der während der Therapie erreichten Symptomveränderung, signifikant die Befindlichkeit in der 6-Monatskatamnese voraus.
Diskussion: Die bekannte Bedeutung des Selbstwerterlebens (oft auch untersucht als selbstkritischer Perfektionismus) wurde unterstrichen. Es sollte als Therapiefokus und Gradmesser erreichter Besserung besonders beachtet werden.

Depressive Stile und interpersonelle Probleme bei depressiven Patienten

Dinger Ulrike[1], Schauenburg Henning[1], Barber Jacques P.[2]
[1]Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Derner Institute for Advanced Psychological Studies, Garden City, NY, Vereinigte Staaten

Aus verschiedenen theoretischen Perspektiven wurden die grundlegenden Themen von Relatedness und Self-Definition als relevante Dimensionen der Persönlichkeit identifiziert. Die Theorie von Blatt (1973; 2004) beschreibt Abhängigkeit und Selbstkritik als klinische Ausprägung der beiden Dimensionen. Eine weitere einflussreiche Forschungstradition beschreibt interpersonelles Verhalten mit dem sogenannten Interpersonal Circumplex Modell der Persönlichkeit (IPC). Die eigene Tendenz, in Beziehungen zu reagieren wird anhand der Dimensionen Affiliation und Dominanz klassifiziert. Die vorliegende Studie will zunächst die beiden unterschiedlichen Forschungstraditionen verbinden und Zusammenhänge zwischen den inhaltlich verwandten Konzepten aufzeigen. In einem zweiten Schritt soll untersucht werden, welche Aspekte der interpersonellen Probleme sich im Laufe einer Depressionsbehandlung verändern. Dazu wird zunächst eine deutsche Stichprobe stationärer depressiver Patienten mit einer US amerikanischen Stichprobe ambulanter Patienten kombiniert (N=282). Beide Gruppen erhalten standardisierte Interviews und Fragebögen zu depressiven Stilen, interpersonellen Problemen und depressiven Symptomen. Die statistischen Analysen überprüfen die Zusammenhänge zwischen den genannten Konstrukten, sowie die Assoziation mit der Schwere der depressiven Symptomatik. Für den zweiten Teil der Fragestellung wird eine US amerikanische Stichprobe aus einer randomsisiert-kontrollierten Studie zur Behandlung der Depression herangezogen, die eine psychodynamische Psychotherapie mit einer medikamentösen Standardbehandlung sowie einer Placebobehandlung vergleicht (Barber et al., 2012). Die statistischen Analysen testen die Bedeutung der interpersonellen Variablen für den langfristigen Therapieerfolg.

Die depressiven Stile Abhängigkeit und Selbstkritik weisen die erwarteten Zusammenhänge mit dem interpersonellen Circumplex Modell auf. Abhängigkeit korreliert mit interpersonellen Problemen, die durch zu viel Affiliation und zu wenig Dominanz gekennzeichnet sind, während Selbstkritik lediglich negativ mit Affiliation, nicht aber mit Dominanz korreliert. Die interpersonellen Variablen korrelieren besonders hoch mit kognitiven Symptomen der Depression. Die Veränderung von Selbstkritik während der Therapie ist prädiktiv für das Ausmaß an interpersonellen Problemen nach Ende der Therapie. Die Ergebnisse bestätigen den interpersonellen Gehalt der Blatt'schen Depressionstypologie.

Neurophysiologische Veränderungen im Verlauf einer psychoanalytischen Therapie bei chronisch depressiven Patienten: Eine EEG-Studie

Buchheim Anna[1], Labek Karin[1], Taubner Svenja[2], Kessler Henrik[3], Kächele Horst[4], Cierpka Manfred[5], Roth Gerhard[6], Pogarell Oliver[7], Karch Susanne[7]

[1]Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, [2]Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt, Österreich, [3]Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland, [4]International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, Deutschland, [5]Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Heidelberg, Deutschland, [6]Universität Bremen, Institut für Hirnforschung, Bremen, Deutschland, [7]LMU München, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München, Deutschland

Untersuchungen zur neurophysiologischen Veränderungsprozessen in Bezug auf die Effekte psychoanalytischer Langzeittherapien wurden bisher nicht durchgeführt (Karch et al. 2012). In der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie wurden mittels fMRT mit einem Bindungsparadigma neuronale Veränderungen nach 15 Monaten Behandlung im Vergleich zu Gesunden vor allem in präfrontalen und limbischen Regionen gezeigt (Buchheim et al. 2012). In vorliegendem Teilprojekt untersuchten wir Aktivitätsveränderungen im Gehirn auf die Präsentation des personalisierten Bindungsparadigmas mit dem EEG. Es wurden n=20 nicht-medizierte chronisch-depressive Patienten am Anfang und nach 15 Monaten einer psychoanalytischer Therapie untersucht und mit n=20 gematchten gesunden Kontrollprobanden verglichen. Alle Teilnehmer wurden mit dem Adult Attachment Projective Picture System (AAP, George & West 2012) interviewt, aus dem drei zentrale Kernsätze mit bindungsbezogenen Inhalten gewonnen wurden. Die AAP-Bilder wurden zusammen mit neutralen und personalisierten Kernsätzen während der EEG-Ableitung (32 Kanäle) präsentiert. Es wurden evozierte Potentiale und Veränderungen in unterschiedlichen Frequenzbereichen erfasst, separat für die neutralen und personalisierten Inhalte. Vorläufige erste Ergebnisse zeigten zum 1. Messzeitpunkt eine stärkere Reaktion der Patienten bei der Präsentation der AAP-Bilder mit personalisierten im Vergleich zu neutralen Sätzen vor allem im Theta-, Beta und Gammafrequenzbereich in frontalen und parieto-okzipitalen Arealen. Sowohl bei Patienten als auch bei Kontrollpersonen konnte eine Reduktion der Aktivität nach 15 Monaten festgestellt werden. Die Abnahme der Aktivität war jedoch bei den Patienten stärker ausgeprägt als bei den Kontrollpersonen, vor allem bei personalisierten Bedingung. Die therapie-assoziierten Veränderungen in frontalen, parietalen und okzipitalen Bereichen lassen sich mit Aufmerksamkeitsprozessen (v.a. Alphafreqenzbandveränderungen) und höheren kognitiven Funktionen (v.a. Beta-, Gammafrequenzbandveränderungen) in Zusammenhang bringen.

Referenzen:

Buchheim A., et al. (2012). Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy. PloS ONE

George C., West, M. (1999.) The Adult Attachment Projective Picture System. New York: Guilford Press

Karch S., et al. (2012). Neurobiologische Grundlagen psychotherapeutischer Verfahren. Methodische Anforderungen und Ergebnisse bei psychiatrischen Störungsbildern. Psychotherapeut

Werte und Werthaltungen in Psychosomatik und Psychotherapie

Werte und Werthaltungen in der Psychosomatik und Psychotherapie

Remmel Andreas[1,2]
[1]*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich,* [2]*Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland*

Psychotherapie als „Veränderung des Erlebens und Verhaltens" ist keine bloße Technik instrumentellen Handelns, sondern bezieht auch ein implizites oder explizites Werte-System von Patienten und Therapeuten mit ein.
Welche Werte, Normen, Wertbindungen und Werthaltungen bringen TherapeutInnen in ihre Arbeit mit PatientInnen ein und woraus schöpfen sie diese?
Welche Werte, Ziele und Muster wurden PatientInnen in ihrer Lebensgeschichte vermittelt, welche Wertbindungen konnten sie auf Basis von Bindungserfahrungen oder Bindungsstörungen selbst aufbauen und wie bringen sie diese in die Therapie ein?
Welche Verkörperungen erfahren biographische, gesellschaftliche und transgenerationale Werte, Normen und Werthaltungen in der konkreten bio-psycho-sozialen Lebens- und Krankheitsgeschichte von Menschen?
Welche Werte, Normen, Wertbindungen und Werthaltungen können in einer therapeutischen Beziehung vorgelebt, erfahrbar gemacht werden und weiter wirken?
Das Symposium möchte dazu anregen, sich stärker mit diesen Fragen in der Psychosomatik, Psychopathologie und Psychotherapie zu befassen. Deren Bedeutung wird systematisch und anhand konkreter Beispiele und Fallvignetten, etwa in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit somatoformen Störungen, komplexen posttraumatischen Belastungs-störungen, suizidalen Patienten und Patienten mit emotional-instabilen Persönlich-keitsstörungen, veranschaulicht und diskutiert.

Achtsamkeit, Liebe und Mitgefühl als Grundhaltungen und Wirkfaktoren therapeutischen Handelns

Remmel Andreas[1,2], Remmel-Richarz Britta[1]
[1]*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich,* [2]*Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland*

Persönlichkeits-, Haltungs- und Verhaltensmerkmale von Therapeuten und Patienten, sowie eine gemeinsame Sprache und Kultur (sog. *„unspezifische Wirkfaktoren"*), gelten trotz vieler ausdifferenzierter therapeutischer Techniken auch weiterhin als Schlüssel zum Therapie-erfolg. Dabei stellt sich die Frage, welche und auf welche Weise diese Merkmale bedeutsam sind und wie eine förderliche *therapeutische Kultur und mitmenschlische Beziehung* entwickelt werden kann.
Unter Bezugnahme auf bindungstheoretische Annahmen, achtsamkeits- und akzeptanz-basierte Ansätze, phänomenologische, lebens- und existenzphilosophische Grundlagen, vertreten wir die These, dass Achtsamkeit, Liebe, Feinfühligkeit, Wertschätzung, Mitgefühl und die Förderung von Einsicht und Reflexivität, zentrale Schlüsselkompetenzen in einem gelingenden therapeutischen Prozess sind.
Wir erläutern Hintergründe und empirische Evidenzen für diese These, geben Beispiele aus der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Borderline-Störungen, Essstörungen und schweren posttraumatischen Belastungsstörungen und zeigen Möglichkeiten auf, wie diese Schlüsselkompetenzen in der therapeutischen Ausbildung vermittelt und in der praktisch-therapeutischen Arbeit gelebt werden können.

Von Papa die Haare, von Mama die Nase - und von wem die Werthaltungen? Transgenerationale Aspekte in der psychotherapeutischen Arbeit mit Werten

Fellinger Brigitte[1]
[1]*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich*

Werte sind „sinnvolle Möglichkeiten". Sie liegen tief verankert in unseren Einstellungen und Überzeugungen, beeinflussen unsere Lebensziele und bestimmen unser tägliches Handeln. Werte unterliegen einem Wandel, wie Werte-Indices und empirische Studien belegen.
Nach Viktor E. Frankl können Werte nicht gelehrt, sondern nur *vorgelebt* werden.
Es stellt sich daher die Frage, von wem und wie wir Werthaltungen übernehmen, sie in unser Leben integrieren und ob und wie sie unser Handeln, auch unser therapeutisches Handeln, beeinflussen.
Können Wertekollisionen und -konflikte uns körperlich und seelisch krank machen?
Gibt es vielleicht wesentlich öfter als angenommen eine - wie sie Horst-Eberhard Richter nannte - *„Krankheit der Friedlosigkeit"*, als Ausdruck eines Mangels an Sicherheit und Wertgebung?
Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für eine psychotherapeutische Arbeit mit Werten? Welche „Nebenwirkungen" hat diese für die Patienten?
Neben der konzeptionellen Auseinandersetzung mit diesem Thema geben Fallvignetten aus der stationären psychotherapeutischen Arbeit einen anschaulichen Einblick in die transgenerationale Arbeit mit Werten.

Werte verkörpern und fühlbar machen: Embodiment und Emotionalisierung persönlicher Werte in der Psychotherapie

Hauke Gernot[1]
[1]*Centrum für Integrative Psychotherapie, München, Deutschland*

Wenn es Therapeuten gelingt, das abstrakte Konzept der Werte für Patienten erlebbar und spürbar zu machen, dann verfügen beide über ein machtvolles Instrument ressourcen-orientierter Arbeit. Im Chaos schwieriger Gefühle und Phasen partieller Destabilisierung ist es für Patienten wichtig, den roten Faden nicht zu verlieren und klar zu wissen, warum sie sich auf anstrengende Wandlungsprozesse einlassen. Die innere Antwort auf dieses „Warum" sollte in einer affektiv positiven und vitalisierenden Antwort bestehen. Dabei helfen starke persönliche Werte: wie Fixsterne vermitteln sie Aufbruchstimmung und Orientierung.
In diesem Vortrag werden zunächst allgemeinpsychologische, sozialpsychologische und neurokognitive Befunde zur Einordnung und zum Verständnis eines erlebnisorientierten Wertekonzepts dargestellt. Anschließend wird gezeigt, wie mit Hilfe neuartiger Embodiment-Techniken die *Werte „in den Körper" kommen*, um dann motivational ihre Kraft zu entfalten. Damit bekommen Werte buchstäblich den Status von *Haltungs*zielen, die den üblichen Zielen in der Therapie, den *Handlungs*zielen, nicht nur Energie, sondern auch Sinn verleihen. Dann können Werte auch dabei helfen, stimmige Handlungsweisen auf dem Weg zum Ziel zu ermitteln. Spezifische Embodimenttechniken, die sich der Atmung und des Körperausdrucks bedienen, unterstützen eine emotional getönte Zielannäherung.
Lernen Sie eine Arbeitsweise kennen, die nicht nur Patienten sondern auch ihre Therapeutinnen und Therapeuten vitalisiert.

Neue Befunde zum EMDR – Wirkmechanismen und Erweiterung der Indikationsstellung

Wirkfaktoren der EMDR-Behandlung: Sind Augenbewegungen wirklich erforderlich?

Sack Martin[1], Zehl Stefanie[1], Otti Alexander[1], Lahmann Claas[1], Stingl Markus[2]
[1]*Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland,* [2]*Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland*

Ob Augenbewegungen oder andere Formen bilateraler Stimulation ein wirksames Therapieelement der Behandlung mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind, wird gegenwärtig - nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Qualität der bisher durchgeführten Studien - kontrovers diskutiert.
Im Rahmen einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie wurden an den Kliniken für Psychosomatische Medizin der TU-München und der Universität Gießen insgesamt 150 Patienten mit PTBS behandelt und dabei randomisiert drei Behandlungsbedingungen zugeteilt: EMDR mit Augenbewegungen (standard), EMDR mit Blick auf die unbewegte Hand (fixiert) und EMDR ohne externe Aufmerksamkeitsfokussierung (ohne Fokus). Je nach individuellem Bedarf erhielten die Patienten bis zu 8 EMDR-Sitzungen in der jeweiligen Behandlungskondition. Die Adhärenz an das Therapiemanual wurde durch Videorating erfasst. Das Vorliegen einer PTBS und die Symptombelastung vor und nach Behandlung wurden durch Interviewdiagnostik mit der Clinician Administered PTSD-Scale (CAPS) durch einen nicht an der Behandlung beteiligten Rater bestimmt. Zusätzlich wurden physiologische Stressreaktionen (Herzfrequenz, Herzratenvariabilität, Pre-Ejection Period) mitels Impedanzkardiographie während Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung vor und nach Behandlung erhoben.
Da die Datenerhebung erst mit Ende des Jahrs 2013 abgeschlossen wird, lagen zum Einreichungszeitpunkt des Abstracts noch keine Ergebnisse vor. Es handelt sich um die international bisher größte und methodisch aufwendigste Behandlungsstudie zum EMDR.
Die Auswertung der Ergebnisse wird zeigen, ob dem Wirkfaktor Augenbewegungen ein Vorteil gegenüber der der Wirksamkeit eines dualen Aufmerksamkeitsfokus (Bedingung fixiert) zukommt. Inwiefern bilaterale Stimulation bzw. Fokussierung auf die unbewegte Hand überhaupt einen Vorteil hat, wird der Vergleich mit Behandlungen ohne externe Aufmerksamkeitsfokussierung (ohne Fokus) zeigen. Wir erwarten, dass unsere Studienergebnisse über eine Klärung spezifischer Wirkmechanismen der EMDR-Behandlung hinaus, auch einen Beitrag zum allgemeinen Verständnis der Wirksamkeit der Anwendung konfrontativer Traumatherapie leisten werden.

Wirkfaktoren der EMDR-Behandlung: Stimulationsart, EEG und periphere Physiologie

Schäflein Eva[1], Heger Sinja[1], Sack Martin[1]
[1]*Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland*

Bilaterale Stimulation mit Augenbewegungen führt zu einem charakteristischen physiologischen Reaktionsmuster sowie zu einer Zunahme der frontalen EEG-Aktivität im Sinne einer Orientierungsreaktion. Im Kontext der EMDR-Wirkfaktorenstudie interessierte uns die Frage, ob ähnliche Reaktionen auch bei Blick auf die unbewegte Hand bzw. ohne externe Aufmerksamkeitsfokussierung zu beobachten sind.
21 Patienten mit mittels SKID-PTBS gesicherter Diagnose PTBS nahmen an einem ca. 40-minütigen Experiment teil, bei dem sie sich jeweils dreimal für einen Zeitraum von einer Minute eine mittelgradig belastende Situation und dreimal eine neutrale Situ-

ation vorstellen sollten, jeweils einmal unter Stimulation von Augenbewegungen, einmal mit Blick auf die unbewegte Hand und einmal ohne externen Aufmerksamkeitsfokus. Vor und nach jeder Intervention wurde eine Ruhemessung von jeweils einer Minute durchgeführt und zwischen den einzelnen Messblöcken jeweils dreiminütige Pausen eingehalten.
Während der gesamten Untersuchung wurden Herz- und Atemfrequenz sowie Parameter des Sympathiko- und Parasympathikotonus (pre-ejection period, Herzratenvariabilität) mittels Elektro- und Impedanzkardiographie aufgezeichnet und die frontale EEG-Aktivität mit Vigilanz- und Kohärenzveränderungen mit Hilfe eines BIS-Monitors (bispectral index) bestimmt. Um Reihenfolgeneffekte zu vermeiden, wurden die Patienten drei verschiedenen Behandlungskonditionen zugeteilt, bei welchen jeweils die Reihenfolge der drei Stimulationsbedingungen vertauscht war. Vor und nach jeder der einminütigen Interventionen wurde die subjektive Belastung (SUD = subjective units of discomfort) erfragt.
Zum Einreichungszeitpunkt befand sich die Datenerhebung kurz vor dem Abschluss.
Die Ergebnisse der Studie werden klären, ob Orientierungsreaktionen spezifisch mit der Anwendung von Augenbewegungen assoziiert sind oder auch bei Blick auf die unbewegte Hand bzw. ohne externe Aufmerksamkeitsfokussierung zu beobachten sind. Die Befunde ermöglichen eine differenziertere Einschätzung des Stellenwerts von Orientierungsreaktionen als potentieller Wirkfaktor der EMDR-Behandlung und werden in Bezug zu den Ergebnissen der EMDR-Behandlungsstudie diskutiert.

Outcome-Prädiktoren der EMDR-Behandlung: Wer profitiert?

Stingl Markus[1], Zehl Stefanie[2], Otti Alexander[2], Kruse Johannes[1], Sack Martin[2]
[1]Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland, [2]TU München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

Während die Wirksamkeit der Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-Behandlung bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) nachgewiesen ist, sind die differenziellen Therapieeffekte von EMDR bei diesen Störungen bislang wenig untersucht. Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche spezifischen Faktoren mit dem Erfolg/Misserfolg einer EMDR-Intervention verknüpft sind.
Hierfür nahmen 150 Patienten mit PTBS an einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Behandlungsstudie an den Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München und Universität Gießen teil. Die Patienten erhielten jeweils eine manualisierte EMDR-Behandlung nach Standardprotokoll, bei denen die begleitende Stimulationsart (mit/ohne Augenbewegungen, fixierte Blickrichtung) randomisiert zugewiesen wurde.
Neben Erfassung der soziodemographischen Variablen, Traumaart und Komorbiditäten wurde die posttraumatische Symptombelastung mittels IES, Clinician Administered PTSD-Scale (CAPS)- und SKID-Interview vor und nach der Behandlung bestimmt und von unabhängigen Ratern überprüft.
Zusätzlich wurden die Patienten über das Ausmaß weiterer psychischer Belastungen (SCL-90, BSI), dissoziativem Erleben (FDS), sowie mögliche Einschränkungen ihrer emotionalen Regulationsfähigkeit (TAS-20, HSRI) befragt.
Ziel ist es, über den Zusammenhang des Therapieoutcomes mit den o.g. Variablen das Verständnis über die differenzielle Wirksamkeit der EMDR-Methode weiter zu vertiefen und zur Weiterentwicklung individualisierter traumatherapeutischer Interventionen beizutragen.
Da die Datenerhebung erst mit Ende des Jahrs 2013 abgeschlossen sein wird, lagen zum Einreichungszeitpunkt des Abstracts noch keine Ergebnisse vor.

Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Zahnbehandlungsphobie: Eine randomisiert-kontrollierte Studie

Stephan Doering[1], Ohlmeier Marie-Christin[2], De Jongh Ad[3,4], Hofmann Arne[5], Bisping Vanessa[6]
[1]Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Wien, Österreich, [2]Klinik für Parodontologie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland, [3]Department of Social Dentistry and Behavioral Sciences, ACTA, University of Amsterdam, Amsterdam, Niederlande, [4]Salford University, School of Health Sciences, Manchester, Manchester, Vereinigtes Königreich, [5]EMDR Institut Deutschland, Bergisch Gladbach, Deutschland, [6]Psychotherapeutische Praxis, Hamm, Deutschland

Hintergrund: In der Literatur wurde die Annahme geäußert, dass eine traumaspezifische Therapie, die auf belastende Erinnerungen an frühere Zahnbehandlungen fokussiert, bei Patienten mit Zahnbehandlungsphobie wirksam sein könnte.
Methode: 31 unmedizierte Patienten, die die DSM-IV-TR Kriterien für die Zahnbehandlungsphobie erfüllen, wurden randomisiert einer Interventionsgruppe, die drei Sitzungen EMDR erhielt, und einer Wartelisten-Kontrollgruppe zugeteilt. Zahnbehandlungsangst wurde mit dem Dental Anxiety Questionnaire (DAS), dem Dental Fear Survey (DFS) und einem klinischen Verhaltenstest eingeschätzt. Traumafolgesymptome wurden mit der Impact of Event Scale (IES-R) untersucht. Darüber hinaus wurde im 1-Jahres Follow-up erfasst, ob sich die Patienten in regelmäßiger Zahnbehandlung befanden.
Ergebnis: EMDR ging mit einer signifikanten Reduktion der Zahnbehandlungsangst, des Vermeidungsverhaltens und der Traumafolgesymptome einher. Die Effektstärken für die primären Qutcome-Variablen betrugen d=2.52 (DAS) und d=1.87 (DFS). Diese Effekte waren auch nach 3 (d=3.28 & 2.28) und 12 (d=3.75 &

1.79) Monaten nachweisbar. Ein Jahr nach der Behandlung waren 83.3% der Patienten in regelmäßiger zahnärztlicher Behandlung (d=3.20).
Schlussfolgerung: Diese Ergebnisse legen nahe, dass EMDR eine geeignete Behandlung für Patienten mit Zahnbehandlungsphobie darstellt.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen? - Fallberichte und Ergebnisse einer Pilotstudie

Janke Susanne[1], Gerhardt Andreas[1], Tesarz Jonas[1], Leisner Sabine[1], Seidler Günter H[1], Eich Wolfgang[1]
[1]Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Nahezu jeder Deutsche hat in seinem Leben einmal Rückenschmerzen. Mit einer Prävalenz von ca. 20 % zählt der chronische nicht-spezifische Rückenschmerz in Deutschland zu den häufigsten chronischen Schmerzsyndromen und ist von großer sozioökonomischer Relevanz. Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Komorbidität wie Depression, Angst oder Traumafolgestörungen stellen wichtige Chronifizierungsfaktoren dar. Daher sind psychotherapeutische Interventionen ein wichtiger Bestandteil moderner Behandlungskonzepte für chronische Schmerzpatienten. Jedoch zeigen bisherige Studien lediglich leichte bis moderate Behandlungseffekte.
Ein innovativer psychotherapeutischer Ansatz in der Schmerztherapie ist das von Shapiro ursprünglich für Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung entwickelte Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Erste Berichte zur Behandlung von Phantomschmerzen, Migräne und Fibromyalgiesyndrom zeigen zum Teil hohe bis sehr hohe Effektstärken. Im Rahmen des Forschungsverbundes LOGIN haben wir ein für Rückenschmerzpatienten adaptiertes EMDR - Behandlungsmanual entwickelt, das auf dem Standardprotokoll von Shapiro basiert. Mit einer standardisierten, schmerzspezifischen und 10 Sitzungen umfassenden EMDR-Therapie haben wir in einer Pilotstudie Patienten mit chronischen Rückenschmerzen unterschiedlicher Schmerzausbreitung und psychischer Komorbidität behandelt.
Es zeigen sich Subgruppen von Schmerzpatienten, die in unterschiedlichem Maß hinsichtlich Schmerzerleben, Schmerzintensität und Beeinträchtigung von dieser Therapie profitieren. Insbesondere die Schmerzausbreitung und die Komplexität psychologischer Traumatisierung scheinen wichtige Einflussgrößen der Behandlungserfolge zu sein. An verschiedenen Fallberichten sollen die EMDR-Therapie bei Rückenschmerzpatienten vorgestellt und die Behandlungsergebnisse sowie klinischen Implikationen diskutiert werden.

Psychometrie und Psychodiagnostik – neue Instrumente und Erhebungsmethoden in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Evaluation der Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) in einer bevölkerungsrepräsentativen und einer klinischen Stichprobe

Ehrenthal Johannes C.[1], Gierk Benjamin[2], Nikendei Christoph[1], Dinger Ulrike[1], Brähler Elmar[3], Cierpka Manfred[4], Schauenburg Henning[1]
[1]Universität Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, [3]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [4]Universität Heidelberg, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Heidelberg, Deutschland

Das dimensionale Erfassen von Persönlichkeitsfunktion und strukturellen Defiziten der Persönlichkeit hat eine hohe klinische Relevanz, auch vor dem Hintergrund der Diskussion um die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in DSM-5 und ICD-11. Ein erprobter und in der Praxis erfolgreich angewandter Ansatz findet sich in der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Die OPD bietet sowohl ein Fremdrating für strukturelle Defizite, als auch seit einiger Zeit einen ergänzenden Fragebogen, den OPD-SF. Da der OPD-SF mit 95 Items für den Einsatz als Screeninginstrument oder in epidemiologischen Studien zu lang erschien, wurde eine 12-Item Version, der OPD-SFK, entwickelt.
Zur Überprüfung der Faktorstruktur, der psychometrischen Kennwerte und zur Erhebung von Normwerten wurde der OPD-SFK in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe eingesetzt. Ebenso wurde eine große Stichprobe von Patientinnen und Patienten in einer psychosomatischen Ambulanz erhoben. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die angenommene Struktur von drei miteinander korrelierten Faktoren mit sehr guten Fit-Indices. In der klinischen Stichprobe zeigten sich Zusammenhänge mit symptomatischer Belastung, aversiven Kindheitserfahrungen und Bindungsstil.
Die bestätigte Faktorstruktur passt gut zur aktuellen Diskussionen um Grunddimensionen von Persönlichkeitsstörungen. Die Zusammenhänge mit Außenkriterien sind theoriekonform in Bezug auf Annahmen zu Entstehung und Auswirkungen von mentalen Repräsentationen aversiver Kindheitserfahrungen. Insgesamt ist der OPD-SFK ein reliables und valides instrument zum Erfassen struktureller Defizite in der Selbsteinschätzung.

„Somatic Symptom Disorder (SSD)" nach DSM-5: Ein Fragebogen zur Patienten-Selbsteinschätzung

Toussaint Anne[1,2], Murray Alexandra Mary[1,2], Voigt Katharina[1,2], Herzog Annabel[1,2], Löwe Bernd[1,2]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, [2]Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

Am 18. Mai 2013 veröffentlichte die American Psychiatric Association die neueste Version des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Wesentliche Neuerungen wurden für die Kategorie der Somatoformen Störungen vorgenommen, die im DSM-5 als Somatic Symptom and Related Disorders aufgeführt werden. Um Reliabilität und klinische Nützlichkeit der SSD-Diagnose zu verbessern, wurden erstmals relevante psychologische Störungscharakteristika als Diagnosekriterien berücksichtigt. Auf das umstrittene Kriterium der fehlenden organischen Erklärbarkeit wird künftig verzichtet. Laut DSM -5 liegt eine SSD vor, wenn eines oder mehrere belastende somatische Symptome über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten vorhanden sind, und wenn (1) unverhältnismäßige und beständige Gedanken über die Ernsthaftigkeit der eigenen Symptome sowie (2) ein beständig hohes Ausmaß an Angst bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome bestehen und (3) den Symptomen oder gesundheitlichen Sorgen übermäßig viel Zeit und Energie gewidmet wird. Während zur validen Erfassung der Körpersymptome der Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) oder die Somatic Symptom Severity Scale (SSS-8) empfohlen werden, fehlt bislang ein praktikables Selbstbeurteilungsinstrument zur Erhebung der psychologischen Charakteristika. In einer Pilotstudie wurde ein Fragebogen zur Patienten-Selbsteinschätzung bezüglich der genannten drei Dimensionen entworfen. Unter Einbezug von Experten- und Patientenfokusgruppen entstand eine vorläufige Fragebogenversion, die an einer Stichprobe von n = 156 Patienten der psychosomatischen Poliklinik hinsichtlich Grundstruktur und Messeigenschaften überprüft wurde. Für eine hochreliable 12-Item Version (Chronbach's α = 0.95) konnte mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse eine gute Modellpassung der 3-Faktoren-Lösung gefunden werden. Erste korrelative Berechnungen zur konvergenten und diskriminanten Validität mit Instrumenten wie PHQ-15, PHQ-9, GAD-7, WI-7 und SF-12 zeigten vielversprechende Ergebnisse.
Um eine gezielte und frühe Diagnose der Somatic Symptom Disorder sowie zukünftig auch eine Schweregradbestimmung unter Berufung auf Cut-off-Werte zu ermöglichen, wird der Fragebogen aktuell weiterentwickelt. Die Validität und der Anwendungsbereich des Instrumentes werden unter Verwendung der vorliegenden Ergebnisse diskutiert.

Erfassung somatischer Symptombelastung mit der 8-Item Somatic Symptom Scale (SSS-8)

Gierk Benjamin[1], Kohlmann Sebastian[1], Wahl Inka[1], Kroenke Kurt[2], Spangenberg Lena[3], Zenger Markus[3], Brähler Elmar[3], Löwe Bernd[1]

[1]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, [2]Indiana University School of Medicine, VA HSR&D Center for Health Information and Communication and Regenstrief Institute, Inc., Indianapolis, Vereinigte Staaten, [3]Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Anders als bei Depressivität (z.B. PHQ-2) und Ängstlichkeit (z.B. GAD-2) liegen bis jetzt keine validen und reliablen Kurzfragebogen zur Erfassung subjektiver somatischer Symptombelastung vor.
Zielsetzung: Entwicklung, Normierung und Validierung eines Kurzfragebogens zur Erfassung subjektiver somatischer Symptombelastung.
Methode: Items des psychometrisch gut evaluierten Fragebogens PHQ-15 wurden reduziert und zusammenfasst. Die daraus resultierende 8-Item Somatic Sympom Scale (SSS-8) wurde im Rahmen einer repräsentativen Allgemeinbevölkerungserhebung in Deutschland mit N = 2510 Teilnehmenden psychometrisch untersucht (Item- und Skalenstatistiken, interne Konsistenz, Trennschärfe, Faktorstruktur, faktorielle Invarianz für Alter und Geschlecht). Zusammenhänge mit Depressivität, Ängstlichkeit, Gesamtwohlbefinden und 12-Monats-Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote wurden korrelativ bestimmt. Alters- und geschlechtsspezifische Normwerte wurden als Prozentränge berechnet. Cut-off-Werte wurden in Korrespondenz mit den Prozenträngen bestimmt.
Ergebnis: Die Beantwortungszeit des SSS-8 betrug etwa eine Minute. Die interne Konsistenz ist zufriedenstellend (Cronbachs α = 0,81) und alle Trennschärfeparamater übersteigen 0,40. Frauen wiesen höhere Belastungswerte auf als Männer (Cohens *d* = 0,14). Das Alter der Teilnehmenden war mit dem Belastungswert positiv korreliert (*r* = 0,32 [95% CI = 0,28 - 0,35]). Die Faktorstruktur wies die Facetten gastrointestinale -, kardiopulmonale -, Schmerz- und Fatigue-Symptome eines übergeordneten Faktors auf und war invariant für die Variablen Alter und Geschlecht. Somatische Belastungswerte korrelierten mit Depressivität (*r* = 0,57 [95% CI = 0,54 - 0,60]), Ängstlichkeit (*r* = 0,55 [95% CI = 0,52 - 0,58), Gesamtwohlbefinden (*r* = -0.24 [95% CI = -0,28 - - 0,20]) und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote (irr = 1,12 [95% CI = 1,10 - 1,14]). Belastungswerte von 0-3, 4-7, 8-11, 12-15 und 16-32 Punkten weisen auf minimale, leichte, mittlere, hohe und sehr hohe somatische Symptombelastung hin.
Zusammenfassung: Mit der SSS-8 liegt ein frei verfügbarer, valider und reliabler Kurzfragebogen zur Erfassung subjektiver somatischer Symptombelastung vor. Der SSS-8 ist besonders relevant für diejenigen Bereiche der Versorgung und Forschung, in denen der Einsatz längerer Instrumente (z.B. PHQ-15) eine Hürde darstellt.

Erfassung von Körperbeschwerden mit einer neuen Kurzform des Gießener Beschwerdebogens, dem GBB-8

Hinz Andreas[1], Zenger Markus[1], Brähler Elmar[1]
[1]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Zielstellung: Körperbeschwerden lassen sich mit dem GBB-24 erfassen. Aus diesem Fragebogen wurde eine weitere Kurzform mit acht Items entwickelt.
Methode: Anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe wurden psychometrische Kennwerte der Kurzform geprüft.
Ergebnisse: Der GBB-8 umfasst die gleichen Skalen wie der GBB-24 (Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden), wobei jede der Skalen zwei Items enthält. Außerdem kann ein Gesamtwert (Beschwerdedruck) als Summenwert über die acht Items gebildet werden. Maßgebend für die Auswahl der Items waren Reliabilität, Itemschwierigkeit und Stellung in der faktoriellen Struktur. Cronbachs Alpha beträgt für die Gesamtskala 0.86, die part-whole-korrigierten Trennschärfen der Items liegen zwischen 0.48 und 0.68. Korreliert man die Skalenwerte des GBB-8 mit denen des GBB-24, so liegen die Korrelationen der vier Subskalen zwischen 0.86 und 0.93; bei der Gesamtskala beträgt die entsprechende Korrelation 0.95. Es werden alters- und geschlechtsbezogene Normwerte präsentiert.
Schlussfolgerungen: Mit dem GBB-8 liegt ein sehr ökonomisches Verfahren zur Erfassung von Körperbeschwerden vor. Je nach gewünschter Präzision und zumutbarem Aufwand kann man nun zwischen dem GBB-24 und dem neuen GBB-8 wählen.

Maximale Information bei minimalem Aufwand: Computeradaptive Depressionsdiagnostik mit dem Adaptiven Depressionsscreening

Forkmann Thomas[1], Böcker Maren[1], Wirtz Markus[2], Kröhne Ulf[3], Baumeister Harald[4], Norra Christine[5], Gauggel Siegfried[1]
[1]Uniklinik der RWTH Aachen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Aachen, Deutschland, [2]Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung für Forschungsmethoden, Freiburg, Deutschland, [3]Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF), Frankfurt, Deutschland, [4]Institut für Psychologie, Universität Freiburg, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, [5]Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, Bochum, Deutschland

Fragestellung: Die Item Response Theorie (IRT) erfährt in der psychologischen Diagnostik eine zunehmende Verbreitung. Die Möglichkeit, IRT-basierte Instrumente in Computeradaptiven Tests (CAT) umzusetzen stellt auch für die klinische Psychologie eine ihrer attraktivsten Eigenschaften dar. Zentrale Vorteile von CATs sind Reduktion der Testlänge bei gleichzeitig hoher Messpräzision, sowie Stichprobenunabhängigkeit der Messungen. Dieser Beitrag stellt die Entwicklung und Validierung des adaptiven Depressionsscreenings (A-DESC) anhand verschiedener Stichproben sowie die empirische Prüfung von Ökonomie und Kriteriumsvalidität des Instruments an verschiedenen Stichproben dar.
Methoden: Die Entwicklung des A-DESC umfasste drei Schritte: 1. Entwicklung einer rasch-homogenen Itembank anhand von 367 stationären Patienten (161 depressive, 103 kardiologische, 103 HNO-Patienten); 2. Kreuzvalidierung der Itemkalibrierungen an 117 kardiologischen Rehabilitanden; 3. Umsetzung des adaptiven Algorithmus für die computerisierte Diagnostik mittels der Software PolyCATApp. Es wurden der globale Modelfit, Itemfit, Eindimensionalität, lokale stochastische Unabhängigkeit und Messmodellinvarianz (Alter, Geschlecht) mittels Differential Itemfunctioning (DIF) untersucht. In dieser Studie wurden zudem Ökonomie sowie Sensitivität und Spezifität (ROC-Analysen mit Interviewbasierter Diagnose als Außenkriterium) des A-DESC anhand von realen und simulierten Daten untersucht.
Ergebnisse: Die Itembank umfasst 36 Items, die Depressivität eindimensional und reliabel (0.96) messen. der globale Modeltest war erwartungskonform nicht signifikant (Chi-Quadrat 371.3, p=0.22). Lokale stochastische Unabhängigkeit konnte bestätigt werden; es fand sich kein DIF.
CAT-Simulationen zeigten, dass M=13 Items verwendet wurden, um im Bereich ±2 Logits Depressivität präzise zu messen wenn der Algorithmus bei einem Messfehler von SE≤0.32 abgebrochen wurde, und 4 Items wenn er bei SE≤0.50 abgebrochen wurde. Die Kriteriumsvalidität war gut (Area under the curve = 0.78).
Schlussfolgerungen: Aufbauend auf den vielversprechenden Ergebnissen der Entwicklung des A-DESC zeigt diese Studie die Ökonomie und Kriteriumsvalidität des Instruments, die dafür sprechen, dass es das bisher verfügbare Instrumentarium zur Messung von Depressivität sinnvoll ergänzt.

Screening nach depressiven und Angststörungen unter Patienten mit Herzinsuffizienz

Fischer Felix[1], Klug Cassandra[2], Roeper Koosje[2], Blozik Eva[3], Edelmann Frank[2], Eisele Marion[3], Störk Stefan[4], Wachter Rolf[2], Scherer Martin[3], Rose Matthias[5], Herrmann-Lingen Christoph[2]
[1]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, [4]Universitätsklinik Würzburg, Würzburg, Deutschland, [5]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Patienten mit Herzinsuffizienz haben ein erhöhtes Risiko, an Depressionen oder Angststörungen zu leiden. Psychometrische Instrumente werden daher in dieser Gruppe häufig zum Screening dieser Störungen eingesetzt.

Bei insgesamt 194 Patienten mit Herzinsuffizienz wurden 6 Fragebögen erhoben, die zum Screening von Depression (PHQ-9, HADS, PROMIS-Depression Short Form) und Angst (GAD, HADS, PROMIS-Anxiety Short Form) eingesetzt werden. Zur Bewertung der Güte wurde als Gold-Standard ein strukturiertes klinisches Interview (SKID) durchgeführt. Wir vergleichen die diagnostische Güte dieser Instrumente im Hinblick auf die Anwendung moderner psychometrischer Verfahren wie probabilistischer Testmodelle und Computer-adaptiver Tests, die sich auf die Erhebung von Items mit maximalem Informationsgewinn beschränken.
Beim Screening für depressive Erkrankungen zeigten die eingesetzten Instrumente eine höhere Treffsicherheit (80 bis 92% der Probanden korrekt identifiziert) als das Screening für Angsterkrankungen (62 bis 84% korrekt identifiziert), mit geringen Unterschieden zwischen den verschiedenen eingesetzten Instrumenten. Bei der Verwendung von Schätzungen latenter Variablen im Vergleich mit klassischen Summenscores zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der Fläche unter der ROC-Kurve. Ex-post simulierte Computer-adaptive Tests erreichten bei halber Itemanzahl die gleiche diagnostische Treffsicherheit wie die etablierten Fragebögen.
Insgesamt erreichten alle verwendeten Instrumente und Methoden ähnliche diagnostische Treffsicherheit. Der Einsatz von Computer-adaptiven Tests könnte in der Zukunft die Belastung der Patienten durch maßgeschneiderte Itempräsentation noch stärker verringern und damit die Akzeptanz psychometrischer Routinediagnostik erhöhen.

Akzeptanz und psychometrische Eigenschaften Tablet-basierter Depressionsdiagnostik im Vergleich zu Paper-Pencil-Erhebungen bei älteren Hausarztpatienten

Spangenberg Lena[1], Glaesmer Heide[1], Forkmann Thomas[2]
[1]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Uniklinik Aachen, Institut für Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Aachen, Deutschland

Hintergrund: Reliable, valide und ökonomische Depressionsdiagnostik bei Älteren ist für die klinische Praxis und Forschungsfragen relevant. Computerisierte Erhebungsstrategien z.B. mittels Tablets bieten praktische und bei adaptivem Testen auch messtheoretische Vorteile, sind aber noch wenig verbreitet. Unklar ist bislang, inwieweit die psychometrischen Eigenschaften von Fragebögen vom Präsentationsmodus abhängen (Paper-Pencil vs. Tablet) und wie akzeptiert Tablet-basierte Depressionsdiagnostik bei Älteren ist.
Methode: Hausarztpatienten (≥59 Jahre, keine bekannte kognitive Beeinträchtigung) beantworteten Items aus der Aachener Depressionsitembank (ADIB; Basis für das Rasch-basierte adaptive Depressionsscreening A-DESC) und das Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) auf einem Papierfragebogen (PP) und einem Tablet (T). Zusätzlich beantworteten sie Items zu Akzeptanz und Merkmalen der beiden Erhebungsmodi. Die Rekrutierung läuft noch bis Oktober 2013 (aktuell N=184). Bislang wurde analysiert, 1) ob der Erhebungsmodus die Messergebnisse im PHQ-9 beeinflusst und 2) wie die Tabletdiagnostik bewertet wird.
Ergebnisse: Die Patienten sind im Mittel 72,5 Jahre alt (≥59 bis 90 Jahre) und zu 57,9% weiblich. Vorläufige Analysen zeigen im Vergleich von PP und T eine Korrelation der PHQ-9 Scores von .79. Die Korrelationen auf Itemebene liegen zwischen .43 und .81. Während der PHQ-9-PP bei einem Cut-Off von ≥10 bei 8% der Befragten auf das Vorliegen einer depressiven Störung hinweist, sind dies für PHQ-9-T 5,3%. Vergleicht man die Screeningergebnisse, konvergieren die Ergebnisse bei 94,6% der Befragten. Bei 5,8% der Patienten weichen die Screeningergebnisse voneinander ab. Nach Abschluss der Datenerhebung werden Moduseffekte unter Kontrolle von Reihenfolgeeffekten mittels Mixed-Effects Regressionsanalysen bzw. Differential Item Functioning für ADIB und PHQ-9 vertieft untersucht. Die Übersichtlichkeit der Tablet-präsentation und die Handhabbarkeit werden positiv beurteilt. Im Vergleich zum Papierfragebogen bewerten die Befragten die Tabletdiagnostik als besser geeignet, weniger anstrengend und weniger schwierig.
Diskussion: Trotz der Vorteile von Tabletdiagnostik sollten Moduseffekte vertieft untersucht werden, bevor der Einsatz von Tablets in Forschung und Praxis etabliert wird. Grundsätzlich scheinen Tablets auch bei Älteren gut einsetzbar zu sein, da diese gut damit zurechtkommen und sie im Vergleich mit Papierfragebögen sehr positiv bewerten.

Theorie und Praxis der Körperpsychotherapie

Theoretische Grundlagen der KPT

Geuter Ulfried[1]
[1]Universität Marburg, Institut für Sportwissenschaft und Motologie, Marburg, Deutschland

In diesem Vortrag werden folgende Themen behandelt:
- die Besonderheit der Körperpsychotherapie und ihre Unterschiede gegenüber
anderen therapeutischen Richtungen
- Körperpsychotherapie im Diskurs des „verkörperten Geistes“
- der erlebte Körper als Fokus körperpsychotherapeutischer Arbeit
- der Bezug der Körperpsychotherapie zur neueren wissenschaftlichen Forschung, v.a.
am Beispiel der Emotionsforschung
- Grundzüge einer allgemeinen Behandlungslehre
- Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung.

Praxis der Körperpsychotherapie

Thielen Manfred[1]
[1]*Institut für Körperpsychotherapie Berlin, Berlin, Deutschland*

- Schon W. Reich entwickelte körperpsychotherapeutische Techniken und Übungen auf der Basis einer tragenden Beziehung. Sie beziehen sich auf die Atmung, die Körperhaltung, den Muskeltonus und die Lockerung bzw. Lösung von Verspannungen („Panzerungen") und Blockaden.
- Nach Reich wurde die Behandlungspraxis durch neoreichianische Schulen wie die Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese weiterentwickelt. Erdungs-, Zentrierungs-, Bewegungs- und Atemübungen sind wirksame Mittel, um die PatientInnen über ihren Körper und ihre Empfindungen mit ihren Affekten und Gefühlen in Kontakt zu bringen.
Mit Hilfe von biodynamischen Massagen können das Körpergedächtnis und (früh-) kindliche Assoziationen und Gefühle aktiviert werden.
- Auch die funktionellen Schulen wie die Konzentrative Bewegungstherapie, die Funktionelle Entspannung und die Integrative Leib- und Bewegungstherapie haben die Behandlungspraxis der Körperpsychotherapie bereichert.
- Die Säuglingsforschung, insbesondere von D. Stern, hat neue Erkenntnisse über die frühkindliche Entwicklung und ihre Störungen hervorgebracht. Körperpsychotherapeuten wie G.Downing u.a haben sie für die Praxis fruchtbar gemacht. Insbesondere für frühgestörte PatientInnen hat die Körperpsychotherapie körperorientierte Interventionsformen entwickelt.
- Anhand eines Fallbeispiels zur Depression soll das konkrete körperpsychotherapeutische Vorgehen veranschaulicht werden.

Weiterentwicklungen in der Bindungsforschung

Mind over matter? Zum Einfluss des Strukturniveaus auf Zusammenhänge zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Bindungsstil

Fischer Kai[1], Nikendei Christoph[1], Mölle Christian[1], Dinger Ulrike[1], Horsch Lena[1], Schauenburg Henning[1], Ehrenthal Johannes C.[1]
[1]*Allgemeine Innere Medizin & Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland*

Aversive Kindheitserfahrungen sind ein bedeutsamer psycho-somatischer Risikofaktor. Sie erhöhen nicht nur generell die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten seelischer sowie somatischer Erkrankungen, sondern sind oft mit späteren interaktionellen Problemen assoziiert. Gleichzeitig gibt es nicht wenige Menschen, die trotz widriger biographischer Lebensumstände in der Lage sind, als Erwachsene ihre Beziehungen befriedigend zu gestalten. Die Bindungstheorie postuliert, dass neben dem Ereignis selber die mentale Integrationsfähigkeit von schwierigen Lebenserfahrungen ausschlaggebend dafür ist, inwiefern sich bei Erwachsenen aversive Erfahrungen in unsicheren Bindungsstilen und damit oft mehr Schwierigkeiten in der interpersonellen Stressregulation niederschlagen.
Im Rahmen der Erstvorstellung in einer psychosomatischen Hochschulambulanz füllten N > 700 Patienten Fragebögen zu aversiven Kindheitserferfahrungen (Fragebogen zu Aversiven und Positiven Kindheitserfahrungen, APK), Bindungsstil (Experiences in Close Relationships - Revised Kurzform, ECR-RD12), und Level der strukturellen Integration der Persönlichkeit (OPD Strukturfragebogen Kurzform, OPD-SFK) aus.
In verschiedenen Modellen wurden Einflüsse des Strukturniveaus auf den Zusammenhang zwischen Kindheitserfahrungen und Bindungsstil getestet. Erste Ergebnisse deuten auf mediierende Einflüsse des Strukturniveaus auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und bindungsbezogener Angst, aber auch bindungsbezogener Vermeidung, hin. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Bindungstheorie und der aktuellen Debatte um die dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsstörungen diskutiert.

Zusammenhänge von frühen maladaptiven Schemata und interpersonellen Probleme: Eine empirische Verortung des Schemas „Punitiveness" im interpersonellen Circumplex (DOMinanz und AFFiliation)

Hartmann Armin[1], Zeeck Almut[1]
[1]*Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland*

Ausgehend von der verbreiteten Interaktionsequenz „Kind - Fehlverhalten - strafendes Elternteil" werden Selbst- und Objektrepräsentanzen, die Ausprägung von Dis/Affiliation, Dominanz/Submissivität und das Early Maladaptive Schema (EMS) „Punitiveness" (PU) theoretisch expliziert. Wird dieses EMS (Schematheorie, YSQ[1]) angewandt, dann werden im interpersonellen Zircumplex Probleme mit disaffiliativer Dominanz (Streitsüchtigkeit , IIP[2]) und Submissivität erwartet.
Methoden: An einer Stichprobe von psychotherapeutisch behandelten Patienten unterschiedlicher Diagnosen (Zwangserkrankungen N=68, Essstörungen N=42, chronische Schmerzen N=40) wurden EMS (YSQ) und interpersonelle Probleme (IIP) erhoben [3]. Das EMS Punitiveness (PU) wird mittels der Verteilungskennwerte in drei Klassen geteilt (obere 25%, mittlere 50% und untere 25%). Für diese werden die IIP-Skalen Streitsüchtigkeit und Submissivität auf Unterschiede getestet.
Ergebnisse: Die Mittelwerte der Untergruppen verhalten sich auf beiden Skalen hypothesenkonform: Höchste BC-und HI-Werte finden sich in jener Untergruppe mit der stärksten Ausprägung des PU-Schemas. Zusätzlich finden sich Unterschiede zwischen den Erkrankungen, mit der höchsten Ausprägung dieses EMS und Interpersonellen Schwierigkeiten bei Zwangsstörungen.

Diskussion: Ausgehend von psychodynamischen Theorien lassen sich unter Zuhilfenahme des Interpersonellen Zirkumplexes stringent Zustände eines maladaptiven Schemas und daraus resultierende Probleme ableiten und empirisch nachweisen. Diese Ergebnisse sprechen für weitere Untersuchungen dieser Zusammenhänge.

Literatur:

1. Oei, T. P. S. & Baranoff, J. Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology* **59,** 78-86 (2007).
2. Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP)--Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychother.Psychosom.med.Psychol.* **49,** 422-431 (1999).
3. Voderholzer, U. *et al.* A Comparison of Schemas, Schema Modes and Childhood Traumas in Obsessive-Compulsive Disorder, Chronic Pain Disorder and Eating Disorders. *Psychopathology* **ePubFirst,** (2013).

Moderiert der Bindungsstil Zusammenhänge zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und HPA- und ANS-Reaktivität?

Ehrenthal Johannes C.[1,2], Levy Kenneth N.[1], Scott Lori N.[3], Granger Douglas A.[4]
[1]Pennsylvania State University, Department of Psychology, University Park, Vereinigte Staaten, [2]Universität Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [3]University of Pittsburgh Medical Center, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Vereinigte Staaten, [4]Johns Hopkins University School of Medicine, Center for Interdisciplinary Salivary Bioscience Research, Baltimore, Vereinigte Staaten

Obwohl Zusammenhänge zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und HPA- bzw. ANS-Funktion seit längerem untersucht werden, ist die empirische Befundlage uneindeutig. Eine Möglichkeit, diese teils widersprüchlichen Ergebnisse zu erklären, liegt in Modellen zu interindividuellen Unterschieden in der psychophysiologischen Regulationskapazität. Die Bindungstheorie beschreibt als entwicklungspsychologisch orientiertes Modell, wie sich Unterschiede in der Stressregulation in verschiedenen seelischen Erkrankungen manifestieren können. Bisher haben jedoch nur wenige Studien direkt untersucht, wie sich unterschiedliche Bindungsstile auf Zusammenhänge zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und HPA/ANS Funktion auswirken.
In einer Stichprobe von 113 Frauen wurden Kortisol- und Alpha-Amylase-Reaktion auf einen standardisierten Stressor (TSST) untersucht. Um eine genügend große Variabilität in Bezug auf aversive Kindheitserfahrungen und Bindungsstil zu gewährleisten, wurden 48 Frauen mit und 65 ohne die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eingeschlossen. Aversive Kindheitserlebnisse wurden mit den Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Bindungsstil mit dem Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R) erfasst.
Aversive Kindheitserfahrungen in Kombinatin mit mehr Bindungsunsicherheit, sowohl bindungsbezogener Angst als auch Vermeidung, gingen mit erhöhter ANS-Aktivation einher. Interaktionen zwischen mehr aversiven Kindheitserfahrungen und bindungsbezogener Angst waren mit einer verminderten HPA-Reaktion assoziiert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Einfluss aversiver Kindheitserfahrungen auf die psychophysiologische Stressreaktion durch Unterschiede in der bindungsbezogenen regulatorischen Kapazität moderiert wird.

Effekte der stationären und teilstationären Psychotherapie

Zusammenhang zwischen Studienqualität und Behandlungsergebnissen in Studien zur Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie

Rabung Sven[1,2], Schmidt Nele[2], Liebherz Sarah[2]
[1]Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt, Österreich, [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Dass die Qualität einer Studie erheblichen Einfluss auf ihr Ergebnis haben kann, ist allgemein anerkannt. Dennoch ist im Bereich der Psychotherapieforschung nur sehr wenig über die tatsächlichen Auswirkungen spezifischer Abweichungen von bestimmten Qualitätsstandards bekannt. Ziel der vorliegenden Studie war es vor diesem Hintergrund a) relevante Qualitätskriterien zur Bewertung von Psychotherapie-Outcomestudien zu identifizieren und b) diese exemplarisch auf Studien zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie anzuwenden, um den Zusammenhang zwischen Studienqualität und -ergebnis systematisch zu untersuchen.
Methoden: Mittels einer elektronischen Literaturrecherche wurden 19 Instrumente zur Beurteilung der Qualität von (psychotherapeutischen) Interventionsstudien identifiziert. Die 185 darin enthaltenen Qualitätsindikatoren wurden in einer ExpertInnenbefragung hinsichtlich ihrer anzunehmenden Bedeutung für das Studienergebnis beurteilt und zu einer Checkliste der 19 relevantesten Qualitätskriterien verdichtet. Anhand dieser Liste wurden die entsprechenden Qualitätsinformationen aus 103 Studien zur Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie extrahiert und hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit den berichteten Behandlungsergebnissen überprüft.
Ergebnisse: Insgesamt weisen die untersuchten Wirksamkeitsstudien ein mittleres Qualitätsausmaß auf. Allerdings variiert die Qualität der Studien erheblich und auch zwischen den verschiedenen Qualitätsindikatoren gibt es beträchtliche Unterschiede. Während für die Gesamtqualität einer Studie kein signifikanter Zusammenhang zum Behandlungsergebnis nachzuweisen ist,

lassen sich für einzelne Qualitätskriterien sowohl positive als auch negative Zusammenhänge zum Outcome belegen, wobei die positiven überwiegen.
Diskussion: Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Studienqualität und Behandlungsergebnissen besteht, der jedoch nicht einheitlich linear ist. Die Anwendung eines Globalmaßes der Studienqualität erscheint aufgrund der Vielschichtigkeit des Konstrukts nur bedingt sinnvoll. Der sich insgesamt abzeichnende Trend zu größeren Behandlungseffekten in Studien von höherer Qualität spricht jedoch dafür, dass die häufig befürchtete systematische Überschätzung von Behandlungseffekten durch Studien von geringer Qualität nicht der empirischen Realität entspricht.

Prädiktoren für das Outcome stationärer Psychotherapie

Remmel Andreas[1,2], Meija Amanda[3], Schmid Martin[4], Küchenhoff Helmut[4]
[1]Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich, [2]Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland, [3]Dept. Public Health, John Hopkins University, Baltimore, Vereinigte Staaten, [4]Institut für Statistik, LMU München, München, Deutschland

Im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel, der ersten Modellklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Österreich, wurden von 2007-2013 mehr als 5000 Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen diagnostiziert und behandelt.
Alle Patienten der vorliegenden Stichprobe (n=3825) wurden zum Zeitpunkt t_1 nach DSM-IV und ICD-10, sowie mittels PsyBaDo und einer core battery, operationalisiert diagnostiziert. Es wurden zahlreiche weitere soziodemographischen Merkmale, die initiale generelle und spezifische Symptombelastung, regulatorische Fähigkeiten (Emotionsregulation), Persönlichkeitsmerkmale, weitere traits und states (Alexithymie, Bindungsmerkmale), sowie salutogenetische Faktoren (Achtsamkeit, Selbstwirk-samkeit) erhoben.
Die Patienten wurden dann diagnosespezifisch und leitlinienorientiert über einen Zeitraum zwischen 4 und 12 Wochen psychosomatisch und psychotherapeutisch stationär behandelt.
Für einzelne Teilgruppen der Patienten erfolgte zusätzlich ein intensives Prozess-monitoring, sowie eine dynamische Mehrebenenanalyse stationärer Therapie, unter Einbeziehung peripher-physiologischer Daten.
Zum Zeitpunkt t2 wurden dann alle Patienten bezüglich zentraler Zielparameter erneut eingehend untersucht.
Mit Hilfe multipler regressionsanalytischer Verfahren (Generalisiertes Additives Modell (GAM)) wurde dann versucht, für alle in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten (n = 3825) und Parameter Prädiktoren zum Zeitpunkt t_1 für das therapeutische Outcome zum Zeitpunkt t_2 zu identifizieren.
Die Ergebnisse zeigen die transdiagnostische Bedeutung der initialen Symptombelastung (SCL-90-R), des Geschlechts und des Alters, sowie die große Bedeutung spezifischer interpersoneller Probleme (IIP-D) der Patienten als Prädiktoren des Therapieerfolgs.
In dem Vortrag werden Design, Auswertungsmethodik sowie erste zentrale Ergebnisse dieser größten österreichischen stationären Psychotherapie-Studie vorgestellt.
Die Ergebnisse werden im Kontext aktueller Themen zur Psychotherapie-und Psychopathologie-Forschung diskutiert.

STOP-D: Aktuelle Befunde einer naturalistischen Interventionsstudie zur Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie auf depressive Störungen

Franz Matthias[1], Seidler Daniel[1], Jenett Dörte[1], Schäfer Ralf[1], Hartkamp Norbert[2]
[1]Uniklinikum Düsseldorf, Klin. Inst. f. Psychosom. Med. u. Psychotherapie, Düsseldorf, Deutschland, [2]Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Solingen, Deutschland

Einleitung: Die generelle Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie zur Behandlung depressiver Erkrankungen ist belegt. Die Studien beziehen sich jedoch zumeist auf den Reha-Bereich oder ambulante Behandlungen. STOP-D soll die generelle Wirksamkeit einer solchen Behandlung bei depressiven Patienten in einem stationären, tiefenpsychologisch orientierten Setting bestätigen. Weiterhin werden differenzielle Behandlungseffekte durch verschiedene Behandlungssettings (unterschiedliche Methoden und Dosen), Einflüsse von Co-Variaten (soziodemographische Faktoren, Medikamente, komorbide Störungen, Patientenzufriedenheit) auf klinische und psychodynamische Variablen sowie mögliche Prädiktoren für den Behandlungserfolg dargestellt.
Methode: 15 bundesdeutsche tiefenpsychologisch orientiert arbeitende psychosomatische Kliniken beteiligten sich an der Studie (prä, post, Sechs-Monats-Katamnese). Aufgrund höherer Prävalenzraten und zur Homogenisierung der Stichprobe wurden zunächst ausschließlich weibliche Patienten in die Studie eingeschlossen (N = 487; Alter 25 bis 45 Jahre), bei denen eine depressive Erkrankung nach ICD-10 diagnostiziert worden war und/oder eine dimensional ausgeprägte depressive Beeinträchtigung bestand (BDI-Summenscore ≥ 11). Die Daten der Patientinnen wurden mittels Selbst- und Fremdeinschätzungsinventaren (u.a. BDI, HAMD, SCL-90-R, BSS, HUS, IPO) erfasst.
Ergebnisse: In allen klinischen Zielmaßen zeigte sich eine signifikante Symptomreduktion mit hohen bis sehr hohen Effektstärken. Hinsichtlich der Besserung depressiver Beschwerden bestand eine Effektstärke von g = 1.20, auch die generelle Belastung der Patientinnen war rückläufig (g = .80). Es werden außerdem Veränderungen in psychodynamischen Konstrukten beschrieben, differenzielle Befunde für einzelne Subgruppen (komorbide Störungen, medikamentöse Behandlung) sowie Einflüsse verschiedener Prädiktoren auf den Behandlungserfolg dargestellt. Darüber hinaus werden Dosis-Wirkungs-Effekte unterschiedlicher Behand-

lungssettings und der Einfluss der Patientenzufriedenheit auf den Therapieerfolg gezeigt.
Diskussion: Die Ergebnisse stützen bisherige Befunde zur generellen Wirksamkeit tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie und geben Hinweise auf wichtige Einflussfaktoren (Therapiesetting, unterschiedliche Patienten-Subgruppen) auf den Therapieerfolg.

Die INDDEP-Studie zur (teil-)stationären Behandlung der Depression

Zeeck Almut[1], von Wietersheim Joern[2], Weiss Heinz[3], Endorf Katharina[1], Kunzl Franziska[2], Voelker Alexander[4], Helesic Astrid[4], Scheidt Carl Eduard[1,5], Eckhardt-Henn Annegret[6], Beutel Manfred[7], Hartmann Armin[1]
[1]Uniklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, [2]Uniklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [3]Robert-Bosch-Krankenhaus, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stuttgart, Deutschland, [4]Rhein-Klinik, Bad-Honnef, Deutschland, [5]Thure-von Uexküll-Klinik, Freiburg, Deutschland, [6]Bürgerhospital, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stuttgart, Deutschland, [7]Universitätsmedizin Mainz, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

Hintergrund: Es sollen stationäre und tagesklinische Behandlungsepisoden depressiver Patienten im Hinblick auf Verlaufstypen sowie Prädiktoren für erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Verläufe analysiert werden. Anhand einer parallelisierten Stichprobe wird in einem zweiten Schritt ein Vergleich beider Settings erfolgen.
Methoden: Es handelt sich um eine naturalistische Studie (ISRCTN20317064), an welcher sich 8 psychosomatische Kliniken beteiligen. Bei Aufnahme, Entlassung sowie 3 und 12 Monate nach Entlassung werden Messungen durchgeführt (Selbst- und Fremdbeurteilungen: SKID I+II, QIDS, SOFAS, SCL-90-R, SF-12, DEQ, DAS, IIP-32, CTQ, Katamnesen: LIFE-Interview). Hauptoutcome-Kriterium ist das Ausmass an Depressivität (QIDS-Expertenrating). Insgesamt sollen 300 stationär und 300 tagesklinisch behandelte Patienten eingeschlossen werden. Für einen Vergleich der Settings werden die Stichproben nach bekannten Prädiktoren parallelisiert (**Ziel:** 80% der Stichprobe).
Ergebnisse: Bis Ende August 2013 konnten 461 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Die Rekrutierung wird voraussichtlich im März 2014 abgeschlossen sein. Die Rücklaufquote bei den Katamnesen liegt bei 80%. Mehr als 80% der Stichprobe lassen sind nach den vorgegebenen Variablen parallelisieren.
Diskussion: Es handelt sich um die größte, naturalistische Studie zur tagesklinischen und stationären Behandlung der Depression, in welcher eine ausführliche Diagnostik anhand von Fremdbeurteilungen erfolgt und detaillierte Katamnesedaten zum Symptomverlauf und zur Versorgung nach Entlassung erhoben werden. Es werden erste Daten zur Stichprobe und Subklassifikation vorgestellt.
Literatur: Zeeck, A., Wietersheim, J. von, Weiss, H., Beutel, M., & Hartmann, A. (2013). The INDDEP study: inpatient and day hospital treatment for depression - symptom course and predictors of change. *BMC psychiatry*, *13*, 100. doi:10.1186/1471-244X-13-100
Förderung: Heidehofstiftung Stuttgart.

Medizinische Assistenz- und Pflegeberufe in der Psychosomatik

Psychosoziale Aspekte - Pädagogen und medizinische Assistenzberufe in der ambulanten psychosomatischen Versorgung

Amoneit Ulrike[1]
[1]MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Pädagogik/Therapie, Cuxhaven, Deutschland

Im Rahmen der ambulanten Versorgung psychosomatisch erkrankter Menschen, rückt zusehens die Bedeutung von psychosozialen Aspekten in den Fokus.
Pädagogen und medizinische Assistenzberufe behandeln gemeinsam mit Ärzten und Therapeuten in einem multiprofessionellen Team nach einem multimodalen Behandlungskonzept psychosomatisch erkrankte Menschen.

„Ergos MACHEN mit“ - Ergotherapie als ergänzendes Behandlungsangebot innerhalb eines multimodalen Behandlungsprozesses im Fachbereich Psychosomatik

Neikes Anna-Mareike[1]
[1]Medizinisches Versorgungszentrum für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Ergotherapie, Reppenstedt, Deutschland

Mit dem Ziel der Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit, der Selbständigkeit im Alltag und der Verfolgung von Lebensqualität in den für den Menschen wichtigen Lebensbereichen stellt die Ergotherapie ein alltags- und lebensweltorientiertes Therapieangebot zum Training von Fähigkeiten und Strategien dar.
Das der Ergotherapie zugrunde liegende biospychosoziale Betrachtungsmodell des Menschen unter Berücksichtigung seiner Gewohnheiten, Interessen, mentalen und physischen Fertigkeiten und den ihn umgebenden Umwelteinflüssen dient als Bindeglied dem Verständnis der psychosomatischen Medizin und liefert somit eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit der Disziplinen.
Die Betätigung ist zugleich Ziel und Medium der Therapieform, die ihren aktivierenden Charakter zum Ausdruck bringt.
Die Möglichkeit zur lebensnahen Begleitung des Patienten in

seinem bekannten und vertrauten Lebensraum bietet der Hausbesuch als möglicher Therapiebaustein der ergotherapeutischen Intervention. Hierbei können eine Umweltanalyse vor Ort, das konkrete Einüben und die Integration von bereits erprobten Alltagstätigkeiten im eigenen häuslichen Umfeld des Patienten vorgenommen werden.
Weitere fürsprechende Aspekte und Indikationen sowie Hindernisse für die Einbeziehung der Ergotherapie als ergänzende Maßnahme im multimodalen Behandlungsprozess sowie ihre Wirksamkeit sollen in diesem Vortrag vorgestellt und hinterfragt werden.

Modelle psychosomatisch – psychotherapeutischer Versorgungspraxen

Outpatient psychosomatic medicine in Germany - patient characteristics and results from routine longitudinal outcomes assessment of 382 patients treated by specialists for psychosomatic medicine and psychotherapy in 13 outpatient medical practices

Nolte Sandra[1,2], Fischer Felix[1,3], Rose Matthias[1,4], Palmowski Bernhard[5]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Deakin University, Population Health Strategic Research Centre, School of Health and Social Development, Burwood, Australien, [3]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Berlin, Deutschland, [4]University of Massachusetts Medical School, Quantitative Health Sciences, Outcomes Measurement Science, Worcester, Vereinigte Staaten, [5]Private Practice Dr Bernhard Palmowski, Berlin, Deutschland

Background: Outcomes data from patients treated in ambulatory care settings by specialists for psychosomatic medicine are still scarce. This study aims to provide an overview of baseline characteristics and longitudinal outcomes data from a German sample.
Methods: Since 2008, routine data from 2,615 patients were collected in 13 participating secondary care practices. Socio-demographic and ICD-10-Symptom-Rating (ISR) data at baseline were compared between patients receiving short- (< 1 year), medium- (1 to 2 years), and long-term (2 to 3 years) psychosomatic treatment. Analyses of longitudinal data (n=382) compared change in symptom severity for patients with different lengths of treatment.
Results: Subgroups of patients with different treatment lengths differed in several ways from each other at baseline, particularly regarding gender and diagnosis, with the proportion of women and the likelihood of being diagnosed with depressive, anxiety and/or eating disorder increasing with treatment length. ISR outcomes data suggest that patients achieved small to medium effect sizes (ES) between beginning and end of psychosomatic treatment on the ISR scale of their respective disorder ranging from ES=0.32 for obsessive-compulsive disorder to ES=0.58 for depression. Patients who received long-term treatment (2 to 3 years) show mixed outcomes over the course of treatment; however, after treatment completion outcomes are comparable to those of patients receiving medium-term treatment (1 to 2 years).
Conclusions: Routine outcomes data suggest that patients from a wide range of backgrounds show substantial changes in symptom severity over the time of psychosomatic treatment with small to medium effects. While overall change in symptom severity in patients with medium- and long-term treatment is comparable, our data support the notion that the latter group need more time to respond to treatment.

Arbeitsplatzbedingte Belastungen und psychosomatische Störungen

Hat Arbeitsunsicherheit, als arbeitsbedingter Stressor, subjektiv & objektiv messbare Auswirkungen auf die psychische & somatische Gesundheit? Erste Daten einer randomisierten, längsschnittlichen Interventionsstudie im Betrieb

Barrech Amira[1,2], Gündel Harald[1], Glaser Jürgen[3]
[1]Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [2]F. Hoffmann-La Roche, Basel, Schweiz, [3]Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich

Einleitung: Umstrukturierungen, Zeitdruck & Arbeitsverdichtung sind inzwischen betrieblicher Alltag und führen zu einem erhöhtem Stresserleben von Mitarbeitern. Ein maßgeblicher Stressor bei betrieblichen Umstrukturierungen ist die subjektive Arbeitsunsicherheit, die nicht nur drohenden Arbeitsplatzverlust, sondern auch einen (befürchteten) Verlust persönlich wichtiger Arbeitsmerkmale umfasst. Zahlreiche Querschnittsstudien legen nahe, dass Arbeitsunsicherheit mit einem deutlich erhöhten individuellen Risiko von psychischer und/oder somatischer Erkrankung einhergeht. Bislang herrscht ein Mangel an Längsschnittdaten hierzu. Zudem fehlen Studien zur Wirksamkeit betrieblicher Interventionen bei der Vermeidung gesundheitlicher Folgen von Arbeitsunsicherheit.
Methode: Randomisiert kontrollierte Studie im Betrieb mit drei Messungen (T1-T3, 02/2012-04/2013), Intervention bestehend aus Trainings für Führungskräfte in Bezug auf Stressprävention & gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen. Erhebung (bei Führungskräften und Mitarbeitern) von soziodemographischen Variablen, Arbeitsunsicherheit, psychischer & somatischer Gesundheit anhand validierter Instrumente in Selbstangabe, sowie Messung der Cortisolkonzentration im Haar (als objektivem Stressmarker).
Zwischenergebnisse (09/2013, deskriptiv): Jeweils etwa die Hälfte der Probanden zu T1 & T2 gab ein hohes Arbeitsunsicherheitserleben an (T1=46%, N=281; T2=43%, N=215). Teilnehmer mit einem hohen Arbeitsunsicherheitserleben berichteten zu T1 & T2 signifikant (p< 0.5) höhere Werte für körperliche Beschwer-

den (GBB12) und Irritation (IS). Führungskräfte gaben signifikant (p< 0.5) höhere Werte für kognitive Irritation an als Mitarbeiter (T1=34%, N=277; T2=41%, N=214).
Diskussion: Diese Studie unterstreicht die Bedeutung von Arbeitsunsicherheit als Risikofaktor für die Gesundheit von Erwerbstätigen, sowie die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen im betrieblichen Umfeld. Mit Hinblick auf den demographischen Wandel und den damit einhergehenden Folgen für die Gesellschaft erscheint es wichtig, zielführende betriebliche Interventionen im Umgang mit Stressoren zu entwickeln und einzusetzen.

Unterstützendes Führungsverhalten, Arbeitsstress und Depression in einer gesunden Industriekohorte

Schmidt Burkhard[1], Seegel Max Leonard[1], Jarczok Marc Nikolas[1], Herr Raphael Manuel[1], Fischer Joachim E.[1]
[1]Universität Heidelberg, Mannheimer Institut für Public Health, Mannheim, Deutschland

Hintergrund: Die Prävalenz von Depression nimmt in Deutschland stetig zu. In der Ätiologie spielt Arbeitsstress als modifizierbarer Risikofaktor eine bedeutende Rolle. Dieser hängt unter anderem mit steigenden psychischen Belastungen durch Betriebs- und Arbeitsorganisation zusammen, welche direkt durch Führungskräfte beeinflussbar ist. Somit ist Führungsverhalten, insbesondere unterstützendes Führungsverhalten (Supportive Leadership Style; SLS) eine mögliche Ressource, die Arbeitsstress reduzieren und so auch Depression vorbeugen könnte. Jedoch gibt es bisher nur wenig epidemiologische Evidenz hinsichtlich eines direkten Zusammenhangs zwischen SLS und Depression.
Fragestellung: Jüngere Forschung konnte zeigen, dass SLS unabhängig von Arbeitsstress auf Gesundheit wirkt. Diese Studie untersucht, ob SLS, unabhängig von Arbeitsstress, mit dem Auftreten depressiver Symptome assoziiert ist.
Methode: Es wurden Querschnittsdaten einer gesunden Industriekohorte (2009-2011; n=4395) verwendet. SLS wurde anhand einer validierten Skala mit 4 Items gemessen (Likert-Skala 1-5; Summenscore). Arbeitsstress wurde über das Modell der Gratifikationskrise (Effort-Reward Imbalance, ERI) operationalisiert (Einsatz, Belohnung, Overcommitment). Depression wurde über das Mental Health Inventory (MHI-5) erfasst. Multiple lineare Regressionen (ß) schätzten den Zusammenhang unter Kontrolle verschiedener Confounder (Alter, Geschlecht, Stellung im Unternehmen, Bewegung, Rauchen, Alkohol, BMI).
Ergebnisse: SLS zeigte einen negativ signifikanten Zusammenhang mit depressiven Symptomen (ß=-0.29, p< 0.01). Die Assoziation schwächte sich unter Zunahme relevanter Confounder und ERI ab, blieb jedoch signifikant (ß=-0.14 p< 0.01). Diese Ergebnisse konnten in logistischen Regressionen mit empirischen belegten Cut-offs repliziert werden. Auch Arbeitsstress (ERI) zeigte sich als unabhängiger Risikofaktor.
Schlussfolgerung: Ein unterstützender Führungsstil scheint das Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken senken zu können. Eine gezielte Schulung von Führungskräften unter diesem Aspekt könnte psychische Gesundheit am Arbeitsplatz fördern und somit Arbeitsfähigkeit erhalten. Dies wiederum senkt die gesamtgesellschaftlichen Kosten durch Behandlung und Frühverrentung.

Qualitative Untersuchung über den Arbeitsplatzbezug psychosomatischer Beschwerden, die zum Aufsuchen betriebsnaher Versorgungsangebote führen

Rothermund Eva[1], Kilian Reinhold[2], Hölzer Michael[3], Rieger Monika[4], von Wietersheim Jörn[1], Beschoner Petra[1], Gündel Harald[1]
[1]Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [2]Klinik für Psychiatrie II, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, [3]Sonnenbergklinik, ZfP Südwürttemberg, Stuttgart, Deutschland, [4]Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

Fragestellung: Im beruflichen Umfeld manifestieren sich psychische Störungen und fördern die Entstehung betriebsnaher Versorgungsangebote wie der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb" (PSIB). In diesem Kontext wird der Begriff Burnout häufig verwendet und scheint die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote zu fördern. In der ICD-10 ist der Begriff lediglich in der Restkategorie „Z73, Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" erwähnt, ein Konsens bezüglich der Symptomatologie fehlt. Trotzdem ist Intention des Begriffes, nämlich die Beschreibung als ein mit dem Arbeitsleben zusammenhängender Prozess, der in behandlungsrelevante psychosomatische Diagnosen münden kann, für die Behandlungsplanung in betriebsnahen Versorgungsangeboten essentiell.
Methode: Die Dokumentation von n=67 Patienten einer PSIB überwiegend mit den Diagnosen unipolare depressive Störungen (31%) Anpassungsstörungen (24%) und somatoforme und Angststörungen (11%) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring bezüglich der Strukturdimension „Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden" eingeschätzt. Der grundsätzliche Interpretationsvorgang bestand aus „Strukturierung" mit den Schritten „Definition der Kategorien", „Ankerbeispiele" und „Festlegung von Kodierregeln". Diese wurden einer Häufigkeitsanalyse unterzogen.
Ergebnisse: Bei über 80% der n=67 Patienten spielten arbeitsbezogene Ursachen eine Rolle als Folge, bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung der psychischen Beschwerden. Die Kategorien lauten: „reiner Arbeitsplatzkonflikt" (30%), „Arbeitsplatzkonflikt steht im Vordergrund" (10%), „Arbeitsplatzkonflikt ist Teil der psychosozialen Belastung" 38% „kein Arbeitsplatzkonflikt" (22%). Die extrahierten Kategorien werden anhand von Kasuistiken dargestellt und damit im Verständnis wesentlich vertieft.

Diskussion: Eine erste qualitative Untersuchung legt nahe, dass der Arbeitsplatzbezug von Beschwerden, die in betriebsnahen Versorgungsangeboten geklagt werden häufig eine Rolle spielt, jedoch nicht zwingend ursächlich ist. Für eine effiziente Behandlungsplanung und weitere Forschung plädieren wir für eine differenzierte Abstufung, die sich an den hier vorgestellten Kategorien orientieren sollte.

Burnout and narcissism - a view beyond job stress and work-engagement

Schwarzkopf Kathleen[1], Straus Doris[2], Porschke Hildburg[2], Znoj Hansjoerg[3], von Känel Roland[1]
[1]Inselspital Bern, Allgemeine Innere Medizin / Psychosomatik, Bern, Schweiz, [2]Clinica Holistica Engiadina, Susch, Schweiz, [3]Universität Bern, Klinische Psychologie, Bern, Schweiz

Background: Time pressure, lack of reward, and low job control are only three of many possible factors causing burnout symptoms of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Work - the most common source of stress in our "fatigue society" has a crucial influence on the formation of a burnout. But there is no substantial evidence about the individual risk factors associated with burnout. Current research about the relationship between burnout and personality showed a direct link between nervousness and exhaustion, striving for dominance and depersonalization, and inhibition, openness and irritability with reduced personal accomplishment. This research suggests interrelations between dysfunctional, maladaptive personality traits and problems at work. In the present study, we paid specific attention to the role of narcissim that is characterized by altered emotion (decreased affective resonance), thereby possibly increasing the risk of burnout in the work context.
Methods: Participants were 315 employees, who were referred for in-patient treatment in a hospital specialized to treat job-stress related disorders. Burnout was assessed with the MBI-GS. To assess narcissism, we applied the Narcissism Inventory (NI-20). The NI-20 provides a total score as well as scores for subscales for four narcissism dimensions: "threatened self", "classical narcissistic self", "idealist self", and "hypochondriac self".
Results: We found a direct correlation between the total scores of the MBI-GS and the NI-20 ($r=0.392$, $p< 0.001$), as well as between virtually all subscales of both instruments. The greatest significant correlation coefficients for the MBI subscales were found for emotional exhaustion. In contrast, the dimension reduced personal achievement, which, although showing a significant inverse correlation with the NI-20 total score, was only significantly associated with the NI dimension "threatened self". This dimension showed also the highest correlation coefficient with burnout, both for the total score and for all subscales.
Conclusions: These findings emphasize the important contribution of personality factors, especially of narcissism, to burnout. Therefore, not only work-related stressors are associated with burnout, an important role of narcissism and other personality traits must also be considered. The significant relation has far reaching consequences for further research and for therapeutic interventions.

Wir können mehr als
Medizinische Dokumentation

Psychometrie, Basisdokumentation und systematische Ergebnismessung –
integriert in die Therapie- und Dokumentationsprozesse.

Zum Nutzen für
Behandler, Therapie, Qualitätssicherung und Wissenschaft.

Besuchen Sie unsere Workshops zu den Themen iQ/5.
Infos anfordern: 0 68 26 / 93 20 10

iQ5

Expertensoftware für Psychiatrie und Psychosomatik

Tel.: 0 68 26/93 20 10
E-Mail: iq5@cibait.de

cibait
the mental health software company

cibait AG · Saarpfalz-Park 1 · 66450 Bexbach

Poster Sessions

Essstörungen I

P-02-DO

Essstörungen und psychische Gesundheit bei Medizinstudierenden - 1989 und 21 Jahre später

Hofmeister Dirk[1], Brähler Elmar[1], Gumz Antje[2]
[1]Universitätsklinikum Leipzig AöR, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Die Studie untersucht die Verbreitung psychischer Belastungen und problematischen Essverhaltens bei Medizinstudierenden in den neuen Bundesländern. Dabei wird die Veränderung der Prävalenz der Störungen zwischen 1989 und heute betrachtet.
Medizinstudierende gelten aufgrund ihres enormen Leistungspensums als besonders belastete Bevölkerungsgruppe, psychische und psychosomatische Beschwerden wurden in Forschungsarbeiten belegt. Speziell zu Essstörungen unter Medizinstudierenden existieren bislang vergleichsweise wenige Untersuchungen, die Befundlage ist uneinheitlich.
Methoden: Eingeschlossen in die aktuelle Stichprobe wurden 316 Medizinstudierende der Universität Leipzig (232 weibliche, 84 männliche), das Durchschnittalter betrug 21,7 Jahre (SD = 2,6). Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurde der General Health Questionnaire in einer verkürzten Version (GHQ-28) genutzt. Bezüglich problematischen Essverhaltens wurden das Eating- Disorder Inventory (EDI-2), das Anorexia-Nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS) und die Eating Behaviour Severity Scale (EBSS) eingesetzt. Zudem wurden Body-Mass-Index sowie soziodemografische Daten erhoben.
Die Daten wurden mit einer Stichprobe aus einer Untersuchung aus dem Jahr 1989 verglichen, die in der DDR mit der gleichen Fragebogenbatterie erhoben wurde.
Ergebnisse: Bei knapp einem Drittel der aktuell Befragten (32,6%) fand sich ein Risiko für psychische Beschwerden. Besonders stark waren in beiden Geschlechtern Angst- und Schlafstörungen ausgeprägt, bei Frauen zudem soziale Dysfunktionen. Frauen waren insgesamt stärker belastet als Männer. Im Vergleich zu 1989 stiegen bei ihnen der GHQ-Gesamtscore sowie die Werte in drei der vier Unterskalen an. Männern berichteten stärkere Belastungen im Bereich somatischer Störungen.
Hinsichtlich problematischen Essverhaltens zeigten aktuell 3,1 % der Frauen Symptome einer subklinischen oder klinischen Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa. Männer zeigten keine Auffälligkeiten. Im Vergleich zu 1989 war bei Frauen ein Anstieg auf fast das Doppelte und bei Männern ein Rückgang zu beobachten.
Im Semestervergleich waren vor allem jüngere Studierende stärker von psychischen Einschränkungen und problematischem Essverhalten betroffen.
Fazit: Die Ergebnisse veranschaulichen die hohe Belastung von Medizinstudierenden, besonders unter Frauen und zu Beginn des Studiums. Im Vergleich mit der 1989er Stichprobe zeigte sich eine Zunahme psychischer Einschränkungen.

P-03-DO

Was wissen wir über Risikofaktoren für Essstörungspathologie bei Jungen und Männern? Ein systematisches Review

Wendt Hanna[1], Weigel Angelika[1], Neubauer Karolin[1], Rossi Maddalena Elisa[1], Löwe Bernd[1], Gumz Antje[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatik, Hamburg, Deutschland

Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung) sind schwerwiegende psychische Erkrankungen, bei denen die Mehrheit der Betroffenen weiblich ist. Bestehende Entstehungsmodelle und evidenzbasierte Risikofaktoren zur Entwicklung einer Essstörung beziehen sich daher vornehmlich auf junge Mädchen und Frauen. Der Anteil männlicher Betroffener ist vergleichsweise gering, bleibt jedoch konstant. Es ist bislang unklar, ob sich vorhandene ätiologische Modelle auch auf Jungen und Männer übertragen lassen. Ziel des systematischen Reviews ist es, auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstands Risikofaktoren für Essstörungen bei Jungen und Männern zu bestimmen und daraus ein genderspezifisches Entstehungsmodell für Essstörungen abzuleiten.
Die bestehende Literatur wurde in den Datenbanken EMBASE, Ovid MEDLINE und PsycINFO nach allen veröffentlichten Artikeln mit folgenden Suchbegriffen und deren Kombination durchsucht: „eating disorder*“, „eating pathology“, „risk factor*“, „gender“, „sex“ und „etiolog*“. Die Literaturrecherche ergab 1403 Veröffentlichungen aus dem Zeitraum 1980 bis 2013. Hier erfasste relevante Reviews wurden ihrerseits systematisch nach weiteren relevanten Primärstudien durchsucht. Nach Anwendung der festgelegten Ausschlusskriterien konnten von insgesamt 1428 Veröffentlichungen 107 Primärstudien in die Auswertung und Analyse einbezogen werden, darunter 15 Längsschnittstudien (14 prospektiv, 1 retrospektiv).
Risikofaktoren für Jungen und Männer zur Entwicklung von Essstörungspathologie werden zusammenfassend dargestellt. Ein Entstehungsmodell wird postuliert und im Hinblick auf bereits bestehendes Wissen bezüglich Risikofaktoren bei Mädchen und Frauen diskutiert. Implikationen für die Aufklärung von Fachpersonal und Öffentlichkeit sowie die Entwicklung und Durchführung von Präventionsprogrammen werden abgeleitet.

P-04-DO

Exekutivfunktionen und körperliche Aktivität bei extrem adipösen Patientinnen und Patienten vor bariatrischer Operation

Langenberg Svenja[1], Pek Christian[2], Bartsch Merle[1], Voth Eva Malenka[1], Gruner-Labitzke Kerstin[3], Köhler Hinrich[3], de Zwaan Martina[1], Müller Astrid[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover, Psychosomatik, Hannover, Deutschland, [2]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [3]Herzogin Elisabeth Hospital, Braunschweig, Deutschland

Geringe körperliche Alltagsaktivität und eine vorrangig sitzende Lebensweise zählen zu den Ursachen der zunehmenden Prävalenz von Adipositas. Mangelnde körperliche Aktivität ist nicht nur mit einem erhöhten Risiko für körperliche Erkrankungen verbunden, sondern scheint zudem mit kognitiven Dysfunktionen assoziiert zu sein. Kognitive Funktionen, einschließlich Exekutivfunktionen, spielen wiederum bei der Selbstregulation von Essverhalten eine wichtige Rolle. Es soll untersucht werden, wie Exekutivfunktionen, körperliche Alltagsaktivität und das Ausmaß des Übergewichts interagieren.
Im Querschnittsdesign werden die Exekutivfunktionen mittels einer computerisierten Testbatterie bei 80 extrem adipösen präbariatrischen Patientinnen und Patienten gemessen sowie die körperliche Alltagsaktivität über 1 Woche mittels Accelerometrie erfasst. Zum Zeitpunkt der Einreichung des Abstracts war die Datenerhebung noch nicht vollständig abgeschlossen. Vorläufige Datenauswertungen deuten darauf hin, dass körperliche Alltagsaktivität auch bei extrem adipösen Personen erwartungskonform positiv mit einer besseren Performanz in neurokognitiven Tests zur Erfassung der Exekutivfunktionen korreliert. Klinische Implikationen der Ergebnisse werden diskutiert.

P-05-DO

Schwache zentrale Kohärenz bei Anorektikerinnen: ein quantitativer Vergleich der Antworten akut anorektischer und gesunder Probandinnen in Interviews zu drei ausgewählten Bildern von Piet Mondrian

Grün Anna-Sophia[1], Erdur Laurence[1], Rudat Miriam[1], Weber Cora[1], Rose Matthias[1], Deter Hans-Christian[1]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

Einleitung: Eine schwache zentrale Kohärenz gilt als typisches kognitives Merkmal anorektischer Personen. Bisherige Untersuchungen bestätigen Schwierigkeiten in der globalen Informationsverarbeitung (z.B. Lopez et al., 2008). Es ist jedoch noch ungeklärt, inwieweit bei akuten Anorektikerinnen damit auch eine verbesserte lokale Informationsverarbeitung zugunsten der Wahrnehmung von Details einhergeht. Diese hat sich bisher nur für remittierte Anorektikerinnen bestätigt (Lindner et al., 2012). Vor diesem Hintergrund wurden kurze Interviews mit anorektischen und gesunden Probandinnen zu Bildern von Piet Mondrian näher analysiert.
Stichprobe und Material: N=38 Probandinnen (n=19 akute Anorektikerinnen, n=19 Kontrollen) wurden nacheinander 3 Bilder von Piet Mondrian gezeigt.
Durchführung: Die Probandinnen wurden dazu aufgefordert, mündlich jedes Bild zu beschreiben, ihre Assoziationen zu jedem Bild zu nennen sowie die Atmosphäre jedes Bildes zu beschreiben. Die Antworten wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert.
Hypothesen:

1. Innerhalb der Gruppe der Anorektikerinnen haben die Beschreibungen der Bilder einen verhältnismäßig größeren Umfang als Assoziationen und Atmosphäre
2. Im Vergleich dazu sind bei gesunden Kontrollprobandinnen die Beschreibung von Assoziationen und Atmosphäre länger als die Bildbeschreibungen selbst.

Auswertung: 2 unabhängiger Rater (beide verblindet) analysierten das transkribierte Material mit qualititativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2000). Anschließend wurden die Segmente zu Bildbeschreibung, Assoziationen und Atmosphäre der Bilder quantitativ erhoben und miteinander verglichen.
Ergebnisse und Diskussion: Zu diesem Zeitpunkt befindet sich die Arbeit in der Auswertungsphase. Ergebnisse werden im März präsentiert und diskutiert.

P-06-DO

Plastisch-chirurgische Eingriffe nach bariatrischen Operationen

Tengler Maxi[1], Georgiadou Ekaterini[1], Gruner-Labitzke Kerstin[2], Köhler Hinrich[2], Stroh Christine[3], Müller Astrid[1], de Zwaan Martina[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [2]Herzogin Elisabeth Hospital, Braunschweig, Deutschland, [3]SRH Wald-Klinikum Gera, Gera, Deutschland

Einleitung: Die chirurgische Therapie bei morbider Adipositas hat in den letzten Jahren mit der Einführung neuer bariatrisch-chirurgischer Techniken deutlich an Popularität gewonnen. Jedoch leiden viele Patienten nach erfolgter Gewichtsreduktion an einem Überschuss an stark überdehnter und nicht mehr retraktionsfähiger Haut. Dies kann sowohl zu physischem als auch psychischem Leidensdruck führen. Über die Häufigkeit und die Zufriedenheit von und mit plastisch-chirurgischen Eingriffen ist wenig bekannt.
Methodik: Es wurden alle Patienten, die seit 1997 im Herzogin Elisabeth Hospital in Braunschweig eine bariatrische Operation hatten (n=638) angeschrieben. Davon haben 273 die Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt (42,79%). Zusätzlich konnten 44 Patienten gewonnen werden, die im SRH Waldklinikum Gera operiert wurden. Die Gesamtzahl der in die Analyse eingegangenen Patienten beträgt 317.

Ergebnisse: 261 Frauen (82%) und 56 Männer im Alter von 22-78 Jahren (MW 47,25) nahmen teil. 61% hatten einen Magenbypass erhalten, gefolgt vom Magenband (22%) und Schlauchmagen (17%). 71% hatten Haupt- oder Realschulabschluss. 17,3% (n=55) der untersuchten 317 Patienten hatten bereits eine plastische Operation im Anschluss an eine adipositaschirurgische Maßnahme erhalten. Am häufigsten wurde an Bauch, Oberschenkeln und Brust operiert. Der Wunsch nach einem plastisch-chirurgischen Eingriff an diesen Körperteilen lag um die 60%. Patienten mit plastischer Operation hatten signifikant mehr an Gewicht verloren und gaben einen längeren Zeitraum seit der adipositaschirurgischen Maßnahme an. Generell waren Patienten nach plastischer Operation zufriedener mit ihrer Attraktivität und dem generellen Aussehen ihrer Körperteile (MBSRQ) als Patienten ohne OP.
Diskussion: Durch die Zunahme der bariatrisch-chirurgischen Maßnahmen werden auch die plastisch-chirurgischen Eingriffe zunehmen. Ein großer Anteil der Patienten wünscht plastisch-chirurgische Eingriffe. Die Körperzufriedenheit scheint sich nach plastisch-chirurgischen Eingriffen zu verbessern. Die langfristigen Konsequenzen auch für die psychische Situation der Betroffenen müssen weiter untersucht werden.

P-07-DO

Psychische Gesundheit im Langzeitverlauf nach Sleeve-Gastrektomie: Eine 5-Jahres-Katamnese

Ölschläger Sabrina[1], Lenhard Konrad[1], Mack Isabelle[1], Becker Sandra[1], Windthorst Petra[1], Meile Tobias[2], Kramer Michael[3], Zipfel Stephan[1], Teufel Martin[1]
[1]Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Tübingen, Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen, Deutschland, [3]Chirurgische Klinik, München-Bogenhausen, Deutschland

Adipositas gilt als multifaktoriell bedingte Erkrankung (genetisch, psychosozial, soziokulturell), deren Behandlung schwierig ist. Bei schwerster Adipositas ist die Behandlung der Wahl eine bariatrische Operation. Bezüglich des wichtigen chirurgischen Verfahrens der Sleeve-Gastrektomie gibt es bisher keinerlei Langzeitdaten hinsichtlich der psychischen Situation operierter Betroffener.
In die aktuelle Untersuchung werden 276 Betroffene nach Sleeve Gastrektomie eingeschlossen, die am Adipositas-Zentrum Tübingen operiert wurden. Im 5-Jahres-Follow-up wird das bereits vor Operation durchgeführte umfassende Assessment hinsichtlich Essverhalten und psychischer Gesundheit wiederholt. Dazu gehören neben Experteninterviews (u. a. EDE) Fragebögen zur psychischen Gesundheit, Essverhalten, Körperbild und Steresserleben (PHQ-D, EDI-2, FKB-20, FEV, PSQ).
Neben dem Gewicht wird die somatische Komorbidität und psychosoziale Entwicklung erfasst.
Die Rekrutierung wird voraussichtlich bis Dezember 2013 abgeschlossen. Über die erstmalige langfristige katamnestische Untersuchung eines Kollektivs nach Sleeve Gastrektomie hinsichtlich Essverhalten und psychischer Gesundheit hinaus sollen Prädiktoren des Verlaufs beschrieben werden. Damit stünden Parameter zur Verfügung, die zukünftig gezielt therapeutisch beeinflusst werden könnten, um den Erfolg der chirurgischen Maßnahme zu unterstützen.
This work is supported by the "*Kompetenznetz Adipositas (Competence Network of Obesity)*" funded by the German Federal Ministry of Education and Research (01GI1322).

P-08-DO

Männer mit Anorexia nervosa. Ist das Kriterium BMI < 17,5 kg/m² als Grenzwert sinnvoll?

Kranzeder Alexandra[1], von Wietersheim Joern[1]
[1]Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

Zielsetzung: Anhand einer Falldarstellung soll diskutiert werden, ob der für Frauen entwickelte BMI-Grenzwert auf für Männer zutrifft.
Methode: Falldarstellung eines 43jährigen männlichen Patienten mit Anorexia nervosa anhand von klinischen Befunden, Laborparametern und Beobachtung des Verlaufs über 12 Wochen der stationären Behandlung. Beobachtung des Verlaufs schwerwiegender somatischer Symptome im Bezug zum Gewicht, bei einem 43-jährigen Patienten, der bei Aufnahme lediglich ein mäßiges Untergewicht hatte.
Ergebnis: Trotz eines Aufnahme-BMI von 16,66 kg/m² (Gewicht 57 kg Größe 1,85cm) ausgeprägte Kachexie mit nahezu fehlendem buccalem und Unterhautfettgewebe, Dekubiti an Wirbelsäule und Beinen, einer Leukopenie 2,9 Giga/l (4,4-11,3), Thrombopenie 70 Giga/l (150-450), Erythropenie 3,1 Tera/l (4,5-5,9), Anämie mit einem Hämoglobin 9,7g/dl (14.0-17,4), Phosphat anorg. 0,25mmol/l (0,81-1,45), Calcium 1,9mmol/l (2,2-2,6), AST 161 U/L (< 50), ALT 171 U/l (< 45). gGT 93 U/l (< 60), Protein 51 g/l (66-83), Albumin 32 g/l (35-53). Innerhalb der ersten 14 Tage entwickelte der Pat. eine Leukopenie von 1,4 Giga/l (4,4-11,3) und Granulopenie von 0,7 Giga/l (1,3-6,7).
Der somatische Zustand besserte sich erst deutlich, als der Patient einen BMI von 18,42 kg/m² (+6kg) erreichte, aber auch bei diesem Gewicht wirkte der Patient weiter deutlich kachektisch. Außer der Leukopenie 2,8 Giga/l (4,4-11,3), Erythropenie 4,2 Tera/l (4,5-5,9), Anämie mit einem Hämoglobin 9,7g/dl (14.0-17,4) stabilisierten sich die übrigen Werte im Normbereich.
Schlussfolgerung: Die alters- und Geschlechtsunabhängige BMI Grenze im ICD10 ist zur alleinigen Einschätzung der Schwere der Erkrankung ein unzureichendes Instrument, besonders für Männer. Bei diesen ist die Muskel-Fett-Verteilung anders. Bei sehr großen und sehr kleinen Menschen kommt es zu einer Verzerrung der Werte (Trefethen 2013). Daher ist auch die mit DSM-V eingeführte Veränderung der AN-Kriterien, die keinen festen Grenzwert mehr vorsehen, sehr zu begrüßen.

P-09-DO

Daughter-mother relationship conflicts in patients with bulimia nervosa and healthy controls

Zhou Xiaorong[1], Holzinger Kathrin[1], Pokorny Dan[1], von Wietersheim Jörn[1]
[1]Universität Ulm, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

Aim: To explore and compare the daughter-mother relationship patterns in bulimia nervosa (BN) patients and healthy controls, and the potential link between interpersonal relationship conflicts and bulimia nervosa.
Method: 30 female patients with bulimia nervosa were recruited from different hospitals in Germany. The control group (N=30) which is free of previous or current eating disorders was selected to match the patients in terms of age and educational status. All participants filled in SCL-90R, EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2), FES (Family Environment Scale), ECR-S (Experience of Close Relationship, short version). To assess the severity of the BN symptoms, EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) was assessed from the patients. Furthermore, the participants were asked to describe the relationship with their mother with 5 adjectives and to give an example for each adjective. The interviews were transcribed. Adjectives and examples were coded using the CCRT-LU (Core Conflict Relationship Theme-LU) methods. The coding was performed under a blinded design by trained medical students.
Results: Patients showed significant higher values in all dimensions of SCL-90R. In EDI-2, only maturity fears did not differ between the two groups. The core conflicts perceived by BN patients compared to the controls are deficiencies of support and intimacy from the mother and a distance from both sides in the relationship. Bulimia patients experienced more neglecting and rejecting from their mothers than the controls, while the mother of the patients are described as less autonomous and less mentally strong. Additionally, a higher frequency of negative emotions presented in the narrative materials suggested the patients may suffer more from emotional burden. Interestingly, CCRT-coding and FES data of the rebel and control theme were not significantly different between patients and controls, which does not coincide with our assumption.
Discussion: We assume that daughter-mother relationship shaped the basic relationship patterns for the daughters in contact with the others. A deeper understanding in the role of this relationship conflicts in the bulimic etiology could be useful for clinical practices with BN patients.

P-10-DO

Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Sportsuchtgefährdung und Essstörungssymptomen, Depressivität, ADHS und Persönlichkeitsvariablen

Müller Astrid[1], Wos Katharina[1], Kerling Arno[2], Wünsch-Leiteritz Wally[3], de Zwaan Martina[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, [2]Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Sportmedizin, Hannover, Deutschland, [3]Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland

Hintergrund: Extreme sportliche Betätigung, die mit einer Vernachlässigung familiärer und beruflicher Aktivitäten einhergeht, und die trotz persistierender körperlicher Beschwerden und Verletzungen fortgeführt wird, kann einen suchtartigen Charakter haben. Ziel der Untersuchung war es, den Zusammenhang zwischen Sportsuchtgefährdung und relevanten psychischen Variablen in Gruppen mit unterschiedlicher sportlicher Aktivität zu untersuchen.
Methode: In die Studie wurden 108 Freizeitsportler/innen, 105 Leistungssportler/innen und 52 Patientinnen mit Anorexia oder Bulimia nervosa eingeschlossen. Von den Teilnehmenden wurden folgende Fragebögen beantwortet: Exercise Dependence Scale (EDS-21), Eating Disorder Examination Questionnaire, Fragebogen zum Körperbild, Patient Health Questionnaire-Depression, Wender Utah Rating Scale, Connors Adult ADHD Rating Scale, Persönlichkeitsstörungs-Screening, Subskala Perfektionismus des Eating Disorder Inventory, Effortful Control Scale des Adult Temperament Questionnaires sowie die Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Skalen. Zusätzlich wurden die Sportmotivation und -art erfasst. Die Fragebogendaten wurden zwischen den drei Gruppen verglichen und es wurden separate Regressionsmodelle für jede Gruppe berechnet, um den Zusammenhang zwischen Sportsuchtgefährdung und den genannten psychologischen Variablen in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit zu beurteilen.
Ergebnisse: Leistungssportler/innen berichteten höhere „Sportsucht"-Werte in der EDS-21 als Patientinnen mit Essstörungen und Freizeitsportler/innen. Erwartungsgemäß unterschieden sich die Gruppen bzgl. der Motive zum Sporttreiben und Patientinnen mit Essstörungen wiesen überwiegend pathologischere Werte in den Fragebögen auf als die anderen beiden Gruppen. Die Regressionsanalysen zeigten, dass suchtähnliches Sporttreiben (EDS-21) bei Leistungssportler/innen und Patientinnen mit Essstörungen signifikant mit depressiven Symptomen assoziiert war, während bei Freizeitsportler/innen ein signifikanter Zusammenhang mit Essstörungssymptomen und Impulsivität, einschl. ADHS, auffiel.
Diskussion: Die Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer sportpsychologischen und klinischen Relevanz diskutiert werden.

P-11-DO

Vitamin-D_3-Synthese durch UV-Bestrahlung bei Patienten mit hyperphager Essstörung

Obbarius Alexander[1], Pietz Heike, Stengel Andreas, Hofmann Tobias, Uebelhack Ralf, Klapp Burghard, Rose Matthias
[1]Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Ein Mangel an Vitamin D hat umfassende Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel und die Calciumhomöostase im menschlichen Körper. Einflüsse sowohl auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen wie auch auf die Entstehung und Verhinderung von Adipositas werden diskutiert. Bei Patienten mit Adipositas besteht häufiger ein Vitamin D Mangel als bei normalgewichtigen Patienten. Üblicherweise erhalten Patienten mit Vitamin D Mangel per os Präparate zur Substitution. In dieser Studie wurde die Möglichkeit der Beeinflussung des Serum Vitamin D Spiegels durch geringe Dosen an UV-Strahlung untersucht. 71 Patienten mit hyperphager Essstörung und 40 normalgewichtige Patienten ohne Essstörung wurden dreimal in einer Woche mit unterschiedlichen UV-Dosen bestrahlt. Dabei konnte gezeigt werden, dass der Vitamin D Spiegel im Serum bei Patienten mit hyperphager Essstörung ansteigt, bei Patienten ohne Essstörung jedoch kein Anstieg erfolgt. Ob tatsächlich bei Patienten mit hyperphager Essstörung das Vitamin D neu synthetisiert wird oder ob vorwiegend eine Mobilisation aus dem Fettgewebe erfolgt kann nicht abschließend geklärt werden. Die Ergebnisse bestätigen bisherige Forschungsergebnisse und unterstreichen die Bedeutung der Sonnenexposition von Patienten mit hyperphager Essstörung.

P-12-DO

Erhöhte DPP4-Serumspiegel bei Adipositas - mögliche Verminderung des nahrungsinhibitorischen Signalweges

Stengel Andreas[1], Goebel-Stengel Miriam[2], Teuffel Pauline[1], Hofmann Tobias[1], Bußе Petra[1], Kobelt Peter[1], Rose Matthias[1], Klapp Burghard[1]
[1]Charité Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Martin-Luther-Krankenhaus, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Innere Medizin, Institut für Neurogastroenterologie und Motilität, Berlin, Deutschland

Dipeptidylpeptidase 4 (DPP4) ist eine Serinprotease, welche über Aktivierung sowie Degradierung verschiedener Peptidhormone in Funktionen wie Hunger- und Sättigungs- sowie Stimmungsregulation und Immunantwort involviert ist. Erhöhte zirkulierende DPP4-Aktivität wurde bei hyporektischen Patienten gefunden, wohingegen die Situation bei Adipositas unbekannt ist. Deshalb wurden die DPP4-Konzentration und -Enzymaktivität über ein breites Spektrum des Body Mass Index (BMI) bestimmt.
Methoden: 75 hospitalisierte Patienten (n=15/Gruppe, 5 Gruppen, je 8 Männer und 7 Frauen) mit einem BMI von < 17,5 kg/m^2 (Anorexia Nervosa, AN, hier 15 Frauen), 18,5-25 kg/m^2 (Normalgewicht), und verschiedenen Schweregraden von Adipositas (BMI 30-40, 40-50 und >50 kg/m^2) wurden eingeschlossen. Die DPP4-Konzentration wurde mittels Western Blot bestimmt, die Enzymaktivität mittels Gly-Pro p-Nitroanilid als Substrat. Die Konzentrationen der DPP4-Substrate Pankreatisches Polypeptid (PP) und Glukagon-like Peptid-1 (GLP-1) wurden mittels ELISA gemessen.
Ergebnisse: DPP4 wurde im Plasma nachgewiesen; es zeigten sich eine prominente Bande bei der erwarteten Größe von 110 kDa und eine weitere Bande bei 50 kDa (wahrscheinlich DPP4-Fragment aus zwei schweren Ketten). Die semiquantitative Analyse ergab ähnliche DPP4-Konzentrationen bei Normalgewicht und AN, während diese bei Adipositas erhöht waren (+25%, $p< 0,05$), resultierend in einer positiven Korrelation von DPP4 und BMI ($r=0,52$, $p< 0,001$). Die DPP4-Enzymaktivität unterschied sich jedoch nicht zwischen den Gruppen ($p>0,05$). Die DPP4 Konzentrations-/Aktivitäts-Ratio war bei Adipösen höher im Vergleich zu Normalgewicht und AN (+50%, $p=0,01$). Die Plasmaspiegel von PP waren am höchsten bei AN im Vergleich zu den adipösen Gruppen (+60%, $p=0,02$), was sich auch in einer negativen Korrelation von PP und BMI widerspiegelte ($r=-0,44$, $p< 0,001$). Die GLP-1-Spiegel zeigten keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($p>0,05$).
Schlussfolgerungen: Die DPP4-Plasma-Konzentrationen sind abhängig vom metabolischen Status mit höheren Werten bei Adipösen. Da die Enzymaktivität unverändert ist, resultiert dies auch in einer erhöhten Konzentrations-/Aktivitäts-Ratio. Vor dem Hintergrund, dass DPP4 verschiedene nahrungsinhibitorische Hormone wie PP deaktiviert, kann eine erhöhte DPP4 Konzentrations-/Aktivitäts-Ratio bei adipösen Patienten zu einer Verminderung des anorexigenen Signalweges beitragen und somit die metabolische Situation weiter verschärfen.

Psychosomatik in anderen Fachgebieten und Multimorbidität

P-13-DO

Subjects suffering from unspecific somatic symptom burden are at increased risk for the onset of type 2 diabetes: findings from the MONICA/KORA Augsburg cohort study 1984-2009

Baumert Jens[1], Lukaschek Karoline[1], Kruse Johannes[2,3], Emeny Rebecca Thwing[1], Rückert Ina-Maria[1], Meisinger Christa[1], Ladwig Karl-Heinz[1,4]
[1]Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Deutschland, [2]Universität Gießen, Gießen, Deutschland, [3]Universität Marburg, Marburg, Deutschland, [4]Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, München, Deutschland

Background: Unspecific somatic symptoms are often reported by patients but can not be assigned well to underlying diseases. Several studies indicate associations of those symptoms with severe outcomes which have led to a growing interest on their potential role in risk for cardio-metabolic diseases. The aim of our study was to assess the impact of the unspecific somatic symptom burden (USSB) on the onset of type 2 diabetes.
Methods: The study population consisted of 10,511 participants aged 25-74 years drawn from the population-based MONICA/KORA Augsburg Cohort conducted in 1984-2009 in the Augsburg region (Southern Germany). Somatic symptoms were assessed by a self-administered questionnaire using the von Zerssen symptom checklist and calculating a score by the sum of the nine single items faintness, feelings of heaviness in the legs, vertigo, eye fibrillation, dyspnea, feelings of suffocation, palpitation, numbness and strong perspiration. Cox regression using fractional polynomials (FP) transformations was applied to estimate the risk of the USSB score on the incidence of type 2 diabetes within a mean follow-up time of 16 years.
Results: The burden of unspecific somatic symptoms was higher in women than in men, in older age groups, in obese and physically inactive subjects and in subjects with hypertension (p values < 0.001). Cox regression adjusted for age, sex and survey revealed a significant linear increase of type 2 diabetes risk per one unit increase of the USB score shown by a hazard ratio (HR) of 1.048 (95% 1.034-1.062, p < 0.001). Additional adjustment for cardio-metabolic risk factors attenuated this effect (HR = 1.027) but significance remained (p value < 0.001. No significant modification of this effect by age, sex or any of the cardio-metabolic risk factors was observed.
Conclusions: Our findings indicate that it might be valuable to assess the unspecific somatic symptom burden in addition to established cardio-metabolic risk factors when screening for potential diabetes cases. Further research is needed to assess the underlying pathophysiological mechanism and potential causal relationships between somatic symptoms and diabetes.

P-14-DO

Typische Belastungen von Patienten mit problematischer Stoffwechseleinstellung - Ergebnisse einer Selbst- und Fremdeinschätzung im Rahmen eines neuen Versorgungsprojekts (psy-PAD)

Koehler Birgit[1], Kruse Johannes[1]
[1]Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland

Hintergrund: In der Therapie des Diabetes besteht eine hohe Wechselwirkung zwischen psychosozialen Belastungen und einer problematischen Stoffwechseleinstellung. Zur Reduktion von Behandlungsbarrieren und diabetesbezogenen emotionalen Belastungen wird zurzeit ein neues kooperatives Versorgungsprogramm (psy-PAD) in diabetelogischen Schwerpunktpraxen im mittelhessischen Raum modellhaft implementiert und evaluiert. Ziel des neuen Versorgungsprogramms ist es, die Ausprägung psychosozialer Belastungen durch ein niedrigschwelliges Kurzzeittherapieprogramm zu reduzieren, den Zugang in die psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung zu erleichtern und so die Stoffwechseleinstellung (HbA1c) zu verbessern, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu steigern das Kompetenzerleben des Arztes und seine Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Das neue Versorgungsprojekt wird von einer konsiliarisch tätigen Psychosomatikerin in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Diabetologen durchgeführt.
Methoden: 180 Patienten mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes, problematischer Stoffwechseleinstellung (HbA1c>7,5%) und ausgeprägter emotionaler Belastung im Umgang mit dem Diabetes wurden von 2010 bis 2013 in die randomisiert-kontrollierte Studie eingeschlossen. Zu Beginn der Untersuchung nehmen die Patienten an einer umfassenden Fragebogenuntersuchung (u.a. SF36, PHQ-D, HADS, PAID) zur Selbsteinschätzung sowie an einem ausführlichen klinischen Interview (SKID) als Fremdbeurteilungsverfahren teil. Desweiteren werden somatische Parameter (u.a. HbA1c, Triglyceride, Blutdruck) bestimmt.
Ergebnisse: Die Rekrutierung endet im Dezember 2013. Dargestellt werden die Ausgangsdaten, insbesondere Zusammenhänge zwischen typischen Belastungen in der Selbst- und Fremdbeurteilung und deren Zusammenhänge zu Stoffwechselparametern und somatischen Aspekten der Erkrankung.
Diskussion: Die Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer Relevanz für die klinische Praxis diskutiert.

P-15-DO

Psychophysiologische Charakteristika bei Patienten mit allergischer Rhinitis

Zimmermann-Viehoff Frank[1,2], Brinkhaus Benno[3], Enck Paul[4], Musial Frauke[5], Ortiz Miriam[3]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, [2]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, [3]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Sozialmedizin, Berlin, Deutschland, [4]Universität Tübingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [5]Universität Tromso, National Research Center in Complementary and Alternative Medicine, Tromso, Norwegen

Hintergrund: Allergische Rhinits (AR) wird im Allgemeinen als lokale Erkrankung betrachtet. Systemische Veränderungen autonomer und neuroendokriner Funktionen wurden vereinzelt beschrieben. Unsere Studie untersuchte die Frage, ob AR-Patienten im Vergleich zu Gesunden Auffälligkeiten im Bereich des autonomen Nervensystems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse aufweisen.
Methoden: 30 Patienten mit AR und 30 geschlechts- und alters-

gematchte Kontrollen (Alter 34.3±7.96 Jahre, 50% weiblich) wurden mittels einer psychophysiologischen Testbatterie untersucht. Parasympathische Aktivität wurde mittels Bestimmung der Herzfrequenzvariabilität, sympathische Aktivität mittels Messung der Blutdruckreaktion auf den Cold Pressure-Test und die Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse mittels Bestimmung der Cortisol-Weckreaktion abgeschätzt.
Ergebnisse: SA Patienten zeigten im Vergleich zu gesunden Kontrollen unter kontrollierter Atmung eine erhöhte Ruhe-Herzfrequenz ($F(2,57) = 12.73$; $p=0.001$, $\eta_p^2 = 0.183$), sowie eine erniedrigte High frequency power der Herzfrequenzvariabilität ($F(2,57) = 3.96$; $p=0.05$, $\eta_p^2 = 0.065$). Die systolische Blutdruckreaktion auf den Cold Pressure-Test war gegenüber Kontrollen vermindert (Interaktionseffekt Gruppe x Zeitverlauf: $F(2,58) = 5.22$; $p=0.01$, $\eta_p^2 = 0.084$). Bezüglich der Cortisol-Weckreaktion zeigten sich keine Unterschiede.
Schlussfolgerung: SA Patienten wiesen deutliche Auffälligkeiten im Sinne einer verminderten vagalen Aktivität sowie einer sympathischen Hyporeaktivität auf. Längsschnittuntersuchungen müssten klären, ob es sich bei den beobachteten Veränderungen um Folgen der Erkrankung oder Risikofaktoren für die Entwicklung einer AR handelt.

P-16-DO

Auswirkung von akutem Stress auf die sensorische Wahrnehmung und die Herzratenvariabilität bei chronisch juckenden Hauterkrankungen

Stumpf Astrid[1], Broecker Philipp[2], Volmering Lisa Clara[1], Heuft Gereon[1], Schneider Gudrun[1], Burgmer Markus[1], Marziniak Martin[3], Ständer Sonja[2]
[1]Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland, [2]Kompetenzzentrum Chronischer Pruritus, Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland, [3]Klinik für Neurologie, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, München, Deutschland

Einleitung: Dass Juckreiz durch psychischen Stress verschlimmert wird, ist ein häufig zu beobachtendes klinisches Phänomen. Bisher ist jedoch unklar, in wie fern es neben möglichen immunologischen Veränderungen auch zu einer Veränderung der Wahrnehmungsschwellen durch Stress kommen kann.
Methode: In der laufenden Studie untersuchen wir jeweils 25 Patienten mit chronischem Pruritus und Prurigo nodularis sowie 25 gesunde Kontrollprobanden. Alle Teilnehmer der Studie erhalten eine quantitative sensorische Messung vor, unmittelbar nach sowie mit einer Latenz von 90 min. nach dem Trierer Sozialen Stress Test (TSST). Parallel hierzu wird die Herzratenvariabilität aufgezeichnet. Es erfolgt ebenfalls eine Untersuchung mittels des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), des Trierer Inventar zum Chronischen Stress (TICS), der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und des Dermatology Life Quality Index (DLQI). Zudem werden die Pruritus-Intensität, die Anspannung sowie die Stress-Intensität mittels visueller Analogskala vor und nach dem TSST gemessen. Eine erste vorläufige Auswertung von Daten erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test.
Ergebnisse: Eine erste Auswertung von 21 Patienten mit chronischem Pruritus und Prurigo nodularis ergab, dass sich alle Patienten durch den TSST gestresst fühlten ($p = 0.000$). Die Wahrnehmungs- sowie auch die Schmerzschwellen veränderten sich jedoch durch sozialen Stress unterschiedlich. Betrachtet man die Differenz vor dem TSST und nach dem TSST (Δ), so wurde die mechanische Detektionsschwelle (MDT) bei $n = 14$ durch Stress erhöht (Δ MDT: -2.7±2.4), bei $n = 7$ jedoch erniedrigt (Δ MDT: 2.6±1.8; $p = 0.000$), ähnliche Ergebnisse zeigten sich für die mechanische Schmerzschwelle und die Schmerzsensitivität für Nadelreize.
Schlussfolgerung: Es gibt Hinweise darauf, dass Stress zu einer Veränderung der Wahrnehmungs- und Schmerzschwelle bei Patienten mit chronischem Pruritus führt, die bei einem Teil der Patienten zu einer stärkeren Wahrnehmung von Reizen führt.

P-17-DO

Optimismus, körperliche Befindlichkeit und Lebensqualität bei Lebendnierenspendern und -empfängern

Kunze Sabine[1], Ressel Nadja[1], Magister Selina[1], Berth Hendrik[1]
[1]TU Dresden/Medizinische Fakultät/Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Dresden, Deutschland

Es gibt es kaum Studien, die Optimismus, körperliche Befindlichkeit, Lebensqualität, Krankheits- und Dialysedauer bei terminaler Niereninsuffizienz und geplanter Lebendnierentransplantation analysiert haben.
Fragestellung: Untersucht wurde, ob sich bei Lebendnierenspendern und -empfängern vor einer geplanten Transplantation ein Zusammenhang von dispositionellem Optimismus, körperlicher Befindlichkeit und subjektiver gesundheitsbezogener Lebensqualität in Abhängigkeit von soziodemographischen und krankheitsspezifischen Merkmalen zeigt.
Methoden: Vor geplanter Lebendnierentransplantation erfolgte eine Befragung der Spender-Empfänger-Paare ($N = 58$) mit verschiedenen psychologischen Testverfahren zur Erfassung des dispositionellen Optimismus (LOT-R: Life Orientation Test, Glaesmer et al. 2008), der körperlichen Befindlichkeit (GBB-24: Giessener Beschwerdebogen, Brähler, Hinz & Scheer 2008) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (WHO-5: WHO-Five Wellbeing Index, Bech 2004). Weiterhin wurden krankheitsspezifische (Krankheits- und Dialysedauer) und soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Berufsausbildung, Erwerbsstatus, Spenderverhältnis) erhoben.
Ergebnisse: Lebendnierenempfänger sind pessimistischer, fühlen sich stärker körperlich beeinträchtigt und haben eine schlechtere subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es zeigen sich bei Empfängern verstärkt Zusammenhänge von dispositionellem

Optimismus, körperlicher Befindlichkeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Dispositioneller Optimismus und körperliche Befindlichkeit beeinflussen die Lebensqualität von Spendern und Empfängern.

Diskussion: Dispositioneller Optimismus und körperlichen Befindlichkeit haben eine Relevanz für die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität von Spendern und Empfängern. Diese psychosomatischen Zusammenhänge sind somit auch praktisch bedeutsam im Rahmen des psychologischen Screenings, der psychologischen Begutachtung und bei psychotherapeutischen Interventionen von Spendern und Empfängern.

Referenzen:

Bech P. Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. QoL Newsletter 2004; 32: 15-16.

Brähler, E., Hinz, A. & Scheer, J.W. (2008). Der Gießener Beschwerdebogen (GBB-24). Bern, Hans Huber (Hogrefe)

Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J., Herzberg, P., Y. (2008). Die deutsche Form des Life Orientation - Test (LOT-R) zum dispositioellen Optimismus und Pessimismus. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 16, 26-31

P-19-DO

Trait anxiety but not state anxiety level associates with biomarkers for hypertension in the Metabolic Sydrome: a structural equation modeling approach

Lemche Alexandra V[1], Chaban Oleg S[1], Lemche Erwin[2]

[1]Bogolomets National Medical University, Neuroses and Somatoform Disorders, Kiev, Ukraine, [2]Institute of Psychiatry, King's College London, Section of Cognitive Neuropsychiatry, London, Vereinigtes Königreich

Objectives: Various studies link hypertension with anxiety, however, it remains unclarified how emotional and pathophysiological mechanisms coact in hypertension. Because hypertension is considered an element in the constitution of the Metabolic Syndrome (MetS), we studied cross-sectionally the interrelations of self-reported anxiety (Spielberger), biological, and sociodemographic measures in MetS patients.

Methods: We investigated a nationally sampled treatment cohort for MetS with familial type 2 diabetes mellitus (T2DM) risk or manifest T2DM. N = 101 patients fulfilling International Diabetes Federation criteria for MetS participated. Both laboratory (lipid profile, fasting plasma glucose, T2DM, cholesterol, etc.) and non-laboratory (blood pressure, waist circumference, BMI, etc.) measures were included.

Results: Following correlation matrix, we entered all variables into Principal Component Analysis (PCA with 66% explained variance, oblimin rotation, Kaiser-normalization). The PCA suggested a two-factor solution (eigenvalues 24 and 18), where the first latent variable showed high loadings of obesity-related measures, and the second latent variable high loadings of blood pressure measures and trait anxiety. Because these two factors showed zero-association, two separate path models were tested with good fit and stability indices: (a) "Obesity" with waist girth and BMI, but no anxiety-related paths (log likelihood -728.93, χ^2=25.04, P< 0.00001, overall R^2=0.97, path coefficients 0.46~0.98, all Ps< 0.0001); (b) "Hypertension" with total cholesterol and trait anxiety (log likelihood -1237.26, χ^2=183.82, P< 0.00001, overall R^2=0.95, path coefficients 0.24~0.96, Ps< 0.013~0.0001).

Conclusions: The findings in this MetS sample suggest two highly distinct latent constructs amongst MetS biomarkers, one obesity-related, and one hypertension-related. The findings from path modeling support the assumption of an interaction of blood-pressure span, cholesterol metabolism, and high trait anxiety, in the pathophysiology of MetS.

P-20-DO

The features of the personality at ill from spondylosis cervicalis and ill from spondylosis lumbalis

Pedziwiatr Henryk[1]

[1]University of Zielona Gora, Department of Phisical Education, Zielona Gora, Polen

Introduction: The persons from spondylosis cervicalis and spondylosis lumbalis show among others: the various styles of attachment and the image of body self, differences in the features of temperament, difficulty in the contact with the own body and coping with negative affection and the disorder of the early report with the mother. Observed differences and difficulty appear in the analogous period of the man life for the development the features of personality. Present investigations are the test of the answer on the question:or the different kinds of the features of the personality step out in studied ill groups, how at healthy persons?

Methods: The investigations were conducted in 2012-2013 years at 144 persons in the age 18-55 divided on 3 group(48 persons): ill from spondylosis cervicalis, ill from spondylosis lumbalis and the supervisory group.The features of the personality were studied use Questionnaire of Personality from Erich Mittennecker and Walter Toman. The statistical analysis the results of investigations was conducted use the model of the linear regression.

Results: At ill from spondylosis cervicalis, in the comparison with the supervisory group, the differences stepped out in the range of the feature: paranoid (p=0.000), maniacal(p=0.000), self critique(p=0.002), putting antisocial (p=0.01), depressive(p=0.015), vegetatively stable(p=0.033), schizoid (p=0.036). The differences stepped out in the range of the feature at ill from spondylosis lumbalis: paranoid(p=0.000), maniacal (p=0.000), schizoid(p=0.000), neurotic(p=0.001),
self critique(p=0.004).

Conclusions: The patients from spondylosis cervicalis manifest personality tendencies in range: small readiness to fight with external threat, low level of internal aggression, low level of self-con-

trol, lowered level of self critique, higher putting on social good, raised tendency to depressive states, lowered sensibility on stimulation and raised vegetative lability. The patients from spondylosis lumbalis manifest personality tendencies in range: excessive trust in the face of strange and the low readiness to fight with external threat, low level of internal aggression and small susceptibility on irritation, he irritates the excessive control and phobia and thin manifesting joy and pride, the high attachment to the material world and small sensibility on survived emotional states, low level of reflexivity and high sensibility on social opinion, high level of emotional stability and lowered level of self- critique.

P-21-DO

Subjektive Wahrnehmung von Körperbeschwerden und objektive Funktionseinschränkung im Alter

Böhlen Friederike[1], Herzog Wolfgang[1], König Hans-Helmut[2], Maatouk Imad[1], Niehoff Dorothea[1], Saum Kai-Uwe[3], Brenner Herrmann[4], Wild Beate[1]

[1]Universtitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), Hamburg, Deutschland, [3]DKFZ Heidelberg, Klinische Epidemiologie und Alternsforschung, Heidelberg, Deutschland, [4]Epidemiologisches Krebsregister Saarland, Saarbrücken, Deutschland

Hintergrund: Multiple körperliche Symptome bei älteren Menschen sind häufig. Sie sind abhängig von physiologischen Einschränkungen im Rahmen des Alterungsprozesses und zunehmender Multimorbidität, aber auch von der psychischen Konstitution des Einzelnen, die die Wahrnehmung und Verarbeitung der Beschwerden beeinflusst. Daher ist es schwierig zu bestimmen, ob die geschilderten Körpersymptome einer körpermedizinisch erklärbaren oder nicht- erklärbaren Ursache zuzuordnen sind. Creed et al. schlagen daher vor, eine hohe somatische Beschwerdelast als eigene psychopathologische Entität zu betrachten (1). Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, welche Organsysteme bzw. deren Einschränkungen bei älteren Menschen mit erhöhter subjektiver körperlicher Symptomlast zusammenhängen.
Methoden: Die Daten wurden im Rahmen des 8-Jahres Follow-up der populations-basierten ESTHER-Studie erhoben. Bei n= 3124 älteren Menschen wurde der Schweregrad körperlicher Symptome mit dem PHQ-15 (Patient`s Health Questionaire) erfasst. Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden mit dem CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale- Geriatric) von Hausärzten bzgl. 14 Organkategorien (13 somatisch & 1 psychisch) mit insgesamt 5 Abstufungen eingeschätzt. Der Zusammenhang zwischen der Zuordnung zu hohem und geringem Schweregrad körperlicher Symptome (1/0) und der Beeinträchtigung der einzelnen Organsysteme wurde über eine logistische Regression geschätzt, adjustiert für psychosoziale Variablen.
Ergebnisse: In der Gruppe älterer Menschen wurde eine hohe körperliche Beschwerdelast bei 6,5% (n=153) der Teilnehmer (95%-CI: 5,64; 7,38) gefunden. In der logistischen Regression zeigte sich eine hohe körperliche Beschwerdelast positiv assoziiert mit der Beeinträchtigung einzelner Organsysteme (Nervensystem und Psyche, Herz und Bewegungsapparat,), sowie mit jüngerem Alter (55- 64J) und weiblichem Geschlecht.
Schlussfolgerung: Unsere Studie zeigt, dass neben Herz und Bewegungsapparat auch das Nervensystem und die Psyche, sowie weitere psychosoziale Kriterien mit einer hohen körperlichen Beschwerdelast im Alter assoziiert sind. Dies unterstreicht den Bedarf nach psychotherapeutischen Interventionen in dieser Patientengruppe.
Referenz: 1. Creed FH, Davies I et al. The epidemiology of multiple somatic symptoms. J Psychosom Res 2012; 72: 311-317

P-23-DO

Primär Biliäre Zirrhose - ein als stigmatisierend erlebter Diagnosebegriff? Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung

Wahl Inka[1], Feige Andreas[2], Wilke Stefanie[3], Weiler-Normann Christina[4], Rose Matthias[5], Lohse Ansgar W.[4], Löwe Bernd[1], Schramm Christoph[4]

[1]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, [2]Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg, Deutschland, [3]Psychoanalytische Praxis, Mannheim, Deutschland, [4]I. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, [5]Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Die Primär Biliäre Zirrhose (PBC) ist eine autoimmune Lebererkrankung, die in der Regel langsam verläuft und zur Leberzirrhose führen kann. Etwa ein Drittel der Patienten spricht nicht ausreichend auf die Therapie mit Ursodesoxycholsäure an. Dieses Drittel kann eine progrediente Erkrankung entwickeln mit dem Risiko, eine Leberzirrhose auszubilden. Der Begriff der Diagnose PBC legt damit ein Stadium der Erkrankung nahe, das bei der Mehrzahl der Betroffenen nicht vorliegt. Ziel dieser Studie ist es, die subjektive Bedeutung des Diagnosebegriffs für das Krankheitserleben von PBC-Patientinnen zu untersuchen.
Methoden: 12 an PBC erkrankte Patientinnen der gastroenterologischen Sprechstunde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurden in einem halbstrukturierten Interview zu ihren Assoziationen zur Diagnose PBC, zu ihren Annahmen über Assoziationen sowie erlebten Reaktionen anderer, zu eigenen Ursachenvorstellungen bzgl. der Erkrankung und denen anderer befragt. Die Interviews wurden gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet.

Ergebnisse: Den Patientinnen der Stichprobe (Altersschnitt:52,21-70) war die Diagnose PBC im Mittel seit 5 Monaten (1Tag-2,5Jahre) bekannt. Als unmittelbare gedankliche Assoziation bei Diagnoseerhalt gaben 5 Patientinnen Alkohol an. 3 Befragte berichteten, Ärzte hätten aufgrund der erhöhten Leberwerte Alkoholkonsum thematisiert. Eine Patientin berichtete, ihr Arzt habe ihr nicht geglaubt, dass sie keinen Alkohol trinke. 2/3 der Befragten gaben an, die Diagnose sei in ihrem Bekanntenkreis mit dem Thema Alkohol assoziiert worden. Sie seien mit Aussagen konfrontiert worden wie: *„Leberzirrhose kriegen sowieso nur Alkoholiker"*, *„Alles, was mit der Leber zu tun hat, das sind heimliche Alkoholiker"*, *„Man wird wirklich überall behandelt wie ein Alki"*. 4 Befragte führten die PBC auf Medikamente zurück. Als weitere Ursachen wurden Vererbung, Ansteckung, ungesunder Lebensstil und Stress erwogen. 4 von 7 Patientinnen, die über Ursachenvorstellungen anderer sprachen, nahmen an, dass andere Alkohol als ursächlich ansähen. Mit dem Zirrhosebegriff assoziierten Betroffene *„Endstation"*, *„Leberzerfall"* und *„Todesurteil"*.
Diskussion: Die qualitative Studie zeigt, dass der Zirrhosebegriff in der Diagnose PBC von Betroffenen mit tödlichen Konsequenzen assoziiert wird und deren Stigmatisierung als Alkoholiker begünstigen kann. Die Ergebnisse legen nahe, die Eignung dieses Diagnosebegriffs kritisch zu hinterfragen.

P-24-DO

Psychische Komorbidität langzeitbeatmeter Patienten und der Einfluss auf den Weaning-Verlauf

Bejga Sandra[1], Spang Jochen[1], Kohlhäufl Martin[2], Weiß Heinz[1]
[1]Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Stuttgart, Deutschland, [2]Klinik Schillerhöhe, Abteilung für Pneumologie und Pneumologische Onkologie, zertifiziertes Weaningzentrum (DGP), Gerlingen, Deutschland

Hintergrund: Langzeitbeatmete Patienten sind vielfältig belastet. Die Abhängigkeit von Beatmungsgeräten führt zu Kontrollverlust, Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Dies kann sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken. Verlaufsstudien aus dem deutschen Sprachraum liegen bisher nicht vor. In der vorliegenden Studie werden die psychische Komorbidität bei Patienten mit prolongiertem Weaning und der Zusammenhang zum Behandlungsergebnis untersucht. Im Rahmen des Beitrags sollen Studie und erste Ergebnisse vorgestellt werden.
Methodik: Die Verlaufsstudie wird seit Jan. 2013 durchgeführt (Laufzeit 1.5 J.). Die Patienten werden zu Beginn und Ende der Behandlung mit einem diagnostischen Interview untersucht. Zusätzlich wird das Krankheitserleben, Krankheitsverarbeitung und Kontaktfähigkeit über Fremdbeurteilungen (Arzt, Pflege, Angehörige) erfasst. 4-8 Wochen nach der Entlassung wird die Lebensqualität der Patienten gemessen (EQ-5D-5L).
Ergebnisse: 92 Patienten (66,3% M, 33,7% W; M = 69,57 Jahre, SD = 11,47) wurden bisher eingeschlossen (Sept. 2013). 16,3% waren delirant, 8,7% wurden wegen mangelnder Deutschkenntnisse ausgeschlossen, 47,8% sahen sich - z. T. aufgrund der erheblichen Belastung durch Grunderkrankung und maschinelle Beatmung - nicht in der Lage, an der Studie teilzunehmen. Somit wurden bisher 25 Patienten (27,2%) untersucht. Der überwiegende Teil hatte eine Erkrankung des Atmungssystems (63%), eine Herzkreislauferkrankung (13,8%), bösartige Neubildungen (9,2%) oder eine Infektion (4,6%). Von den untersuchten Patienten erfüllten 40% (PHQ) die Kriterien einer Depression und 24% (PHQ) die Kriterien einer Angststörung.
Schlussfolgerungen: In der Studie von Jubran et al. (2010) wurden 42% der langzeitbeatmeten Patienten als depressiv diagnostiziert. Die bisherigen Daten aus der vorliegenden Studie stützen dieses Ergebnis. Die Anzahl derjenigen Patienten, die sich nicht zu einer Teilnahme an der Studie in der Lage sahen, ist relativ hoch. Wir gehen davon aus, dass bei zahlreichen dieser Patienten ebenfalls erhebliche psychische Belastungen vorliegen. Insgesamt stellt die Datenerhebung unter den Bedingungen mechanischer Beatmung klinisch und methodisch eine Herausforderung dar. Fremdratings und Verlaufsdaten aus einer Mehrebenenperspektive werden im weiteren Studienverlauf ein umfassenderes Bild der psychischen Belastung langzeitbeatmeter Patienten sowie Hinweise für prognostische Indikatoren und Möglichkeiten psychischer Unterstützung ergeben.

Depressive Störungen

P-25-DO

Metropolenstress: Sind Städter depressiver und ängstlicher?

Daig Isolde[1], Hinz Andreas[2], Brähler Elmar[2]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Psychologie, Berlin, Deutschland, [2]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Bis heute ist nicht eindeutig geklärt ob Urbanisierung mit zunehmenden psychischen Beschwerden einhergeht und ob nach Kontrolle soziodemografischer Faktoren mögliche Stadt-Land-Unterschiede bestehen bleiben. Ziel der Studie ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Urbanisierungsgrad und mentaler Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung. Dabei wird auf Angst und Depression fokussiert, als zwei der häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland.
Methode: Mittels einer Repräsentativbefragung (N=5.036) wurden Daten zur Depressivität (PHQ-2), Angst (GAD-2) und Lebenszufriedenheit (FLZ^M) durch Screenings erhoben und anhand der politischen Ortsgrößen (Organisierungsgrad) untersucht.
Ergebnisse: Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass in städtischen Gegenden die Prävalenz für pathologische Depressivitäts- und Angstwerte im Vergleich zum Land erhöht ist. Klinisch auffällige Werte für Angst erreichen 6,8% der Gesamtbevölkerung,

für Depressivität 8,9%. Nach Stadt-Land aufgeteilt hatten 7,1% der Stadtbevölkerung im Vergleich zu 4,8% der Landbevölkerung pathologische Angstwerte, und 9,3% der Stadtbevölkerung verglichen zu 6,2% der Landbevölkerung pathologische Depressivitätswerte. Ein eindeutig linearer Zusammenhang zwischen Urbanisierung und mentaler Gesundheit besteht jedoch nicht. Bezüglich der Lebenszufriedenheit berichtet die Landbevölkerung tendenziell höhere Werte in den Bereichen Partnerschaft/Sexualität, Familienleben/Kinder, Wohnsituation und Einkommen verglichen zur Stadtbevölkerung.

Schlussfolgerung: Der Urbanisierungsgrad scheint nur ein distaler Faktor für höhere Depressivitäts- und Angstwerte von Städtern zu sein. Die in anderen Studien gefundenen Stadt-Land-Unterschiede in der mentalen Gesundheit sind auf Deutschland nicht ohne Weiteres übertragbar. Es wird vermutet, dass die Zusammenhänge zwischen Urbanisierungsgrad und mentaler Gesundheit vornehmlich ein Effekt des unterschiedlichen psychosozialen Profils der Stadt- und Landbevölkerung ist. Nicht die Urbanisierung an sich sondern die mit der Urbanisierung einhergehenden Lebensumstände wären somit verantwortlich für die höheren pathologischen Werte der mentalen Gesundheit bei Städtern.

P-26-DO

Lebenssinn als existentieller Prädiktor der Depression bei älteren Menschen aus der europäischen Allgemeinbevölkerung

Volkert Jana[1], Dehoust Maria[1], Da Ronch Chiara[2], Grassi Luigi[2], Santos-Olmo Ana-Belen[3], Ausin Berta[3], Munoz Manuel[3], Weber Kerstin[4], Canuto Alessandra[5], Sehner Susanne[6], Schulz Holger[1], Härter Martin[1], Andreas Sylke[1,7]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, [2]Section of Psychiatry, Department of Biomedical and Specialty Surgical Sciences, Ferrara, Italien, [3]University Complutense Madrid, School of Psychology, Madrid, Spanien, [4]University Hospitals of Geneva, Department of Psychiatry and Mental Health, Madrid, Spanien, [5]University Hospitals of Geneva, Department of Psychiatry and Mental Health, Genf, Schweiz, [6]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg, Deutschland, [7]Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt, Österreich

Einleitung: Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Des weiteren stellen Risikofaktoren wie eine niedrige Lebensqualität, somatische Erkrankungen und soziale Deprivation weitere Herausforderungen des höheren Lebensalters dar. Darüber hinaus weisen einige Studien darauf hin, dass ältere Menschen mit einer depressiven Erkrankung einen deutlich niedrigeren Lebenssinn als Gesunde bzw. Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen haben. Ziel dieser Studie war es den Einfluss des subjektiv-empfundenen Lebenssinns zur Vorhersage einer depressiven Erkrankung, zusätzlich zu soziodemographischen, psychischen, sozialen Faktoren und körperlicher Gesundheit zu untersuchen.

Methode: Die Daten wurden im Rahmen der multizentrischen MentDis_ICF65+ Studie erhoben. Eine alters-stratifizierte und randomisierte Stichprobe von N = 1583 älteren Menschen (65- 84 Jahre) aus der Allgemeinbevölkerung in Ferrara (Italien), Madrid (Spanien) und Hamburg (Deutschland) wurde gezogen. Der "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE) Fragebogen wurde zur Erfassung des Lebenssinns eingesetzt. Weitere diagnostische und dimensionale Instrumente umfassten das CIDI65+, WHOQoL-Bref, WHODAS-II und HoNOS65+. Für die statistische Datenanalyse wurden multivariate Varianzanalysen und logistische Regressionsanalysen, mit dem Lebenssinn als abhängige Variable, berechnet.

Ergebnisse und Diskussion: Erste Ergebnisse zeigen das der Lebenssinn einen signifikanten Einfluss in der Vorhersage des Vorliegens einer depressiven Erkrankung bei älteren Menschen, zusätzlich zu anderen, psychischen, körperlichen und sozialen Einflussfaktoren hat. Detailliertere Ergebnisse und deren klinischen und psychotherapeutischen Implikationen werden auf dem Kongress vorgestellt.

P-27-DO

Qualität und Dynamik depressiven Erlebens bei Patienten mit und ohne Borderline Persönlichkeitsmerkmale - Ergebnisse einer EMA-Studie

Köhling Johanna[1,2], Schauenburg Henning[1], Ehrenthal Johannes C.[1], Moessner Markus[3], Bauer Stephanie[3], Cierpka Manfred[4], Kämmerer Annette[2], Dinger Ulrike[1]

[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Psychologisches Institut, Deutsch-Chilenisches Graduiertenkolleg, Heidelberg, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Heidelberg, Forschungsstelle für Psychotherapie, Heidelberg, Deutschland, [4]Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Heidelberg, Deutschland

Major Depression Episoden (MDE) zählen zu den häufigsten komorbiden Diagnosen bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), und eine spezifische Qualität des depressiven Erlebens (z.B. hinsichtlich depressiver Affekte und Kognitionen) bei BPS-Patienten wurde in verschiedenen Studien berichtet. Retrospektive Befragungen unterliegen jedoch häufig Verzerrungen, und dynamische Aspekte der affektiven Symptomatik bei BPS-Patienten mit MDE wurden bislang kaum untersucht. Tagebuchstudien, auch als „Ecological Momentary Assessment" (EMA) bezeichnet, bieten Möglichkeiten, Verzerrungen durch Erinnerungsprozesse zu reduzieren und Prozesse innerhalb von Personen über die Zeit hinweg zu erfassen. Ziel dieser Studie ist es, den aktuellen Stand der Forschung zu depressivem Erleben bei BPS-Patienten durch die Nutzung von EMA-Methoden zu er-

weitern. 41 stationäre Patientinnen mit aktueller MDE (davon 20 mit Borderline Persönlichkeitsstörung oder Akzentuierung und 21 ohne Persönlichkeitsstörung) wurden für die Studie rekrutiert. Die Diagnostik psychischer Störungen und regulativer Funktionen (strukturelle Integration) erfolgte mit Hilfe strukturierierter klinischer Interviews (Skid-I & II) und der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). Weiterhin wurden Schwere der Depressivität (HDRS, BDI) und allgemeine Symptombelastung (BSI) erhoben. Im Rahmen eines zeitkontingenten EMA-Protokolls bearbeiteten die Teilnehmerinnen über sieben Tage hinweg fünf Mal täglich Fragen zu ihrer momentanen Stimmung sowie vorhergehenden Ereignissen. Dies erfolgte mit Hilfe eines Smartphone-basierten Systems, bei dem die Teilnehmerinnen via SMS benachrichtigt wurden und die Befragung im Internet beantworteten. Es werden EMA-basierte Ergebnisse und Gruppenunterschiede hinsichtlich Art und Intensität der negativen Affekte, affektiver Instabilität und Reaktivität dargestellt. Die Ergebnisse der Studie ergänzen bisherige querschnittliche Befunde zu einem BPS-spezifischen Erleben depressiver Episoden. Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung der depressiven Symptomatik bei Patienten mit entsprechenden strukturellen Vulnerabilitäten, sowie Perspektiven für die weitere Anwendung der EMA-Methodik in diesem Forschungsbereich werden diskutiert.

P-29-DO

Der Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und suizidalen Gedanken, Wünschen und Absichten

Glaesmer Heide[1], Scherer Anne[2], Böcker Maren[2], Pawelzik Markus[3], Gauggel Siegfried[2], Forkmann Thomas[2]
[1]Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland, [2]Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Uniklinik der RWTH Aachen, Aachen, Deutschland, [3]EOS-Klinik für Psychotherapie, Münster, Deutschland

Hintergrund: Auch wenn inzwischen verschiedene Risikofaktoren für suizidale Gedanken und Handlungen gut untersucht sind, gibt es bisher kaum Forschung zum Zusammenhang von Emotionsregulationsstilen und Suizidalität. Diese Studie widmet sich deshalb der Frage, wie die beiden Emotionsregulationsstrategien „cognitive reappraisal" und „expressive suppression" mit Suizidgedanken, -wünschen und -absichten zusammenhängen.
Methodik: In einer Stichprobe von 232 Patienten einer psychotherapeutischen Klinik (Alter MW=37,5 Jahre; 69,4% Frauen) wurden die psychischen Störungen mittels Diagnosechecklisten für ICD-10 (ICDL, Hiller et al., 1999) bestimmt und im zweiten Schritt durch eine klinische Fallkonferenz bestätigt. Zur Erfassung der Emotionsregulationsstrategien wurde der Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, Gross & John, 2003) eingesetzt. Suizidgedanken, -wünsche und -absichten wurden jeweils mit einem Item erfragt. Die angenommenen Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationsstrategien und Suizidalität wurden in einem Strukturgleichungsmodell mittels AMOS modelliert und der Modellfit geprüft. Darüber hinaus wurden Varianzanalysen zur Prüfung der Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationsstrategien und Suizidgedanken, -wünsche und -absichten genutzt.
Ergebnisse: Varianzanalysen zeigen, dass Patienten mit Suizidgedanken und -wünschen ein höheres Ausmaß an „expressive suppression" zeigen. Patienten mit Suizidgedanken zeigen darüber hinaus niedrigere Werte für „cognitive reappraisal". Das angenommene Modell zeigte einen guten Modellfit (RMSEA=0.044; CFI=.96). Es zeigten sich auch hier differenzielle Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationsstrategien und Suizidgedanken und -wünschen. So sagte ein hohes Maß an „expressive suppression" Suizidgedanken vorher. In Moderationsanalysen zeigte sich, dass das geprüfte Modell unabhängig vom aktuellen Vorliegen einer depressiven Episode gilt.
Diskussion: Die Untersuchung weist auf die Bedeutung von Emotionsregulationsstrategien für Suizidgedanken, -wünsche und -absichten hin. Die Bedeutung für die Theoriebildung am Beispiel der Interpersonal Theory of Suicide (Joiner et al., 2005) und für therapeutische Interventionen bei Suizidalität werden diskutiert.

P-30-DO

Avatar-Studie: Computeranimierte, bewegungsgesteuerte Sporttherapie zur Depressionsbehandlung

Veidt Jennifer[1], Açıksöz Güven[1], Scholz Christine[1], Bschor Tom[1]
[1]Schlosspark-Klinik Berlin, Psychiatrie, Berlin, Deutschland

Sport- und Bewegungstherapie ist ein etabliertes, ergänzendes Therapieverfahren in der Depressionsbehandlung. Am besten durch kontrollierte Studien belegt und am weitesten verbreitet ist Ausdauersport, insbesondere auf dem Laufband. Laufbandtraining hat aber auch Nachteile: Es ist mit wenig Spaß und Anreiz verbunden, es weckt keinen Ehrgeiz und spricht nicht das Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen an.
Daher sollen in dem Vortrag die Ergebnisse der Avatar-Studie vorgestellt werden, bei der eine innovative Weiterentwicklung von Sporttherapie zur Depressionsbehandlung unter Nutzung moderner technischer Möglichkeiten untersucht wurde: Computeranimierte, bewegungsgesteuerte Sporttherapie mit der Xbox-Kinect®. In dieser weltweit ersten, randomisierten, kontrollierten Studie wurden 40 stationär behandelte Patienten mit unipolarer Depression (Mini-DIPS-gesichert) randomisiert Computer- oder Placebosport zugeteilt (jeweils 10 Trainings á 20 Minuten). Die Behandlung erfolgte zusätzlich zur üblichen Psycho- und Pharmakotherapie und wurde standardisiert (u.a. HAM-D) evaluiert (inklusive Follow up-Untersuchung). Neben den depressionsspezifischen Fragebögen wurde auch die Selbstwirksamkeitserwartung untersucht sowie die Akzeptanz und Machbarkeit dieser neuartigen Therapieform mithilfe eines Fragebogens getestet.
Die Studie ist abgeschlossen, erste Ergebnisse liegen bereits vor,

die endgültigen Ergebnisse werden bis zum Kongress ausgewertet sein. In der Computergruppe waren die Depressionswerte, gemessen durch den HAM-D, unmittelbar nach dem 10tägigen Trainingsprogramm und auch noch in der Follow up-Untersuchung nach einer Woche signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Die Selbstwirksamkeitserwartung war in der Computergruppe nach Abschluss des Trainings ebenfalls signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

P-31-DO

Is it all about depression? A review about the relationship between burnout and depression

Schwarzkopf Kathleen[1], Znoj Hansjoerg[2], von Känel Roland[1]
[1]Inselspital Bern, Allgemeine Innere Medizin / Psychosomatik, Bern, Schweiz, [2]Universität Bern, Klinische Psychologie, Bern, Schweiz

Background: Searching for job-related burnout, there are a wide range of attributions. Is burnout a ticking time bomb? Or definitely no serious psychological disease? Is it the depression of the strong over-engaged workaholics? Although abundant research about burnout and depression has been performed, it is still unclear to what extent burnout and depression are overlapping concepts or differ from each other. To more elucidate the relationship between job-related burnout and depression, we performed a systematic review of the literature..
Methods and Results: This paper systematically reviews the literature obtained via Pubmed searches using the subject headings „burnout or burned out" and „depression, depressive or depressed". Of the 741 located citations we only included papers which had calculated a correlation between burnout and depression. Results showed a great heterogeneity. On the one hand, burnout and depression seem to be almost equal entities, so doubting the unique nosological value of the burnout construct. On the other hand, however, the two constructs only share a fraction of the mutual variance, such that burnout and depression clearly do not denote the same negative emotional state. This becomes particularly obvious for the emotional exhaustion component of burnout. Significant correlations between 0.47 to 0.90 were found between burnout and depression.
Conclusions: Only a few studies calculated a correlation between burnout and depression. Nevertheless, most of the papers found correlations (r) of around 0.6. This suggests that burnout and depression are related, but not redundant concepts. It appears, that these two constructs share some commonalities, but there also may be important differences. Further research, using uniform measuring instruments in different working populations are necessary to investigate in greater depth, how the two constructs overlap with each other.

P-32-DO

Inpatient and day-hospital treatment of patients with depression and job-related burnout

Albrecht Lisa Kristin[1], Sabine Lange, Johanna Behringer, Wolfgang Söllner
[1]Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychsomatische Medizin und Psychotherapie, Nürnberg, Deutschland

Objective: Burnout is a process of physical and emotional exhaustion that often results in clinical depression. Detailed descriptions and evaluations of specialized psychosomatic treatments are rare. This pilot study investigates the clinical and socio-demographic characteristics of in-patient and day hospital patients with burnout syndrome in a specialized psychosomatic treatment group. Additional, results of an initial, non-controlled pre-post-evaluation of changes in symptoms and individual work-related risk factors for burnout are presented.
Methods: 64 consecutive patients with burnout syndrome were assessed before and after specialized treatment using burnout-specific instruments (MBI Maslach Burnout Inventory, AVEM Occupational Stress & Coping Inventory) and a clinical symptom check-list (ISR ICD-10 Symptom Rating).
Results: Patients' average age was 45 years (23 to 61). 70% were currently employed, 24% in managerial positions or self-employed. 89% were diagnosed with an affective disorder. The average length of time off work due to illness in the past year was 13 weeks. Treatment lasted 5 weeks on average. After treatment, emotional exhaustion (p=0.001; effect size ES=0.41) depression (p=0.000; ES=0.79), and the subjective significance of work (p=0.001; ES=0.36) decreased, while emotional distancing (p=0.000; ES=0.56), balance and mental stability (p=0.000; ES=0.38) and satisfaction with life (p=0.000; ES=0.37) increased.
Conclusions: The presented treatment program is well accepted by patients with severe burnout. It contributes to positive changes in symptoms and work-related risk factors. Controlled studies are required to establish treatment efficacy.
Key words: Burnout, depression, inpatient psychosomatic treatment, day hospital treatment, psychotherapy, work-related behaviors and experiences.

Psychotherapieforschung

P-33-DO

Systematisches Review zu verbalen Interventionen in der Psychotherapie: Interventionsmerkmale, Messinstrumente, Befunde

Wendt Hanna[1], Treese Barbara[2], Gumz Antje[1]
[1]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, [2]Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Die verbalen Interventionen des Therapeuten sind wesentliches Werkzeug und Hauptmedium in Psychotherapien. Bisherige Kenntnisse über die Wirkung und praktische Bedeutung spezifischer verbaler Interventionen sind unzureichend. Ziel war, eine Übersicht über die bis dato zu diesem Thema veröffentlichten Studien und die in ihnen analysierten Interventionstypen, verwendeten Messinstrumente sowie Befunde zu erarbeiten. Eine systematische Datenbankrecherche in den Datenbanken Pubmed, PsycInfo und PsycArticles, PSYINDEX, Web of science und Embase wurde durchgeführt (Zeitraum 1940-2013). Es zeigte sich, dass verbale Äußerungen in verschiedenen Beschreibungsdimensionen (formal, thematisch, zeitlich) erfasst wurden. Allerdings existieren keine allgemeingültigen Begrifflichkeiten für bestimmte Interventionstypen. Die zugrunde gelegten Definitionen weichen voneinander ab, sind unscharf oder unzureichend. Oftmals wurden formale und thematische Merkmale vermischt erfasst. Verbale Interventionen wurden mit oder ohne Bezug auf klinisch relevante Parameter (Therapieergebnis, therapeutische Beziehung) erforscht. Dabei wurden deutlich häufiger Fragestellungen ohne direkten klinischen Bezug untersucht. Besonders häufig wurden Interventionen im Hinblick auf ihre thematischen Merkmale analysiert und hier wiederum besonders häufig, in welcher Therapieform welche Themen bearbeitet wurden. Auf formaler Ebene wurden die Interventionstypen Interpretation und Exploration am ausführlichsten untersucht. Nur selten fand man übereinstimmende Ergebnisse bei der Untersuchung derselben **Fragestellung:** In mehreren Studien wurde zum Beispiel festgestellt, dass Bestätigung, Ermutigung und Informationsvermittlung vor allem in kognitiv behavioraler Therapie verwendet wurde. Der Einsatz von Fragen veränderte sich abhängig von der Symptomatik des Patienten. Verschiedene Lebensphasen des Patienten wurden vor allem in psychodynamischen Therapieformen verknüpft. Die Zukunft des Patienten wurde verstärkt in kognitiv behavioraler Therapie angesprochen. Mehrere Studien zeigten eine positive Auswirkung der Interpretation und speziell der Abwehrdeutung auf das Outcome.
Eine Systematisierung und Vereinheitlichung zugrundgelegter Konzepte, Begriffe und angewandter Methoden wäre nötig, um objektive Ergebnisse zu generieren, die empirischen und quantitativen Untersuchungen standhalten. Es lohnt sich weiter zu forschen, um perspektivisch Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag ableiten zu können.

P-35-DO

Effekte von Mindfulness-based Cognitive Therapy auf selbstberichtete Suizidalität: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie

Forkmann Thomas[1], Wichers Marieke[2], Geschwind Nicole[3], Peeters Frenk[2], van Os Jim[2,4], Mainz Verena[1], Collip Dina[2]
[1]Uniklinik der RWTH Aachen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Aachen, Deutschland, [2]Maastricht University Medical Centre, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht, Niederlande, [3]Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht, Niederlande, [4]King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, Vereinigtes Königreich

Hintergrund: Suizidalität findet sich bei vielen psychischen Störungen und gehört zu den klinisch herausforderndsten Phänomenen. Obwohl Suizidalität mit Depression eng assoziiert ist sprechen neuere Befunde dafür, dass Suizidalität eine eigene diagnostische Entität darstellen könnte, dem auch im DSM-V in Sektion 3 („suicidal behavior disorder") Rechnung getragen wird. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) zeigt positive Effekte auf Depressivität bei Patienten mit Suizidalität in der Vorgeschichte. Dieser Studie untersucht, ob MBCT in der Lage ist, auch Suizidalität selbst signifikant zu reduzieren.
Methode: In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurden Patienten mit depressiven Residualsymptomen einer Behandlungs- (MBCT, Dauer: 8 Wochen; N=64; Alter M=44,6, SD=9,7, 72,7% weiblich) oder einer Wartekontrollgruppe (WK; N=66; Alter M=43,2, SD=9,5; 78,1% weiblich) zugeordnet. Selbstberichtete Suizidalität wurde anhand des Suizidalitätsitems des Inventory of Depressive Symptoms (IDS), erfasst. Die Effekte von MBCT auf Suizidalität wurden mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse für Messwiederholungen (MANOVA) getestet (Faktoren „Gruppe" und „Zeit [präpost]"). Als Kovariaten wurden Veränderungsscores in Depressivität, Worry, Rumination und Mindfulness in das Modell aufgenommen.
Ergebnisse: Die MANOVA zeigte eine signifikante Interaktion zwischen den Faktoren „Gruppe" und „Zeit" ($F=7,19$, $p=0,008$, $\eta^2=0,054$). Post-hoc Tests zeigten eine signifikante Reduktion der Suizidalität in der MBCT-Gruppe ($t=2,73$; $p=0,008$), aber keinen Effekt in der WK-Gruppe ($t=-0,830$; $p=0,41$). Die Interaktion blieb auch nach Berücksichtigung der Kovariaten im Modell signifikant. Nur der Worry-Veränderungsscore war eine signifikante Kovariate.
Schlussfolgerungen: In dieser randomisiert-kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass MBCT in der Lage ist, Suizidalität bei Patienten mit depressiven Residualsymptomen signifikant zu reduzieren. Die Ergebnisse weisen zudem daraufhin, dass dieser Effekt mit einer Reduktion von Worry assoziiert sein kann.

P-36-DO

Psychotherapie als narrative Ethik

von Boetticher Dirk[1]
[1]*Universität Göttingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland*

Einleitung: Die psychodynamischen Therapieverfahren formulieren mit ihren Annahmen eines handlungsdeterminierenden Unbewussten und Konzepten des Über-Ichs, bipolaren Selbsts, der Objektbeziehungen, Ich-Funktionen oder Mentalisierung fundamentale Hypothesen zur Ontogenese moralischen Verhaltens und untersuchen und behandeln bewusste und unbewusste moralische Wertungen und Gefühle in Bezug auf die Persönlichkeitsorganisation und die Genese seelischer und körperlicher Gesundheit und Krankheit. Gleichzeitig postulieren sie für ihr eigenes Handeln *Neutralität*. Während erkenntnistheoretische Problematisierungen der Neutralität in den vergangenen Jahren Gegenstand konzeptioneller Revisionen wurden, blieben moraltheoretische Fragen gegenüber der Neutralität innerhalb der Psychotherapieforschung erstaunlich marginal.
Methode: Eine moraltheoretische Problematisierung der in der Psychotherapie wirksamen Begriffe gehört in den Bereich der konzeptionellen Grundlagenforschung, die der Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Methoden und Theorien bedarf. Für die Bearbietung der skizzierten Fragestellung beziehe ich mich auf die Theorien des Selbst von C. Taylor und der Narrativität von P. Ricoeur.
Diskussion: Hierdurch lassen sich folgende Hypothesen entwickeln:

1. Neutralität bezeichnet einen performativen Widerspruch, insofern als Psychotherapie unausweichlich innerhalb eines Feldes starker Wertungen (Taylor) wie Autonomie, Anerkennung, Gerechtigkeit u.a. situiert und konstituiert ist. Neutralität zielt als Haltung auf die Realisierung dieser Werte und ist in sich nicht neutral.
2. Psychodynamische Psychotherapie lässt sich als eine sich im Medium des Erzählens inszenierende ethische Praxis (Ricoeur) bestimmen, durch die Werte reflektiert, kommuniziert u. modifiziert werden.
3. Sie ermöglicht damit einen genuinen Zugang zu einem Verständnis der Genese, Vermittlung und Modifikation von Wertbindungen.
4. Die starken Wertungen, die die psychodynamische Praxis als eine ethische charakterisieren, sind auch solche, deren Erfahrung einen Teil ihrer therapeutischen Wirksamkeit begründen.
5. Werterfahrungen sind im Wesentlichen Beziehungserfahrungen.
6. Die therapeutische Wirksamkeit von Werterfahrungen lässt sich aus ihrer entwicklungspsychologischen Funktion für die Genese des Selbst, der Affektregulierung und Mentalisierung herleiten.
7. Psychotherapie als narrative Ethik zu beschreiben ermöglicht ein erweitertes Verständnis von Psychotherapie *und* Moralität.

P-37-DO

Therapeutic factors in group therapy: findings from a multi-site German study

Weber Rainer[1], Bassewitz Valeska Gräfin Von[1], Strauß Bernhard[2]
[1]*Universität Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland,* [2]*Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*

Since the early beginnings of group psychotherapy, there has been ongoing interest in identifying and understanding the unique features of group therapy that contribute to the effectiveness of this form of treatment. For decades, Yalom's well-known model of Therapeutic Factors has served as a paradigm to guide research in this area. Accumulating evidence suggests that this model may lack empirical support. After a very brief overview of therapeutic factor research in group therapy, we will present the findings of a large, multi-site German study on therapeutic factors. The study has been carried out in a German network of inpatient treatment units (university clinics, rehabilitation centers, day treatment clinics) with more than 500 patients in the sample. The primary goal of the study was to replicate the factor structure of the German-translated version of the Therapeutic Factors Inventory (Joyce et al. 2011). Construct validity of the German TFI is demonstrated through comparison with another German measure of therapeutic factors. Implications for further research and the conceptualization of key therapeutic ingredients of effective group therapy - with particular consideration of the development of therapeutic factors over the course of therapy - will be discussed.

P-38-DO

Internal Family Systems (IFS) nach R.C. Schwartz (USA) ist ein innovatives und schlüssiges Modell zur intrapsychisch systemischen Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen

Abdel-Karim Sami[1]
[1]*Klinikum Lüdenscheid, Psychosomatik und Psychotherapie, Lüdenscheid, Deutschland*

IFS bietet einen umfassenden Ansatz und wird mit Erfolg bei einer großen Bandbreite von Erkrankungen angewendet. Das Spektrum reicht von depressiven Zuständen bis zu den Folgen von Gewalterfahrungen (komplexe PTBS und multiple Persönlichkeitsstörung), über alle Arten an Suchtverhalten (u.a. Essstörungen) bis hin zu Beziehungs- und Familienkonflikten. Die Methode ist aus keiner etablierten Therapieform hervorgegangen. IFS arbeitet intrapsychisch systemisch, dabei ist es neoanalytisch. IFS geht von

einer physiologischen Multiplizität der menschlichen Psyche aus, die häufig von Patienten als bereits vertraute Teile erlebt wird. Die Arbeit mit den Teilen wird über eine weitere innere Entität, das Selbst, durchgeführt. Das Selbst kann als ein besonderer Bewusstseinzustand verstanden werden, der im therapeutischen Prozess als psychische Instanz genutzt wird. Das Selbst verfügt immer über alle erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen, um das meist komplexe innere System anführen zu können, d.h. es ist unabhängig von der individuellen Entwicklung. Aus dem Selbstzustand heraus werden die einst in extreme Rollen hineingezwungenen Teile, d.h. in Polaritäten, Hierachien, Verbannungen, befreit. Verbannte, unbewusste Anteile werden durch diese Art der Therapie entlastet und können dann wieder in das System reintegriert werden, sodass sich das Selbst wieder in der inneren Führung befindet. Dieser Zustand fördert die Achtsamkeit und Introspektionsfähigkeit des Patienten sowie seine Empathie, sowohl für sich selbst und seine Beschwerden als auch für seine Mitmenschen. Durch die Entlastung und Befreiung der Teile über den Selbstzustand des Patienten wird eine Veränderung der klinischen Symptome, aber auch eine Bearbeitung von intra- wie interpersonellen Konflikten ggf. auch eine strukturelle Nachreifung ermöglicht.
IFS ist in der Anwendung sowohl strukturiert als auch flexible. Menschen aller Strukturniveaus finden leicht Zugang zu diesem einfachen und schlüssigen Modell. IFS kann für Einzel, Paar, Familien und Gruppentherapien genutzt werden. Es ist ausserdem mit anderen Methoden gut kombinierbar. IFS ist heute in den USA ein anerkanntes und bewährtes Therapiekonzept. In Deutschland wird IFS durch das IIFS Institut in Heidelberg gelehrt.

P-39-DO

Do personality traits predict outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment beyond initial symptoms?

Steinert Christiane[1], Klein Susanne[1], Leweke Frank[1], Leichsenring Falk[1]
[1]*Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland*

Objective: Only a few studies have investigated whether patient personality as measured with the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) is predictive of psychotherapy outcome. Furthermore, results were heterogeneous. Previous research which reported patient personality to be predictive of treatment outcome did not control for initial correlations between baseline symptom severity and NEO-FFI personality traits. We hypothesized that after controlling these correlations, the NEO-FFI would not predict treatment outcome and tested this hypothesis in a large sample of inpatients treated with psychodynamically oriented psychotherapy.
Method: Data of 254 patients, suffering predominantly from depressive, anxiety, stress and somatoform disorders, were analyzed. Personality traits were assessed at the beginning of therapy. For psychotherapy outcome, changes in anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS), overall psychopathology (Symptom Checklist-90-R GSI) and interpersonal problems (Inventory of Interpersonal Problems, IIP) were measured.
Results: The treatment was found to be effective, resulting in significant decreases on all outcome measures and moderate to large effect sizes (HADS: d=1.03; GSI: d=.90; IIP: d=.38). Except for extraversion and openness, all scales of the NEO-FFI showed significant associations with symptoms at baseline. Consistent with our hypothesis none of the personality traits predicted treatment outcome when we controlled for correlations between personality traits and psychological symptoms at baseline.
Conclusions: Our findings did not confirm prior results according to which personality traits are connected to treatment outcome. The domains tapped by the Neo-FFI rather indicate susceptibility to psychological symptoms than serve as predictors of outcome in patients with common mental disorders.

P-40-DO

Zusammenhänge zwischen Maladaptiven Schemata (nach Young) und interpersonellen Problemen

Schneider Karoline[1], Hartmann Armin[1], Rohrmann Lisa Alexandra[1], Voderholzer Ulrich[2,3], Scheidt Carl Eduard[1,4], Zeeck Almut[1]
[1]*Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg im Breisgau, Deutschland,* [2]*Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg im Breisgau, Deutschland,* [3]*Schön Klinik Roseneck, Prien, Deutschland,* [4]*Thure-von-Uexkuell-Klinik, Freiburg im Breisgau, Deutschland*

Hintergrund: Das Ziel der durchgeführten Studie war die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen frühen maladaptiven Schemata (EMS) sowie Schemamodi nach Young und interpersonellen Problemen bei Patienten und gesunden Probanden besteht. Dabei sollte festgestellt werden, mit welchen interpersonellen Problembereichen einzelne EMS bzw. Modi korreliert sind und ob sich Unterschiede zwischen Patienten und Gesunden sowie verschiedenen Erkrankungsgruppen nachweisen lassen.
Methoden: In die Studie eingeschlossen wurden 68 Patienten mit Zwangserkrankungen, 42 Patienten mit einer Essstörung, 40 chronische Schmerzpatienten und 142 gesunde, nach Alter und Geschlecht parallelisierte Personen. Mit den Werten des Young Schema Questionnaire (YSQ-S3), des Schema Mode Inventory (SMI) und des Inventars zur Erfassung Interpersoneller Probleme-Zirkumplex (IIP-C) wurde eine Zirkumplex-Analyse durchgeführt. Die gefundenen Korrelationen wurden auf Signifikanz getestet.
Ergebnisse: Es konnten signifikante Korrelationen zwischen den EMS bzw. Schemamodi und interpersonellen Problemen sowohl für Patienten als auch gesunde Probanden nachgewiesen werden. Bei den untersuchten Erkrankungen scheinen beim Vorhandensein von EMS interpersonelle Probleme vor allem durch zu distanziertes, unterwürfiges Verhalten vorzuliegen. Bei Gesunden

hingegen bestanden Zusammenhänge der EMS mit Problemen um Freundlichkeit und Ausnutzbarkeit, allerdings bewegen sich die IIP-Werte noch im Normbereich. Bei den verschiedenen Störungsbildern stehen, sofern EMS bzw. Schemamodi vorliegen, unterschiedliche interpersonelle Probleme im Vordergrund.
Diskussion: Die vorliegende Studie stellt eine Verbindung zwischen den Konzepten der Schematheorie nach Young und interpersonellen Theorien her.

P-41-DO

Qualitative und quantitative Analyse der subjektiven Krankheitsursachen von Patienten der psychosomatischen Rehabilitation

Magaard Julia[1], Schulz Holger[1], Brütt Anna Levke[1]
[1]*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland*

Hintergrund: Subjektive Vorstellungen von Patienten hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankungen sind von zentraler Bedeutung für die Behandlung, da sie das krankheitsbezogene Verhalten beeinflussen. Annahmen über die Ursachen der eigenen Erkrankung können beispielsweise die Behandlungspräferenzen sowie die Behandlungscompliance beeinflussen.
Ziel: Die subjektiven Krankheitsursachen von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sollen exploriert, analysiert, in Kategorien zusammenfasst und quantitativ ausgewertet werden.
Methode: Patienten der psychosomatischen Rehabilitation wurden zu Behandlungsbeginn nach den wichtigsten drei Ursachen für ihre Erkrankung gefragt. Von 579 befragten Patienten gaben 547 mindestens eine Ursache an. Insgesamt wurden 1491 Ursachen genannt. Durchschnittlich nannten die Patienten 2,78 Ursachen. Zwei unabhängige Rater erstellten zunächst induktiv und unabhängig voneinander Kategoriensysteme, welche in wiederholten Diskussionen verglichen und harmonisiert wurden. Bei der anschließenden unabhängigen Kategorisierung aller 1491 Ursachen wurde eine Interrater-Reliabilität mit einem Kappa von .88 erreicht. Über nicht übereinstimmende Zuordnungen wurde diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde. Der qualitativen Analyse folgte eine quantitative Auswertung der Häufigkeiten.
Ergebnisse: Die Ursachen konnten neun Bereichen zugeordnet werden. Ursachen aus den Bereichen Probleme im sozialen Umfeld und Probleme im Beruf wurden mit je 20,3 % am häufigsten genannt. Die Ursachen im Bereich Probleme im sozialen Umfeld umfassen allgemeine Probleme in der Familie, Probleme in der Partnerschaft, Krankheit naher Angehöriger, Isolation und fehlende Wertschätzung sowie Trennungen. Ursachen innerhalb der eigenen Person wurden mit 17,2 % genannt. 14,5 % der Ursachen bezogen sich auf bedrohliche Ereignisse. Je unter 10 % der Ursachen bezogen sich auf unspezifischen Stress und Überforderung (9,5 %) Ursachen im Bereich Kindheit, Jugend, Elternhaus (7,1 %) und körperliche Beschwerden und Erkrankungen (6,2 %).
Diskussion: Patienten heben die Bedeutung von Faktoren im sozialen und beruflichen Umfeld heraus. Für eine an den Vorstellungen der Patienten orientierte Behandlung sollte den Patienten der Zusammenhang ihrer subjektiven Krankheitsursachen und der gewählten Behandlung verdeutlicht werden. Bei Passungsproblemen von subjektiven Ursachen und der Behandlung sollten diese im Gespräch mit dem Patienten thematisiert werden.

P-42-DO

Die Motivation für Gruppenpsychotherapie und ihre Beziehung zu Psychotherapiemotivation im Allgemeinen

Vogel Matthias[1], Braungardt Tanja[1], Schneider Wolfgang[1]
[1]*Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland*

Gruppenpsychotherapie ist auf Grund ihrer ökonomischen Vorteile und ihrer therapeutischen Wirksamkeit v.a. in stationären psychotherapeutischen Behandlungssettings unverzichtbar. Manche Patienten zeigen gegenüber Gruppenpsychotherapien eine ambivalente Motivation und/oder brechen die Behandlung vorzeitig ab, was dem Erleben von Kohäsion und der therapeutischen Allianz entgegenwirkt und letztlich die therapeutische Wirksamkeit der Gruppentherapie bei den verbleibenden Gruppenmitgliedern negativ beeinflussen kann. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Patienten für Gruppentherapien sorgsam zu indizieren, um positive Therapieverläufe entscheidend mit zu bahnen.
In einer Querschnittstudie werden 100 stationäre Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universitätsmedizin Rostock im Hinblick auf ihre „Gruppenfähigkeit" mittels des *Group Selection Questionnaire* (GSQ) untersucht. Es wird angenommen, dass jene im Zusammenhang steht mit dem Krankheitserleben, der Psychotherapiemotivation und mit interpersonalen Schwierigkeiten. Zur Überprüfung der Annahme wurde die *Achse I der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik 2* (OPD-2), bei der es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren handelt, der *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation* (FMP) und das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Schwierigkeiten* (IIP) eingesetzt.
Die Vorauswertung zeigt, dass bei Krankheitskonzepten mit einem psychosozialen Fokus höhere Erwartungen an eine Gruppentherapie auftreten, und überdies eine hohe Offenheit für Psychotherapie mit einer höheren Bereitschaft, sich in einer Gruppentherapie einzubringen verbunden ist. Ein hoher Leidendruck ist hingegen mit einer geringeren Erwartung an eine Gruppentherapie verknüpft. Dies zeigt sich auch in einer negativen Korrelation zwischen allgemeiner Symptombelastung und der Teilhabe am Gruppengeschehen. Interpersonale Schwierigkeiten, v.a. im Bereich ängstlich vermeidendes Verhalten gehen ebenfalls mit einer geringeren Bereitschaft, in Gruppentherapien mit anderen in Kontakt zu treten, einher.
Die Einbeziehung von Laienätiologie und Behandlungserwartun-

gen ist zur Beurteilung der Gruppenfähigkeit eine wichtige Erweiterung der Informationsbasis zur Prädiktion positiver Verläufe. Die gezielte Erfassung der Gruppeneignung mit geeigneten und umfassenden Instrumenten ist die Vorausbedingung einer möglichst spezifischen Vorbereitung auf geplante gruppentherapeutische Interventionen.

Somatoforme Störungen

P-47-DO

Body focused Mentalization Therapy for chronic and severe somatoform disorders

Thorsell Shiva[1]
[1]*Altrecht, Department of Psychomatic Medicine, Zeist, Niederlande*

Patients with chronic and severe somatoform disorder (SoD) are considered difficult to treat while the symptoms are severe and very disabling. With regard to these patients Altrecht Psychosomatic Medicine has developed a long-term multidisciplinary psychological treatment with a focus on body mentalization. Body focused mentalization can be defined as the ability to perceive one's own body signals and those of others, be receptive to them, and experience their connection to the underlying mental states. This ability is often suppressed in patients with physically unexplained symptoms and a history of severe (bodily) traumas and insecure attachment. A body focused mentalization therapy for somatoform disorders focuses explicitly on the mentalization of body signals, also within the therapeutic relationship. Therapists are both trained and encouraged to recognize and share their own body signals and in this process to help patients give mental meaning to the perception of their own body signals as well as those of others. This because these patients often have difficulty putting their emotional experiences in to words, when attention is shifted to physical signals patients learn to trust and listen to their body's as vital source of information.
Learning to observe body signals in self and others, and be receptive to them enables patients with severe somatoform disorders to connect to underlying mental states and to other people. This connection facilitates affect regulation and recovery. This approach for somatoform disorders can be combined with various therapeutic methods and can easily be taught to teams of professionals.
In this presentation the theoretical background, research and clinical experience of Body focused Mentalization Therapy in our tertiary facility for severe somatoforme disorders will be reviewed.

P-48-DO

Patients with severe somatoform disorder show increased negative affect as compared to a matched control group but are not deviant on the Level of Emotional Awareness Scale

Van Broeckhuysen-Kloth Saskia[1], Houtveen Jan[1], Bühring Martina[1]
[1]*Altrecht, Psychosomatic Medicine, Zeist, Niederlande*

Introduction: Several studies have demonstrated a positive relationship between somatization and negative affect (NA) assessed by (explicit) self-reported affect measures like the PANAS. However, somatizers are also believed to have difficulties with affect regulation; to experience affective arousal as somatic symptoms. This is supported by Subic-Wrana et al. (2005, 2010) who found lower scores on the Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) in patients with somatoform disorder (SFD). In the current study, patients with severe SFD were compared to controls on the NA subscales of the PANAS and IPANAT (an implicit affect measure, which has hardly been used in clinical populations) and the LEAS. Larger group differences were expected for the LEAS and IPANAT as compared to the PANAS for this severe SFD patient group.
Method: Participants were 20 patients with severe SFD who were on the waiting list or just started a tertiary care treatment program, and 20 healthy controls matched for gender, age and educational level. They completed the NA subscale of the PANAS and IPANAT, and a 10 scenario version of the LEAS. The self, other and total scales of the LEAS were scored by two independent raters with ICC's > .90. Group differences were tested using independent t-tests and standardized group differences were compared.
Results: The SFD patient group scored significantly higher on the PANAS-NA and the IPANAT-NA. The standardized difference, however, was larger for the PANAS (d=1.40) as compared to the IPANAT (d=0.33). Unexpectedly, no significant group differences were found on the LEAS scales.
Discussion: It was concluded that patients with severe SFD show the largest differences on a traditional explicit measure of NA. The additional measures used in the current study for implicit NA and emotional awareness may not be the preferred instruments for studying difficulties with affect regulation in SFD patients.

P-49-DO

Verändertes emotionales Musikempfinden bei psychosomatischen Krankheitsbildern; eine systematische Übersichtsarbeit

Firle Carl[1], Junne Florian[1], Teufel Martin[1]
[1]*Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland*

Hintergrund: Viele psychosomatische Erkrankungen gehen mit einem veränderten emotionalem Empfinden einher, was bis hin zu alexithymen Symptomen gehen kann. In Bezug auf Musik und

ihre therapeutische Nutzung ergibt sich die Fragestellung, wie sich das emotionale Musikempfinden als Teil emotionalen Erlebens bei psychosomatisch Erkrankten darstellt und welche Effekte eine psychosomatische Komplexbehandlung in dieser Hinsicht hat.

Methoden: Eine systematische Literaturrecherche erfolgt über die wissenschaftlichen Suchmaschinen PubMed und PsychINFO (Stand 2013). Eingeschlossen sind alle Studien zum Thema emotionale Musikwahrnehmung im Bereich psychosomatischer Störungsbilder (im Vordergrund Somatoforme Störung, Schmerzerkrankung, Depression, Essstörung). Die Suchergebnisse werden von zwei unabhängigen Untersuchern geratet (Stichprobengröße, Reliabilität, Plausibilität und Etablierung der Instrumente).

Ergebnisse: Die Studienlage deutet daraufhin, dass das emotionale Musikempfinden bei psychosomatischen Erkrankungen verändert ist. Besonders bei Depression werden Emotionen wie Wut und Trauer durch Musik stärker erlebt als bei gesunden Kontrollgruppen, „positive" Emotionen dagegen weniger stark. Musikstimuli mit erhöhtem Arousal werden von dieser Patientengruppe als signifikant unangenehmer empfunden als von der Kontrollgruppe.

Diskussion: Die vorwiegend querschnittlich konzipierten Studien zeigen kontrollierte Ansätze zur Erfassung emotionalen Musikempfindens bei psychosomatischen Erkrankungen. Größere kontrollierte und längsschnittliche Studien fehlen. Aussagen zu differentiellen Effekten zwischen verschiedenen Störungsbildern können aktuell nicht gemacht werden. Es besteht weiterer Forschungsbedarf bezüglich emotionaler Musikwahrnehmung und deren Einfluss auf Krankheit und Psychotherapie.

P-50-DO

Patientencharakteristika von Patienten mit Somatoformen Störungen in einer störungsübergreifenden und einer störungsspezifischen Tagesklinik: Symptomatik, Krankheitsverhalten und maladaptive Schemata

Keller Andrea[1], Noack Rene[1], Schilling Christoph[1], Weidner Kerstin[1], Pöhlmann Karin[1]
[1]TU Dresden, Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

Patientenwege und die Frage, welche Patientengruppen von welchen Therapiekonzepten profitieren, sind nach wie vor ungelöste Fragen der Psychotherapieforschung. Auf der Basis von Zuweisungen externer Behandler zu einer störungsübergreifenden Tagesklinik (Allg-TK) und einer Tagesklinik mit einem störungsspezifischen Behandlungskonzept für Somatoforme Störungen (Som-TK) einer psychosomatischen Universitätsklinik wurden Merkmale der beiden Patientengruppen untersucht. Verglichen wurden 207 Patienten der Allg-TK (73.9% Frauen, Alter M = 37.0, SD = 11.4) mit 52 Patienten einer Som-TK (67.3% Frauen, Alter M = 45.4, SD = 11.4). Zu Beginn der Behandlung wurden generelle Schweregradmaße (SCL 90-R, BDI), körperliche Beschwerden (SOMS), Krankheitsverhalten (SAIB) und dysfunktionale Schemata auf der Basis des schematherapeutischen Ansatzes von Young (YSQ) erfasst. Patienten der Allg-TK haben im Schweregradindex (SCL 90-R) signifikant höhere Werte (GSI 1.40 vs. 0.95) und sind signifikant depressiver (BDI 24.3 vs. 18.8). Sie leiden an deutlich weniger körperlichen Beschwerden, die Intensität der Beschwerden ist allerdings gleich hoch. Im Krankheitsverhalten zeigen sich dagegen praktisch keine Unterschiede. Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht in den SAIB-Skalen Diagnoseverifizierung, Beschwerdeausdruck, Krankheitsfolgen und Scanning. Lediglich der Faktor Medikation spielt bei Patienten der Allg-TK eine geringere Rolle. Besonders deutliche und signifikante Unterschiede zeigen sich in den 19 Schemata nach Young. 15 der 19 Schemata sind bei Patienten der Allg-TK deutlich stärker ausgeprägt. Die Ergebnisse zeigen eine höhere Belastung der Allg-TK Patienten in psychischen Symptomen und eine geringere Ausprägung der körperlichen Symptomatik, sie sind außerdem depressiver. Besonders deutliche Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen bestehen in maladaptiven Schemata. Sie sind bei somatoformen Patienten der Allg-TK Tagesklinik wesentlich stärker. Diskutiert wird die Bedeutung der Ergebnisse für Indikation und Therapieplanung.

P-51-DO

Body drawings as a diagnostic tool for body-relatedness in patients with severe somatoform disorders

Kalisvaart Hanneke[1], Geenen Rinie[2], van Busschbach Jooske[3], Bühring Martina[1], van Broeckhuysen Saskia[1]
[1]Altrecht, Altrecht Psychosomatiek, Zeist, Niederlande, [2]Utrecht University, Utrecht, Niederlande, [3]Hogeschool Windesheim, Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Zwolle, Niederlande

Introduction: A core feature in severe somatoform disorder is the troubled relation of patients to their body. Our previous study (Kalisvaart et al. PLoS One 2012;7(8):e42534) identified two primary dimensions of body-relatedness: body awareness (including acknowledgement and adjustment) and self awareness (including control and authenticity). Drawings of the felt body could perhaps be used to assess body-relatedness but the value as a diagnostic measure is still unclear. This project intends to clarify the reliability and validity of quantitative measures of body drawings by patients with severe somatoform disorders. Body awareness as revealed in body drawings might be correlated more with self-report measures of dissociation (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20) while self awareness as reflected in drawings might be correlated more with self-worth (Dresdner Fragebogen zum Körperbild, DKB-35).

Method: 140 drawings of the felt body will be analyzed, using a 12-item observation scale comprising physical features of the drawings and a judgment by arts therapists of the severity of the

dysfunctional body-relatedness. Two scores will be computed using the 12-items reflecting body-awareness and self-awareness. The inter rater reliability, a confirmative factor analysis and correlations with questionnaires for body perception (DKB-35 and SDQ-20) and health (Short Form Health Survey-36 and Brief Symptom Inventory) will be calculated.

Results and discussion: During this presentation the value of body drawings as a diagnostic tool for body-relatedness will be evaluated and discussed. Body drawings may help therapist and patient to better understand psychosomatic problems that are not well accessible with self-report questionnaires, which can help to choose the most appropriate treatment and evaluate what changed afterwards.

P-52-DO

Neurale Korrelate der hypnoseinduzierten Modulation chronischer Ganzkörperschmerzen: eine funktionelle Magnetresonanztomographie Studie

Allwang Christine[1], Otti Alexander[1], Noll-Hussong Michael[2], Miljak Kristina[3], Neufang Susanne[4], Lahmann Claas[1]

[1]Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [2]Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [3]Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin, München, Deutschland, [4]Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie, München, Deutschland

Hintergrund: Eine anhaltende somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) bedeutet für die betroffenen Patienten eine enorme Belastung und ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 12,3% eine häufige Diagnose. Frauen sind mit einer 12-Monats-Prävalenz von 4,9% deutlich häufiger betroffen als Männer (1,7%). Als potentielle Auslöser dieser Störung wurden bisher emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen, sowie frühe negative interpersonelle autobiographische Erlebnisse bzw. Bindungserfahrungen identifiziert. Diese scheinen für Beginn, Schweregrad und Exazerbation bzw. Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik eine wichtige Rolle zu spielen. Die genaue Ätiologie ist allerdings noch immer nicht hinreichend verstanden und aktuell verfügbare Behandlungsmöglichkeiten sind zwar wirksam aber noch nicht befriedigend.

Ziel dieser f-MRT Pilotstudie ist es zum einen den Einfluss subjektiv negativer autobiographisch-interpersoneller Beziehungserfahrungen auf die Schmerzsymptomatik im Zusammenhang mit der Aktivierung entsprechender Hirnareale zu untersuchen. Zum anderen sollen damit zusammenhängende neurale Mechanismen der Schmerzmodulation identifiziert werden, um ein neues Forschungsparadigma zu etablieren, mit dem experimentell Schmerzzustände generiert werden können, die eine somatoforme Schmerzsymptomatik besser abbilden als klassische Paradigmen wie Hitzeschmerz o.ä..

Methoden: 15 Patientinnen mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.40, welche eine ausreichende Suggestibilität nach der Stanford Hypnotic Susceptibility Scale aufwiesen, wurden während einer fMRT-Untersuchung (3 Tesla-Siemens) in Hypnose versetzt. Anschließend wurden den Patientinnen zwei individuelle-schmerzauslösende negative Situationen, zwei nicht-schmerzauslösende negative Situationen, zwei nicht-schmerzauslösende positive Situationen, zwei nicht-schmerzauslösende neutrale Situationen über Audiofiles in zufälliger Reihenfolge präsentiert.

Daneben wurde Psychopathologie mittels psychometrischer Tests erfasst.

Ergebnisse und **Diskussion:** Von bisher 39 gescreenten Patientinnen wurden 11 Patientinnen eingeschlossen. Erste Ergebnisse werden präsentiert und mögliche neuronale Mechanismen, welche durch hypnoseinduzierte interpersonelle Situationen ausgelöst und bei der Modulation des individuellen Schmerzerlebens wirksam werden, diskutiert.

P-54-DO

Die Neuklassifikation somatoformer Störungen: Eine Untersuchung des Ausmaßes und der Spezifität von Krankheitsangst sowie der voraussichtlichen Diagnosehäufigkeit der *Somatic Symptom Disorder*

Voigt Katharina[1], Gierk Benjamin[1], Herzog Annabel[1], Faude-Lang Verena[1], Löwe Bernd[1]

[1]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Die Diagnose *Somatic Symptom Disorder* (SSD) ersetzt im aktuell erschienenen DSM-5 einen Großteil der bisherigen somatoformen Störungen. Es bleibt noch unklar, welche Auswirkungen die massiven diagnostischen Veränderungen - der Einschluss medizinisch erklärter Körpersymptome sowie die Berücksichtigung psychischer Diagnosekriterien, die sich inhaltlich hauptsächlich auf Krankheitsängste und -sorgen beziehen - auf die Prävalenz sowie auf die Validität der Diagnose haben. Für eine Abschätzung der Prävalenz der SSD erscheint relevant, in welchem Ausmaß Krankheitsängste bei psychosomatischen Patienten, sowohl mit medizinisch erklärten als auch unerklärten Körpersymptomen, auftreten.

Methoden: N=500 Patienten, die sich zum Erstkontakt in unserer psychosomatischen Poliklinik vorstellten, wurden konsekutiv befragt. Auf der Basis einer klinischen Diagnostik im Erstgespräch wurden ICD-10-Diagnosen gestellt. Krankheitsängste wurden mittels des Whiteley Index (WI-7), Körpersymptome mittels des PHQ-15 erhoben, die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit der SF-12 erfasst.

Ergebnisse: Berichtet werden die Ergebnisse zu Durchschnittswerten und Verteilung der Werte des WI-7 in der Gesamtstichprobe sowie in Abhängigkeit der Diagnose (somatoforme Störung inklusive und exklusive hypochondrischer Störung, andere Diagnosen psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen). Auf Basis der Fragebogenverfahren (PHQ-15 & WI-7) erfolgt zudem eine Schätzung der Häufigkeit der DSM-5 Somatic Symptom Disorder in dieser Stichprobe.
Diskussion: Die Ergebnisse der vorgestellten Studie liefern Hinweise bezüglich der Auswirkungen, die sich durch die neue Klassifikation somatoformer Störungen im DSM-5 ergeben.

P-54a-DO

Güte der Diagnostik domatoformer Störungen und ihrer komorbiditäten Angsterkrankung und Depression in der hausärztlichen Praxis

Lau Katharina[1], Fabisch Alexandra-Beatrice[1], Herzog Annabel[1], Löwe Bernd[1]
[1]*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland*

Hintergrund und Ziel: Patienten mit somatoformen Störungen sind in der hausärztlichen Praxis sehr häufig anzutreffen und es besteht eine hohe Komorbidität somatoformer Störungen mit Angsterkrankungen und Depression. Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, (a) die Häufigkeit somatoformer Störungen in der hausärztlichen Praxis sowie die Häufigkeit des Auftretens der Komorbiditäten Angsterkrankung und Depression bei Patienten mit somatoformen Störungen zu ermitteln, (b) die Übereinstimmung der hausärztlichen Diagnosen mit den in einem diagnostischen Interview gestellten Diagnosen für somatoforme Störungen, Angsterkrankung und Depression zu prüfen und (c) zu analysieren, ob die Arzt-Patient-Kommunikation sowie eine erfolgte Weiterbildung des Hausarztes in psychosomatischer Medizin die diagnostische Güte moderieren.
Methoden: Es wurden Daten aus dem Projekt *Sofu-Net* (Netzwerk für somatoforme und funktionelle Syndrome) analysiert. Die Patienten aller teilnehmenden Hausarztpraxen wurden hinsichtlich des Vorliegens einer somatoformen Störung, Angsterkrankung oder Depression mittels eines Fragebogens gescreent sowie zur Qualität der Arzt-Patient Kommunikation befragt (n=1826). Die Screening-positiven Patienten (n=283) wurden zur Teilnahme an einem diagnostischen Interview mittels des Münchner Composite International Diagnostic Interviews (M-CIDI) eingeladen. An diesem nahmen n=201 Patienten teil. Zusätzlich erfolgte eine Befragung des Hausarztes zu jedem Patienten hinsichtlich des aktuellen Vorstellungsgrunds und des Vorliegens somatischer und psychischer Erkrankungen sowie nach einer erfolgten Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung.
Ergebnisse: Die Übereinstimmung der durch die Hausärzte gestellten Diagnosen mit den mittels M-CIDI ermittelten Diagnosen für somatoforme Störungen, Angsterkrankung und Depression erweist sich als niedrig. Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation sowie eine erfolgte Weiterbildung des Hausarztes in psychosomatischer Medizin stellen Moderatoren der diagnostischen Güte dar.
Schlussfolgerung: Hinsichtlich der Diagnostik somatoformer Störungen sowie ihrer Komorbiditäten Angsterkrankung und Depression in der hausärztlichen Praxis besteht ein deutlicher Verbesserungsbedarf. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass Schulungen der Ärzte in Gesprächsführung sowie Weiterbildungen in psychosomatischer Medizin eine wirksame Maßnahme zur Verbesserung der diagnostischen Güte darstellen können.

Psychoonkologie

P-55-DO

Dignity Therapy: Lebensgeschichten am Lebensende

Spang Jochen[1], Zimmermann Petra[2], Aulitzky Walter[2], Weiß Heinz[1]
[1]*Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Stuttgart, Deutschland,* [2]*Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Stuttgart, Deutschland*

Hintergrund: Die Therapie von Patienten, die an einer fortgeschrittenen, nicht heilbaren Erkrankung leiden, lässt sich nicht ausschließlich auf die Behandlung körperlicher Beschwerden und die Kontrolle von Schmerzen reduzieren. Insbesondere psychische und soziale Faktoren werden für die Patienten und ihre Angehörigen in diesem Lebensabschnitt wichtig. Die ‚Dignity Therapy' stellt eine international anerkannte psychotherapeutische Begleitung palliativer Patienten am Lebensende dar (Chochinov, 2012). Erfahrungen mit der Anwendung dieser Intervention in Deutschland liegen bisher nicht vor. In der vorliegenden Studie werden Durchführbarkeit und Akzeptanz des Verfahrens und der Einfluss auf die psychische Komorbidität der Patienten untersucht.
Methoden: Im Rahmen von mindestens vier Patientengesprächen wird ein Generationendokument auf der Basis eines audiographierten und editierten Interviews erstellt, welches die Patienten mit ihren Angehörigen teilen können. Die Patienten werden vor und nach der Intervention von einer unabhängigen Diagnostikerin mit einem strukturierten Interview untersucht (HADS, PHQ).
Ergebnisse: Erste Erfahrungen zeigen, dass eine Durchführbarkeit des Verfahrens auch im Rahmen einer kurzen stationären Palliativbehandlung möglich ist und die Patienten eine hohe Akzeptanz berichten.
Schlussfolgerungen: Die Anwendung der ‚Dignity Therapy' in der Palliativmedizin an einem deutschen Akutkrankenhaus ist möglich, wird von den Patienten angenommen und stellt eine Bereicherung der psychoonkologischen Versorgung dar.

P-56-DO

Allgemeine und spezifische Belastungen bei Patienten mit malignen Hirntumoren

Schneider Johanna Carolina[1], Kremsreiter Katrin[1], Marten-Mittag Birgitt[1], Astner Sabrina[2], Ringel Florian[3], Herschbach Peter[1], Dinkel Andreas[1]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, [2]Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie, München, Deutschland, [3]Neurochirurgische Klinik und Poliklinik, München, Deutschland

Einleitung: Patienten mit primären oder sekundären malignen Hirntumoren berichten im Zuge der Erkrankung und Behandlung einen ausgeprägten psychosozialen Distress. Ziel der Studie ist es, die Belastungssituation von diesen Patienten umfassend zu beschreiben.
Methoden: 30 Patienten mit primären oder sekundären malignen Hirntumoren (M_{Alter}=50.63, SD=14.33, $N_{weiblich}$=11, $N_{Hirnmetastase}$=13) wurden sechs bis acht Wochen nach Abschluss der Primärtherapie in einem halbstandardisierten Interview zu psychosozialen und körperlichen Folgen der Erkrankung und Behandlung befragt. Die Auswertung erfolgte gemäß der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und ermöglichte die Bestimmung verschiedener Belastungsbereiche. Als Belastung wurden die Antworten auf die Fragen „Was belastet Sie am meisten?" und „Welche der negativen Auswirkungen auf den Alltag belastet Sie am meisten?" sowie die explizite Bezeichnung eines Sachverhalts als belastend gewertet. Alle Belastungen konnten einer Patientenebene, einer systemischen Ebene und einer erkrankungsbezogenen Ebene zugeordnet werden.
Ergebnisse: Auf Patientenebene zeigten sich Belastungen in dem Bereich emotionale Beschwerden, vor allem in Form von Ängsten, Sorgen bis hin zu Wut. Einige Patienten werteten Veränderungen des Rollenverständnisses und der Persönlichkeit (Selbstwahrnehmung/Selbstbild) und den Verlust der Mobilität und der Selbständigkeit bei Routineaufgaben (Funktionalität im Alltag) als Belastung. Die Sorge durch andere auf die Krankenrolle reduziert zu werden und häufigere konfliktreiche Interaktionen lassen sich als belastend erlebte systemische Veränderungen im Zuge der Erkrankung zusammenfassen. Auf der Erkrankungsebene erleben Hirntumorpatienten Einbußen in der Sprache und der Motorik, epileptische Anfälle wie auch die Behandlungen am Gehirn als belastend. Zwei Patienten nannten keine krebsbezogenen Belastungen.
Zusammenfassung: Die Ergebnisse zeigen, dass Hirntumorpatienten neben allgemeinen krebsspezifischen Beeinträchtigungen zusätzlich durch erkrankungsspezifische Symptome belastet sind. Daraus ergibt sich ein notwendiger fachlicher Unterstützungsbedarf beim Umgang mit hirntumorspezifischen Beeinträchtigungen.

P-57-DO

Psycho-social factors relating to the decision against or in favour for prophylactic surgery: a prospective study of women with *BRCA1/2*-Mutation

Wassermann Kirsten[1], Rhiem Kerstin[1], Schmutzler Rita[1]
[1]Uniklinik Köln, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs, Köln, Deutschland

BRCA1/2-Mutations are related to an increased risk for breast and ovarian cancer. The breast cancer risk ranges from 30-80% depending on the affected gene and modifying factors and can be reduced to approx. 3% by prophylactic mastectomy. Therefore women with a BRCA-mutation often deal with the question whether a prophylactic surgery or the intensified surveillance programme is a reasonable solution. The decision does not only affect health, cancer incidence and survival, but is entangled with everyday life including the partnership, the job career and family planning. Data for side effects and the long term outcome of a mastectomy are still poor. Post-operative complications might affect e.g. the perception of self, body image and sexuality.
To elucidate the psychological implications of such a decision we have initiated a prospective research project supported by the BMG (Bundesministerium für Gesundheit). We offer psychological counselling and testing to mutation carriers in addition to the medical non-directive risk consulting. The goal is to support a sustainable decision that considers all aspects of the woman's individual situation. The women get validated questionnaires to analyse mental state, personality aspects and life events and are asked about their decision process and the support needed.
Preliminary results: From 68 participants about 48% consider prophylactic mastectomy independent from their current health status and independent of their cancer risk situation. 28% of women with breast cancer and 21% of the healthy women reveal increased anxiety scores (HADS >8) before the medical consulting. 68% of the women with an increased HADS-anxiety score tend to pMTX to reduce their fear.
After consultation 92% of women feel well informed (n=39) and 85% feel they can make a well-considered decision. 92% feel satisfied with the support.
80% recommend other mutation carriers to undergo psychological counselling before making a decision.

P-59-DO

Psychische Belastung und Lebensqualität von häuslich versorgten Palliativpatienten und pflegenden Angehörigen

Götze Heide[1], Köhler Norbert[1], Brähler Elmar[1]
[1]Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Obwohl immer mehr Menschen einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu Hause versorgen, gibt es nur wenige psychologische und soziale Unterstützungsangebote in diesem Bereich. Ein Grund für diese Versorgungslücke ist der Mangel an evidenzbasiertem Wissen über die psychischen, physischen und sozialen Belastungen von Palliativpatienten und pflegenden Angehörigen.
Methode: Im Rahmen der Studie wurden N=120 häuslich versorgte Palliativpatienten und N=106 pflegende Angehörige in persönlichen Interviews zur psychischen Belastung (HADS), zur Lebensqualität (Patient: EORTC QLQ-C15-PAL, Angehöriger: SF-8) sowie zum Ausmaß an sozialer Unterstützung (OSS) befragt. Der Zusammenhang von soziodemografischen, medizinischen und sozialen Faktoren auf die psychische Belastung der Patienten und Angehörigen wurde analysiert.
Ergebnisse: Einer von vier Patienten zeigte relevante Ängstlichkeit und jeder zweite Patient hatte relevant erhöhte Depressivitätswerte. Patienten mit starken Schmerzen gaben eine besonders hohe psychische Belastung an. Die körperlichen Hauptsymptome waren Fatigue, Appetitlosigkeit, Atemnot und Schmerzen.Jeder dritte Angehörige gab erhöhte Angstwerte an und 28% zeigten eine relevante Depressivität. Dennoch erhielt kaum ein Angehöriger professionelle psychologische Unterstützung (5%). Pflegende Partner waren psychisch stärker belastet als andere Angehörige. Relevante Risikofaktoren für eine erhöhte Ängstlichkeit und Depressivität waren außerdem: eine hohe finanzielle Belastung durch die Pflegesituation sowie unzureichende soziale Unterstützung.
Zusammenfassung: Neben der hohen Symptombelastung der Palliativpatienten wurde eine hohes Ausmaß an psychischer Belastung sowohl bei den Patienten als auch den Angehörigen deutlich (Patienten: vor allem hohe Depressivität, Angehörige: vor allen hohe Ängstlichkeit). Während die seelische Belastung der Patienten eher mit medizinischen Parametern in Zusammenhang stand, waren bei den Angehörigen vor allem der Verwandtschaftsgrad zum Patienten und finanzielle Sorgen relevant.
Fazit für die Praxis: Die ambulante Versorgung von Palliativpatienten sollte verstärkt auch psychologische bzw. psychotherapeutische Unterstützung für Patienten und Angehörige beinhalten. Eine adäquate Schmertherapie ist ebenso von Bedeutung wie die Beachtung der finanziellen und sozialen Situation der pflegenden Angehörigen.
Förderung: Die Studie wurde von der Deutschen Krebshilfe e. V. unterstützt (Fördernummer 109309).

P-60-DO

Psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen mit Mamma-Karzinom: Wünsche und Notwendigkeiten im Krankheitsverlauf

Ringwald Johanna[1], Schäffler Norbert[1], Gümmer Ricarda[1], Wickert Martin[1], Sütterlin Heike[1], Wallwiener Dietmar[2], Zipfel Stephan[1], Teufel Martin[1]
[1]Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, [2]Universitäts-Frauenklinik, Tübingen, Deutschland

Brustkrebs bedeutet eine Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Viele Patientinnen erfahren im Therapieverlauf physische, emotionale und soziale Beeinträchtigungen, die zur Entwicklung spezifischer Bedürfnisse und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung führen können. Trotz der diskutierten Bedürfnissen in der Literatur, erfährt eine Vielzahl der Patientinnen weiterhin keine adäquate Betreuung und Unterstützung im Umgang mit ihrer Krebserkrankung. Ziel dieser Studie ist die Herausarbeitung von Bedürfnissen in verschiedenen Krankheitsstadien. Zusätzlich werden geeignete therapeutische Settings und die Notwendigkeit von Unterstützungsnetzwerken im ambulanten Bereich aus Sicht der Patientinnen abgefragt und eingeschätzt.
Bisher wurden 60 Patientinnen in verschiedenen Erkrankungsstadien befragt. Für die Fragebogenerhebung wurde die deutsche Version des Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF-34-G), Distress-Thermometer (DT), Horneider Screening Instrument (HSI) und ein für die Studie entwickelter Fragebogen zur Erfassung der individuellen Bedürfnisse und der möglichen therapeutischen Darbietungsform eingesetzt.
Gut die Hälfte der Patientinnen zeigte, unabhängig vom Erkrankungsstadium, überschwellige Werte bei der Belastungsmessung im DT und HSI. Darüber hinaus gaben sie vor allem Bedürfnisse nach Unterstützung im Bereich der psychologischen Themen im SCNS-SF-34-G an. Wichtige Themen für die Patientinnen sind unter anderem Ängste, Traurigkeit, Sexualität, Nervosität und der Umgang mit den Angehörigen.
Die Ergebnisse zeigen, dass Brustkrebspatientinnen hohen Unterstützungsbedarf in verschiedenen Themenbereichen haben und dadurch stark bedürftig sind. Es ist wichtig die Bedürfnisse zu erkennen, damit die betroffenen Frauen frühzeitig von einem individuellen und bedarfsorientierten psychoonkologischen Behandlungsformat profitieren können.

P-61-DO

Depressionen bei Krebserkrankungen: Einflussfaktoren

Erim Yesim[1], Morawa Eva[1], Aktas Bahriye[2], Heubner Martin[2]
[1]Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische u. Psychotherapeut. Abteilung, Erlangen, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Essen, Klinik für Frauenheilkunde, Essen, Deutschland

Fragestellung: Im Kontext onkologischer Erkrankungen treten komorbide Depressionen häufig auf.
Methode: In einer Stichprobe von 488 Brustkrebspatientinnen (Alter: 58,3 Jahre ± 11,7) und 113 Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren (Alter: 56,0 Jahre ± 14,6) wurden mit einem Selbstbeurteilungsinstrument (HADS-D) die Ausprägung der Depressivität sowie anhand eines Interviews (PO-Bado) relevante medizinische Variablen, das Ausmaß der körperlichen Beschwerden sowie psychische und zusätzliche soziale Belastungen erhoben.
Ergebnisse: Im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe wiesen sowohl die Brustkrebspatientinnen ($p < 0{,}001$) als auch die Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren ($p < 0{,}001$) signifikant erhöhte Depressivitätswerte auf. Beinahe ein Viertel (23,9 %) der Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren war hinsichtlich der Depressivitätsscores als klinisch auffällig einzustufen gegenüber 12,1 % der Brustkrebspatientinnen ($p < 0{,}001$). Signifikante Prädiktoren der Depressivität bei den Mammakarzinompatientinnen waren mit einer Varianzaufklärung von 33,2 %: 1. körperliche Beschwerden ($\beta = 0{,}375$, $p < 0{,}001$); 2. zusätzliche soziale Belastungsfaktoren ($\beta = 0{,}236$, $p < 0{,}001$) wie belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis, belastende wirtschaftliche/berufliche Probleme, Probleme mit Ärzten/Pflegenden sowie Beeinflussung des emotionalen Befindens durch krankheitsunabhängige Belastungen; 3. psychologische/psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte ($\beta = 0{,}208$, $p < 0{,}001$) sowie 4. das Vorliegen von Metastasen ($\beta = 0{,}104$, $p < 0{,}041$). Bei den Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren betrug die Varianzaufklärung 31,9 % mit körperlichen Beschwerden ($\beta = 0{,}575$, $p < 0{,}001$) als dem einzigen signifikanten Prädiktor. Alle erfassten körperlichen Beschwerden nach PO-Bado (Erschöpfung/Mattigkeit, Schmerzen, Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, weitere Beschwerden wie z.B. Übelkeit) waren bei den gynäkologischen Tumor-Patientinnen signifikant höher ($p < 0{,}001$) ausgeprägt als bei den Patientinnen mit einem Mammakarzinom.
Schlussfolgerung: Ein hohes Ausmaß an körperlichen Beschwerden stellt einen wichtigen Prädiktor für die Depressivität bei onkologischen Patientinnen dar. Auch im onkologischen Setting weist eine Ausprägung von Beschwerden, die über das zu erwartende Ausmaß hinausgeht, auf emotionale Belastung hin.

P-62-DO

Zusammenhänge zwischen fehlender krankheitsbezogener Kommunikation von Krebspatienten und emotionaler Belastung des Angehörigen

Haun Markus W.[1], Sklenarova Halina[1], Brechtel Anette[2], Herzog Wolfgang[1], Hartmann Mechthild[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin & Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Heidelberg, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg, Deutschland

Einleitung: Offene Kommunikation in Familien von Krebspatienten beeinflusst das emotionale Wohlbefinden sowohl des Patienten als auch seiner Angehörigen und somit spielt sie während des Krankheitsverlaufs für die Betroffenen eine erhebliche Rolle. In der vorliegenden Studie wurde der Zusammenhang zwischen eingeschränkter Kommunikation seitens des Patienten und krankheitsbezogener Belastung des Angehörigen untersucht.
Methodik: In einer Querschnitterhebung wurden Paare (N=189) von Krebspatienten mit unterschiedlichen Tumorentitäten (31% gastrointestinale, 35% urologische und 34% Lungentumoren) und ihren Angehörigen am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen sowie der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg befragt. Affektive Beeinträchtigungen (Depression und Angst im PHQ-4) sowie krankheitsbezogene Belastung (Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten, FBK) wurden sowohl bei Patienten als auch Angehörigen erfasst. Zusätzlich wurde die spezifische Belastung der Angehörigen erhoben (Caregiver Strain Index, CSI). Die Offenheit der Kommunikation des Patienten über die Krebserkrankung wurde über die „Disclosure"-Subskala der deutschen Version des Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families (CCAT-PF) erfasst. Zur Bestimmung von Zusammenhängen wurden Korrelationen berechnet.
Ergebnisse: Es zeigte sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen wahrgenommener geringer Kommunikation des Patienten und allgemeiner Angst sowie krankheitsbezogener Belastung beim Angehörigen ($r=0.31$ resp. $r=0.32$). Auf Itemebene zeigten sich hierbei hohe Zusammenhänge des mangelnden Dialogs mit dem Gefühl des Angehörigen, wenig Empathie von Seiten des Krebspatienten zu spüren (QSC-Item 6; $r=0.29$) sowie von Verärgerung über dessen emotionalen Rückzug (CSI-Item 9; $r=0.29$).
Schlussfolgerung: Den Ergebnissen zufolge zeigen Angehörige von Krebspatienten vielschichtige Belastungen. Diese werden insbesondere in solchen Fällen beobachtet, in denen der Patient wenig über die Erkrankung und ihre Folgen spricht. Es erscheint daher lohnenswert, im klinischen Alltag besonderes Augenmerk auf wenig kommunikative Patienten zu verwenden und deren Angehörigen ein psychosoziales Screening zukommen zu lassen.

P-63-DO

Progredienzangst bei 2059 Krebspatienten: Abhängigkeit von Tumorart, Alter, Geschlecht und genereller Ängstlichkeit

Hinz Andreas[1], Mehnert Anja[1], Schulte Thomas[2]
[1]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Klinik Bad Oexen, Bad Oyenhausen, Deutschland

Zielstellung: Progredienzangst tritt bei Krebspatienten häufig auf. Ziel dieses Beitrags ist es, den kurzen Progredienzangstfragebogen FoP-Q-12 psychometrisch zu testen, prognostische Faktoren für Progredienzangst zu ermitteln und den Zusammenhang zwischen Progredienzangst und genereller Ängstlichkeit zu beschreiben.
Methode: 2059 Krebspatienten wurden ein halbes Jahr nach Aufenthalt in einer Reha-Klinik untersucht. Sie wurden gebeten, verschiedene Fragebögen auszufüllen, unter anderem den FoP-Q-12, die HADS und den GAD-2.
Ergebnisse: 16.7 % der Stichprobe zeigten einen Progredienzangstwert über dem Cut-off. Frauen waren ängstlicher als Männer, und jüngere Teilnehmer wiesen etwas höhere Mittelwerte auf als ältere. Es zeigten sich starke Korrelationen der FoP-Q-12 mit der Angst-Skala der HADS (r=0.71) und der GAD-2-Angstskala (r=0.57). Die Reliabilität (Cronbach's alpha = 0.90) war gut. Während die explorative Faktoranalyse die eindimensionale Struktur stützte, waren die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktoranalyse weniger überzeugend. Die höchsten Progredienzangstwerte fanden sich für folgende Tumorarten: Eierstock (M=29.5), Schilddrüse (M=28.8), und Brust (M=27.9); die niedrigsten Werte für Hodgkin Lymphom (M=23.6), Hoden (M=21.8) und Prostata (M=21.7). Aufgrund der hohen Fallzahl der Studie sind belastbare Aussagen auch für seltenere Tumorarten möglich. Teilnehmer, die eine hohe Überzeugung angaben, dass die Krebserkrankung nach bestem medizinischen Wissen behandelt wurde, zeigten eine deutlich niedrige Progredienzangst (r=-0.40).
Diskussion: Die hohe Korrelation zwischen Angst und Progredienzangst weist auf eine starke Konstruktüberlappung hin. Die alters- und geschlechtsspezifischen Mittelwerte der Progredienzangst können dazu genutzt werden, um Patientengruppen unterschiedlicher Zusammensetzung miteinander zu vergleichen.

P-64-DO

Psychische Komorbidität und prästationäre Behandlungsadhärenz bei Patienten vor allogener Stammzelltransplantation

Vitinius Frank[1], Scherer Simon[1], Scheid PD Dr. Med. Christoph[2], Romünder Mareike[3], Albus Professsor Dr. Med. Christian[1]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland, [2]Medizinische Klinik I, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland, [3]Medizinische Klinik I, Haus Lebenswert, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

Fragestellung: In einer prospektiven Untersuchung sollen die psychische Belastung, die prästationäre Behandlungsadhärenz und Prädiktoren für Behandlungsadhärenz ermittelt werden. Im Rahmen des vorliegenden Beitrages werden Querschnittsdaten zum Zeitpunkt t 0 vor allogener Stammzelltransplantation vorgestellt.
Methodik: Die Probanden füllen Selbstauskunftsfragebögen wie u.a. Hospital Anxiety and Depressions Scale (HADS-D), F-SozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung) Patient Health Questionnaire (PHQ-D) aus. Zusätzlich erfolgt eine Fremdeinschätzung über die Transplant Evaluation Rating Scale (TERS).
Ergebnis: Bislang wurden n= 37 Probanden zum Zeitpunkt t 0 untersucht. Im PHQ-D weisen 5 Probanden ein somatoformes Syndrom und ein Proband ein Alkoholsyndrom auf. Keiner der Probanden erfüllt im PHQ-D die Kriterien für ein major depressives Syndrom oder ein anderes depressives Syndrom, ein Paniksyndrom oder eine andere Angststörung. Kontrastierend dazu zeigen sich im HADS-D zwei positive Ergebnisse und vier Ergebnisse im Intermediärbereich für Angst, zwei positive Probanden hinsichtlich Depression, fünf Probanden im Intermediärbereich hinsichtlich Depression. Neun der Probanden zeigen somit zumindest leicht erhöhte Werte für Angst oder Depression. Im TERS zeigen nahezu alle Probanden Werte, die niedriger liegen als die in der Literatur beschriebenen Grenzwerte für „patients of concern" bzw. Risikopatienten. Nur zwei der Probanden weisen deutlich erhöhte Werte auf. Diese beiden Probanden zeigen im PHQ-D und HADS-D keine erhöhten Werte. Nahezu alle Probanden weisen eine unauffällige wahrgenommene soziale Unterstützung im F-SozU auf (Mittelwert 4,08 (SD 0,42), min. 3,1, max. 4,58).
Schlussfolgerung: Die Fragebögen zeigen bei der Mehrheit der Probanden keine ausgeprägte psychische Belastung. HADS-D und PHQ-D weisen in der Stichprobe eine unzureichende konvergente Validität auf. HADS-D und PHQ-D korrelieren nur schwach mit dem Ergebnis der Transplant Evaluation Rating Scale. Es bleibt in der vorliegenden Studie und weiteren prospektiven Studien zu klären, welche Fragebögen für diese Patientengruppe am besten geeignet sind, beispielsweise in Bezug auf die Identifizierung von Risikopatienten hinsichtlich Nonadhärenz der Immunsuppressiva.

Psychoneuroimmunologie & Neurobiologie

P-65-DO

Being an outside observer: default brain activity of depersonalization disorder

Michal Matthias[1], Schreckenberger Mathias[2], Adler Julia[1], Beutel Manfred E[1], Buchholz Hans-Georg[2], Gartenschlaeger Martin[2]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, [2]Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Depersonalization disorder (DPD) is characterized by experiences of unreality, detachment, and being an outside observer to thoughts, sensations, actions or feelings. Previous neuroimaging studies investigated task related brain activity of DPD. They found decreased activation of areas involved in affective experiencing and increased inhibitory prefrontal activity in response to emotional stimuli. As the resting state offers important windows into the neural basis of psychological traits, we aimed to explore default brain activity in DPD. Using 2-deoxy-2-(18F)fluoro-D-glucose PET (F-18-FDG PET), we investigated default mode brain activity of n=14 DPD patients. Severity of depersonalization was associated with glucose metabolism of the left superior parietal lobule (BA 7) and of the left supplementary motor area (BA 32) as well as the right midcingulate cortex (BA 32). Cerebellar activity of the vermis was negatively correlated with depersonalization severity. Depersonalization appears to be specifically associated with functional abnormalities along brain regions, which are involved in internally-directed cognition, the conscious representation of the body, and areas involved in processing of uncertainty and defensive responses to unpleasant emotions.

P-66-DO

Links between embodiment and empathy in depersonalization

Schabinger Nadine[1], Adler Julia[1], Michal Matthias[1], Beutel Manfred E.[1], Gillmeister Helge[2]
[1]University Medical Center Mainz, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Mainz, Deutschland, [2]University of Essex, Department of Psychology, Colchester, Vereinigtes Königreich

After anxiety and depression, *depersonalisation* (DP) is the third most common psychological symptom (Simeon, 2004). It is characterised by *disembodiment*, a feeling of detachment from one's self and one's body. This is thought to be the result of disturbances in the ability to distinguish one's self from other people, strongly influencing empathy. This was further investigated comparing neuronal data (somatosensory event related potentials) with self-reporting data (ie. questionnaires concerning different scales of empathy and interoceptive awareness) for people with high and low levels of DP.

P-67-DO

Analyse des Promotormethylierungsstatus als epigenetischer Mechanismus der Expressionsregulation der Gene Tac1, Tacr1 und BDNF unter Stress und bei allergischer Entzündung im murinen Model

Stock Daniel W.[1], Tumala Susanne[1], Kruse Johannes[2], Peters Eva[3,4]
[1]Justus-Liebig Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Gießen, Deutschland, [2]Justus-Liebig Universität Gießen, Leitung Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen und Marburg, Deutschland, [3]Justus-Liebig Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Leitung Psychoneuroimmunologie Labor, Gießen, Deutschland, [4]CharitéCentrum 12 (CC12) für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Berlin, Deutschland

Hans Selye definierte Stress als unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Belastung, die eine Anpassungsreaktion erfordert. Hierunter können epigentische Veränderungen des Genoms verstanden werden, also meiotisch bzw. mitotisch vererbbare Veränderungen der Genexpression, die nicht auf einer Veränderung der DNA-Sequenz beruhen. Durch Energie-effiziente Regulation der Expression von Stressmediatoren können sie die Adaptationsfähigkeit an Stressoren nachhaltig aber ohne Mutation verändern. Realisiert werden sie durch drei anerkannte Mechanismen: DNA-Methylierung, Histonmodifikationen und RNA-assoziiertes Gensilencing. Hier untersuchen wir DNA-Methylierung in Abhängigkeit von psychosozialem Stress (24h Lärmexposition) und Neurodermitis-artiger Hautentzündung (AID) in einem Mausmodell. Diese Hauterkrankung ist in ihrer Ausprägungsintensität abhängig von psychischen wie physischen Stressoren und stellt gleichzeitig einen somatischen Stressor dar, der die Stressreagibilität verändern kann. Im Detail wurde der Expressionsstatus der Gene Tac1 (Substanz P), Tacr1 (NK1-Rezeptor) und BDNF (*brain derived neurotrophic factor*) auf mRNA-Ebene im Hypothalamus mittels semiquantitativer RT-PCR evaluiert und mit dem Methylierungstatus von CpG-Inseln der jeweiligen Promotoregionen (methylierungsspezifische rtPCR) verglichen. Dabei wurde der durch multiple Promotoren differentiell koordinierten Expression des BDNF-Gens dadurch Rechnung getragen, dass die Expression aller Exons mit putativen Promotoren und vorgeschalteten CpG-Inseln (Identifiziert mittels http://cpgislands.usc.edu/) einzeln analysiert wurde. Weiter wurde die DNA-Methylierungsmaschinerie in Form der DNA-Methyl-Transferasen (DNMT) 1 (Methylierungserhalt) 3a und 3b (De-novo-Methylierung) analysiert. In unserem Model sind Tac1 und Tacr1 im Hypothalamus nicht durch DNA-Methylierung reguliert, ebenso wenig die DNMTs. Hingegen findet sich auf mRNA-Ebene unter Stress eine spezifische Hochregulation von BDNF

unter der Kontrolle des Exon 4 und des Exon 6 Promotors (die Promotoren der Exons 1,2,3,5,7 und 9 scheinen keinen Einfluss zu haben). Bei Tieren mit AID verliert sich diese Stress-induzierte Regulation. Gleichzeitig findet sich auf Promotormethylierungsebene bei AID in Exon 4 an einer MeCP2- sowie CREB-Bindungsstelle eine Hypermethylierung. DNA-Methylierung scheint somit auf Hypothalamusebene in Reaktion auf AID spezifisch BDNF Expression zu regulieren und damit möglicherweise Stress-Vulnerabilität.

P-68-DO

Hypercortisole Stressantwort bei Patienten mit Depression

Szabo Franziska[1], Rottler Edit[1], Krause Sabrina[1], Hoppmann Uta[1], von Wietersheim Jörn[1], Gündel Harald[1], Waller Christiane[1]
[1]Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Ulm, Deutschland

Hintergrund: Depressionen sind mit einer Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Achse assoziiert. Es gibt jedoch widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Stressreaktivität unter depressiver Stimmungslage. Ziel dieser Studie war daher die experimentelle Untersuchung der neuroendokrinen sowie subjektiv erlebten Reaktion auf mentalen Stress bei Patienten mit einer Depression im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe.
Methoden: 19 Patienten mit Depression (39-69 Jahre) sowie 22 gesunde Probanden (41-71 Jahre) wurden dazu im Trierer Sozial-Stress-Test (TSST) untersucht. Der HADS (hospital anxiety and depression scale) diente als Screeninginstrument für die Depression, die durch das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) bestätigt wurde. Vor und nach dem TSST wurden Fragebögen zur situativen Angst (STAI-S), zur kognitiven Bewertung (PASA) des Stressors, zu aktuellen Beschwerden (BL) sowie zu Belastungen (KFB) durchgeführt. Die Blutproben wurden kurz vor und sofort sowie 5, 15, 30 und 60 Minuten nach dem TSST asserviert und die Aktivierung der HPA-Achse (Cortisol, ACTH) quantitativ bestimmt.
Ergebnisse: Die HADS-Depressivitätswerte für die Patienten mit Depression (cutoff >7) lagen bei 12,1±2,3 im Vergleich zu den gesunden Versuchspersonen 4,27±3,8. Die depressiven Patienten zeigten im STAI-S signifikant höhere Werte der situativen Angst ($p< 0.05$) sowohl vor als auch nach dem TSST. Die Skalen für BL und KFB sowie für den PASA waren bei den depressiven Patienten ebenfalls signifikant höher ($p< 0.05$). Bei beiden Gruppen konnte gleichermaßen ein signifikanter Anstieg ($p< 0.05$) von ACTH durch den TSST nachgewiesen werden. Die depressiven Patienten zeigten erhöhte Cortisolwerte, die jedoch erst zu den späteren Messzeitpunkten (15 und 30 Minuten nach Stress) signifikant unterschiedlich ($p< 0.05$) zu der gesunden Gruppe waren. Die Cortisolwerte korrelierten zu allen Messzeitpunkten nach dem Stresstest positiv mit dem subjektiven Gefühl der Bedrohung ($r>0.35$), der individuellen Gesamtbelastung ($r>0.48$), sowie negativ mit dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ($r< -0.38$) (PASA).
Diskussion: Unsere Daten zeigen, dass depressive Patienten unter mentalem Stress subjektiv deutlich ängstlicher reagieren und den Stress belastender bewerten. Das signifikant langsamere Abfluten von Cortisol unter Depression spricht für eine Hyperreagibilität der HPA-Achse, welche für den Hypercortisolismus bei Depression mit verantwortlich sein könnte.

P-69-DO

Work stress and hair cortisol levels among workers in a Bangladeshi ready-made garment factory

Steinisch Maria[1,2], Yusuf Rita[3,4], Li Jian[5], Stalder Tobias[6], Bosch Jos A[1,7], Rahman Omar[3,4], Fischer Joachim E[1,2], Loerbroks Adrian[1,2,5]
[1]Mannheimer Institut für Public Health, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland, [2]Exzellenzcluster ‚Asien und Europa im globalen Kontext', Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, [3]Centre for Health, Population and Development, Independent University Bangladesh, Dhaka, Bangladesch, [4]School of Life Sciences, Independent University Bangladesh, Dhaka, Bangladesch, [5]Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland, [6]Institut für Psychologie, TU Dresden, Dresden, Deutschland, [7]Department of Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, Niederlande

Objective: Psychological stress is a widespread phenomenon and is associated with a broad range of adverse health outcomes. Activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (as indicated by its end product cortisol) is considered one of the key physiological pathways linking stress to poor health. However, in occupational settings, evidence on the associations of stressful work conditions with cortisol is inconsistent. Furthermore, most previous research stems from Western countries with possibly limited generalizability of findings to other regions. We therefore set out to explore associations of long-term integrated cortisol levels, as assessed in hair, with work stress in a ready-made garment (RMG) factory in Dhaka, Bangladesh.
Methods: In 2012, hair cortisol concentrations (HCC) of 175 workers at a garment factory in Dhaka, Bangladesh were determined and their association with work stress was explored. Work stress was measured by a 7-item version of the Effort-Reward-Imbalance model, which was combined with five setting-specific items derived from ethnographic research. The work stress measure consisted of three subdomains (these were, work-related demands [WD], interpersonal resources [IR] and work-related values [WV]). Cortisol was extracted from hair and analyzed by liquid chromatography-mass spectrometry. We used multiple linear regressions to estimate associations of hair cortisol with median split and continuous scores of the three work stress subdomains, respectively.
Results: The mean HCC was 3.37 pg/mg (SD 2.94 pg/mg). In multiple linear regression models WD and IR showed no association with HCC (beta 0.105; $p=0.199$ and beta -0.112; $p=0.194$). For WV

an inverse association was observed (beta= -0.187; p= 0.031), implying that low exposure to work stress was associated with higher HCC.
Conclusion: Our study showed no consistent association between work stress and hair cortisol. Possible explanations include context-specific perceptions of the psychosocial working conditions and possible discrepancies between self-reports of stress exposure and its physiological manifestations. Further, yet unknown influences of ethnicity on either mechanisms of cortisol incorporation into hair or on endocrine alterations resulting from chronic stress exposure could explain our findings. Further studies are needed to determine physiological effects of adverse psychosocial working conditions in Asian occupational contexts.

P-70-DO

Das anorexigene Hormon NUCB2/Nesfatin-1 ist bei Patientinnen mit Anorexia nervosa mit erhöhten Angstwerten assoziiert

Hofmann Tobias[1], Stengel Andreas[1], Ahnis Anne[1], Elbelt Ulf[2], Rose Matthias[1], Klapp Burghard F.[1]
[1]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland

Nesfatin-1 ist ein Spaltprodukt von Nucleobindin2 (NUCB2) und wurde als anorexigenes Hormon beschrieben. Die NUCB2/Nesfatin-1-Plasmaspiegel sind im Vergleich zu Normalgewichtigen bei Adipösen erhöht und bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa (AN) erniedrigt. Zudem wurde für Nesfatin-1 eine Rolle in der Regulation von Emotionen sowohl im Tiermodell als auch in ersten humanen Studien vermutet. Da Angst und Depression häufige Komorbiditäten bei AN sind, haben wir die zirkulierenden NUCB2/Nesfatin-1-Spiegel bei diesen Patientinnen untersucht.
Methoden: 68 stationäre Patientinnen mit AN (Body Mass Index, BMI; Mittelwert ± Standardabweichung: 14,7±2,3 kg/m^2) wurden in die Studie eingeschlossen. Plasma-NUCB2/Nesfatin-1-Spiegel wurden mittels ELISA gemessen. Testpsychologisch wurden zum selben Zeitpunkt GAD-7 (Angst), PSQ-20 (Stress), PHQ-9 (Depression) und EDI-2 (Essverhalten) erhoben.
Ergebnisse: Für die Gesamtstichprobe fand sich keine Korrelation von Plasma-NUCB2/Nesfatin-1 und BMI (r=0,09, p=0,55). Abhängig von den Angst-Werten (GAD-7) wurde die Studienpopulation am Median in zwei Gruppen (n=34/Gruppe) geteilt: eine mit wenig (7,4±3,3) und eine mit viel Angst (15,8±3,0, p< 0,001). Patientinnen mit hohen Angst-Werten hatten um 72% höhere NUCB2/Nesfatin-1-Plasma-Spiegel (p=0,04). Dies spiegelte sich auch in einer positiven Korrelation von GAD-7-Werten und NUCB2/Nesfatin-1 wider (r=0,33, p=0,03). Die Werte für PSQ-20 (71,6±16,0 *vs.* 50,0±17,3) und PHQ-9 (18,2±5,3 *vs.* 10,3±5,0) waren höher in der Gruppe mit hohen Angst-Werten im Vergleich zu der mit niedrigen Angst-Werten (p< 0,001), zeigten jedoch keine Korrelation mit NUCB2/Nesfatin-1 (p>0,05). Auch der EDI-2-Gesamtscore war höher in der Gruppe mit viel Angst (52,0±13,8 *vs.* 41,1±15,7, p=0,02). Korrelationen der EDI-2-Scores mit Plasma-NUCB2/Nesfatin-1 wurden nicht beobachtet (p>0,05).
Schlussfolgerungen: Zirkulierende NUCB2/Nesfatin-1-Spiegel sind bei AN-Patientinnen abhängig von der empfundenen Angst: höhere NUCB2/Nesfatin1-Spiegel gehen einher mit größerer Angst, während sich in unserer Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang zwischen NUCB2/Nesfatin-1 und BMI oder Essverhalten fand. Vor diesem Hintergrund kann spekuliert werden, ob NUCB2/Nesfatin-1 primär in der Modulation von Angst involviert ist und die Effekte auf Nahrungsaufnahme und Körpergewicht dem nachgeordnet sind.

P-71-DO

Vergleich der neuronalen Korrelate beim episodisch-autobiographischen und semantischen Gedächtnisabruf. Eine fMRT-Studie mit hirngesunden Probanden

Kahraman Yeliz[1], Markowitsch Hans[2], Erim Yesim[1]
[1]Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, [2]Universität Bielefeld, Arbeitseinheit Physiologische Psychologie, Bielefeld, Deutschland

Theoretischer Hintergrund: Das episodisch-autobiographische Gedächtnis (eaG) beinhaltet die Biographie, die prägend für die Persönlichkeit und Individualität ist und somit für die Psychotherapie eine große Relevanz hat. Bildgebende Forschungsarbeiten haben zwar einen Beitrag zum Verständnis der grundlegenden Mechanismen des eaG geleistet, dennoch ist die Forschungslage unzureichend.
Fragestellung: Inwiefern bestehen beim episodisch-autobiographischen und semantischen Gedächtnisabruf Gemeinsamkeiten sowie Differenzen im Hinblick auf die neuronale Aktivierung?
Methodik: Bei 13 gesunden Probanden (Alter: 27.85±3.7) wurde zunächst zur Erhebung kognitiver Funktionen eine neuropsychologische Testbatterie durchgeführt. Für die fMRT-Messung wurde ein visuelles Rekognitionsparadigma als Blockdesign konstruiert. Zur Konstruktion der Stimuli wurden Fotos mit autobiographischen und semantischen Gedächtnisinhalten eingesetzt. Untersucht wurden sowohl die Ganzhirnaktivierungen als auch a priori definierte Hirnregionen. Im Rahmen einer Nachbefragung wurden die Abrufqualität und die emotionale Bedeutsamkeit der Gedächtnisinhalte erfasst.
Ergebnisse: Unabhängig von der Gedächtnisart konnten gemeinsame Basisstrukturen, wie medial temporale, diencephale und zum Teil cerebellare Aktivierungen gezeigt werden. Beim Abruf aus dem eaG konnten im Vergleich zum semantischen Gedächtnisabruf signifikant erhöhte Aktivierungen in medialen Temporallappenstrukturen sowie in weiteren neocortikalen Strukturen und limbischen Regionen gefunden werden.

Schlussfolgerung: Diese Befunde unterstützen die Ergebnisse vorausgegangener Untersuchungen und verdeutlichen, dass beim Abruf noetischer Gedächtnisinhalte eine Reihe kognitiver Prozesse beteiligt ist, die eine partielle Überlappung der beiden Netzwerke widerspiegeln. Der Abruf aus dem eaG involviert zudem weitere, spezifische Hirnstrukturen, die mit autonoetischen und emotionalen Prozessen assoziiert sind. Außerdem werden episodisch-autobiographische Gedächtnisinhalte erfolgreicher abgerufen und emotional bedeutsamer bewertet als semantische.

P-72-DO

Dissociating between anticipation and receipt of food related rewards in patients with binge eating disorder using an abstract incentive delay task

Simon Joe[1], Skunde Mandy[1], Wu Mudan[1], Bendszus Martin[2], Herpertz Sabine[3], Herzog Wolfgang[1], Friederich Hans-Christoph[1]
[1]Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, [2]Neurologische Klinik, Neuroradiologie, Heidelberg, Deutschland, [3]Zentrum für Psychosoziale Medizin, Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg, Deutschland

Binge eating disorder (BED) is a prevalent eating disorder characterized by recurrent binge eating episdes associated with a sense of loss of control over eating. The underlying neural mechanisms of BED are largely unknown, but an elevated sensitivity for primary rewards such as food, mediated via alterations in neural reward pathways, has been proposed. Understanding these mechanisms can help in the development of improved prevention and treatment strategies. Therefore, the aim of the present study was to identify the underlying neural mechanisms of reward processing in BED. We used an fMRI probe to elicit neural responses to food related reward. The task allows to distinguish between the anticipation and the receipt of abstract food related reward. 28 subjects with BED and 26 healthy control subjects underwent functional magnetic resonance imaging whilst completing the task. During the expectation of a food reward compared to the expectation of no reward; patients with BED showed a reduced activation in the dorsal striatum as compared to healthy controls. During the receipt of a food reward compared to the receipt of no reward, patients showed a stronger activation in the primary gustatory cortex (insula), medial orbitofrontal cortex, lateral orbitofrontal / inferior frontal cortex, as well as the precuneus. Our results indicate that BED patients may show hedonically driven overeating ("liking") represented by increased orbitofrontal cortex activation, coupled with decreased incentive salience ("wanting") of food rewards represented by decreased dorsal striatum activation. This study provides first evidence of differential brain activation to both the expectation and receipt of food related rewards in patients with BED.

P-73-DO

Peripher injiziertes Cholecystokinin-8S (CCK-8S) moduliert den Serotoningehalt in Nervenfasern des Nucleus Tractus Solitarius (NTS) und im Dorsalen Motornucleus des Vagus (DMV) bei Ratten

Engster Kim-Marie[1], Hofmann Tobias[1], Stengel Andreas[1], Rose Matthias[1], Kobelt Peter[2]
[1]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, [2]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Psychosomatik, CCM, Berlin, Deutschland

Die periphere Injektion des Sättigungspeptids CCK-8S induziert im NTS eine neuronale Aktivierung (cFos). Erhalten Tiere den Serotonin-Antagonisten Ondansetron, so kommt es zu einer Verminderung von cFos positiven Neuronen im NTS (Hayes MR, Covasa M. Brain Res. 2006; 1088(1):120-30.). Die Beobachtung unterstreicht, dass Serotonin zur Wirkung von CCK-8S beiträgt.
Das **Ziel** unserer Studie war zu prüfen, ob peripher injiziertes CCK-8S einen modulativen Einfluss auf den Serotoningehalt im NTS/DMV besitzt.
Methode: Ad libitum gefütterte SD-Ratten erhielten 5,2 (n=3) und 8,7 nmol CCK-8S /kg KG (n=3) oder isotone Kochsalzlösung (0,15 M NaCl; n=5) intraperitoneal (IP) injiziert. Die Gehirne wurden 90 Minuten nach der IP-Injektion entnommen. Der Nachweis von Serotonin sowie von cFos erfolgte via Immunfluoreszenz-Technik. Der Serotoningehalt der NTS/DMV-Nervenfasern wurde über die Fluoreszenz-Intensität des verwendeten sekundären Antikörper - bei stets konstanten Setup-Einstellungen am konfokalen Lasermikroskop (cLSM780) - ermittelt und statistisch ausgewertet. cFos wurde im NTS quantifiziert und statistisch bewertet.
Ergebnisse: CCK-8S IP induzierte einen dosisabhängigen, signifikanten Anstieg in der Anzahl cFos positiver Neurone/Schnitt im NTS. Die höchste Serotonin Fluoreszenz-Intensität der NTS/DMV-Nervenfasern konnte bei den Kontrolltieren (Vehikel) gemessen werden. Die Tiere, welche mit CCK-8S IP behandelt wurden, wiesen im Vergleich zu den Kontrolltieren eine statistisch signifikant verminderte Serotonin-Fluoreszenz-Intensität in beiden Kernen auf. Eine graduierte Abschwächung der Serotonin-Fluoreszenz-Intensität zwischen beiden CCK-8S-Dosierungen wurde nicht nachgewiesen. **Diskussion:** Die Beobachtung stützt das Konzept einer Beteiligung von Serotonin als Neurotransmitter bei der Wirkungsvermittlung von peripherem CCK-8S im Hirnstamm. Der detaillierte physiologische Mechanismus ist unbekannt und Bestandteil zukünftiger Untersuchungen.

Körper- und Kreativtherapien

P-75-DO

Emotion modulation by the use of music in everyday life in patients with mental disorders

Gebhardt Stefan[1,2], von Georgi Richard[3,4], Kunkel Markus[3]
[1]Universität Marburg, Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg, Deutschland, [2]Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch, Deutschland, [3]Universität Gießen, Institut für Musikwissenschaft und Musikpädagogik, Gießen, Deutschland, [4]International Psychoanalytic University, Berlin, Deutschland

Though several studies on music therapy exist, no study has so far explored the use of music in everyday life of patients suffering from psychiatric illness. This study explores differences in the use of music in everyday life among diagnostic groups of a population with mental disorders (n=180) in reference to a group of healthy subjects (n=430). The results indicate that patients with substance abuse and those with personality disorders used music mainly for cognitive problem solving and reduction of negative activation, whereas patients with substance abuse in addition used music not often to stimulate themselves positively. In contrast, patients suffering from schizophrenia and personality disorders used music for relaxation. Furthermore, the degree of severity of the mental disorder correlated with the increased use of music for emotion modulation, i.e. for relaxation and cognitive problem solving. Thus, the results demonstrate an increased use of music for emotion modulation in patients with mental disorders in association with the severity of the disorder.

P-76-DO

Musiktherapeutische Beziehungsdiagnostik - eine Evaluationsstudie

Körber Annegret[1]
[1]Universitätsklinikum Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland

Psychotherapiepatienten leiden häufig unter defizitären Beziehungserfahrungen sowie Problemen in sozialen Zusammenhängen. Für die Behandlung erweist sich die therapeutische Beziehung als grundlegend und wesentlich, wobei die Qualität dieser unter anderem entscheidend davon abhängt, wie die Abstimmung zwischen Patient und Therapeut gelingt. Insofern ist eine sorgfältige Beziehungsdiagnostik bereits zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung effektiv, um das Beziehungserleben von Patienten aufzugreifen, zu verstehen und zu regulieren. Die musiktherapeutische Diagnostik kann spezifische Befunde erbringen, da sich in Verbindung mit Musik überraschend schnell und deutlich typische Beziehungsdynamiken abbilden. Zentraler Gegenstand der Musiktherapieforschung ist die musikalische Improvisation, in der sich aussagekräftig Aspekte der Persönlichkeit des Patienten anhand musikalischer Parameter zeigen.
Fragestellung: So ist von Interesse, inwiefern die Diagnostik im musiktherapeutischen Erstkontakt wesentliche Einblicke in das genuine und aktuelle Beziehungserleben von Patienten verschafft, wie sich die musiktherapeutische Beziehungsdiagnostik systematisch erforschen lässt und welche Wirkungen sich daraus für die konkrete interdisziplinäre Psychotherapie ergeben können.
Methode: Für die Studie wurden erwachsene Patienten aus der stationären Psychotherapie gewonnen (n=200). Untersucht wurde die im Erstkontakt wahrnehmbare Beziehungsdynamik anhand einer ersten musikalischen Improvisation und mit Hilfe des semistrukturierten Interviews. Die Audioaufnahmen der musikalischen Improvisationen wurden hinsichtlich bedeutsamer musikalisch-emotionaler Momente in der Beziehungsgestaltung analysiert (EBQ-Einschätzung der Beziehungsqualität in der Musiktherapie) und mit den Befunden der verbalen Beziehungsdiagnostik (OPD-2, Beziehungsachse) verglichen. Zum gleichen Messzeitpunkt wurden die Patienten schriftlich zum interpersonalen Verhalten (IIP) und zur psychischen Struktur (OPD-SFB) befragt.
Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die Analyse musikalischer Improvisationen einer repräsentativen Patientengruppe ermöglicht die Evaluation von Beziehungsqualitäten und deren Operationalisierung. Die vergleichende Auswertung der Daten aus den Fremd- und Selbsteinschätzungen des Beziehungserlebens erlauben den Transfer der Befunde in die interdisziplinäre Behandlung sowie die Konzeption adäquater Interventionen.

P-77-DO

Untersuchung aktueller und historischer Entwicklungen klinischer Kunsttherapie in der stationären/ teilstationären Behandlung essgestörter Patienten: Ein vergleichender Literaturüberblick

Lauschke Maja[1]
[1]HKS Ottersberg, Institut für Kunsttherapie und Forschung, Ottersberg, Deutschland

Hintergrund: Essstörungen (Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung, EDNOS) sind multifaktoriell bedingte, psychosomatische Syndrome mit süchtigen Verhaltensweisen, hoher Mortalität und Chronifizierungsrisiko. Einer effizienten Behandlung mit verkürzter Behandlungsdauer stehen häufig schwere Krankheitsverläufe, geringe Krankheitseinsicht und hoher Therapiewiderstand gegenüber. Die Kunsttherapie bietet sich insbesondere bei essgestörten PatientInnen als multimodales Behandlungsangebot innerhalb integrativer, multiprofessioneller Behandlungskonzepte im klinischen Setting an.
Ziele: Wesentliches Ziel der umfassenden Analyse deutsch- und englischsprachiger Literatur von 1970 bis 2010 ist es, diese extrem inhomogene Literatur zu systematisieren, hinsichtlich ihrer Evi-

denz zu untersuchen und inhaltliche Schlaglichter aufzuzeigen.
Methoden: Bei der Grundlagenstudie mit Anwendungsbezug werden signifikante Aussagen empirischer Studien, theoretisch-konzeptioneller Beiträge und Fall- bzw. Erfahrungsberichte untersucht, beleuchtet und zusammengeführt. Damit auch ältere Publikationen ihre Berücksichtigung finden können, muss eine spezielle Analysematrix entwickelt werden, die neben quantitativen Aspekten auch qualitative Analysestrategien enthält.
Ergebnisse: Ein kritischer bibliometrischer Vergleich der Literatur hinsichtlich der Sprache und des Publikationsmediums verweist auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede und macht Forschungs- und Publikationstraditionen transparent und somit nachvollziehbar. Ausgehend von einer Systematisierung dieser Teilergebnisse lässt sich ein Forschungsbedarf für die Kunsttherapie bei Essstörungen klar formulieren.
Grenzen der Studie: Im Vergleich zu anderen Übersichtsarbeiten konnte nur eine kleine Stichprobe von 74 Publikationen eingeschlossen werden, welche neben Zeitschriften-Publikationen auch Buchpublikationen umfasst und damit vom klassischen Review abweicht.

P-78-DO

Ergebnisse der Berufsgruppenanalyse Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten (BgA-KT)

Oster Jörg[1,2], Hamberger Christian[3], Hamdorf Titus D.[3], Junker Johannes[1], Elbing Ulrich[1], Melches Juliane[3]
[1]Hochschule für Kunsttherapie, Nürtingen, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [3]Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) hatten im Mai 2012 die Durchführung einer Berufsgruppenanalyse Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten im Format einer Online-Erhebung beschlossen. Der Deutsche Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie (DFKGT) wurde mit der Durchführung beauftragt, die Auswertung und forschungsmethodische Betreuung erfolgt durch die Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen (HKT).
Diese Erhebung ist die Grundlage für die weitere berufspolitische Ausrichtung und stellt eine der Voraussetzungen für die Beurteilung einer Regelungsnotwendigkeit als eigenständiger Heilberuf dar.
Methode: Hierzu wurde ein Fragebogen für alle Fachrichtungen Künstlerischer Therapien entwickelt, der neben soziodemografischen Angaben, Angaben zu der Qualifikation, zu den Tätigkeitsbereichen, zu Kennzeichen des Klientels, zum institutionellen Rahmen und Setting sowie zur Vergütung erfasst. Angestrebt wurde eine Gesamterhebung aller verbandsaktiver und nicht in Berufsverbänden organisierter im Beruf tätiger Künstlerischer TherapeutInnen mit künstlerisch-therapeutischen Abschluss in Deutschland unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Standards. Die Berufsverbände (18) und Ausbildungsinstitute (112) wurden dabei als Multiplikatoren angefragt. Die Daten wurden mit dem Online-Fragebogen unter der Internetadresse www.berufsgruppenanalyse.de erhoben. Der Erhebungszeitraum war vom 21.05.2013 bis zum 14.07.2013.
Ergebnisse: Insgesamt nahmen 3527 Künstlerische TherapeutInnen an der Untersuchung teil. 879 (25%) haben die Teilnahme abgebrochen, 343 (10%) gaben an, aktuell nicht künstlerisch-therapeutisch tätig zu sein. Auswertbare Datensätze (Vollständig abgeschlossene Teilnahme incl. Einverständnis zur Datenverarbeitung) liegen von 2305 Künstlerischer TherapeutInnen (65%) vor. Die Datenauswertung mit deskriptiven und multivariaten Methoden erfolgt aktuell. Im März 2014 werden die Ergebnisse vorliegen und werden vorgestellt.
Diskussion: Die Berufsgruppenanalyse ist von hoher Bedeutung für die weitere berufs- und ausbildungspolitische Entwicklung der Künstlerischen Therapien in Deutschland. Sie stellt darüber hinaus eine Standortbestimmung dar, die das Selbstverständnis und die multiprofessionelle Kommunikation sowie die wissenschaftliche Fundierung weiter voranbringt.

P-79-DO

Theaterspiel als methodisches Instrument zur Körperarbeit in der Therapie

Seuberling Lilian Katharina[1], Studiengruppe Körper- und Kreativtherapien
[1]Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

Ausgangspunkt: In den Therapieformen, in denen Theater als Methode eingesetzt wird, u.a. im Psychodrama, in der Theater- und Gestalttherapie, erhalten Körper und Bewegung in der Gestaltung therapeutischer Prozesse eine besondere Aufmerksamkeit.
Der Körper wird hier nicht nur in seinen Funktionen, des Sprechens, Sitzens, Zuhörens und Sehens berücksichtigt, vielmehr liegt der Fokus auf dem Körper, der sich in Bewegung ausdrückt. Gemeinsam ist den theaternahen Therapieformen ebenso, dass der Mensch in seinen verschiedenen Rollen thematisiert wird.
Fragestellung: Welchen Stellenwert hat das körperliche Agieren, z.B. im Rollenspiel innerhalb des Therapieverlaufs? Ergibt sich hier eine andere Art des Selbstverstehens, die durch die körperliche Erfahrung über ein kognitives Verstehen hinaus geht?
In der Theaterwissenschaft wird bei der Erfahrung eines Aufführungsgeschehens von einer ästhetischen Erfahrung gesprochen, die immer auch synästhetisch wahrgenommen wird. Waldenfels (1999, S. 55) spricht diesbezüglich von einer „Kommunikation der Sinne" im Theater. Was leitet sich daraus für ein erweitertes Körperverständnis und die methodische Arbeit mit den Möglichkeiten des Theaters in der Therapie ab?
Methode: Das in Kooperation mit dem Europäischen Forschungsrat (ERC) seit Anfang 2013 laufende Forschungsprojekt *The Aes-*

tetics of Applied Theatre Teilbereich *Theatre as Therapy* arbeitet im 1. Jahr mit Vergleichender Literaturrecherche, sowie ExpertInnen Interviews. Im 2. und 3. Jahr wird die teilnehmende Beobachtung in der thematischen Seminararbeit und in Ausbildungsgruppen eingesetzt. Ergänzend werden Interviews mit Durchführenden und Teilnehmenden geführt. In Jahr 4 erfolgt die Auswertung und Publikationserstellung.

Erste Beobachtungen: Bei allen drei Therapieformen werden Körper und Bewegung thematisiert; die Herangehensweise unterscheidet sich zum Teil erheblich: Einerseits wird mit der Biografie in unterschiedlichem Abstraktionsgrad gearbeitet, anderseits wird die Bedeutung, die der sprachlichen Verarbeitung nach einer theatralen Intervention beigemessen wird, unterschiedlich bewertet.

Diskussion: Es bedarf der genaueren Untersuchung, welche Vorstellungen vom „Subjekt" den Interventionen in der Theaterarbeit im Therapiekontext zu Grunde liegen und welche Rolle die Aspekte Einfühlung und Distanzierung beim Einsatz performativer Elemente in der Therapie spielen.

Literatur: Waldenfels, Bernhard: *Sinnesschwellen.* Frankfurt am Main 1999 S.55

P-80-DO

Filmtherapie und Schreibwerkstatt als Therapieelemente bei komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen

Fellinger Brigitte[1]

[1]Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich

Schon lange ist bekannt, dass Filme und Schreiben reflexive Prozesse von Menschen fördern, aber auch Identifikationen und die Aktivierung emotionalen und kognitiven Erlebens verstärken können.

In den letzten Jahrzehnten haben bibliotherapeutische Ansätze, „Schreibwerkstätten" und „Filmtherapien" auch in der Psychosomatik und Psychotherapie vermehrt an Bedeutung gewonnen. Dabei werden unterschiedliche therapeutische Ziele verfolgt:

Zum einen kann das Schreiben von Texten, Gedichten und Geschichten, zur Entlastung beitragen, aber auch fokussieren, Unaussprechliches und Unausgesprochenes zur Sprache bringen, aber ebenso die Kreativität und Selbstwirksamkeit von Menschen fördern.

In der Filmtherapie können aus der Distanz des Beobachters Werte, Verhaltensweisen und Gewohnheiten beobachtet und reflektiert werden. Es kann eine Identifikation oder eine Wahrnehmung von Differenzen erfolgen, es können emotionale Prozesse beobachtet und miterlebt werden, es kann zu einer „Katharsis" kommen.

Zugleich kann in der Reflexion auf verschiedene Rollen und Rollenmuster hingewiesen und auch das eigene Leben „spielerischer" verstanden werden.

Durch Kombination filmtherapeutischer Verfahren mit Rollenspielen, Steggreiftheater und psychodramatischen Techniken kann dieser Prozess noch weiter gefördert werden.

Die Praxiserfahrung zeigt, dass diese Ansätze gerade auch bei PatientInnen mit schweren posttraumatischen Belastungsstörungen sehr wirksam sein können.

Der Beitrag stellt diese Ansätze praxisnah vor und berichtet über erste vielversprechende empirische Ergebnisse.

P-81-DO

Emotions- und Stressregulation bei Patienten mit Somatisierungs- und Angststörungen - ein RCT zu achtsamkeitsbasierten und musiktherapeutischen Interventionen

Remmel Andreas[1,2]

[1]Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich, [2]Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland

In einer randomisierten, kontrollierten sechsarmigen Interventionsstudie wurden Effektivität und Effizienz achtsamkeitsbasierter Interventionen und aktiver und rezeptiver Musiktherapie gegenüber konzentrativer Bewegungstherapie, PMR und TAU in einem add on-Design einer komplexen stationären Behandlung bei Patienten mit Somatisierungs- und Angststörungen untersucht.

Ziel der Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit der jeweiligen Interventions-bedingungen in Ergänzung zu einer etablierten stationären Therapie auf die Stress-, Emotions- und Beziehungsregulation der Patienten, die Symptombelastung und Lebensqualität, sowie von Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit.

Zwischen September 2008 und November 2012 wurden 279 Patienten in die Studie eingeschlossen, die nach einem informed consent zufällig einer der spezifischen Interventionsbedingungen zugeteilt wurden.

Zu den Zeitpunkten t1 und t2 wurden eine umfangreiche operationalisierte Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10, sowie die Bestimmung weiterer Merkmalsbereiche und states durchgeführt.

Ebenso wurden peripher-physiologische Parameter, u.a. GSR, Muskelspannung, HR, AF, sowie ein 24-h-EKG zur Bestimmung der HRV erhoben.

Zur Erfassung der Emotionswahrnehmung, emotionalen Reagibilität und Reaktivität, sowie der Fähigkeit zur Emotionsregulation wurde ein experimentalpsychologisches Paradigma durchgeführt, in dem in einem Blockdesign die differentielle Wahrnehmung und Reaktionsgeschwindigkeit von Patienten auf randomisiert vorgegebene IAPS-Bilder und gleichzeitig peripher-physiologische Parameter untersucht wurden.

Ferner wurden das Schlafverhalten und die tägliche Aktivität registriert.

Die Patienten nahmen über 6 Wochen 3x/Woche mit jeweils 2 Stunden (36 Stunden) additiv zu den üblichen stationären Therapieangeboten an den spezifischen Interventionen teil. Zusätzlich

zu den beschriebenen Untersuchungsverfahren füllten die Patienten vor und nach jeder Intervention Thermometer-Fragebögen (VAS) zu relevanten Parametern (Symptombelastung, Emotionen) aus, die in Folge zeitreihenanalytisch ausgewertet wurden.
Es werden derzeit noch differenzierte statistische Auswertungen zur Bestimmung der Effektstärken, zur Analyse der Stress- und Emotionsregulation, zu physiologisch-chronobiologischen Parametern und zu Prädiktormodellen therapeutischen outcomes durchgeführt.
Der Vortrag stellt diese erste derartige Studie (RCT) mit den aktuellsten Ergebnisse vor.

Essstörungen II

P-01-FR

Verbale und physiologische Bewertung von Nahrungsreizen - eine experimentelle Studie bei Übergewicht und Binge-Eating-Störung

Leehr Elisabeth[1], Brinkmann Amelie[1], Hautzinger Martin[2], Zipfel Stephan[1], Giel Katrin[1]
[1]Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [2]Klinische Psychologie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Unterschiede in der Verarbeitung von Nahrungsreizen können zur Erklärung von Essstörungen und zu einer Differenzierung zwischen den verschiedenen Essstörungsgruppen beitragen. Experimentelle Studien weisen darauf hin, dass Nahrungsreize als störungsspezifische Reize für Menschen mit Übergewicht oder Binge-Eating-Störung (BED) von besonderer Relevanz sind. FMRI-Studien finden Verarbeitungsunterschiede, welche auf Aufmerksamkeitsrichtung, Belohnungs- und kognitiven Kontrollprozesse zurückgeführt werden (García-García et al., 2013). Berridge et al. (2009) unterscheiden bei der Bewertung von Reizen zwischen den Dimensionen des *liking* (Anreiz eines belohnenden Reizes) und des *wanting* (Begehren des belohnenden Reizes, welches Verhalten beeinflusst). Bezüglich der Verarbeitung von Nahrungsreizen bei Personen mit BED ist die Studienlage spärlich. Insbesondere ein Vergleich der verbalen (subjektiven) und physiologischen (objektiven) Bewertung von Nahrungsreizen durch Übergewichtige mit und ohne BED kann Erkenntnisse zur Abgrenzung einer neurobiologischen Subgruppe liefern.
Übergewichtige Probanden mit und ohne BED wurden mit einer normalgewichtigen Kontrollgruppe hinsichtlich der subjektiven und objektiven Bewertung von Nahrungsreizen verglichen. Den Probanden wurden Bilder von Nahrungsreizen und neutralen Gegenständen dargeboten. Währenddessen wurde über ein Elektromyogramm die Aktivierung des Corrugator Supercilii und des Zygomaticus Major gemessen. Während der Corrugator Supercilii durch die Darbietung aversiver Reize aktiviert wird, repräsentiert eine Aktivierung des Zygoamticus Major die Wahrnehmung positiver Reize. Danach wurden die Bilder von den Probanden bezüglich Valenz, die Nahrungsreize zudem auf den Skalen Appetitlichkeit, liking und wanting bewertet.
Es wird angenommen, dass Nahrungsreize generell belohnender als neutrale Gegenstände für alle Probandengruppen sind. Die Probanden mit BED sollten die Nahrungsreize vor dem Hintergrund einer erhöhten Belohnungssensitivität zumindest in den physiologischen Daten noch positiver bewerten. Die Häufigkeit von Essanfällen und Craving-Tendenzen werden in die Auswertung einbezogen.
Anhand der Ergebnisse können differenzierte Aussagen für die einzelnen Probandengruppen hinsichtlich der verbalen und physiologischen Bewertung von Nahrungsreizen gemacht werden. Unterschiede würden die Abgrenzung der BED als neurobiologische Subgruppe stärken und wichtige Impulse für die Entwicklung von Behandlungsmethoden geben.

P-02-FR

Schwangerschaft und Anorexie (Pregorexie): Mögliche Komplikationen und Behandlungsansätze

Tuinmann Gert[1]
[1]Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Die Prävalenzrate der Anorexia nervosa beträgt ca. 0,2-0,8%. Die betroffenen Frauen befinden sich regelhaft in der reproduzierenden Phase ihres Lebens. Trotz vieler endokrinologischer Veränderungen kann es insofern bei ihnen zu gewollten und ungewollten Schwangerschaften kommen. Diese sind möglicherweise mit Komplikationen für die Schwangere und ihr Baby verbunden.
Methode: Es wurde eine selektive Literaturrecherche in der Datenbank PubMed mit den Thema Schwangerschaftskomplikationen und Anorexie durchgeführt.
Ergebnisse: Die Interpretation der Studien ist durch methodische Unterschiede und Mängel erschwert. Es wird insbesondere von einem vermehrten Auftreten einer Hyperemesis sowie einer postpartalen Depression berichtet. Die Kinder wiesen ein niedrigeres Geburtsgewicht auf, welches klinisch nicht relevant ist. Weiterhin führten einige anorektische Schwangere gewichtsregulierende Maßnahmen fort und schränkten den Nikotinkonsum nicht ein. Bei jenen anorektischen Schwangeren mit einem traumatischen Hintergrund scheint es eher zu einer Schwangerschaftskomplikation zu kommen.
Schlussfolgerungen: Für die Behandlung anorektischer Frauen mit Kinderwunsch oder anorektischer Schwangere empfiehlt sich, sie frühzeitig hinschlich möglicher Komplikationen aufzuklären und während der Schwangerschaft regelmäßig einzubestellen. Bei Wachstumsverzögerungen des Kindes oder mangelnder Gewichtszunahme der Schwangeren wäre eine fachspezifische Therapie anzuraten, insbesondere dann, wenn ein traumatischer Hin-

tergrund bekannt ist. Postpartal sollte auf das Auftreten affektiver Störungen und Problemen beim Stillen geachtet werden.

P-03-FR

Eine Eyetracking-Studie zur visuellen Aufmerksamkeit bei der Betrachtung adipöser und normalgewichtiger Menschen

Beckmann Julia[1], Giel Katrin[1], Wessel Daniel[2], Zahn Carmen[3], Thiel Ansgar[4], Zipfel Stephan[1], Schäffeler Norbert[1]
[1]Medizinische Universitätsklinik, Abteilung Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [2]Leibniz-Institut für Wissensmedien, Tübingen, Deutschland, [3]Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, Schweiz, [4]Institut für Sportwissenschaft, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Menschen mit Übergewicht weichen in ihrer äußeren Erscheinung deutlich vom gesellschaftlichen Idealbild ab. Als Folge erfahren sie von ihren Mitmenschen häufig Stigmatisierungen, sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext, die sich auf ihr Äußeres beziehen. Es stellt sich die Frage, ob Übergewichtige anders betrachtet und wahrgenommen werden als Normalgewichtige. Eyetracking hat sich als valide Methode erwiesen, um Prozesse visueller Aufmerksamkeit zu untersuchen.
Methoden: 31 Studierenden mit Normalgewicht und 24 adipösen Probanden wurden Bilder von künstlich geschaffenen menschenähnlichen Avataren sowie Bilder realer Personen gezeigt. Dabei wurden die Blickbewegungen der Probanden gemessen und sie wurden im Anschluss gebeten, BMI und Attraktivität der dargestellten Personen einzuschätzen. Körperbild und Stigmatisierungstendenzen der Probanden wurden mittels Fragebögen erfasst (Fragebogen zu Einstellungen gegenüber Übergewichtigen, Frankfurter Körperkonzeptskalen, Fragebogen zum Körperbild).
Ergebnisse: Für Bilder übergewichtiger Personen zeigte sich im Vergleich zu Bildern normalgewichtiger Personen eine signifikante Abnahme der Betrachtungsdauer des Kopfes. Dagegen werden vermehrt sogenannte „Problemzonen" wie Hüfte und Taille betrachtet, ebenso die Arme. Dieses Muster zeigt sich vor allem bei Bildern realer Personen, bei menschenähnlichen Avataren wird der Kopf insgesamt weniger betrachtet. Die Realitätsnähe des Bildes wirkte sich also auf die Betrachtungsweise aus. Kein Unterschied ergab sich zwischen adipösen und normalgewichtigen Betrachtern: beide Gruppen betrachteten die einzelnen Körperregionen ähnlich lang. Allerdings bewerteten adipöse Probanden Bilder übergewichtiger Personen als attraktiver als normalgewichtige Probanden.
Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Betrachtung adipöser und normalgewichtiger Menschen unterschiedlichen Körperteilen eine größere visuelle Aufmerksamkeit zukommt. Dies gilt in ähnlicher Weise für normalgewichtige und adipöse Betrachter. Um die Gründe für diese Unterschiede zu untersuchen, werden Stigmatisierungstendenz und eigene Körperwahrnehmung als mögliche Einflussfaktoren betrachtet.

P-04-FR

Krankheitsdauer vor und Zugangswege zur Erstbehandlung bei Anorexia Nervosa: Ist das Alter bei Störungsbeginn entscheidend?

Neubauer Karolin[1], Weigel Angelika[1], Wendt Hanna[1], Rossi Maddalena[1], Löwe Bernd[1], Gumz Antje[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Anorexia nervosa ist eine schwerwiegende psychische Erkrankung, die häufig mit somatischen Risiken, erhöhter Mortalität und hohen Kosten einhergeht. Empirisch zeigt sich, dass eine lange Erkrankungsdauer diese schwerwiegenden Folgen negativ beeinflussen und zu einer schlechteren Therapieprognose führen kann. Bisher gibt es wenig Wissen darüber, wie lange es dauert, bis sich die Betroffenen erstmalig behandeln lassen, welche Zugangswege zu einer Behandlung häufig sind und ob diese sich abhängig vom Alter bei Störungsbeginn unterscheiden.
Methode: Bei 140 Anorexie-Patientinnen wurden die Zeit zwischen Störungs- und Behandlungsbeginn sowie Zugangswege zur Erstbehandlung anhand von Interview- und Fragebogen-Daten untersucht und zwischen Probandinnen mit frühem (≤ 14 Jahre; *n*=40), adoleszentem (15-18 Jahre; *n*=53) und spätem (≥ 19 Jahre; *n*=47) Störungsbeginn verglichen. Weiterhin wurde die Motivation zur Erstbehandlung (internal vs. external) sowie das Erstbehandlungssetting (stationär vs. tagesklinisch vs. ambulant vs. Beratungsstelle) erfasst.
Ergebnisse: Es zeigte sich bei Patientinnen mit einem frühen Störungsbeginn eine signifikant längere Dauer zwischen Störungs- und Behandlungsbeginn. Diese Patientengruppe war zudem signifikant stärker external für ihre erste Behandlung motiviert als Patientinnen mit spätem Störungsbeginn. Bezogen auf das Erstbehandlungssetting fanden sich keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Als häufigster Vermittler für eine essstörungsspezifische Erstbehandlung zeigte sich in allen Altersgruppen der Haus- bzw. Kinderarzt.
Diskussion: Die Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre Relevanz für die Verbesserung und Verbreitung von Präventionsprogrammen sowie Ansätzen zur Frühintervention bei Anorexie diskutiert.

P-05-FR

Irisin ist bei Patientinnen mit Anorexia nervosa unabhängig vom Ausmaß der körperlichen Aktivität

Hofmann Tobias[1], Elbelt Ulf[2], Ahnis Anne[1], Kobelt Peter[1], Rose Matthias[1], Klapp Burghard F.[1], Stengel Andreas[1]
[1]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland

Das kürzlich beschriebene Hormon Irisin wird vom Muskel nach körperlicher Aktivität sezerniert und steigert die Bräunung weißen Fettgewebes sowie nachfolgend durch gesteigerte Thermogenese den Gesamtenergieverbrauch. Dies könnte bei Störungen des Körpergewichtes (wie z.B. Anorexia nervosa, AN) von hoher Relevanz sein. Zudem konnten wir eine positive Korrelation von Irisin und Körpergewicht über ein weites Spektrum des Body Mass Index (BMI, 10-90 kg/m^2) zeigen. In dieser Studie wurde die Regulation von Irisin in Abhängigkeit von körperlicher Aktivität bei Patientinnen mit AN (einer Erkrankung mit einer Subpopulation mit ausgeprägter Hyperaktivität) untersucht.

Methoden: 39 stationäre Anorexie-Patientinnen (Alter 27,5±1,5 Jahre; BMI 14,6±0,3 kg/m^2) wurden eingeschlossen. Die lokomotorische Aktivität und der Energieverbrauch wurden mittels eines SenseWear®-Armbands ermittelt. Aus parallel gewonnenen Blutproben wurde Plasma-Irisin mittels ELISA bestimmt.

Ergebnisse: Die AN-Patientinnen zeigten ein breites Spektrum an körperlicher Aktivität, so dass die Studienpopulation am Median (Median selbst ausgeschlossen) in 2 Gruppen (n=19/Gruppe) geteilt werden konnte: eine mit moderater (MW±SD, 6332±423 Schritte/Tag), die andere mit hoher körperlicher Aktivität (13994±1019, $p< 0.001$). Beide Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich des BMI (14,2±0,4 *vs.* 15,0±0,4 kg/m^2, p=0,18), der Irisin-Plasma-Spiegel (558,2±26,1 *vs.* 524,9±25,2 ng/ml, p=0,37) und des gewichtsadjustierten Ruhe-Energieumsatzes (31,8±1,0 *vs.* 32,4±0,8 kcal/kg/d, p=0,62). Jedoch waren die gewichtsadjustierte Sport-assoziierte Thermogenese (exercise-related activity thermogenesis, 0,6±0,3 *vs.* 1,8±0,5 kcal/kg/d, p=0,03) sowie die Alltagsaktivitäts-assoziierte Thermogenese (non-exercise activity thermogenesis, 18,8±0,8 *vs.* 21,6±1,0 kcal/kg/d, p=0,03) wie auch der absolute Energieverbrauch (total energy expenditure, 41,1±1,1 *vs.* 46,0±1,4 kcal/kg/d, p=0,01) der AN-Patientinnen mit moderater Aktivität geringer als bei denen mit hoher Aktivität. Es wurden keine Korrelationen von Irisin mit Parametern des Energieverbrauches beobachtet (p>0,05).

Schlussfolgerungen: Die Irisin-Plasma-Spiegel sind bei AN-Patientinnen mit unterschiedlicher körperlicher Aktivität nicht different. Diese Ergebnisse stützen nicht die Hypothese, dass Irisin in dieser Patientengruppe durch andauernde körperliche Aktivität vermehrt sezerniert wird und so zur weiteren Verschärfung der Erkrankung beitragen könnte.

P-06-FR

Wirksamkeit einer ambulanten Sporttherapiegruppe für Patienten mit Essstörungen: Erste quantitative Daten

Schlegel Sabine[1], Hartmann Armin[1], Zeeck Almut[1]
[1]Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Hintergrund: Viele Patientinnen mit Essstörungen zeigen einen dysfunktionalen Umgang mit körperlicher und sportlicher Aktivität. Dieser wird unter anderem als aufrechterhaltender Faktor für eine Essstörungspathologie diskutiert. Bislang existieren kaum Programme, die auf eine Veränderung ungesundes Sportverhaltens und dysfunktionaler Einstellungen zu körperlicher Aktivität abzielen.

Methoden: Angelehnt an das Konzept von Calogero & Pedrotty (2004) wurde eine ambulante Sporttherapiegruppe für essgestörte Patientinnen entwickelt, welche als Ergänzung zu einer ambulanten Psychotherapie gedacht ist. Im Rahmen einer Pilotphase wurden 4 Gruppendurchgänge über jeweils 3 Monate durchgeführt. Hauptoutcome-Kriterium war eine Veränderung dysfunktionaler Einstellungen zu sportlicher Aktivität, gemessen mit der Commitment to Exercise Scale (CES), Nebenkriterien eine Veränderungen von Schlankheitsdruck und Körperunzufriedenheit (EDI-2). Die Interventionsgruppe wurde mit einer nach Alter, Geschlecht und Diagnose gematchten Kontrollgruppe verglichen.

Ergebnisse: 29 Patientinnen nahmen an der Intervention teil, 11 brachen sie frühzeitig ab. Die Datensätze von 15 Patienten und 18 Kontrollprobanden konnten ausgewertet werden. Von Beginn der Intervention hin zum Entlasszeitpunkt zeigte die Interventionsgruppe signifikante Reduktionen im Hinblick auf alle Outcomekriterien. Im Vergleich zur Kontrollgruppe fand sich eine signifikant stärkere Reduktion des CES Gesamtscores ($p< 0.01$) sowie einen Trend zu einer stärkeren Reduktion der Körperunzufriedenheit ($p< 0.06$).

Schlussfolgerung: Auch wenn die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden müssen, finden sich erste Hinweise darauf, dass die entwickelte sporttherapeutische Gruppe Effekte in die gewünschte Richtung erzielen kann (Veränderung von Einstellungen und Umgang mit sportlicher Aktivität). In einem nächsten Schritt soll eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt werden, in welcher zusätzlich objektive Daten zum Bewegungsverhalten und seinen Zusammenhängen mit Esspathologie und Affektregulation erhoben werden.

Literatur: Schlegel S, Hafner D, Hartmann A, Fuchs R, Zeeck A. Ambulante Sporttherapie für Patientinnen mit Essstörungen: Ein Pilotprojekt. Psychother Psych Med, 62, 456-462, 2012.

P-07-FR

Bewegungsverhalten bei Anorexia nervosa: Systematisches Review zu bisherigen Erkenntnissen und zukünftigen Forschungsnotwendigkeiten

Gümmer Ricarda[1], Ringwald Johanna[1], Zipfel Stephan[1], Teufel Martin[1]
[1]*Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland*

Hintergrund: Bei Anorexia nervosa (AN) stellen neben restriktivem Essverhalten verschiedene Purging-Verhaltensweisen Bedingungen dar, die die Störung aufrecht erhalten. Bei manchen Patientinnen spielt Hyperaktivität im Sinne von exzessiver Bewegung eine wichtige Rolle und kann zu schweren medizinischen Komplikationen führen. In vielen Behandlungsprogrammen wird der Bewegungsdrang bisher unzureichend adressiert, bzw. Evidenzen für bestehende Interventionen sind gering.
Methode: Um den aktuellen Wissensstand zusammenzufassen, wurde eine systematische Literaturrecherche in medizinischen Datenbanken durchgeführt.
Ergebnisse: Erste wissenschaftliche Berichte bezüglich Bewegungsverhalten und AN wurden 1888 im Lancet publiziert. Methoden zur Erfassung der Intensität variieren breit von Interviews, Tagebüchern, dem Einsatz von Schrittzählern bis hin zur Erfassung der Basal Metabolic Rate oder Doubly Labeled Water Technik. Das endokrinologische Modell des "activity induced weight loss syndrome" oder der "Starvation Induced Hyperactivity (SIH)" bei Ratten lässt Fragen bezüglich der Übertragbarkeit auf den Menschen weiterhin offen. So konnte bisher noch nicht eindeutig geklärt werden, ob Hyperaktivität durch Hypoleptinämie für AN spezifisch ist. Zusätzlich wird der Bewegungsdrang in Zusammenhang mit zwanghafter Symptomatik und Persönlichkeit diskutiert. Es besteht kaum Wissen dahingehend, welche Bedingtheiten die Gruppen der „High - Exercisers" und „Non - Extensive - Exercisers" prädizieren. Erste Hinweise aus der funktionellen Bildgebung und Eye-Tracking Untersuchungen legen Veränderungen in der centralen motorischen Kontrolle und Exekutivfunktionen nahe.
Schlussfolgerung: Ergebnisse in den bisher durchgeführten Untersuchungen zur Bewegung bei AN sind heterogen. Dies liegt unter anderem an der Schwierigkeit der Patientenrekrutierung und den dadurch limitierten Fallzahlen aber auch an der ausgeprägten Heterogenität der methodischen Ansätze sowie der komplexen und multifaktoriellen Grundlage der Symptomatik. Heute scheint die Accelerometrie in Kombination mit Fragebögen und Tagebüchern die Methode der Wahl zu sein. Studien sollten aufbauend auf dem bisherigen Wissen von alleiniger Beschreibung des Verhaltens hinaus mögliche Therapieansätze in spezifischen Subgruppen von Patientinnen mit AN weiter beforschen, um so für Betroffene und Behandler machbare und erfolgreiche Ansätze zu entwickeln.

P-08-FR

Suizidalität und Persönlichkeit - erste Ergebnisse zu Unterschieden zwischen bariatrischen und adipösen Personen

Peterhänsel Carolin[1], Wagner Birgit[2], Kersting Anette[2]
[1]*Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland,* [2]*Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland*

Einleitung: Die Behandlung von Adipositas sowie deren Begleiterkrankungen stellt eine immer größer werdende Herausforderung an das weltweite Gesundheitssystem dar. Zu den effizientesten Verfahren gehört hierbei die bariatrische Chirurgie, mithilfe derer physische und psychische Beschwerden der Patienten deutlich gemindert werden und welche zu einer Steigerung der Lebensqualität beiträgt. Einen starken Gegensatz hierzu bilden die Befunde, die zeigen, dass das Suizidrisiko dieser Personen im Vergleich zu adipösen und normalgewichtigen Personen erhöht ist. Zudem ist innerhalb der aktuellen wissenschaftlichen Literatur nur wenig darüber bekannt, inwieweit sich Persönlichkeitsmerkmale von adipösen Personen, die einen adipositaschirurgischen Eingriff vornehmen lassen, von anderen stark Übergewichtigen unterscheiden.
Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu untersuchen, ob Unterschiede hinsichtlich Suizidgedanken, Depressivität und Persönlichkeitsmerkmalen zwischen diesen beiden Gruppen bestehen.
Methode: Die bariatrische Gruppe besteht aus n=129 Personen (BMI: 51,7 kg/m^2), die adipöse Kontrollgruppe wird durch n=171 Personen (BMI: 45,6 kg/m^2) repräsentiert. Die verwendeten Messinstrumente sind die deutschen Übersetzungen der Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck et al., 1979), des Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996), des NEO Five-Factor Inventory (Costa & McCrae, 1989) und des Aggression Questionnaire (AQ; Buss & Perry, 1992). Es wurden Mittelwertsvergleiche hinsichtlich Suizidgedanken und -versuchen, Depressivität, den Persönlichkeitsfaktoren der „Big Five" sowie Aggressivität, unterteilt nach Subskalen, für beide Gruppen durchgeführt.
Diskussion/Ergebnisse: Es finden sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich Suizidgedanken, Neurotizismus, Offenheit und Feindseligkeit. Hierbei weisen die adipösen Kontrollpersonen höhere Werte auf als Personen mit einem bariatrischen Eingriff. Diese hingegen weisen signifikant höhere Werte in den Persönlichkeitsskalen Extraversion und Gewissenhaftigkeit im Vergleich zu den nichtoperierten Kontrollpersonen auf. Mögliche Einflussfaktoren für diese Ergebnisse sowie daraus resultierende Implikationen für Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit Adipositas werden diskutiert.

P-10-FR

Veränderungen von Körpergewicht und nahrungsregulatorischen Hormonen während eines einjährigen Gewichtsreduktionsprogramms für adipöse Patienten

Stengel Andreas[1], Ahnis Anne[1], Riedl Andrea[1], Figura Andrea[1], Hofmann Tobias[1], Elbelt Ulf[2], Kobelt Peter[1], Bußе Petra[1], Klapp Burghard[1]

[1]Charité Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Charité Centrum für Innere Medizin, Gastroenterologie und Nephrologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland

Adipositas stellt ein weltweit zunehmendes Problem dar. In Deutschland sind 65% der Männer und 55% der Frauen übergewichtig oder adipös (Bundesgesundheitsblatt 2013). Die Prävalenz der morbiden Adipositas (Body Mass Index, BMI > 40 kg/m^2) ist stark ansteigend, und effektive konservative Behandlungsstrategien werden dringend benötigt. Bereits ein dauerhafter Gewichtsverlust von 10% des Körpergewichts führt zu einer deutlichen Verbesserung der metabolischen Situation. In der vorliegenden Studie wurde ein einjähriges ambulantes Gewichtsreduktionsprogramm durchgeführt und die Auswirkungen auf das Körpergewicht sowie die nahrungsregulatorischen Peptide Leptin, sowie Ghrelin und NUCB2/Nesfatin-1 untersucht.

Methoden: 83 adipöse Patienten (66 Frauen, 17 Männer) wurden eingeschlossen. Das Programm bestand aus Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie und progressiver Muskelrelaxation in der Gruppe sowie Ernährungsberatung (**Ziel:** Energiedefizit von 500 kcal/Tag). Die Interventionen fanden während der ersten 6 Monate 2x/Woche, danach 1x/Woche statt. Anthropometrie und Peptidbestimmungen fanden zu den Zeitpunkten Programmstart (T0), 3 (T1), 6 (T2), 9 (T3) und 12 Monate (T4) statt. Die Plasma-Spiegel für Leptin, Ghrelin und NUCB2/Nesfatin-1 wurden mittels ELISA bestimmt.

Ergebnisse: Zu Beginn des Programmes unterschieden sich Männer (43,4±3,2 kg/m^2) und Frauen (41,6±1,7 kg/m^2) hinsichtlich ihres BMI (p>0,05) nicht. Dieser sank signifikant zu allen Zeitpunkten während des einjährigen Interventionszeitraumes im Vergleich zu T0 (z.B. bei 3 Monaten -4,9±0,4%, 12 Monaten: -8,3±1,5%, p< 0,001), was einem mittleren Gewichtsverlust von 12 kg nach einem Jahr entsprach. Auch die Spiegel des Adipokins Leptin waren zu allen Zeitpunkten signifikant reduziert gegenüber T0 (T4 *vs.* T0: 4,3±0,3 *vs.* 6,2±0,4 ng/ml, p< 0.01). Die Plasmaspiegel des anorexigenen NUCB2/Nesfatin-1 waren zu T2 signifikant reduziert (T2 *vs.* T0: 0,14±0,02 *vs.* 0,29±0,07 ng/ml, p< 0.05), stiegen danach jedoch wieder an. Im Gegensatz dazu stiegen die Spiegel des Orexigens Ghrelin zeitgleich signifikant an (T2 *vs.* T0: 12,3±1,1 *vs.* 9,9±0,5 ng/ml, p< 0.05), fielen zu T4 jedoch wieder ab.

Schlussfolgerungen: Das konservative Programm führt zu einer deutlichen Gewichtsreduktion. Interessanterweise steigen die NUCB2/Nesfatin-1-Spiegel bei fortgesetzter Gewichtsreduktion wieder an, und die Ghrelin-Spiegel fallen wieder ab. Diese Adaptionen könnten zu einem besseren längerfristigen Gewichterhalt beitragen.

P-12-FR

Was nehmen Anorexia nervosa Patienten wahr? Eine qualitative Inhaltsanalyse der Assoziationen von akuten und remittiert magersüchtigen Frauen sowie gesunden Kontrollprobandinnen zu drei ausgewählten Bildern von Piet Mondrian

Erdur Laurence[1], Grün Anna[1], Weber Cora[1], Rose Matthias[1], Deter Hans-Christian[1]

[1]Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Einleitung: Ästhetische Aktivität ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis, bei dem kognitive und emotionale Prozesse eine bedeutende Rolle spielen. Spezifische kognitive Stile (z. B. geringe Flexibilität und detailfokussierte Wahrnehmung; Tchanturia et al., 2005) sowie gestörte Emotionsverarbeitung (Friederich, 2013) konnten bei anorektischen Patientinnen wiederholt gezeigt werden. Wir untersuchten daher, ob sich dieses bei der Wahrnehmung von Kunstwerken bei akuten und remittierten Anorektikerinnen bestätigt.

Stichprobe und Material: N=47 Probandinnen (n=19 mit akuter Anorexie, n=8 mit remittierter Anorexie, n=19 Kontrollen) wurden 3 Bilder von Piet Mondrian präsentiert.

Durchführung: Die Probandinnen wurden aufgefordert, ihre Assoziationen zum Bild zu verbalisieren. Die Interviews wurden aufgezeichnet.

Hypothesen: 1) Anorektische Patientinnen zeigen weniger Vielfalt und Variation in den Assoziationen als Kontrollprobandinnen, 2) Anorektische Patientinnen beschreiben mehr Details des Bildes als Kontrollprobandinnen, 3) Anorektische Patientinnen benennen weniger Emotionen als gesunde Kontrollprobandinnen.

Auswertung: 2 unabhängige verblindete Rater analysierten das transkribierte Material mit qualititativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2000).

Ergebnisse und Diskussion: Die Arbeit ist noch nicht abgeschlossen, es deutet sich aber an, dass sich Patentinnen und Kontrollen in verschiedenen qualitativ definierten Dimensionen im Sinn der bisherigen Literatur unterscheiden. Weiterführende Ergebnisse werden diskutiert.

P-13-FR

Konservative versus chirurgische Behandlung der Adipositas: Welche somatischen, psychischen und soziodemographischen Prädiktoren existieren?

Ahnis Anne[1], Figura Andrea[2], Tobias Hofmann[2], Andreas Stengel[2], Elbelt Ulf[2], Klapp Burghard F.[2]
[1]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [2]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Zur Behandlung der Adipositas stehen konservative und chirurgische Maßnahmen zur Verfügung. Inwieweit neben somatischen und soziodemographischen Parametern, psychische und behaviorale Faktoren über die Wahl der Intervention entscheiden, wurde bislang nicht systematisch untersucht.
Methode: Von N = 244 (189 Frauen) adipösen Personen (BMI: M = 45.1 kg/m$^{2)}$, unterzogen sich n = 126 einer bariatrisch-chirurgischen Maßnahme (Schlauchmagen, Magen-Bypass), n = 118 Personen absolvierten ein einjähriges ambulantes multimodales Gewichtsreduktionsprogramm an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Die vor Intervention erhobenen somatischen, psychischen und soziodemographischen Daten wurden t-Tests, Kovarianzanalysen und einer logistischen Regression unterzogen.
Ergebnisse: Wir konnten signifikante Unterschiede sowohl auf somatischer als auch psychischer Ebene zwischen beiden Gruppen nachweisen. Als Prädiktoren für die Entscheidung zur chirurgischen Maßnahme ließen sich folgende Variablen identifizieren: höherer BMI, Diabetes mellitus Typ II, höherer subjektiver Beschwerdedruck (GBB-24), größere Teilnahmslosigkeit (BMQ), höheres Kohärenzerleben (SOC) sowie stärker ausgeprägtes delegiertes (aktives) coping (Brief-COPE). Höheres Alter vor Intervention reduzierte die Wahrscheinlichkeit für die Wahl zur chirurgischen Maßnahme.
Diskussion: Die teilweise zunächst kontraintuitiv erscheinenden Ergebnisse werden mit Blick auf die Optimierung der klinischen Versorgung schwer adipöser Personen kritisch diskutiert.

Internettherapie & Kinder- und Jugendpsychosomatik

P-14-FR

Beruflich belastete Patienten in der psychosomatischen Reha. Motivierung und Akzeptanz bei einer Online-Nachsorge

Schattenburg Lothar[1], Gerzymisch Katharina[2], Vorndran Annerose[1], Knickenberg Rudolf J[1], Beutel Manfred E[2], Zwerenz Rüdiger[2]
[1]Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, Rehabilitation, Bad Neustadt, Deutschland, [2]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

Hintergrund: Die folgende Arbeit möchte erforschen, ob durch eine Online-Nachsorge die berufliche Integration von Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation verbessert werden kann (Zwerenz et al., 2013).
Methodik: Mit einem Motivationsvortrag werden Patienten nach Aufnahme in unserer Klinik über die Studie informiert. Die Patienten durchlaufen ein Screening und müssen ihr Einverständnis geben zur Teilnahme an einer kontrollierten randomisierten Studie. Während des Klinikaufenthaltes bekommen die Patienten 4 Module zur Stressbewältigung (à 90`). Nach Reha-Ende bekommt die Interventionsgruppe (IG) on-line eine wöchentliche Schreibaufgabe mit zeitnaher individueller therapeutischer Kommentierung und allgemeinen Informationsmaterialien. Die Kontrollgruppe (KG) bekommt on-line „nur" Informationsmaterialien. Alle Studienteilnehmer erhalten jedoch eine Auswertung des AVEM.
Motivierung: In unserer Klinik waren zwei Motivationsvorträge notwendig, um eine arbeitsfähige Gruppengröße voll zu bekommen. Die Stichprobenerhebnung dauerte von 9/2010 bis 2/2013, um 203 Patienten zu rekrutieren. Diese Dauer von fast 1,5 Jahren zeigt, welche hohe Bedeutung der Motivierung zukam. Die Gruppengröße bewegte sich von 2-11 Patienten mit einem Schnitt von 4-6 Patienten. Insgesamt waren für die Stichprobe von 203 Patienten 39 Gruppen notwendig. Die Motivationsvorträge stießen auf diverse Bedenken, die die lange Erhebungsdauer verständlich macht.
Akzeptanz (Auswertung vom 9/2013): Einschluss N=203. Randomisierung zur KG (N=110) und zur IG (N=93). Login nach Reha (mindestens 1 Mal): KG N=77 (70%) und IG N=85 (91%). Blogs nach Reha (mindestens 1 * Blog): IG N=74 (87%). Zahl der geschriebenen und kommentierten Blogs: 11,13 % keine Blogs; 74,87 % 1-12 Blogs. Gesamtzahl der Blogs: N= 545, Blogzahl/Patient: M=7,36 (SD=3,47). Zufriedenheit mit der Online-Nachsorge insgesamt: 51% (IG, N=70) vs. 18 % (KG, N=74). Vom Online-Therapeuten verstanden gefühlt haben sich bei der IG 71 %.
Veränderung der Depressivität: Nach 3 Monaten hat die IG signifikant niedrige Depressionwerte gemessen mit dem PHQ-9: IG (N=69) = 9,15 vs. KG (N=81) = 11.33. Weitere Auswertungen mit dem SIBAR und dem AVEM sind in Arbeit**.**
Literatur: Zwerenz, R. et al. (2013). Evaluation of an internet-based aftercare program to improve vocational reintegration after inpa-

tient medical rehabilitation: study protocol for a cluster-randomized controlled trias. Trias, 14:26.

P-15-FR

Die Omnipräsenz der virtuellen Welt, Grenzen psychodynamischer Erkenntnis und die Herausforderungen im klinischen Alltag

Lindstedt Klaus-J.[1]
[1]*Sigmund Freud Privat Universität Wien-Paris-Linz-Berlin, Berlin, Deutschland*

Evolutionäre Prozesse haben die Hominiden geformt und verändert, wie alles Leben und alle Lebenswelten. Seit den frühen Zeiten der Moderne hat sich dieser Wandlungsprozess immer mehr beschleunigt. Alles Natürliche, Kreatürliche, die Natur selbst wurde uns fremd, eigentümlich, sonderlich und leblos. Wir mussten lernen sie wieder zu animieren, und sie so ins Leben zurück zu holen. Wir wurden Architekten unserer selbst, unserer Kultur, unserer mannigfaltigen Identitäten.
In diesen Zeiten der modernen Medien, des Internets, der globalen kollektiven und sozialen Netzwerke, angefüllt mit Informationen und sozialen Kontaktmöglichkeiten, wird immer deutlicher, in welchem Ausmaß unsere Welt eine von uns konstruierte, kollektive virtuelle Matrix ist und vermutlich immer schon war. Aus der Nähe betrachtet wird offensichtlich, dass sie eine Welt darstellt, geformt aus Traum ähnlichen Fäden (D. Hofstadter), die sich zu Schnüren und Seilen verdrillen, eine Welt aus Zeichen und Symbolen geformt, eine durch die wir über unvorstellbare Entfernungen in Raum und Zeit in Bruchteilen von Sekunden jagen; in der wir Ideen miteinander kombinieren, sie auseinandernehmen in einem kreativen Prozess, und in der wir in der Lage sind, spielerisch mit der phänomenalen Welt um zu gehen.
Was bedeutet es mittlerweile, in einem globalen Dorf „global village" (M. McLuhan) zu leben? Wie wird sich der menschliche Geist unter diesen Bedingungen verändern, und mit welchen kulturellen, gesundheitlichen und sozialen Rück- und Wechselwirkungen müssen wir unter diesen Umständen rechnen? Welche Anforderungen stellt der Entwurf einer Lebensperspektive in einer „flüssigen und flüchtigen" (Post-) Moderne (Z. Bauman, R. Sennett) an die Menschen, an das ewig „unvollendete Tier (T. Roszak)?
Haben wir jenen „vanishing point" (E. Canetti) überschritten, und sind „wir und unsere Körper, nicht mehr als das Phantomglied, das schwache Glied oder die Kinderkrankheit eines technologischen Apparates, der weit über uns hinausgeht (wie das Denken nur die Kinderkrankheit der künstlichen Intelligenz wäre oder der Mensch die Kinderkrankheit der Maschine, oder das Reale die Kinderkrankheit des Virtuellen)?" (J. Baudrillard) Sind psychodynamisache Annahmen, ihre latenten Anthropologien und Behandlungsansätze noch relevant, oder bedarf es eines fundamental neuen oder integrativen Verständnisses des menschlichen Geistes um diesem in seiner Störanfälligkeit gerecht werden zu können?

P-16-FR

Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen - ein Vergleich von Psychotherapiepatienten und Schülern

Schlottbohm Ellen[1], Lindner Marion[1], Tagay Sefik[1]
[1]*LVR-Klinikum Essen, Essen, Deutschland*

Hintergrund: Schon in Kindheit und Jugend können personale, strukturelle und soziale Ressourcen vor psychischer Belastung schützen und die Widerstandsfähigkeit gegen schwierige Umstände oder traumatische Erfahrungen erhöhen. Das Ziel dieser laufenden Studie ist es, zu überprüfen, wie gesunde Kinder und Jugendliche sich von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen bezüglich der Ausprägung ihrer Ressourcen unterscheiden.
Methode: Die Ressourcen wurden mithilfe des Essener Ressourcen Inventars für Kinder und Jugendliche (ERI-KJ) überprüft. Es wurden bisher 134 Schüler mit einem Durchschnittsalter von 14,87 Jahren und 33 stationäre Psychotherapiepatienten mit einem Durchschnittsalter von 14,36 Jahren befragt.
Ergebnisse: Beim Gruppenvergleich konnte ein signifikanter Unterschied bezüglich der Ressourcenausprägung zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen festgestellt werden ($T=7.01$; $p\leq001$). Die Psychotherapiepatienten erzielten einen deutlich niedrigeren Gesamtwert im ERI-KJ als die Schüler.
Schlussfolgerungen: Es zeigte sich, dass die Ressourcenausstattung von Psychotherapiepatienten signifikant schlechter ist als die der Schüler. Dies verdeutlicht, dass es vor allem im Sinne der Prävention gilt, die Ressourcen von Kindern und Jugendlichen zu stärken, um langfristig ihre Resilienz zu fördern und psychischen Problemen vorzubeugen. Desweiteren sollte in der Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ein wesentlicher Fokus auf die Ressourcenaktivierung gelegt werden.

P-17-FR

Stressreaktivität von Kindern mit funktionellen Bauchschmerzen im Vergleich zu gesunden Kontrollen

Weimer Katja[1], Gulewitsch Marco D.[2], Enck Paul[1], Schlarb Angelika A.[3]
[1]*Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland,* [2]*Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Psychologisches Institut, Tübingen, Deutschland,* [3]*Université du Luxembourg, Faculté des Lettres, des Sciences Humaines, des Arts et des Sciences de l'Education, Walferdange, Luxemburg*

Kinder mit funktionellen Bauchschmerzen (FB) berichten mehr tägliche Stressoren und diese gelten als prädiktiv für körperliche Beschwerden. In experimentellen Studien induzierte Stress bei Kindern mit FB höhere Herzraten und höheren systolischen Blutdruck. Bisher weiß man jedoch wenig über gastrische Reaktionen auf Stress bei diesen Kindern.
Die Stressreaktivität von Kindern mit FB und Kontrollen soll verglichen werden.

Die Stressreaktivität von 14 Kindern mit FB und 14 gesunden Kindern, gematcht für Geschlecht und Alter (7-12 Jahre, 9.46 ± 1.5 Jahre, 50% weiblich), wurde mittels des Trier Social Stress Test (TSST) verglichen. Der TSST induziert während einer Vorbereitungsphase (10 min) und während einer Testphase (10 min, vor Zuhörern Geschichte frei erzählen und Kopfrechnen) psychosozialen Stress. Subjektive
Einschätzungen von Ängstlichkeit und Symptomen so wie objektive Maße wie EKG, EGG (Elektrogastrogramm) und Speichelcortisolwerte wurden erhoben.
Kinder mit FB reagierten mit einem größeren Anstieg der Herzrate während des TSST (p=.022). Ihre myoelektrische Magenaktivität wies bereits zur Baseline weniger normogastrische Aktivität im Vergleich zu den Kontrollen auf (p=.018). Ihre normogastrische Aktivität reagierte nicht auf Stress, während die tachygastrische mit dem Stress anstieg. Die meisten physiologischen Reaktionen hingen außerdem mit erlebter Angst zur Baseline zusammen.
Diese ersten Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit funktionellen Bauchschmerzen im
Vergleich zu gesunden Kindern veränderte kardiale und gastrointestinale Reaktionen auf psychosozialen Stress aufweisen, welche auf eine höhere sympathische Aktivierung hindeuten. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wird die Studie fortgesetzt.

Traumafolgestörungen

P-19-FR

Achtsamkeit, Würde und Selbstmitgefühl bei Menschen mit schweren posttraumatischen Belastungsstörungen

Remmel-Richarz Britta[1], Remmel Andreas[1,2]
[1]Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich, [2]Dept. Psychologie - LMU München, München, Deutschland

Früh und schwer traumatisierte Menschen haben das Gefühl, ihre Würde und ihren Selbstwert verloren zu haben. Mehr noch als belastende Symptome von Angst, Trauer, Ekel, flashbacks, Intrusionen, Vermeidung, u.a. führt dies immer wieder zu malignen Selbst-entwertungen, selbstzerstörerischem Verhalten und suizidalen Krisen.
Achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Verfahren können Menschen mit frühen und komplexen Traumafolgestörungen dabei helfen, sich von ihren belastenden Erlebnissen, negativen Emotionen und Gedankenschleifen zu distanzieren und zu de-identifizieren, und über die Förderung ihrer Erlebnis-, Wahrnehmungs-, Regulations- und Integrationsfähigkeit in der Gegenwart Selbstbewusstsein und Würde zu entwickeln.
Eine wichtige Grundkompetenz ist dabei auch die Förderung eines Selbstmitgefühls (self compassion). Damit können maligne Auswirkungen von Selbstentwertungen aufgrund früher Verletzungen zum Teil überwunden werden.
Der Beitrag erläutert die konzeptuellen Hintergründe und konkrete Praxisbeispiele dieser Ansätze und Arbeit und diskutiert auch aktuelle Forschungsergebnisse.

P-20-FR

Achtsamkeitsbasierte Integrative Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen (AIT-PTBS)

Remmel Andreas[1,2]
[1]Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg, Eggenburg, Österreich, [2]Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland

Patienten mit frühen Traumatisierungen, unsicheren Bindungsrepräsentationen und komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen sind geflutet von negativen Erlebnissen und Erinnerungen, zeigen eingeschränkte regulatorische Fähigkeiten zur Distanzierung, Reflexivität, Mentalisierung, Beziehungsgestaltung und zum Beziehungserleben, sowie einer gelingenden Körperintegration.
Erfolgreiche Therapien schwerer Traumafolgestörungen sind aufwendig, langwierig und zumeist durch Phasen von Stabilisierung, Symptomkontrolle, Konfrontation und Integration charakterisiert. Als besonders vielversprechend können neuentwickelte achtsamkeitsbasierte integrative Therapieansätze gelten, die neben einer Symptomkontrolle vor allem die Symbolisierungs-, Erlebnis- und Regulationsprozesse betroffener Patienten durch reflektiertes Erleben in der Gegenwart und dessen Integration fördern.
Hilfreiche Elemente in diesem Prozess sind achtsamkeitsbasierte Verfahren zur Förderung von Präsenz, sinnlichem Erleben und metakognitiver Fähigkeiten, die Arbeit mit kreativen und gestalterischen Medien (Kunsttherapie), tiergestützte Therapie (hier vor allem mit Pferden), Film- und Bibliotherapie, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie, und eine integrierende Einzelpsychotherapie.
Das Symposium stellt das Grundkonzept einer Achtsamkeitsbasierten Integrativen Therapie (AIT) schwerer posttraumatischer Belastungsstörungen, sowie einige wichtige Therapie-elemente anhand konkreter Fallbeispiele und empirischer Daten vor.

P-21-FR

„Fiktion der Nichteinreise“ versus Realität der Erkrankung: Das Spektrum psychischer Erkrankungen von Patienten aus dem Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens in stationärer Behandlung

Henning Michaela[1], Fehr Christoph[1]
[1]*Agaplesion Markus Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Frankfurt am Main, Deutschland*

Einleitung: Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main behandelt Patienten, die im Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens, einer Dienststelle der Hessischen Erstaufnahmestelle für Flüchtlinge (HEAE), wegen einer psychischen Erkrankung behandlungsbedürftig werden. Die asylsuchenden Menschen befinden sich während der Unterbringung im Transit-Bereich in belastenden juristischen Vorgängen, in der „Fiktion der Nichteinreise“, und sind von Zurückweisung bedroht. Wir untersuchen, in welchem diagnostischen Spektrum sich stationär behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen bei Menschen dieser Gruppe abbilden.
Methode: Wir untersuchen in dieser Patientengruppe die Verteilung aller gestellten psychischen Diagnosen für den Zeitraum 01/2010 - 10/2013. Wir vergleichen die Daten mit denen einer alters- und geschlechtsgleichen Gruppe von in unserer Klinik stationär behandelten Patienten mit Migration in der Vorgeschichte und mit denen einer alters- und geschlechtsgleichen Gruppe von in unserer Klinik stationär behandelten Patienten ohne festen Wohnsitz.
Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum kam es zu 25 Aufnahmen aus dem Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens in unsere Klinik. 68% der Patienten wiesen eine akute absichtliche Selbstbeschädigung in suizidaler Absicht auf. 48% der Patienten litten an einer posttraumatischen Belastungsstörung, 8% an einer akuten Belastungsreaktion. 52% der Patienten zeigten eine depressive Episode, 48% eine schwere depressive Episode. 38% der depressiven Patienten litten an einer schweren Episode mit psychotischen Symptomen. 23% der depressiven Patienten litten an einer rezidivierenden depressiven Störung. 4% der Patienten zeigten eine dissoziative Störung. 20% der Patienten litten an einer paranoiden Schizophrenie, 8% an einer akut polymorph psychotischen Störung. 8% zeigten eine Cannabisabhängigkeit.
Sowohl im Vergleich mit der Gruppe der Patienten mit Migration in der Vorgeschichte als auch im Vergleich mit der Gruppe von Patienten ohne festen Wohnsitz zeigten sich für die Gruppe der Patienten aus dem Transit-Bereich signifikant höhere Inzidenzen für die absichtliche Selbstbeschädigung in suizidaler Absicht, die posttraumatische Belastungsstörung und die depressive Störung. Eine Evaluation der Versorgungssituation und der Behandlungsoptionen für asylsuchende Menschen im Transit-Bereich des Flughafens erscheint daher sinnvoll.

P-22-FR

Empathiedefizit oder Überinterpretation der mentalen Zustände des Anderen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung und PTBS?

Fritzsch Michael[1], Schulz Laura[1], Bergmann Günther[1]
[1]*Klinikum Christophsbad, Klinik für Psychosomatik und Fachpsychotherapie, Göppingen, Deutschland*

Hintergrund: Als wesentliches klinisches Kriterium für eine Persönlichkeitsstörung (PS) gilt eine andauernde, schwere Störung in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) sind die Beziehungen durch ausgeprägte affektive Dysregulation und Instabilität gekennzeichnet. Ein Grund hierfür ist die mangelnde Fähigkeit, den mentalen Status des Gegenüber einschätzen zu können. In Literatur finden sich für Patienten mit BPS jedoch sowohl Hinweise auf eine mangelnde Empathiefähigkeit, als auch auf eine gesteigerte Sensibilität für Gefühlszustände der Mitmenschen! Erlittene Traumatisierungen spielen in der Ätiologie eine entscheidende Rolle. Es interessierte also zusätzlich die Frage, ob die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) einen Einfluss auf dieses Ergebnis hat.
Methoden: Durchgeführt wurde der Reading-Mind-in the Eyes-Test (RMET, nach Baron-Cohen et al. 2010). In diesem Test werden 36 verschiedene Schwarz-Weiß-Fotografien von Augenpartien gezeigt, anhand von jeweils 4 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten muss vom Patienten jedem Foto ein Gefühlszustand zugeordnet werden. Insgesamt wurden 151 Pat. mit einer Persönlichkeitsstörung untersucht; davon hatten 74 Pat. die Diagnose einer BPS und 21 Pat. die Diagnose einer PTBS.
Ergebnisse: Insgesamt wurde von der Patientengruppe mit einer PS (Mittelwert 23,8; SD 3,6) als auch von der Untergruppe mit BPS ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis im RMET erzielt (Mittelwert 24,1; SD 4,7). Die zusätzliche Diagnose einer PTBS führt zu keiner statistisch signifikanten Änderung des Ergebnisses.
Diskussion: Die Studie bestätigt anhand einer einfachen Untersuchung der Empathiefähigkeit mittels RMET die Mentalisierungsschwierigkeiten von Pat. mit PS bzw. BPS. Zumindest Patienten mit (komplexer) PTBS mit Diagnose einer PS unterscheiden sich scheinbar in dieser Hinsicht nicht von Pat. mit (schwerer) PS ohne PTBS. An der großen Streuung der Ergebnisse wird auch deutlich, dass ein Labortest wie der RMET ein affektives Geschehen des interpersonellen Raums nur eingeschränkt darstellen kann. Die Ergebnisse können als Hinweis dafür dienen, dass die massiven, schnell eskalierenden Schwierigkeiten in Beziehungen bei Pat. mit schweren PS weniger als „reiner“ Mangel von Empathiefähigkeit zu erklären sind, sondern besser als ein Versagen der Flexibilität der Mentalisierungsfähigkeit (Bateman, Fonagy et al. 2004,2007) verstanden werden können.

P-24-FR

Patterns of childhood abuse and neglect as predictor of treatment outcome in inpatient psychotherapy - a typological approach

Schilling Christoph[1], Weidner Kerstin[1], Schellong Julia[1], Joraschky Peter[1], Pöhlmann Karin[1]
[1]*Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland*

Background: Childhood traumatization is associated with the development and maintenance of mental disorders. The purpose of this study was (a) to identify different patterns of childhood traumatization (b) to examine how these patterns are linked to the severity of mental disorders and (c) weather they are predictive of treatment outcome.
Methods: 742 patients of an university hospital for psychotherapy and psychosomatic were assessed at intake and discharge by standardized questionnaires assessing depression (BDI) and general mental distress (SCL-90-R). Traumatic childhood experience (CTQ) and ICD-10 diagnoses were assessed at intake.
Results: The patients could be allocated to three different patterns of early childhood trauma experience: mild traumatization, multiple traumatization without sexual abuse and multiple traumatization with sexual abuse. The three patterns showed highly significant differences in BDI, GSI and in the number of comorbidity at intake. For both BDI and GSI a general decrease of depression and general mental distress from intake to discharge could be shown. The three patterns differed in BDI and GSI at intake and discharge, indicating lowest values for mild traumatization and highest values for multiple traumatization with sexual abuse. Patients with multiple traumatization with sexual abuse showed worst outcome.
Conclusion: The severity of childhood traumatization is a valid and efficient marker for the assessment of the severity of mental disorders and is able to predict different outcomes in inpatient psychotherapy. Specific treatment concepts are needed for patients with multiple traumatization including sexual abuse.

P-25-FR

Wie beeinflussen Traumakorrelate die Eignung zur Gruppenpsychotherapie? Ein Vergleich zwischen komplexer PTBS (cPTBS) und Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD)

Vogel Matthias[1], Kaul Sarah[1], Braungardt Tanja[1], Schneider Wolfgang[1]
[1]*Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland*

Komplexe traumatische Erfahrungen sind mit einer Reihe von psychischen und psychosomatischen Problemen assoziiert. Hierzu zählen neben dissoziativen und somatoformen Symptomen auch Schwierigkeiten mit der Selbstregulation, der Selbstwahrnehmung und der Bindungsfähigkeit. Die im Hinblick auf diese Symptomkonstellation definierte cPTBS weist eine gewisse Überlappung mit der ebenfalls trauma-assoziierten BPD auf. Letztere ist jedoch weder ausschließlich unter posttraumatischen noch lediglich unter deskriptiven Gesichtspunkten definiert, vielmehr legte Kernberg das nach psychodynamischen Grundsätzen entworfene Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) vor, das die Desintegriation widersprüchlicher Selbstaspekte mit der BPD in Verbindung bringt. Beide Störungen sind in klinischen Settings häufig anzutreffen und werden dort regelhaft gruppenpsychotherapeutisch behandelt.
Dabei entsprechen die Kriterien der cPTBS und der BPO interessanterweise dem Konstrukt der Fähigkeit zur Gruppenpsychotherapie insoweit, als die Beziehungsfähigkeit sowie die vorherrschenden Muster der intrapsychischen und interpersonellen Wahrnehmung als entscheidende Beurteilungsdimensionen bei der Indikationsstellung für eine Gruppentherapie angesehen werden. Die vorliegende Studie untersucht mit Hilfe des Group Selection Questionnaire (GSQ), diverser Instrumente zur Erfassung von Traumakorrelaten (Kindheitstraumatisierung, Dissoziation, PTBS, cPTBS) und allgemeiner Symptombelastung die Einflüsse der cPTBS im Vergleich zur BPO auf die Gruppenpsychotherapiefähigkeit an 62 Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Uni Rostock mit setting-typischen Primärdiagnosen. Dabei zeigt sich kein linearer Effekt von Traumatisierungen auf den GSQ, vielmehr ist unabhängig vom Trauma die Symptombelastung für die Partizipation an der Gruppe entscheidend, während die Erwartungen an eine Gruppentherapie offensichtlich eher von Aspekten innerpsychischer und interpersoneller Wahrnehmungsmuster beeinflusst werden.
Diese Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre Bedeutung für die gruppentherapeutische Praxis und v.a. hinsichtlich einer spezifischen Vorbereitung dieser Patienten für eine solche Therapie diskutiert.

P-26-FR

Beyond the couch - coming to terms with political trauma through songs and poems

Schicker Juliane[1]
[1]*The Pennsylvania State University, Department for Germanic and Slavic Languages and Literatures, University Park, PA, Vereinigte Staaten*

Many of the more than 300,000 imprisoned people of the German Democratic Republic suffer from trauma from their encounters with the legal apparatus. Among them is Dr. med. Karl-Heinz Bomberg, psychoanalyst and singer and songwriter, who has already treated about 200 trauma patients in his practice. In his opinion, not enough of the victims seek psychological help although the interest in their lives not only helps their mental well-being but also serves a critical social 'Aufklärung.' Bomberg goes beyond

the psychoanalyst's couch and aims at treating the individual as well as society through his poems and songs. With his approach, Bomberg challenges Cathy Caruth and Bessel van der Kolk's claim that trauma is inaccessible and causes in the victims a "speechless terror" that cannot be "organized on a linguistic level." Bomberg's approach rather echoes Adorno's observation that only in art can suffering "still find its own voice."
In my presentation, I will show how through his professional and artistic work, Bomberg aims at establishing a public culture of remembrance in contrast to a culture of forgetting to successfully treat trauma patients. I will discuss how Bomberg, through his poems and songs, can penetrate something like a social consciousness that aims at coming to terms with the past.

Angst- und Zwangsstörungen

P-28-FR

Social Phobia Research - ein Forschungsprojekt zur sozialen Phobie

Conrad Rupert[1], Rambau Stefanie[1], Kleiman Alexandra[1], Schumacher Johannes[2], Forstner Andreas Josef[2], Geiser Franziska[1]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Bonn, Bonn, Deutschland, [2]Institut für Humangenetik der Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Die soziale Phobie, d.h. die Angst, sich in sozialen Situationen peinlich zu verhalten und negativ bewertet zu werden, gilt als die dritthäufigste psychische Störung nach Major Depression und Alkoholabhängigkeit. Zeitlebens leiden weltweit schätzungsweise 7-13% der Bevölkerung unter dieser Angststörung. Trotz der hohen Prävalenz und klinischen Relevanz des Störungsbildes ist bislang wenig darüber bekannt, welche Faktoren an der Entstehung der Störung beteiligt sind. Dabei geht es im Rahmen eines umfassenden ätiologischen Erklärungsansatzes um ein besseres Verständnis der beteiligten genetischen Faktoren sowie der Lernprozesse und individuellen Entwicklungsbedingungen.
Das bundesweit angelegte Forschungsprojekt Social Phobia Research der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und des Instituts für Humangenetik der Universität Bonn hat sich daher zum Ziel gesetzt, im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie mittels genomweiter Assoziationsanalysen genetische Risikovarianten der sozialen Phobie in einer großen Stichprobe von Probanden zu identifizieren und die detektierten Risikogene als Basis für zellbiologische und bioinformatische Analysen zu nutzen. Mittels Fragebögen zum Bereich Erziehung und Bindung (z.B. Attachment Style Questionnaire, Adverse Childhood Experiences Questionnaire) sowie zur Persönlichkeit (z.B. Toronto-Alexithymie-Skala, Temperament- und Charakter-Inventar) wird darüber hinaus die Interaktion zwischen genetischen Faktoren, individuellen Entwicklungsbedingungen sowie Persönlichkeitsvariablen näher erforscht.
Vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz interdisziplinärer Forschung im Bereich der Psychosomatik, informieren wir über die spezifischen Problemstellungen eines Projektes, welches humangenetische und psychosomatische Forschungsansätze verknüpft. Abschließend berichten wir über den aktuellen Stand der Datenerhebung des seit einem Jahr laufenden Forschungsprojektes.

P-29-FR

Körperbild bei Menschen mit einer körperdysmorphen Störung

Kollei Ines[1], Martin Alexandra[2]
[1]Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische Abteilung, Erlangen, Deutschland, [2]Bergische Universität Wuppertal, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Wuppertal, Deutschland

Theoretischer Hintergrund: Bei der körperdysmorphen Störung (KDS) handelt es sich um eine übermäßige Beschäftigung um einen Makel in der äußeren Erscheinung, der für andere Menschen so nicht wahrnehmbar ist. Die Klassifikation der KDS wurde vielfach diskutiert und im DSM-5 erfolgt nun die Zuordnung der KDS zu dem Spektrum der Zwangsstörungen. Die KDS kann auch als Störung des Körperbildes konzeptualisiert werden. Bislang jedoch wurden Körperbildmerkmale bei der KDS selten explizit untersucht.
Methode: In einer Fragebogenstudie untersuchten wir Körperbildmerkmale bei Personen mit einer KDS (n = 31) im Vergleich zu Personen mit Essstörungen (AN = 32, BN = 34) und Gesunden (n= 33). In einer quasi-experimentellen Studie untersuchten wir kognitive und affektive Prozesse in Reaktion auf eine in-vivo durchgeführte Spiegelkonfrontation bei KDS (n = 30) im Vergleich zu Personen mit einer Depression (n = 30) und Gesunden (n = 30).
Ergebnisse: Personen mit einer KDS unterschieden sich in sämtlichen mit Fragebögen erfassten Körperbildmerkmalen von Gesunden. Die KDS-Gruppe zeichnete sich gegenüber den Essstörungen durch stärkere psychosoziale Belastung aufgrund des Aussehens und durch stärkere familiäre Belastung aus (z.B. Wut auf die Eltern, weil diese den Makel verebt haben). Die Spiegelexposition aktivierte bei Depressiven und bei Gesunden positive körperbezogene Gedanken, nicht jedoch bei Personen mit einer KDS. Die KDS-Gruppe reagierte in spezifischer Weise mit einem Anstieg von Traurigkeit und Ärger auf die Konfrontation mit dem eigenen Spiegelbild.
Diskussion: Die Befunde verweisen auf eine Körperbildstörung bei KDS im Vergleich zu Gesunden und Personen mit einer Depression. Zwischen KDS und Essstörungen bestehen Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede in relevanten Körperbildmerkmalen. In Störungsmodellen der KDS sollten psychosoziale Beeinträchtigung und familiäre Belastung differenziert berücksichtigt werden, da sich diese Variablen dazu eignen die KDS von den Essstörungen zu unterscheiden. In der Behandlung der KDS ist die ausgeprägte

psychosoziale Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Bei dem Einsatz von Spiegelbildkonfrontationen ist insbesondere der Aufbau positiver körperbezogener Gedanken zu fördern. Die spezifische Aktivierung von Traurigkeit und Ärger erfordert die Erarbeitung effektiver Strategien der Emotionsregulation.

P-30-FR

Persönlichkeitsprofil von Patienten mit Angststörungen - Alexithymie macht den Unterschied

Kleiman Alexandra[1], Rambau Stefanie[1], Wegener Ingo[1], Koch Anne Sarah[1], Geiser Franziska[1], Conrad Rupert[1]
[1]Universität Bonn, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Bonn, Deutschland

Empirische Studien bestätigen einen engen Zusammenhang zwischen Alexithymie und psychischer Beeinträchtigung und weisen auf eine deutlich erhöhte Alexithymieausprägung bei psychisch erkrankten Patienten hin. Bei Patienten mit Angststörungen betragen die Alexithymieprävalenzraten bis zu 58 %. Ängstlichkeit, Vorsicht, Pessimismus und Schüchternheit werden als charakteristische Persönlichkeitsmerkmale sowohl bei alexithymen Individuen als auch bei Patienten mit Angststörungen diskutiert. Die alexithymiespezifischen Persönlichkeitseigenschaften sind bei Patienten mit Angststörungen dagegen noch nicht bekannt. Das Ziel unserer Studie war es daher, zu untersuchen, welche Persönlichkeitszüge alexithyme Angstpatienten im Vergleich zu nicht-alexithymen Angstpatienten aufweisen.
Mittels des Temperament- und Charakter-Inventars (TCI; Cloninger et al., 1994) wurden die Persönlichkeitsmerkmale bei 205 kategorial bestimmten alexithymen (Toronto Alexithymia Scale - TAS-20 Summenwert ≥ 61; Bagby et al., 1994) und 205 alters- und geschlechtsspezifisch gematchten nicht-alexithymen Patienten (TAS-20 Summenwert < 61) mit Angststörungen untersucht. Die Gruppen waren ebenfalls im Hinblick auf die mit der Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1992) erfassten Depressions- und Angstwerte gematcht.
Gruppenunterschiede wurden anhand einer Kovarianzanalyse mit Bonferroni-korrigierten post-hoc-Tests berechnet. Korrelationsanalysen und Chi-Quadrat Tests wiesen signifikante Effekte von Alter, Geschlecht, Angst- sowie Depressionswerten auf die Persönlichkeitsstruktur der Patienten nach, weshalb sie infolgedessen als Kovariaten in die Varianzanalyse einbezogen wurden.
Unter Berücksichtigung der Kovariaten war die Persönlichkeit von alexithymen im Vergleich zu nicht-alexithymen Angstpatienten von einer signifikant höheren Schadensvermeidung, einer niedrigeren Belohnungsabhängigkeit, einem niedrigeren Beharrungsvermögen sowie signifikant geringerer Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität gekennzeichnet.
Die Ergebnisse unserer Studie tragen damit zur weiteren Klärung möglicher Zusammenhänge und der Abgrenzung zwischen Alexithymie und Angststörungen bei. Alexithyme Angstpatienten scheinen eine andere Persönlichkeitsstruktur zu besitzen als nicht-alexithyme. Die Kenntnis über die bedeutende Rolle der Alexithymie im Hinblick auf Patienteneigenschaften bei Angststörungen sollte sowohl diagnostisch als auch für die therapeutische Zielsetzung berücksichtigt werden.

P-31-FR

Scham und Schuld - die verborgenen Emotionen der Zahnbehandlungsängste psychisch Kranker?

Lenk Maria[1], Berth Hendrik[2], Hannig Christian[3], Kuhlisch Eberhard[4], Joraschky Peter[1], Petrowski Katja[1], Weidner Kerstin[1]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik; Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland, [2]Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland, [3]Poliklinik für Zahnerhaltung; Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland, [4]Institut für Medizinische Informatik und Biometrie; Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Scham ist in eine Vielzahl von Psychopathologien involviert, insbesondere wurde ihre maladaptive Funktion für Angststörungen [AS] und posttraumatische Belastungsstörung [PTBS] nachgewiesen. Uneinigkeit herrscht zur Bedeutung der Schuld, obgleich der Trend dahin geht, ihr die Relevanz für psychopathologische Symptome abzusprechen. Für Zahnbehandlungsphobie wurde bislang nur Peinlichkeitsempfinden in Bezug auf die Zahnbehandlungssituation untersucht. Die vorliegende Studie beschreibt erstmals Zusammenhänge zwischen allgemeiner Scham- und Schuldsensitivität und Zahnbehandlungsangst.
Methode: Bei 129 Patienten einer psychosomatischen Klinik sowie 95 gesunden Vergleichsteilnehmern wurden die Zahnbehandlungsangstintensität (Hierarchischen Angstfragebogens HAF) sowie Scham- und Schuldsensitivität (Test of Self-Conscious Affect TOSCA) erhoben. Die Diagnostik psychischer Störungen erfolgte bei Patienten mittels strukturiertem klinischem Interview nach DSM-IV (SKID) und bei Kontrollprobanden mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D).
Ergebnisse: Zwischen Zahnbehandlungsangstintensität und Scham- bzw. Schuldsensitivität bestand ein signifikanter Zusammenhang in der Patientengruppe (r_S=0,397; p< 0,001 bzw. r_S=0,188; p= 0,033), jedoch nicht in der Kontrollgruppe. Scham und Zahnbehandlungsangst korrelierten unter den Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung mit r_S=0,620 (p< 0,001). Regressionsanalytisch zeigten nicht die direkten Einflüsse dieser Emotionen, sondern ihre Interaktionen mit den Grunderkrankungen höchste prädiktive Wirkung auf hohe Zahnbehandlungsangst. Als stärkste Prädiktoren wurden die Interaktion Scham*PTBS (OR=18,8; p< 0,001; 95%-KI=7,3-48,3) und Scham*Angststörung und/oder depressive Störung [AS/DS] (OR=4,2; p=0,002; 95%-KI=1,7-10,5) erkannt. Hinzunahme der Interaktionsterme

Schuld*PTBS (OR=0,3; p=0,151; 95%-KI=0,0-1,6) und Schuld*AS/DS (OR=9,4; p=0,001; 95%-KI=2,5-35,3) verstärkten zusätzlich die Bedeutung des Interaktionseffektes Scham*PTBS (OR=56,9; p< 0,001; 95%-KI=11,1-291,4).
Schlussfolgerung: Das Risiko, an hoher Zahnbehandlungsangst zu leiden, ist für Patienten mit PTBS, AS und DS stark erhöht. Scham trägt zur Erklärung dieses Zusammenhangs bei. Die enge Verknüpfung beider Größen bei PTBS-Patienten legt nahe, die Zahnbehandlungsangst bei diesen Patienten als Symptom einer komplexen Grunderkrankung zu verstehen, bei der eine fundamentale Unsicherheit gegenüber dem Schamaffekt viele Lebensbereiche involviert.

P-32-FR

Panisch? Dieses Wort trifft auf mich selbst....sehr stark zu! Unterschiede in der affektiven Selbstbeschreibung bei Patienten mit Panikattacken und Kontrollpersonen

Klipsch Ottilia[1], Schauenburg Henning[1], Nikendei Christoph[1], Dinger Ulrike[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Theorie: Bei Patienten mit Angststörungen zeigt sich metaanalytisch ein robuster Verarbeitungsbias für angstbezogenes Stimulusmaterial im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (Bar-Haim et al., 2007). Es gibt vergleichsweise wenige Studien zur Untersuchung impliziter Verarbeitungsprozesse bei sozial komplexen Stimuli wie bindungsbezogenen Wörtern (Dewitte et al., 2007). In der vorliegenden Studie schätzten Patienten mit Panikattacken und Gesunde panik- und bindungsbezogene Wörter auf den Variablen Valenz, Arousal sowie Selbstbezug ein.
Methode: Die Untersuchung wurde als Vorstudie einer experimentellen Studie zum Zusammenhang zwischen Paniksymptomen und Bindungsrepräsentationen durchgeführt. N=20 Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie (M=31.50, SD=10.2, 9 Männer) mit Panikattacken mit mindestens 4 Symptomen (M=5.38, SD=4.96 Panikattacken im letzten Monat) sowie N=20 Kontrollpersonen ohne Panikattacken (M=44.5 Jahre, SD=8.2, 10 Männer) schätzten 12 bindungsnegative BN, 12 bindungspositive BP sowie 18 panikbezogene PD Adjektive auf den Dimensionen Valenz (positiv/negativ), Arousal (entspannt /angespannt) sowie Selbstbezug (trifft gar nicht zu/sehr stark zu) ein. Die kritischen Stimuli wurden jeweils mit neutralen Wörtern nach Buchstaben- und Silbenanzahl sowie Worthäufigkeit (Cosmas II Version 3.10.1, Institut für Deutsche Sprache) gepaart.
Ergebnis: Die kritischen Stimuli (BN, BP, PD) unterscheiden sich nach Bonferroni-Korrektur in beiden Gruppen signifikant von den gepaarten neutralen Wörtern in Bezug auf Arousal, Valenz und Selbstbezug. Die Kontrollpersonen und Panikpatienten unterscheiden sich nicht in der Einschätzung von Arousal und Valenz der kritischen Stimuli. Patienten mit Panikattacken schätzen BN Wörter (abgelehnt, verlassen) und PD Wörter (panisch, zittrig) als signifikant stärker selbstbeschreibend ein als Kontrollpersonen. BP Wörter (liebevoll, geborgen) werden von der Kontrollgruppe als signifikant selbstbeschreibender gewertet. Der Einfluss von Alterseffekten wurde kontrolliert.
Diskussion: Es konnten klinisch plausible Unterschiede in der Selbsteinschätzung von Panikpatienten und Kontrollpersonen mit panik- und bindungsbezogenen Wörtern gezeigt werden. In experimentellen Untersuchungen sollte die Varibale Selbstbezug hinsichtlich einer möglichen Konfundierung berücksichtigt werden.

P-33-FR

Panikstörung, Imaginationen und Beziehungsmuster. Eine Einzelfallstudie mit der Methode des zentralen Beziehungskonflikt-Themas CCRT-LU (=ZBKT$_{LU}$)

Pokorny Dan[1], Erhardt Elisabeth[2], Langenwalter Andrea[2], Buchheim Anna[2], Stigler Michael[3]
[1]Universität Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [2]Universität Innsbruck, Klinische Psychologie, Innsbruck, Österreich, [3]University of Lausanne, Lausanne, Schweiz

Ziel: In dieser Einzelfallstudie wurden zentrale Beziehungskonflikts-Themen einer Patientin untersucht, die unter einer Angststörung mit Panikattacken litt, ausgelöst durch eine langfristige lebensbedrohliche Erkrankung der Tochter. Für die wiederkehrenden Herzrhythmusstörungen konnten bei den zahlreichen kardiologischen Untersuchungen keine somatischen Ursachen gefunden werden. Die Angststörung wurde dann mit der Katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP) im Zeitraum von 6 Monaten behandelt. In der Studie wurden die CCRT-LU-Beziehungsmuster verglichen, die in Imaginations- und therapeutischen Standardsitzungen repetitiv vorgekommen sind.
Material und Methode: In den transkribierten Audioaufnahmen von gesamten 19 Sitzungen (darunter 6 Imaginationssitzungen) wurden von drei Konsensus-Ratern 5007 Beziehungs-Elemente kodiert [1, 2]. Unterschiede zwischen den Sitzungssettings (relative Anteile von harmonischen vs. disharmonischen Kategorien, von 13 Cluster-Kategorien u.a.) wurden mit dem exakten Fisher-Test unter Berücksichtigung der simultanen Inferenz untersucht. Mit der Clusteranalyse wurden korrespondierende reale und imaginierte Beziehungsobjekte ermittelt.
Ergebnisse: In den Imaginationssitzungen war die weit überwiegende Mehrheit der Reaktionen von den Anderen und von der Patientin selbst harmonisch (RO 91% und RS 85%); in den Standardsitzungen waren sie dagegen in der Minderheit (RO 41% und RS 48%). In den Imaginationen kamen am häufigsten die RS-Cluster C *lieben, sich wohl fühlen* (35%) und A *sich zuwenden* (32%) vor. In den Standardsitzungen waren es die Cluster D *autonom sein* (19%) und bezeichnenderweise F *unzufrieden sein, Angst haben* (16%).
Diskussion: Die Ergebnisse sind im Einklang mit den bisherigen Befunden zum höheren Anteil harmonischer Beziehungen in den

Imaginationssitzungen [3]. Weiterhin illustrieren sie einen Grundmechanismus der KIP: die freudsche Verschiebung, die im untersuchten Fall einen „sanften Weg" zur Angstproblematik der Patientin eröffnete. Dies wird anhand von zwei Imaginationssitzungen exemplarifiziert.

Literatur:

[1] E Erhardt (2013) Einzelfallanalyse einer Katathym-imaginativen Psychotherapie mit Hilfe des CCRT-LU. Masterarbeit. Univ. Innsbruck.

[2] A Langenwalter (2013) Untersuchung einer Panikstörung mit der KIP. Masterarbeit. Univ. Innsbruck.

[3] M Stigler, D Pokorny (2012) Eine Dekade der KIP-Prozessforschung im Überblick. In: H Ullmann, E Wilke (Hrsg.) Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie. Bern: Huber.

P-34-FR

Bindungsangst im Erwachsenenalter und implizites Selbstkonzept zu Neurotizismus und Extraversion: Geschlechtsabhängige Zusammenhänge

Donges Uta-Susan[1], Kersting Anette[1], Suslow Thomas[1]

[1]UK Leipzig, Psychosomatische Medizin, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Es gibt Anhalt für systematische Beziehungen zwischen Bindungsstilen und Persönlichkeitseigenschaften. So weisen ängstlich gebundene Menschen erhöhte Neurotizismus-Werte auf. Bisher wurden direkte Messinstrumente eingesetzt, um Selbstrepräsentationen zu erfassen. Neue persönlichkeitspsychologische Instrumente, so genannte implizite Verfahren, unterscheiden sich von der Fragebogenmethode, in dem nicht explizit nach der Beurteilung einer Verhaltensgewohnheit gefragt wird, sondern Assoziationsstärken zwischen mentalen Repräsentationen von Objekten im Gedächtnis gemessen werden. Anhand des Impliziten Assoziations-Tests (IAT) können Hinweise auf das implizite Selbstkonzept erhalten werden. Den bisherigen Befunden nach eignet sich der IAT insbesondere, um Extraversion und Neurotizismus indirekt zu erfassen. Es hat sich gezeigt, dass implizite Maße tatsächliches Stress- und Sozialverhalten vorhersagen können. In unserer Studie wurden die Beziehungen zwischen Bindungsstil und implizitem Selbstkonzept erstmalig exploriert.

Methoden: 106 gesunden Erwachsenen (57 Frauen; mittleres Alter: 25.4 Jahre; mittlere Intelligenz (IQ erfasst mit MWT-B): 112.6) wurden der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi) sowie das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) vorgegeben. Am PC wurde der Neurotizismus-IAT und anschließend der Extraversions-IAT präsentiert.

Ergebnisse: In der Gesamtstichprobe (sowie in den Frauen- und Männersubstichproben) korrelierte Bindungsangst signifikant mit Neurotizismus (NEO-FFI) nicht aber mit Extraversion (NEO-FFI). In der Gesamtstichprobe wurden keine Korrelationen mit IATs festgestellt. Bei Frauen korrelierte Bindungsangst mit dem Neurotizismus-IAT (r=.36, p =.007) und bei Männern zeigte sich eine inverse Zusammenhangstendenz zwischen Bindungsangst und Extraversions-IAT (r=-.26, p =.08). NEO-FFI und IAT Neurotizismus waren nicht signifikant assoziiert.

Diskussion: Bei Frauen geht Bindungsangst mit implizitem Neurotizismus einher. Das heißt, dass bei bindungsängstlicheren Frauen die assoziativen Selbstrepräsentationen stärker mit Angstattributen verknüpft sind als bei bindungssicheren Frauen. Demgegenüber hängt Bindungsangst bei Männern tendenziell mit impliziter Introversion zusammen. Somit wurden Hinweise für geschlechtsabhängige Zusammenhänge zwischen Bindungsangst und implizitem Selbstkonzept ermittelt. Auf der Ebene des expliziten Selbstkonzepts erscheint Bindungsangst unabhängig vom Geschlecht mit Neurotizismus assoziiert.

P-35-FR

Relative efficacy of small group treatment for panic disorders with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis

Schwartze Dominique[1], Barkowski Sarah[1], Rosendahl Jenny[1], Strauß Bernhard[1]

[1]Universitätsklinikum Jena, Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland

Group approaches to treating anxiety disorders, especially panic disorders, are an established and cost-effective alternative to individual treatments. Evidence of their efficacy exists and is comparable to individual interventions. Nevertheless research is scarce, often based on older studies, and without consideration of study quality. A lot of studies in this field have weak methodologies because of they are relying on naturalistic trials and pre-post designs without an adequate control group. The few meta-analyses that provide quantitative measures are mostly not focussing on group treatment explicitly, but analyse it as an often small subgroup. Therefore, we aim to fill this research gap by performing a meta-analysis of randomized controlled studies on the efficacy of group psychotherapy in the treatment of panic disorders. A comprehensive literature search on group psychotherapy for anxiety disorders conducted in Medline, PsychInfo, Web of Science and Central databases, accompanied by manual searching, was performed and resulted in 2800 studies, which were screened for eligibility. Studies were included if treatment was provided in a group format based on a defined psychotherapeutic formal change theory. Only adult patients, fulfilling clinical criteria of panic disorder with and without agoraphobia, were considered. The effects of group treatment on psychological and economic outcomes in comparison to either individual psychotherapy, a pharmacological treatment or a control group (wait list, attention control group or treatment as usual) were analysed. Results on general efficacy will be reported as well as comparator-specific results. Furthermore, the impact of moderating variables (e.g. intervention and patient characteristics) on the outcomes will be

explored. An additional aim of our analyses lies with the effect of study quality on effect size estimation. Implications for future research questions as well as for psychotherapeutic practice will be discussed.

Schmerzstörungen

P-36-FR

Whiplash syndrome reloaded - digital echoes of the whiplash syndrome inside the Europeans internet´s search-engine context

Noll-Hussong Michael[1]
[1]*Universitätsklinik Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland*

After a motor vehicle collision, in many Western countries, vehicle occupants seek health care for assessment of injuries, and for insurance documentation purposes. In contrast, in many less wealthy countries, there may be limited access to care, and no insurance/compensation system. The pattern of evolving internet usage in countries with and without insurance/compensation systems for whiplash injury has not yet been documented. We used internet search engine analytics (via *Google Insights for Search (GIS)*) [1-3] to study the health information seeking behavior concerning whiplash injury at a population level. In this study we present evidence that the expectations for receiving compensation may influence the internet search behavior for whiplash injury.

1 Noll-Hussong M: Syphilis and the internet. Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 2012;17
2 Noll-Hussong M: Global reduction in measles mortality. Lancet 2012;380:1303-1304; author reply 1304-1305.
3 Noll-Hussong M, Lahmann C: [whiplash and werther effect: The potential of google insights for search for medical research and public health]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2011;79:340-344.

P-37-FR

Aspekte der psychischen Struktur bei Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)

Albrecht Rebecca[1], Kapitza Karl[1], CPPS-AG
[1]*Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf / Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland*

Das „Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)“ ist ein Krankheitsbild, das einen hohen Leidensdruck verursacht und ein hohe Prävalenzrate aufweist, ohne jedoch hinsichtlich der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen hinreichend verstanden zu sein. Die Forschung hat sich bisher auf die somatischen Faktoren der Erkrankung konzentriert, wobei psychologische Faktoren eher randständig behandelt wurden. Diese Fokussierung auf somatische Zusammenhänge spiegelt sich auch in den bestehenden und häufig unbefriedigenden Therapieansätzen wieder. Trotz intensivierter Forschungsbemühungen in den letzten beiden Jahrzehnten existieren weder gesichertes ätiologische Wissen noch erfolgreiche Behandlungsstrategien.Eingebettet in die interdisziplinäre Forschungsplattform „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ wird eine anfallende Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit CPPS ohne erklärenden somatischen Befund hinsichtlich ihrer psychischen Struktur untersucht. Die Patienten sollen sowohl im Rahmen der Spezialsprechstunde „CPPS“ sowie bei niedergelassenen Fachärzten/innen rekrutiert werden. Das Ziel der Untersuchung besteht in der Erstellung eines Profils der psychischen Struktur der Patientenklientel, um spezifische Konfigurationen des Krankheitsbildes zu erfassen und daraus ein theoretisches Modell abzuleiten, das als Grundlage spezifischer Therapieansätze dienen kann. Es werden die vorläufigen Daten der Sprechstunde aus der Zeit von 10/2012 bis 02/2014 berichtet. Mittels eines explorativen Forschungsdesigns können wir Hypothesen über spezifische Persönlichkeitskonfigurationen aufstellen. Es werden Daten mit verschiedenen Selbstauskunftsinstrumenten zur Persönlichkeit (OPD-SF, GT-II, PSSI) eingesetzt. Ferner wird die Interaktion der Persönlichkeitsstruktur mit Symptommaßen (NIH-CSPI, SF-MPQ), psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch (u.a. SKID-I) und der Lebensqualität (SF-12) untersucht. Neben Benchmark-Analysen (Vergleich zu Daten der Allgemeinbevölkerung) soll der Einfluss der strukturellen Variablen unter Kontrolle von Symptommaßen auf das subjektive Beschwerdeerleben mittels Regressionsmodellen geprüft werden. Die Ergebnisse der Pilotphase offenbaren Abweichungen von der Normstichprobe hinsichtlich verschiedener OPD-Strukturdimensionen (u.a. Objektwahrnehmung, Selbstregulation) ebenso wie bei einzelnen Skalen im GT-II (Dominanz, soziale Potenz). Die Implikationen für eine psychodynamische Intervention bei Patientinnen und Patienten mit CPPS werden diskutiert.

P-38-FR

Lebensziele von chronisch Kranken: Ein Vergleich von chronischen Schmerzpatienten und einer repräsentativen bundesdeutschen Bevölkerungsstichprobe

Pöhlmann Karin[1], Kindler Britta-Martina[1], Joraschky Peter[1], Brähler Elmar[2], Arnold Bernhard[3]
[1]*TU Dresden, Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland,* [2]*Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland,* [3]*Klinikum Dachau, Abteilung für Schmerztherapie, Dachau, Deutschland*

Chronische Erkrankungen erfordern von den Betroffenen häufig, ihre Lebensplanung zu überdenken und zu verändern. Lebensziele sind langfristige Oberziele, die zentrale Komponenten der Gestaltung der Biografie einer Person sind. In der Studie wurde untersucht, ob sich die Lebensziele von Patienten mit chronischen Schmerzen (N = 441) von denen der bundesdeutschen Bevölkerung (N = 2324) unterscheiden. Die beiden Stichproben unterscheiden sich nicht im Alter (M = 47.76, SD = 15.48). Bei Schmerzpatienten ist der Anteil an Frauen höher (74.3% vs. 53.9%). Die Schmerzpatienten füllten den Zielfragebogen zu Beginn einer tagesklinischen multimodalen Schmerzbehandlung aus.

Analysiert wurde, ob Schmerzpatienten andere Lebensziele anstreben und in welchem Ausmaß sie ihre Lebensziele erfolgreich realisieren können. Lebensziele wurden durch den Fragebogen GOALS erfasst. Er erfasst sechs Lebensziele (Intimität, Affiliation, Altruismus, Leistung, Macht und Abwechslung), die nach Wichtigkeit und Erfolg beurteilt werden. Um die subjektive Diskrepanz zwischen der Bedeutsamkeit eines Ziels und dem Grad der erfolgreichen Realisierung abzubilden, wurden Differenzwerte von Wichtigkeit und Erfolg berechnet. Alter und Geschlecht wurden in den Analysen als Kovariaten berücksichtigt.

Schmerzpatienten streben stärker nach engen vertrauensvollen Beziehungen (Intimität) und weniger nach sozialen Kontakten und Aktivitäten (Affiliation), nach Einfluss und Status (Macht) und nach neuen Erfahrungen (Abwechslung). Die Lebensziele Leistung und Altruismus sind in beiden Stichproben gleich wichtig. Allerdings können Schmerzpatienten alle Lebensziele signifikant weniger erfolgreich realisieren und auch die Diskrepanz zwischen Wichtigkeit und Erfolg ist in allen sechs Lebenszielbereichen hoch signifikant größer.

Bei Schmerzpatienten ist die Bedeutsamkeit von Lebenszielen geringer als bei Personen aus der Bevölkerung und sie können sie aktuell weniger erfolgreich realisieren. Ob dies eine Folge der chronischen Schmerzen ist, ist aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns nicht zu beantworten. Auch ob die bestehenden Diskrepanzen sich negativ auf das Wohlbefinden der Patienten auswirken, muss noch überprüft werden. Trotzdem sprechen die Ergebnisse dafür, dass die Veränderung von Lebensplänen und Lebenszielen im Rahmen einer chronischen Schmerzerkrankung in der Therapie thematisiert und reflektiert werden sollte, um die Betroffenen bei der Entwicklung neuer Perspektiven unterstützen zu können.

P-39-FR

Schmerz und Lebensziele - welchen Einfluss nehmen chronische Schmerzen auf die Lebensplanung?

Kindler Britta-Martina[1], Pöhlmann Karin[1], Joraschky Peter[1], Arnold Bernhard[2]

[1]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik&Poliklinik für Psychotherapie&Psychosomatik, Dresden, Deutschland, [2]Amper Kliniken AG, Abt. für Schmerztherapie, Dachau, Deutschland

Hintergrund: Chronische Schmerzen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten. Neben den körperlichen Einschränkungen drohen psychosoziale Belastungen und psychische Komorbidität. Es scheint störungsimmanent, dass auch die persönliche Lebensplanung der Betroffenen durch chronische Schmerzen beeinträchtigt wird. In der Abteilung Schmerztherapie am Klinikum Dachau wird eine tagesklinische Behandlung für chronische Schmerzpatienten angeboten. Das störungsunspezifische Therapieprogramm enthält medizinische, psycho-/körpertherapeutische Anteile, Psychoedukation und Entspannungsverfahren. Das Behandlungsangebot zeichnet sich insbesondere durch hohe Lösungs- und Ressourcenorientierung aus, wobei die Behandlungswochen thematisch gegliedert sind.

Methoden: Die Stichprobe besteht aus 64 Patienten (75% Frauen, Alter M = 49.0, SD = 8.0). Erfasst werden die Veränderungen in Wichtigkeit, Realisierbarkeit und Erfolg bei den motivthematischen Lebenszielen Intimität, Affiliation, Altruismus, Macht, Leistung und Abwechslung.

Ergebnisse: Schmerzpatienten bewerten 5 Jahre nach der Behandlung ihre Macht- und Leistungsziele als weniger wichtig. Gleichzeitig werden Lebensziele der Kategorien Affiliation und Abwechslung erfolgreicher realisiert als vor der Behandlung.

Diskussion: Lebensziele verändern sich durch chronische Schmerzen. Nach Teilnahme an der Multimodalen Schmerztherapie Dachau können einzelne Zielbereiche wie Macht und Leistung weniger wichtig werden, d.h. sie werden weniger intensiv verfolgt. Diese Veränderung der langfristigen Zielsetzungen ermöglicht es u. U., dass andere Lebensziele wie Affiliation und Abwechslung, aber auch Leistungsziele erfolgreicher realisiert werden können. Ob diese Reorganisation der Lebensziele eine Folge der chronischen Schmerzen ist oder eine altersbedingte Entwicklung muss empirisch geprüft werden. Therapeutisch bietet das Thema Lebensziele die Möglichkeit, die Veränderung von Lebensplänen im Rahmen einer chronischen Erkrankung zu bearbeiten.

P-40-FR

Einfluss psychologischer Faktoren auf Ergebnisse orthopädischer Gelenkoperationen - Ergebnisse einer Langzeitstudie nach 8 Jahren follow-up

Gerigk Carina[1], Wang Dr. Haili[2], Werber Dr. Andreas[3], Schiltenwolf Prof. Dr. Marcus[4]
[1]Universitätsklinik Heidelberg, Department Orthopädie, Tagesklinik für Schmerztherapie, Heidelberg, Deutschland, [2]Universitätsklinik Heidelberg, Department Orthopädie, Schmerztherapie, Heidelberg, Deutschland, [3]Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, [4]Universtitätsklinikum Heidelberg, Schmerztherapie, Heidelberg, Deutschland

Fragestellung: Psychologische Einflussfaktoren auf Ergebnisse elektiver Gelenkchirurgie sind bislang nicht ausreichend untersucht. Ziel dieser Studie ist es, den Einfluss von psychologischen Faktoren auf das Therapieergebnis von Patienten mit orthopädischer Gelenkoperationen zu untersuchen und zu klären ob Somatisierung und Depression das langfristige Therapieergebnis beeinträchtigen.
Material und Methodik: In einer Längsschnittstudie konnten 234 Patienten für Hüftendoprothese (HE, N=86), Knieendoprothese (KE, N=71), Meniskusoperation (AM, N=58), Hallux-valgus-Korrektur (HK, N=45) nach 6, 12, 24 Monaten sowie 8 Jahren untersucht werden. Prä- und postoperativ wurden Schmerzstärke und psychologische Störungskriterien (PHQ: Somatisierung, depressive Störung, Panik- und Angststörung) erfasst, postoperativ auch Unzufriedenheit. Chi2-Test und multivariate logistische Regression für postoperativen Schmerz und Unzufriedenheit.
Ergebnisse und Schlussfolgerung: Positive Skalenwerte der Somatisierung erreichten präop. in Gruppe HE/KE/AM/HK 22%/10%/12%/9%, der Major-Depression 15%/18%/2%/4%, sonstiger depressiver Störung 31%/30%/22%/22%, der Panikstörung 6%/3%/5%/2% sowie der Angststörung 11%/11%/2%/2%. Die postoperativen Ergebnisse waren stabil. Etwa 40% der Probanden beklagten weiter Schmerzen. Nach Regressionsanalyse erreichte Somatisierung die stärkste Odds Ratio (OR) für postoperativen Schmerz (26 nach 6, 24 nach 12 und 8 nach 24 Monaten), gefolgt von Major Depression (7/5/5). Unter diesen Einflussgrößen waren präoperativer Schmerzstärke, Alter, Geschlecht, Panik und Angst keine unabhängige Faktoren. Die abhängige Variable „Unzufriedenheit" verhielt sich kongruent. Der Einfluss von Somatisierung und Depression auf postoperative Schmerzen und Unzufriedenheit nach elektiver Gelenkchirurgie konnte belegt werden.

P-41-FR

Welche psychosozialen Faktoren sind an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) beim Mann beteiligt? Ein systematisches Review

Riegel Björn[1], Bruenahl Christian A[1], Ahyai Sascha[2], Bingel Ulrike[3], Fisch Margit[2], Löwe Bernd[1]
[1]Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, [2]Institut und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, [3]Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Das „Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)" ist ein Krankheitsbild mit weltweit hohen Prävalenzraten. Die Patienten haben häufig lange Krankheitsgeschichten und einen hohen Leidensdruck. Dadurch entstehen auch bedeutsame Kosten für das Gesundheitssystem. Dennoch existiert derzeit nur wenig Wissen über die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des CPPS. Insbesondere die Zusammenhänge mit psychosozialen Faktoren wurde bisher nicht intensiv beforscht.
Mit einem systematischen Literaturreview (PROSPERO: CRD42013003160) sind wir daher der Frage nachgegangen, welches Wissen bisher über die beteiligten psychosozialen Mechanismen besteht. Die Datenbank „MEDLINE" wurde mit der breit gefassten Suchstrategie „chronic pelvic pain syndrome AND men" durchsucht. Eingeschlossen wurden ausschließlich empirische Studien in deutscher oder englischer Sprache. Das Zeitfenster wurde auf die Jahre 1999 bis 2013 eingeschränkt, um sicher zu stellen, dass die berichteten Fälle mit Hilfe der Klassifikation des CPPS gemäß des NIH-Konsensus bestimmt wurden. Neben einer Zusammenfassung der einzelnen Studien zu psychosozialen Kategorien wurde die methodische Qualität mit einem Rating des „risk of bias" bewertet. Sowohl die Suche als auch das Bias-Rating wurde von zwei unabhängigen Forschern durchgeführt.
Die bestehende Studienlage zeigt eine Häufung komorbid-psychischer Erkrankungen, v.a. Depression und Angststörungen. Die Lebensqualität der Betroffenen ist massiv eingeschränkt und es besteht eine generell hohe psychische Anspannung. Katastrophisierende Kognitionen und soziale Beziehungen haben einen Einfluss auf die wahrgenommene Symptomschwere; hinsichtlich der Bedeutung von Stress sind die Befunde nicht einheitlich und zum Einfluss von Substanzmissbrauch existieren kaum Daten.
Die Qualität der Studien ist weitgehend mangelhaft. Insbesondere die Operationalisierung der psychosozialen Variablen war in vielen Studien nicht hinreichend differenziert. Dennoch geben die Ergebnisse des systematischen Reviews Hinweise auf eine hohe Bedeutung psychosozialer Variablen für das Verständnis des CPPS. Neben dem Wissen über komorbid-psychische Erkrankungen zeigen die Ergebnisse auch Faktoren auf, die für zukünftige therapeutische Interventionen beachtet werden müssen.

Psychosomatik in der Kardiologie

P-42-FR

Association between cognitive depressive symptoms and blood coagulation activation in patients with acute myocardial infarction

Meister Rebecca[1,2,3], Princip Mary[1,2,3], Barth Jürgen[4], Schnyder Ulrich[5], Znoj Hansjörg[3], Schmid Jean-Paul[6], von Känel Roland[1,2,6]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz, [5]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [6]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: There is substantial evidence that depression is associated with an imbalance between coagulation and fibrinolysis. A hypercoagulable state is related to coronary artery disease. Little is known about the relationship between depressive symptoms and blood coagulation in patients with acute coronary events. We hypothesized that in patients with acute myocardial infarction (MI), depressive symptoms are associated with increased blood coagulation activity.
Design and Methods: We examined 52 patients with acute MI (84.6% men, mean age±SD = 59.9±10.1) within 48 hours after having reached stable hemodynamic conditions. Patients who suffered a severe depressive episode were excluded. To rate depressive symptoms patients completed the German version of the 13-items short form (excluding somatic/affective symptoms) of the Beck Depression Inventory (BDI). As a marker of coagulation activity, we measured von Willebrand factor (VWF) antigen in plasma.
Results: Correlation analysis showed an association between cognitive depressive symptoms and higher levels of coagulation activation. A significant positive correlation was found between the sum score of the BDI and the plasma concentration of VWF antigen (r=.396, p=.004) with adjustments for age and body mass index.
Conclusions: The results suggest that elevated levels of cognitive symptoms of depression are associated with increased coagulation activity in patients who suffer from an acute coronary event. Further studies are required to explore whether this association impacts on the prognosis of post-MI patients.

P-43-FR

Association of heart rate variability with plasma cortisol in patients with acute myocardial infarction

Princip Mary[1,2,3], Meister Rebecca[1,2,3], Schmid Jean-Paul[4], Schnyder Ulrich[5], Barth Jürgen[6], Znoj Hansjörg[3], von Känel Roland[1,2,4]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [5]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [6]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: There is growing evidence that heart rate variability (HRV) plays a role in a wide range of cardiovascular risk factors. Substantial evidence exists to support the idea that decreased HRV predicts the development of a number of risk factors, whereas increased HRV is associated with lower risk profiles. This study hypothesized that increased plasma cortisol levels in patients with acute myocardial infarction (MI) are associated with decreased HRV.
Design and Methods: 54 patients with acute MI (81.5% men, mean age 59.72 ± SD = 9.7) were examined within 48 hours after the cardiac event. Patients included had perceived substantial distress during MI based on the three screening questions targeting pain, fear of dying, and helplessness. Frequency domain measures of HRV (high frequency power (HF), low frequency power (LF) and the low to high frequency power ratio (LF/HF) were assessed from 5-min electrocardiogram recordings during stable supine resting. Plasma cortisol was measured within 48 hours of admission.
Results: Decreased vagal activity (i.e., low HF power) was significantly associated with higher plasma cortisol (r = -.299, $p < .05$) assessed within 48 hours after MI controlling for age, gender and body mass index. An increased autonomic imbalance (i.e., a higher LF/HF ratio) was also associated with higher levels of plasma cortisol (r= -.333, $p < .05$).
Conclusions: There is a significant association between decreased HRV and higher plasma cortisol in patients with substantial distress during acute MI. These results support the notion that autonomic imbalance is related to HPA axis activity during acute MI.

P-44-FR

Speaking in images - association between the percentage of the drawn heart perceived as damaged and subjective distress level after myocardial infarction

Princip Mary[1,2,3], Meister Rebecca[1,2,3], Koemeda Miriam[1], Barth Jürgen[4], Schnyder Ulrich[5], Znoj Hansjörg[3], Schmid Jean-Paul[6], von Känel Roland[1,2,6]

[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz, [5]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [6]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: Research shows that the analysis of heart drawings done by myocardial infarction (MI) patients is an effective tool to predict recovery. Little is known about the relationship between the illness perception of patients´ heart condition after MI - shown by the heart drawings - and their subjective levels of distress. The aim of this study was firstly to affirm the use of drawings as tools to visualize illness perception and secondly to explore the use of heart drawings to measure patients´ psychological distress levels.
Design and Methods: 39 patients with an acute MI (82% men, mean age 60 ± SD = 9.2) were examined within 48 hours after the cardiac event. Patients were asked to draw their hearts before and after the infarction in two 49 cm^2 squares. Patient's cognitive representation of their MI was assessed using a brief German version of the self-rated revised illness perception questionnaire (IPQ-R). The overall psychological distress over the last seven days was recorded with the German version of the self-rated symptom-checklist-9 (SCL-K).
Results: Increases in the percentage of the heart drawn as damaged were significantly correlated with higher IPQ-R sum scores ($r=0.51$, $p< .05$) controlling for age, gender and the prognostic Grace Score. Illness perception explained 26% of the variance ($r^2=.26$). Also there was a significant relationship between SCL-9-K sum scores with the percentage of the heart drawn as damaged, ($r=.66$, $p< .05$). Symptom distress explained 43% of the variance ($r^2=.43$).
Conclusions: Data suggest that drawings of the size of damaged myocardial surface percentage correlate with perceived threatening. Furthermore it reflects the level of psychological distress after an acute MI. These results support the notion that drawings offer a simple starting point for doctors to assess patient's cognitions when discussing their heart condition and an opportunity to counter negative illness beliefs. Finally, they can help identify an augmented psychological distress level shortly after the acute coronary event.

P-45-FR

Association of blood coagulation activation in acute myocardial infarction patients and posttraumatic stress levels after 3 months

Meister Rebecca[1,2,3], Princip Mary[1,2,3], Schnyder Ulrich[4], Barth Jürgen[5], Znoj Hansjörg[3], Schmid Jean-Paul[6], von Känel Roland[1,2,6]

[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [5]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz, [6]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: Between 10-20% of patients may develop posttraumatic stress disorder (PTSD) in response to the traumatic experience of acute myocardial infarction (MI). Posttraumatic stress has been shown to be predictive of poor cardiovascular prognosis. Several biological risk factors for the development of PTSD symptoms in post-MI patients have been identified. This study explores whether physiological markers of stress during MI are associated with posttraumatic stress 3 months later. We hypothesize that greater coagulation activation within 24 hours after MI is associated with greater posttraumatic stress after 3 months.
Design and Methods: We examined 32 patients with acute MI (84.4% men, mean age±SD = 59.5±9.5) within 48 hours after having reached stable hemodynamic conditions and 3 months later. Only patients with considerable MI-related distress were included (those scoring on numeric rating scales, range 0-10, with at least 5 for chest pain plus at least 5 for fear of dying and/or helplessness). Coagulation activation was measured through levels of D-dimer, indicating fibrin formation, within 48 hours of acute MI. To assess posttraumatic stress after 3 months the German version of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) was applied.
Results: Correlation analysis showed that higher levels of D-dimer were associated with higher scores of posttraumatic stress after 3 months. We found a significant correlation between sum scores of the CAPS (i.e., total symptoms of PTSD) and D-dimer levels ($r=.403$, $p=.022$).
Conclusions: The data suggest that higher levels of coagulation in patients with MI-relevant distress are associated with greater posttraumatic stress 3 months after the cardiac event. Further studies are needed to explore the underlying mechanisms of this association.

P-46-FR

Association between social support and posttraumatic stress levels three months after acute myocardial infarction

Princip Mary[1,2,3], Meister Rebecca[1,2,3], Schnyder Ulrich[4], Barth Jürgen[5], Znoj Hansjörg[3], Schmid Jean-Paul[6], von Känel Roland[1,2,6]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [5]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz, [6]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: Numerous "risk factors" for the development of posttraumatic stress symptoms triggered by an acute myocardial infarction (MI), such as psychosocial variables and demographic factors, have been identified. Social support has a positive (i.e., "buffering") impact on psychological reactions to acute stress. We hypothesized that social support is associated with decreased levels of posttraumatic stress three months after discharge.
Design and Methods: 32 patients with acute myocardial infarction (84.4% men, mean age 59.50 ± SD = 9.47) were examined within 48 hours after the cardiac event and three months after discharge. Social support was assessed using the German version of the self-rated 7-item Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Social Support Inventory (ESSI). The incidence of posttraumatic stress symptoms at the 3-month follow-up was assessed with the German version of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).
Results: Social support was significantly correlated with decreased levels of posttraumatic stress three months after the traumatic event ($r = -.506$, $p < .05$) controlling for gender, age and the prognostic Grace Score.
Conclusions: Data suggest that high social support may predict decreased risk of developing posttraumatic stress after MI and also support the notion that psychosocial variables are important protective factors in acute cardiac events. Future studies should strive to investigate if social support may be a protective factor to prevent recurrent cardiac events and decreases biological risk markers in those with elevated posttraumatic stress levels.

P-47-FR

Association between overall psychological distress and posttraumatic stress levels three months after acute myocardial infarction

Princip Mary[1,2,3], Meister Rebecca[1,2,3], Schnyder Ulrich[4], Barth Jürgen[5], Znoj Hansjörg[2], Schmid Jean-Paul[6], von Känel Roland[1,3,6]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [5]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz, [6]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: Sociodemographic and psychosocial variables, including perceived distress during myocardial infarction (MI), have been identified as "risk factors" for the development of posttraumatic stress in response to MI. We hypothesized that increased levels of overall psychological distress are associated with higher levels of acute posttraumatic stress three months after MI.
Design and Methods: 32 patients with acute myocardial infarction (84.4% men, mean age 59.50 ± SD = 9.47) were examined within 48 hours after the traumatic event and three months after discharge. Patients completed the German version of the self-rated symptom checklist-9 (SCL-9-K) to measure overall psychological distress. The incidence of DSM-IV PTSD symptoms at the 3-month follow- up was assessed with the German version of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).
Results: There was a significant correlation between the SCL-9-K sum score assessed shortly after MI and posttraumatic stress levels at three months after MI ($r = .473$, $p < .05$) controlling for gender, age and the prognostic Grace Score.
Conclusions: This data suggest that substantial psychological distress predicts an increased risk of posttraumatic stress after three months and supports the idea that psychological variables are important prognostic risk factors. The association between psychosocial variables and cardiovascular markers and the development of PTDS symptoms as prognostic risk factors warrants further studies.

P-48-FR

Association of social support with psychophysiological reactions in acute myocardial infarction patients

Meister Rebecca[1,2,3], Princip Mary[1,2,3], Schnyder Ulrich[4], Barth Jürgen[5], Znoj Hansjörg[3], Schmid Jean-Paul[6], von Känel Roland[1,2,6]
[1]Department of General Internal Medicine, Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, [2]Department of Clinical Research, University of Bern, Bern, Schweiz, [3]Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, [4]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, Zürich, Schweiz, [5]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Schweiz, [6]Cardiovascular Prevention, Rehabilitation & Sports Medicine, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz

Objectives: High social support buffers psychological und physiological reactions to acute stress. Previous research shows that lower social support is associated with higher coagulation activity at rest. Hypercoagulation is related to coronary artery disease. For instance, an elevated platelet count has been associated with poor outcome, including re-infarction rate, in acute myocardial infarction (MI) patients. This study explored the hypothesis that lower social support is associated with greater perception of acute stress and higher platelet count in acute MI patients.
Design and Methods: We examined 52 patients with acute MI (84.6% men, mean age±SD = 59.9±10.1) within 48 hours after having reached stable hemodynamic conditions. Patients completed the German versions of the self-rated 7-item Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Social Support Inventory (ESSI) and of the 19-item self-rated Acute Stress Disorder Scale (ASDS) to rate the perception of acute stress. The platelet count was also assessed within 48 hours of acute MI.
Results: Lower social support was associated with higher perception of acute stress and also with higher platelet count. Sum scores of the ESSI correlated significantly inversely with sum scores of ASDS (r=-.314, p=.024). Furthermore, a significant inverse relation was found between sum scores of the ESSI and platelet count (r=-.390, p=.004). There was no significant association of ASDS sum scores and platelet count.
Conclusions: The results suggest a beneficial effect of social support on acute stress perception and thrombotic potential in patients with acute MI. Further studies are warranted to elucidate the psychophysiological mechanisms underlying these associations.

P-50-FR

Langsames Atmen, induziert durch einen periodischen taktilen Stimulus, senkt hochnormalen Blutdruck signifikant (eine randomisierte, prospektive Studie)

Schredl Simon[1], Loew Thomas[1]
[1]Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität, Regensburg, Deutschland

Essentielle Hypertonie ist eine häufige Erkrankung. Patienten können neben pharmakologischer Behandlung Biofeedback, Autogenes Training (AT) oder Progressive Relaxation nützen, um den Blutdruck unmittelbar zu senken. Es ist belegt, dass Angstpatienten die Angst durch Atemtechniken reduzieren können und es ist bekannt, dass es eine Verbindung gibt zwischen dem Symptom der Angst und erhöhtem Blutdruck (Stress). Wir wollten prüfen ob ein Atmungsregime dazu beitragen kann den Blutdruck in gesunden Probanden mit hochnormalen Blutdruckwerten, die keine blutdrucksenkenden Medikamente einnahmen, zu senken. Von 43 Teilnehmern mehrerer 12 stündigen Programme zum Erlernen des AT hatten 17 hochnormale systolische Blutdruckwerte unter normalen Bedingungen gemessen mit einem handelsüblichen, geeichten Handgelenks-blutdruckmesser (Mittelwert 134 cm HG, Standardabweichung 5). In der letzten Sitzung konnten sie randomisiert entweder einen periodischen taktilen Stimulus-Geber (Atemtakter) oder Autogenes Training für jeweils 5 min anwenden. Der Blutdruck wurde mit obigem Gerät vor und nach der Anwendung der Entspannungsmethode gemessen. Der taktile Stimulus hält für 6 Sekunden an, dann ist 4 Sekunden Pause. Während der Vibration atmet der Proband aus, in der Pause ein. Beide Gruppen konnten den Blutdruck signifikant senken (mind. 5%), mit einem kleinen, jedoch nicht signifikanten Vorteil der Atemtakter-Anwender (im Mittel 8%; Wilkoxon Test für verbundene Stichproben).
Mechanisch unterstütztes, langsames Atmen führt in hoch normotonen Probanden zu einer signifikanten Reduktion des Blutdrucks in Minuten. Dieser Befund könnte im Sinne der Prävention komplementär zu anderen nicht medikamentösen Maßnahmen zur Blutdruckreduktion wichtig sein.

Prävention & Arzt-Patient-Kommunikation

P-52-FR

3 Jahre didaktisches Qualifizierungsprogramm für studentische TutorInnen - wie profitieren die AbsolventInnen?

Fellmer-Drüg Erika[1], Drude Nina[2], Sator Marlene[1], Neumann Boris[3], Schultz Jobst-Hendrik[1], Jünger Jana[1]
[1]Medizinische Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg, Mentoren-Tutoren-Programm, Heidelberg, Deutschland, [2]ehemals Medizinische Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg, Mentoren-Tutoren-Programm, Heidelberg, Deutschland, [3]Abteilung Schlüsselkompetenzen und Hochschuldidaktik der Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Studentische TutorInnen nehmen vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und einer breiten Evidenz der Effektivität von Peer-Assisted Learning eine zunehmend bedeutende Rolle in der medizinischen Lehre ein (1-7). Bei bisher etablierten Konzepten kommt der didaktischen Qualifizierung der TutorInnen jedoch oft nur ein geringer Stellenwert zu. Art und Umfang variieren stark und es gibt nur vereinzelte Bestrebungen, eine strukturierte medizindidaktische Ausbildung zu etablieren. Um diese Lücke zu schließen wurde an der medizinischen Fakultät Heidelberg 2010 in Kooperation mit der universitären Abteilung Schlüsselkompetenzen und Hochschuldidaktik ein longitudinales Qualifizierungsprogramm für TutorInnen implementiert, welches mit einem universitären didaktischen Zertifikat abschließt.
Nach einer Laufzeit von 3 Jahren wird untersucht, wie die AbsolventInnen profitieren. Es wird abgeleitet, was dies für die studentischen TeilnehmerInnen der Tutorien einerseits und für die DozentInnen bzw. die Fakultät andererseits bedeutet. Außerdem werden die zentralen Aspekte hinsichtlich Konzeption und Implementierung des Qualifizierungsprogramms abstrahiert.
Neben einer quantitativen Bestandsaufnahme wurden halbstrukturierte Interviews (N= 18, Dauer: 12 ± 3 Minuten) durchgeführt, um zu erfassen, wie die AbsolventInnen das Pilotprojekt rückblickend bewerten.
Bis dato haben 35 AbsolventInnen das aus 4 Modulen bestehende Curriculum erfolgreich abgeschlossen, 47 sind aktuell eingeschrieben. Es zeigt sich, dass im Durchschnitt 359 Unterrichtseinheiten (UE; SD= 89 UE) respektive der erforderlichen 200 UE erzielt werden, was vor Allem aus einer umfangreichen Lehrtätigkeit resultiert. Insbesondere das übergeordnete Zertifikat und dessen Anrechenbarkeit im Rahmen der Hochschullehrerausbildung stellen einen großen Anreiz dar. Für die erfolgreiche Implementierung des Programms haben sich eine zentrale Koordinationsstelle, eine umfangreiche Vernetzung der involvierten Fachbereiche sowie eine professionelle Auswertung des Lernprozesses bewährt.
Es wurde ein Pool an didaktisch geschulten TutorInnen geschaffen, die in verschiedenen Fachbereichen flexibel eingesetzt werden und gleichzeitig sowohl persönlich als auch beruflich profitieren. Damit leistet das Qualifizierungsprogramm einen nachhaltigen Beitrag zu Professionalisierung und Fakultätsentwicklung. Diese Arbeit kann aufzeigen, wie vergleichbare Konzepte zur medizindidaktischen Qualifizierung an anderen Standorten etabliert werden können.

P-54-FR

Einflussfaktoren auf Studienzufriedenheit sowie Prävention psychischer Gefährdung bei Medizinstudierenden - Ein Vergleich zwischen LMU München und Uni Witten/Herdecke

Jurkat Harald[1], Ulrich Christina[2], Vetter Anke[3], Rieß Janosch[4], Sauer Sebastian[4], Ott Ulrich[5], Büssing Arndt[6], Kohls Niko[4,7]
[1]UKGM, Gießen, Deutschland, [2]UKGM, Marburg, Deutschland, [3]Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland, [4]LMU München, München, Deutschland, [5]BION der JLU Gießen, Gießen, Deutschland, [6]Universität Witten / Herdecke, Witten-Herdecke, Deutschland, [7]HS Coburg, Coburg, Deutschland

Fragestellung: Medizinstudierende sind trotz Reformen der Rahmenbedingungen einer hohen Belastung ausgesetzt und in ihrer psychischen Gesundheit gefährdet (Dinkel et al., 2008). Ziel dieser empirischen Untersuchung war es, die Einflussfaktoren auf Studien- und Lebenszufriedenheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Medizinstudierenden an zwei unterschiedlichen Studienorten genauer zu beleuchten.
Methode: Alle Medizinstudierende, die an der Universität Witten/Herdecke (UW/H) nach einem innovativen Reformstudiengang studieren, sowie alle Medizinstudierende, die an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) auf weiterentwickelte, traditionelle Weise lernen, wurden per Email zur Teilnahme an der Online-Befragung eingeladen (Kohls et al., 2012). N=76 Studierende der UW/H und N=343 Studierende der LMU füllten die Fragebogenbatterie, bestehend aus den Selbstbeurteilungsinstrumenten SWE, ADS-K, PSQ, SF-12 und STQL-S vollständig aus.
Ergebnisse: Die Studierenden beider Universitäten zeigen Defizite in ihrer Lebensqualität, ihrer psychischen Gesundheit und ihrer Zufriedenheit. Bei ähnlichen Stressbewältigungs- und Coping-Strategien sowie durchschnittlich ähnlicher Arbeitsbelastung pro Woche (UW/H 40,7h; LMU 40,8h) ergeben sich signifikant bessere Mittelwerte bezüglich subjektiver Stressbelastung (PSQ: UW/H 43,4; LMU 48,04), Depressivität (ADS-K > 17: UW/H 15,1%; LMU 27,8%) und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE: UW/H 30,62; LMU 29,59) sowie tendenziell für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12: UW/H 42,67; LMU 41,32) bei den Studierenden der UW/H. Die Studienzufriedenheit scheint größtenteils durch die subjektive Belastung und die psychische Gesundheit, aber auch durch die Wohnsituation und die studentischen Rahmenbedingungen beeinflusst zu sein.
Diskussion: Präventionsangebote in Form von systematischer Aufklärung über Stressoren und Risikofaktoren in Studium und späterem Berufsleben, innovative Lehrkonzepte über gesund-

heitsförderndes Verhalten sowie niederschwellige Beratungsangebote könnten zur Senkung der subjektiven Belastung und Steigerung der psychischen Gesundheit beitragen. Ergebnisse an der JLU Gießen zeigen, dass spezielle Kurse für Medizinstudierende zu Stressbewältigung und Lernstrategien in der Vorklinik die Studienzufriedenheit und die Lebensqualität erhöhen (Jurkat et al., 2011), um somit einer psychischen Gefährdung unter angehenden Ärztinnen/Ärzten vorzubeugen.

P-55-FR

Von den Lächelspielen zum Fairplay in rauen Zeiten. Soziale Salutogenese aus Intermediärräumen in Familie, Kindergarten und Schule

Schiffer Eckhard[1]
[1]*MVZ Hasetal Löningen, Krankenhaus Löningen St. Anna-Klinik, Löningen, Deutschland*

In den Winnicott`schen Intermediärräumen [1] entfalten sich in der prozessorientierten schöpferisch-dialogischen Begegnung Empathie und die Fähigkeit zu mentalisieren als mögliche Kriterien „sozialer Gesundheit" [2]. Allerdings ist in Antonovskys Salutogenese-Modell das Konstrukt des Kohärenzgefühles bzw. der SOC-Test nicht ausreichend auf diese Kriterien hin ausgelegt. Folglich bejahte Antonovsky auch - widerstrebend - die Frage, ob NS-Schergen, religiösen Fundamentalisten und Finanzhaien ein starkes Kohärenzgefühl zu eigen sein könnte. [3] Er weigerte sich, diesen - sinngemäß - für ihr Handeln ein „Attest" auszuschreiben.
Vielleicht hätte Antonovsky kein so quälendes definitorisches Problem haben müssen, wenn er entlang der von ihm selbst postulierten Gleichzeitigkeit von unterschiedlich gewichteten Gesundheits- und Krankheitsmomenten dann im Kontext eines sozio-psychosomatischen Verständnisses von Gesundheit *sozial-salutogenetisch orientiert* gefragt hätte, was man gegen Antisozialität einschließlich Schurkereien setzen könne. Allerdings wäre dann auch die Konfiguration des SOC und der von ihm entwickelte Fragebogen erweiterungsbedürftig gewesen. Letzterer wäre zwar weniger zur Einschätzung einer Strafmilderung verwendbar, könnte sich jedoch zum Erfassen von *Veränderung* in der sozialen Gesundheit als geeignet erweisen.-
Vor dem Hintergrund eines zunehmend rauen sozialen Klimas einschließlich Konkurrenzdenken und Mobbing in Schule und Kindergarten sowie PISA-verstörter Lehrer und Eltern soll an konkreten Beispielen die Möglichkeit sozialsalutogenetischer Intermediärraum-Aktivitäten in Familie und außerfamiliärennn Institutionen aufgezeigt werden. [4]

Literaturhinweise:

[1] Winnicott, W. D. (1979): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.
[2] Schiffer, E (2001 / 2013): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfandung. Weinheim u. Basel: Beltz
[3] Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, In: A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept.Tübingen: dgvt-Verlag
[4] Schiffer, E. & H. Schiffer (2004): LernGesundheit. Lebensfreude und Lernfreude in der Schule und anderswo. Weinheim u. Basel: Beltz

P-56-FR

Burn on, Homo sapiens!

Mehl Kilian Walter[1]
[1]*Klinik Wollmarshöhe GmbH, Bodnegg, Deutschland*

Haben Sie sich schon einmal gefragt, warum kein Tag vergeht, an dem nicht von Burn-out oder anderen Stressfolgeerkrankungen die Rede ist?
Immerzu wird der erschöpfte Mensch, die erschöpfte Gesellschaft oder der erschöpfte Planet thematisiert, und die Angst vor Krankheit, Jobverlust und Krisen ist mehr und mehr präsent.
Hat die enge Fokussierung der modernen Gesellschaften auf Wirtschaftswachstum, Konsum und Komfort Homo sapiens so unselbstständig gemacht und ihn von sich selbst entfremden lassen? Dabei ist er doch der anpassungsfähigste „Affe" auf der Welt, wie seine Entwicklungsgeschichte sowie die Hirn- und Systemforschung bestätigen.
Können wir also unsere verlorenen Basis- und Bewältigungskompetenzen und damit Könnensoptimismus zurückgewinnen? Mit der Wiederbelebung natürlicher, artgerechter Erfahrungs räume in unseren Gesellschaften sowie erfahrungsgselbst entfernen lassen da sie auf der Welt eprägter Persönlichkeits- und Wissensbildung wird uns das gelingen!
Die Essays über die Menschen beschreiben unser unzureichendes Anpassungsverhalten und Möglichkeiten, dem raschen Biotopwandel zu begegnen.

P-58-FR

Phänomenologie des Symptoms

Schueffel Wolfram[1]
[1]*Prof. em. Wolfram Schueffel, Marburg, Deutschland*

Phänomenologie des Symptoms: Wolfram Schüffel, in Zusammenarbeit mit Donn Welton
Humanmedizin ist Medizin inmitten menschlicher Lebenswelt. Arzt und Patient sind Teilhaber dieser Lebenswelt (Husserl, um 1930). Am Symptom lässt sich ablesen, wie der Weg des Einzelnen neu durch diese Lebenswelt verläuft, nämlich bestimmt durch Ursprung und Ziel bzw. „origin and telos" (Welton, um 2006).
Mit der Einführung des telos wird die Forderung verwirklicht, sich von einer Philosophie des 17. Jahrhunderts zu lösen (G. L. Engel, um 1980). Primär wird also nicht kausalgenetisch gefragt, wo-

durch das Symptom entsteht, sondern es wird gefragt: Wozu dient das jeweilige Symptom?
In der Psychosomatischen Grundversorgung konnte unter den Bedingungen interdisziplinärer und fallbezogener live Arbeit ein vierteiliges Bedeutungsmuster erarbeitet werden: wünschen, widerstehen, aufschieben, auflösen (w.w.,a.a.) bzw. wishing, warding off, suspending, solving (w.w., s.s.) im Englischen. Dieses Deutungsmuster ist auf jedes Symptom im Sinne eines Leitsymptoms anwendbar (Schüffel, um 2005). - Notwendige Bedingungen sind die Akzeptanz einer Wahrnehmung, körperlich-struktureller Krankheit als Widerspiegelung der Biographie (Deter, um 1980) und die Akzeptanz der Gruppe als therapeutisch-diagnostischer Wirkfaktor (Schüffel, Schiltenwolf, 2011). Im Bereich der Organmedizin wurden spezifische Formen psychodynamischer Interventionen entwickelt (Freyberger; Loew, Richter, 2013).
In mehrjähriger Entwicklungsarbeit (2000-2014) und zunächst im Rahmen des DFG-Graduierten-Kollegs „Collegium Transatlanticum Philosophiae (2001) konnte eine Phänomenologie des Symptoms erarbeitet werden. Dem vierteiligen Bedeutungsmuster des Symptoms lässt sich ein Bedeutungsmuster struktureller Art zuordnen, nämlich der Abgrenzung (delimiting), Schwelle (thoeshold), Schleusenwärter (gatekeeper), Bindung (attaining). Die beiden Muster beleuchten die „truthbearing function" (Welton, Schüffel, 2012), also die Botschaft des Symptoms angesichts eines Horizontes mit den Dimensionen von Setting, Context, Hintergrund und wahrscheinlich eines Grundrhythmus.
Stichwörter: Phänomenologie, Symptom, Telos, Psychodynamik, Organmedizin
Wolfram Schüffel, Marburg, em. Prof. Psychosomatik, Philipps-Universität Marburg
Donn Welton, Stony Brook, Prof. Philosophie, SUNY, Stony Brook, New York, USA

P-59-FR

Gender differences in a resource-demand model - the role of self-efficacy, optimism, chronic stress, and exhaustion in a population-based study

Kocalevent Rüya-Daniela[1], Klapp Burghard F[2], Albani Cornelia[3], Brähler Elmar[3]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, [2]Charite-Universitätsmedizin Berlin, Psychosomatik, Berlin, Deutschland, [3]Universität Leipzig, Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Purpose: The population-based study examined postulated causal effects, derived from a resource-demand-model about gender-related aspects of self-efficacy, optimism, chronic stress, and exhaustion.
Methods: Data acquisition was carried out by a market research institute with a multi-topic questionnaire in the general population (N=2,552). Instruments administered were the Questionnaire for Self-Efficacy and Optimism, the Trier Inventory for Chronic Stress, and the Chalder-Fatigue-Scale. Households and target persons were selected randomly. The analyses focused on structural equation modelling.
Results: The observed measures of *chronic stress* were found to be operating equivalently for both genders. There were significant differences in structural relations among the *resource* paths. In particular, significant gender differences were found with respect to *self-efficacy*, and among the *exhaustion* paths, namely in the *mental dimension* of *exhaustion*.
Conclusions: Results suggest that resources play an important role in the understanding of how chronic stress is proceeded and may lead to exhaustion in both genders. Yet, personal resources seem to be more expressed by men than by woman, for whom the relation of resources to health is of greater importance than for men.

Versorgungsforschung und Placeboforschung

P-60-FR

Influence of a suggestive placebo intervention on psychophysiological response to social stress

Steckhan Nico[1], Zimmermann-Viehoff Frank[2], Weber Cora[3], Deter Hans-Christian[4], Kirschbaum Clemens[5]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitswesen, Berlin, Deutschland, [2]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Berlin, Deutschland, [3]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Berlin, Deutschland, [4]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, [5]TU Dresden, Berlin, Deutschland

Every medical intervention is surrounded by a psychosocial context. This context effect is common known as placebo effect. There are different models that explain the placebo effect. Neuroendocrine and autonomous reactions are integral part of the placebo response. Most frequent publications about the neuroendocrinology of the placebo effect one can find are analgesia paradigms. In this study we concentrated on the stress response. Stress seems to be one predictor of any placebo response as Flaten et al. has recently shown. An established method for induction of social stress (TSST) was used. A control group consisting of 24 subjects and a placebo group (24 subjects) received a placebo pill with anxiolytic suggestions was compared. We hypothesized that such anxiolytic placebo intervention could modulate the stress response. After statistical comparison whether a psychometric nor physiological effect was shown. The anxiolytic intervention was not effective enough to reduce the acute stress response.

P-61-FR

Soziales Lernen von Placeboeffekten bei Kindern und ihren Eltern - eine Machbarkeitsstudie

Weimer Katja[1], Horing Björn[1], Colloca Luana[2], Gulewitsch Marco D.[3], Schlarb Angelika A.[4], Sauer Helene[1], Enck Paul[1]
[1]Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, [2]National Institutes of Health, National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institute of Mental Health (NIMH) and Department of Bioethics, Bethesda, Vereinigte Staaten, [3]Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Psychologisches Institut, Tübingen, Deutschland, [4]Université du Luxembourg, Faculté des Lettres, des Sciences Humaines, des Arts et des Sciences de l'Education, Walferdange, Luxemburg

Die Placeboresponse bei Kindern und Jugendlichen wurde bisher kaum experimentell untersucht, jedoch scheint sie größer zu sein als bei Erwachsenen und soziale Einflüsse eine größere Rolle zu spielen. Placeboeffekte durch Beobachtungslernen wurden bisher jedoch nur bei erwachsenen Probanden untersucht.
In einer Machbarkeitsstudie wurde untersucht, ob a) in einem Schmerzparadigma eine Placeboanalgesie bei Kindern und ihren Eltern durch Instruktionen erzeugt werden kann und ob b) die Placeboresponse von Kindern mit der Placeboresponse ihrer Mütter zusammenhängt.
Sechs Mutter-Kind-Paare (Alter der Mütter: 40.0 ± 2.7 Jahre; Alter der Kinder: 11.2 ± 1.9 Jahre; 2 Mädchen; zwei Mütter nahmen mit je zwei Kindern teil) nahmen an einem Experiment zur Placeboanalgesie mit einem Hitzeschmerz-Paradigma teil. Dabei wurde bei allen ein Hautareal mit einer vermeintlich schmerzhemmende Salbe und ein anderes Areal am gleichen Arm mit einer „Kontrollsalbe" behandelt, während es sich in beiden Fällen um dieselbe wirkungslose Salbe (Placebo) handelte. Weiterhin wurden psychometrische Daten wie Optimismus, Empathiefähigkeit und Ängstlichkeit erhoben für die ein Zusammenhang mit Placeboeffekten aus Studien mit Erwachsenen bekannt ist.
Bei 4 von 6 Kindern (und bei 1 von 4 Müttern) konnte eine Placeboanalgesie durch Erwartungen induziert werden. Die Änderung der Schmerzempfindlichkeit bei Kindern und ihren Eltern war tendenziell signifikant korreliert (r=.771, p=.073). In den psychometrischen Daten zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang für „Optimismus" zwischen Kindern und Eltern (r=.821, p=.045) und einen Trend in einer Skala eines Empathiefragebogens (Fähigkeit sich in fiktive Charaktere hineinzuversetzen; r=.848, p=.070).
Das eingesetzte Paradigma erwies sich als gut mit Kindern und ihren Eltern durchführbar und zeigte erste Ergebnisse in die erwartete Richtung. Die Studie wird daher fortgesetzt, um aussagekräftigere Ergebnisse mit einer größeren Stichprobe treffen zu können. Dazu werden weitere Experimentalgruppen integriert, die das Beobachtungslernen direkt untersuchen.

P-62-FR

Lebensqualität und psychische Ressourcen bei Arthrosepatienten vor und nach Implantation einer Gelenkprothese

Lindner Marion[1], Nosseir Olaf Lutz[1], Schlottbohm Ellen[1], Tagay Sefik[1]
[1]LVR-Klinikum Essen, Psychosomatik, Essen, Deutschland

Hintergrund: Es konnte vielfach nachgewiesen werden, dass Patienten mit Arthrose der Hüfte oder des Knies von der Implantation einer Gelenkprothese profitieren. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, wie sich psychische Ressourcen auf die Lebensqualität und die psychische Belastung von Patienten vor und nach einer Hüft- oder Knieoperation auswirken und welche Parameter im Verlauf einen Einfluss ausüben.
Methoden: Es wurden 105 Patienten mit Arthrose der Hüfte (42%) oder des Knies (58%) einen Tag vor sowie sechs und zwölf Wochen nach der Implantation eines neuen Gelenks untersucht. Es wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36), die spezifische Lebensqualität bei Arthrose (WOMAC), der Kohärenzsinn (SOC-13), die soziale Unterstützung (F-SozU) und die psychische Belastung (BSI) erfasst.
Ergebnisse: In allen untersuchten Variablen zeigten sich signifikante Verbesserungen über die Zeit. Beim WOMAC lagen die Effektstärken für die Subskala Schmerz bei 0,63, für Steifheit bei 0,39, für das körperliche Funktionsniveau bei 0,57 und für den Gesamtwert bei 0,61. Es wurden zudem in den Subskalen Schmerz und Steifheit sowie im Gesamtwert signifikante Interaktionen zwischen Zeit und Lokalisation der Arthrose (Hüfte oder Knie) festgestellt, insofern als die Hüftpatienten stärkere Verbesserungen verzeichneten als die Kniepatienten. In Regressionsanalysen zur Vorhersage der Lebensqualitäts- bzw. Belastungsparameter stellte sich für jede Variable der Kohärenzsinn als signifikanter Prädiktor heraus.
Diskussion: Es zeigte sich, dass Arthrosepatienten von der Implantation eines neuen Knie- oder Hüftgelenks profitieren und die Lebensqualität nach der Operation umso höher ist, je stärker der Kohärenzsinn vor der Operation ausgeprägt war. Deshalb sollten Patienten im Vorfeld einer solchen Operation psychologische Betreuung mit dem Fokus der Ressourcenaktivierung erfahren, um ihren Nutzen von der Operation zu optimieren.

P-63-FR

Einfluss von Nachsorgegesprächen nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation auf Arbeitslosigkeit

Kubiak Nina[1], Braunger Carina[1], Müller Gottfried[2], von Wietersheim Jörn[1], Oster Jörg[1]
[1]Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, [2]Schlossklinik Bad Buchau, Psychosomatik, Bad Buchau, Deutschland

Nach einer stationären Reha-Maßnahme entstehen häufig Schwierigkeiten an der Schnittstelle zur beruflichen Rehabilitation sowie bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach Arbeitslosigkeit (Bischoff et al. 2005). Gerdes et al. (2005) stellen einen Nicht-Umsetzungsanteil von 50 Prozent bei stufenweise Wiedereingliederungen fest, 90 Prozent der im Entlassungsbericht empfohlenen Umschulungen werden nicht umgesetzt.
Ein Ziel dieser Studie war es, den Einfluss von Nachsorgegesprächen auf Arbeitslosigkeit zu untersuchen. Dabei wurden zwei Nachsorgeformen (Telefon vs. Face-to-Face) miteinander verglichen. Nach Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme erhielten Patienten eine Nachsorge entweder über Einzelgespräche in der Klinik („Face-to-Face", n = 47) oder über Telefongespräche (n = 92) durch eine Diplom-Psychologin. Im Rahmen der Nachsorge wurden Patienten innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation in 2-4 Kontakten individuell betreut. Eine Kontrollgruppe (n = 62) erhielt keine zusätzliche Nachsorgebehandlung.
In einer prospektiven, kontrollierten und randomisierten Längsschnittstudie wurden die Daten in Form von schriftlichen und telefonischen Befragungen an vier Messzeitpunkten erhoben: zu Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2), drei Monate nach Reha-Ende (t3) und neun Monate nach Reha-Ende (t4). Umgesetzt wurde die von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg geförderte Studie in der psychosomatischen Abteilung der Schlossklinik Bad Buchau. Es wurden 225 Patienten rekrutiert, 25 Prozent der angesprochenen Patienten.
Zu Beginn der Untersuchung (t1) gab es zwischen den Gruppen bezüglich der Erwerbstätigkeitsrate keinen signifikanten Unterschied; drei Monate nach Entlassung (t3) wiesen die Teilnehmer aus den Interventionsgruppen einen signifikant geringeren Anteil an Arbeitslosigkeit auf als die Teilnehmer aus der Kontrollgruppe (7 % vs. 16 %; $p < 0,05$). Dieser Effekt war neun Monate nach Entlassung (t4) nicht mehr vorhanden. Im Einzelvergleich erzielte Nachsorge via Face-to-Face einen stärkeren Effekt als Telefonnachsorge.
Nachsorgebetreuung hat vermutlich dazu beigetragen, dass sich Rehabilitanden erfolgreicher in den Arbeitsmarkt integriert haben. Eine längerfristige Begleitung würde diesen Effekt möglicherweise stabilisieren. Nachsorge via Face-to-Face war dabei einer Telefonnachsorge überlegen; in dem Zusammenhang wäre ein Vergleich mit einer internetgestützten Nachsorge interessant.

P-65-FR

Die tagesklinische Psychosomatik als zukunftsweisendes Versorgungskonzept

Tominschek Igor[1]
[1]Tagklinik Westend, München, Deutschland

Die psychiatrische tagesklinische Behandlung erlebt derzeit in Deutschland eine Renaissance. Auch im Bereich der Psychosomatik entstehen immer neue Tageskliniken. Neben ökonomischen Vorteilen kommt dieser Trend auch den Bedürfnissen der Patienten entgegen, die einerseits eine multimodale Therapie in einem strukturierten Setting benötigen, andererseits aber nicht über Wochen ihr privates Umfeld verlassen möchten. Auch aus therapeutischer Perspektive erscheint die tagesklinische Behandlung für viele Patienten sehr sinnvoll, da die Settingbedingungen den Transfer der Therapieinhalte in den Alltag und eine Einbindung der Angehörigen in die Therapie erleichtern.
Dieser Beitrag stellt das Therapiekonzept der Psychosomatischen Tagklinik Westend / München vor. Die Tagklinik Westend wurde 2007 als Tochter der Psychosomatischen Klinik Windach gegründet, hat mittlerweile 50 Behandlungsplätze und hat sich auf die verhaltenstherapeutische Behandlung von depressiven Störungen, Angststörungen, jungen Sozialphobikern (18-25 Jahre) und Zwangsspektrum-Störungen in störungsspezifischen Gruppen spezialisiert. Es werden auch Daten zu Fallzahlen, Komorbiditäten, Symptombelastung und Patientenzufriedenheit präsentiert. Abschließend wird ein Ausblick hinsichtlich der Konzeption einer Abendklinik gegeben.

P-66-FR

Schizophrene Psychosen als Psychosomatosen. Ein integratives Konzept als Grundlage einer integrierten Versorgung

von Boetticher Dirk[1]
[1]Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

Einleitung: Die Schizophrenie gehört zu den schweren seelischen Erkrankungen und hat großen Einfluss nicht nur auf das seelische Erleben, sondern auch auf die somatische Gesundheit. Wissenschaftliche Evidenz zeigt seit Jahren, dass Schizophrenie mit einer extensiven somatischen Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Eine angemessene integrierte Versorgung ist dennoch nicht etabliert.
Methode: Die Präsentation gibt einen Überblick über aktuelle Studien zur somatischen Morbidität und Mortalität schizophrener Patienten und diskutiert die Befunde aus einer integrativen psychosomatischen Perspektive. Zudem skizziert sie Schwierigkeiten der Arzt-Patienten-Beziehung aus psychodynamischer Sicht.
Ergebnisse: Schizophrenie ist eine erheblich lebensverkürzende

Krankheit: Die Lebenserwartung schizophrener Patienten in Industriestaaten ist um bis zu 25 Jahre verkürzt. Dieses Sterblichkeitsgefälle hat sich der WPA zufolge in den vergangenen Jahrzehnten wahrscheinlich noch vergrößert. Ca. 60% dieser Übersterblichkeit beruhen auf gravierenden somatischen Erkrankungen, an denen bis zu 50 % schizophrener Patienten in einem relevanten Ausmaß leiden. Kardiovaskuläre Erkrankungen und das metabolische Syndrom stehen hierbei an erster Stelle, doch sind auch eine Vielzahl anderer Erkrankungen assoziiert. Es scheint, dass nicht nur Krankheits-, Lebensstil- und Behandlungsfaktoren für den schlechten somatischen Gesundheitszustand verantwortlich sind, sondern auch die Organisation der Gesundheitsversorgung. Auch ist die Arzt-Patienten-Beziehung und damit verbunden die Therapie-Adhärenz aufgrund der spezifischen schizophrenen Beziehungsstörung (Burnham: need-fear-dilemma; Mentzos: existenzielles Dilemma) oftmals schwierig.

Diskussion: Schizophrenie kann aufgrund der mit ihr einhergehenden exzessiven somatischen Morbidität und Mortalität als eine schwere und komplexe, Seele *und* Körper betreffende *psychosomatische Erkrankung* konzeptualisiert werden, die einer umfassenden integrierten Versorgung an der Schnittstelle von Psychiatrie, Psychosomatik, Innerer und Allgemeinmedizin bedarf. Eine integrierte Versorgung, für die keines der genannten Fächer sich bisher zuständig fühlt, erfordert auch spezielle Kenntnisse der schizophrenen Beziehungsstörung.

P-67-FR

Prädiktoren einer erfolgreichen Therapieaufnahme nach Indikationsstellung in einer Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Hochschulambulanz

Mölle Christian[1], Ehrenthal Johannes[1], Fischer Kai[1], Granov Medzida[1], Dinger Ulrike[1], Herzog Wolfgang[1], Schauenburg Henning[1], Nikendei Christoph[1]

[1]*Universitätsklinik für allgemeine innere Medizin und Psychosomatik, Psychosomatische Ambulanz, Heidelberg, Deutschland*

Hintergrund: Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung und sind für die Betroffenen mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität bis hin zu Suizidalität verbunden. Eine zentrale Rolle in der Versorgung spielt die ambulante Psychotherapie. Allerdings kommt nicht jeder Patient trotz entsprechender Indikationsstellung auch in der ambulanten Behandlung an. Neben Aspekten der regionalen Versorgungsstrukturen ist anzunehmen, dass auch psychologische Faktoren wie Motivation, Beziehungserwartungen, aber auch strukturelle Defizite der Persönlichkeit eine Rolle spielen. Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, welcher dieser psychologischen Faktoren auf die erfolgreiche Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie Einfluss hat.

Methoden: Alle Patienten, die sich in einem Zeitraum von acht Monaten in der Psychosomatischen Ambulanz der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg vorstellten (n = 1006), wurden bei Zustimmung in die Studie eingeschlossen. Neben der Erfassung der Behandlungsempfehlung durch den Ambulanztherapeuten wurden weitere soziodemographischer Daten, klinische Diagnosen und psychologische Faktoren erfasst, darunter Strukturniveau der Persönlichkeit (OPD-SFK), Bindungsstil (ECR-RD12), Aversive Kindheitserfahrungen (APK), Lebenszufriedenheit (SF-36), und Symptombelastung (PHQ-D). Die katamnestische Nachuntersuchung erfolgte in einem 4-Monatsintervall nach dem Erstkontakt durch eine telefonische Kontaktaufnahme.

Ergebnisse: Es konnten n=735 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Davon erhielten 54 % der Patienten eine ambulante Therapieempfehlung. In einer vorläufigen Analyse der katamnestisch befragten Patienten zeichnet sich ab, dass sich eine Interaktion von niedrigem Strukturniveau und hoher Bindungsvermeidung besonders negativ auf eine indizierte Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie auswirkt.

Diskussion: Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein niedriges Funktionsniveau der Persönlichkeitsstruktur zusammen mit negativen Beziehungserwartungen und Vermeidung von Kontaktaufnahme das Zustandekommen der Therapie vorhersagt. Diese Patienteneigenschaften können mit Fragebögen gut erfasst werden, so dass für diese Patientengruppen spezifische Interventionen entwickelt werden sollten.

P-68-FR

Evaluation einer manualisierten ambulanten psychoedukativen Gruppe zur poststationären Nachsorge

Schäffeler Norbert[1], Wettach Irmtraud[1], Rilk Albrecht[1], Teufel Martin[1], Zipfel Stephan[1], Werner Anne[1]

[1]*Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland*

Hintergrund: Die Gewährleistung einer bestmöglichen Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen stellt insbesondere an Schnittstellen eine Herausforderung dar. Etablierte therapeutische Formate für diese Übergänge fehlen. Nicht zuletzt die für 2014 geplante Einführung von Psychosomatischen Institutsambulanzen im Versorgungssystem bietet Chancen für eine patientenorientierte Überbrückung der Schnittstellenproblematik von (teil-)stationärer zu ambulanter Behandlung durch poststationäre Gruppenpsychotherapieformate.

Material und Methoden: Eine achtwöchige halboffene Poststationäre Gruppe (PSG) wurde auf der Grundlage evidenzbasierter Verfahren sowie zentraler Therapieinhalte der vorausgehenden (teil-)stationären Behandlung entwickelt. Das Behandlungsmanual sieht 8 Terminen a 90min vor, welche in einem 14-tägigen Rhythmus stattfinden. Die Module der einzelnen Sitzungen sind stark ressourcenorientiert und folgen spezifischen Themen:

1. „Gesundheitswesen/ Psychotherapeutensuche 1“ (möglicher Einstiegstermin)

2. „denken - fühlen - handeln“
3. „Krisenplan und Notfallkoffer“
4. „Ressourcentraining“
5. „Gesundheitswesen/ Psychotherapeutensuche 2“ (möglicher Einstiegstermin)
6. „Gedankenschleifen durchbrechen - ins Handeln kommen“
7. „Abgrenzung“
8. „Selbstfürsorge - Achtsamkeit“.

Jedes Modul beinhaltet ein Blitzlicht zur Erfassung der aktuellen Befindlichkeit sowie der Fortschritte bzw. Entwicklungen seit der letzten Sitzung. Gruppenübungen stellen einen weiteren festen Bestandteil dar. Ein Schwerpunkt über alle Module stellt die Unterstützung zur aktiven Suche eines ambulanten Psychotherapeuten dar, um eine Weiterbehandlung zu sichern

Ergebnisse: 37 Patienten durchliefen bisher die Gruppe und wurden mithilfe von Fragebögen (PSQ, SF36 und PHQ-2) an fünf Messzeitpunkten (ambulante Erstvorstellung, Aufnahme, Entlassung, Termine 1, 4 und 8 der PSG) beobachtet.

Schlussfolgerungen: Die PSG ermöglicht den geführten Übergang von Patienten aus einem (teil-)stationären in ein ambulantes Behandlungssetting. Dies gilt insbesondere für Patienten, welche ohne Begleitung im Anschluss keine psychotherapeutische Weiterbehandlung finden würden.

P-69-FR

Eltern-Kind-Behandlung in Wiesloch - Therapie & Prävention psychischer Störungen

Gebhardt Stefan[1]

[1]*Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch, Deutschland*

Einführung: Stationäre Eltern-Kind-Behandlungen bei psychischen Störungen sind in der Versorgung der Allgemeinbevölkerung wenig verbreitet und beziehen sich am ehesten auf postpartale Psychosen/Depressionen. Dagegen besteht im PZN Wiesloch jenseits dieser Diagnosegruppe außerdem eine Expertise in Eltern-Kind-Behandlungen für Eltern mit Kindern bis zum Schulkindalter. Der psychotherapeutische Behandlungsfokus liegt dabei in der Eltern-Kind-Interaktion bei Patienten mit psychischen Störungen.

Methode: Deskriptive Untersuchung der Behandlungsfälle der letzten 12 Jahre im Hinblick auf soziodemographische und Behandlungsvariablen.

Ergebnisse: Von n=199 Eltern-Kind-Behandlungen hatten 42,2% der Patienten eine affektive Störung als Hauptdiagnose, 26,6% eine Persönlichkeitsstörung, 14,6% eine neurotische Störung und 14,6% eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Das bundesweite Therapieangebot wurde zu 37,2% von Patientinnen aus einem 50-km-Umkreis genutzt, während 44,0% zwischen 50 und 150 km von Wiesloch entfernt wohnten, und 17,3% von weiter als 150 km anreisten. Das durch die Behandlungsplätze begrenzte Angebot war bei einer mittleren Verweildauer von 47,7 Tagen stets voll ausgelastet.

Diskussion: In Deutschland ist ein Ungleichgewicht zwischen einem hohen Bedarf und einem bislang niedrigen Angebot an stationären psychotherapeutischen Eltern-Kind-Behandlungseinheiten anzunehmen, insbesondere Mütter mit anderen als postpartale psychische Störungen betreffend. Ein Ausbau dieses Behandlungssettings dient der Differenzierung und Verbesserung der Versorgungsstruktur sowie der Prävention psychischer Störungen bei der nachkommenden Generation der Betroffenen. Weiterführende Vergleichsstudien sind erforderlich.

P-70-FR

Patientenbeteiligung in der psychotherapeutischen Versorgungsforschung

Brütt Anna Levke[1], Schulz Holger[1]

[1]*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland*

Die Beteiligung von Patienten gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Gesundheits- und Versorgungsforschung. Patienten gelten nicht mehr lediglich als Rezipienten von Versorgungsleistungen, sondern als Experten mit subjektiven Erfahrungen im Erleben und im Umgang mit Krankheit. Vor diesem Hintergrund sollen durch den Einbezug von Betroffenen in Forschungsprojekte bedürfnisorientierte Versorgungs- und Behandlungsangebote entwickelt und implementiert werden. Konzeptionell wird zwischen verschiedenen Ausprägungen der Beteiligung - von der konsultierenden Informationsabfrage über kollaborative Mitarbeit bis hin zur patientenkontrollierten Forschung- unterschieden.

Patienten mit psychischen Störungen stellen hinsichtlich der Forschungsbeteiligung eine besondere Zielgruppe dar. Im Rahmen von Empowerment-Strategien wird die Beteiligung von Menschen mit psychischen Störungen an Forschungsprojekten seit Jahrzehnten gefordert. Jedoch wird die Fähigkeit zum Treffen objektiver und rationaler Entscheidungen im Forschungsprozess bei Menschen mit psychischen Störungen angezweifelt. Dennoch zeigte sich, dass Patienten mit psychischen Störungen ein hohes Interesse an der Beteiligung in Forschungsprojekten haben. In Großbritannien und Australien liegen Studien zur Priorisierung der Forschungsinteressen von Patienten mit psychischen Störungen vor. Weiterhin gibt es Berichte über den erfolgreichen Einbezug psychisch Erkrankter in die Konzeption und Durchführung von Forschungsprojekten, in denen sie gemeinsam mit Forschern über die einzusetzenden Instrumente entschieden oder Interviews durchführten und analysierten. In Deutschland werden die Kompetenzen und die Expertise von Patienten mit psychischen Störungen zunehmend erkannt, dennoch fehlt es bisher an einer Strategie für ihren systematischen Einbezug in Forschungsprojekte.

Abgeleitet aus internationalen und eigenen Erfahrungen werden in diesem Beitrag Konzepte der Beteiligung von Patienten an Forschungsprojekten in der Psychosomatik vorgestellt und kritisch diskutiert.

P-72-FR

Inanspruchnahme und Symptomspektrum bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation im Rahmen eines psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsangebots an zwei Berliner Kliniken

Hahn Eric[1], Ta Thi Minh Tam[1], Burian Ronald[2], Dettling Michael[1], Diefenbacher Albert[2]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, [2]evang. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin, Deutschland

Einleitung: In Deutschland stellen vietnamesische Migranten die größte südostasiatische Einwanderergruppe dar, wobei über 20.000 vietnamesische Migranten in Berlin leben. Eigene Daten konnten zeigen, dass vietnamesische Migranten psychiatrische Angebote bisher kaum in Anspruch nahmen. Zudem wurden in zahlreichen Studien höhere Raten von Somatisierung bei geringer Tendenz zur Psychologisierung bei asiatischen Populationen beobachtet fehlen.
Methodik: Nach Eröffnung eines Behandlungsangebotes an der Berliner Charité in der Muttersprache Vietnamesisch seit 2010 wurde bei allen erstmalig vorstelligen vietnamesischen Patienten Veränderungen klinischer Daten und Zuweisungswege berechnet. Zudem wurde in dem relevanten Versorgungskrankenhaus Königin Elisabeth Herzberge seit 2013 eine gemeindenahe Ambulanz mit vietnamesischer Sprachmittelung eröffnet, die einen hohen Zulauf erreicht. Die Entwicklung der Inanspruchnahme dieser kooperierenden Ambulanzen, sowie kulturelle Hintergründe, die eine Barriere der Inanspruchnahme darstellen können werden diskutiert. Zudem werden Daten der Erhebung somatischer und depressiver Symptome (PHQ 9 und PHQ 15) im Vergleich zu gematchten deutschen Patienten dargestellt um der Frage nachzugehen ob vietnamesische Patienten eine Tendenz zeigen vermehrt spezifische somatische Symptome zu präsentieren.
Ergebnisse: Die Auswertung der Inanspruchnahme innerhalb der ersten 3 Jahre zeigte eine signifikante Zunahme der Diagnosen depressiver Episoden und eine gegenläufige Entwicklung für Diagnosen einer Schizophrenie. Die Verschiebung des diagnostischen Spektrums ging einher mit einer signifikanten Zunahme von Empfehlungen innerhalb vietnamesischer Communities. Hinsichtlich der Symptompräsentation fanden sich zwischen deutschen und vietnamesischen Patienten keine relevanten Unterschiede bei der Präsentation depressiver Symptome (PHQ-9), jedoch ein signifikant erhöhter PHQ-15 score für somatische Symptome. Diese bezogen sich insbesondere auf Kopf- und Brustschmerzen, sowie Schwindel und Ohnmachtsgefühle.
Diskussion: Ein spezifisches muttersprachliches Angebot, aber auch ein Angebot durch Sprachmittelung, die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychosomatischer Versorgung bei zuvor kaum erreichten Migranten verbessern. Eine gute Verankerung dieses Angebots in vietnamesischen Netzwerken ist dafür eine wichtige Voraussetzung. Hinsichtlich der Symptompräsentation zeigten depressive vietnamesische Migranten eine deutlichere Tendenz zur Somatisierung.

Psychometrie und Psychodiagnostik

P-73-FR

Forschungsorientiertes Online Management und Analyse System (FOMA) für psychosomatische Erkrankungen und Psychotherapie

Rupp Steffen[1], Takongmo Cedric[1], Mursina Ljudmila[2], Peters Eva[3], Kruse Johannes[3], Schneider Henning[2]
[1]Technische Hochschule Mittelhessen, Gießen, Deutschland, [2]Kompetenzzentrum für Informationstechnologie KITE, Technische Hochschule Mittelhessen, Gießen, Deutschland, [3]Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen, Deutschland

Im Rahmen von Forschungsvorhaben in der Psychosomatik und Psychotherapie ist es essentiell die Integrität von erhobenen Forschungsdaten zu gewährleisten. In der Regel müssen die erfassten Patientenfragebögen in einem manuellen Prozess vom Papier in ein digitales, auswertbares Format überführt werden. Dieser Schritt birgt die Gefahr von Übertragungsfehlern und kann meist erst mit zeitlicher Verzögerung erfolgen. Um dies zu vermeiden wurde das Projekt FOMA an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Gießen etabliert. FOMA dient zur digitalen Erstellung, Verwaltung und Erfassung von Fragebögen und ermöglicht zusätzlich die Berechnung von Scores.
Die Entwicklung der Anwendung erfolgte unter Berücksichtigung von Normen für Medizinprodukte. Die Norm DIN EN 62304, welche den Software-Lebenszyklus-Prozess für medizinische Software beschreibt, spielt dabei die zentrale Rolle. Die Anwendung wurde mit Entwicklungswerkzeugen auf Basis von ASP.NET und C# der Firma Microsoft umgesetzt. Damit FOMA ohne Installation auf den Clientgeräten genutzt werden kann, wurde das Programm als Webanwendung erstellt. Die Anwendung kann von jedem Arbeitsplatz innerhalb des Netzwerks aufgerufen werden. Ein Zugriff von mobilen Endgeräten wie Smartphones oder Tablets ist damit ebenfalls möglich.
Einzelne Bereiche der Anwendung werden durch ein Benutzer-Rollen-Rechte System geschützt und nur autorisiertem Personal zugänglich gemacht. Somit ist eine eindeutige Trennung zwischen Patienten und Angestellten im System realisiert.
Patienten können während ihrer Wartezeiten die ihnen zugewie-

senen Fragebögen „online“ an bereitgestellten Terminals ausfüllen. Die übersichtliche Menüführung ermöglicht den Patienten die fehlerfreie Eingabe aller Informationen. Gleichzeitig werden die eingegebenen Daten auf inhaltliche Plausibilität geprüft. Die Therapeuten können im Anschluss die Ergebnisse einsehen. Im Rahmen der Forschung können die auf diese Weise erhobenen Daten anonymisiert oder pseudonymisiert nach Excel oder SPSS exportiert werden.
Die FOMA-Plattform ist erweiterbar und kann flexibel eingesetzt werden. Die Software ist für die Endanwender einfach bedienbar. Die webbasierte Umsetzung der Anwendung ermöglicht einen gleichzeitigen und systemunabhängigen Zugriff. Durch den Wegfall der papierbasierten Erfassung der Fragebögen und der einhergehenden digitalen Erfassung stehen Forschungsdaten zeitnah für die weitere Verwendung zur Verfügung.

P-74-FR

Vorstellung des Biopsychologischen Belastungstests (BBT) zum Einsatz in der Stressdiagnostik

Neureiter Elisabeth[1], Hajfani Loreen[1], Danzer Gerhard[1], Rose Matthias[1], Klapp Burghard F.[1]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland

Standardisierte Instrumente zur Stressdiagnostik gewinnen im klinischen Alltag zunehmend an Bedeutung. Häufig werden jedoch entweder psychische oder physiologische Aspekte isoliert betrachtet. Da PatientInnen bei anhaltenden Stressbedingungen jedoch häufig Symptome auf körperlicher und psychischer Ebene als psychophysiologische Phänomene zeigen, erscheint eine mehrdimensionale Betrachtungsweise und diagnostische Erfassung angezeigt. Zur komplexen Erfassung der vielschichtigen Stresssymptomatik wurde an der Charite - Universitätsmedizin Berlin der Biopsychologische Belastungstest (BBT) weiterentwickelt. Der BBT ist ein Stresstest, der in Ruhe- und Belastungsphasen untergliedert ist und die akute psychophysiologische Stressbelastung misst. Das Besondere an diesem Instrument ist, dass sowohl physiologische als auch psychologische Parameter zeitgleich erhoben werden. Der Test erzeugt eine Aktivierung auf der sympathischen Achse, die anhand der Parameter Atmung, Puls, Herzratenvariabilität, Blutdruck, Hautleitwert und Muskelspannung (trapezius, masseter, frontalis) ablesbar ist. Zusätzlich erlauben die auf den drei Ebenen Erleben, Verhalten und Leistungsverlauf gewonnenen Informationen eine subtile Diagnostik und daraus folgend individuelle Empfehlungen für die (ambulante) Behandlung für PatientInnen mit chronischer Stressbelastung. Ziel des vorliegenden Beitrags ist eine detaillierte Einführung in die Stressdiagnostik mittels des BBT mit Darstellung des Studienprotokolls zur Validierung des Verfahrens an einer Stichprobe mit 140 psychosomatischen PatientInnen im stationären Setting.

P-75-FR

Die deutsche Version der Social Impact Scale (SIS-D) - psychometrische Eigenschaften des Instrumentes zur Messung des Stigmatisierungserlebens von Krebspatienten

Eichhorn Svenja[1], Stephan Marc[2], Mehnert Anja[1]
[1]Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychochologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Ziel der Untersuchung war die erste psychometrische Prüfung der deutschen Version der Social Impact Scale (SIS), eines mehrdimensionalen Erhebungsintrumentes zur Messung von Stigmatisierungserleben.
Methode: Das Instrument wurde nach State-of-the-Art-Kriterien übersetzt und an 139 ambulanten Krebspatienten mit gemischten Tumordiagnosen überprüft. Neben der SIS-D beantworteten die Probanden Fragen zu Ausgrenzungserfahrungen, zur wahrgenommenen Sichtbarkeit der Erkrankung sowie zu Kausal- und Kontrollattributionen bezüglich der Erkrankung.
Ergebnisse: Eine explorative Faktorenanalyse ergibt, analog zur Originalskala, eine vierfaktorielle Lösung mit den vier Dimensionen „Soziale Isolation“ (Cronbachs α=.89), „Soziale Ablehnung“ (α=.81), „Internalisiertes Schamgefühl“ (α=.81) und „Finanzielle Unsicherheit“ (α=.81).
Diskussion: Damit steht für den deutschsprachigen Raum ein valides Instrument zur Erfassung von Stigmatisierungserleben bei Krebspatienten zur Verfügung.

P-76-FR

Validierung der deutschen Version der Death and Dying Distress Scale (DADDS)

Wollbrück Dorit[1], Scheffold Katharina[2], Schilling Georgia[3], Röder Heiko[1], Knödler Maren[4], Mehnert Anja[1]
[1]Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Sektion Psychoonkologie, Leipzig, Deutschland, [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, [3]Universitäres Cancer Center Hamburg UCCH, II. Medizinische Klinik, Hamburg, Deutschland, [4]Universitäres Krebszentrum Leipzig UCCL, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Die Entwicklung und Überprüfung psychoonkologischer Interventionen für Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung erfordert auch die Bereitstellung valider Erhebungsinstrumente, die spezifisch psychosoziale Belastungen und Ängste im Zusammenhang mit dem Sterben und dem Tod erfassen. Die Death and Dying Distress Scale (DADDS Version 2; Lo et al. 2011) ist ein kurzer Selbstbeschreibungsfragebogen zur Erfassung von Gedanken und Ängsten bezüglich ihrer Erkrankung bei schwer kranken und sterbenden Patienten. Die 15 Items werden auf einer

fünfstufigen Likertskala (von 0=keine Belastung bis 5=sehr starke Belastung) erfasst.
Methoden: Die DADDS wurde nach State-of-the-Art Kriterien in die deutsche Sprache übersetzt und im Rahmen der Pilotstudie der randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) an N=100 Patienten (convenient sample) mit fortgeschrittener Krebserkrankung im Universitären Cancer Center Hamburg (UCCH) und im Universitären Cancer Center Leipzig (UCCL) eingesetzt. Zur Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien wurden validierte Instrumente u.a. zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität (PHQ-4), Progredienzangst (PA-F12) und Distress (DT) ausgewählt.
Ergebnisse: Es werden psychometrische Ergebnisse für Patienten mit fortgeschrittener oder metastasierter Tumorerkrankung dargestellt. Dabei wird zunächst die Stichprobe deskriptiv beschrieben. Es soll die interne Reliabilität (Cronbach´s Alpha) sowie eine konfirmatorische Faktorenanalyse für die DADDS berechnet werden. Zur Überprüfung der konvergenten Validität werden die Zusammenhänge mit den validierten Fragebögen dargestellt.
Diskussion: Abschließend werden die Ergebnisse der deutschen Version der DADDS für den Einsatz bei Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung diskutiert, v.a. in Hinblick auf die Einsetzbarkeit als Messinstrument für die Überprüfung der Qualität eines neuen Therapieangebotes für diese Patientengruppe.
Förderung: Die Studie wird von der Deutschen Krebshilfe gefördert.

P-77-FR

Screening für Essstörungen mit dem ChEDE-Q vs. SCOFF: gleiches Risiko, gleiche Risikofaktoren?

Weigel Angelika[1], Wendt Hanna[1], Neubauer Karolin[1], Rossi Maddalena Elisa[1], Romer Georg[2], Löwe Bernd[1], Gumz Antje[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, [2]Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Hintergrund: Zu den evidenzbasierten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung gehören weibliches Geschlecht, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, eine Internalisierung des Schlankheitsideals, genetische Faktoren, ein geringes Selbstwertgefühl sowie multiple psychosoziale Faktoren. Gerade im angloamerikanischen Raum hat sich der SCOFF-Fragebogen als Screening-Instrument in der primärärztlichen Versorgung bewährt und wird zunehmend auch im deutschen Sprachraum verwendet. Der ebenfalls verbreitete ChEDE-Q ist in seinem Umfang deutlich länger und erfasst bestehende Essstörungspathologie differenzierter. Unklar ist bislang, ob sich unabhängig vom verwendeten Messinstrument zur Erfassung von Essstörungspathologie gleiche Risikofaktoren zu deren Entwicklung identifizieren lassen.
Methode: In einer querschnittlichen Untersuchung bearbeiteten 1135 Schüler/-innen der 8. und 11. Klassen den SCOFF, den ChEDE-Q sowie weitere validierte Selbstbeurteilungsinstrumente (u.a. SATAQ-G, PHQ, GAD-7, MSWS, KEDS). Im Anschluss wurde der Anteil von Schüler/-innen mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer Essstörung mit beiden Selbstbeurteilungsinstrumenten bestimmt und in dieser Substichprobe geprüft, ob sich gleiche Prädiktoren, unabhängig vom verwendeten Messinstrument finden.
Ergebnisse: Insgesamt 24.8% der untersuchten Schüler/-innen (45 Jungen, 235 Mädchen) berichteten ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Essstörung. Von diesen wurden lediglich 37.7% durch beide Selbstbeurteilungsinstrumente der Risikogruppe zugeordnet. Die Korrelation zwischen ChEDE-Q und SCOFF liegt bei Kappa = .464.
Diskussion: Die Prädiktoren beider Instrumente werden vorgestellt und die Ergebnisse im Hinblick auf den Einsatz beider Instrumente in der Primärversorgung sowie ihre Relevanz für die wissenschaftliche Evaluation von Präventionsmaßnahmen diskutiert.

P-78-FR

Faktorenstruktur der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) in einer großen Stichprobe somatoformer Patienten

Koch Anne Sarah[1], Kleiman Alexandra[1], Wegener Ingo[1], Zur Berndt[2], Imbierowicz Katrin[1], Geiser Franziska[1], Conrad Rupert[1]
[1]Uniklinik Bonn, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland, [2]Uniklinik Bonn, Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie, Bonn, Deutschland

Obwohl ein starker Zusammenhang zwischen Alexithymie und Somatisierung in zahlreichen Studien bestätigt wurde, hat bisher keine systematische Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften der TAS-20 in einer Stichprobe von Patienten mit somatoformen Störungen stattgefunden. Das Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob sich das ursprüngliche Faktorenmodell von Bagby et al. (1994), welches in der klinischen Forschung und Praxis häufig Anwendung findet, in einer großen Stichprobe von somatoformen Patienten (n = 806) replizieren lässt.
Das dreifaktorielle Modell von Bagby et al. sowie zwei weitere aus der Literatur entnommene Modelle, ein dreifaktorielles Modell von Popp et al. (2008) und ein vierfaktorielles Modell von Franz et al. (2001), wurden hinsichtlich ihrer Modellgüte mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse miteinander verglichen. Des Weiteren wurden drei explorativ gefundene Modelle mit zwei, drei und fünf Faktoren bezüglich ihrer Passung mit den vorliegenden Daten überprüft. Die drei Modelle wurden mittels exploratorischer Faktorenanalyse an einer randomisierten Hälfte (n = 403) der Gesamtstichprobe erstellt, anschließend an der zweiten Hälfte (n = 403) der Stichprobe getestet und mit den Modellen aus der Literatur verglichen.
Das dreifaktorielle Bagby-Modell war an der Stichprobe mit somatoformen Patienten nicht replizierbar. Auch die drei explorativ

gefundenen Modelle konnten die Daten nicht hinreichend gut beschreiben. Die Faktoren „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ zeigten sehr hohe Korrelationen. Die beste Passung zeigte das vierfaktorielle Franz-Modell. Jedoch erfüllte keines der sechs Modelle alle in der Literatur empfohlenen Gütekriterien der konfirmatorischen Faktorenanalyse zufriedenstellend.
Insgesamt zeigen unsere Ergebnisse, dass das ursprüngliche dreifaktorielle Modell nach Bagby et al. nicht robust ist. Die Faktorenstruktur der TAS-20 scheint zu variieren und sollte daher in weiteren psychometrischen Untersuchungen an verschiedenen klinischen Populationen überprüft werden. Zum jetzigen Stand der Forschung empfehlen wir, ausschließlich den TAS-20 Summenwert als Maß für Alexithymie bei somatoformen Patienten in der klinischen Praxis zu verwenden.

P-79-FR

Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population

Kocalevent Rüya-Daniela[1], Hinz Andreas[2], Brähler Elmar[2]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, [2]Universität Leipzig, Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

The PHQ-15 is widely used as an open access screening instrument for somatization syndromes in different health care settings, thus far, normative data from the general population are not available. The objectives of the study were to generate normative data and to further investigate the construct validity of the PHQ-15 in the general population.
Nationally representative face-to face household surveys were conducted in Germany between 2003 and 2008 (n=5,031). The survey questionnaires included, the 15-item somatization module from the Patient Health Questionnaire (PHQ-15), the 9-item depression module (PHQ-9), the Satisfaction With Life Scale (SWLS), the SF-12 for the measurement of health related quality of life, and demographic characteristics.
Normative data for the PHQ-15 were generated for both genders and different age levels including 5031 subjects (53.6% female) with a mean age (SD) of 48.9 (18.1) years. Somatization syndromes occured in 9.3% of the general population. Women had significantly higher mean (SD) scores compared with men [4.3 (4.1) vs. 3.4 (4.0)]. Intercorrelations with somatization were highest with depression, followed by the physical component summary scale of health related quality of life.
The normative data provide a framework for the interpretation and comparisons of somatization syndromes with other populations. Evidence supports reliability and validity of the PHQ-15 as a measure of somatization syndromes in the general population.

P-80-FR

Der Fragebogen zu Ressourcenrealisierung und Partizipation (Hannover-Ressourcen-Fragebogen [HAREF]) - Reliabilität, Validität und Veränderungssensitivität

Jäger Burkard[1], Henniger Stefan[2], Wolters Ann-Christin[1], de Zwaan Martina[1], Jasper Stefanie[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik & Psychotherapie, Hannover, Deutschland, [2]Salze Klinik, Bad Salzdetfurth, Deutschland

Hintergrund: Verfügbare Ressourcen sind als wichtiges Patientenmerkmal inzwischen weithin akzeptiert und liegen auch dem ICF-Konzept der Rehabilitation zu Grunde; die ´Ressourcenaktivierung´ im Rahmen der Psychotherapie gilt als einer der allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie. Das Ressourcen-Konzept stellt sich aber uneinheitlich dar und allgemein akzeptierte Fragebögen fehlen. Mit dem ´Hannover-Ressourcen-Fragebogen´ wird ein kurzes Instrument zur Ressourcenrealisierung verfügbar gemacht. Es wird die Frage untersucht, (I) ob sich der Fragebogen als reliabel und valide erweist, (II) ob sinnvolle Differenzierungen zwischen Patientengruppen abgebildet werden und (III) ob sich therapiebedingte Änderungen auf den Dimensionen des Fragebogens abbilden.
Methodik und Ergebnisse: Der einseitige Fragebogen umfasst 25 Items zu konkreten Aktivitäten in 4 Skalen (´Gruppen-Aktivitäten´, ´Familie/Freunde/Partnerschaft´, ´Bewegung/Reisen´ und ´Kontemplation /Selbstwirksamkeit´). Der Fragebogen wurde zu 2 Messzeitpunkten einer psychosomatischen Behandlungsstichprobe (n=133) vorgelegt, weiterhin vier definierten Stichproben von Gesunden (n=275). Die Test-Retest-Validität variierte über die Skalen hinweg zwischen $r_{tt'}$=.70 - $r_{tt'}$=.80. Patienten zeigen hochsignifikant weniger Ressourcen als Gesunde (F= 311, df=1, p< .001). Unter den Gesunden zeigen Skilehrer, niedergelassene Ärzte und Physiotherapeuten signifikant mehr Ressourcen als Studenten. Innerhalb der Patientengruppen zeigen Angst- und PTSD-Patienten die geringsten Ressourcen, Patienten mit Problemen der Krankheitsbewältigung die ausgeprägtesten. Patientinnen mit Bulimia nervosa zeigen eine zufriedenstellende Verfügbarkeit von Ressourcen und hochsignifikant mehr als Anorexie-Patientinnen, wobei von diesen ´Gruppenaktivitäten´ besonders stark vermieden werden. Über eine stationäre Therapie hinweg ändern sich die verfügbaren Ressourcen kaum.
Schlussfolgerungen: Ressourcen im Sinne von Aktivitäten und Partizipationen sind eine wichtige Dimension zur Charakterisierung von Patienten. Der HAREF-Fragebogen differenziert als ökonomisches und valides Messinstrument gut zwischen Patientengruppen und Gesunden.

P-81-FR

OPD-Struktur bei stationär psychosomatischen Patienten und Zusammenhang mit dem Narzissmusinventar und anderen Instrumenten

Obbarius Alexander[1], Häring Anna, Hofmann Tobias, Rose Matthias
[1]Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Aussagen zur Persönlichkeitsstruktur, wie sie anhand der Strukturachse der OPD-II erhoben werden können, stellen einen wichtigen Baustein in der Diagnostik und Therapieplanung bei stationär und ambulant behandelten psychosomatischen Patienten dar. Seit 2012 ist ein entsprechendes Selbstbefragungsinstrument „OPD-SF" (Ehrenthal et al 2012) vorhanden, mit dem die Persönlichkeitsstruktur aus Sicht der Patienten beurteilt werden kann. Das Instrument hat sich als reliabel und valide erwiesen. In dieser Studie wurde der Fragebogen bei einer repräsentativen Stichprobe stationär psychosomatischer Patienten in Berlin erhoben. Dabei fanden sich Unterschiede zu der stationär psychosomatischen Stichprobe aus der Veröffentlichung von Ehrenthal et al. Zudem konnten einige spezifische Zusammenhänge der Skalen und Subskalen des OPD-SF mit den Skalen des Narzissmusinventars, des COPE-Fragebogens und anderen Instrumenten erfasst werden.

P-82-FR

Validierung eines entwickelten Selbsteinschätzungsinstrumentes zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit mittels Fremdeinschätzung

Andreas Sylke[1], Dehoust Maria[2], Schulz Holger[2], Müllauer Pia[1], Hayden Markus[1]
[1]Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich, [2]Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland

Die Therapie-Outcomeforschung ist eines der zentralen Forschungsgebiete im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. In den letzten Jahren gewinnt zunehmend in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) an Bedeutung. In einem Pilotprojekt wurde in einem aufwändigen und mehrstufigen Verfahren (Literaturrecherche, Expertenbefragungen, cognitive debriefing mit Patienten) ein Selbsteinschätzungsinstrument zur Mentalisierungsfähigkeit entwickelt und an über 400 Patienten mit psychischen Störungen aus unterschiedlichen stationären Versorgungsbereichen psychometrisch überprüft. Es liegt nun ein Selbsteinschätzungsinstrument mit 4 Subskalen vor, welches reliabel und weitest gehend valide die Mentalisierungsfähigkeit aus Patientensicht erfasst. Im Pilotprojekt konnte jedoch ein bedeutsamer Aspekt der Validierung noch nicht realisiert werden. Zielsetzung der vorliegenden Studie ist es demzufolge, das entwickelte Selbsteinschätzungsinstrument mittels Fremdeinschätzungsperspektive ergänzend zu validieren. Dazu werden N = 50 Patienten des Versorgungsbereiches zu drei Messzeitpunkten (zu Beginn, am Ende und 6-Monate nach stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung) intensiv hinsichtlich ihrer Mentalisierungsfähigkeit qualitativ (Adult-Attachment-Interview; Kurzinterview zur Reflexionsfähigkeit) und quantitativ (Mentalisierungsfragebogen, MZQ) befragt. Es wird überprüft, ob die mittels Selbstauskunft gewonnenen Informationen zur Mentalisierungsfähigkeit mit der Fremdeinschätzung übereinstimmen und ob ggf. das Selbsteinschätzungsinstrument noch um weitere Aspekte der Mentalisierungsfähigkeit ergänzt werden soll. Es wird erwartet, dass das validierte Selbsteinschätzungsinstrument einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit aus Patientenperspektive leisten kann und somit die Mentalisierungsbasierte Therapie langfristig einer spezifischen Überprüfung, auch in der Routine, zugänglich wird.

Autorenindex

Autorenindex

A

Abdel-Karim, Sami 90
Açıksöz, Güven 87
Adler, Julia 6, 101
Ahnis, Anne 28, 103, 110, 112, 113
Ahyai, Sascha 124
Aktas, Bahriye 99
Albani, Cornelia 131
Albrecht, Lisa Kristin 88
Albrecht, Rebecca 122
Albus, Christian 7, 8
Albus, Professsor Dr. Med. Christian 100
Alhabbo, Sarah 31
Allwang, Christine 95
Althaus, Astrid 33
Altmann Uwe 14
Altmann, Uwe 14
Amoneit, Ulrike 70
Andreas, Stengel 113
Andreas, Sylke 86, 140
Angermann, Christiane 35
Arnold, Bernhard 122, 123
Aßmann, Anna-Lena 39
Astner, Sabrina 97
Auer, Charlotte 36
Aulitzky, Walter 96
Ausin, Berta 86

B

Bahrke, Ulrich 32
Balint, Elisabeth 17
Ball, Sarah 57
Barber, Jacques P. 58
Barkowski, Sarah 19, 121
Barrech, Amira 71
Barth, Jürgen 18, 22, 125, 126, 127, 128
Bartsch, Merle 77
Bassewitz, Valeska Gräfin Von 90
Bauer, Stephanie 86
Baumeister, Harald 65
Baumert, Jens 25, 80
Bechtluft-Sachs, Julia 7
Becker, Sandra 78
Beckmann, Julia 109
Bejga, Sandra 85
Bendszus, Martin 104
Benecke, Cord 13, 31
Berberich, Götz 13
Berger, Uwe 41
Bergholz, Liane 25
Bergmann, Günther 116
Berth, Hendrik 17, 52, 82, 119
Beschoner, Petra 72
Beutel, Manfred E. 6, 7, 8, 18, 25, 43, 47, 70, 101, 113
Bikowski, Kirsten 10
Binder, Harald 47
Bingel, Ulrike 124
Bisping, Vanessa 62
Bittner, Antje 23
Blettner, Maria 47
Blozik, Eva 65
Bock, Astrid 31
Böcker, Maren 65, 87
Böhlen, Friederike 84
Böhme, Kristin 17
Böhmer, Hauke 43
Bosch, Jos A. 102
Boseva, Preslava 17
Braeuer, David 6
Brähler, Elmar 12, 24, 28, 32, 43, 52, 63, 64, 65, 76, 85, 98, 122, 131, 139
Brandl, Christina 29
Brandner, Johanna M. 27
Braungardt, Tanja 15, 92, 117
Braunger, Carina 133
Brechtel, Anette 48, 99
Brenner, Herrmann 84
Briest, Susanne 44
Brinkhaus, Benno 81
Brinkmann, Amelie 108
Broecker, Philipp 82
Bruckmayer, Ellen 14
Bruenahl, Christian A. 56, 124
Brunkhorst, Frank Martin 16
Brütt, Anna Levke 92, 135
Bschor, Tom 87
Buchheim, Anna 42, 59, 120
Buchholz, Hans-Georg 101
Bühring, Martina 93, 94
Burgmer, Markus 82
Burian, Ronald 136
Bußе, Petra 80, 112
Büssing, Arndt 129

C

Canuto, Alessandra 86
Chaban, Oleg S. 83
Cierpka, Manfred 59, 63, 86
Claes, Laurence 9
Collip, Dina 89
Colloca, Luana 132
Conrad, Rupert 118, 119, 138
Croy, Ilona 24
Cuntz, Ulrich 40

D

Daig, Isolde 85
Daniels, Judith 6
Danker, Helge 44
Danzer, Gerhard 137
Da Ronch, Chiara 86
DeFigueiredo, Marcelo 44
Dehoust, Maria 86, 140
Deinzer, Renate 58
De Jongh, Ad 62
Deter, Hans-Christian 7, 8, 21, 46, 77, 112, 131
Dettling, Michael 136
de Zwaan, Martina 9, 29, 77, 79, 139
Diefenbacher, Albert 136
Dieterich, Marianne 32, 34
Dinger, Ulrike 8, 58, 63, 67, 86, 120, 134
Dinkel, Andreas 49, 97
Doering, Stephan 30
Donges, Uta-Susan 121
Dreher, Manuela 50
Drössler, Stephanie 17
Drude, Nina 129
Duscha, Marion 10
Dvoretska, Daniela 19

E

Eckhardt-Henn, Annegret 70
Edelmann, Frank 65
Egle, Ulrich T. 50
Ehrenthal, Johannes 58, 134
Ehrenthal, Johannes C. 8, 63, 67, 68, 86
Ehrig, Christian 41
Eichelberg, Eike 56
Eichhorn, Svenja 137
Eich, Wolfgang 57, 63
Eigentler, Thomas 27
Eisele, Marion 65
Elbelt, Ulf 28, 103, 110, 112, 113
Elbing, Ulrich 106
Emeny, Rebecca 25
Emeny, Rebecca Thwing 80
Enck, Paul 81, 114, 132
Endorf, Katharina 70
Engster, Kim-Marie 104
Epple, Franziska 24
Erdur, Laurence 21, 77, 112
Erhardt, Elisabeth 120
Erim, Yesim 51, 52, 99, 103
Ertl, Georg 35

F

Fabisch, Alexandra 21
Fabisch, Alexandra-Beatrice 20, 34, 96
Fabry, Götz 58
Faller, Hermann 35
Faude-Lang, Verena 95
Fehr, Christoph 116
Feige, Andreas 84
Fellinger, Brigitte 60, 107
Fellmer-Drueg, Erika 11
Fellmer-Drüg, Erika 129
Feuerecker, Regina 32, 34
Figura, Andrea 28, 112, 113
Firle, Carl 93
Fischbeck, Sabine 47
Fischer, Felix 65, 71
Fischer, Joachim E. 72, 102
Fischer, Kai 67, 134
Fischer, Lars 29
Fischmann, Tamara 42
Fisch, Margit 124
Flatten, Guido 11
Fleischmann, Anja 17
Forkmann, Thomas 65, 66, 87, 89
Förster, Peter 52
Forstner, Andreas Josef 118
Frankenstein, Lutz 45
Frantz, Stefan 35
Franz, Matthias 50, 69
Friederich, Hans-Christoph 41, 48, 104
Friedrich-Mai, Peter 47
Frieling, Helge 7
Fritz, Fleur 26
Fritzsche, Kurt 7, 44
Fritzsch, Michael 116
Fröhlich, Karin 47
Funk, Alexandra 17

G

Gaebler, Michael 6
Galle Michaela 23
Gartenschlaeger, Martin 101
Gauggel, Siegfried 65, 87
Gebhardt, Stefan 105, 135
Geenen, Rinie 94
Geiser, Franziska 118, 119, 138
Georgiadou, Ekaterini 29, 77
Gerhardt, Andreas 57, 63
Gerigk, Carina 124
Gerzymisch, Katharina 113
Geschwind, Nicole 89
Geue, Kristina 12
Geuter, Ulfried 66
Gieler, Uwe 26, 28
Giel, Katrin 9, 108, 109
Gierk, Benjamin 36, 63, 64, 95
Gieseler, Dorothee 21
Gillmeister, Helge 6, 101
Glaesmer, Heide 24, 38, 39, 40, 66, 87
Glaser, Jürgen 71
Goebel-Stengel, Miriam 80
Gornostayeva, Maryna 10
Götze, Heide 98
Granger, Douglas A. 68
Granov, Medzida 134
Grassi, Luigi 86
Grohmann, Susanne 30
Groß, Beatrice 20, 34
Grün, Anna 112
Grün, Anna-Sophia 77
Gruner-Labitzke, Kerstin 29, 77
Guendel, Harald 22
Gulewitsch, Marco D. 114, 132
Gümmer, Ricarda 98, 111
Gumz, Antje 76, 89, 109, 138
Gündel, Harald 17, 71, 72, 102

H

Hahn, Eric 136
Hain, Bernhard 29
Hajfani, Loreen 137
Hamberger, Christian 106
Hamdorf, Titus D. 106
Handlos, Bärbel 10
Handrack, Miriam 26
Hannig, Christian 119
Hansjörg, Znoj 46
Häring, Anna 140
Härter, Martin 86
Hartkamp, Norbert 69
Hartmann, Armin 67, 70, 91, 110
Hartmann, Mechthild 99
Haselbacher, Antje 43
Hau, Christian 31
Hauke, Gernot 61
Haun, Markus W. 99
Hauser, Mark 21
Hautzinger, Martin 108
Hayden, Markus 140
Heger, Sinja 61
Heinrich, Sylviane 50
Helesic, Astrid 70
Hellmich, Martin 7
Henniger, Stefan 139
Henning, Michaela 116
Henningsen, Peter 32, 34
Hentschel, Annett G. 12
Hermes, Sandra 57
Herpertz, Sabine 104
Herpertz, Stephan 18
Herrmann-Lingen, Christoph 7, 8, 45, 65
Herschbach, Peter 49, 97
Herzog, Annabel 20, 34, 64, 95, 96
Herzog, Wolfgang 29, 41, 45, 84, 99, 104, 134
Heubner, Martin 99
Heuft, Gereon 26, 82
Heuschmann, Peter 35
Hinz, Andreas 65, 85, 100, 139
Höch, Julia 22
Hoefert, Hans-Wolfgang 32
Hofmann, Arne 62
Hofmann, Tobias 28, 80, 103, 104, 110, 112, 140
Hofmeister, Dirk 76
Höink, Johanna 56
Hölzer, Michael 72
Holzinger, Kathrin 79
Hoppmann, Uta 22, 102
Horbach, Thomas 29
Horing, Björn 132
Horsch, Lena 8, 67
Houtveen, Jan 93
Hoyer, Jürgen 6, 18
Huber, Dorothea 13, 31
Hugentobler, Eva 46
Hünnemeyer, Katharina 29
Hussein, Sharif 45

I

Imbierowicz, Katrin 138
Imruck, Barbara 43, 47
Ivanovas, Laura H. 27

J

Jäger, Burkard 139
Jäger, Dirk 48
Jahn, Klaus 32, 34
Jahns, Roland 35
Janke, Susanne 57, 63
Jarczok, Marc Nikolas 72
Jasper, Stefanie 139
Jenett, Dörte 69
Johanna, Behringer 88
Joraschky, Peter 18, 19, 20, 117, 119, 122, 123
Jordan, Jochen 7
Juenger, Jana 11
Junge-Hoffmeister, Juliane 23

Autorenindex

Jünger, Jana 7, 10, 58, 129
Junker, Johannes 106
Junne, Florian 93
Jurkat, Harald 129

K

Kächele, Horst 59
Kahraman, Yeliz 103
Kaina, Bernd 25
Kaiser, Marie 38, 39, 40
Kalisvaart, Hanneke 94
Kallenbach, Lisa 32
Kämmerer, Annette 86
Kapitza, Karl 122
Kappl, Elisabeth 50
Karch, Susanne 59
Karger, André 53
Katus, Hugo 45
Kaul, Sarah 117
Keller, Andrea 94
Kerling, Arno 79
Kersting, Anette 44, 111, 121
Kessler, Henrik 42, 59
Kilian, Reinhold 72
Kindler, Britta-Martina 122, 123
Kirchmann, Helmut Anton 14, 53, 55
Kirschbaum, Clemens 6, 131
Kiunke, Wibke 29
Klapp, Burghard F. 28, 80, 103, 110, 112, 113, 131, 137
Kleiman, Alexandra 118, 119, 138
Klein, Susanne 91
Klinghammer, Julia 17
Klipsch, Ottilia 58, 120
Klug, Cassandra 65
Klug, Günther 31
Klumbies, Elisabeth 6
Knickenberg, Rudolf J. 113
Knödler, Maren 137
Kobelt, Peter 80, 104, 110, 112
Kocalevent, Rüya-Daniela 131, 139
Koch, Anne Sarah 119, 138
Koch, Julia 46
Koehler, Birgit 81
Koemeda, Miriam 126
Köhler, Hinrich 29, 77
Köhler, Norbert 98
Kohlhäufl, Martin 85
Köhling, Johanna 86
Kohlmann, Sebastian 36, 64
Kohls, Niko 129
Kok, Patrick 30
Kollei Ines1 118
Köllner, Volker 49, 50, 58
König, Hans-Helmut 84
Kopisch, Sabine 57
Körber, Annegret 105
Kramer, Dietmar 14
Kramer, Michael 78
Kranzeder, Alexandra 78
Krause, Sabrina 22, 102
Krauth, Christian 7
Kremsreiter, Katrin 97
Kretschmer, Anja 25
Krieger, Klaus Peter 30
Kroenke, Kurt 64
Kröhne, Ulf 65
Kropff, Birgit 47
Kruse, Johannes 25, 26, 27, 28, 62, 80, 81, 101, 136
Kubiak, Nina 133
Küchenhoff, Helmut 69
Kuebler, Ulrike 21
Kuhlisch, Eberhard 119
Kunitz, Diana 40
Kunkel, Markus 105
Kunze, Sabine 82
Kunzl, Franziska 70
Kupfer, Jörg 26, 28
Kutup, Asad 56
Kuwert, Philipp 38, 39, 40

L

Labek, Karin 42, 59
Ladwig, Karl-Heinz 7, 25, 37, 80
Laferton, Johannes J. A. C. 36
Laggner, Tanja 26, 28
Lahmann, Claas 10, 32, 34, 61, 95
Lamke, Jan-Peter 6
Lange, Helmut W. 45
Langenberg, Svenja 77
Langenwalter, Andrea 120
Lau, Katharina 96
Lausberg, Hedda 19
Lauschke, Maja 105
Lautenbach, Anne 21
Laux, Sandra 27
Leehr, Elisabeth 108
Leibing, Eric 18
Leichsenring, Falk 18, 91
Leising, Daniel 13
Leisner, Sabine 57, 63
Lemche, Alexandra V. 83
Lemche, Erwin 83
Lenhard, Konrad 78
Lenk, Maria 119
Leuteritz, Katja 43
Leuzinger-Bohleber, Marianne 32, 42
Levy, Kenneth N. 68
Leweke, Frank 57, 91
Liebherz, Sarah 68
Li, Jian 102
Linden, Michael 15
Lindner, Marion 114, 132
Lindstedt, Klaus-J. 114
Lindtner-Rudolph, Heide 53
Lippmann, Maike 17
Loeffler-Stastka, Henriette 31
Loerbroks, Adrian 102
Loew, Thomas 10, 128
Löffler-Stastka, Henriette 31
Lohse, Ansgar W. 84
Lossnitzer, Nicole 45
Löwe, Bernd 20, 21, 33, 34, 36, 56, 64, 76, 84, 95, 96, 109, 124, 138
Lujic, Claudia 10, 11
Lukaschek, Karoline 25, 80

M

Maatouk, Imad 84
Mack, Isabelle 78
Magaard, Julia 92
Magister, Selina 82
Mainz, Verena 89
Markowitsch, Hans 103
Marten-Mittag, Birgitt 49, 97
Martin, Alexandra 118
Marziniak, Martin 82
Mayer, Simone 27
Mehl, Kilian Walter 130
Mehnert, Anja 100, 137
Meija, Amanda 69
Meile, Tobias 29, 78
Meisinger, Christa 80
Meister, Rebecca 18, 22, 125, 126, 127, 128
Meixensberger, Jürgen 44
Melches, Juliane 106
Merkle, Wolfgang 37, 38
Meyer, Fiorenza Angela 46
Meyer, Thomas 45
Michal, Matthias 6, 7, 8, 18, 101
Miertsch, Martin 38
Miljak, Kristina 95
Moessner, Markus 86
Mölle, Christian 67, 134
Möller, Heidi 11
Möltner, Andreas 11
Moosdorf, Rainer 36

Morawa, Eva 51, 52, 99
Mroczynski, Robert 53
Müllauer, Pia 140
Müller, Astrid 9, 29, 77, 79
Müller, Gottfried 133
Müller-Stich, Beat 29
Munoz, Manuel 86
Murray, Alexandra Mary 33, 64
Mursina, Ljudmila 136
Musial, Frauke 81

N
Naundorf, Katrin 57
Neikes, Anna-Mareike 70
Nelles, Monika 57
Neubauer, Karolin 76, 109, 138
Neufang, Susanne 95
Neumann, Boris 129
Neu, Rebekka 49, 50
Neureiter, Elisabeth 137
Niehoff, Dorothea 84
Niemeier, Volker 28
Nikendei, Christoph 8, 58, 63, 67, 120, 134
Noack, Rene 94
Nobis, Sophia 20
Nodop, Steffi 53, 54
Noll-Hussong, Michael 33, 56, 95, 122
Nolte, Sandra 71
Nolting, Björn 18
Norra, Christine 65
Nosseir, Olaf Lutz 132
Nüßle, Beate 48

O
Obbarius, Alexander 80, 140
Ohlmeier, Marie-Christin 62
Ölschläger, Sabrina 78
Orth-Gomér, Kristina 8, 21
Ortiz, Miriam 81
Oster, Jörg 106, 133
Otti, Alexander 56, 61, 62, 95
Ott, Ulrich 129

P
Palmowski, Bernhard 71
Pawelzik, Markus 87
Pedziwiatr, Henryk 83
Peeters, Frenk 89
Pek, Christian 77
Perschel, Frank H. 21
Peterhänsel, Carolin 111
Peters, Eva 101, 136
Peters, Eva Milena Johanne 27
Petrova, Kameliya 17
Petrowski, Katja 7, 23, 24, 119
Peukert, Judith 23
Pfaffinger, Irmgard 14
Pfeiffer, Karoline 48
Pfleiderer, Bettina 26
Pietz, Heike 80
Plum, Ursula 30
Pogarell, Oliver 59
Pöhlmann, Karin 18, 20, 24, 94, 117, 122, 123
Pokorny, Dan 79, 120
Porschke, Hildburg 73
Preißler, Pia 43
Princip, Mary 18, 22, 125, 126, 127, 128

R
Rabung, Sven 68
Rahman, Omar 102
Rambau, Stefanie 118, 119
Raphael, Manuel 72
Rausch, Lena 35
Reiner, Iris 7
Remmel, Andreas 60, 69, 107, 115
Remmel-Richarz, Britta 60, 115
Ressel, Nadja 82
Rhiem, Kerstin 97
Richter, Diana 12
Rieben, Robert 21
Riedl, Andrea 112
Rief, Winfried 36
Riegel, Björn 56, 124
Rieger, Monika 72
Rieß, Janosch 129
Rilk, Albrecht 134
Ringel, Florian 97
Ringwald, Johanna 48, 98, 111
Röder, Heiko 137
Roeper, Koosje 65
Rohm, Christine 31
Rohrmann, Lisa Alexandra 91
Roick, Julia 44
Romer, Georg 138
Rommel, Frank Risto 27
Romünder, Mareike 100
Ronel, Joram 7, 37
Rose, Anne Derke 40
Rose, Matthias 28, 65, 71, 77, 80, 84, 103, 104, 110, 112, 137, 140
Rosendahl, Jenny 16, 19, 121
Rossi, Maddalena Elisa 76, 109, 138
Rothermund, Eva 72
Roth, Gerhard 59
Rottler, Edit 22, 102
Rötzer, Ingeborg 48
Rückert, Ina-Maria 80
Ruckes, Christian 43
Rudat, Miriam 77
Rudofsky, Gottfried 29
Rupp, Steffen 136
Russ, Michael 42

S
Sabine, Lange 88
Sack, Martin 61, 62
Salzer, Simone 18
Santos-Olmo, Ana-Belen 86
Sator, Marlene 58, 129
Sattel, Heribert 10, 44
Sauer, Helene 132
Sauer, Sebastian 129
Saum, Kai-Uwe 84
Schabinger, Nadine 6, 101
Schäfer, Ralf 50, 69
Schäffeler, Norbert 27, 48, 109, 134
Schäffler, Norbert 98
Schäflein, Eva 61
Schag, Kathrin 9
Schattenburg, Lothar 113
Schauenburg, Henning 8, 58, 63, 67, 86, 120, 134
Scheffold, Katharina 137
Scheid, PD Dr. Med. Christoph 100
Scheidt, Carl Eduard 70, 91
Schellong, Julia 24, 117
Scherer, Anne 87
Scherer, Martin 65
Scherer, Simon 100
Schicker, Juliane 117
Schiefke, Franziska 44
Schiel, Robin 48
Schiffer, Eckhard 130
Schilling, Christoph 24, 94, 117
Schilling, Georgia 137
Schiltenwolf, Prof. Dr. Marcus 124
Schlarb, Angelika A. 114, 132
Schlegel, Sabine 110
Schlottbohm, Ellen 114, 132
Schmid, Gabriele 32, 34
Schmid, Jean-Paul 18, 22, 125, 126, 127, 128
Schmid, Martin 69
Schmidt, Burkhard 72
Schmidt, Nele 68
Schmutzer, Gabriele 28
Schmutzler, Rita 97

Autorenindex

Schneider, Gudrun 26, 47, 82
Schneider, Henning 136
Schneider, Johanna Carolina 97
Schneider, Karoline 91
Schneider, Klaus 11
Schneider, Wolfgang 16, 92, 117
Schneid, Eva 44
Schnitzler, Elke 30
Schnyder, Ulrich 18, 22, 125, 126, 127, 128
Scholz, Christine 87
Schött, Margerete 32, 42
Schramm, Christoph 84
Schreckenberger, Mathias 101
Schredl, Simon 128
Schueffel, Wolfram 130
Schulte, Thomas 100
Schultz, Jobst-Hendrik 10, 11, 45, 58, 129
Schulz, Andre 6
Schulze-Bergkamen, Henning 10
Schulz, Holger 86, 92, 135, 140
Schulz, Laura 116
Schumacher, Johannes 118
Schut, Christina 26, 28
Schwartze, Dominique 19, 121
Schwarzkopf, Kathleen 73, 88
Schweiberer, Daria 49
Schwendtner, Anna 10
Scott, Lori N. 68
Seegel, Max Leonard 72
Sehlen, Susanne 49
Sehner, Susanne 86
Seidler, Daniel 69
Seidler, Günter H. 57, 63
Sender, Annekathrin 12
Seuberling, Lilian Katharina 106
Shedden, Mora Meike 36
Siepmann, Martin 24
Simon, Joe 104
Simson, Udo 30
Singer, Susanne 44
Sklenarova, Halina 99
Skunde, Mandy 104
Smits, Jacqueline M. A. 35
Söllner, Wolfgang 7, 88
Spaderna, Heike 35
Spangenberg, Lena 64, 66
Spang, Jochen 85, 96
Stalder, Tobias 102
Ständer, Sonja 26, 82
Stauber, Stefanie 46
Steckhan, Nico 131
Steffanowski, Andrés 14
Steinert, Christiane 91
Steinisch, Maria 102
Stengel, Andreas 28, 80, 103, 104, 110, 112
Stephan, Doering 62
Stephan, Marc 137
Steyer, Rolf 14
Stigler, Michael 120
Stingl, Markus 61, 62
Stöbel-Richter, Yve 12, 52
Stock, Daniel W. 101
Stolzenburg, Jens-Uwe 44
Störk, Stefan 35, 65
Straus, Doris 73
Strauss, Bernhard 18
Strauß, Bernhard 14, 16, 19, 53, 54, 55, 90, 121
Stroe-Kunold, Esther 41
Stroh, Christine 77
Strupp, Michael 32, 34
Stumpf, Astrid 26, 82
Subic-Wrana, Claudia 25
Suslow, Thomas 121
Sütterlin, Heike 98
Symmank, Anja 24
Szabo, Franziska 22, 102

T

Tagay, Sefik 51, 114, 132
Takongmo, Cedric 136
Ta Thi Minh, Tam 136
Taubner, Svenja 59
Tengler, Maxi 77
Tesarz, Jonas 57, 63
Teufel, Martin 9, 27, 29, 48, 78, 93, 98, 111, 134
Teuffel, Pauline 80
Thayer, Julian F. 21, 23
Thiel, Ansgar 109
Thielen, Manfred 67
Tholl, Anne 55
Thomas, Livia 21
Thorsell, Shiva 93
Tobias, Hofmann 113
Tominschek, Igor 133
Toussaint, Anne 33, 64
Treese, Barbara 89
Tschuschke, Volker 11
Tuinmann, Gert 43, 108
Tumala, Susanne 27, 101

U

Uebelhack, Ralf 80
Ulrich, Christina 129
Unrath, Michael 47

V

Van Broeckhuysen-Kloth, Saskia 93, 94
van Busschbach Jooske3 94
van Hagen, Annegret 30
van Os, Jim 89
Veidt, Jennifer 87
Vetter, Anke 129
Vitinius, Frank 100
Viviani, Roberto 42
Voderholzer, Ulrich 91
Voelker, Alexander 70
Vogel, Matthias 92, 117
Voigt, Katharina 21, 34, 64, 95
Volkert, Jana 86
Volmering, Lisa Clara 82
von Boetticher, Dirk 90, 133
von Georgi, Richard 105
von Känel, Roland 18, 21, 22, 46, 73, 88, 125, 126, 127, 128
von Wietersheim, Jörn 37, 70, 72, 78, 79, 102, 133
Vorndran, Annerose 113
Voth, Eva Malenka 29, 77

W

Wachter, Rolf 65
Wagner, Birgit 111
Wahl, Inka 64, 84
Waldenberger, Melanie 25
Wallenborn, Julia 35
Waller, Christiane 17, 22, 102
Wallwiener, Diethelm 48
Wallwiener, Dietmar 98
Walter, Henrik 6
Walter, Steffen 42
Walther, Jürgen 48
Wang, Dr. Haili 124
Warlich, Benjamin 26
Warrings, Bodo 35
Wassermann, Kirsten 97
Weber, Cora Stefanie 7, 8, 21, 23, 77, 112, 131
Weber, Kerstin 86
Weber, Rainer 90
Wegener, Ingo 119, 138
Weidner, Gerdi 35
Weidner, Kerstin 20, 23, 24, 94, 117, 119
Weigel, Angelika 76, 109, 138
Weihrauch, Lonja Irena Valeria 50
Weiler-Normann, Christina 84
Weimer, Katja 114, 132
Weiner, Rudolf 29
Weißflog, Gregor 43

Weiß, Heinz 70, 85, 96
Wendt, Hanna 76, 89, 109, 138
Werber, Dr. Andreas 124
Werner, Anne 134
Werner, Vanessa 30
Wersch, Paul 6
Wesche, Daniela 41
Wessel, Daniel 109
Westermann, Bruno 45
Wettach, Irmtraud 134
Weyer, Veronika 47
Wiborg, Jan 21
Wichers, Marieke 89
Wickert, Martin 98
Wick, Katharina 41
Wiede, Susanne 17
Wild, Beate 29, 41, 45, 84
Wilderjans, Tom 9
Wilhelm, Matthias 46
Wilke, Stefanie 84
Wilking, Tim 30
Wiltink, Jörg 8, 18, 43
Windthorst, Petra 78
Wintermann, Gloria-Beatrice 16
Wirtz, Markus 65
Wirtz, Petra Hedwig 21
Wiskemann, Joachim 48
Wittmann, Werner 14
Wohlschläger, Afra M. 56
Wollbrück, Dorit 137
Wolters, Ann-Christin 139
Wos, Katharina 79
Wu, Mudan 104
Wünsch, Alexander 44, 49
Wünsch-Leiteritz, Wally 79

Y

Yusuf, Rita 102

Z

Zahn, Carmen 109
Zastrow, Arne 41
Zaudig, Michael 12
Zeeck, Almut 37, 67, 70, 91, 110
Zehl, Stefanie 61, 62
Zeilinger, Sonja 25
Zeißig, Sylke 47
Zenger, Markus 52, 64, 65
Zhou, Xiaorong 79
Ziem, Alexander 53
Zimmermann, Anna 14, 54
Zimmermann, Johannes 13, 31
Zimmermann, Petra 96
Zimmermann-Viehoff, Frank 21, 46, 81, 131
Zipfel, Stephan 9, 29, 48, 78, 98, 108, 109, 111, 134
Znoj, Hansjoerg 73, 88
Znoj, Hansjörg 18, 22, 125, 126, 127, 128
Zuccarella, Claudia 21
Zur, Berndt 138
Zwerenz, Rüdiger 43, 113