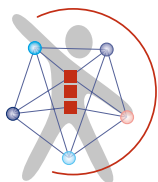




# Psycho - Somatik Dialog statt Dualismus

25. bis 28. März 2015, Berlin

## Abstractbuch



**Deutscher Kongress für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**

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

**DKPM** Deutsches Kollegium für  
Psychosomatische Medizin

**dg  
pm** Deutsche Gesellschaft für  
Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

[www.deutscher-psycho-somatik-kongress.de](http://www.deutscher-psycho-somatik-kongress.de)



**6–107**

---

**Wissenschaftliche  
Symposien**

---

**110–176**

---

**Postersessions**

---

**178–184**

---

**Autorenindex**

---

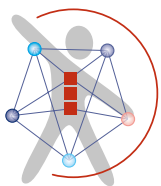
# Beziehung und Gesundheit

Fortschritte in der Psychosomatischen Medizin

16. bis 19. März 2016, Potsdam

Hotline:  
030/246 032 80

Kongresspräsident: Prof. Dr. Harald Gündel, Ulm



**Deutscher Kongress für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**

24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

67. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)



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

**DKPM** Deutsches Kollegium für  
Psychosomatische Medizin

---

# Wissenschaftliche Symposien

---

## Bindung und Psychotherapie

### Veränderungen der Bindungsrepräsentation nach der Katathym-Imaginativen Psychotherapie

Pokorny D.<sup>1</sup>, Masla U.<sup>2</sup>, Janta B.<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup>Universität Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Psychosomatische Klinik Wittgenstein, Bad Berleburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich

**Hintergrund:** Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) ist eine intensive psychodynamisch verankerte Therapie-Methode, in der Emotionsaktivierung, Symbolisierung, Verschiebung, Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung eine wesentliche Rolle spielen. Im Lauf der Therapie werden Imaginationssitzungen eingegliedert, in denen der Patient nach einer kurzen Entspannungsphase zu dem vorgegebenen Motiv weitgehend autonom eine eigene Imagination gestaltet. Das freigesetzte unbewusste Material wird im anschließenden Nachgespräch und in den folgenden Sitzungen verarbeitet.

**Methode:** In dieser RCT-Studie wurden erstmalig die spezifischen Wirkungen der KIP auf die Bindungsrepräsentanzen untersucht. 48 stationäre PatientInnen, vorwiegend mit einer depressiven Störung, wurden randomisiert in die TAU- oder KIP-Gruppe zugeteilt. Die TAU-Therapie bestand aus der Individual-, Gruppen-, Kunst- und Bewegungstherapie. In der KIP-Gruppe wurden darüber hinaus Imaginationssitzungen durchgeführt. Zu zwei Prä-Post-Messzeitpunkten wurden das Adult Attachment Projective System (AAP) sowie etablierte psychometrische Messungen erhoben. Alle PatientInnen wurden durch die gleiche KIP-erfahrene Therapeutin behandelt und alle AAP-Interviews wurden durch die gleiche zertifizierte Raterin kodiert, die bezüglich Gruppenzugehörigkeit und Zeitpunkt blind war.

**Ergebnisse:** Erwartungsgemäß verbesserte sich die mit dem GSI erhobene Symptomatik in den beiden Gruppen signifikant ohne einen signifikanten Wechselwirkungseffekt zwischen den Gruppen. Am Therapieanfang waren die AAP-Verteilungen in der TAU- (0 F, 8 Ds, 8 E, 8 U) und KIP-Gruppe (0 F, 8 Ds, 5 E, 11 U) nicht voneinander signifikant unterschiedlich, wie es sich für die randomisierten Gruppen gehört (exakter Fisher-Test:  $p=,585$ ). Bei T1 wurde bei keinen PatientInnen eine sichere Bindung festgestellt. Nach sechs Wochen bei T2 war dies bei 11 (46%) der PatientInnen in der KIP-Gruppe und 4 (17%) in der TAU-Gruppe der Fall (einseitiger exakter Fisher-Test:  $p=,030$ ).

**Schlussfolgerungen:** Die psychodynamisch verankerte Katathym-Imaginative Psychotherapie ermöglichte den PatientInnen eine günstige Stukturentwicklung, die sich im erhöhten Anteil von sicheren Bindungsrepräsentanzen deutlich manifestierte.

**Literatur:** U. Masla (2014) Eine Untersuchung psychosomatisch-stationär behandelter Patienten bezüglich der Veränderung ihrer Bindungsrepräsentationen mit oder ohne den Einsatz von KIP. Masterarbeit. Berlin: International Psychoanalytic University Berlin.

### Einfluss und Veränderung von Bindungsrepräsentation und Bindungsstil in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bernheim D.<sup>1,2</sup>, Gander M.<sup>3</sup>, Becker M.<sup>4</sup>, Mentel R.<sup>2</sup>, Fegert J.M.<sup>1</sup>, Freyberger H.J.<sup>2,4</sup>, Buchheim A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie / Psychotherapie der Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, <sup>4</sup>Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie der Universität Greifswald am Hanseklitorium Stralsund, Stralsund, Deutschland

**Fragestellung:** Die Bindungsorganisation ist ein zentrales Merkmal, um die Psychopathologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) im Kontext affektiver und interpersonaler Probleme zu verstehen. Wir untersuchten in dieser Pilotstudie den Einfluss und die Veränderung von Bindungsrepräsentation und Bindungsstil bei BPS-Patienten in der ambulanten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT).

**Methode:** Die Bindungsrepräsentation von 26 weiblichen BPS-Patientinnen wurde mittels des Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George et al., 1999, 2012) erfasst und mit der Bindungsrepräsentation von 26 weiblichen alters- und bildungsgleich gemachten gesunden Probandinnen verglichen. Alle 26 BPS-Patientinnen erhielten eine einjährige ambulante DBT-Behandlung. Es wurde der Einfluss der Bindungsrepräsentation der BPS-Patienten auf den Therapieverlauf sowie die Veränderung von Parametern des Bindungsstiles, erfasst mittels Adult Attachment Questionnaire (ASQ) vor, während und nach der DBT-Intervention erhoben.

**Ergebnisse:** BPS-Patienten wurden mittels des AAP signifikant häufiger als „desorganisiert“ gebunden klassifiziert als die Teilnehmer der gesunden Vergleichsstichprobe. Subgruppenanalysen zwischen BPS-Patienten mit organisierter und desorganisierter Bindungsrepräsentation zeigten, dass erstere zu Therapiebeginn eine höhere Selbstwirksamkeit, jedoch auch eine höhere Depressivität als Patienten mit desorganisierter Bindungsrepräsentation aufwiesen. Nach einjähriger DBT-Intervention gaben die BPS-Patienten eine signifikante Remission interpersoneller- (IIP-C) und bindungsspezifischer Probleme (ASQ) an. Kategorial zeigten unsicher-verstrickt gebundene Patientinnen im Therapieverlauf hinsichtlich bestimmter Outcomeparameter die geringste Symptomreduktion. Dimensional zeigte das Ausmaß an Synchronizität in Dyaden als inhaltlicher AAP-Marker einen hoch signifikanten Zusammenhang zur Reduktion interpersoneller Probleme (IIP-C), Alexithymie (TAS), bindungsspezifischer Ängste (ASQ Anxiety) und Ängstlichkeit allgemein (STAI).

**Diskussion:** Veränderungen des Bindungsstils während der DBT-Intervention werden vor dem Hintergrund bisheriger Befunde zur Änderung bindungsbezogener Parameter in verschiedenen Interventionsansätzen diskutiert. Die gezielte Erhebung der Bindungsrepräsentation vor Interventionsbeginn erscheint vor dem Hintergrund ihres spezifischen Einflusses auf den Therapieverlauf auch im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) sinnvoll.

## Bindung und selektive Aufmerksamkeit bei Patientinnen mit Panikstörung

Klipsch O.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Theorie:** Selektive Informationsverarbeitungsprozesse erhöhen die Vulnerabilität psychischer Störungen und tragen zu deren Aufrechterhaltung bei (Mogg & Bradley, 1998). Meta-analytisch zeigt sich bei Patienten mit einer Angststörung ein robuster Verarbeitungsbias für angstbezogene Stimuli im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen (Bar-Haim et al., 2007). Es gibt vergleichsweise wenige Studien zur Untersuchung impliziter Verarbeitungsprozesse von Bindungsmustern (Dykas & Cassidy, 2011), die als Schutzfaktor bei der Entstehung und Bewältigung von Psychopathologie angesehen werden. In der vorliegenden Studie wird der Zusammenhang von Bindungsunsicherheit und selektiver Aufmerksamkeit von bindungs- und panikbezogenen Wörtern in einer frühen Phase der Informationsverarbeitung bei Patientinnen mit einer Angststörung untersucht.

**Methode:** N=40 Patientinnen mit einer Panikstörung und/oder Agoraphobie beantworteten Fragebögen zu Bindungsstilen (u.a. ECR-RD, Ehrental et al., 2009), Paniksymptomen (AKV, Ehlers & Margraf, 2001), Depressivität (BDI, Hautzinger et al., 2006) und Ängstlichkeit (STAI, Laux et al., 1981). Dann wurde die Panic Disorder Severity Scale (PDSS, Shear et al., 1997) und das Adult Attachment Interview (AAI, George et al., 2002) durchgeführt. Vor Beendigung des AAI absolvierten die Patientinnen eine Reaktionszeitaufgabe zur Erfassung von selektiven Aufmerksamkeitsprozessen (Dot probe, u.a. Dewitte et al., 2007). Die Dot-Probe Aufgabe vergleicht die Reaktionszeiten auf Wortstimuli in Abhängigkeit von bindungs- und panikspezifischen Inhalten.

**Ergebnis:** Die Ergebnisse weisen auf eine erfolgte Aktivierung des Bindungssystems durch das Bindungsinterview hin. Im Vergleich zu neutralen Worten zeigen die Panik-Patientinnen differentielle Aufmerksamkeitsprozesse in Bezug auf panik- und bindungsspezifische Worte. Weiter werden Korrelationen zwischen den Reaktionszeiten und Aufmerksamkeitsindices der kritischen Stimuli mit der Paniksymptomatik (AKV, PDSS) und der per Fragebogen gemessenen Bindungsvermeidung und Bindungsangst (ECR) berichtet.

**Diskussion:** Neure Forschungsarbeiten beschäftigen sich mit störungsspezifischen, impliziten Verarbeitungsprozessen. Nach der Etablierung valider und reliabler Gütekriterien (Van Bockstaele et al., 2014) können indirekte, implizite Messmethoden im längsschnittlichen Kontext in Veränderungsstudien das Verständnis psychischer Störungen und die Untersuchung mit Fragebogen- und Interviewverfahren erweitern.

## Veränderung von Bindungsrepräsentationen in psychoanalytischen Psychotherapien

Hörz-Sagstetter S.<sup>1</sup>, Mertens W.<sup>2</sup>, Minow A.-R.<sup>2</sup>, Buchheim A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>LMU München, Fakultät für Psychologie, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich

**Hintergrund:** Die Bedeutung der Bindungstheorie (Bowlby, 1969) für psychodynamische Therapien wurde vielfach bestätigt (Diamond et al., 2003; Slade, 2000; Steele et al. 2009). Veränderungen von Bindungsrepräsentationen wurden als strukturelle Veränderungsmechanismen von psychodynamischen Psychotherapien untersucht (Levy et al., 2006). In der aktuellen Studie, dem Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (MBWP) wird Bindung anhand des Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985) und des Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George & West, 2001; George & West, 2012) erfasst, um Veränderungen von Bindungsrepräsentationen im Verlauf von psychoanalytischen Psychotherapien zu erfassen.

**Ziele:** Die Ziele dieser Studie sind es (a) die Übereinstimmung von AAI und AAP in einer klinischen Stichprobe zu Beginn einer psychoanalytischen Psychotherapie zu erfassen und (b) Veränderungen von Bindungsrepräsentationen nach 240 Stunden Therapie zu untersuchen. Methode. Eine heterogene Stichprobe von 21 Patienten wurde zu Therapiebeginn mit AAI und AAP interviewt. Nach 240 Stunden 3-stündiger psychoanalytischer Psychotherapie wurden die Interviews erneut durchgeführt. Zwei unabhängige Rater, mit hoher Inter-Rater-Reliabilität ( $\kappa = .96$ ), die verblindet waren für Fall und Messzeitpunkt, nahmen die AAP and AAI Ratings vor.

### Ergebnisse:

(a) Zu Therapiebeginn war die Übereinstimmung zwischen AAP and AAI hoch: eine Konkordanz von 95 % wurde errechnet für die Zuordnung der Patienten zur Klassifikation organisierte vs. desorganisierte Bindung ( $\kappa = 0.90$ ,  $p < 0.000$ ,  $n=21$ ).

(b) 17 psychoanalytische Psychotherapien von mindestens 240 Stunden Dauer wurden untersucht. Die erwarteten Veränderungen in Bindungsrepräsentationen (erfasst mit AAP und AAI) von desorganisierter zu organisierter Bindung (unverarbeitetes Trauma/Verlust) wurde in einigen Fällen gefunden, die endgültige Datenanalyse wird im Vortrag vorgestellt.

**Diskussion:** Der Einsatz der zwei Verfahren zur Diagnostik von Bindungsrepräsentationen verspricht eine differenzierte Untersuchung von klinischen Stichproben und von Veränderungen im Lauf von psychodynamischen Psychotherapien. Die Gegenüberstellung von Bindungsinstrumenten und weiteren klinischen Verfahren, die beispielsweise strukturelle Veränderungen erfassen, wird diskutiert.

## Versorgungsaspekte bei Essstörungen

### Ist es möglich, das Risiko für Essstörungen zu verringern? Erste Ergebnisse eines Präventionsprojekts an Hamburger Schulen

Gumz A.<sup>1</sup>, Weigel A.<sup>1</sup>, Kästner D.<sup>1</sup>, Romer G.<sup>2</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Germany, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Department of Children and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, University Medical Center Münster, Münster, Deutschland

Fast ein Viertel der Adoleszenten zeigt ein auffälliges Essverhalten (KIGGS-Studie). Viele Mädchen haben bis zu diesem Alter bereits mehr als eine Diät oder andere gewichtsreduzierende Maßnahmen durchgeführt und die Mehrheit ist unzufrieden mit dem eigenen Körper. Die meisten evidenzbasierten Präventionsprogramme aus dem Bereich Essstörungen richten sich an weibliche Teilnehmerinnen, so dass Jungen bislang nicht in hinreichendem Maße angesprochen und die Programme langfristig schwer in den Schulalltag integriert werden können.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes „psychnet“ ein geschlechtsübergreifendes schulbasiertes manualisiertes Präventionsprogramm entwickelt, um Essstörungen in den 8. und 11. Klassen vorzubeugen. Ziel ist, den Einfluss des Programms auf den Risikostatus zur Entwicklung einer Essstörung bei Jungen und Mädchen und die Praktikabilität des Programms unter Alltagsbedingungen zu überprüfen.

Das Präventionsprogramm wurde im Rahmen des vom BMBF geförderten Hamburger Projekts „psychnet“ in enger Kooperation mit einem regionalen Anbieter schulischer Präventionsmaßnahmen entwickelt. Zur Evaluation wurde eine randomisierte kontrollierte Studie mit über 2.000 Kindern aus 20 Hamburger Schulen mit drei Messzeitpunkten durchgeführt. Der niederschwellige Zugang über Schulen erwies sich in der Metropolregion Hamburg als praktikabel. Im Vortrag werden Ergebnisse der im August 2014 beendeten Studie vorgestellt.

### Veränderung von Risikofaktoren einer Essstörung im Längsschnitt

Weigel A.<sup>1,2</sup>, Bernd L.<sup>1,2</sup>, Kästner D.<sup>1,2</sup>, Romer G.<sup>3</sup>, Gumz A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Münster, Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosomatik und -psychotherapie, Münster, Deutschland

Eine Internalisierung westlicher Schönheitsideale, wahrgenommener Druck durch Medien bzw. Peers und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper können bei Jugendlichen zu negati-

ven Affekten und einer Reduktion des Selbstwertes führen und über Diätverhalten das Risiko zur Entwicklung einer Essstörung erhöhen. Als evidenzbasierte Risikofaktoren werden zudem weibliches Geschlecht, genetische Faktoren, ein geringes Selbstwertgefühl, Persönlichkeitsvariablen, die Ausübung bestimmter Risikosportarten sowie innerfamiliäre Faktoren genannt. Die Majorität vorhandener Studien hat dabei weibliche Probanden untersucht. Es bleibt zum aktuellen Zeitpunkt offen, ob sich ähnliche Konstellationen von Risikofaktoren bei jungen Frauen und Männern finden.

In einer längsschnittlichen Untersuchung mit drei Messzeitpunkten (Baseline, 1-Monats- und 6-Monats-Katamnese) an Schüler/-innen der 8. und 11. Klassen wurde der Risikostatus zur Entwicklung einer Essstörung mit Hilfe des SCOFF sowie des *Children's Eating Disorder Examination Questionnaire (Ch-EDE-Q)* bestimmt und der Einfluss der genannten Risikofaktoren anhand logistischer Regressionsverfahren untersucht. Die Darstellung der Ergebnisse wird Unterschiede innerhalb der beiden Altersgruppen sowie zwischen Mädchen und Jungen beinhalten und Implikationen für schulbasierte Präventionsprogramme berücksichtigen.

### Das Hamburger Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie: Auswirkungen auf die Versorgung

Löwe B.<sup>1</sup>, Weigel A.<sup>1</sup>, Romer G.<sup>2</sup>, Gumz A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Münster, Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Münster, Deutschland

Anorexia nervosa ist eine psychische Störung mit geringer Prävalenz, die jedoch mit hohen Belastungen für die Betroffenen und für das Gesundheitssystem einhergeht. Dabei stehen effektive Behandlungsprogramme zur Verfügung, die jedoch nicht in hinreichendem Maß genutzt werden. Versorgerseitig, weil Behandler nicht in der Lage sind, die vorliegende Erkrankung korrekt zu diagnostizieren und eine evidenzbasierte Behandlung einzuleiten oder weil Betroffene die Erkrankung nicht thematisieren oder einer gestellten Behandlungsempfehlung nicht nachkommen. Die Folge ist eine ausgeprägte Latenz zwischen Symptom- und Behandlungsbeginn (sog. Duration of untreated illness = DUI), die sich negativ auf den weiteren Behandlungsverlauf der Betroffenen auswirkt. Im Bereich depressiver Erkrankungen konnte bereits die Wirksamkeit von komplexen Interventionen zur Verbesserung der Versorgungssituation nachgewiesen werden.

In Hamburg wurde zwischen 2011- 2014 erstmals im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes „psychnet“ eine komplexe Intervention im Bereich Essstörung implementiert. Mit Hilfe einer Beobachtungsstudie mit zwei Messzeitpunkten wurden Ano-



rexie-Patientinnen in Erstbehandlung vor ( $n = 58$ ) und nach der Implementierung ( $n = 22$ ) der komplexen Intervention in Hinblick auf ihre Zeit der unbehandelten Erkrankung verglichen. Vor der Implementierung vergingen im Durchschnitt 32 Monate zwischen Symptom- und Behandlungsbeginn. Die Mehrzahl der Betroffenen erhielt die Erstdiagnose von ihrem Primärversorger. Der Vortrag beinhaltet Prädiktoren einer frühen Behandlungsaufnahme und die Auswirkung der komplexen Intervention in Hinblick auf eine Verbesserung der Frühbehandlung.

## Veränderungen im Ernährungsverhalten von übergewichtigen und adipösen Kindern während eines stationären Reha-Aufenthaltes

Sauer H.<sup>1</sup>, Hellmond F.<sup>2</sup>, Dammann D.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Enck P.<sup>1</sup>, Mack I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Tübingen, Innere Medizin VI, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Fachkliniken Wangen i.A., Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendlicher Kinder Rehabilitationsklinikum für Atemwegserkrankungen, Allergien und Psychosomatik, Wangen i.A., Deutschland

**Hintergrund:** Aufgrund weltweit steigender Zahlen an übergewichtigen und adipösen Kindern ist es wichtig die Adipositas bereits im frühen Stadium adäquat zu behandeln, auch um später auftretende Folgeerkrankungen zu verhindern. Adipositas entsteht u.a. durch einen inaktiven Lebensstil bei gleichzeitig hoher Energieaufnahme. Letzteres lässt sich auf ungünstige Ess- und Ernährungsgewohnheiten zurückführen. Diese genauer zu analysieren und zu verstehen ist ein wichtiger Schritt zur erfolgreichen Behandlung der kindlichen Adipositas.

**Probanden/Methoden:** 60 übergewichtige/adipöse Kinder (28 Jungen, Ø Alter  $13.0 \pm 1.9$  Jahre, BMI > 90. bis 97. Perzentile) und 27 altersgleiche gesunde normalgewichtige Kinder (15 Jungen, Ø Alter  $12.5 \pm 0.9$  Jahre, BMI zwischen der 10. bis 90. Perzentile) wurden im Zuge der DROMLIN-Studie hinsichtlich ihres Essverhaltens 50 min nach einem psychischen Stresstests (Kopfrechentest vor laufender Kamera) untersucht. Den Kindern wurde während eines 20 min Filmabschnitts ein Tablett mit Snacks unterschiedlicher kalorischer Dichte (KD) und Verpackung angeboten, das heimlich gefilmt wurde. Anschließend wurden die verzehrten Lebensmittel (LM), die KD und die Verpackungsart ermittelt bzw. analysiert. Die adipösen Kinder wurden zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Therapie untersucht, die normalgewichtigen nur einmal.

**Ergebnisse:** Zu T1 und T2 gab es weder in der verzehrten LM-Menge noch bei der KD Unterschiede zwischen den adipösen Kindern und der Referenzgruppe, jedoch aßen die adipösen Kinder bei T2 mehr LM (T1:T2 (mean±SEM):  $142.5 \pm 15.2$  g :  $178.1 \pm 13.2$  g;  $p < .01$ ) und nahmen mehr Kalorien auf (T1:T2 (mean±SEM):  $260.0 \pm 220.3$  kcal :  $352.4 \pm 211.5$  kcal;  $p < .001$ ) als zu T1. Die adipösen Kinder bevorzugten offen dargebotene LM ( $p <$

$.001$ ) und öffneten bei T2 öfter die geschlossenen Verpackungen ( $p < .01$ ). Normalgewichtige Kinder griffen öfter zur offen angebotenen Gurke als adipöse Kinder zu T1 ( $p < .05$ ) und T2 ( $p < .025$ ). Es gab keine Korrelationen zwischen dem subjektiv bewerteten Stressempfinden und den verzehrten LM-Mengen bzw. der KD.

**Fazit:** Auch wenn keine Unterschiede zwischen normalgewichtigen und adipösen Kindern bezüglich der LM-Menge und der KD zu finden waren, zeigen die Veränderungen bei den adipösen Kindern zwischen T1 zu T2, dass die Hemmschwelle gegen Therapieende zu sinken scheint. Weitere Studien müssen überprüfen, ob ein Training der Stimuluskontrolle den Therapieerfolg nach Entlassung nachhaltig stärken könnte.

## Psychosomatische Versorgungsforschung

### Die prognostische Bedeutung von Patientenmerkmalen und ICF-Faktoren für den Behandlungsverlauf und die sozialmedizinische Entwicklung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Braunger C.<sup>1</sup>, Müller G.<sup>2</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>, Oster J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Schlossklinik Bad Buchau, Psychosomatik, Bad Buchau, Deutschland

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird in den meisten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland als konzeptionelles Bezugssystem unterstützt, über die konkrete Umsetzung in der Praxis und deren Auswirkungen ist bisher wenig bekannt (Schliehe & Ewert 2013). Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die wissenschaftliche ICF-Implementierung weiter voranzutreiben, in dem die ICF-gestützte Diagnostik evaluiert und validiert wird. Es soll untersucht werden, ob eine prognostische Aussage über den poststationären Behandlungsverlauf und die sozialmedizinische Entwicklung anhand von ICF-gestützten Daten getroffen werden kann. Als Zielkriterien dienen hierbei die „(Re-)Integration ins Erwerbsleben“ und die „Umsetzung der Empfehlungen“ aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Die Datenerhebung findet an drei Messzeitpunkten statt: Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Rehabilitation (t1), bei Entlassung (t2) sowie sechs Monate nach Entlassung (t3). Die ICF-gestützten Daten werden hierbei über verschiedene Messinstrumente erhoben. Als Selbstbeurteilungsinstrument kommt der ICF AT 50-Psych von Nopser (2008) zu t1, t2 und t3 zum Einsatz, ebenso findet eine Fremdbeurteilung anhand des Mini-ICF-APP (Linden et al. 2009) zu t2 statt. Außerdem werden individuelle Barriere- und Förderfaktoren in halbstrukturierten Interviews zu t1 und t3 erfragt. Zum Katamnesezeitpunkt t3 werden im Rahmen eines telefonischen Interviews die oben genannten Zielkriterien erhoben.

Die Datenerhebungen zu den Zeitpunkten t1 und t2 sind abgeschlossen. Die Katamnese-Erhebung läuft derzeit noch und wird voraussichtlich Ende des Jahres 2014 abgeschlossen sein. Insgesamt haben 444 ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie gegeben, davon sind 47 % weiblich. Zu t1 waren die Teilnehmer im Durchschnitt 47 Jahre alt, 71 % der Teilnehmer gaben zu t1 an, aktuell einen Arbeitsplatz zu haben. Die Beeinträchtigung der Aktivitäten nach dem ICF AT 50-Psych lag zu t1 (n = 421) im Schnitt bei 1,3 (SD = 0,8), was nach Nosper (2008) einer mäßigen Beeinträchtigung entspricht. Zu t2 (n = 351) war die Beeinträchtigung der Aktivitäten leicht bis mäßig (M = 1,0; SD = 0,8). Detaillierte Ergebnisse können im März 2015 dargestellt werden können.

## Reizdarmsyndrom in der ambulanten Versorgung: Eine Fall-Kontroll-Studie auf Basis von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Donnachie E.<sup>1</sup>, Schneider A.<sup>2</sup>, Enck P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München, Deutschland, <sup>2</sup>Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Universitätsklinik VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Einleitung:** Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist eine funktionelle Störung, die sowohl mit psychosozialen Faktoren als auch mit einer vorangegangenen Infektion assoziiert wird. Die Prävalenz in der Bevölkerung wird mit ca. 10-30% geschätzt, wobei höchstens 50% der Fälle eine ärztliche Diagnose erhalten. Es liegen jedoch nur wenige Daten zur RDS-Versorgung im ambulanten Bereich vor.

**Methoden:** Analyse von Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Zunächst wurden die administrative Prävalenz und die Inzidenz geschätzt. Anschließend wurde eine Fall-Kontroll-Studie durchgeführt. Als Fälle wurden alle Patienten mit erstmaliger Diagnose eines RDS (ICD K58) im ersten Halbjahr 2013 definiert. Die Kontrollgruppe, gematcht nach Patientenalter und -geschlecht, bestand aus Patienten ohne jegliche Diagnose einer funktionellen Darmstörung (K58 oder K59). Für die zwei Jahre vor der ersten Diagnose wurden die Diagnose- und Leistungsdaten der Patienten ausgewertet. Die Signifikanz der Ergebnisse wurde anhand des McNemar-Tests geprüft.

**Ergebnisse:** In Bayern werden jährlich rund 125.000 Patienten mit der Diagnose RDS behandelt (Prävalenz: 1%), davon ca. 44.000 mit erstmaliger Diagnose (Inzidenz: 0,4%). Die Fall-Kontroll-Studie identifizierte 19.255 RDS-Patienten (66% weiblich, Durchschnittsalter 44,4 Jahre), die mit einer Kontrollgruppe von 19.255 Patienten gematcht wurden. In den zwei Jahren vor der Erstdiagnose wurden infektiösen Darmkrankheiten unter den Fällen signifikant häufiger kodiert (28% vs. 19%). Psychische Erkrankungen waren ebenfalls deutlich häufiger vorhanden, insbesondere Belastungs- und Anpassungsstörungen (15% vs. 10%), Angststörungen (12% vs. 7%) und somatoforme Störungen (27% vs. 17%). Internisten (20% vs.

13%), Gastroenterologen (15% vs. 6%), Psychotherapeuten (8% vs. 4%) und Psychiater (16% vs. 12%) wurden häufiger in Anspruch genommen. Sämtliche p-Werte < 0,001. Das Ausmaß dieser Effekte ist mit dem Patientenalter assoziiert.

**Diskussion:** RDS-Patienten weisen in der Zeit vor der Erstdiagnose eine überdurchschnittlich hohe Inzidenz von Darminfektionen sowie eine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen auf. Angesichts der vergleichsweise niedrigen Fallzahlen mit gesicherter Diagnose ist davon auszugehen, dass viele RDS-Patienten nicht als solche erkannt werden. Eine rechtzeitige Diagnosestellung, Beratung und ggf. psychotherapeutische Intervention könnte zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen.

## Sozialer Gradient in der Psychotherapie? Eine Sekundärdatenanalyse der Inanspruchnahme antragspflichtiger Psychotherapie im Zeitraum 2006-2011 mit Daten der AOK Niedersachsen

Jaunzeme J.<sup>1</sup>, Geyer S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Von unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen wird eine leitliniengerechte Behandlung von psychisch kranken Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozialem Status gefordert. Die empirische Basis für die Annahme, die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen wäre abhängig vom sozialen Status der Patienten, fehlt jedoch für Deutschland bislang. Zahlreiche Befragungsstudien belegen höhere Inanspruchnahmeraten der professionellen Hilfe bei Frauen mit psychischen Störungen (z.B. DEGS-2011: 46% vs. 28% bei Männern). Offen bleibt, welchen Einfluss der soziale Status der Betroffenen auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie hat.

**Daten/Methodik:** Diese Untersuchung wird mit Routinedaten der AOK Niedersachsen für Zeitraum 2006-2011 durchgeführt. Dies ermöglicht rücklaufunabhängige Analysen der Inanspruchnahmedaten und damit eine vom Gesundheitszustand der Befragten unabhängige Untersuchung. In einer multiplen logistischen Regressionsanalyse soll der Einfluss von mehreren soziodemographischen Faktoren auf die Inanspruchnahme der antragspflichtigen Psychotherapie bestimmt werden. Bildungs- und berufsbezogene Informationen liegen nur bei erwerbstätigen Personen vor, die in die weiteren Analysen einbezogen werden (ca. 650'000 Personen pro Untersuchungsjahr).

**Ergebnisse:** Die ersten Berechnungen zeigen, dass - trotz des bekannten sozialen Gradienten in der Prävalenz von psychischen Erkrankungen - die Inanspruchnahme der Psychotherapie einem umgekehrten Muster folgt: Der Anteil der erwerbstätigen Männer und Frauen mit einem Hochschulabschluss ist bis zu 6 mal so hoch wie unter den Erwerbstätigen ohne Berufsausbildung. In multiplen Analysen konnte ein vom Alter, Berufsgruppe oder Einkommen unabhängiger Einfluss der Bildung auf die Inanspruchnahmewahr-

scheinlichkeit festgestellt werden.

**Diskussion:** Mit dieser Untersuchung wird erstmalig eine rücklaufabhängige Analyse von Psychotherapiedaten durchgeführt. Die Ergebnisse ermöglichen eine Verbesserung der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung, die zielgerichtet an bestimmte Patientengruppen angepasst werden kann. Weitere Analysen sollen mögliche Unterschiede zwischen einzelnen Psychotherapie-Arten und Diagnosegruppen aufdecken.

## Eignet sich die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb als Frühintervention?

Rothermund E.<sup>1</sup>, Kilian R.<sup>2</sup>, Hölzer M.<sup>3</sup>, Mayer D.<sup>4</sup>, Rieger M.A.<sup>5</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie II, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Sonnenbergklinik Stuttgart, ZfP Südwürttemberg, Stuttgart, Deutschland, <sup>4</sup>Daimler AG, Werksärztlicher Dienst Health and Safety Sindelfingen, Sindelfingen, Deutschland, <sup>5</sup>Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

**Fragestellung:** Der Arbeitsplatz wird zunehmend als Ort wahrgenommen, an dem niedrigschwellige und frühe Hilfe für Betroffene mit psychischen Beschwerden angeboten wird um Chronifizierung zu vermeiden. Die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) ist ein Modell im Sinne einer „Geh-hin“-Mentalität“ in Anlehnung an etablierte Konsiliarmodelle aus der Medizin. Unklar ist, ob Betroffene durch eine PSIB tatsächlich früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden können als in der Regelversorgung.

**Methode:** Sowohl in der PSIB (n=174) als auch in der bisher etablierten Regelversorgung (RV) (n=193) wurde konsekutiv rekrutiert. Mittels latenter Klassenanalyse (LCA) identifizierten wir Nutzergruppen mit ähnlicher Beeinträchtigungsschwere in Bezug auf psychische Beschwerden (PHQ), Belastung (IS, MBI), Lebensqualität (SF-12) und Arbeitsfähigkeit (wai). Durch Erweiterung zu einem konditionalen Modell analysierten wir den Einfluss des Settings (PSIB vs RV) auf die Zugehörigkeit zu einer der Subgruppen. Ebenfalls im Querschnitt untersuchten wir Symptombelastung und bisherige Inanspruchnahme in beiden Gruppen.

**Ergebnisse:** Insgesamt 367 Teilnehmer mit einem Altersdurchschnitt von 43 Jahren (SD 11,5) wurden konsekutiv rekrutiert, davon n=174 PSIB. In der RV stellten 34% Männer vor, in der PSIB 70%. Die Schulbildung war in beiden Gruppen zu je etwa 30% niedrig, 30% mittel und 30% hoch. Die Symptombelastung in Monaten unterschied sich nicht signifikant RV 51 (SD 72,9) PSIB 38 (SD 65,4). Die Gruppe der Erstnutzer eines psychotherapeutischen Angebots war mit 70% in der PSIB deutlich größer. Auch machte der Anteil der zwar bereits beeinträchtigten, jedoch noch nicht psychisch Erkrankten (Risiko-Gruppe) mit 37% in der PSIB im Vergleich zu 18% in der RV einen deutlich größeren Anteil aus.

**Diskussion:** Die PSIB erscheint ein vielversprechendes Instrument

gegen die Chronifizierung psychischer Störungen zu sein, da es gelingt bisher wenig erreichte Zielgruppen wie z.B. Männer durch den Settingansatz zu erreichen und Betroffene früher im Erkrankungsverlauf zu erreichen, als das in der RV möglich ist.

## Symptomverbesserung in der Wartezeit auf stationäre Psychotherapie

Kleiman A.<sup>1</sup>, Rambau S.<sup>1</sup>, Koch A.S.<sup>1</sup>, Wegener I.<sup>1</sup>, Geiser F.<sup>1</sup>, Conrad R.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland

Wartezeiten von durchschnittlich mehreren Monaten vor Inanspruchnahme einer Psychotherapie von behandlungsbedürftigen Störungen sind die Regel. Huckert et al. weisen in einer kürzlich publizierten empirischen Studie auf eine Veränderung der Symptombelastung in der 6-monatigen Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz (Huckert et al., 2012). Allerdings gibt es bislang kaum Untersuchungen, inwieweit die Wartezeit auf einen stationären Therapieplatz in einer psychosomatischen Klinik einen Einfluss auf die Symptomatik hat.

In der vorliegenden Studie untersuchten wir in einem prospektiven naturalistischen Design die Veränderung der allgemeinen Symptomatik mittels Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1992) und der Depression mittels Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D; Williams, 1988), die zum Zeitpunkt des Erstgesprächs und der stationären Aufnahme erfasst wurden. Die Ausgangsstichprobe bestand aus 176 psychosomatischen Patienten, die innerhalb des Zeitraums von 21 Monaten zunächst auf die Warteliste und anschließend für einen stationären Aufenthalt an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Uniklinik Bonn aufgenommen wurden. Die durchschnittliche Wartezeit betrug 42,2 Tage (SD = 46,03). Es erfolgte eine Fremdeinschätzung der Symptombelastung mittels HAM-D sowie eine Selbsteinschätzung mittels SCL-90-R.

Die Symptomveränderung innerhalb der Wartezeit wurde anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Die Ergebnisse zeigen sowohl einen Trend in Richtung einer signifikanten Verminderung der HAM-D Werte ( $p=0,088$ ) als auch eine signifikante Besserung der allgemeinen Symptombelastung ( $p=0,000$ ). Insbesondere war auf den SCL-90-R Skalen „Somatisierung“ und „Aggressivität“ eine starke Abnahme erkennbar. Eine Korrelationsanalyse der Differenz der Symptombelastung zwischen beiden Erhebungszeitpunkten mit der Länge der Wartezeit zeigte keinen signifikanten Zusammenhang, demnach hatte die Länge der Wartezeit keine Auswirkung auf das Ausmaß der Veränderung der Symptombelastung.

Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass es im Rahmen der Wartezeit auf eine stationäre Psychotherapie zu einer Besserung der Symptomatik kommen kann. Gründe hierfür könnten darin zu suchen sein, dass die Patienten in diesem Zeitraum schon von einem Hoffnungspotential in der positiven Erwartung einer erfolgreichen stationären Therapie profitieren.

## Prävention I „Gesundheit und Bewusstsein“

### Placebo-Effekte, Selbstheilung und ihre Anwendung

Walach H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Europa Universität Viadrina, Institut für Transkulturelle Gesundheitswissenschaften, Frankfurt (Oder), Deutschland

Placebo-Effekte sind auf der einen Seite unerwünscht, wenn sie in klinischen Studien die nachzuweisenden Behandlungseffekte verwischen. Sie sind auf der anderen Seite dem Praktiker willkommen, weil sie die Wirksamkeit von Behandlungen verstärken. Vor etwa 15 Jahren setzte eine Wende in der Betrachtung von Placebo-Effekten ein: sie wurden rekonzeptualisiert als „Effekte der Bedeutung, die eine Behandlung für einen Patienten hat“ (Moerman & Jonas 2002), und sie wurden mit Methoden der Bildgebung beforscht. Daraus hat sich das Verständnis ergeben, dass sich hinter Placebo-Effekten tatsächlich biologisch vermittelte Wirkungen psychologischer Prozesse verbergen. Man kann sie daher neu verstehen als Ausdruck der Selbstheilungsfähigkeit des Organismus, die durch entsprechende therapeutische Rituale und Interventionen aktiviert werden kann. Dies führt zu neuartigen therapeutischen Möglichkeiten, die ich unter dem Oberbegriff „Kultur des Bewusstseins“ zusammenfassen will. Sie sind gekennzeichnet dadurch, dass sie die Fähigkeit des Bewusstseins nutzen, auf sein Substrat, das Gehirn, und die damit verbundenen neuroendokrinen und neuroimmunologischen Prozesse rückzuwirken. Sowohl Kommunikationsprozesse, als auch psychologische Interventionen oder Meditation und Achtsamkeit wären hier zu berücksichtigen.

Zwei neue Studien aus unserer Arbeitsgruppe illustrieren dies:

1. Eine Fragebogenstudie an 180 Meditierenden zeigt, dass diejenigen, die hohe Werte in der Skala Selbsttransformation in der Meditationsmotivationskala aufweisen, auch höheres Wohlbefinden angeben im Vergleich mit solchen, die meditieren um des Wohlbefindens oder um der Selbsterkenntnis willen (4,6% Varianzaufklärung;  $p < 0.01$ ).
2. Die Korrelation zwischen dem therapeutischen Erfolg in den Verum und Placebo-Gruppen klinischer Studien war in einer Vorgängerstudie  $r = 0.78$ . In einer neuen Replikation an einem Set dreiarmer Studien ist sie sogar  $r = 0.95$ . Das spricht dafür, dass der größte Teil der Varianz gemeinsam ist und das Behandlungsritual wichtiger ist als die pharmakologische Substanz.

Der Beitrag gibt einen Überblick über diese neuen Studienergebnisse im Lichte anderer Befunde und regt einige neue Sichtweisen an.

### Transrationale Kompetenzen zur Kompensation psychischer Probleme aufgrund extrinsisch motivierter Überforderung

Hinterberger T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Regensburg, Psychosomatische Medizin, Regensburg, Deutschland

Der Begriff der Kompetenzentwicklung ist zentral geworden für die erfolgreiche Unternehmensgestaltung. So werden neben Fachkompetenzen und einer langjährigen Erfahrung von Mitarbeitern soziale Kompetenzen, Handlungskompetenzen und kommunikative Kompetenzen erwartet und geschult. Gleichzeitig ist die derzeitige Unternehmenskultur durch ein hohes Maß an Erwartungen und Ansprüchen gekennzeichnet. Diese bilden ein rationales Wertesystem mit Begriffen wie Perfektion, Zuverlässigkeit, Flexibilität, Effizienz, Kontrolle, Sicherheit und nicht zuletzt Kompetenz. Dieses Wertesystem definiert die Kompetenzanforderungen in Unternehmen, Schule und Ausbildung. Da die wenigsten Menschen diesen zunehmenden Ansprüchen gerecht werden können, ist die Gefahr des Scheiterns groß, wobei für das Coping oft unzureichend professionelle Hilfe zur Verfügung steht.

Neben Copingstrategien werden hier sogenannte transrationale Fähigkeiten vorgestellt, durch welche Menschen in die Lage versetzt werden, ein extrinsisch motiviertes rationales Wertesystem intrinsisch zu kompensieren. Zu den transrationalen Kompetenzen gehören beispielsweise Ungewissheitstoleranz, Fehlerfreundlichkeit oder Anspruchsrelativierung. Diese Kompetenzen entstehen einer Bewusstseinshaltung, welche in spirituellen Kontexten kulturübergreifend kultiviert und praktiziert wird.

Aufgrund ihrer Komplementarität zu den rationalen Kompetenzen ermöglichen transrationale Fähigkeiten zusätzliche Freiheitsgrade im Umgang mit den Anforderungen. Dadurch kann die eigene Resilienz gestärkt werden und das Burnout-Risiko verringert, was in zukünftigen Studien gezeigt werden soll.

### Burnout, Depression, Erschöpfung & Co. - Rechtzeitige und sichere Diagnostik

Schröder H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Steinbeis-Transfer-Institut für Therapeutische Kommunikation und Integrierte Gesundheitsförderung, Berlin, Deutschland

**Das Problem:** Psychiatrische Diagnosen - insbesondere Depressionen und Angsterkrankungen - sind auf dem Vormarsch. Bei einigen gesetzlichen Krankenkassen haben sich innerhalb weniger Jahre die Anteile der F-Diagnosen bei den Krankenschreibungen von 10 % auf 18 % erhöht. Gleichzeitig sind die Fallkosten der F-Krankheiten (Kapitel Psychiatrie des ICD-10) gestiegen. Auch das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch psychische Erkrankungen hat sich verstärkt. Inzwischen ist die Quote der Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen bei den gesetzlichen Rentenversicherungen auf knapp 40 % aller Invaliditätsrenten gestiegen.

**Die Konsequenz:** Die Konsequenz aus dieser Situation sollte deshalb die **Frühererkennung** psychischer Störungen sein, die zu einer **Frühbehandlung** führt, die vor allem mit präventiven Maßnahmen und insbesondere mit Hilfe zur Selbsthilfe erreicht wird, die eine Stärkung der Kompetenzen der betroffenen Person auf allen Ebenen garantieren.

**Der Engpass:** Bei der Umsetzung einer solchen Strategie findet sich ein Engpass, der einer Lösung entgegensteht und hauptsächlich für die jetzige Situation verantwortlich ist: Die fehlende Frühererkennung psychischer Störungen durch fehlende Mittel (und Ausbildung) beim Hausarzt.

**Die Lösung:** Aus diesem Grunde ist ein Instrument zu etablieren, das bei allen psychosomatischen und psychischen Störungen sowie überhaupt bei unklaren bzw. diffusen Krankheitsbildern eine einfache, aber dennoch präzise Diagnose und Differenzialdiagnose auf psychiatrisch-psychosomatischem Gebiet ermöglicht. Es ist ein **psychodiagnostisches Labor** zu fordern - ein Instrument, das ähnlich wie ein Blutlabor, Werte analysiert, misst und bewertet. Vorgestellt wird ein solches Labor, das auf dem DSMIV beruht und sicher funktioniert: Es handelt sich um ein internetbasiertes Self-rating, das vom Patienten zu Hause am Computer abgearbeitet, zentral ausgewertet und, wie ein Laborergebnis, nach Auswertung dem behandelnden Arzt zugesendet wird. Das Ergebnis liefert dem Arzt Diagnosekriterien, die er sodann im Gespräch mit dem Patienten validiert und schließlich die Diagnose stellt. Aus der Zusammenfassung erkennt er auf einen Blick, wo die wichtigsten Probleme liegen, welche Diagnosekriterien vorliegen und wo der höchste Leidensdruck auf Seiten des Patienten ist, so dass der Arzt frühzeitig und gezielt intervenieren kann.

## **Prävention und Gesundheitsförderung: Aufbruch in die „Prävention 3.0“**

Sappok H.-U.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Medizinisches Präventionszentrum, „Prävention 3.0“, Düsseldorf, Deutschland*

Das rasante Anwachsen stressbedingter Erkrankungen (s.TK Stressreport 2013) bedingt die Zunahme psychosomatischer Krankheitsbilder mit - neben dem persönlichen Leiden - all ihren gesellschaftlichen und finanziellen Folgen wie Präsentismus, Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld und Frühberentung. Eine auf diese Entwicklung angemessene und ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung fehlt.

Ich stelle einen darauf ausgerichteten präventiven Ansatz vor, der den überforderten Patienten zum selbstmotiviert Handeln in Richtung seiner Gesundheit befähigt, und dies so früh wie möglich, von der Primärprävention bis zur dritten Präventionsebene.

„Prävention 3.0“

MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) und das Züricher Ressourcen Modell (ZRM) sowie Resilienz-Training und Biogra-

phiearbeit sind einige der zeitgemässen Werkzeuge für Gesundheits-Haltungs- und -Kompetenz- Bildung, die, als ur-medizinische Aufgabe, dem aktuellen Stand der Neurowissenschaften folgend, in die Praxis umgesetzt werden sollen: in einem Medizinischen „Prävention 3.0“ Zentrum. (Start Ende 2015)

Die „Prävention 3.0“ umfasst strukturiert wie eine Tagesklinik Angebote für Gruppen von 10-15 Teilnehmern, die die achtsamkeitsbasierte (MBSR) emotionale Kompetenz (ZRM u Resilienztraining) als Schlüsselfaktor ins Zentrum des Erlernens und des Alltags-transfers von Selbstkompetenz stellt. Durch das Generieren einer neuen inneren, emotionsbasierten stimmigen Haltung (Annäherungsziele (ZRM), Selbstwirksamkeit (Resilienztraining) wirken die neu entstehenden neuronalen Netzwerke ins Handeln und in den Körper; und sie bewirken eine glücksfördernde Stimmungslage. Sie unterscheiden sich mehr als deutlich von rein kognitiv und vermeidungsorientierten präventiven Strategien.

Dabei zeigen Achtsamkeit, somatische Marker, Embodiment, Bewegung als Körperwahrnehmung den hohen Stellenwert eines leiblichen Zugangs zur psychisch/seelischen Ebene.

Mittlerweile ist die wissenschaftliche Studienlage für die einzelnen Werkzeuge (MBSR, ZRM, Resilienztraining) Grundlage, um eine kompakte Anwendung in der Medizin umzusetzen und zu erforschen wie es z.B. das Präventionsprogramm GUSI (S. 25-29, KU 4-2013, Erfahrungen aus der Praxis, Evaluation, Perspektiven, Dr. med. Dieter Olbrich, REHA Bad Salzuflen) mit nachhaltigem Erfolg tut.

## **Motivation, Entscheidungsfindung und Neurobiologie**

### **Präferenz und Motivation: Die Bedeutung neuronaler Substrate für unser Verständnis von Psychopathologie**

Beschoner P.<sup>1</sup>, Dommes L.<sup>2</sup>, Labek K.<sup>3</sup>, Stingl J.<sup>4</sup>, Viviani R.<sup>2,5</sup>

*<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Ulm, Psychiatrie und Psychotherapie III, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Innsbruck, Institut für Psychologie II, Innsbruck, Österreich, <sup>4</sup>Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn, Deutschland, <sup>5</sup>Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich*

**Hintergrund:** Zwei Komponenten der Entscheidungsfindung spielen in der Psychopathologie (z.B. Anhedonie) eine Rolle: Präferenz und Motivation. Präferenz bedeutet, einer von mehreren Alternativen den Vorzug zu geben. Motivation meint eine aktivierende Haltung auf ein Ziel zur Bedürfnisbefriedigung hin. Die neuronalen Substrate die diesen Komponenten zugrunde liegen sind noch nicht abschließend verstanden. Bildgebungsstudien zeigen, dass die Repräsentation von „subjektivem Wert“ und „Verstärkern“ im Bereich des orbitofrontalen Kortex liegen und subkortikale Kerne wie das ventrale Striatum aktivieren.

**Methoden:** Wir verglichen zwei fMRI-Untersuchungen zu Präferenz und Motivation. Einmal mussten Probanden einem von zwei Urlaubszielen den Vorzug geben. Einmal zwischen zwei Snacks, die ihnen in Aussicht gestellt wurden, wählen.

**Ergebnisse:** Beide Untersuchungen aktivierten den orbitofrontalen Kortex, wo wir annehmen, dass Präferenz repräsentiert wird. Die Studie mit den Snacks zeigte zudem Aktivierungen im Bereich des ventralen Tegmentum und der Projektion zum Striatum.

**Schlussfolgerung:** Ein Verständnis dafür, dass Präferenz und Motivation in der Psychopathologie eine unterschiedliche Rolle spielen, scheint wichtig auf dem Weg zu individuellen Therapieangeboten. Unterschiede zwischen den entsprechenden neuronalen Substraten und Prozessen müssen dazu weiter untersucht werden, um ihre jeweilige Bedeutung in der Psychopathologie im Allgemeinen und beim einzelnen Patienten zu verstehen.

## Neuronale Korrelate negativer Affekte während der Präsentation von Trauerbildern

Labek K.<sup>1</sup>, Beschoner P.<sup>2</sup>, Dommes L.<sup>2</sup>, Viviani R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der universellen Erfahrung von Trauer und Schmerz über einen bedeutenden und schmerzhaften Verlust (z. B. geliebte Person, Beziehung) werden wir alle konfrontiert. Betrachtet man Trauer und Depression als Grundarten psychischer Verarbeitung von drohenden oder eingetretenen Verlusten, kann von einem klinisch-psychologischen Blickwinkel aus, die Depression, als Reaktion auf einen Verlust, als eine Art Trauer (universelle, unvermeidbare Verlusterfahrung) verstanden werden. In beiden Fällen, in der Trauer als auch in der Depression muss ein inneres Objekt aufgegeben werden, weil es verloren ist oder verloren zu gehen droht. Der *Trauerausdruck* über den Verlust und Schmerz stellt eine symbolisch generalisierte Repräsentation einer sozial geprägten, tradierten Ausdrucksform (z. B. zusammengekrümmte Körperhaltung, Hände vor das Gesicht geben) einer unabwendbaren, leidvollen Erfahrung dar. In einer fMRT-Studie versuchen wir durch die Präsentation eines standardisierten Bildersets (Trauerausdruck) ein besseres Verständnis über depressiver Phänomene im Sinne von repräsentierten Kontingenzen negativer Affekte und deren semantischen Repräsentationen zu gewinnen.

**Methoden:** Entwicklung eines standardisierten Bildersets auf Basis der Ikonografie der Trauer. 27 gesunden ProbandInnen nahmen an einer funktionelle Bildgebungsstudie teil, in der 12 Trauer- und 12 Kontrollbilder für jeweils 2,5 Sekunden präsentiert wurden (Gesamtpräsentation 2,5 min). Erhebung des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

**Ergebnisse:** Während der Präsentation von Trauerbildern im Vergleich zu Kontrollbildern zeigte sich eine stärkere Aktivierung in

superioren temporalen, orbitofrontalen, postcentralen und insulären Arealen (Rolandic Operculum), sowie im posterioren Teil des Hippocampus. Die Auswertung der individuellen Differenzen, bezogen auf früherer traumatischer Ereignisse (CTQ), ergab eine Modulation der Aktivierungen im postzentraler Gyrus, temporalen und insulären Bereichen.

**Diskussion:** Wir konnten zeigen, dass die neuronale Verarbeitung bei der Präsentation eines Trauerausdrucks Gehirnareale aktiviert, in der übereinstimmend mit anderen Bildgebungsstudien, Kontingenzen negativer Affekte repräsentiert werden, als auch Areale, die mit Schmerzverarbeitung assoziiert sind. Die Aktivierungen werden durch früher Traumaerfahrungen moduliert.

## Die funktionelle Bildgebung von positiven und negativen Kognitionen

Viviani R.<sup>1,2</sup>, Labek K.<sup>1</sup>, Dommes L.<sup>3</sup>, Beschoner P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universität Innsbruck, Psychologie, Innsbruck, Österreich, <sup>2</sup>Universität Ulm, Psychiatrie und Psychotherapie III, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Negative Kognitionen spielen eine wesentliche Rolle in der Psychopathologie affektiver Störungen. Negative Kognitionen werden klinisch auf motivationelle Veränderungen zurückgeführt, die mit negativer Stimmung einhergehen. Die Mechanismen, die hinter der Verbindung von Affekt und Kognition stehen sind noch nicht endgültig verstanden. Mit Hilfe der Bildgebung versuchen wir die Aktivierung der affektiven Netzwerke darzustellen, die mit negativen Kognitionen in Verbindung stehen.

**Methoden:** Wir führten zwei Bildgebungsstudien durch, bei denen Probanden aus vermischten Wörtern einen Satz bilden mussten (z.B. können die Worte: „ist“, „die“, „düster“, „rosig“, „Zukunft“ in folgende Sätze gebracht werden: „die Zukunft ist rosig“ oder „die Zukunft ist düster“). Dabei zeigt sich eine innere Tendenz, hin zu positiven oder negativen Inhalten, die mit Depressivität korreliert.

**Ergebnisse:** Die Wahl positiver Sätze (positive Kognitionen) im Vergleich zu negativen Sätzen (negative Kognitionen) war mit der Aktivierung von anterior parietalen und insulären Arealen assoziiert. Probanden, die mehr positive Sätze bildeten, aktivierten bilateral eine Hirnregion zwischen Amygdala und ventralem Striatum.

**Zusammenfassung:** Wir zeigen hier, dass bei spontaner Wahl zwischen negativen und positiven Sätzen (entsprechend positiven und negativen Kognitionen) die kortikalen Areale aktiviert sind, wo Kontingenzen (contingencies) und inneren Präferenzen (incentive values) repräsentiert sind.

## **Mortalitätssalienz und neurokognitive Verarbeitung attraktiver gegengeschlechtlicher Gesichter: Klinische Relevanz**

Hennig-Fast K.<sup>1,2</sup>, Silveira S.<sup>3</sup>, Graupmann V.<sup>4</sup>, Agthe M.<sup>4</sup>, Gutyrchik E.<sup>3</sup>, Blautzik J.<sup>5</sup>, Demircapa I.<sup>2</sup>, Berndt A.<sup>2</sup>, Pöppel E.<sup>3</sup>, Frey D.<sup>4</sup>, Reiser M.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Uni Wien, Fakultät für Psychologie, Wien, Österreich, <sup>2</sup>LMU München, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>3</sup>LMU München, Medizinische Psychologie, München, Deutschland, <sup>4</sup>LMU München, Fakultät für Psychologie, Sozialpsychologie, München, Deutschland, <sup>5</sup>LMU München, Institut für Klinische Radiologie, München, Deutschland

Das der menschlichen Existenz inhärente Streben nach sexueller Reproduktion wirkt sich auf Aufbau und Aufrechterhalt intimer Beziehungen maßgeblich aus. Die Wahrnehmung potentieller Partner wird durch die sogenannte Mortalitätssalienz beeinflusst. In einer Studie zur Verarbeitung von gegengeschlechtlichen attraktiven Gesichtern bei heterosexuellen Männern und Frauen konnte eine bedeutsame Modulation des Verhaltens und der neuronalen Aktivität durch Priming mit todesbezogenen Stimuli gezeigt werden. Insbesondere bei Männern konnte eine Erhöhung des Wunsches nach sex. Reproduktion durch todesbezogenes Priming gezeigt werden. Neuronale Korrelate fanden sich im lateralen präfrontalen Kortex und in der Insula, die möglicherweise einen annäherungsmotivierten Verdrängungsmechanismus reflektieren, welcher im Kontext von Tod und Sterben zur Sicherung der menschlichen Existenz aktiviert wird. Die klinische Relevanz wird diskutiert.

## **Prävention II „Schulische Interventionen“**

### **Langzeiteffekte schulbasierter Präventionsprogramme zur Verhinderung der Entwicklung von Essstörungen und Übergewicht - Design und erste Ergebnisse**

Adametz L.<sup>1</sup>, Richter F.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Berger U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland

Das Ziel der dreijährigen Studie (BMBF-Projekt 01EL1403; 2014-2017) besteht darin, die Entwicklung des Essverhaltens über die Zeitspanne der Pubertät längsschnittlich zu dokumentieren. Dabei sollen Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen und Adipositas erfasst und die Wirkung etablierter Schulprogramme zur Prävention dieser Erkrankungen untersucht werden. Als Basis dieser Studie wird die Stichprobe von Schülerinnen aus Thüringer Schulen herangezogen (n = 1.553), die bereits in einem BMBF-Projekt (Prävention von Essstörungen:

01EL0602; 2006-2009) beteiligt waren. Im Rahmen eines „concurrent mixed methods“-Designs werden die Daten der vorherigen Befragung mit qualitativen und quantitativen Daten ergänzt (Katamneseerhebung, Krankenkassendaten, Fehlzeitenstatistiken, Lehrerinterviews). Zentrales Element der Untersuchung ist eine Follow-up-Erhebung, die sieben bis acht Jahre nach der ersten Intervention stattfindet. Die ehemaligen Schülerinnen füllen einen Online-Fragebogen aus, der das Essverhalten, den Körper selbstwert, Größe und Gewicht sowie eine bisherige Behandlung wegen einer Essstörung erfragt. Erste Ergebnisse der Onlinebefragung werden vorgestellt.

### **Muße in der Schule? - Förderung von Muße, Kreativität und seelischer Gesundheit durch eine achtsamkeitsbasierte Intervention**

Luong M.T.<sup>1</sup>, Gouda S.<sup>1</sup>, Bauer J.<sup>1</sup>, Schmidt S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomat. Medizin & Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Längst ist in Vergessenheit geraten, dass der etymologische Ursprung der Schule im altgriechischen Wort „scholé“ - in der Muße - liegt. Über eine achtsamkeitsbasierte Intervention soll ein Zugang zur Muße im schulischen Kontext, in dem zunehmend Zeittaktung, Beschleunigung und Leistungsdruck vorherrschend sind, geschaffen werden, um seelische Gesundheit, Kreativität und geistige Offenheit von Schülern/Schülerinnen und Lehrern/Lehrerinnen zu fördern. Im Rahmen des DFG-Sonderforschungsbereichs „Muße. Konzepte, Räume, Figuren“ untersucht das vorliegende Projekt, ob das Einüben und Praktizieren von Achtsamkeit mußeähnliche Zustände wahrscheinlicher macht, und inwieweit die achtsamkeitsbasierten Interventionen Veränderungen von Gesundheit und Befindlichkeit bei Lehrern/Lehrerinnen und Schülern/Schülerinnen bewirken können. In einem kontrollierten Wartegruppensdesign nehmen über drei Kohorten verteilt jeweils etwa 96 Schüler/innen der 11. Klasse und 96 Lehrer/innen an drei Gymnasien separat an der achtwöchigen achtsamkeitsbasierten Intervention (Mindfulness-Based Stress Reduction, abgekürzt MBSR) teil.

Die Verbindung zwischen dem Achtsamkeitskonzept und dem Kontext der Muße wird in drei vereinzelt Unterrichtsseinheiten reflektiert. Anhand eines mixed-method-Ansatzes werden die Interventionen mit quantitativen und qualitativen Verfahren evaluiert. Dabei kommen psychologische Testverfahren zur Erhebung von Achtsamkeit, Kreativität, Stresserleben, Offenheit, Selbstwirksamkeit, Selbstregulation, Impulsivität, Emotionsregulation, emotionaler sowie interpersonaler Kompetenz zur Anwendung. Halbstrukturierte Einzelinterviews werden durchgeführt, um das Erleben von Achtsamkeit und Muße sowie die dadurch bedingten Veränderungsprozesse - sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene - zu erfassen. Messzeitpunkte sind vor und nach der Intervention sowie nach einem follow-up-Zeitraum von vier Monaten nach dem MBSR-Kurs.

Das Projekt leistet somit einen Beitrag für gelingende Bildungsprozesse in einem gesundheitsfördernden schulischen Kontext, in dem Raum für Muße, Kreativität und Potenzialentfaltung geschaffen wird. In diesem Sinn könnte die Schule wieder mehr zu einem Ort der „scholé“ (Muße) werden.

## **Frühkindliche Regulationsprobleme und Aufmerksamkeits- sowie Hyperaktivitätsprobleme im Schulalter: Unterschiedliche Phänotypen von Dysregulation?**

Schmid G.<sup>1</sup>, Wolke D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, TU München, Klinik für Psychosomat. Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>University of Warwick, Department of Psychology and Division of Mental Health and Wellbeing, Coventry, Vereinigtes Königreich

**Einleitung:** Es gibt Hinweise darauf, dass frühkindliche Regulationsprobleme (RP), definiert als exzessives Schreien nach dem 3. Lebensmonat, Schlaf- und/oder Fütterprobleme, prädiktiv sind für spätere Probleme mit der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. Allerdings weisen diese Studien Schwächen auf, z.B. kleine Stichprobengrößen, retrospektives Design oder keine Kontrolle konfundierender Variablen. Das Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob RP im Alter von 5 Monaten und/oder persistierende RP bis zum Vorschulalter Prädiktoren sind von Verhaltens-, Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsproblemen mit 8.5 Jahren.

**Methode:** Für diese prospektive Populationsstudie wurden zum Zeitpunkt der Geburt n=1120 Neugeborene und ihre Eltern rekrutiert. RP wurden mit 5, 20 und 56 Monaten mittels Elterninterviews und neurologischer Untersuchung erhoben. Verhaltens-, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme wurden mittels direkter Beobachtungen in der Testsituation und Elternratings und -interviews mit 8.5 Jahren erfasst.

**Ergebnisse:** 23.8% der Stichprobe litten zu mindestens zwei Messzeitpunkten in der frühen Kindheit und im Vorschulalter unter RP. Persistierende RP waren ein Vorläufer für beobachtbare Verhaltensprobleme ( $\beta=-.10$ ; 95% CI (-.15; -.03)), Probleme mit der Aufmerksamkeit (OR 2.43; 95% CI (1.16; 5.09)), Hyperaktivität (OR 3.10; 95% CI (1.29; 7.48)) und für eine ADHS Diagnose (OR 3.32; 95% CI (1.23; 8.98)) beim Übergang zum Schulalter, sogar wenn psychosoziale und neurologische Variablen kontrolliert wurden.

**Schlussfolgerung:** Frühe persistierende RP erhöhten die Wahrscheinlichkeit für ADHS und assoziierte Probleme beim Übergang zum Schulalter, was auf ein Kaskadenmodell der Entwicklung hinweist, d.h., frühkindliche Verhaltensprobleme sind der Beginn für eine weitere Dysregulation im Hinblick auf altersgemäße spezifische Entwicklungsbereiche.

## **Langfristige Auswirkungen einer Frühgeburt auf die Mutter-Kind-Interaktion im Grundschulalter**

Müller D.<sup>1,2</sup>, Borns J.<sup>2,3</sup>, Brisch K.H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Kinder- und Jugendpsychosomatik, München, Deutschland, <sup>2</sup>Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität, Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>3</sup>Kinderspital der Universität Zürich, Pädiatrie, Zürich, Schweiz

**Einleitung:** Rund 9% der in Deutschland geborenen Kinder werden zu früh (vor der 37. SSW) geboren. Obwohl Frühgeborene schon unter verschiedensten medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkten untersucht wurden, gibt es nach wie vor widersprüchliche Aussagen zur späteren Entwicklung der betroffenen Kinder und Familien. Gerade die lebenslange Bindungs- und Beziehungsentwicklung bei Frühgeborenen ist noch nicht ausreichend untersucht. Ziel dieser Studie mit sehr kleinen Frühgeborenen (Geburtsgewicht  $\leq 1500$ g) war es, Auswirkungen der Frühgeburt auf die Mutter-Kind-Interaktion genauer zu betrachten und Zusammenhänge zwischen kindlichen und mütterlichen Risikofaktoren zu prüfen.

**Methode:** In dem hier aufgeführten Teil einer Längsschnittstudie wurden 89 Mütter und ihre zu früh geborenen Kinder mit einem Alter von durchschnittlich 6,9 Jahren einbezogen. Zur Erfassung des aktuellen Entwicklungsstatus der ehemaligen Frühgeborenen wurde eine standardisierte neurologische Untersuchung durchgeführt. Der Bindungsstil der Mutter wurde durch das Adult Attachment Interview erhoben. Anhand der Emotional Availability Scales wurden sowohl der mütterliche als auch der kindliche Interaktionsstil beurteilt.

**Ergebnisse:** Fast die Hälfte (44,6%) der ehemaligen Frühgeborenen litt im Alter von ca. 7 Jahren noch an Entwicklungsverzögerungen bis hin zu schweren neurologischen Störungen. Mütter von neurologisch auffälligen Frühgeborenen reagierten weniger sensitiv auf ihre Kinder und konnten die gemeinsame Spielsituation schlechter strukturieren als Mütter von gesunden Frühgeborenen. Des Weiteren zeigten sich Mütter mit einem unsicheren Bindungsstil (28,1%) oder unverarbeiteten Trauma (23,6%), zu dem häufig die Frühgeburt zählte, weniger einfühlsam und sensibel und verhielten sich in der Spielsituation intrusiver als sicher gebundene Mütter. Sowohl eine Zunahme der neurologischen Störungen als auch ein unsicherer Bindungsstil der Mutter korrelierten mit einer geringeren emotionalen Verfügbarkeit des Kindes.

**Schlussfolgerung:** Diese Ergebnisse bestätigen, dass die Beziehungsgestaltung bei Frühgeborenen, gerade wenn sie neurologische Defizite aufweisen, eine besondere Herausforderung darstellt. Die Bindungserfahrungen der Eltern und die Verarbeitung der Frühgeburt spielen dabei eine wichtige Rolle. Weiterführende Untersuchungen und die Entwicklung spezieller Interventionen für Familien mit sehr kleinen Frühgeborenen werden benötigt, um auch diesen eine gesunde Zukunft zu ermöglichen.



## German Japanese Symposium

### Current situation and future prospect of Japanese-German partnership in psychosomatic medicine

Hashizume M.<sup>1</sup>, Murakami M.<sup>2</sup>, Nakai Y.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hashizume Clinic, Osaka, Japan, <sup>2</sup>Nihon University Hospital, Psychosomatic Internal Medicine, Tokyo, Japan, <sup>3</sup>Rakusai New Town Hospital, Kyoto, Japan

Japanese and German psychosomatists have been maintaining a close relationship for many years. In November 2011, on the occasion of the 15<sup>th</sup> annual congress of the Japanese society of psychosomatic internal medicine (JSPIM) in Tokyo, both presidents of the JSPIM (Prof. Nakai) and the DKPM (Prof. Deter) signed an agreement of partnership. That was the beginning of an official interchange of psychosomatic medicine between the two countries. Until now, meetings were held in Tokyo (2011), Fukuoka (2012), Heidelberg and Nagoya (2013), and Berlin and Tokyo (2014). We would like to outline what was presented and discussed in those meetings and portray some visions of our international exchanges in the future.

### Chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS) - Biofeedbacktherapie vs. Sportmedizinisches Bewegungsprogramm - eine randomisierte Pilotstudie - Auswirkungen auf Erschöpfungserleben, Lebensqualität und Physiologie

Windthorst P.<sup>1</sup>, Kuske M.<sup>2</sup>, Hipp A.<sup>3</sup>, Mazurak N.<sup>1</sup>, Giel K.E.<sup>1</sup>, Enck P.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>3</sup>Uniklinikum Tübingen, Abteilung Sportmedizin, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Chronische Erschöpfungssymptomatik (F48.0) im Sinne eines somatoformen Störungsbildes hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist verbunden mit Arbeitsunfähigkeit, chronischem Verlauf, hoher Komorbidität und Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Ätiologisch ebenso wie bzgl. der krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren wird von einem integrativen Störungsmodell ausgegangen. Als Interventionen zur Behandlung werden individualisiertes Bewegungstraining GET (Verbesserung der körperlichen Konstitution und Reduktion von Schonverhalten) sowie kognitive Verhaltenstherapie CBT (Stärkung von Selbstwirksamkeitserleben und Kontrollüberzeugungen in Verbindung mit psychoedukativen und übenden Elementen) als wirksam beschrieben. Für Biofeedbacktherapie BF als Methode der CBT gibt es im Bereich der somatoformen Störungen zahlreiche Wirksamkeitsnachweise. Ein Therapievergleich der beiden Interventionen (GET, BF) im Rahmen chronischer Er-

schöpfungssymptomatik wurde bisher noch nicht durchgeführt. In dieser Pilotstudie werden die Wirksamkeit der beiden Therapieverfahren hinsichtlich physiologischer sowie psychometrischer Parameter wie Erschöpfungserleben, Lebensqualität und Kontrollüberzeugungen miteinander verglichen.

**Methoden:** 28 mittels Zeitungsannonce und Ausschreibung angesprochene Probandinnen wurden nach umfangreicher Aufklärung und Einholung somatischer Befunde eingeschlossen. Alle Probandinnen wurden mit SKID interviewt und körperlich untersucht. Die Zuordnung zu einem der Behandlungsarme (GET, BF) mit jeweils 8 Sitzungen erfolgte randomisiert. Abhängige Variablen stellten eine standardisierte Untersuchung im Kreislauflabor, Cortisol-Proben, eine sportmedizinische Leistungsdiagnostik sowie psychometrische Diagnostik vor und nach Intervention dar. Psychometrische Daten wurden nochmals in einer 5-Monats-Katamnese erhoben.

**Ergebnisse:** Die Angaben zum Erschöpfungserleben reduzierten sich in beiden Gruppen signifikant. Die Biofeedback-Gruppe zeigte insbesondere in Bereichen des psychischen Wohlbefindens eine Verbesserung, die GET-Gruppe vorwiegend im Bereich des physischen Wohlbefindens. Die physiologischen Parameter ergaben keinen richtungsweisenden Befund.

**Diskussion:** Stichprobenumfang, Störungsanfälligkeit und Spezifität der physiologischen Parameter sind kritisch zu thematisieren. Die Rolle kognitiver Faktoren und des Selbstwirksamkeitserlebens gilt es, insbesondere bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik, intensiver zu untersuchen.

## Spezial- und Kreativtherapeutische Verfahren

### Ganzkörperklangexposition als präverbaler körperzentrierter Therapieansatz in der Psychosomatik

Fendel U.<sup>1</sup>, Sandler H.<sup>1</sup>, Papachristou C.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, Klapp B.F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Patient(inn)en mit psychosomatischen Erkrankungen haben häufig negative Einstellungen zum eigenen Körper mit teilweise verzerrter oder gar fehlender Körperwahrnehmung. Körperzentrierten Therapieverfahren kommt daher eine bedeutsame Rolle zu. Mit der vorliegenden Studie wird das subjektive Erleben der Behandlung mit Klangstuhl und -liege als präverbalem Therapieverfahren untersucht. Speziell wird der Fragestellung nachgegangen, inwiefern die Ganzkörperklangexposition Patientinnen zu neuen Erfahrungen der Körperwahrnehmung und des Körperlebens verhilft.

**Methode:** Jeweils 20 Patientinnen der diagnostischen Gruppen Anorexia nervosa, Adipositas, chronisch aktiviertes Distress-Syndrom und chronische Schmerzstörung, die sich in stationärer

Behandlung in der Medizinischen Klinik m.S. Psychosomatik und Psychotherapie der Charité - Universitätsmedizin Berlin befanden, erhielten zwei 20minütige Klangexpositionen mittels Klangliege und -stuhl. Das Erleben wurde im Anschluss an die Klangexposition mit semi-standardisierten Interviews erfragt, die nach der Methode der *Grounded theory* ausgewertet wurden.

**Ergebnisse:** Während der vibroakustischen Stimulation kam es zu vielfältigen akustischen und taktilen Wahrnehmungen, die die Patientinnen nur teilweise voneinander abgrenzen konnten. Körperlich sehr prominent wurde die Vibration wahrgenommen, mal beginnend als Ganzkörperempfindung, mal beginnend in einzelnen Körperbereichen, wandernd mit begleitenden Änderungen in der Fokussierung der Körperwahrnehmung. Zudem wurden als wahrgenommene physiologische Prozesse körperliche An- oder Entspannung angegeben. Ausgehend von diesen Wahrnehmungen berichteten die Patientinnen von Veränderungen der Gedanken, des Raum- und des Zeiterlebens und insbesondere der Gefühle. Mit der Verbalisierung und damit verbundenen Reflexionen konnten die Veränderungen und die neuen (Körper-) Erfahrungen den Patientinnen bewusst werden.

**Folgerung:** Es hat sich gezeigt, dass es durch Ganzkörperklangexposition zu vielfältigen neuen symptomfernen (Körper-) Wahrnehmungen und dadurch zu einem differenzierteren Selbsterleben kommt. Ganzkörperklangexposition kann daher zukünftig eine sinnvolle Ergänzung zu primär verbalen Psychotherapieansätzen in der Behandlung von Erkrankungen mit gestörtem Körpererleben darstellen.

## Der Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht (FEKTP)

Ganter-Argast C.<sup>1</sup>, Sammet I.<sup>1</sup>, Mander J.<sup>1</sup>, Becker S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Stauber B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Tübingen, Medizinische KlinikVI, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Kunsttherapiegruppe wird in nahezu allen psychosomatisch, psychotherapeutischen Kliniken eingesetzt. Die Wirksamkeit von Kunsttherapie ist klinisch evident. Mittlerweile sind einige wenige Studien, mit unterschiedlicher wissenschaftlicher Qualität zur Wirksamkeitsbeurteilung und zu Wirkfaktoren der Kunsttherapie in der Literatur zu finden (vgl. Götze 2007; Slayton, 2010; Gruber, 2011). Bisher fehlt jedoch ein Forschungsinstrument welches für die Kunsttherapiegruppe Wirk- bzw. Erlebensdimensionen erheben kann. Ziel war es somit einen Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht (FEKTP) zu konstruieren und zu evaluieren.

**Methode:** Angelehnt an Grawes Stundenbogen (1994) und Yaloms Q-Sort (2012) wurde der FEKTP entwickelt. Es wurden n=133 PatientInnen aus der Psychosomatischen Abteilung des Universitätsklinikums Tübingen und Heidelberg einmalig nach

der 6. Kunsttherapiesitzung mit dem FEKTP befragt. Die quantitativen Gütekriterien wurden u.a. mit der Explorativen Faktorenanalyse überprüft.

**Ergebnisse:** Der Fragebogen FEKTP besitzt eine gute Qualität. Die Gütekriterien werden eingehalten. Vorgestellt werden 5 Faktoren mit insgesamt 20 Items, die dem neuen Fragebogen FEKTP zu Grunde liegen. Der Fragebogen liegt mit Cronbach's  $\alpha = 0,695$  bis Cronbach's  $\alpha = 0,807$  in einem akzeptablen bis guten Bereich der Reliabilität.

**Diskussion:** Eine weitere Überprüfung an einer zweiten unabhängigen Stichprobe muss erfolgen, um die faktorielle Validität zu überprüfen. Ebenso steht ein Vergleich mit ähnlichen Messinstrumenten noch aus.

## Dialoge jenseits des Wortes - Therapie in der Musik

Neugebauer L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nordoff Robbins Zentrum für Musiktherapie, Witten, Deutschland

Für Menschen mit sprachlichen Einschränkungen bieten künstlerische Therapien besondere Zugänge. Gleiches gilt für Menschen die aufgrund Ihrer Erkrankung oder besonderer Erlebnisse nicht in der Lage sind, sich verbal ausdrücken zu können.

An Beispielen aus der Musiktherapeutischen Praxis wird dargestellt werden, wie der Begriff des Dialoges diese Therapieverfahren prägt und wie er in der Therapie für die Beteiligten erfahrbar und erlebbar wird.

Schlussfolgerungen sind auch für verbale Dialoge, das Arzt Patienten Gespräch und die Beziehungsgestaltung herleibar.

## Nicht-rückgekoppeltes, haptisch getriggertes entschlunigtes Atmen zur Selbstentspannung ist im stationären psychosomatischen Kontext vergleichbar effektiv wie Biofeedback

Zimmermann J.S.<sup>1</sup>, Richter R.<sup>2</sup>, Bassler M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland, <sup>2</sup>Rehazentrum Oberharz, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Clausthal-Zellerfeld, Deutschland

Studien belegen, dass eine gezielte Verlängerung des Atemrhythmus (6 Züge/Min mit einer anteilig längeren Expirationsphase) auch durch externe, etwa akustische Signalgeber unterstützt, physiologische Veränderungen im Sinne einer vegetativen Beruhigung herbeiführt. Mit der Wiederherstellung des autonomen Gleichgewichts steigt auch die Baroreflexsensitivität und die Herzratenvariabilität nimmt zu. Den Goldstandard zur Atementschlunigung und parasympathischen Aktivierung stellt bisher in nachvollziehbarer Weise das Biofeedbacktraining dar.

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie verglichen wir physiologische Messdaten von je 11 Patienten des Psychosomatischen Rehazentrums Oberharz, die mit Biofeedback bzw. ei-

nem technisch unterstützten Atemtraining behandelt wurden, mit einer entsprechend unbehandelten Kontrollgruppe von weiteren 12 Patienten über zwei Messzeitpunkte hinweg, kurz nach stationärer Aufnahme (max. 4 Tage danach) und kurz vor der Entlassung der Patienten (nach im Mittel 5 Wochen). Im Gegensatz zur Kontrollgruppe zeigte sich in beiden Behandlungsgruppen eine signifikante Verringerung der Atemfrequenz ( $F_{1,22} = 74.53, p < .001$ ) in Kombination mit einem gesteigerten Atemvolumen ( $F_{1,22} = 28.76, p < .001$ ). Dieser Effekt unterschied sich jedoch nicht in Abhängigkeit von der Methode, mit derer die Patienten behandelt wurden. Darüber hinaus zeigten sich für beide Gruppen zusammen bedeutsame Haupteffekte des Messzeitpunktes im Hinblick auf die Pulsfrequenz ( $F_{1,22} = 4.28, p = .052$ ) und das Hautleitwertsniveau ( $F_{1,22} = 4.80, p = .041$ ), jedoch statistisch nicht signifikant. Insgesamt konnten wir keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen einem professionell durchgeführten Biofeedback und dem in Gruppen angeleiteten Atemtraining mit dem Atemtakter feststellen, das allein aufgrund der günstigen Kosten-Nutzen-Bilanz attraktiv erscheint.

## Psychodynamische Konzepte und Techniken

### Gesprächskompetenzen für die psychodynamische Psychotherapie

Grimmer B.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Psychotherapiebereich, Münsterlingen, Schweiz, <sup>2</sup>Psychologisches Institut Universität Zürich, Zürich, Schweiz

In der Diskussion um eine Überarbeitung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gibt es Ansätze die Kompetenzen eines Psychotherapeuten zu bestimmen. Dabei fällt auf, dass Gesprächsführung, Kommunikation und Interaktion kaum Beachtung finden, obwohl Psychotherapie in Form eines Gesprächs abläuft. Für die psychodynamische Psychotherapie, bereits von einer frühen Patientin Freuds als „talking cure“ bezeichnet, gilt dies in besonderer Weise. Versteht man etwa die behandlungstechnischen Konzepte von Abstinenz und Neutralität verkürzt nur als therapeutische Haltung, so werden sie zu einer inneren Entstellung des Therapeuten. Damit ist aber die Frage, wie Neutralität oder Abstinenz interaktionell relevant, also im Gespräch so realisiert werden, dass der Patient ihn als neutral oder abstinent erlebt und die beabsichtigte Wirkung eintritt (bewertungslose Exploration oder Vermeidung von Wunscherfüllungen des Patienten, die den Behandlungsrahmen bedrohen), noch nicht beantwortet. Neutral kann sich ein Therapeut nur zeigen, wo sein Urteil gefragt ist, also zu einem spezifischen Zeitpunkt in dem in Form von Gesprächszügen (wechselnde Äusserungen von Therapeuten und Patienten) ablaufenden Gespräch im Kontext eines verbalen oder nonverbalen Verhaltens des Patienten, das zum urteilenden Sprechen auffordert.

Im Rahmen eines qualitativen Psychotherapieforschungsprojekts wurden anhand von audiovisuell aufgenommenen und transkribierten psychodynamischen Erstgesprächen einer psychotherapeutischen Hochschulambulanz Gesprächskompetenzen im Hinblick auf verschiedene Aspekte bestimmt: Gesprächssteuerung, Realisierung einer therapeutischen Haltung (Neutralität und Abstinenz), Kooperation (Arbeitsbündnis); Verständigungskrisen und ihre Bewältigung (Irritationen und Störungen), nichtsprachliches Verhalten. Mit Hilfe konversationsanalytischer und gesprächsanalytischer Methoden wurden die mit diesen Aspekten zusammenhängenden verschiedenen Gesprächsaufgaben ermittelt und kompetentere von weniger kompetenten Lösungen im Hinblick auf die Zielsetzung psychodynamischer Erstgespräche unterschieden.

#### Literatur:

Grimmer, B. (2014). Psychodynamische Gesprächskompetenzen in der Psychotherapie. Kommunikation und Interaktion. Stuttgart: Kohlhammer.

Grimmer, B. (2014). Psychotherapie als Gespräch. In: Sammet, I. Schiepeck, G. & Dammann, G. (Hrsg.). Der therapeutische Prozess. Stuttgart: Kohlhammer (in press).

### Übertragungsdeutungen: Erörterung des Konzepts und Vorschlag einer Systematisierung

Lorenz A.M.<sup>1</sup>, Gumz A.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychosoziale Tagesklinik, Diakoniekrankenhaus Halle, Halle, Deutschland, <sup>2</sup>Psychologische Hochschule Berlin (PHB), Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland

Die Übertragungsdeutung als zentrale Intervention und spezifischer Wirkfaktor psychodynamischer Verfahren ist unpräzise und pluralistisch konzeptualisiert und operationalisiert. Bisherige empirische Befunde zur Wirksamkeit sind widersprüchlich und nicht generalisierbar, Behandlungsempfehlungen nicht ableitbar. Vor diesem Hintergrund war Ziel der Untersuchung, das Konzept eingehend zu erörtern und eine Typologie von Übertragungsdeutungen abzuleiten. Nach dem Begriff Übertragungsdeutung und angrenzenden Konzepten wurde dafür in einschlägiger Fachliteratur (Lehrbücher, Lexika) und systematisch in Datenbanken recherchiert (pubmed, Web of Science, PsycARTICLES, PsycINFO, PSYINDEXplus, Embase; Zeitraum 2002-2013). Zusätzlich wurde ein systematischer Review zu Forschungsergebnissen zum Thema Übertragungsdeutung und die in den Studien jeweils verwendeten Definitionen und Messinstrumente einbezogen (Zeitraum 1970-2011; Brumberg & Gumz 2012). Die meisten Autoren gehen konzeptuell davon aus, dass eine Übertragungsdeutung eine Bezugnahme auf den Therapeuten enthält, wenngleich der Übertragungsbegriff theoriegemäß als ein in allen zwischenmenschlichen

Beziehungen vorkommendes Phänomen aufgefasst werden kann. Hiervon ausgehend lässt sich das Thematisieren der Wiederholung von Beziehungsmustern als wesentliche Facette einer Übertragungsdeutung begreifen. Auf Basis der Auswertungen wurde eine inhaltlich ausgerichtete, deskriptive Typologie entwickelt, die sieben Interventionstypen anhand von sechs Merkmalen differenziert: Herstellen einer Parallele zwischen Beziehungsmustern (mit vs. ohne Parallele), Bezugnahme auf den Therapeuten oder ohne Bezugnahme auf den Therapeuten, Thematisieren einer Beziehung in der Vergangenheit oder Gegenwart (historisch vs. aktuell). Formale, qualitative oder latente Merkmale blieben unberücksichtigt. Eine eindeutige Begriffsverwendung ist dringend zu empfehlen, um empirische Befunde folgerichtig bewerten und mit theoretischen Konstrukten abgleichen zu können.

## **Empirische Systematisierung verbaler psychodynamischer Interventionen und Effekte der Verwendung spezifischer Interventionen auf Sitzungsqualität und Therapieergebnis**

Gumz A.<sup>1,2</sup>, Daubmann A.<sup>3</sup>, Schlipfenbacher C.<sup>1</sup>, Brakemeier E.-L.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin (PHB), Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut f. Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg, Deutschland

Die verbalen Äußerungen des Therapeuten sind als therapeutisches Hauptmedium wesentlich für das Verständnis des therapeutischen Prozesses. Trotz dieser praktischen Relevanz gibt es nur ein begrenztes Wissen über das von psychodynamischen Therapeuten verwendete Interventionsspektrum und die therapeutische Wirksamkeit einzelner Interventionskategorien.

Mit der induktiv mittels qualitativer Methodik entwickelten Psychodynamischen Interventionsliste (PIL) lassen sich in der Praxis verwendete verbale Interventionen (Sprecheinheiten) anhand beobachtbarer Merkmale klassifizieren (37 Kategorien) und drei separaten Merkmalsdimensionen zuordnen (Form - 24 Kategorien, thematischer Inhalt - 9, zeitlicher Fokus - 4). Reliabilität und konvergente Validität wurden gezeigt. Mit der PIL wurden 60 transkribierte psychodynamische Therapiesitzungen analysiert (je vier von 15 Patientinnen, 9 Therapeuten, im Mittel 235 Interventionen je Sitzung) im Hinblick auf den Zusammenhang der Verwendung der Kategorien mit von Patientinnen und Therapeuten erlebten theoretisch bedeutsamen Wirkfaktoren (Klärung, Problembewältigung, Erleben therapeutischer Unterstützung, Affiliation; Multiple lineare Regression unter Berücksichtigung der hierarchischen Struktur) und dem Gesamt-Therapieergebnis (DGSI, SCL-90-R). Die formalen Kategorien „Bestätigung“, „Parallele Andere wie Eltern“, „Parallele ohne Beziehungskontext“, die Themen „Primärobjekt Vater“, „unklares Primärobjekt“ oder „Andere Primärobjekte“ hatten einen positiven, die formalen Kategorien „Explorieren“, „The-

oretisches Wissen vermitteln“, „Wiederholen“, „Parallelen implizit aufzeigen“, die thematische Bezugnahme auf die Therapiebeziehung sowie zeitliche Bezugnahme auf die „Realität“ einen negativen Effekt auf das Erleben mindestens eines der Wirkfaktoren aus Patienten- und/oder Therapeutesicht. Die Verwendung der Interventionskategorie „Bestätigung“ stand in positivem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Die Ergebnisse werden im Vortrag diskutiert.

## **Untersuchung einer analytischen Psychotherapie anhand der Planformulierungsmethode und der Heidelberger Umstrukturierungsskala**

Hörz-Sagstetter S.<sup>1,2</sup>, Minow A.-R.<sup>2</sup>, Denscherz C.<sup>2</sup>, Barten-Hohn J.<sup>2</sup>, Mertens W.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Ludwig-Maximilians-Universität München, Dept. Psychologie, München, Deutschland

**Hintergrund:** Ziel der vorliegenden Prozess-Outcome-Fallstudie ist es, den psychotherapeutischen Prozess, ausgewählte spezifische Interaktionen sowie das Ergebnis einer ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie mit Hilfe der Verfahren der Planformulierungsmethode (PFM; Weiss et al., 1986) und der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS; Rudolf et al., 2000) zu untersuchen.

**Fragestellungen:** Inwieweit ermöglicht es die PFM, prozessuale Veränderungen systematisch zu erfassen, und inwieweit lässt sich ein Zusammenhang zwischen diesen psychodynamischen Interventionen anhand der Planformulierungsmethode (Prozess) und den Veränderungen auf der HSCS (Outcome) abbilden?

**Methode:** Zu 5 Messzeitpunkten (T1:Therapiebeginn, T2:80, T3:160, T4:240, T5:300 Stunden/Therapieende) werden audiographierte und transkribierte Psychotherapiestunden anhand der PFM, die einen unbewussten Plan des Patienten voraussetzt, ausgewertet (Kategorien: Ziele, pathogene Überzeugungen, Einsichten, Tests, Traumata). Parallel zu diesen Zeitpunkten und zusätzlich zu einem Katamnesezeitpunkt werden videographierte Forschungsinterviews auf Grundlage der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD, 1996/2006) nach der HSCS-Methode geratet.

**Ergebnisse:** Mit Hilfe der Methode der PFM konnten individuelle Prozesse und therapeutische Interaktionen erfasst und deren Veränderungen gemessen (z.B. Interventionen, die entsprechend des unbewussten Plans des Patienten erfolgten) werden. Diese Veränderungen wurden dem Behandlungserfolg anhand der Veränderung der Problembewusstheit ausgewählter HSCS-Problemfoki (z.B. Veränderungen in einem Problemfokus, der für den unbewussten Plan des Patienten bedeutsam war) gegenüber gestellt.

**Schlussfolgerung:** Die Einzelfalldarstellung liefert Hinweise für die Optimierung psychodynamischer therapeutischer Interventionen mittels Fokusbildung in Anwendung zweier Methoden - der

Planformulierung sowie der Veränderungserhebung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Gleichzeitig wird das Veränderungsmodell der HSCS anhand der Auswertungen aus der Planformulierungsmethode (im Sinne eines Außenkriteriums) überprüft.

Arbeitskreis OPD, 1996/ 2006. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Hans Huber, Bern.

Rudolf, G. et al. 2000. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut* 45, 237-246.

Weiss, J., et al. 1986. *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. Guilford Press, NY.

## Bio-psycho-soziale Perspektiven im Spitzensport

### Gesundheit im Spitzensport als "systemisches" Problem

Thiel A.<sup>1</sup>, GOAL Study Group

<sup>1</sup>Universität Tübingen, Institut für Sportwissenschaft, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Gesundheit im Spitzensport wird in der Regel aus biomedizinischer Perspektive untersucht. Der genauere Blick auf den Spitzensport zeigt allerdings, dass soziale und psychologische Vorbedingungen eine entscheidende Rolle sowohl bei der Entstehung von als auch beim Umgang mit Verletzungen und Beschwerden spielen.

**Methode:** In der *German Young Olympic Athletes' Lifestyle and Health Management Study* (GOAL) (Thiel et al. 2011) sowie in einer Studie mit erwachsenen Top-Athleten der Sportarten Handball und Leichtathletik (Thiel et al, 2010) wurden mittels unterschiedlicher Verfahren (Fragebogen, teilnehmende Beobachtung, biographische Mappings) Daten zur Entstehung von Verletzungen oder Überlastungssyndromen erfasst, die auf einer „transparadigmatischen Ebene“ trianguliert wurden.

**Ergebnisse:** Die Analysen zeigen, dass Bagatellisierungs- und Verheimlichungspraxen von Schmerz und Beschwerden typisch für die Risikokultur des Spitzensports sind. Besonders ausgeprägt treten sie auf, wenn Athleten Angst vor Konsequenzen bei der Mitteilung von Beschwerden haben und gesundheitliche Risiken des sportlichen Handelns ausblenden.

**Diskussion:** Athleten erwerben bereits im Nachwuchsalter ein leistungsfixiertes Körperverständnis. Im Zuge dieses Prozesses kommt es zu einer Inhibition der Schmerzwahrnehmung und damit verbunden der partiellen Übertragung der Kontrolle über die gesundheitliche Relevanz von eigenen Körperwahrnehmungen an den Trainer.

#### Literatur:

Thiel, A., Diehl, K., Giel, K.E., Schnell, A., Schubring, A., Mayer, J., Zipfel, S. & Schneider, S. (2011) *The German Young Olympic Athletes' Lifestyle and Health*

*Management Study (GOAL Study): design of a mixed-method study*. *BMC Public Health* 410 (11).

Thiel, A., Mayer, J. & Digel, H. (2010). *Gesundheit im Spitzensport. Eine sozialwissenschaftliche Analyse*. Schorndorf: Hofmann

### Wie gesund sind unsere Spitzensportler? - Eine somatische Perspektive

Nieß A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Klinik, Sportmedizin, Tübingen, Deutschland

Leistungssport geht mit gesundheitlichen Risiken einher. Auf der anderen Seite gilt Gesundheit als eine grundlegende Voraussetzung um in Wettkämpfen nachhaltig erfolgreich zu sein. Dieser Übersichtsbeitrag widmet sich Fragen zur Häufigkeit, Art und den Ursachen von gesundheitlichen Problemen bei Leistungssportlern. So gibt es einerseits Erkenntnisse, die Gewinnern von Medaillen bei den Olympischen Spielen eine höhere Lebenserwartung zumessen. Dabei zeigt sich eine geringere Häufigkeit von Diabetes mellitus und der koronaren Herzerkrankung, während die Prävalenz arthrotischer Veränderungen höher liegt. Auf der anderen Seite kann eine hohe Trainings- und Wettkampbelastung auch zu Überlastungsreaktionen oder Traumaschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat und Symptomen des Übertrainings führen oder aber auch mit einer passager gesteigerten Neigung zu Infekten einher gehen. Diese Beobachten zeigen nicht nur in Hinblick auf die ausgeübte Sportart eine hohe individuelle Variabilität. Der Konsum von Schmerzmitteln oder aber auch von Dopingsubstanzen stellt einen weiteren relevanten Risikofaktor für Gesundheitsschäden im Leistungssport dar. Durch Doping ausgelöste Gesundheitsschäden sind beschrieben, in ihrer Häufigkeit bisher jedoch nicht detailliert genug untersucht. Der Beitrag fokussiert auf somatische Befunde, deren genauere Kenntnis neben dem Gesundheitsverständnis der Athleten wichtig ist, um sowohl das präventive als auch therapeutische Gesundheitsmanagement in der sportmedizinischen Begleitung des Leistungssport weiter optimieren zu können.

### Essstörungssymptome bei deutschen Nachwuchssportlern - Ergebnisse aus der GOAL-Studie

Giel K.<sup>1</sup>, Hermann-Werner A.<sup>1</sup>, Mayer J.<sup>2</sup>, Diehl K.<sup>3</sup>, Schneider S.<sup>3</sup>, Thiel A.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Sportinstitut Tübingen, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Mannheimer Institut für Public Health, Mannheim, Deutschland

**Hintergrund:** Spitzensport ist mit einem erhöhten Risiko für Essstörungssymptome assoziiert. Bisher fehlt Evidenz bei Nachwuchs-

spitzensportlern, die sich in einer vulnerablen Entwicklungsphase befinden und sowohl von generellen als auch sport-spezifischen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung betroffen sind.

**Methode:** In der *German Young Olympic Athletes' Lifestyle and Health Management Study (GOAL)* haben wir mittels Fragebogen eine Vollerhebung zum Gesundheitsmanagement bei 1138 deutschen Nachwuchssportlerinnen und -sportlern durchgeführt. Wir haben Körpergewicht, Gewichtsregulationsverhalten und Körperakzeptanz erfragt, mit dem SCOFF ein Screening häufiger Essstörungssymptome durchgeführt und Depression und Angst mit dem PHQ-4 erfasst. In einer Baumanalyse haben wir Risikogruppen bezüglich Essstörungssymptomen identifiziert.

**Ergebnisse:** Essstörungssymptome waren bei Nachwuchssportlern fast genauso häufig zu finden wie in der gleichaltrigen Normalbevölkerung (21.4% versus 22.7%). Athletinnen und gewichtssensitive Sportarten wurden als Hauptrisikogruppen für das Auftreten von Essstörungssymptomen identifiziert. Essstörungssymptome waren mit höheren Werten von Depressivität und Angst assoziiert.

**Diskussion:** Entgegen der Annahme, dass ein großer Teil der Essstörungssymptome im Spitzensport eine funktionale Basis haben, d.h. Folge einer Strategie der Leistungsverbesserung sind, zeigen unsere Analysen, dass von Essstörungssymptomen betroffene Athleten deutlich belastet sind, d.h. höhere Werte von Depressivität und Angst berichten. Insbesondere in der Arbeit mit Sportlerinnen und in gewichtssensitiven Sportarten sind Informationen über Essstörungen, Prävention und frühe Identifikation problematischer Verhaltensweisen wichtig.

## MentalGestärkt - Psychische Gesundheit im Leistungssport

Sulprizio M.<sup>1</sup>, Kleinert J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychologisches Institut, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Die Netzwerkinitiative MentalGestärkt geht von der Grundhaltung aus, dass (Höchst-) Leistung nur dann dauerhaft abgerufen werden kann, wenn der Athlet/die Athletin psychisch gesund ist und in der eigenen Persönlichkeitsentwicklung nicht eingeschränkt oder gestört wird. Dies bedeutet im salutogenetischen Sinne, dass zur Verbesserung und Erhaltung von psychischer Gesundheit im Leistungssport präventive Konzepte immer wichtiger werden, so dass Stresserkrankungen oder psychischen Störungen (wie z.B. Burnout oder Depressivität) vorgebeugt werden kann. Ein ganzheitliches Betreuungskonzept muss bereits im Nachwuchsbereich ansetzen und zur Ausbildung, Ressourcenstärkung und Selbstwirksamkeit von Nachwuchsathleten und -athletinnen beitragen. Die Sportler und Sportlerinnen sollten über Strategien, Maßnahmen oder Tools verfügen, um akut auftretenden Problemen (wie z.B. Stress, Leistungsdruck oder Verletzung) und den daraus resultierenden Beanspruchungen besser zu be-

gegnen (Kellmann, 2010). Außerdem muss Nachwuchsathletinnen und -athleten die Gewissheit vermittelt werden, im Bedarfsfall therapeutische oder fachärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Nur auf diesem Weg kann „gesund“ (Höchst-)Leistung abgerufen und dauerhaft aufrechterhalten werden.

**Maßnahmen von MentalGestärkt:** In der Netzwerkinitiative MentalGestärkt werden Maßnahmen koordiniert und umgesetzt, die

- (a) über das Thema der psychischen Gesundheit informieren (z.B. Symposien, Fortbildungen, Flyer),
- (b) das Screening und die Früherkennung von psychischen Erkrankungen verbessern, sowie
- (c) die Vermittlung sportpsychologischer Einzelbetreuung oder - wenn notwendig -
- (d) einen Kontakt zu einer heimat- und zeitnahen Therapie herstellen.

Gesundheitsförderung und Prävention werden aktuell in sportpsychologischen Workshops zur Stärkung der psychischen Gesundheit vorangetrieben. Für die Zielgruppe der Trainer und Trainerinnen im Leistungssport wurde vor dem Hintergrund aktueller Untersuchungen (Kleinert & Sulprizio, 2014) ein Reader erstellt, der unter dem Titel „Kein Stress mit dem Stress“ wichtige sportpsychologische Tools und Tipps für den leistungsorientierten Trainings- und Wettkampfalltag beinhaltet.

## Effekte, Moderatoren und Wirkprozesse

### STOP-D: Stationäre tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie depressiver Störungen - Aktuelle Befunde: Therapieeffekte und Prädiktoren

Franz M.<sup>1</sup>, Seidler D.<sup>1</sup>, Schäfer R.<sup>1</sup>, Jenett D.<sup>1</sup>, Hartkamp N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Klin. Inst. f. Psychosom. Med. u. Psychother., Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>Eigene Praxis, Solingen, Deutschland

**Einleitung:** Die durch zahlreiche Studien belegte generellen Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie auf depressionstypische Symptome konnte durch die Studie STOP-D an einer weiblichen Stichprobe in stationärer tiefenpsychologisch fundierter Krankenhausbehandlung bestätigt werden. Ziel der Studie ist es zudem, differenzielle Behandlungseffekte durch verschiedene Behandlungssettings (unterschiedliche Interventionen und Dosen) darzustellen und Prädiktoren für eine möglichst wirksame Behandlung zu ermitteln. Vorgestellt wird der Zusammenhang der subjektiven Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungserfolg sowie der Einfluss der Behandlung auf psychodynamische Konstrukte.

**Methode:** STOP-D ist eine naturalistische Multizenterstudie unter Beteiligung von 15 bundesdeutschen Psychosomatischen Krankenhausabteilungen, welche einen tiefenpsychologisch fundierten

Behandlungsansatz verfolgen. Daten wurden an N= 487 weiblichen Patientinnen im Alter von 25-45 Jahren zu drei Messzeitpunkten (prä, post, Sechs-Monats-Katamnese) erhoben. Die Patientinnen wurden aufgrund einer kategorial diagnostizierten und/oder dimensional ausgeprägten depressiven Störung behandelt. Die Beeinträchtigung der Patientinnen wurde mittels Selbst- und Fremdeinschätzungen (u.a. BDI, HAMD, SCL-90-R, BSS, HUS, IPO) erfasst. Die Erfassung der Behandlungszufriedenheit erfolgte mittels einer wöchentlichen Beurteilung anhand von fünf Subskalen.

**Ergebnisse:** Es lassen sich (sehr) hohe Effektstärken in allen klinischen Zielmaßen feststellen. Die Behandlung wird durch die Patientinnen u.a. als subjektiv hilfreich und emotional berührend aber auch als belastend beschrieben. Die Patientenzufriedenheit zum Zeitpunkt der Entlassung klärt 8.5% der Varianz im Kriterium (Behandlungserfolg) auf und trägt in einem relativ deutlichen Ausmaß zum Therapie-Outcome bei. Es zeigen sich ebenfalls Effekte der Behandlung auf psychodynamische Konstrukte wie Reife der Konfliktverarbeitung und Abwehrorganisation.

**Diskussion:** STOP-D soll dazu beitragen, die Forschungslücke im Bereich tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im psychosomatischen Krankenhausbereich zu schließen. Die Ergebnisse bestätigen bisherige Befunde zur generellen Wirksamkeit tiefenpsychologisch basierter Psychotherapie bei depressiven Störungen. Der Einfluss der Patientenzufriedenheit, sowie die Auswirkungen der Behandlung auf psychodynamische Konstrukte sollen diskutiert werden.

## Therapieergebnisse und Verlaufsmuster stationärer und tagesklinischer Behandlung der Depression

Zeeck A.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>2</sup>, Weiss H.<sup>3</sup>, Endorf K.<sup>4</sup>, Knoblauch J.<sup>2</sup>, Völker A.<sup>5</sup>, Helesic A.<sup>5</sup>, Scheidt C.E.<sup>4,6</sup>, Eckhardt-Henn A.<sup>7</sup>, Beutel M.<sup>8</sup>, Rochlitz P.<sup>9,10</sup>, Hartmann A.<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Robert-Bosch-Krankenhaus, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stuttgart, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum, Freiburg, Deutschland, <sup>5</sup>Rhein-Klinik, Bad Honnef, Deutschland, <sup>6</sup>Thure-von Uexküll-Klinik, Freiburg, Deutschland, <sup>7</sup>Bürgerhospital, Stuttgart, Deutschland, <sup>8</sup>Universitätsklinikum, Mainz, Deutschland, <sup>9</sup>Fürst-Stirum Klinikum, Bruchsal, Deutschland, <sup>10</sup>Celenus Fachklinik, Freiburg, Deutschland, <sup>11</sup>Uniklinikum, Freiburg, Deutschland

**Fragestellung:** Hauptziel der Studie („INDDEP“\*) ist es, prognostische und präskriptive Prädiktoren stationärer und tagesklinischer Behandlung von Patienten mit der Hauptdiagnose einer Depression zu identifizieren. Nach Abschluss der Rekrutierung im April 2014 werden erste Daten zur Stichprobe und zu den Symptomverläufen (Aufnahme Entlassung 3-Monats-Katamnese) vorgestellt.

**Methode:** Im Rahmen einer naturalistischen, multizentrischen Studie konnten 604 konsekutive Behandlungsepisoden von Patienten mit der Hauptdiagnose einer Depression eingeschlossen

werden. Zu den Hauptmesszeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 3-Mo-Kat, 12-Mo Kat.) wurden Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der Symptomatik, Funktionsbeeinträchtigung, interpersoneller Probleme, möglicher Traumatisierung und des Subtyps der Depression eingesetzt (QIDS, SKID I+II, SOFAS, IIP, CTQ, DEQ, DAS).

**Ergebnisse:** Stationär behandelte Patienten zeigen eine signifikant stärkere Ausprägung der Depression (QIDS-Fremdrating) und eine stärkere Funktionsbeeinträchtigung (SOFAS), unterscheiden sich ansonsten aber nicht von den tagesklinisch behandelten Patienten. In einer vorläufigen Auswertung (N=393) lassen sich vier Verlaufsmuster identifizieren, welche in beiden Settings repräsentiert sind: Patienten mit rascher Symptombesserung (19%) die ihr Ergebnis im Katamnesezeitraum halten, Patienten mit langsamer kontinuierlicher Symptombesserung bis zum Katamnesezeitpunkt (45%), Patienten ohne Symptombesserung (9%) und Patienten mit Rückfällen nach Entlassung (26%). Im März 2015 werden die endgültigen Auswertungen vorgestellt.

**Diskussion:** Schwer depressive Patienten werden eher stationär als tagesklinisch aufgenommen, sonst finden sich kaum Unterschiede zwischen den Stichproben. Unabhängig vom Behandlungssetting zeigen sich vier Verlaufsmuster. Erste Analysen zu Prädiktoren werden im Frühjahr 2014 vorliegen. Eine Kenntnis von Subgruppen von Patienten mit unterschiedlichem Symptomverlauf ist als Entscheidungsgrundlage u. a. für eine differentielle Zuweisung notwendig und kann helfen, das therapeutische Vorgehen zu optimieren.

\*Gefördert von der Heidehofstiftung, Stuttgart

## Prädiktoren der Behandlungsdauer und des Behandlungsergebnisses von stationärer Psychotherapie: Befunde einer Meta-Analyse für den deutschsprachigen Raum

Rabung S.<sup>1,2</sup>, von Wolff A.<sup>2</sup>, Kriston L.<sup>2</sup>, Liebherz S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt, Österreich, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland

Stationäre Psychotherapie hat sich als wirksam erwiesen. In einer aktuellen Metaanalyse konnten positive Behandlungseffekte insbesondere hinsichtlich des Allgemeinbefindens und der psychischen Symptomatik nachgewiesen werden. Die ermittelten Effekte und die zu ihrer Erreichung eingesetzten Behandlungsdauern unterscheiden sich jedoch erheblich zwischen den einzelnen eingeschlossenen Studien. Daher ist es notwendig zu untersuchen, für welche Patientengruppen sich stationäre Psychotherapie besonders eignet, für welche Gruppen sie noch optimiert werden müsste oder eventuell sogar gänzlich ungeeignet ist und durch welche weiteren Faktoren Behandlungsdauer und -ergebnisse beeinflusst werden.

Auf der Basis von 51 Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum wurden potentielle Prädiktoren der Behandlungsdauer und des Behandlungsergebnisses mittels Metaregression untersucht. Ausgewählte Merkmale erklären 55% der Varianz der Behandlungsdauer sowie 78% der Varianz der Symptombelastung bei Entlassung. Besonders Patienten mit hoher Ausgangsbelastung sowie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen scheinen trotz teilweise längerer Behandlungsdauer gefährdet, am Behandlungsende noch vermehrt Residualsymptome aufzuweisen. Die Ergebnisse werfen die Frage auf, wie stationäre Behandlungsprogramme optimiert werden können, damit auch stärker beeinträchtigte Patientengruppen ausreichend profitieren. Die vorliegenden Daten legen die Schlussfolgerung nahe, dass flexible Behandlungsmodelle benötigt werden, in denen die Behandlungsdauer dem Bedarf der jeweiligen Patienten angepasst werden kann.

## Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich?

### Wirkfaktoren des Therapieerfolgs

Herrmann A.S.<sup>1</sup>, Huber D.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>DFG-Graduiertenkolleg, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum München-Harlaching, München, Deutschland, <sup>3</sup>International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, Deutschland

**Fragestellung:** Es wird die Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf die Symptombelastung und die interpersonelle Problematik sowie der Einfluss verschiedener Patienten- und Behandlungsmerkmale auf den Therapieerfolg untersucht.

**Methode:** Diese naturalistische Studie mit 715 Patienten erfasst die Therapiewirksamkeit mit der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) bzw. dem Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D). Mit einer logistischen Regression wird der Einfluss verschiedener Patienten- und Behandlungsmerkmale auf den Therapieerfolg analysiert.

**Ergebnisse:** Sowohl im SCL-90-R als auch im IIP-D zeigten sich auf allen Skalen hochsignifikante Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken. Der Bindungsstil, die Diagnosegruppe nach ICD-10 und die Therapiemotivation der Patienten, sowie im symptomatischen Bereich zusätzlich die berufliche Situation und im interpersonellen Bereich zusätzlich das Lebensalter, hatten einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg.

**Diskussion:** Die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie wird bestätigt. Patienten mit einer sicheren Bindung, einer depressiven Störung und einer hohen Motivation erleben häufiger Therapieerfolg als andere. Zudem wirkt sich eine regelmäßige berufliche Tätigkeit positiv auf den symptomatischen Therapieerfolg aus, ein jüngeres Alter positiv auf den Erfolg im interpersonellen Bereich.

## E-Mental Health - Serious Games

### Serious Games in Psychotherapie und Psychosomatischer Rehabilitation: Ein systematisches Review zur ihrer Effektivität

Eichenberg C.<sup>1</sup>, Schott M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Department Psychologie, Wien, Österreich, <sup>2</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Wien, Österreich

**Hintergrund:** Medienanwendungen spielen im heutigen Informationszeitalter auch in der Psychotherapie eine zunehmend größere Rolle. Während sich Internet und mobile Medien in der Versorgung psychischer Störungen bereits in der Etablierungsphase befinden, wird auch mit anderen modernen Medien wie Virtual-Reality-Anwendungen und ganz aktuell auch mit so genannten Serious Games experimentiert. Bei Serious Games handelt es sich um Computerspiele, bei denen weniger Unterhaltung sondern vielmehr Lernerfahrungen im Vordergrund stehen. Obwohl der Begriff Serious Games bereits 1970 geprägt wurde, ist der Einsatz im Rahmen der Behandlung psychischer, psychosomatischer und verhaltensmedizinisch behandelter Erkrankungen sehr jung.

**Methode:** Das vorliegende Review hat zum Ziel, einen ersten Überblick über dieses neue Praxis- und Forschungsfeld zu geben. Eine systematische Literaturrecherche mit den Begriffen „serious game“ oder „computer game“ und „psychotherapy“ oder „rehabilitation“ oder „intervention“ oder „mental disorders“ wurde in den Datenbanken Medline und PsycINFO durchgeführt. Publikationen ohne empirische Wirksamkeitsstudien (Einschlusskriterium: mindestens Pre-Post-Design) wurden ausgeschlossen.

**Ergebnisse:** Auf der Basis des systematischen Reviews konnten  $N = 19$  Studien (die sich auf  $n = 9$  verschiedene Spiele bezogen) identifiziert werden. Diese zeigen in der Gesamtheit, dass Serious Games nicht nur effektiv sind in der Behandlung verschiedener psychischer Störungen, sondern auch die Behandlungsmotivation insbesondere bei Kindern und Jugendlichen steigern können. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse aufgrund der noch dünnen Forschungslage nicht generalisierbar.

Abschließend werden Vor- und Nachteile solcher Spiele diskutiert, an konkreten Beispielanwendungen illustriert sowie Hinweise für die Einbindung in den psychotherapeutischen Prozess gegeben.

### Akzeptanz von Serious Games in der Psychotherapie: Eine Befragung von Therapeuten und Patienten

Eichenberg C.<sup>1</sup>, Grabmayer G.<sup>2</sup>, Green N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Department Psychologie, Wien, Österreich, <sup>2</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Wien, Österreich, <sup>3</sup>Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland



**Hintergrund:** Serious Games, d.h. Spiele, die nicht nur der Unterhaltung dienen, sondern z.B. auch Lerneffekte erreichen wollen, werden seit vielen Jahren u.a. in pädagogischen und berufsbezogenen Zusammenhängen benutzt. Ihre Anwendung zu therapeutischen Zwecken ist vergleichsweise neu, wobei erste empirische Untersuchungen positive Effekte belegen für unterschiedliche psychische Störungen und Probleme. Neben der Evaluation der Angebote und einfachen Zugangs- und Anwendungsmöglichkeiten ist jedoch ebenso die Nachfrage durch Patienten wie Therapeuten für den Erfolg solcher modernen Medienunterstützungen in der Psychotherapie entscheidend.

**Fragestellungen:** Welche Einstellungen haben einerseits Psychotherapeuten und andererseits Patienten zum Einsatz von Serious Games in der Psychotherapie? Wie verbreitet ist das Wissen über die Existenz solcher Spiele unter Therapeuten? Welche Spielen würden mit welchen Merkmalen bei welchen Patienten mit welchen Störungen auf welche Art und Weise in den therapeutischen Prozess integriert werden? Welche Vor- und Nachteile werden gesehen? Werden Patienten und Therapeuten im Rahmen des „Participatory Design“ bei der Entwicklung solcher Anwendungen einbezogen? Welche Patienten würde mit welchen soziodemografischen und klinischen Merkmalen in welchem klinisch-psychologischen Setting Serious Games nutzen wollen?

**Methode:** Diesen Fragen wurde mit einem selbst entwickelten Fragebogen (jeweils Therapeuten- und Patientenversion) in einer Online-Studie nachgegangen.

**Ergebnisse:** Die patientenseitige Nutzungsbereitschaft ist insgesamt gegeben, bei jüngeren und medienaffinen Patienten jedoch besonders hoch. Psychotherapeuten zeigen sich - vor allem aufgrund von Unkenntnis entsprechender Spiele - zurückhaltend. Geäußerte Vor- und Nachteile wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und konnten den Kategorien „Zeitökonomie“, „therapeutischer Prozess“, „Arbeitsbündnis“ und „Patientenmerkmale“ zugeordnet werden.

**Fazit:** Aus den ermittelten Nutzungsdeterminanten werden Strategien abgeleitet, um Wissen und Akzeptanz v.a. unter Psychotherapeuten zu verbreiten. Hinweise zur therapeutischen Einbindung der v.a. kognitiv-behavioral orientierten Spiele in z.B. auch psychodynamische Therapien werden gegeben.

## Entwicklung und Evaluation eines bewegungsgesteuerten Lernspiels (Serious Game) zur Unterstützung der Adipositasprävention und -behandlung

Mack L.<sup>1</sup>, Bayer C.<sup>1</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Kounadis E.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>, Weimer K.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Mitglieder des Leibniz-WissenschaftsCampus Tübingen, Cluster 7

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Digitale Lernspiele (Serious Games) bieten einen niederschwelligeren, lebensweltnahen Zugang zu Kindern und Jugendlichen. Um

Wissensdefizite über die zentralen Barrieren zu Adipositasprävention und -behandlung zu verringern, entwickeln wir deshalb ein attraktives Computerspiel mit Bewegungssteuerung für Kinder im Alter zwischen 8-11 Jahren auf der Grundlage der Empfehlungen der BzGA, sowie der nationalen Leitlinie der DAG. Das Lernspiel soll Wissen zu Ernährung, Bewegung und psychosozialen Faktoren (u.a. Stress) vermitteln und gleichzeitig über eine Bewegungssteuerung (Kinect) die Kinder zu moderater körperlicher Betätigung aktivieren. Das Spiel findet in einer mittelalterlichen Welt statt, in der der Protagonist 3 Tage durch eine fiktive Geschichte geführt wird. Bewegungen des Spielers werden über eine Kinect auf den Protagonisten übertragen. Die Evaluation wird in einer Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie mit den primären Outcomes Wissenszuwachs und Akzeptanz erfolgen. Das Spiel soll 3 Module umfassen, von denen Modul 1 bereits fertig entwickelt ist. In diesem Modul bekommt der Spieler u.a. Feedback zu dem von ihm selbst zusammengestellten Tagesproviant, lernt den Ernährungskreis und das Konzept der Energiedichte von Lebensmitteln kennen. Für beliebte, hochkalorische Lebensmittel werden gute Alternativen aufgezeigt. Eine Atemübung am Ende führt in Möglichkeiten zur Stressreduktion ein. Das Spiel soll als edukatives Element in Grundschulen zur Prävention und im ambulanten und stationären Bereich als unterstützendes Element im Rahmen der Adipositasbehandlung eingesetzt werden. Modul 1 wurde kürzlich in einer 3ten Klasse (n=17; w=9, m=8) mit den Schwerpunkten Praktikabilität und Akzeptanz evaluiert. Erste Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz der Schüler für dieses Spiel. Modul 1 und weitere Ergebnisse der Evaluation werden präsentiert.

## Empathietraining: Sozio-emotionale Kompetenz durch Serious Games

Green N.<sup>1</sup>, Kliemann D.<sup>2,3,4</sup>, Rosenblau G.<sup>4,5</sup>, Heekeren H.R.<sup>4</sup>, Dziobek I.<sup>4,6</sup>

<sup>1</sup>Freie Universität Berlin, Affective Signals, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Massachusetts Institute of Technology, McGovern Institute for Brain Research, Cambridge, Vereinigte Staaten, <sup>3</sup>Massachusetts General Hospital / Harvard Medical School, Dept. of Neurology, Charlestown, Vereinigte Staaten, <sup>4</sup>Freie Universität Berlin, Languages of Emotion, Berlin, Deutschland, <sup>5</sup>Yale University / Center for Translational Developmental Neuroscience, Yale Child Study Center, New Haven, Vereinigte Staaten, <sup>6</sup>Humboldt Universität zu Berlin, Berlin School of Mind and Brain, Social Cognition Group, Berlin, Deutschland

Schwierigkeiten, Emotionen in Gesichtsausdrücken, Gestik und Sprache zu erkennen, stellen einen der zentralen sozialen Problembereiche von Menschen mit Autismus-Spektrumsstörungen (ASD) dar. Diese Beeinträchtigungen sind vor allem dann deutlich, wenn soziale Situationen unstrukturiert sind und soziale Reize entsprechend implizit verarbeitet werden müssen. Das Trainieren sozialer Kognition ist aufwändig. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen wurde die SCOTT (Social COgniton Training Tool) Software

in einem nutzer-zentrierten Ansatz entwickelt. Der SCOTT umfasst 3 Module, in denen das Erkennen von 40 verschiedenen Emotionen anhand von Gesichtern, Stimmintonation und kurzen Szenen sozialer Interaktionen explizit und implizit in spielerischer Form trainiert wird. Aktuell wird der SCOTT in einem partizipatorischen Entwicklungszyklus mit Therapeuten weiterentwickelt, um eine sinnvolle Komplementäranwendung bei Face-2-Face Therapien zu ermöglichen.

Um Trainingseffekte des SCOTT auf Verhaltens- und Gehirnebene abbilden zu können, wurden für jedes Modul, explizite und implizite Testverfahren und fMRT Paradigmen entwickelt und validiert. Anschließend wurden in einer ersten Erhebungswelle Erwachsene mit ASD in eine 3-monatige Interventionsstudie rekrutiert, von denen 13 Personen mit dem SCOTT trainierten und 10 Personen (CONT) ein vergleichbares Programm bearbeiteten, das auf Aufmerksamkeitsfunktionen und Geschicklichkeit fokussierte. Vor und nach der Intervention durchliefen alle Probanden eine Batterie sozio-emotionaler Testverfahren und fMRT-Untersuchungen. Basierend auf dieser ersten Evaluierung wird der SCOTT in nächsten Schritten an den Einsatz in therapeutischen Settings angepasst.

Die ersten Ergebnisse zeigen eine Verbesserung der Emotionserkennung (faziales und prosodisches Affektverständnis) in der SCOTT-, nicht aber in der CONT-Gruppe (beide  $p < .05$ ). Des Weiteren wurde in der SCOTT-, nicht jedoch in der CONT-Gruppe eine Verbesserung der Zuschreibung von mentalen Zuständen beobachtet ( $p < .05$ ). Auf Hirnebene zeigte sich eine Erhöhung der Aktivität im Fusiformen Gyrus bei der Bearbeitung von emotionalen Gesichtsausdrücken von prä- zu post-Training in der SCOTT Gruppe.

Die Ergebnisse liefern erste Hinweise für die Effektivität des Trainings bezüglich der komplexen Emotionserkennung und verweisen auf eine Plastizität des „sozialen Gehirns“. Weiterhin zeigen Nutzerbewertungen und das Nutzerverhalten, dass SCOTT Therapien wirkungsvoll ergänzen kann.

## Traumafolgestörungen

### Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen

Büttner M.<sup>1</sup>, Sack M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland

Viele Patienten mit sexuellen Gewalterfahrungen haben große Schwierigkeiten im Umgang mit Sexualität. Für die Betroffenen sind Körperkontakt und sexuelle Begegnungen oft nicht tolerierbar, weil schwer erträgliche Traumaerinnerungen reaktualisiert werden. Die Folgen sind erheblich - nicht nur, dass eine positiv gelebte Sexualität als Lebensqualitätsfaktor wegfällt, vielmehr leiden Partnerschaften hierunter oder werden gar nicht erst eingegangen. Eine andere

Patientengruppe reagiert entgegengesetzt mit hypersexuellem Verhalten. Es kommt zu suchartigem und übermäßigem Ausleben von Sexualität, oft ohne den nötigen Schutz vor Ansteckung, ungewollter Schwangerschaft und Reviktimisierung.

Sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutenseite herrscht große Unsicherheit im Umgang mit traumaassoziierten sexuellen Störungen, mit der Folge, dass die Betroffenen mit ihrer Problematik meist alleine bleiben. Wie nähert man sich dem Thema? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Der Vortrag gibt einen Überblick über die Symptomatologie traumaassoziiierter Störungen und vermittelt Empfehlungen für die Behandlung.

### Das Körperbild von Traumatisierten. Welchen Einfluss hat eine Traumatisierung auf das Körperbild im Vergleich zu einer Sozialen Phobie?

Nobis S.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Pöhlmann K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Bisherige Studien zeigen, dass traumatisierte Patienten ein negativeres Körperbild zeigen (u.a. Dyer et al., 2013; Sack et al., 2010) als andere Patientengruppen. Wenig darüber bekannt ist jedoch, wie groß der Einfluss der Traumatisierung im Vergleich zu anderen Faktoren ist. Da die Soziale Phobie eine häufige komorbide Störung ist und mit einem negativeren Körperbild einhergeht (Nobis et al., 2014), wird geprüft,

(a) ob Patienten mit PTSD-Diagnose, Sozialphobie, bzw. einer Komorbidität der Störungen sich in ihrem Körperbild unterscheiden, (b) welchen Einfluss eine Traumatisierung (PTSD-Diagnose bzw. Kindheitsbelastung) auf das Körperbild hat, wenn zusätzlich das Bestehen einer Sozialen Phobie berücksichtigt wird.

**Methodik:** Die Stichprobe besteht aus 863 Patienten einer psychosomatischen Universitätsklinik (58% Frauen, Alter MW = 38,8 Jahre, SD = 12,8). Untersucht wurde, inwiefern eine Traumatisierung Auswirkungen auf das Körperbild hat. Zusätzlich wurde der Einfluss einer Sozialphobie auf das Körperbild untersucht und Interaktionseffekte der beiden Faktoren geprüft. Erfasst wurden standardisierte Diagnosen (DIAX), Kindheitsbelastung (CTQ) und Körperbild (DKB-43).

**Ergebnisse:** Patienten mit einer PTSD-Diagnose und einer Sozialphobie haben ein negativeres Körperbild als Patienten mit PTSD oder einer Sozialphobie. Traumatisierte Patienten zeigen Beeinträchtigungen im Körperbild, unabhängig davon ob die Traumatisierung über eine standardisierte Diagnose oder über die Art der Kindheitsbelastung erfasst wurde. Traumatisierte und Sozialphobiker weisen in den erfassten Körperbilddimensionen Vitalität, Körperakzeptanz, Körpernarzissmus, Körperkontakt, Sexuelle Erfüllung und Bedrängte Sexualität ein ähnlich negatives Körperbild auf. Der Erklärungswert der Traumatisierung unterscheidet sich kaum von dem der Sozialphobie. Interaktionseffekte zeigen sich nicht.

**Diskussion:** Da der Einfluss der Sozialphobie auf das Körperbild ähnlich groß ist wie der des Faktors „Traumatisierung“, unabhängig davon, ob er als Diagnose oder biografische Belastung operationalisiert wird, sollte der Sozialen Phobie im klinischen Alltag eine größere Bedeutung eingeräumt werden. Weitere Untersuchungen sollten klären, welche spezifischen Entwicklungsprozesse den Ergebnissen zugrunde liegen können.

## Niedrig dosiertes Naltrexon in der Behandlung dissoziativer Störungen

Pape W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rhein-Klinik, Traumafolgestörungen, Bad Honnef, Deutschland

Akut auftretende dissoziative Zustände unterschiedlichster Ausprägung stellen einen großen Teil der Beschwerdesymptomatik bei Patienten mit chronischen Traumafolgeerkrankungen dar.

Insbesondere im stationären traumaspezifischen Behandlungssetting zeigt sich rasch, wie viele Belastungssituationen es im Alltag der Patienten gibt, auf die sie mit Dissoziation, Erstarrung, Hilflosigkeit oder Vermeidung reagieren. Zwischenmenschliche Kontakte stellen eine besondere Herausforderung für die in der Regel schwerbindungstraumatisierten Menschen dar. Automatisiert ablaufende Dissoziationen in Situationen, die an traumatische Ereignisse erinnern, verhindern oft, präsent in der Gegenwart und im „Window of Tolerance“ zu bleiben - und damit in einem Zustand, der neue positive Lernerfahrungen und die Bewältigung belastender Erlebnisse ermöglicht.

Nach aktuellem Forschungsstand wird Dissoziation zumindest teilweise durch die Wirkung endogener Opiate verursacht. Daher werden seit den 90er Jahren in Einzelfällen Opiatantagonisten (Naltrexon) zur Behandlung dissoziativer Phänomene eingesetzt (off-label). Lag die Dosierung von Naltrexon bisher im Bereich von 25 - 100 mg /d, machen wir seit einigen Jahren sehr ermutigende Erfahrungen mit dem Einsatz von niedrig dosiertem Naltrexon (2 - 6 mg/d) i.R. der stationären Behandlung von Patientin mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen in der Abteilung für Traumafolgestörungen der Rhein-Klinik Bad Honnef.

Die Behandlungsergebnisse zeigen, dass sich die Gegenwartsorientierung der behandelten Patienten unter dieser Medikation häufig deutlich verbessert, dass z.B. Derealisations- und Depersonalisationserleben abnehmen, hochbelastende Affekte (die bisher dissoziationsauslösend waren) wahrgenommen und reguliert werden können und dass insgesamt die Handlungsfähigkeit im Alltag zunimmt.

Der Vortrag soll einen Einblick in die ersten Erfahrungen mit niedrig dosiertem Naltrexon in der Behandlung dissoziativer Symptome bei komplex traumatisierten Patienten geben und insbesondere auch auf Fragen der Indikationsstellung und der praktischen Umsetzung eingehen.

## Vergleich der Diagnostik einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) nach ICD-11 und nach den DESNOS (DSM-V) Kriterien

Spieler D.<sup>1</sup>, Prassler C.<sup>1</sup>, Sack M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

In der von der World Health Organization (WHO) entwickelten 11. Ausgabe der International Classification of Diseases (ICD-11), die voraussichtlich 2015 erscheinen wird, wird erstmals das diagnostische Konstrukt der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) als eigenständiges Krankheitsbild definiert sein. Die kPTBS wird meistens bei Patienten mit schweren und lang anhaltenden bzw. wiederholten Traumatisierungen gefunden und wurde bisher durch zusätzlich zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftretenden Störungen in den Bereichen Affekt- und Impulsregulation, Selbstbild, Beziehungsgestaltung, persönliche Glaubens- und Wertvorstellungen und Somatisierung sowie dissoziative Symptome beschrieben. Zur Diagnostik konnte bisher z.B. das Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) (Pelcovitz et al., 1997) verwendet werden, von dem auch eine deutsche Übersetzung (Interview zur komplexen PTBS, IK-PTBS) (Boroske-Leiner et al., 2008) existiert. In den voraussichtlich für die ICD-11 geltenden Diagnosekriterien wird das Augenmerk auf das Vorhandensein der Kernkriterien der PTBS gelegt und die zusätzlichen Störungsbereiche werden auf Störungen in den Bereichen Affektregulation (inkludiert dissoziative Symptome und z.B. Impulsregulationsstörungen wie Selbstverletzungen), Selbstbild und Beziehungsgestaltung verdichtet. Parallel wurde das Krankheitsbild der kPTBS durch die DSM-Arbeitsgruppe der APA (American Psychiatry Society) als „Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet“ („Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS), Anhang DSM IV) begrifflich gefasst, welche voraussichtlich in der nächsten Überarbeitung des DSM als „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ neu gefasst und aufgenommen werden wird.

Unsere Analyse basiert auf einer Validierungstudie der DESNOS Kriterien sowie einer Multicenterstudie zur komplexen PTBS vs. Borderline-Störung, welche eine initiale monozentrische Studie mit einer relativ kleinen Fallzahl (Boroske-Leiner et al., 2008) erweitert. Wir bestätigen hierbei, dass die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung eine wichtige konzeptionelle Lücke schließt, die erstmals spezifisch die Symptomstruktur schwer traumatisierter Patienten abbilden kann und somit die Voraussetzung für eine spezifische Psychotherapie bietet. Dabei vergleichen wir die beiden diagnostischen Konstrukte der kPTBS nach der ICD-11 und dem DSM-V.

## Konzepte der integrativen psychosomatischen Versorgung

### Das Heidelberger Modell der integrierten Psychosomatik in der Inneren Medizin

Schaefert R.<sup>1</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin u. Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Historie:** Die „Heidelberger Schule der Psychosomatik“ wurde von Krehl begründet, der 1907 die Leitung der Med. Klinik Heidelberg übernahm. Sein Motto war: „Wir behandeln keine Krankheiten, sondern kranke Menschen“. Schüler Krehl's waren Siebeck und v. Weizsäcker, der 1929 die 1. psychosomatische Station an einer internistischen Uniklinik eröffnete. 1946 wurde er Chef der neuen Abteilung „Allgemeine Klinische Medizin“, aus der die heutige Klinik hervorging; Nachfolger waren Christian und Hahn. Der Weizsäcker-Schüler Mitscherlich gründet 1950 in Heidelberg die 1. Psychosomatische Uniklinik, die Bräutigam und Rudolf weiterentwickelten. 2004 fusionierten die beiden Lehrstühle unter Herzog.

Die **Haltung** ist gekennzeichnet von ganzheitlicher Personen- (Subjektivität und Objektivität gleichbedeutend) und Beziehungsorientierung sowie vom biopsychosozialen Modell (Sowohl-als-auch-Haltung).

**Interdisziplinäre Vernetzung:** Die Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik ist gleichzeitig in Zentren für Innere und Psychosoziale Medizin integriert. Die Führung vieler Ambulanzen und Stationen erfolgt in interdisziplinärer Kooperation. Es besteht eine enge Vernetzung mit Hausärzten und niedergelassenen Psychotherapeuten.

Die **Lehre** implementiert Gesprächsführung und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung longitudinal durch das gesamte Studium. Die Facharztausbildung qualifiziert in einem sequentiellen Modell (zunächst Facharzt für Innere, dann für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) Ärzte, die Psychosomatik in unterschiedlichen Kontexten als Schnittstellenfach etablieren können. In Kooperation mit der Klinik bietet das Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP) eine psychodynamische Ausbildung mit integrativem, störungsorientiertem Curriculum.

Die **klinische Versorgung** realisiert ambulant und (tei-)stationär Simultan-/ Paralleldiagnostik (erweiterte psychosoziale Anamnese + organische Stufendiagnostik) und -therapie im niedrigschwelligen „3-Stufen-Modell der Psychosomatik“:

- 1.) allgemein-internistisch,
- 2.) internistisch-psychosomatisch,
- 3.) spezialisierte Psychosomatik und Psychotherapie.

In der HIP-Ambulanz ist eine ambulante Psychotherapie möglich. Team-Supervisionen sowie abteilungsübergreifende Fallbesprechungen und Fortbildungen vertiefen den Austausch.

Interdisziplinäre **Forschungsprojekte** untersuchen das Wechs-

spiel zwischen psychosozialen und biomedizinischen Krankheitsfaktoren, z.B. beim Reizdarmsyndrom, in Schmerz- und Präventionsforschung.

### Aspekte der somatischen Versorgung in einem psychosomatischen Fachkrankenhaus

Langs G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Schön Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland

Die Schön Klinik Bad Bramstedt ist eine psychosomatische Fachklinik, die in erster Linie Patienten nach §39 SGB V behandelt. Stationär aufgenommen werden Patienten, bei denen ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Maßnahmen ausgeschöpft sind, und bei denen keine Rehafähigkeit besteht. Eine rein psychotherapeutische Versorgung der Patienten wäre nicht zielführend, da bei vielen Patienten (z.B. mit Essstörungen, Schmerzkrankheiten, Somatoformen Störungen, HIV Infektionen, Multimorbidität) eine somatische Mitbehandlung dringend indiziert ist.

Das integrativ verhaltenmedizinisch orientierte Behandlungskonzept spiegelt sich den formalen Qualifikationen der Behandler, in den Prozessen und in den Strukturen wider. Die Klinik ist aufgrund ihrer Größe in der Lage, neben Fachärzten für Psychosomatische Medizin bzw. Psychiatrie auch Ärzte aus den Bereichen Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie mit den Zusatzbezeichnungen spezielle Schmerztherapie und Diabetologie vorzuhalten. Bereits während der Ausbildung unserer Psychologen zum Psychologischen Psychotherapeuten wird großer Wert darauf gelegt, dass somatische Faktoren bzw. Krankheiten bei der Erstellung des Störungsmodells und der daraus abzuleitenden therapeutischen Maßnahmen die notwendige Wertigkeit bekommen.

Die Cotherapeuten, welche im Quellenberuf examinierte Kranken- oder Altenpfleger sind, haben eine verhaltenstherapeutische Ausbildung, sodass auch diese sowohl psychotherapeutische als auch somatische Kompetenzen haben. Durch engmaschige Supervisionen, welche die Oberärzte gemeinsam mit den Leitenden Psychologen für ein Behandlersteam durchführen, ist gewährleistet, dass der holistische Ansatz konsequent berücksichtigt wird. Die Klinik hat darüber hinaus die Weiterbildungsermächtigung für das Gesamtfach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Angeschlossen ist das Institut für Verhaltenstherapie und Psychosomatische Medizin, in dem von unseren Ärzten und Psychologen u.a. die theoretischen Grundlagen absolviert werden können. Im Haus wird eine „Basisdiagnostik“ angeboten (z.B. Langzeit RR Messung, Langzeit EKG, Belastungs-EKG, Sonographie, 24 Stunden Labor mit externem Anbieter), sodass eine reibungslose Routineversorgung erfolgen kann. Darüber hinaus ist ein enges Netzwerk mit Spezialkliniken und -ambulanzen sowie Universitätskliniken vorhanden.

## Das Aukruger Modell der fächerübergreifenden Rehabilitation bei Multimorbidität

Specht T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fachklinik Aukrug der DRV Nord, Aukrug, Deutschland

Die Fachklinik Aukrug ist eine trügereigene Reha-Einrichtung der DRV Nord mit 100 Betten Psychosomatik, 61 Orthopädie und 60 Pneumologie / Innere Medizin, sowie einem DGSM-akkreditierten Schlaflabor unter der Leitung eines Arztes für Psychosomatische und Innere Medizin. Die Klinik hat ein fächerübergreifendes Versorgungsmodell entwickelt, um dem steigenden Bedarf an Angeboten für ältere, multimorbide Rehabilitanden zu begegnen, deren Verbleib im Erwerbsleben bis zum Erreichen der Altersgrenze gesichert werden soll. Entstanden ist eine Struktur an Behandlungspfaden, in der unabhängig von der Hauptindikation eine psychosoziale, somatische oder berufsorientierte Schwerpunktsetzung möglich ist, durch die die vorhandenen Kompetenzen zusammengeführt werden können. Dies führt zu komplexeren Anforderungen an Fachlichkeit und Behandlungsplanung mit höherem Zeitaufwand im ärztlichen Team, aber weniger zu einer höheren Dichte therapeutischer Leistungen.

Unabhängig von der somatischen oder psychosomatischen Hauptindikation wird bei allen Rehabilitanden vor Aufnahme dieselbe Fragebogendiagnostik (u. a. PHQ und ICF-AT-50) durchgeführt und es werden im Rahmen der ärztlichen (und ggf. psychotherapeutischen) Aufnahme Behandlungsziele auf den vier Ebenen Körper, Seele, Edukation und Teilhabe festgelegt. Die Einführungsveranstaltungen fokussieren auf ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis und Aspekte der eigenverantwortlichen, aktiven Bewältigung. Auch bei den berufsorientierten Angeboten („MBOR“) ist eine Schwerpunktsetzung auf körperliche bzw. psychosoziale Anforderungen mit Profilvergleich unabhängig von der Hauptindikation möglich. Räumlich (und in Teilen auch organisatorisch) besteht keine Trennung zwischen somatischen und psychosomatischen Rehabilitanden. I. B. im ärztlichen und pflegerischen Team bestehen breite, fächerübergreifende Grundkompetenzen.

Als wesentlich für das Gelingen eines solchen Modells erscheinen: Einigkeit über Zielsetzung zwischen Träger und Klinikleitung. Bereitschaft zur Kooperation zwischen den Indikationen und in der mittleren Führungsebene. Kommunikation und Fortbildung, die die Indikationen und Berufsgruppen verbindet. Fächerübergreifende Basiskompetenzen in allen therapeutischen Berufsgruppen einschließlich Identifikation mit der (etwas anstrengenderen) ganzheitlichen Orientierung. Kostenträgerseitige Refinanzierung des etwas höheren Personalbedarfs.

## Sowohl Psyche als auch Soma - Wie gelingt Integration im klinischen Alltag im Rahmen eines Konsiliar-Liaisondienstes in einem Krankenhaus der Maximalversorgung?

Söllner W.<sup>1</sup>, Stein B.<sup>1</sup>, Gutberlet S.<sup>1</sup>, Wentzlaff E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nürnberg, Deutschland

Konsiliar-Liaisondienste (CL-Dienste) entstanden in den USA als Versorgungsmodell für die Diagnose und Behandlung psychischer Störungen und Probleme im Rahmen der somatischen Medizin. Sie haben sich weltweit als „Außendienst“ von Psychiatrie und Psychosomatik in der klinischen Medizin etabliert. Je nach dem Grad der Integration in die klinische Medizin wird zwischen Konsiliarmodellen und Liaisonmodellen unterschieden, wobei Liaisonmodelle personell und strukturell stärker in den somatischen Abteilungen verankert sind. Zusätzlich wurden in den USA und in der Folge in einigen europäischen Ländern sog. Med-Psych Units geschaffen, in denen schwer körperlich und psychisch kranke Patienten interdisziplinär behandelt werden (Wulsin et al. 2006).

Am Klinikum Nürnberg wurde in Anlehnung an US-amerikanische Modelle seit 1980 ein solches flächendeckendes (d.h. alle klinischen Bereiche umfassendes) Versorgungsmodell aufgebaut (Pontzen 1994, Söllner & Stein 2011). Im Jahr 2013 wurden vom psychosomatischen CL-Dienst mehr als 4.700 Patienten in den verschiedenen Abteilungen des Klinikums mitbehandelt. Mit einigen klinischen Zentren bestehen Liaisonmodelle, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Fortbildung der somatischen Kollegen in psychosomatischer Grundversorgung und kommunikativer Kompetenz gelegt wird. Seit 2010 besteht auch eine interdisziplinär geführte stationäre psychosomatisch-interdisziplinäre Einheit (8 Betten) zur Behandlung schwerer kranker Patienten mit somatischer und psychischer Komorbidität.

Das Modell dieser integrierten Einheit und Modelle von Liaisonkooperationen in den Bereichen der Notfallmedizin und der Onkologie, sowie Daten zu Versorgungsqualität und Effektivität von Liaisoninterventionen werden präsentiert.

### Literatur:

Pontzen W: Psychosomatischer Konsiliar und Liaisondienst. Psychotherapeut 1994;39:322-6

Söllner W, Stein B: Konsiliar- und Liaisondienste. In: Adler et al (Hrsg) Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Auflage. Urban&Fischer, München, 2001;543-52

Wulsin LR, Söllner W, Pincus HA: Models of integrated care. Med Clin North Am 2006;90:647-77

## Dissoziative Störungen

### Motor conversion disorder: A meta-analysis of neuro-imaging data

Boeckle M.<sup>1</sup>, Liegl G.<sup>1</sup>, Leitner A.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems an der Donau, Österreich

Conversion disorders have a largely known historical relevance in relation to hysteria and are a well-known functional disorder. Despite the relevance of functional neurological symptom disorder neuro-biological explanations are still lacking. This might be partially explainable by the existence of different forms of conversion disorder like motor-conversion, dissociative fugue, psychogenic epileptic seizures, body dysmorphic disorder etc., which might not be subsumable with a single neuro-biological factor. We here-with provide the first meta-analytic analysis on motor-conversion. We used using activation likelihood estimation (ALE) to calculate overall as well as subpopulation analyses between affected vs. unaffected sides as well as on patients vs. healthy controls. We found significant differential activation in several areas previously discussed in relation to functional neurological symptom disorder. Our results support the idea of a complex network responsible for motor-conversion, like memory, volition, action planning, self-representation and autonomic responses. Our results might be related to the theory of emotional unawareness suggested by Perez. With this study we provide the first meta-analysis of motor conversion, which helps to understand the neuro-biological complexity of conversion disorders. Still factors influencing the variance like substance abuse, imaging parameters, software for analysis, experimental design etc. are not controlled for. Future work should control for these differences, but at the time given the presented data can help to understand the neural correlates of functional neurological symptom disorder.

### Strukturelle Korrelate der Dissoziation - Voxel-basierte Morphometrie bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Depersonalisierungsstörung

Daniels J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Magdeburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die MRT-Forschung hat in den letzten Jahren neue Erkenntnisse hinsichtlich jener Gehirnstrukturen erbracht, welche dissoziativen Phänomenen zugrunde liegen. Zunächst wird ein Überblick über den aktuellen Wissensstand bezüglich struktureller und funktioneller Auffälligkeiten bei Patienten mit dissoziativen Störungen und PTBS-Patienten mit dissoziativen Symptomen gegeben. Im Anschluß werden die Ergebnisse zweier struktureller MRT-Studien präsentiert.

**Methode:** In der ersten Studie wurden 25 Patienten mit Depersonalisierungsstörung und 23 Gesunden hinsichtlich des Volumens der Grauen Masse mittels Voxel-basierter Morphometrie verglichen. In der zweiten Studie wurden Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) mit (n=43) und ohne (n=16) dissoziative Symptomatik mittels der gleichen Methode kontrastiert.

**Ergebnisse:** Patienten mit Depersonalisierungsstörung wiesen ein verringertes Volumen der Grauen Masse im rechten Caudatum, Thalamus und Cuneus auf. Ein erhöhtes Volumen fand sich im linken dorsomedialen präfrontalen Cortex and rechtseitigen somatosensorischen Regionen. PTBS-Patienten mit dissoziativer Symptomatik wiesen ein verringertes Volumen der Grauen Masse im rechten inferioren temporal Gyrus sowie ein erhöhtes Volumen im rechten präzentral Gyrus auf. Dissoziationsschwere korrelierte positiv mit dem Volumen des rechten mittleren frontalen Gyrus.

**Schlussfolgerung:** Diese beiden gehirnmorphologischen Studie bei Patienten mit Depersonalisierungsstörung und PTBS liefern Hinweise auf strukturelle Veränderungen in Gehirnregionen, welche der Emotionsverarbeitung zugrunde liegen.

### Diagnostik und Therapie der Dissoziativen Identitätsstörung

Gast U.<sup>1</sup>, Wirtz G.<sup>2</sup>, Chuey-Ferrer L.<sup>2</sup>, Bluhm-Dietsche U.<sup>2</sup>, Daniels J.<sup>2</sup>, Dehnert G.<sup>2</sup>, Hollub M.<sup>2</sup>, Rießbeck H.<sup>2</sup>, Rudolph N.<sup>2</sup>, Schellong J.<sup>2</sup>, Starzinski T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutische Praxis, Mittellangeln - OT Havetofloit, Deutschland, <sup>2</sup>Karlsbad-Langensteinbach, Psychiatrie und Psychotherapie, Karlsbad, Deutschland

Die Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bzw. Multiplen Persönlichkeitsstörung gilt als Traumafolgestörung aufgrund schwerer Kindesmisshandlung. Mit Prävalenzschätzungen von 0,5 - 1% in der Bevölkerung und 5 % in psychiatrischen Populationen ist sie zudem eine häufige Erkrankung. Inzwischen liegen gute Behandlungsmöglichkeiten vor, wodurch dem frühzeitigen Erkennen der DIS eine besondere Bedeutung zukommt. Da diese Diagnose jedoch bislang nur zögerlich gestellt wird, hat dies Nicht- oder Fehlbehandlung zur Folge.

Der State-of-the-Art-Beitrag will für das Störungsbild der DIS sensibilisieren und aktuelle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten skizzieren. Es werden Kriterien vorgestellt, anhand derer eine größere Sicherheit in der Diagnosestellung erreicht werden kann. Zudem wird ein Überblick über das phasenorientierte Vorgehen gegeben, dass sich grundsätzlich an den sonstigen Standards zur Behandlung komplexer PTBS orientiert. Darüber hinausgehend werden notwendige störungsspezifische Interventionstechniken beschrieben, die darauf abzielen, die dissoziativen Symptome zu überwinden. Insbesondere wird gezeigt, wie die aktive Einbeziehung dissoziierter Persönlichkeitsanteile genutzt werden kann, um spezifische Probleme wie Suizidalität, Angstsymptome oder Selbstverletzungen zu überwinden. Abschließend werden Hindernisse bei der Implementierung entsprechender Diagnose- und

Behandlungsprogramme diskutiert.

Grundlage des Beitrages ist die Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen der International Society for the Study of Trauma and Dissociation, deren deutsche Überarbeitung durch die Arbeitsgruppe „Dissoziative Störungen“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie erfolgte.

**Literatur:** ISSTD-Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung für Erwachsene. Deutsche Bearbeitung: Gast U, Wirtz G (2014) *Trauma & Gewalt* 8 (1), 7 - 71. Original: International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12:2, 115-187.

## **Dissoziative Symptome als „trait oder state“? Veränderungsmessungen im klinischen Kontext bei Patienten mit dem dissoziativen Subtyp einer Posttraumatischen Belastungsstörung**

Schellong J.<sup>1</sup>, Croy I.<sup>1</sup>, Roever P.<sup>1</sup>, Bittner A.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

Mit der Neufassung des DSM (APA DSM-5 2013) ist für die posttraumatische Belastungsstörung der dissoziative Subtyp eingeführt worden. Diese Patientengruppe ist in einer traumaspezifisch arbeitenden stationären Psychotherapie in überproportional hohem Maße vertreten, das multimodale Behandlungsprogramm spezifisch auf diese Klientel zugeschnitten. Untersucht werden soll, ob sich die Therapieerfolge zusätzlich auch als Effekte und Veränderungen in Messinstrumenten zu dissoziativen Symptomen erfassen lassen.

Eine Stichprobe von 143 Patienten einer stationären Behandlungseinheit für schwere und komplexe Traumafolgestörungen wurde vor und nach der Behandlung mittels einer Fragebogenbatterie untersucht. Auch eingesetzte Instrumente für dissoziative Beschwerden (SDQ 20 und FDS 20) wurden bei Aufnahme und im Therapieverlauf verglichen.

51,7 % (N=74) der Patienten waren zu Aufnahme im FDS auffällig und ebensoviele im SDQ (52,4%; N=75) 52,4 %. 32,8% (N=47) zeigten in beiden Fragebögen auffällige Werte; 30% (N=43) jedoch nur in einem der Verfahren. Dies weist darauf hin, dass beide Fragebögen unterschiedliche Aspekte der Dissoziation abbilden. Im Therapieverlauf zeigte sich bei Patienten, die im FDS 20 initial auffällig waren, eine signifikante ( $p < .001$ ) Verminderung der Scores zum Entlassungszeitpunkt. Für den SDQ 20 hingegen fand sich keine Veränderung im Verlauf ( $p = .378$ ).

Es kann vermutet werden, dass kognitive Aspekte dissoziativer Störungen mit Psychotherapie besser zu beeinflussen sind, als körperliche. Die Vorhersagekraft der Initialbelastung in beiden Fragebögen auf weitere Parameter des Therapieoutcomes wird überprüft.

## **Neurobiologie und Bildung**

### **Neuronale Korrelate der Verarbeitung intrapsychischer Konflikte: Ergebnisse zweier Studien zur freien Assoziation im fMRT**

Kehyavan A.<sup>1</sup>, Schmeing J.-B.<sup>2</sup>, Kessler H.<sup>1</sup>, Axmacher N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik f. Psychosomatische Medizin&Psychotherapie, Bochum, Deutschland, <sup>2</sup>Evangelische Kliniken Bonn, Johanniter-Krankenhaus, Bonn, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Kognitive Neurowissenschaft der Ruhr-Universität Bochum, Abteilung Neuropsychologie, Bochum, Deutschland

Das Forschungsgebiet der „Neuropsychanalyse“ bemüht sich um eine Annäherung zwischen Neurowissenschaften und Psychoanalyse. Dazu gehört die Untersuchung psychodynamischer Konzepte mittels neurowissenschaftlicher Methoden. Im Folgenden sollen zwei fMRT-Studien vorgestellt werden, in denen die Effekte freier Assoziation auf neuronale Aktivität, Gedächtnis und Hautleitfähigkeit (SCR) untersucht wurden. Levinger und Clark (1961) berichteten, dass Assoziationen zu emotional bedeutsamen Stimuluswörtern im Vergleich mit Assoziationen zu neutralen Stimuli erhöhte SCR und eine höhere Reaktionszeit (RT) aufweisen sowie später schlechter erinnert werden. In einer Adaption ihrer Studie im fMRT konnten diese Ergebnisse repliziert werden, zudem fanden wir eine vermehrte Aktivierung des anterioren cingulären Kortex (ACC) beim Erzeugen von Assoziationen, die später vergessen wurden. Wir wollten der Hypothese nachgehen, dass es sich bei dem beobachteten Vergessen um einen Verdrängungsprozess handelt, der nach der psychodynamischen Theorie der Abwehr von Inhalten dient, die mit inneren Konflikten in Zusammenhang stehen. Dafür wurden in einer zweiten Studie neben neutralen und emotional negativen Stimulussätzen auch Sätze präsentiert, die einen spezifischen Bezug zu häufigen Typen intrapsychischer Konflikte aufwiesen. Es zeigte sich, dass Assoziationen zu konfliktbezogenen Sätzen mit erhöhter ACC-Aktivierung, erhöhter SCR und längerer RT einhergehen sowie schlechter erinnert werden als Assoziationen zu neutralen oder unspezifisch negativen Sätzen. Die aufgezeichneten Assoziationen wurden zudem inhaltlich ausgewertet und auf das mögliche Vorliegen eines intrapsychischen Konfliktes hin untersucht. Eine Subgruppen-Analyse (Probanden mit vermutetem intrapsychischen Konflikt vs. Probanden ohne Konflikt) zeigte in Bezug auf die Konfliktsätze vermehrte ACC-Aktivierung, höhere Zustimmung zu den Sätzen, negativere Stimmung nach dem Assoziieren sowie erhöhte SCR bei den Probanden mit vermutetem Konflikt. Diese Ergebnisse sind vereinbar mit der Annahme, dass die Aktivierung intrapsychischer Konflikte durch das Assoziieren zu den experimentellen Stimuli zu erhöhter autonomer Erregung und Aktivierung der Abwehr mit Beeinträchtigung des späteren Gedächtnisabrufs führte. Zukünftige Studien sollen zeigen, ob unser experimentelles Paradigma auch

bei der Identifizierung klinisch relevanter Themen bei Patienten mit Störungen aus dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin helfen könnte.

## Neuronale und physiologische Aktivität während der freien Assoziation zu autobiographischen Konflikten

Kessler H.<sup>1</sup>, Schmidt A.-C.<sup>1</sup>, Axmacher N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Kognitive Neurowissenschaften, Abteilung Neuropsychologie, Bochum, Deutschland

Will man komplexe Phänomene wie psychische Störungen oder deren Veränderung durch Psychotherapie untersuchen, ist es sinnvoll, die individuelle Ebene zu berücksichtigen, indem die experimentellen Stimuli einen persönlichen Bezug zum Patienten haben. Dies geschieht zum Teil bereits in aktuellen Studien zur Bildgebung von Psychotherapie. Es stellt sich jedoch die Frage nach einer präzisen Gewinnung der individualisierten Stimuli aus der Patientengeschichte und der Erfassung persönlicher Reaktionen während des Experiments. An einer Stichprobe von N=27 gesunden Probanden setzten wir erstmalig ein neues Paradigma ein, das diesen beiden Forderungen gerecht wird und sich daher für die Anwendung an klinischen Stichproben eignen könnte. Mittels operationalisierter psychodynamischer Diagnostik (OPD-2) wurde für jeden Probanden konfliktbezogenes Material gewonnen, welches überarbeitet in Form von kurzen Sätzen im fMRT-Scanner mit zusätzlicher Erhebung der Hautleitfähigkeit präsentiert wurde. Zu diesen Stimuli assoziierten die Patienten frei jeweils eine Minute lang. Anschließend wurden die Inhalte der Assoziation überraschend abgefragt. Im Vergleich zu Assoziationen zu autobiographischen neutralen und unspezifisch negativen Sätzen zeigten die Probanden bei den konfliktbezogenen Stimuli unter anderem eine verzögerte Reaktionszeit, erhöhte Hautleitfähigkeit und höhere Aktivität im anterioren cingulären Cortex (ACC). Diese Ergebnisse lassen sich gut mit Prozessen der Emotionsverarbeitung und des Konfliktmonitoring erklären. Zusätzlich wurden die Assoziationen auf konfliktbezogene Stimuli spezifisch schlechter erinnert. Dieses Phänomen interpretieren wir im Sinne möglicher Verdrängungsprozesse - passend zur Natur des konfliktbezogenen Materials. Da das neue Paradigma plausible und in die Literatur passende neuronale und physiologische Aktivität erzeugt, halten wir es für geeignet für individualisierte Experimenten mit klinischen Gruppen.

## Is the medial prefrontal cortex necessary for Theory of Mind?

Otti A.<sup>1</sup>, Wohlschläger A.M.<sup>2</sup>, Noll-Hussong M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik f. Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, Abteilung für Neuroradiologie, München,

Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik f Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Ulm, Deutschland

Successful social interaction relies on the ability to attribute mental states to other people. Previous functional neuroimaging studies have shown that this process, described as Theory of Mind (ToM) or mentalization, is reliably associated with activation of the medial prefrontal cortex (mPFC). However, this study presents a novel and surprising finding that provides new insight into the role of the mPFC in mentalization tasks.

Twenty healthy individuals were recruited from a wide range of ages and social backgrounds. Participants underwent functional magnetic resonance imaging (fMRI) while viewing a well-established ToM visual paradigm involving moving triangles. Functional MRI data were analyzed using a classical general linear model. No activation was detected in the medial prefrontal cortex (mPFC) during movement patterns that typically elicit ToM. However, increased activity was observed in the right middle occipital gyrus, right temporoparietal junction (TPJ), left middle occipital gyrus and right inferior frontal gyrus. No correlation was found between participants' age and BOLD response.

In contrast with previous neuroimaging research, our findings support the notion that mPFC function is not critical for reasoning about the mental states of others; furthermore, our data indicate that the right TPJ and right inferior frontal gyrus are able to perform mentalization without any contributions from the mPFC.

## Wahrgenommene Stressbewältigungsfertigkeiten und neurale Reaktion auf akuten Stress

Thomas L.<sup>1,2</sup>, Pruessner J.<sup>3,4</sup>, Wiest R.<sup>5</sup>, Duchesne A.<sup>4</sup>, Zuccarella C.<sup>2</sup>, von Känel R.<sup>6</sup>, Wirtz P.H.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Biologische Arbeits- und Gesundheitspsychologie, Universität Konstanz, Konstanz, Deutschland, <sup>2</sup>Biologische Psychologie und Gesundheitspsychologie, Universität Bern, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>McGill Centre for Studies in Aging, McGill Universität, Montreal, Kanada, <sup>4</sup>Douglas Mental Health University Institute, McGill Universität, Montreal, Kanada, <sup>5</sup>Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern, Schweiz, <sup>6</sup>Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern, Schweiz

**Hintergrund:** Erste empirische Befunde weisen darauf hin, dass wahrgenommene Stressbewältigungsfertigkeiten peripher vor endokrinen Stressreaktionen schützen. Es ist allerdings unklar, ob Stressbewältigungsfertigkeiten auch einen Einfluss haben auf die stress-induzierte neurale Aktivität. In dieser Studie untersuchten wir den Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Stressbewältigungsfertigkeiten und der neuronalen Aktivität während einer psychosozialen Stressbelastung im Magnetresonanztomographen (MRT). Wir vermuten, dass Stressbewältigungsfertigkeiten vor der in früheren Studien beobachteten Aktivitätsabnahme in



Strukturen des limbischen Systems (u.a. Hippocampus, Amygdala, Insula, präfrontaler Cortex) schützen.

**Methoden:** 23 gesunde, berufstätige Männer mittleren Alters ( $M=53.22$ ,  $SD=12.79$ ) wurden in einer funktionellen MRT-Untersuchung mit einer standardisierten psychosozialen Stressaufgabe (Montreal Imaging Stress Task, MIST) konfrontiert. Wahrgenommene Stressbewältigungsfertigkeiten wurden mit dem Inventar zur Erfassung von Stressbewältigungsfertigkeiten (ISBF) erfasst.

Resultate: Analysen der stressbezogenen Gehirnaktivität (stress > nicht-stress) ergaben ein neuronales Korrelat in der Insula ( $t=4.57$ ,  $p=0.005$ , uncorrected,  $k=12$ ), welches einen positiven linear Zusammenhang mit wahrgenommenen Stressbewältigungsfertigkeiten aufweist ( $r=0.68$ ,  $p<0.001$ ). Bei Personen mit tiefen Stressbewältigungsfertigkeiten kam es zu einer stressbezogenen Abnahme der Aktivität in der Insula, während sich bei Personen mit hohen Stressbewältigungsfertigkeiten eine stressbezogene Aktivitätszunahme zeigte. Dieser Effekt war regionspezifisch - keine andere Hirnregion zeigte Zusammenhänge mit Stressbewältigungsfertigkeiten.

**Schlussfolgerung:** Unsere Ergebnisse legen nahe, dass wahrgenommene Stressbewältigungsfertigkeiten nicht nur auf peripherer Ebene vor endokrinen Stressantworten schützen, sondern bereits vorgelagert ein zentraler in der Insula lokalisierter Schutzmechanismus bestehen könnte.

## Impulsivität bei Ess- und Gewichtsstörungen

### Impulsivität als Prädiktor für die Aufmerksamkeitslenkung auf Nahrungsreize bei gesunden Personen

Schag K.<sup>1</sup>, Yazar P.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Tübingen, Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Aufmerksamkeitslenkung auf Nahrungsreize ist von Faktoren wie dem Gewicht und dem homöostatischen Zustand einer Person abhängig. Auch Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität spielen möglicherweise eine Rolle und stellen Risikofaktoren für Essstörungen dar. In der folgenden Studie wurde an einer psychisch gesunden, satt und normalgewichtigen Stichprobe untersucht, ob Impulsivität die Aufmerksamkeitslenkung auf Nahrungsreize beeinflusst.

**Methode:** Bei 30 Probandinnen wurden Nahrungsreize und Kontrollreize parallel dargeboten, die die Probandinnen frei explorieren sollten. Dabei wurde mittels Eyetracking erhoben, wie häufig die Nahrungs- vs. Kontrollreize zuerst betrachtet wurden. In einer modifizierten Form dieses klassischen Paradigmas, dem sog. Cue-Paradigma, zeigte ein Hinweisreiz vor jeder Reizpräsentation, auf welcher Bildschirmposition sich der Nahrungsreiz als Nächstes befindet. Mit dem BIS/BAS-Fragebogen wurden zwei

Hauptkomponenten der Impulsivität erhoben: Mit der BIS-Skala wird gehemmtes Verhalten, also die Unterdrückung von Reaktionen und Vermeidung von Bestrafung erhoben und die BAS-Skala erfasst aufsuchendes Verhalten von belohnenden Reizen.

**Ergebnisse:** In dem klassischen Paradigma zeigte sich, dass die Probandinnen häufiger zuerst auf die Kontrollreize blickten. Eine Regressionsanalyse ergab, dass die BIS-Skala dieses Blickmuster zu 23% signifikant vorhersagt, während die BAS-Skala keinen signifikanten Prädiktor darstellt. So zeigten Probandinnen mit hohen BIS-Werten, also gehemmtem Verhalten, eine verstärkte Aufmerksamkeitslenkung auf Kontrollreize während Probandinnen mit weniger gehemmtem Verhalten gleich häufig zuerst auf die Nahrungs- und Kontrollreize blickten. In dem Cue-Paradigma wurden die Nahrungs- und Kontrollreize gleich häufig zuerst betrachtet und es gab keine Zusammenhänge mit dem BIS/BAS-Fragebogen.

**Schlussfolgerung:** Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass impulsive Personen mit wenig gehemmtem Verhalten die Aufmerksamkeit stärker auf Nahrungsreize richten als gehemmte Personen, auch wenn sie satt sind. Bei Vorinformationen über die Position der Nahrung scheint die Aufmerksamkeitslenkung hingegen von willkürlichen Entscheidungsprozessen abzuhängen. Hunger, Gewicht und psychische Gesundheit wurden kontrolliert, so dass diese Faktoren unsere Ergebnisse nicht beeinflussen. Bei 75% unaufgeklärter Varianz sollten allerdings weitere Prädiktoren für die Aufmerksamkeitslenkung auf Nahrungsreize identifiziert werden.

### Impaired behavioral inhibition in overweight females

Krohmer K.<sup>1</sup>, Svaldi J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Tübingen, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Background:** Several studies report increased reward sensitivity towards food in overweight individuals. By contrast, data is inconclusive with respect to response inhibition in overweight people without binge eating disorder (BED). Hence, the latter was addressed in the present study in a group of overweight/obese females without BED and a normal-weight control group without eating disorders.

**Method:** Thirty-eight obese females and 30 normal-weight females participated in a pictorial response-window priming paradigm with food and neutral stimuli. Increased priming effects, as indexed by commission errors, were taken as indicators of deficient behavioral inhibition.

**Results:** Priming effects were generally increased in the overweight sample as compared with controls. Additionally, in the overweight group the priming effect was more pronounced when the prime stimulus was food-related than when it was neutral. By contrast comparable priming effects of lower magnitude were observed in the control group.

**Discussion:** Results suggest that response inhibition is impaired in overweight individuals. In particular, they have difficulties to inhibit responses elicited by food-stimuli.

## **Emotionsregulation und Impulsivität bei der Binge-Eating-Störung - Eine kombinierte Eyetracking- und Elektroenzephalographie-Studie**

Leehr E.J.<sup>1</sup>, Dresler T.<sup>2,3</sup>, Schag K.<sup>1</sup>, Ehlig A.-C.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Hautzinger M.<sup>4</sup>, Giel K.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere Medizin VI, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>LEAD Graduate School, Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Tübingen, Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Emotionsregulation und Impulsivität sind zwei wichtige Konzepte zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Binge-Eating-Störung (BES). In Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit BES Defizite in der Emotionsregulation zeigen und im Fall negativer Emotionen mit Binge Eating im Sinne einer dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategie reagieren. Die BES ist auch mit einer höheren Impulsivität assoziiert, die sich in einer höheren Belohnungssensitivität und vermehrtem spontanem Handeln ausdrückt.

Emotionsregulation und Impulsivität stellen zwei einander beeinflussende Konzepte dar. Wir nehmen an, dass insbesondere unter negativen Emotionen hochimpulsive Menschen mit geringen Emotionsregulationsfähigkeiten Essanfälle nicht verhindern können.

Um diese beiden Konzepte in der BES näher zu untersuchen, haben wir Fragebogen-, Eyetracking-, Elektroenzephalographie (EEG)- und Elektromyographie (EMG)-Daten kombiniert.

**Methode:** Wir haben jeweils 29 Frauen mit BES, gewichts- und altersgematchte Frauen ohne BES und normalgewichtige Kontrollen hinsichtlich ihrer Impulsivität und ihren Emotionsregulationsfähigkeiten untersucht. Während der Bearbeitung von zwei Paradigmen, die Impulsivität in Reaktion auf Nahrungs- und neutrale Stimuli messen, haben wir Eyetracking- und EEG-Daten erhoben. Randomisiert wurde vor der Bearbeitung der Paradigmen negative Stimmung induziert. Abschließend haben alle Probandinnen die Stimuli subjektiv bewertet, während die objektive (unbewusste) Bewertung anhand eines Gesichts-EMG gemessen wurde.

**Ergebnisse:** Die Gruppe mit BES ist charakterisiert durch höhere Emotionsregulationsdefizite und höhere Impulsivitätswerte. In einer ersten Analyse der Eyetrackingdaten zeigt die Gruppe mit BES mehr spontanes Handeln im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Eine synchrone Analyse der Eyetracking- und EEG-Daten ist in der Vorbereitung. Die subjektiven und objektiven Valenzmaße im Rating legen einen Vermeidungs-Annäherungs-Konflikt hinsichtlich der Nahrungsstimuli in der BES-Gruppe nahe.

**Zusammenfassung:** Über die verwendete Kombination von Eyetracking- und EEG-Daten kann impulsives Verhalten in Bezug auf Nahrungsstimuli umfassend untersucht werden. Evidenz für den Einfluss negativer Emotionen auf impulsives Essverhalten kann neue Impulse für Erklärungsmodelle der BES geben. Unsere Ergebnisse aus der Grundlagenforschung können zudem zur Entwicklung neuer therapeutischer Interventionen verwendet werden.

## **Neuronale Grundlagen der Selbstregulation der Nahrungsaufnahme bei Patienten mit Essanfällen**

Skunde M.<sup>1</sup>, Friederich H.-C.<sup>1</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Herpertz S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Bei der Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating Störung (BES) kommt es zu wiederholt auftretenden Essanfällen, die oftmals mit einem schweren Kontrollverlust einhergehen. Die zugrundeliegenden neuronalen Mechanismen sind weitestgehend unbekannt. Das Ziel der Studie war es zu untersuchen, inwieweit spezifische Mechanismen der Impulskontrolle zu einer eingeschränkten Selbstregulation der Nahrungsaufnahme beitragen. Darüber hinaus sollten psychobiologische Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Patienten mit BN und BED untersucht werden.

Dazu wurden Personen mit BN (n = 28) und BES (n = 28) jeweils mit einer hinsichtlich Alter, Geschlecht und Körpergewicht angepassten Gruppe gesunder Personen (n = 29 und n = 28) verglichen und mittels funktioneller Bildgebung untersucht. Die Hirnaktivität wurde während der Durchführung einer Aufgabe zur Verhaltensinhibition gemessen. Das eingesetzte Nogo-Paradigma ermöglichte es dabei zwischen störungsspezifischen Reizen und unspezifischen Reizen zu differenzieren.

Es werden die Ergebnisse der funktionellen Bildgebungsuntersuchung vorgestellt. Eine whole-brain Analyse zeigte, dass sich Patienten mit BN und solche mit BES nicht signifikant von ihren gesunden Vergleichsgruppen unterschieden. Dies zeigte sich bei den Reaktionen auf Nahrungsreize als auch auf unspezifische Reize in der Impulskontrollaufgabe. Eine Subdifferenzierung der Patientengruppen anhand der Anzahl von Essanfällen ergab jedoch, dass Frauen mit stärker ausgeprägter BN im Vergleich zur Kontrollgruppe eine verminderte Aktivierung im rechten postcentralen Gyrus, rechten precentralen Gyrus, rechten Caudatus und dem rechten Putamen während der Reaktion auf unspezifische Reize zeigen. Bei Patienten mit stärker ausgeprägter BES konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe eine verminderte Reaktivität im rechten Precuneus und rechten Hippocampus auf Nahrungsreize nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse sprechen für ein generelles Inhibitionsdefizit bei Patienten mit schwerer BN, dem veränderte Aktivierungsmuster im cortico-striatalen Inhibitionsnetzwerk zugrunde liegen sowie für spezifische Inhibitionsdefizite bei schwerer BES, die mit

veränderter Aktivität in temporo-parietalen Bereichen assoziiert sind. Die verminderte Hippocampusaktivierung bei Patienten mit schwerer BES stützt dabei Befunde bisheriger Studien, in welchen dem Hippocampus eine zentrale Funktion in der Verhaltenskontrolle auf Nahrung zugeordnet wird.

## Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie

### Krankheitsbedingte Belastung und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten auf dem Land: Vergleich der Versorgungsmodelle in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg

Hartmann M.<sup>1</sup>, Sklenarova H.<sup>1</sup>, Zimmermann V.<sup>1</sup>, Haun M.W.<sup>1</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Im Nationalen Krebsplan wird vermutet, dass die psychoonkologische Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten nicht ausreichend ist. In Rheinland-Pfalz gibt es aus diesem Grund bereits seit 1978 ein flächendeckendes Netz von Krebsberatungsstellen zur niederschweligen Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen. Ziel des Projektes P-O-Land (Psychoonkologische Versorgung auf dem Land) ist es, dieses Versorgungsmodell im Vergleich zu der herkömmlichen Versorgung (wie sie beispielsweise in Baden-Württemberg realisiert ist) zu evaluieren.

**Methode:** Es wurden zwei vergleichbare ländliche Studienregionen in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg definiert als Beispiel für je eines der o.g. Versorgungsmodelle. Über niedergelassene Haus- und Fachärzte werden derzeit Krebspatienten rekrutiert, welche ein Fragebogenset mit Fragebögen zur krankheitsbezogenen Belastung (QSC-R10), Distress (PHQ4, NCCN Distress Thermometer) und Unterstützungsbedarf (SCNS) ausfüllen sowie Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten und zu den Wünschen hinsichtlich psychoonkologischer Versorgung beantworten. Jeder Patient soll darüber hinaus auch einen Angehörigen benennen, der ebenfalls ein paralleles Fragebogenset beantwortet.

**Ergebnisse:** Bislang wurden an n=371 Krebspatienten Fragebögen ausgeteilt, aktuell konnten Daten aus n=254 Patientenbögen gewonnen werden. Die Rücklaufquote liegt somit zurzeit bei 69%. Von den vorgesehenen n=500 Patienten konnten also bereits 51% rekrutiert werden. Zum Zeitpunkt des Kongresses werden wir zum einen die Belastung von Krebspatienten in den verschiedenen ländlichen Regionen darstellen und zum anderen Aussagen zu deren Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich psychoonkologischer Unterstützung machen können. Weiterhin werden wir ermitteln, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Versorgungsmodellen bezüglich der Inanspruchnahme und Belastung der Patienten gibt.

**Schlussfolgerungen:** Die oben beschriebene Studie gibt Aufschluss darüber, wie hoch die Belastung von Krebspatienten in ländlichen Regionen ist und ob sie psychoonkologische Versorgung in Anspruch genommen haben und/oder in Anspruch nehmen würden. Weiterhin kann geklärt werden, welche Wünsche hinsichtlich adäquater psychoonkologischer Angebote bestehen bzw. ob sich die Versorgungsqualität zwischen den Regionen unterscheidet.

Die Studie wird vom BMG im Rahmen der Ausschreibung „Forschung zum Nationalen Krebsplan“ gefördert (FKZ IIA5-2512 FSB 005).

### Psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen mit Mammakarzinom und gynäkologischen Malignomen: Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Ringwald J.<sup>1</sup>, Wochnowski C.<sup>1</sup>, Speiser N.<sup>1</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Mehnert A.<sup>2</sup>, Wallwiener D.<sup>3</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Tübingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsfrauenklinik Tübingen, Tübingen, Deutschland

Krebs stellt eine Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung dar. Eine Vielzahl von Patientinnen erleben im Therapieverlauf enorme physische, emotionale und soziale Beeinträchtigungen, die zur Entwicklung spezifischer Bedürfnisse und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung führen können. In der Literatur ist noch nicht eindeutig beschrieben, inwieweit sich Frauen mit verschiedenen Tumorentitäten und im Krankheitsverlauf in ihren Bedürfnissen und Unterstützungsbedarf überhaupt differenzieren. Ziel dieser Studie ist die Erfassung von Bedürfnissen in verschiedene Patientinnengruppen in Abhängigkeit von der Tumorerkrankung und Krankheitsphase.

Es wurden über 1172 Patientinnen mit Brustkrebs und diversen gynäkologischen Tumorerkrankungen in verschiedenen Krankheitsphasen über die Frauenklinik Tübingen, krebspezifische Netzwerke, Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Patientenforen rekrutiert. Für die Fragebogenerhebung wurde die deutsche Version des Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF-34-G) und ein für die Studie entwickelter Fragebogen zur Erfassung der individuellen Bedürfnisse und der soziodemographischen Daten eingesetzt.

Die ersten Ergebnisse weisen auf, dass sich die Patientengruppen nicht in den verschiedenen Themenbereichen des SCNS unterscheiden. Auch der Krankheitsstatus hat keinen signifikanten Einfluss auf die Bedürfnisentwicklung. Es werden bei allen Gruppen gleichermaßen Bedürfnisse nach Unterstützung im Bereich der psychologischen Themen angegeben.

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Frauen mit Krebs unabhängig von der Tumorart einen hohen Unterstützungsbedarf in verschiedenen Themenbereichen haben. Die Erkrankung und die

Krankheitsphase stellen keinen Prädiktor für einen spezifischen Bedarfsbereich wie Gesundheit, Sexualität, Schmerzen und psychologische Themen dar.

Für die Versorgung ist es deswegen wichtig, die Bedürfnisse der Patientinnen zu erkennen, damit die betroffenen Frauen frühzeitig und unabhängig von Krankheitsstatus oder Tumorentität von einem bedarfsorientierten psychoonkologischen Behandlungsangebot profitieren können.

## Die Wichtigkeit des subjektiven psychoonkologischen Bedarfs bei Patienten mit Krebserkrankungen im Dialog der „Psycho-Somatik“

Mayer S.<sup>1</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Bethge W.<sup>2</sup>, Eigentler T.<sup>3</sup>, Hoefert S.<sup>4</sup>, Wallwiener D.<sup>5</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Innere Medizin II - Onkologie, Hämatologie, Klinische Immunologie, Rheumatologie und Pulmologie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinik Tübingen, Dermatookologie, Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Klinik und Poliklinik f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Tübingen, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsfrauenklinik, Universitätsbrustzentrum, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Etwa ein Drittel der Krebspatienten leidet komorbid an einer psychischen Störung. Um Risikopatienten rechtzeitig zu identifizieren, werden in der aktuellen S3-Leitlinie Psychoonkologie diverse Instrumente empfohlen. Ferner soll der psychosoziale Unterstützungswunsch erfasst werden. Nach bisherigem Forschungsstand wurde jedoch deutlich, dass der subjektive Bedarf nicht mit der Belastungsmessung übereinstimmt. Bisher konnte die Forschung dazu jedoch nur wenige Erklärungsmöglichkeiten bieten.

**Methoden:** Patienten in verschiedenen Organkrebszentren erhielten das psychoonkologische Routine-Screening mit dem Hornheider Screening Instrument (HSI) sowie den Fragen nach Problembereichen des Distress Thermometers. Weiter gaben die Patienten ihren subjektiven Bedarf für eine psychoonkologische Unterstützung an und erhielten die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

**Ergebnisse:** N=2505 Patienten wurden in fünf verschiedenen Organkrebszentren untersucht (n=549 männlich, n=1956 weiblich, Alter: M=55,6 (SD13,4) Jahre). Von diesen zeigten 37,2% eine Belastung lt. HSI. 20,1% zeigten erhöhte Depressionswerte, 32,9% zeigten erhöhte Angstwerte in der HADS. 19,8% gaben einen subjektiven Unterstützungswunsch an. In der Belastungsmessung zeigten Patienten mit einem Unterstützungswunsch signifikant höhere Werte. Es wurden Zusammenhänge der Belastungsmessung mit der Frage nach dem subjektiven Unterstützungswunsch ausgearbeitet.

**Diskussion:** Die vorliegende Arbeit stellt unseres Wissens die

erste dar, die den subjektiven Bedarf nach einer psychoonkologischen Behandlung bei verschiedenen Tumorentitäten untersucht. Es wird deutlich, dass die Frage nach dem subjektiven Unterstützungswunsch im psychoonkologischen Routine-Screening einen eigenständigen Bereich erfasst, der gerade im Dialog der „Psycho-Somatik“ von Bedeutung ist.

## Internetangebote für Krebspatienten: Wer sind die Nutzer und was sind die Auswirkungen? Fragebogenerhebung im Online-Selbsthilfeforum Prostatakarzinom

Ihrig A.<sup>1</sup>, Brechtel A.<sup>1</sup>, Maatz P.<sup>2</sup>, Muck T.<sup>2</sup>, Huber J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, NCT Sektion Psychoonkologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Urologie, Dresden, Deutschland

**Hintergrund und Fragestellung:** Etwa 80% der von Prostatakarzinom betroffenen Patienten nutzen das Internet zur Informationssuche. Online-Selbsthilfeforen gewinnen dabei an Bedeutung und ihr Einfluss z.B. auf die individuelle Therapieentscheidung ist nicht bekannt. Patienten mit einem Prostatakarzinom im frühen Stadium stehen mit Operation (radikale Prostatektomie) und Bestrahlung zwei gleichwertig kurative Behandlungen zur Verfügung.

**Material und Methoden:** Im größten deutschen Online-Selbsthilfeforum zum Prostatakarzinom führten wir 2013 über 3 Monate eine Online-Umfrage durch. Wir erhoben soziodemographische, psychologische und krankheitsbezogenen Daten sowie Aspekte zur Informationssuche.

**Ergebnisse:** 686 vollständige Fragebögen von Patienten mit der Diagnose Prostatakarzinom wurden ausgewertet. Die Patienten waren im Mittel 65 Jahre alt, 60% waren Rentner, 89% hatten eine Partnerin, 86% hatten Kinder, 47% hatten Abitur, 93% Deutsch als Muttersprache, 33% leben in Gemeinden mit weniger als 10000 Einwohnern. Der mittlere Bodymassindex war mit 26,9 kg/m<sup>2</sup> leicht erhöht.

Im Distress-Thermometer gaben 38% eine erhöhte Belastung an. Die globale Lebensqualität wurde im EORTC mit 68 von 100 etwas niedriger eingeschätzt als in Referenzpopulationen. Im Patient Health Questionnaire (PHQ-4) wurde bei 14% Depressivität und bei 12% Ängstlichkeit festgestellt.

In der Degner-Skala zur Behandlungsentscheidung tendieren die Forenteilnehmer zu 58% zu einem selbstbestimmten Entscheidungsprozess, während nur 2% dies den behandelnden Ärzten überlassen wollen.

Aufgrund der Forumsnutzung änderten 200 (29%) ihre initiale Therapieentscheidung. Die Änderung der Therapieentscheidung führte zu mehr Strahlentherapien (46% vs. 36%). Entsprechend wurden Operationen seltener gewählt (52% vs. 75%).

**Schlussfolgerungen:** Die Nutzer von medizinischen Onlineangeboten sind häufig Patienten mit einem höheren Bildungsgrad, die eigenständig medizinische Therapieentscheidungen treffen möchten.

Die Nutzung von Onlineforen verändert bei Prostatakarzinompatienten die ursprüngliche Therapieentscheidung hin zu nicht-operativen Therapieverfahren.

Der Einfluss von Onlineforen auf die Entscheidungsprozesse und das emotionale Befinden von Patienten sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

## **Die Perspektive von Patienten in onkologischen Gesprächen: Was erwarten sie in der Kommunikation mit ihren behandelnden Ärzten? Eine qualitative Erfassung.**

Freund J.<sup>1</sup>, Niglio de Figueiredo M.<sup>1,2</sup>, Fritzsche K.<sup>1</sup>, Wünsch A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, TU München, Sektion Psychosoziale Onkologie, München, Deutschland

**Hintergrund:** Bei der Versorgung von Krebspatienten spielt patientenzentrierte Kommunikation eine wichtige Rolle. Die oftmals schwierige Situation dieser Patienten geht auch mit besonderen Kommunikationsbedürfnissen einher, wobei der behandelnde Arzt eine zentrale unterstützende Funktion einnimmt. Verschiedene, von Experten generierte Modelle beschreiben, was unter „guter Kommunikation“ zu verstehen ist. Sie werden durch Untersuchungen mit gesunden Laien bestätigt. Patientenbeurteilungen von erfolgten Gesprächen unterliegen allerdings verschiedenen Einschränkungen und zeigen niedrige Korrelationen mit anderen Erhebungsmethoden wie objektiven Ratings. Dieser Beitrag konzentriert sich auf die Patientenperspektive vor einem Arztgespräch und geht der Frage nach, worauf ihrer Meinung nach der Arzt in der Kommunikation mit ihnen besonders achten sollte.

**Methode:** Im Rahmen einer noch laufenden Evaluationsstudie zur Arzt-Patienten-Kommunikation wurden Patienten unmittelbar vor einem Arztgespräch nach dem Grad ihrer Belastung gefragt, und, welches Hauptanliegen sie mit dem bevorstehenden Gespräch verbinden sowie worauf der Arzt in der Kommunikation besonders achten sollte. Patienten hatten die Möglichkeit, ihre Antworten in einem Freitext anzugeben. Die so von 166 Patienten gewonnenen Daten wurden kategorisiert, systematisch qualitativ ausgewertet und mit der bestehenden Literatur in Zusammenhang gebracht.

**Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt des Kongresses werden erste Ergebnisse vorgestellt. Am häufigsten genanntes Anliegen ist die Klarheit und Verständlichkeit der vom Arzt gegebenen Informationen, gefolgt vom Wunsch nach emotionaler Unterstützung. Auch verschiedene, aus der Forschung bekannte kommunikative Techniken wurden durch die Patienten benannt. Zum Zeitpunkt der Konferenz werden Ergebnisse vorliegen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Belastung und der Art der Erwartungen vorliegt.

**Diskussion:** In dem Beitrag wird qualitativ erfasst, was aus Patientenperspektive in Gesprächen mit ihrem behandelnden Onkologen wichtig ist. Weiterhin werden zum Zeitpunkt der Konferenz die ausgewerteten Daten in Zusammenhang mit bestehenden Kommunikationsmodellen gestellt. Es stellt sich die Frage, wie die Patientenperspektive über Fragebögen hinaus methodisch erfasst werden kann. Im Rahmen der Interventionsstudie stellt sich zudem die Frage, ob Ärzte nach einem Kommunikationstraining besser in der Lage sind, sich auf die individuellen Präferenzen der Patienten einzustellen.

## **Schnittstellen psychosomatischer Kompetenz im Allgemeinkrankenhaus**

### **Gruppentherapeutisches Konzept als Erweiterung des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes**

Drandarevski A.<sup>1</sup>, von Mahrenholz M.<sup>1</sup>, Schulz A.<sup>1</sup>, Kress D.<sup>1</sup>, Wunderlich S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DRK Kliniken Berlin | Wiegmann Klinik, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>DRK Kliniken Berlin | Westend, Klinik für Innere Medizin - Schwerpunkt Diabetologie, Berlin, Deutschland

Aufgrund einer Fragestellung nach konsiliarischer Unterstützung in der Klinik für Diabetologie, Angiologie und Abhängigkeitserkrankungen haben wir ein gruppentherapeutisches Behandlungsmodell entwickelt, an dem krankheitsübergreifend durchschnittlich 8 Patienten einmal die Woche für 60 Minuten teilnahmen. Aufgrund der kurzen Verweildauer ergaben sich hieraus überwiegend neue Gruppenkonstellationen, bei denen es dennoch möglich war eine Gruppenkohäsion zu erreichen, um sowohl psychoedukative Themen (wie z.B. An- und Entspannung, Nähe und Distanz, Schwierigkeiten der Krankheitsakzeptanz) als auch andere individuelle Anliegen zu bearbeiten. Wichtige Effekte bestanden auch in den interpersonalen Erfahrungen im Rahmen einer Gruppentherapie, bei der einige Patienten erstmals ihre Problematik als teil- und mitteilbar erlebten.

In der Literatur der psychotherapeutischen Ansätze im Konsil- und Liaisondienst gibt es sehr verschiedene Herangehensweisen, sowohl nach der therapeutischen Methode als auch zwischen den psychiatrischen und psychosomatischen Fachrichtungen, jedoch stießen wir hierbei auf keinerlei gruppentherapeutische Versorgungsstrukturen. Je nach Quelle variiert der Anteil von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen bis hin zu 36 % an einem Allgemeinkrankenhaus, die in einem Drittel der Fälle primär überwiegend körperliche Beschwerden beklagen. Somit gehen wir davon aus hiermit ein mögliches integriertes Behandlungsmodell zu kreieren, in dem auch eine größere Anzahl von Patienten erreicht werden könnte.

Geplant ist die Durchführung einer ein- bis zweimalig pro Woche stattfindenden Konsilgruppe à 60 min, die zunächst stationsnah von 1-2 psychosomatischen Kollegen durchgeführt wird. Zunächst werden wir dies in Zusammenarbeit mit den internistischen Abteilungen durchführen, so dass wir überwiegend somatoforme und funktionelle Störungen erwarten. Die Gruppenleitung orientiert sich an der tiefenpsychologisch fundierten Methode mit interaktioneller Betonung, so dass die gruppentherapeutische Situation sowohl zur diagnostischen Beurteilung als auch zu - mit den somatischen Kollegen - abgestimmten Behandlungsempfehlungen dient.

Durch den Austausch über gemeinsame Patienten erwarten wir auch einen vermehrten gegenseitigen Austausch über Krankheitsverständnis und Behandlungsformen, was insgesamt zu einem vertieften Verständnis zwischen somatischen und psychosomatischen Abteilungen führen kann.

## **Symposium Schnittstellen psychosomatischer Kompetenz in Allgemeinkrankenhaus: Impulsvortrag: Psychosomatik und Naturheilkunde als Ergänzungsreihe**

von Arnim A.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Immanuel-Krankenhaus Berlin, Abteilung für Naturheilkunde, Berlin, Deutschland*

Ein großer Teil der chronisch kranken stationären oder teilstationären Patient/innen der Naturheilkunde sind komplex traumatisiert und haben eine lange, oft entwürdigende Geschichte mit Einrichtungen des Gesundheitswesens hinter sich. Sie suchen in der Naturheilkunde eine „sanfte, sie nicht mit Chemie weiter bombardierende“ Medizin.

Sie werden auf der Station mit einer breiten Palette von Anwendungen am Körper, sowie Naturmedikamenten und Entspannungskursen sowie Kunsttherapie behandelt. Viele Patienten führen ein „Heilfasten“ durch, um den Körper von Belastendem zu „entgiften“. Dabei tauchen oft sehr belastende Erinnerungen auf, die in Stationsalltag oft nicht ausreichend aufgefangen werden können, im Gegenteil retraumatisieren sich die Patient/innen oft gegenseitig, z.B. wenn sie sich gegenseitig „Ihr Herz ausschütten“ oder es zu Konflikten in den engen Dreibettzimmern kommt. Auch die überwiegend heilsamen und beruhigenden Körperanwendungen können bei Traumapatient/innen zu Trauma-Reaktivierungen oder sogar zu Retraumatisierungen führen, z.B. im Rahmen von bestimmten Physiotherapie-Interventionen oder bei engen Wickeln oder einer Blutegelbehandlung oder beim Aufenthalt in der Kältekammer.

Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst bietet Krisen- und Klärungsgespräche von 45 Minuten Dauer an, einerseits zur entlastenden Krisenintervention, andererseits zur Indikationsstellung für ambulante oder stationäre Psychosomatische Psychotherapie und zur Motivationsförderung dafür. Einmal in der Woche findet eine einstündige psychosomatische Patientengruppe statt,

die - angelehnt an das PISO-Studien-Konzept - psychoedukativ, stabilisierend, ressourcenaktivierend und von Körperwahrnehmungsangeboten begleitet durchgeführt wird. Darüber hinaus wird regelmäßig mit dem Ärzteteam und auch mit dem gesamten Stationsteam sowie mit dem Gesamtteam der Abteilung gearbeitet, in Form von Fallbesprechungen, Teamsupervision, Gesamtteam-Fortbildungen. Außerdem werden Veranstaltungen für die Gesamtklinik und niedergelassene Kolleg/innen organisiert. Dies alles allerdings bisher nur mit einer einzigen Fachärztin für Psychosomatik. Im Vortrag sollen Möglichkeiten, Chancen und Grenzen dieses Settings dargestellt und danach gemeinsam diskutiert werden.

## **Psychosomatischer Liaisondienst am Beispiel der integrativen Versorgung von Schmerzpatienten**

Quetz M.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland*

Es wird das integrative Versorgungskonzept: „Interprofessionelle multimodale Therapie von chronischen Schmerzpatienten am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe unter Schwerpunkt der psychosomatischen Liaisonversorgung“ vorgestellt.

## **Modell der Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in einer ländlichen Region an einem Allgemeinkrankenhaus (Brandenburg) mit einer Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Bergander B.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Oberhavel Kliniken, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hennigsdorf, Deutschland*

Wie kann die Kommunikation und Behandlung in einer ländlichen Region mit weiten Wegen zwischen Patienten - niedergelassenem Arzt - Fachabteilung für Psychosomatische Medizin in einem Allgemeinkrankenhaus verbindlich, effizient und transparent gestaltet werden.

Am Modell der Versorgungsstruktur der Oberhavel Kliniken Klinik Hennigsdorf im Fachbereich Psychosomatische Medizin wird die Zusammenarbeit mit den Einweisern (meist Hausärzten) dargestellt. Die Abteilung verfügt über eine Ambulanz, eine Station und die Möglichkeit einer **niederschweligen ambulanten Gruppenbehandlung**, sowie einen Konsil- und Liaisondienst. Eine integrative Zusammenarbeit mit den somatischen Fächern erweitert das Behandlungsspektrum und ermöglicht auch die Behandlung von komorbid erkrankten Patienten.

Die stationäre Behandlung kann als diagnostische oder therapeutische Aufnahme erfolgen. Die Behandlung umfasst Einzel- und Gruppentherapie, Kreativtherapien, körperzentrierte Verfahren,

Soziotherapie, Psychoedukation und körperliche Aktivierung. Der Erstkontakt mit dem diagnostischen Gespräch stellt bereits ein niederschwelliges Versorgungsangebot für den Patienten dar und fördert ein erstes psychosomatisches Krankheitsverständnis. Die weitere Behandlungsplanung wird durch einen Arztbrief abgesichert und stellt eine erste Entlastung für den niedergelassenen Arzt dar.

Eine Besonderheit in diesem Behandlungsrahmen und Schwerpunkt des Vortrages ist das **niederschwellige Gruppenangebot** mit dem Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme oder weiterführenden ambulanten Therapie überbrückt werden können. Von den Patienten wird dies Angebot ausgesprochen gern angenommen, als stützend beschrieben, es entwickeln sich oft neue soziale Kontakte und vor allem Ängste vor der psychotherapeutischen Arbeit reduziert sich.

## Tinnitus und chronische Schmerzkrankungen

### Tinnitusbelastung und kognitive Leistungsfähigkeit

Brüggemann P.<sup>1,2</sup>, Riemer N.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>2</sup>, Mazurek B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Tinnituszentrum, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m. S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland

**Einführung:** Als Ursache des subjektiven Tinnitus gelten Dysfunktionen im auditorischen System, wobei im veränderten Zusammenspiel verschiedener Hirnregionen zentrale Funktionen der Aufmerksamkeitssteuerung einbezogen sein sollen. Es wird der Zusammenhang der Tinnitusbelastung mit Höreinschränkung und kognitiven Leistungen bezüglich Konzentration und Umstellfähigkeit untersucht.

**Methoden:** Hierzu wird bei einer Stichprobe von 100 Patienten die Tinnitusbelastung über den Tinnitusfragebogen nach Göbel und Hiller gemessen und statistische Zusammenhänge zwischen Tinnituscores, audiometrischen Daten, dem psychologischen Stressniveau (Perceived stress questionnaire, PSQ), der Konzentrationsfähigkeit (d2) und der kognitiven Umstellfähigkeit (Stroop) sowie weiteren psychosozialen Daten (Alter, Geschlecht, Bildung) hergestellt.

**Ergebnisse:** Es ergeben sich signifikante Korrelationen zwischen Tinnitusbeeinträchtigung und Konzentrationsleistung als auch kognitiver Umstellfähigkeit sowie zwischen den beiden Leistungstests. Im Regressionsmodell zur Erklärung der Konzentrationsleistung/d2 zeigen sich signifikante Koeffizienten zur Gesamtstressbelastung, resultierend aus signifikanten Zusammenhängen zu den Unterskalen Freude, in der Tendenz auch Sorgen und Anforderungen. Im Regressionsmodell zur Erklärung der kognitiven Umstellfähigkeit /Stroop zeigen sich signifikante Koeffizienten zur Unterskala Anspannung und in der Tendenz zum PSQ Gesamtsco-

re und den Unterskalen Sorgen und Anforderungen.

**Zusammenfassung:** Die Ergebnisse lassen sich gut in Modelle eines spezifischen, kortikalen „Distress-Netzwerkes“ einordnen, wobei hier an einer großen Stichprobe der Einfluss psychometrischer und audiologischer Parameter auf kognitive Leistungsfähigkeit präzisiert werden konnte. Es konnte nachgewiesen werden, dass starke Tinnitusbelastung besonders mit Leistungseinbußen in Bereichen einhergeht, bei denen präfrontale Verarbeitungsmechanismen eine bedeutende Rolle spielen. Weiter zeigen sie signifikante Zusammenhänge zu Stressparametern, Hörvermögen, aber auch Sozialdaten wie Familienstand und Arzt-Patienten-Interaktion bzw. gesundheitsbezogene Ängste/ Somatisierung.

### Medienbasierte und Face-to-face-Trainings in der Tinnitusbewältigung bei depressiv belasteten Patienten - Hinweise auf differentielle Indikationskriterien?

Jäger B.<sup>1</sup>, Nyenhuis N.<sup>2</sup>, Weise C.<sup>3</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>, Kröner-Herwig B.<sup>2</sup>, Sarah Z.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik & Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Göttingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, Marburg, Deutschland

Die Wirksamkeit von Tinnitusbewältigungs-Ansätzen, insbesondere kognitiv-behavioraler Orientierung, kann sowohl für chronisch kranke Patienten (vgl. Heinicke, Weise und Rief 2009) wie auch für akut und subakut Erkrankte (Nyenhuys et al. 2012) als gut belegt gelten. Ein Nutzen der Bewältigungstrainings zeigt sich sowohl in klassischen Settings der Beratung oder Gruppenbehandlung wie auch als medien- und webbasierte Selbstmanagementtrainings. Bei Verfügbarkeit dieser sehr unterschiedlichen Angebote entsteht die Frage nach differentiellen Indikationskriterien.

Als sekundäre Fragestellung eines BMBF-geförderten Vergleichs zwischen einem Internettraining, einem Gruppentraining, einer Übungsbroschüre und einer (Placebo-)Infobroschüre wurde die Hypothese geprüft, dass Patienten mit höheren Depressivitätsscores signifikant besser von einem Face-to-face Therapieansatz profitieren. 163 Patienten wurden randomisiert und nach 0, 3 und 12 Monaten untersucht, 145 Patienten konnten in die Analysen einbezogen werden. Die Hypothesenprüfung erfolgte via GLM- und Mixed-models-Ansatz bei Maximum-likelihood basierter Imputation als Intend-to-treat Analyse.

In der 3-faktoriellen Varianzanalysen bildet sich ein signifikant unterschiedlicher Mittelwertverlauf zwischen den depressiveren und den nicht-depressiven Patienten ab [TF-Fragebogen,  $F_{DEPR} = 102.84$  (df=1):  $p < .001$ ] wie auch für die Interaktion zweiter Ordnung zwischen Behandlungstyp, Depressivität und Zeit [ $F_1 = 2.72$  (df=5.58):  $p < .05$ ]. Die Überprüfung des Ergebnisses nur für die effektivsten Behandlungstypen ‚Gruppe‘ und ‚Internettraining‘ via Mixed-models Ansatz konnte die unterschiedlichen Verläufe bestätigen, [F

= 4,17 (df=1,82):  $p < .05$ ] eine Inspektion der Mittelwerte ergab, dass der Unterschied von besseren Ergebnissen der depressiveren Gruppe in der Face-to-face Bedingung herrührte.

Wie angenommen zeigen sich kvt-orientierte face-to-face wie auch medienbasierte Behandlungen als sehr wirksam, bei einer Komorbidität mit Depressivität erscheinen Face-to-Face-Behandlungen aber günstiger. Weiter Analysen sollen die Ursache dieses Unterschieds ergründen.

## Stresserleben und Kohärenzgefühl bei Tinnitus-Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter

Seydel C.<sup>1</sup>, Brüggemann P.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>2</sup>, Mazurek B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Tinnituszentrum, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland

**Einleitung:** Stresserleben und Kohärenzgefühl gelten als Einflussfaktoren bei Tinnitus. Es fehlen umfassende Studien zur Abhängigkeit dieses Zusammenhangs von Geschlecht und Alter. Daher wurden hier die Korrelationen zwischen Tinnitus-Belastung und Stresserleben bzw. Kohärenzgefühl und deren Abhängigkeit von Geschlecht und Alter analysiert.

**Methode:** Von 568 weiblichen und 541 männlichen Patienten wurden die prätherapeutischen Daten erhoben und die psychometrischen Parameter mittels Tinnitusfragebogen (TF), Stressfragebogen (PSQ) und Sense of Coherence (SOC) gemessen.

**Ergebnisse:** Es bestehen Korrelationen zwischen TF und PSQ bzw. SOC, jedoch sind diese bei den Männern enger als bei den Frauen. Das betrifft besonders die Korrelationen zwischen den TF-Subskalen „Emotionale Belastung“ (Em), „Kognitive Belastung“ (Co) sowie „Schlafstörungen“ (SL) und dem PSQ. Die Korrelationen zwischen den TF-Subskalen Em, Co und SL und dem SOC sind ebenso bei den Männern enger als bei den Frauen. Berechnet man den Zusammenhang der Werte in den 3 Altersgruppen (< 45, 45-59, ab 60) getrennt, ergeben sich die größten Unterschiede in der Gruppe ab 60. Bei den Frauen dieser Altersgruppe bestehen deutlich schwächere Korrelationen zwischen TF und PSQ bzw. SOC als bei den Männern. In der Gruppe < 45 finden sich keine Unterschiede. In der mittleren Altersgruppe unterscheiden sich nur die Korrelationen zwischen SL und PSQ bzw. SOC sehr deutlich. Hier ist die Korrelation bei den Frauen sehr schwach.

**Schlussfolgerungen:** Es konnten Korrelationen zwischen Stresserleben, Kohärenzgefühl und Tinnitus-Belastung nachgewiesen werden, bei den Männern jedoch deutlich stärker als bei den Frauen. Die größten Geschlechtsunterschiede zeigten sich in der ältesten Gruppe. Diese Erkenntnisse könnten Tinnitus-Therapien weiter verbessern und optimieren.

## A meta-analysis of guided self-help for the management of chronic pain

Liegl G.<sup>1</sup>, Boeckle M.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Zentrum für Psychosomatische Medizin und Supervision, Krems, Österreich

Chronic pain is affecting 15% to 30% of children and adults and causes major medical and socioeconomic problems in Western countries. Conventional therapy concepts have limitations concerning their cost-benefit ratio and availability. Guided self-help (GSH) might be a low-threshold and cost-effective treatment option for pain patients. In recent years, different GSH interventions for chronic pain have been developed. The aim of this meta-analytic review was to quantify the effectiveness of these treatments based on randomized controlled trials. Primary outcome was pain severity, secondary outcomes were impairment and quality of life. Additionally, we examined the moderating effects of online-delivered interventions, face-to-face therapist contact and age of patients (adult vs. child). Systematic literature search of electronic databases (MEDLINE, SCOPUS, PsycINFO, PSYINDEX, CENTRAL) and previous systematic reviews identified 16 eligible studies, including 739 subjects. Between-group analyses resulted in a small short-term effect size for pain severity and for pain impairment. The pooled effect size for quality of life did not reach significance. Within-group analysis found an increased effect on pain severity from post-treatment to follow-up. The effectiveness of GSH interventions did not vary in the form of application, the form of therapist contact or age of the patients (child vs. adult). In sum, different guided self-help formats have small, but homogeneous effects for patients with various chronic pain conditions and for different patient populations. It seems sensible to integrate guided self-help programs in clinical practice, either by adding to an ongoing treatment or when other treatments are not possible respectively accepted.

## Chronischer Unterbauchschmerz der Frau: Ursachen, Diagnostik und Therapie aus gynäkologischer Sicht

Siedentopf F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Martin-Luther-Krankenhaus, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin, Deutschland

Beim chronischem Unterbauchschmerz ist stets eine kritische Abwägung zwischen erhobenen Befunden und ihrer Bedeutung für die tatsächliche Schmerzgenese erforderlich, dabei sind Diagnostik und Therapie in die Arzt-Patientinnen-Beziehung eingebettet. Die Einbeziehung des bio-psycho-sozialen Modells bildet hierfür die Grundlage der therapeutischen Haltung für das ärztliche Handeln (Psychosomatische Grundversorgung, Psychotherapie, operative Therapie, medikamentöse Behandlung). Für die operative Diagnostik und Therapie wird die Laparoskopie als Instrument



der Wahl empfohlen, auch wenn die eingeschränkte Datenlage bezüglich definierter Maßnahmen z.B. der Adhäsion zu berücksichtigen ist. Die häufigsten intraoperativ erhobenen Befunde sind Endometriose und Adhäsionen. Eine besonders kritische Abwägung ist bei wiederholten laparoskopischen Eingriffen erforderlich.

Der Heilungsverlauf stellt an alle Beteiligten eine hohe Herausforderung an das Zeitmanagement und auch im Hinblick auf die Bewältigung von Rückschlägen und Frustration dar. Die dabei ausgelösten, oft unbewussten emotionalen Empfindungen können schwerwiegende Auswirkungen auf die Arzt-Patientinnen-Beziehung haben und im extremen Fall von vernachlässigender Diagnostik und Therapie bis zu nicht gerechtfertigten invasiven Eingriffen führen.

Im Vortrag wird die aktualisierte S2k-Leitlinie zum Chronischen Unterbauchschmerz der Frau dargestellt und berücksichtigt.

## Psychokardiologie

### Prävalenz psychischer Störungen bei depressiven Koronarpatienten mit und ohne Typ D Persönlichkeit. Ergebnisse der multizentrischen SPIRR-CAD Studie

Albus C.<sup>1</sup>, Lambertus F.<sup>1</sup>, Fritzsche K.<sup>2</sup>, Hamacher S.<sup>3</sup>, Hellmich M.<sup>3</sup>, Jünger J.<sup>4</sup>, Ladwig K.-H.<sup>5</sup>, Michal M.<sup>6</sup>, Ronel J.<sup>7</sup>, Schultz J.<sup>4</sup>, Vitinius F.<sup>1</sup>, Weber C.<sup>8</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Universität zu Köln, Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universität zu Köln, Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>5</sup>Helmholtz-Zentrum, Epidemiologie-2, Neuherberg, Deutschland, <sup>6</sup>Universitätsmedizin Mainz, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>7</sup>TU München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>8</sup>Charite, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>9</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

Das Vorliegen einer Typ D Persönlichkeit, psychometrisch erfasst als Kombination von negativer Affektivität (Depressivität, Ängstlichkeit, Irritabilität) und sozialer Hemmung, ist prospektiv signifikant mit einer erhöhten Mortalität bei koronarer Herzkrankheit (KHK) verknüpft. Bislang liegen jedoch keine Untersuchungen über den Zusammenhang der Typ D Persönlichkeit mit interview-basierten Diagnosen psychischer Störungen vor. Ziel der aktuellen Untersuchung war es, die Prävalenz psychischer Störungen bei depressiven KHK-Patienten mit und ohne Typ D Persönlichkeit zu erfassen.

Querschnittsuntersuchung an KHK-Patienten der SPIRR-CAD Studie mit HADS-Depressions-Score >7. Erfasst wurden soziodemographische und klinische Daten, Depressivität (HADS, HAM-D), Typ-D Persönlichkeit (DS-14) sowie psychische Störungen nach DSM-IV (SKID I & II). Die Ergebnisse wurden mittels t-Test, Kontingenztafelanalyse sowie logistischer Regressionsanalyse zur Kontrolle möglicher Confounder berechnet.

570 depressive KHK-Patienten (Alter 59,2±9,5 J.; männl. 78,9%, HADS-D 10,4±2,5; HAM-D 11,3±6,6; Typ D 60,1%) wurden untersucht. 78,9% der Patienten mit Typ D Persönlichkeit und 73,1% der non Typ D litten an mindestens einer psychischen Störung (p= ,129), wobei Typ D Patienten signifikant häufiger mehr als eine psychische Störung aufwiesen (p= 0,004). Patienten mit Typ D Persönlichkeit wiesen im Vergleich zu non Typ D signifikant häufiger eine soziale Phobie [Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall): 3,79 (1,10 bis 13,12); p= 0,035], Dysthymie [1,78 (1,12 bis 2,84); p= 0,015] sowie zwanghafte [2,25 (1,04 bis 4,86); p= 0,038] und vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen [8,95 (2,08 bis 38,49); p= 0,003] auf. Die Anteile affektiver Störungen oder sonstiger Angst- bzw. Persönlichkeitsstörungen waren nicht unterschiedlich.

Mit dieser Untersuchung konnte erstmals gezeigt werden, dass eine Typ-D Persönlichkeit bei depressiven KHK-Patienten vermehrt mit komplexen und überdauernden psychischen Störungen wie sozialer Phobie, Dysthymie und Persönlichkeitsstörungen des Cluster C nach DSM IV assoziiert ist. Dies impliziert deutlich erhöhte Anforderungen an die psychotherapeutische Behandlung als bei non Typ D.

Gefördert durch die DFG (HE 3115/10-1, HE 3115/10-2, AL 559/2-1, AL 559/2-2) sowie das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauforschung (DZHK). Das Zentrum für Klinische Studien Köln (ZKS Köln) wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (01KN1106).

### Cortisol-Aufwach-Reaktion bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit - erste Daten aus der SPIRR-CAD Studie

Weber C.S.<sup>1</sup>, Rudat M.<sup>1</sup>, Michal M.<sup>2</sup>, Ronel J.<sup>3</sup>, Ladwig K.-H.<sup>4</sup>, Orth-Gommer K.<sup>5</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>6</sup>, Albus C.<sup>7</sup>, Deter H.C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>4</sup>Helmholtz Zentrum München, Epidemiologie - Mental Health, München, Deutschland, <sup>5</sup>Karolinska-Institut, Osher Center, Stockholm, Schweden, <sup>6</sup>Universität Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland, <sup>7</sup>Universität Köln, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Köln, Deutschland

**Einleitung:** Die SPIRR-CAD Studie ist eine DFG-geförderte Multicenter Studie (PI: CHL und CA), die den Einfluss einer standar-

disierten psychotherapeutischen Gruppenintervention versus Routineversorgung bei depressiven (HADS>7) KHK-Patienten untersucht (Albus et al 2011). Cortisol gilt als biologischer Stressmarker. Zusammenhänge mit Depression und subjektivem Stresserleben wurden berichtet.

**Methode:** In der vorliegenden Sub-Studie untersuchten wir in drei der 10 Studienzentren Speichelcortisolproben zu zwei Messzeitpunkten (T0b, T3), und zwar jeweils die Cortisol-Aufwachreaktion (CAR, +0, +30, +45 und +60 min nach dem Aufwachen) und das Late-Night-Cortisol (vor dem Schlafengehen). Cortisolkonzentrationen wurden mittels Radioimmunoassay ermittelt. Bisher liegen Daten aus dem Studienzentrum Berlin (22 Patienten) vor. Weitere Auswertungen der Datensätze aus Mainz (n=28) und München folgen.

**Ergebnisse:** Eine erste Auswertung der Berliner Datensätze zum Zeitpunkt T0b mittels ANOVA mit Messwiederholung (CAR, 4 Zeitpunkte) ergibt einen signifikanten Zeiteffekt ( $F[df2,360]=4,531$ ;  $p=0,012$ ), mit einem signifikanten Anstieg von 11,2 nmol/l auf 16,7 nmol/l innerhalb der ersten 30 min ( $F[df1]=7,612$ ;  $p=0,012$ ). Zu T3 sehen wir einen quadratischen Zeiteffekt (Innersubjekt-kontrast) ( $F[df1]=4,330$ ;  $p=0,051$ ), mit einem nicht signifikanten Anstieg innerhalb der ersten 30 min (von 13,8 auf 16,2 nmol/l) und einem signifikanten Abfall innerhalb der ersten 60 min (+30 min: 16,2 nmol/l; +45 min: 14,3 nmol/l; +60 min: 12,0 nmol/l) ( $F[df2]=4,912$ ;  $p=0,012$ ). Die Late-Night-Cortisol-Werte zeigen sich zu beiden Zeitpunkten signifikant niedriger als die Aufwachwerte (T0b: 11,2 vs 4,7 nmol/l;  $F[df1]=14,883$ ;  $p=0,001$ ; T3: 13,2 vs 3,0 nmol/l;  $F[df1]=27,413$ ;  $p<0,0001$ ).

**Diskussion:** In ersten Auswertungen der Cortisol-daten aus dem Berliner Studienzentrum sehen wir eine der Literatur entsprechende Cortisol-Aufwachreaktion. Das Late-Night-Cortisol liegt zu beiden Zeitpunkten ebenfalls entsprechend der Literatur deutlich niedriger als die Morgenwerte. Positive Assoziationen mit psychometrischen Variablen (Angst, Depressivität) werden hypothesisiert und bei Vorliegen aller Daten geprüft. Die Diskussion fokussiert die biophysiological Zusammenhänge von Cortisol, Depression und Entstehung bzw. Prognose der pathogenen vaskulären Prozesse bei KHK.

## Memory performance and executive function in chronic heart failure patients prior to and after MitraClip intervention

Nikendei C.<sup>1</sup>, Schäfer H.<sup>1</sup>, Bartolovic M.<sup>2</sup>, Weisbrod M.<sup>2</sup>, Katus H.<sup>3</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Pleger S.<sup>3</sup>, Schultz J.-H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abtl. für Allg. Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Innere Medizin III, Heidelberg, Deutschland

**Introduction:** Severe heart failure (HF) represents a prevalent disease, that remains deadly and costly, although being treatable. There is ample evidence of cognitive impairment in HF patients, reflected in an affection of various cognitive domains with a predominant impairment of attention, psychomotor processing speed, memory performance, as well as executive function. Beyond cognitive dysfunction, HF has shown to result in a significant reduction of physical as well as psychological well-being, with quality of life being closely related to severity of HF, cognitive dysfunction and comorbid depression. Recently, the MitraClip™ device has evolved as a promising interventional tool for the treatment of HF patients with severe mitral regurgitation to reduce the mitral valve leakage that underlies MR. However, so far there exists only rare knowledge on effects of MitraClip intervention on cognitive and psychosocial patient variables.

**Methods:** In a pre-post-interventional controlled trial, 24 HF patients with medical indication for MitraClip-implantation were compared to 23 healthy age- and sex-matched control participants without medical history of HF pre and post mitralclip-intervention. Cognitive domains were assessed using Cogbat test systems, psychometric assessment was realized with the Patient Health Questionnaire (PHQ), SF-36, and state trait anxiety inventory (STAI).

**Results:** Results did show significant interaction effects for memory and planning capabilities with significantly superior memory performance and planning capabilities, even when controlled for age, sex, and school career. Neither depression nor anxiety did have a significant influence on cognitive parameters.

**Discussion:** Minimal interventional MitraClip leads to a superior memory performance and planning capabilities post MitraClip intervention. Results are discussed in regard to implications for patient's adherence and possible outcome of HF disease.

## Hypertoniker mit Bindungsangst zeigen eine verstärkte Blutdruckantwort auf bindungsbezogenen Stressor

Balint E.<sup>1</sup>, Klinghammer J.<sup>1</sup>, Funk A.<sup>1</sup>, Campbell S.<sup>1</sup>, Ehrenthal J.C.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Ulm Psychosomatik, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Arterielle Hypertonie wird mit einem unsicheren Bindungsstil in Verbindung gebracht. Der vermittelnde Mechanismus ist noch nicht geklärt. Eine verstärkte Blutdruckantwort bei sozialen Interaktionen bedingt durch Bindungsunsicherheit kann dazu beitragen. Daher war unser Ziel, experimentell zu überprüfen, ob Hypertonie-Patienten insbesondere mit höherer bindungsbezogener Angst bei einem bindungsbezogenen Stressor einen stärkeren Blutdruckanstieg zeigen als Hypertonie-Patienten mit weniger bindungsbezogener Angst.

**Material und Methoden:** 49 Patienten mit essentieller arterieller Hypertonie wurden aufgefordert, 5 Min. über ein Ereignis zu berichten, bei dem sie sich einsam und verlassen gefühlt hatten

(Separation Recall, SR). Die Messungen von Blutdruck und Herzfrequenz erfolgten nach einer 10 min. Ruhephase, einem Interview zur Erhebung der Bindungsrepräsentanz, nach dem SR und nach einer erneuten 10 min. Ruhephase. Bindungsbezogene Angst und Vermeidung wurden mittels des Selbstbeurteilungs-Fragebogens „Experiences in Close Relationships - Revised“ bestimmt. Medikamente, Diagnosen, ambulanter Blutdruck und Herzfrequenz wurden erhoben.

**Ergebnisse:** Im hierarchischen linearen Modell zeigte sich ein signifikanter Anstieg und Abfall von Blutdruck und Herzfrequenz. Höhere bindungsbezogene Angst war mit einem höheren Anstieg des mittleren arteriellen Blutdrucks und bindungsbezogene Vermeidung mit einem höheren Anstieg der Herzfrequenz verbunden, unter statistischer Kontrolle des jeweils anderen bindungsbezogenen Faktors und der im Modell signifikanten Interaktionen von Alter und ambulantem Ruheblutdruck für den MAP sowie BMI, Gesamtzahl der Medikamente, Diagnosen und ambulante Ruheherzfrequenz für die Herzfrequenz.

**Diskussion:** Der SR als erst vor kurzer Zeit eingeführter, individueller bindungsbezogener Stressor war auch bei Hypertonikern unter laufender Medikation in der Lage, Blutdruck und Herzfrequenz ausreichend zu stimulieren. Die postulierte verstärkte Blutdruckreaktion von Hypertonikern mit höherer im Vergleich zu Hypertonikern mit niedrigerer bindungsbezogener Angst konnte nachgewiesen werden. Unsere Daten deuten darauf hin, dass ein bei höherer Bindungsangst auftretender stärkerer Blutdruckanstieg unter einem bindungsrelevanten Stressor tatsächlich durch die Vielzahl an täglichen Situationen, in denen wir Bindungsstress ausgesetzt sind, bei bereits bestehendem Bluthochdruck den Blutdruck erhöht und so zu einer Verfestigung des Krankheitsbildes beiträgt.

## Kaffeegenuß - kardiovaskuläre Kurzzeiteffekte von Espresso bei Gelegenheits- und Gewohnheitskaffeetrinkern

Deter H.-C.<sup>1</sup>, Herrmann C.<sup>2</sup>, Weber C.S.<sup>2</sup>, Thayer J.<sup>3</sup>, König J.<sup>3</sup>, Zimmermann-Viehoff F.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Charité CBF, Medizinische Klinik m.S.Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik, Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Ohio State University, Department of Psychology, Columbus, Vereinigte Staaten, <sup>4</sup>Charité CBF, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>5</sup>Charité CBF, Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland

**Einführung:** Eine Erhöhung von Blutdruck nach der Einnahme von Coffein wurde vielfach beschrieben. Dabei wurde aber nicht zwischen Abstinenter oder Gelegenheits- (GelKT)- und Gewohnheits-Kaffeetrinkern (GewKT) unterschieden. Interessant war es deshalb in diesem Zusammenhang, den Einfluss von Erlebensweise und Substanzgebrauch auf physiologische Reaktionen zu untersuchen. Ziel der vorliegenden Studie war es, kardiovaskuläre Coffeineffekte bei gesunden GewKT und GelKT zu prüfen.

**Methoden:** 77 gesunde Versuchspersonen (38 GewKT und 39 GelKT, 74% Frauen, mittleres Alter 26.97±6.88 Jahre) nahmen an 3 Laboruntersuchungen teil, in denen je eine Tasse mit folgendem Inhalt in randomisierter Reihenfolge eingenommen wurde:

1. Espresso,
2. decaffeinierter Espresso,
3. warmes Wasser. Blutdruck, Herzfrequenz und HRV wurden jeweils vor und nach der Einnahme gemessen.

**Ergebnisse:** Der Blutdruck (SBP) erhöhte sich nach der Gabe von Espresso (vs decaffeinierter Espresso,  $t = -3.791, p < .0001$ ; vs. Wasser,  $t = -3.244, p = .002$ ). Der SBP stieg bei GelKT an, aber fiel bei GewKT ab ( $t = -2.734, p = .008$ ). Das high Band (HF) der HRV stieg nach der Einnahme von Espresso, decaffeinierter Espresso und warmen Wasser signifikant an. Wenn man die Wirkung von Espresso und decaffeinierter Espresso auf die HRV (RMSSD, HF) bei den GewKT analysierte, zeigten diese hier eine signifikante Erhöhung (bzw. Verringerung der LF/HF Ratio), die bei GelKT nicht auftrat.

**Schlußfolgerung:** Espresso-Wirkungen auf den Blutdruck konnten bestätigt werden: Es fand sich eine signifikante sympathische Aktivierung (SBP) bei GelKT, aber nicht bei GewKT. Bei ihnen konnte unter der Coffein-Bedingung gegenüber GelKT eine stärkere vagale Aktivität ausgelöst werden, interessanterweise aber auch eine etwas geringere Reaktion unter der decaffeinierter Espresso Bedingung. Ersteres könnte durch substanzabhängige Gewöhnungsphänomene, letzteres durch die positive Erfahrung/Konditionierung mit früherem Kaffeegenuß entstanden sein, während die Reaktion der GelKT als eher aversiv verstanden werden könnte. Diese Interpretation weist auf unterschiedliche autonome Reaktionen beim Essessogenuß von Kaffeetrinkern hin, die einer weiteren Klärung bedarf.

## Stress

### Stress auf der Warteliste: Psychosoziale Unterschiede zwischen Patienten vor Herz- Leber- oder Nierentransplantation

Leuschner M.<sup>1</sup>, Wohnsland S.<sup>1</sup>, Ihrig A.<sup>1</sup>, Schultz J.-H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Die psychosoziale Evaluation vor Listung für eine Organtransplantation dient der Erfassung von Patienten mit Risikokonstellationen für einen ungünstigen Behandlungsverlauf und des möglichen psychologischen und sozialen Unterstützungsbedarf besonders belasteter Patienten. Untersuchungsergebnisse nach erfolgreicher Transplantation zeigen, dass je nach Organ die psychosozialen Profile unterschiedlich sind. Es ist jedoch bis dato unklar, inwiefern sich bereits vor Transplantation unterschiedliche psychosoziale Umstände in Abhängigkeit vom jeweiligen Organ

feststellen lassen. Durch mögliche spezifische Unterschiede der psychosozialen Profile und Bedürfnisse der Patienten vor Herz- (HTX), Leber- (LTX) und Nierentransplantation (NTX) erwarten wir uns Anhaltspunkte für weitergehende Interventionsmöglichkeiten während der Wartezeit.

**Methode:** 203 Patienten wurden im Rahmen der psychosomatischen Evaluation am Universitätsklinikum Heidelberg vor HTX (N=62), NTX (N=81) und LTX (N=80) befragt. Erhoben wurden Depressivität (PHQ-D), Ängstlichkeit (GAD), Lebensqualität (Subskala des QLQ-C30), Gesundheitszustand (SF36), soziale Unterstützung (F-SozU), Progredienzangst (PA-F-KF) und die subjektive Einschätzung des psychologischen Unterstützungsbedarfs.

**Ergebnisse:** Das Kollektiv besteht aus 128 Männern und 75 Frauen im durchschnittlichen Alter von 49 Jahren. Das Geschlecht in den TX-Gruppen unterscheidet sich nicht signifikant, die NTX-Patienten sind signifikant jünger als HTX- und LTX-Patienten. HTX-Patienten weisen signifikant höhere Werte in Depressivität (8,4) und Ängstlichkeit (4,8) auf als LTX- (5,3/3,3) und NTX-Patienten (5,1/3,2). Die körperliche und psychische Summenskala im SF36 als auch die Lebensqualität ist bei HTX-Patienten am geringsten ausgeprägt. LTX-Patienten haben am wenigsten soziale Unterstützung. Keine Unterschiede finden sich in der Progredienzangst. 59% aller Patienten vor Transplantation (NTX 53% / LTX 58% / HTX 67%) der Patienten wünschen sich psychologische Unterstützung.

**Schlussfolgerung:** Unsere Untersuchung zeigt, dass TX-Patienten sich insgesamt mehr psychologische Angebote wünschen. Die Ergebnisse bieten wichtige Anhaltspunkte für weitere psychosoziale Interventionen, beispielsweise eine gruppenpsychotherapeutische Begleitung bei LTX-Patienten aufgrund der geringen sozialen Unterstützung.

## Sleep disturbances and cancer related fatigue after hematopoietic stem-cell transplantation

Schmid D.A.<sup>1</sup>, Deuring G.<sup>1</sup>, Kiss A.<sup>1</sup>, Halter J.<sup>2</sup>, Passweg J.<sup>2</sup>, Grossman P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unispital Basel, Psychosomatik, Basel, Schweiz, <sup>2</sup>Unispital Basel, Hämatologie, Basel, Schweiz

**Aims:** Sleep disturbances and cancer related fatigue are common, debilitating consequences among patients who have undergone hematopoietic stem-cell transplantation (HSCT). Cancer related fatigue is difficult to treat, and not well understood in terms of etiology or course. We present findings of a study to identify physiological and psychological parameters differentiating 71 HSCT recipients (47 m, 24 f), 1-10 years post-transplantation (mean 4.2; SD 2.6 yrs) compared to 44 age- (43 yrs, SD 12.2), gender- and BMI (mean 23.2, SD 2.4) matched healthy individuals, in terms of group differences and correlations of fatigue and disturbed sleep.

**Methods:** Cardiovascular, respiratory and activity parameters were recorded using the LifeShirt during a 24-h daily-life ambulatory assessment. "Sleep" was defined by protocol as reported time

going to bed combined with locomotor activity and heart rate. For the time-in-bed period respiratory symptoms (apnea/hypopnea) and out-of-bed events were scored. Retrospective self-report questionnaires assessed QoL, fatigue, anxiety, depression and HSCT-related complaints.

**Results:** HSCT survivors reported significantly higher levels of fatigue ( $p < 0,0001$ ) and sleep disturbances / insomnia ( $p < 0,04$ ) than controls. On objective measures, patients manifested lower respiratory sinus arrhythmia, higher heart rate and increased locomotor activity, longer wake periods and significantly increased mixed apneas during night time. Within the patient group, level of fatigue was significantly associated with subjective and objective measures of sleep quality and night time activity.

**Conclusions:** Fatigue after HSCT is quite common and appears to be related to both subjective perception of sleep quality and to physiological parameters. It looks like a disruption of rhythmicity on various time axis: short (seconds): respiratory sinus arrhythmia and long (minutes-hours): subjective and physiological sleep parameters.

## Was / wer kann mir helfen? - Behandlungswünsche älterer Menschen mit somatoformer oder depressiver Symptomatik

Böhlen F.<sup>1</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Maatouk I.<sup>1</sup>, Saum K.-U.<sup>2</sup>, Brenner H.<sup>2</sup>, Wild B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>DKFZ, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Psychische Erkrankungen im Alter, mit und ohne somatische Komorbidität, sind häufig. In vielen Bereichen zeigt sich hier leider eine Fehl- bzw. Unterversorgung. Dies kann auch an einer Diskrepanz zwischen Behandlungsangebot und Behandlungswünschen liegen. Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, welche Behandlung sich ältere Menschen wünschen. Dabei sollen speziell die Behandlungswünsche von psychisch belasteten Patienten mit depressiver bzw. somatoformer Symptomlast betrachtet werden, um die Motivation zu psychosomatischen Behandlungsangeboten auszuloten und Therapiewünsche im Bereich anderer Fachdisziplinen zu erfassen.

**Methoden:** Die Daten wurden erhoben im 8-Jahres Follow-up der ESTHER-Studie, einer populations-basierten Studie mit Menschen im Alter von 55-84 Jahren (n: 3124). Behandlungswünsche wurden erfasst mit der Frage „Was würden Sie sich derzeit in Bezug auf Ihre Beschwerden wünschen?“ sowie einer Liste mit 12 verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Der Schweregrad körperlicher Symptome wurde mit dem PHQ-15 (Patient's Health Questionnaire) erfasst, depressive Beschwerdelast über den PHQ-9.

**Ergebnisse:** In der Gruppe älterer Menschen (55-84J) gab es eine große Anzahl von Menschen (39,2%), die keinen Behandlungsbedarf angaben. Auch in den Untergruppen depressiver Patienten und Patienten mit somatoformer Symptomlast gaben 19,9% bzw.

16,2% keinen Behandlungsbedarf an. In allen drei Gruppen wurden besonders häufig Physiotherapie und RehaMaßnahmen (jeweils >40% in den Subgruppen) gewünscht. Während Psychotherapie (4,3%) in der Gesamtgruppe nur selten gewünscht wurde, äußerten 15,8% der somatoformen Patienten und 19,1% der depressiven Patienten Psychotherapiebedarf. Patienten mit somatoformer Symptomlast zeigten sich eher an intensiveren Kontakten mit dem Hausarzt interessiert als an Psychotherapie.

**Schlussfolgerung:** Unsere Studie zeigt, dass insbesondere Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen in der Gruppe älterer Menschen gewünscht werden. Auch in den Untergruppen depressiver und somatoformer Patienten, werden diese eher körperorientierten Behandlungsmethoden klassischer Psychotherapie oder psychologischer Beratung vorgezogen. Es wird zur Diskussion ermutigt, wie dies zu erklären ist (z. B. Beweglichkeit als höchstes Therapieziel, soziale Kontakte über die Reha, geringere Stigmatisierung durch somatische Versorgung), und inwiefern Versorgungsangebot und Behandlungsbedarf auf gesundheitsförderliche Weise abgestimmt werden können.

## Verminderte autonome Stressmodulation bei Patienten mit somatoformen Störungen

Kalckhoff N.<sup>1</sup>, Erdur L.<sup>1</sup>, Ehinger K.<sup>1</sup>, Böhme J.<sup>1</sup>, König J.<sup>2</sup>, Hofmann T.<sup>1</sup>, Weber C.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>The Ohio State University, Department of Psychology, Columbus, Vereinigte Staaten

**Einleitung:** Bei Patienten mit somatoformen Störungen wird u.a. eine sympathovagale Dysbalance als ursächlicher und aufrechterhaltender Faktor diskutiert (Rief und Barsky 2005). Herzratenvariabilität (HRV) gilt als sensibler Index autonomer kardialer Aktivität. Wir hypothesieren in unserer laufenden Studie, dass Patienten mit somatoformen Störungen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden eine insgesamt niedrigere HRV sowie eine verringerte autonome Stressmodulation während eines mentalen Belastungstests zeigen.

**Methoden:** Stationäre Patienten mit somatoformen Störungen nehmen an einem standardisierten 5-phasigen computerbasierten mentalen Belastungstest teil (Phase 1: kontrollierte Atmung, Phase 2: Ruhephase, Phase 3: Manometertest, Phase 4: Rechentest, Phase 5: Erholung). Die HRV (High Frequency) wurde kontinuierlich mittels EKG unter Kontrolle der Atmung abgeleitet und mittels Kubios Software (Version 2.1) ausgewertet. Die Daten wurden mittels ANOVA analysiert (SPSS 21.0).

**Ergebnisse:** Wir untersuchten bisher 51 Patienten, davon 24 (49,9 J, SD 14; 11 w, 13 m) im Rahmen eines 3-wöchigen (TG) und 27 (44,2 J, SD 13; 15 w, 12 m) im Rahmen eines 1-wöchigen Aufenthalts (DG). Die Kontrollgruppe (KG) umfasst bisher 13 gesunde Probanden (29,1 J, SD 9; 8 w, 5 m). Die ANOVA zeigt einen signifikanten Gruppeneffekt ( $F[2]=7,328; p=0,001$ ): Die KG-Probanden

zeigen eine signifikant höhere HRV als die Patienten. In der Gesamtgruppe zeigt sich lediglich eine statistische Tendenz eines Zeiteffekts ( $F[3,492]=2,244; p=0,074$ ). Während die Patienten wenig phasenabhängige Modulation der HRV zeigen, sehen wir bei den gesunden Probanden eine signifikante Stressreaktivität sowie Erholung der HRV auf die Ausgangswerte ( $F[df4]=3,6; p=0,04$ ).

**Diskussion:** Entsprechend unseren Hypothesen zeigen die bisher untersuchten Patienten mit somatoformen Störungen eine insgesamt niedrigere HRV, verminderte autonome Stressmodulation sowie eingeschränkte Erholung der HRV im Vergleich mit gesunden Kontrollprobanden. Dies könnte in Bestätigung der Literatur auf eine beeinträchtigte vegetative Selbstregulation hindeuten, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der somatoformen Störung assoziiert sein könnte.

## Implicit Emotional Processing In Alexithymia

Lausberg H.<sup>1</sup>, Helmich I.<sup>2</sup>, Sassenberg U.<sup>2</sup>, Petermann K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>German Sport University, Dept. Neurology, Psychosomatic Medicine, Psychiatry, Cologne, Deutschland, <sup>2</sup>German Sport University, Cologne, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

Alexithymia is a personality trait characterized by a decrease of emotional functions, paucity of fantasy, and the inability to express feelings verbally. Alexithymic individuals' ability to express emotions nonverbally is subject to controversial discussions. Some authors report a deficit in nonverbal expression, while others describe a high amount of "action tendencies" including gestures and facial expression.

To address this controversy, hand movement behaviour of healthy individuals with Alexithymia (TAS, BVAQ) (16 f, 17 m) and of a matched Control Group (16 f, 17 m) was investigated during two standardized interviews:

- (i) on emotional scenarios (LEAS), and
- (ii) as a control condition intelligence questions (HAWIE).

The participants' videotaped hand movement behaviour was coded without sound by two independent certified raters with the NEUROGES-ELAN system Module I, which assesses the amount of hand movement activity, the degree of conceptualization and the focus of attention in hand movement.

There was a significant effect of the interaction of Group x Gender x Interview that revealed gender-specific group differences in the LEAS but not the HAWIE. The Alexithymic males increased the number of *movement* units / minute as compared to the Control males. Specifically, they displayed more position *shifts*. The Alexithymic females showed the reversed trend for *movement* units. In particular, they displayed significantly less *phasic* and *repetitive* units (conceptual hand movements) than the Control females. Furthermore, they displayed less *on attached object* (e.g., playing with the bracelet) and less *in space* (gesture) units than the Control females.

The present results clearly attribute the two propositions about

Alexithymic individuals' nonverbal behavior, i.e., reduction versus increase, to the two genders. When confronted with emotional scenarios Alexithymic males become more active, specifically, more restless, while Alexithymic females decrease in hand movement activity. They show a reduction of conceptual hand movements and of preening and gestural expression, reflecting a decrease in cognitive complexity and external orientation. Since these alterations are not prevalent during the HAWIE, but only during the LEAS, the findings evidence gender-specific reactions to the demand to think about emotional processes in Alexithymic individuals.

## Psychodermatologie

### Symposium Psychodermatologie in der Somatik

Harth W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hautklinik Spandau, Berlin, Deutschland

Die psychosomatische Dermatologie beschäftigt sich mit Hautkrankheiten, bei denen psychische Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. Dermatosen werden in dieser Hinsicht unter einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich gesehen.

Gerade die Sichtbarkeit von Hautveränderungen erleichtert es dem Patienten, eine Objektbeziehung zu seinem erkrankten Organ herzustellen und so die Spaltungsabwehr seines Konfliktes mit Hilfe des somatisch orientierten Dermatologen zu verfestigen. Eine Überwindung dieser Spaltung ist bei der gleichzeitig häufig bestehenden Nähe-Distanz-Problematik oft sehr schwierig.

Aufgrund der heute vorliegenden Forschungsergebnisse und praktischen Erfahrung kann zur Klassifikation in der psychosomatischen Dermatologie differenziert werden in:

1. Dermatosen primär psychischer Genese (psychische/ psychiatrische Störungen)
2. Dermatosen mit multifaktorieller Grundlage, deren Verlauf psychischen Einflüssen unterliegen (psychosomatische Krankheitsbilder)
3. Sekundär psychische Störungen infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen (somatopsychische Krankheitsbilder)

Das Symposium zeigt die neuen Ansätze zur Diagnostik und Therapie psychosomatischer Probleme bei Hautpatienten auf, auch als Basis einer erfolgreichen Strategie zur Bekämpfung der auftretenden Hautkrankheit.

### Compliance-Probleme in der Psychodermatologie

Taube K.-M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univ.-Hautklinik, Dermatologie, Halle (Saale), Deutschland

Unter Compliance ist eine Arzt-Patienten-Beziehung zu verstehen. Während zunächst ein paternalistisches Verhältnis angestrebt wurde, verändert sich die Beziehung zunehmend zu einem gemeinsamen Vorgehen gegen die Erkrankung des Patienten. Hier werden durch neue Begriffe dieser Entwicklung Rechnung getragen: Adherence und Concordance.

Es werden Faktoren der Compliance und der Non-Compliance beleuchtet. Dabei wird auf die Situation sowohl der ambulanten als auch stationären dermatologischen Patienten eingegangen. Bei dermatologischen Patienten besteht die besondere Situation, daß der Patient durch die meist sichtbare Hautreaktion und das subjektive Empfinden sehr direkt den Behandlungserfolg ablesen kann.

Zum Abschluß werden Empfehlungen gegeben und diskutiert mit dem Ziel, die Compliance in der Dermatologischen und Psychotherapeutischen Praxis verbessern zu helfen.

### Psychoneuroimmunologie der Haut

Peters E.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Giessen, Deutschland,

<sup>2</sup>Universitätsmedizin Charité, CharitéCentrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Berlin, Deutschland

Juckreiz ist ein kardinales Symptom nicht nur vieler Hauterkrankungen sondern auch von akuter psychischer Belastung und ihrer Wirkung auf die Abwehrlage der Haut. Diesen Zusammenhang kann man von der Wahrnehmung über die Anatomie auf die molekulare Ebene nachvollziehen. Tierexperimentelle Arbeiten haben z.B. gezeigt, dass unter Stress Nervenfasern, die Neuropeptide enthalten, welche unter Stress freigesetzt werden, vermehrt mit hautständigen Immunzellen interagieren. Dies kann zum einen akut Entzündung verschlechtern, zum anderen kann nach wiederholter Stimulation Entzündung aber auch unterdrückt werden. Die Begleitung von Patienten in akuten Stress-Situationen oder in der Neurodermitis-Schulung erlaubt nun den Überschlag auf den menschlichen Organismus. Sie weist nach, dass es sich bei dieser direkten Interaktion zwischen Nerven und Immunzellen in den Organen an der Grenze zwischen Organismus und Umwelt um eine potente Stressachse handelt, die auch durch Psychoedukation angegangen werden kann.

### Vergleich der Patienten- und Arzt-Perspektive: Assoziation von psychoonkologischem Betreuungsbedarf und Krankheitsschwere bei Melanom-Patienten?

Nolte S.<sup>1,2</sup>, van der Mei S.<sup>3</sup>, Strehl-Schwarz K.<sup>4</sup>, Köster J.<sup>4</sup>, Bender A.<sup>5</sup>, Rose M.<sup>1,6</sup>, Kruse J.<sup>3</sup>, Peters E.<sup>4,7</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Charité, CharitéCentrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Population Health Strategic Research Centre, Deakin University, School of Health and Social Development, Burwood, Australien, <sup>3</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen, Deutschland, <sup>4</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Giessen, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum UKGM GmbH, Standort Marburg, Klinik für Dermatologie u. Allergologie, Hauttumorzentrum, Marburg, Deutschland, <sup>6</sup>University of Massachusetts Medical School, Quantitative Health Sciences, Outcomes Measurement Science, Worcester, Vereinigte Staaten, <sup>7</sup>Universitätsmedizin Charité, CharitéCentrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Berlin, Deutschland

Jüngste epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass zwischen Krebs und psychosozialer Belastung ein Zusammenhang besteht. Allerdings bleibt unklar, welche Direktionalität in dieser Interaktion besteht und ob psychosoziale Belastung mit Krankheitsbeginn, Schweregrad und/oder Progression von Krebserkrankungen assoziiert ist. Hier vergleichen wir drei Patienten-Fragebögen mit einem Arzt-Fragebogen, welche häufig in der psychoonkologischen Versorgung als Screening-Instrumente verwendet werden. Von Oktober 2011 bis Dezember 2013 wurden 361 Melanom-Patienten eingeschlossen, die sich sukzessive in den dermatologischen Ambulanzen der Universitätskliniken Gießen und Marburg vorstellten. In der naturalistischen Studie wurden n=222 Patienten diagnostiziert und zum ersten Mal (Gruppe I) und n=139 mindestens sechs Monate nach Erstdiagnose (Gruppe II) gesehen. In der Gesamtkohorte fanden sich eine moderate Assoziation zwischen Patienten- und Arzt-Fragebögen und kein Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung und einem selbst-berichteten psychoonkologischen Betreuungsbedarf. Gesplittet in die Untergruppen fand sich ein kleiner Zusammenhang zwischen Patienten-Fragebögen und denjenigen Krankheits-Parametern, die mit einem schnelleren Fortschreiten des Krebses assoziiert sind (Tumorstadium, positiven Lymphknoten in Gruppe I; Ulzeration in Gruppe II). Im Gegensatz dazu berichteten die Ärzte einen leicht höheren Bedarf an Unterstützung für höhere Tumorstadien in Gruppe II. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass diagnostische Elemente, die mit einer höheren Progressions-Wahrscheinlichkeit verbunden sind, mit großer Vorsicht mit den Patienten diskutiert werden sollten. Ferner sollten Patienten-Fragebögen Arzt-Fragebögen vorgezogen werden, wenn es um die Einschätzung des psychoonkologischen Betreuungsbe-

darfes geht. Zukünftige Untersuchungen eines Zusammenhangs von psychosozialer Belastung und Krebs inkludieren idealerweise Biomarker für Stress und Tumor-Immunität. Darüber hinaus sind exaktere Instrumente wünschenswert, um psychosoziale Belastungen im Kontext einer Krebserkrankung zu messen und eine mögliche Wechselwirkung zwischen psychosozialer Belastung und Krankheitsverlauf bei Melanom-Patienten zu ermitteln.

### Psychische Gesundheit von Medizinstudierenden

#### Kein Grund zynisch zu werden? Psychische Belastungen bei Medizinstudierenden in unterschiedlichen Abschnitten ihrer Ausbildung

Erschens R.<sup>1</sup>, Muffl I.<sup>1</sup>, Stuber F.<sup>1</sup>, Bugaj T.<sup>2</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Hermann-Werner A.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Die erhöhte Prävalenz psychischer Belastungen bei Medizinstudierenden ist in der Literatur gut belegt. Weitgehend unklar bleibt bisher, wie sich diese Belastungen in den unterschiedlichen Abschnitten der medizinischen Ausbildung darstellen und welche spezifischen Stressoren bzw. Resilienzfaktoren die Belastungen von Medizinstudierenden determinieren. Diese Fragestellungen wurden im Rahmen der hier vorgelegten Studie erstmals untersucht, gefördert im Rahmen des Kompetenzzentrums Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt Baden-Württemberg.

**Methodik:** Medizinstudierende des 1., 3., 6., und 9. Semesters und PJ-Studierende wurden mittels Fragebögen befragt. Die angewandten Instrumente umfassen: Maslach Burnout Inventar Studierende (MBI-SS-GV), Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20), Patient Health Questionnaire Modul Depression (PHQ-9) und Modul Angst (GAD-7), Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Kohärenzgefühl (SOC-13). Zur Erfassung von Stressoren und Resilienzfaktoren wurde ein neu entwickeltes Inventar im Rahmen dieser Studie erstmalig angewendet.

**Ergebnis:** 548 von 720 (RR=76%) eingeladenen Studierenden nahmen an der Befragung teil. Die Ergebnisse für die globalen Belastungswerte liegen bereits vor: Für den PHQ-9 bzw. GAD-7 ergaben sich im Vergleich zu den Normstichproben deutlich erhöhte Mittelwerte mit M= 5,40 (3,94) bzw. M= 5,59 (3,86). 14,4 % bzw. 14,8% der Studierenden wiesen eine mittelgradige bis schwere depressive Episode bzw. ein ängstliches Beschwerdebild auf (PHQ-9 bzw. GAD-7-Summenwert  $\geq 10$ ). Für die Subskalen des PSQ-20 ergaben sich hohe Abweichungen vom Normbereich: 20,3% der Studierenden lagen für die Subskala „Sorgen“ über dem Normbereich (Summenwert  $> 11$ ), für „Anforderung“ (Summenwert  $> 13$ ) waren es 31,8% und für „Anspannung“ (Summenwert  $> 13$ ) 20,4% der Studie-

renden. Bezüglich der Skala Zynismus im MBI-SS-GV ergaben sich jeweils signifikant höhere Werte für die Gruppe des nächst höheren untersuchten Semesters.

**Diskussion:** Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine ernstzunehmende psychische Belastung der hier untersuchten Medizinstudierenden. Die detaillierten Analysen der Belastungen und deren Determinanten werden im Rahmen der Präsentation vorgestellt. Auf Basis der Ergebnisse können in der Folge zielgerichtete Interventionen zu Verhaltens- bzw. Verhältnisänderungen entwickelt und verbessert werden.

## Die Situation internationaler Medizinstudierender zu Beginn ihres Studiums sowie im Praktischen Jahr

Huhn D.<sup>1</sup>, Huber J.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>2</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abtl. für Allg. Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Internationale Medizinstudierende sind im Rahmen ihres Studiums mit zahlreichen spezifischen Problemen konfrontiert. So berichten sie im Verlauf ihres Studiums häufiger von persönlichem Stress und weisen eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. In Prüfungen zeigen internationale Studierende zudem schlechtere Ergebnisse als ihre deutschen Kommilitonen bei gleichzeitig höherer Studienabbruchrate.

**Fragestellung:** Ziel der vorliegenden Studie war es, in Erfahrung zu bringen, wie internationale Medizinstudierende ihre persönliche Situation einerseits unmittelbar zu Beginn des Studiums, andererseits einige Jahre später im Rahmen des Praktischen Jahres einschätzen.

**Methode:** Zu Beginn des Wintersemesters 2013/2014 wurden 16 internationale Medizinstudierende im ersten Semester in insgesamt vier Fokusgruppen zu Erwartungen und Befürchtungen die kommende Zeit des Studiums betreffend interviewt. Im gleichen Zeitraum wurden neun internationale Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) in halbstandardisierten Einzelinterviews zu im Studium erlebten Hürden und Belastungen interviewt.

**Ergebnisse:** Die größten Befürchtungen der Studierenden im ersten Semester betrafen sprachliche und kulturelle Aspekte. So bestand die Angst, aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse schlechtere Ergebnisse in Prüfungen zu erzielen und im Patientenkontakt weniger professionell aufzutreten. Die Einzelinterviews mit den Studierenden im PJ ergaben, dass diese die ersten beiden Semester des Studiums als eine sehr schwierige und anstrengende Zeit erlebt hatten, dass danach die Dinge jedoch immer besser gelaufen seien. Zu Beginn hätten Einsamkeit, sprachliche Schwierigkeiten und kulturelle Differenzen das Leben schwer gemacht.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Studie zeigen deutlich, dass insbesondere die ersten Wochen und Monate im Studium der internationalen Studierenden sehr entscheidend für den weiteren Verlauf sind. Gelingt es, diese schwierige Phase durchzustehen, steht einem erfolgreichen Verlauf des Studiums nur wenig entgegen.

Dies spricht dafür, internationale Studierende so früh wie möglich aufzufangen und ihnen entsprechende Unterstützungsangebote zukommen zu lassen.

## Implementierung einer innovativen Kurzintervention zur Stressreduktion im ersten Semester Humanmedizin - Eine randomisiert-kontrollierte Studie

Bugaj T.<sup>1</sup>, Mülsch C.<sup>1</sup>, Huhn D.<sup>1</sup>, Koehl-Hackert N.<sup>2</sup>, Huber J.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>3</sup>, Zipfel S.<sup>3</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsfor-schung, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Einleitung:** Zum Studienende verlassen 20 % der Medizinstudierenden die Hochschule mit einer signifikanten Burnout-Belastung (1). Aus angloamerikanischen Untersuchungen ist bekannt, dass es bereits ab dem 1. Studienjahr zur Zunahme von psychischen Belastungen kommt (2). Studienziel war es, eine spezifische Kurzintervention zur Stressreduktion bei Erstsemesterstudierenden der Humanmedizin auf Akzeptanz u. Wirksamkeit zu überprüfen.

**Methode:** Interessierte Erstsemesterstudierende in Heidelberg (40 von 319) wurden per Blockrandomisation einer Interventions- (IG) u. Kontrollgruppe (KG; je n = 20) zugeteilt. Vor Beginn der tutorengeleiteten Seminare der IG wurde ein prä-Assessment bei IG und KG (MBI-SS, PSQ-20, PHQ-9) durchgeführt. Nach den Seminarterminen der IG (3 x 90 min.) wurden die Fragebogen-Instrumente erneut durch IG und KG ausgefüllt. Die KG besuchte im Anschluss an die Intervention das Seminar. Es folgten qualitative Interviews mit den Teilnehmern (TN) und den studentischen Tutoren. Alle Seminare wurden per Fragebogen evaluiert.

**Ergebnisse:** Die ANOVA für die MBI-Subkategorie Effizienz zeigte bei der IG im Vergleich zur KG einen nicht-signifikanten Trend für ein höheres Effizienzerleben ( $p < .063$ ). Die Seminare wurden von den TN sehr positiv bewertet - in halbstandardisierten Interviews wurden v.a. die kleinen Gruppen; die ausgewogenen Theorie- u. Praxisanteile sowie die kompetenten Tutoren und die Atmosphäre gelobt. Die Seminare wurden mit Durchschnittsschulnoten zwischen 1,2 ( $\pm 0,4$ ) und 1,8 ( $\pm 0,6$ ) benotet.

**Schlussfolgerung:** Das Seminar wurde von den TN als wirksam u. entlastend erlebt - eine Implementierung ins Studium findet aktuell statt. Um eine qualifizierte Aussage über die Effekte der Intervention zu treffen, bedarf es weiterer Untersuchungen mit größerer n-Zahl.

### Literatur:

1 = Koehl-Hackert N, Schultz JH, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van den Bussche H, Jünger J. [Burdened into the job -- final-year students' empathy and burnout]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2012;106(2):116-24. doi: 10.1016/j.zefq.2012.02.020.

2 = Voltmer E, Rosta J, Aasland OG, Spahn C. Study-related health and behavior patterns of medical students: A longitudinal study. Med Teach 2010;32(10):e422-8.



## Das Tübinger Modell der Anamnesegruppen: Erwartungen, Bedarf und Kompetenzerwerb von Teilnehmern und Tutoren (PGroWTh-Studie)

Keifenheim K.E.<sup>1</sup>, Petzold E.R.<sup>1</sup>, Speiser N.<sup>1</sup>, Herrmann-Werner A.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund und Fragestellung:** Anamnesegruppen existieren in Deutschland seit etwa 40 Jahren und sind wichtiger Bestandteil der ärztlichen Ausbildung. Obwohl Anamneseerhebung im Medizinstudium heute strukturiert vermittelt und geprüft wird, sind Anamnesegruppen nicht überflüssig geworden, im Gegenteil. In geschützter Atmosphäre und mit Unterstützung studentischer Tutoren wird hier Arzt-Patient-Kommunikation vermittelt und geübt. Anamnesegruppen fördern neben Aspekten von Inhalt und Struktur der Anamnese auch eine Sensibilität für die eigene Wahrnehmung und leisten damit einen großen Beitrag zur Entwicklung einer patientenorientierten Haltung und einer professionellen Identität der Studierenden.

In Tübingen existieren Anamnesegruppen für Studierende der Medizin und der Psychologie seit 2004 als tutorengeleitetes Format mit regelmäßiger Supervision. Das Projekt PGroWTh (Peer-assisted, Group-oriented Way of Teaching History-taking) untersucht Erwartungen, Einstellungen und Kompetenzen von Teilnehmern und Tutoren der Tübinger Anamnesegruppen.

**Methode:** An Teilnehmern und Tutoren wurde jeweils zu Beginn und Ende eines Semesters eine Fragebogenuntersuchung durchgeführt. Mittels eines für die Studie entworfenen Fragebogens wurde auf einer 7-Punkt-Likert-Skala nach der subjektiven Einschätzung ihrer Anamnesefertigkeiten, Erwartungen, Einstellungen und Motivation gefragt.

**Ergebnisse:** Bei den Teilnehmern zeigte sich eine Zunahme der subjektiven Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, in den Kategorien „Anamnesestruktur und -technik“ und „Professionalität im Umgang mit Gefühlen“. Von den Tutoren erwarteten die Teilnehmer vor allem Unterstützung, Feedback und Wissensvermittlung. Die Tutoren sahen sich hauptsächlich in der Rolle, die Teilnehmer zu ermutigen und zu unterstützen sowie Feedback zu geben. Insbesondere das Interesse an psychosozialen Zusammenhängen und die Chance, die eigenen Anamnesefertigkeiten weiter zu verbessern, wurden als Motivation genannt, sich als Tutor zu engagieren.

**Schlussfolgerungen:** In Anamnesegruppen kann Anamneseerhebung effektiv durch Tutoren vermittelt werden. Die Tutoren genießen eine hohe Akzeptanz durch die Studierenden und sind in der Lage, deren Erwartungen gerecht zu werden. Die Ergebnisse sprechen für eine fortgesetzte Implementierung tutorengestützter Formate zur Vermittlung von Arzt-Patient-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung.

## Veränderungsprozesse in der Psychotherapie

### Selbsterleben und therapeutische Beziehungen: Welche Rolle spielen sie für die Symptomveränderung in der Therapie der Depression?

Dinger U.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Positive Therapiebeziehungen tragen zur Verbesserung depressiver Symptome während einer Psychotherapie bei. Für ambulante psychodynamische Gesprächs- und Pharmakotherapien konnte gezeigt werden, dass gute Beziehungen einer Symptomverbesserung vorausgehen, selbst wenn die frühere Symptombelastung berücksichtigt wird (Barber et al., 2014). Bekanntermaßen ist allerdings bei der Depression neben der Bezogenheit auf andere Menschen („Relatedness“), auch ein verändertes Selbst- und Autonomieerleben („Self-Definition“) bedeutsam. Weitgehend unklar ist bisher, wie sich ein verändertes Selbsterleben zur Symptomverbesserung während der Psychotherapie verhält. Geht eine positivere Selbstwahrnehmung der Symptomveränderung voraus, oder ist eine positive Sicht auf die eigene Person eher ein Ergebnis von erfolgreicher Symptomreduktion?

**Methode:** Depressive Patienten (N=328) in stationärer und tagesklinischer Psychotherapie gaben wöchentlich Auskunft über die Qualität ihrer therapeutischen Beziehungen, des Selbsterlebens (TSEB) und ihrer Symptome (SCL-K11). Für die statistische Analyse der Zusammenhänge und gegenseitigen Beeinflussung dieser Variablen untereinander kamen autoregressive Cross-Lag Analysen zum Einsatz, bei denen die geschachtelte Multilevel Struktur der Daten berücksichtigt wurde.

**Ergebnisse:** Wie erwartet korrelieren sowohl die verschiedenen Therapiebeziehungen als auch ein positives Selbsterleben mit dem Behandlungserfolg. Wenn allerdings die frühe Symptomveränderung kontrolliert wird, verschwindet der positive Effekt einer guten Therapiebeziehung. Dagegen erweist sich ein positives Selbsterleben auch nach Kontrolle der frühen Symptomveränderung als unabhängiger Prädiktor einer klinischen Besserung.

**Diskussion:** Die Studie zeigt, dass bekannte Befunde aus der ambulanten Psychotherapieprozessforschung nicht notwendigerweise auch für die stationäre Therapie gelten. Insbesondere die Rolle der therapeutischen Beziehungen erscheint aufgrund der multiplen Therapiebeziehungen im multimodalen Setting komplexer. Dagegen stützen die Studienergebnisse die klinische Bedeutung eines veränderten Selbsterlebens im Sinne einer verbesserten Selbstwirksamkeit.

## Verlauf des emotionalen Erlebens in stationärer Psychotherapie

Sammet L.<sup>1</sup>, Kraus B.<sup>2</sup>, Dammann G.<sup>2</sup>, Grimmer B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Münsterlingen, Schweiz

**Hintergrund und Fragestellung:** Die Fähigkeit, Emotionen adaptiv zu regulieren, hat hohe Bedeutung für den Verlauf psychischer Störungen (z.B. Berking et al. 2008; Barnow 2012). Für fast alle psychischen Störungen wurden Zusammenhänge mit Schwierigkeiten der Emotionsregulation nachgewiesen. Es wurde gezeigt, dass bei erfolgreichen Therapieverläufen maladaptive Regulationsformen abnehmen (z.B. Znoj 2004). Vor diesem Hintergrund wird untersucht, ob und wie sich im Setting stationärer Psychotherapie, das durch ein multipersonales und hochfrequentes Therapieangebot gekennzeichnet ist, das emotionale Erleben entwickelt.

**Methode:** Untersucht wurde der Therapieverlauf von N=15 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer depressiven Störung oder einer Persönlichkeitsstörung. Diese wurden durchschnittlich 3 Monate stationär psychotherapeutisch nach einem vorwiegend psychodynamischen Stationskonzept behandelt. Die Patientinnen und Patienten schätzten täglich ihre emotionale Befindlichkeit (Ärger, Angst, Traurigkeit, Scham, Freude) mit dem Monitoring-System SNS (Schiepek et al. 2012) ein. Die Auswertung der resultierenden Kurvenverläufe erfolgte einzelfallanalytisch mit linearen und nicht-linearen Methoden (Fluktuationsindizes), um typische individuelle Niveaus und Schwankungen der Befindlichkeit zu identifizieren. Es wurden danach jeweils die individuellen Muster der emotionalen Befindlichkeit in der initialen und der abschliessenden Therapiephase verglichen.

**Ergebnis und Diskussion:** Es zeigten sich in der ersten Therapiephase ausgeprägte Schwankungen der Befindlichkeit in Abhängigkeit der situativen Gegebenheiten (qualitativ erfasst über elektronische Tagebucheinträge). Der Vergleich mit dem Therapieende ergab differentielle Effekte für die verschiedenen emotionalen Qualitäten. Generelle Musterveränderungen, wie etwa geringere Schwankungen der Befindlichkeit, die für eine bessere Emotionsregulation sprechen, konnten nur bei wenigen Patienten festgestellt werden. Dies spricht dafür, dass dem Aspekt der Emotionsregulation in stationärer Psychotherapie weitere Studien gewidmet werden sollten, um die Effekte differenzierter zu verstehen.

## Therapiemonitoring für Forschung und Praxis: Erfahrungen und Befunde aus der Arbeit mit dem Synergetischen Navigationssystem

Schiepek G.<sup>1</sup>, Aas B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Salzburg, Österreich

In den letzten Jahren wurden weltweit verschiedene Methoden des Therapiefeedbacks erprobt und vielfach als Element von „good practice“ eingefordert. In diesem Beitrag soll der Ansatz eines hochfrequenten (täglichen) Monitorings mit dem Ansatz der nichtlinearen dynamischen Systeme verbunden werden. Ein seit 2007 im Einsatz befindliches System (sog. Synergetisches Navigationssystem, SNS) erlaubt es, aus täglichen Selbsteinschätzungen resultierende Zeitreihendaten mit nichtlinearen Methoden zu analysieren und zu visualisieren. Auf diesem Weg ist nicht nur eine zunehmende Evidenz für die nichtlineare Dynamik von Psychotherapie entstanden (Ordnungsübergänge, kritische Instabilitäten, transiente Synchronisationsmuster), sondern es konnte auch der Nutzen für die Praxis belegt werden. Vorgestellt werden die Funktionalitäten des SNS (z.B. die implementierten Verfahren wie dynamische Komplexität, Recurrence Plots, dynamische Korrelationsmuster), empirische Ergebnisse der Prozessanalysen (z.B. Nachweis von Ordnungsübergängen) sowie die Arbeit mit individualisierten Fallkonzeptionen und Prozessfragebögen, welche eine gemeinsame Therapiesteuerung durch Klient und Therapeut erlauben. Bekannte Wirkfaktoren der Psychotherapie fügen sich damit in ein systemisches Modell, mit dem die Veränderungs-dynamik nachvollzogen und simuliert werden kann.

## Therapeutische Ordnungsübergänge: Ein Multi-Level-Ansatz mit psychologischem Prozessmonitoring (SNS) und wiederholter fMRT-Messung im Verlauf

Aas B.<sup>1</sup>, Schiepek G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

In mehreren Studien konnten Vorhersagen der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme (insbesondere der Synergetik und der Chaostheorie) positiv bestätigt werden (z.B. das notwendige Auftreten kritischer Instabilitäten und von Ordnungsübergängen). Eine Studie (Schiepek et al., 2013) zur stationären Psychotherapie von Zwangspatienten konnte derartige Ordnungsübergänge sowohl in der psychologischen als auch in der Neurodynamik finden (Veränderung signifikanter Voxel in verschiedenen ROIs). In diesem Beitrag wird über die Methodik einer erweiterten Replikation dieser Befunde berichtet, die Zeitreihendaten aus täglichen Selbsteinschätzungen der Patienten (SNS-basierte Nutzung des Therapie-Prozessbogens) mit wiederholten fMRT-Messungen (4-5 Messungen während stationärer Psychotherapien von 3-4 Monaten Dauer) und biochemischen Markern von neuronaler Reorganisation (BDNF), Stress (Cortisol) und Bindung (Oxytozin) abgleicht. Das fMRT-Stimulationsparadigma umfasst neben standardisierten Bildern (z.B. ekelinduzierende Bilder aus dem IAPS) auch individuelle Bilder aus dem häuslichen Umfeld der Patienten sowie eine Resting State Sequenz. Neben den Veränderungen in den Aktivierungen einzelner Hirnregionen des Zwangs-Netzwerks (z.B. erweiterter fronto-striato-thalamo-frontal-loop) werden auch Veränderungen der DTI-gewichteten funktionellen Konnektivität in

einem Full-Brain-Modell sowie der effektiven Konnektivität (DCM) untersucht. Inzwischen liegen erste Ergebnisse vor, die das Modell von Psychotherapie als bio-psychischen Selbstorganisationsprozess mit Kaskaden von nichtstationären Ordnungsübergängen stützen.

## Therapie der Essstörungen Unter-/Normgewicht

### Post-stationäre Rückfallprophylaxe via Videokonferenz bei Anorexia nervosa - Ergebnisse einer Pilotstudie

Giel K.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Schmidt U.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>King's College London, Institute of Psychiatry, London, Vereinigtes Königreich

**Hintergrund:** Gut die Hälfte der Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) wird mindestens einmal stationär behandelt. Viele Patientinnen profitieren von dieser intensiven Therapie, bis zu 50% erleiden aber nach Entlassung einen Rückfall. Wir haben eine Intervention zur post-stationären Rückfallprophylaxe bei AN entwickelt, die über ein Videokonferenzsystem durchgeführt wurde, um Patientinnen aus einem weiten Einzugsgebiet eine Nachsorge zu ermöglichen. In einer DFG-Pilotstudie haben wir Bedarf, Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit der Intervention untersucht.

**Methode:** Die Rückfallprophylaxe basiert auf dem Behandlungskonzept Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment in Adults (MANTRA) von Schmidt & Treasure. Im Rahmen der Pilotstudie erhielten erwachsene AN Patientinnen nach Entlassung aus der stationären/teilstationären Therapie 10 Sitzungen der Rückfallprophylaxe über 4 Monate. Die erste und letzte Therapiesitzung fand face-to-face statt, die übrigen Sitzungen wurden per Videokonferenz durchgeführt. 16 Patientinnen wurden in die Pilotstudie eingeschlossen.

#### Ergebnisse:

**Bedarf:** 70% der regulär entlassenen Patientinnen entschieden sich für die Teilnahme an der Rückfallprophylaxe. Diese Gruppe schätzte es zu Beginn der Intervention als mäßig bis eher wahrscheinlich ein, einen Rückfall zu erleiden.

**Machbarkeit:** Nur wenige Patientinnen hatten Erfahrungen mit Videokonferenz-Systemen. Bei Ende der Intervention waren 2/3 der Patientinnen zufrieden mit der Durchführung der Intervention über Videokonferenz. Technische Probleme, vor allem eingeschränkte Ton- und Bildqualität, berichteten 2/3 der Patientinnen.

**Akzeptanz:** Vier Patientinnen beendeten die Intervention vorzeitig. Alle 12 Patientinnen gaben nach Ende der Intervention an, zufrieden mit der Rückfallprophylaxe zu sein und würden die Intervention weiterempfehlen.

**Wirksamkeit:** Im Verlauf der Rückfallprophylaxe zeigte sich eine durchschnittlich Gewichtszunahme um einen BMI-Punkt. Nach

Beurteilung der Therapeuten erlitten drei Patientinnen einen Rückfall.

**Diskussion:** Die Pilotstudie belegt den hohen Bedarf nach einer Rückfallprophylaxe bei AN Patientinnen, die Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention. Die Vermittlung via Videokonferenz stellte teilweise eine Herausforderung dar. Wir konnten außerdem einen Trend hinsichtlich der Wirksamkeit der Intervention feststellen. Diese Ergebnisse werden zur Weiterentwicklung der Intervention und als Grundlage zur Wirksamkeitsprüfung des Therapiekonzeptes genutzt.

### Prädiktoren für den stationären Therapieerfolg und die Aufenthaltsdauer bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa - Ergebnisse einer prospektiven Multicenterstudie

Kästner D.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Weigel A.<sup>1</sup>, Osen B.<sup>2</sup>, Voderholzer U.<sup>3</sup>, Wollburg E.<sup>4</sup>, Karacic M.<sup>3</sup>, Meyer B.<sup>5</sup>, Rose M.<sup>6</sup>, Gumz A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland, <sup>3</sup>Schön Klinik Roseneck, Prien, Deutschland, <sup>4</sup>Median Kinzigal-Klinik, Bad Soden-Salmünster, Deutschland, <sup>5</sup>Gaia AG, Hamburg, Deutschland, <sup>6</sup>Medizinische Klinik der Charite, Berlin, Deutschland

In der Behandlung von Anorexia Nervosa (AN) nimmt die stationäre Therapie eine große Bedeutung ein. Studien legen nahe, dass Hospitalisierung die am häufigsten gewählte Behandlungsoption in Europa darstellt und dass die Patientinnen länger im Krankenhaus verweilen als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen. Der Entlassungs-BMI ist dabei hoch prädiktiv sowohl für Wiederaufnahmen als auch für den Langzeitverlauf der Erkrankung. Vor diesem Hintergrund scheint es überraschend, dass bisher selten Prädiktoren für den stationären BMI-bezogenen Therapieerfolg untersucht wurden. Faktoren, die die Aufenthaltsdauer beeinflussen, wurden vergleichsweise häufiger, jedoch mit widersprüchlichen Ergebnissen untersucht.

In einer multizentrischen Beobachtungsstudie wurden 208 Patientinnen mit AN, einem Mindestalter von 16 Jahren und ausreichenden Sprachkenntnissen konsekutiv eingeschlossen. Eine stufenweise Variablenselektionsprozedur mit folgenden potentiellen Prädiktoren für die BMI-Veränderung ( $\Delta$  BMI) und die Aufenthaltsdauer wurde angewendet: Alter, Ersterkrankungsalter, allein lebend, Partnerschaft, vorherige psychiatrische oder psychosomatische Hospitalisierungen, Bildung, AN Subtyp, Aufnahme-BMI, Dummyvariablen für die Studienzentren sowie Gesamt- bzw. Skalenwerte zur Aufnahme von PHQ 9, PHQ 15, GAD 7, FEVER, EDI-2. Zudem wurde die Aufenthaltsdauer bei der Prädiktion von  $\Delta$ BMI berücksichtigt.

Erste Analysen zeigen die Bedeutung der Aufenthaltsdauer, der EDI-2 Subskala Ineffektivität, der Bildung, des Aufnahme-BMIs und des Ersterkrankungsalter in der Vorhersage von  $\Delta$ BMI, bei der

ein Großteil der Varianz (Adj.  $R^2 = 0.60$ ) aufgeklärt werden kann. In der Prädiktion der Aufenthaltsdauer erweisen sich Aufnahme-BMI, Studienzentrum, AN Subtyp sowie EDI-2 Askese als bedeutsam. Sensitivitätsanalysen werden gerechnet, um die Robustheit der Modelle zu prüfen. Vorliegende Ergebnisse können Klinikern und Entscheidungsträgern praktische Hinweise hin zu einer stärkeren Evidenzbasierung von Behandlungswegen und Aufenthaltsdauern geben.

## „Warum isst du nicht einfach?“ - Psychodynamische Prädiktoren für die Veränderungsmotivation bei Patientinnen mit Essstörungen

Kemper M.<sup>1</sup>, Zetsche U.<sup>2</sup>, Thiele C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

**Einleitung:** Die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen ist aufgrund der ernsthaften psychischen und körperlichen Langzeitfolgen sehr wichtig. Diese Patientengruppe zeigt jedoch deutliche Ambivalenz gegenüber therapeutischen Angeboten, was sich in hohen Abbruchraten zeigt. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, bei Patientinnen mit Essstörungen Variablen zu identifizieren, die in Zusammenhang mit Therapiemotivation stehen. Die bisherigen Forschungsansätze zur Therapiemotivation bei dieser Störungsgruppe konzentrieren sich vor allem auf störungsspezifische Faktoren und ergeben ein inhomogenes Bild. Im Besonderen sollte daher untersucht werden, inwieweit die psychodynamischen Konstrukte Bindung und Strukturniveau mit Therapiemotivation einen Zusammenhang aufweisen.

**Methode:** Hierfür wurden Daten an Patientinnen während ihres Aufenthaltes in einem motivationsklärenden stationären Therapiesetting erhoben ( $N=42$ ). Therapiemotivation wurde mittels eines Selbstauskunftsfragebogens (Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft; FEVER) erfasst, der auf dem Transtheoretischen Modell nach Prochaska beruht. Zur Untersuchung eines Zusammenhangs wurden störungsspezifischere Variablen sowie übergeordnete Konstrukte aus dem psychodynamischen Bereich erhoben. Hierfür wurden das Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE) und die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik-2 (OPD-2) eingesetzt.

**Ergebnisse:** Hinsichtlich der Skalenwerte des FEVER zeigte sich für störungsspezifische Variablen nur zwischen Schlankheitsstreben und *Precontemplation* ein signifikanter Zusammenhang im Sinne einer negativen Korrelation. Bei den psychodynamischen Konstrukten zeigte sich sowohl zwischen Strukturniveau und der Skala *Precontemplation* eine positive Korrelation, als auch, dass Patientinnen vom ambivalenten Bindungstyp höhere Werte als sicher bzw. bedingt sicher gebundene Patientinnen auf derselben Skala aufweisen.

**Diskussion:** Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass mit Bin-

dung und Strukturniveau psychodynamische Konstrukte einen Zusammenhang zu Therapiemotivation aufweisen. In zukünftigen Studien sollte weiter untersucht werden, ob psychodynamische Konstrukte geeigneter zur Erklärung von Therapiemotivation bei Essstörungen sind.

## Gewichtssuppression als Outcome-Prädiktor in der Behandlung der Anorexia nervosa

Greetfeld M.<sup>1</sup>, Heuser J.<sup>1</sup>, Sandra S.<sup>2</sup>, Voderholzer U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

**Hintergrund:** Bei Bulimia nervosa (BN) ist der Einfluss der Gewichtssuppression (Weight Suppression (WS), definiert als Differenz zwischen dem Höchstgewicht in der Vorgeschichte und dem Gewicht bei Therapiebeginn) auf das Therapie-Outcome bereits in mehreren Studien untersucht worden. In der Literatur überwiegen die Hinweise, dass bei BN eine hohe WS mit einem schlechteren Akut- und Langzeitbehandlungsergebnis assoziiert ist. Als ursächlich werden sowohl psychologische als auch biologische Faktoren diskutiert.

Die Datenlage zum Einfluss der WS auf das Behandlungsergebnis bei Anorexia nervosa (AN) ist derzeit noch sehr spärlich.

**Methodik:** Routine-Behandlungsdaten von 1414 Patientinnen mit AN in stationärer Behandlung wurden bezüglich des Zusammenhangs zwischen WS und Ausmaß der Gesichtszunahme analysiert.

**Ergebnisse:** Die WS lag in der Gesamtstichprobe zwischen 0 und 96 kg ( $M=18,2$  kg;  $SD 10,6$  kg). Patienten mit höherer WS (High-WS) hatten im Mittel einen niedrigeren Aufnahme-BMI und wurden länger behandelt als Patienten mit niedrigerer WS (Low-WS). High-WS zeigten eine größere mittlere Gewichtszunahme pro Woche (620g vs. 500g) und eine größere Gewichtszunahme insgesamt (7,7kg vs. 5,6kg); dieser Effekt blieb auch unter Einbezug des Aufnahme-BMI und der Dauer der stationären Behandlung als Kovariaten signifikant. High- und Low-WS unterschieden sich weder bezüglich der Gesamtpsychopathologie noch hinsichtlich der Ausprägung bulimischer Symptomatik. Männer in der Stichprobe ( $n=60$ ) hatten eine signifikant höhere WS als Frauen und erzielten einen signifikant höheren Entlassungs-BMI. Allerdings erlaubte bei Männern im Gegensatz zu Frauen das Ausmaß der WS keine signifikante Vorhersage der Gewichtszunahme.

**Diskussion:** Die vorliegende Untersuchung umfasst die bislang größte Stichprobe zur WS bei AN. Für die Gewichtszunahme stellt die WS einen wesentlichen Prädiktor dar, der eine höhere Varianzaufklärung als viele andere klinisch relevante Variablen (psychometrische Daten, Erkrankungsdauer etc.) erzielt. Im Gegensatz zu bisherigen Befunden und Erklärungsmodellen in der Literatur unterscheiden sich High- und Low-WS in unserer Stichprobe nicht hinsichtlich der bulimischen Symptomatik. Dies könnte ein Hinweis

für einen überwiegenden biologischen Einfluss der WS auf die Gewichtszunahme sein. Überraschenderweise zeigt sich der Einfluss der WS allerdings nur bei Frauen, nicht bei Männern mit AN.

## Diagnostik, Klassifikation und Therapie somatoformer Schwindelbeschwerden

### Body cognition of patients with chronic balance disorders

Allum J.<sup>1</sup>, Sleptsova M.<sup>1</sup>, Schmid D.<sup>1</sup>, Honegger F.<sup>2</sup>, Schatz T.<sup>3</sup>, Biner C.<sup>3</sup>, Maguire C.<sup>3</sup>, Langewitz W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University Hospital Basel, Psychosomatic, Basel, Schweiz, <sup>2</sup>University Hospital Basel, ORL, Basel, Schweiz, <sup>3</sup>FHNWS, Health Sciences Teaching Centre, Basel, Schweiz

**Background:** Normal balance involves a percept of body location in space. Prior to moving, a motor program is generated consistent with imagining the body transformed to another position. The vestibular system plays an important role in this own body transformation (OBT). Therefore, patients with objectively determined balance deficits (obj-BD) are likely to have an altered OBT concept with functional consequences on posture and gait. As anxiety also affects the vestibular system, those with subjective balance deficits, ie dizziness alone without obj-BD could also have an impaired OBT concept. The aim of this study was to examine OBT metrics in patients with chronic feelings of dizziness, with and without obj-BD.

**Methods:** 18 patients with chronic dizziness as determined by a Dizziness Handicap Inventory (DHI) questionnaire (9 obj-BD patients as determined by pathological trunk sway during 14 stance and gait tasks, and 9 patients with no obj-BD) and 9 healthy controls (HC) were asked to replicate roll trunk and arm movements of a gym instructor in a life size video facing them using embodied spontaneous copying (SPO), which was always mirror-imaged, and disembodied (OBT) movements - roll left when the instructor rolls left and likewise right. Onset latency of trunk roll angle, rise time to peak angle (interval), mean roll velocity and roll amplitude (difference from onset to peak) were measured using a SwayStar™ gyroscope system mounted between the shoulder blades. Mean values were compared between the groups and tasks (SPO vs OBT).

**Results:** Mean DHI scores were 57(sd17), 43(sd15) and 0(sd0) for obj-BD, no obj-BD patients, and HC, respectively. For all groups OBT task latencies were significantly longer and intervals shorter than for SPO. Obj-BD but not no obj-BD patients had, compared to HC, significantly longer onset latencies and smaller velocities and amplitudes in both the SPO and OBT tasks. Measures of no obj-BD patients tended to be between those of OBJ and HC groups.

**Conclusions:** These results indicate that cognitive OBT abilities are impaired in patients with obj-BD and dizziness, but not those

with dizziness only. The integration of cognitive OBT training into balance deficit therapy is recommended to aid balance control processing. Further studies focussing on the differences between chronic dizziness patients with and without obj-BD are needed to determine the effect of affective aspects (e.g. anxiety) on balance control.

### Konstruktvalidität und klinischer Nutzen der DSM-5

#### Kategorie „Somatic Symptom Disorder“: Schwindel als Prototyp

Lahmann C.<sup>1,2</sup>, Henningsen P.<sup>1</sup>, Dieterich M.<sup>2,3</sup>, Schmid G.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, <sup>2</sup>Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, München, Deutschland, <sup>3</sup>Klinikum Großhadern, Klinik für Neurologie, München, Deutschland

**Einleitung:** 2013 wurde das DSM-5 veröffentlicht, in dem die bisherige DSM-IV Kategorie „Somatoforme Störungen“ durch den Abschnitt „Somatic Symptom and Related Disorders“ ersetzt wurde. Das Fehlen einer ausreichend erklärbaren organischen Ursache für subjektiv berichtete körperliche Beschwerden fällt bei der neuen diagnostischen Kategorie weg; vielmehr wird die Somatic Symptom Disorder (SSD) durch (A) mindestens ein körperliches Symptom charakterisiert, das (B) sehr belastend für den Patienten ist, erhebliche Funktionsstörungen oder übertriebene bzw. unverhältnismäßige Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen im Hinblick auf die körperlichen Symptome zur Folge hat und (C) persistierend auftritt. Das Ziel dieser Studie war es, die Konstruktvalidität sowie den klinischen Nutzen der neuen DSM-5 Kategorie SSD im Vergleich zur bisherigen DSM-IV Kategorie der somatoformen Störungen anhand von Patienten mit Schwindelsyndromen zu überprüfen.

**Methode:** In diese Querschnittstudie wurden die Daten von n=333 Patienten (54.2 ± 15.2 Jahre; 45.3% Männer) einer universitären Schwindelambulanz einbezogen. Im Rahmen der Diagnostik wurden eine standardisierte neurologische Untersuchung sowie strukturierte klinische Interviews zur Erfassung somatoformer Störungen nach DSM-IV (SKID-I) durchgeführt. Außerdem füllten die Patienten folgende Fragebögen zu ihren Beschwerden, ihren damit verbundenen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen sowie zu ihrer Lebensqualität aus: Health Attitude Survey (HAS-14), Patient Health Questionnaire (PHQ), Whiteley Index (WI), Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB), Vertigo Handicap Questionnaire (VHQ) und SF-12.

**Ergebnisse:** Die DSM-5 Diagnose einer SSD wurde anhand der Dauer der Beschwerden sowie mittels des HAS-Cut-offs (Summenwert ≥ 27) ermittelt; 138 (41.4%) der Patienten mit Schwindelbeschwerden erfüllten die SSD Diagnose. Nach den DSM-IV Kriterien litten 74 (22.2%) der Patienten unter einem somatoformen Schwindel. Die Übereinstimmung zwischen der Diagnose einer somatoformen Störung und einer SSD war mit einem Kappa-Koeff-

fizienten von  $K=0.30$  als leicht einzustufen. Bei beiden Gruppen zeigten sich eine mittlere bis hohe Konstruktvalidität (PHQ, WI, SAIB) sowie signifikante Beeinträchtigungen im Hinblick auf die schwindel- (VHQ) und gesundheitspezifische Lebensqualität (SF-12).

**Schlussfolgerung:** Unsere Ergebnisse unterstützen die neue DSM-5 Kategorie der SSD als valide und klinisch relevante Diagnose einer psychischen Störung.

## Die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung als Prädiktor für somatoforme Schwindelsyndrome

Schmid G.<sup>1,2</sup>, Henningsen P.<sup>1,2</sup>, Dieterich M.<sup>2,3</sup>, Feuerecker R.<sup>2,3</sup>, Lahmann C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, TU München, Klinik für Psychosomat. Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Großhadern, LMU München, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Großhadern, LMU München, Klinik für Neurologie, München, Deutschland

**Einleitung:** Rund 30 bis 50% der komplexen Schwindelerkrankungen sind organisch nicht ausreichend erklärbar und können einer somatoformen Störung zugeordnet werden. Häufig nehmen Ärzte Patienten mit somatoformen Syndromen häufig als schwierig wahr und reagieren aversiv oder frustriert. Das Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der subjektiv eingeschätzten Qualität der Arzt-Patient-Beziehung beim Erstkontakt und der Diagnose einer somatoformen Schwindelerkrankung.

**Methode:** In diese Querschnittstudie wurden die Daten von  $n=468$  Patienten einer universitären Schwindelambulanz einbezogen. Im Rahmen der Diagnostik wurde eine standardisierte neurologische Untersuchung sowie strukturierte klinische Interviews zur Erfassung somatoformer Störungen (SKID-I) durchgeführt. Außerdem füllten die Neurologen nach dem Erstkontakt mit den Patienten, aber vor Abschluss der neurologischen Untersuchung, einen Fragebogen zur Einschätzung der Qualität der Arzt-Patient Beziehung sowie zu ihren Gegenübertragungsgefühlen aus. Zusätzlich füllten die Patienten Fragebögen zu Somatisierung, Depression und Angst aus.

**Ergebnisse:** Nach den Kriterien des SKID-I litten 95 (20.3%) der Patienten unter einem somatoformen Schwindel, während 373 (79.7%) der Patienten keinen somatoformen Schwindel hatten. Die Neurologen schätzten ihre Gegenübertragungsgefühle sowie die Qualität der Arzt-Patient Beziehung bei Patienten mit somatoformem Schwindel signifikant schlechter ein als bei Patienten ohne somatoformen Schwindel. Eine schlechte Qualität der Arzt-Patient Beziehung sowie das Gefühl, genervt und gelangweilt vom Patienten zu sein, erhöhten die Chance auf die Diagnose eines somatoformen Schwindels 3- bis 4-fach.

**Schlussfolgerung:** Die Diagnose eines somatoformen Schwindels ist mit einer schlechten Arzt-Patient-Beziehung und ungüns-

tigen Gegenübertragungsgefühlen assoziiert, was den diagnostischen Prozess und die weitere Behandlung beeinträchtigen kann. Die Arzt-Patient-Beziehung sollte in der Arbeit mit Schwindelpatienten kontinuierlich selbstkritisch geprüft werden, um deren diagnostischen Wert zu nutzen und um die weitere Interaktion mit den Patienten günstig zu gestalten.

## Traumafaktoren und aversive Lebensereignisse bei Patienten mit organisch bedingtem und somatoformem Schwindel

Radziej K.<sup>1,2</sup>, Schmid G.<sup>1,2</sup>, Dinkel A.<sup>1</sup>, Lahmann C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität, München, Deutschland,

<sup>2</sup>German Centre for Vertigo and Balance Disorders, University Hospital Munich, Campus Großhadern, Ludwig Maximilians-Universität, München, Deutschland

Zahlreiche Vorbefunde sprechen für einen engen Zusammenhang zwischen psychischer Traumatisierung und somatoformen Beschwerden. Für den Bereich des somatoformen Schwindels im Speziellen standen Studien hierzu bislang noch aus.

Vor diesem Hintergrund untersuchten wir eine Stichprobe von  $N = 341$  Patienten, welche mit organisch bedingten bzw. organisch nicht ausreichend erklärbaren (d.h. primär oder sekundär somatoformen) Schwindelbeschwerden im Deutschen Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, Großhadern vorstellig wurden.

Anhand fragebogenbasierter Maße wurden traumatische Ereignisse in der Kindheit (*Childhood Trauma Questionnaire*) und über die Lebensspanne (*Posttraumatic Diagnostic Scale*) sowie Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (*Impact of Events Scale*) erhoben. Darüber hinaus wurden Charakteristika der Schwindelbeschwerden einschließlich schwindelassoziierter Angst und Beeinträchtigungen im Hinblick auf soziale und physische Aktivitäten erfasst (*Vertigo Symptom Scale*, *Vertigo Handicap Scale*).

Bezüglich der Trauma-Variablen ergaben sich zwischen den Patientengruppen keine Unterschiede. Über alle Diagnosegruppen hinweg zeigte sich jedoch, dass jene, die ein (beliebiges) traumatisches Lebensereignis angaben, erhöhte schwindelbezogene Angst und Symptome autonomer Erregung berichteten.

In Regressionsanalysen zeigten sich die posttraumatischen Stresssymptome Vermeidung und Intrusionen als Prädiktoren für die Schwindelsymptomatik und das im Zuge der Beschwerden erlebte Handicap. Die Ergebnisse legen nahe, dass Traumatisierung unabhängig von der organischen Erklärbarkeit der Beschwerden einen Risikofaktor in der Pathogenese von Schwindel darstellen kann.

## Neurogastroenterologie

### Angst, Depressivität, Allgemeinbeschwerden und spezifische Beschwerden bei Patienten mit Reizdarmsyndrom im Vergleich zu anderen klinischen Stichproben

Weidner K.<sup>1</sup>, Schäfer S.<sup>2</sup>, Hoppner J.<sup>3</sup>, Becker N.<sup>2</sup>, Friedrich D.<sup>4</sup>, Stokes C.<sup>4</sup>, Lammert F.<sup>4</sup>, Köllner V.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland, <sup>2</sup>Universität des Saarlandes, Fachrichtung Psychologie, Saarbrücken, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Mannheim, 1. Medizinische Klinik, Mannheim, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für Innere Medizin II - Gastroenterologie und Endokrinologie, Homburg/Saar, Deutschland, <sup>5</sup>Mediclin Bliestaal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland

**Hintergrund:** Das Reizdarmsyndrom (RDS) kann in der ICD-10 sowohl im Kapitel F als auch in der Inneren Medizin (Kapitel K) kodiert werden. Dies zeigt die Unsicherheit darüber, wo das RDS zu verorten ist. Ziel unserer Studie ist es, RDS-Patienten hinsichtlich Angst und Depressivität sowie allgemeiner und Reizdarm-bezogener Körperbeschwerden mit Patienten mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED) in Remission, psychosomatischen Patienten und einer gesunden Stichprobe zu vergleichen.

**Methodik:** Untersucht wurden 372 Testpersonen (63% Frauen, Alter  $40.7 \pm 16.6$  Jahre). 65 litten unter RDS, 74 wurden wegen einer CED behandelt, 45 waren Patienten einer psychosomatischen Klinik und 188 gehörten einer Kontrollgruppe an, die sich aus 73 orthopädischen und 115 studentischen Testpersonen zusammensetzt. Alle füllten die für diese Studie entwickelte, 13 Items umfassende deutschsprachige Version des Irritable Bowel Syndrome-Specific Symptom Questionnaire (IBSQest, Wiklund et al., 2003) sowie den Gießener Beschwerdebogen und die Hospital Anxiety and Depression Scale aus.

**Ergebnisse:** Signifikante Unterschiede hinsichtlich des IBSQuest-Gesamtscores zeigten sich nach Durchführung einer einfaktoriellen ANOVA ( $F = 47.62, p \leq .001$ ) und Berechnung entsprechender Kontraste - zwischen den Reizdarmpatienten und dem Mittel aller übrigen Gruppen ( $t = 13.61, p \leq .001$ ). Gleiches galt auch für die Subskalen Blähungen ( $t = 11.41, p \leq .001$ ), Diarrhoe ( $t = 8.38, p \leq .001$ ), Obstipation ( $t = 4.75, p \leq .001$ ), Übersättigung ( $t = 7.98, p \leq .001$ ) und Schmerzen ( $t = 10.51, p \leq .001$ ). Wurden lediglich die Reizdarmpatienten und die CED-Patienten in Remission betrachtet, zeigten sich ebenfalls sowohl für den Gesamtwert des IBSQuest ( $t = 8.45, p \leq .000$ ) als auch für alle Subskalen signifikante Mittelwertsunterschiede ( $t \geq 3.07, p \leq .003$ ) im Sinne eines höheren Scores der RDS-Patienten. Im HADS-D erreichten die RDS- und die Psychosomatik-Patienten hinsichtlich Angst und Depressivität vergleichbar hohe Werte und lagen ebenso wie im GBB-Gesamtscore deutlich über den anderen Gruppen und zeigten im Vergleich zu den übrigen Gruppen signifikant höhere Werte ( $t = 8.12, p \leq .001$ ).

**Diskussion:** RDS-Patienten sind psychisch ähnlich stark belastet wie psychosomatische Patienten - unterscheiden sich von diesen aber durch wesentlich stärker ausgeprägte organspezifische Symptome. Die Ergebnisse sprechen für die Bedeutung psychischer Faktoren bei der Symptomausprägung des RDS.

## Bindungsforschung

### Mediation des Zusammenhanges zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Bindung im Erwachsenenalter durch das Strukturniveau in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe

Ehrenthal J.C.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Brähler E.<sup>2</sup>, Strauß B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Leipzig, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Aversive Kindheitserfahrungen sind nicht nur ein Risikofaktor für Entstehung und Verlauf somatischer und psychischer Erkrankungen, sondern auch für maladaptive Interaktionsstile. Maladaptive Interaktionsstile können unter anderem vor dem Hintergrund der Bindungstheorie abgebildet werden. Die Bindungstheorie betont sowohl die Bedeutung von realen Interaktionserfahrungen, aber gleichzeitig die Wichtigkeit des Integrationsniveaus der Repräsentation dieser Erfahrungen für die Entwicklung von Bindungsstilen. Ziel der aktuellen Studie ist zu untersuchen, in welchem Ausmaß die Realerfahrungen, und in welchem das Integrationsniveau der Repräsentationen von sich und anderen für den Bindungsstil bei Erwachsenen ausschlaggebend sind. In einer bevölkerungsrepräsentativen Querschnittstudie wurden bei 2500 Personen aversive Kindheitserfahrungen (Childhood Trauma Screener; CTS) und Bindungsstil (Experiences in Close Relationships - Revised Kurzform; ECR-RD12) per Fragebogen erhoben. Als Maß für das generelle Integrationsniveau der Persönlichkeit wurde die Screeningvariante des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) verwendet. Mediationsmodelle mit Bootstrapping-Prozedur zeigten, dass der Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Bindungsunsicherheit partiell durch das generelle Strukturniveau der Persönlichkeit mediiert wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl die aversiven Realerfahrungen, also auch das generelle Integrationsniveau der Persönlichkeit bedeutsam für die Ausprägung von unsicherer Bindung im Erwachsenenalter sind. Die Effekte werden vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen um die Konzeptualisierung von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen in ICD-11 und DSM-5 diskutiert, und mit ähnlichen Befunden aus klinischen Stichproben verglichen.

**Wenn die Persönlichkeit den Schmerz beeinflusst:**

## Chronischer Schmerz und Bindungsstil im Therapieverlauf

Amelung D.<sup>1</sup>, Sieber B.<sup>1</sup>, Neubauer E.<sup>1</sup>, Schroeter C.<sup>1</sup>, Schiltenswolf M.<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Tagesklinik für Schmerztherapie, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland*

**Hintergrund:** Unsichere Bindungsmuster beeinflussen aufgrund dysfunktionaler Umgangsweisen mit dem Schmerzerleben die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzzustände. Über den differentiellen kurz- und langfristigen Verlauf von Schmerztherapien in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Schmerzdiagnose der Patienten ist jedoch weniger bekannt. Daher untersucht die hier vorgestellte Studie den kurz- und längerfristigen Therapieverlauf von Schmerzpatienten mit und ohne klaren organischen Befund. Wir gehen davon aus, dass unsicher gebundene Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen ohne organischen Befund, und insbesondere diejenigen mit einem hohen Grad an Bindungsangst die positiven Effekte einer auf Autonomie ausgerichteten multimodalen Schmerztherapie weniger gut aufrechterhalten können als sicher gebundene Patienten. Bei unsicher gebundenen Osteoarthritis-Patienten mit klarem organischen Befund erwarten wir analog eine schlechtere Anpassung an das Schmerzerleben nach einer Gelenkersatzoperation.

**Methode:** N=89 Patienten mit monolokularen Schmerzen aufgrund einer Osteoarthritis und n=85 Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen ohne ausreichenden organischen Befund, die sich einer jeweils entsprechenden Therapie an unserer Einrichtung unterzogen, machten Angaben zu wahrgenommener Schmerzstärke, körperlicher Funktionsfähigkeit und affektiver Beeinträchtigung zu den drei Zeitpunkten Beginn der Therapie (T1), nach Abschluss der Therapie (T2) und 6 Monate nach Abschluss der Therapie (T3). Zu T1 wurde das Bindungsmuster sowohl global mit dem Relationship Questionnaire (RQ-2) gemessen als auch bezogen auf romantische Partner mit dem Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R).

**Ergebnisse und Diskussion:** Erste Ergebnisse deuten auf eine Bestätigung unserer Hypothesen hin: 6 Monate nach Therapie berichten nur sicher gebundene Patienten beider Diagnosegruppen über eine signifikante Schmerzreduktion gegenüber T1. Die vollständigen Ergebnisse werden vorliegen. Diese sollen in einem hierarchischen Modell die spezifischen Varianzanteile der verschiedenen Einflussfaktoren, insbesondere der Bindung und Schmerzgruppenzugehörigkeit, auf den kurz- und längerfristigen Schmerzverlauf nach Abschluss der Therapie identifizieren. Diese Ergebnisse sollen langfristig zu einer bindungstheoretisch gestützten Verbesserung der Therapie von Schmerzpatienten beitragen.

## Bindungsstil und automatische Wahrnehmung von emotionaler Information: Eine affektive Priming-Studie

Donges U.-S.<sup>1</sup>, Kersting A.<sup>1</sup>, Suslow T.<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Universität Leipzig, Psychosomatische Medizin, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Münster, Klinik für Psychiatrie, Münster, Deutschland*

**Hintergrund:** Negative frühkindliche Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen können zu Bindungsunsicherheit führen und die Wahrnehmung für emotionale Signale sensibilisieren. Der menschlichen Bindungsorientierung liegen zwei Dimensionen zu Grunde, die als Angst und Vermeidung bezeichnet werden. Vermeidung beinhaltet die Tendenz, der Nähe zum Partner auszuweichen, während Angst sich auf Unsicherheit in der Partnerschaft bezieht. Aus der kognitiven Emotionsforschung ist bekannt, dass während der automatischen Verarbeitung von Reizen ihre Valenz und Ich vs. Andere -Relevanz bestimmt werden. In der vorliegenden Studie wurde in einer Stichprobe gesunder Probanden untersucht, ob Bindungsvermeidung bzw. Bindungsangst die automatische Wahrnehmung von Valenz und Relevanz in lexikalischen Reizen beeinflussen.

**Methoden:** 153 gesunden Erwachsenen (105 Frauen; mittleres Alter: 25.1 Jahre, Range 18-38) wurden der Bochumer Bindungsfragebogen, das State-Trait Angstinventar und das Beck-Depressions-Inventar vorgegeben. Am PC wurde eine affektive Priming-Aufgabe basierend auf Adjektiven mit der Aufgabe der dichotomen Wortbeurteilung (positiv vs. negativ) dargeboten, die sich systematisch hinsichtlich ihrer Valenz und Relevanz unterschieden. Die Prime-Wörter wurden maskiert gezeigt. Jeder Proband absolvierte drei Blöcke mit je 100 Beurteilungsdurchgängen.

**Ergebnisse:** In der Gesamtstichprobe ergaben sich in den Reaktionszeitdaten signifikante Primingeffekte bei Kongruenz von Valenz bzw. Relevanz verglichen mit der Inkongruenzbedingung. Bindungsvermeidung nicht aber Bindungsangst korrelierte signifikant positiv mit dem Ausmaß des affektiven Primings. Priming aufgrund von Relevanz manifestierte keine Zusammenhänge mit den Bindungsstilen.

**Diskussion:** Unseren Befunden zufolge sind vermeidend gebundene Personen unabhängig von ihrer Depressivität und Ängstlichkeit durch Auffälligkeiten in der automatischen Wahrnehmung emotionaler Informationen gekennzeichnet. Die automatische Sensitivität für lexikale emotionale Informationen erscheint bei Bindungsvermeidung erhöht. Der vermeidend gebundene Verarbeitungsstil weist Ähnlichkeiten mit dem bei repressiver Bewältigung auf, der durch eine verstärkte frühe Reaktivität auf emotionale Reize bei nachfolgenden vermeidenden Tendenzen auf einer kontrollierten Verarbeitungsebene gekennzeichnet ist.



### Formen der Unbewusstheit: Sprach- versus reaktionszeitbasierte Beziehungsschemata und Psychopathologie

Petrowski K.<sup>1</sup>, Schurig S.<sup>1</sup>, Singh S.<sup>2</sup>, Strauß B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland

Zur Erfassung von introspektiv unzugänglichen Bindungsschemata liegen implizite Verfahren basierend auf Reaktionszeiten und sprachbasierte Interviewverfahren vor. Beide Ansätze postulieren unbewusste unverarbeitete Prozesse zu erheben, deren Übereinstimmung empirisch noch nicht verglichen wurde. In einer Stichprobe von N = 89 Patienten (Alter  $M = 29$ ;  $SD = 2,47$ ) mit Panikstörung, keiner Persönlichkeitsstörung nach SKID-I/II wurde parallelisiert das Adult Attachment Interview (AAI) und der Implizite Assoziationstest (IAT) durchgeführt. Im AAI zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Reaktionszeiten im IAT zwischen organisierten/desorganisierten Bindungsrepräsentationen unabhängig von Bindungsschemata zur Mutter (gleiche Zeitebene) oder zum Partner (unterschiedliche Zeitebene). Obwohl unverarbeitete Bindungstrauma als Vulnerabilitätsfaktor für psychische Störungen gelten, liegen keine Unterschiede in der Symptombelastung zwischen organisierten und desorganisierten AAI-Bindungsschemata vor. Allerdings zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Globalen Symptom Index, der Positiven Symptombelastung der Patienten und den partnerschaftlichen impliziten Bindungsschemata. Je stärker die partnerschaftlichen Assoziationen umso geringer war die generelle Symptombelastung ( $r = -.170^*$ ;  $r = -.167^*$ ). Die Daten belegen erstmals, dass implizite Schemata nicht identisch mit unbewussten Bindungsrepräsentationen sind. Bei unbewussten/unverarbeiteten Bindungsrepräsentationen scheinen keine Unterschiede in den Gedächtnisinformationen mittels eines assoziativen Netzwerks vorzuliegen, aber bezüglich autobiographischer Gedächtnisfunktionen.

### Single-Sein und Kohabitation in einer repräsentativen Stichprobe - Welchen Einfluss hat der Bindungsstil auf den Partnerschaftsstatus?

Schurig S.<sup>1</sup>, Petrowski K.<sup>1</sup>, Stöbel-Richter Y.<sup>2</sup>, Brähler E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Da der Anteil der alleinstehenden Erwachsenen und auch das nicht-eheliche Zusammenleben (Kohabitation) in der Gesellschaft stetig zunehmen, sind die Ursachen für diese Entwicklung von

wachsendem Interesse. Der individuelle Bindungsstil könnte hier in Verbindung mit dem Partnerschaftsstatus stehen und eine Erklärung für diese Entwicklung bieten.

In der folgenden Analyse wurden der Bindungsstil (erhoben mit der deutschen Version der Adult Attachment Scale; AAS), Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen in Bezug auf den Partnerschaftsstatus verglichen. Weiterhin wurde eine Varianzanalyse berechnet, um den Bindungsstil in verschiedenen Gruppen zu vergleichen. Die Erhebung fand an einer repräsentativen Stichprobe von  $N = 1.676$  Teilnehmern im Alter von 18 bis 60 Jahren ( $M = 41,0$ ,  $SD = 12,3$ ) statt. 53,9% der Stichprobe waren weiblich, 40,2% waren Single und 10,9% lebten in einer nicht-ehelichen Partnerschaft.

Jüngere Personen (18 bis 30 Jahre) in Partnerschaft beschrieben eine größere Bindungsangst als Singles. Dagegen zeigten Singles im Alter von 31 bis 45 Jahren eine größere Bindungsangst als Personen in Partnerschaft. Darüber hinaus zeigte sich, dass Singles im Vergleich zu Personen in Partnerschaft häufiger Abitur hatten und dass Personen mit Abitur hinsichtlich des Bindungsstils mehr Vertrauen in andere zeigten unabhängig vom Partnerschaftsstatus. Bezogen auf das Alter fühlen sich ältere Singles mit viel Nähe weniger wohl und zeigten weniger Vertrauen in andere Personen im Vergleich zu Personen, die in einer Partnerschaft leben. Zudem konnte die logistische Regression zeigen, dass Personen nicht Single sind, wenn sie weniger Probleme damit haben, anderen zu vertrauen, bindungsängstlicher sind, ein höheres Alter und kein Abitur haben. Dagegen führt ein Einkommen unter 2000 €/Monat zu einer 13-mal höheren Wahrscheinlichkeit Single zu sein.

Kohabitierende Personen waren bindungsängstlicher, vor allem die Jüngeren. Und ein allein um einen Punkt gesteigerter Wert auf der Angstskala führt zu einer fast doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit für Kohabitation.

Zusammenfassend hat der Bindungsstil einen differenzierten Effekt auf den Partnerschaftsstatus, vor allem bei den Singles. Auf Basis dieser repräsentativen Daten ist Bindungsangst ausschließlich mit Kohabitation verknüpft. Allerdings sind diese Effekte vom Alter abhängig. Bildung spielt nur eine geringe Rolle, die sich ausschließlich im Vertrauen in andere zeigte.

### Adipositaschirurgie meets Psyche

#### Ernährungs- und Essverhalten nach Sleeve-Gastrektomie - Eine 4-Jahres-Katamnese

Ölschläger S.<sup>1</sup>, Mack I.<sup>1</sup>, Sauer H.<sup>1</sup>, Becker S.<sup>1</sup>, Meile T.<sup>2</sup>, Kramer M.<sup>2</sup>, Windhorst P.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Tübingen, Allgemeine Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Sleeve-Gastrektomie (SG) als restriktives Verfahren der bariatrischen Chirurgie findet immer häufiger Anwendung. Jedoch fehlen derzeit sämtliche Daten zum Ernährungs- und Essverhalten im Langzeitverlauf.

**Methoden:** Von 169 am Zentrum mit SG behandelten Patienten konnte zu 148 Kontakt hergestellt werden. 82 Patienten (55,4%) nahmen an der Studie teil. Davon wurden 64 im Zentrum und 18 telefonisch oder postalisch nachuntersucht. Zur Ernährungserhebung wurden zwei 24h-Food-Recalls sowie der Food Frequency Questionnaire verwendet und mit der Multiple Source Methode analysiert.

Essstörungssymptome wurden durch ein strukturiertes Experteninterview (EDE) und Fragebögen (SIAB, EDI, FEV) erfasst.

**Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt der Untersuchung lag die SG im Mittel 4 Jahre zurück.

Der BMI vor SG betrug  $48,6 \pm 8,1$  kg/m<sup>2</sup> und 4 Jahre nach SG  $36,1 \pm 10,8$  kg/m<sup>2</sup>. Das Excess Weight Loss lag bei  $49,5 \pm 33,2\%$ .

Vor der SG hatten 20 Patienten Symptome einer Binge Eating Störung, 9 davon das Vollbild. Nach der SG haben noch 11 Patienten Loss-of-Control-Eating und nur noch ein Patient das Vollbild der Störung. Auch im EDI finden sich nach SG weniger pathologische Werte in den Subskalen „Bulimie“ und „Unzufriedenheit mit dem Körper“ und im FEV in den Subskalen „Störbarkeit des Essverhaltens“ und „erlebte Hungergefühle“. 7,4% der Patienten berichten selbstinduziertes Erbrechen und 39,1% Grazing. 10% der Patienten nehmen mehr Energie auf, als zur Aufrechterhaltung ihres aktuellen Körpergewichts nötig wäre.

**Diskussion:** Patienten nehmen erfolgreich Gewicht ab. Im langfristigen Verlauf nach SG tritt das Vollbild einer Essstörung sehr selten auf. Auch finden sich deutlich weniger Essstörungssymptome als vor SG. Diese Essstörungssymptome können jedoch mit einer erhöhten Energieaufnahme einhergehen. Es liegt nahe, dass das chirurgische Outcome positiv beeinflusst werden könnte, wenn Risikopatienten rechtzeitig identifiziert und mit gezielten Interventionen unterstützt würden.

Gefördert von BMBF 01G11322

## Körperzufriedenheit und Wunsch nach plastischer Operation nach Adipositaschirurgie

Georgiadou E.<sup>1</sup>, Müller A.<sup>1</sup>, Köhler H.<sup>2</sup>, Oettel F.<sup>2</sup>, Teufel M.<sup>3</sup>, Stroh C.<sup>4</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>Herzogin Elisabeth Hospital, Chirurgische Klinik, Braunschweig, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>SRH Wald-Klinikum Gera, Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie, Gera, Deutschland

**Hintergrund:** Die Zahl der adipositaschirurgischen Eingriffe ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Der massive Gewichtsverlust führt häufig zu überschüssig hängender Haut und die Pa-

tienten berichten von körperlichen und psychischen Problemen, die dadurch entstehen. Ziel unserer Studie war es, die Zufriedenheit mit einzelnen Körperregionen und den Wunsch nach plastischen Operationen von Patienten nach Adipositaschirurgie zu erfassen sowie den Prozentsatz der durchgeführten plastischen Operationen zu ermitteln. Zudem sollten Faktoren identifiziert werden, die sowohl mit der Körperzufriedenheit als auch mit dem Wunsch nach plastischer Operation assoziiert sind.

**Methoden:** 309 Patienten aus 3 chirurgischen Zentren wurden 12-188 (MW 40,1) Monate nach einer bariatrischen Operation mit dem Post-Bariatric Surgery Appearance Questionnaire (PBSAQ) untersucht.

**Resultate:** Patienten nach Adipositaschirurgie berichten von einer hohen Körperunzufriedenheit und von körperlichen Problemen vorwiegend in den Regionen Bauch, Oberschenkel und Brust. 48,5 % der Patienten gaben einen hohen Wunsch nach einer plastischen Operation der Bauchregion an. Bei 59 Patienten (19,1%) wurde bereits eine plastische Operation durchgeführt. Am häufigsten wurde eine Abdominoplastik vorgenommen (88,1%). Die Körperzufriedenheit nahm nach dem Eingriff signifikant zu. Frauen und ein höherer BMI waren mit einer höheren Körperunzufriedenheit nach bariatrischer Operation assoziiert. Das weibliche Geschlecht war ebenfalls mit dem Wunsch nach einer plastischen Operation assoziiert.

**Diskussion:** Es erscheint wichtig, Probleme mit überschüssiger Haut nach bariatrisch-chirurgischen Eingriffen zu diskutieren und realistische Erwartungen zu schaffen. Ein großer Anteil der Patienten wünscht plastisch-chirurgische Eingriffe. Die Körperzufriedenheit scheint sich nach solchen Eingriffen zu verbessern. Die langfristigen Konsequenzen auch auf die psychische Situation der Betroffenen müssen weiter untersucht werden.

## Bariatric Surgery and Education (BaSE): Effekte einer einjährigen videokonferenzbasierten psychoedukativen Gruppenintervention nach bariatrischer Chirurgie

Teufel M.<sup>1</sup>, Hünemeyer K.<sup>2</sup>, Sauer H.<sup>1</sup>, Hein B.<sup>2</sup>, Mack I.<sup>1</sup>, Schellberg D.<sup>2</sup>, Müller-Stich B.<sup>3</sup>, Weiner R.<sup>4</sup>, Meile T.<sup>5</sup>, Herzog W.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Wild B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Psychosomatische Medizin, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Chirurgische Universitätsklinik, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Krankenhaus Sachsenhausen, Frankfurt, Deutschland, <sup>5</sup>Chirurgische Universitätsklinik, Tübingen, Deutschland

**Fragestellung:** Bei schwerer Adipositas stellt die bariatrische Chirurgie die effektivste Therapieform dar. Betroffene sind nach der Operation mit multiplen Herausforderungen konfrontiert, die häufig einer Unterstützung bedürfen. Ziel der BaSE Studie war es erstmalig in einem randomisierten multizentrischen Ansatz die Wirksamkeit einer psychoedukativen Intervention über den Zeitraum von einem Jahr nach Operation zu überprüfen.

**Methodik:** Klinische randomisierte kontrollierte Multicenterstudie mit Einschluss von 117 Patienten, bei denen zuvor ein chirurgisch-bariatrisches Verfahren Anwendung fand (mittlerer präoperativer BMI 49,9 kg/m<sup>2</sup>). Innerhalb eines Jahres erhielten Teilnehmer reguläre chirurgische Nachsorgevisiten oder zusätzlich eine überwiegend videokonferenzbasierte psychoedukative Intervention in Gruppen. Primäre Outcomevariablen waren Gewichtsabnahme, Lebensqualität und Selbstwirksamkeit; sekundäre Depressivität und Essverhalten.

**Ergebnisse:** Die Completer-Rate war 94 %. Der mittlere Gewichtsverlust lag bei 45,9 kg

(63 % excess weight loss). Intention-to-treat Analysen erbrachten keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Allerdings zeigten Patienten mit klinisch signifikanter Depressivität zum Zeitpunkt der Operation, die der Interventionsgruppe zugeteilt wurden (n=28), nach einem Jahr signifikant höhere Lebensqualität und niedrigere Depressionswerte als Patienten in der Kontrollgruppe (n=20). Darüber hinaus bestand hier entsprechend ein Trend hin zu einem höheren Gewichtsverlust.

**Schlussfolgerung:** In dieser ersten multizentrischen Studie zur Wirksamkeit einer postoperativen Psychoedukation nach Operation zeigten sich Effekte bei Patienten "at risk". Nicht alle Operierten scheinen zwingend einer intensiven Nachsorge zu bedürfen. Klinische Aufgabe bleibt ein intensives Monitoring nach Operation, um zu gewährleisten, dass psychosoziale Belastungen erkannt werden, um so Betroffenen die notwendige Therapie zukommen lassen zu können.

(gefördert von BMBF OGIT 01GI0843).

## Ärztliche Kommunikation und deren Wirkung

### Vom kommunizierenden Arzt zum „ärztlichen Kommunikationstrainer“ - Entwicklung eines train-the-trainer Programms für die ärztliche Fortbildung

Jünger J.<sup>1</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Baumgarten G.<sup>2</sup>, Breitbart E.W.<sup>3</sup>, Stoevesandt D.<sup>4</sup>, Doll A.<sup>5</sup>, Wesselmann S.<sup>6</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Bonn, Deutschland, <sup>3</sup>Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V., Buxtehude, Deutschland, <sup>4</sup>Martin-Luther Universität MLU Halle Wittenberg, Dorothea Erxleben Lernzentrum, Halle, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland, <sup>6</sup>Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

Die Bedeutung gelungener Arzt-Patienten-Kommunikation für das Wohl von PatientInnen ist sowohl empirisch belegt als auch von zunehmendem gesundheitspolitischem Interesse. Im Natio-

nen Krebsplan wird die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen von Leistungserbringern in der Onkologie als explizites Ziel genannt.

In der medizinischen Ausbildung wird die Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen bereits zunehmend in die Curricula implementiert. Hingegen mangelt es in der medizinischen Weiter- und Fortbildung an umfassenden und strukturierten Qualifizierungsmaßnahmen zu kommunikativen Kompetenzen. Insbesondere fehlen qualifizierte ärztliche TrainerInnen, um solche Qualifizierungsmaßnahmen durchzuführen.

In diesem Beitrag wird die Konzeption eines Trainingsprogramms vorgestellt, welches ÄrztInnen zu zertifizierten „ärztlichen KommunikationstrainerInnen“ ausbilden soll. Die primäre Zielgruppe sind onkologisch tätige ÄrztInnen, wobei das Programm auf alle Fachrichtungen erweiterbar ist.

Das Trainingsprogramm wird von FachärztInnen in direkter interprofessioneller Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufen konzipiert. Kommunikative und didaktische Kompetenzen sollen anhand klinisch-praktischer Anwendungsbeispiele sowie im klinischen Arbeitsalltag umfassend geschult werden.

Das Programm wird für einen Gesamtumfang von 200 Unterrichtseinheiten konzipiert und soll an 4 bundesweiten Standorten (Heidelberg, Halle, Hamburg, Bonn) aufgebaut werden. Geplant ist, an diesen Standorten Präsenz-Module durchzuführen, zu den Themengebieten:

- 1) Grundlagen der Kommunikation und Professionellem Handeln (Heidelberg),
- 2) Interprofessionalität und Konfliktmanagement (Halle),
- 3) informierte und partizipative Entscheidungsfindung (Hamburg) und
- 4) Patientensicherheit und Fehlerkommunikation (Bonn).

Die Präsenz-Module sollen durch intensive Praxisphasen in Form Arbeitsplatz-basierter Trainings und der Durchführung eigener Lehreinheiten ergänzt werden. Diese sollen durch Supervision und Peer-Feedback begleitet und im Rahmen der Anfertigung eines Portfolios reflektiert werden.

Durch die Ausbildung zur/m ärztlichen Kommunikationstrainer/in sollen die TeilnehmerInnen für die spezifischen Anforderungen an die Gesprächsführungskompetenz in der onkologischen Arbeit mit PatientInnen geschult werden. Zudem sollen sie im Sinne eines train-the-trainer Konzepts für die Ausbildung weiterer ärztlicher KommunikationstrainerInnen qualifiziert werden.

### How the doctor's behaviour influences the patient's behaviour

Gabor N.<sup>1</sup>, Vitinius F.<sup>2</sup>, Obliers R.<sup>2</sup>, Schreer O.<sup>3</sup>, Masneri S.<sup>3</sup>, Ritter A.<sup>1</sup>, Lausberg H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland, <sup>3</sup>Fraunhofer Heinrich Hertz Institut, Berlin, Deutschland

**Introduction:** The communication between doctor and patient substantially influences therapy outcome. The therapeutic relationship is not only characterised by verbal communication but also by nonverbal behaviour. Nonverbal behavior is associated with cognitive, emotional and interactive processes. In particular, self-touching behaviour reflects conceptualization processes.

**Methods:** Data material taken from the KoMPASS study, dealing with a communication training for oncologists, comprises fifteen video-taped 10-minutes doctor-patient-actor encounters. In each of the consultations, the same actor, who pretends to be a patient with cancer, is confronted with a bad message, in our data only by a female oncologist. The doctor's and patient's hand movement behaviour is analysed by two independent blind raters with the NEUROGES-ELAN coding system. For parallel-forms reliability, the behaviour is coded with automated approach. Furthermore, the doctors' negotiation is assessed by a questionnaire evaluating communicative competence (KEK).

**Preliminary results:** Thus far, first four minutes of four filmed doctor-patient sessions have been analysed with the NEUROGES-ELAN system. In two encounters, both patient-actor and doctor displayed a high frequency of *on body* movements. A preliminary analysis of the annotations created using an automatic tool also suggests correlation of *on body* movements between patient and doctor. The KEK has already been assessed for all sessions. The scores range from 18 to 35. A high frequency of *on body* movements correlated with a low KEK score, reflecting a low communicative competence, whereas a high frequency of *in space* movements correlated with a high KEK score.

**Preliminary discussion:** The preliminary results suggest that a doctor's low communicative competence, as measured with the KEK, is associated with a high frequency of self-touching behaviour and a low frequency of gestures in both the patient and the doctor. The findings suggest that in interaction with a doctor with a high communicative competence, the patient is less occupied with arousal regulation and instead, has more resources for conceptual processes. The further analysis serves to explore how the doctor's hand movement behaviour influences the patient's behaviour.

## Wie werden studentische Tutoren auf ein integriertes Peer Teaching klinischer und kommunikativer Kompetenzen vorbereitet?

Ringel N.<sup>1</sup>, Maatouk-Bürmann B.<sup>1</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Roos M.<sup>2</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>, Wischmann T.<sup>3</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Eicher C.<sup>4</sup>, Engeser P.<sup>4</sup>, Schultz J.-H.<sup>1</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Deutschland

**Zielsetzung:** Ziel der folgenden Arbeit ist die Beschreibung einer theoriegeleiteten Entwicklung eines standardisierten, manualisierten Schulungsmodells für studentische Tutoren, um Medizinstudierenden in der Vorklinik kommunikative Kompetenzen direkt integriert mit klinisch praktischen Kompetenzen zu vermitteln. Hiermit sollen frühzeitig die Grundlagen zum Verständnis des biopsychosozialen Krankheitsmodells und der patientenzentrierten Kommunikation geschaffen werden.

**Methodik:** Die Konzeption des Schulungsmodells basiert auf dem Modell zur Curriculumsentwicklung von Kern, in dem in der Adaptation von McLean und Kollegen folgende Phasen beschrieben sind: Planung, Implementierung und Evaluation/Feedback. Der Fokus liegt auf der Entwicklung, Überprüfung der Anwendbarkeit sowie der Evaluation mittels subjektiv wahrgenommener Wirksamkeit des implementierten Schulungsmodells. Dabei werden zwei Zielgruppen betrachtet: Erstens die studentischen Tutoren und zweitens die studentischen Teilnehmer des Tutoriums.

**Ergebnisse:** Es wurde 2009 ein dreistufiges Schulungsmodell auf der theoretischen Grundlage der patientenzentrierten Kommunikation und dem biopsychosozialen Krankheitsbild bestehend aus 12 Trainingseinheiten entwickelt.

Die Schulung wurde von allen Tutoren zu zwei erhobenen Messzeitpunkten t1 (direkt nach der Schulung) und t2 (nach zwei selbst geleiteten Tutorien) auf einer 5-stufigen Likertskala sehr positiv bewertet (t1: MW= 1,67, SD=±,86, t2: MW= 1,75, SD= ±,71). Auch die studentischen Teilnehmer schätzten ihre kommunikativen und klinischen Kompetenzen nach den sechs Tutorien (t2:Skala Interaktion und Kommunikation: MW= 4,81 (SD: 1,09); Skala klinische Untersuchung: MW= 4,99 (SD: 0,85) auf einer 6-stufigen Likertskala als signifikant besser ein als vor den Tutorien (t0: Skala Kommunikation und Interaktion: MW=3,18 (SD=1,15); Skala klinische Untersuchung: MW=2,88 (SD: 1,09)).

**Schlussfolgerungen:** Durch die Einführung eines standardisierten, manualisierten Schulungsmodells für Tutoren gelingt es, bereits in der Vorklinik kommunikative Kompetenzen integriert mit klinisch praktischen Fertigkeiten durch studentische Tutoren wirksam zu lehren. Das praktische Üben der später zu lehrenden Inhalte durch Rollenspiele, Simulationen der Tutorien und ein umfangreiches Feedbacktraining sowie das Festlegen von klinischen Standards zur Anamneseerhebung und klinischen Untersuchung haben sich dabei als zentral wirksame Elemente der Tutorenschulung erwiesen.

## Development of a "Four-Habits"-based communication training for German General Practitioners (CoTrain trial) - Experience with a train-the-trainer course

Vitinius F.<sup>1</sup>, Steinhausen S.<sup>2</sup>, Wilm S.<sup>3</sup>, Leve V.<sup>3</sup>, Ommen O.<sup>4,5</sup>, Pfaff H.<sup>4</sup>, Alich M.<sup>4</sup>, Bödecker A.-W.<sup>6</sup>, Gulbrandsen P.<sup>7</sup>, Neugebauer E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University Hospital of Cologne, Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Cologne, Deutschland, <sup>2</sup>University Witten/Herdecke, Institute for Research in Operative Medicine (IFOM), Cologne,

Deutschland, <sup>3</sup>University Düsseldorf, Institute of General Practice, Düsseldorf, Deutschland, <sup>4</sup>Institute for Medical Sociology, Health Services Research and Rehabilitation Science (IMHR), Cologne, Deutschland, <sup>5</sup>The Federal Centre for Health Education (BZgA), Cologne, Deutschland, <sup>6</sup>University Cologne, General Practice, Cologne, Deutschland, <sup>7</sup>Faculty Division Akershus University Hospital, HØKH, University Oslo, Oslo, Norwegen

Supported by German Research Foundation (DFG) a specifically tailored communication training for general practitioners (GPs) will be designed and developed based on the internationally established Four Habits Model. To adjust the Four Habits based training to the requirements of German family practices, focus groups with GPs and patients will be conducted where specific demands shall be ascertained. The results will be incorporated into a customised train-the-trainer course and subsequently in a communication training for German GPs. In a triple feedback process with small groups of GPs this training will be conducted, evaluated, and refined.

Our experience with the train-the-trainer course carried out by German and Norwegian experts will be presented and compared with contents and educational methods of other train-the-trainer courses with Swiss and US American experts. In the context of this symposium, communication training experts will discuss specific demands and suitable evaluation instruments of train-the-trainer courses for communication skills trainings and recruitment strategies of participants from their point of view.

## Mediatoren und Moderatoren von Placeboeffekten bei psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen

Weimer K.<sup>1</sup>, Colloca L.<sup>2</sup>, Enck P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>National Institutes of Health, Bethesda, Vereinigte Staaten

In placebo-kontrollierten Studien zu psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen werden häufig hohe Placeboresponderaten festgestellt und in Metaanalysen versucht Prädiktoren dieser zu finden. Eine Metaanalyse zeigte, dass für bestimmte Erkrankungen beim Vergleich mit „no treatment“-Kontrollgruppen ein großer Anteil der Placeboresponse durch Spontanremissionen und natürliche Krankheitsverläufe erklärt werden kann. In anderen Metaanalysen ergaben sich jedoch auch Hinweise darauf, dass Faktoren des Studiendesigns einen Einfluss auf die Placeboresponse haben könnten, die beispielsweise in placebo-kontrollierten Studien zu Depressionen über die Jahre hinweg zunahm.

Um Faktoren für eine hohe Placeboresponderate in unterschiedlichen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, ADHS, Binge-Eating-Störung) zu identifizieren, haben wir 30 Metanalysen und systematische Reviews von mehr als 500 placebo-kontrollierten Studien analysiert. Unter

den insgesamt 20 diskutierten Faktoren war nur für drei Faktoren mehrfach ein Zusammenhang mit einer hohen Placeboresponse diskutiert worden:

1. Eine geringe Symptomschwere zu Studienbeginn,
2. aktuellere Studien, und
3. eine unbalancierte Randomisierung bei der mehr Patienten ein Medikament als ein Placebo erhielten.

Auffällig dabei ist, dass zwei der drei gefundenen Faktoren das Studiendesign betreffen. Dagegen waren experimentelle Studien mit psychologischen, bildgebenden und genetischen Erklärungsansätzen bei der Identifikation von Prädiktoren der Placeboresponse bisher weniger erfolgreich. Alter und Geschlecht erwiesen sich bei den meisten Metaanalysen nicht als bedeutsam für die Placeboresponse.

Unser umfassendes Review zeigt, dass Prädiktoren der Placeboresponse weiter untersucht werden sollten und es unwahrscheinlich ist, dass ein einzelner Mediator sie erklären kann. Vielmehr scheinen individuell unterschiedliche Moderatoren, wie das Studiendesign, für die Placeboresponse bei psychiatrischen Erkrankungen aber auch darüber hinaus verantwortlich zu sein.

## Stress, Burn-Out und Depression

### Bedeutung von Burn-out-Symptomen bei Krankschreibungen in der Hausarztpraxis

Schneider A.<sup>1</sup>, Bungartz J.<sup>1</sup>, Borkhardt S.<sup>1</sup>, Henningsen P.<sup>2</sup>, Glaser J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich

**Hintergrund:** Es wird ein zunehmender Stress in der Arbeitswelt registriert, bei gleichzeitiger Zunahme von Krankschreibungen wegen Burn-out und anderer psychischer Beschwerden. Dabei ist unklar, inwiefern die Dauer von Krankschreibungen mit dem Ausmaß von Burn-out und Depression korrelieren. Unbekannt ist auch, inwiefern Arbeitsplatzprobleme in der hausärztlichen Sprechstunde thematisiert werden.

**Methodik:** In einer Querschnittsstudie in 12 Hausarztpraxen wurden konsekutiv 225 Patienten, die eine Arbeitsunfähigkeit einforderten, mit einem Fragebogen zur Ursache der Krankschreibung, zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit und zu psychischen Beschwerden (Patient Health Questionnaire) befragt. Darüber hinaus waren das Maslach Burnout Inventory (MBI) sowie das Tedium Measure (TM) enthalten.

**Ergebnis:** Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit korrelierte mit dem Ausmaß an Burn-out im MBI ( $r=0,213$ ;  $p=0,001$ ), TM ( $r=0,247$ ;  $p<0,001$ ) und Depressivität ( $r=0,183$ ;  $p=0,006$ ), wobei die Depressi-

vität auch hoch mit dem MBI ( $r=0,586$ ;  $p < 0,001$ ) und TM ( $r=0,687$ ;  $p < 0,001$ ) korrelierte (Spearman Korrelation). Die Korrelationen waren auch signifikant, wenn psychische Diagnosen bei der Analyse ausgeschlossen wurden. Je mehr Überstunden geleistet wurden, desto höher waren MBI, TM ( $p < 0,001$ ), Depressions- ( $p=0,008$ ) und Angstwerte ( $p=0,007$ ) und Somatisierungstendenzen ( $p=0,002$ ) (Kruskal-Wallis-Test). Bei 85 (38%) Patienten wurde das Ausgebranntsein vom Hausarzt thematisiert. 80 (94%) fanden es wertvoll, dass der Hausarzt diese Problematiken angesprochen hat.

**Schlussfolgerungen:** Burn-out-Level korrelieren etwas besser mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer als Depressionswerte. Arbeitsplatzbezogene Stresssituationen haben eine hohe Bedeutung im Rahmen von Krankschreibungen in der Hausarztpraxis. Auch bei körperlichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit können depressive Beschwerden bzw. Burn-out zu langen Krankschreibungen führen. Bei auffallend langer Arbeitsunfähigkeitsdauer sollten von den Hausärzten belastende Faktoren im Arbeitsleben aktiv exploriert werden. Dies wird von beinahe allen Patienten als hilfreich erlebt.

## Programme zur Stressbewältigung und gezielte Beratungsangebote für Medizinstudierende in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Jurkat H.<sup>1</sup>, Schumann E.<sup>2</sup>, Gebauer L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UKGM, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland, <sup>2</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

**Fragestellung:** Gemessen an der Vielzahl von Publikationen zur psychischen Gefährdung Medizinstudierender, wie z.B. Depressivität (Burger et al. 2014), Burnout (Dyrbye et al. 2006), Stresserleben (Jurkat et al. 2011; Kohls et al. 2012; Santen et al. 2010) und psychosomatische Beschwerden (Brähler et al. 2008) existieren international nur wenige Publikationen - überwiegend aus den USA - zu konkreten Angeboten zur Stressbewältigung. Welche speziellen Beratungsangebote und Publikationen zu gezielten Interventionsprogrammen sind gegenwärtig im deutschsprachigen Raum vorhanden?

**Material und Methoden:** Nach einer umfassenden Literaturrecherche in Pubmed und DIMDI wurden alle medizinischen Fakultäten in Deutschland, Österreich und der Schweiz gezielt angeschrieben; ferner fand eine Onlinerecherche auf der Homepage jeder der kontaktierten 44 Universitäten statt (Gebauer 2014). Die Angebote wurden hinsichtlich Bestehensdauer, zeitlichem Umfang, Teilnehmer und Leiter, Inhalten und Art der Evaluation untersucht.

**Ergebnisse:** Es wurden 13 deutschsprachige Publikationen ermittelt. Die Rücklaufquote zu unseren Anschreiben lag bei 93,2 %. Insgesamt wurden 66 Angebote gefunden; an 2/3 der deutschen und fast allen Fakultäten in Österreich und der Schweiz

existieren, besonders in den Bereichen Stressbewältigung, Lernstrategien, Prüfungsängste und Mentorenprogramme, gezielte Angebote. Bisher wird, exklusive der Mentorenprogramme, die Hälfte der Angebote in variablem Umfang evaluiert.

**Diskussion:** Ein Unterstützungsbedarf für Medizinstudierende in diesen drei Ländern wurde zwar erkannt, ist aber nicht ausreichend. Insgesamt ist der Ausbau von niederschweligen und extracurricularen Stressbewältigungsangeboten für Medizinstudierende zu empfehlen, die sich im Umfang deutlich unterhalb einer Psychotherapie bewegen, zumal am häufigsten Prüfungsängste und Überlastungserleben von den Medizinstudierenden genannt wurden. Die bereits bestehenden Angebote sollten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit umfassender evaluiert werden. Zudem wäre eine bessere Kooperation zwischen den Universitäten bezüglich effektiver Konzepte wünschenswert, um solche Programme im Sinne einer Burnout-Prophylaxe flächendeckend anzubieten und zum Erwerb besserer Coping-Strategien beizutragen. Diese wären sowohl sekundärprophylaktisch zu einer psychisch gesünderen Bewältigung des Medizinstudiums als auch langfristig im Sinne einer Primärprophylaxe für den belastungsreichen, späteren Arztberuf (Jurkat 2012) hilfreich.

## Psychoziale Belastungen von Ärzten und Pflegepersonal bei der Behandlung eines mit dem Ebola-Virus infizierten Patienten am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf im September 2014

Lehmann M.<sup>1</sup>, Bruenahl C.A.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Addo M.<sup>2</sup>, Schramm C.<sup>2</sup>, Schmiedel S.<sup>2</sup>, Lohse A.W.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Hamburg, Deutschland

Im September 2014 wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf der erste mit dem Ebolavirus infizierte Patient in Deutschland behandelt. Der extrem hohe Behandlungsaufwand bedeutete für die zuständigen Mitarbeiter physischen und psychologischen Stress, verlängerte Schichtzeiten und ein nicht ausschließbares Infektionsrisiko. Weiterhin erschwerte das Tragen der Schutzkleidung die unmittelbare Behandlung des Patienten erheblich. Aus vergangenen Epidemien ist bekannt, dass die Registrierung des Stresserlebens des klinischen Personals bei hohen beruflichen Anforderungen notwendig ist, damit Erschöpfungssyndrome und verminderte Arbeitsleistung vermieden werden können. Aufgrund der Belastungssituation im gegebenen Behandlungsfall wurden bei Mitarbeitern der Isolierstation, die direkt für die Behandlung des Ebolapatienten verantwortlich waren, häufigere psychosomatische Symptome erwartet als bei Mitarbeitern ohne direkten Patientenkontakt. Zu den wichtigsten Symptomen gehören beispielsweise Ängstlichkeit, Depression, Erschöpfung und die empfundene soziale Isolation.

In einer Querschnittsstudie wurden an zwei Gruppen Selbstbewertungsskalen erhoben: 30 der befragten Personen arbeiteten in der Isolierstation mit direktem Patientenkontakt und 40 in anderen Stationen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit psychosomatischer Symptome. Die Mittelwerte der Gruppen waren weiterhin vergleichbar mit den Bevölkerungsnormen. Die Mitarbeiter mit direktem Patientenkontakt berichteten allerdings von stärkeren Gefühlen der sozialen Isolation und von dem Wunsch nach kürzeren Schichtzeiten (70% mit Patientenkontakt versus 28% ohne Patientenkontakt, Odds ratio = 5.70,  $p = 0.01$ ). Fast alle Mitarbeiter vertrauten den Sicherheitsvorkehrungen der Isolierstation. Dies ist die erste Studie zur psychosomatischen Symptombelastung des Klinikpersonals bei der Versorgung eines mit dem Ebolavirus infizierten Patienten an einer deutschen Klinik. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die zuständigen Mitarbeiter gut mit den hohen Anforderungen der Patientenbehandlung umgehen können. Die Einsätze in Schutzkleidung auf der Isolierstation dauerten jeweils vier Stunden. Dies wurde von der Mehrheit der Teilnehmer als zu lang empfunden. Kürzere Schichtzeiten könnten die Arbeitsbedingungen und damit auch die Sicherheit des Behandlungspersonals mit direktem Patientenkontakt verbessern.

## **Beruflich belastete Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. Ein-Jahres-Katamnese nach stationärer Behandlung mit anschließender Online-Nachsorge**

Schattenburg L.<sup>1</sup>, Becker J.<sup>2</sup>, Gerzymisch K.<sup>2</sup>, Vorndran A.<sup>1</sup>, Knickenberg R.J.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>2</sup>, Zwerenz R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychosomatische Klinik der Rhön-Klinikum AG Bad Neustadt/ Saale, Rehabilitation, Bad Neustadt, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Kann durch eine Online-Nachsorge die berufliche Integration von Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation verbessert werden? Im Fokus dieser Darstellung stehen die beruflichen Bewältigungsmuster sowie Risikofaktoren der Patienten ein Jahr nach der stationären Behandlung und anschließender Online-Nachsorge.

**Methodik:** Mit einem Motivationsvortrag wurden Patienten über die Studie informiert. Die Patienten durchliefen ein Screening zur beruflichen Belastung (SIBAR, Bürger & Deck 2009). Während des Klinikaufenthaltes erhielten die Patienten vier Schulungseinheiten zur Stressbewältigung (à 90 Min.). Nach der stationären Rehabilitation bekam die Interventionsgruppe (IG) über die Online-Nachsorge u.a. eine wöchentliche Schreibaufgabe mit zeitnaher, individueller therapeutischer Kommentierung. Die Kontrollgruppe (KG) bekam Links zu im Internet frei verfügbaren Stressbewältigungsbroschüren über dieselbe Plattform. Berufliche Bewältigungsmuster wurden mit dem AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 1996) und sozialmedizinische Risikofaktoren mit dem

SIBAR zu vier Messzeitpunkten erfasst (Beginn und Ende des Klinikaufenthaltes sowie 3 und 12 Mon. später). Zwischen 9/2011 und 2/2013 wurden 203 Patienten rekrutiert.

**Ergebnisse:** Patienten aus der IG zeigen zur Katamnese im AVEM im Mittel eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit (MW=3,26, SD=1,81) als die Patienten der KG (MW=2,37, SD=1,60). Auf allen anderen Skalen des AVEM zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Beim SIBAR ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG. Die Patienten beider Gruppen zeigen sich allerdings objektiv sehr gering belastet und weisen einen niedrigen Risikoindex auf (IG: MW = 3,61, SD = 3,70; KG: MW = 4,76, SD = 3,93). Verschiedene Skalen des AVEM weisen signifikante Korrelationen mit dem sozialmedizinischen Risikoindex des SIBAR auf. Die stärksten Korrelationen (jeweils  $p < .001$ ) bestehen mit den Skalen „Lebenszufriedenheit“ ( $r = -.41$ ), „Resignationstendenz“ ( $r = .31$ ) und „Innere Ruhe“ ( $r = -.27$ ).

**Diskussion:** Die Intervention hatte einen geringen Einfluss auf die Einschätzungen im AVEM und keinen Einfluss auf den sozialmedizinischen Risikoindex im SIBAR. Dies könnte daran gelegen haben, dass die Patienten beider Studiengruppen einen niedrigen Risikoindex aufgewiesen haben, so dass nur wenig Varianz für Veränderung vorhanden war.

## **Studierende an den Rand ihrer Fassung bringen - eine notwendige Erfahrung auf dem Weg zur ärztlichen Identität?**

Langewitz W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsspital Basel, Psychosomatik/Innere Medizin, Basel, Schweiz

Der Begriff der Fassung im hier gemeinten Sinn kommt aus der Neuen Phänomenologie (H.Schmitz: Was ist NP; Ingo Koch Verlag 2003) und bezeichnet eine über-pointierte Vorstellung der eigenen Person, die man verliert, wenn man die Fassung verliert. Wahrscheinlich haben Personen mehrere Fassungen, was daran erkennbar ist, dass es unterschiedlicher Belastungen bedarf, um jemanden als Chirurgen, als Mutter oder als Dozentin 'aus der Fassung zu bringen'.

Studierende stellen i.d.R. fest, dass ihre Fassung als junge Frau/ junger Mann ihnen im Alltag Orientierungshilfe ist und sie stabilisiert, dass sie sich aber in der Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben eine neue Fassung erarbeiten müssen. Wie belastbar diese neue Fassung ist, wissen sie erst dann, wenn sie herausgefordert wurde. Ein Beispiel sind emotional fordernde Rollenspiele im Einüben von Fertigkeiten zum Vermitteln schlechter Nachrichten. Lernende auf dem Weg zu einer professionellen Identität aus der Fassung zu bringen, scheint dann sinnvoll, wenn folgende Annahmen gelten: Vertrauen in die eigene Fassung entsteht dadurch, dass jemand erlebt, dass er seine Fassung wiedergewinnt, nachdem ihm z.B. (fast) die Tränen gekommen sind; wer erlebt, dass die eigenen Tränen nicht zum vollständigen und irreversib-

len Verlust der Fassung führen, traut sich, seine Fassung flexibler zu halten - er lässt sich berühren. Wer die Erfahrung macht, dass die eigene Fassung nach einer Belastung wieder zurückspringt in den stabilen Zustand, wird dies auch anderen zutrauen, z.B. Patienten oder Kollegen. Dann ist z.B. das Warten nach dem Mitteilen schlechter Nachrichten ein Ausdruck von Respekt für den Patienten, der um seine Fassung ringt.

### Bio-psycho-soziale Gesundheit in China

#### Dysfunctional illness perception and illness behaviour associated with high somatic symptom severity and low quality of life in general hospital outpatients in China

Zhang Y.<sup>1</sup>, Fritzsche K.<sup>2</sup>, Leonhart R.<sup>3</sup>, Nater-Mewes R.<sup>4</sup>, Larisch A.<sup>5</sup>, Schäfer R.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Centre, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, China, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Psychologisches Institut, Freiburg, Deutschland, <sup>4</sup>Psychologisches Institut, Marburg, Deutschland, <sup>5</sup>Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Giessen, Deutschland, <sup>6</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Objective:** In primary care populations in Western countries, high somatic symptom severity (SSS) and low quality of life (QoL) are associated with adverse psychobehavioural characteristics. This study assessed the relationship between SSS, QoL and psychobehavioural characteristics in Chinese general hospital outpatients.

**Methods:** This multicentre cross-sectional study enrolled 404 patients from ten outpatient departments, including Neurology, Gastroenterology, Traditional Chinese Medicine [TCM] and Psychosomatic Medicine departments, in Beijing, Shanghai, Chengdu and Kunming. A structured interview was used to assess the cognitive, affective and behavioural features associated with somatic complaints, independent of their origin. Several standard instruments were used to assess SSS, emotional distress and health-related QoL. Patients who reported low SSS (PHQ-15 < 10, n = 203, SOM-) were compared to patients who reported high SSS (PHQ-15 ≥ 10, n = 201, SOM+).

**Results:** As compared to SOM- patients, SOM+ patients showed significantly more frequently adverse psychobehavioural characteristics in all questions of the interview. In hierarchical linear regression analyses adjusted for anxiety, depression, gender and medical conditions (SSS additionally for doctor visits), high SSS was significantly associated with "catastrophising" and "illness vulnerability"; low physical QoL was associated with "avoidance of physical activities" and "disuse of body parts"; low mental QoL was associated with "need for immediate medical help".

**Conclusion:** In accordance with the results from Western countries, high SSS was associated with negative illness and self-perception, low physical QoL with avoidance behaviour, and low mental QoL with reassurance seeking in Chinese general hospital outpatients.

#### Quality of doctor-patient relationship in patients with high somatic symptom severity in China

Wu H.<sup>1</sup>, Fritzsche K.<sup>2</sup>, Schäfer R.<sup>3</sup>, Leonhart R.<sup>4</sup>, Zhang Y.<sup>2</sup>, Larisch A.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychosomatic Medicine, Tongji Hospital, School of Medicine, Tongji University, Shanghai, China, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Psychologisches Institut, Freiburg, Deutschland, <sup>5</sup>Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Giessen, Deutschland

**Objectives:** High somatic symptom severity (SSS) is associated with reduced health-related function and may affect doctor-patient interactions. This study aimed to explore the quality of the doctor-patient relationship (DPR) and its association with SSS in outpatients of Chinese general hospitals.

**Design:** This multicenter cross-sectional study assessed the quality of DPR from both the doctor's and patient's perspective within n=484 general outpatients in 10 departments of Biomedicine (BM), Traditional Chinese Medicine (TCM) and Psychosomatic Medicine (PM). SSS was assessed with the PHQ-15. The quality of the DPR was measured with the CARE, PDRQ-9 and DDPQR-10. In addition, psychosocial variables such as depression, anxiety and quality of life were used.

**Results:** From the doctor's perspective, patients with SSS were rated as significantly more difficult than patients with low somatic symptom severity. No differences were noted from the perspective of the patients. Patients from the TCM department rated the quality of their DPR higher than those in BM (p < 0.01) and were rated as less difficult than those in BM and PM (p < 0.01). Patients who felt more empathy from doctors had better relationships with their doctors. Multiple regression analysis revealed satisfaction of treatment, time of treatment and psychosocial variables, such as age, health related anxiety, depression, mental quality of life, sense of coherence and SSS as predictors for DPR.

**Conclusions:** Biomedicine and Psychosomatic departments should learn how to manage patients with high SSS and establish long-term relationships with their patients as could be demonstrated for patients from TCM departments.



### Zusammenhänge zwischen körperlicher Symptomschwere, Gesundheitsängsten, Krankheitswahrnehmung, emotionaler Belastung und Lebensqualität in einer Stichprobe von Brustkrebspatientinnen in China

Leonhart R.<sup>1</sup>, Fritzsche I.<sup>2</sup>, Koch H.<sup>2</sup>, Tang L.<sup>3</sup>, Pang Y.<sup>3</sup>, Schäfert R.<sup>4</sup>, Fritzsche K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychologisches Institut, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Beijing Cancer Hospital, Beijing, China, <sup>4</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Körperliche Symptome bei Krebspatienten können neben der Krebserkrankung und den Behandlungsfolgen auch Ausdruck einer depressiven Störung, einer Angststörung oder einer dysfunktionalen Krankheitswahrnehmung sein. Wenig ist bekannt über die Zusammenhänge zwischen somatischer Symptomschwere und diesen psychobehavioralen Faktoren bei Krebspatienten in China.

**Ziele:** Unsere Forschungsfragen waren:

1. Wie unterscheiden sich Krebspatienten mit hoher Symptomschwere (SOM+) von Patienten mit niedriger Symptomschwere (SOM-) in Bezug auf Krankheitswahrnehmung, emotionale Belastung, Kohärenzgefühl und Lebensqualität.
2. Welche dieser Unterschiede sind Prädiktoren für eine hohe körperliche Symptomschwere.

**Methoden:** In Rahmen einer Querschnittstudie wurden 255 chinesische Patientinnen mit Brustkrebs im Hinblick auf die körperliche Symptomschwere (Patient Health Questionnaire - PHQ-15), Krankheitswahrnehmung (Brief Illness Perception Questionnaire- B-IPQ), krankheitsbezogene Ängste (Whiteley-7), emotionale Belastungen (PHQ-9 und GAD-7), Kohärenzgefühl (SOC-9) und Lebensqualität (EORTC-30) untersucht. Neben einem Vergleich zweier Gruppen (SOM-, PHQ < 10 vs. SOM+, PHQ ≥ 10) wurde anhand mittels einer schrittweisen binär-logistische Regression die Zugehörigkeit zu beiden Gruppen prognostiziert.

**Ergebnisse:** Die häufigsten und am stärksten belasteten Symptome waren: Abgeschlagenheit, Schlafstörungen und Schmerzen in Armen und Beinen. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen hoher körperlicher Symptomschwere und psychologischen Variablen (PHQ-9 ( $r = .554$ ;  $p < .001$ ), GAD-7 ( $r = .430$ ;  $p < .001$ ), Whiteley-7 ( $r = .400$ ;  $p < .001$ ), SOC-9 ( $r = -.252$ ;  $p < .001$ ) und B-IPQ ( $r = .240$ ;  $p < .001$ )) und der Lebensqualität (Globalwert  $r = -.390$ ;  $p < .001$ ). Prädiktorvariablen für eine hohe körperliche Symptomschwere waren Depressivität (PHQ-9) und krankheitsbezogene Ängste (Whiteley-7). Die Varianzaufklärung betrug 36 % ( $R^2$  nach Nagelkerke).

**Diskussion:** Bei chinesischen Brustkrebspatientinnen bestehen Zusammenhänge zwischen der körperlichen Symptomschwere und psychobehavioralen Variablen. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die neue DSM-5 Kategorie Somatic Symptom Disorder diskutiert.

### Vergleich der faktoriellen Struktur des PHQ-15 zwischen Deutschland und China

Leonhart R.<sup>1</sup>, Fritzsche K.<sup>2</sup>, Schäfert R.<sup>3</sup>, Nolte S.<sup>4</sup>, Fischer E.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Psychologisches Institut, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Generische Messinstrumente wie der PHQ-15 werden oft nur in einer weiteren Sprache übersetzt, ohne dass die faktorielle Struktur des Instruments im neuen Einsatzgebiet geprüft wird. Die Struktur des PHQ-15 zur Erfassung von somatischen Symptomen in China wurde noch nicht ausreichend mit der faktoriellen Struktur in Deutschland verglichen.

**Methoden:** In einer Gruppe von 491 chinesischen Studienteilnehmende und in einer zweiten Gruppe von 2517 deutschen Patientinnen und Patienten wurde somatischen Symptome durch den PHQ-15 erfasst. Mit Hilfe von konfirmatorischen Faktorenanalysen für kategoriale Daten soll ein Vergleich der faktoriellen Struktur beider Gruppen durchgeführt werden. Auch kann mit dieser Methode der Fragebogen auch auf Rasch-Skalierbarkeit untersucht werden. Somit kann geprüft werden, dass der Fragebogen den Anforderungen der Probabilistischen Testkonstruktion genügt.

**Ergebnisse:** Deskriptive Analysen ergaben signifikante Differenzen im Summenscore des PHQ-15 ( $p < .001$ ). Es konnte die faktorielle Struktur des Instruments in beiden Gruppen bestätigt werden (chinesische Stichprobe: CFI = 0.954, TLI = 0.944; deutsche Stichprobe: CFI = 0.929; TLI = 0.914). Bei diesen Lösungen mussten allerdings Korrelationen zwischen den Messfehlern zugelassen werden und es war nicht möglich ein akzeptables Modell über beide Gruppen hinweg zu finden. Für weitere Analysen zur Identifikation von latenten Klassen über beide Gruppen hinweg mussten Items ausgeschlossen werden, welche nicht in das Rasch-Modell integriert werden konnten. Es konnte als das Modell mit bester Passung ein Vier-Gruppen-Modell gefunden werden. Auch hier zeigt sich eine signifikant unterschiedliche Verteilung der relativen Häufigkeiten zwischen beiden Stichproben ( $p < .001$ ).

**Diskussion:** Unterschiede in der faktoriellen Struktur zwischen einer chinesischen und einer deutschen Stichprobe sind vorhanden. Somit muss bei der Anwendung des PHQ-15 in verschiedenen Kulturkreisen von unterschiedlicher Bedeutung der Items ausgegangen werden. Ein direkter Vergleich des Summenwertes scheint nicht zielführend zu sein. Auch muss es zukünftig noch weitere Analysen und Einbeziehung anderer Kulturkreise geben.

## Verbessern elaborierte Meßmodelle die diagnostische Performanz des PHQ-9?

Fischer E.<sup>1,2</sup>, Xiong N.<sup>3</sup>, Fritzsche K.<sup>4</sup>, Wei J.<sup>3</sup>, Hong X.<sup>3</sup>, Leonhart R.<sup>5</sup>, Zhao X.<sup>6</sup>, Zhang L.<sup>7</sup>, Zhu L.<sup>8</sup>, Tian G.<sup>9</sup>, Nolte S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Department of Psychological Medicine, Peking Union Medical College Hospital, Peking, China, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>5</sup>Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Freiburg, Deutschland, <sup>6</sup>Tongji University, Shanghai, China, <sup>7</sup>Mental Health Centre, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, China, <sup>8</sup>Department of Gastroenterology, Peking Union Medical College Hospital, Peking, China, <sup>9</sup>Department of Traditional Chinese Medicine, Peking Union Medical College Hospital, Peking, China

**Hintergrund:** Der PHQ-9 ist ein weit verbreitetes und akzeptiertes Instrument zur Erhebung depressiver Symptome. Er wird besonders häufig zum Screening nach depressiven Störungen eingesetzt. In der Literatur ist umstritten, ob ein unidimensionales Meßmodell und damit der einfache Summenscore den psychometrischen Eigenschaften des Instruments gerecht wird.

**Methode:** In einer sekundären Datenanalyse von 491 chinesischen Patienten mit verschiedenen Erkrankungen wurden vier konfirmatorische Faktorenmodelle angepasst. Die diagnostische Performanz des Summenscores wurde mit diesen vier Modellen mittels ROC-Kurven in Bezug auf den Goldstandard eines strukturierten Interviews verglichen. Darüberhinaus wurden mit einer Multigruppenanalyse untersucht, inwieweit sich die psychometrischen Eigenschaften zwischen Patienten mit niedriger und hoher somatischer Symptombelastung unterscheiden.

**Ergebnisse:** Alle vier Modelle erreichten ähnlich gute Passung an die vorliegenden Daten. Die Area under the Curve (AUC) für den Summenscore (AUC = 0.82) war signifikant kleiner als für die konfirmatorischen Faktorenmodelle (alle: 0.83), die Treffsicherheit konnte von 76% für den Summenscore auf 79% gesteigert werden. Eine Differenzierung der Modelle für Patienten mit niedriger und hoher somatischer Symptombelastung ergab keine nennenswerte Verbesserung der diagnostischen Performanz.

**Diskussion:** Wir beobachteten eine kleine Verbesserung der diagnostischen Treffsicherheit, wenn statt eines Summenscores konfirmatorische Faktorenmodelle zur Vorhersage einer Diagnose genutzt wurden. Diese Verbesserung gilt es gegenüber der komplizierteren Auswertungsmethodik abzuwiegen. Relevante klinische Außenkriterien helfen, die Ergebnisse psychometrischer Analysen zu beurteilen.

## Therapeutische Prozesse und Therapieerfolg

### Are depressed patients whose structural capacities improve during psychotherapeutic treatment less likely to relapse in the face of adverse life events?

Zimmermann J.<sup>1</sup>, Huber D.<sup>2,3</sup>, Klug G.<sup>3</sup>, Prozessforschung

<sup>1</sup>Universität Kassel, Kassel, Deutschland, <sup>2</sup>International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Technische Universität München, München, Deutschland

**Objective:** A major goal of psychodynamic treatment approaches is to foster changes in patients' structural capacities that are central to personality functioning. The reasoning behind this is that impairments in structural capacities represent an important vulnerability factor in the onset and maintenance of mental disorders, and thus their improvement should protect patients from relapse in the face of adverse life events after therapy. The aim of this paper is to test this assumption using data from the Munich Psychotherapy Study (MPS).

**Methods:** 100 patients with major depression were treated with psychoanalytic, psychodynamic, and cognitive-behavioral therapy. Depressive symptoms and general distress were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI) and the Symptom Checklist-Revised (SCL-90-R) prior to treatment, directly after treatment, and at three-year follow-up. We also assessed patients' structural capacities prior to, and after treatment using the Scales of Psychological Capacities (SPC). In addition, patients were interviewed one year after treatment according to the presence and impact of a range of life events.

**Results:** Multiple regression analyses revealed that general distress at three-year follow-up was significantly predicted by changes in general distress during therapy, the number of negative life events during the first year after therapy, and an interaction between changes in structural capacities during therapy and the number of negative events during the first year after therapy. Patients who experienced several negative life events after therapy showed only high distress at three-year follow-up when improvement in structural capacities during therapy was low. In contrast, depressive symptoms at three-year follow-up were only predicted by the amount of change in depressive symptoms during therapy.

**Discussion:** Our results are partly in line with the assumption that improvement in structural capacities is a crucial mechanism of therapeutic change that protects patients from relapse when confronted with life adversities. This suggests that, irrespective of the specific treatment modality (e.g., psychodynamic vs. cognitive-behavioral therapy), therapists are well advised to focus not only on symptomatic improvement, but also on changes in underlying intrapsychic structures or schemas.

### Emotional processing and outcome of long-term psychotherapies: A process-outcome study

Seybert C.<sup>1</sup>, Huber D.<sup>1,2</sup>, Ratzek M.<sup>1</sup>, Zimmermann J.<sup>3</sup>, Klug G.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum München-Harlaching, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Kassel, Kassel, Deutschland, <sup>4</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, München, Deutschland

In the context of psychotherapy research, emotional processes are gaining increasing importance in ongoing therapies. The relationship between emotional processes and outcome has proven to be a robust finding in process-outcome research, where especially the construct of emotional processing plays a significant role. Emotional processing describes an intra-psychic process which adds a cognitive component to the psychobiological components of the emotion so that a mental phenomenon arises from an originally purely physical one.

The investigation follows a two-step-approach to test the following hypotheses: first, the level of emotional processing captured in the middle phase of the process correlates positively with the therapy effectiveness and the stability of this result, and second, emotional processing is a mediator of differential effectiveness.

The database comprises sessions of the sample of the Munich Psychotherapy Study (MPS), a process-outcome study of psychoanalytic, psychodynamic and cognitive-behavioral therapy, which were selected in a targeted manner to capture change-relevant sessions. We included in this study 20 patients of psychoanalytic, psychodynamic and cognitive-behavioral therapy each.

Process measures were the 1) Experiencing Scale (EXP), and 2) the therapist's session retro-report for an overall estimate to capture change-relevant sessions. Outcome measures were the Beck Depression Inventory (BDI) and the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Process measurement points were two change-relevant sessions in the middle phase of treatment; baseline EXP was assessed in the second session to control for pre-treatment differences. Outcome measurement points were taken at post-treatment and at 1- and 3- years follow-up. Multiple regression analyses and a multilevel mediation analysis were performed.

Results are available from the ratings of change-relevant sessions. Raters assessed a total of 424 therapy segments; mode ratings (underlying tone of the patient during the full segment) yielded an Intra-Class-Correlation of .753; and peak ratings (highest stage reached by the patient in that segment) an Intra-Class-Correlation of .767, which is satisfactory. Further results will be presented.

This study is funded by the Heidehof Stiftung Ltd. (2013-2015).

### Welche Zusammenhänge finden sich zwischen der Verarbeitung der Therapie zwischen den Sitzungen („Inter-Session-Prozess“) und dem Therapieerfolg? Ergebnisse aus der ANTOP-Studie zur ambulanten Therapie der Anorexia nervosa

Zeeck A.<sup>1</sup>, Hartmann A.<sup>2</sup>, Wild B.<sup>3</sup>, de Zwaan M.<sup>4</sup>, Herzog W.<sup>3</sup>, Zipfel S.<sup>5</sup>, ANTOP-Projektgruppe

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Uniklinikum, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Uniklinikum, Hannover, Deutschland, <sup>5</sup>Uniklinikum, Tübingen, Deutschland

Auf die Therapie und den Therapeuten bezogene Gedanken und Gefühle zwischen den Therapiesitzungen („Inter-Session-Prozess“) sind ein Indikator dafür, wie Patienten ihre Therapie verarbeiten. Dem Zusammenhang zwischen Inter-Session-Prozess und Therapieergebnis soll anhand der Stichprobe einer randomisiert-kontrollierten Studie zur ambulanten Therapie der Anorexia Nervosa (ANTOP, Zipfel et al. 2014) nachgegangen werden.

Von 108 der 160 Patientinnen, welche eine spezialisierte kognitiv-behaviorale Therapie (CBT-E) oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie (FPT), liegen Daten zum Inter-Session-Prozess sowie eine Ergebnisbeurteilung zur 12-Monats-Katamnese vor (Vollremission, Teilremission, noch symptomatisch). Der Inter-Session-Prozess wurde mit dem Inter-Session-Fragebogen (Orlinsky & Geller 1993, deutsch: Hartmann et al. 2003) erhoben, welcher die folgenden Faktoren umfasst: Intensität, Kontext (angespannt/problematisch, entspannt), Inhalte (Anwenden der Therapie, Beziehungsfantasien, Wiederauflebenlassen der Therapie) und emotionale Tönung (positiv, negativ). Für die Analyse wurden Wachstumskurven-Analysen durchgeführt. Die Verläufe wurden mittels orthogonaler Polynome modelliert und auf Unterschiede zwischen den Ergebnisklassen bezüglich der Kurvenparameter getestet (siehe Mirman, 2014).

Die Inter-Session-Faktoren zeigen unterschiedliche, non-lineare Verläufe über die Zeit. Patienten die nach einem Jahr eine Vollremission aufweisen, erleben in der Mitte der Therapie einen weniger intensiven Zwischensitzungsprozess. Patienten, welche nach einem Jahr noch die volle Symptomatik zeigen, geben ab der Mitte der Therapie ein signifikant intensiveres Anwenden der Therapie und vermehrte Gedanken an die Therapie in entspannten Kontexten an. Im Weiteren geht in dieser Gruppe ein Wiederauflebenlassen der Therapie über den gesamten Verlauf signifikant stärker mit Gefühlen von Verunsicherung, Frustration und Ängstlichkeit einher.

Während sich ein Zusammenhang zwischen dem Wiederauflebenlassen der Therapie mit negativen Gefühlen und einem schlechteren Therapieergebnis schon in früheren Studien fand, überrascht, dass ein vermehrtes Anwenden der Therapie in der zweiten Therapiehälfte mit einem schlechteren Ergebnis korreliert. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Patienten sich zwar intensiv um ein Umsetzen der Therapie bemühen, damit aber nicht erfolgreich sind. Dies geht mit Gefühlen von Frustration und Verunsicherung einher.

## Entwicklung einer Adherence-Skala

Ratzek M.<sup>1</sup>, Klug G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>International Psychoanalytic University Berlin, Berlin, Deutschland,

<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, TU München, München, Deutschland

Die Einschätzung der Adherence ist als ein zentrales Gütemerkmal von Therapie-Outcomestudien anzusehen. Objektive Adherence-Messungen stellen v.a. in unmanualisierten Studien eine besondere Herausforderung dar, da es die „Therapiekonzepttreue“ statt die „Manualtreue“ einzuschätzen gilt.

Die konzeptuelle und praktische Überschneidung des psychoanalytischen Pols, hier repräsentiert durch die analytische Psychotherapie (AP), und des psychodynamischen Pols, repräsentiert durch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP), erschwert eine reliable Trennung zwischen diesen beiden Verfahren.

Ziel ist die Entwicklung einer Adherence-Skala, die zwischen beiden Verfahren reliabel diskriminiert. Unter Berücksichtigung der konzeptionellen und praktischen Überlappung erfolgt die Skalenentwicklung bilateral, indem sowohl die theoretische Literatur als auch real durchgeführte Therapiesitzungen herangezogen werden.

Die Skalenentwicklung verläuft in 4 Stufen:

1. Literaturrecherche und Formulierung von Items mit Aussagen zu prototypischen Techniken der TfP oder AP
2. Gruppendiskussion (6 Lehranalytiker) mit dem Ziel, Items mit den prototypischsten Inhalten und der höchsten Diskriminierungsfähigkeit in Bezug auf TfP und AP zu extrahieren
3. Ermittlung von „Expertentherapiesitzungen“: Verblindete Lehranalytiker/-therapeuten schätzen audiografierte TfP- und AP-Therapiesitzungen, durchgeführt von sehr erfahrenen Therapeuten, hinsichtlich ihrer Verfahrenszugehörigkeit ein. „Expertentherapiesitzungen“ setzen übereinstimmende Ratings zwischen den Ratern und dem Therapielabel (erhoben beim behandelnden Therapeuten) voraus
4. Strukturiertes Expertenrating: Anwendung der Items auf „Expertentherapiesitzungen“ und Einschätzung der Iteminhalte auf einer vierstufigen Skala (0=gar nicht charakteristisch, 3=extrem charakteristisch). Items mit übereinstimmenden Einschätzungen bilden die Basis der Adherence-Skala.

In Stufe 1 wurden 36 Items zu psychotherapeutischen Haltungen/Techniken formuliert, die als prototypisch für den psychoanalytischen oder psychodynamischen Pol betrachtet werden können. Im Rahmen der Gruppendiskussion (Stufe 2) wurden 22 Items extrahiert, die von den Diskutanten konsensuell als prototypisch für einen der Pole und als zwischen beiden Polen gut diskriminierend eingestuft wurden. Die Ermittlung der „Expertentherapiesitzungen“ (Stufe 3) brachte 3 AP- und 3 TfP-Sitzungen hervor, auf die aktuell die 22 extrahierten Items angewendet werden (Stufe 4).

## Psychodiabetologie

### „Wohlfühlen trotz Diabetes“ - Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms zur Steigerung der Lebensqualität bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes und leichten Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Multicenterstudie (MIND-DIA, Minor Depression in Diabetes)

Petrak F.<sup>1,2</sup>, Hautzinger M.<sup>3</sup>, Müller M.J.<sup>4,5</sup>, Kronfeld K.<sup>6</sup>, Ruckes C.<sup>6</sup>, Herpertz S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin u. Psychoth., Bochum, Deutschland,

<sup>2</sup>Zentrum für Psychotherapie Wiesbaden, Wiesbaden, Deutschland,

<sup>3</sup>Psychologisches Institut der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie, Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Gießen-Marburg, Deutschland, <sup>5</sup>Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen, Gießen, Deutschland, <sup>6</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien (IZKS), Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Diabetes und bereits leichtere Depressionen sind, besonders bei älteren Menschen, mit Komplikationen, erhöhter Mortalität und einer reduzierten Lebensqualität assoziiert.

**Methodik:** Randomisierte, kontrollierte dreiarmlige Multicenterstudie mit 166 geringgradig depressiven (3-6 Depressionskriterien im SKID) Patienten mit Typ-2-Diabetes (Alter:71.6; ± 4.4 J.). Interventionen:

- a) Diabetesspezifische kognitive Gruppenverhaltenstherapie für Ältere (KVT),
- b) Gesprächs- und Aktivitätengruppe, (GG),
- c) intensivierte, ärztliche Standardbehandlung („Treatment as usual“, TAU).

Nach 3 Monaten mit wöchentlichen Sitzungen folgte eine 12-monatige Langzeitphase mit monatlichen Sitzungen für Teilnehmer der KVT und GG (TAU-Visiten: vierteljährlich). In einer Intention-to-Treat-Analyse wurden Gruppenunterschiede hinsichtlich der psychischen (primärer Outcome, MCS des SF-36, z-Werte) und physischen (PCS des SF-36) Lebensqualität und der Depressionssymptome (HAMD-17) nach 15 Monaten im Vergleich zur Baseline mit Kovarianzanalysen untersucht. Gruppenunterschiede hinsichtlich der Prävention schwererer Depressionen wurde anhand einer Kaplan-Meier Analyse evaluiert (Zielparameter: Zeit bis zum ersten Auftreten eines PHQ-9 Summenscores ≥10).

**Ergebnisse:** Nach 15 Monaten konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich MCS, PCS und HAMD-17 zwischen den Gruppen beobachtet werden. In einer Completeranalyse zeigte sich in der KVT Gruppe eine signifikant ausgeprägtere MCS-Verbesserung verglichen mit der SH Gruppe (Unterschied= 0.53; 95% CI: 0.01-1.06; p=0.046). In einer Sekundäranalyse nach multipler Imputation fehlender Werte ergab sich beim PCS eine signifikante Überlegenheit

der KVT im Vergleich zu TAU (Unterschied= 0.36; 95% CI 0.06-0.66,  $p=0.018$ ). In der Kaplan-Meier Analyse, wurden signifikant weniger schwerere Depressionen in der KVT verglichen mit der TAU-Gruppe ( $p$ -Wert/logrank=0.038) berichtet. Keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen den Gruppen KVT und GG ( $p$ -Wert/logrank=0.5315).

**Schlussfolgerungen:** Die postulierte Überlegenheit der KVT gegenüber TAU und GG im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität und Depressivität konnte nicht bestätigt werden. Sekundäranalysen weisen darauf hin, dass Patienten, welche an mehr Sitzungen bzw. Visits teilnehmen, eher von der KVT profitieren. Hinsichtlich der Prävention mittelgradig bis schwerer Depressionen wurde ein spezifischer Nutzen der KVT im Vergleich zu einer ärztlichen Standardbehandlung beobachtet.

#### Pathways linking depression and type 2 diabetes: a pilot study on the role of cortisol, platelet serotonin content, hs-CRP, and platelet activity

Zahn D.<sup>1</sup>, Petrak F.<sup>2</sup>, Franke L.<sup>3</sup>, Hägele A.-K.<sup>2</sup>, Juckel G.<sup>4</sup>, Lederbogen F.<sup>5</sup>, Neubauer H.<sup>6</sup>, Norra C.<sup>4</sup>, Uhl I.<sup>4</sup>, Wiltfang J.<sup>7</sup>, Herpertz S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Gesundheitspsychologie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland, <sup>5</sup>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland, <sup>6</sup>Kardiologie, St. Josef-Hospital, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland, <sup>7</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland

**Objective:** Hypothalamic pituitary adrenal (HPA) system dysfunction, serotonergic system alterations, elevated systemic inflammation and enhanced platelet activity may contribute to the increased cardiac risk in depression. This exploratory study examined associations between cortisol parameters, platelet serotonin (5-HT) content, high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), and platelet activity markers in patients with newly diagnosed untreated major depression (MD) and/or type 2 diabetes (T2DM) compared to healthy controls.

**Methods:** We compared cortisol awakening response (CAR), diurnal decrease in salivary cortisol concentrations (slope), platelet 5-HT, hs-CRP, and platelet markers (CD40, CD40L, soluble CD40L, CD62P,  $\beta$ -thromboglobulin, and platelet factor-4) in 21 T2DM patients, 20 MD patients, 13 T2DM patients with MD, and 24 healthy controls.

**Results:** Subgroups did not differ in 5-HT or cortisol slope, whereas T2DM patients without depression had significantly lower CAR than healthy controls ( $F(1, 56) = 7.17, p = .010$ ). There was a trend for higher hs-CRP in diabetes patients ( $F(1, 74) = 2.75, p = .101$ ), but not

after adjustment for BMI. Multivariate analysis of variance showed that platelet markers were elevated in MD ( $F(6, 58) = 10.27, p < .001$ ) and T2DM ( $F(6, 58) = 12.45, p < .001$ ). In healthy controls, cortisol slope correlated with CD40 ( $r = -.43, p = .048$ ) and 5-HT was correlated with CD40L ( $r = .53, p = .007$ ). In MD patients, hs-CRP correlated with CD40L ( $r = .59, p = .008$ ). In patients with both T2DM and MD, 5-HT and CD62P were marginally correlated ( $r = .51, p = .072$ ).

**Conclusions:** Whereas group differences in cortisol, 5-HT or hs-CRP might be of minor importance, our findings highlight that increased platelet activity in T2DM and MD might be a potential link between diabetes, depression, and CAD. Although the study indicated group-specific associations between platelet markers and cortisol, 5-HT, and hs-CRP, the exact role of these associations has to be further explored in larger samples.

#### Depression erhöht das Mortalitätsrisiko bei Menschen mit Diabetes - Ergebnisse einer Metaanalyse

Kruse J.<sup>1</sup>, Köhler B.<sup>1</sup>, Leichsenring F.<sup>1</sup>, Hofmann M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland

**Hintergrund und Ziel:** Nahezu jeder vierte Patient mit Diabetes leidet unter einer klinischen oder subklinischen Depression. Der Zusammenhang zwischen Depression und Diabetes ist bidirektional. Die Depression begünstigt die Entwicklung des Typ-2-Diabetes und der Diabetes geht mit einem erhöhten Depressionsrisiko einher. Die vorliegende Metaanalyse verfolgt das Ziel, den Einfluss der depressiven Symptomatik und klinischen Depression auf die Mortalität bei Menschen mit Diabetes zu untersuchen.

**Methode:** Die Literaturdatenbanken PUBMED und PsycINFO wurden systematisch hinsichtlich prospektiver Studien zu den Stichworten Depression, Diabetes und Mortalität durchsucht. Die identifizierten Studien wurden im Rahmen einer Metaanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** 16 Studien konnten in die Analyse eingeschlossen werden. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und soziodemographischer Faktoren ergab sich ein erhöhtes relatives Mortalitätsrisiko für Patienten mit ausgeprägter depressiver Symptomatik (Fragebogenmessung)(pooled HR=2.56, 95% CI 1.89-3.47). Das erhöhte Mortalitätsrisiko blieb bestehen auch wenn der Einfluss der Folgeerkrankungen kontrolliert wurde (HR=1.76, 95% CI 1.45-2.14). 6 Studien ermittelten den Einfluss der im Interview ermittelten klinischen Depression auf die Mortalitätsraten bei Diabeteserkrankten. Die Metaanalyse wies auch ein erhöhtes Mortalitätsrisiko für Menschen mit klinischer Depression auf (HR=1.49, 95% CI 1.15-1.93).

**Zusammenfassung:** Sowohl die im Fragebogen ermittelte depressive Symptomatik wie auch die im Interview erhobene klinische Depression geht einher mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko bei Menschen mit Diabetes. Die Ergebnisse werden hinsichtlich der methodischen Limitationen und der klinischen Bedeutung diskutiert.

## Verminderte Lebensqualität, Verhaltensprobleme und Lipidwerte bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren

Brüning C.<sup>1</sup>, Kleiber C.<sup>1</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>1</sup>, Meyer T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Zusammenhänge zwischen psychischem Stress und Lebensqualität sowie Lipidwerten wurden bei Kindern kaum systematisch erfasst. Deshalb sollte in Daten aus einer bundesweit repräsentativen Studie untersucht werden, in wie weit im Serum gemessene Lipidwerte bei Kindern und Jugendlichen mit Lebensqualität und Verhaltensproblemen korreliert sind.

**Methoden:** In einer Post-hoc-Analyse aus Daten des in den Jahren 2003 bis 2006 vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendlichen-Gesundheits-Survey (KiGGS) wurden bei n=7697 Adoleszenten im Alter von 11 bis 17 Jahren standardmäßig erfasste Serumkonzentrationen von Lipiden mit den Ergebnissen zweier psychometrischer Fragebögen korreliert. Als Instrumente für die psychometrische Testung wurden der etablierte Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) sowie der KINDL-R, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst, jeweils in der Selbsteinschätzungsversion verwendet.

**Ergebnisse:** In univariater Analyse fand sich eine signifikant negative Korrelation zwischen den Serum-Triglyceridwerten und dem Summenscore des KINDL-R ( $r=-0,042$ ,  $p<0,001$ ) sowie eine signifikant positive Korrelation mit dem SDQ-Gesamtproblemwert ( $r=0,056$ ,  $p<0,001$ ). Bei den Serum-Werten des HDL-Cholesterins dagegen wurde für den KINDL-Summenscore eine signifikant positive Korrelation ( $r=0,025$ ,  $p=0,034$ ) und für den SDQ-Gesamtproblemwert ein signifikant negativer Zusammenhang ( $r=-0,032$ ,  $p=0,007$ ) festgestellt. In multivariaten Regressionsmodellen adjustiert für Alter, Geschlecht, BMI, körperliche Aktivität in Stunden pro Woche und den Sozialschichtindex nach Winkler wurde ein unabhängiger prädikativer Effekt des übergreifenden SDQ-Messwertes ( $b$ -Koeffizient= $0,66$ , 95%-Konfidenzintervall(-CI)= $0,27-1,04$ ,  $p=0,001$ ) sowie des KINDL-Summscores ( $b=-0,34$ , 95%-CI= $-(0,51-0,16)$ ,  $p<0,001$ ) auf die Triglyceridkonzentration im Serum nachgewiesen. Dagegen erwiesen sich Verhaltensprobleme und Lebensqualität nicht als unabhängige Prädiktoren für das HDL-Cholesterin.

**Schlussfolgerungen:** Bei Adoleszenten zeigten sich Verhaltensprobleme und niedrige Lebensqualität als unabhängige Prädiktoren für eine erhöhte Triglycerid-Konzentration. Diese Beobachtung könnte klinisch von Interesse sein, da sich möglicherweise durch eine Verbesserung von Verhaltensauffälligkeiten und reduzierter Lebensqualität atherogene Blutfettwertprofile im Frühstadium günstig beeinflussen lassen, um somit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits im Adoleszentenalter vorzubeugen.

## Geschlechtsspezifische Regulation von NUCB2/Nesfatin-1: Plasmaspiegel korrelieren bei adipösen Frauen positiv und bei adipösen Männern negativ mit Angst

Hofmann T.<sup>1</sup>, Elbelt U.<sup>1,2</sup>, Ahnis A.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, Klapp B.F.<sup>1</sup>, Stengel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland

Nesfatin-1 (NF-1) ist ein Spaltprodukt von Nucleobindin2 (NUCB2) und als anorexigenes Peptidhormon an der Regulation von Hunger und Sättigung beteiligt. Die NUCB2/NF-1-Plasmaspiegel sind bei Adipositas erhöht und bei Anorexia nervosa erniedrigt. Daneben konnten wir für NUCB2/NF-1 eine Rolle in der Regulation von Stresserleben, Angst und Depressivität zeigen. Zudem gibt es Hinweise, dass diese Effekte geschlechtsspezifisch reguliert sein könnten. Wir untersuchten daher die NUCB2/NF-1-Plasmaspiegel in Abhängigkeit von Stresserleben, Angst und Depressivität bei adipösen Frauen und Männern.

**Methoden:** Eingeschlossen wurden 143 stationäre Patienten (89 Frauen, 54 Männer, Body Mass Index, BMI  $30,3-81,7$  kg/m<sup>2</sup>), die sich aufgrund ihrer Adipositas und psychischer wie somatischer Komorbiditäten in Behandlung befanden. Stresserleben (PSQ-20), Angst (GAD-7) und Depressivität (PHQ-9) wurden psychometrisch ermittelt, parallel zur Bestimmung der NUCB2/NF-1-Plasmaspiegel per ELISA.

**Ergebnisse:** Männer und Frauen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter und BMI ( $p>0,05$ ). NUCB2/NF-1 korrelierte weder bei Männern noch bei Frauen mit BMI oder Alter ( $p>0,05$ ). Sowohl die mittleren NUCB2/NF-1-Spiegel ( $+24%$ ,  $p<0,01$ ), als auch die mittleren Stress- ( $+26%$ ,  $p<0,01$ ), Angst- ( $+52%$ ,  $p<0,001$ ) und Depressivitäts-Werte ( $+28%$ ,  $p<0,05$ ) waren bei Frauen höher als bei Männern. Die Stress- ( $r=0,38$ ;  $p<0,001$ ) und Depressivitäts-Werte ( $r=0,27$ ;  $p=0,01$ ) korrelierten bei Frauen positiv mit den NUCB2/NF-1-Spiegeln, während sich bei Männern keine Korrelationen ( $p>0,05$ ) fanden. Der stärkste Zusammenhang zwischen Angst-Werten und NUCB2/NF-1 zeigte sich bei Frauen im Sinne einer positiven Korrelation ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ), während bei Männern sogar eine inverse Korrelation ( $r=-0,31$ ;  $p=0,03$ ) zu beobachten war. Dieser Effekt fand sich auch nach Aufteilung in Gruppen mit hoher und niedriger Ängstlichkeit (Median-Split). Die NUCB2/NF-1-Werte waren bei Frauen mit hoher Ängstlichkeit höher als bei denen mit geringer ( $+48%$ ,  $p<0,01$ ), während sich dies bei Männern umgekehrt darstellte ( $-19%$ ,  $p<0,05$ ).

**Schlussfolgerungen:** NUCB2/NF-1 korreliert bei adipösen Frauen positiv mit Angst, Depressivität und Stresserleben. Dieser Effekt ist bei adipösen Männern teilweise gegenläufig, weshalb eine geschlechtsspezifische Regulation anzunehmen ist. NUCB2/NF-1 scheint relevant in die Angst-, Depressivitäts- und Stressregulation involviert zu sein. Möglicherweise sind die sättigungsregulatorischen Effekte dem nachgeordnet.

## Psychische Gesundheit und Migration

### Somatisierung bei Migranten türkischer Herkunft:

#### Ergebnisse des Pre-tests der Nationalen Kohorte

Morawa E.<sup>1</sup>, Dragano N.<sup>2</sup>, Becher H.<sup>3</sup>, Andrich S.<sup>4</sup>, Pundt N.<sup>5</sup>, Jöckel K.-H.<sup>5</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Public Health, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Forschungszentrum Gesundheit und Gesellschaft, Düsseldorf, Deutschland, <sup>5</sup>Universität Duisburg-Essen, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Essen, Deutschland

**Theoretischer Hintergrund:** Epidemiologische Primärdaten zur psychischen Gesundheit von Migranten fehlen in Deutschland weitestgehend.

**Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht das Auftreten somatoformer Symptome in einem Sample von Personen mit türkischem Migrationshintergrund.

**Methode:** Bei 335 Personen türkischer Herkunft (Durchschnittsalter: 41.6 Jahre, SD = 11.3 Jahre, Range: 20 - 69 Jahre; 63 % Frauen), die im Rahmen einer Pilotstudie zur Nationalen Kohorte in Essen untersucht wurden, wurde mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-15) das Auftreten somatoformer Symptome gemessen. Geschlechts- und migrationspezifische Unterschiede (erste vs. zweite Migrantengeneration) fanden dabei besondere Berücksichtigung. Ein Cut-off-Wert von mindestens 15 Punkten bildete eine hohe körperliche Symptombelastung ab.

**Ergebnisse:** 24.2 % der im Rahmen der Pilotstudie untersuchten türkischen Migranten erreichten Werte, die über dem Cut-off-Wert von mindestens 15 Punkten lagen. Zwischen Frauen (25.6 %) und Männern (21.1 %) war kein statistisch bedeutsamer Unterschied zu konstatieren ( $p = .358$ ), Frauen wiesen jedoch eine signifikant höhere Ausprägung somatoformer Symptome auf ( $M = 10.3$ ,  $SD = 6.5$  vs.  $M = 8.1$ ,  $SD = 6.1$ ;  $p = .002$ ). Personen der ersten Migrantengeneration erreichten signifikant häufiger den Cut-off-Wert als Personen der zweiten Migrantengeneration (26.7 % vs. 12.1 %;  $p = .018$ ) und zeigten eine signifikant höhere Symptombelastung ( $M = 10.1$ ,  $SD = 6.5$  vs.  $M = 7.2$ ,  $SD = 5.3$ ;  $p = .001$ ). Auch nach Adjustierung für das Alter wies die erste Migrantengeneration eine statistisch bedeutsam höhere Ausprägung somatoformer Symptome auf ( $F = 5.963$ ;  $p = .015$ ), während die Kovariate Alter nicht signifikant war ( $F = .491$ ;  $p = .484$ ). Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (32.2 %), Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben (30.3 %) sowie Rückenschmerzen (27.5 %) stellten die häufigsten stark beeinträchtigenden Symptome dar.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass es sich bei der türkischen Migrantenpopulation, v.a. bei den Migrantinnen und der ersten Migrantengeneration, um eine vulnerable Gruppe handelt. Kultur-, migrations- und geschlechtsspezifische Faktoren sind zur Gewährleistung einer adäquaten medizinischen Versorgung von Migranten zu berücksichtigen.

### Umgang mit klinischen Problemen der psychopharmakologischen Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund

Joksimovic L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LVR Klinikum Düsseldorf, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf, Deutschland

Der Fokus des Vortrages richtet sich auf die klinischen Probleme der psychopharmakologischen Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.

Diese werden auf dem Hintergrund der Ergebnisse der ethnopsychopharmakologischen Forschung diskutiert.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Psychopharmakotherapie spielen, bei Patienten aus anderen Gesellschaften und Kulturen, Aspekte wie kulturgebundene Krankheitsvorstellungen und Erwartungen an Medikamente, Vertrauen in das fremde Gesundheitssystem, Zugang zu Behandlungsangeboten im Heimatland, kulturgebundene Bedeutungszuschreibungen an Medikamente uvm. eine wichtige Rolle.

Anhand der Fallbeispiele aus der transkulturellen Medikamentsprechstunde unserer Klinik, werden die von uns erarbeiteten Strategien zu einem sinnvollen Einsatz von Psychopharmaka bei Patienten mit Migrationshintergrund dargestellt.

Es werden insbesondere spezifische Strategien im Umgang mit Behandlungsproblemen wie Noncompliance, Selbstmedikation und verstärkter Wahrnehmung von Nebenwirkungen in der transkulturellen Arbeit dargestellt. Im Wesentlichen handelt es sich hier um folgende Strategien:

- kultursensible Förderung der gemeinsamen therapeutischen Entscheidung über die Stärkung der therapeutischen Allianz
- Berücksichtigung von kulturellen und psychischen Aspekten der Gabe und Einnahme von Medikamenten
- verstärkte Beachtung der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen im Rahmen der medizinischen Betreuung, um mögliche Projektionen auf die Medikamente besser zu verstehen
- Förderung eines differenzierteren Verständnisses der zugrunde liegenden Problematik der psychopharmakologischen Behandlung durch mentalisierungs-basierte Gesprächsführung.

## Einflüsse traumatischer Kindheitserfahrungen auf die Verarbeitung emotionaler Information bei Patienten mit Depression

Günther V.<sup>1,2</sup>, Kersting A.<sup>1,2</sup>, Suslow T.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>LIFE-Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Experimentalpsychologische und bildgebende Studien im Bereich der Depressionsforschung haben einheitlich gezeigt, dass bei depressiv erkrankten Patienten eine veränderte kognitive Verarbeitung emotionaler Informationen vorliegt. Stimmungskongruente Verzerrungsmuster („Biases“) konnten in verschiedenen kognitiven Funktionsbereichen nachgewiesen werden, wie der Aufmerksamkeitskontrolle und bei der Interpretation affektiver Informationen. Kognitive Modelle der Depression postulieren, dass diesen Wahrnehmungsverzerrungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Störungen eine bedeutsame Rolle zugeschrieben werden kann. Erlebte Traumata in der Kindheit gelten als Risikofaktoren für die Entstehung einer depressiven Episode. Es ist weitestgehend ungeklärt, über welche Mechanismen dieser Vulnerabilitätsfaktor das Erkrankungsrisiko erhöht. Nur wenige Studien haben untersucht, inwiefern erlebte Traumata in der Kindheit mit kognitiven Verzerrungsmustern in der affektiven Informationsverarbeitung einhergehen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden an einer Stichprobe von 45 Patienten mit Majorer Depression Zusammenhänge zwischen Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen während der Kindheit und verzerrten Evaluations- und Aufmerksamkeitsprozessen untersucht. Kindheitstraumata wurden mithilfe des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erhoben. Die Orientierung der Aufmerksamkeit wurde mittels Dot-Probe-Aufgabe erfasst und zur Bestimmung negativ verzerrter Beurteilungstendenzen absolvierten die Patienten eine Evaluationsaufgabe für schematische Gesichter. Wir fanden Zusammenhänge zwischen stimmungskongruenten Aufmerksamkeitstendenzen und traumatischen Kindheitserfahrungen. Patienten mit Missbrauchserfahrungen, v.a. auf emotionaler Ebene, orientierten ihre Aufmerksamkeit präferiert auf traurige Gesichter, während freudige Mimik vermieden wurde. Weiterhin schrieben Patienten mit erlebten Traumata in der Beurteilungsaufgabe schematischen Gesichtern weniger positive Emotionen zu. Die gefundenen Zusammenhänge blieben auch nach Kontrolle der aktuellen Schwere der selbst- und fremdbeurteilten Depressivität sowie der Ängstlichkeit signifikant. Unsere Ergebnisse stehen im Einklang mit der Annahme, dass frühe, traumatische Erfahrungen mit langfristigen, negativen Veränderungen in der kognitiven Verarbeitung emotionaler Information einhergehen.

## Gruppenpsychotherapieforschung

### Gruppenpsychotherapie in der Tagesklinik - Eine Prozess-Outcome Studie zu den Wirkfaktoren aus Patientenperspektive

Weber R.<sup>1</sup>, Langens T.<sup>2</sup>, Schonnebeck M.<sup>2</sup>, Albus C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Psychosomatische Tagesklinik Köln, Köln, Deutschland

Die teilstationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen stellt neben der ambulanten und stationären Versorgung die so genannte dritte Säule im Gesundheitswesen dar. In der Regel kommt ein multi-modales Therapiekonzept zur Anwendung, in dem die Gruppenpsychotherapie eine zentrale Rolle spielt. Die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie lässt sich in einer Vielzahl von Studien nachweisen. Die Frage, wie diese Ergebnisse zustande kommen lässt sich allerdings nicht so eindeutig beantworten. Seit den Anfängen der Gruppentherapie stellt die Frage nach den Wirkfaktoren eine immer wieder herausfordernde klassische Forschungsfragestellung dar. Neben einer umfassenden Eingangsdiagnostik incl. Wartegruppensdesign (KPD-38, IIP-32, BFKE und der Erhebung soziodemografischer Daten) werden die Patienten wöchentlich zu Ihrer Einschätzung der stattgefundenen Gruppensitzungen befragt. Erstmals wurde eine deutsche Version des Therapeutic Factors Inventory (TFI) und des Gruppenfragebogens (GQ-D) eingesetzt. Zum Abschluss der tagesklinischen Behandlung wurde erneut die subjektiv empfundene symptomatische Belastung der Patienten erfasst (KPD-38). Zwischenauswertungen (Abschluss der Studie mit etwa 125 Patienten) weisen darauf hin, dass sich je nach Ausmaß der Interpersonellen Probleme (IIP-32) und der Bindungsorganisation (BFKE) unterschiedliche Einschätzungen der Gruppensitzungen hinsichtlich der Wirkfaktoren der Gruppentherapie (TFI) und der Wahrnehmung der Beziehungsfaktoren (GQ-D) zeigen lassen. Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge werden in Bezug zu Implikationen für weitere Forschungsansätze diskutiert.

### Was geschieht zwischen Gruppentherapiesitzung in der stationären Psychotherapie und psychosomatischen Rehabilitation? Eine Anwendung des Intersession-Fragebogens

Strauß B.<sup>1</sup>, Pomnitz F.<sup>2</sup>, Arbeitskreis Stationäre Gruppenpsychotherapie

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland

Forschung zum Geschehen zwischen den Sitzungen ist bisher ein Randgebiet in der Psychotherapieforschung und wird hauptsächlich durch die Arbeiten von Orlinsky, Geller und hierzulande Hart-



mann vorangetrieben. Bislang war die Frage nach dem Geschehen zwischen den Sitzungen auf die Einzeltherapie beschränkt.

Im Rahmen des Arbeitskreises Stationäre Gruppenpsychotherapie wurde eine Querschnittserhebung organisiert, in der in 13 unterschiedlichen Kliniken insgesamt 702 Patienten mit der deutschen Version des Intersession Experience Questionnaire befragt werden konnten. Die Antworten waren in 625 Fällen auf Kleingruppen bezogen, die nach Psychotherapiegruppen i.e.S., extravertierten Gruppen (insbesondere Körpertherapie) und Spezialgruppen differenziert wurden.

Der Fragebogen differenziert nach der Häufigkeit von Intersession Erfahrungen, deren psychologischen Kontext, den Inhalten der Erfahrungen, begleitenden Emotionen und Fragen, inwieweit die Erfahrungen mit anderen geteilt werden.

In dem Beitrag werden Ergebnisse dargestellt, die sich auf Unterschiede in Abhängigkeit vom Gruppentyp, dem Behandlungsangebot (Akutpsychotherapie, Rehabilitation), das Ausmaß an Gruppenerfahrungen und dem Geschlecht beziehen.

#### **Efficacy of combined and stand-alone group treatment for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials**

Barkowski S.<sup>1</sup>, Levan A.<sup>2</sup>, McLaughlin S.<sup>2</sup>, Rosendahl J.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Burlingame G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Brigham Young University, Department of Psychology, Provo, Vereinigte Staaten

Numerous standard treatments for borderline personality disorder (BPD) include group therapy as part of their treatment program (e.g. dialectical behavior therapy, mentalization-based treatment). In addition, some treatment manuals developed for BPD are generally delivered in a group format (e.g. STEPPS). However, existing meta-analyses synthesizing evidence on treatment for BPD so far have not examined the unique features of the group format (e.g., size) or compared the efficacy of group treatment to other treatment modalities or control groups as a primary focus. A Cochrane Review (Stoffers et al., 2012) found encouraging results for short-term group treatments in patients with BPD but calls for further investigation, in particular for group treatments not accompanied by individual therapy.

The present meta-analysis focuses on the efficacy of group treatments that are either part of a comprehensive treatment program or act as a stand-alone treatment for BPD.

Results of comparisons from randomized-controlled trials that included at least one form of group therapy were considered for analyses. Eligible comparison groups consisted of psychotherapy delivered in an individual format, pharmacotherapy and control conditions (e.g., attention control, treatment as usual, wait list). Studies treated adult populations having a DSM-diagnosis of BPD. Several outcome categories were included in the analyses that

concerned either specific psychopathology (suicidal and self-injurious behavior), general psychopathology (mood, general psychosocial functioning) or economic outcomes.

Presentation of the meta-analyses results for the different outcome categories will be stratified by type of treatment (i.e., combined versus group only). The influence of specific effects of treatment, population, and general study design on outcome will be examined and discussed.

**Literature:** Stoffers J.M., Völlm B.A., Rucker G., Timmer A., Huband N., Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art.No.: CD005652.

#### **Group therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials**

Grenon R.<sup>1</sup>, Schwartz D.<sup>2</sup>, Hammond N.<sup>3</sup>, Ivanova I.<sup>4</sup>, Mcquaid N.<sup>4</sup>, Proulx G.<sup>4</sup>, Rosendahl J.<sup>2</sup>, Strauß B.<sup>2</sup>, Tasca G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Ottawa, Ottawa, Kanada, <sup>2</sup>University Hospital Jena, Institute of Psychosocial Medicine and Psychotherapy, Jena, Deutschland, <sup>3</sup>Children's Hospital of Eastern Ontario Research Institute, Ottawa, Kanada, <sup>4</sup>The Ottawa Hospital, Ottawa, Kanada

Group treatments are an established and cost-effective alternative to individual treatments. The efficacy of group treatment for eating disorders has been demonstrated in several studies, especially when compared to no treatment. How group and individual or other alternative treatments compare in their effectiveness for eating disorders is still not known. The only recently published meta-analysis in this field focusing explicitly on group therapy concluded that studies were generally small with unclear risk of bias and thus lead to only low quality evidence. However, that review only included studies on bulimia nervosa. To address this gap in knowledge, we conducted a meta-analysis of randomized controlled trials to evaluate the efficacy of group psychotherapy in the treatment of eating disorders. Major databases were searched for eligible studies published between 1980 and 2013. The database search was extended by a manual search of reference sections of recent reviews, meta-analyses, and of primary studies. Studies were included if treatment was provided in a group format based on a defined psychotherapeutic theory (e.g. cognitive, behavioural, psychodynamic, interpersonal). Only adult patients fulfilling clinical criteria of eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, EDNOS), were considered. The effects of group treatment on psychological outcomes compared to a control condition (wait-list control, attention control or treatment as usual), or alternative treatment was analysed. Preliminary results on relative efficacy of group therapy and the impact of moderating variables on treatment outcomes will be reported. The influence of study quality on effect size estimation will also be considered.

## Bindung und Neurobiologie

### Graduelle Aktivierung des Bindungssystems führt zu vermehrter Freisetzung von Oxytocin bei Müttern: Welche Rolle spielt eine frühe Bindungstraumatisierung?

Krause S.<sup>1</sup>, Hulbert A.-L.<sup>2</sup>, Schury K.<sup>3</sup>, Buchheim A.<sup>4</sup>, Karabatsiakis A.<sup>2</sup>, Kolassa I.-T.<sup>2</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Klinische und Biologische Psychologie, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ulm, Deutschland, <sup>4</sup>Klinische Psychologie, Innsbruck, Österreich

**Hintergrund:** Im Rahmen des BMBF-Verbundprojektes „Meine Kindheit - Deine Kindheit“ untersuchen wir den Zusammenhang zwischen einer Bindungstraumatisierung in der Kindheit von Müttern und der transgenerationalen Weitergabe dieser frühen Erfahrungen in der eigenen Mutter-Kind Beziehung. Eine Fragestellung dabei ist die Beurteilung des Neuropeptids Oxytocin als biologisches Korrelat der Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter unter Berücksichtigung von traumatischen Kindheitserlebnissen. Unsere Hypothese war, dass eine graduelle Aktivierung des Bindungssystems die Oxytocinfreisetzung stimuliert und dass der Grad der Freisetzung durch eine frühe Bindungstraumatisierung moduliert wird.

**Methode:** Drei Monate nach der Entbindung eines Kindes wurde von 52 Müttern (MW= 33,21 Jahre; SD= 5,18; Range= 22-44 Jahre) die Bindungsrepräsentation mithilfe des Adult Attachment Projective Picture Systems (AAP; George & West, 1997) erfasst. Durch die spezifische Reihenfolge von 8 Umrisszeichnungen im AAP wird das Bindungssystem graduell aktiviert. Vor und nach der Durchführung des AAPs wurde Blut bei den Müttern entnommen und Oxytocin quantitativ im Plasma bestimmt (Labor Landgraf, München).

**Ergebnisse und Diskussion:** Die Oxytocinkonzentration war direkt nach Beenden des AAPs im Vergleich zum Ruhewert signifikant erhöht ( $t(51)=-2,63$ ;  $p=.011$ ). Die experimentelle Aktivierung des Bindungssystems führt also zu einer bedeutsamen Oxytocinfreisetzung. Die Auswertung zum Einfluss einer Bindungstraumatisierung in der eigenen Kindheit auf die AAP-induzierte Oxytocinfreisetzung erfolgt zur Zeit.

### Bindungsrepräsentanzen und kardiovaskuläre Antwort auf das AAP bei Hypertonikern

Balint E.<sup>1</sup>, Campbell S.<sup>1</sup>, Funk A.<sup>1</sup>, Klinghammer J.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Waller C.<sup>1</sup>, Buchheim A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Ulm Psychosomatik, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Bindung wird zunehmend mit dem Blutdruckverhalten und Bluthochdruckerkrankungen in Verbindung gebracht. In einer großen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe konnte

ein durch Selbstbeurteilung ermittelter unsicherer Bindungsstil mit einem gehäuftem Auftreten von arterieller Hypertonie in Verbindung gebracht werden. Mit narrativen Ansätzen ermittelte Bindungsrepräsentanzen wurden bisher noch nicht im Zusammenhang mit Bluthochdruck untersucht. Unser Ziel war daher, die Verteilung von Bindungsrepräsentanzen, die mittels des Adult Attachment Projective (AAP) bestimmt wurden, in einer Stichprobe von Hypertonikern zu untersuchen sowie die kardiovaskuläre Stressantwort auf das AAP zu erfassen.

**Material und Methoden:** 49 Probanden (38 Männer, 11 Frauen) mit essentieller arterieller Hypertonie im Alter zwischen 39 und 79 Jahren nahmen am Experiment teil. Die Messung von Blutdruck und Herzfrequenz erfolgte nach einer zehnmütigen Ruhephase vor und direkt nach dem AAP.

**Ergebnisse:** Bei 42 auswertbaren AAPs fanden sich 6 (14%) sichere, 7 (17%) unsicher-distanzierte, 17 (40%) unsicher-verstrickte und 12 (29%) Probanden mit unverarbeitetem Trauma. Diese Verteilung unterscheidet sich signifikant ( $p<.001$ ) von nicht-klinischen Stichproben. Der systolische und der diastolische Blutdruck stiegen während des AAPs signifikant an ( $p<.001$ ). Der Anstieg des systolischen Blutdrucks war bei sicher gebundenen Hypertonikern mit im Mittel  $14,6\pm 5,0$  mmHg signifikant höher als bei unsicher gebundenen mit im Mittel  $7,7\pm 5,2$  mmHg, auch unter Einbezug des Alters und der Blutdruckmedikation als Kovariate ( $p=.003$ ). Die Herzfrequenz zeigte signifikante Unterschiede im Ruhewert zwischen den 4 AAP-Klassen ( $p=.033$ ) mit den niedrigsten Werten bei unsicher-verstrickten Probanden.

**Diskussion:** Das AAP war in der Lage, eine kardiovaskuläre Aktivierung hervorzurufen. Überraschenderweise zeigten sicher Gebundene einen höheren Blutdruckanstieg als unsicher gebundene. Möglicherweise haben die sicher Gebundenen mehr freie Valenzen, sich auf die bindungsbezogenen Geschichten einzulassen und zeigen dadurch eine stärkere Blutdruckantwort, während die Abwehr der unsicher gebundenen weniger Involviertheit zulässt und so auch eine geringere Blutdruckantwort erfolgt. Ob dies spezifisch mit dem Krankheitsbild der arteriellen Hypertonie in Zusammenhang steht, wird eine gesunde Vergleichsgruppe zeigen, die gerade erhoben wird.

### Neuronale Korrelate bindungsrelevanter Szenen und soziale Kognition - Eine fMRT-Studie

Labek K.<sup>1</sup>, Viviani R.<sup>1</sup>, Gizewski E.<sup>2</sup>, Buchheim A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, <sup>2</sup>Department Radiologie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

**Hintergrund:** Bindung ist ein für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung grundlegendes menschliches Bedürfnis. Bildgebungsstudien bei Erwachsenen konzentrierten sich bisher vor allem auf die Erfassung der neuronalen Korrelate des Fürsorgeverhaltenssystems, des affiliativen Systems und des sexuellen Sys-

tems, weniger untersuchten bisher das „attachment system“, also die eigenen, inneren Repräsentationen in Bezug auf Bindungserfahrungen. Bei Erwachsenen konstituieren sich Bindungsrepräsentationen als verinnerlichte Schemata früherer Interaktionserfahrungen, die Erwartungen über uns und andere und die damit einhergehenden Emotionen und Wahrnehmungen steuern. Ziel dieser Studie ist es die Aktivierung spezifischer neuronaler Korrelate des Bindungssystems (Attachment System) bei gesunden ProbandInnen mittels fMRT zu erheben, sowie über individuelle Differenzen potentielle Endophänotypen, um eine potentielle Vulnerabilität bei affektiven Störungen feststellen zu können.

**Methoden:** 25 gesunden ProbandInnen wurden 8 Bilder aus dem Adult Attachment Projective Picture System (AAP, DDE Assist REF formatbody Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Assist.mdb;Catalogue;10071;authorsdate George and West 2012) mit 8 sorgfältig gematchten Kontrollbildern im fMRT Scanner jeweils 15 Sekunden lang präsentiert.

**Ergebnisse:** Die AAP-Bilder zeigten im Vergleich zu Kontrollbildern eine stärkere Aktivierung im inferioren parietalen Lappen, dem linken anterioren temporalen Pol, rechten inferiorer parietaler Lappen, Precuneus und dem dorsomedialen präfrontalen Kortex. Es gab keinen Effekt in Arealen, die mit hoch emotionalen Stimuli assoziiert werden (Amygdala, anteriore Hippokampus).

**Diskussion:** Bei der Betrachtung bindungsrelevanten Szenen wurden selektiv Gehirnareale aktiviert, die mit sozial vermitteltem Wissen in Verbindung gebracht werden, also Wissen, dass über Interaktionen explizit oder implizit erworben wird (soziale Kognition, semantisches Gedächtnis). Anderen Personen mentale Zustände adäquat zuzuschreiben, deren Verhalten erklären oder antizipieren zu können, sind zentrale Aspekte der sozialen Kognition. Übereinstimmend mit der Bindungstheorie, sind diese Fähigkeiten entscheidend, um in potentiell bedrohlichen Situationen, die Nähe zur Bindungsperson zu gewährleisten oder wieder herzustellen.

## Neuronale Korrelate von Bindungsdesorganisation während der Aktivierung des Bindungs-systems bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Buchheim A.<sup>1</sup>, Erk S.<sup>2</sup>, Walter H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Klinische Psychologie II, Innsbruck, Österreich, <sup>2</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) sind charakterisiert durch emotionale Instabilität, affektive Dysregulation und unverarbeitete Traumata (Unresolved) in Bezug auf Bindungserfahrungen (desorganisierte Bindung). Ziel der fMRT-Studie war es die neuronalen Korrelate von Bindung bei BPS Patienten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe zu untersuchen, während das Bindungssystem der Versuchspersonen aktiviert ist.

**Methode:** In die Studie wurden 11 BPS Patientinnen und 17 gesunde nach Alter, Bildung Geschlecht gematchte Kontrollprobandinnen eingeschlossen. Die Versuchspersonen wurden instruiert im fMRT-Scanner zu 7 bindungsrelevanten projektiven Bildern (Szenen zu z. B. Trennung, Mutter-Kind-Interaktion, Einsamkeit, Verlust, Misshandlung) des Adult Attachment Projective Picture Systems (George & West 2012) jeweils individuelle Geschichten zu erzählen. Die Bilder wurden in einer festgelegten Reihenfolge präsentiert, um durch die potentiell zunehmend belastende Thematik das Bindungssystem der Versuchspersonen sukzessive zu aktivieren. Jeder einzelne Stimulus wurde für 2 Minuten präsentiert.

**Ergebnisse:** Die fMRT-Analyse bezog sich auf Gruppenunterschiede in Bezug auf die Bindungsklassifikation und der neuronalen Aktivierung im Verlauf der Bindungsaufgabe. Patientinnen als auch Probandinnen mit der Klassifikation „unverarbeitetes Trauma“ (Unresolved) zeigten im Verlauf der Bindungsaufgabe eine erhöhte Amygdala-Aktivierung im Vergleich zu Probandinnen, die eine organisierte Bindungsrepräsentation zeigten (Resolved). Jedoch zeigten nur die gesunden Probandinnen mit einer Klassifikation „unverarbeitetes Trauma“ (Unresolved) eine Aktivierung im rechten dorsolateralen präfrontalen Kortex und dem rostralen cingulären Kortex.

**Diskussion:** Dies deutet darauf hin, dass nicht die Patientinnen, aber die Probandinnen mit einem unverarbeiteten Trauma (Unresolved) kognitive Kontrolle zeigten, wenn ihr Bindungssystem aktiviert ist. Diese Befunde werden in Bezug auf affektive Dysregulation im Kontext von Bindungstraumata und Bindungsangst bei Borderline-Patienten diskutiert.

## Therapieabbrüche und therapeutische Misserfolge

### Abbrüche und Mißerfolge in der Psychotherapie - Eine Übersicht über den Stand der Forschung

Strauß B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland

Der Beitrag soll in ein Symposium einführen, das neue Ergebnisse zu Psychotherapieabbrüchen darstellt. Der Vortrag beginnt mit dem Versuch einer Begriffsklärung (z. B. wann kann man überhaupt von Abbrüchen sprechen) und fasst dann die Befunde zusammen, die in der neueren Literatur zur Psychotherapieforschung zum Thema Abbruch und Therapiemißerfolge dargestellt sind.

Es wird deutlich, dass auch versorgungsrelevante Themen in diesem Zusammenhang wichtig sind und die genauere Kenntnis von Therapieabbrüchen auch dabei helfen könnte, den Zugang und die Verteilung psychotherapeutischer Ressourcen zu optimieren.

## Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation

Reuter L.<sup>1</sup>, Scheidt C.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für psychische Erkrankungen, Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

In einer systematischen Literaturübersicht wurden die Häufigkeit und die Ursachen von vorzeitigen Behandlungsbeendigungen in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation untersucht. Eingeschlossen wurden Studien der letzten 20 Jahre, die sich mit Prädiktoren von Therapieabbrüchen befassen. Die Datenextraktion und Daten synthese erfolgte per Box-Counting.

Insgesamt beenden 12,5% der Patienten die stationäre Behandlung vorzeitig. Prädiktiv für eine vorzeitig Beendigung der Behandlung waren ein junges Alter, Erwerbslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit, die Diagnose einer Essstörung, einer somatoformen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung sowie eine geringe Symptombelastung zu Therapiebeginn. Neben diesen soziodemografischen und klinischen Variablen, spielen auch die Therapiemotivation sowie die patientenseitigen Behandlungserwartungen eine Rolle in der Vorhersage von vorzeitigen Behandlungsbeendigungen.

## Patientenorientierte Psychotherapieforschung: Der Einfluss des Therapeuten auf Ergebnis, Dauer, Abbruch, Zufriedenheit, Therapiebeziehung und Feedback

Lutz W.<sup>1</sup>, Rubel J.<sup>2</sup>, Schiefele A.-K.<sup>2</sup>, Zimmermann D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Trier, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Trier, Trier, Deutschland

**Ziel:** Die Therapeutenvariable wurde in der Psychotherapieforschung lange vernachlässigt. Das Ziel vorliegender Arbeit ist eine Analyse des Einflusses von Therapeutenunterschieden sowohl auf die Ergebnisse als auch auf die Dauer, die Abbruchraten sowie Patientenzufriedenheit und Therapiebeziehung in der ambulanten Psychotherapie. Ebenfalls wird die Einstellung und Nutzung zu psychometrischem Feedback auf Seiten der Therapeuten in ihrem Einfluss auf das Therapieergebnis näher untersucht.

Zur Untersuchung des Therapeuteneffektes werden zwei Datensätze ambulanter Psychotherapie herangezogen (TK-Studie sowie Forschungsambulanz an der Universität Trier). Die Analysen des Therapeuteneffektes in Bezug auf die Reliabilität von Therapeuteneffekten basieren zusätzlich auf 8 weiteren internationalen Datensätzen aus ambulanten Settings.

**Methoden:** Im Rahmen einer großangelegte Feedback Studie stehen für 751 Patienten und 177 Therapeuten Informationen zu Prädiktoren, Therapieergebnis und Therapielänge zu Verfügung. Vergleichbare Informationen liegen für den zweiten Datensatz

aus einer deutschen Psychotherapieambulanz vor, welcher 654 Patienten umfasst, die von 95 Therapeuten behandelt wurden. Der integrierte Gesamtdatensatz zur Untersuchung der Größe des Therapeuteneffektes auf das Therapieergebnis beinhaltet 49,946 Patienten, welche von 1,789 Therapeuten behandelt wurden.

Latente Klassenanalysen zur Identifikation typischer Therapeutencluster wurden mithilfe der Prozess- und Qualitätsmerkmalen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Ein signifikanter Therapeuteneffekt auf das Therapieergebnis, die Therapiedauer und Abbruchrate konnte konsistent gezeigt werden. Die Nutzung und Zufriedenheit mit dem Feedbacksystem hing ebenfalls mit dem Ergebnis zusammen, nicht jedoch mit der Therapiedauer.

Weiterhin war es möglich prädiktive Therapeutencluster auf der Basis der Prozess- und Ergebnisvariablen (Ergebnis, Dauer, Abbruch, Zufriedenheit, Therapiebeziehung und Feedback) zu identifizieren.

**Diskussion:** Therapeuteneffekte scheinen nicht nur auf das Therapieergebnis, sondern auch auf zahlreiche weitere therapie-relevante Ergebnis- und Prozessvariablen zu existieren und lassen sich in entsprechende Therapeutencluster zusammenfassen. Die klinische Relevanz entsprechender Therapeutencluster wird diskutiert.

## Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome

Altmann U.<sup>1</sup>, Wittmann W.W.<sup>2</sup>, Steffanowski A.<sup>3</sup>, von Heymann F.<sup>4</sup>, Bruckmayer E.<sup>5</sup>, Pfaffinger I.<sup>6</sup>, Auch E.<sup>6</sup>, Loew T.<sup>7</sup>, Kramer D.<sup>8</sup>, Fembacher A.<sup>8</sup>, Steyer R.<sup>9</sup>, Zimmermann A.<sup>1</sup>, Strauß B.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Mannheim, Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie, Mannheim, Deutschland, <sup>3</sup>SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät für Angewandte Psychologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), München, Deutschland, <sup>5</sup>Psychologische Psychotherapeutin, Feldafing, Deutschland, <sup>6</sup>Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>7</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Abteilung für Psychosomatik, Regensburg, Deutschland, <sup>8</sup>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), München, Deutschland, <sup>9</sup>Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychologie, Jena, Deutschland

**Ziel der Studie:** Da Therapieabbrüche als Misserfolge gewertet werden, wurden im naturalistischen Design Häufigkeit, Risikofaktoren und Outcome von Therapieabbrüchen untersucht.

**Methodik:** Auf der Basis einer störungsheterogenen Stichprobe (N=584) wurden Risikofaktoren regressionsanalytisch ermittelt sowie Prä- und Post-Mittelwerte des Patient Health Questionnaire verglichen.

**Ergebnisse:** Der Anteil problematischer Abbrüche betrug 24,5%. Risikofaktoren waren: Patient weiblich, Patient arbeitslos, geringe Erfolgszufriedenheit bei Patient und/oder Therapeut sowie überdurchschnittlich hohe Beziehungszufriedenheit des Therapeuten. Abbrecher hatten signifikante Symptomreduktionen ( $ES=0.30, \dots, 0.44$ ), waren am Therapieende aber stärker belastet als Patienten mit regulärem/unproblematischem Therapieende ( $ES=0.17, \dots, 0.37$ ).

**Schlussfolgerung:** Nicht alle Abbrüche sind per se therapeutische Misserfolge. Ein Warnsignal für sich anbahnende Abbrüche ist die schlechte Bewertung der Erfolgsaussichten während der laufenden Therapie.

## ICD-10-Symptom-Rating

### Einsatz des ICD-10-Symptomrating bei Einzelfällen

Tritt K.<sup>1</sup>, von Heymann F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Abt. für Psychosomatische Medizin, Regensburg, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), München, Deutschland

Das aus 29 Items bestehende ICD-10-Symptomrating (ISR) erfasst in ökonomischer Form die Symptombelastung aus Sicht der Patienten bei verschiedenen psychischen Syndromen.

Das ISR liefert - neben Daten für Analysen auf Gruppenebene, z.B. im Rahmen der Forschung oder Qualitätssicherung - verschiedene nützliche Informationen für die Diagnostik des Einzelfalls in der psychosomatischen und -therapeutischen Praxis. Bei der Statusdiagnostik psychischer Symptome kann zu beliebigen Zeitpunkten der Schweregrad der subjektiven symptomatischen Belastung eines Patienten gesichtet werden. Hierzu liegt eine Normierung des ISR auf der Grundlage eines Vergleich zwischen über 12.000 psychosomatische Patienten und einer deutschen Repräsentativstichprobe von 2.500 Individuen vor. Nach Administration des Instruments an über 60.000 Personen erweist es sich auch als hilfreich bei einer Erhebung zu Behandlungsbeginn zur umfassenderen Erhebung der Komorbidität bei der Eingangsdiagnostik. Diese Erhebung lässt sich optional noch als Basis für die strukturierte Erfassung von ICD-10-Diagnosen mit dem ICD-10-Symptomrating-Plus verwenden. Schließlich können mit ISR-Auswertungen, die zum Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses durchgeführt werden, mögliche noch vorhandene psychische Symptomatik bewertet werden sowie das Ausmaß symptomatischer Veränderungen des Patienten durch den Vergleich der Eingangs- und Abschlussmessungen. Anhand von Beispielen sollen diese unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten des ISR praktisch demonstriert und diskutiert werden.

### Das ICD-10 Symptomrating: Validierung der Depressionsskala

Brandt W.A.<sup>1</sup>, Georgi A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sigma-Zentrum, Tagesklinik, Bad Säckingen, Deutschland

Das ICD-10 Symptomrating (ISR) erfasst mit 29 items auf 5 Subskalen auf der Basis des ICD-10 möglichst umfassend den Schweregrad psychischer Störungen. Erhoben werden dabei Depressives Syndrom, Angstsyndrom, Zwangssyndrom, Somatoformes Syndrom, Essstörungssyndrom sowie Zusatzitems, die verschiedene psychische Syndrome abdecken, und ein Gesamtscore.

Wir berichten Befunde zur Validität und Änderungssensitivität der Depressions-Subskala (ISR-D).

In zwei großen klinischen Stichproben von  $N=949$  und  $N=1846$  Patienten mit depressiven Störungsbildern wurde die konvergente Validität durch Korrelation mit dem Beck Depression Inventory (BDI), dem Beck Depression Inventory II (BDI-II) und der Subskala „Depressivität“ der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R) bestimmt. Die hohen Korrelationen der einzelnen Instrumente bestätigen die Validität der ISR-Depressionsskala. Die Änderungssensitivität des ISR scheint höher als die des BDI, des BDI-II und der SCL-90.

Das ISR empfiehlt sich aufgrund seiner Ökonomie und den guten psychometrischen Eigenschaften für die Anwendung in klinischen Stichproben, auch im Rahmen von Verlaufsmessungen.

### Änderungssensitivität des ICD-10-Symptom-Ratings

Probst T.<sup>1</sup>, Mühlberger A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Regensburg, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Regensburg, Deutschland

**Hintergrund:** Änderungssensitivität gilt als ein wichtiges Testgütekriterium, das zur Messung von Therapieverläufen von großer Bedeutung ist. In diesem Beitrag werden Ergebnisse zur Änderungssensitivität des «ICD-10-Symptom-Ratings» (ISR), eines sehr kurzen und daher routinemäßig einsetzbaren Fragebogens zur Messung von psychischen Symptombelastungen dargestellt. Zudem werden kritische Differenzwerte für die ISR Skalen zur Bestimmung reliabler Veränderungen auf Einzelfallebene präsentiert.

**Methode:** Zur Operationalisierung der Änderungssensitivität wurden Effektstärken ( $d$ ) herangezogen. Insgesamt wurden für vier Stichproben (Patienten je aus unterschiedlichen psychosomatischen Kliniken) Effektstärken bestimmt. Für drei dieser Stichproben wurden diese von Aufnahme zu Entlassung ermittelt. Mit einer weiteren Stichprobe wurden die Effektstärken von Woche zu Woche zwischen den ersten vier Behandlungswochen (Aufnahmewoche und folgende drei Behandlungswochen) berechnet. Zur Bestimmung der kritischen Differenzwerte zur Abbildung reliabler Veränderungen wurde pro ISR Skala der „Reliable Change Index“ (RCI) bestimmt.

**Ergebnisse:** Folgende *Prä-Post* Effektstärken ergaben sich für die ISR Skalen: Depression:  $d=0.83$  bis  $d=1.58$ , Angst:  $d=0.27$  bis  $d=0.73$ , Zwang:  $d=0.55$  bis  $d=0.65$ , Somatisierung:  $d=0.34$  bis  $d=0.51$ , Essstörung:  $d=0.24$  bis  $d=0.31$ , Gesamt:  $d=0.36$  bis  $d=1.04$ . Im wöchentlichen Verlauf zeigten sich folgende Effektstärken, wobei die erste Effektstärke die Veränderung von Aufnahmewoche (Woche 0) bis darauf folgender Woche (Woche 1) angibt, die zweite Effektstärke die Veränderung von Aufnahmewoche bis Woche 2 und die dritte Effektstärke die Veränderung von Aufnahmewoche bis Woche 3: Depression:  $d=0.40$ ,  $d=0.43$ ,  $d=0.55$ . Angst:  $d=0.31$ ,  $d=0.28$ ,  $d=0.31$ . Zwang  $d=0.10$ ,  $d=0.12$ ,  $d=0.11$ . Somatisierung  $d=0.09$ ,  $d=0.15$ ,  $d=0.24$ . Essstörung:  $d=0.08$ ,  $d=0.05$ ,  $d=0.00$ . Gesamt:  $d=0.27$ ,  $d=0.28$ ,  $d=0.36$ . Die ISR Gesamtskala zeigte in dieser Stichprobe vergleichbare Effektstärken wie die OQ-45 Skala Symptombelastung:  $d=0.25$ ,  $d=0.32$ ,  $d=0.42$

Die kritischen Differenzwerte (RCI) der ISR Skalen sind bei einem Konfidenzintervall von 95% die folgenden: Depression:  $\pm 1.12$ ; Angst:  $\pm 1.15$ , Zwang  $\pm 1.32$ , Somatisierung:  $\pm 1.18$ , Essstörung:  $\pm 1.17$ , Gesamt:  $\pm 0.88$ .

**Diskussion:** Die Effektstärken der ISR Skalen von Aufnahme zu Entlassung sind vergleichbar mit denen der SCL-90-R Skalen aus anderen Studien zur Psychosomatik. Das ISR eignet sich als Instrument zur Veränderungsmessung.

## Das ICD-10-Symptomrating-Plus: strukturierte Vergabe von F-Diagnosen nach ICD-10 auf der Basis von modularem Selbst- und Fremdeinschätzungsalgorithmen

Cojocaru L.<sup>1</sup>, von Heymann S.<sup>2</sup>, Loew T.H.<sup>3</sup>, Tritt K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Psychosomatik, Regensburg, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Das ICD-10-Symptomrating-Plus (ISR+) dient einer interaktive, gestufte, strukturierte, computergestützte Diagnostik aller psychischen Störungen der ICD-10. Es basiert auf einer Symptom- und Syndromdiagnostik psychischer Beeinträchtigungen mittels des 29 Items umfassenden Patientenratings des ICD-10-Symptomratings (ISR) und ergänzenden Fragen. Dabei werden dem Untersucher die entsprechende diagnostische Leitlinien bzw. Kriterien des ICD-10 für jedes der erfassten und für den Patienten als relevant erachteten Syndrome in algorithmischer Form zur Bewertung auch in grafischer Aufbereitung des individuellen ISR-Patientenratings (wenn ein entsprechendes Patientenrating des Kriteriums vorliegt) angeboten. Neben einer ersten unmittelbaren Information der Selbsteinschätzung bezüglich des zu bewertenden Symptoms, das als Ausgangspunkt für die weiteren Entscheidungen dienen kann in Form von adaptivem Testens, ergänzenden Fragen oder zur Fremdeinschätzung erhält man abschließend einen Vorschlag für die wahrscheinlich vorliegende(n) ICD-10-Diagnose(n). Diese werden durch eine Auflistung der jeweiligen Aus-

schlusskriterien des ICD-10 komplementiert. Abschließend müssen die vorgeschlagenen Diagnosen bestätigt (bzw. verworfen) und die Hauptdiagnose bestimmt werden. In diesem Beitrag wird die Konzeption des ISR+ vorgestellt.

## Molekulare Psychosomatik und Neurendokrinoimmunologie

### Tierexperimentelle Modelle von frühkindlichem Stress und seine epigenetischen Effekte: generationsübergreifende Veränderungen der Stress-Reaktivität?

Bock J.<sup>1</sup>, Rether K.<sup>1</sup>, Lesse A.<sup>2</sup>, Gröger N.<sup>2</sup>, Braun K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Otto-von-Guericke-Universität, Institut für Biologie, PG Epigenetik und Strukturelle Plastizität, Magdeburg, Deutschland, <sup>2</sup>Otto-von-Guericke-Universität, Institut für Biologie, Zoologie/Entwicklungsneurobiologie, Magdeburg, Deutschland

Frühkindliche Stresserfahrungen werden als Ursache für veränderte Stressreaktivität und damit zusammenhängende Verhaltensstörungen in späteren Lebensabschnitten diskutiert. Zudem mehren sich die Hinweise, dass diese erworbenen Veränderungen auf nachfolgende Generationen übertragen werden können. Als ursächliche Mechanismen für diesen Prozess der transgenerationalen Übertragung werden epigenetische Veränderungen untersucht, die das Genexpressionspotenzial bestimmter Gene in Interaktion mit Umweltfaktoren beeinflussen. Allerdings zeigen neuere Forschungen, dass frühe Stresserfahrungen unter bestimmten Umständen auch förderlich für die Gehirnentwicklung sein können und somit zur Verbesserung der Stressbewältigung in späteren Lebensabschnitten führen. Tierexperimentelle Modelle früher Stresserfahrungen, die die Entwicklung auf Humanebene widerspiegeln, sind geeignet, um die neuronalen und epigenetischen Korrelate genauer zu untersuchen.

Ein allgemeiner Überblick über epigenetische Mechanismen (DNA-Methylierung, Histonmodifikationen) im Hinblick auf die Vermittlung umweltinduzierter Einflüsse dient zur Erörterung der Frage, welche konkreten epigenetischen Veränderungen durch frühe Stresserfahrungen induziert werden und wie diese längerfristig mit stressassoziierten Verhaltensänderungen korrelieren.

Aus einer Reihe tierexperimenteller Studien geht hervor, dass, ähnlich wie in Humanstudien nachgewiesen, frühkindliche Stresserfahrungen zu dauerhaften Veränderungen der Stressantwort und des Emotionsverhaltens in späteren Lebensabschnitten führen. Damit einhergehend wurden spezifische epigenetische Veränderungen, insbesondere genspezifische DNA-Methylierung sowie Histonmodifikationen, in limbischen und präfrontalen Gehirngebietern identifiziert. Dabei ist zu betonen, dass diese stressinduzierten Effekte für regions- und zeitspezifische Muster zeigen, die zudem teilweise stabil über mehrere Generationen weitergegeben werden.

Die bisher erworbenen Erkenntnisse untermauern die Hypothese einer spezifischen epigenetischen Programmierung durch frühkindliche Stresserfahrungen. Zudem liefern sie Hinweise dafür, dass früher Stress nicht notwendigerweise zu einer gestörten Gehirnentwicklung verbunden mit Verhaltensstörungen führen muss, sondern auch als Resilienzfaktor wirken kann, der zu einer verbesserten Stressbewältigung führt.

## Neurotrophine als Marker chronischer Stressbelastung

Hellweg R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland

Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gehört der Familie der Nervenwachstumsfaktoren (Neurotrophine) an und beeinflusst die neuronale Plastizität im sich entwickelnden aber auch im adulten Gehirn. Nach heutigen Konzepten stellt BDNF ein Schlüsselmolekül in der Pathogenese und Therapie Stress-assoziiierter Störungen dar. Dabei ist das anfänglich simple Konzept "viel BDNF ist gut, zu wenig BDNF ist schädlich" einer weitaus komplexeren Wirklichkeit und Betrachtungsweise gewichen, die berücksichtigt, wo im Gehirn, wann und in welchem genetischen und umweltabhängigen Kontext BDNF (dys)reguliert wird. Unser Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen Wissensstand der Rolle von BDNF in der präklinischen Forschung am Tiermodell, um von dort aus die Brücke zu ersten humanen Befunden zu schlagen. Besondere Berücksichtigung finden hierbei affektive Störungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und der Einfluss von „early life stress“ auf die Entwicklung späterer psychiatrischer Erkrankungen. Demzufolge könnten humane BDNF-Serumspiegel als Marker chronischer Stressbelastung bedeutsam werden, *vice versa* aber auch als Marker einer Stress-Resilienz.

## Immer wieder Stress oder double hit: was macht chronische Stresseffekte aus?

Peters E.M.J.<sup>1,2</sup>, Rommel F.R.<sup>1</sup>, Raghavan B.<sup>1</sup>, Gieler U.<sup>3</sup>, Rose M.<sup>4</sup>, Kruse J.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Giessen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin Charité, CharitéCentrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoneuroimmunologie Labor, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Hautklinik, Giessen, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsmedizin Charité, CharitéCentrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>5</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen, Deutschland

Jüngste Erkenntnisse zeigen, Stress ist nicht gleich Stress. Insbesondere Reize, die an unseren Grenzflächen zur Umwelt wie z.B. der Haut aufgenommen werden, scheinen mit einer zentralen Stressaktivierung durch wahrgenommene Reize zu interagieren. So bewirken akuter Lärmstress und Allergenprovokation in einem Tiermodell gleichermaßen eine Neurotrophin- und Neuropeptid-abhängige Steigerung angeborener Entzündungsprozesse. Kommen beide Reize zusammen exazerbiert die Entzündung analog zur Neurodermitis und es kommt zur gesteigerten Produktion pro-allergischer Zytokine. Diese Reaktion wird vermutlich weiter verschärft durch einen Mangel an Neuropeptid-abbauenden Mastzellproteasen und an anti-entzündlichem Acetylcholin. Gleichzeitig stellt sich eine Veränderung des Verhaltens der Tiere mit konfliktvermeidendem Verhalten ein. Diese Reaktion ist jedoch transient. Chronische Stress-Exposition stabilisiert hingegen eine gesteigerte neuro-immune Kommunikation und führt zu gesteigerter Expression pro-inflammatorischer Zytokine. Zusammengefasst kommt offenbar dem Zusammenkommen psychogener und somatogener Stressreize ein besonders hohes Potential für die Verschlechterung chronischer Erkrankungen zu.

## Einfluss maternaler Deprivation auf das Verhalten und auf immunologische Reaktionen in adulten Ratten in Abhängigkeit von endogener Dipeptidylpeptidase IV (DPP4)-Aktivität

Stephan M.<sup>1</sup>, Hupa K.L.<sup>2</sup>, Schmiedl A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Hochschule, Hannover, Deutschland

**Fragestellung:** Frühkindliche Erfahrungen wie eine maternale Deprivation im Sinne einer prolongierten Separation vom Muttertier führen noch bei erwachsenen Ratten Veränderungen im Verhalten und in immunologischen Reaktionen. Da die endogene Expression von Dipeptidylpeptidase IV (DPP4) einen deutlichen Einfluss auf die Stressreagibilität nimmt, sollte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass auch die Effekte maternaler Deprivation einer DPP4-abhängigen Mediation unterliegen.

**Methodik:** In einem 2\*2-Design wurden Würfe von Wildtyp F344/Crl(USA) und DPP4-defizienten (F344/Crl(Wiga)SvH-Dpp4<sup>tm</sup>) Fischer Ratten entweder ungestört belassen oder die Jungtiere für die ersten 28 Lebenstage bis zum Absetzen des Wurfes täglich für 2h vom Muttertier getrennt. Nach dem ersten Lebensmonat wurden alle Gruppen gleich gehalten. Im Alter von vier Monaten wurden dann a) etablierte Verhaltenstests (Open field-, holeboard- und social-interaction-Test) durchgeführt und verblindet ausgewertet. Im Alter von fünf Monaten wurde dann nach einer Immunisierung gegen Ovalbumin eine Exposition per Inhalation durchgeführt, um eine allergische Atemwegsentzündung zu induzieren. 22h später erfolgte die Tötung durch Exsanguinierung. Die Lungen wurden entnommen und für die Durchflußzytometrie und Histologie aufgearbeitet.

## Ergebnisse:

a) DPP4-Defizienz führte wie erwartet zu einem eher geringen Angstverhalten in den erwachsenen Tieren. Umgekehrt zeigten maternal deprivierte Ratten vom Wildtyp ein gesteigertes Angstverhalten, wobei sich keine Effekte der Deprivation zum Beispiel auf die soziale Interaktion in DPP4-defizienten Tieren finden ließen.

b) Ohne immunologischen Stimulus ließen sich bis auf eine reduzierte Anzahl T regulatorischer T-Zellen nach maternaler Deprivation in Wildtyp-Tieren keine weiteren Unterschiede zwischen den vier untersuchten Gruppen in der Leukozytenkomposition des peripheren Blutes finden. Auf den OVA-Stimulus hin zeigten sich jedoch die erwarteten Unterschiede mit einer stärkeren Reaktion in maternal deprivierten Ratten verglichen mit der Kontrollgruppe; diese Effekte zeigten sich in den DPP4-defizienten-Tieren in abgeschwächter Form.

**Schlussfolgerung:** Maternale Deprivation führt zu einem stärkeren ängstlichen Verhalten und zu einer verstärkten allergischen Entzündungsreaktion der Atemwege in adulten Ratten, wobei die Effekte partiell DPP4-vermittelt imponieren.

## Konzepte in der psychosomatischen Rehabilitation

### Veränderungen von Arbeitsmotivation, Ich-Funktionalität, Resilienz und Symptombelastung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Stock Gissendanner S.<sup>1</sup>, Menck M.C.<sup>2</sup>, Bönisch R.<sup>1</sup>, Schmid-Ott G.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Berolina Klinik, Psychosomatik, Löhne, Deutschland, <sup>2</sup>TU Braunschweig, Institut für Psychologie, Braunschweig, Deutschland

Das Hauptziel der stationären medizinischen Rehabilitation ist es, eine erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit zu bessern oder wiederherzustellen und somit die Berufsrückkehr zu fördern. Während mögliche biografische Einflussfaktoren, wie sozioökonomischer Status, Geschlecht, bisheriger Erwerbsstatus sowie partiell chronische Schmerzen, konstant bleiben, sind Faktoren wie Motivation, Zufriedenheitsempfinden oder Ich-Funktionalität durch professionelle Behandlung veränderbar. In der Literatur wird diskutiert, ob die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) eine weitere veränderbare Variable ist.

Die medizinische Rehabilitation von psychosomatischen Erkrankungen ist weitgehend standardisiert, zum Beispiel in Leitlinien für die Behandlung depressiver Erkrankung der Deutschen Rentenversicherung Bund oder in Anforderungen der DRV Bund für die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation. Noch nicht ausreichend untersucht worden ist allerdings die Wirkung dieser multimodalen Programme auf Faktoren, welche die Berufsrückkehr beeinflussen können.

Um die Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation auf

berufsrelevante Faktoren zu analysieren, wurden 400 Rehabilitanden (286 Frauen) mit psychosomatischen Diagnosen zwischen September 2013 bis einschließlich August 2014 befragt. Zwischen Rehabilitationsanfang und -ende wurden Veränderungen in der Ich-Funktionalität (Hannover Self-Regulation Inventory; Jäger et al., 2012), Resilienz (Resilienzskala; Schumacher et al., 2005), Arbeitsmotivation (SPE von Mittag & Raspe, 2003; und eigene Items) und Symptombelastung (SCL 27; Hardt & Gerbershagen, 2001) gemessen. Die Analyse einer Teilstichprobe von N=130 (die Analyse der Gesamtstichprobe liegt bis Jahresende vor) zeigte signifikante Verbesserungen der Ich-Funktionalität und Resilienz, jedoch keine signifikante Änderung der beruflichen Motivation. Eine Erklärung für das Ausbleiben einer Verbesserung der beruflichen Motivation könnte darin liegen, dass die überwiegende Mehrheit der therapeutischen Interventionen darauf abzielt, dass Patienten ihren Selbstwert unabhängig von der beruflichen Situation aufrechterhalten können.

### Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsunfähigkeit vor, unmittelbar nach und sechs Monate nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Linden M.<sup>1</sup>, Muschalla B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Medizin, Teltow/Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Potsdam, Inst. für Arbeits- und Organisationspsychologie, Potsdam, Deutschland

**Hintergrund:** Arbeitsplatzbezogene Ängste sind in der psychosomatischen Rehabilitation ein häufiges Problem und gehen regelmäßig mit Aktivitäts- und Teilhabstörungen am Arbeitsplatz sowie mit Langzeitarbeitsunfähigkeit bis hin zur Frühberentung einher.

**Methode:** 91 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik füllten die Job-Angst-Skala (JAS) und die SCL-90-R jeweils zu Beginn, am Ende und sechs Monate nach Entlassung aus. Zusätzlich wurde der Arbeitsfähigkeitsstatus vor Aufnahme und sechs Monate nach der Rehabilitation erfasst.

**Ergebnisse:** Etwa ein Sechstel der 91 Patienten waren unmittelbar vor Aufnahme in die Rehabilitation sowie zum Follow-up-Zeitpunkt arbeitsunfähig (AU-AU). Knapp 60% waren bei Aufnahme und bei Follow-up arbeitsfähig (AF-AF), Weniger als 10% waren bei Aufnahme arbeitsfähig und bei Follow-up arbeitsunfähig (AF-AU), und ein Fünftel waren bei Aufnahme arbeitsunfähig und arbeitsfähig beim Follow-up (AU-AF). AU-AU- und AF-AU-Patienten hatten die höchsten Werte bei Aufnahme und Follow-up. AU-AF- und AF-AF-Patienten hatten niedrigere Werte und geringere Schwankungen zwischen den Messzeitpunkten. AU-AF-Patienten, d.h. die „erfolgreichen Fälle“, die aus einer AU wieder arbeitsfähig wurden, begannen mit vergleichsweise hohen Job-Angst-Werten bei Aufnahme. Diese stiegen zum Ende der Reha, d.h. vor Wiederbeginn der Arbeit an und sanken bis zum Follow-up wieder ab. AF-AU-Patienten hatten wie die AF-AF-Patienten bei Aufnahme



niedrigere Job-Angst-Werte, die unter Entlastung bis zum Reha-ende weiter abnahmen, aber im Follow-up wieder anstiegen.

**Schlussfolgerungen:** Die allgemeine Symptombelastung und die Job-Angst zeigen einen unterschiedlichen Verlauf. Anhand der zum Entlassungszeitpunkt angestiegenen Job-Angst-Werte bei den erfolgreichen Fällen (AU-AF) sieht man, wie vorsichtig mit der Interpretation subjektiver Beschwerden umgegangen werden muss. Ein zentrales Ergebnis ist daher die Tatsache, dass Job-Angst mit Arbeitsplatzvermeidung (und damit Arbeitsunfähigkeit) einhergeht, dass jedoch bei Exposition mit Arbeit im weiteren Verlauf Job-Angst durchaus rückläufig und Arbeitsfähigkeit dauerhaft wiederhergestellt sein kann. Dies bedeutet, dass Job-Angst per se eine Arbeitsunfähigkeit nicht rechtfertigt.

**Literatur:** Muschalla B, Linden M: Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Diagnostik, Behandlung, Sozialmedizin. Kohlhammer, Stuttgart, 2013

## Berufsgruppenspezifische oder störungsspezifische Rehabilitation bei Beschäftigten in Pflegeberufen?

Neu R.<sup>1,2</sup>, Brendel C.<sup>1</sup>, Köllner V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mediclin Blietal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Trier, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier, Deutschland

**Fragestellung:** Pflegeberufe sind mit einer erhöhten Morbidität für psychische Störungen belastet, wobei die häufigste Diagnose depressive Störungen sind. Neuere Ansätze in Rehabilitationskliniken bieten sowohl berufsgruppenspezifische als auch störungsspezifische Konzepte an. Es soll untersucht werden, ob und inwiefern sich die beiden Rehabilitationskonzepte unterscheiden.

**Methodik:** 316 Patienten (79m/237w; Alter MW 50,33 Jahre) einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik mit vorwiegend depressiven Störungen (90,2%), von denen 156 ein berufsgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept für Pflegeberufe und 160 ein störungsspezifisches Konzept durchliefen, wurden auf Unterschiede in soziodemographischen und sozialmedizinischen Variablen untersucht. Die psychische Symptombelastung sowie arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster wurden bei Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) mit folgenden Messinstrumenten erfasst: Health-49, BDI-II und AVEM.

**Ergebnisse:** Die berufsspezifische Gruppe hatte einen höheren Frauenanteil (86,5% vs. 63,8%), kam häufiger ohne vorangegangene AU-Zeiten in die Reha, wurde aber häufiger arbeitsunfähig aus der Klinik entlassen und ging seltener in den bisherigen Beruf zurück. Hinsichtlich der psychischen Symptombelastung zeigten sich bei Aufnahme keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Im berufsgruppenspezifischen Konzept wurden zu Beginn signifikant höhere Werte in den AVEM-Skalen Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben sowie Resignationstendenz und signifikant niedrigere Werte für Distanzierungsfähigkeit festgestellt (Effektstärken d zwischen 0.31 und 0.64). Bezüglich

des Rehabilitationserfolges konnten diese Patienten ihre Werte hinsichtlich Verausgabungsbereitschaft signifikant stärker reduzieren ( $p < 0.05$ ,  $d=0.32$ ), aber signifikant weniger an Problembewältigungskompetenzen gewinnen ( $p < 0.05$ ,  $d=0.27$ ).

**Diskussion:** Unsere Daten spiegeln die spezifische Belastungssituation in Pflegeberufen wider. Berufsgruppenspezifische Konzepte sind hinsichtlich der Symptomreduktion ebenso wirksam wie störungsspezifische Konzepte. Vorteile berufsgruppenspezifischer Konzepte sind, durch die Fokussierung auf den gemeinsamen beruflichen Hintergrund, berufliche Problemlagen gezielt zu thematisieren, eigene Anteile zu reflektieren und Lösungswege mithilfe der Kompetenz der Mitpatienten zu erarbeiten. Berufsgruppenspezifische dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster scheinen hierdurch besser verändert werden zu können.

## Wie valide ist die Diagnostik in der psychosomatischen Rehabilitation?

Kaminski A.<sup>1</sup>, Bassler M.<sup>1,2</sup>, Pfeiffer W.<sup>1</sup>, Kobelt A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Rehazentrum Oberharz, Schwerpunktambulanz für Psychosomatische Medizin, Clausthal-Zellerfeld, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung, Nordhausen, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Bremen, Zentrum für klinische Psychologie und Rehabilitation, Bremen, Deutschland

Kliniker erfragen in unstrukturierten klinischen Interviews meist nur die Hälfte aller Schlüsselkriterien einer psychischen Störung, obwohl gut validierte semi- strukturierte Fragebögen vorhanden sind (Miller et al. 2001).

In der vorliegenden Studie wurde an einer definierten Patientenstichprobe untersucht, in welchem Umfang die Achse-I-Diagnosen, wie sie in einem strukturierten diagnostischen Interview (SKID I) erhoben wurden, mit denjenigen Diagnosen übereinstimmen, wie sie bei den gleichen Patienten mittels eines unstrukturierten klinischen Interviews gewonnen wurden. Ergänzend sollte auch geprüft werden, ob eine patientenseitig bewusst oder unbewusst intendierte Symptomaggravation die Diagnosestellung systematisch zu beeinflussen vermag.

Zur Untersuchung dieser Hypothesen wurde über einen Zeitraum von 9 Wochen eine randomisierte Stichprobe aus Patienten ( $n=131$ , 48% Männer) zweier Rehazentren erhoben und entsprechend eines Cut-off Wertes im Beschwerdvalidierungsfragebogen (SFSS, Smith & Burger, 1997) in zwei Gruppen eingeteilt, von denen die eine Gruppe auffällige Aggravationstendenzen zeigte, während dies bei der anderen Gruppe nicht der Fall war.

Zu Beginn des Rehaaufenthaltes wurden bei den Patienten beider Gruppen ein strukturiertes diagnostisches Interview (SKID) durchgeführt. Die SKID-Diagnosen wurden später mit den klinisch gestellten Entlassungsdiagnosen verglichen. Das Design der Studie war dabei so angelegt, dass weder der SKID-Untersucher noch der klinische Therapeut das diagnostische Ergebnis voneinander kannten.

Die diagnostischen Vergleichsergebnisse ergaben eine Übereinstimmung von 55% für die Gruppe der affektiven und 27% für die Gruppe der Angst- und Zwangsstörungen. Zusätzlich zeigten sich bei 14% der Patienten im SKID-Interview keine klinisch auffälligen Befunde, obwohl sie bei den unstrukturierten klinischen Interviews Achse-I-Diagnosen erhielten. Vermehrte psychische Auffälligkeiten ergaben sich in der SKID-Diagnostik, wenn zugleich (un-)bewusste Aggravationstendenzen bei den Patienten bestanden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen einen deutlichen Unterschied zwischen der Diagnosestellung mittels eines strukturierten diagnostischen Interviews versus der Diagnosestellung in einem unstrukturierten klinischen Interview. Darüber hinaus zeigte sich, dass auch bei SKID-Diagnostik das Risiko besteht, bei (un-)bewussten Aggravationstendenzen verfälschte Ergebnisse zu erhalten.

## **Wirksamkeit der psychotherapeutischen Online-Nachsorge „GSA-Online“ für beruflich belastete Patienten aus der kardiologischen, orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation**

Becker J.<sup>1</sup>, Gerzymisch K.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>, Holme M.<sup>2</sup>, Kiwus U.<sup>3</sup>, Knickenberg R.J.<sup>4</sup>, Spörl-Dönch S.<sup>5</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Psychosomatik, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser, Bad Pyrmont, Deutschland, <sup>3</sup>Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Wetterau, Bad Nauheim, Deutschland, <sup>4</sup>Psychosomatische Klinik der Rhön-Klinikum AG Bad Neustadt/Saale, Bad Neustadt/Saale, Deutschland, <sup>5</sup>Klinik Haus Franken GmbH, Bad Neustadt/Saale, Deutschland

**Hintergrund:** Dass sich belastende Arbeitsmerkmale negativ auf die somatische und psychische Gesundheit von Arbeitnehmern auswirken gilt als belegt. Die Wirksamkeit von Interventionen mit beruflichem Fokus wurde in der stationären Rehabilitation hinreichend nachgewiesen. Gleichwohl sind die entsprechenden Effekte nicht nachhaltig, sofern die Patienten nicht weiterführend begleitet werden. Internetbasierte Interventionen bieten sich hier als zeitnahe, ökonomische und niedrigschwellige Nachsorgemöglichkeit an.

**Methodik:** Im Rahmen einer multizentrischen kontrollierten randomisierten Studie (Förderung DRV-Bund, 2010-2014) wurden indikationsübergreifend (Kardiologie, Orthopädie, Psychosomatik) konsekutiv Patienten randomisiert entweder der Interventions- (IG) oder der Kontrollgruppe (KG) zugewiesen. Die IG erhielt nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation die psychotherapeutische Online-Nachsorge „GSA-Online“, die KG dagegen über dieselbe Internetplattform regelmäßig Hinweise auf im Internet frei zugängliche Informationen zu Gesundheitsthemen. Drei sowie 12 Monate nach der stationären Rehabilitation wurden beide Gruppen katamnestisch mit standardisierten Verfahren (u.a. SIBAR, AVEM, SF-12, PHQ) untersucht.

**Ergebnisse:** Die Mehrheit (75%) der  $N = 632$  Studienteilnehmer hat das Nachsorgeangebot genutzt. In der Hauptzielgröße, dem sozialmedizinischen Risikoindex des SIBAR, besteht zur Katamnese kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG ( $F(1,606) = 2,44, p = .12$ ). Bei der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit zeigt sich zum gleichen Zeitpunkt ein Unterschied ( $F(1,606) = 4,80, p = .03, \omega^2 = .004$ ). Beim Erleben und Verhalten im Umgang mit beruflichen Belastungen sowie bei Kennwerten psychischer Beeinträchtigung (Depression, Ängstlichkeit, Stress) weist die IG sowohl zum Ende der Intervention als auch in der Katamnese signifikant niedrigere Belastungen auf.

**Schlussfolgerung:** Die psychotherapeutische Online-Nachsorge „GSA-Online“ stellt indikationsübergreifend eine sinnvolle Ergänzung zur stationären Rehabilitation dar. Sie stabilisiert und verbessert die Behandlungsergebnisse. Darüber hinaus trägt sie nicht nur zur nachhaltigen Besserung der im Fokus stehenden beruflichen Reintegration bei, sondern auch zur andauernden Besserung der psychosomatischen Beschwerden.

## **Transplantation: Psychosomatische Diagnostik und Therapie**

### **Persönlichkeitsprofile problematischer Spender in der psychosozialen Evaluation vor Lebendnierentransplantation**

Conrad R.<sup>1</sup>, Kleiman A.<sup>1</sup>, Wegener I.<sup>1</sup>, Rambau S.<sup>1</sup>, Koch A.-S.<sup>1</sup>, Geiser F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Bonn, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Mangels an Organpenden nach dem Tode und eines steigenden Bedarfs an Transplantationen nimmt die Bedeutung der Lebendspende in Deutschland zu. Vor der Lebendspende ist eine psychosoziale Evaluation erforderlich, die sicherstellen soll, dass die Entscheidung zur Spende freiwillig und ohne unangemessenen Druck getroffen wird. Im Hinblick auf das Persönlichkeitsprofil von potentiellen Spendern und sich daraus ergebenden Problemen gibt es bislang kaum Voruntersuchungen. In unserer Studie wurde zunächst ein Vergleich des Persönlichkeitsprofils von Lebendnierenspendern mit gesunden Kontrollpersonen vorgenommen. In einem zweiten Schritt verglichen wir das Persönlichkeitsprofil als problematisch eingeschätzter Spender mit dem unproblematischer Spender.

49 konsekutive potentielle Lebendnierenspenden unterzogen sich in der Psychosomatischen Universitätsklinik Bonn einer sorgfältigen psychosozialen Evaluation mittels Interview. Unabhängig von dem Interview erfolgte eine psychodiagnostische Einschätzung der potentiellen Spender und von 49 nach Alter und Geschlecht gematchten Kontrollen mittels Fragebögen zur psychischen Belastung (Symptom Checkliste 90-R) und zum Persönlichkeitsprofil

(Temperament und Charakter Inventar).

Es zeigten sich in den Fragebögen keine signifikanten Unterschiede zwischen Spendern und Kontrollen hinsichtlich psychischer Belastung und Persönlichkeitsprofil. Bei 13 (26,5%) Spendern wurde die Spende als problematisch eingestuft. Problematische und unproblematische Spender unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Art der Beziehung und psychischer Belastung. Die problematischen Spender zeigten jedoch eine signifikant höhere Belohnungsabhängigkeit im Vergleich zu den unproblematischen Spendern und den Kontrollen ( $p < 0.05$ ). Idealerweise sollte der Spender seine Entscheidung umfassend informiert unter kritischer und unbeeinflusster Abwägung von Nutzen und Risiken der geplanten Organspende treffen. Schuldgefühle gegenüber dem Empfänger oder die Erwartung zukünftiger Belohnung können einen starken inneren Druck verursachen und diesen Abwägungsprozess erschweren oder sogar unmöglich machen. Vor diesem Hintergrund werden mögliche Vorgehensweisen in problematischen Fällen diskutiert.

#### **Anterior vertical mini-incision versus retroperitoneoscopic nephrectomy in living kidney donation: A prospective study on donors' clinical outcome and quality of life**

Kröncke S.<sup>1</sup>, Schulz K.-H.<sup>1</sup>, Nashan B.<sup>2</sup>, Koch M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie & Universitäres Transplantations-Centrum, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie & Universitäres Transplantations-Centrum, Hamburg, Deutschland

**Objectives:** A fundamental goal in living kidney donation (LKD) is to maximize donor safety while minimizing postoperative impairments. In 2011, we changed our surgical technique from open anterior vertical mini-incision donor nephrectomy (MIDN) to retroperitoneoscopic donor nephrectomy (RPDN). We evaluated clinical outcome and health-related quality of life (QOL) comparing both techniques.

**Methods:** 38 MIDN and 45 RPDN donors were analyzed. In a subsample (N=18 MIDN; N=32 RPDN), QOL was prospectively assessed with the WHOQOL-Bref questionnaire before and 3 months after LKD.

**Results:** Socio-demographic and relevant clinical characteristics were not different between groups. Skin-to-skin time (169 vs. 116 min,  $p < 0.001$ ) and hospital stay (6.6 vs. 4.9 days,  $p < 0.001$ ) were significantly shorter in RPDN. 10/38 (26%) MIDN patients and 6/45 (13%) RPDN patients developed postoperative complications ( $p=0.14$ ). Most complications were mild. Severe complications occurred in 2 MIDN patients. During follow-up, N=14 (7 MIDN, 7 RPDN) reported persistent pain/paraesthesia, 1 RPDN donor attributed urinary incontinence to LKD, and 4 donors (1 MIDN, 3 RPDN) had psychological symptoms (depression/anxiety). Preoperative QOL was significantly better than in the age-adjusted

German normal population. While in MIDN 2 of 4 QOL domains (*physical health*:  $p=0.03$ ; *psychological*:  $p=0.03$ ) and the *overall QOL* facet ( $p=0.003$ ) were significantly reduced 3 months post LKD compared to baseline, there were no significant QOL decreases in RPDN. Significant postoperative QOL differences between groups were not found. Postoperative physical QOL was better than in the norm in RPDN donors and comparable to the norm in MIDN donors. Postoperative psychological QOL was comparable to the norm in both groups. RPDN donors retrospectively reported significantly less postoperative pain and physical strain caused by LKD than MIDN donors. No significant difference was found regarding psychological strain.

**Conclusions:** The change of procedure was safe for our patients. Operative time and hospital stay were shortened. Less postoperative pain and physical strain were reported in RPDN. Postoperative QOL was not significantly different between groups, but the postoperative QOL decrease appeared to be less pronounced in RPDN. Thus, it is possible to further reduce the surgical burden of LKD by introducing RPDN.

#### **Individuelle und familiäre Resilienz sowie Lebensqualität vor der Transplantation. Eine monozentrische Analyse von 161 potenziellen Lebendnierenspendern**

Erim Y.<sup>1</sup>, Kahraman Y.<sup>1</sup>, Schulz K.-H.<sup>2</sup>, Kröncke S.<sup>2</sup>, Vitinius F.<sup>3</sup>, Beckmann M.<sup>4</sup>, Witzke O.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Köln, Klinik und Poliklinik für Psychomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Essen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Essen, Klinik für Nephrologie, Essen, Deutschland

**Theoretischer Hintergrund:** Die psychosomatische Evaluation hat die Aufgabe, geeignete Spender mit hohen psychosozialen Ressourcen und psychischer Stabilität zu identifizieren und die Auswahl zu optimieren.

**Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht die individuelle und familiäre Resilienz sowie die Lebensqualität (LQ) der potenziellen Lebendnierenspenden vor der Transplantation. Zudem wird der prädiktive Einfluss der individuellen und familiären Resilienz auf die LQ untersucht.

**Methode:** Die Spenderkandidaten (N=154) nahmen in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Essen an dem obligatorischen psychosomatischen Interview teil und wurden als geeignet (n=142) oder ungeeignet (n=12) klassifiziert. Zusätzlich wurden folgende Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt: Fragebogen zur Lebensqualität (WHO QOL-BREF), individuelle Resilienz (Resilienz-Skala, RS), familiäre Resilienz (Family Hardiness Index, FHI).

**Ergebnisse:** Die Spenderkandidaten erzielten im Vergleich zu der Normbevölkerung signifikant höhere Werte in RS ( $M=78.04, SD=10.18, p<.001$ ) und im Vergleich zu den abgelehnten ( $M=72.7, SD=8.18$ ) erzielten die geeigneten Spender einen signifikant höheren Wert ( $M=78.42, SD=10.19, p<.001$ ). Alle Spenderkandidaten erreichten im FHI signifikant höhere Werte als die Referenzgruppe ( $M=43.59, SD=6.61, p<.001$ ). In allen Subskalen der LQ wiesen die geeigneten Spender statistisch bedeutsam höhere Werte auf als die deutsche Norm (Physische LQ:  $M=86.65, SD=10.29, p<.001$ ; Psychische LQ:  $M=80.88, SD=11.70, p<.001$ ; Soziale LQ:  $M=79.67, SD=14.67, p<.001$ ; Lebensbedingungen:  $M=83.37, SD=11.62, p<.001$ ). Die Werte der abgelehnten Spender waren mit den Normwerten vergleichbar. In Relation zu den abgelehnten Spendern erzielten die geeigneten Spender signifikant höhere Werte in den Subskalen Physische ( $p<.005$ ) und Psychische LQ ( $p<.005$ ). Die individuelle und familiäre Resilienz erwiesen sich als substantiell bedeutsame Prädiktoren für alle Subskalen der LQ.

**Fazit:** Trotz des belastenden Lebensereignisses der Organspende wiesen alle Spenderkandidaten eine hohe individuelle und familiäre Resilienz sowie eine hohe Lebensqualität auf, wobei die geeigneten in Relation zu den nicht geeigneten Spenderkandidaten signifikant höhere Werte erzielten. Die Resilienz-Fragebögen können in die psychosomatische Evaluation zusätzlich implementiert werden, um die psychische Stabilität der Spender anhand von standardisierten Instrumenten zu objektivieren.

## Standardization of assessment in transplantation medicine in USA and Europe

Vitinius F.<sup>1</sup>, Papachristou C.<sup>2</sup>, Jowsey-Gregoire S.<sup>3</sup>, Schneekloth T.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University Hospital of Cologne, Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Cologne (Köln), Deutschland, <sup>2</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Mayo Clinic, College of Medicine, Rochester, Vereinigte Staaten

The Mayo Clinic (USA) includes three transplant centers in diverse geographic locations (Minnesota, Florida, Arizona). Each center developed site-specific methods for assessment and staffing models for each organ group. Enterprise-wide convergence of these practices has presented a challenge in standardizing assessment, treatment protocols and listing criteria. We will present a consensus protocol for patient screening questionnaires capturing symptoms across multiple social, psychiatric, substance use and cognitive domains. The presentation will include the institution's experience with the Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT) scale in predicting patient outcomes. The Chauvet Workshop was developed as a means of bringing stakeholders together to foster a collaborative and global approach to psychosocial issues in composite transplantation. The first Chauvet Workshop convened in March 2014 in Paris. Included in the meeting were roundtable discussions on pretransplant

screening, domains of the evaluation, quality of life, post-transplant follow-up, psychiatric complications, ethics, the media, and delineation of team members' roles. The workshop attendees agreed that the workshop format would be ongoing with an iterative process to develop universally agreed upon screening instruments and an approach to collaborative research.

In Europe, the psychosocial assessment of future transplant recipients and organ donors is heterogeneous. Psychosocial follow-up practices after transplantation also vary in European countries. Several European Union funded projects aim to increase our knowledge of psychosocial assessment practices of living donors and recipients in Europe, bundle expertise and set future directions. We will present the results from the June 2014 EAPM course "Standardization of assessment in transplantation medicine" and the November 2014 APM symposium „Standardizing Psychosocial Assessment of Transplant Candidates“. The aim of our contribution is to enhance exchange between European and American colleagues to improve evidence-based strategies of assessment in transplantation.

## Äthylglukuronid-Messungen im Haar (EtG) - Ein zusätzlicher Informationsgewinn im Rahmen der psychosomatischen Evaluation von Lebertransplantationskandidaten mit einer alkoholischen Lebererkrankung?

Beckmann M.B.<sup>1</sup>, Böttcher M.<sup>2</sup>, Friederich H.C.<sup>1</sup>, Erim Y.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>2</sup>MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

**Einleitung:** Im Rahmen der psychosomatischen Evaluation bei Lebertransplantationspatienten mit äthyltoxischer Leberzirrhose wird in den meisten Transplantationszentren eine sechsmonatige Abstinenzzeit als Leistungsvoraussetzung vorgehalten (Dew et al. 2008). Da die Patienten über die sogenannte sechs-Monats-Regel informiert werden, bagatellisieren oder verleugnen sie in Selbstaussagen ihren Alkoholkonsum (Weinrieb 2000). Studien zufolge konnten Diskrepanz-Raten zwischen selbstberichteten (52%; 0%) und tatsächlich stattgehabten Alkoholkonsum (83%; 49%) durch unterschiedliche biochemische Marker nachgewiesen werden (Sterneck 2014; Erim et al. 2007). Mittels EtG-Messungen im Haar liegt ein valider Langzeitmarker zur Bestimmung des Alkoholkonsums vor. In Ermangelung standardisierter Methoden zur Erfassung des Alkoholkonsums von Transplantationspatienten zielte die vorliegende Studie darauf ab, den zusätzlichen Informationsgewinn von EtG-Analysen im Haar im Transplantationssetting zu untersuchen.

**Methode:** Von Januar 2011 bis Dezember 2012 wurden 233 Patienten mit äthyltoxischer Leberzirrhose der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des UK Essen zur psychosomatischen Evaluation vor Listing vorgestellt. Bei insgesamt 70

Patienten mit alkoholischer Lebererkrankung wurden EtG-Haaranalysen aufgrund von Unstimmigkeiten zwischen klinischer Einschätzung und Selbstaussagen durchgeführt. EtG ist ein direkter Äthanolmetabolit, der im Haar Alkoholkonsum von bis zu drei Monaten nachweisen kann.

**Ergebnisse:** Insgesamt 41% der Proben konnten positiv mit EtG-Werten zwischen 8.9 pg/mg und 685 pg/mg getestet werden. Gemäß internationalen Schwellenwerten zeigten 43 Patienten (61.4%) EtG-Werte  $< 7$  pg/mg (Abstinenzler bzw. seltener Konsum), 3 Patienten (4.3%) wiesen EtG-Scores zwischen 7 und 30 pg/mg (gelegentlicher Alkoholkonsum) und bei insgesamt 24 Patienten (34.3%) konnte ein chronischer Alkoholkonsum von  $> 30$  pg/mg nachgewiesen werden. Eine sechsmonatige Abstinenzdauer wurde von 45 Patienten (57.1 %) berichtet, wobei bei 16 Patienten positive EtG-Werte (40 %) ermittelt wurden. Diese "Bagatellisierer" waren häufiger Frauen ( $p=.003$ ).

**Diskussion:** Mittels EtG-Haaranalysen lässt sich der Alkoholkonsum erstmalig auch in Ausprägungsgrade einteilen. In diesem Zusammenhang wird es möglich sein, den Patienten differenzierte Therapieangebote (Erim et al. 2006) zu machen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer müssen an die neuen diagnostischen Möglichkeiten angepasst werden.

## Somatoforme und funktionelle Störungen

### Erweiterung einer kognitiven Verhaltenstherapie um ein Emotionsregulationstraining bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen: Ergebnisse einer kontrollierten Pilotuntersuchung und die Konzeption einer Multicenter-Studie

Kleinstäuber M.<sup>1</sup>, Gottschalk J.<sup>1</sup>, Winfried R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Philipps-Universität, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen (MSS) erwiesenermaßen wirksam, bisher jedoch nur mit moderaten Effekten. Da sich Hinweise für Defizite in der Emotionswahrnehmung und -regulation bei diesen Patienten finden, soll in der vorliegenden Voruntersuchung die Durchführbarkeit und Wirksamkeit eines Behandlungskonzepts (ENCERT: ENriching CBT with Emotion Regulation Training), das KVT-Elemente und ein spezielles Emotionsregulationstraining kombiniert, untersucht werden. Des Weiteren soll ein auf diese Pilotstudie aufbauendes Design für eine Multicenter-Studie vorgestellt werden.

**Methode:** Im Rahmen einer nicht randomisierten kontrollierten Gruppenvergleichsstudie erhielten 42 Teilnehmer (mit  $\geq 3$  somatoformen Symptomen, seit  $\geq 6$  Monaten) entweder ENCERT ( $n=20$ ) oder eine klassische KVT ( $n=22$ ). Die Probanden nahmen an 20 wöchentlichen Einzel-Therapiesitzungen im ambulanten Setting

teil. Zu Therapiebeginn und -ende wurden als primäre Outcome-Maße die Beschwerdenintensität, -anzahl und -beeinträchtigung (SOMS-7T; visuelle Analogskalen) sowie die Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27) erhoben.

**Ergebnisse:** Beide Gruppen verbesserten sich im Therapieverlauf signifikant bzgl. der Beeinträchtigungsintensität (ENCERT  $d=0.70$ ; KVT  $d=0.46$ ) und Beschwerdeanzahl (ENCERT  $d=0.72$ ; KVT  $d=0.50$ ). Signifikante Gruppenunterschiede zu Therapieende zeigten sich jedoch nicht. Patienten in ENCERT verbesserten sich zudem signifikant auf visuellen Analogskalen, die pro Sitzung erhoben wurden (Beschwerdeintensität  $d=0.59$ ; Beeinträchtigung durch Beschwerden  $d=1.25$ ) sowie in ihren Emotionsregulationskompetenzen ( $d=1.14$ ).

**Schlussfolgerung:** Im Rahmen der Pilotstudie verbesserten sich Patienten mit MSS gleichermaßen während ENCERT und KVT hinsichtlich ihrer unerklärten Körperbeschwerden und der damit einhergehenden Beeinträchtigung. Aufbauend auf diesem Befund wurde eine randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie geplant, bei der ENCERT mit einer klassischen KVT hinsichtlich verschiedener Outcome-Maße verglichen werden soll. Eine Stichprobengröße von 244 Probanden sowie einer 6-Monats-Katamnese werden angestrebt.

### Körperpsychotherapie somatoformer Störungen im Gruppensetting - Ergebnisse einer kontrollierten, manualisierten Pilotstudie

Lahmann C.<sup>1</sup>, Kuhn C.<sup>2</sup>, Sattel H.<sup>1</sup>, Röhrich F.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, <sup>3</sup>University of Essex, Centre for Psychoanalytic Studies, London, Vereinigtes Königreich

**Hintergrund:** Medizinisch unerklärbare Symptome sind sehr häufig und stellen in der klinischen Versorgung eine therapeutische Herausforderung dar. Bisherige klinische Studien zeigen grundsätzlich Behandlungserfolge, jedoch mit eher moderaten Effektstärken. In der Versorgungspraxis werden psychotherapeutische Ansätze von den auf eine vermeintlich somatische Genese fixierten Patienten oft kritisch gesehen. Ziel der aktuellen Studie war die Wirksamkeitsprüfung einer manualisierten Gruppenintervention mit integrativer Körperpsychotherapie, die primär auf einer körperlichen Ebene des Erlebens ansetzt und insofern von den Patienten möglicherweise leichter akzeptiert werden kann.

**Methode:** Im Rahmen einer prospektiven kontrollierten zweiar-migen Studie im Wartelisten-Kontrollgruppen-Design wurden Machbarkeit und Wirksamkeit von manualisierter Körperpsychotherapie in der Gruppe mit 1 Sitzung/Wo über insges. 20 Wochen mit treatment as usual verglichen. In die Studie wurden Patienten mit einer somatoformen Störung bei einer Beschwerdedauer von mindestens 12 Monaten und einem Schweregrad von mindestens

15 Punkten im PHQ-15 eingeschlossen. Primäre Zielvariable war die somatische Symptombelastung gemessen mit dem PHQ-15 zu Therapieende sowie nach 6 Monaten follow-up.

**Ergebnisse:** 23 Patienten konnten in die Studie eingeschlossen werden, die Dropout-Rate lag bei 17% (n=4), der Rücklauf in der follow-up-Erhebung bei 89%. Die Intervention konnte unmittelbar nach Therapieende die somatische Symptombelastung (Effektstärke  $d=0,36$ ) reduzieren und die psychische Lebensqualität (Effektstärke  $d=0,46$ ) signifikant verbessern. In der Katamnese erhöhten sich die Effekte, und es zeigten sich weitere signifikante Verbesserungen bezüglich somatoformer Symptomatik und Stress. In der Wartelistenbedingung fanden sich keinerlei Verbesserungen dieser Parameter.

**Schlussfolgerung:** Körperpsychotherapie ist eine theoretisch gut fundierte therapeutische Option in der Behandlung somatoformer Störungen, die von den Teilnehmern sehr gut angenommen wird. Ihre Wirkung auf somatoforme Symptomatik war nachweisbar und klinisch relevant, weitere Krankheitscharakteristika konnten längerfristig ebenfalls signifikant günstig beeinflusst werden. Die Patientenzahl der Studie erlaubt allerdings nur eine eingeschränkte Verallgemeinerung der Befunde und unterstreicht die Notwendigkeit weiterer und größerer Studien zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei somatoformer Störungen.

## **Somatoforme autonome Funktionsstörungen des Gastrointestinaltrakts - Konzept und Machbarkeit einer störungsspezifischen Gruppenintervention im Kontext einer Reizdarm-Sprechstunde (ISRCTN02977330)**

Schaefert R.<sup>1</sup>, Kraus F.<sup>1</sup>, Gauss A.<sup>2</sup>, Niesler B.<sup>3</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Wild B.<sup>1</sup>, Stroe-Kunold E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Gastroenterologie, Infektionskrankheiten und Vergiftungen, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Molekulare Humangenetik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Vorgestellt werden Konzept und Patienten der Reizdarm-Sprechstunde der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Der Fokus liegt auf der störungsspezifischen Reizdarmgruppe (12 wöchentliche Termine à 90 Min., max. 12 Teilnehmer) für Patienten mit therapierefraktärem Reizdarmsyndrom (RDS).

Die Gruppe verbindet drei Elemente:

- 1.) Interaktive Psychoedukation (u.a. Hirn-Bauch-Interaktionen, Bauchhirn, Ernährung und Esskultur, Befindlichkeitstagebuch, Reduktion von Vermeidungsverhalten);
- 2.) bauchgerichtete Hypnotherapie (Manchester-Protokoll);
- 3.) offene gruppenpsychotherapeutische Phasen (meist Themen aus der Lebenssituation der Teilnehmer).

**Methodik:** In einer randomisierten, kontrollierten Machbarkeits-

studie im Warte-Kontrollgruppen-Design wird untersucht, welche Patienten der Reizdarmsprechstunde von einer störungsspezifischen Gruppenintervention erreicht werden und wie sie davon profitieren (Prä-Post-Untersuchung).

Einschlusskriterien:

- 1.) RDS nach Rome III-Kriterien (C1-positiv),
- 2.) Ausschluss primärer organischer Ursachen,
- 3.) bislang therapierefraktär. Parallel wird eine Online-Tagebuchstudie zur Erfassung der Interaktion von psychosozialen Faktoren und Reizdarmbeschwerden über Prozessdaten durchgeführt.

**Ergebnisse:** Zwischen 09/2012 und 10/2014 wurden 281 Patienten (209 Frauen [F], 72 Männer [M], Alters-Mittelwert [MW] 42 [Standardabweichung = SD 17] Jahre) in der Reizdarmsprechstunde gesehen. 189 (67%) waren C1-positiv, bei 149 (53%) bestätigte sich nach organischer Differenzialdiagnostik ein RDS. Bei 81 Patienten bestanden Ausschlusskriterien (mittlerweile Vollremission 26, zu weite Anfahrt 25, gravierende Psychopathologie 18, Alter >65: 3, Sonstiges 1, nicht erreichbar 8). 68 waren geeignet und wurden eingeladen; 35 (51%) lehnten ab, 4 Einladungen laufen noch. 29 Patienten sind randomisiert, 3 mussten nach Randomisierung ausgeschlossen werden. Schließlich waren 14 Patienten in der Interventionsgruppe (10 F, 4 M, Alters-MW 38 [SD 12] Jahre) und 12 in der Wartekontrollgruppe (8 F, 4 M, Alters-MW 38 [SD 15] Jahre). Drop-outs im Verlauf blieben bislang aus.

**Schlussfolgerungen:** Eine Reizdarm-Sprechstunde schließt als Spezialzentrum eine wichtige Versorgungslücke für komplizierte RDS-Verläufe. Die Reizdarmgruppe ist ein wesentliches Behandlungselement, welches von vielen Patienten gut angenommen wird und dazu beiträgt, dass diese psychotherapeutische Therapieoptionen vermehrt für sich nutzen.

## **Das Hamburger Netzwerk für somatoforme und funktionelle Störungen (Sofu-Net) - Eine Prä-Post-Studie zur Versorgungssituation**

Shedden Mora M.<sup>1</sup>, Groß B.<sup>1</sup>, Lau K.<sup>1</sup>, Gladigau M.<sup>1</sup>, Gumz A.<sup>1</sup>, Wegscheider K.<sup>2</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Somatoforme und funktionelle Störungen können durch hausärztliche psychosomatische Grundversorgung in Verbindung mit Psychotherapie und ggf. ergänzender Pharmakotherapie wirksam behandelt werden. Allerdings erschweren niedrige Erkennungsraten, lange Intervalle bis Psychotherapiebeginn sowie wenig koordinierte Diagnostik im sektoriellen Gesundheitssystem die Versorgung. Ziel dieser Studie war die Etablierung und Evaluation eines gestuften, koordinierten Gesundheitsnetzwerkes für Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen.

**Methode:** Ein interdisziplinäres Gesundheitsnetzwerk (Sofu-Net) wurde unter Beteiligung von 41 Hausärzten, 35 Psychotherapeuten, 8 psychosomatischen Kliniken in Hamburg geschaffen. Sofu-Net fördert strukturierte Behandlungspfade durch interdisziplinäre Vernetzung, mit dem Ziel der Früherkennung und zeitnahen leitliniengerechten Behandlung. In einer Evaluationsstudie wurde eine repräsentative Stichprobe vor und ein Jahr nach Aufbau des Netzwerkes in den Hausarztpraxen mit dem PHQ hinsichtlich Somatisierung, Angst und Depression gescreent. Anschließend wurden Risikopatienten mittels strukturierter Interviews befragt und von den Hausärzten Informationen zu Erkrankungen und Behandlungen erhoben.

**Ergebnisse:** Von der repräsentativen Patientenstichprobe vor Aufbau des Netzwerkes (N=1882, 51 Jahre, 60,7% weiblich) bzw. ein Jahr später (N=2200, 50,5 Jahre, 59,4% weiblich) zeigten 16,2% bzw. 15,3% ein erhöhtes Risiko für somatoforme Störungen. N=156 bzw. N=123 Risikopatienten wurden genauer befragt. Ein Jahr nach Einführung von Sofu-Net gaben signifikant mehr Risikopatienten an, mit ihrem Hausarzt über psychosoziale Probleme zu sprechen (62,3% vs. 78,6%). Hausärzte zeigten mit einer häufigeren Verschreibung von Antidepressiva (3,8% vs. 25,2%) in Relation zu einer geringeren Verschreibung von Benzodiazepinen (21,8% vs. 6,5%) ein adäquateres Verschreibungsverhalten. Nach Einführung des Netzwerkes zeigten sich keine verbesserten diagnostischen Erkennungsraten, keine Veränderungen in den Empfehlungen für Psychotherapie oder der Inanspruchnahme der Patienten.

**Schlussfolgerungen:** Die verbesserte Kommunikation und das leitliniengerechtere Verschreibungsverhalten liefern Hinweise für eine verbesserte Versorgung der Patienten im Sofu-Net. Ob das Netzwerk eine schnellere leitliniengerechte Behandlung nachhaltige Reduktion von Symptombelastung und Gesundheitskosten bewirkt, wird in einer kontrollierten Studie evaluiert.

## Verhaltenssucht

### Temperamentsvariablen bei primärer vs. sekundärer Sportsucht

Müller A.<sup>1</sup>, Claes L.<sup>2</sup>, Wos K.<sup>3</sup>, Kerling A.<sup>3</sup>, Wünsch-Leiteritz W.<sup>4</sup>, Cook B.<sup>5</sup>, de Zwaan M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Psychosomatik, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>KU Leuven, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Leuven, Belgien, <sup>3</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland, <sup>5</sup>Neuropsychiatric Research Institut, Fargo, Vereinigte Staaten

**Hintergrund:** Sportsucht kann als eigenständiges Phänomen auftreten (primäre Sportsucht) oder sekundär im Rahmen einer Essstörung.

**Ziel:** Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Temperament und Sportsucht bei Frauen mit einem erhöhten Risiko für primäre (Freizeit- und Leistungssportlerinnen) oder sekundäre Sportsucht (Patientinnen mit Essstörungen).

**Methode:** Folgende Fragebögen wurden von 21 Freizeitsportlerinnen und 29 Leistungssportlerinnen (Olympiastützpunkt, 1. Bundesliga) ohne Essstörung sowie 32 stationäre Patientinnen mit einer Anorexia nervosa (n=10) oder Bulimia nervosa (n=22) beantwortet: Fragebogen zu Sportmotivation/präferierter Sportart/Stunden Sport pro Woche, Eating Disorder Examination-Questionnaire, Exercise Dependence Scale-21 (EDS-21), Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Scales (BIS/BAS), Effortful Control Subskala des Adult Temperament Questionnaire-Short Form (ATQ-EC). Neben Gruppenvergleichen bezogen auf die o.g. Variablen wurden Korrelationen zwischen Sportssuchtgefährdung (EDS-21) und Temperamentsvariablen (Verhaltenshemmung: BIS, Verhaltensaktivierung: BAS, Willentliche Kontrolle: ATQ-EC) separat für jede Gruppe berechnet.

**Ergebnisse:** Die Gruppen unterschieden sich bzgl. Sportmotivation und präferierter Sportart. Leistungssportlerinnen berichteten die höchste Anzahl Stunden Sport pro Woche; Freizeitsportlerinnen und Patientinnen mit Essstörungen unterschieden sich nicht. Patientinnen mit Essstörungen und Leistungssportlerinnen zeigten im Mittel gleich hohe EDS-21 Werte, die wesentlich höher waren als bei Freizeitsportlerinnen. EDS-21 Werte im pathologischen Bereich (=Sportsuchtgefährdung) ergaben sich bei 28% der Patientinnen mit Essstörungen, allerdings nur bei 10% der Leistungs- und 5% der Freizeitsportlerinnen. Bei Patientinnen mit Essstörungen zeigte sich eine positive Korrelation zwischen EDS-21 und BIS und bei Leistungssportlerinnen zwischen EDS-21 und BAS. Bei Freizeitsportlerinnen korrelierte die EDS-21 positiv mit der BAS- und negativ mit der ATQ-EC-Skala.

**Diskussion:** Während (sekundäre) Sportsuchtgefährdung bei Patientinnen mit Essstörungen mit deren Disposition zur Verhaltenshemmung (Ängstlichkeit, Depression) assoziiert zu sein scheint, steht (primäre) Sportsuchtgefährdung bei Leistungssportlerinnen eher in Zusammenhang mit einer Disposition zur Verhaltensaktivierung (hohe Belohnungssensitivität, Impulsivität). Die klinischen Implikationen dieser Befunde werden diskutiert.

### Persönlichkeitsstörungen als Risikofaktoren für Internetabhängigkeit

te Wildt B.<sup>1</sup>, Steinbüchel T.<sup>2</sup>, Jan D.-H.<sup>3</sup>, Vukicevic A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland, <sup>2</sup>LWL-Klinikum der Ruhr-Universität Bochum, Psychosomatik und Psychotherapie, Bochum, Deutschland, <sup>3</sup>Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Herdecke, Deutschland, <sup>4</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** In einer 2006 von Kratzer durchgeführten Studie zeigen 90% aller Probanden mit einer Internetabhängigkeit eine oder mehrere komorbide Störungen (Kratzer, 2006). Auch in den Studien von Shapira et al. (2000) und Greenfield (2000) wiesen alle Probanden mindestens eine Begleiterkrankung auf. Über das Vorkommen von komorbiden Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen im Zusammenhang mit Internetabhängigkeit ist bislang wenig bekannt. Für die diagnostische Einschätzung und die Therapieplanung spielen jedoch Persönlichkeitsmerkmale eine wichtige Rolle. Ihre Erforschung kann Aufschluss über die Entstehungsbedingungen dieser neuartigen Verhaltenssucht geben.

**Methode:** Im Rahmen der Studien wurden 30 erwachsene Patienten mit Internetabhängigkeit mit dem Strukturierten Klinischen Interview nach DSM-IV (SKID-II), dem Diagnostischen Expertensystem für Psychische Störungen (DIA-X) und psychometrischen Instrumenten wie dem Inventar für Klinische Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) untersucht.

**Ergebnisse:** Die zu 93,3% männlichen Patienten waren durchschnittlich 29 Jahre alt. Gemäß der DSM-IV -Kriterien wiesen sie zu 33% selbstunsichere, zu 27% depressive und jeweils zu 13% negativistische und dependente Persönlichkeitsstörungen auf. Im IKP zeigten sich bei 31% vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierungen. Die häufigsten komorbiden Achse-I-Störungen gemäß DIA-X waren depressive Störungen (68%) und Angststörungen (54%).

**Schlussfolgerung:** Entsprechend dem bisherigen Forschungsstand stellen Syndrome mit depressiver und ängstlicher Symptomatik die häufigste Komorbidität bei Internetabhängigkeit dar. Die Studiendaten legen die Vermutung nahe, dass dies für einen Teil der Betroffenen auf ähnlich gelagerte strukturelle Störungen zurückzuführen ist. Zukünftige Studien könnten eruieren, in wie weit depressive und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen als charakteristische Vorerkrankungen der Internetabhängigkeit zu verstehen sind. Dies hätte Konsequenzen für die Therapie und Prävention von Internetabhängigkeit.

## Cybersexsucht bei Männern und Frauen im Vergleich

Brand M.<sup>1,2</sup>, Laier C.<sup>1</sup>, Pekal J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Duisburg-Essen, Duisburg, Deutschland, <sup>2</sup>Erwin L. Hahn Institute for Magnetic Resonance Imaging, Essen, Deutschland

**Hintergrund:** Wenngleich die meisten Nutzerinnen und Nutzer von Internetpornografie diese als bereichernd erleben, verlieren einige Männer und Frauen die Kontrolle über ihren Internetsexkonsum und leiden unter dem Drang, Internetpornografie wiederholt zu nutzen. Für heterosexuelle Männer wurde bereits gut dokumentiert, dass insbesondere das Ausmaß sexueller Erregbarkeit und die erlebte Gratifikation für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Cybersexsucht zentral sind. Die vorliegende Studie vergleicht Prädiktoren einer Cybersexsucht bei Männern und Frauen.

**Methoden:** Es wurden 155 heterosexuelle Männer (mittleres Alter 24,92 J.) und 102 heterosexuelle Frauen (Alter 21,83 J.) im Laborsetting untersucht. Alle Probanden wurden mit einem experimentellen Bilderparadigma zur Induktion sexueller Erregung untersucht. Mittels Fragebögen wurden Symptome einer Internetsexsucht (s-IATsex), die Qualität soziosexueller Kontakte, Cybersexnutzungsverhalten, generell hypersexuelles Verhalten (HBI), generelle sexuelle Erregbarkeit (SES) und Persönlichkeitseigenschaften erhoben.

**Ergebnisse:** Von den Männern konsumierten 100% der Probanden Internetpornographie, während dies nur bei 50% (n=51) der Frauen der Fall war. Männer wiesen höhere Werte im s-IATsex auf (19.61; SD=3.52) als Frauen, die Pornographie konsumieren (16.96; SD=6.45, Cohen's d=.50), die wiederum höhere Werte hatten, als Frauen, die nicht Pornographie nutzen (13.57; SD=3.13; Cohen's d=.67). Im Vergleich von Männern und Frauen die Pornographie konsumierten, zeigten sich identische Korrelationsmuster: Die Symptomschwere einer Cybersexsucht (Scores im s-IATsex) war positiv korreliert mit der subjektiven Erregungsreaktion auf pornographische Reize, der generellen sexuellen Erregbarkeit (SES) und der Tendenz zu hypersexuellem Verhalten (HBI). Die Korrelationen lagen sowohl bei Männern als auch bei Frauen im moderaten Bereich ( $r$ 's = .30 bis .47,  $p$ 's < .05 bis < .001). Die Anzahl und die Zufriedenheit mit soziosexuellen Kontakten in den letzten sechs Monaten waren nicht mit Cybersexsucht korreliert.

**Diskussion:** Sowohl bei Männern als auch bei Frauen scheinen die Antizipation sexueller Erregung, die erlebte sexuelle Gratifikation und eine spezifische Prädisposition zu hypersexuellem Verhalten die Hauptdeterminanten der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Cybersexsucht zu sein. Die Kompensation fehlender soziosexueller Kontakte scheint in der Ätiologie der Cybersexsucht keine vorrangige Rolle zu spielen.

## Verbreitung, Entstehungsmerkmale und Ansätze einer störungsspezifischen Psychotherapie bei internetbasierter Glücksspielsucht

Wölfling K.<sup>1</sup>, Müller K.W.<sup>2</sup>, Beutel M.E.<sup>3</sup>, Dreier M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik f. Psychosomatische Medizin Mainz, Ambulanz für Spielsucht, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik f. Psychosomatische Medizin Mainz, Mainz, Deutschland

Aktuelle epidemiologische Studien weisen aus, dass neben dem Spielen an Glücksspielautomaten die zunehmende Nutzung internetbasierter Glücksspielangebote unter Jugendlichen mit problematischem, suchtbezogenem Verhalten und Erleben assoziiert ist. Insbesondere Angebote, wie Internetcasinos, Internetsportwetten und Online-Poker sind unter Jugendlichen mit problematischem Spielverhalten besonders beliebt. Regressionsanalytisch gewonnene Daten aus Breitenbefragungen weisen zudem dar-



aufhin, dass die Nutzung internetbasierter Glücksspielangebote das Auftreten einer suchartigen Glücksspielnutzung unter deutschen Jugendlichen zuverlässig vorhersagte. Die Verbreitung von sogenannten free-to-play-Browserspielen, die auf dem Prinzip einer paywall (Bezahlschranke) basieren, senkt die Hürden bei Jugendlichen, Geld im Internet einzusetzen. Eine Untersuchung der Psychosomatischen Klinik Mainz zum Glücksspielverhalten Adoleszenter ergab, dass abhängige Spieler signifikant mehr Geld für free-to-play-Browserspielen ausgeben im Vergleich zu unauffälligen Internetnutzern. Dabei zeigte sich, dass insbesondere der Gruppenunterschied zwischen unauffällig Nutzenden und pathologischen Nutzenden mit starken Effektstärken belegt ist - während sich missbräuchliche und unauffällige Nutzer lediglich auf dem Niveau mittlerer Effektstärken unterscheiden. Im Vortrag soll zudem ein praxisorientierter Überblick über spezifische psychotherapeutische Verfahren bei internetbasierter Glücksspielsucht (Programm iGamble-Rehab) im Jugendalter und bei jungen Erwachsenen gegeben werden. Ebenso sollen erste Untersuchungen zu klinischen Merkmalen und Therapieeffekten bei Patienten mit internetbasierter Glücksspielsucht vorgestellt werden.

## Psychoonkologie II „Coping“

### Der Zusammenhang von dyadischen Coping und Partnerschaftsqualität bei hämato-onkologischen Patienten

Pankrath A.-L.<sup>1</sup>, Weißflog G.<sup>1</sup>, Niederwieser D.<sup>2</sup>, Döhner H.<sup>3</sup>, Hönic K.<sup>4</sup>, Gündel H.<sup>4</sup>, Vogelhuber M.<sup>5</sup>, Ernst J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Leipzig, Hämatologie und Internistische Onkologie, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Innere Medizin III, Ulm, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

**Das Forschungsprojekt wird von der José Carreras Leukämie-Stiftung gefördert (10/2012 bis 09/2015, Förderkennzeichen: DJCLS R 12/36)**

**Hintergrund:** Dyadisches Coping beschreibt den wechselseitigen Prozess der Stressbewältigung von Personen in einer partnerschaftlichen Beziehung in einer belastenden Situation wie z.B. einer schweren Erkrankung. Dabei werden positive und negative Subformen differenziert. Bisherige Studien mit onkologischen Patientenkollektiven liegen nur für solide Tumorarten vor. Sie zeigen, dass dyadisches Coping eng mit Merkmalen der Partnerschaft assoziiert ist. Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang von dyadischen Coping und Partnerschaftsqualität bei hämato-onkologischen Patienten.

**Methoden:** Über 300 Paare (Patienten mit einer gesicherten hämatologischen Neoplasie und deren Partner) werden mithilfe standardisierter Fragebögen schriftlich befragt (Erhebungsende:

Oktober 2014). Der Schwerpunkt liegt auf den Instrumenten Dyadisches Coping Inventar (DCI, Bodenmann 2008) und dem Partnerschaftsfragebogen (PFB-K). Die Geschlechtsverteilung innerhalb der Partnerschaft, die Partnerschaftsdauer sowie die krankheitsbezogene Merkmale werden in Subgruppenanalysen erfasst. Vorgestellt werden die Daten des ersten Messzeitpunktes (Befragung nach Therapieende), die deskriptiv und inferenzstatistisch aufbereitet werden. Für paarbezogene Daten kommt im Rahmen der Analysen zusätzlich das Actor-Partner-Interdependence-Model (APIM) zum Einsatz.

#### Hypothesen:

1. Positive bzw. negative Subformen des dyadischen Copings sind mit einer hohen bzw. einer geringeren Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit assoziiert.
2. Die Stärke und Richtung des Zusammenhangs zwischen dyadischem Coping und Partnerschaftsqualität wird moderiert von Geschlecht und Alter, krankheitsbezogenen Merkmalen und Partnerschaftsdauer.

**Erwartete Ergebnisse:** Erwartet wird ein enger Zusammenhang zwischen positiven dyadischen Coping und einer hohen Partnerschaftsqualität bzw. zwischen negativen dyadischen Coping und einer geringen Partnerschaftsqualität. Dieser Zusammenhang wird durch krankheitsbezogene Merkmale, die Geschlechtsverteilung sowie durch weitere soziodemografische Merkmale ausdifferenziert. Die Befunde sollen im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung partnerschaftsbezogene Interventionsansätze spezifizieren bzw. bestehende Interventionsangebote für Paare weiterentwickeln.

### Coping bei Brustkrebs: Langzeitliche Stabilität und Zusammenhänge mit dem Risiko des Auftretens von Rezidiven

Geyer S.<sup>1</sup>, Noeres D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Hannover, Deutschland

Zusammenhänge zwischen Coping und dem Verlauf von Brustkrebs sind ein kontroverses Thema in der Psychoonkologie. Die meisten langfristig orientierten Studien zum Thema basieren auf einer einzigen Messung, die relativ zeitnah am Operationszeitpunkt liegt. Die in dieser Weise gefundenen Copingmuster werden dann auf Verlaufsparemetern bezogen, die bis zu 20 Jahre später erfasst werden. Derartige Designs sind nur dann haltbar, wenn Coping zeitlich stabil ist; dies wurde bisher jedoch kaum geprüft. In der vorgestellten Studie wird untersucht, ob

- 1) Coping über einen langen Zeitraum als stabil angenommen werden kann, und
- 2) ob Coping Zusammenhänge mit dem Risiko des Auftretens von Rezidiven aufweist.

Die Analysen basieren auf einer Langzeitstudie mit initial 254 Patientinnen, 197 nahmen an der letzten Befragung teil, 17 wa-

ren verstorben. Mit jeder Patientin wurden maximal 3 Interviews durchgeführt: unmittelbar nach der Operation, ein Jahr später sowie 6 Jahre später. Zum Studienende wurden die zwischenzeitlich aufgetretenen Rezidive registriert; die Studie deckt insgesamt 10 Jahre (2002-2011) ab. Coping wurde mittels teilstandardisierter persönlicher Interviews erfasst und aufgenommen. Die Klassifikationen wurden nach einem manualisierten Klassifikationsverfahren (Hannoversches Copinginventar) auf einer Reihe von Dimensionen anhand von Definitionen und Ankerbeispielen vorgenommen. In der Präsentation sollen Hilflosigkeit, Verleugnung, Meisterung und Optimismus genauer betrachtet werden. Die Verwendung des Copinginventars setzt eine umfangreiche Einschulung in seinen Gebrauch voraus. Die Reliabilität der Klassifikationen wurde kontinuierlich erfasst und durch Nachschulungen gesichert.

Die Copingmuster erwiesen sich über die drei Interviews hinweg als hochgradig variabel. Die Regressionsanalysen wurden mittels semiparametrischer Survivalmodelle durchgeführt. Für keine der vier betrachteten Copingdimensionen zeigten sich Zusammenhänge mit Risiken des Auftretens von Rezidiven.

Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass das Bewältigungsverhalten über die Zeit nicht stabil ist. Eine einzige Messung nach der Operation darf daher nicht als Muster interpretiert werden, das über lange Zeit konstant bleibt. Coping weist keine Zusammenhänge mit dem erneuten Auftreten von Mammakarzinom auf, ein Ergebnis, das für Patientinnen als durchaus positiv zu interpretieren ist.

## **Zugang zu psychoonkologischer Versorgung: Steuerung von Behandlungspfaden (SOP) mit Hilfe computergestützter Indikationsdiagnostik**

Schäffeler N.<sup>1</sup>, Ringwald J.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Zur Erfassung der Belastung von Tumorpatienten wird in den S3-Leitlinien Psychoonkologie ein Routine-Screening gefordert. Dadurch sollen belastete Patienten identifiziert und gezielt psychoonkologischen Versorgungsangeboten zugewiesen werden. Durch kürzer werdende Liegezeiten steht hierfür in vielen Organkrebszentren inzwischen nur noch ein kleines Zeitfenster zur Verfügung.

**Methoden:** Insgesamt liegen Belastungs-Daten von N=2505 Patienten aus den Organkrebszentren Brustkrebs, gynäkologische Onkologie, Dermatoonkologie, Hämatoonkologie und Mund-Kiefer-Gesichts-Tumore vor. In mehreren Studien wurde die Akzeptanz der computergestützten Indikationsdiagnostik (ePOS), die Übereinstimmung der empfohlenen Instrumente zur Belastungsmessung (HSI, DT, HADS, PHQ) sowie Zusammenhänge Belastungs-Screening und subjektiver Bedarf untersucht und ein Behandlungspfad Psychoonkologie definiert. Dieser wurde in einer

ersten Studie mit der Experteneinschätzung anhand PO-BaDo verglichen und die Machbarkeit der Versorgung in der klinischen Routine überprüft.

**Ergebnisse:** Eine computergestützte Belastungsmessung bei Tumorpatienten wird von den Patienten gut akzeptiert und kann in der klinischen Routine gemäß daraus resultierender Behandlungspfade (SOP) zuverlässig umgesetzt werden. Der subjektive Bedarf stellt eine über die Belastungsmessung hinausgehende wichtige Information dar. Ferner ist die Nutzung der Problemliste des Distress-Thermometers zur Identifizierung von spezifischen Problemlagen zielführend, um Sozialberatung, Seelsorge und onkologische Ärzte einzubinden.

## **Psychische Folgen nach Krebs im Kindesalter: Überwunden oder überlastet?**

Schieber K.<sup>1</sup>, Metzler M.<sup>2</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- und Jugendklinik, Erlangen, Deutschland

Die Anzahl an Kindern und Jugendlichen, die von einer Krebserkrankung geheilt wurden, stieg in den letzten Jahren stetig an. Trotz der Heilung leiden sie häufig unter körperlichen/ psychischen Folgen der Grunderkrankung und deren Behandlung. Neuere Studien geben jedoch auch Hinweise auf positive Veränderungen, im Sinne einer posttraumatischen Reifung. Ziel der Studie ist es, Belastungen, Ressourcen und posttraumatische Reifung bei jungen Erwachsenen nach Krebs im Kindesalter im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu untersuchen. Die Rekrutierung der klinischen Untersuchungsgruppe (CCS=Childhood Cancer Survivor, n=25) erfolgte im Rahmen einer interdisziplinären Nachsorge-sprechstunde für junge Erwachsene nach Krebs im Kindesalter, die Kontrollgruppe (KG, n=30) wurde aus der Normalbevölkerung rekrutiert. Neben einem Interview über Belastungen und Ressourcen wurden posttraumatische Reifung (PPR: Maercker & Langner, 2001), Lebensqualität (SF-12: Bullinger & Kirchberger, 1998), Angst und Depression (HADS-D: Herrmann & Buss, 1994), sowie Progredienzangst (PAF-K: Waadt et al., 2011) schriftlich erfasst. Die Teilnehmer waren zwischen 18-30 Jahre alt. Die häufigsten Krebsdiagnosen der CCS waren Morbus Hodgkin und Leukämie. Die KG nannte als kritische Lebensereignisse Erkrankung, Erkrankung/Tod eines Familienangehörigen oder Scheidung der Eltern. CCS berichteten mit M=57.5 (SD=21.1) signifikant höhere Werte ( $p < 0.05$ ) bezüglich der posttraumatischen Reifung als die KG (M=41.9, SD=19.7). Hinsichtlich der Lebensqualität äußerten CCS eine signifikant ( $p < 0.05$ ) höhere körperliche Belastung (M=53.4, SD=8.9) als die KG (M=58.3, SD=3.5), wohingegen sich bei der psychischen Belastung keine Unterschiede ergaben. Innerhalb der CCS wurden signifikante positive Zusammenhänge zwischen körperlichen Belastungen und Angst, Depression, Progredienzangst und Alter gefunden ( $p < 0.01$ ). 36.8 % der CCS gaben an, aktuell unter den Folgen der Kreb-

serkrankung zu leiden. Als wichtigste Ressource wurde die Familie genannt. Die präliminären Ergebnisse bestätigen, dass junge Erwachsene trotz einer Krebserkrankung im Kindesalter einen positiven Reifungsprozess erfahren und sich bezüglich der psychischen Lebensqualität nicht von Gleichaltrigen unterscheiden. Dennoch zeigt sich, dass eine regelmäßige Nachsorge ein wichtiger Bestandteil der Versorgung von jungen Erwachsenen nach Krebs im Kindesalter sein sollte, um die körperlichen Spätfolgen und damit verbundenen psychischen Belastungen aufzufangen.

## Von Zuspruch bis Ärger: Subjektive Einschätzungen der Teilnahme an einer Gruppentherapie gegen Progredienzangst

Dinkel A.<sup>1</sup>, Hemmer-Torhorst P.<sup>1</sup>, Henrich G.<sup>1</sup>, Herschbach P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU München, München, Deutschland

**Hintergrund:** Progredienzangst ist eine häufige emotionale Belastung von chronisch kranken Patienten. Zwar handelt es sich hierbei um eine normale Reaktion, jedoch kann die Angst ein Ausmaß erreichen, das deutliches Leiden bedingt und somit als behandlungsbedürftig einzustufen ist. Bislang liegen nur wenige Ergebnisse zur psychotherapeutischen Behandlung von Progredienzangst vor. Eine eigene kontrolliert-randomisierte Studie konnte zeigen, dass sowohl eine kognitiv-behaviorale als auch eine supportiv-erfahrungsorientierte Gruppentherapie zu einer Reduktion klinischer Progredienzangst bei Krebspatienten führt, während sich bei Rheumapatienten kein Effekt zeigte. Die vorliegende Studie untersucht ergänzend die Erfahrungen und Bewertungen der Patienten hinsichtlich ihrer Teilnahme an den Gruppentherapien.

**Methode:** Grundlage für die Analyse sind Mitschriften und Notizen, die bei zwei Booster-Anrufen 6 und 9 Monate nach Abschluss der Gruppentherapie angefertigt wurden. Bei diesen Anrufen wurden standardmäßig fünf Fragen gestellt und die Antworten der Patienten protokolliert. Diese Notizen wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Ausgewertet wurden Angaben von 142 Krebspatienten und 127 Rheumapatienten.

**Ergebnisse:** Die Auswertung der Patientenäußerungen erbrachte fünf distinkte Kategorien:

- (1) Nutzen durch emotionale Stabilisierung;
- (2) Nutzen durch neue Problemlösungsstrategien;
- (3) keine Veränderungen, da bereits vor der Therapie individuell passende Bewältigungsformen bestanden;
- (4) kein Nutzen, da die Hauptprobleme durch die Therapie nicht verändert wurden;
- (5) Ablehnung, da ein Schaden empfunden wurde.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Verteilung in Abhängigkeit der Diagnose. Krebspatienten äußerten häufiger eine positive Einschätzung der Gruppentherapie (Kategorien 1 und 2), während Rheumapatienten häufiger eine negative Beurteilung (Kategorien 4 und 5) abgaben. Zudem zeigte sich, dass die Teil-

nahme an kleineren Gruppen (bis 8 Teilnehmer) häufiger mit einer positiven Bewertung einherging, während Patienten, die an größeren Gruppen teilgenommen hatten (mehr als 8) sich retrospektiv häufiger negativ äußerten.

**Diskussion:** Die Ergebnisse verdeutlichen eine große Bandbreite der subjektiven Erfahrung der Teilnahme an einer Gruppentherapie gegen Progredienzangst und liefern erste Hinweise auf Faktoren, die zu einer negativen Erfahrung beitragen.

## Psycho-Somatik der Essstörungen

### Can intranasal oxytocin enhance nutritional rehabilitation in Anorexia nervosa?

Russell J.<sup>1,2,3</sup>, Maguire S.<sup>1,2</sup>, Kesby A.<sup>1</sup>, Odell A.<sup>2</sup>, Touyz L.<sup>2</sup>, McGregor I.<sup>1</sup>, Treasure J.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>University of Sydney, Sydney, Australien, <sup>2</sup>Centre for Eating and Dieting Disorders NSW Health, Sydney, Australien, <sup>3</sup>Northside Clinic, Greenwich NSW, Australien, <sup>4</sup>The Maudsley and Bethlem Hospitals, Kings College London, Vereinigtes Königreich

Anorexia nervosa (AN) is a serious mental and physical disorder with a long course and the highest mortality rate of any psychiatric disorder. Treatment outcomes remain disappointing - hence the need to enhance the process of nutritional rehabilitation.

**Objective:** To examine the effects of single and repeated doses of intra-nasal oxytocin (IN-OT) in AN patients in a hospital program.

**Methods:** Female patients meeting DSM-IV criteria for AN and participating in a hospital eating disorders program were recruited into two sequential randomised controlled trials over 6 and 4 week periods. Subjects were instructed in the administration of IN-OT 18IU or placebo twice daily and were assessed over these time periods for weight gain, change in BMI, stage of AN and a number of psychological parameters. The latter included the Eating Disorders Examination (EDE) for eating psychopathology, motivation for change, stage of AN, OCD, features of autistic spectrum disorder and cognitive rigidity.

The effects of a single 18IU dose of IN-OT, both the first dose and the last of 4 weeks of repeated dosing, were compared to those of placebo. Anxiety was assessed at baseline, 15 minutes before a high energy snack and immediately afterwards using Spielberger (STAI). Salivary cortisol and oxytocin were also measured at baseline, 15 minutes before and immediately after the snack.

**Results:** Eating concern was significantly reduced in the oxytocin group after both 4 ( $p=0.023$ ) and 6 ( $p=0.015$ ) weeks of repeated dosing. Pre-snack salivary cortisol was also significantly reduced after IN-OT but not placebo and only after 4 weeks of repeated dosing ( $p=0.023$ ). There were no significant group differences in pre and post snack STAI scores. Cognitive rigidity as measured by the

Wisconsin Card Sort Test (WCST), was significantly reduced after 4 weeks IN-OT. Almost all other parameters improved equally as a result of effective hospital treatment in both oxytocin and placebo groups at 4 and 6 weeks as a result of weight gain which did not differ between groups.

**Conclusions:** IN-OT was shown to be a safe, well accepted, easily administered method of reducing eating concern, cognitive rigidity and the principal biomarker of anxiety before a high energy snack. Thus, oxytocin offers promise in enhancing nutritional rehabilitation in AN.

## First results from the MICROBIAN-study - the composition of the human intestinal MICROBIota in anorexia nervosa patients before and after weight gain compared with normal-weight participants

Mack I.<sup>1</sup>, Pohl C.<sup>1</sup>, Friedrich V.<sup>1</sup>, Grämer C.<sup>2</sup>, Gähler S.<sup>2</sup>, Sauer H.<sup>1</sup>, Schulle-Kiuntke J.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Zimmermann K.<sup>3</sup>, Schwiertz A.<sup>3</sup>, Cuntz U.<sup>2</sup>, Penders J.<sup>4</sup>, Enck P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Schön-Klinik Rosenck, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Prien, Deutschland, <sup>3</sup>SymbioPharm GmbH, Herborn, Deutschland, <sup>4</sup>Maastricht University, Medical Center, Departments of Epidemiology & Medical Microbiology, Maastricht, Niederlande

The gut microbiota may play a role in the etiology and pathogenesis of anorexia nervosa (AN). A recent publication in *Science* indicated that the intestinal microbiota plays a central factor in the cause of kwashiorkor, an acute form of childhood protein-energy malnutrition.

The human gut microbiota, a complex ecosystem consisting of a tremendous amount of microorganisms (MO), plays an important role in human health and disease. A dysbiosis of the intestinal microbiota has been associated with several diseases, such as type 2 diabetes and chronic inflammatory bowel disease.

There is also evidence for a relationship between gut microbiota and weight regulation. Microbial activity produces short chain fatty acids (SCFA) by fermenting dietary fiber and endogenous substrates. SCFA are assumed to contribute by 5-10 % to the human energy requirements. Gut microbiota differ in lean versus obese mice and humans. The role of gut microbiota in AN has never been investigated thoroughly.

Currently, it is unknown

- i) to what extent the microbiota is perturbed in AN-patients as compared to healthy controls;
- ii) whether these perturbations are recovered after weight gain and/or normalisation of eating behaviour;
- iii) whether the extent to which the microbiota is perturbed and subsequently recovered is associated with the presence and severity of gastrointestinal symptoms, inflammation and mental health. Understanding these processes will provide new leads for micro-

biota targeted-intervention aiming at alleviating gastrointestinal symptoms and inflammation in AN-patients and to support recovery and weight normalisation.

In order to address these questions we collected stool samples of female AN-patients upon admission (n=55) and prior to discharge (n=45) of their in-patient stay. Additionally, stool samples of a normal-weight reference group, matched for age and gender were collected (n=55). Gastrointestinal symptoms were assessed. In stool samples, a selected number of MO were analysed using quantitative PCR. SCFA were detected by gas chromatography. Ultra-deep pyrosequencing (MiSeq-technology) for a comprehensive analysis of the microbiota is used.

First data analysis show, that AN is accompanied by gastrointestinal symptoms, which are possibly reflected by a dysbiosis of microbiota in the gut. Preliminary results from the pyrosequencing will be presented. I.M. is awardee of the Carus Qualifizierungsprogramm. Funding: Schweizerische Anorexia Nervosa Stiftung.

## Affektive Startle-Modulation bei akuten, chronifizierten und gesunden Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer gesunden Kontrollgruppe

Erdur L.<sup>1</sup>, Weber C.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, Zimmermann-Viehoff F.<sup>1</sup>, Deter H.C.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland

**Einleitung:** Es gibt Hinweise auf eine Veränderung der affektiven Modulation bei Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) in der akuten Krankheitsphase. Wir untersuchten, ob dies auch nach Langzeitremission von AN nachweisbar ist.

**Methode:** Im Rahmen eines standardisierten Startle-Paradigmas wurden N=66 Probandinnen affektive visuelle Stimuli (International Affective Picture System) und störungsspezifische Stimuli (Bilder von Nahrungsmitteln und weiblichen Körpern) präsentiert und Unterschiede der EMG-Reaktion (Schreckreflex) untersucht. Wir verglichen Kontrollprobandinnen (N=16) mit AN Patientinnen: 1. akute AN (N=17, Krankheitsdauer < 5 Jahre), 2. chronische AN (N=16, Krankheitsdauer > 5 Jahre), 3. remittierte AN (N=17, Remission seit > 5 Jahren) durch ANOVA (Messwiederholung).

**Ergebnisse:** Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Valenz zeigten sich der „Treppeneffekt“ (Abnahme der Valenz von positiven über neutrale hin zu negativen Reizen) über alle Gruppen (Valenz: F=30,5; p=.001, Gruppe\*Valenz: F=0,4; p=ns). Während Kontrollprobandinnen die etablierte Modulation auf affektive Stimuli zeigten (Zunahme der EMG-Reaktion von positiven über neutrale hin zu negativen Reizen; F=3,8; p=.03), fand sich bei Patientinnen mit akuter, chronischer und remittierter AN keine signifikante affektive Modulation der Schreckreaktion. Bei Nahrungsmittel-Bildern bestand ein Interaktionseffekt bzgl. der subjektiven Bewertung der Valenz (F=3,1, p=.03), wobei Kontrollprobandinnen die Bilder im Vergleich zu neutralen Bildern als angenehmer, Patientinnen mit chronischer AN diese als unangenehmer bewerteten

( $p=.02$ ). Bei neutralen Stimuli verglichen mit Essensbildern zeigten Kontrollprobandinnen eine höhere Startleamplitude ( $F=10,6$ ;  $p=.007$ ), während AN Gruppen keine signifikanten Unterschiede aufwiesen. Bei Körperbildern unterschieden sich subjektive Ratings von Startle Reaktionen in allen untersuchten Gruppen nicht.

**Diskussion:** Die Ergebnisse deuten auf eine verminderte Ansprechbarkeit des affektiven Belohnungssystems bei akuter und langzeitremittierter AN hin. Dieses spricht dafür, dass bislang beobachtete Unterschiede bzgl. der affektiven Modulation von AN-Patientinnen unabhängig vom Krankheitsstatus (Untergewicht, hormonelle Veränderungen) sind. Ob diese Befunde in kausalem Zusammenhang mit der affektiven Entstehung einer AN zu sehen sind oder Epiphänomene der einmal entstandenen Krankheit darstellen, sollte in prospektiven Langzeitstudien geklärt werden.

### **Adipositas und exzessive Gewichtszunahme in der Schwangerschaft: Welche Rolle spielen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit?**

Naqil M.<sup>1,2</sup>, Lehning F.<sup>1,2</sup>, Stepan H.<sup>3</sup>, Wagner B.<sup>4</sup>, Kersting A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Leipzig, IFB AdipositasErkrankungen, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Universtätsklinikum Leipzig, Abteilung für Geburtsmedizin, Leipzig, Deutschland, <sup>4</sup>MSB Medical School Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Adipositas sowie eine exzessive Gewichtszunahme während der Schwangerschaft sind mit besonderen gesundheitlichen Risiken für die Mutter und das ungeborene Kind assoziiert. Einige Studien aus der Allgemeinbevölkerung belegen einen Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und Adipositas. Für adipöse Schwangere als besondere Risikogruppe wurde dieser Zusammenhang bislang wenig untersucht. Ziel der Studie war die Bestimmung der Prävalenz von Adipositas und exzessiver Gewichtszunahme in der Schwangerschaft sowie die Untersuchung von Zusammenhängen zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit.

**Methode:** Bislang liegen Daten von  $N=497$  Frauen im Alter von 19-44 Jahren ( $M=30,5$ ,  $SD=4,6$ ) vor, die seit Dezember 2013 am Uniklinikum Leipzig entbunden haben. Innerhalb der ersten vier Monate nach der Entbindung wurde Kindesmissbrauch und Vernachlässigung retrospektiv mit dem Childhood Trauma Questionnaire erfasst. Der Body Mass Index vor der Schwangerschaft wurde aus selbstberichteten Gewicht und der Körpergröße berechnet, die Gewichtszunahme anhand der Angaben aus dem Mutterpass. Zusammenhänge wurden mit Hilfe logistischer Regressionsanalysen ermittelt.

**Ergebnisse:** 7% der Frauen waren vor der Schwangerschaft adipös, 48% wiesen eine exzessive Gewichtszunahme auf. Wiederum 48% berichteten irgendeine Form von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit. Ein signifikant erhöhtes Risiko für Adipo-

sitais in der Schwangerschaft zeigte sich für Frauen mit schwerem emotionalem Missbrauch ( $OR=3,44$ ,  $95\%CI=1,1-11,0$ ). Zudem wiesen Frauen, die schwere körperliche ( $OR=5,8$ ,  $95\%CI=1,7-19,4$ ) und emotionale Vernachlässigung ( $OR=5,8$ ,  $95\%CI=2,1-16,4$ ) berichteten, ein signifikant höheres Risiko für Adipositas auf. Keine Zusammenhänge zeigten sich für sexuellen und körperlichen Missbrauch. Frauen mit leichtem körperlichen Missbrauch wiesen ein höheres Risiko für exzessive Gewichtszunahme während der Schwangerschaft auf ( $OR=6,6$ ,  $95\%CI=1,5-29,6$ ).

**Diskussion:** Unsere Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass emotionaler Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung in der Kindheit mit Adipositas in der Schwangerschaft im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung assoziiert sind. Dagegen weisen Frauen mit körperlichen Missbrauchserfahrungen ein erhöhtes Risiko für exzessive Gewichtszunahme während der Schwangerschaft auf. Mögliche Mechanismen des Zusammenhangs und Implikationen für die Praxis werden diskutiert.

### **Bindung und Familienklima bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und gesunden Kontrollprobanden**

Holzinger K.<sup>1</sup>, Zhou X.<sup>1</sup>, Pokorny D.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** In den vergangenen Jahren war eine gestörte Bindung als Risikofaktor für psychische Erkrankungen von besonderem Interesse. Das Ziel dieser Studie war die Bindung bei Patientinnen mit Bulimia nervosa genauer zu untersuchen und diese mit gesunden Kontrollprobandinnen zu vergleichen. Zudem interessierte uns das vorherrschende Familienklima in den Herkunftsfamilien und die Zusammenhänge zwischen Bindung, Psychopathologie und Essstörungssymptomatik.

**Methode:** Wir untersuchten 30 Patientinnen mit Bulimia nervosa sowie 30 parallelisierte Kontrollprobandinnen. Die Bindung wurde erfasst mit dem „Adult Attachment Projective“ (AAP), bei dem die Probanden standardisierte Bilder vorgelegt bekommen mit der Bitte, eine Geschichte dazu zu erzählen. Aus den Narrativen zu den Bildern wird die Bindungsrepräsentation abgeleitet. Per Fragebogen wurden ergänzend das Familienklima (FKS), die Schwere der Essstörung (EDE-Q, EDI-2) und die Psychopathologie (SCL-90R) erfasst.

**Ergebnisse:** 53% der untersuchten Bulimie-Patientinnen weisen im AAP einen unverarbeiteten Bindungsstatus auf, verglichen mit 23% bei den Kontrollen ( $p=.016$ ). Verglichen mit den Patientinnen waren die Kontrollprobandinnen in der Tendenz ( $p=.063$ ) häufiger sicher gebunden. Die Selbstwirksamkeit (agency of self) in den Narrativen der Patientinnen war signifikant geringer ( $p=.012$ ), insbesondere beim Thema Trauer (Bild Friedhof). Die Narrative der Patientinnen wiesen signifikant häufiger ( $p=.001$ ) Marker der abgetrennten Systeme (Abwehrmarker, segregated systems) auf, insbesondere bei Bildern mit monadischen Szenen, z.B. beim Thema Einsamkeit.

Beim Familienklima der Kontrollpersonen finden wir signifikant häufiger ein positiv-emotionales Klima ( $p \leq 0,001$ ). Bei den Patientinnen wird das Familienklima signifikant häufiger als normativ-autoritativ beschrieben ( $p \leq 0,01$ ). Die Skala „Konfliktneigung“ unterscheidet sich entgegen unserer Erwartung nicht signifikant zwischen den Gruppen. Des Weiteren wurden signifikante Unterschiede in den Skalen „Zusammenhalt“, „Offenheit“ ( $p \leq 0,001$ ), „Aktive Freizeitgestaltung“ ( $p \leq 0,001$ ) und „Leistungsorientierung“ ( $p \leq 0,05$ ) festgestellt.

Die Schwere der Essstörungssymptomatik (EDE-Q) der Patientinnen korrelierte negativ ( $r = -0,38$ ) mit den Markern der sicheren Bindung im AAP.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse bestätigen die beeinträchtigte Bindung bei Bulimia nervosa-Patientinnen und deren Interaktion mit familiären und essstörungsspezifischen Faktoren.

## Psychotherapieforschung

### Monitoring und Feedback in der stationären Psychosomatik

Probst T.<sup>1</sup>, Lambert M.J.<sup>2</sup>, Loew T.H.<sup>3</sup>, Dahlbender R.W.<sup>4</sup>, Tritt K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universität Regensburg, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Regensburg, Deutschland, <sup>2</sup>Brigham Young University, Provo, Vereinigte Staaten, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Regensburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Im Rahmen der patientenorientierten Psychotherapieforschung werden kontinuierlich während der Psychotherapie behandlungsrelevante Kriterien erhoben (Routine outcome monitoring, ROM) und dem behandelnden Psychotherapeuten Feedback darüber zur Verfügung gestellt.

**Methode:** In zwei psychosomatischen Kliniken wurden Patienten bei Aufnahme in die Feedback- oder in die Kontrollgruppe randomisiert. ROM wurde bei beiden Gruppen wöchentlich mit folgenden Fragebögen realisiert: „Outcome Questionnaire“ (OQ-45), „Assessment for Signal Cases“ (ASC), und „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). Feedbackberichte zum wöchentlich erhobenen OQ-45 (Psychische Belastung) und ASC (Therapiebeziehung, Soziale Unterstützung, Motivation, Lebensereignisse) wurden mit der Monitoring und Feedbacksoftware „OQ-Analyst“ erstellt und den Einzeltherapeuten für ihre Patienten der Feedbackgruppe ausgehändigt. Für ihre Patienten der Kontrollgruppe erhielten die Einzeltherapeuten kein Feedback. Die Patienten wurden gemäß dem „empirical algorithm“ des „OQ-Analyst“ in „On-Track“ (OT) und „Not-On-Track“ (NOT) Patienten eingeteilt: Patienten, die von ihrem erwarteten Therapieverlauf zu irgendeinem Messzeitpunkt um mind. eine Standardabweichung in die negative Richtung

abwichen, wurden als NOT klassifiziert, alle anderen Patienten als OT. Der erwartete Therapieverlauf eines individuellen Patienten X entspricht im „empirical algorithm“ des „OQ-Analyst“ dem Therapieverlauf von mind. 220 Patienten mit ähnlichem OQ-45 Eingangswert wie der individuelle Patient X.

**Ergebnisse:** Feedback konnte den Therapieoutcome von NOT Patienten signifikant verbessern (Effektstärke=0.54; OQ-45 Gesamtskala), den Therapieprozess von OT Patienten jedoch nur geringfügig für eine Woche (Effektstärke=0.12; OQ-45 Subskala Symptombelastung). Außerdem zeigten sich im ISR differentielle Veränderungen während der ersten vier Behandlungswochen: Depressions- bzw. Angstsymptome besserten sich vor Somatisierungssymptomen und Symptombelastungen von Ess- bzw. Zwangsstörungen besserten sich im Verlauf der ersten vier Behandlungswochen noch nicht. Zudem wurde exploriert, dass in Wochen mit bedeutsamen Verschlechterungen (NOT Klassifikationen) die Qualität der sozialen Unterstützung und die Qualität von Lebensereignissen wichtig ist, jedoch weder die Qualität der Therapiebeziehung noch die Qualität der Motivation. Dagegen war die Qualität aller vier ASC Bereiche in Wochen mit bedeutsamen positiven Verbesserungen von Relevanz.

### Das CTQ Skalenprofil als Screeninginstrument in der stationären Psychotherapie

Schilling C.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Pöhlmann K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

Lebensgeschichtlich frühe traumatische Erfahrungen wie sind Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen und körperlichen Störungen. Eine clusteranalytische Klassifikation differenzierte drei Muster von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch (Schilling et al. In press: In Cluster 1 (44.5%) liegt keine Traumatisierung vor. Cluster 2 (32.3%) hat hohe Werte in emotionaler Vernachlässigung und emotionalem Missbrauch. In Cluster 3 (23.2%) liegen multiple Traumatisierungen mit sexuellem Missbrauch vor. Das Muster der Kindheitstraumatisierung ist ein Indikator für den Schweregrad von psychischen Störungen und den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie und somit eine wichtige diagnostische Information für Psychotherapeuten bei Aufnahme einer Therapie.

Die Studie untersucht, ob verblindete, ungeschulte Bewerter Patienten anhand der Skalenprofile im Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Klinitzke et al. 2012) reliabel einer clusteranalytisch gebildeten Gruppierung (Schilling et al. in press) zuordnen können, d.h. ohne zusätzliche Information spezifische Muster von Kindheitsmissbrauch und Kindheitsvernachlässigung erkennen. Die Ausgangstichprobe bestand aus 742 Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Uniklinikums Dresden (Frauen 67.3%, Alter:  $M=36.7$ ;  $SD=12.7$ ). Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch wurden durch den CTQ (Klinitzke et

al. 2012) erfasst. Für eine zufällige Teilstichprobe (N=100) wurden farbige Profile der fünf CTQ-Skalen erstellt und zwei unabhängigen Bewertern vorgelegt, die sie den drei Clustern zuordnen sollten.

Bei einer rein visuellen Zuordnung der CTQ-Profile ohne inhaltliche Instruktion ergaben sich folgende Werte für richtige Zuordnungen ( $Kappa=.654$ ): Cluster1 94%, Cluster2 60% und Cluster3 54%. Mit inhaltlicher Instruktion (Beschreibung der CTQ Referenzcluster) erhöhten sich die Werte für richtige Zuordnungen deutlich ( $Kappa=.877$ ): Cluster1 (78%), Cluster2 (78%) und Cluster3 (77%). Die Bewerter konnten Patienten allein auf der Basis des CTQ-Skalenprofils reliabel drei Mustern von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch zuordnen. Durch die inhaltliche Instruktion (Beschreibung der CTQ Referenzcluster) verbesserte sich die Zuordnung signifikant. Das CTQ-Skalenprofil kann damit als Screeninginstrument eingesetzt werden und wertvolle über den Schweregrad der psychischen Störungen und den zu erwartenden Therapieerfolg liefern.

## Two views of the outcome of brief couple therapy: clients and therapists ratings of 'systems quality'

Aguilar-Raab C.<sup>1</sup>, Gotthardt L.<sup>1</sup>, Steffens-Guerra I.<sup>1</sup>, Grevenstein D.<sup>1</sup>, Schweitzer J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland

In order to effectively treat various psychosomatic disorders, the social context of a patient needs to be taken into account. Still, outcome measures focus mostly on the individual and his/her symptom reduction, although recent research has emphasized the importance of social relationships for health. Furthermore, the efficacy of a psychotherapeutic intervention relies highly on the alliance between client and therapist. To date, only a few outcome measures cover two perspectives of the therapeutic process. The impact on the social *systems' quality* (e.g. *quality of relationship*) has rarely been investigated. The Evaluation of Social Systems Scale (EVOS) contains two 9-item versions for the clients and therapists perspectives assessing these constructs. EVOS has been tested to be reliable, valid, sensitive to change and applicable in different social systems. EVOS-E as the external rating scale has been tested for its quality criteria for the couple context. The consistency between clients' (couples) and therapists' evaluation of the quality of the couples' social system were examined in two studies: In study 1, a longitudinal randomized controlled trial with subclinical couples was conducted ( $n = 41$ ; therapists,  $n = 13$ ). Analyses of variance were computed to examine the effects in the course of therapy. Strong correlations were found between the EVOS-E and another measure of relational functioning. Significant correlations were found between EVOS and EVOS-E. In study 2, a cross-sectional online-survey including  $n = 91$  couples and  $n = 91$  therapists was carried out. Gender differences of the evaluation of social

systems in the client and therapist sample (EVOS; EVOS-E), levels of distress (clients' perspective), systems' functioning (therapists perspective) as well as evaluations of one of the therapy sessions (clients and therapists) were examined and its (co-)relational characteristics verified. Overall, the two views of clients' and therapists' are comparable regarding the evaluation of the couples' social system, but not referring to the evaluation of the therapy session. Therapists' ratings indicated rather dysfunctional relationships, whereas clients considered themselves to be less distressed. The different perspectives of clients and therapists in terms of different outcome variables and their impact for treatment evaluation will be discussed.

## Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit durch stationäre Psychotherapie im Spiegel von drei unterschiedlichen Mentalisierungstests

Subic-Wrana C.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>2</sup>, Michal M.<sup>2</sup>, Wiltink J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland,

<sup>2</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

**Ziel:** Mentalisierung als psychische Basisfähigkeit ist besonders bei psychischen Erkrankungen mit strukturellen Störungsanteilen eingeschränkt. Patienten in stationärer Psychotherapie weisen oft solche Störungsanteile auf, Ziel der stationären Psychotherapie ist daher neben der Symptomreduktion auch die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit. Bisher fehlen zur Messung der Mentalisierungsfähigkeit Tests, die sowohl an gesunden wie klinischen Populationen normiert sind, damit ist eine valide Messung der Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit eine methodische Herausforderung. In der vorliegenden Studie ist die Mentalisierungsfähigkeit zu Beginn und am Ende stationärer Psychotherapie mit drei unterschiedlichen Tests gemessen worden - neben der Frage, ob sich die Mentalisierungsfähigkeit nach stationärer Psychotherapie verbessert hat, sollen auch die unterschiedlichen Messeigenschaften der Tests dargestellt werden.

**Untersuchungsgruppe und Methoden:** N=168 Patienten in stationärer psychodynamischer Akut-Psychotherapie bearbeiteten bei Aufnahme und Entlassung die Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS; affekt-zentrierte Mentalisierungsfähigkeit), den Reading the Mind in the Eyes-Test (RMET; „Lesen“ komplexer mentaler Zustände an den Ausschnitten fotografisch dargestellter Gesichter = Augenpartie) und dem Frith-Happe-Mentalization-Task (Animationen, Zuschreibung mentaler Zustände zu den Bewegungen von zwei Dreiecken in kurzen Zeichentrickfilm-Sequenzen). Mit linearen Regressionsanalysen wurden Prädiktoren der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit bei Entlassung geprüft; unabhängige Variablen waren die Werte in den Mentalisierungstests bei Aufnahme, Alter, Geschlecht, Bildungsgrad sowie selbst eingeschätzte Lebensqualität (SF-12), soziale Angst (LSAS), Distress

(SCL-9), Depersonalisation (CDS), Kindheitstraumatisierung (CTQ) und Anzahl der Diagnosen.

**Ergebnisse:** Bei Entlassung hatte sich die affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit (LEAS) signifikant erhöht, während die anderen Mentalisierungsmaße keine (RMET) oder nur tendenzielle Verbesserungen (Animationen) zeigten. Physische Mißhandlung (CTQ) war negativ mit der Mentalisierungsfähigkeit bei Entlassung korreliert. Die Ergebnisse werden sowohl unter klinischen wie methodischen Gesichtspunkten diskutiert.

## Was wirkt in der psychodynamischen Psychotherapie der Sozialen Angststörung? Einfluss von Prozessmerkmalen auf den Behandlungserfolg

Wiltink J.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik f. Psychosomatische Medizin, Mainz, Deutschland

In der randomisiert-kontrollierten Multicenterstudie (Sopho-Net \*) wurde die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie (PDT) der Sozialen Angststörung (SAS) gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) überprüft. Es wurden 495 Patienten mit SAS entweder einer manualisierten KVT (N=209), einer manualisierten PDT (N=207) oder Warteliste (N=79) zugewiesen. Hinsichtlich Remission/ Response erwiesen sich KVT und PDT der Warteliste als überlegen (Leichsenring et al. 2013). Unklar ist jedoch der Einfluss von spezifischen Prozessmerkmalen der PDT auf das Behandlungsergebnis.

Um die therapeutische Adhärenz/ Kompetenz hinsichtlich supportiver, expressiver und spezifischer Interventionen zum Behandlungsmanual zu überprüfen, adaptierten wir die PACS-SE (Barber et al. 1996). Insgesamt wurden 350 Behandlungssitzungen (je 5 randomisiert ausgewählte Sitzungen aus 70 Behandlungen; 35 Responder vs. 35 Nonresponder) durch geschulte Rater mit moderater Interrater-Reliabilität bzgl. der Prozessmerkmale eingeschätzt. Zusätzlich wurden therapeutische Allianz (HAQ) und outcome (Liebowitz Soziale Angstskala) im Verlauf (nach 8 und 15 Wochen) und am Ende der Behandlung erfasst. Unser Ziel war die Untersuchung a) des Einflusses von Adhärenz/ Kompetenz auf das Behandlungsergebnis, b) des Zusammenhangs zwischen Adhärenz/ Kompetenz und therapeutischer Allianz, sowie c) der Abhängigkeit des Behandlungserfolgs vom zeitlichen Auftreten der Prozessmerkmale im Behandlungsverlauf.

Zur Bestimmung des Zusammenhangs zwischen Adhärenz/ Kompetenz, therapeutischer Allianz und Behandlungserfolg wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen (AV: Adhärenz/ Kompetenz; Faktor: Response vs. Nonresponse; Kovariable: therapeutische Allianz und frühe Veränderungen hinsichtlich des outcomes) durchgeführt.

Als Hauptergebnisse fand sich, dass Adhärenz und Kompetenz hinsichtlich expressiver Interventionen höher waren in den Behandlungen der Nonresponder insbesondere in der mittleren Phase der Behandlung. Spezifische Interventionen wurden kom-

petenter durchgeführt in den Behandlungen der Responder (v.a. zum Ende der Behandlung).

Die Ergebnisse legen nahe, dass Therapeuten versuchen, drohendem Nonresponse v.a. zur Behandlungsmittel aktiv entgegenzusteuern und dass zum Behandlungsende hin Response entweder die kompetente Umsetzung spezifischer Interventionen erleichtert oder kompetente Umsetzung spezifischer Interventionen zu besseren Behandlungsergebnissen führt.

\* gefördert durch das BMBF

## Theoretische Grundlagen und Perspektiven

### Die therapeutische Beziehung in der psychosomatischen Medizin. Klinische und anthropologische Aspekte

von Boetticher D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Die psychosomatische Medizin ist die „Medizin der menschlichen Beziehungen“ (Weiner) par excellence und Beziehung das, was psychosomatische Medizin „im Innersten zusammenhält“ (Herrmann-Lingen). Beziehung ist ein Schlüsselbegriff im Selbstverständnis psychodynamisch orientierter psychosomatischer Medizin. Dabei wird der Beziehungsbegriff oftmals in einer Weise verwendet, als verstünde sich von selbst, was damit gemeint sei u. als bedürfe er keiner weiteren Explikation. Beziehung wird in den einschlägigen Lehrbüchern einschl. OPD 2-Manual, das der Beziehung eine eigene Achse widmet, zwar vielfach beschrieben, bleibt aber weitgehend undefiniert.

**Methode:** Die Präsentation gliedert sich in einen historischen u. einen systematischen Teil. Sie skizziert zunächst historische Stationen in der Entwicklung psychodynamischer Psychotherapie und Psychosomatik zu einer Beziehungsmedizin (Freud, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie, „intersubjektive Wende“) und kontextualisiert diese Stationen mit Befunden der empirischen (Tomasello), medizinischen (v. Weizsäcker) und philosophischen (Gadamer, Taylor, Honneth) Anthropologie.

**Ergebnis:** Das klinische Verständnis von Beziehung hat sich im psychodynamischen und psychosomatischen Diskurs grundlegend verändert. Diese Veränderung bleibt nicht auf die Klinik begrenzt. Beziehung wird mit der „intersubjektiven Wende“ (Altmeyer u. Thomä) auch eine anthropologische Bedeutung zugeschrieben, durch die sie mit anderen anthropologischen Phänomenen verknüpfbar wird.

**Diskussion:** Vor diesem Hintergrund werden in systematischer Absicht 3 Thesen diskutiert:

1) Mit der „intersubjektiven Wende“ werden psychodynamische Psychosomatik u. Psychotherapie zur „Beziehungsmedizin“. Beziehung erhält hierbei eine basale anthropologische Bedeutung, die



den Menschen als eine Art *animal relationale* erscheinen lässt.

2) *Animal relationale* heißt dabei nicht nur, dass Menschen sich nur durch ihre unhintergehbare Bezogenheit verstehen lassen, sondern dass auch umgekehrt in dieser Bezogenheit das speziell Menschliche sich abbilden lassen können muss: *Die intersubjektive Wende bedarf für ihre Realisierung der Ergänzung durch eine anthropologische Wende.*

3) Hierfür ist die Verknüpfung mit anderen basalen anthropologischen Phänomenen erforderlich wie z.B. denen der *geteilten Intentionalität* (Tomasello), des *Pathischen* (v. Weizsäcker), des *Verstehens* (Gadamer), der *Wertung* (Taylor) und der *Anerkennung* (Honneth).

## Der Aspekt des Körpers in der Psychosomatik unter phänomenologischen Gesichtspunkten

Walther J.<sup>1</sup>, Spanknebel S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Otto-von-Guericke-Universität, Institut für Philosophie, Kulturphilosophie, Magdeburg, Deutschland

Psychosomatik ist eine Betrachtungsweise des Menschen, die davon ausgeht, dass Psyche und Soma in enger wechselseitiger Verbundenheit stehen. Dadurch weist sie eine große Schnittmenge mit philosophischen Fragen auf.

Ausgehend von Th.v.Uexküll's Werk wird, mit Hilfe von systematischer Literaturrecherche, der Aspekt des Körpers in der Psychosomatik unter philosophisch-phänomenologischen Gesichtspunkten analysiert und durchdacht. Dieses Denken steht in einer langen Tradition verschiedener Ansätze, z.B. derer Karl Jaspers, welcher nachdrücklich herausstellte, dass seelische Prozesse immer nur indirekt, also über den Patienten selbst, zugänglich seien. Zum Anderen gründet sie ihre Annahmen im Denken der Neuen Phänomenologie. Deren Interesse gilt der Subjektivität, dem Leib und dem Gefühl.

Im Körper scheiden sich die Welten der Medizin: Die Einen betrachten den Körper in der Analogie einer Maschine, die Anderen entwickeln ein psychotherapeutisches Gegenprogramm. In der Praxis wird psychosomatisches Wissen nicht integrativ, sondern additiv angewendet. Der Anspruch von Uexküll für die Psychosomatik ist aber nicht, eine Teildisziplin zu sein, sondern eine medizinteoretische Sichtweise, an deren Ende die vom Mensch gelebte Einheit seines Seins steht. Um dies zu erreichen, ist es notwendig eine neue, ganzheitliche Heilpraxis zu schaffen. Dies kann nur geschehen, wenn dem somatischen und psychischen Reduktionismus der Rücken gekehrt wird. Hier stellt sich die Frage: Wie betrachtet die Psychosomatik den Körper?

Angesetzt wird mit einer Kritik an Uexkülls Theorie. Es wird behauptet, dass diese in ihren Grundzügen reduktionistisch ist. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Psychosomatik anders zu denken. Sie muss ein Verständnis bieten für die Verbundenheit von Körper und Psyche. Es wird untersucht, ob das vom philosophischen Konzept der Leiblichkeit geleistet werden kann (Vgl. Alloa

2012). Dies meint den be- und gelebten Körper. Uexküll (2002) bezog sich auf den Philosophen H. Plessner. Dieser differenziert die Gegebenheit des Menschen in „Körper-Haben“ und „Körper-Sein“ (1982): Der Mensch ist mit seinem Körper ein weltliches Objekt und gleichsam ein Subjekt in und durch seinen Körper. Dies ist der leibliche Aspekt, welcher fordert: Der Patient muss sich selbst fühlend leben.

Es soll ausbuchstabiert werden, wie fruchtbar eine derartige Betrachtungsweise des Körpers für das Selbstverständnis der Psychosomatik sein könnte.

## Können somatische Erkrankungen einen „Ausdrucksgehalt“ haben? Ein Psychoneuroimmunologisches Erklärungsmodell

Federschmidt H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Psychosomatik und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Ein Ausdrucksgehalt körperlicher Beschwerden wird üblicherweise auf Konversionsstörungen eingeschränkt, nach Alexander(1950) auf die willkürlich innervierten neuromuskulären und sensorisch-perzeptiven Systeme. Demgegenüber postulieren Engel und Schmale (1978), dass jedes Organsystem, unabhängig davon ob eine willkürliche oder autonome Innervation vorliegt, zum Ausdruck unbewusst-seelischer Inhalte verwendet werden kann. Entscheidend sei, inwieweit das Organsystem/die Körperpartie lebensgeschichtlich unter dem Objekt-Beziehungsaspekt bedeutsam war und hierdurch für die Übernahme einer seelischen Repräsentanz geeignet ist. Als Komplikation könne - bei Vorliegen somatischer Faktoren - am Ort der Konversion sich eine Organläsion ausbilden.

Die Psychoneuroimmunologieforschung eröffnet hierfür eine Erklärungsmöglichkeit: Zu den bisher bekannten Kommunikationswegen zwischen ZNS und Immunsystem (HHN-Achse und SAM-Achse) gibt es einen Dritten: Sensorische Neurone leiten aus der Peripherie neben sensorischen Reizen auch Immunsignale zum Gehirn (Dantzer 1994) und - das ist das Besondere - sie dienen ferner gegenläufig als Kommunikationsschiene vom ZNS zu den Immunzellen in der Peripherie. Somit sind diese Neurone funktionell dual (Weihe et al 1996). Bei ihnen wird in den Ganglien Substanz-P synthetisiert, die in die Nervenendigungen der Peripherie wandert. Das dort durch die Substanz P aktivierte Immunsystem wirkt seinerseits wiederum zurück auf die Neurone, wodurch es zu einem pathologischen sich gegenseitig aufschaukelnden Wechselspiel kommen kann, einhergehend mit Gewebeschädigung (Weihe et al 1991).

Durch die Möglichkeit des ZNS, über nervale Vermittlung pathologische Immunprozesse anzustoßen bzw. zu unterhalten, bekommt die Theorie von Engel und Schmale eine anatomisch-physiologische Grundlage. Es ist hierdurch denkbar, dass es in einem symbolisch besetzten Körperteil aufgrund eines neuroimmunologisch wechselseitigen Verstärkungsprozesses zu Gewebe-

schädigung kommt. Für die Bedeutung von „Erinnerungsspuren“ ist besonders interessant, dass es sensorische Fasern sind, die dies duale Funktion haben und neben dem sensorischen Reiz in gegenläufiger Richtung vom ZNS Impulse in die entsprechende Peripherie schicken. Hierdurch könnte die Lokalisation von Erkrankungen (z.B. bei Neurodermitis) einen psychischen Bedeutungsinhalt besitzen.

Im Vortrag wird anhand der Literatur und eigenen Befunden dieses Erklärungsmodell diskutiert.

## Gefühle in der psychosomatischen Medizin. Klinische und anthropologische Aspekte

von Boetticher D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Gefühle gehören zu den komplexesten biopsychosozialen Phänomenen der menschlichen Erfahrung. Sie sind historisch und aktuell innerhalb der psychosomatischen Medizin und philosophischen Anthropologie von zentraler Bedeutung. Gleichwohl gibt es in beiden Bereichen Schwierigkeiten einer genauen Definition. Zudem stehen die Befunde beider Disziplinen oftmals unverbunden nebeneinander.

**Methode:** Die Präsentation gliedert sich in einen historischen und einen systematischen Teil. Sie skizziert zunächst historische und aktuelle Positionen in der Entwicklung des klinisch-psychosomatischen Verständnisses der Emotionen (Galen, James, Freud, Alexander, Engel, Weiner, Damasio, Krause) und kontextualisiert diese mit aktuellen systematischen Überlegungen der philosophischen Anthropologie (Solomon, Ben-Ze'ev, Taylor).

**Ergebnisse:** Seit der Antike wurden in unterschiedlichen nosologischen Konzepten Ursache und Verlauf von Krankheiten dem Wirken von Emotionen (*passiones*) zugeschrieben. Zu Beginn der modernen psychosomatischen Ära postulierten vorwiegend psychogenetische Ansätze eine primär linear-kausale Rolle der Emotionen in der Entstehung von Krankheiten (Konversion, Aktualneurose, spezifischer unbewusster Konflikt, Resomatisierung). Die Einführung des biopsychosozialen Modells und des Konzepts der Multikausalität, die basale Theoreme der gegenwärtigen psychosomatischen Medizin darstellen, lösten Ideen einer unidirektionalen Beeinflussung zwischen körperlichen Veränderungen und Emotionen ab. Doch verändert das biopsychosoziale Modell nicht nur das Verständnis der *Funktion* der Emotionen, sondern auch das ihrer *Bedeutung* und impliziert eine Öffnung der Perspektive auf ihre soziokulturelle Genese. Neben der empirischen Forschung, die eine Vielzahl neurobiologischer, physiologischer und klinischer Befunde hervorgebracht hat, hat auch die hermeneutische Forschung eine Fülle anthropologischer Überlegungen entwickelt, die v.a. die Bedeutung der Emotionen für die Ethik, Intersubjektivität und personale Identität betreffen.

**Diskussion:** Das biopsychosoziale Modell beinhaltet die Not-

wendigkeit komplementärer empirischer und hermeneutischer Forschungsmethoden. Die gegenwärtigen Modelle innerhalb der Psychosomatik werden durch einseitig positivistisch-empirische Konzepte dominiert. Doch erlaubt erst eine Verknüpfung mit hermeneutischen Positionen eine umfassendere anthropologische Konzeptualisierung der Emotionen innerhalb der psychosomatischen Theorie und Praxis.

## Herausforderungen in Psychometrie und Psychodiagnostik

### Validierung der deutschsprachigen Version des Irritable Bowel Syndrome-Specific Symptom Questionnaire (IBSQuest)

Schäfer S.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>2</sup>, Hoppner J.<sup>3</sup>, Becker N.<sup>1</sup>, Friedrich D.<sup>4</sup>, Stokes C.<sup>4</sup>, Lammert F.<sup>4</sup>, Köllner V.<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Universität des Saarlandes, Fachrichtung Psychologie, Saarbrücken, Deutschland, <sup>2</sup>Universität des Saarlandes, Medizinische Fakultät, Homburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Mannheim, I. Medizinische Klinik, Mannheim, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für Innere Medizin II - Gastroenterologie und Endokrinologie, Homburg, Deutschland, <sup>5</sup>Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MediClin Bliestal-Kliniken, Blieskastel, Deutschland

**Hintergrund:** Bis dato steht im deutschsprachigen Raum kein geeignetes Instrument zur Einschätzung der Schwere der Symptomatik oder zur Verlaufskontrolle des Reizdarmsyndroms zur Verfügung. In dieser Studie wurde daher eine deutschsprachige Version des Irritable Bowel Syndrome-Specific Symptom Questionnaire (IBSQuest, Wiklund et al., 2003) mittels Übersetzung und Rückübersetzung entwickelt und hinsichtlich ihrer psychometrischen Qualität und ihrer faktoriellen Struktur untersucht.

**Methodik:** Die Studie basiert insgesamt auf 372 Testpersonen (62.6% weiblich, Alter M = 40.71, SD = 16.59). 65 (17.47% der Gesamtstichprobe) dieser Probanden litten unter dem Reizdarmsyndrom, 74 (19.89%) wurden wegen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung behandelt, 45 (12.1%) Personen waren Patienten einer psychosomatischen Klinik und 188 (50.54%) Personen gehörten einer Kontrollgruppe an, die sich aus 73 (19.62%) orthopädischen und 115 (30.91%) studentischen Testpersonen zusammensetzt. Alle Testpersonen füllten den 13 Items umfassenden IBSQuest sowie den Gießener Beschwerdebogen (GIB-24; Brähler et al.) und die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D; Hermann-Lingen et al., 2011) aus.

**Ergebnisse:** In allen untersuchten Stichproben zeigten sich für den Gesamtscore der deutschen Version des IBSQuest zufriedenstellende bis sehr gute interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha zwischen .768 und .922). Gleiches galt für die Subskalen Blähungen, Diarrhoe, Übersättigung, Schmerzen und Obstipation (Cron-

bach's Alpha zwischen .788 und .905). Auch die Itemschwierigkeiten (zwischen .253 und .726) und Trennschärfen (zwischen .475 und .829) lagen im zufriedenstellenden Bereich. Im Rahmen einer Hauptachsenanalyse zeigte sich für die Items des IBSQuest eine vierfaktorielle Struktur, die der Struktur des englischsprachigen Originals weitestgehend ähnelt. Die konvergente Validität kann aufgrund substantieller und signifikanter Zusammenhänge ( $r = .712$ ;  $p = .000$ ) mit der Skala Magenbeschwerden des GBB-24 und den Skalen Angst ( $r = .424$ ;  $p = .000$ ) und Depressivität ( $r = .437$ ;  $p = .000$ ) des HADS-D sowie unterschiedlicher Symptombelastung in den verschiedenen Subgruppen als gegeben gelten.

**Diskussion:** Die deutsche Version des IBSQuest erweist sich als effizientes, reliables und valides Instrument zur Erfassung der Reizdarmsymptomatik. Ein Einsatz im klinischen Alltag kann daher als sinnvoll bewertet werden.

### Das Essener Trauma-Inventar (ERI)

Tagay S.<sup>1</sup>, Schlottbohm E.<sup>1</sup>, Lindner M.<sup>1</sup>, Friederich H.-C.<sup>1</sup>, Düllmann S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LVR Klinikum Essen, Essen, Deutschland

**Fragestellung:** Angesichts der klinischen und wissenschaftlichen Bedeutung von Ressourcen hatte unsere Studie die Entwicklung und Überprüfung des Essener Ressourcen-Inventars (ERI) zum Ziel. Das mehrdimensionale Instrument soll ein breites Spektrum an Ressourcen erfassen.

**Methode:** Das ERI wurde an einer Stichprobe von 478 Probanden (Alter:  $53.84 \pm 17.66$  Jahre; Range = 18-89 Jahre) im Hinblick auf seine psychometrischen Kennwerte an klinischen und nicht klinischen Gruppen überprüft.

**Ergebnisse:** Es fanden sich gute bis sehr gute Reliabilitätskennwerte, insbesondere für die Gesamtskala des ERI ergab sich eine exzellente interne Konsistenz. Die a priori angenommene Drei-Faktoren-Struktur (Personale-, Soziale- und Strukturelle Ressourcen) fand empirische Bestätigung. Hinweise auf eine sehr gute Konstruktvalidität zeigten sich durch signifikante Korrelationen des ERI mit weiteren Ressourcenverfahren (F-SozU, SOC-13, K-INK), Maßen der psychischen Befindlichkeit (BSI, IIP-C), der Lebensqualität (SF-12) sowie der Traumatisierung (ETI). Therapiepatienten zeigten im Unterschied zu somatischen Patienten und gesunden Kontrollen in allen ERI-Skalen die geringsten Ressourcen, besonders stark reduziert waren diese in den Bereichen Sinnhaftigkeit ( $F=46.12$ ;  $p \leq .001$ ), Internale Kontrollüberzeugungen ( $F=43.79$ ;  $p \leq .001$ ), Flexibilität ( $F=39.37$ ;  $p \leq .001$ ) und Soziale Kompetenz ( $F=36.07$ ;  $p \leq .001$ ).

**Diskussion:** Mit dem ERI liegt im deutschen Sprachraum erstmals ein ökonomisches, reliables und valides Inventar zur mehrdimensionalen Ressourcenausstattung von Patienten vor, dessen Einsatz sich sowohl im Forschungs- als auch im klinischen Kontext empfiehlt.

### Verschiedene Sprachen - gleiche Bedeutung? Eine Untersuchung der psychometrischen Äquivalenz der PROMIS® Angst Item Bank und ihrer deutschen Übersetzung

Wahl I.<sup>1</sup>, Rutsohn J.<sup>2</sup>, Cella D.<sup>2</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>3</sup>, Brähler E.<sup>4</sup>, Pilkonis P.<sup>5</sup>, Schalet B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland,

<sup>2</sup>Northwestern University Feinberg School of Medicine, Department of Medical Social Sciences, Chicago, Vereinigte Staaten,

<sup>3</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland,

<sup>4</sup>Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland,

<sup>5</sup>University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, Pittsburgh, Vereinigte Staaten

**Ziel:** Ziel des US-amerikanischen Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) ist die internationale Vergleichbarkeit patientenberichteter Ergebnismaße. Paz et al (2013) nutzten Methoden des Differential Item Functioning (DIF) und Item Response Theorie (IRT) basiertes Linking, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Sprachversionen eines Instruments zu prüfen. In unserer Studie wurde die Vergleichbarkeit der PROMIS Angst Item Bank und ihrer deutschen Übersetzung entsprechend untersucht.

**Methoden:** Die deutsche Übersetzung der PROMIS Angst Item Bank (Pilkonis et al., 2011; Wahl et al, 2011), erhoben in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung (N=2504) sowie das englische Original, erhoben in der PROMIS-Stichprobe (s. Pilkonis et al, 2011) der US-Allgemeinbevölkerung (N=788) wurden hinsichtlich DIF bzgl. der Sprache untersucht. Psychometrische Item-Eigenschaften (Unidimensionalität, Monotonie) wurden u.a. mittels Konfirmatorischer Faktorenanalyse und Mokken's Skalenanalyse (1971) bestimmt. IRT-Parameter wurden mit Samejima's Graded Response Model geschätzt, DIF mittels der Software Lordif analysiert (Choi et al, 2011).

**Ergebnisse:** Die deutsche Übersetzung der PROMIS Angst Item Bank erwies sich als unidimensional und monoton. Ergebnisse für die deutsche vs. US-amerikanische Stichprobe waren: Cronbach's  $\alpha$  0.97 vs. 0.97; mittlere Faktorladungen 0.84 vs. 0.82; Fit Indices CFI/TLI/RMSEA 0.96/0.95/0.07 vs. 0.98/0.98/0.06; keine Residualkorrelationen ( $|\rho^*| < 0.20$ ) in beiden Stichproben; Skalierbarkeitskoeffizient H 0.59 vs. 0.51; Steigung der IRT Itemparameter im Mittel (Spanne) 2.75 (1.85-3.98) vs. 2.72 (1.27-3.88). Zwei von 29 Items zeigten geringfügig DIF: „I felt worried“ („Ich war besorgt“) mit pseudo  $R^2\Delta=0.022$  und „I worried about other people's reaction to me“ („Ich war besorgt, wie andere Menschen auf mich reagieren“) mit pseudo  $R^2\Delta=0.024$ . Die Berücksichtigung von DIF in der  $\Theta$ -Skalenwertberechnung ergab nur marginale Unterschiede ( $< 0.01$   $\Theta$ -Einheiten). Auf einer gemeinsamen  $\Theta$ -Metrik lag der Mittelwert der deutschen Allgemeinbevölkerung 7 Punkte unter dem der US-amerikanischen.

**Fazit:** Zwei von 29 Items der PROMIS Angst Item Bank wurden sprachbedingt marginal unterschiedlich von US-Amerikanern und Deutschen beantwortet. Insgesamt wies die deutsche Allgemeinbevölkerungsstichprobe eine geringere Angstsymptomatik auf als die US-amerikanische. Implikationen für die internationale Forschung werden diskutiert.

## **Entwicklung einer Kurzversion des Eating Attitudes Tests (EAT) und Prävalenz auffälligen Essverhaltens in der deutschen Gesamtbevölkerung**

Richter F.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Brähler E.<sup>2,3</sup>, Berger U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

Ein auffälliges Essverhalten liefert erste wichtige Hinweise zur Früherkennung von klinisch relevanten Essstörungen. Screening-Instrumente haben das Ziel, auffälliges Essverhalten frühzeitig zu erkennen, um Risikopopulationen zu identifizieren und bei Bedarf eine Versorgung einzuleiten.

Der Eating Attitudes Test (EAT) erfasst mittels Selbstbericht Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Essen und Figur. Anhand eines dreistufigen Verfahrens wurde der deutschsprachige EAT-28D zunächst faktorenanalytisch auf ein 13 Item-langes Instrument verkürzt und hinsichtlich faktorieller Validität und der Eignung für verschiedene Altersgruppen anhand einer für die deutsche Gesamtbevölkerung repräsentativen Stichprobe (N = 2508) überprüft.

Nach psychometrischer Itemselektion wurde der Fragebogen danach auf acht Items verkürzt, das Antwortformat dichotomisiert und erneut einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe vorgelegt (N = 2527). Berichtet und diskutiert werden neben den psychometrischen Kennwerten und der Praktikabilität der Kurzversion für große Stichproben, auch die Prävalenz auffälligen Essverhaltens in der deutschen Gesamtbevölkerung.

## **Empirische Forschung zur Psychoanalyse und psychodynamischen Therapie**

### **Psychodynamische Therapie: Evidenz und aktuelle Kontroversen**

Leichsenring F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Giessen, Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen, Deutschland

Systematische und kontrollierte Wirksamkeitsforschung ist in der psychodynamischen Therapie über lange Zeit vernachlässigt worden. In den letzten Jahren sind jedoch eine Reihe von randomisierten kontrollierten Studien zur psychodynamischen Therapie durchgeführt worden, die die Wirksamkeit der Methode bei spezifischen psychischen Störungen belegen. Von anderen therapeutischen Richtungen wird diese Evidenz jedoch immer wieder in Frage gestellt.

In diesem Vortrag wird eine systematische Übersicht über die Wirkungsbelege psychodynamischer Therapie bei spezifischen psychischen Störungen gegeben. Darüber hinaus wird auf aktuellen Kontroversen im Hinblick auf die Evidenzbasierung psychodynamischer Therapie eingegangen.

### **Outcome trajectories and mediation in psychotherapeutic treatments of major depression**

Huber D.<sup>1,2</sup>, Zimmermann J.<sup>3</sup>, Klug G.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum München, München, Deutschland, <sup>2</sup>International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Psychologisches Institut/Institut der Universität Kassel, Kassel, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TUM, München, Deutschland

Trajectories and mediators of change were investigated in a process-outcome study. Patients were allocated at random to psychoanalytic therapy (PA) or psychodynamic therapy (PD), and later to cognitive-behavioral therapy (CBT). Measurement points were at pre-treatment, during ongoing treatment, at post-treatment, and at follow-up. Outcome trajectories were assessed by Beck Depression Inventory, Symptom-Checklist Revised Version, and Inventory of Interpersonal Problems. Therapeutic alliance and introject were tested as mediators, assessed by Helping Alliance Questionnaire and INTREX, introject surface. Multilevel modelling was applied to estimate outcome trajectories and to test for mediation.

Symptoms decreased in early and ongoing treatment in all treatments. After end of treatment depressive and general psychiatric symptoms continued to decrease significantly in PA compared to PD and CBT. During early treatment interpersonal problems decreased significantly in PD compared to PA and CBT. During ongoing treatment improvement was significantly higher in PA

compared to PD and CBT, and continued to increase marginally significantly after termination. Mediation analyses revealed that introject affiliation mediated differential treatment effects, whereas therapeutic alliance did not.

## Das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt

Hörz-Sagstetter S.<sup>1,2</sup>, Mertens W.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Ludwig-Maximilians-Universität München, Dept. Psychologie, München, Deutschland

**Fragestellung:** Das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt ist eine naturalistische Studie, die in Kooperation zwischen der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. durchgeführt wird und Prozess und Ergebnis von psychoanalytischen Psychotherapien untersucht.

**Methode:** An fünf Messzeitpunkten im Verlauf von psychoanalytischen Psychotherapien (Beginn, nach 80 Std., nach 160 Std., nach 240 Std., nach 300 Std.) werden Stundenaufzeichnungen angefertigt, transkribiert und anhand einer Reihe von Prozessinstrumenten (z.B. Planformulierungsmethode, Psychotherapy Process Q-Set, SASB, ZBKT) ausgewertet. Zu den gleichen Zeitpunkten und zusätzlich zu einem Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapieende werden Forschungsinterviews (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD, Heidelberger Umstrukturierungsskala HSCS, Adult Attachment Interview AAI, Adult Attachment Projective AAP) durchgeführt, sowie von Patienten Fragebögen (z.B. SCL-90-R) ausgefüllt. Ergänzt werden die Perspektiven der Patienten und der Forscher mit der der Therapeuten, die Verlaufsberichte ausfüllen und mit denen qualitative Interviews durchgeführt werden.

**Ergebnisse:** Die Verschränkung der Perspektiven und Methoden wird am Fall eines Einzelfalls verdeutlicht, in dem die Auswertungen des psychotherapeutischen Prozesses zum Verständnis der Veränderungen im Outcome beitragen.

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

Leuzinger-Bohleber M.<sup>1</sup>, Kallenbach L.<sup>1</sup>, Schoett M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>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) mit kognitiv-behavioralen (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 402 Patienten in das ITT-Kollektiv der Studie eingeschlossen werden. Die Hauptoutcomemaße der Studie sind der QIDS-C (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 stattfindenden 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. Bis zum März 2015 liegen die Ergebnisse zum Randomisierungs- und Präferenzarm nach einem Jahr der Behandlung vor, dem Hauptvergleichszeitpunkt der Studie. Diese Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert und diskutiert.

Manfred E Beutel, Marianne Leuzinger-Bohleber, Bernhard Rüger, Ulrich Bahrke, Alexa Negele, Antje Haselbacher, Georg Fiedler, Wolfram Keller and Martin Hautzinger

Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial, *Trials* 2012, 13:117

Leuzinger-Bohleber, M.; Bahrke, U.; Negele, A. (Hg.) (2013): Chronische Depression. Verstehen - Behandeln - Erforschen. (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Reihe 1: Klinische Psychoanalyse: Depression, Bd. 3). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

## Angst- und Zwangsstörungen

### Unterschiede im Bindungsstil und Auswirkungen des Bindungsstils auf die Symptomstärke bei Personen mit sozialer Phobie

Rambau S.<sup>1</sup>, Geiser F.<sup>1</sup>, Kleiman A.<sup>1</sup>, Wegener I.<sup>1</sup>, Koch A.S.<sup>1</sup>, Conrad R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Bonn, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland

Die Bindungstheorie ermöglicht eine hilfreiche Sichtweise im Hinblick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie (Verture, 2003). Bisherige Studien konnten die soziale Phobie bereits mit Bindungseigenschaften in Verbindung bringen. Im Rahmen des Forschungsprojektes Social Phobia Research wurden die Probanden daher unter anderem bezüglich ihres Bindungsstils befragt.

In einer Stichprobe von 225 Probanden mit sozialer Phobie und 70 gesunden Kontrollpersonen wurde zur Erhebung des Bindungs-

stils eine deutsche Version des Attachment Styles Questionnaire (ASQ) eingesetzt. Dieser erfasst für jeden Probanden die Stärke der Zustimmung auf den folgenden vier Bindungsdimensionen: sicher, ängstlich-ambivalent, ängstlich-vermeidend, gleichgültig-vermeidend. Weiterhin wurde das Ausmaß der sozialängstlichen Symptomatik mittels der deutschen Version des Social Phobia Inventory (SPIN) erhoben. Als Depressionsmaß wurde das Beck-Depressions-Inventar (BDI) verwendet. Eine Kovarianz- sowie eine Regressionsanalyse (AV: SPIN; UV: ASQ) wurden berechnet.

Probanden mit sozialer Phobie waren im Vergleich zu Probanden aus der gesunden Kontrollgruppe signifikant älter ( $p < 0,001$ ) und wiesen höhere Depressionswerte ( $p < 0,001$ ) und sozialängstliche Symptomatik ( $p < 0,001$ ) auf. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung unterschieden beide Gruppen sich nicht signifikant. In der anschließenden einfaktoriellen Kovarianzanalyse, mit Alter sowie Ausmaß der depressiven und sozialängstlichen Symptomatik als Kovariaten, zeigte sich, dass Probanden mit sozialer Phobie, verglichen mit den Kontrollpersonen, signifikant höhere Werte bezüglich der ängstlich-ambivalenten ( $p = 0,002$ ) sowie ängstlich-vermeidenden ( $p < 0,001$ ) und signifikant niedrigere Werte bezüglich des sicheren Bindungsstils ( $p = 0,001$ ) aufwiesen. Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des gleichgültig-vermeidenden Bindungsstils. Eine schrittweise multiple lineare Regressionsanalyse innerhalb der Gruppe der Betroffenen zeigte weiterhin, dass insbesondere ein ängstlich-ambivalenter Bindungsstil mit höherer sozialängstlicher Symptomatik einhergeht ( $p < 0,001$ ). Das Regressionsmodell klärt 20,8% der Varianz der Symptomstärke auf.

Die vorliegende Untersuchung zeigt anhand eines großen Probandenkollektivs, dass Personen mit sozialer Phobie verstärkt unsichere Bindungsstile aufweisen. Unsere Befunde weisen auf die Bedeutsamkeit von Veränderungen der Bindungssicherheit im psychotherapeutischen Kontext hin.

## **Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie auf Depersonalisations- und Derealisationssymptome bei sozialer Phobie**

Schweden T.L.K.<sup>1</sup>, Bräuer D.<sup>1</sup>, Klumbies E.<sup>2</sup>, Wersch P.<sup>1</sup>, Kirschbaum C.<sup>2</sup>, Hoyer J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Technische Universität Dresden, Institut für Biologische Psychologie, Dresden, Deutschland

Während gefürchteter sozialer Situationen werden von der Mehrzahl der Patienten mit sozialer Phobie Symptome der Depersonalisation und der Derealisation berichtet. Bislang fehlten kontrollierte empirische Untersuchungen zur Frage, ob Psychotherapie zu einer Reduktion dieser hoch automatisierten Reaktionsbereitschaften führt.

Patienten mit Sozialer Phobie unterzogen sich vor und nach einer Kurzzeit-Verhaltenstherapie ( $n = 18$ ) oder einer Wartezeit ohne Behandlung ( $n = 16$ ) einer standardisierten sozialen Stresssituation (Trierer Sozialer Stress Test; TSST) und gaben das Ausmaß ihres Depersonalisations-/ Derealisationserlebens (adaptierten Version der Cambridge Depersonalization Scale, CDS) an.  $N = 18$  Kontrollpersonen wurden ebenfalls untersucht. Nach sechs Monaten wurde außerdem eine Follow-Up-Messung durchgeführt.

Der CDS-Wert der Therapiegruppe sank von der Prä- zur Post-Testung im Vergleich zur Warte- und Kontrollgruppe überproportional ab, was sich in einem signifikanten Interaktionsterm Zeit x Gruppe abbildete. Allerdings stieg der CDS-Wert in der Therapiegruppe in der Follow-Up-Messung wieder an. Ferner bestanden in der Patientengruppe signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Depersonalisations-/ Derealisationserlebens und dem Post-Event-Processing in der Prä- und Post-Testung.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sozial ängstliche Patienten stark zu Depersonalisations-/ Derealisationserleben disponiert sind, und dass dieses auch nach erfolgreicher Therapie wieder auftritt. Die Reduktion dissoziativen Erlebens und des damit verbundenen Nachgrübelns über soziale Situationen könnte die Rückfallprophylaxe bei sozialer Phobie verbessern.

## **Stationäre psychosomatische Behandlung der Körperdysmorphen Störung**

Stierle C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Schön Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland

Die Körperdysmorphie Störung ist mit einer Prävalenz von 1-2% eine relativ häufige Störung. Unter Patienten, die sich in ambulanter Psychotherapie befinden, liegt die Prävalenz sogar bis zu 12% (Phillips, 2005). Betroffene leiden häufig unter einer Vielzahl von psychopathologischen Symptomen wie Selbstmanipulation und Selbstverletzungen, Checking- und Kontrollverhalten sowie massivem sozialen Rückzugsverhalten. Häufig werden als Lösungsversuche sogar plastisch-chirurgische Operationen erwogen. Ausgeprägte Suizidalität stellt ebenfalls ein zentrales Problem der Erkrankung dar und erschwert insbesondere die ambulante Behandlung. Bislang gibt es jedoch in der Versorgungspraxis nur wenige spezialisierte psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung der Körperdysmorphen Störung. In diesem Beitrag wird ein gruppenbasiertes kognitiv-behaviorales Konzept für die stationäre Behandlung der Körperdysmorphen Störung vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen sowie ersten deskriptiven psychodiagnostischen Daten wird ein Einblick in das Patientenklintel im akutpsychosomatischen Behandlungssetting gegeben. Erfahrungen und Schwierigkeiten (z.B. starke Schamaffekte, komorbide Störungen, Motivationsprobleme) in der stationären therapeutischen Arbeit werden berichtet. Erste Therapieoutcome-Daten wie BDI-II- und SCL-90R-Werte aber auch störungsspezifische Maße wie die BDD-Y-BOCS oder die KDS-F werden berichtet.

## Temperamentsvariablen bei patholischem Kaufen: Self-Rating und neuropsychologische Performanz

Müller A.<sup>1</sup>, Voth E.M.<sup>1</sup>, Claes L.<sup>2</sup>, Georgiadou E.<sup>1</sup>, Selle J.<sup>1</sup>, Trotzke P.<sup>3</sup>, Brand M.<sup>3</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>K. U. Leuven, Leuven, Belgien, <sup>3</sup>Universität Duisburg-Essen, Duisburg, Deutschland

**Hintergrund:** Neben materieller Werteorientierung und Depressivität scheinen auch Temperamentsvariablen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von kaufsüchtigem Verhalten beizutragen. Nach Rothbart et al. (2000) können regulative (top-down Regulation, Effortful Control) und reaktive (bottom-up Regulation, emotionale Reaktivität) Temperamentsaspekte unterschieden werden. Bezogen auf letztere postulierte Gray (1987) zwei separate neurobiologische Systeme: das Behavioral Inhibition System (BIS) und das Behavioral Activation System (BAS). Bisherige Untersuchungen an Studentenstichproben haben gezeigt, dass pathologisches Kaufen mit regulativen Defiziten und erhöhter emotionaler Reaktivität (v.a. BAS-Reaktivität) einhergeht.

**Methode:** In die aktuelle Untersuchung wurden 31 kaufsüchtige Patienten/innen (81% weiblich) sowie eine nach Alter und Geschlecht parallelisierte Kontrollgruppe eingeschlossen. Regulatives Temperament wurde mittels Effortful Control Subskala des Adult Temperament Questionnaire (ATQ-EC) und Stroop Test erfasst. Reaktives Temperament wurde anhand der BIS/BAS-Skalen und dem Iowa Gambling Task (IGT) erhoben. Zusätzlich wurden depressive Symptome mit dem PHQ-9 gemessen.

**Ergebnisse:** Kaufsüchtige Personen berichteten geringere Fragebogenwerte im Bereich willentliche Kontrolle (ATQ-EC), unterschieden sich jedoch nicht von den Kontrollprobanden/innen im Stroop-Test. Bezogen auf reaktives Temperament zeigten sich geringere BIS- und höhere BAS-Werte sowie eine schlechtere Performanz im IGT in der Gruppe mit kaufsüchtigen Patienten/innen. Zudem wies diese Gruppe signifikant höhere Depressionswerte auf. Nach Adjustierung der Gruppenvergleiche für die Variable Depression waren nur noch die Unterschiede in der BAS-Skala signifikant.

**Diskussion:** Die Ergebnisse bestätigen frühere Resultate aus nicht-klinischen Stichproben und verdeutlichen die bedeutsame Rolle von Temperamentsaspekten und depressiver Symptomatik bei patholischem Kaufen. Implikationen für die klinische Praxis werden diskutiert.

## Schmerzstörungen „Trauma und Schmerz“

### Teufelskreis der Fibromyalgie: Trauma, Coping, Komorbidität und Schmerz

Leisner S.<sup>1</sup>, Gerhardt A.<sup>1</sup>, Tesarz J.<sup>1</sup>, Janke S.<sup>1</sup>, Eich W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

PatientInnen mit Fibromyalgie-Syndrom (FMS) stellen im Vergleich zu anderen SchmerzpatientInnen eine besondere Schmerzppopulation mit hoher biopsychosozialer Belastung dar. Etwa 70% der FMS-Personen berichten in Fragebogenstudien von traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte. Zwischen 40% und 80% der FMS-PatientInnen weisen eine komorbide Angststörung oder Depression auf. Hinzu weisen FMS-Personen im Vergleich zu anderen Schmerzppopulationen signifikant häufiger inadäquate Copingstrategien, wie Vermeidungsverhalten oder passive Bewältigungsstrategien auf. Trauma, Komorbidität und Coping werden als mögliche zentrale Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Chronifizierung der FMS diskutiert.

Ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen, inadäquaten Copingstrategien, psychischen Komorbiditäten und den Schmerzsymptomen der FMS wurde im Rahmen des Forschungsprojekts LOGIN (Localized and Generalized Muskuloskeletal Pain: Psychobiological Mechanisms and Implications for Treatment) empirisch geprüft. Hierzu wurden 102 Personen mit ärztlich validierter FMS-Diagnose (56,3±9,9 Jahre; 90% weiblich) mittels strukturiertem klinischen Interview nach DSM-IV (SKID) untersucht. Zusätzlich füllten alle Personen schmerz-, trauma- und copingspezifische Fragebögen aus.

Anhand der Prävalenzen sowie korrelations- und regressionsanalytischen Ergebnisse werden spezifische Zusammenhänge zwischen den Risikofaktoren Trauma, Coping und psychische Komorbidität bei FMS-PatientInnen deutlich. Diese lassen sich als ein Teufelskreis innerhalb des FMS-Syndroms beschreiben. Die Ergebnisse werden in den derzeitigen Forschungsstand eingeordnet und diskutiert. Darauf basierend werden therapeutische Implikationen abgeleitet und somit mögliche Wege aus dem Teufelskreis aufgezeigt.

### Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) und komorbide psychische Störungen

Riegel B.<sup>1,2</sup>, Albrecht R.<sup>1,2</sup>, Schnurr U.<sup>1,2</sup>, Brünahl C.A.<sup>1,2</sup>, Löwe B.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland

Das „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ ist eine chronische Schmerzerkrankung, die mit erheblichen psychosozialen Belastungen verbunden ist. Bei Männern sind Depressionen und Angsterkrankungen

kungen als komorbide psychische Störungen bekannt, während Somatisierungsstörungen und Sucht bisher wenig untersucht sind. Bei Frauen ist eine erhöhte Rate psychischer Komorbiditäten beschrieben, v.a. hinsichtlich Traumafolgestörungen und Depression. Es wurde auch diskutiert, ob es sich im engeren Sinne um eine Somatisierungsstörung handelt.

Häufig beschränkte sich die Diagnostik psychischer Störungen bei CPPS auf Selbstauskunftsinstrumente. Es ist daher nötig, eine valide und verlässliche Diagnostik durchzuführen, wie sie bei standardisierten klinischen Interviews gegeben ist. Das Ziel unserer Studie ist daher die Erhebung der Häufigkeit komorbider psychischer Störungen mit dem klinischen Interview für das DSM-IV (SKID).

Es wurden 90 Patientinnen und Patienten im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde zum CPPS rekrutiert. Die Diagnostik psychischer Erkrankungen wurde von geschulten Psychologen und Ärzten mit dem SKID durchgeführt. Parallel fand eine urologische und gynäkologische Befundung statt, um somatische Auslöser für die Beschwerden auszuschließen. Es werden Häufigkeitsanalysen durchgeführt, die einen Vergleich mit Repräsentativdaten der deutschen Bevölkerung erlauben.

Die Schätzungen der Häufigkeiten psychischer Komorbidität liegen getrennt nach Diagnosegruppen vor. Die Rate aktuell bestehender affektiver Störungen beträgt 43% (95%CI 33%-54%) und ist damit deutlich erhöht, während ca. 27% (95%CI 18%-36%) der Stichprobe zusätzlich eine affektive Störungen im Verlauf des Lebens berichten. Angsterkrankungen aktuell (18%; 95%CI 10%-26%) wie auf die Lebensspanne betrachtet (20%; 95%CI 12%-28%) treten ebenfalls erhöht auf. Die Kriterien für die Diagnose einer Schmerzkrankung erfüllen aktuell 60% (95%CI 50%-60%) der Patientinnen und Patienten; bei 30% (95%CI 20%-40%) liegt eine Somatisierungs- bzw. eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vor.

Die Daten bestätigen die Annahme einer hohen psychosozialen Belastung bei CPPS und legen einen stärkeren Fokus auf psychotherapeutische Behandlung im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes nahe. Zudem lässt die erhöhte Rate an psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte die Frage nach der Rolle psychischer Erkrankungen bei der Entstehung von CPPS aufkommen. Dies sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

### **Chronic Pelvic Pain Syndrome: Schmerz, Persönlichkeitsstruktur und Trauma**

Albrecht R.<sup>1</sup>, Riegel B.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Brünahl C.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychosomatik, Hamburg, Deutschland

Die Beteiligung psychosomatischer Variablen an der Entstehung und Aufrechterhaltung eines „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ (CPPS) ist nicht hinreichend geklärt. In einer früheren Analyse konnte ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der wahr-

genommenen Schmerzen und dem Ausmaß der Defizite in der psychischen Struktur gemäß dem OPD2-SF gezeigt werden. Die Entwicklung der psychischen Struktur ist in der Kindheit angelegt, wobei traumatisierende Erlebnisse mit einer Fehlentwicklung der psychischen Struktur in Verbindung gebracht werden.

Der Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und CPPS ist bei Frauen gut untersucht, während es darüber zu Männern wenig gesichertes Wissen gibt. Unsere Studie hat daher die Ziele, 1) die Häufigkeit von Traumatisierungen bei Betroffenen mit CPPS zu erheben und 2) den Einfluss von Traumatisierungen als Moderatorvariable für den Zusammenhang zwischen Strukturniveau und Schmerzwahrnehmung zu untersuchen.

Es werden 120 Patientinnen und Patienten unserer interdisziplinären CPPS-Sprechstunde mittels Selbstauskunftsinstrumenten (Schmerzwahrnehmung: SF-MPQ, Persönlichkeitsstruktur: OPD2-SF, traumatische Erfahrungen in der Kindheit: ACE) untersucht. Fehlende Daten werden mittels Multipler Imputation ersetzt.

Die Ausprägung der Persönlichkeitsdefizite sowie die Prävalenz erlebter Traumatisierungen in der Kindheit werden deskriptiv ausgewertet und mit Referenzstichproben verglichen. Mittels einer Moderatorenanalyse wird der Einfluss der erlebten Traumatisierungen in der Kindheit auf den Zusammenhang zwischen psychischer Struktur und Schmerzwahrnehmung bestimmt.

Es lässt sich eine mittlere Korrelation zwischen der Ausprägung der psychischen Struktur und dem wahrgenommenen Ausmaß der Schmerzen feststellen. Dies spricht dafür, dass Betroffene mit stärkeren strukturellen Defiziten Schmerzen belastender erleben. Dies sollte sich in Behandlungsansätzen niederschlagen, bspw. durch mentalisierungsbasierte Therapieansätze. In unserer Stichprobe zeigt sich eine geringe Prävalenz von Erfahrungen mit psychischer und körperlicher Traumatisierung in der Kindheit. Der Einfluss von Traumatisierungen auf die aktuelle Symptomatik muss differenzierter untersucht werden, um Subgruppen von Betroffenen mit CPPS zu identifizieren.

### **Eye Movement Desensitization and Reprocessing bei chronischem Rückenschmerz - Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie**

Janke S.<sup>1</sup>, Tesarz J.<sup>1</sup>, Leisner S.<sup>1</sup>, Gerhardt A.<sup>1</sup>, Seidler G.H.<sup>1</sup>, Eich W.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Innere Medizin II, Heidelberg, Deutschland

Chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz stellt aufgrund hoher Prävalenz, sozioökonomischer Relevanz, psychischer Komorbidität und limitierter Behandlungserfolge eine Herausforderung zur Entwicklung innovativer Behandlungsansätze dar.

In Fallserien zu Phantomschmerz, Fibromyalgiesyndrom und Migräne wurde das in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie damit einhergehenden emotionalen und körperlichen Beschwerden anerkannte `Eye Movement Desensitization and Reprocessing` (EMDR) vielversprechend mit zum



Teil hohen bis sehr hohen Effektstärken eingesetzt. Studien zur EMDR-Behandlung von Rückenschmerzpatienten sowie randomisiert-kontrollierte Studien zu Schmerzsyndromen fehlen weitgehend.

Im Rahmen des Forschungsverbundes 'LOGIN' haben wir eine randomisierte, kontrollierte Pilotstudie mit 30 Rückenschmerzpatienten durchgeführt, welche EMDR als Behandlungsmethode nutzt. Hierfür wurde ein auf dem Standardprotokoll von Shapiro basierendes EMDR-Behandlungsmanual entwickelt, welches schmerzspezifische Aspekte fokussiert und integriert. Auf der Grundlage dieses Manuals erhielt die Interventionsgruppe eine standardisierte, zehn Einzelsitzungen umfassende schmerzspezifische EMDR-Therapie, welche im Abstand von jeweils zwei Wochen stattfand. Es wurden insbesondere schmerzassoziierte Erinnerungen, aktuelle Schmerzempfindungen bzw. vom Patienten zukünftig erwartete schmerzhaftere Ereignisse als Behandlungsthemen gewählt.

Als klinische Variablen wurden vor sowie nach Abschluss der Intervention mithilfe von Fragebögen die Schmerzintensität (Numerische Ratingskala), Schmerzausbreitung (Schmerzzeichnung), Schmerzqualität (SES), Beeinträchtigung (MPI-D), Lebensqualität (SF-12) sowie eine Einschätzung der Veränderung des klinischen Gesamtzustands durch den Patienten (Patient Global Impression of Change) erhoben. Zudem wurden vor Beginn der Intervention psychische Störungen mithilfe des strukturierten klinischen Interviews nach DSM-IV (SKID) sowie Fragebögen erfasst.

Es sollen in diesem Beitrag die Ergebnisse dieser randomisierten, kontrollierten Pilotstudie zur EMDR-Behandlung von Rückenschmerzpatienten mit den Outcome-Variablen Schmerzintensität, Beeinträchtigung und subjektiv erlebter Veränderung des klinischen Gesamtzustandes dargestellt und diskutiert werden.

## Entspannungsverfahren... Quatsch oder Qualität

### Wie gut ausgebildet sind die Anbieter von Autogenem Training und anderen Entspannungsverfahren in deutschen psychosomatischen Kliniken? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage

Braun M.<sup>1</sup>, Loew T.H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Nürnberg, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Nürnberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

48% (N=90) der Psychosomatischen Kliniken Deutschlands antworteten. Die fünf am häufigsten genannten Verfahren waren das Autogene Training (62%), die Funktionelle Entspannung (50%), die Konzentrative Bewegungstherapie (48%), die Tanztherapie (42%) und die Atemtherapie (42%). 90% der eingesetzten Therapeuten verfügten über keine spezifischen Zertifizierungen in den

Methoden, die sie vermitteln.

Auf die Frage nach Kontraindikationen gaben 53 % der befragten Chefärzte am häufigsten Krankheitsbilder wie die schwere Psychose (25%), körperliche Einschränkungen (8%), schweres Trauma (7%) und Demenz (2%) an. Weitere 8% gaben an, dies von Fall zu Fall individuell zu entscheiden. Die hier vorgelegte Untersuchung veranschaulicht, dass die Versorgung immer noch geprägt ist von einer starken Inhomogenität im Bereich der Qualifikation der Anbieter und der differenziellen Indikationsstellung. Dies erschwert Vergleichbarkeit und Qualitätssicherung.

### Suggestionen wirken - Die Objektivierung einer Sofortwirkung auf Muskelfunktionen

Zech N.<sup>1</sup>, Hansen E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Klinik für Anästhesiologie, Regensburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Manchen Patienten fällt es schwer zu glauben, dass Suggestionen Wirkung auf autonome, körperliche Funktionen haben, wie Verdauung, Wundheilung oder Infektabwehr. Die Wirkung auf muskuläre Leistungen lässt sich eindrucksvoll erfahrbar machen, doch findet sich in der Literatur bisher nur Evidenz für eine Leistungssteigerung durch mittelfristige mentale Trainingsprogramme. In aktuellen Studien haben wir die Sofortwirkung verbaler und nonverbaler Suggestionen aus dem medizinischen Umfeld auf die maximale Muskelkraft (Dynamometrie) und die Erregbarkeit motorischer Hirnareale (Transkranielle Magnetstimulation) zeigen, objektivieren und quantifizieren können. Damit lassen sich Suggestionen auf Ihre Wirksamkeit überprüfen.

### Eine schnell zu lernende, selbst zu steuernde körperorientierte Dissoziationstechnik (SURE) zur Selbstentspannung ohne Vorbereitung in kritischen Situationen ist genauso effektiv wie PMR

Kutz P.<sup>1</sup>, Loew T.H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Asklepios Klinik, Hamburg St. Georg, Klinik für Anästhesie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

PR und AT sind stressreduzierend. Nachteilig ist, dass diese über Wochen erlernt werden müssen. Viele brauchen dann dazu Ruhe und Liegemöglichkeit. Auch Traumatherapie kennt Entlastungstechniken, mit den selben Limitationen. Was fehlte, ist ein Ansatz, der auf körperliche und psychische Symptome über einen körperlichen Zugang - somatisch - universal (d.h. ohne spezielle Zielsetzung und überall), regulierend konzeptionell durch Übungen (Exercises) einwirkt (also leicht zu lernen und anzuwenden). Wir zeigen, dass SURE, das der Sufi-Lehre entnommen und so auch für östliche Kulturen interessant ist, genau diese Lücke schließt.

46 Rettungskräfte konnten in einer prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie aufgenommen werden. Untersucht wurde mit dem Erholungs-Belastungs-Bogen in einem prä-post Design nach 8 Wochen Anwendung. Signifikante Vorteile ergaben sich für SURE in den Bereichen Allgemeines Wohlbefinden, emotionale Gereiztheit und Angst.

## Entwicklung kommunikativer Fertigkeiten

### „Summer School Studentische/r Kommunikationstrainer/in 2015“ - ein standardisiertes Schulungskonzept für Tutorinnen und Tutoren

Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Ringel N.<sup>1</sup>, Kröll K.<sup>1</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Jünger J.<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Uniklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin, Baden Württemberg, Heidelberg, Deutschland

Die spätestens durch die Änderung der Approbationsordnung 2012 geforderte Integration kommunikativer Kompetenzen in Lehre und Prüfung stellt die medizinischen Fakultäten vor eine Herausforderung. Hier stellt der Einsatz qualifizierter, studentischer TutorInnen eine große Chance dar. Obwohl PAL-Konzepte in der medizinischen Lehre gut verankert sind (1-2), gibt es lediglich vereinzelte Bestrebungen, eine strukturierte Ausbildung für studentische TutorInnen zu etablieren (3-4). Um diese Lücke zu schließen, wird im Rahmen der Projekts Nationales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin ein standardisiertes Curriculum „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ entwickelt, welches als nationale Summer School angeboten und in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten abgeschlossen sowie durch die DGPM zertifiziert wird.

Das Curriculum ist modular aufgebaut und verbindet Präsenzteile mit solchen, die an der Heimatfakultät abgeleistet werden. Die Basismodule „Medizindidaktik“ (I) und „Ärztliche Kommunikation“ (II) werden in Form einer „Summer School“ angeboten. Komprimierte spezifische Fachschulungen schließen sich ggf. an den Heimatfakultäten an (z. B. Leitung von Anamnesegruppen). Das Modul III besteht in der Durchführung eigener Lehrtätigkeit an der jeweiligen Heimatfakultät. Die Dokumentation und Auswertung des Lernprozesses findet sich in Modul IV wieder. Die Führung eines Portfolios, ebenso wie die Supervision, kollegiale Hospitation und das (individualisierte) Feedback begleiten den gesamten Qualifizierungsprozess. Die Zertifizierung wird durch die DGPM erfolgen. Anrechenbarkeiten z.B. im Rahmen regionaler Hochschullehrer-ausbildungen sind angedacht.

Die Evaluation des Curriculums ist in Form selbsteingeschätzter Kompetenz als Kommunikationstrainer/in sowie die Einschätzung durch die teilnehmenden Studierenden der Tutorien an den Heimatfakultäten geplant.

Durch das national entwickelte Curriculumskonzept kann erstmals eine standardisierte Qualifizierung im Bereich studentischer Tutorien in Ärztlicher Gesprächsführung realisiert werden. Die TutorInnen können abschließend flexibel an den Heimatfakultäten eingesetzt werden. Durch die enge Anbindung und Integration in die Curricula der Heimatfakultäten ist eine standortspezifische Spezialisierung in Ärztlicher Gesprächsführung bzw. passgenaue Schulung sowie Betreuung der TutorInnen möglich. Die AbsolventInnen erhalten durch die DGPM ein nationales Zertifikat „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“.

### Entwicklung eines nationalen, longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation für die Medizin - Der Entwurf einer Toolbox

Kröll K.<sup>1</sup>, Ringel N.<sup>1</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Brass K.<sup>1</sup>, Kurtz W.<sup>1</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Sator M.<sup>2</sup>, Gornostayeva M.<sup>1</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Abteilung Gesundheit und Gesellschaft, Wien, Österreich

Seit Mai 2012 ist die Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen durch die erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte fest im Medizinstudium verankert. Hierdurch eröffnet sich die Chance, kommunikative Kompetenzen von Beginn an in der medizinischen Ausbildung zu fördern. Gleichzeitig stellt dies die medizinischen Fakultäten Deutschlands jedoch auch vor die Herausforderung, kommunikative Lernziele adäquat in ihre bestehenden Curricula zu integrieren. Um die medizinischen Fakultäten bei dieser Aufgabe zu unterstützen, wurde ein von Heidelberg aus koordiniertes Projekt zur Entwicklung eines nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation ins Leben gerufen, welches unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit steht.

Basierend auf den Lernzielen zur Kommunikation, die im „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (NKLK) formuliert werden, erfolgt an den medizinischen Fakultäten derzeit eine Ist-Standerhebung der inhaltlichen und strukturellen Merkmale der Lehrveranstaltungen und Prüfungen zur Kommunikation.

Parallel werden Best Practice Beispiele gesammelt, die zeigen, wie verschiedene Lehr- und Prüfinhalte zu kommunikativen Fertigkeiten bereits erfolgreich an den Fakultäten umgesetzt werden. Bisher sind dies 130 Best Practice Beispiele aus 29 Fakultäten. Um zu erfassen, welche spezifischen kommunikativen Kompetenzen jeweils vermittelt bzw. geprüft werden, werden die Beispiele anhand der Lernziele des NKLK klassifiziert.

Auf einer gemeinsamen Online-Plattform in Form einer „Toolbox“ haben die Dozierenden der beteiligten Fakultäten in Zukunft die Möglichkeit, Ihre Lehr- und Prüfbeispiele zum Thema ärztliche Kommunikation untereinander auszutauschen.

Entwickelt werden ein öffentlich zugänglicher und ein passwort-

geschützter Bereich der Toolbox. Im öffentlich zugänglichen Bereich kann sich der Besucher der Toolbox einen groben Überblick über die vertretenen Best Practice Beispiele verschaffen. Detailinformationen und hinterlegte Lehrmaterialien sollen dagegen nur im passwortgeschützten Bereich zugänglich sein. Ein Index, dessen Aufbau sich an der Strukturierung der kommunikativen Kompetenzen des NKLM orientiert und eine zusätzliche Filterfunktion, die unter anderem eine Suche nach Schlagworten zulässt, sollen es dem Interessierten ermöglichen, sich über die Best Practice Beispiele zu informieren.

Der aktuelle Stand der Entwicklung dieser gemeinsamen Toolbox soll in diesem Beitrag vorgestellt werden.

## **Was verbessert die Gesprächsführungskompetenz? Vergleich eines Kursangebotes in der Ärztlichen Gesprächsführung mit einem strukturierten verhaltensorientierten Feedback und einem erfahrungsorientierten Kursangebot. Eine randomisiert- kontrollierte Studie Objektive Daten, Einschätzungen und Akzeptanz**

Wünsch A.<sup>1,2</sup>, Engerer C.<sup>2</sup>, Sattel H.<sup>1</sup>, Dinkel A.<sup>1</sup>, Berberat P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>TUM MeDiCAL, München, Deutschland

**Hintergrund:** Eine patientenzentrierte Kommunikation ist zentraler Bestandteil in der Patienten-Arzt-Beziehung. Randomisiert-kontrollierte Studien zeigen, dass Kommunikation lehr- und lernbar ist. Unklarheit besteht, welche didaktischen Komponenten dabei besonders zielführend sind. Diese Studie soll aufzuzeigen, ob vor allem das didaktische Element des strukturierten, verhaltensorientierten Feedbacks den Lernerfolg verbessert.

**Methoden:** 66 Medizinstudierende wurden in eine Interventions- und Kontrollgruppe (je dreimal 1,5 Stunden) randomisiert. Fokus der Kontrollgruppe war allgemeines und erfahrungsbasiertes Lernen. Die Interventionsgruppe hingegen nutzte verhaltensorientiertes Feedback bestehend aus strukturierten Beobachtungsaufgaben der Studierenden, Feedback der Simulationspatienten und einer schriftlichen Zusammenfassung des Trainers. Alle Studierenden absolvierten ein Prä- und ein Post-Video-Assessment mit Schauspielpatienten. Die Videos wurden von verblindeten Ratern mittels der COM-ON-Checklist ausgewertet. Zusätzlich wurde die Einschätzung der Schauspielpatienten mit der Selbsteinschätzung der Studenten (Multitrait-Multimethod Assessment) erfasst. Außerdem wurde die Akzeptanz der neuen Lehrmethode erhoben.

**Ergebnisse:** Die Interventionsgruppe zeigt mittlere bis große Effekte bei der Auswertung der objektiven Daten, fünf von sieben Cluster kommunikativer Techniken wurden im prä-post-Vergleich signifikant. Ein Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe war nicht sinnvoll, da die Randomisierung nicht erfolgreich war.

Über den Multitrait-Multimethod Ansatz kann gezeigt werden, dass sich die Selbsteinschätzung der Interventionsgruppe der Einschätzung der Schauspielpatienten signifikant annähert. Das neue Lehrkonzept wurde als gut (MW = 1,56) und die Feedback-Elemente (FB) als sehr gut bewertet (FB Kollegen 1,5; FB SP 1,12; FB Trainer 1,26 und FB-Bogen 1,94).

**Diskussion/Schlussfolgerungen:** Das auf Feedback fokussierende Lehrangebot zeigt hohe Effekte und signifikante Unterschiede prä-post. Die Randomisierung war nicht erfolgreich, dennoch schließen wir auf einen Erfolg des neuen Lehrkonzept unter Berücksichtigung der signifikanten Ergebnisse andere Erhebungsebenen. Das Training an sich mit den Elementen des Feedbacks wurde sehr gut akzeptiert. Inwieweit der Trainingserfolg beibehalten werden kann (Sustainability) oder in die konkrete Praxis umgesetzt werden kann, muss in weiteren Studien geprüft werden.



---

# Poster Sessions

---

## Burn out

P-001

### Evidence for chronic low-grade systemic inflammation in individuals with agoraphobia from a population-based prospective study

Wagner E.N.<sup>1,2</sup>, Wagner J.T.<sup>3</sup>, Glaus J.<sup>4</sup>, Vandeleur C.<sup>4</sup>, Castelao E.<sup>4</sup>, Strippoli M.-P.F.<sup>4</sup>, Vollenweider P.<sup>5</sup>, Preisig M.<sup>4</sup>, von Känel R.<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Inselspital, Bern University Hospital, Department of Psychosomatic Medicine, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>Inselspital, Bern University Hospital, Department of Neurology, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Swissmedic, Division Clinical Review, Bern, Schweiz, <sup>4</sup>Center for Research in Psychiatric Epidemiology and Psychopathology, Lausanne University Hospital, Department of Psychiatry, Prilly, Schweiz, <sup>5</sup>Internal Medicine, Lausanne University Hospital, Department of Medicine, Lausanne, Schweiz, <sup>6</sup>Clinic Barmelweid, Department of Psychosomatic Medicine, Barmelweid, Schweiz

**Background:** Anxiety disorders have been linked to an increased risk of incident coronary heart disease in which inflammation plays a key pathogenic role. To date, no studies have looked at the association between proinflammatory markers and agoraphobia.

**Methods:** In a random Swiss population sample of 2890 persons (35-67 years, 53% women), we diagnosed a total of 124 individuals (4.3%) with agoraphobia using a validated semi-structured psychiatric interview. We also assessed socioeconomic status, traditional cardiovascular risk factors (i.e., body mass index, hypertension, blood glucose levels, total cholesterol/high-density lipoprotein-cholesterol ratio), and health behaviors (i.e., smoking, alcohol consumption, and physical activity), and other major psychiatric diseases (other anxiety disorders, major depressive disorder, drug dependence) which were treated as covariates in linear regression models. Circulating levels of inflammatory markers, statistically controlled for the baseline demographic and health-related measures, were determined at a mean follow-up of  $66 \pm 4.8$  months (range 30 - 102).

**Results:** Individuals with agoraphobia had significantly higher follow-up levels of C-reactive protein ( $p = 0.007$ ) and tumor-necrosis-factor alpha ( $p = 0.042$ ) as well as lower levels of the cardioprotective marker adiponectin ( $p = 0.032$ ) than their non-agoraphobic counterparts. Follow-up levels of interleukin (IL)-1beta and IL-6 did not significantly differ between the two groups.

**Conclusions:** Our results suggest an increase in chronic low-grade inflammation in agoraphobia over time. Such a mechanism might link agoraphobia with an increased risk of atherosclerosis and coronary heart disease, and needs to be tested in longitudinal studies.

P-002

### Burnout, Depression und Ängstlichkeit bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern

Jerg-Bretzke L.<sup>1</sup>, Traue H.C.<sup>1</sup>, Limbrecht-Ecklundt K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Ulm, Sektion Medizinische Psychologie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Hamburg, Psychotherapeutische Hochschulambulanz Verhaltenstherapie, Hamburg, Deutschland

Stress in der Arbeitswelt macht auch vor Wissenschaftlern keinen Halt, im Gegenteil, die speziellen Anforderungen durch Forschung und Lehre des Wissenschaftsbetriebes an Universitäten und Hochschulen sind Belastungsfaktoren, die Wissenschaftler im besonderen Maße vulnerabel gegenüber psychischen und physischen Beeinträchtigungen machen. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind Teil einer Befragung aller MitarbeiterInnen der Universität Ulm. Die vorgelegte Teilstichprobe von 348 Wissenschaftlern setzt sich zusammen aus 161 Frauen (46,3%) und 187 Männern (53,7%).

Instrumente: Physische Gesundheit wurde mit der Frage nach der Gesundheitsnote (Kandrack 1991), psychische Gesundheit mit dem PHQ-4 (Ängstlichkeit und Depression; Kroenke et al. 2009) sowie einer Kurzfassung des Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1996; Müller et al. 2012, Glaser in Vorbereitung) operationalisiert.

**Ergebnisse:** Für den PHQ-4 wird ein Wert von 2,5 oder höher als klinisch auffällig beurteilt. In der von uns erhobenen gesamten Wissenschaftlerstichprobe lag der mittlere Summenwert bei 2,6 (SA=2,0). Der Geschlechtervergleich ergab einen signifikanten ( $p=0.02$ ) Unterschied mit einem deutlich höheren PHQ-4-Wert von 3,6 für die männlichen Teilnehmer (Frauen M=1,7). Dies zeigt sich auch für die Subkategorien Depression und Ängstlichkeit. Auch hier finden sich signifikant höhere Werte für die männlichen Studienteilnehmer (Depression: Männer M=1,2; Frauen M=0,5;  $p=0.01$ . Ängstlichkeit: Männer M=1,4; Frauen M=0,8;  $p=0.018$ ). Burnout wurde auf zwei Dimensionen erhoben: Depersonalisation und Emotionale Erschöpfung. Für Depersonalisation zeigten sich keine signifikanten Unterschiede für Männer und Frauen (Männer M=1,9 und Frauen 1,8) jedoch wiesen Frauen eine signifikant ( $p=0.05$ ) höhere emotionale Erschöpfung (M= 3,4) als die befragten Männer (M= 3,1) auf. Der Gesamtwert für Emotionale Erschöpfung lag bei M=3,2 (SA=1,3) und für Depersonalisation bei M=1,8 (SA=1,0). Die Gesundheitsnote (1=sehr gut bis 6=ungenügend) lag für die Gesamtstichprobe bei M=2,5 ohne signifikante Geschlechtsunterschiede.

**Diskussion:** Das Ergebnis zeigt mit einer subjektiven durchschnittlichen Gesundheitsnote von gut bis befriedigend eine leichte bis mittlere Einschränkung der erlebten körperlichen Gesundheit. Einen Handlungsbedarf ergibt sich aus dem PHQ-4-Gesamtwert insbesondere für die männlichen Wissenschaftler. Diese weisen einen deutlich erhöhten Wert auf den Skalen Depression und Ängstlichkeit auf.

P-003

### Angststörungen, Burnout und Depression bei Medizinstudierenden: Eine systematische Übersichtsarbeit zu Prävalenzen im internationalen Vergleich

Erschens R.<sup>1</sup>, Muff I.<sup>1</sup>, Speiser N.<sup>1</sup>, Bugaj T.<sup>2</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Keifenheim K.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Das Auftreten psychischer Belastungen von Studierenden der Humanmedizin ist seit Jahren Gegenstand der internationalen Forschung. Die bislang erhobenen Befunde zeigen unter anderem einen hohen Level an erlebtem Stress sowie hohe Prävalenzen für Angststörungen, Burnout und Depression. Ziel ist es, anhand einer systemischen Übersichtsarbeit den aktuellen Forschungsstand bezüglich Prävalenzen für Angststörungen, Burnout und Depression bei Studierenden der Humanmedizin zusammenzufassen.

**Methodik:** Die systematische Übersichtsarbeit wird nach den Leitlinien u.a. des PRISMA-Statement (Liberati et al., 2009) erstellt. Es wurden dabei Studien in englischer und deutscher Sprache aus unterschiedlichen geographischen Regionen zwischen 1994 und 2014 eingeschlossen, die Werte zu Prävalenzen spezifischer psychischer Beschwerden wie Angststörungen, Burnout und Depression berichten. Die Population beschränkt sich auf Medizinstudierende innerhalb ihrer universitären Ausbildung. Bezüglich des Studiendesigns wurden nur quantitative Kohortenstudien, bei denen die Störungsbilder mittels standardisierten Instrumenten erhoben wurden, berücksichtigt. Qualitative Forschungsdesigns oder nicht validierte Fragebogeninstrumente gingen in die Analyse nicht mit ein.

**Ergebnisse:** Anhand der Suchbegriffe „Medizinstudierende“, „Depression“, „Angst“, „Burnout“, „psychische Gesundheit“ und deren Synonyme und Kombinationen ergaben sich in den Datenbanken Pubmed und Psycinfo insgesamt 2232 Treffer. Durch zwei unabhängige Rater konnten im Prozess der Vorauswahl 298 Artikel als geeignet identifiziert werden (Inter-Rater-Reliabilität:  $\kappa = 0,62$ ). Aktuell wird das Volltext-Rating von eingeschlossenen Studien durchgeführt.

**Diskussion:** Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit ist der Überblick über den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Ausprägungen von Angststörungen, Burnout und Depression bei Medizinstudierenden. Erstmals wird durch Einbezug deutscher und europäischer Literatur ein Vergleich zur bestehenden Übersichts-literatur aus dem US-amerikanischen und kanadischen Raum möglich. Aus den eingeschlossenen Studien können Rückschlüsse für die Art und das Ausmaß der Belastung der Studierenden sowie notwendige Maßnahmen gezogen werden. Die detaillierten Ergebnisse werden im Rahmen der Präsentation vorgestellt.

P-004

### Burn Out als diagnostisches Konstrukt und Metapher - Modebegriff oder Paradigmenprung? Kreative Diagnostik, Differenzialdiagnose und Therapie

Albrecht H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland

Burn Out als Zustand chronischer Erschöpfung mit vielfältigen körperlichen und psychischen Symptomen betrifft meist Gutverdientende mit höherem sozialen Status und Bildung und ursprünglich hoch Motivierte mit idealistischer Einstellung zu ihrem Beruf mit „brennenden Idealen“, „glühender Begeisterung“. Burn Out hat einen phasischen Verlauf. Nach einem schleichenden Beginn mit Unfähigkeit zu Erholung, Schlafstörungen, Reizbarkeit und zunehmender Stress-Intoleranz, kann sich eine suchtartige selbstschädigende Eigendynamik entwickeln, mit tragischem Ausgang bis zu völliger Handlungsunfähigkeit. Burn Out wird millionenfach diagnostiziert, mit steigender Tendenz und hoher Akzeptanz in der Bevölkerung mit dem Anschein einer Modediagnose.

Bei richtiger Betrachtung steckt im Konstrukt Burn Out innovatives Potenzial für medizinisches und psychologisches Diagnoseverständnis. Der erweiterte diagnostische Blick impliziert gezielten therapeutischen Nutzen, mit lösungs- und ressourcen-orientierten Aspekten. Überlegungen zur Differenzialdiagnose, insbesondere zum Thema Depression, werden vorgestellt.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Rolle der persönlichen Fiktionen als potenziell pathogene innere Antreiber beim Burn Out gerichtet, die als unbewusste Persönlichkeitsziele und Hilfskonstruktionen später im Leben dem Fühlen und Handeln zugrunde liegen. Sie gestalten die zwischenmenschliche Kommunikation und Wahrnehmung, wirken als Motoren des Handelns und prägen psychische und somatische Symptomatik.

Burn Out hat sich trotz erheblicher Kontroversen durchgesetzt. In diesem unscheinbaren Kürzel ist eine Metapher mit den Qualitäten eines Paradigmenprungs verborgen, mit einem Blick auf Krankheit und Gesundheit im Kontext der gesamten Lebenswirklichkeit des Menschen und entwickelt sich damit zu einer Herausforderung für das eingeeengte Menschenbild medizinischer und psychologischer Diagnostik.

P-005

### Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen im Beruf, Selbstwertgefühl, Depressivität und beruflicher Leistungsfähigkeit

Simson U.<sup>1</sup>, Kok P.<sup>1</sup>, Grohmann S.<sup>1</sup>, Krieger K.P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gelderland-Klinik, Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Geldern, Deutschland

Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Wünsche nach vorzeitiger Berentung stehen oft in Zusammenhang mit depressiver Symptomatik. Depressivität ist meist assoziiert mit einer Störung der Selbstwertregulation. Die Fähigkeit zur Selbstwertregulation hat ihre Wurzeln einerseits in der frühen Lebensentwicklung, ist aber auch beeinflusst von aktuellen Lebenserfahrungen. In der vorgestellten Studie wird untersucht, inwieweit sich Zusammenhänge zwischen Erfahrungen im Berufsleben, Selbstwertgefühl, Depressivität und Arbeitsunfähigkeitszeiten finden.

In die noch laufende Untersuchung wurden bisher 850 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die an einer psychosomatischen Rehabilitation teilnahmen. Erfasst wurden berufliche Belastungen (COPSOQ), Selbstwertschätzung (MSWS), psychische Symptome (HEALTH-49) und soziodemografische Daten.

Erste Ergebnisse werden vorgestellt: Wie erwartet, fanden sich sehr hohe Korrelationen zwischen Depressivität und Selbstwertschätzung. Es zeigte sich weiterhin, dass insbesondere hohe Ausprägungen in den Skalen „Arbeitszufriedenheit“, „Unsicherheit des Arbeitsplatzes“, Anforderung Emotionen zu verbergen“ und „Mobbing“ und „Gemeinschaftsgefühl“ assoziiert waren mit Depressivität, geringer Selbstwertschätzung und langen Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Die Ergebnisse lassen sich einerseits verstehen als Hinweis auf die Bedeutung beruflicher Belastungen für die Entwicklung depressiver Symptome und langer Arbeitsunfähigkeitszeiten, sind aber auch vereinbar mit einer ungünstigen Wirkung depressiver Symptome auf das Erleben psychischer Belastungen im Beruf.

P-006

### Selbstbild, Arztbild und Arztideal bei Medizinstudierenden in unterschiedlichen Abschnitten ihrer ärztlichen Ausbildung

Muff I.<sup>1</sup>, Erschens R.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Herrmann-Werner A.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Innere Medizin VI Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Sichtweisen von Medizinstudierenden bzgl. des Arztideals, des realen Arztbildes und des Selbstbildes sind in ersten Studien beschrieben (vgl. Schrauth 2009). Bislang fehlen dabei Studien zu den unterschiedlichen Abschnitten der ärztlichen Ausbildung. Darüber hinaus wurde z.B. die Beziehung zwischen der Selbstbild-Arztideal Differenz und der Stressbelastung, zu Selbstwirksamkeitserleben und Kohärenzgefühl bislang noch nicht untersucht. Die hier vorgelegte Studie analysiert deshalb erstmals die unterschiedlichen Abschnitte der ärztlichen Ausbildung hinsichtlich der oben genannten Perspektiven und die Beziehung zu den erwähnten Dimensionen des Selbsterlebens.

**Methodik:** In einer querschnittlichen Kohortenstudie wurden am Medizinstudium interessierte Schüler der Oberstufe, Medizinstudierende des 1., 3., 6. und 9. Fachsemesters, sowie PJ-Studierende befragt. Mit Hilfe des Polaritätsprofils nach Osgood und Hofstätter wurden dabei das Selbstbild, Arztbild und Arztideal der Studierenden mittels einer 7-stufigen Skala anhand von jeweils 18 bipolaren Adjektivpaaren erfasst. Darüber hinaus wurden das Kohärenzgefühl (SOC-13), die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und das Stresserleben (PSQ-20) erhoben.

**Ergebnis:** N = 1005 von 1380 eingeladenen Probanden nahmen an der Studie teil (RR 73%). Die Datensätze sind vollständig eingegeben und befinden sich aktuell in Aufbereitung. In den kommenden Wochen werden die Analysen erstellt, die detaillierten Ergebnisse stehen zur Präsentation beim Kongress zur Verfügung. Zentrale Hypothesen in der Auswertung sind z.B.: 1. Die Rollenidealisierung ist in höheren Abschnitten der Ausbildung geringer, 2. die Ideal-Selbstbild-Spannung ist in höheren Abschnitten geringer, 3. Die Stressbelastung (PSQ-20 Subskalen) ist in der Subgruppe der Probanden mit der größten Arztideal - Selbstbild - Differenz (oberes Quartil) am größten.

**Diskussion:** Die Aufklärung zu den o.g. Fragen kann dazu beitragen z.B. Stresspräventionsprogramme für Medizinstudierende zu entwickeln. Hier kann die im Rahmen dieser Studie gewonnene Empirie z.B. Basis sein für Module der Reflexion von Arztideal, Arztreal- und Selbstbild im curricularen Rahmen bzw. in fakultativen Programmen zur Stressprävention von Medizinstudierenden.

**Ausblick:** Aktuell in Planung sind darüber hinaus die Ausdehnung der oben genannten Fragestellungen auf Assistenzärzte (unterschiedlicher Fachrichtungen), Fachärzte, niedergelassene Ärzte und Ärzte in leitender Funktion in Kliniken.



P-007

**Betriebliche Gesundheitsmaßnahme - Prävention psychischer Erkrankungen Atemtraining mit taxxos-Atemtakter beseitigt bei durchschnittlich 58% der Betroffenen akute Gesundheitsrisiken/nahezu fehlende Adaption des VNS innerhalb 3 Wochen und vermittelt dauerhafte Stresskompetenz im Alltag**

Fehrl H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fehrl Präventions- und Therapieforschung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Braunschweig, Deutschland

**Teilnehmer:** 54 Beschäftigte eines Braunschweiger Unternehmens

**Dauer der Maßnahme:** 4 Wochen

**Vorgehensweise:** Feststellung des Regulationszustands des vegetativen Nervensystems durch zweifache Spektralanalyse (Erstmessung ohne, Zweitmessung mit Atemtakter), anschließende Einweisung Nutzung taxxos-Atemtakter.  
Wöchentliche Kontroll-Spektralanalyse über drei Wochen.

**Taxxos-Atemtakter:** Mobiles Atemtrainingsgerät zur verlangsamten Atmung bei verlängerter Expirationsphase (z.B. 4/6sec.).

Von den Teilnehmern mit nahezu fehlender Adaption des VNS konnten in der 1. Gruppe 57% , in der 2. Gruppe 60% das akute Erkrankungsrisiko komplett beseitigen, indem die Regulationsfähigkeit mit parasympathischer Kontrolle erreicht wurde.

Steigerung der Herzratenvariabilität im Schnitt um 25%.

Zusammenhänge zwischen Atemmustern und Stressbelastung wurden erkannt, wodurch rund 90% der Teilnehmer laut eigener Angabe nach Abschluss der Maßnahme in der Lage waren, langsame Atmung mit verlängerter Expirationsphase regelmäßig auch im Alltag und in Stresssituationen einzusetzen (5 - 20 Minuten/Tag).

Über 90% der Teilnehmer waren zufrieden bis sehr zufrieden mit der Maßnahme und würden sie weiterempfehlen.

Die Präventionsmaßnahme wird auf Grund der erzielten positiven und betriebswirtschaftlich interessanten Ergebnisse weiterhin fortlaufend im Hauptsitz des Unternehmens durchgeführt und wird ab 2015 auch in den außerhalb liegenden Werken angeboten werden. Optimierte Regulation des vegetativen Nervensystems (*Frequenztaktung Baroreflex*) und verbesserte Sauerstoffversorgung der Körperzellen (*geringere Sauerstoffaufnahme/gelockerte Sauerstoffbindung = geringere Mengen an freien Sauerstoffradikalen*) prädestinieren den Atemtakter als generelle Therapieunterstützung bei unterschiedlichsten Störungen und Erkrankungen.

Das Gerät wird bisher in sechs Psychosomatischen und einer Pneumologischen Klinik zur täglichen Therapieunterstützung verwendet.

Studien taxxos-Atemtakter: „Nicht-rückgekoppelte atemorientierte Entspannungshilfe verbessert Effekte eines biofeedbackinduzierten Autogenen Trainings“

Karin Achhammer, Thomas H. Loew; *Psychodynamische Psychotherapie, Stuttgart, Schattauer 2/2010*

„Langsames Atmen induziert durch einen periodischen taktilen Stimulus senkt erhöhten Blutdruck signifikant.“

S. Schredl und Th. H. Loew, Universitätsklinikum Regensburg 2014

In Auswertung: Studie Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld (Psychosomatik), M. Bassler u.a.

P-008

**Flow und Depression: Psychophysiologische Konsequenzen des Flow-Erlebens**

Rajec S.S.<sup>1,2</sup>, Rau C.<sup>1</sup>, Schwemmler C.<sup>1</sup>, Keller J.<sup>2</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Klinische Molekulare Psychosomatik, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Pädagogik und Psychologie Universität Ulm, Sozialpsychologie, Ulm, Deutschland

Unter Flow, einer spezifischen Form der intrinsischen Motivation, versteht man einen Zustand tiefen Versunkenseins beziehungsweise eines reflexionsfreien Aufgehens in einer glatt laufenden Tätigkeit mit der Voraussetzung einer optimalen Passung zwischen den Anforderungen der Tätigkeit und den Fähigkeiten der Person. Diese Voraussetzung ist bei Patienten in der Depression grundlegend verändert. Die hier durchgeführte experimentelle Studie soll Aufschluss darüber geben, ob Patienten mit einer Depression überhaupt Flow erleben können und welche neuroendokrinen Veränderungen sich im Vergleich zu gesunden Personen zeigen. Dazu wurden 29 gesunde und 18 depressive Probanden mit Hilfe eines Kopfrechenparadigmas mit drei unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen von Rechenaufgaben (Unterforderung, Passung und Überforderung) hinsichtlich ihres Flow-Erlebens untersucht und füllten einen Flow-Fragebogen zu ihrem subjektiven Erleben aus. Zusätzlich erfolgten Blutabnahmen, um die Aktivierung der HPA-Achse und der SAM-Achse quantitativ zu bestimmen. Zusätzlich wurden psychovegetative Parameter (Herzfrequenz, Herzratenvariabilität, Hautleitfähigkeit, Puls und Blutdruck) durchgehend während des gesamten Experiments erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl gesunde Probanden als auch Patienten mit einer Depression sensibel für eine Manipulation der Passung zwischen Tätigkeitsanforderungen und Fähigkeiten der Person sind, eine wahrgenommene Passung sich jedoch nur bei der gesunden Vergleichsgruppe auf das Flow-Erleben auswirkt. Depressive Patienten erreichen schwieriger einen Flow-Zustand und zeigen demnach auf neuroendokriner und vegetativer Ebene keine Veränderungen. Gesunde Probanden reagieren in der Passungsbedingung mit einer erhöhten ACTH-Ausschüttung, einer erhöhten Herzfrequenz und einem erhöhten Hautleitwert.

Die Befunde zeigen, dass Flow-Erleben bei gesunden Probanden mit der Aktivierung einer physiologischen Stressantwort einhergeht, während Patienten mit einer Depression den Flow-Zustand seltener erreichen, sodass eine adäquate Stressantwort ausbleibt. Klinisch relevante Konsequenzen dieser ausbleibenden Stressantwort sind Inhalt der weiteren Forschung.

P-009

### Entlastung für pflegende Angehörige von Demenzpatienten durch eine neu entwickelte psychotherapeutische Kurzintervention

Kilimann I.<sup>1,2</sup>, Braungardt T.<sup>3</sup>, Hake K.<sup>3</sup>, Haufe C.<sup>3</sup>, Schneider W.<sup>3</sup>, Teipel S.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, DZNE e.V., Standort Rostock/Greifswald, Klinische Demenzforschung, Rostock, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Sektion Gerontopsychosomatik und dementielle Erkrankungen, Rostock, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland

**Einleitung:** Zahlreiche Studien und die klinische Erfahrung zeigen, dass pflegende Angehörige von dementiell erkrankten Menschen ein erhöhtes Risiko haben, selbst physisch oder psychisch zu erkranken. Die zur Unterstützung angebotenen Angehörigen-schulungen können das z.T. hohe Belastungsempfinden zwar durch eine individualisierte Problemlösung oder eine Psychoedukation reduzieren, sind aber weniger psychotherapeutisch konzeptualisiert. Eine reguläre Psychotherapie hingegen zeigt sich zwar als wirksam bei der Reduktion von Angst und Stress, wird jedoch häufig erst spät oder nicht zuletzt aufgrund hoher zeitlicher Belastung der Pflegenden gar nicht wahrgenommen. Um dieses Dilemma abzumildern, wurde eine psychotherapeutische Kurzintervention für pflegende Angehörige von dementiell Erkrankten Menschen entworfen. Die Niederschwelligkeit des Angebotes wurde durch die Implementierung im Rahmen der Gedächtnis-sprechstunde und die Begrenzung auf 12 Woche erreicht. Schwerpunkt dieser ersten Untersuchung ist die Akzeptanz und Wirksamkeit des Programms.

**Methode:** Zwölfwöchiges gruppentherapeutisches Angebot für 10 Angehörige. Nach zwei Einheiten mit sozialmedizinischen und rechtlichen Themen beginnen die psychotherapeutischen Module mit den Themenschwerpunkten: eigene Grenzen erkennen und wahren, Umgang mit den eigenen Emotionen und Ressourcenaktivierung.

Die Gruppe wird mit zwei Therapeuten geführt; per zeitgleicher Videoübertragung beurteilen zwei weitere Therapeuten die Interaktionen in und mit der Gruppe. Primärer Endpunkt ist die subjektive Belastung der Angehörigen gemessen mit Zarit Burden Interview direkt und 3 Monate nach der Intervention. Sekundäre Endpunkte sind die Veränderung von möglichen depressiven Symptomen und Lebensqualität.

**Ergebnisse und Beurteilung:** Die erste Gruppe wird die Intervention Ende 2014 abschließen, sodass zum Kongress erste Daten zur Verfügung stehen. Diese sollen in diesem Rahmen vorgestellt werden.

## Psychoonkologie I

P-010

### Emotionales Belastungserleben in der Onkologie: Prädiktion durch Bindungsverhalten in Kombination mit körperlichem Distress

Ringwald J.<sup>1</sup>, Schrader J.-M.<sup>1</sup>, Ehrental J.C.<sup>2</sup>, Breining J.<sup>1</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Lang J.<sup>3</sup>, Göth M.<sup>3</sup>, Zips D.<sup>4</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Heidelberg, Psychosomatik und Psychotherapie, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Uniklinikum Tübingen, Südwestdeutsches Tumorzentrum (CCC), Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>Uniklinikum Tübingen, Radioonkologie, Tübingen, Deutschland

Krebs ist eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung und die einhergehenden medizinischen Behandlungen führen häufig bei betroffenen Patienten zu starken emotionalen und körperlichen Belastungen. Unklar ist bis heute noch, welche Resilienzfaktoren verantwortlich sein können, um mit den Anforderungen und Belastungen einer Krebserkrankung adäquat umzugehen. Neuerdings wird in diesem Zusammenhang die Bindung diskutiert, da Bindungsverhalten in existentiellen Bedrohungen als mögliche Coping Ressource aktiviert werden kann. Inzwischen gibt es Hinweise, dass ein sicherer Bindungsstil zur Verringerung der emotionalen Belastungen bei chronischen Erkrankungen führen kann. Studien mit Krebserkrankten fehlen in diesem Bereich weitestgehend. Ziel dieser Studie ist, zu überprüfen welche Relevanz das Bindungsverhalten auf die emotionalen und körperlichen Belastungen bei Patienten mit Krebs in strahlentherapeutische Behandlung hat.

Bei 108 stationären Patienten ( $M = 60.23$  Jahre,  $SD = 11.35$  Jahre) wurden während der strahlentherapeutischen Behandlung die emotionale Belastung und der körperlichen Distress mit der deutschen Version des Distress Thermometers (DT) und der dazugehörigen Problemliste erfasst. Die Erfassung der bindungsbezogenen Angst wurde mit der deutschen Kurzversion des Experiences in Close Relationships- Revised (ECR-R) Fragebogens durchgeführt. Es wurden Modelle zur Prädiktion des emotionalen Belastungserlebens mittels multipler Regression mit verschiedenen Haupteffekten gerechnet. Körperlicher Distress ( $p < .001$ ) und bindungsbezogene Angst

( $p = .048$ ) sind signifikante Prädiktoren und ergaben eine Varianzaufklärung hinsichtlich der emotionalen Belastung von 58 %.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein ängstlicher Bindungsstil im Zusammenhang mit körperlichem Distress ein möglicher Risikofaktor für die emotionale Belastung und maladaptive Krankheitsbewältigung sein kann. Angst vor Bindung in schwerwiegenden Krankheitszuständen führt zu vermehrter Belastung, da möglicherweise Unterstützungssysteme nicht ausreichend in Anspruch genommen werden können. Dies sollte in zukünftiger psychoonkologischer Versorgung und Forschung adressiert werden.

P-011

### Entwicklung eines webbasierten Skills- und Achtsamkeitstraining Manuals bei Patientinnen mit Mamma Karzinom: Das Make it-Training

Ringwald J.<sup>1</sup>, Gerstner L.<sup>1</sup>, Bosch E.<sup>1</sup>, Wallwiener M.<sup>2</sup>, Gawlik S.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsfrauenklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Fragestellung:** Viele Patientinnen mit Brustkrebs erfahren trotz der in der Literatur beschriebenen Bedürfnisse kaum eine adäquate psychoonkologische Unterstützung im Umgang mit ihrer Krebserkrankung. Vor allem die psychoonkologische Versorgung in ländlichen Gegenden ist weiterhin unzureichend. Webbasierte Interventionen können hilfreich sein, den Bedarf auch in abgelegenen Landschaften zu decken.

**Methodik:** Wir konnten in einer Querschnittsstudie an 1172 Patientinnen zeigen, dass es eine hohe Notwendigkeit von modernen und webbasierten Unterstützungstools (Blogs, Infowebseiten, online Intervention und Beratungen) gibt und seitens der Patientinnen gewünscht werden. Zusätzlich konnte anhand der Bedürfnisse eine Rangliste der relevanten Themen (Angst, Traurigkeit, Selbstwert, Selbstvertrauen, Krankheitsverarbeitung) für eine Intervention erstellt werden. Darüber hinaus wurden Entspannungstechniken zur Erhaltung der Lebensqualität und Distressreduktion für eine Webintervention gewünscht.

**Ergebnisse:** Anhand der erhobenen Daten wurden Inhalte für eine moderne webbasierte, personen-orientierte, psychoonkologische Intervention erstellt und entwickelt. Es wurde ein Manual für ein Achtsamkeits- und Skillstraining (Make it-Training) im Websetting erstellt. Das webbasierte Make it-Training beinhaltet insgesamt acht Sitzungen mit Lehrvideos, Hörbeispielen und Arbeitsblättern. Es enthält Module zur Psychoedukation und verhaltenstherapeutische Skills zu den Themen Akzeptanz, Ressourcen, Stressmanagement und Selbstwirksamkeit, sowie ein fortlaufende Modul Achtsamkeit.

**Schlussfolgerung:** Aktuell wird die Akzeptanz des viermonatigen Make it-Trainings erhoben. Zukünftig könnten damit effektive Bewältigungsstrategien und Fertigkeiten im Umgang mit den Belastungen und Anforderungen, die durch eine Brustkrebserkrankung entstehen, vermittelt werden. Durch das webbasierte Make it-Training, welches an dem Heim PC gemacht werden kann, soll eine zeitgemäße psychoonkologische Unterstützung und Verbesserung der aktuellen ambulanten Versorgungslücke, vor allem im ländlichen Bereich, für Patientinnen mit Mamma Karzinom erreicht werden.

P-012

### Belastung von Brustkrebs-Patientinnen im Verlauf: Vergleich von Operationszeitpunkt und Beginn adjuvanter Chemotherapie

Schäffeler N.<sup>1</sup>, Baumgardt A.<sup>1</sup>, Ringwald J.<sup>1</sup>, Brucker S.<sup>2</sup>, Wallwiener D.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsfrauenklinik Tübingen, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Insbesondere während Chemotherapie scheint in der klinischen Praxis eine hohe krankheitsbedingte Belastung onkologischer Patienten evident. Bislang ist über die Entwicklung der Belastungen im Behandlungsverlauf jedoch nur wenig bekannt.

**Methoden:** In der Universitäts-Frauenklinik Tübingen wurde die Belastung von N=48 MammaCa-Patientinnen zu zwei Messzeitpunkten gemessen: vor initialer operativer Behandlung (t1) und im ersten Drittel der anschließenden adjuvanten Chemotherapie (t2). Zeitgleich wurde im Querschnitt die Belastung von N=308 Patientinnen (davon n=244 mit MammaCa und n=64 mit gynäkolog. Tumoren) mit Hilfe der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) und des Hornheider Screening Instruments (HSI) gemessen, Problembereiche mit Hilfe der Liste des Distress Thermometers erhoben und der subjektive Bedarf erfasst.

**Ergebnisse:** Entgegen der Erwartung zeigen die Patientinnen im Verlauf von prä-operativem Messzeitpunkt zur Belastungsmessung zu Beginn der Chemotherapie eine signifikant geringere Belastung in HSI und HADS-Angst. Entsprechend geben sie zu t2 signifikant weniger emotionale Probleme wie auch weniger häufig einen subjektiven Bedarf an. Um die Belastung (HSI) zu t2 vorherzusagen zeigt die Frage nach krankheitsunabhängigen Belastungen (HSI) die besten klassifikatorischen Eigenschaften, zur Vorhersage des subjektiven Bedarfs zu t2 die Frage nach körperlicher Belastung (HSI).

**Diskussion:** Zu Beginn der Chemotherapie scheint die Belastung der Patientinnen weniger stark als vor der operativen Behandlung. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass sich dies mit Zunahme körperlicher Symptome im Verlauf der Behandlung ändert. Daher ist eine kontinuierliche Belastungserhebung mittels wenig aufwändiger Instrumente wichtig. Das Vorliegen krankheitsunabhängiger Belastungen sowie körperlicher Belastung zu t1 könnte wichtige Prädiktoren für Distress-Erleben während der Chemotherapie darstellen und sollte daher bei psychoonkologischen Angeboten adressiert werden.

P-013

## Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur Bewertung der ärztlichen Gesprächsführung in der Onkologie

Boden M.<sup>1</sup>, Pärschke P.<sup>1</sup>, Henrich G.<sup>2</sup>, Vitinius F.<sup>3</sup>, Zimmer H.<sup>1</sup>, Niglio de Figueiredo M.<sup>4</sup>, Wünsch A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität zu Köln, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist wichtiger Bestandteil in der Behandlung von onkologischen Patienten und kann sich positiv auf den körperlichen und psychischen Zustand der Patienten auswirken. Jedoch weist die ärztliche Gesprächsführungskompetenz aus Patientenperspektive häufig Defizite auf und es besteht vermehrt der Bedarf nach einer Optimierung der Arzt-Patienten-Kommunikation. Das Ziel dieser Studie besteht darin, ein Messinstrument zu entwickeln, welches der Bewertung der ärztlichen Gesprächsführung in der Onkologie aus Patientenperspektive dient. Der im Rahmen dieser Studie konzipierte Fragebogen soll ermitteln, hinsichtlich welcher Gesprächsführungskompetenzen Verbesserungsbedarf bei dem jeweiligen Onkologen oder innerhalb einer Organisationseinheit besteht.

**Methode:** Aus der Literatur wurden Items identifiziert, die eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation abbilden. Daraus wurde ein erster Fragebogen entwickelt, den insgesamt 10 Patienten und Experten aus den Bereichen Onkologie, Psychoonkologie, Psychologie und Fragebogenkonstruktion kritisch revidierten. Den daraufhin überarbeiteten Fragebogen füllten 150 Onkologiepatienten aus, welche über Kliniken, Arztpraxen, Selbsthilfegruppen, Internetplattformen und private Netzwerke rekrutiert wurden.

**Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt der Konferenz wird der entwickelte Fragebogen präsentiert. Dabei werden die via SPSS ermittelten Itemkennwerte, die interne Reliabilität (Cronbachs  $\alpha$ ) sowie die Fragebogenstruktur, die über eine Faktoranalyse bestimmt wird, genauer gezeigt. Zusätzlich werden Korrelationen zwischen der sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde (gemessen mittels F-SozU), der Anzahl der behandelnden Ärzte und der Gesamtzufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Gesprächsführung dargestellt.

**Diskussion:** Der Fragebogen soll ein reliables und valides Messinstrument darstellen, welches Stärken und Defizite in der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Onkologie erfasst. Dabei soll die Patientenperspektive deutlich abgebildet werden.

P-014

## Psychosoziale Belastung von Angehörigen von Patienten mit malignen Hirntumoren

Kremsreiter K.<sup>1</sup>, Schneider J.C.<sup>1</sup>, Marten-Mittag B.<sup>1</sup>, Geinitz H.<sup>2</sup>, Ringel F.<sup>3</sup>, Herschabch P.<sup>1</sup>, Dinkel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Onkologisches Leitspital für Oberösterreich, Linz, Österreich, <sup>3</sup>Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Neurochirurgische Klinik und Poliklinik, München, Deutschland

**Ziel:** Die Belastungssituation von Angehörigen von Patienten mit malignen Hirntumoren ist potentiell durch Angehörigenmerkmale als auch Patientencharakteristika gekennzeichnet. Inwiefern Patientenmerkmale die Belastungssituation der Angehörigen beeinflussen ist bisher unzureichend untersucht. Ziel der vorliegenden Studie ist die umfassende Darstellung der psychosozialen Belastungssituation der Angehörigen, unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenhangs zu medizinischen, neuropsychologischen und psychosozialen Merkmalen der Patienten.

**Methode:** Wir befragten 61 Angehörige von gegenwärtig 90 Patienten mit primären oder sekundären Hirntumoren. Als psychosoziale Angehörigenvariablen wurden erfasst: Angst (GAD-2), Depressivität (PHQ-2), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) und Unterstützungsbedürfnisse (SCNS-PC). Umfassende medizinische und psychosoziale Variablen zum krebsspezifischen Distress der Patienten liegen vor. Anhand der Cut-Off-Werte wurden hoch belastete Angehörige identifiziert. Mittels Regression sollen Zusammenhänge der Angehörigenbelastung mit den relevanten Einflussvariablen analysiert werden.

**Ergebnisse:** Das Durchschnittsalter der Angehörigenstichprobe betrug  $M = 52,6$  Jahre ( $SD = 11,4$ ). 65% der Angehörigen waren Frauen, mehr als zwei Drittel der Angehörigen waren verheiratet oder in Partnerschaft lebend. 17,6 % der Angehörigen wurden als emotional hoch belastet mit klinisch relevanten Einschränkungen im PHQ ( $M = 8,0$ ;  $SD = 1,9$ ) und der psychischen Lebensqualität ( $M = 28,7$ ;  $SD = 5,6$ ) identifiziert. Diese Belastung geht einher mit einer signifikant geringeren körperlichen Lebensqualität der zugehörigen Patienten ( $F=4,41$ ;  $p < 0,05$ ). Weitere angehörigen- und patientenspezifische Prädiktoren zur Vorhersage der emotionalen Belastungssituation der Angehörigen werden berichtet. 83,3 % der hoch belasteten Angehörigen äußern einen psychosozialen Beratungswunsch.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, dass ein relevanter Anteil der Angehörigen von Hirntumorpatienten emotional hoch belastet ist und diesbezüglich einen Unterstützungswunsch äußert. Die Ergebnisse deuten auf einen möglichen Zusammenhang zu körperlichen Merkmalen des Patienten hin.

P-015

**Beeinträchtigung des Gefühls von Würde bei Patienten mit früher und fortgeschrittener Krebserkrankung**Vehling S.<sup>1</sup>, Lehmann C.<sup>1</sup>, Koch U.<sup>1</sup>, Mehnert A.<sup>2</sup><sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Leipzig, Leipzig, Deutschland**Hintergrund und Zielsetzung:** Der Verlust des Gefühls persönlicher Würde stellt eine bedeutsame Quelle psychischer Belastung bei einer Krebserkrankung dar. Die Studie untersucht

(a) die Häufigkeit eines substanziiell beeinträchtigten Würdegefühls sowie

(b) Aspekte, die als Würde-stärkend bzw. Würde-schwächend von Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung wahrgenommen werden.

**Methodik:** N=270 Patienten wurden anlässlich stationärer oder ambulanter Behandlung konsekutiv anhand standardisierter Selbstbeschreibungsinstrumente befragt. Bei n=155 Patienten (57%) lag eine Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium (UICC-Stadium III/IV) vor. Die Beeinträchtigung des subjektiven Würdegefühls wurde anhand eines 7-stufigen Likert-Items (0=überhaupt nicht, 6=äußerst) erhoben (Chochinov et al., 2002). Angst und Depressivität wurden anhand der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) erfasst.**Ergebnisse:** Insgesamt fühlten sich 22% der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung und 11% der Patienten mit früher Krebserkrankung moderat bis äußerst stark (Itemscore  $\geq 3$ ) in ihrem Gefühl von Würde beeinträchtigt ( $p < .05$ ,  $w^2=0.02$ ). Überhaupt keine Beeinträchtigung berichteten 33% bzw. 27% der Patienten in frühen bzw. fortgeschrittenen Stadien. Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung fühlten sich im Durchschnitt signifikant stärker durch die Krebserkrankung in ihrem Erleben von Würde beeinträchtigt ( $M=1.5$ ,  $SD=1.3$  vs.  $M=1.1$ ,  $SD=1.1$ ,  $p < .05$ ;  $d=.33$ ). Die wichtigste Würde-stärkende Erfahrung war Unterstützung durch Freunde/Familie, die wichtigste Würde-beeinträchtigende Erfahrung waren körperliche Einschränkungen und soziale Diskriminierung (Analyse von N=41 Freitextangaben). Der Zusammenhang zwischen Würdeverlust und Angst bzw. Depressivität betrug  $r=.41$  bzw.  $r=.49$  ( $p < .01$ ).**Diskussion:** In der vorliegenden Studie erlebte ca. jeder fünfte Patient mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung eine substanziielle Beeinträchtigung des Gefühls persönlicher Würde. Der Anteil war signifikant erhöht gegenüber Patienten mit einer Erkrankung im frühen Stadium. Ein möglicher Grund liegt in der höheren körperlichen Einschränkung in dieser Gruppe, da diese als zentrale Würde-beeinträchtigende Erfahrung berichtet wurde. Die hohe Relevanz sowohl positiver als auch negativer sozialer Erfahrungen für das Würdegefühl stärkt das Modell wür-

debewahrender Versorgung sowie Angebote psychosoziale Unterstützung mit dem Fokus auf soziale Beziehungen.

P-016

**Psychoonkologische Indikationsdiagnostik: Evaluation fragebogenbasierter Belastungserhebung mittels Expertenrating (ePOS-E)**Sedelmaier J.<sup>1</sup>, Möhrer H.<sup>1</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup><sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland**Hintergrund:** Onkologische Patientinnen in der Gynäkologie werden durch die Behandlung psychisch stark belastet und müssen sich mit krankheitsbezogenen Sorgen und Ängsten sowie Veränderungen von Selbstbild, Lebensführung oder Zukunftsplanung auseinandersetzen. Etwa ein Drittel entwickelt komorbid psychische Erkrankungen. Diese zuverlässig zu detektieren ist wichtig, um Patientinnen zeitnah ein passendes psychoonkologisches Interventionsangebot zu unterbreiten.**Methodik:** Am Brustzentrum des Universitätsklinikums Tübingen ist das elektronische Psychoonkologische Screening (ePOS) implementiert. Die Patientinnen bearbeiten am Tablet-PC bei stationärer Aufnahme zur operativen Behandlung empfohlene Instrumente zur Belastungsmessung. Zusätzlich werden zur Fremdbeurteilung der psychoonkologischen Behandlungsbedürftigkeit klinische Interviews durchgeführt: Psychoonkologische Basisdiagnostik (PO-BaDo) sowie ICD-10-Checklisten. Außerdem wird die Belastung der Patientinnen im Behandlungsverlauf weiter erfasst. Somatischen Daten (z.B. Tumorstadium, geplante und letztlich durchgeführte Behandlungen) werden zusätzlich erhoben.**Ergebnisse:** Die Interviews finden im Zeitraum von November 2014 bis Anfang 2015 statt, so dass auf dem Kongress erste Ergebnisse präsentiert werden.

## Somatoforme Syndrome

P-018

### Chronic Pelvic Pain Syndrome und Substanzkonsum: Ergebnisse einer interdisziplinären Sprechstunde

Schnurr U.<sup>1</sup>, Brünahl C.A.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Albrecht R.<sup>1</sup>, Riegel B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychoth, Hamburg, Deutschland

Das „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ (CPPS) ist ein Beschwerdebild, das von chronischen Schmerzen und einem hohen Leidensdruck gekennzeichnet ist. Verschiedene Medikamente sowie legale und illegale Drogen versprechen eine Linderung der Schmerzen. Über das parallele Auftreten von CPPS und auffälligem Alkoholkonsum bei Männern gibt es nur wenige Daten, die eine erhöhte Rate von Alkoholkonsum sowie einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Symptomschwere nahelegen. Daten über Tabakabhängigkeit sind widersprüchlich, während es zu Medikamentenmissbrauch und dem Konsum illegaler Drogen keine Veröffentlichungen gibt. Bei Frauen wird sowohl eine erhöhte Rate an auffälligem Alkoholkonsum als auch an Drogenkonsum beschrieben. Ferner wird berichtet, dass die Einnahme von Opioiden eine gängige medikamentöse Therapie für Patientinnen bei CPPS darstellt. Insgesamt ist die Datenlage über die Prävalenz von missbräuchlichen Substanzgebrauch jedoch gering und lässt momentan kaum Rückschlüsse über therapeutische Implikationen zu. Unsere Studie soll die Häufigkeit von Substanzmissbrauch in einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit CPPS erheben, um den Stellenwert der spezifischen Diagnostik und Behandlung von Substanzmissbrauch abschätzen zu können.

Es wurden 120 Patientinnen und Patienten unserer interdisziplinären Sprechstunde zum CPPS mittels Selbstauskunftsinstrumente (Tabak: FTND, Alkohol: Audit, Cannabis: SDS sowie aktuelle Medikation) und strukturiertem klinischen Interviews (SKID) untersucht. Auf der Basis einer Complete-Case-Analyse wird eine Abschätzung der Prävalenz für einzelne Substanzen sowie eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Substanzmissbrauch und Symptomschwere vorgenommen. Ebenfalls erfolgt eine Analyse der verordneten Schmerzmedikation.

Die Ein-Jahres-Prävalenz für den Missbrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen befinden sich im Vergleich zur deutschen Normalbevölkerung in einem niedrigen Bereich. Nur ein geringer Teil der untersuchten Stichprobe (etwa 5%) berichtet einen übermäßigen Gebrauch von Schmerzmittel. Hinsichtlich der Opioidaufnahme lässt sich ebenfalls eine vergleichsweise geringe Rate finden. Der Zusammenhang zwischen aktuellem und früheren Substanzmissbrauch und Symptomatik wird berichtet.

P-019

### Neurochemische Konzentrationen in schmerzverarbeitenden Regionen des Gehirns bei Patienten mit chronisch nicht-spezifischen Rückenschmerzen unter Berücksichtigung psychologischer Variablen

Borys C.<sup>1</sup>, Janetzki L.<sup>1</sup>, Reichenbach J.<sup>2</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Gussew A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin & Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Jena, Medical Physics Group, Jena, Deutschland

**Hintergrund:** Frühere Studien zeigen, dass eine Schmerzchronifizierung mit metabolischen Änderungen in verschiedenen Gehirnregionen verbunden ist. Beobachtet wird eine Entgleisung des Gleichgewichtes zwischen erregenden und hemmenden Neurotransmittern (Glutamat-GABA-Ratio). Da sowohl Glutamat als auch GABA bei der Schmerzverarbeitung als auch bei psychischen Prozessen eine wichtige Rolle spielen, ist zudem eine Erfassung psychologischer Faktoren notwendig.

Das Ziel der Studie ist, Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und gesunde Kontrollpersonen hinsichtlich der Glutamat- und GABA-Konzentrationen in schmerzverarbeitenden Hirnregionen zu untersuchen sowie den Einfluss psychologischer Variablen zu kontrollieren.

**Methoden:** Die Stichprobe umfasst 19 Patienten mit chronischen, nicht-spezifischen Rückenschmerzen im Alter von 41 bis 70 Jahren (Schmerzdauer > 6 Monate) und 19 gesunden Kontrollpersonen, die nach Alter und Geschlecht parallelisiert sind.

Messungen werden an einem klinischen 3 Tesla Ganzkörper-MR-Scanner durchgeführt (Trio, Siemens). Das Untersuchungsprotokoll (Gesamtdauer: ca. 90 min) beinhaltet Akquisition von hochaufgelösten 3D T1 gewichteten MR-Bilddaten des Gehirns (MP-RAGE) sowie von vier Hirnspektren im anterior-cingulären Kortex, vorderen und hinterem insulären Kortex, und im okzipitalen Kortex (1H-MEGA-PRESS-Sequenz, TE/TR = 68/2000 ms). Intensitäten von GABA und Glutamat in Spektren werden mit der jMRUI Software quantifiziert und an die Intensität des Kreatinins (endogene Referenz) normiert.

Psychologische Variablen und Schmerz Aspekte wurden mit Hilfe von Fragebögen (HADS, BDI, CSQ, IIP, DSF) sowie durch ein standardisiertes klinisches Interview (SKID I & II) erfasst.

**Ergebnisse:** Die Daten befinden sich im Auswertungstatus. Es werden u.a. signifikante Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollen des Glutamat-GABA-Gleichgewichts in den schmerzverarbeitenden Regionen des Gehirns in Abhängigkeit vom Ausmaß der Chronifizierung erwartet. Zudem wird erwartet, dass sich Depressivität senkend auf die Glutamat und GABA Konzentrationen auswirkt.

P-020

### Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS): Entwicklung einer psychotherapeutischen Intervention auf Grundlage von psychosozialen Faktoren und deren Einfluss auf die Lebensqualität

Brünahl C.<sup>1</sup>, Albrecht R.<sup>1</sup>, Schnurr U.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Riegel B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

Aktuelle Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung des „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ (CPPS) legen ein interdisziplinäres Vorgehen nahe. Bisher wurden jedoch besonders im Bereich der Psychotherapie und der Physiotherapie monodisziplinäre Behandlungsansätze entwickelt. Diese haben sich im Rahmen von Pilotstudien als machbar und in der Prä-Post-Messung als wirksam erwiesen.

Das Ziel der Arbeitsgruppe zum CPPS am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf ist nun die Planung und Durchführung einer Machbarkeitsstudie zu einer interdisziplinären Behandlung. Die hier vorgestellte Studie hat psychosoziale Faktoren aus der Literatur extrahiert und deren Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HrQoL) der Betroffenen mit CPPS untersucht. Auf diese Weise können Rückschlüsse auf die Schwerpunkte der psychotherapeutischen Intervention im Rahmen eines interdisziplinären Therapieansatzes getroffen werden.

Es wurden 90 Patientinnen und Patienten einer interdisziplinären Sprechstunde zum CPPS mittels Selbstauskunftsinstrumente (Depression: PHQ-9, Ängstlichkeit: GAD-7, Somatisierung: PHQ-15, Stress: PHQ-Stress, Katastrophisierende Gedanken, soziale Unterstützung sowie soziodemographische Variablen) untersucht. Fehlende Daten wurden mittels Multipler Imputation ersetzt. Mittels einer Linearen Regressionsanalyse wurde der Einfluss der oben genannten Prädiktorvariablen auf die HrQoL (SF-12) untersucht. Zuerst ist auffällig, dass die Werte der CPPS-Stichprobe hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung im Vergleich zu den Werten der deutschen Normalbevölkerung erhöht waren (alle  $p < .001$ ).

Es konnten zudem verschiedene Prädiktoren für die Ausprägung der HrQoL identifiziert werden. So stehen eine hohe Ängstlichkeit ( $\beta = -.65$ ;  $p = .011$ ) sowie ein starkes Gefühl der Hilflosigkeit ( $\beta = -.54$ ;  $p = .029$ ) mit einem verringerten Wert in der mentalen Skala der HrQoL in Zusammenhang. Als Prädiktor für eine niedrige physische HrQoL erwies sich ein höheres Alter ( $\beta = -.14$ ;  $p = .006$ ). Höhere Depressivität ( $\beta = -.47$ ;  $p = .095$ ) sowie ausgeprägtes Hilflosigkeitsempfinden ( $\beta = -.51$ ;  $p = .068$ ) erscheinen auch im Hinblick auf die physische HrQoL tendenziell bedeutsam. Psychotherapeutische Interventionen mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität sollten daher eine Reduktion des Hilflosigkeitsempfindens adressieren. Zudem weisen die Daten auf einen Zusammenhang zwischen psychopathologischen Phänomenen (Depressivität, Ängstlichkeit) und HrQoL hin.

P-021

### Evaluation eines interdisziplinären Netzwerks für somatoforme und funktionelle Störungen (Sofu-Net) aus Sicht der NetzwerkpartnerInnen

Kuby A.<sup>1</sup>, Gladigau M.<sup>1</sup>, Lau K.<sup>1</sup>, Shedden-Mora M.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Trotz hoher Prävalenzraten somatoformer und funktioneller Störungen in der hausärztlichen Praxis beträgt die Zeit zwischen dem ersten Auftreten somatoformer und funktioneller Symptome und dem Beginn einer Psychotherapie in Deutschland durchschnittlich sechs Jahre. Innerhalb des Gesundheitssystems scheinen Schwierigkeiten in der (Früh-)Erkennung und der koordinierten Diagnostik hierfür maßgeblich verantwortlich. Abzielend auf eine verbesserte Versorgung von PatientInnen mit somatoformen und funktionellen Störungen, wurde in Hamburg ein interdisziplinäres Netzwerk errichtet (Sofu-Net). Ziel dieser Studie war die abschließende quantitative und qualitative Evaluation des Netzwerks aus Sicht der NetzwerkpartnerInnen.

**Methode:** Ein postalischer Fragbogen wurde an die NetzwerkpartnerInnen (41 Hausärzte, 35 Psychotherapeuten, 7 psychosomatische Kliniken) versandt (Rücklaufquote 80%). Erhoben wurden die Einschätzung der Netzwerkqualität und dessen verschiedener Elemente, sowie die Motivation zur zukünftigen Teilnahme am Netzwerk. In einem zweiten Schritt wurden anhand interdisziplinärer Fokusgruppen mit den NetzwerkpartnerInnen die Qualität des Netzwerks und die notwendigen Bedingungen für dessen Weiterführung qualitativ evaluiert.

**Ergebnisse:** Aus der Fragebogenerhebung wurde ersichtlich, dass die Mehrzahl der Kliniken, HausärztInnen und PsychotherapeutInnen das Netzwerk weiterempfehlen würden (100%; 74%; 96%), dass sie mit der Netzwerkarbeit zufrieden seien (100%; 74%; 77%) und dass sich ihre Erwartungen an das Netzwerk erfüllt hätten (86%; 67%; 65%). Durch das Netzwerk habe sich die insbesondere die Weitervermittlung von PatientInnen verbessert. Als hilfreiche Elemente wurden der regelmäßige Qualitätszirkel und der Screening-Fragebogen genannt. Als verbesserungswürdig im Rahmen der Netzwerkarbeit wurde die Kommunikation der NetzwerkpartnerInnen untereinander angesehen. An einer Weiterführung des Netzwerks wäre 88 % interessiert, und 87% würden als KooperationspartnerInnen zur Verfügung stehen. Die ergänzenden qualitativen Ergebnisse aus den Fokusgruppen werden präsentiert.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass das Netzwerk zu einer Verbesserung in der Früherkennung und in der Weitervermittlung von PatientInnen mit somatoformen und funktionellen Störungen beiträgt. Die Ergebnisse sind für die Weiterführung dieses oder ähnlicher Netzwerke zur Verbesserung der Patientenversorgung von Relevanz.

P-022

### Somatoformer Schwindel bei Kindern und Jugendlichen

Schmid G.<sup>1,2</sup>, Langhagen T.<sup>2,3</sup>, Schipperges A.<sup>1,2</sup>, Aberl S.<sup>1</sup>, Henningsen P.<sup>1,2</sup>, Dieterich M.<sup>2,3</sup>, Jahn K.<sup>2,3</sup>, Lahmann C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, TU München, Klinik für Psychosomat. Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Großhadern, LMU München, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Großhadern, LMU München, Klinik für Neurologie, München, Deutschland

**Einleitung:** Schwindelsyndrome können bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten und zählen mit einer Prävalenz im Schulalter von 15% zu den häufigeren Beschwerden. Kinder und Jugendliche mit einem episodisch auftretenden Schwindel leiden häufig unter emotionalen Problemen sowie unter ängstlichen und depressiven Gefühlen. Bislang gibt es kaum Studien zu somatoformen Schwindelerkrankungen und assoziierten psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen.

**Methode:** In diese Querschnittstudie wurden die Daten von n=93 Patienten (Alter 13.5 ± 2.6 Jahre) einer universitären Schwindelambulanz für Kinder und Jugendliche einbezogen. Im Rahmen der Diagnostik erfolgte eine standardisierte neurologische Untersuchung; außerdem füllten die Patienten bzw. ihre Eltern Fragebögen zu Beschwerden sowie zu Angst und Depression aus.

**Ergebnisse:** 49.5% der Kinder und Jugendlichen litten unter einem somatoformen Schwindel. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen somatoformen Schwindelsyndromen und einer vorausgegangenen orthostatischen Dysregulation. Bei Patienten mit einem somatoformen Schwindel berichteten die Eltern signifikant häufiger internalisierende Verhaltensauffälligkeiten (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich/depressiv) als bei Patienten ohne somatoforme Schwindelsyndrome.

**Schlussfolgerung:** Die Diagnose eines somatoformen Schwindels bei Kindern und Jugendlichen war vergleichbar hoch mit den Prävalenzraten bei erwachsenen Schwindelpatienten. Die Ergebnisse sind relevant im Hinblick auf eine frühzeitige Diagnosestellung und Einleitung einer adäquaten Behandlung im Kinder- und Jugendbereich. In zukünftigen Studien sollten diese Ergebnisse an größeren Stichproben repliziert werden.

P-023

### Zusammenhänge zwischen Somatisierungssymptomen, krankheitsbezogenen Kognitionen und Lebensqualität bei Patienten einer psychosomatischen Ambulanz

Lindner M.<sup>1</sup>, Schlottbohm E.<sup>1</sup>, Friederich H.-C.<sup>1,2</sup>, Tagay S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR-Klinikum Essen, Essen, Deutschland, <sup>2</sup>Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Verschiedenen Studien fanden Unterschiede in den Kognitionen zu Körper und Gesundheit zwischen Patienten mit somatoformen Störungen und Patienten anderer klinischer Gruppen sowie gesunden Kontrollpersonen. Zudem unterschieden sie sich in der Art ihrer körperlichen Beschwerden und im Umgang damit. In der vorliegenden Studie sollen spezifische Charakteristika von Patienten mit körperlichen Symptomen im Vergleich zu anderen Patientengruppen identifiziert und Zusammenhänge zwischen somatischen Beschwerden und unterschiedlichen psychischen Parametern analysiert werden.

**Methoden:** Es wurden 350 Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Essen untersucht, die sich zu einem Erstgespräch in der Ambulanz vorstellten. Die Patienten wurden gebeten, die Beschwerden anzugeben, aufgrund derer sie die Klinik aufsuchten, sowie Fragebögen zu körperlichen Symptomen (SOMS-2), zu Kognitionen zu Körper und Gesundheit (FKG), zu Hypochondrie (WI), zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) und zu Ängstlichkeit und Depressivität (HADS) zu beantworten. Sie wurden anhand der selbst angegebenen Beschwerden in vier Gruppen eingeteilt: körperliche Symptome (SOM), psychische Symptome (PSYCH), Essstörungen und Beschwerden aus mehreren der drei Bereiche (MULTI).

**Ergebnisse:** Die Patienten der SOM-Gruppe berichteten eine ähnliche Anzahl körperlicher Beschwerden nach SOMS-2 wie die PSYCH-Patienten, während die MULTI-Gruppe signifikant mehr Symptome angab. Der Mittelwert der FKG-Skala „Körperliche Schwäche“ fiel für die MULTI-Patienten signifikant höher aus als für die PSYCH-Gruppe. Nach SF-12 zeigte die PSYCH-Gruppe eine signifikant höhere körperliche Lebensqualität als die MULTI- und die SOM-Gruppe, aber keinen Unterschied gegenüber den Essstörungspatienten. Bzgl. der psychischen Lebensqualität wiesen die SOM-Patienten die höchsten Werte auf, vor den Essstörungspatienten und der MULTI-Gruppe. Letztere unterschied sich nicht von der PSYCH-Gruppe. Mittels Korrelationsanalysen konnten signifikante Zusammenhänge zwischen allen erhobenen Maßen festgestellt werden.

**Diskussion:** Patienten, die sowohl psychische als auch körperliche Beschwerden angaben, scheinen die stärksten Auffälligkeiten im Hinblick auf die eingesetzten Instrumente zu zeigen sowie insgesamt die schlechteste Lebensqualität aufzuweisen. Darüber hinaus wurden Assoziationen zwischen den Kognitionen zu Körper und Gesundheit und beiden Arten von Symptomen gefunden.



P-024

**Effect of cognitive behavioral therapy for oral dryness in burning mouth syndrome**Matsuoka H.<sup>1</sup>, Abiko Y.<sup>1</sup>, Sakano Y.<sup>2</sup>, Chiba I.<sup>1</sup><sup>1</sup>School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido, Hokkaido, Japan, <sup>2</sup>School of Psychological Science, Health Sciences University of Hokkaido, Hokkaido, Japan

**Introduction:** Burning mouth syndrome (BMS) is a disease characterized by presence of burning sensation that occurs mostly in postmenopausal women. Although cognitive behavioral therapy (CBT) is one of the effective treatments for burning sensation in BMS, it is not clear whether CBT ameliorate the peripheral symptoms such as oral dryness which is the very common symptom in BMS. In this study, we examine the effect of CBT for oral dryness in BMS.

**Methods:** Participants were the 14 patients with BMS. The program conducted in this study consisted 4 sessions dealing with psychological education about BMS and psychological factors, progressive muscle relaxation, distraction, and cognitive restructuring. Participants were assessed with numerical rating scale of oral dryness at pre-treatment and post-treatment.

**Results:** The results of paired t-test showed that the oral dryness was reduced throughout the treatment (pre:  $4.71 \pm 2.84$ ; post:  $2.86 \pm 2.74$ ,  $t(13) = 3.05$ ,  $p < 0.01$ ). These results suggested the efficacy of CBT for oral dryness in BMS.

**Somatopsychie**

P-026

**Psychische Komorbidität langzeitbeatmeter Patienten und der Einfluss auf den Behandlungsverlauf**Bürgermeister S.<sup>1</sup>, Spang J.<sup>1</sup>, Kohlhäufel M.<sup>2</sup>, Weiß H.<sup>1</sup><sup>1</sup>Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Stuttgart, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik Schillerhöhe, Abteilung für Pneumologie und Pneumologische Onkologie, Stuttgart, 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 von Patienten mit prolongiertem Weaning und der Zusammenhang zum Behandlungsverlauf untersucht.

**Methoden:** Die naturalistische Verlaufsstudie wird seit Januar 2013 durchgeführt (2 Jahre Laufzeit). Die Patienten wurden zu Beginn und Ende der Behandlung mit einem diagnostischen Interview untersucht. Zusätzlich wurden Fremdbeurteilungen (Arzt, Pflege, Angehörige) erhoben. 4-8 Wochen nach der Entlassung wurde die Lebensqualität der Patienten untersucht (EQ-5D-5L).

**Ergebnisse:** 177 Patienten (68,9% Männer; M = 68,9 Jahre, SD = 11,7) nahmen an der Studie teil. 25,4% waren delirant, 7,9% wurden wegen mangelnder Deutschkenntnisse ausgeschlossen, 36,8% sahen sich - z. T. aufgrund der erheblichen Belastung durch Grunderkrankung und maschinelle Beatmung - nicht in der Lage, an der Studie teilzunehmen. Insgesamt 53 Patienten (29,9%) konnten untersucht werden. Der überwiegende Teil hatte eine Erkrankung des Atmungssystems (60%), eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (18,9%) oder bösartige Neubildungen (8,4%). Von den untersuchten Patienten erfüllten 37% (PHQ) die Kriterien einer Depression und 38% (PHQ) die Kriterien einer Angststörung. Patienten, die nicht erfolgreich entwöhnt werden konnten, berichteten zum Beginn des Weanings signifikant mehr Angst als Patienten, die erfolgreich entwöhnt werden konnten ( $M_{3c} = 6,3$ ,  $M_{3a} = 2,1$ ;  $p = 0,03$ ).

**Schlussfolgerungen:** In der Studie von Jubran et al. (2010) wurden 42% der langzeitbeatmeten Patienten als depressiv diagnostiziert. Die Daten aus der vorliegenden Studie stützen dieses Ergebnis. Die Ergebnisse zeigen zudem signifikante Unterschiede zwischen den Weaning-Subkategorien. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche psychische Belastung der Patienten und den Einfluss auf das Behandlungsergebnis und begründen eine psychosomatische Mitbehandlung der Patienten.

P-028

### Erythema ab igne bei einer Patientin mit Bulimia nervosa

Beneke J.<sup>1</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>, Körner M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MHH, Psychosomatik, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>MHH, Dermatologie, Hannover, Deutschland

Das Erythema ab igne (EAI) ist eine Hauterkrankung, die sich durch ein örtlich begrenztes, netzförmiges Erythem auszeichnet. Für die Ausprägung der Hauterscheinung ist eine kontinuierliche oder regelmäßige Wärmeanwendung oder Infrarotbestrahlung auf einem Hautareal notwendig. Die retikulären Maculae können nach Unterlassen der Wärmeanwendung verblassen, jedoch bei chronischer Wärmeanwendung in Form einer Hyperpigmentierung persistieren und in Einzelfällen die Gefahr einer malignen Entartung in sich tragen. In dem vorgestellten Fall wird eine Patientin mit einer Bulimia nervosa (BN) dargestellt, die aufgrund konsequenter Anwendung einer Wärmflasche ein EAI ausbildete. Durch ein subjektives Kältegefühl im Rahmen ihrer Erkrankung hatte die Patientin auf die Wärmeapplikation zurück gegriffen. Sie vermied den Kontakt mit dem Bauch, um „die Verdauung nicht übermäßig anzuregen“, so dass sich das EAI überwiegend an den Oberschenkelinnenseiten befand. Nach Unterlassen der Wärmemanwendung konnte peripher des EAI ein beginnendes Abblässen beobachtet werden und es nahm einen bräunlicheren Farbton an.

P-029

### Relevance of developmental psychologic mechanisms for psychotherapeutic treatment on long term atopic eczema - a qualitative analysis

Zimmermann P.<sup>1</sup>, Zimmermann A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für psychosomatisches Coaching, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Naturheilpraxis Zimmermann, Radis, Deutschland

When atopic eczema manifesting in early childhood, personality disorders and pathologic disentanglement might result, especially towards the subject's mother. If the child doesn't sufficiently disentangle with its motherly symbiosis, a conflict in proximity-distance might occur. Noticeable patterns of behavior during adulthood can often be found manifesting as dependency relationships towards affiliated reference persons. That lead to more frequent and intense exacerbations most notable in adults. This condition is successfully treatable with psychotherapy. We attempted to examine these developmental psychologic correlations. The surprising results can be found below.

Our inquiry bases on 8 adult subjects (21-42 years of age), whose atopic eczema appeared for the first time in early childhood (0-2). The eczema persist partially in moderate or delimited form until today. Goal of our analysis is to determine the chronological relationship of all characteristics between primary manifestation

of atopic eczema and earliest psychological proximity-distance conflict. Therefore we performed a qualitative biographical analysis. After conducting a structured hypnotic age regression with subjective experience of proximity-distance conflict we compared and verified the subjects' reported memories with external information (questioning of family, photos, medical records). In all cases, we succeeded to distinctly determine the chronological relationships of examined characteristics. Contrary to our expectations all subjects experienced the earliest proximity-distance conflict chronologically before their atopic eczema's first manifestation. The subjects individual patterns of proximity-distance conflicts are therefore contrary to attachment theories not a consequence of the first manifestation of atopic eczema in early childhood. They do exist before the outbreak of the disease. Furthermore, over the whole course of the subject's disease a close correlation of the dynamics between proximity-distance experiences and acute exacerbations had been observed.

Proximity-distance conflicts in subjective experiencing do not only act as an amplifier, but potentially as causal factor for the first manifestation and for exacerbations of long term atopic eczema. An integrative clarification model is introduced. Hence psychotherapeutic treatment ought to be awarded a higher status in primary therapy of atopic eczema, as it is the case in clinical practice till today.

P-030

### Klinische Interventionen bei Diabetes Mellitus Typ 1 und Essstörung

Skoda E.<sup>1</sup>, Keifenheim K.E.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, IM6 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Diabetes Mellitus (DM) Typ 1 als eine Autoimmunerkrankung die meist im jungen Adoleszenzalter erstmalig manifest wird, sieht ein intensives Standardbehandlungsprogramm mit Hauptfokus auf Essen und Essstruktur sowie intensiver Insulintherapie vor. Eine Assoziation mit Essstörungen wie der Anorexia Nervosa oder der Bulimia Nervosa, die einen ähnlichen Ersterkrankungsgipfel wie der Diabetes Typ Mellitus Typ 1 haben ist bereits vielfach beschrieben worden. Diese Komorbidität führt zu schlechteren Stoffwechseleinstellungen und einem deutlich erhöhtem Mortalitätsrisiko der betroffenen Patienten. Die duale Therapie der psychischen und der somatischen Erkrankung ist eine Herausforderung für Behandler wie auch für Patienten. Interdisziplinäre Behandlungsmanuale fehlen.

**Methode:** Um die bisher bestehenden evidenzbasierten Interventionen im Zusammenhang von DM Typ 1 zusammen zu fassen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

**Ergebnisse und Ausblick:** Ein rasches Erkennen einer vorliegenden Essstörung ist für den weiteren Krankheitsverlauf von

großer Bedeutung. Neben dem Management der entgleisten Stoffwechsellage sollte eine zügige Einleitung einer psychosomatischen Behandlung der Essstörung erfolgen. Screeninginstrumente können bei der Identifizierung helfen. Eine gezielte Prävention im Sinne von Psychoedukation der Risikogruppe der an Diabetes Mellitus Typ 1 erkrankten Jugendlichen kann wichtig sein, um der Entwicklung einer Körperschemastörung und der folgenden Essstörung mit Insulinpurgingverhalten entgegenzuwirken.

### P-031

#### Patientinnen mit postpartalen psychischen Störungen: Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

Bittner A.<sup>1</sup>, Treichel T.<sup>1</sup>, Junge-Hoffmeister J.<sup>1</sup>, Windisch A.-T.<sup>1</sup>, Coenen A.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Der Einfluss postpartaler Angst- und depressiver Störungen auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung ist relativ gut untersucht. Die Studienlage zum Einfluss mütterlicher Persönlichkeitsstörungen ist hingegen eher rar. Es kann jedoch angenommen werden, dass Frauen mit Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihrer vielfältigen Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen auch Probleme in der Versorgung und im Beziehungsaufbau zu einem Säugling haben (Conroy et al. 2010 | Newmann et al. 2007).

**Fragestellungen:** Es soll untersucht werden, wie häufig Persönlichkeitsstörungen bei Patientinnen mit postpartalen psychischen Störungen auftreten und welchen Einfluss diese auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Selbst- und in der Fremdeinschätzung haben.

**Methodik:** Es liegen Daten einer klinischen Stichprobe von Müttern vor, die sich aufgrund postpartaler psychischer Störungen gemeinsam mit ihrem Baby in unserer Mutter-Kind-Tagesklinik in Behandlung befanden. In der laufenden Studie wurde bisher bei 30 Pat. eine strukturierte klinische Diagnostik zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (SKID-II | Fydrich et al. 1997) durchgeführt. Die selbst wahrgenommene Mutter-Kind-Beziehung wurde mit dem Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ | Brockington et al. 2001) erfasst. Das Fremdrating der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung erfolgte mit dem Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen zum Mutter-Kind-Interaktionsverhalten (SF-MKI | Lier-Schehl et al. 2011).

**Ergebnisse:** Persönlichkeitsstörungen traten bei unseren Pat. sehr häufig auf; N=21 Pat. (70%) erfüllten die diagnostischen Kriterien für irgendeine Persönlichkeitsstörung nach SKID-II. Im Vergleich dazu treten bei ca. 12,6% der Frauen in der Allgemeinbevölkerung Persönlichkeitsstörungen auf (Torgersen et al. 2001).

Pat. mit Persönlichkeitsstörungen aus Cluster A und B schätzten die Mutter-Kind-Beziehung signifikant positiver ein als Pat. ohne Persönlichkeitsstörung. In der Fremdeinschätzung konnte die positivere Wahrnehmung nicht bestätigt werden.

**Schlussfolgerungen:** Behandler von Pat. mit postpartalen psychischen Störungen sollten auf das Vorhandensein komorbider Persönlichkeitsstörungen besonders achten, da angenommen werden kann, dass die Mutter-Kind-Beziehung dieser Pat. deutliche Defizite aufweist. Diese Mütter und Kinder benötigen intensive Unterstützungs- und Therapieangebote, um langfristige negative Entwicklungen zu vermeiden.

### P-032

#### Der Verlauf der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen in Abhängigkeit von Patientinnenmerkmalen und psychoonkologischem Angebot

Badtke A.<sup>1</sup>, Kleiber C.<sup>1</sup>, Zemlin C.M.F.<sup>2</sup>, Albert U.-S.<sup>3</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik Sonnenblick, Marburg, Deutschland, <sup>3</sup>Krankenhaus Nordwest, Frankfurt am Main, Deutschland

**Einleitung:** Psychoonkologische Angebote sind integraler Bestandteil der leitliniengerechten Behandlung und Nachsorge von Brustkrebspatientinnen mit dem Ziel, die Lebensqualität (LQ) zu steigern und psychische Belastungen (v.a. Angst und Depression) zu reduzieren.

Dabei ergibt sich die Frage, wie psychisch belastete Patientinnen früh identifiziert und gezielt versorgt werden können. Daneben ist von Interesse, welche Faktoren die LQ nach Erstdiagnose und im Verlauf beeinflussen.

**Methoden:** In einer kontrollierten Studie, gefördert von der Deutschen Krebshilfe, wurden 213 Brustkrebspatientinnen eines Brustzentrums entweder grundsätzlich zum psychoonkologischen Erstgespräch vorgestellt (Kohorte 1) oder nach einem screeningbasierten psychoonkologischen Behandlungspfad (Kohorte 2) behandelt. Zu 3 Zeitpunkten (0, 6 und 12 Monate) wurden sie zur LQ (EORTC-QLQ-C30), Angst, Depressivität (HADS) und Krankheitsbewältigung (MAC) befragt.

Neben dem Effekt der Pfadeinführung wurden weitere Einflussfaktoren auf den LQ-Verlauf untersucht.

**Ergebnisse:** Die Zuweisung zum psychoonkologischen Gespräch erfolgte nach Pfadeinführung gezielter: Mit weniger Gesprächen (K2: 71%, K1: 79%) konnten mehr psychische Störungen nach ICD-10 identifiziert werden (K2: 44%; K1: 39%). Die LQ nahm von T0 zu T12 in beiden Gruppen zu, die psychische Belastung ab. Ein signifikanter Kohortenunterschied bestand nicht. Die globale LQ von HADS-negativen Patientinnen blieb auf relativ hohem Niveau konstant (T0: 65; T12: 66). Bei Patientinnen mit

initial auffälliger HADS war sie durchgehend schlechter, nahm aber über die Zeit signifikant zu (T0: 43; T12: 61).

Frauen mit hohem Kampfgeist hatten initial eine signifikant schlechtere LQ als Frauen mit geringem Kampfgeist (41 vs. 65). Im Verlauf glichen sich die Werte an (63 vs. 65).

Jüngere Patientinnen hatten initial eine schlechtere LQ als ältere (50 vs. 60), übertrafen aber nach einem Jahr mit 65 vs. 63 die älteren Patientinnen tendenziell.

**Zusammenfassung:** Entgegen einer unsystematischen Zuweisung aller Brustkrebspatientinnen zum psychoonkologischen Erstgespräch bewirkte die Pfadeführung einen gezielteren Ressourceneinsatz ohne nachteiligen Effekt auf den Verlauf der LQ. Erhöhte psychische Belastung der Patientinnen ging mit deutlich reduzierter LQ einher. Die Identifikation belasteter Patientinnen mittels Screening kann ohne Qualitätsverlust frühzeitig und gezielt Patientinnen mit erhöhtem Behandlungsbedarf identifizieren.

### P-033

#### A cross-cultural comparison of climacteric symptoms

Zhang Y.<sup>1</sup>, Zhao X.<sup>2</sup>, Nadig M.<sup>3</sup>, Leonhart R.<sup>4</sup>, Fritzsche K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>School of Medicine of Tongji University, Shanghai, China, <sup>3</sup>Institute of Anthropology and Cultural Science, Bremen, Deutschland, <sup>4</sup>Psychologisches Institut, Freiburg, Deutschland

**Objective:** Cultural background has been shown to influence climacteric symptoms of women. This study aimed to compare different characteristics of climacteric symptoms, self-esteem, and perceived social support of Mosuo women, a Chinese ethnic minority with matriarchal structure, and Han Chinese women, the majority ethnic group of China with patriarchal structure, and to explore cultural impact.

**Methods:** Through convenience sampling, 54 Mosuo and 52 Han women ages 40 to 60 completed the sociodemographic questionnaire, Menopause Rating Scales (MRS), Self-Esteem Scale SES and Perceived Social Support Scale (PSSS).

**Results:** Mosuo and Han Chinese women were comparable regarding age, educational level, distribution of occupation, number of children and family income. As compared to Han Chinese Women, Mosuo women during the climacteric reported less frequently heart discomfort ( $P=0.029$ ), sleep problems ( $P=0.020$ ), depressive mood ( $P=0.040$ ), irritability ( $P=0.000$ ), anxiety ( $P=0.000$ ), physical and mental exhaustion ( $P=0.042$ ), discomfort of vagina ( $P=0.016$ ), and the total score of the MRS was lower than that of Han Chinese women ( $P=0.002$ ). Mosuo women displayed higher self-esteem ( $P=0.006$ ) and perceived more support from family ( $P=0.004$ ) than Han Chinese women did. Correlation analysis and multi-linear regression indicated more higher self-esteem and more support from family were as-

sociated with more milder symptoms independent of ethnicity.

**Conclusion:** In comparison to Han Chinese women, Mosuo women showed better health status during climacteric, especially in aspect of psychological well-being. These different symptoms' characteristics and severity were significantly associated with self-esteem and perceived social support in two ethnic groups. It could be the result of cultural differences related to women's social status, familial forms. Further research with larger sample size is needed in this regard that incorporates and explores interaction between cultural factors and wellness during climacteric.

## Trauma und Dissoziation

P-034

### Trauma und Psychose. Epidemiologische und (neuro)biologische Befunde sowie psychodynamische und behandlungspraktische Überlegungen

von Boetticher D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Die Traumaforschung hat in den vergangenen Jahren eine Vielzahl empirischer Befunde für Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen, insbesondere frühen Beziehungstraumatisierungen, und verschiedenen somatischen (u.a. KHK, COPD, Diabetes) und psychischen Erkrankungen hervorgebracht. Galt bei diesen die Aufmerksamkeit der Forschung bis vor Kurzem vorwiegend nichtpsychotischen Erkrankungen wie PTBS, affektiven, dissoziativen, somatoformen, Angst-, Esss- oder Persönlichkeitsstörungen, so gibt es mittlerweile ein wachsendes empirisches Forschungsinteresse auch an Zusammenhängen zwischen Traumatisierungen und psychotischen Erkrankungen.

**Methode:** Die Präsentation gibt einen Überblick über aktuelle epidemiologische und (neuro)biologische Befunde und verbindet sie mit psychodynamischen Überlegungen. Schließlich werden die bisher vorliegenden behandlungspraktischen Daten der empirischen Psychotherapieforschung zusammengefasst.

**Ergebnis:** Bei Patienten, die an psychotischen, einschl. schizophrenen Syndromen leiden, besteht retrospektiv eine hohe Prävalenz von Traumatisierungen. Die Zuverlässigkeit dieser anamnestischen Angaben ist vergleichbar mit der nichtpsychotischer Patienten. Prospektive Studien zeigen eine deutliche Dosis-Wirkungs-Relation zwischen früher Traumatisierung und späterem Psychoserisiko. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass der Verlauf bei Psychosepatienten mit Traumaanamnese gekennzeichnet ist durch ein früheres Erkrankungsalter, häufigere Krankenhausaufenthalte, mehr Depressivität, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Substanzmissbrauch und Positivsymptome sowie eine höhere somatische Morbidität. Biologische Befunde weisen auf neuroendokrine (u.a. verstärkte Sensibilisierung der HPA-Achse u. des mesolimbischen Dopaminsystems), hirnstrukturelle (reduzierte kortikale Dicke) sowie epigenetische (BDNF-Val66Met-Polymorphismus) Veränderungen. Psychodynamisch besteht eine strukturelle Ähnlichkeit zwischen traumatischen Beziehungserfahrungen und den von Burnham und Mentzos beschriebenen psychotischen Beziehungs-Dilemmata. Die Psychotherapie kann phasenabhängig auch traumaspezifische Ansätze (Imaginationsübungen, EMDR, in einer Pilotstudie auch Exposition) enthalten. Pharmakotherapeutisch können insbesondere dämpfend wirkende Antipsychotika indiziert sein.

**Diskussion:** Die Psychosebezogenen Befunde der Traumaforschung stützen eine psychosoziale Konzeptualisierung psychotischer, einschl. schizophrener Syndrome.

P-035

### Wie häufig und wie gefährlich ist Pädophilie?

Heinz J.<sup>1</sup>, Hoyer J.<sup>1</sup>, Geradt M.<sup>2</sup>, Schmidt A.<sup>3</sup>, Jahnke S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Pseudonym, Pseudonym, Deutschland, <sup>3</sup>Université du Luxembourg, Walferdange, Luxemburg

Die Pädophilie gehört zu den psychischen Störungen, über die wir am wenigsten wissen. Neuere Studien zeigen, dass die Stigmatisierung ausgeprägter ist, als bei nahezu allen anderen psychischen Störungen, und zu besonderen Belastungen und Folgeproblemen führt. Die Stigmatisierung hängt eng mit der in der Bevölkerung verbreiteten Annahme zusammen, Pädophilie münde so gut wie zwangsläufig in sexuellen Kindesmissbrauch. Im vorliegenden Beitrag untersuchen wir anhand neuer Internet-Studien aus dem BMFSFJ-geförderten MIKADO-Projekt, wie verbreitet Pädophilie ist, wie hoch der Anteil pädophil motivierter Taten an der Gesamtzahl der Sexualstraftaten bei Minderjährigen ist und ob es eine Subgruppe von gut integrierten, bisher nicht straffälligen Menschen mit Pädophilie gibt.

In der ersten Studie untersuchten wir 8718 Mitglieder der deutschen männlichen Bevölkerung mittels Fragebogeninstrumenten, u.a. zu deren sexuellen Präferenzen und Fantasien. An der zweiten Studie nahmen über 100 Männer teil, die sich selbst als „pädophil“ einschätzen. Wir befragten sie mit zahlreichen etablierten Fragebogenverfahren (Depression, psychopathologische Symptombelastung, Coping-Stile, etc.) sowie mit spezifisch entwickelten Selbstberichtsinstrumenten (z.B. kognitive Verzerrungen in Bezug auf Kindesmissbrauch, Angst vor Entdeckung, etc.)

Die Ergebnisse zeigten in der Bevölkerungsstichprobe, dass sexuelle Fantasien mit Bezug zu Kindern häufig sind (4,1%) und Kinderpornographie-Konsum häufig vorkommt, während die sexuelle Präferenz für Kinder (stärkeres sexuelles Interesse an Kindern als an Erwachsenen) deutlich seltener ist (0,1%). Die Studie an Männern, die sich selbst als pädophil einschätzen, zeigte clusteranalytisch zwei gut zu diskriminierende Subgruppen, von denen eine durch eine geringe Belastung, eine gute soziale Integration und ein subjektiv geringes Risiko von Straftaten gekennzeichnet war. Wir diskutieren die methodischen Besonderheiten und möglichen Schwächen beider Studien. Gleichzeitig argumentieren wir grundsätzlich dafür, dass vermehrtes Wissen um die Pädophilie de-stigmatisierend wirken und die Prävention von pädophil motivierten Straftaten unterstützen kann.

P-036

### Abgetrennt und unwirklich: 47% aller Schüler durch Depersonalisation beeinträchtigt

Adler J.<sup>1</sup>, Michal M.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Dreier M.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>, Wölfling K.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik f. Psychosomatische Medizin Mainz, Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Depersonalisation und Derealisation bezeichnen Gefühle von Unwirklichkeit und Entfremdung. Solche Gefühle können flüchtig bei Gesunden auftreten, als Symptome einer Panikstörung vorkommen oder langanhaltend das Erleben bei der Depersonalisations-Derealisationsstörung kennzeichnen. Obwohl das Ersterkrankungsalter der Depersonalisations-Derealisationsstörung mit  $16 \pm 8$  Jahren sehr früh ist, fehlen Untersuchungen zur Häufigkeit dieser Symptome in adoleszenten Populationen.

**Methodik:** Zwischen Januar und Juni 2011 wurde eine repräsentative Befragung von Schülern im Alter von 12 bis 18 Jahren im Bundesland Rheinland-Pfalz durchgeführt. Die ausgewertete Stichprobe umfasst 3809 Schüler. Untersucht wurden die Häufigkeit von Depersonalisations- und Derealisationssymptomen mit der 2-Item Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2), und der Zusammenhang dieser Symptome mit soziodemographischen Variablen, Substanzmissbrauch, allgemeinen Distress und Resilienzfaktoren.

**Ergebnisse:** 47% der Schüler fühlten sich zumindest einmal innerhalb der letzten zwei Wochen durch die folgenden Symptome beeinträchtigt: „Ich erlebe mich wie abgetrennt von meiner Umgebung oder diese erscheint mir unwirklich, so als ob ein Schleier zwischen mir und der äußeren Welt wäre“ und „Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre“. 32,2% der Schüler wiesen schwerwiegenden Distress auf (SCL-9: GSI  $\geq 1,34$ ) und insgesamt 11,9% klinisch relevante Depersonalisation (DP). Schüler mit klinisch relevanter DP lebten seltener mit beiden Eltern zusammen, wiesen häufiger Nikotin und Cannabisabusus auf, waren sozial unsicherer, und hatten insgesamt eine stark verminderte Selbstwirksamkeit und geringere Fertigkeiten, Probleme konstruktiv zu bewältigen. In der multivariaten Analyse waren Distress (SCL-9: GSI), Unsicherheit in sozialen Kontakten, die Copingstile Ablenkung, Verhaltensrückzug, und geringe aktive Bewältigung, geringere schulische Qualifikation und männliches Geschlecht mit klinisch signifikanter Depersonalisation assoziiert.

**Schlussfolgerung:** Depersonalisations- und Derealisationssymptome sind sehr häufig bei Adoleszenten. Die Symptome korrelieren mit geringer Resilienz, sozialer Benachteiligung, Schulversagen und seelischen Distress. Prospektive Studien wären sinnvoll, um mehr über die Bedeutung von Depersonalisation für die psychosoziale Entwicklung von Adoleszenten zu erfahren.

P-037

### Räumliche Aufmerksamkeit bei Patienten mit Depersonalisation - eine EEG-Studie

Schabinger N.<sup>1</sup>, Michal M.<sup>1</sup>, Berti S.<sup>2</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>, Adler J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik f. Psychosomatische Medizin Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Psychologisches Institut, Mainz, Deutschland

Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom (ICD-10: F48.1) ist gekennzeichnet durch ein Gefühl des Abgelöstseins von dem eigenen Körper und den eigenen mentalen Vorgängen. Patienten, die Depersonalisation (DP) erleben, leiden zudem häufig unter Konzentrationschwierigkeiten. Um zielgerichtet handeln zu können, ist Aufmerksamkeit notwendig, denn die Verarbeitungskapazität des Gehirns ist beschränkt. Unter Aufmerksamkeit versteht man die Selektion von relevanten Informationen, wohingegen irrelevante Informationen unterdrückt werden. In einer vorangegangenen Verhaltensstudie unserer Arbeitsgruppe konnten wir zeigen, dass bei Patienten mit DP eine veränderte räumliche Aufmerksamkeit vorliegt. Mit der aktuellen EEG-Studie wurde nun die neurophysiologische Grundlage dieses Befundes untersucht. Als Teilaspekt dieser Studie soll das Ergebnis der P3-Komponente berichtet werden. Die Ausprägung dieser Komponente ist unter anderem mit der Stärke der Aufmerksamkeit assoziiert, die einem Reiz bei der Darbietung zuteil geworden ist.

P-038

### Schlafbeschwerden in der psychosomatischen Rehabilitation

Linden M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Medizin, Teltow/Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Schlafbeschwerden gehören zu den häufigen Gesundheitsbeschwerden und sind von besonderer Relevanz für in der psychosomatischen Rehabilitation, da sie eine Ursache für Leistungsminderung und Gefühle des Burn Out sein können. Zu Klärung der Prävalenz und Art der Schlafstörungen wurden in einer psychosomatischen Rehaklinik alle Patienten routinemäßig und standardisiert auf Schlafstörungen hin befragt.

**Methode:** Untersucht wurden 1325 Patienten einer Abteilung für Psychosomatik, mit einem Alter von 19 bis 87 Jahren ( $M = 48,04$ ,  $SD = 9,035$ ). 64,8% waren Frauen.

Die Patienten füllten bei Aufnahme und Entlassung PSQI aus.

**Ergebnisse:** Bei Aufnahme wiesen 86,6% der Patienten einen PSQI Wert über 5 auf (Cut-Off Wert für Schlafstörungen). 34,6% hatten einen Wert zwischen 6 und 10, 52,1% lagen über 10. Es fand sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung (Cramer-V = 0,186,  $p = 0,000$ ). Arbeitsfähige hatten einen PSQI Median von 7 im Vergleich zu 10 bei Arbeitsunfähigen.

**Schlussfolgerungen:** Schlafbeschwerden kommen in der psychosomatischen Rehabilitation deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor. Eine Berücksichtigung von Schlafstörungen bei der Diagnostik und Therapie in psychosomatischen Rehakliniken erscheint daher unerlässlich wegen des Zusammenhangs mit der Grunderkrankung aber auch der Arbeitsfähigkeit.

P-039

### Trauma und sexuelle Störungen

Büttner M.<sup>1</sup>, Sachsse U.<sup>2</sup>, Dulz B.<sup>3</sup>, Overkamp B.<sup>4</sup>, Sack M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, <sup>2</sup>Niedersächsisches Landeskrankenhaus/Asklepios Fachklinikum, Traumastation, Göttingen, Deutschland, <sup>3</sup>Asklepios Klinik Nord in Hamburg, Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Unfallkrankenhaus, Abteilung Psychotraumatologie, Berlin, Deutschland

Traumaerfahrungen können schwerwiegende Störungen des sexuellen Erlebens nach sich ziehen, insbesondere wenn es sich dabei um sexuelle Gewalt in der Kindheit handelt. Obwohl die Betroffenen oft erheblich unter den resultierenden Einschränkungen leiden, findet das Thema bisher im wissenschaftlichen und klinischen Kontext nur wenig Berücksichtigung.

In einer multizentrischen Erhebung untersuchten wir 189 Frauen und Männer mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung im Hinblick auf das Vorliegen sexueller Gewalterfahrungen und typischerweise in diesem Zusammenhang zu beobachtender sexueller Störungen.

Bei 77,2% der Patienten fand sich mindestens eine sexuelle Störung. Hyposexuell gelagerte Störungen waren insgesamt häufiger als hypersexuelle Störungen und bei Frauen stärker repräsentiert als bei Männern. Gleichzeitig berichteten 50,8% der Patienten über sexuelle Gewalterfahrungen, wobei Frauen hiervon deutlich häufiger betroffen waren als Männer. Eine Tendenz zur Vermeidung von Sexualität war stark positiv mit dem Vorliegen sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit assoziiert, für das Vorliegen zwanghafter Beschäftigung mit Sexualität ergab sich ein negativer Zusammenhang.

Hinsichtlich der weiteren Erforschung traumaassoziierter sexueller Störungen und der Ausgestaltung wirksamer Behandlungskonzepte ergibt sich ein großer Bedarf, dem sinnvollerweise in interdisziplinärer Zusammenarbeit zu begegnen ist.

P-040

### Beeinträchtigt die Aktivierung von Bindungsangst die kognitive Leistungsfähigkeit?

Pastore-Molitor J.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>, Wiltink J.<sup>1</sup>, Subic-Wrana C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

**Fragestellung:** Das Adult Attachment Projective Picture System (AAP, Buchheim, George & West 2003) erlaubt die Klassifizierung des Bindungsstatus über die stufenweise Aktivierung bindungsbezogener Ängste. Im Vergleich von stationär psychosomatisch behandelten Pat. mit hoher und geringer Bindungstraumatisierung in der Kindheit und Jugend zu gesunden Kontrollpersonen interessierte uns die Frage, ob die Aktivierung akuter Bindungsangst die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und ob diese akute Beeinträchtigung in ihrer Intensität (regulierter Bindungsstatus R vs. disregulierter Bindungsstatus U) vom Ausmaß der Kindheitstraumatisierung beeinflusst wird. Zugleich haben wir untersucht, ob eine gute affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit die Störbarkeit der kognitiven Leistungsfähigkeit durch bindungsbezogene Angstaktivierung abpuffert.

**Methoden und Untersuchungsgruppe:** Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittuntersuchung mit einem within subjects design. Sie beinhaltet einen experimentellen Messzeitpunkt dem eine Baseline-Untersuchung vorangeht.

Die retrospektiv erinnerte Kindheitstraumatisierung wird zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein & Fink, 1998) erhoben, wie auch die Affektverarbeitungs-fähigkeit mit der Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS, Lane et al. 1990). Es folgt die Baselineerhebung T1 mit den „Advanced Progressiv Matrices“ (Bulheller & Häcker 1998;) zur Überprüfung der allgemeinen Intelligenz. Die Merkfähigkeit als Marker der aktuell aktivierbaren kognitiven Ressourcen wird mit dem „Block Tapping Test“ (BTT, Schelling, 2011; visuelle Merkspanne) und mit „Zahlennachsprechen“ (Untertest ZN, Hawie-R, Tewes, 1991; auditive Merkspanne) erhoben. Zu T1 wird ebenfalls das Strukturierte klinische Interview für DSM IV (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) durchgeführt. Zu T2 folgt die Aktivierung von Bindungsangst durch Erhebung des AAP, danach werden der BTT und ZN zur Messung der nach Angstaktivierung verfügbaren kognitiven Ressourcen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Es sollen erste Ergebnisse des Gruppenvergleichs von Pat. mit hoher und geringer Bindungstraumatisierung in der Kindheit und Jugend zu gesunden Kontrollpersonen und zu dem Einfluss der Moderatorvariablen AAP und LEAS dargestellt werden.

**Diskussion:** Es soll die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert werden.

P-041

### Association of resilience with psychophysiological stress reaction to acute myocardial infarction

Meister R.<sup>1,2,3</sup>, Princip M.<sup>1,2,3</sup>, Schnyder U.<sup>4</sup>, Barth J.<sup>5</sup>, Znoj H.<sup>3</sup>, Schmid J.-P.<sup>6</sup>, von Känel R.<sup>1,2,7</sup>

<sup>1</sup>Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Department of Neurology, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>University of Bern, Department of Clinical Research, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, <sup>4</sup>University Hospital Zurich, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zurich, Schweiz, <sup>5</sup>Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Schweiz, <sup>6</sup>Cardiology Clinic, Tiefenauhospital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>7</sup>Clinic Barmelweid, Department of Psychosomatic Medicine, Barmelweid, Schweiz

**Objectives:** The concept of resilience refers to a personality characteristic of functional adaptation to adverse life conditions. It is assumed that acute myocardial infarction (MI) can cause a psychological and physiological stress reaction; however, little is known about the relation between resilience and the acute appraisal of this life-threatening event. We hypothesized that resilience buffers the acute psychological and physiological stress reaction in MI patients.

**Design and methods:** We examined 60 patients with acute MI (80% men, mean age $\pm$ SD = 57.9 $\pm$ 9.4) within 48 hours after having reached stable hemodynamic conditions and after a follow-up of 3 months. 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). Within 48 hours after MI, patients completed the German version of the 19-item Acute Stress Disorder Scale (ASDS) to rate the psychological stress reaction. Blood cortisol level was measured as a marker of the physiological stress reaction. After 3 months patients completed the German version of the 11-items Wagnild & Young Resilience Scale (RS) to rate trait resilience.

**Results:** Correlation analysis showed an association between resilience and lower acute stress disorder symptoms. Sum scores of RS correlated significantly inversely with sum scores of ASDS ( $r=-.30$ ,  $p=.024$ ) after adjusting for age, body mass index and the prognostic Grace Score. No significant relation between RS sum score and cortisol was found ( $r=.024$ ,  $p=.858$ ).

**Conclusions:** The results suggest that MI patients with higher resilience perceived the MI initially as less stressful. But there was no association of resilience with the initial physiological stress response of cortisol. Additional studies are required to elucidate the underlying mechanism of these findings. Furthermore analyses are warranted on the impact of resilience on the psychological and medical prognosis of post-MI patients.



## Übergewicht/Adipositas

P-042

### Wirkung eines stationären Gewichtsreduktionsprogramms bei übergewichtigen Kindern auf die Herzratenvariabilität in Ruhe und auf die autonome Reaktivität unter Stress

Mazurak N.<sup>1</sup>, Sauer H.<sup>1</sup>, Weimer K.<sup>1</sup>, Dammann D.<sup>2</sup>, Horing B.<sup>3</sup>, Muth E.R.<sup>3</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Enck P.<sup>1</sup>, Mack I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Fachkliniken Wangen i.A., Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendlicher, Wangen i.A., Deutschland, <sup>3</sup>Universität Clemson, Psychologie, Clemson, Vereinigte Staaten

**Hintergrund/Ziele:** Es tauchen immer mehr Hinweise auf dass eine gestörte autonome Regulation eine der zugrunde liegende Mechanismen der Adipositas sein könnte. Zurzeit existieren aber weniger Studien, die diese Frage bei Kindern untersucht haben. Deswegen war das Ziel unserer Studie, die Herzratenvariabilität (HRV), als Maß für die autonome Regulation in Ruhe und nach einer Stressaufgabe (arithmetische Test) bei übergewichtigen Kindern sowohl am Anfang und am Ende eines stationären Gewichtsreduktionsprogramms zu untersuchen und mit der HRV von gesunden Kontrollen zu vergleichen.

**Probanden/Methoden:** 60 übergewichtige Kinder (28 Jungen, BMI > 90. oder 97. Perzentil der alter- und geschlechtsspezifischen Normen) und 27 altersgleiche gesunde normalgewichtige Kinder (15 Jungen, BMI zwischen dem 10. bis 90. Perzentil) wurden in die DROMLIN-Studie eingeschlossen. Die HRV wurde in Ruhe, während eines psychischen Stresstests und eine anschließende Erholungsphase ausgewertet. Übergewichtige Kinder wurden zweimal - bei Aufnahme und bei Entlassung (durchschnittliche Zeit zwischen Untersuchungen war  $26,4 \pm 8,2$  Tage) - und die Kontrollen wurden nur zu einem Zeitpunkt untersucht.

**Ergebnisse:** Bei der Aufnahme fanden sich keine signifikanten Unterschiede in allen HRV-Parametern zwischen übergewichtigen und normalgewichtigen Teilnehmern. Das Reha-Programm führte zu einer signifikanten Gewichtsreduktion ( $p < .001$ ) und zu den Veränderungen der HRV-Parameter: Zunahme der allgemeinen HRV („mean inter-beat-interval“ (meanIBI) ( $p < .001$ ) und „standard deviation of the normal-to-normal (NN) interval“ (SDNN),  $p < .001$ ) sowie von spezifisch parasympathischen Parametern („root mean square successive difference“ (RMSSD) und „log transformed high frequency power“ (logHF),  $p < .01$ ) in der Gruppe der übergewichtigen Kinder. Bei der Entlassung waren die oben genannten Parameter bei adipösen Kindern im Vergleich zu gesunden Kontrollen höher. Übergewichtige Kinder hatten ähnliche autonome Reaktionen auf den Stresstest (Sympathikus-Aktivierung mit einschließender Rückkehr zu den Ausgangswerten) wie normalgewichtigen Kontrollen, und der Gewichtsverlust führte zu keinen Änderungen dieses Profils.

**Fazit:** Ein Gewichtsreduktionsprogramm führte zu einer Änderung der autonomen Aktivität bei übergewichtigen Kindern (parasympathische Dominanz), hatte aber keinen Einfluss auf die autonome Nervensystem-Reaktivität unter Stressbedingungen.

P-043

### Präoperative Gesundheit und postoperativer gesundheitlicher Verlauf von Patienten nach bariatrischer Chirurgie

Fiessinger P.<sup>1</sup>, Rothermund E.<sup>1</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Pokorny D.<sup>1</sup>, Wolf A.<sup>2</sup>, v. Wietersheim J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Aus Literatur und klinischer Erfahrung sind die schwerwiegenden Auswirkungen starker Adipositas bekannt. Trotz enormer postoperativer Gewichtsverluste wird die bariatrische Chirurgie vor allem in Deutschland nur bedingt anerkannt. In der vorliegenden Studie wird die psychische Belastung sowie Essverhalten und Lebensqualität der Patienten prä- und postoperativ dokumentiert, um die psychische Komponente der Adipositas zu beschreiben und zu deren sinnvollen Behandlung beizutragen.

**Methode:** Die in drei Abschnitte unterteilte Studie dokumentiert im ersten Teil bei  $n=119$  Patienten (mittlerer BMI von  $55 \text{ kg/m}^2$ ) die präoperative Gesundheit, repräsentiert durch die Fragebögen SF-36 (Short Form Health Survey), FEV (Fragebogen zum Essverhalten), EDI-2 (Eating Disorder Inventory) und SCL-90-R (Symptom-Checkliste). Im zweiten Teil beschreibt die Untersuchung bei  $n=58$  Patienten den Gewichtsverlauf bis drei Jahre postoperativ. Der dritte Teil stellt bei  $n=23$  die postoperative Gesundheit dar, welche durch die oben erwähnten Fragebögen gemessen wurde.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse des ersten Teils der Studie zeigen präoperativ eine erhöhte Psychopathologie, gestörtes Essverhalten und eine drastisch reduzierte Lebensqualität der Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Im zweiten Teil konnte postoperativ ein dramatischer Gewichtsverlust von im Mittel 15 BMI-Werten sowie eine positive Entwicklung von Blutwerten und Muskelmasse festgestellt werden. Der dritte Teil der Untersuchung zeigt eine signifikante Verbesserung von Essverhalten, psychischer Belastung und Lebensqualität nach dem chirurgischen Eingriff.

**Diskussion:** Unsere Untersuchungen legen im Zusammenhang mit der bestehenden Literatur nahe, dass bei bariatrischen Interventionen intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig ist, um den Herausforderungen einer morbid Adipositas gerecht zu werden. Die psychische und physische Belastung von bariatrischen Patienten sollte nicht unterschätzt werden, da der postoperative Erfolg bei einem bariatrischen Eingriff in erheblichen Maß von der Compliance der Patienten abhängt.

P-044

### The dopamine antagonist flupentixol does not alter ghrelin induced food intake in rats

Engster K.-M.<sup>1</sup>, Stengel A.<sup>1</sup>, Kroczek A.<sup>2</sup>, Kobelt P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

**Introduction:** Ghrelin is the only known peripherally produced and centrally active peptide that stimulates food intake. It is presumed that Ghrelin plays a crucial role in the regulation of homeostatic- (hypothalamus), as well as hedonic (mesolimbic system) food intake. Ghrelin injections into key structures of the mesolimbic system, reliably increase feeding in rats (Naleid et al., 2005). Furthermore, it has been shown that dopamine antagonists suppress the ghrelin-induced increased motivation to work for food (Overduin et al., 2012). However, the specific interaction of the ghrelinergic system with the dopaminergic system yet remains unknown. The aim of our study was to investigate the influence of the dopamine antagonist flupentixol on ghrelin-induced food intake.

**Methods:** Male Sprague-Dawley (SD) rats were injected intraperitoneally (IP) 2.5 hours after the onset of the light phase with vehicle plus vehicle, ghrelin (13 µg/kg) plus vehicle, ghrelin plus 0.25mg/kg flupentixol, or vehicle plus 0.25 mg/kg flupentixol. In a second experiment intracerebroventricularly (ICV) cannulated male Sprague Dawley rats received an IP injection of vehicle (0.15 M NaCl) or flupentixol (0.25 mg/kg) and 20 min later an ICV injection of vehicle or ghrelin (1 µg/kg). We performed both experiments twice: first, we offered only standard chow to the animals, in the second stage we let the rats choose between standard chow and palatable chow. Cumulative food intake was assessed for 7 hours.

**Results:** In our present study IP as well as ICV administered ghrelin reliably increased the intake of standard chow. The dopamine antagonist flupentixol did not affect ghrelin induced intake of standard chow. Interestingly, IP administered ghrelin failed to increase the intake of palatable chow, whereas ICV administered ghrelin led to a delayed increase in the intake of palatable food. Flupentixol did not attenuate this effect.

**Discussion:** Our results do not support the concept of a dopaminergic regulation of ghrelin-induced food intake. Further, it seems unlikely that ghrelin plays a crucial role in influencing hedonic food via the dopaminergic mesolimbic system.

P-045

### Personenorientierter Fokus im Umgang mit Adipositas: PFAD-Studie

Neb S.<sup>1</sup>, Mack I.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Übergewicht und Adipositas haben in den letzten Jahren vor allem in den westlichen Industrieländern stark zugenommen. In Deutschland sind derzeit circa 20% der Bevölkerung adipös (BMI >30). Dies hat nicht nur für die Betroffenen viele soziale und gesundheitliche Folgen, sondern birgt auch gesellschaftliche und ökonomische Herausforderungen. Bisher fehlen Studien in denen psychosoziale Bedürfnisse und Probleme von Übergewichtigen im sozialen, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bereich umfassend erfasst werden. Ziel ist es im Rahmen einer Online-Studie diese zu beschreiben, um so den Notwendigkeiten, wie sie Betroffene beschreiben, im Gesundheitssystem, aber auch in der Gesellschaft zukünftig gerecht werden zu können.

Die Umfrage umfasst primär die Bedürfniserfassung hinsichtlich therapeutischer Unterstützung. Außerdem werden Alltagserfahrungen und Einschätzungen zum Umgang mit Adipositas in Öffentlichkeit und Gesellschaft, Familie und Bekanntenkreis, Berufs- und Arbeitswelt und im Gesundheitswesen erfragt. Standardisierte Fragebögen zu Essverhalten, psychischer Gesundheit und Lebensqualität ergänzen die Messung.

Bisher nahmen n = 302 Betroffene an der Studie teil, davon sind 92% der Befragten weiblich. Erste Ergebnisse zeigen, dass zahlreiche psychosoziale Bedürfnisse der Betroffenen in unserer Gesellschaft unterrepräsentiert sind, besonders im Bereich des Gesundheitssystems. So geben 78% der Befragten an, die Individualität der Behandlung als sehr wichtig zu empfinden, wobei nur 12% dies als ausreichend vorhanden angeben. 80% der Befragten finden es sehr wichtig auf adipöse Patienten spezialisierte Hausärzte zu haben, nur 10% sehen dies als ausreichend vorhanden an.

84% der Befragten gaben an, im Erwachsenenalter Stigmatisierungserfahrungen aufgrund des Gewichts gemacht zu haben, 66% bereits in Kindheit und Jugend.

Die Rekrutierung ist andauernd. Die Studie wird Ende 2014 abgeschlossen. Konkrete Ergebnisse und eine kritische Bewertung der Daten werden zum Kongress erfolgen.

P-046

### Erste Ergebnisse zu Lebenszufriedenheit und subjektivem Gesundheitszustand bei adipösen Patienten vor und nach einem bariatrischen Eingriff im Vergleich zu einer adipösen Kontrollgruppe

Peterhänsel C.<sup>1,2</sup>, Nagl M.<sup>1</sup>, Wagner B.<sup>3</sup>, Dietrich A.<sup>2,4</sup>, Blüher M.<sup>2,5</sup>, Kersting A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin Leipzig, IFB Adipositas Erkrankungen, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>MSB Medical School Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>4</sup>Uniklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Leipzig, Deutschland, <sup>5</sup>Uniklinikum Leipzig, Department für Innere Medizin, Klinik und Poliklinik für Endokrinologie und Nephrologie, Forschungslabor, Leipzig, Deutschland

**Fragestellung:** In Deutschland ist weiterhin ein signifikanter Anstieg bariatrischer Verfahren zu verzeichnen, da diese als effektivste Methoden zur Etablierung einer langfristigen Gewichtsreduktion und zur Verbesserung komorbider Erkrankungen nachgewiesen wurden.

Mithilfe der vorliegenden Längsschnittstudie soll untersucht werden, ob zeitlich relevante Unterschiede verschiedener psychologischer Konstrukte zwischen adipösen Personen, die einen chirurgischen Eingriff vornehmen lassen, und einer stark übergewichtigen Vergleichsgruppe vorliegen. Erste Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit und zum Gesundheitszustand werden vorgestellt.

**Methodik:** Folgende Fragebögen wurden zur Evaluation der beiden Gruppen eingesetzt: „Short Form Health Survey - 12“ (SF-12) und „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ). In die statistische Analyse wurden Testergebnisse zu drei Messzeitpunkten, vor der Operation sowie 6 und 12 Monate nach OP, einbezogen. Es wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie post-hoc-Tests durchgeführt. Unterschiede zu den einzelnen Messzeitpunkten wurden anhand von Mittelwertvergleichen überprüft.

**Ergebnisse:** In der bariatrischen Gruppe standen für die Betrachtung der drei Messzeitpunkte Testergebnisse von n=107 Personen (BMI: 51,6 kg/m<sup>2</sup>), in der adipösen Kontrollgruppe von n=92 Personen (BMI: 45,3 kg/m<sup>2</sup>) zur Verfügung.

In der Auswertung des SF-12 für den präoperativen Messzeitpunkt wurde deutlich, dass die bariatrischen Patienten signifikant niedrigere Werte auf der Skala zum körperlichen Gesundheitszustand, jedoch deutlich höhere Werte auf der Skala zur psychischen Gesundheit berichteten als Personen der Kontrollgruppe. Innerhalb des FLZ konnten keine Unterschiede in der allgemeinen und gesundheitlichen Lebensqualität gefunden werden.

Über den Zeitverlauf eines Jahres ist ein Unterschied zwischen den Gruppen auf allen vier Skalen festzustellen. Dabei liegen die Werte der operierten Gruppe signifikant über denen der Kontrollpersonen.

**Schlussfolgerung:** Bei Patienten mit bevorstehendem bariatrischem Eingriff zeigt sich eine starke körperliche Beeinträchtigung, jedoch ein vergleichsweise besserer psychischer Gesundheitszustand, der möglicherweise auf die geplante Operation zurückzuführen ist. Postoperativ ist eine deutliche Besserung der Gesundheit und Lebenszufriedenheit zu verzeichnen. Eine langfristige psychologische Betreuung ist indiziert, um die Stabilisierung dieser Parameter auch nach dem Zeitraum der Gewichtsreduktion zu ermöglichen.

P-047

### Adipositas-Behandlung mit nicht kalorienreduzierter Vollwertkost

Strom F.<sup>1</sup>, Tischinger M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adula Klinik Oberstdorf, Qualitätssicherung, Oberstdorf, Deutschland, <sup>2</sup>Adula Klinik Oberstdorf, Chefarzt, Oberstdorf, Deutschland

Eine Stichprobe von N=166 stationären Patientinnen und Patienten mit comorbider Adipositas (Adipositas Grad 1 bis 3 bei Behandlungsbeginn: Body-Mass-Index (BMI)  $\geq 30$ ) wird untersucht.

**Stichprobe:** Die untersuchte Stichprobe besteht zu 74 % aus Frauen und zu 26 % aus Männern. Das durchschnittliche Alter ist 44 Jahre, im Durchschnitt erhielten die Patienten 3,5 psychische Diagnosen und 4,9 somatische Diagnosen. Die vier häufigsten psychischen Diagnosen sind Affektive Störungen (98 %), Essstörungen (63 %), Störungen durch Substanzkonsum (32 %), Posttraumatische Belastungsstörung (28 %). Das durchschnittliche Eingangsgewicht beträgt 103 Kilogramm, bei einer Körpergröße von 1,69 m ist der durchschnittliche BMI knapp 36.

**Behandlung:** Nicht-kalorienreduzierte Vollwertkost mit drei Mahlzeiten am Tag: Frühstück, Mittag- und Abendessen. Patienten mit Essstörungen (N=82; ca. 50 %) nehmen an der Essstruktur und ggfs. an der Lehrküchenwoche (N=47/ 28 %) teil. Moderate Bewegungstherapie (Kein Kraft- bzw. Fitnessraum), Wandern, Körpertherapie. 15 min. Bewegung am Morgen. Gruppentherapie mit hoher Behandlungsfrequenz. Verzicht auf weitere Nahrungszufuhr. Völliger Verzicht auf Alkohol und Tabak und Süßgetränke. Getränke: Tee und Wasser, zum Frühstück Kaffee möglich. Durchschnittliche Behandlungsdauer: 52 Tage.

**Ergebnisse:** Im Durchschnitt erreichten die Patientinnen und Patienten einen Gewichtsverlust von 5 % des Eingangsgewichtes während des Aufenthaltes. Der durchschnittliche Gewichtsverlust beträgt 5,7 Kilo, mit einer Spannbreite von 1,2 Kilo Zunahme bis 18,5 Kilo Gewichtsverlust. Die Patienten werden mit einem Durchschnittsgewicht von 97,7 Kilogramm und einem BMI von 34 entlassen. Eine Unterteilung nach Geschlecht und dem Grad der Adipositas zeigt deutliche Unterschiede im Gewichtsverlust, zwischen 4,0 % (Patientinnen mit Adipositas Grad I) und 7,6 % (Patienten Adipositas Grad II).

**Fazit:** Durch nicht-kalorienreduzierte Vollwertkost, intensive Gruppenpsychotherapie, etwa bei der Hälfte der Patienten auch in der Essstruktur, nehmen die Patientinnen und Patienten bei moderater Bewegung etwa 5 % ihres Eingangsgewichts in 8 Wochen ab. Dabei verlieren die Männer ca 6,8 % ihres Eingangsgewichts, bei Frauen sind es 4,8 %.

P-048

### Irisin korreliert bei adipösen Patientinnen nicht mit Depressivität und Angst, zeigt aber einen inversen Zusammenhang mit Anforderungserleben und Schlankheitsstreben

Hofmann T.<sup>1</sup>, Elbelt U.<sup>1,2</sup>, Ahnis A.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, Klapp B.F.<sup>1</sup>, Stengel A.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charite - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland

Das Hormon Irisin wird vom Muskel nach körperlicher Aktivität sezerniert und steigert die Bräunung weißen Fettgewebes sowie durch gesteigerte Thermogenese den Gesamtenergieverbrauch. Körperliche Aktivität scheint sich positiv auf psychische Funktionen auszuwirken. Im Gegensatz zur somatischen Regulation ist bislang nichts zur möglichen Beeinflussung psychischer Funktionen durch Irisin bekannt. Wir untersuchten daher bei adipösen Patienten den Zusammenhang zwischen Irisin und verschiedenen psychometrisch erhobenen Parametern.

**Methoden:** Es wurden 89 adipöse Patientinnen eingeschlossen, welche zur Gewichtsreduktion stationär aufgenommen wurden (Alter: Mittelwert  $\pm$  SEM;  $43,9 \pm 1,3$  Jahre; Body Mass Index  $49,2 \pm 0,8$  kg/m<sup>2</sup>). Psychometrisch wurden Depressivität (PHQ-9), Stresserleben (PSQ-20), Angst (GAD-7) und Essverhalten (EDI-2) bestimmt. Aus parallel gewonnenen Blutproben wurde Plasma-Irisin per ELISA bestimmt. Gruppenunterschiede wurden mittels T-Test, Korrelationen nach Spearman bzw. Pearson bestimmt.

**Ergebnisse:** Die untersuchte Stichprobe konnte in zwei Gruppen geteilt werden (Median-Split): eine mit niedriger (PHQ-9:  $5,1 \pm 0,4$ ), die andere mit hoher Depressivität ( $15,3 \pm 0,6$ ,  $p < 0,001$ ). Beide Gruppen unterschieden sich auch hinsichtlich Stresserleben (PSQ-20:  $40,6 \pm 2,8$  vs.  $71,3 \pm 1,9$ ,  $p < 0,001$ ) und Angst (GAD-7:  $5,6 \pm 0,6$  vs.  $12,9 \pm 0,7$ ,  $p < 0,001$ ), nicht jedoch bezüglich des zirkulierenden Irisins ( $722,5 \pm 52,2$  vs.  $717,2 \pm 45,1$  pg/ml,  $p=0,94$ ). Während Irisin in der Gesamtstichprobe nicht mit Depressivität ( $r=-0,03$ ,  $p=0,80$ ) und Angst ( $r=0,14$ ,  $p=0,17$ ) korrelierte, zeigte sich jeweils eine negative Korrelation zwischen Irisin und der Skala Anforderungserleben im PSQ-20 ( $r=-0,24$ ,  $p=0,02$ ) sowie der Skala Schlankheitsstreben im EDI-2 ( $r=-0,21$ ,  $p=0,04$ ). Für den Gesamtscore des PSQ-20 ( $r=-0,14$ ,  $p=0,18$ ) und EDI-2 ( $r=-0,09$ ,  $p=0,39$ ) fand sich kein Zusammenhang.

**Schlussfolgerungen:** Irisin scheint bei adipösen Patientinnen nicht direkt mit Depressivität oder Angst assoziiert zu sein. Auffällig ist allerdings ein inverser Zusammenhang von Irisin mit dem Anforderungserleben und Schlankheitsstreben. Beide Parameter lassen (insbesondere unter Behandlungsbedingungen) Auswirkungen auf die körperliche Aktivität und damit auch auf die Irisinpiegel erwarten. Auch eine direkte Beeinflussung von Irisin durch psychische Variablen ist denkbar.

P-049

### Antisakkadentraining zur Reduktion nahrungsbezogener Impulsivität - eine Pilotstudie

Speer E.<sup>1</sup>, Schag K.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten mit Binge Eating Störung (BES) eine erhöhte nahrungsbezogene Impulsivität zeigen. Diese Impulsivität ist eng verbunden mit dem Kernsymptom der BES. BES-Patienten berichten ein Gefühl von Kontrollverlust, während sie eine ungewöhnlich große Menge von Nahrung aufnehmen. Wir haben ein computergestütztes Training entwickelt, um die Inhibitionskontrolle als einen Aspekt von Impulsivität auf Nahrungsreize bei betroffenen Patientinnen zu erhöhen. Dazu wurde ein computergestütztes Training eingesetzt, bei dem Probandinnen die Aufgabe bekommen, so schnell wie möglich auf die gegenüberliegende Seite eines hochkalorischen Nahrungsstimuli zu blicken und somit wird die automatische Aufmerksamkeitslenkung auf den Stimulus inhibiert. Es werden folglich nahrungsbezogene Reaktionen unterdrückt. Das Training umfasst vier Termine mit je drei Durchgängen von einer vier-minütigen Dauer. Wir überprüfen derzeit die Wirksamkeit dieses Trainings in einer Pilotstudie. Es nehmen 20 Probandinnen mit BES im Alter von 19 bis 55 Jahren teil, die randomisiert der Trainings- oder Kontrollgruppe zugewiesen werden. Die Kontrollgruppe bekommt dasselbe Bildmaterial dargeboten, erhält aber die Instruktion, ihren Blick schweifen zu lassen anstatt von dem Bild wegzublicken. Erwartet wird, dass das Antisakkadentraining zu einer reduzierten nahrungsbezogenen Impulsivität und somit zu einer geringeren Anzahl von Essanfällen führt. Die Ergebnisse dieser Studie können wertvolle Hinweise auf neue Interventionen und Therapiemethoden zur Behandlung von BES geben. Diese Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

P-050

**Sarengue: Südamerikanische Tanzgymnastik reduziert das Taillen-Hüftumfangsverhältnis spezifisch signifikant im Vergleich zum Standardbewegungsprogramm eines etablierten multimodalen Abnehmprogrammes**

Loew T.H.<sup>1</sup>, Golomb R.<sup>1</sup>, Bernhard A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Psychosomatik, Regensburg, Deutschland, <sup>2</sup>Tanzschule Alex, Zirndorf, Deutschland

Bewegung stellt einen elementaren Therapiefaktor dar. Die Selbstmotivation und konsequentes Mittuen ist für den langfristigen Erfolg unabdingbar und die größte psychologische Hürde. Populationen, die dem südamerikanischen Tanz fröhnen, selten Figurprobleme. Nicht neu ist, dass Therapiekonzepte in der Gruppe individuellen überlegen sind. Können also spezifische Bewegungsmuster zusätzliche Effekte bringen?

Im Rahmen einer matched pair Studie erhielten 30 Teilnehmer einer Optifastgruppe integriert in das Bewegungsmodul einmal wöchentlich ein 45 minütiges standardisiertes Tanzprogramm mit den Tanzstilen Salsa und Merengue entlehnten gelenkschonenden Bewegungsabläufen, die von einem dafür ausgebildeten Physiotherapeuten angeboten wurden. Verglichen wurden die BMI Veränderungen der Teilnehmer sowie die Waist-Hip-Ratios mit einer matched pair group aus dem Pool der Vorgänger (das Zentrum verfügt über 10 Jahre Erfahrung mit dem Optifastprogramm bei mittlerweile über 500 Teilnehmern) nach 3 Monaten Formuladiätphase.

11 Männer und 19 Frauen, nach Alter, BMI und Anfangs - Waist-Hip-Umfängen gematched - konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe den BMI von 41,2 im Mittel (SD 10,4) um 19 % senken. (kein signifikanter Unterschied). Der Taillen-Umfang nahm in der Kontrollgruppe von 113 cm auf 108 cm im Mittel ab (SD 8,1 cm), in der Experimentalgruppe im Schnitt um weitere 3 cm. Der Hüftumfang reduzierte sich von 105 cm auf 102 cm im Mittel (SD 4,5 cm). Sarengue bringt zumindest in den ersten 3 Monaten eines strukturierten multimodalen Gewichtsreduktionsprogramms spezifische Umfangs-Reduktionen in den kritischen Bereichen Taille und Hüfte über den bekannten Gewichtsverlust hinaus. Langfristige Beobachtungen müssen noch folgen.

## Digitale Medien

P-052

### Internet-basierte Walking-Intervention für adipöse Schwangere mit pränataler Depression: Eine randomisiert kontrollierte Studie

Linde K.<sup>1</sup>, Steinig J.<sup>2</sup>, Kersting A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Leipzig AöR, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Leipzig AöR, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland

**Einleitung:** Mit einer Prävalenz von 12,7 Prozent stellt die Schwangerschaftsdepression die häufigste psychiatrische Erkrankung rund um die Geburt dar. Schwangere Frauen, die an Adipositas leiden, weisen ein mehr als doppelt so hohes Erkrankungsrisiko auf. Während Schwangerschaftsdepressionen mit intrauteriner Wachstumsverzögerung, einer veränderten Herzaktivität, einem geringerem Geburtsgewicht und einem erhöhten Frühgeburtsrisiko in Verbindung stehen, weisen adipöse Schwangere ein erhöhtes Risiko für Gestationsdiabetes, Bluthochdruck und eine Kaiserschnittgeburt auf. Zudem erkranken Kinder adipöser Frauen häufiger an Neuralrohrdefekten, angeborenen Herzfehlern, Makrosomie und kognitiven Störungen. Bisher gibt es keine spezifischen Behandlungsangebote für übergewichtige schwangere Frauen mit Schwangerschaftsdepression. Primäres Ziel der Studie ist es daher, den Einfluss einer achtwöchigen internetbasierten Walking-Intervention auf die depressive Symptomatik von schwangeren adipösen Frauen zu untersuchen.

**Methode:** Über Werbung in gynäkologischen Praxen und Onlineforen werden volljährige, adipöse Frauen mit Schwangerschaftsdepression gesucht. Nach erfolgreichem Onlinescreening und SKID-Interview werden  $N = 42$  Frauen zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Die Interventionsgruppe erhält ein achtwöchiges internetbasiertes Walkingprogramm und ein internetbasiertes psychoedukatives Depressionsprogramm. Ziel ist es, die körperliche Aktivität der Frauen auf bis zu 10.000 Schritten pro Tag zu erhöhen. Unterstützend werden Informationen und Übungen zu den Themen Motivation, Barrieremanagement, soziale Unterstützung und Aktivitätsplanung durchgeführt. Die Kontrollgruppe erhält ausschließlich das psychoedukative Depressionsprogramm, in dem Informationen zu den Themen Symptome, Aktivitätsaufbau, kognitive Umstrukturierung und Rückfallprophylaxe gegeben und Übungen durchgeführt werden. Innerhalb eines Werktages erhalten die Teilnehmerinnen eine individualisierte Rückmeldung ihrer Therapeutin. Vor und nach der Behandlung sowie acht Wochen nach Geburtstermin werden folgende Daten erfasst: depressive Symptomatik, Gewichtszunahme, Lebensqualität, körperliche

Aktivität, Schlafdauer, Schlafqualität, Geburtsmodus, Geburtsgewicht und Länge des Kindes.

**Ergebnisse:** Zum aktuellen Zeitpunkt haben die ersten Frauen mit dem Behandlungsprogramm begonnen. Vorläufige Ergebnisse werden wir auf dem Kongress präsentieren.

P-053

### Gesundheitsangst im Internetzeitalter: Von der Hypo- zur Cyberchondrie?

Eichenberg C.<sup>1</sup>, Aden J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Department Psychologie, Wien, Österreich, <sup>2</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Wien, Österreich

**Hintergrund:** Gesundheitsinformationen gehören zu den am häufigsten abgefragten Themen im Internet. Die damit verbundenen Vor- und Nachteile werden kontrovers diskutiert. In diesem Kontext wurde auch der Begriff der sog. „Cyberchondrie“ eingeführt, definiert als unbegründete Angst oder erhöhte Aufmerksamkeit auf ernste Krankheiten basierend auf der Zurkenntnisnahme von Webinhalten.

**Methode:** Um der Frage nach der Nutzung sowie den Nutzungseffekten gesundheitsbezogener Online-Angebote nachzugehen wurde in entsprechenden Foren eine Online-Befragungsstudie (mit selbstkonstruierten Fragebogen sowie den Illness Attitude Scales zur Erfassung klinisch relevanter Gesundheitsängste) durchgeführt ( $N = 470$ ).

**Ergebnisse:** Gut ein Viertel der Befragten konnten als hypochondrisch oder der zumindest als Person mit Verdacht auf Hypochondrie identifiziert werden. Auch wenn aufgrund der Stichprobenszusammensetzung keine repräsentativen Schlüsse abgeleitet werden können, zeigte sich für die vorliegende Untersuchung, dass der Anteil der Nutzer gesundheitsbezogener Internet-Angebote mit ausgeprägter Hypochondrie größer ist als in der Allgemeinbevölkerung. Diese Gruppe nutzt gesundheitsbezogene Internet-Angebote nicht nur anders als Menschen ohne klinisch relevante Gesundheitsängste, sondern für beide Gruppen zeigen sich auch differenzielle Effekte der Nutzung. So rekurrieren Hypochonder sowohl bei akuten als auch chronischen Symptomen signifikant häufiger auf im Internet angebotene Dienste als Personen ohne übersteigerte Gesundheitsangst, bewerten die recherchierten Informationen positiver und zeigen auf die rezipierten Inhalte stärkere Reaktionen, so z.B. häufigere Arztkonsultationen oder Medikamentenbestellungen im Internet. Abschließend lässt sich durch Berechnung eines Pfadmodelles zeigen, dass gesundheitsbezogene Aktivitäten im Internet bei akuten sowie chronischen Symptomen - auch unter Berücksichtigung des Ausmaßes der allgemeinen Internetnutzung - beim Vorliegen hoher Gesundheitsangst ansteigen.

**Diskussion:** Die Ergebnisse deuten auf eine hohe Assoziation von

Gesundheitsangst und gesundheitsbezogener Internetnutzung hin, wobei die Kausalbeziehung ungeklärt bleibt. Damit erscheint eine hochfrequente Nutzung von digitalen Gesundheitsdiensten sowohl als mögliche Manifestation als auch als potentielle Einflussvariable zur Promotion von Hypochondrie. Insbesondere ängstliche Nutzer sind dabei gefährdet durch Gesundheitsinformationen im Internet weiter verunsichert zu werden.

#### P-054

### Psychosoziale Beratung im Zeitalter des Web2.0: Angebot und Nachfrage von Beratungseinrichtungen auf Facebook

Aden J.<sup>1</sup>, Eichenberg C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Wien, Österreich, <sup>2</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Department Psychologie, Wien, Österreich

**Theoretischer Hintergrund:** Das Internet wird als Ratgeber bei Gesundheitsfragen von der Mehrheit der deutschen Internetnutzer regelmäßig konsultiert. Gleichzeitig erfreuen sich im Bereich der Web2.0-Anwendungen soziale Netzwerke immer größer Beliebtheit. In diesem Kontext stellt sich die Frage nach den Nutzungsoptionen bzw. der Inanspruchnahmebereitschaft entsprechender Dienste bei psychosozialen Problemen. Während der Nutzen tradierter Internetdienste wie E-Mail, Chat oder auch Homepages für die Online-Beratung unlängst breit empirisch belegt wurde, ist der Stellenwert von sozialen Netzwerken für die Beratungspraxis noch weitgehend ungeklärt.

**Fragestellung und Methode:** Am Beispiel des beliebten sozialen Netzwerks Facebook wird in einer ersten Studie die Präsenz psychosozialer Beratungsstellen dokumentiert (Inhaltsanalyse von N= 57 Beratungsprofilen). Die Analyse der Anbieterseite wird in einer zweiten Studie mit der Rezeption und potenziellen Inanspruchnahme von Nutzern kontrastiert (Befragungsstudie von N= 100 Facebooknutzern). Damit soll v.a. die Frage beantwortet werden, wie Beratungseinrichtungen Facebook nutzen und ob bzw. inwiefern sie damit den Anforderungsprofilen potenzieller Ratsuchender entsprechen.

**Ergebnisse:** Hinsichtlich der Präsenz psychosozialer Beratungseinrichtungen auf Facebook zeigt sich zum einen, dass bereits viele Institutionen über eine eigene Präsenz verfügen, zum anderen sich diese im Hinblick auf Aktivität, Informativität und Art der Organisation stark unterscheiden. Den Bedürfnissen der Nutzer wird dabei nur partiell entsprochen. Eine Passung zwischen Erwartung und Angebot ist etwa im Bereich offerierter Kontaktinformationen sowie der Absenz direkter Beratungen auf Facebook gegeben. Die als besonders wichtig erachtete Zusicherung von Anonymität bei avisierten Beratungen (F2F oder Online) wird jedoch nur in geringem Maße auf den untersuchten Seiten Rechnung getragen. Implikationen für sowohl für Institutionen als auch für niedergelassene Therapeuten werden gegeben.

#### P-055

### Konzept und Akzeptanz der psychotherapeutischen Online-Nachsorge „GSA-Online“ für beruflich belastete Patienten aus der Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik

Zwerenz R.<sup>1</sup>, Gerzymisch K.<sup>1</sup>, Becker J.<sup>1</sup>, Holme M.<sup>2</sup>, Kiwus U.<sup>3</sup>, Knickenberg R.J.<sup>4</sup>, Spörl-Dönch S.<sup>5</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser, Bad Pyrmont, Deutschland, <sup>3</sup>Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Wetterau, Bad Nauheim, Deutschland, <sup>4</sup>Psychosomatische Klinik der Rhön-Klinikum AG Bad Neustadt/ Saale, Bad Neustadt/Saale, Deutschland, <sup>5</sup>Klinik Haus Franken GmbH, Bad Neustadt/Saale, Deutschland

**Hintergrund:** Zwischenmenschliche Konflikte stellen eine bedeutsame Quelle beruflicher Belastung dar. Aus psychodynamischer Sicht liegen diesen Konflikten oft individuelle, maladaptive Beziehungsmuster zugrunde, aus denen psychosomatische Beschwerden entstehen können. Eine Intervention, die sich auf die Beziehungsmuster beruflich belasteter Patienten der stationären medizinischen Rehabilitation bezieht, erscheint daher vielversprechend, um deren Gesundheit zu verbessern und die Erwerbstätigkeit nachhaltig zu sichern.

**Methodik:** Im Rahmen einer kontrollierten randomisierten Studie (Förderung DRV-Bund, 2010-2014) wurde eine psychotherapeutische Online-Nachsorge („GSA-Online“) für beruflich belastete Rehabilitanden entwickelt und indikationsübergreifend evaluiert. Der Interventionsgruppe (IG) wurde poststationär über 12 Wochen wöchentlich eine strukturierte Schreibaufgabe angeboten, in der zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz geschildert werden sollten. Die Patientenschilderungen (Blogs) wurden, im Sinne der Supportiv-Expressiven-Therapie (SET) nach Luborsky (1984) von einem Online-Therapeuten schriftlich kommentiert. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt Zugang zu gesundheitsrelevanten Themenbroschüren über dieselbe Internetplattform. Neben Fragebögen zu beruflichen Belastungen und Bewältigungsmustern (z.B. SIBAR, AVEM) wurden psychische Belastungen (PHQ) sowie die therapeutische Allianz (HAQ) erfasst.

**Ergebnisse:** In der IG nutzten 78% und in der KG 76% die Online-Nachsorge. Von n = 232 aktiven IG-Teilnehmern verfassten 84% mind. einen Blog, im Mittel wurden 6 Blogs geschrieben (M = 5,95; SD = 4,21). 64% fühlen sich vom Online-Therapeuten „ziemlich“ bis „sehr gut“ verstanden und schätzen im HAQ sowohl die Beziehungszufriedenheit (M=4,42; SD=1,12) als auch die Erfolgsmotivation (M=4,06; SD=1,16) sehr hoch ein. Die Fremdeinschätzung im HAQ erreicht ähnlich hohe Werte. Zum Ende der Nachsorge schätzen 46% der IG- und 24% der KG-Teilnehmer die Online-Nachsorge als „ziemlich“ bis „sehr hilfreich“ ein (p < .001).

**Schlussfolgerung:** Die psychotherapeutische Online Nachsorge GSA-Online erreicht eine hohe Akzeptanz unter den Teilnehmern.

Darüber hinaus kann sowohl die patientenseitige als auch therapeutenseitige Beziehungsqualität als hoch bewertet werden, was die Befundlage anderer Internetinterventionen unterstützt. Psychotherapeutisch orientierte Online-Interventionen könnten somit Versorgungslücken schließen, was hier am Beispiel der Nachsorge aufgezeigt wurde.

P-056

### Burnout durch Technostress - Eine Bestandsaufnahme

Steinbüchel T.<sup>1</sup>, Herpertz S.<sup>1</sup>, te Wildt B.T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland

**Hintergrund:** Mediengebrauch und computervermittelte Kommunikation nehmen einen großen Anteil des privaten und beruflichen Lebens ein. Laut dem Branchenverband BITCOM verwenden 87% aller Berufstätigen einen Computer, 66% benutzen ein Handy oder Smartphone. Sowohl in der Literatur als auch im klinischen Alltag wird eine zunehmende Zahl an Stressreaktionen im Zusammenhang mit der Mensch-Computer-Interaktion (Technostress) berichtet. Gleichzeitig ist ein Anstieg der arbeitsbezogenen Störungen zu verzeichnen. In unserer Arbeitshypothese gehen wir von einem kausalen Zusammenhang zwischen dem Technostress und den arbeitsbezogenen Störungen aus.

**Methode:** Zur Literaturrecherche erfolgte eine PubMed-Suche englischsprachiger Artikel von 1982 bis 2014 mit den Suchbegriffen „human computer interaction“, „technostress“, „information and communication technologies“, „Internet use“ und „Internet addiction“ die jeweils mit den Begriffen „stress“, „burnout“ und „depression“ kombiniert wurden. Zusätzlich wurde der Begriff „Internet“ mit den Begriffen „occupational stress“ und „work stress“ kombiniert. Nach Bereinigung um mehrfach gelistete Artikel reduzierte sich das Gesamtergebnis von 96 auf 79 Artikel. Es folgte eine Durchsicht der einzelnen Abstracts, die zu einer weiteren Reduktion auf 19 Artikel führte.

**Ergebnis:** Die meisten Studien, die sich fast ausschließlich auf ein nicht-klinisches Klientel beschränken, beschäftigen sich mit den computervermittelten Stressreaktionen sowie den verschiedenen Verfahren zu deren Detektion. Einige Artikel beschäftigen sich mit den wechselseitigen Einflüssen der computerbasierten Veränderungen und der sozialen Interaktionen. In nur wenigen Studien deutet sich in den Studienergebnissen ein Zusammenhang zwischen den computerassoziierten Veränderungen und arbeitsbezogenen Störungen an, konkrete Nachweise fehlen jedoch. Es ließen sich bisher jedoch keine Arbeiten finden, die einen kausalen Zusammenhang zwischen der Mensch-Computer-Interaktion und den klinisch anerkannten arbeitsbezogenen Störungen nachweisen.

**Schlussfolgerung:** Sowohl durch die Mensch-Computer-Interaktion als auch durch die medienbedingten Veränderungen des (Arbeits-)Alltags können nachweislich Stressreaktionen hervorgerufen werden. Unter Einbeziehung der am häufigsten verwendeten Burnout-Modelle (z. B. von Maslach) ist somit ein Zusammenhang mit den arbeitsbezogenen Störungen naheliegend, bislang jedoch noch nicht ausreichend untersucht.

P-057

### Patient-Targeted Googling an empirical comparative study in between German therapists and their patients

Eichenberg C.<sup>1</sup>, Mihalits D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Department Psychologie, Wien, Österreich, <sup>2</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Wien, Österreich

**Background:** The increasing use of internet and its wide extension of social networks open new ways for psychotherapists and their patients to find information of each other. While in Anglophone regions the terms Patient-Targeted Googling (PTG) is commonly used, all in all empirical data to this topic does still not exist. Comparing the situation to Europe, for example Germany, there has hardly been any attention to PTG. Neither empirical studies nor ethical guidelines, like international mandatory guidelines for handling PTG's difficulty, are present to the subject, but would be eligible. This article is concerned with the drawback on the theme and tries therefore an exploration of German psychotherapists' and their patients' behaviour and experiences towards this topic.

**Method:** Therefore therapists ( $N=207$ ;  $f=67,6\%$ ;  $m=32,4\%$ ) and patients ( $N=238$ ;  $f=79,5\%$ ;  $m=20,5\%$ ) were consulted by a newly developed questionnaire for each group. The study sample is about a non-representative convenience sample which was recruited online via several German-speaking professional therapy platforms.

**Results:** Results show that 84,5% of therapists never considered the subject of matter while according to their statements only 2,4% were confronted during education and training. Nevertheless, 39,6% specify that they searched for patient information in the internet. Meanwhile 43,8% of patients have looked for their therapist. As a conclusion, results strongly suggest a higher reflection on PTG in training, education as well as research.



## Esstörungen und Zwang

P-058

### Die Ernährungsgruppe

Bosse-Dzieciolowska A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Therapie, Cuxhaven, Deutschland

#### **Das Besondere an der Ernährungsgruppe ist der gegenseitige Austausch mit anderen Betroffenen sowie das Fragen und Lernen voneinander.**

Die Gruppe wird geleitet von einer Ärztin / Psychotherapeutin und Weiterbildungsassistentin Psychosomatische Medizin sowie einer Ökotrophologin (M.Sc).

Die Referentin wird über ihre gesammelten Erfahrungen berichten, bezüglich des Austausches innerhalb der Gruppe und den Auswirkungen der Gruppentherapie auf das seelische und körperliche Wohlbefinden der Patienten. Sie wird über den aktuellen Behandlungserfolg sowie über die langfristigen Nachwirkungen dieser Therapieform referieren.

Außerdem wird sie berichten, wie die Therapieform Ernährungsgruppe von den Patienten angenommen wird und wie die Teilnehmer gelernte Strategien und individuelle Lösungswege im Alltag umsetzen.

P-059

### Ernährungsbehandlung in der Psychosomatik

Rieper S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Therapie, Cuxhaven, Deutschland

#### **Es wird darüber berichtet, welchen Stellenwert die Ernährungstherapie in der ambulanten Psychosomatik hat.**

In diesem Kontext wird ein kurzer Überblick über die Wechselwirkungen zwischen der Ernährung und dem psychischen Wohlbefinden gegeben. Daran wird außerdem verdeutlicht, wie wichtig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist.

Aber nicht nur die Psyche spielt eine Rolle. Auch die Förderung der Körperwahrnehmung ist wichtig, da nur hierdurch die Hunger- und Sättigungswahrnehmung trainiert werden kann. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten, die den Zuhörern näher gebracht werden sollen.

P-060

### Inhibitorische Kontrolle im Kontext störungsrelevanter Reize im Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa - Eine Eye-Tracking-Studie

Martin Benito S.<sup>1</sup>, Schag K.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund und Ziele:** Da Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) häufig dazu tendieren, überkontrolliert und perfektionistisch zu sein, geht man gegenwärtig davon aus, dass sie Veränderungen in den Bereichen der exekutiven Funktionen und der Impulsivität, inklusive der inhibitorischen Kontrolle, aufweisen. Unter inhibitorischer Kontrolle werden Belohnungsaufschub, die Hemmung motorischer Reaktionen sowie das Widerstehen von Impulsen subsumiert. Da zur Kernpathologie der AN eine restriktive Nahrungszufuhr zählt, besteht ein besonderes Interesse daran, zu untersuchen, wie Betroffene Nahrungsreize verarbeiten. Bisher existieren jedoch wenige Studien, die inhibitorische Kontrolle im Kontext störungsrelevanter Reize bei AN untersucht haben und dies insbesondere über den gesamten Verlauf der Störung hinweg tun. Ziel der vorliegenden Studie ist daher die experimentelle Untersuchung der inhibitorischen Kontrolle bei AN mittels Eye-Tracking im Kontext von Nahrungsreizen.

**Methodik:** An der Studie nahmen insgesamt 51 Frauen teil. Darunter waren Patientinnen, die akut an Magersucht litten (AAN; n=17), ehemalige Patientinnen, die aktuell Normalgewicht erreicht und mindestens ein Jahr gehalten hatten (GAN; n=17) und Frauen, die keine Essstörung hatten (KG; n=17). Zur Erfassung von disinhibiertem Verhalten als Komponente inhibitorischer Kontrolle wurde ein Antisakkaden-Paradigma mit Nahrungs- und Kontrollstimuli dargeboten. Dabei erscheinen zufällig rechts oder links auf dem Bildschirm Fotos von Nahrungsmitteln oder Alltagsgegenständen. Die Probandinnen werden instruiert, so schnell wie möglich von diesen Reizen wegzuschauen. Zielparameter ist unter anderem die Performanz in diesem Paradigma, d.h. die Richtung der ersten Sakkade weg vom dargebotenen Stimulus. Zusätzlich wurden Impulsivität und inhibitorische Kontrolle als Persönlichkeitseigenschaften mittels Fragebogenmaßen erhoben.

**Ausblick:** Die Ergebnisse werden auf dem Kongress vorgestellt.

P-061

### Kann Psychotherapie die Lebensqualität von Betroffenen mit Essstörungen verbessern? - Eine Übersicht

Schlottbohm E.<sup>1</sup>, Lindner M.<sup>1</sup>, Friederich H.-C.<sup>1,2</sup>, Tagay S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>2</sup>Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Heidelberg, Deutschland

Die Lebensqualität von Betroffenen mit Essstörungen ist in der Regel stark beeinträchtigt und sollte während der Behandlung mit berücksichtigt werden. Der vorliegende Beitrag bietet eine Übersicht über Studien zur Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen mit Essstörungen. Wir analysierten alle verfügbaren deutsch- und englischsprachigen Originalarbeiten, die bis einschließlich Dezember 2012 veröffentlicht wurden und die Psychotherapieeffekte bei erwachsenen Betroffenen mit einer Essstörung (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating Syndrome) untersuchten. Eine umfassende elektronische Literaturrecherche in gängigen psychologischen und medizinischen Datenbanken ergab insgesamt zehn Studien. Drei der Studien hatten ein randomisiert-kontrolliertes Design. Die evaluierten Studien lassen sich aufgrund der hohen Heterogenität bezüglich ihrer Studiendesigns und eingesetzten Messinstrumente nur begrenzt vergleichen. Insgesamt zeigte sich jedoch eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität durch psychotherapeutische Behandlung. Trotz möglicherweise anhaltender oder unterschwelliger Essstörungssymptomatik kann die subjektive Beeinträchtigung in Bereichen des alltäglichen Lebens durch psychotherapeutische Interventionen reduziert werden. Ein Großteil der Behandlungen basierte auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie. Es sind weitere randomisierte Kontrollstudien mit standardisierten Messverfahren erforderlich, um die Ergebnisse zu verifizieren, Langzeiteffekte zu überprüfen und spezifische Zusammenhänge zwischen Essstörungssymptomatik, Lebensqualität und Psychotherapie zu untersuchen.

P-062

### Schönem ins Leben helfen. Chancen der musiktherapeutischen Behandlung von Anorexia nervosa

Oerkwitz H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Musiktherapeutin, Hamburg, Deutschland

Was leisten musiktherapeutische Verfahren im Rahmen der psychosomatischen Behandlung von Anorexia nervosa? Musik als Sinnträger, Symbol und Mittler bewährt sich, Verständnis und Bewusstsein für die Beschwerden der zumeist jungen PatientInnen zu entwickeln. Musik in der Begegnung zwischen Musiktherapeut und Erkrankten dient dazu, deren Lebensthemen

innerhalb der biologischen, kulturellen, sozialen und ökonomischen Vernetzung zu dekodieren. Erlebnisse und Erfahrungen werden mit Hilfe musikalischer Improvisationen in tönende Botschaften gekleidet, als erster Versuch, über Entbehrungen und Verletzungen früherer Zeiten zu sprechen: Was ist ihnen widerfahren? Was bringt sie - auslösend für die akute psychosomatische Dekompensation - aus dem Rhythmus? Was fehlt ihnen? Im Klangraum finden die Patienten eine sichere, stützende Begleitung, ihre leibseelischen Konflikte durcharbeiten und bislang abgewehrter Affekte und Gefühle zuzulassen und auszuhalten. Nicht entwickelte affekt-motorische Impulse finden angemessen Ausdruck.

Der Körper lernt Selbstwirksamkeit, erschließt sich die Spielräume des Nährens, Stillens und Liebens. Körperliche Blockaden werden gelöst. Die Blut- und Atemkreisläufe, der Stoffwechsel, das vegetative Nervensystem werden angeregt und stimuliert. Die Bewusstheit über den Körper in Verbindung mit der Natur und der Umwelt wird nicht nur kognitiv erlernt, sondern fühl- und erlebbar gemacht.

Musik als vorsprachliches Medium fördert zudem die Kommunikation, das Üben in der Musik übt Kommunikationsfertigkeiten. Musiktherapie als ritualisierte Begegnung zweier Menschen unterstützt, den Übergang in eine gesunde Lebensweise aktiv zu gestalten.

Beobachtungen in der musiktherapeutischen Begleitung von an Anorexia nervosa erkrankten PatientInnen werden im Vortrag anhand dreier konkreter Fallbeispiele in Wort, Ton und Bild präsentiert.

*Der Beitrag „Schönem ins Leben helfen“ erscheint in den „Hamburger Schriften zur Musiktherapie“; herausgegeben von Prof. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt, im Reichert Verlag.*

P-064

### Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Eine qualitative Studie mit Eltern von betroffenen Kindern

Decker S.<sup>1</sup>, Eehalt S.<sup>2</sup>, Martin-Benito S.<sup>1</sup>, Schank I.<sup>1</sup>, Stuber F.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart, Kinder-, Jugend- und Zahngesundheit, Gesundheitsförderung, Soziale Dienste, Stuttgart, Deutschland

**Hintergrund:** Laut Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA 2012) liegt zur Versorgungslage von Übergewicht (ÜG) oder Adipositas (Ad) betroffenen Vorschulkindern keine ausreichende Evidenz vor. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorgelegte Studie mittels qualitativer Methodik insbesondere die Barrieren a) der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie b) die Barrieren der Umsetzung von

Behandlungsmaßnahmen aus Sicht von Eltern von ÜG/Ad-betroffenen Vorschulkindern.

**Methodik:** Die Studie wird als qualitative Studie mittels Einzelinterviews (30-45 Min. Dauer) mit Eltern von betroffenen Kindern mit ÜG/Ad (BMI  $\geq 90$ . Perzentile) durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgt im Rahmen der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt einer süddeutschen Großstadt. Aus der Gesamtkohorte werden 20 Teilnehmer zufällig ausgewählt. Die Transkripte werden auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mittels Anwendung von deduktiv und induktiv entwickelten Kategorien unter Verwendung von MAXQDA-Software ausgewertet.

**Ergebnisse:** Anhand der inhaltsanalytischen Auswertung zeigt sich ein teils eingeschränktes Problembewusstsein bzw. Verleugnung der Problematik als wesentliche Barriere zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie für die Umsetzung von Maßnahmen (Zitat eines Vaters eines stark betroffenen Kindes: „jetzt haben wir das Problem nicht, deswegen machen wir uns keine großen Gedanken mehr darüber.“). Weitere wichtige Dimensionen sind fehlende Information sowie häufig fehlende leitliniengerechte Beratung durch den behandelnden (Kinder-) Arzt (Zitat: „ich habe mich gewundert, warum mein Kinderarzt (...) nicht gesagt hat, kümmern Sie sich darum“). Teils berichten Eltern von Stigmatisierung der betroffenen Kinder, z.B. durch Altersgenossen (Zitat: „im Kindergarten, die älteren Kinder, die hänseln sie schon. Und das tut ihr schon, denke ich mal, weh.“).

**Diskussion:** Wesentliche Barrieren für die Inanspruchnahme bzw. Umsetzung von Maßnahmen stellen laut dieser Studie insbesondere das fehlende Problembewusstsein bzw. die weitgehende Verdrängung der Problematik durch Eltern von betroffenen Kindern sowie die häufig fehlende leitliniengerechte Beratung durch den Kinderarzt und weiterer Leistungserbringer im Gesundheitssystem dar. Das gewonnene Material verdeutlicht auch, dass betroffene Kinder teilweise bereits im Vorschulalter erhöhten psychischen Belastungen durch Stigmatisierung und Ausgrenzung ausgesetzt sind.

#### P-065

### Zwanghaftes Horten und pathologisches Kaufen: Ergebnisse einer Pilotstudie

Möllenkamp M.<sup>1</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>, Müller A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** In bisherigen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass zwanghaftes Horten und pathologisches Kaufen häufig als überlappende Phänomene auftreten. Zwanghaftes Horten wurde 2013 als Hoarding Disorder mit exzessivem Erwerb als Specifier in das DSM-5 aufgenommen (APA, 2013).

**Fragestellung:** In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob Personen mit den Symptomen pathologischen Kaufens und

zwanghaften Hortens (PKZH-Gruppe) höhere Schweregrade bezüglich der Symptomatik des Hortens und Kaufens zeigen im Vergleich zu Personen, die lediglich eines der Syndrome, also pathologisches Kaufen (PK-Gruppe) oder zwanghaftes Horten (ZH-Gruppe), aufweisen.

**Methode:** Die drei Gruppen (ZH: n=40, PK: n=35, PKZH: n=60) beantworteten folgende Fragebögen: das Saving Inventory-Revised (SI-R), die Compulsive Acquisition Scale (CAS) und die Compulsive Buying Scale (CBS). Die Daten wurden mittels non-parametrischer Tests ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die PKZH-Gruppe unterschied sich nicht von der ZH-Gruppe hinsichtlich des Schweregrades folgender für zwanghaftes Horten typischer Dimensionen: Unordnung, Schwierigkeiten Dinge wegzuerwerfen und zwanghafter Erwerb kostenloser Dinge. Jedoch zeigte die PKZH-Gruppe eine höhere Ausprägung pathologischen Kaufens im Vergleich zur PK-Gruppe.

**Diskussion:** Die Ergebnisse deuten auf eine hohe Überlappung bezüglich der Kernsymptome zwanghaften Hortens hin bei hortenden Personen mit und ohne exzessives Kaufen. Bei Personen, die sowohl zwanghaft horteten als auch pathologisch kauften, besteht hingegen eine stärkere Ausprägung von Symptomen pathologischen Kaufens als bei Personen, die lediglich exzessiv kauften. Zukünftige Forschung sollte sich mit der Frage beschäftigen, ob beide Störungsbilder (PK und ZH) Teile eines übergeordneten Konstrukts sind.

**Literatur:** Möllenkamp, M., de Zwaan, M., Müller, A. Hoarding with and without excessive buying: results of a pilot study. *Psychopathology* 2014. Epub ahead of print (doi:10.1159/000363389)

#### P-066

### Change of caloric intake and aerobic activity in individuals with prehypertension and hypertension lowers levels of inflammatory biomarkers

Wagner E.N.<sup>1,2</sup>, Hong S.<sup>3</sup>, von Känel R.<sup>4,5</sup>, Wilson K.L.<sup>3</sup>, Calfas K.J.<sup>6</sup>, Rock C.L.<sup>6</sup>, Redwine L.S.<sup>3</sup>, Mills P.J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Division of Psychosomatic Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>Department of Neurology, Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Department of Psychiatry, University of California, San Diego, Vereinigte Staaten, <sup>4</sup>Department of Psychosomatic Medicine, Clinic Barmelweid, Barmelweid, Schweiz, <sup>5</sup>Department of Neurology, Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Bern, Schweiz, <sup>6</sup>Department of Family and Preventive Medicine, University of California, San Diego, Vereinigte Staaten

**Background:** Cardiopulmonary fitness and low calorie diets have been shown to reduce inflammation but few studies have been conducted in individuals with elevated blood pressure.

**Methods:** Sixty-eight sedentary prehypertensive and hypertensive individuals (mean age  $\pm$  SEM: 45.4 years  $\pm$  1.2) were randomized to one of three 12-week intervention groups: aerobic cardio

training and caloric reduction, aerobic cardio training, or waitlist control group. Plasma levels of the soluble intercellular adhesion molecule-1 (sICAM-1), sICAM-3, plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1), and inflammatory biomarkers C-reactive protein (CRP), interleukin (IL)-6, tumor necrosis factor (TNF)-alpha were determined before and after the intervention.

**Results:** In the final regression model, higher caloric reduction predicted greater increases of sICAM-3 ( $p = 0.026$ ) and decreases of CRP ( $p = 0.018$ ) levels. More aerobic cardio training predicted increases of sICAM-3 ( $p = 0.046$ ) and IL-6 ( $p = 0.004$ ), and decreases of TNF-alpha ( $p = 0.017$ ) levels. Higher blood pressures predicted higher ( $p = 0.001$ ) and greater fitness ( $p = 0.006$ ) lower levels of PAI-1 after the intervention.

**Conclusions:** Our findings suggest that in prehypertensive and hypertensive patients, levels of the adhesion molecule sICAM-3 and inflammatory biomarkers have different response patterns to aerobic cardio training with or without caloric reduction, which interact depending on blood pressure and fitness. This could have implications for the prevention of prothrombotic events, as for example sICAM-3 plays a regulatory role on the lymphocyte function-associated antigen (LFA)-1/ICAM-1 pathway of intercellular adhesion.

## Gesundheitsförderung

P-067

**Ein psychotherapeutisches Früh- und Kurzinterventionsprogramm im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, eine Pilotstudie**Allwang C.<sup>1</sup>, Lahmann C.<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland*

**Hintergrund:** Psychische und psychosomatische Erkrankungen im Kontext von Arbeit und Beruf sind ein häufiger Grund für lange Krankschreibungen und niedrigere Produktivität.

Die Ursachen für die zunehmende Anzahl psychischer Erkrankungen sind multifaktoriell, jedoch findet man oftmals eine Kombination aus privaten und arbeitsbedingten Belastungsfaktoren.

Obwohl das Bewusstsein für psychische Erkrankungen und somit auch das Inanspruchnahmeverhalten steigt, gibt es häufig immer noch eine lange Latenz zwischen einer Bewusstwerdung der bestehenden Problematik und der Aufnahme einer Beratung bzw. einer Therapie. Dies liegt neben einer sicher immer noch vorhandenen Stigmatisierung der psychischen Erkrankungen auch an den langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz.

Ziel dieser Pilotstudie ist es zu beurteilen, ob ein strukturiertes Früh- und Kurzinterventionsprogramm zu einer Beschwerdebesserung bei Arbeitnehmern führt, die sich in der betriebsärztlichen Sprechstunde eines großen DAX-Unternehmens vorgestellt haben und inwieweit diese Verbesserung zeitstabil ist.

**Methoden:** Im Rahmen dieses Projektes wurde in einer Kooperation des betriebsärztlichen Dienstes und der Sozialberatung eines DAX-Unternehmens mit einer psychosomatischen Hochschulambulanz ein strukturiertes Früh- und Kurzinterventionsprogramm eingerichtet.

Vorausgewählt durch den betriebsärztlichen Dienst wurde den Arbeitnehmern die Möglichkeit eines schnellen und niederschweligen psychotherapeutischen Angebotes gegeben. Dieses beinhaltete bis zu fünf ambulant durchgeführte psychotherapeutische Sitzungen in der Klinik sowie im Bedarfsfall die Vermittlung in ein längerfristiges ambulantes Angebot oder eine stationäre Behandlung.

Bisher nahmen 28 Personen (18m, 10w) mit einem Durchschnittsalter von 44 Jahren teil.

Zu Beginn sowie am Ende der Intervention wurden ebenso wie nach 3 und 6 Monaten verschiedene psychometrische Parameter mittels Fragebogen erhoben.

**Ergebnisse:** Erste Interims-Analysen zeigen eine klinisch relevante Besserung psychischer und psychosomatischer Beschwerden bei guter Langzeitstabilität; detaillierte Ergebnisse werden beim Kongress berichtet.

**Diskussion:** Dieses Programm stellt eine im Alltag gut umsetzbare, praktikable und kostengünstige Möglichkeit dar eine rasche Versorgung und einen verbesserten Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungen zu erreichen.

P-068

**Zusammenhang von Religiosität mit psychischer Gesundheit bei polnisch-stämmigen Migranten**Morawa E.<sup>1</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland*

**Theoretischer Hintergrund:** Die Mehrheit der empirischen Studien zur Religiosität und psychischer Gesundheit belegt einen positiven Zusammenhang zwischen der Religiosität und den Parametern der psychischen Gesundheit. Der Einfluss der Religiosität auf den Gesundheitszustand der Migranten hat bisher in der Migrationsforschung wenig Beachtung gefunden.

**Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen der Religiosität und der Depressivität und Angstsymptomatik bei polnisch-stämmigen Migranten in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede.

**Methode:** Bei 261 Personen mit polnischem Migrationshintergrund (Alter: 42.5 ± 14.1 Jahre, Range: 18-84 Jahre; 65 % Frauen) wurde mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) das Ausmaß der Depressivität und mit dem Beck-Angst-Inventar (BAI) die Angstsymptomatik erhoben. Die Religiosität wurde mit der Zentralitätsskala (Z-Skala, Huber, 2003) gemessen, die eine Kategorisierung der Respondenten in drei Gruppen (sehr, mittel und marginal bzw. nicht religiös) ermöglicht. Ferner wurden auch positive und negative Gefühle gegenüber Gott erfasst (EtG, Huber & Richard, 2010).

**Ergebnisse:** 27.3 % der polnischen Migranten waren sehr religiös, 55.9 % mittel und 16.8 % marginal bzw. nicht religiös. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zu den drei Kategorien ( $p = .515$ ). Eine mehrfaktorielle Kovarianzanalyse zur Depressivität mit den Faktoren religiöse Kategorie und Geschlecht sowie den Kovariaten Alter, positive und negative Gefühle gegenüber Gott ergab einen signifikanten Einfluss der Kovariaten Alter ( $F = 3.985$ ;  $p = .047$ : je älter, desto depressiver) sowie der Kovariaten negative Gefühle gegenüber Gott ( $F = 21.674$ ;  $p < .001$ : je negativer, desto depressiver). Bei der Kovarianzanalyse zur Angstsymptomatik mit den Faktoren religiöse Kategorie und Geschlecht sowie den Kovariaten Alter, positive und negative Gefühle gegenüber Gott zeigte sich ein signifikanter Einfluss des Faktors Geschlecht ( $F = 7.976$ ;  $p = .005$ : Frauen ängstlicher als Männer) sowie der Kovariaten negative Gefühle gegenüber Gott ( $F = 8.686$ ;  $p = .004$ : je negativer, desto ängstlicher).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass ein negativ geprägtes Gottesbild sich auf die psychische Gesundheit polnisch-stämmiger Migranten ungünstig auswirken kann und somit in der klinischen Praxis Berücksichtigung finden sollte.

P-069

### Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Eine Fokusgruppenanalyse mit Kinderärzten, Kita-Leiterinnen und Public Health Experten

Stuber E.<sup>1</sup>, Ehehalt S.<sup>2</sup>, Martin Benito S.<sup>1</sup>, Schank I.<sup>1</sup>, Decker S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

**Hintergrund:** Das Vorschulalter ist für die Früherkennung von Risikofaktoren, ebenso wie für die Prävention und die Behandlung von Übergewicht und Adipositas von großer Bedeutung. Dennoch bestehen laut der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA 2012) große Forschungslücken zur Versorgungssituation in dieser Altersgruppe. Deshalb ist es Ziel der vorliegenden qualitativen Studie das Rollenpotential von möglichen Leistungserbringern der Adipositasprävention und Intervention im Vorschulalter sowie die angebots- bzw. nachfrageseitige Zugangsbarrieren zu untersuchen und Lösungsvorschläge für Modellvorhaben abzuleiten.

**Methodik:** Die Studie wird als qualitative Studie mittels Leitfaden-gestützten Fokusgruppendifkussionen (90 Min. Dauer) mit niedergelassenen und stationär tätigen Kinderärzten, KiTa-Leiterinnen und Public Health Experten durchgeführt. Die daraus gewonnenen Transkripte werden auf Basis der qualitativen Datenanalyse nach Mayring mit Hilfe der MAXQDA- Software unter Verwendung deduktiver und induktiver Kategorien ausgewertet.

**Ergebnisse:** In der bisher noch laufenden inhaltsanalytischen Auswertung werden laut Experten ein eingeschränktes Problembewusstsein seitens der Familie (Zitat: „Überforderung der Mamas“), aber auch seitens der Ärzte (Zitat: „...Gott sei Dank nicht alle ganz so dick.“), sowie eine Stigmatisierung der adipösen Kinder z.B. durch Gleichaltrigen sichtbar. Darüber hinaus scheinen potentielle Leistungserbringer mit ihrer Rolle überfordert (Zitat: „...fühle mich als hilfloser Helfer“).

**Diskussion:** Dem aktuellen Analysestand zu Folge stellen ein eingeschränktes Problembewusstsein der Eltern und der Ärzte, eine Stigmatisierung der adipösen Kinder, und eine Überforderung der Leistungserbringer mit ihrer Rolle wesentliche angebots- und nachfrageseitige Zugangsbarrieren dar. Die Identifikation und Adressierung dieser Barrieren, stellt einen wichtigen Baustein für die Weiterentwicklung von effektiven Angeboten der Adipositasprävention und Intervention im Kindesalter dar. Auf Basis der hier erzielten Studienergebnisse sollen in Zukunft zielgruppengerechte Versorgungsangebote und Modellprojekte im süddeutschen Raum entwickelt werden.

P-070

### Kunsttherapie zur Steigerung des Wohlbefindens bei Lehrern - Eine explorative Studie im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung

Oepen R.<sup>1</sup>, Gruber H.<sup>1</sup>, Heusser P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Fachbereich Künstlerische Therapien, Alfter, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department Humanmedizin), Herdecke, Deutschland

**Hintergrund:** Empirische Untersuchungen zur Wirkung von Kunsttherapie im Rahmen von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen existieren kaum. Die Berufsgruppe der Lehrer weist trotz weitgehender beruflicher Zufriedenheit eine deutliche gesundheitliche Belastung auf. Mit dieser Pilotstudie wurde geprüft, ob durch ein ressourcenorientiertes, kunsttherapeutisches Interventionskonzept das Wohlbefinden als Determinante von Gesundheit bei Lehrern aktuell und habituell gesteigert werden konnte, welche kunsttherapeutischen Wirkfaktoren mit einer Wohlbefindenssteigerung in Verbindung gebracht werden konnten.

**Material und Methoden:** Die Untersuchung erfolgte mit 18 Probanden (15 w, 3 m, Durchschnittsalter: 48) im Rahmen eines kunsttherapeutischen Projekttagess. Die Evaluation wurde mit quantitativen und qualitativen Methoden durchgeführt. In der quantitativen Analyse wurde die Veränderung des habituellen Wohlbefindens mit dem SF-36 Health Survey, die Veränderung des aktuellen Wohlbefindens mit Hilfe der Beschwerdenliste (B-L) und der Aktuellen Stimmungsskala (ASTS) erhoben. Die qualitative Analyse mit dem Ziel der Generierung von kunsttherapeutischen Wirkfaktoren erfolgte durch eine strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Daten wurden auf Basis von zwei Interviews zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem Projekttag mit ausgewählten Probanden gewonnen.

**Ergebnisse:** Die quantitative Analyse ergab bei der Erhebung der Veränderung des aktuellen Wohlbefindens eine signifikante Steigerung der positiven Stimmung und eine signifikante Reduktion der Gesamtbeschwerden. Bei der Untersuchung des habituellen Wohlbefindens konnte quantitativ eine kurzzeitige Befindensverbesserung festgestellt werden. In der qualitativen Analyse wurden drei allgemeine und sieben spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren generiert. Insbesondere bedeutsam waren der allgemeine kunsttherapeutische Wirkfaktor „Förderung von Erkenntnisprozessen/Unterstützung beim Aufbau von Copingstrategien“ sowie die spezifischen kunsttherapeutischen Wirkfaktoren „Stimulation von Symbolisierungsfähigkeit und Imagination“ und „Förderung von Gemeinschaftsgefühl und Selbstwirksamkeit durch Gestalten in der Gruppe“.

**Diskussion:** Ressourcenorientierte, kunsttherapeutische Interventionskonzepte können bereits bestehende präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Unterstützung belasteter Menschen sinnvoll ergänzen.

P-071

**VorteilJena - Für ein gesundes Miteinander in der Region Jena**Berger U.<sup>1</sup>, Kraußlach H.<sup>2</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Lehrstuhl Allgemeine Betriebswirtschaft, insbesondere Personalwirtschaft, Jena, Deutschland*

Vorgestellt wird ein Forschungsprojekt (BMBF Fkz. 01KK1401A-C, Laufzeit 2014-2018) zur Etablierung eines Innovationsnetzwerks und zur Gründung der Gesundheitsregion VorteilJena (Vorbeugen durch Teilhabe). Mit VorteilJena soll modellhaft das Zusammenwirken von Gesundheit und sozialer Teilhabe über die gesamte Lebensspanne für eine innovative Gesundheitsförderung in Bezug auf die heutigen Volkskrankheiten, wie Depression und Adipositas, nutzbar gemacht werden. VorteilJena zielt auf wissenschaftlich fundierte, aber auch öffentlich gut vermittelbare Erfolgskriterien, die aus psychologischer Sicht den Kern der Persönlichkeit markieren: Steigerung des Selbstwertes in der Lebenswelt „Gesund Lernen“, Steigerung der Selbstwirksamkeit in der Lebenswelt „Gesund Arbeiten“ und Steigerung einer positiven Identifikation in der Lebenswelt „Gesund Altern“.

In den insgesamt acht wissenschaftlichen Teilprojekten werden qualitätsgesicherte Praxishilfen entwickelt auf Basis eines Evaluationszyklus von der Erprobung und Machbarkeitsabschätzung über die Überprüfung der Wirksamkeit mit Prä-Post-Kontrollgruppenstudie bis hin zur flächendeckenden Verbreitung.

Ziel der Teilprojekte ist die Förderung der Gesundheit in Schulen, Kitas, Betrieben und Seniorenheimen durch eine umfassende Information und Einbeziehung von Fachöffentlichkeit und allgemeiner Öffentlichkeit (u.a. über Social-Media-Plattformen und eine eigene Homepage). Hierfür werden von den Teilprojekten und mit Unterstützung eines externen Partners neben den qualitätsgesicherten Praxishilfen in Form von PDF-Dokumenten Internetangebote sowie Algorithmen für sog. Apps entwickelt, evaluiert und kostenlos bereitgestellt. Dies geschieht als Beitrag der öffentlichen Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung und damit auch als Gegengewicht zu überwiegend kommerziell orientierten Angeboten. Die Teilprojekte leisten einen wichtigen Beitrag zur Methodenentwicklung in der Gesundheitsforschung in Deutschland und schaffen durch die konsequente Orientierung an den Richtlinien der internationalen „Society of Prevention Research“ die Basis für eine internationale Anschlussfähigkeit.

P-072

**VorteilJena - Gemeinsam Lernen als Chance**Wick K.<sup>1</sup>, Schwager S.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Berger U.<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland*

Der vorgestellte Forschungsplan ist Teil eines Forschungsprojekts (BMBF Fkz. 01KK1401A-C, Laufzeit 2014-2018) zur Etablierung eines Innovationsnetzwerks und zur Gründung der Gesundheitsregion VorteilJena (Vorbeugen durch Teilhabe). Hauptziel der Studie ist die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, Pädagogen und Eltern bei der Umsetzung des Gemeinsamen Unterrichts (GU, Inklusion) in Jena, Thüringen. Zusammen mit Modelleinrichtungen wird eine bedarfs- und problemorientierte Praxishilfe entwickelt, die als Vorlage für andere Schulen und Kitas weiterverwendet werden kann. Das Teilprojekt verbindet Aspekte gesellschaftlicher Teilhabe und Gesundheit durch

- (1) Informationsveranstaltungen für Lehrer, Eltern und Kinder,
- (2) Anwendung von Beobachtungsbögen zur Einschätzung individueller Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen und
- (3) der Durchführung verschiedener selbstwertsteigernder Interventionen in Kitas und Schulen.

Untersucht wird die Frage, welche Effekte die genannten Maßnahmen auf primäre (Stressbelastung, psychische Symptome/Störungen, Ausgrenzung, Selbstwert bei Kindern, Selbstwirksamkeit bei Lehrkräften) und sekundäre Zielvariablen (soziale und körperliche Aktivierung) haben.

In der aktuell stattfindenden Pilotphase wird die Praxishilfe entsprechend der Bedarfe aller Akteure entwickelt, erprobt und nach Anpassung infolge der Prozessevaluation eingesetzt. In einer kontrollierten Prä-post-Studie werden die Effekte untersucht. Studienteilnehmer sind Kinder und Jugendliche, Pädagogen und Eltern aus den Modellschulen und -kitas und Wartelisten-Kontrollschulen bzw. -kitas. In der abschließenden Transferphase werden die Modelleinrichtungen um weitere Einrichtungen aus dem Jenaer Umland ergänzt und Strukturen zur flächendeckenden Verbreitung geschaffen.

Als Ergebnis des Teilprojekts soll eine qualitätsgesicherte Praxishilfe entstehen, die selbstständig in allen Schulen und Kitas angewendet werden kann. Die Projektdurchführung fördert neben der Teilhabe aller Kinder und Jugendlichen am Kita- und Schulalltag die Lehrer- und Schülergesundheit in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht.

P-073

### Studium und Handlungswissen: Das Wahlfach Filmprojekt „Häusliche Gewalt“

Schick-Wetzel A.<sup>1</sup>, Epple F.<sup>1</sup>, Schellong J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Dresden, Dresden, Deutschland

In Deutschland erleben 25% der Frauen mindestens einmal in Ihrem Leben Gewalt durch einen Partner. Die Präsenz des Themas „Häusliche Gewalt“ wird jedoch von Ärzten und Ärztinnen meist unterschätzt und ausgeblendet, obwohl sie in vielen Fällen erste Kontaktpersonen für Gewaltopfer sind. Bereits im Medizinstudium sollte eine Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema erfolgen, um Betroffenen später adäquat helfen zu können.

Das Wahlfach „Häusliche Gewalt in Film und klinischer Praxis“ ermöglichte Medizinstudenten ein Semester lang eine theoretische und emotionale Auseinandersetzung mit dem Thema. Gemeinsam mit Ärzten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen und einer Beratungsstelle für Betroffene, konnten sie unter dem Leitmotiv Hinsehen-Erkennen-Handeln theoretische Grundlagen erarbeiten. Darauf folgte die kritische Analyse zweier Filme (Dokumentation und Krimi) zum Thema „Häusliche Gewalt“ inklusive emotionaler Diskussion. All dies diente der Vorbereitung zur Entwicklung eines eigenen Drehbuchs für einen Kurzfilm zum Thema Häusliche Gewalt. Schauspieler waren die Studenten, Hilfestellung gab ein professionelles Filmteam.

Ergebnis war ein zweiminütiger Aufklärung-Videoclip für andere Medizinstudenten und die Öffentlichkeit. Mögliche Opfer werden in dem Clip darin bestärkt zu handeln und ihre Situation aktiv zu ändern und die Verbreitung der Nummer des bundesweiten Hilfefonens. Die Studenten evaluierten das Wahlfach als außerordentlich bereichernd und empfanden diese Art der kombinierten Wissensvermittlung nachhaltig und spannend. Insbesondere die Vermittlung eines emotionalen Zugangs über das Medium Spielfilm wurde als gelungen evaluiert.

Das theoretische Medizinstudium kann durch Nutzung des Mediums Film methodisch ergänzt werden. Filme können dazu beitragen, sowohl Handlungswissen als auch vernetzte Arbeitsweise in praxi zu vermitteln. Zukünftigen Ärzten kann dadurch für das schwer nachvollziehbare Thema Häusliche Gewalt so eine Brücke geschaffen werden, um sich später leichter in Betroffene einzufühlen und zu helfen und gleichzeitig ihre Rolle als Multiplikatoren in der Öffentlichkeitsarbeit ernst zu nehmen.

P-074

### As less stress as possible in medical procedures! Pain catastrophizing, stress and pain perception in children: A case study

Weiffen A.<sup>1</sup>, Rector M.V.<sup>1</sup>, Cellini C.<sup>1</sup>, Wippert P.-M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Potsdam, Sport - und Gesundheitssoziologie, Potsdam, Deutschland

**Background:** During medical procedures, children are often exposed to stressful and painful situations. Understanding mother's and children's catastrophizing and the effect of an acute stress situation on pain tolerance has important clinical implications for the management of children undergoing medical procedures, because clinicians often tell that children report high pain intensity but no provable reason can be found.

**Objective:** The aims of this study were to investigate 1) if pain catastrophizing levels of mother and child are similar and 2) if the child shows an age and attitude appropriate pain tolerance, even if stress was induced before.

**Methods:** One 8-year old boy was recruited and completed the child version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-C) and the Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8, chronic stress assessment), while the mother completed the parental version of the PCS (PCS-P). The child was then exposed to Trier Social Stress Test for Children (TSST-C). The measurement of the child's pain intensity (numerical rating scale - NRS), pain threshold (s) and pain tolerance (s) with the CPT followed. The heart rate (HR, bpm) and 10 saliva samples for cortisol concentration (CC, nmol/l) analysis were taken throughout the experiment.

**Results:** Mother and son both reported low pain catastrophizing. The boy showed average chronic stress vulnerability and stress symptoms in the SSKJ 3-8. During the TSST-C, the boy's HR increased 20% and had two peaks accordingly with the presentation of the TSST-C tasks. The second peak was the highest (102 bpm). CC increased from 8.22 to 20.31 nmol/l during the TSST-C. The CPT increased NRS scores from 0 to 2 out of 10, but neither HR nor CC. His pain threshold was at 21 seconds and pain tolerance at 40 seconds.

**Conclusion:** Pain catastrophizing levels between mother and child were similar. The TSST-C induced acute stress and the boy showed an appropriate stress reaction fitting to his chronic stress level. The CPT did not induce another stress reaction. According to current literature, his pain tolerance was not age and attitude accordant and one would expect higher pain tolerance in subjects with low pain catastrophizing. However, this alteration could be due to the stress induction before and that, during a stressful medical situation, pain tolerance may be lower, suggesting that during medical procedures the stress on children should be minimized.



## Körper- und Spezialtherapien

P-075

### Effekte ambulanter Kunsttherapie bei psychosomatischen Patienten

Oster J.<sup>1,2</sup>, Moser A.S.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen, Nürtingen, Deutschland

Zur Anwendung und Wirkungsweise der Kunsttherapie gibt es inzwischen einige Studien. Die ambulante kunsttherapeutische Gruppentherapie ist jedoch nur wenig durch erforscht.

Ziel dieser Studie ist es, das subjektive Erleben dieser Therapieform zu untersuchen. Hierbei kamen quantitative als auch qualitative Instrumente zum Einsatz. Ein standardisierter Fragebogen (u.a. SCL-90-R) und ein halbstandardisiertes Interview mit anschließender qualitativer Inhaltsanalyse dienten als Untersuchungsinstrumente. Zusätzlich wurden Beschreibungen von Bildmotiven und deren Bedeutungen für den Patienten erhoben.

30 Patienten (25w, 5m), die an der ambulanten kunsttherapeutischen Gruppentherapie der Psychosomatischen Klinik der Universität Ulm 2010/2011 in Behandlung waren, wurden herangezogen. Das Patientenkollektiv war im Mittel 42 Jahre. Einige Patienten erhielten direkt vor ihrem Eintritt in die ambulante kunsttherapeutische Gruppe eine Therapie in der Psychosomatischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Ulm. Im quantitativen Studienteil sank die Patientenzahl auf n=22, da einige Patienten die Einschlusskriterien des quantitativen Studiendesigns nicht erfüllten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten psychisch weitestgehend stabil blieben, nachdem sie die Tagesklinik verlassen hatten und an der ambulanten kunsttherapeutischen Gruppe teilnahmen. Der Vergleich des GSI aus der SCL-90-R erbrachte keine signifikante Veränderung. Die qualitative Auswertung ergab eine Verbesserung der Symptome bei vielen Patienten, einige Patienten berichteten von Fortschritten in der Kommunikationsfähigkeit, Selbstsicherheit und Alltagsbewältigung. Die Gruppe ist für die Mehrheit der Patienten wichtig wegen der gefühlten Zusammengehörigkeit, der Kommunikation in der Gruppe und dem schützenden Raum, den die Gruppe für die Patienten darstellt. Auf einige Patienten wirkt das Gestalten beruhigend. Viele können sich durch ihre Werke ausdrücken und sich Gefühlen bewusst werden, für manche bedeutet das Gestalten Spaß, Ablenkung oder Kreativitätsförderung. Bei den meisten Patienten findet die therapeutische Veränderung nachwirkend statt, gestaltet wird vorwiegend spontan. Insgesamt wird der Nutzen dieser Kunsttherapiegruppe von den Teilnehmern als sehr gut bis gut bewertet. Zusammenfassend konnten die wirkenden Faktoren der Kunsttherapie für dieses ambulante Setting bestätigt werden. Einige Besonderheiten der ambulanten Kunsttherapie in der Gruppe konnten gezeitigt werden.

P-077

### Die Bedeutung der Musiktherapie im Rahmen der psychosomatischen Behandlung

Duken K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Therapie, Cuxhaven, Deutschland

#### Es wird darüber berichtet, wie die Musiktherapie in der ambulanten psychosomatischen Versorgung im Einzelnen abläuft und wie diese Therapieform von den Patienten angenommen wird.

Unter Anderem wird die Referentin auf die Wirkung der Musiktherapie auf Krebspatienten eingehen. Abschließend wird eine kleine Pilotstudie zum Behandlungserfolg dieser speziellen Therapie vorgestellt.

P-078

### Sensomotorische Übungsbehandlung mit dem Medium Pferd

Hatzel-Meimers T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Therapie, Cuxhaven, Deutschland

**Warum kann der Mensch mit dem Pferd so gut sein?** Es wird über Verwandtschaft in Körper und Verhaltensstruktur zwischen Mensch und Tier aufgeklärt und warum ausgerechnet das Pferd so gut zur Sensomotorischen Übungsbehandlung geeignet ist. Zudem wird es einen kleinen Exkurs zur Psyche des Pferdes, seine „Sprache“ im Allgemeinen und über die Kommunikation mit dem Menschen geben und erläutern, welche therapeutischen Möglichkeiten daraus entstehen können.

Beispielsweise kann das Pferd bei Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefiziten, selbstverletzendem Verhalten, Magersucht oder Hyperaktivität helfen. Ebenso gibt es für die Sensomotorische Übungsbehandlung mit dem Pferd auch Kontraindikationen, die hier aufgezeigt werden.

P-078b

### **Patientenerleben, Nutzung und subjektive Wirksamkeit von Stabilisierungsübungen in der stationären Psychotherapie**

Horsch L.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>, Schöckel A.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Ehrenthal J.C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Stabilisierungsübungen im Sinne der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) kommen in der klinischen Praxis häufig zum Einsatz und sind Bestandteil der Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie zur Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Übungen sollen Patientinnen und Patienten darin unterstützen, eine verbesserte Kontrolle über überflutende Affekte und Intrusionen zu erlangen, sowie die Fähigkeit zur Selbstberuhigung stärken. Der Nutzen von Stabilisierungsübungen wird jedoch kontrovers diskutiert, auch, da bisher zu wenig belastbare Daten existieren. Insbesondere ist wenig darüber bekannt, auf welche Weise Patientinnen und Patienten die Übungen erleben oder sich zu eigen machen.

Im Rahmen einer naturalistischen Querschnittstudie wurden daher halbstrukturierte Interviews zum individuellen Einsatz und Nutzen der Stabilisierungsübungen, der subjektiven Wirksamkeit, aber auch Schwierigkeiten und Hemmnissen mit 12 Patientinnen und Patienten in multimodaler traumaorientierter stationärer Psychotherapie durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und qualitativ ausgewertet.

Erste Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Stabilisierungsübungen von verschiedenen Patientinnen und Patienten auf ganz unterschiedliche Weise, auch über den traumaspezifischen Bereich hinaus, genutzt und als hilfreich erlebt werden. Schwierigkeiten in der Anwendung wurden ebenfalls benannt. Ein Großteil der Teilnehmenden möchte die Übungen im Alltag weiter verankern und würde zur Unterstützung hierbei beispielsweise spezifische ambulante Versorgungsangebote für sinnvoll erachten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Patientinnen und Patienten in multimodaler traumaorientierter stationärer Psychotherapie subjektiv von Stabilisierungsübungen profitieren. Zudem lassen sich Verbesserungen für die Anwendung als auch die Versorgung ableiten.

## Psychometrie und Psychodiagnostik

P-079

### Wie unterscheidet man sexuelle Probleme und sexuelle Funktionsstörungen? Das Strukturierte Interview für Sexuelle Funktionsstörungen nach DSM-5 (SISEX)

Schierz K.<sup>1</sup>, Hoyer J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden, Deutschland

Obwohl Studien belegen, dass sexuelle Dysfunktionen in der Allgemeinbevölkerung und besonders in klinischen Populationen sehr häufig sind, wird die Thematik sowohl in der Versorgung als auch in der Forschung vernachlässigt. Ein validiertes, strukturiertes Interviewverfahren fehlte bisher. Wir berichten über die Entwicklung und eine erste Studie zur Inter-Rater-Reliabilität/Kriteriumsvalidität des Strukturierten Interviews für Sexuelle Funktionsstörungen nach DSM-5 (SISEX; Version für weibliche sexuelle Funktionsstörungen).

Das SISEX umfasst neben Fragen zu demografischen, psychopathologischen und partnerschaftlichen Aspekten die den Störungskategorien nach DSM-5 entsprechenden Sektionen Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau, weibliche Orgasmusstörung und genito-pelvine Schmerz-/ und Penetrationsstörung. In der initialen Validierungsstudie wurden vorher instruierte Schauspielerinnen, welche 9 verschiedene Symptomprofile sexueller Funktionsstörungen mit und ohne komorbide psychische Störungen/körperliche Erkrankungen weiblicher Patienten darstellten, von SISEX-geschulten Diagnostikern interviewt. Im Anschluss daran wurden die videografierten Rollenspiele von N = 9 unabhängigen, trainierten Diagnostikern diagnostisch eingeschätzt.

Die Ergebnisse zeigen eine sehr gute Handhabbarkeit, Zumutbarkeit und Akzeptanz des SISEX. Die Erkennensrate der Zieldiagnosen lag bei 81% (Sensitivität), die Spezifität bei 100%. Für die Inter-Rater-Reliabilität konnten ebenfalls Werte im sehr guten Bereich ermittelt werden.

Mit dem SISEX legen wir ein Instrument mit dem Potential vor, die Diagnostik von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen erheblich zu verbessern. Die SISEX-Version für Männer ist in Vorbereitung. Beide Versionen werden zurzeit an klinischen Stichproben validiert.

P-081

### Helfen Fall-Vignetten bei der Bestimmung von Urteilstendenzen?

Hinz A.<sup>1</sup>, Glaesmer H.<sup>1</sup>, Häuser W.<sup>2</sup>, Brähler E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Saarbrücken, Abteilung für Innere Medizin I, Saarbrücken, Deutschland

**Hintergrund:** Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands hängen vom Bezugssystem des Beurteilenden ab. Die Frage ist, ob man über die Einschätzung von Fall-Vignetten hinsichtlich deren Gesundheit Informationen über die Bezugssysteme erhält, die zu einer Korrektur der eigenen Gesundheitseinschätzungen genutzt werden können.

**Methode:** Anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe der deutschen erwachsenen Bevölkerung (n=2409) wurden Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands auf einer 0-100-Skala sowie die Gesundheitseinschätzungen von zwei konstruierten Fall-Vignetten erfragt. Außerdem wurde retrospektiv nach dem eigenen Gesundheitszustand vor einem Jahr gefragt. Die Hypothese war, dass Personen mit schlechter eigener Gesundheit die Fall-Vignetten als weniger gesundheitlich eingeschränkt einschätzen.

**Ergebnisse:** Der Mittelwert der selbst eingeschätzten Gesundheit war M=76.2. Im Gegensatz zur Hypothese gab es keinen negativen, sondern sogar einen leicht positiven korrelativen Zusammenhang zwischen eigener Gesundheitseinschätzung und der Einschätzung der Vignetten (r=0.12). Die Zahl der chronischen Krankheiten war ebenfalls kaum mit den Vignetten-Einschätzungen assoziiert (0 Krankheiten: M=44.8; ≥ 2 Krankheiten: M=42.2). Der retrospektiv eingeschätzte Gesundheitszustand vor einem Jahr (M=76.0) korrelierte hoch mit dem gegenwärtigen (r=0.85).

**Diskussion:** Da die erwartete negative Beziehung zwischen Selbsteinschätzung und Vignetteneinschätzung nicht nachweisbar war, ergeben sich keine Ansatzpunkte für eine Korrektur der Selbsteinschätzungen um Beurteilungseffekte. Daneben bieten die Daten zu aktueller Selbsteinschätzung und retrospektiver Selbsteinschätzung Möglichkeiten für Referenzwerte für verschiedene Patientengruppen.

P-082

### Psychometrische Überprüfung eines Kurzinterviews zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit (Kurz-Ment)

Andreas S.<sup>1</sup>, Plümer P.<sup>2</sup>, Reichholf K.<sup>1</sup>, Dehoust M.<sup>3</sup>, Schulz H.<sup>4</sup>, Müllauer P.<sup>1</sup>, Hayden M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich, <sup>2</sup>Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich, <sup>3</sup>Ginsterhof, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 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-Persönlichkeitsstörungen eine spezifische Behandlungsform, die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) an Bedeutung. Zielsetzung der MBT ist dabei die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Das Adult Attachment Interview (AAI) ist als Fremdeinschätzungsinstrument dazu geeignet, reliabel und valide die Mentalisierungs- bzw. Reflexionsfähigkeit von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu erfassen. Vornehmliche Zielsetzung des AAI ist es, den Bindungsstil eines Patienten zu identifizieren, was in einem eher aufwändigen Verfahren und nur von zuvor trainierten Beurteilern erfolgen kann. Zielsetzung der vorliegenden Studie war es deswegen, ein Kurzinterview zur Erfassung der Reflexionsfähigkeit in die deutsche Sprache zu übersetzen und hinsichtlich seiner psychometrischen Eignung zu überprüfen. Dazu wurden N = 60 Studierende der Psychologie und Betriebswirtschaftslehre an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (Österreich) zu zwei Messzeitpunkten befragt. Zum ersten Messzeitpunkt wurde ein AAI und zum zweiten Messzeitpunkt das Kurzinterview zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit durchgeführt. Weiterhin wurden den Studierenden ein Fragebogenset mit Instrumenten zum Schweregrad, Mentalisierungsfähigkeit, frühkindliche Traumatisierung und Interpersonale Probleme vorgegeben. Untersucht werden soll, in wie weit das Kurzinterview zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit wie das AAI die Reflexionsfähigkeit reliabel und valide erfasst. Es wird erwartet, dass ein reliables und valides Kurzinterview zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit zur ökonomischeren Erhebung des Konstruktes beitragen kann und damit langfristig einem Einsatz in der Routine zugänglich wird.

P-083

### Definition eines internationalen Minimum Standard Sets für die Outcome Messung von Angst und Depression

Obbarius A.<sup>1</sup>, van Maasackers L.<sup>2</sup>, Nolte S.<sup>1</sup>, Stowell C.<sup>2</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, für die ICHOM Depression/Anxiety Working Group

<sup>1</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m. S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), Boston, Vereinigte Staaten

Patientenzentrierte Messinstrumente, die in der psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung schon lange eine zentrale Rolle spielen, werden zunehmend auch in somatischen Fächern als wichtiges Kriterium zur Beurteilung einer erfolgreichen Behandlung erkannt. Vor diesem Hintergrund wurde die Non-Profit Organisation „International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)“ vom Karolinska-Institut, der Boston Consulting Group und der Harvard Business School gegründet. Das Ziel ist, für Erkrankungen mit hoher Prävalenz „Minimum Standard Sets“ zu entwickeln. Dadurch soll die Behandlung vergleichbarer werden und das Befinden der Patienten stärker in den Fokus der Behandler rücken. Um Outcome Standards für Depression und Angst zu definieren, wurde eine internationale Arbeitsgruppe aus renommierten Forschern, Klinikern und Patientenvertretern gegründet. Von April bis November 2014 konnte so anhand eines strukturierten Prozesses aus Telefonkonferenzen und Online-Umfragen ein „Minimum Standard Set“ erarbeitet werden. Dabei wurde besonders auf den Umfang und die freie Verfügbarkeit der Instrumente geachtet.

Die entgeltliche Version des „Minimum Standard Set for Depression and Anxiety“ wird bis zum DKPM Kongress 2015 vorliegen. Die Ergebnisse werden in einem internationalen Journal publiziert und in einem „Reference Guide“ veröffentlicht, das online unter [www.ichom.org](http://www.ichom.org) frei verfügbar ist.

P-084

### Entwicklung eines Stressresilienzfragebogens

Tamm N.<sup>1</sup>, Obbarius A.<sup>1</sup>, Nolte S.<sup>1</sup>, Fischer F.<sup>1</sup>, Engster K.-M.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m. S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland

**Einleitung:** In der Stressdiagnostik werden häufig Fragebögen zum Stresserleben eingesetzt, die gut validiert sind. Zur Erhebung von Resilienzfaktoren gibt es hingegen nur wenige Fragebögen. Diese sind entweder nicht gut validiert oder weisen Mängel bezüglich der Stabilität ihrer Faktorenstruktur auf. Somit existiert zur Erhebung von Resilienzfaktoren bisher noch kein „Goldstandard“.

**Fragestellung und Ziele:** Es soll ein neuer Stressresilienzfragebogen zur Erhebung der Faktoren, die Individuen unter widrigen Umständen gesund halten, entwickelt werden.

**Methoden:** In Anlehnung an die Leitlinien der Food and Drug Administration (FDA) wurde zunächst in Fokusgruppen mit klinischen Experten und Patienten die konzeptuelle Einbettung des Konstruktes der Stressresilienz vorgenommen. Items wurden auf Basis des Conceptual Frameworks generiert, kognitive Interviews zum Itemverständnis, sowie Pilottests mit Patienten durchgeführt und die Items iterativ revidiert.

**Ergebnisse:** Die derzeitige Fragebogenversion umfasst 131 Items mit einem 4-stufigen-Antwortformat und bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 7 Tage. Momentan läuft die Datenerhebung anhand von Handhelds in der psychosomatischen Ambulanz der Charité (**Ziel:** N=500).

**Ausblick:** Die Auswertung der Datenerhebung ist ab Dezember 2014 geplant.

#### P-086

### Schlaf & Schmerz bei Tinnituspatienten

Adolphi J.<sup>1</sup>, Brüggemann P.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>2</sup>, Mazurek B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité, Tinnituszentrum, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité, Psychosomatik, Berlin, Deutschland

**Theorie:** Ein allgemeiner Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und der erlebten Schmerzintensität konnte in Untersuchungen zu diesem Thema bereits festgestellt werden. Als Ursache für diesen Zusammenhang wird eine Störung im Neurotransmitterhaushalt, der sowohl den Schlaf, als auch das Schmerzempfinden beeinflusst, angenommen. Da auch Tinnituspatienten durch die Ohrgeräusche bedingt unter Schlafstörungen leiden können, ist zu vermuten, dass bei diesen Patienten auch ein gesteigertes Schmerzerleben zu finden ist.

**Methode:** Die verwendeten Daten ergeben sich aus einer Stichprobe von Tinnituspatienten, welche an einer siebentägigen Tinnitus-Retraining-Therapie teilgenommen haben. Die Messwerte wurden jeweils am Aufnahme- und am Entlassungstag erhoben. Der Zusammenhang des Schmerzerlebens (Schmerzskalen, Berliner Beschwerde Inventar) mit durch den Tinnitus bedingten Schlafstörungen unter Berücksichtigung der allgemein erlebten Tinnitusbelastung (Tinnitusfragebogen von Goebel und Hiller) wird statistisch überprüft.

**Thesen:** Ziel dieser Untersuchung ist es, das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Schlafstörungen und Schmerzempfinden bei Tinnituspatienten zu überprüfen. Es wird davon ausgegangen, dass die Ausprägung der tinnitusbedingten Schlafstörungen und die Schmerzwahrnehmung positiv miteinander korreliert sind.

#### P-087

### Psychosen als Psychosomatosen. Ein integrativ-psychosomatisches Konzept als Voraussetzung einer integrierten Versorgung

von Boetticher D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Psychosen, insbesondere die aus dem schizophrenen Formenkreis, sind i. d. R. schwere seelische Erkrankungen, die zugleich mit einer hohen somatischen Morbidität und Mortalität einhergehen. Eine angemessene integrierte Versorgung ist dennoch weder in der Psychiatrie noch in der Psychosomatik etabliert.

**Methode:** Die Präsentation gibt eine Übersicht über die Ergebnisse aktueller Studien zur somatischen Morbidität und Mortalität, zu psychosozialen Faktoren in Genese und Verlauf und zur Effektivität psychologischer Interventionen bei schizophrenen Psychosen. Die Befunde werden aus der Perspektive des „psychosomatic assessment“ (Fava) interpretiert.

**Ergebnisse:** Schizophrenie ist eine erheblich lebensverkürzende Krankheit: Die Lebenserwartung schizophrener Patienten in Industriestaaten ist um bis zu 20 Jahre verringert. Das Sterblichkeitsgefälle hat sich der WPA zufolge zuletzt eher noch vergrößert. Ca. 60% dieser Übersterblichkeit beruhen auf gravierenden somatischen Erkrankungen, an denen bis zu 50 % dieser Patienten leiden. In Entstehung und Aufrechterhaltung der somatischen Morbidität lassen sich pathophysiologische, neurobiologische, psychopathologische, gesellschaftliche, Verhaltens- und Behandlungs-Faktoren unterscheiden. Für Manifestation und Verlauf der schizophrenen Erkrankung sind eine Vielzahl relevanter psychosozialer Faktoren (Bindung, life event, expressed emotion, Familienklima, Trauma) empirisch belegt. Die Psychotherapieforschung weist auf wirksame psychosoziale Interventionen hin (Psychoedukation, Training sozialer Kompetenz, Familien- und Frühintervention, kognitive VT und Rehabilitation, psychodynamische Psychotherapie). „Psychosomatic assessment“ berücksichtigt „psychosocial factors affecting individual vulnerability, course and outcome of any type of disease; holistic consideration of patient care; integration of psychological therapies in the prevention, treatment and rehabilitation of medical conditions“ (Fava).

**Diskussion:** Schizophrenie kann als eine schwere, Seele und Körper betreffende Erkrankung konzeptualisiert werden. Ein lediglich additives Case-Management wird der Komplexität der Erkrankung nicht gerecht. Gefordert ist eine integrative Versorgung dieser Erkrankung, die von Engel in seinem bahnbrechenden Aufsatz *The Need for a New Medical Model* (1977) als Paradigma einer Psychosomatose (somatopsychisch-psychosomatische Erkrankung) beschrieben wurde und als solche (wieder) konzeptualisiert werden sollte.

## Psychotherapieforschung

P-088

### Relapse rates after psychotherapy for depression - Stable long-term effects? A meta-analysis

Steinert C.<sup>1</sup>, Hofmann M.<sup>1</sup>, Kruse J.<sup>1,2</sup>, Leichsenring F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen, Deutschland, <sup>2</sup>Philipps-Universität Marburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Marburg, Deutschland

**Background:** With a lifetime prevalence of about 17%, depression is the most common mental disorder. Effective psychotherapeutic treatments for depressive disorders exist, however, data on their long-term effectiveness *beyond* a time span of two years are surprisingly scarce and have not been systematically evaluated yet. Therefore, our aim was to perform a meta-analysis, investigating (a) overall rates of depressive relapse more than two years after psychotherapy (meta-analysis 1), and (b) if psychotherapy has more enduring effects than non-psychotherapeutic comparison treatments (e.g. pharmacotherapy, treatment as usual), again beyond a time span of two years post-therapy (meta-analysis 2).

**Methods:** We searched electronic databases Medline, PsycINFO and the COCHRANE Library. Main selection criteria were

- (i) RCT of psychotherapy with follow-up interval of more than 2 years,
- (ii) primary diagnosis of depression, assessed by observer ratings,
- (iii) report of relapse at follow-up.

**Results:** We identified 11 studies, 6 of which included a non-psychotherapeutic comparison condition. Together they comprised long-term data of 966 depressed patients. Mean follow-up duration was 4.4 years. Main results can be summarized as follows: (a) The overall relapse rate at long-term follow-up was 0.39 (95% CI 0.29, 0.50), (b) psychotherapy resulted in significantly less relapses (53.1% vs. 71.1%, OR 0.51; 95% CI 0.32, 0.82,  $p=0.005$ ) than comparison treatments. This finding corresponded to a number needed to treat (NNT) of 5.55.

**Limitations:** Results can only be preliminary as data were sparse and studies differed with regard to methodological aspects. Accordingly, heterogeneity in the first meta-analysis that included all 11 studies was large ( $I^2=82\%$ ). Furthermore, results of meta-analysis 2 indicated publication bias.

**Conclusions:** Relapse rates more than two years after psychotherapy are relatively high, but significantly lower compared to treatments without psychotherapeutic ingredients. Nevertheless, there is still a lot of room for improvement in the long-term outcome of depression which is associated with immense disability burden and costs. To monitor long-term treatment efficacy, multi-annual follow-ups should routinely be included in future psychotherapy RCTs.

P-089

### Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei verschiedenen psychischen Störungen: Meta-analytische Ergebnisse

Rosendahl J.<sup>1</sup>, Schwartze D.<sup>1</sup>, Barkowski S.<sup>1</sup>, Tasca G.<sup>2</sup>, Burlingame G.<sup>3</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Inst. f. Psychosoziale Medizin u. Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>University of Ottawa, The Ottawa Hospital, Ottawa, Kanada, <sup>3</sup>Brigham Young University, Provo, Utah, Vereinigte Staaten

**Einleitung:** Gruppenpsychotherapie ist ein weit verbreiteter therapeutischer Ansatz, der im Vergleich zur Einzeltherapie ökonomische Vorteile in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen bietet und deshalb auch gesundheitspolitisch unterstützt wird.

Die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei verschiedenen Störungsbildern wurde bislang in einer Vielzahl von (randomisiert) kontrollierten Studien im Vergleich mit verschiedenen Kontrollgruppen geprüft. Ziel dieses Beitrages ist ein Überblick über die Ergebnisse mehrerer störungsspezifischer Meta-Analysen, in denen die vorliegende Evidenz systematisch zusammengefasst wurde.

**Methoden:** Eingeschlossen wurden seit 1990 publizierte, (randomisiert) kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie als primäre Therapie bei Angststörungen (Sozialphobie, Panikstörung), Essstörungen, Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu Wartelisten-Kontrollgruppen, Aufmerksamkeits-Kontrollgruppen und treatment as usual-Kontrollgruppen sowie aktiven Interventionen (Einzeltherapie, Pharmakotherapie) untersucht haben. Es wurden störungsspezifische retrospektive Literatursuchen in relevanten elektronischen Datenbanken (z.B. Medline, PsycINFO, CENTRAL, EMBASE) durchgeführt. Zusätzlich wurden Dissertationen und vorliegende systematische Übersichtsarbeiten gescreent sowie Autoren und Experten angefragt, um unpublizierte Studien zu identifizieren. Für jeden Vergleich (Gruppentherapie vs. Kontrollgruppe) wurde die Effektstärke hinsichtlich der Outcome-Kategorien spezifische und allgemeine Psychopathologie berechnet. Die statistische Zusammenfassung der Effekte zu einem gepoolten Gesamteffekt erfolgte basierend auf dem Random Effects Modell.

**Ergebnisse:** In der störungsspezifischen Betrachtung zeigen sich mittlere bis große Effekte von Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen; im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

**Diskussion:** Die vorliegenden Meta-Analysen können vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Medizin als ein Beitrag zur Systematisierung der Evidenz und zur Evaluation der Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie betrachtet werden.

P-090

**Fragebogen zur Erfassung des Beziehungseckels**

Croy I.<sup>1</sup>, Abele M.<sup>1</sup>, Aigner F.<sup>1</sup>, Roever P.<sup>1</sup>, Schellong J.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Joraschky P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

In der täglichen psychosomatischen Praxis ist zu beobachten, dass Ekel eine wichtige Rolle im Verhalten und Erleben der Patienten spielt. Zwangserkrankungen, Essstörungen und Sexualstörungen beispielsweise gehen mit erhöhtem Ekelerleben einher und es ist zu vermuten, dass sich die Funktion des Ekels nicht auf die Abwehr potentieller Pathogene beschränkt, sondern auch hoch bedeutsam für zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung ist. Bisher jedoch kann dies nur ungenügend erfasst werden.

Wir stellen einen Fragebogen vor, mit dem die beziehungsregulatorische Funktion des Ekels erfasst werden kann. Der Fragebogen erfasst mit 44 Items das Ekelerleben mit den Hauptkategorien Hygiene, Sexualität und Körpergrenze in Relation zu Beziehungskategorien (Selbst, Partner, Eltern und Fremde) und wurde an 539 gesunden Personen, sowie 309 Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik überprüft.

Im Ergebnis zeigt sich eine gute Split half und Retest-Reliabilität des Fragebogens, sowie eine gute Übereinstimmung mit dem FEE Fragebogen. Die differenzierte Betrachtung zeigt erwartungsgemäß, dass Hygiene-, und Körpergrenzbezogener Ekel mit aufsteigender Beziehungsferne zunimmt, Sexualekel jedoch gegenüber den Eltern am stärksten ausgeprägt ist. Bei Patienten findet sich ein generell erhöhtes Ekelerleben. Zudem zeigt sich ein signifikanter Einfluss des Störungsbildes auf das Ekelempfinden: Hygienebezogener Ekel ist am höchsten bei Patienten mit Zwangsstörungen, während Patienten mit komplex traumatischen Belastungsstörungen die höchsten Werte im Sexualekel und bei Verletzungen der Körpergrenze berichten. Interessanterweise finden sich bei diesen Patienten im Vergleich zu allen anderen Störungsgruppen vor allem in der Beziehung zu Eltern und zu Fremden deutlich höhere Werte. Es ist zu vermuten, dass der Ekel eine regulatorische Funktion hat, die diese Patienten vor Retraumatisierung schützt.

P-091

**Zum Einsatz von Augenbewegungen beim EMDR. Eine Literaturübersicht unter neurophysiologischen Aspekten**

Strenge H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Praxis, Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Kiel, Deutschland

In Handbüchern und Anleitungen zur Durchführung der EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist die Quantifizierung der Reizmodalitäten zur Induktion von Augenbewegungen kein besonderes Thema. Auch die aktuelle Literaturrecherche in der PubMed Datenbank (Suchbegriff „EMDR and eye movement“, 323 Einträge, September 2014) ergibt keinen Hinweis auf standardisierte Bedingungen. Selbst in wissenschaftlichen Referenzstudien aus Metaanalysen über die Wirksamkeit von Augenbewegungen beim EMDR werden nicht immer verwertbare Angaben zu den Reizparametern gemacht. Die sogenannte bilaterale Stimulation, d.h. das Signal für eine motorische Aktion der Augen, wird zumeist durch eine Handbewegung des Therapeuten realisiert. Dieser Reiz richtet sich primär nicht nach den physiologischen Besonderheiten der okulomotorischen Subsysteme, sondern wird zwischen Therapeut und Patient im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung ausgehandelt.

Die Literaturdaten erlauben insgesamt den Schluss, dass zumeist willkürliche, so genannte langsame Augenfolgebewegungen („Smooth Pursuit Eye Movements“ SPEM) induziert werden. Dies erfolgt in horizontaler Blickrichtung mit prädictivem periodischem Verlauf im Bereich der „persönlichen Distanz“ oder im Nahfeldbereich. Therapeutisch gewünschte Induktionen von raschen Augenbewegungen mit Blicksprüngen (Sakkaden) werden im klinischen Kontext selten berichtet. Dagegen taucht diese Stimulationsform bei Studien unter Laborbedingungen häufiger auf, wobei die Befunde bisweilen ungeachtet der abweichenden Alltagsrealität auf die EMDR-Situation übertragen und entsprechend interpretiert werden.

Aus neurophysiologischer Sicht ist bei den Augenbewegungen im Rahmen des EMDR von der Aktivierung eines cerebro-ponto-cerebellären SPEM-Netzwerks auszugehen, das im Dauermodus zu einem geschlossenen Regelkreis-System führt. Durch einen Richtungswechsel des Signals, z.B. bei Lösung von Blockaden beim Prozessieren, wird vorübergehend eine „open-loop“-Situation hergestellt. Die aktuellen Erkenntnisse über die funktionelle Neuroanatomie der langsamen Augenfolgebewegungen und ihre Beziehung zu Netzwerken der selektiven Aufmerksamkeit, der Subkomponenten des Arbeitsgedächtnisses und des limbischen Systems eröffnen Perspektiven zur Okulomotorik, die auch für die EMDR-Methodik von Bedeutung sein könnten.

P-093

### Zur Anwendung des Group Readiness Questionnaire (GRQ) in der stationären Therapie

Vogel M.<sup>1,2</sup>, Braungardt T.<sup>3</sup>, Frommer J.<sup>4</sup>, Daniels J.<sup>4</sup>, Schneider W.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>O. v. Guericke Univ. Magdeburg, Psychosomatische Medizin und PT, Magdeburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Rostock, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Rostock, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Rostock, Deutschland, <sup>4</sup>O. v. Guericke Univ. Magdeburg, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Magdeburg, Deutschland

Gruppenpsychotherapie (GT) ist ein bewährtes Standardverfahren zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen gerade in stationären Settings. Allerdings ist diese Erfolgsgeschichte durch problematische Verläufe und Therapieabbrüche getrübt, was ein besonderes Schlaglicht auf die valide Indikationsstellung wirft. Das Konstrukt der Motivation zur GT ist aber trotz seiner offensichtlichen klinischen Bedeutung empirisch wenig untersucht.

Anhand der Daten von 100 stationären Patienten einer psychosomatischen Uniklinik wurden in der vorliegenden Studie die Subskalen des Group Readiness Questionnaire (GRQ) im Hinblick auf ihre Beziehung zu Persönlichkeitsmerkmalen (Freiburger Persönlichkeitsinventar), zu interpersonellen Merkmalen (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) und zur Motivation zur Psychotherapie (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FMP) untersucht. Zusätzlich interessierte uns die Prädiktion günstigerer Verläufe (geringere Symptombelastung, SCL-90R) durch den GRQ. Erste Auswertungen zeigen, dass insbesondere interpersonelle Eigenschaften und Aspekte der Therapiemotivation mit günstigeren Voraussetzungen zur Gruppenpsychotherapie assoziiert sind, während der GRQ eine engere Beziehung zum Verlaufskriterium aufweist als der FMP. Patienten, die die Therapie abbrechen, unterscheiden sich jedoch eher im Hinblick auf den FMP. Folglich empfehlen diese präliminären Ergebnisse neben Instrumenten zur Erfassung der allgemeinen Therapiemotivation auch den GRQ zur breiteren Anwendung in der klinischen Routine.

P-094

### 10 Jahre Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (MBT) im deutschsprachigem Raum - 10 Jahre MBT am Klinikum Christophsbad Göppingen. Ein Erfahrungsbericht

Fritzschn M.<sup>1</sup>, Bergmann G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Christophsbad, Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie, Göppingen, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Christophsbad, Göppingen, Deutschland

**Einleitung:** 2002 legte die Gruppe um P. Fonagy, G. Gyorgy und M. Target ihr bahnbrechendes Werk „Affektregulation, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst“ vor. In den folgenden Jahren wurde von A. Bateman und P. Fonagy auf dieser Grundlage die Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (MBT) entwickelt. Im Jahr 2005 wurde dieses Verfahren von T. Herzog und T. Bolm im Klinikum Christophsbad Göppingen für den deutschen Versorgungskontext als stationäres, auf 12 Wochen angelegtes Therapiekonzept mit gruppentherapeutischem Schwerpunkt umgesetzt: Es liegen also bereits 10 Jahre klinische Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit schweren strukturellen Störungen (insb. Borderline) mit MBT vor. Das Konzept wurde im Verlauf den aktuellen Entwicklungen von MBT angepasst und ausgebaut (z.B. durch die Implementierung einer MBT-Einführungsgruppe).

**Klinische Erfahrungen:** Inzwischen wurden seit 2005 knapp 1200 Patienten auf der Spezialstation mit dem MBT-Ansatz behandelt. Die Therapieplätze für die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Struktur wurden auf Grund von sehr positiven Erfahrungen und großem Bedarf von zunächst 18 auf 27 aufgestockt. Die Therapiedauer wird individuell festgelegt und liegt im Durchschnitt bei 65 Tagen. Wertet man eine Therapiedauer weniger als 6 Wochen als abgebrochene Therapie, so liegt die Abbruchrate bei ~10 Prozent. Trotz der großen Anzahl von schwer strukturell gestörten Patienten mit schwerem selbstverletzendem Verhalten, rez. Suizidalität und z.T. Fremdaggessivität musste pro Jahr durchschnittlich lediglich in 12 Fällen eine Verlegung auf eine beschützende Station (in der Regel nur für 1-2 Tage) vorgenommen werden. Ergänzende Angebote wie die MBT-Einführungsgruppe erwiesen sich als hilfreich.

**Bewertung:** Die Patienten konnten dem klinischen Eindruck zufolge und in einer ersten Sichtung der Psychometrieergebnisse erheblich vom MBT-Konzept profitieren und ihre Mentalisierungskapazität verbessern, was eine reduzierte Depressivität, Selbstverletzungsrate, Suizidalität und bessere Bindungsfähigkeit zur Folge hatte. Geplant wird für 2015 die positiven klinischen Erfahrungen auch durch eine katamnestiche Untersuchung empirisch zu überprüfen (SCL-90, BDI, SF-12, MZQ).



P-095

**Effekte psychotherapeutischer Interventionen - eine Einzelfallstudie**

Dembler A.<sup>1</sup>, Brockmann J.<sup>2</sup>, König D.<sup>3</sup>, Kirsch H.<sup>4</sup>, de Vries I.<sup>5</sup>, Zabolitzki M.<sup>6</sup>, Forschungsgruppe SCPRGF Frankfurt

<sup>1</sup>Praxis, Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Psychotherapiepraxis, Frankfurt/Main, Deutschland, <sup>3</sup>Psychologische Psychotherapeutin, Ludwigshafen, Deutschland, <sup>4</sup>Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt, Deutschland, <sup>5</sup>Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>6</sup>Psychologische Psychotherapeutin, Frankfurt, Deutschland

**Ziele:** Psychotherapie ist wirksam, dies ist unbestritten. Jedoch ist noch weitgehend unklar, um welche Wirkfaktoren es sich handelt. Der Psychotherapieprozess von drei Patienten mit einer chron. Depression u/o Borderlinestörung (Diagnosensicherung durch externes SKID Interview) wurde untersucht. Wie wirksam sind die beiden Aspekte der therapeutischen Interventionen „Förderung von Mentalisierung“ und „Entkräftung pathogener Überzeugungen“ (CMT) hinsichtlich des Selbsterlebens, gemessen als „Experiencing“ des Patienten u der therapeutischen Beziehung?

Die Ratings zur Förderung der Mentalisierung basieren auf dem Konzept der Mentalisierung (Bateman, Fonagy et al). Die Entkräftung Pathogener Überzeugungen basieren auf der Control Mastery Theorie (Weiss, Silberschatz et al.).

**Methoden:** Aus den ersten 60 Behandlungsstunden wurden 20 Stunden in 5 Minuten Episoden hinsichtlich der genannten Aspekte geratet. Der Fragebogen STA\_R erfasste die Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht. Die Daten wurden mit 2 unterschiedlichen Methoden der Zeitreihenanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Ratings erwiesen sich als reliabel ( $ICC = .7$  u.  $.65$ ). Bei 2 Patienten fanden wir Übereinstimmungen mit unseren Hypothesen: es gab signifikante Korrelationen zwischen den beiden Aspekten der Interventionen und dem „Experiencing.“ ( $r = .3$ ). Bei dem 3. Patienten ergibt sich ein solcher Zusammenhang nicht, jedoch verbesserte sich die therapeutische Beziehung (STA-R) kontinuierlich im Laufe der Behandlung.

**Interpretation:** Die Ergebnisse bei 2 Pat. replizieren die Ergebnisse aus Studien auf der Grundlage der CMT. Zudem sind die Ergebnisse erste Bestätigung der Wirksamkeit von Interventionen hinsichtlich des Aspekts der Mentalisierungsförderung. Beim 3. Pat. verbesserte sich die Selbstregulation u. die interpersonale Problematik nahm ab.

P-096

**Sind psychodynamische Konzepte und Techniken zu vage, abstrakt und mehrdeutig?**

Gumz A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin sowie Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Berlin, Deutschland

Sprache ist das Werkzeug des Therapeuten und ein Hauptmedium in Psychotherapien. Verbale Äußerungen machen einen Großteil der Aktivitäten in den Sitzungen aus. Doch was ist eine gute therapeutische Äußerung?

Psychodynamische Basiskonzepte beinhalten oft keine klaren Techniken. In Lehrbüchern werden primär vom Therapeuten einzunehmende Haltungen und abstrakte Grundsätze vermittelt. Die Technik an sich bleibt vage. Interventionstypen werden zudem uneinheitlich und mehrdeutig beschrieben. Beispielsweise verstehen Psychotherapeuten unter den Begriffen Klarifikation, Deutung oder Übertragungsdeutung unterschiedliche Dinge. Viele Forschungen haben sich dem Problem gestellt, psychodynamische Interventionen zu messen. Die Ansätze waren primär deduktiv - die zum Messen eingesetzten Instrumente wurden vor allem aus der Theorie abgeleitet und so sind die mit ihnen erfassten Kategorien mit denselben Schwierigkeiten wie die theoretischen Konzepte behaftet - sie sind zu abstrakt, inkonsistent, mehrdeutig. Für die Forschung ist eine eindeutige Verwendung von Begriffen erforderlich. Die Problematik wird anhand ausgewählter Interventionskategorien veranschaulicht.

P-097

**Die Methodologie der „Biographik“**

Adamaszek R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Praxis, Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Oldenburg, Deutschland

Symptome von Angst, Zwang und Depression erweisen sich als Ausdruck übertragener Verzweiflung. Sie rufen in Erinnerung, dass dem Kranken auferlegt ist, ein Vertrauen wiederzugewinnen, das im Verlauf einer Familiengeschichte verloren wurde. Insofern sind Symptome mit Süchten und Verbrechen eng verwandt. Von Letzteren unterscheiden sie sich freilich durch Art und Ausmaß der Resignation in Hinblick auf die Heilkraft einer Liebe. Der Philosoph Kierkegaard hat die Situation auf zwei scheinbar gegensätzliche Formeln gebracht: „verzweifelt nicht man selbst sein wollen“ bzw. „verzweifelt man selbst sein wollen“. Als Arzt hätte er hinzufügen müssen: „Einen Kranken zeichnet das Vertrauen aus, das dieser gleichwohl in die Fruchtbarkeit menschlicher Begegnung setzt.“ Um Vertrauen in die Heilkunde zu rechtfertigen, müssen Ärzte

zwischen dem, was die Krankheit ihnen zu tun vorschreibt, und der Selbstmitteilung, die sie vor dem Kranken verschlüsselt, unterscheiden. Einseitig naturwissenschaftliche Orientierung macht den Arzt zum „Mediziner“, d. h. sie zwingt ihn in die Position eines Technikers, als hätte er Patienten wie Werkstücke zu behandeln. So begibt sich „Heilkunde“ auf eine schiefe Ebene, wo sie in Zynismus abrutscht. Solange freilich andererseits dem therapeutischen Einsatz für die Selbsterkenntnis eines Patienten Präzision und Verbindlichkeit fehlen, erscheint die technizistische Fehlorientierung unvermeidlich.

Die von mir entwickelte Methode beansprucht, Viktor von Weizsäckers Vision von einer „Biographik“ gerecht zu werden, die jener unseligen Alternative die Stirn bietet. Sie dient dazu, die Gesetzmäßigkeit von Symptomen in einer Weise zu erkunden, die es erlaubt, Behandlungsprozesse an aktuellen Herausforderungen der Individuation zu orientieren. Um das jeweilige Krankheitsrätsel zu entschlüsseln, verfolgt sie zwar die anamnestiche Spur, die Freud mit seinen Konzeptionen von „Trieb“, „Ödipuskomplex“ und „Narzissmus“ aufgenommen hat. Aber sie fußt auf Entdeckungen, die das dynamische, topische und ökonomische Modell überflüssig gemacht haben.

Anhand von verschiedenartigen Störungen werde ich exemplarisch die diagnostische Zuverlässigkeit der in über zwanzig Forschungsjahren gereiften „Biographik“ vorstellen und zeigen, inwiefern sie die Beantwortung der beiden zentralen Weizsäcker'schen Fragen erlaubt: „Warum gerade jetzt?“ Und: „Warum gerade hier?“ Ergänzt werden sie durch die gewichtige dritte Frage: „Warum gerade so?“

## Versorgungsformen

P-098

### Stabilität der Symptomreduktion nach stationärer Psychotherapie bei PatientInnen über 60 Jahre. Ergebnisse einer 5-Jahres-Katamnese

Wolf A.<sup>1</sup>, Schreiber-Willnow K.<sup>2</sup>, Hertel G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rhein-Klinik, Allgemeine Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Erkrankungen im Alterungsprozess, Bad Honnef, Deutschland, <sup>2</sup>Rhein-Klinik, Bad Honnef, Deutschland

**Hintergrund:** Die stationäre psychotherapeutische Behandlung älterer PatientInnen kann noch nicht auf lange Verläufe zurückblicken. Die katamnestiche Stabilität von Behandlungserfolgen ist unbekannt, da altersbedingte Erkrankungen neue Belastungsfaktoren darstellen. Welchen Vorhersagewert haben OPD-Ratings für die Symptombelastung nach 5 Jahren?

**Fragestellung:** Wie stabil sind die psychotherapeutischen Behandlungsergebnisse bei über 60-Jährigen?

**Methode:** N=46 PatientInnen wurden 2009 in einer Ein-Jahres-Katamnese zu ihrer Symptombelastung, Weiterbehandlung und rückwirkender Beurteilung der stationären Therapie befragt. 2013 wurden sie in einer 5-Jahres-Katamnese erneut befragt. Als Vergleichsgruppe dient eine Gruppe von über 70-Jährigen, die in einer Zwei-Jahres-Katamnese befragt wurden.

**Ergebnisse:** 63% der Befragten antworteten, 74% der Vergleichsgruppe. Die signifikante Symptombesserung bei Entlassung war zum 1- und 5-Jahres-Katamnesezeitpunkt im Wesentlichen stabil. Es ließen sich keine Zusammenhänge zwischen OPD-Strukturachse und Ergebnissen finden. PatientInnen mit einschneidenden Lebensereignissen erlebten sich katamnestiche schwerer belastet als die ohne.

**Stichworte:** Katamnese, Alternspsychotherapie, stationäre Psychotherapie

P-099

### Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie - Evaluation eines zweiwöchigen Therapiekonzeptes

Nelles M.<sup>1</sup>, Ball S.<sup>1</sup>, Hermes S.<sup>1</sup>, Kopisch S.<sup>1</sup>, Maxeiner H.<sup>2</sup>, Leweke F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen, Gießen, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen, Gießen, Deutschland

**Hintergrund:** Hinter chronischen Schmerzen stehen unterschiedliche Krankheitsbilder, welche ein Spektrum von körperlich bedingten bis hin zu rein psychisch bedingten Schmerzen bilden. Das Krankheitskonzept chronischer Schmerzpatienten ist meist somatisch geprägt, obwohl oft auch psychische und soziale Fak-

toren das Schmerzgeschehen mit beeinflussen und die psychische Lebensqualität verschlechtern. In vielen Fällen reichen daher unimodale somatische Behandlungen nicht aus, um die Schmerzen suffizient zu lindern. Die interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie ermöglicht eine ganzheitliche (bio-psycho-soziale), sowie inhaltlich aufeinander abgestimmte Behandlung chronischer Schmerzpatienten und senkt zugleich die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme der darin implementierten psychotherapeutischen Behandlungsangebote. Ziel dieser Untersuchung ist die Evaluation eines zweiwöchigen interdisziplinären, multimodalen Behandlungsansatzes auf Grundlage der Daten unserer Basisdokumentation.

**Methoden:** Die Stichprobe umfasst 57 Patienten. Als primäres Maß für den Therapieerfolg wurde die Veränderung in der psychischen Lebensqualität (SF-12; 12-Item Short-Form Health Survey) herangezogen. Sekundäre Outcomemaße waren die körperliche Lebensqualität (SF-12), der Global Severity Index (GSI) der Symptomcheckliste-90 als Indikator für die allgemeine psychische Belastung, Depressivität und Angst (HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale) sowie die subjektive Einschätzung der Schmerzintensität (VAS; Visuelle Analogskala: momentan, durchschnittlich, maximal).

**Ergebnisse:** Nach der 2-wöchigen Behandlung besserte sich die psychische Lebensqualität im SF-12 signifikant mit einer mittleren Effektstärke ( $p < .002$ ;  $d = -.50$ ). Im Gegensatz dazu veränderte sich die körperliche Lebensqualität nicht signifikant. Sowohl die allgemeine seelische Belastung (GSI:  $p < .001$ ;  $d = 0.86$ ) als auch die mit dem HADS gemessene Angst ( $p < .001$ ;  $d = .70$ ) und Depression ( $p < .001$ ;  $d = .71$ ) besserten sich im Behandlungsverlauf deutlich. Das subjektive Schmerzempfinden sank ebenfalls hoch signifikant (VAS momentan:  $p < .001$ ;  $d = .50$  / VAS durchschnittlich:  $p < .001$ ;  $d = .84$  / VAS maximal:  $p < .001$ ;  $d = .82$ ).

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen eine gute Wirksamkeit des multimodalen Kurzzeit-Behandlungskonzeptes. Im Einklang mit der interdisziplinären Herangehensweise wurde neben der Verringerung des subjektiven Schmerzempfindens auch eine Verbesserung der mit den Schmerzen einhergehenden psychischen Beschwerden erzielt.

P-100

### Behandlungserwartungen an eine stationäre multimodale Schmerztherapie

Zimmermann K.<sup>1</sup>, Ettrich U.<sup>2</sup>, Keller A.<sup>1</sup>, Bittner A.<sup>1</sup>, Hanßke A.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum C. G. Carus an der TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum C. G. Carus an der TU Dresden, Dresden, Deutschland

**Fragestellung:** Bislang gibt es - bis auf wenige Studien im Bereich der Rehabilitationsforschung - keine systematischen Untersuchungen hinsichtlich der Erwartungen von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen an eine stationäre multimodale Schmerztherapie. Innerhalb der medizinischen Rehabilitation konnte der bedeutsame Einfluss von Behandlungserwartungen auf den Rehabilitationsverlauf bzw. -erfolg bereits nachgewiesen werden. Ziel dieser naturalistischen Längsschnittstudie soll es daher sein, Behandlungserwartungen, deren Erfüllung sowie Einfluss auf den Behandlungserfolg einer stationären multimodalen Schmerztherapie zu untersuchen.

**Methodik:** Konsekutiv wurden alle Patienten mit Rückenschmerzen, die an der stationären multimodalen Schmerztherapie teilgenommen haben und die Einschlusskriterien erfüllten in die Studie aufgenommen. Vor und nach der 12-tägigen Schmerztherapie wurden die Patienten neben einer ausführlichen körperlichen und psychischen Untersuchung/Befragung nach ihren Behandlungserwartungen vor und deren Erfüllung nach dem stationären Aufenthalt befragt.

**Ergebnisse:** Es werden erste Ergebnisse der Studie präsentiert, wobei erwartet wird, dass die Behandlungserwartungen (Erholung, Gesundheit, Krankheitsbewältigung, Rente) in spezifischer Weise den Verlauf bzw. Erfolg der stationären multimodalen Schmerztherapie beeinflussen und insbesondere gering motivierte Patienten weniger von dem Behandlungsangebot profitieren.

**Diskussion:** Die Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer Implikationen für die klinische Praxis und vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung diskutiert.

P-101

### Evaluation stationär-psychosomatischer Behandlung hinsichtlich des Zigarettenkonsums unter Betrachtung verschiedener Einflussfaktoren - Eine Katamnese studie

Michelberger S.<sup>1,2</sup>, Mestel R.<sup>2</sup>, Zimmerhackl F.<sup>2</sup>, Paelecke-Habermann Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg, Deutschland, <sup>2</sup>HELIOS Kliniken Bad Grönenbach, Bad Grönenbach, Deutschland

**Hintergrund:** Ziel der Studie war die Untersuchung des Effekts des Rauchverbots im Rahmen der stationär-psychosomatischen Behandlung der HELIOS Klinik Bad Grönenbach auf die langfristige Abstinenzrate bzw. Reduktion des Zigarettenkonsums. Zudem wurde das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren untersucht, welchem in der Forschung bisher noch zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Untersucht wurde der Einfluss der allgemeinen Behandlungszufriedenheit und Selbstwirksamkeitserwartung, wobei der Raucherstatus und die Veränderung der psychischen Belastung als mögliche Kovariaten betrachtet wurden. Explorativ interessierte die Abhängigkeit des Effekts vom Suchtausmaß.

**Methode:** Der Patient, vor Therapieantritt schriftlich über das allgemeine Suchtmittelabstinenzgebot der Klinik informiert, stimmte diesem durch einen „Suchtvertrag“ zu und verpflichtete sich zu einer aktiven Auseinandersetzung mit seiner Abhängigkeit im Rahmen der Therapie. Betrachtet wurden die Daten der Prä-/Postmessung und Katamnese von 110 Rauchern. Behandlungszufriedenheit wurde mit dem ZUF-8 (Schmidt et al., 1989), Abstinenzzuversicht und Raucherstatus mit Hilfe frei formulierter Items (Mestel, 1998) erhoben, psychische Belastung mittels des GSI des SCL-90-R (Franke, 1995). Die Auswertung erfolgte deskriptiv und inferenzstatistisch, letztere je nach Gegebenheit der Voraussetzung mit parametrischen oder non-parametrischen Verfahren.

**Ergebnisse:** Hinsichtlich der Reduktion des Zigarettenkonsums zeigte sich unabhängig von der Veränderung der psychischen Belastung ein signifikant positiver Behandlungseffekt (Effektstärke  $d=,7$ , Abstinenzrate: 23.6%). Es konnte ein positiver, jedoch nicht signifikanter Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit, sowie Abstinenzzuversicht und Konsumreduktion festgestellt werden. Bei Patienten mit mittlerer Abhängigkeit lag die geringste relative Zigarettenreduktion vor, womit sie sich signifikant von den übrigen Konsumentengruppen unterschieden.

**Schlussfolgerung:** Stationär-psychosomatische Behandlung kann den Zigarettenkonsum ohne Anwendung eines spezifischen Raucherentwöhnungsprogramms langfristig reduzieren, wobei dieser Effekt unabhängig von der Veränderung der psychischen Belastung besteht. Dabei scheinen die allgemeine Behandlungszufriedenheit, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Suchtstärke einen Einfluss auf den langfristigen Effekt zu haben, wobei diese Befunde einer systematischen Replikation, möglichst auch in anderen Einrichtungen, bedürfen.

P-102

### Wenn ich das gewusst hätte! - Eine qualitative Untersuchung von Erwartungen und Informationsbedarf bezüglich stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Gerzymisch K.<sup>1</sup>, Beutel M.E.<sup>1</sup>, Schmädeke S.<sup>2</sup>, Hagen K.<sup>3</sup>, Knickenberg R.J.<sup>3</sup>, Bischoff C.<sup>2</sup>, Limbacher K.<sup>2</sup>, Deibler P.<sup>2</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, Bad Dürkheim, Deutschland, <sup>3</sup>Psychosomatische Klinik der Rhön-Klinikum AG Bad Neustadt/Saale, Bad Neustadt/Saale, Deutschland

**Hintergrund:** Der Erfolg psychosomatischer Behandlung hängt ganz wesentlich von der Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit des Patienten ab. Auf dem Hintergrund begrenzter Behandlungstage im stationären Setting, kommt einer patientengerechten Informationsvermittlung vor der stationären Aufnahme zur Steigerung realistischer Behandlungs- und Ergebniserwartungen eine hohe Bedeutung zu. Im Rahmen der Studie *Reh@:Info (Förderung DRV-Bund, 2014-2016)* wird daher ein multimodales, internetbasiertes Informationsangebot, zunächst exemplarisch für die stationäre psychosomatische Rehabilitation, entwickelt und evaluiert.

**Methodik:** Um das geplante Angebot zielgruppengerecht zu schneiden zu können, wurden in einem explorativen Studienteil zunächst Erwartungen und Informationsbedarf von Mitarbeitern und Patienten zweier Kliniken bzgl. stationärer psychosomatischer Rehabilitation in Form von Fokusgruppen während des Reha-Aufenthaltes erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Es wurden zwei Expertenfokusgruppen (N=18) und vier Patientenfokusgruppen (N=31) durchgeführt. Bei den Rehabilitanden zeigt sich ein hoher Informationsbedarf für die Zeit vor Reha-Beginn, der nicht durch die Website der jeweiligen Klinik abgedeckt wird. Speziell bezüglich der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Behandlung berichten die Patienten retrospektiv Unsicherheiten und Ängste. Auch die Kontakte mit Mitpatienten werden retrospektiv als angstbesetzt beschrieben, im Verlauf der Reha dann jedoch als größte Ressource wahrgenommen. Der Vergleich zwischen Experten- und Patientenaussagen zeigt weitgehende Einigkeit bei bedeutsamen Erfolgsvariablen im Behandlungsprozess (Hilfe zur Selbsthilfe, Eigeninitiative, Wahrnehmen von Angeboten, Zielsetzung, Kontakte mit Mitpatienten). Hinsichtlich Ergebnis- und Behandlungserwartung, zentraler Bedenken und Informationsbedarf von Patienten mit bevorstehender psychosomatischer Rehabilitation, weichen die Einschätzungen der Patienten von denen der Experten größtenteils ab. Die Experten führen bspw. eine Kurerwartung als typisch an, während die Rehabilitanden Hilfe zur Selbsthilfe erwarten. Zwischen den beiden Kliniken zeigt sich trotz verschiedener Therapieschulen (TfP, VT) eine hohe inhaltliche Übereinstimmung. Aus den Ergebnissen können inhaltliche Schwerpunkte und formale Vorgaben für das internetbasierte Angebot zur Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation abgeleitet werden.

P-103

### Schulunterricht für junge Erwachsene während einer stationären psychosomatischen Behandlung - Hilfreich zur Entwicklung von Zukunftsperspektiven?

Kranzeder A.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>, Blaumer D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinikum Ulm, Hans-Lebrecht-Schule, Ulm, Deutschland

**Zielsetzung:** Anhand dreier Fallvignetten soll gezeigt werden, dass ein die Behandlung ergänzender Schulunterricht während einer stationären psychosomatischen Behandlung bei jungen Erwachsenen einen wichtigen Beitrag zum Behandlungsverlauf leisten kann.

**Methode:** Die Patienten wurden bei Aufnahme hinsichtlich ihrer Schullaufbahn exploriert. Es zeigte sich, dass diese Patienten mehrfach, teils erkrankungsbedingt, die Schule und Schularten gewechselt haben. Die Patienten erzielten Haupt- und Realschulabschlüsse, eine Patientin befand sich mit schlechten Noten auf einem allgemeinbildenden Gymnasium und wollte pausieren oder abbrechen. Während des stationären Behandlungsverlaufes, nach erster Stabilisierung des psychischen Zustands, konnte aufgrund einer aufgrund einer guten Kooperation mit der Hans-Lebrecht-Schule, Schule für Kranke am Universitätsklinikum Ulm den Patienten drei Schulstunden pro Woche Unterricht in Kleingruppen angeboten werden.

**Ergebnis:** Die Patienten konnten durch den Unterricht wieder Sicherheit hinsichtlich ihrer Lern- und Leistungsfähigkeit gewinnen und für sich eine schulische Perspektive entwickeln. Durch die enge Kooperation mit den LehrerInnen der Schule, die große Erfahrung im Unterrichten von psychisch Kranken Patienten haben, konnten Überforderungen vermieden werden. Die Patienten waren durch den Unterricht motiviert wieder die Schule zu besuchen um einen höheren Bildungsabschluss zu erreichen.

**Schlussfolgerung:** Für junge Erwachsene mit brüchiger Schullaufbahn und niedrigem Schulabschluss oder Zweifeln hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit kann Schulunterricht im Rahmen einer stationären Behandlung ein hilfreiches Addendum sein, um eine Perspektive für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt zu entwickeln.

P-104

## Die Behandlung von jungen Erwachsenen in einer Psychosomatischen Tagesklinik - eine unterversorgte Patientengruppe?

Tominschek I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tagklinik Westend, München, Deutschland

Die Behandlung von jungen Erwachsenen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken endet mit dem 19. Lebensjahr. Gleichzeitig fehlt diesen Patienten oft noch die Reife, um vom Setting der Erwachsenen zu profitieren. Außerdem sind sie in dieser Lebensphase mit anderen Themen beschäftigt, als ältere Patienten. In unserer Gruppentherapie wird deshalb besonders auf die Themen Ablösung vom Elternhaus, berufliche Orientierung, Identitätsfindung, Frustrationstoleranz und soziale Kompetenz eingegangen. Dieser Beitrag stellt das verhaltenstherapeutische Gruppenkonzept der Psychosomatischen Tagklinik Westend (München) für 18 bis 25jährige vor, das seit April 2014 angeboten wird. Es werden neben den klinischen Erfahrungen auch Daten zu Fallzahlen, Diagnosen, Komorbiditäten, Veränderung der Symptombelastung und zur Patientenzufriedenheit präsentiert.

P-105

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

Oster J.<sup>1,2</sup>, Hamberger C.<sup>3</sup>, Melches J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen, Nürtingen, Deutschland, <sup>3</sup>DFKGT, 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 im Beruf tätigen Künstlerischer Therapeuten in Deutschland unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Standards. Die Daten wurden unter der Internetadresse [www.berufsgruppenanalyse.de](http://www.berufsgruppenanalyse.de)

erhoben. Der Erhebungszeitraum war vom 21.05.2013 bis zum 14.07.2013.

**Ergebnisse:** Es lagen 2303 auswertbare Datensätze vor. Der größte Anteil bilden die Musiktherapeuten (42%). 40% sind Kunst-/Gestaltungstherapeuten, 10% Tanztherapeuten. 56% besitzen mind. einen Hochschulabschluss in künstl. Therapien, insgesamt weisen 86% einen Hochschulabschluss auf. Etwa zu gleichen Teilen sind die Therapeuten angestellt und freiberuflich tätig. Zum großen Teil sind die Tätigkeitsfelder im heilkundlichen Bereich angesiedelt, die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzen 43%. Qualität sichernde Maßnahmen werden von nahezu allen angewendet.

**Diskussion:** Die Berufsgruppenanalyse ist von hoher Bedeutung für die weitere berufs- und ausbildungspolitische Entwicklung der Künstlerischen Therapien in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen die Bedeutung der künstlerischen Therapien im Behandlungsspektrum und unterstreichen die Notwendigkeit entsprechender Regelungen. Sie stellen darüber hinaus eine Standortbestimmung dar, die das Selbstverständnis und die Kommunikation sowie die wissenschaftliche Fundierung weiter voranbringt.

P-106

## Veränderung der Ausgaben für Psychopharmaka in Österreich (2006-2013)

Boeckle M.<sup>1</sup>, Liegl G.<sup>1</sup>, Leitner A.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems an der Donau, Österreich, <sup>2</sup>Karl Landsteiner University of Health Sciences, Krems an der Donau, Österreich

Steigende Ausgaben im Gesundheitssystem sind ein stetiges Problem: Österreich liegt im OECD Vergleich auf Platz sechs mit 29 Milliarden Euro und 11,1% des Bruttoinlandprodukts. Die vorliegende Studie hat die Veränderungen der Psychopharmaka-Gesamtkosten sowie der Packungseinheiten von 2006 bis 2013 erhoben. Die Daten wurden vom Institut *IMS Health* zu Verfügung gestellt, welches die Anzahl an Packungen (unabhängig von der Packungsgröße) sowie der damit einhergehenden Kosten für Psychopharmaka von 2006 bis 2013 in Österreich erfasste. Hierbei wurden die Verkäufe an Apotheken, Hausapotheken sowie Krankenhäusern berücksichtigt. Die Gesamtverkäufe an Psychopharmaka sind in Österreich von 144 Millionen Euro im Jahre 2006 auf 188 Millionen im Jahre 2013 angestiegen. Das entspricht einer Steigerung von insgesamt 31% in 8 Jahren, bzw. einer durchschnittlichen Steigerung von 4,01% pro Jahr. Insbesondere von 2006 bis 2009 zeigte sich ein deutlicher Anstieg (z.B. 9,0% im Jahre 2007), während seither die Gesamtkosten weitgehend stagnierten. Bei den Packungseinheiten (unabhängig der Packungsgröße) zeigte sich innerhalb des Erhebungszeitraumes keine wesentliche Veränderung (Anstieg um 0,4%). Laut Statistik Austria liegt der

Anstieg für pharmazeutische Produkte insgesamt bei 2,87%. Der Anstieg der Psychopharmaka-Gesamtkosten ist weitgehend auf die Gruppen Antipsychotika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren zurückzuführen, während Hypnotika, Tranquilizer und Psychostimulantia relativ konstant geblieben sind. Zusammenfassend zeigte sich ein Anstieg der Psychopharmaka-Gesamtkosten von 31% in 8 Jahren bei einem jährlichen Anstieg von bis zu 9,0% (2007). In wie weit der Anstieg auf eine Mehrverschreibung zurückzuführen ist, kann auf Basis dieser Daten nicht beantwortet werden, da nur die Packungseinheiten nicht jedoch deren Inhalt erhoben wurde.

## Beziehung und Bindung

P-107

### Vermittlung von Kompetenz in der Anamneseerhebung im Medizinstudium: Eine systematische Übersicht

Keifenheim K.E.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Speiser N.<sup>1</sup>, Leehr E.J.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Herrmann-Werner A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Das Erheben einer Anamnese ist eine der Kernaufgaben im ärztlichen Alltag, welche entscheidenden Einfluss sowohl auf diagnostische und therapeutische Outcomes als auch auf Compliance und Zufriedenheit der Patienten hat. An medizinischen Fakultäten weltweit existieren zahlreiche Unterrichtsformate, in denen Anamneseerhebung vermittelt wird. Ziel war es, in einem systematischen Review zu untersuchen, welche Methoden in diesen Veranstaltungen zum Einsatz kommen und ob es Evidenz für ein besonders geeignetes Verfahren gibt.

**Methode:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche mit Suchbegriffen im Kontext von medizinischer Ausbildung und Anamneseerhebung durchgeführt. Alle englisch- und deutschsprachigen Studien, die ein Unterrichtsformat beschreiben, in dem Anamneseerhebung gelehrt wird, und die den Lernerfolg der Studierenden erheben, wurden eingeschlossen. Mit Hilfe des MERSQI (Medical Education Research Study Quality Instrument) wurde die methodische Qualität der Studien erfasst.

**Ergebnisse:** Eingeschlossene Studien beschrieben die folgenden Unterrichtsmethoden: Kleingruppenarbeit mit Rollenspielen und (Video-)Feedback, teils auch unter Einsatz von Tutoren; Durchführung von Anamnesen mit Simulationspatienten und realen Patienten mit anschließendem (Video-)Feedback; Einsatz von Fokusskripten als Strukturhilfe; Videodemonstrationen; Arbeit mit virtuellen Patienten; internetbasierte Kurse; Improvisationstheater sowie eine Simulation mit Legosteinen. Ganz überwiegend berichteten die Studien einen Lernerfolg der Medizinstudierenden. Der MERSQI Score lag im Mittel bei 10,4 (range 6,5 bis 14; SD 2,65). Es zeigt sich eine Tendenz, dass insbesondere vorklinische Studierende von kreativen Ansätzen wie Improvisationen oder Simulationen profitieren könnten, in denen Grundlagen des Anamnesegesprächs adressiert werden können, ohne dass umfangreiches medizinisches Wissen vorausgesetzt wird.

**Schlussfolgerung:** Diese systematische Untersuchung zeigt, dass Anamneseerhebung in ganz verschiedenen Unterrichtsformaten und mit unterschiedlichen Methoden effektiv vermittelt werden kann. Viel mehr noch aber unterstreicht sie die Notwendigkeit weiterer Forschung. Randomisierte Langzeitstudien, welche validierte Instrumente nutzen, sollten den Erfolg dieser Methoden weiter evaluieren und zwischen Subgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen (z.B. Studierende in unterschiedlichen Abschnitten des Studiums, Studierende mit Migrationshintergrund etc.) differenzieren.

P-108

### Belastung von Ärzten durch die Behandlung von Patienten mit somatoformen Beschwerden

Boeckle M.<sup>1</sup>, Liegl G.<sup>1</sup>, Leitner A.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems an der Donau, Österreich

Somatoforme Störungen (SD) gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in allgemeinmedizinischen Praxen. Trotz der hohen Prävalenz zeigt sich in der Behandlung lediglich kleine bis mittlere Effekte. Zudem wird die Behandlung oft als überdurchschnittlich belastend geschildert. Ziel dieser Studie ist es:

- 1) die Prävalenz der SD zu erheben;
- 2) die subjektive emotionale Belastung der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen zu erfragen;
- 3) den Einfluss einer psychosomatischen Weiterbildung auf die subjektive Belastung zu erfassen.

Hierzu wurde ein Online Fragebogen an 1009 Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin versandt. Es wurden subjektiven Belastung, zeitlicher Aufwand der Behandlung, Prävalenz, Zusatzausbildungen sowie soziodemographische Daten erhoben. Die Prävalenz der SD wird in allgemeinmedizinischen Praxen mit 27.7 % eingeschätzt. Allgemeinmediziner mit psychosomatischer Zusatzqualifikation schätzen die Prävalenz der SD höher ein als Mediziner ohne Zusatzqualifikation ( $n = 79$ ,  $r = 0.242$ ;  $p = 0.032$ ). Die Behandlung von Patienten mit SD wird um 42.6 % belastender eingeschätzt als die Behandlung „durchschnittlicher Patienten“ ( $n = 79$ ;  $t = 16.67$ ;  $p \leq 0.001$ ). Ärzte mit einer psychosomatischen Weiterbildung erleben die Behandlung um 17.2 % weniger belastend als Ärzte ohne ( $n = 79$ ,  $t = 1.875$ ,  $p = 0.033$ ). Die Behandlung von Patienten mit somatoformer Störung wird als sehr belastend erlebt, kann jedoch durch eine psychosomatische Weiterbildung reduziert werden.

P-109

### Interdisziplinäre Konzeption des Wahlpflichtfaches „Kommunikation und Professionelles Handeln in der Onkologie“

Gornostayeva M.<sup>1</sup>, Ardicoglu A.<sup>2</sup>, Winkler E.<sup>3</sup>, Weiss C.<sup>2</sup>, Jünger J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin Baden Württemberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg, Deutschland

Das Arzt-Patienten-Gespräch stellt eine wesentliche Komponente der medizinischen Versorgung dar und hat eine zentrale Bedeutung für Diagnosestellung, Therapieplanung und Nachsorge. Insbesondere das Gespräch mit onkologischen Patienten bedeutet für MedizinerInnen eine hohe Herausforderung. Dabei sind neben



den kommunikativen Kompetenzen auch weitere ärztliche Kompetenzen wie professionelles Handeln und Umgang mit ethischen Fragestellungen von großer Bedeutung.

In Heidelberg wurde im Rahmen des MERLIN-Verbundprojektes ein interdisziplinäres Wahlpflichtfach für Studierende im klinischen Studienabschnitt entwickelt. Ziel dieser Veranstaltung ist es, die kommunikativen Kompetenzen sowie professionelles Handeln und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen in der Onkologie zu fördern.

Im Rahmen des Wahlpflichtfaches werden onkologische Fälle aus Gynäkologie, Hämatologie, Chirurgie, internistischer Psychosomatik, Strahlentherapie, Pädiatrie und Pulmologie in Kooperation mit dem Nationalen Tumor Zentrum interdisziplinär und unter Berücksichtigung psychosozialer, kommunikativer, ethischer und professioneller Aspekte bearbeitet. Die Fälle werden auf der Basis der Lernziele des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) entwickelt und bauen auf den Lerninhalten und Trainingssettings des kommunikativen Pflichtcurriculums auf.

Der Blockkurs besteht aus 12 Themen mit 24 Unterrichtseinheiten und beinhaltet die interaktive Einführung, die Gruppenarbeit, das praktische Üben in Form von Rollenspielen und in Gesprächen mit Simulationspatienten. Im Rahmen dieses Kurses werden als Themen z.B. Schwangerschaft und Krebs, Risikokommunikation, Interkulturalität in der Onkologie, stellvertretende Entscheidung, Studienaufklärung, Entscheidungen am Lebensende behandelt. Am Ende des Kurses wird das Erlernte durch Peerfeedback und Reflexion mit dem Dozenten bewertet.

Die Lehrveranstaltung wird quantitativ (Fragebogen) und qualitativ (Fokusgruppe) evaluiert. Im Rahmen der Evaluation wird untersucht, ob und inwieweit sich die Studierenden durch das Kommunikationspflichtcurriculum für die Bearbeitung der herausfordernden onkologischen Fälle gut vorbereitet fühlen.

In diesem Beitrag wird vorgestellt, wie die Lernziele des NKLM aus den Bereichen Kommunikation, Professionelles Handeln und Ethik gezielt für eine curriculare Planung und effiziente interdisziplinäre Abstimmung genutzt werden können.

#### P-110

### Vom Workshop in den klinischen Alltag - Wieviel Coaching braucht der Arzt? Zwischenergebnisse zur Bewertung von Arzt-Patienten-Gesprächen im konkreten klinischen Alltag sowohl durch Ärzte als auch durch Patienten

Niglio de Figueiredo M.<sup>1,2</sup>, Freund J.<sup>1</sup>, Fritzsche K.<sup>1</sup>, Wunsch A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, TU München, Sektion Psychosoziale Onkologie, München, Deutschland

**Hintergrund:** Das kommunikative Verhalten von onkologisch tätigen Ärzten kann durch Kommunikationstrainings verbessert werden. Dies belegen viele randomisiert kontrollierte Studien, die jedoch meist in standardisierten Settings mit Schauspielpatienten durchgeführt wurden. Wenig ist bekannt, inwieweit Ärzte das in solchen Kommunikationstrainings Erlernte tatsächlich in die klinische Praxis transferieren können und welche Effekte beim Patienten ankommen. Dazu wurde im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie ein kombiniertes Trainings- und Coachingkonzept entwickelt. Die Fragestellungen lauten:

(1) Inwieweit verändert die Anzahl der Coachings die Selbsteinschätzung von Arzt-Patienten-Gesprächen im konkreten klinischen Alltag durch die trainierten Ärzte?

(2) Inwieweit verändert ein Kommunikationstraining und anschließendes Coaching die Bewertung dieser Gespräche durch die Patienten?

**Methode:** Onkologisch tätige Ärzte werden in einem Workshop mit Schauspielpatienten in Kommunikation geschult. Nach dem Training werden die Ärzte in eine Interventions- und Vergleichsgruppe randomisiert (vier vs. ein Coachingtermin). Bei den Coachings wird an auf Video aufgenommenen Patientengesprächen und an individuellen Lernzielen orientiert gearbeitet, um den Transfer in den Klinikalltag zu unterstützen. Die Videos werden zu drei Zeitpunkten (vor dem Workshop, nach dem Workshop und nach dem Coaching) aufgenommen und Fragebögen zur Einschätzung der einzelnen Gespräche durch Ärzte und Patienten ausgehändigt.

#### Ergebnisse:

(1) Zum Zeitpunkt der Konferenz können Unterschiede in der veränderten Selbsteinschätzung hinsichtlich der einzelnen Gespräche der Interventions- und Vergleichsgruppe von insgesamt fünf Workshops berichtet werden.

(2) Zum Zeitpunkt der Konferenz werden Ergebnisse zur Einschätzung der Gespräche durch die Patienten vorliegen.

**Diskussion:** Die Zwischenergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Ärzte beim Transfer des in einem Kommunikationsworkshop Erlernten in ihren Alltag zu unterstützen. Individualisierte, an konkreten Fällen orientierte Coachings bieten eine gute Möglichkeit dazu. Die Einschätzung der Patienten zur Qualität der Gespräche ist zentral für die Evaluierung von Workshops und Coachings. Ausstehend ist die Evaluierung der Gespräche auf Verhaltensebene als dritte Ebene und der Vergleich der Ergebnisse auf den verschiedenen Ebenen.

P-111

### Auswirkungen US-amerikanischer Arztserien auf die Zuschauer - Die Arztrolle in der „medical drama“- Falle?

Köhler M.<sup>1</sup>, Zellner M.<sup>1</sup>, Grabsch C.<sup>1</sup>, [Noll-Hussong M.](#)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik f Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Ulm, Deutschland

In zeitgemäßen US-Ärztserien werden die Charaktere meist durch attraktive oder charaktertypische Schauspieler dargestellt. Das Ziel unserer Pilotstudie war es, zu untersuchen, ob die langjährige Prägung der deutschen Zuschauer durch dieses Fernsehformat einen Einfluss auf die Arztwahl in Deutschland haben könnte. Hierzu wurden in Antizipation der TV-Konsummuster zwei verschiedene Personengruppen befragt: Eine erste Gruppe jüngerer Erwachsener wurde gebeten, über ein onlinegestütztes Umfragetool vier von uns herausgearbeitete, stereotype Arztcharaktere, die von den Sehgewohnheiten als bekannt vorausgesetzt wurden, hinsichtlich dreier Kriterien (Sympathie, fachliche Kompetenz und eigene Behandlungspräferenz) zu bewerten. Der zweiten Gruppe von Erwachsenen jenseits des 40. Lebensjahres wurden Fotos der Serienfiguren gezeigt, ohne dass deren Bekanntheit vorausgesetzt wurde. Die Studienteilnehmer sollten den „Arzt“ wählen, von dem sie sich am ehesten behandeln lassen würden und dies anhand von zwei vorgegebenen, ausschlaggebenden Gründen (Sympathie oder fachliche Kompetenz) festmachen. Es zeigt sich, dass stereotype Arztbilder nur bei der ersten Personengruppe hohe Zustimmung fanden, während sich die Teilnehmer der zweiten Gruppe mehrheitlich für eine realitätsnähere Darstellung mit durchschnittlicher Erscheinung entschieden.

Literatur:

Köhler, M., C. Grabsch, M. Zellner, and M. Noll-Hussong, [Physician's role in "medical drama" pitfall? Reflection of stereotypical images of doctors in context of contemporary doctor's series]. *MMW Fortschr Med*, 2014. **156 Suppl 1**: p. 1-5.

P-113

### Aversive Kindheitserfahrungen und Bindung im Erwachsenenalter - Eine Metaanalyse

Löw C.A.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup>, Keefe J.R.<sup>2</sup>, Levy K.N.<sup>3</sup>, Clouthier T.L.<sup>3</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, [Ehrenthal J.C.](#)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>University of Pennsylvania, Department of Psychology, Philadelphia, PA, Vereinigte Staaten, <sup>3</sup>The Pennsylvania State University, Department of Psychology, University Park, PA, Vereinigte Staaten

Sowohl der Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen („adverse childhood experiences“) und psychischer sowie physischer Gesundheit als auch die Bedeutung früher Bezie-

hungserfahrungen für die Entstehung von Bindungsmustern und inneren Arbeitsmodellen von Bindung gilt als empirisch gesichert. Da aversive Kindheitserfahrungen meist in einem interpersonellen Kontext stattfinden, sind daher Langzeitfolgen für die Entwicklung mentaler Repräsentationen von Bindung zu erwarten. Die Datenlage zum direkten Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Bindungsstilen im Erwachsenenalter ist jedoch heterogen und basiert auf teilweise widersprüchlichen Einzelstudien.

Die vorliegende Studie untersucht daher erstmals den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Bindung bei Erwachsenen im Rahmen einer Metaanalyse. Studien wurden anhand einschlägiger Suchbegriffe aus wissenschaftlichen Datenbanken extrahiert und durch weitere Artikel ergänzt. Neben Daten zum erwarteten Haupteffekt wurden diverse potentielle inhaltliche wie auch auf die Studienqualität bezogene Moderatoren und Mediatoren erfasst. Die Befunde zum erwarteten Haupteffekt werden erstmalig berichtet und durch Moderator- und Mediatoranalysen ergänzt sowie vor dem Hintergrund von Bindungstheorie und Konzepten der Entwicklungspsychopathologie diskutiert.

P-114

### Plasma-Oxytocin und Zustandsangst bei unipolarer Depression

[Bechtluft-Sachs J.](#)<sup>1</sup>, Gimpl G.<sup>2</sup>, Trojan G.<sup>1</sup>, Beutel M.<sup>1</sup>, Reiner I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Pharmazie und Biochemie, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

Depressionen sind sowohl mit emotionalen, als auch mit hormonellen Veränderungen verbunden. Bisherige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ein verminderter Plasma-Oxytocin-Spiegel mit erhöhter Depressivität und Zustandsangst einhergeht, jedoch berichten einige Studien keinen bzw. einen positiven Zusammenhang zwischen Depression und Plasma-Oxytocin-Spiegel. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es Zusammenhänge (1) zwischen unipolarer Depression und Plasma-Oxytocin-Spiegel, (2) zwischen unipolarer Depression und Zustandsangst sowie (3) zwischen Zustandsangst und Plasma-Oxytocin-Spiegel zu überprüfen.

An der Studie nahmen insgesamt 85 Frauen teil. Davon waren 43 Frauen depressive Patientinnen, die sich in der ersten Woche der stationären Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Mainz befanden. Die anderen 42 Frauen waren gesunde Kontrollprobandinnen, die in Alter ( $M = 30.22$ ;  $SD = 9.06$ ) und Bildungsabschluss an die Patientinnengruppe gematcht wurden. Zur psychologischen Diagnostik und Überprüfung der Einschlusskriterien wurde mit allen Teilnehmerinnen das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV

(SKID) durchgeführt. Danach wurde allen Studienteilnehmerinnen das State-Trait-Angstinventar (STAI-S) vorgelegt und 9 ml Blut entnommen. Die Blutprobe wurde mit 0,3 ml Aprotinin versetzt und 15 Minuten bei 2°C mit 2250 g zentrifugiert. Das Blutplasma wurde bei -21°C gefroren, bis der Oxytocinspiegel durch einen Enzym-Immunoassay (ELISA) von Assay Designs (Ann Arbor, USA) bestimmt wurde. Es konnte

- (1) kein Unterschied im Plasma-Oxytocinspiegel zwischen Patientinnen- und Kontrollgruppe festgestellt werden. Allerdings
- (2) zeigten die depressiven Patientinnen eine signifikant höhere Zustandsangst als die Kontrollprobandinnen. Zudem
- (3) lag keine bedeutsame Korrelation von Zustandsangst und Plasma-Oxytocinspiegel vor. Diese Ergebnisse zeigen, dass unipolare Depression auf hormoneller Ebene nicht mit Veränderungen im Plasma-Oxytocinspiegel einhergeht, jedoch auf emotionaler Ebene mit erhöhter Zustandsangst. Replikationen der Ergebnisse sind in größeren und männlichen Stichproben nötig.

#### P-115

### Sexuelle Symptome während der Schwangerschaft und nach der Geburt bei Frauen mit Angst- und depressiven Störungen

Asselmann E.<sup>1,2</sup>, Martini J.<sup>1</sup>, Gründel L.<sup>1</sup>, Hoyer J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>TU Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>TU Dresden, Behaviorale Epidemiologie, Dresden, Deutschland, <sup>3</sup>TU Dresden, Behaviorale Psychotherapie, Dresden, Deutschland

**Theoretischer Hintergrund:** Bislang existieren nur wenige Studien, in denen sexuelle Symptome bei werdenden Müttern in der Schwangerschaft, Postpartalzeit und im weiteren Verlauf prospektiv untersucht wurden. Darüber hinaus ist unklar, ob peripartal auftretende sexuelle Probleme bei Frauen mit Angst- und/oder depressiven Störungen besonders akzentuiert sind.

**Methodik:** Es werden aktuelle Daten der MARI- (Maternal Anxiety in Relation to Infant Development, 01/2009-09/2012) Studie präsentiert. In dieser prospektiv-longitudinalen Studie wurden N=306 werdende Mütter in 7 Erhebungswellen ab der frühen Schwangerschaft bis 16 Monate nach der Geburt untersucht. Angst- und depressive Störungen (DSM-IV-TR) wurden zur Baseline-Untersuchung mit der Lifetime-Version des Composite International Diagnostic Interview für Frauen erhoben. Das Vorhandensein und Ausmaß sexueller Probleme wurden in der Schwangerschaft (22.-24. Schwangerschaftswoche), Postpartalzeit (4 Monate postpartum) sowie 16 Monate nach der Geburt mit dem Kurzfragebogen zur Sexualität (KfS; Hoyer & Boos, 2006) erfasst.

**Ergebnisse:** Sexuelle Symptome waren häufig: Viele Frauen berichteten Probleme bezüglich des sexuellen Interesses (T2: 37,7%, T6: 70,6%, T7: 43,7%), der Erregungsfähigkeit (T2: 27,4%, T6: 55,2%, T7: 29,4%), der Orgasmusfähigkeit (T2: 25,7%, T6: 47,7%, T7: 25,9%), der Lubrikationsfähigkeit (T2: 16,4%, T6: 45,2%,

T7: 13,1%) und/oder der sexuellen Zufriedenheit (T2: 30,1%, T6: 59,9%, T7: 35,9%). Sexuelle Symptome nahmen vom 2. Trimester bis 4 Monate postpartum zu und flachten danach wieder ab. Während Erregungs-, Orgasmus- und Lubrikationsfähigkeit 16 Monate postpartum ein Niveau vergleichbar zum 2. Trimester erreichten, blieben sexuelles Interesse und sexuelle Zufriedenheit langfristig vermindert. Eine Verringerung sexuellen Interesses und sexueller Zufriedenheit von T2 zu T7 war insbesondere bei Frauen mit „reiner“ Depression und komorbider Angst und Depression zu beobachten.

**Schlussfolgerungen:** Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Relevanz sexueller Probleme während der Peripartalzeit. Insbesondere Frauen mit depressiven Störungen könnten von gezielten Frühinterventionen profitieren, um das Risiko der Entwicklung sexueller Symptome und Funktionsstörungen zu minimieren. Weitere Studien sollten weitere Zusammenhänge mit klinischen, familiären und Partnerschaftsmerkmalen (sexuelle Symptome des Partners etc.) untersuchen.

## Psychokardiologie und Transplantation

P-116

### Differences in psychophysiological stress reaction to acute myocardial infarction depend upon the perception of hecticness at hospital admission

Meister R.<sup>1,2,3</sup>, Princip M.<sup>1,2,3</sup>, Weber T.<sup>1</sup>, Schmid J.-P.<sup>4</sup>, Schnyder U.<sup>5</sup>, Barth J.<sup>6</sup>, Znoj H.<sup>3</sup>, von Känel R.<sup>1,2,7</sup>

<sup>1</sup>Inselhospital, Bern University Hospital, and University of Bern, Department of Neurology, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>University of Bern, Department of Clinical Research, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, <sup>4</sup>Cardiology Clinic, Tiefenauhospital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>5</sup>University Hospital Zurich, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zurich, Schweiz, <sup>6</sup>Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Schweiz, <sup>7</sup>Clinic Barmelweid, Department of Psychosomatic Medicine, Barmelweid, Schweiz

**Objectives:** Acute myocardial infarction (MI) is a medical emergency and can be experienced as a very stressful event. Previous research shows that the context of hospital referral, e.g. crowding/hecticness on emergency or coronary care units, may alter patients' stress reactions. However, little is known about the association of subjective perception of hecticness and psychophysiological stress reaction in MI patients. We hypothesized that patients who perceived their hospital admission as hectic show higher psychological and physiological stress reactions within 48 hours after MI compared to MI patients who perceived their admission as calm.

**Design and methods:** We examined 76 patients with acute MI (77.6% men, mean age $\pm$ SD = 59.7 $\pm$ 10.4) within 48 hours after having reached stable circulatory conditions. 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). To assess hecticness we asked patients if they had perceived the hospital at admission as hectic or not (yes/no). To rate acute psychological stress reaction they completed the German version of the 19-item Acute Stress Disorder Scale (ASDS). Blood cortisol level was measured as a marker of the physiological stress reaction.

**Results:** Analyses of variance (ANOVA) showed a significant difference in acute psychological stress reaction between patients who rated their hospital admission as hectic versus those who rated it as calm. We found a significant between-group difference in the ASDS sum score ( $F(1,71)=8.55$ ;  $p=.005$ ), controlling for age, body mass index and the prognostic Grace Score. However, there was no significant between-group difference for cortisol levels.

**Conclusions:** The data suggest that patients who perceive the hospital admission as hectic differ significantly in their psychological stress reaction to MI, while no difference was found in terms of blood cortisol levels. Further analyses are warranted to examine whether this difference impacts on the prognosis of post-MI patients.

P-117

### Simultaner sozialer Stress in der Gruppe führt bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung zum Blutdruckanstieg und veränderter neuroendokriner Aktivierung

Meier T.<sup>1</sup>, Wiens A.<sup>1</sup>, Hoppmann U.<sup>2</sup>, Mortier S.<sup>3</sup>, Maier Y.<sup>1</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinik Köln, Psychiatrie und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>3</sup>Akutklinik Bad Saulgau, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Saulgau, Deutschland

**Einleitung:** Der Trier Social Stress Test (TSST) ist ein weltweit eingesetztes experimentelles Verfahren zur Bestimmung der biologischen Stressreaktivität. Ein zuletzt an gesunden Probanden etablierter TSST in der Gruppe (Childs et al., 2006, Von Dawans et al., 2011) konnte im Vergleich zum Einzel-TSST eine erhöhte Cortisol-Freisetzung sowie einen signifikanten Herzfrequenzanstieg nachweisen. Bisher liegen keine Ergebnisse zur biologischen Stressreaktivität im Gruppen-TSST an Patienten vor.

**Methodik:** Wir führten den Gruppen-TSST an 24 Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) durch. Dazu wurden Gruppen zu je 3 Patienten einem kurzen Bewerbungsgespräch und einer Rechenaufgabe vor einer Jury unterzogen. Die Messung des Blutdruckes und der Herzfrequenz sowie die Bestimmung von ACTH, Cortisol, Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin im peripheren Blut erfolgten kurz vor dem Stresstest, unmittelbar danach und 30 Min. nach Testende. Im Vergleich dazu wurden 28 KHK Patienten einem Einzel-TSST unterzogen und dieselben Parameter erhoben. Die Gruppen-TSST-Patienten litten häufiger unter Diabetes mellitus ( $p=0.037$ ). Ansonsten unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant voneinander, insbesondere nicht in der Häufigkeit der Diagnose arterielle Hypertonie und der kardiovaskulären Medikation.

**Ergebnisse:** Beide Stichproben zeigten nach TSST einen statistisch signifikanten Anstieg des systolischen und diastolischen Blutdrucks und der Herzfrequenz sowie eine Aktivierung der HPA- (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-) und der SAM- (sympathisch-adrenal-medullären) Achse ( $p < 0.001$ ). Der systolische Blutdruck der Gruppen-TSST-Patienten lag sowohl in Ruhe als auch unmittelbar und 30 Min. nach Stresstest signifikant über denen der Einzel-TSST-Patienten ( $p < 0.003$ ), während die Herzfrequenz in beiden Gruppen vergleichbar war. Neuroendokrin zeigte sich ein stärkerer Cortisolanstieg im Gruppen-TSST ( $p=0,051$ ), während die Katecholamin-Ausschüttung im Gruppen-TSST signifikant niedriger lag als im Einzel-TSST ( $p < 0,01$ ).

**Diskussion:** Simultaner sozialer Stress in der Gruppe führt bei KHK-Patienten zu einer verstärkten Blutdruckregulationsstörung, die nicht durch eine SAM-Achsen-Aktivierung vermittelt wird. Während erwartungsgemäß sozialer Stress in der Gruppe die HPA-Achse verstärkt aktiviert, zeigt die SAM-Achse reduzierte Aktivität, welches neue Einblicke in die Rolle der Katecholamine bei sozialem Gruppenstress vermuten lässt.

P-118

### A picture paints a thousand words - association between the percentage of the drawn heart perceived as damaged and levels of posttraumatic stress three months after discharge

Princip M.<sup>1,2,3</sup>, Meister R.<sup>1,2,3</sup>, Koemeda M.<sup>1</sup>, Barth J.<sup>4</sup>, Schnyder U.<sup>5</sup>, Znoj H.<sup>3</sup>, Schmid J.-P.<sup>6</sup>, von Känel R.<sup>1,2,7</sup>

<sup>1</sup>Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Department of Neurology, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>University of Bern, Department of Clinical Research, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, <sup>4</sup>Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Schweiz, <sup>5</sup>University Hospital Zurich, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zurich, Schweiz, <sup>6</sup>Cardiology Clinic, Tiefenauspital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>7</sup>Clinic Barmelweid, Department of Psychosomatic Medicine, Barmelweid, Schweiz

**Objectives:** Recent studies showed that patient's perception of their myocardial infarction (MI) impacts on recovery from MI and return to work. Moreover, up to 20% of patients develop clinically relevant levels of posttraumatic stress attributable to the traumatic experience of their MI. However, little is known about the relationship between perceived damage (according to drawings) of heart condition after MI - as shown by heart drawings - and the level of posttraumatic stress at three months after hospital discharge. The aim of this study was to explore the use of heart drawings (sketched within 48 hours after the infarction) to predict patients' posttraumatic stress three month after the cardiac event.

**Design and methods:** We examined 111 patients with acute MI (79.3% men, mean age  $60.19 \pm SD = 10.79$ ) within 48 hours after MI and at three months after hospital discharge. Patients were asked to draw their hearts before and after the infarction in two 49 cm<sup>2</sup> squares. Patient's cognitive representation of their MI was assessed using a brief German version of the self-rated illness perception questionnaire revised (IPQ-R). The level of posttraumatic stress symptoms at the 3-month follow-up was assessed with the Post-traumatic Diagnostic Scale.

**Results:** Increases in the percentage of the heart drawn as damaged correlated significantly with higher illness concerns ( $r=.44$ ,  $p < .05$ ) and emotional response ( $r=.34$ ,  $p < .05$ ). There was a significant association between the percentage of the heart drawn as damaged and levels of posttraumatic stress three months after the traumatic event ( $r=.58$ ,  $p < .05$ ) controlling for gender, age and the prognostic Grace Score.

**Conclusions:** The findings suggest that patient drawings of heart damage reflect negative illness perceptions and may predict posttraumatic stress three months after acute MI. These results support the notion that the use of damaged heart drawings may offer an opportunity to identify negative illness beliefs as a potential risk factor for the development of posttraumatic stress post-MI.

P-119

### The role of initial illness perception in predicting posttraumatic stress levels at three months after acute myocardial infarction

Princip M.<sup>1,2,3</sup>, Meister R.<sup>1,2,3</sup>, Gattlen C.<sup>1</sup>, Barth J.<sup>4</sup>, Schnyder U.<sup>5</sup>, Znoj H.<sup>3</sup>, Schmid J.-P.<sup>6</sup>, von Känel R.<sup>1,2,7</sup>

<sup>1</sup>Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Department of Neurology, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>University of Bern, Department of Clinical Research, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, <sup>4</sup>Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Schweiz, <sup>5</sup>University Hospital Zurich, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zurich, Schweiz, <sup>6</sup>Cardiology Clinic, Tiefenauspital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>7</sup>Clinic Barmelweid, Department of Psychosomatic Medicine, Barmelweid, Schweiz

**Objectives:** Previous studies showed that myocardial infarction (MI), as a life-threatening event, increases the risk for the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). Patients' beliefs and perceptions about their illness may play a crucial role in the development of PTSD. The aim of this study was to investigate the significance of illness perception immediately after MI as a potential predictor of posttraumatic stress at three months after discharge.

**Design and methods:** We examined 111 patients with acute MI (79.3% men, mean age  $60.19 \pm SD = 10.79$ ) within 48 hours after the myocardial infarction and three months after discharge. Patients' cognitive representation of their MI was assessed with a brief German version of the self-rated illness perception questionnaire revised (IPQ-R). The severity of posttraumatic stress symptoms at 3-month follow-up were assessed with the German version of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).

**Results:** Linear regression analysis showed that illness perception was an independent predictor of PTSD symptom levels (standardized  $\beta$  coefficient =  $.34$ ,  $t = 2.70$ ,  $P = .009$ ) three months after the traumatic event. The result did not substantially change when peak troponin levels and the prognostic Grace score were added to the regression-analysis.

**Conclusions:** The findings suggest that perception of acute MI as threatening predicts an increased risk of developing posttraumatic stress after MI. Thus, initial perceptions of illness appear to be important determinants of mental recovery after MI. Prevention strategies for PTSD, such as cognitive interventions, should be tested and possibly implemented in order to improve the long-term prognosis and to decrease incidence of PTSD after MI.

P-120

### Negative illness perceptions are associated with decreased heart rate variability following acute myocardial infarction

Princip M.<sup>1,2,3</sup>, Meister R.<sup>1,2,3</sup>, Scholz M.<sup>1</sup>, Barth J.<sup>4</sup>, Schnyder U.<sup>5</sup>, Znoj H.<sup>3</sup>, Schmid J.-P.<sup>6</sup>, von Känel R.<sup>1,2,7</sup>

<sup>1</sup>Inselspital, Bern University Hospital, and University of Bern, Department of Neurology, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>University of Bern, Department of Clinical Research, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Institute of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Schweiz, <sup>4</sup>Institute for Complementary and Integrative Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Schweiz, <sup>5</sup>University Hospital Zurich, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zurich, Schweiz, <sup>6</sup>Cardiology Clinic, Tiefenauspital, Bern University Hospital, Bern, Schweiz, <sup>7</sup>Clinic Barmelweid, Department of Psychosomatic Medicine, Barmelweid, 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 and illness perception in patients with acute myocardial infarction (MI). The objective of this study was to examine whether patients' negative initial perceptions of their MI is associated with decreased HRV and cardiometabolic risk factors.

**Design and methods:** We investigated 111 patients with acute MI (79.3% men, mean age

60.19 ± SD = 10.79) within 48 hours after the cardiac event. Patients' cognitive representations of their MI were assessed using a brief German version of the self-rated illness perception questionnaire revised (IPQ-R). Frequency domain measures of HRV were assessed from 5-min electrocardiogram recordings during stable supine resting. Metabolic risk factors of cardiovascular disease (glucose and triglycerides) were measured within 48 hours of admission in fasting blood samples.

**Results:** Decreased levels of HRV were significantly related to higher concern about the illness ( $r = -.31, p < .05$ ), lower personal control ( $r = .37, p < .05$ ), higher emotional response ( $r = -.39, p < .05$ ) and overall negative illness cognitions ( $r = -.27, p < .05$ ) after controlling for age, gender, peak troponin and the prognostic Grace score. There was also a relationship between metabolic risk factors and HRV such that decreased levels of HRV were correlated with higher levels of glucose ( $r = -.23, p < .05$ ) and triglycerides ( $r = -.24, p < .05$ ).

**Conclusions:** Negative perceptions about an acute MI are associated with decreased HRV and are accompanied by cardiometabolic risk factors. Further examination of how patients perceive their MI may inform preventive strategies to improve individual recovery after acute MI.

P-121

### Ressourcen älterer Herzinsuffizienzpatienten mit depressiver Komorbidität

Böhlen F.<sup>1</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Maatouk I.<sup>1</sup>, Saum K.-U.<sup>2</sup>, Brenner H.<sup>2</sup>, Wild B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Organisation, Deutschland, <sup>2</sup>DKFZ, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Herzinsuffizienz ist häufig bei älteren Menschen und oft verbunden mit psychischer Komorbidität, insbesondere mit Depressionen. In der Therapie der Herzinsuffizienz werden psychosoziale, supportive Interventionen, die sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten orientieren, zunehmend wichtig.

Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, welche Ressourcen ältere Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz angeben und in welchem Ausmaß diese durch komorbide Depression beeinflusst werden.

**Methoden:** Die Daten wurden erhoben im 8-Jahres Follow-up der ESTHER-Studie, einer populations- basierten Studie mit älteren Menschen (55-84 Jahre) im Rahmen eines Hausbesuchs (n: 3124). Ressourcen wurden erfasst mit der Frage „Woraus beziehen Sie in Ihrem Leben Kraft?“, gefolgt von einer Liste mit 26 Items (Mehrfachantworten möglich). Die Diagnose „Herzinsuffizienz“ wurde sowohl über Angaben der Hausärzte, als auch über Patientenfragebögen erfasst. Depressive Beschwerdelast wurde mit dem PHQ-9 erhoben.

**Ergebnisse:** In der Gesamtgruppe älterer Menschen hatten 13,3% (n=414) die Diagnose Herzinsuffizienz. 17,2% (n=71) gaben eine komorbide depressive Symptomatik an. In der Gesamtgruppe der Herzinsuffizienz-Patienten wurden Familie (87,0%), das Gefühl sein Leben selbst bestimmen zu können (76,8%) und eine stabile finanzielle Situation (69,1%) am Häufigsten als Ressourcen genannt. Dies war äquivalent zu den häufigsten Ressourcen aller Studienteilnehmer. Depressive Herzinsuffizienz-Patienten gaben alle genannten Ressourcen, außer Religion, weniger häufig an, im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigten sich in 11 von 26 Kategorien, insbesondere in den Bereichen Gesundheit (33,8% depressive HI-Pat. vs. 57,1% nicht-depressive HI-Pat), Partnerschaft (50,7% vs. 72,6%), gemeinsame Unternehmungen (42,4% vs. 64,7%) und Selbstbestimmung (59,2% vs. 80,5%).

**Schlussfolgerung:** Unsere Studie zeigt, dass in der Gruppe älterer Herzinsuffizienz-Patienten ein Zusammenhang besteht zwischen der Wahrnehmung persönlicher Ressourcen und komorbider Depression. Die Ergebnisse unterstreichen den Bedarf nach weiterer Integration psychosozialer Diagnostik und Therapie in die Behandlung von Herzinsuffizienz-Patienten, um Selbstwirksamkeits-Erleben und Resilienz zu erhalten und zu fördern.

P-122

### Der Einfluss des Settings auf selbstberichtete Symptome von Alkoholmissbrauch

Schieber K.<sup>1</sup>, Lindner M.<sup>2</sup>, Sowa J.-P.<sup>3</sup>, Gerken G.<sup>3</sup>, Scherbaum N.<sup>4</sup>, Kahraman A.<sup>3</sup>, Canbay A.<sup>3</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>LVR Klinikum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>3</sup>Uniklinik Essen, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Essen, Deutschland, <sup>4</sup>LVR Klinikum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Essen, Deutschland

Studien zeigen, dass bei Selbstberichten die Schwere der Symptome von Alkoholmissbrauch häufig unterschätzt wird. Oft wird vermutet, dass Patienten, die Alkohol missbrauchen, generell dazu neigen, ihre Symptome herunterzuspielen. Jedoch kann die Validität von Selbstberichten auch durch weitere Faktoren beeinflusst werden: neben den Eigenschaften des Befragten zählen Kontext, sowie Aufgabenschwierigkeit zu den drei Hauptfaktoren. Ziel der Studie war es, zu untersuchen, inwiefern das Setting als Kontextfaktor Selbstberichte über Symptome von Alkoholmissbrauch bei Patienten mit einer alkoholischen Lebererkrankung beeinflusst.

In einer Querschnittsstudie wurden Patienten vor einer Lebertransplantation (LTX, n = 40) und Patienten in Rehabilitationstherapie (RTH, n = 44) verglichen. Durch einen Fibroscan wurde eine Leberzirrhose bei den LTX-Patienten gesichert, bzw. bei den RTH-Patienten ausgeschlossen. Zur Erfassung von Symptomen von Alkoholismus wurde der Münchner Alkoholismus Test (MALT, Feuerlein et al., 1999) verwendet, der aus einer Selbstbeurteilungsskala besteht. Neben soziodemographischen Daten wurden auch Angst- und Depressionssymptome erfasst.

LTX-Patienten berichteten in der Selbstbeurteilungsskala signifikant niedrigere Werte ( $p < 0.001$ ) bezüglich Alkoholismus ( $M = 9.5$ ,  $SD = 6.2$ ) als Patienten in Rehabilitationstherapie ( $M = 16.9$ ,  $SD = 4.6$ ). Es zeigte sich dabei ein starker Effekt mit  $\text{Cohen's } d = 1.4$ . In der Fremdbeurteilungsskala ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ( $M_{LTX} = 2.6$  vs.  $M_{RTH} = 2.9$ ). Bei einem Vergleich der Diskrepanz zwischen der Selbstbeurteilungsskala und der Fremdbeurteilungsskala zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen Gruppen ( $M_{LTX} = 14.0$  vs.  $M_{RTH} = 6.8$ ,  $p < 0.001$ ), der sich auch in einer hohen Effektstärke zeigte ( $\text{Cohen's } d = 1.4$ ). Die Ergebnisse zeigen, dass das Transplantationssetting ein Herunterspielen von alkoholismustypischen Symptomen begünstigt. Herunterspielen oder Leugnen dieser Symptome scheint nicht ein spezifisches Merkmal von Menschen mit Alkoholmissbrauch zu sein, sondern kann auch durch die Umstände verursacht werden. Deshalb sollte zum einen zukünftige Forschung die Entwicklung reliabler Messinstrumente vorantreiben, zum anderen sollte im klinischen Kontext vermehrt auf die psychisch schwierige Situation der Patienten vor einer Lebertransplantation geachtet werden.

P-123

### Abstinenz vor Lebertransplantation - Einschätzung des Alkoholkonsums mithilfe verschiedener Messmethoden: Vergleich zwischen Selbstaussagen, Ethanol in der Ausatemluft und Äthylglucuronid im Urin

Beckmann M.B.<sup>1</sup>, Böttcher M.<sup>2</sup>, Friederich H.C.<sup>1</sup>, Erim Y.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>2</sup>MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

**Einleitung:** Als Voraussetzung für eine Lebertransplantation muss in der Mehrzahl der Transplantationszentren eine sechsmonatige Abstinenzzeit eingehalten werden. Zur Unterstützung der Abstinenz bei Patienten mit einer äthyltoxischen Leberzirrhose liegen spezifische gruppentherapeutische Angebote (Erim et al. 2006) vor. Vor dem Hintergrund der sogenannten Sechs-Monats-Regel, hoher Rückfallraten in der Wartezeit auf ein Organ bei diesen Patienten sowie hoher Diskrepanzraten zwischen selbstberichtetem Trinkverhalten und biochemischen Markern (Bholah et al. 2013; Hempel et al. 2012) wächst der Bedarf nach validen und reliablen Methoden zur Erfassung des Alkoholkonsums.

**Methode:** Von Januar 2013 bis Juli 2014 wurden insgesamt acht Compliance-Gruppen für Patienten mit einer alkoholtoxischen Lebererkrankung zur Stabilisierung der Abstinenz vor einer Lebertransplantation mit insgesamt 60 Patienten durchgeführt. Zu den 12 Gruppenterminen wurden Selbstaussagen zum stattgehabten Alkoholkonsum der letzten 4 Wochen erhoben, eine Ethanol-Messung in der Ausatemluft sowie eine Urinprobe zur Bestimmung des EtG-Werts im Urin durchgeführt. EtG ist ein direkter Äthanolmetabolit, der im Urin und in anderen Körperflüssigkeiten gemessen werden kann, nachdem Äthanol aus dem Körper ausgeschieden wurde.

**Ergebnisse:** Von den 60 Patienten konnten insgesamt 462 Messungen mit 3 verschiedenen Messmethoden zur Einschätzung des vorangegangenen Alkoholkonsums ermittelt werden. Bei allen 462 Messungen gaben die Patienten an, länger als 4 Wochen keinen Alkohol konsumiert zu haben. Die Ethanolmessungen in der Ausatemluft ergaben 5 positive Ergebnisse (1 %) zwischen 0,12 und 1,85 Promille und mittels EtG-Analysen im Urin konnten 28 positive Ergebnisse (6%) bei 13 PatientInnen zwischen 0.146 und 682  $\mu\text{g/mL}$  ermittelt werden. Insgesamt 22 % der Patienten wiesen positive Befunde auf (zwischen 1 - 6 Mal positiv).

**Diskussion:** EtG-Messungen im Urin decken fünf Mal häufiger im Vergleich zur Ethanolmessung in der Ausatemluft stattgehabten Alkoholkonsum auf. Der hohe Anteil der Gruppenteilnehmer mit positiven Testergebnissen liefert Hinweise auf die Rückfallgefährdung dieser Patientengruppe. Mittels EtG-Urinalysen lässt sich Alkoholkonsum aufdecken und kann psychotherapeutisch genutzt werden, so dass Patienten bei der Einhaltung der sechsmonatigen Abstinenzzeit unterstützt werden können.

P-124

## **Befindlichkeit und Lebensqualität bei Lebendnierenspendern und -empfängern vor und nach der Transplantation**

Kunze S.<sup>1</sup>, Berth H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>TU Dresden/Medizinische Fakultät, Med. Psychologie u. Med. Soziologie, Dresden, Deutschland

Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz müssen durchschnittlich fünf bis sechs Jahre (Deutsche Stiftung Organspende (DSO), 2014) auf eine Nierenfremdspende warten. Somit steigt derzeit die Anzahl und Bedeutung der Lebendnierenspenden an und es stellt sich trotz zahlreicher weiterer Studien die Frage nach dem Gesundheitszustand von Lebendnierenspendern und -empfängern vor und nach der Transplantation.

**Fragestellung:** Gibt es prä- bzw. postoperative Unterschiede zwischen Lebendnierenspendern und -empfängern hinsichtlich der subjektiven körperlichen und psychischen Befindlichkeit sowie der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

**Methoden:** Vor und nach der Lebendnientransplantation erfolgte eine Befragung der Spender-Empfänger-Paare (prä: N = 58, post: N = 32) mit psychologischen Testverfahren zur Erfassung der körperlichen Befindlichkeit (GBB-24: Giessener Beschwerdebogen, Brähler, Hinz & Scheer 2008), der psychischen Befindlichkeit (BSI-18: Brief Symptom Inventory 18, Derogatis 2000; Franke et al. 2010) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (WHO-5: WHO-Five Wellbeing Index, Bech 2004). Weiterhin wurden soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Berufsausbildung, Erwerbsstatus, Spenderverhältnis) erhoben.

**Ergebnisse:** Vor der geplanten Lebendnientransplantation zeigen sich bei Nierenempfängern gegenüber Nierenspendern in fast allen Parametern der körperlichen und psychischen Befindlichkeit sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schlechtere Werte. Nach erfolgter Transplantation existieren zwischen Spendern und Empfängern keine Unterschiede in der psychischen Befindlichkeit und der Lebensqualität mehr. In der körperlichen Befindlichkeit unterscheiden sich Spender und Empfänger postoperativ nur noch in der Skala Gliederschmerzen, d. h. Spender geben mehr Schmerzen an. Dies ist vermutlich auf das höhere Alter der Spender zurückzuführen.

**Diskussion:** Durch eine Lebendnientransplantation steigen die körperliche und psychische Befindlichkeit sowie die Lebensqualität der Nierenempfänger weitgehend auf das Niveau der Befindlichkeit und Lebensqualität der relativ gesunden Nierenspender an. Es sind weitere Längsschnittanalysen an konsekutiv gewonnenen größeren Untersuchungsgruppen erforderlich.



## Psychoonkologie II

P-125

### Neuropsychologische Beeinträchtigungen bei Patienten mit malignen Hirntumoren und die Zusammenhänge mit psychosozialen Belastungen

Schneider J.C.<sup>1</sup>, Kreamsreiter K.<sup>1</sup>, Marten-Mittag B.<sup>1</sup>, Ringel F.<sup>2</sup>, Regnier A.<sup>3</sup>, Geinitz H.<sup>4</sup>, Herschbach P.<sup>1</sup>, Dinkel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München, München, Deutschland, <sup>2</sup>Neurochirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München, München, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie, Klinikum rechts der Isar, TU München, München, Deutschland, <sup>4</sup>Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Onkologisches Leitspital für Oberösterreich, Linz, Österreich

**Hintergrund:** Neuropsychologische Beeinträchtigungen bei Patienten mit primären und sekundären malignen Hirntumoren können die Teilhabe dieser Patienten am Alltag erschweren. Gleichzeitig ist die psychosoziale Situation der Patienten durch Distress, Angst und Depressivität geprägt. Aktuell ist unklar, ob zwischen diesen Faktoren eine Wechselwirkung besteht. Es existieren divergente Prävalenzangaben zu den verschiedenen Einbußen. Diese Studie soll die Art, Ausprägung und Häufigkeit von neuropsychologischen Beeinträchtigungen bei Patienten mit malignen Hirntumoren erfassen und die Wechselwirkung mit psychosozialen Merkmalen dieser Patientengruppe analysieren.

**Methoden:** Die kognitiven Fähigkeiten von gegenwärtig 60 Patienten mit primären oder sekundären malignen Hirntumoren wurden nach Abschluss der Primärtherapie mit einer umfassenden neuropsychologischen Testbatterie objektiviert. Überdies schätzten die Patienten ihre mnestischen Fähigkeiten (FEAG) und Aufmerksamkeitsleistung (FEDA) ein. Mittels FBK-R23, Distress-Thermometer (DT), PHQ-4, SF-12 und einem Fragebogen zum Betreuungswunsch wurde die psychosoziale Situation der Patienten erfasst. Die Wechselwirkung zwischen dem neuropsychologischen Status und der psychosozialen Situation der Patienten wird varianzanalytisch untersucht.

**Ergebnisse:** Bei bis zu 49 % der Patienten mit malignen Hirntumoren ( $M_{\text{Alter}}=51,8$ ,  $SD=12,0$ ;  $N_{\text{Hirntumor}}=29$ ,  $N_{\text{Hirntumormetastase}}=20$ ) lassen sich nach dem Abschluss der Primärtherapie neuropsychologische Beeinträchtigungen objektiv nachweisen (Aufmerksamkeit: 38,3 %, Gedächtnis: 18,3 %, Exekutive Funktionen: 33,9 %, Feinmotorik: 48,7 %). Gleichzeitig berichten die Patienten von klinisch bedeutsamen psychosozialen Auffälligkeiten (FBK-R23: 36,7 %, DT: 52,7 %, PHQ-4: 15 %, SF-12: PSK: 25 %, KSK: 33,3 %). Die Interaktion zwischen psychosozialen Variablen und neuropsychologischen Fähigkeiten wird berichtet.

**Diskussion:** Die Studie quantifiziert den Bedarf nach neuropsychologischer bzw. psychotherapeutischer Unterstützung von Pa-

tienten mit hochgradigen Hirntumoren. Darüber hinaus erweitern die Ergebnisse das Verständnis der psychosozialen Situation dieser Patienten um neuropsychologische Einflussfaktoren.

P-127

### Einfluss einer BRCA- Mutation auf Lebensqualität, Distress- und Kontrollerleben bei Patientinnen mit Mamma- und Ovarialkarzinom

Wochnowski C.<sup>1</sup>, Ringwald J.<sup>1</sup>, Speisser N.<sup>1</sup>, Wallwiener D.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, InCASE

<sup>1</sup>Universität Tübingen, Psychosomatische Medizin, Tübingen, Deutschland

5 bis 10% aller Brust- und Eierstockkrebskrankungen sind auf eine BRCA1/2 Mutation zurückzuführen. Eine Mutation kann einerseits zu einem Krankheitsbeginn im jüngeren Lebensalter und insgesamt zu einer höheren Wahrscheinlichkeit führen, im Laufe seines Lebens an Brustkrebs und/oder Eierstockkrebs zu erkranken. Studien zeigen, dass an Krebs erkrankte, BRCA-positive Frauen mit vermehrten psychischen Belastungen wie Angst vor einer erneuten Krebsdiagnose, Distress und einer dadurch bedingten verminderten Lebensqualität konfrontiert sind. Mutationsträgerinnen ohne bisherige Krebsdiagnose zeigen keine erhöhten Belastungen im Vergleich zu BRCA-negativ getesteten Patientinnen, da sie die weiteren Vorsorgestrategien- und Interventionen kennen und diese wiederum zu Reduktion von Distress führen. Ziel dieser Studie ist es, eine Aussage darüber zu treffen, inwiefern der verifiziert negative Mutationsstatus einen Schutzfaktor vor psychosozialen Belastungen bei Patientinnen mit Krebs darstellt. Besonderer Schwerpunkt der Studie ist, inwiefern das Gefühl von erlebter Kontrolle und Selbstwirksamkeit einen Einfluss hat auf das subjektive Empfinden von Belastungen und Lebensqualität im Rahmen der Erkrankung.

Im Rahmen der Studie: „Influence of BRCA on perceived control and self-efficacy“ wurden 621 Patientinnen rekrutiert. Anschließend konnten drei Gruppen mit BRCA positivem Status (N=68), mit BRCA negativem Status (N=68) und Patientinnen mit BRCA unsicherem Status (N=68) erstellt werden, die nach Alter und Krankheitsstatus gematched worden sind. Selbstwirksamkeit und Kontrollerleben wurden anhand von Items der deutschen Version des Supportive Care Needs Survey erhoben und diese im Zusammenhang des Horneider Screening Instruments untersucht.

Erste Ergebnisse zeigen auf, dass sich BRCA positive Patientinnen mit Brust- und/oder Eierstockkrebs von denen mit negativem oder unsicherem Status in ihrem Belastungs-, Kontroll- und Selbstwirksamkeitserleben zum Teil unterscheiden. Es sollten in Folgestudien spezielle Belastungsbereiche für die jeweiligen Gruppen erhoben werden, um so patientenzentrierte psychoonkologische Behandlungsformate im stationären sowie ambulanten Setting etablieren zu können.

P-128

### Konzeption und Praxiserfahrungen einer familienzentrierten Intervention bei onkologischer Erkrankung eines Elternteils: Die KikE-Familienzeit

Göth M.<sup>1</sup>, Lang J.<sup>1</sup>, Ringwald J.<sup>2</sup>, Taller I.<sup>3</sup>, Teufel M.<sup>2</sup>, Wickert M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Südwestdeutsches Tumorzentrum CCC Tübingen, Psychoonkologischer Dienst, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Südwestdeutsches Tumorzentrum CCC Tübingen, Psychoonkologie - Projekt KikE, Tübingen, Deutschland

Kinder und Jugendliche mit einem an Krebs erkrankten Elternteil sind oft massiv belastet. In Studien hat sich gezeigt, dass sie ein höheres Risiko haben, psychische Symptome zu entwickeln. Die Eltern sind oft unsicher im Umgang mit ihren Kindern. Zudem kennen viele betroffene Familien keine anderen Familien in einer vergleichbaren Lebenssituation. Sie fühlen sich dadurch häufig von der Normalität ausgegrenzt und stigmatisiert. Oftmals fehlen vor Ort jedoch passende Unterstützungsmöglichkeiten für die gesamte Familie.

Die gezielte Unterstützung von PatientIn und PartnerIn in der Krankheitssituation und im Umgang mit den Kindern, sowie die ggf. therapeutische Begleitung der Kinder sind wichtige Hilfen bei der Bewältigung der Situation.

Eine weitere Intervention zur Stärkung des gesamten Familiensystems stellt das Konzept eines geleiteten Familienwochenendes dar. Seit vier Jahren wird im Raum Tübingen von **KikE** (Projekt zur Unterstützung von **K**indern **k**rebskranker **E**ltern) einmal pro Jahr ein Familienwochenende für bis zu 8 Familien angeboten. Das Konzept beinhaltet eine geleitete Elterngruppe, zwei nach Alter unterschiedene Kinder- und Jugendgruppen und Einzelgespräche mit Eltern, Kindern oder Familien. Fester Bestandteil sind ebenso ein von den Familien frei gestaltbarer Nachmittag zur Begegnung und ein geselliger Abend.

Zur Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit werden standardisierte sowie spezifisch entwickelte Fragebogeninstrumente für Eltern und Kinder eingesetzt. Alle Eltern (n=31) waren mit dem Wochenende sehr zufrieden, nahezu alle (97%) wollten wieder teilnehmen. Als am wichtigsten wurde von den Eltern die Stärkung der gesamten Familie, der Austausch der Kinder mit anderen betroffenen Kindern, die Elterngruppen und der Austausch mit den anderen Familien bewertet. Für die Kinder (3-14 J.) stand das Spielen und das fröhliche Zusammensein mit den anderen Betroffenen sowie der Kontakt zu den TherapeutInnen im Vordergrund. Eltern betonten mehrere Monate nach den Wochenenden, wie hilfreich für sie die Erfahrungen während des Wochenendes waren und wie sehr die Familien im Alltag gestärkt daraus hervorgingen. Das KikE-Familienwochenende kann durch gezielte Impulse und das Schaffen von Begegnungsmöglichkeiten von Eltern und Kindern in einem spezifischen Rahmen effizient und nachhaltig das gesamte Familiensystem im Kontext von Krebserkrankungen unterstützen.

P-129

### Evaluation eines Seminars Palliativmedizin an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf - Wie verändern sich Wissen, Fertigkeiten und Haltungen?

Karger A.<sup>1</sup>, Scherg A.<sup>2</sup>, Raski B.<sup>1,3</sup>, Schmitz A.<sup>2</sup>, Wenzel-Meyburg U.<sup>2</sup>, Schulz C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin, Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland, <sup>3</sup>Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

**Einleitung:** Seit 2013 wird an medizinischen Fakultäten in Deutschland Palliativmedizin verpflichtend gelehrt und geprüft. Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum allerdings erst wenige systematisch entwickelte und evaluierte Curricula und Lehrveranstaltungen.

**Methode:** In einer prospektiven naturalistischen Studie mit Prä(T1)-Post(T2)-Messung wurden Wissen, Haltungen und Einstellungen sowie Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bezogen auf palliativmedizinische und psychoonkologische Inhalte vor und nach einem interdisziplinären palliativmedizinischen Kurs (40 UE) bei Studierenden der Medizin (N = 31) im 4. und 5. Studienjahr an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf untersucht. Es wurde angenommen, dass Studierende nach dem Kurs ihre Kompetenz im Umgang mit Sterbenden und ihr entsprechendes Wissen höher einschätzen als vor dem Kurs. Auch wurde erwartet, dass es zu einer stärker akzeptierenden Einstellung im Sinne einer Abnahme von Angst bezogen auf Tod und Sterben der Patienten kommt, während sich die Angst gegenüber dem eigenen Tod und Sterben nicht verändern.

**Ergebnisse:** Nach dem Seminar kam es bei den Studierenden zu einer signifikanten Zunahme von palliativmedizinischem Wissen ( $t(30) = -3.22$ ;  $p = 0.003$ ) und der Kompetenz- ( $t(14) = -4.23$ ;  $p = 0.001$ ) und Selbstwirksamkeitseinschätzung ( $t(15) = -2.52$ ;  $p = 0.023$ ) bezogen auf den Umgang mit sterbenden Patienten. Dagegen konnte keine Veränderung affektiver Lernziele im Sinne einer größeren Angsttoleranz gegenüber Tod und Sterben erreicht werden.

**Diskussion:** Die Erreichung affektiver Lernziele, die grundsätzliche Einstellungen gegenüber Tod und Sterben betreffen, bedarf möglicherweise eines längeren longitudinal verankerten Lernprozesses, ist aber für den späteren Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit sterbenden Patienten von hoher Relevanz. Hier könnten reflexionsfördernde Gruppenangebote (beispielsweise Balint-Gruppen) eine wichtige Ergänzung leisten.

P-130

### Evaluation eines ambulanten psychoedukativen Gruppenangebotes für onkologische Patienten am Universitätsklinikum (UTZ) Düsseldorf

Karger A.<sup>1</sup>, Vehre S.<sup>1</sup>, Jahns-Streubel G.<sup>1</sup>, Siantidis B.<sup>1</sup>, Baumann A.<sup>1</sup>, Schäfer R.<sup>1</sup>, Franz M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin, Düsseldorf, Deutschland

**Thema:** Pilotstudie zur Evaluation einer ambulanten psychoedukativen Gruppe für onkologische Patienten

**Hintergrund:** Gruppenpsychotherapie für onkologische Patienten wird bisher in der ambulanten Regelversorgung kaum angeboten. Seit 2013 werden Universitätsklinikum (UTZ) des Universitätsklinikums Düsseldorf regelhaft ambulante Gruppen für Patienten, schwerpunktmäßig des Brust-, Darm- und Hautzentrums sowie der Hämatonkologie, angeboten. Von September 2013 bis August 2014 fanden 4 Gruppen statt, an denen 24 Patienten teilnahmen. Die Gruppen wurden ärztlich geleitet und manualisiert über 10 Sitzungen à 90 min (2 wöchentlich) nach dem Konzept von Weis et al (2006) durchgeführt. Es nahmen 18 Patienten an der Studie teil.

**Methoden:** Bei der explorativen Pilotstudie ohne Kontrollgruppe wurde bei allen Teilnehmern zu Beginn der Intervention (T0) und nach Ende der Intervention (T1) eine standardisierte schriftliche Befragung durchgeführt. Es wurden soziodemographische Merkmale sowie Angaben zur Erkrankung und jeweils Angst und Depressivität (HADS), allgemeine psychische Belastung (BSI), Progredienzangst (PAF-K-KF), Lebensqualität (SF12), Selbstwirksamkeit (SWE) und Gruppenerleben (GQ-D) erhoben. Von besonderem Interesse war die Frage, inwieweit sich eine gute Gruppenkohäsion positiv auf das Ergebnis der Gruppenintervention auswirkt. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik sowie T-Test zum Gruppenvergleich.

**Ergebnisse:** Alle Teilnehmer gaben eine gute bis sehr gute Akzeptanz der Gruppenintervention an. Die detaillierten Ergebnisse werden derzeit ausgewertet und sollen auf dem Kongress vorgestellt werden.

**Schlussfolgerungen:** Das psychoedukative Gruppenangebot konnte gut in die Routineversorgung der psychoonkologischen Ambulanz des Universitätsklinikums integriert werden und fand eine gute bis sehr gute Akzeptanz bei den Patienten.

P-131

### Frühpalliative Interventionen zur Steigerung der Lebensqualität bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen - ein Cochrane Review

Haun M.W.<sup>1,2</sup>, Estel S.<sup>1</sup>, Rücker G.<sup>3</sup>, Friederich H.-C.<sup>1</sup>, Thomas M.<sup>4</sup>, Hartmann M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Soteria Bern, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Department für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Thoraxklinik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Ausgelöst durch eine aufsehenerregende Studie von Temel, die zeigen konnte, dass durch eine unmittelbar nach Diagnosestellung einer nicht-kurativen Behandlungssituation einsetzende palliative Begleittherapie sowohl eine verbesserte Lebensqualität wie auch signifikant längeres Überleben der Patienten erreicht werden konnten, werden derzeit an zahlreichen weiteren Orten frühpalliative Interventionen evaluiert. Bislang gibt es allerdings keine systematische Übersichtsarbeit oder Metaanalyse zu frühpalliativen Behandlungsansätzen.

**Methoden:** Es wurde ein systematisches Review mit Metaanalyse nach Cochrane-Kriterien durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle randomisierten oder clusterrandomisierten klinische Studien zu frühpalliativen Interventionen bei Krebserkrankungen im Erwachsenenalter. Als primäre Zielgrößen wurden Lebensqualität, seelische Belastung und Intensität körperlicher Beschwerden als auch objektive Parameter wie die Überlebenszeit betrachtet.

**Ergebnisse:** Das Studienprotokoll wurde von der Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care (PaPaS) Review Group einem mehrstufigen Reviewprozess unterzogen. Die Literaturrecherche in den Datenbanken CENTRAL (Cochrane Library), Medline, Embase, PsycINFO, and CINAHL erbrachte 10.586 potentiell relevante Artikel. Diese werden im nächsten Schritt nun von zwei unabhängigen Ratern auf Relevanz geprüft.

**Schlussfolgerungen:** Es handelt sich um die Vorstellung von vorläufigen Befunden. Wir präsentieren einen ersten inhaltlichen Überblick über Konzepte frühpalliativer Interventionen zu geben sowie quantitative Aussagen zur Wirksamkeit bezogen auf Lebensqualität und Lebenszeit zu machen. Abschliessende Ergebnisse werden Ende 2015 erwartet.

P-132

### Angsterleben bei Patienten mit Malignom in Abhängigkeit von symptombezogener Einschränkung und Dauer radioonkologischer Behandlung

Breining J.<sup>1</sup>, Ringwald J.<sup>1</sup>, Schrader J.M.<sup>1</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Lang J.<sup>2</sup>, Göth M.<sup>2</sup>, Zips D.<sup>3</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Tübingen, Psychoonkologischer Dienst, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinik Tübingen, Radioonkologie, Tübingen, Deutschland

**Fragestellung:** In klinischen Studien zur Erfassung von Distress bei Krebspatienten wurde bislang nahezu ausschließlich das Augenmerk auf eine spezifische Tumorentität wie bspw. Brustkrebs, Hautkrebs, etc. gelegt. Ziel dieser Studie war die Angst- und Distress-Erfassung in Bezug auf das therapeutische Procedere bei einem Patientenkollektiv während Strahlentherapie.

**Methodik:** Klinische Querschnittsstudie zwischen Ende Oktober 2013 und März 2014. Von 243 in Frage kommenden Patienten wurden 108 eingeschlossen, welche sich in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Strahlentherapie befanden. In dieser Zeit wurden über verschiedene Fragebögen wie dem Distress-Thermometer, HADS und medizinischen Basisdaten, Angst- und Distress-Werte erhoben und in Verbindung mit verschiedenen Tumorkategorien und Therapieverläufen betrachtet.

**Ergebnisse:** Für aktuell lange andauernde Strahlentherapie aufgrund der Krebserkrankung finden sich signifikant niedrigere Distress-Thermometer Einschätzungen der Patienten. Vergleicht man die Tumoralitäten Magen, Darm, Rektum bzw. Tumoren an Mamma und Keimzellen mit der Kategorie Lunge und Pleura, haben Patienten mit Tumoren der letzteren Lokalisation signifikant höhere Angstwerte. Dabei spielt auch die Tumorprogression eine signifikante Rolle im vermehrten Angsterleben. Unter alleiniger Bestrahlungstherapie ist die subjektiv körperliche Lebensqualität signifikant schlechter empfunden wird, als unter Multimodaler Krebstherapie. Zwischen Ersterkrankung und Zweittumor bzw. Rezidiv findet sich kein signifikanter Unterschied im Distress-Empfinden.

**Schlussfolgerung:** In dieser Studie wird erstmals das Angsterleben von Patienten in radioonkologischer Behandlung im Zusammenhang mit Tumoralisation, der symptombezogenen Einschränkung und den Spezifika der Therapie untersucht. Patienten mit einem „psychoonkologischen Risikoprofil“ aus Dauer der Therapie, Progression und Primäralisation sollten identifiziert werden und frühzeitig psychoonkologische Beratung und Behandlung erfahren.

## Psychophysiologie und Placebo

P-133

**Erwartungseffekte auf kognitive Leistungen und Stimmung bei Kindern und ihren Eltern**

Watolla D.<sup>1</sup>, Gulewitsch M.D.<sup>2</sup>, Sauer H.<sup>1</sup>, Schwille-Kiuntke J.<sup>1</sup>, Colloca L.<sup>3</sup>, Schlarb A.A.<sup>4</sup>, Enck P.<sup>1</sup>, Weimer K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Psychologisches Institut der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>National Institutes of Health, Bethesda, Vereinigte Staaten, <sup>4</sup>Universität Bielefeld, Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie und Psychotherapie, Bielefeld, Deutschland

In experimentellen und klinischen Studien zur Wirksamkeit von Methylphenidat beim Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) wurden hohe Placeboresponseraten für kognitive Leistungen und Stimmung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gefunden, die von den Erwartungen der Patienten beeinflusst werden. Ein Review ergab, dass Placeboeffekte bei Kindern generell höher ausfallen als bei Erwachsenen und könnten von den Erwartungen der Eltern beeinflusst sein.

Zur Untersuchung von Erwartungseffekten auf kognitive Leistungen und Stimmung bei Kindern und ihren Eltern, nahmen 23 gesunde Kinder von 12 bis 17 Jahren ( $13.7 \pm 1.5$  Jahre, 12 Mädchen) und ein Elternteil ( $47.4 \pm 4.6$  Jahre, 14 Mütter, 5 Väter, 4 Mütter mit 2 Kindern) an der Studie teil. Beiden wurde an zwei Terminen ein Placebo-Pflaster auf die Hüfte aufgebracht und in randomisierter Reihenfolge mitgeteilt, dass es sich dabei um ein Placebo oder ein Ginkgo-Präparat handelt. Sie wurden nach ihren Erwartungen bzgl. Ginkgo befragt, sowie eine psychometrische Testbatterie und physiologische Stressmarker wie Herzrate und Cortisolspiegel im Speichel erhoben. Ein Parametrischer Go/NoGo Task mit 3 Schwierigkeitsstufen (Level) wurde zur Messung von Reaktionszeiten, Aufmerksamkeit und Response Inhibition durchgeführt, sowie die Stimmung mit einem Fragebogen erhoben.

Entgegen der Hypothese gab es keinen Zusammenhang zwischen den Erwartungen der Eltern und ihrer Kinder. Während Erwachsene keine Placeboresponse zeigten, nahmen jedoch bei den Kindern nach der Ginkgo-Information im Gegensatz zur Placebo-Information die positiven Emotionen ( $p=.033$ ) und die Fähigkeit zur Response Inhibition in Level 2 ( $p=.005$ ) zu und die korrekten Reaktionen in Level 3 hingegen ab ( $p=.014$ ). 2x2 Varianzanalysen (als Messwiederholung: Ginkgo- vs. Placebo-Information x Eltern vs. Kinder) ergaben signifikant positivere Emotionen, kürzere Reaktionszeiten und mehr korrekte Reaktionen, jedoch weniger korrekt inhibierte Reaktionen bei Kindern im Vergleich zu ihren Eltern, jedoch kein Einfluss der erhaltenen Information. Erste Auswertungen deuten somit darauf hin, dass Kinder eher eine Placeboresponse zeigen als Erwachsene im Allgemeinen, die

Erwartungen und die Placeboresponse von Kindern und Eltern jedoch nicht zusammenhängen. Es bleibt mithilfe der psychometrischen und psychophysiologischen Daten weiter zu untersuchen, welche Einflussfaktoren die Placeboresponse von Kindern beeinflusst. Die Studie wird fortgesetzt.

P-134

**Coffee enriched with chlorogenic acids or chlorogenic acid supplement: which one improves physiological and psychological functions after acute administration in healthy adult subjects? A pilot study**

Tajik N.<sup>1</sup>, Weimer K.<sup>1</sup>, Mack I.<sup>1</sup>, Enck P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abt. Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Chlorogenic acid (CGA), an important biologically active dietary polyphenol, is produced by certain plant species and is a major component of coffee. Reducing the risk of variety diseases following CGA consumption has been mentioned in recent basic and clinical studies. Our systematic review discussed in-vivo animal and human studies of the physiological and biochemical effects of CGA on biomarkers of chronic disease. The present pilot study will, for the first time, compare between the effects of coffee enriched with chlorogenic acids and chlorogenic acid supplement in healthy adult subjects on physiological and psychological functions.

In a randomized double-blind study we will test the effects of coffee enriched with CGA or CGA supplement on blood pressure and mood and cognition in 34 healthy adult subjects (18-40 years).

Participants will be allocated to an intervention plan using computer-generated random numbers. Treatments comprise of (1) 6g decaffeinated coffee with high total CGA (521 mg) in 300ml of hot water,

(2) 800mg green coffee bean extract with total CGA (520mg) with 300 ml water.

Participants will be instructed to abstain from alcohol and foods and beverages containing caffeine, chlorogenic acids and high polyphenol content for 24 hours prior to the experiment. Upon arrival in the laboratory, participants will complete a 24-hour food recall, the German version of the Profile of Mood States (POMS) questionnaire, a parametric Go/no-Go test, the California Verbal Learning Test (CVLT) (Delis et al. 1987), and the Stroop Color-Word-Conflict test (SCWT). The POMS, Go/no-Go, CVLT and SCWT will be repeated 40 min following CGA application, which coincide with approximate peak CGA blood concentrations. Blood pressure and heart rate recordings will be taken prior to treatment and at 30, 60, 90, 120, and 150 min post-treatment. At the same time, a standard visual analog scale will measure hunger, and blood samples will be taken via a cannula in the antecubital vein for assessment of glucose/insulin and CGA levels in

serum. The response to GCE-enriched coffee will be compared to GCE supplement for each of the groups of variables. First data will be reported at the conference.

The wide range of potential health benefits of CGA including its anti-diabetic, anti-carcinogenic, anti-inflammatory and anti-obesity impacts may provide a non-pharmacological and non-invasive approach for treatment or prevention of some chronic diseases.

### P-135

#### The effect of height-induced anxiety on vestibulo-spinal reflexes

Allum J.<sup>1</sup>, Naranjo E.<sup>2</sup>, Cleworth T.<sup>2</sup>, Inglis T.<sup>2</sup>, Carpenter M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University Hospital Basel, Psychosomatic, Basel, Schweiz, <sup>2</sup>University of British Columbia, School of Kinesiology, Vancouver, Kanada

**Background and aims:** One is more likely to fall when anxious, due possibly to the negative influence emotions exert on postural control. For example, when standing at heights, known to cause state anxiety and fear, balance control changes (Carpenter et al. 2001). One potential mediator of these changes is the vestibular system. Strong connections exist between CNS emotional processing areas and vestibular nuclei. Increased gain of vestibulo-ocular reflexes (VOR) has been associated with chronic anxiety (Staab et al. Semin Neurol 2013). However, little is known about how vestibulo-spinal reflexes (VSR) are influenced by changes in state anxiety. Vestibular evoked myogenic potentials (Vemps) offer a reliable tool for investigating changes in VSR pathways. The aims of our studies were to measure changes in Vemps from several muscles, while inducing fear and anxiety.

**Methods:** 52 healthy subjects were tested standing under low (0.8m from the ground) and high (3.2m) conditions. Surface EMG was recorded from inferior oblique (IO), sternocleidomastoid (SCM), upper trapezius (TRP), biceps brachii (BB), flexor carpi radialis (FCR), soleus (SOL), and medial gastrocnemius (MG) muscles during 125 dB SPL stimulation at each height with air-conducted 500Hz tone bursts. Vemp amplitudes were compared between heights and correlated with changes in state anxiety and fear, assessed using questionnaires and electrodermal activity (EDA).

**Results:** Height significantly increased fear, anxiety and EDA ( $p < 0.001$ ). Vemp amplitude was significantly increased with height in IO, SCM, TRP, SOL, and MG ( $p < 0.05$ ) but not BB or FCR. Changes in Vemp amplitude of SOL were significantly correlated with EDA ( $r=0.37$ ), and anxiety ( $r=0.37$ ). Changes in TRP Vemp amplitude were correlated with EDA ( $r=.67$ ). Likewise changes in Vemp amplitude in SCM were significantly correlated with anxiety ( $r=0.45$ ) and fear ( $r=0.46$ ). The amplitude of IO Vemps showed strong correlations with changes in EDA ( $r=.45$ ), fear ( $r=0.63$ ) and anxiety ( $r=0.44$ ).

**Conclusions:** This is the first study to show that height-induced fear and anxiety has an effect on the VSR, as reflected in a significant increase in Vemp amplitudes in all postural muscles examined. Our findings imply a strong influence of emotions on the vestibular nuclei outputs contributing to postural threat responses.

### P-136

#### Performance enhancing supplements: Stimulus conditioning vs. perceptual salience

Brölz E.K.<sup>1</sup>, Enck P.<sup>1</sup>, Nieß A.M.<sup>2</sup>, Schneeweiß P.<sup>2</sup>, Weimer K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abt. Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung Sportmedizin, Medizinische Klinik, Tübingen, Deutschland

The abundant use of supplements to enhance exercise performance, cognitive functions and health raises the question which role expectations and supplement characteristics play in terms of their efficacy. This pilot study aims to address the hypothesis that stimulus salience has a larger influence on the performance enhancing placebo effect of an ergogenic aid than stimulus conditioning. We employed a classical double-blind placebo controlled design to compare the acute effect of an ineffective supplement (branched chain amino acids [BCAA]) administered either in capsule (conditioned stimulus) or in food form (salient stimulus) on the power output over 45 minutes on an iso-kinetic bicycle ergometer. 30 male endurance athletes ( $29 \pm 5$  years) competing regularly in a cycling discipline were randomly assigned to one of five groups: capsule placebo (CP), capsule supplement (CS), food placebo (FP), food supplement (FS) or no treatment control (C). Participants came to the laboratory on four separate occasions. First their performance was tested to determine their individual anaerobic threshold (IAT). During the next session they were familiarized with the iso-kinetic ergometer in a 30 min practice time trial. During the last two visits they performed a 45 min time trial for maximum power output over time at a fixed cadence of 95 rpm. The first time trial served as a baseline measure ( $TT_b$ ) and the second one as intervention ( $TT_i$ ), where subjects received either capsules or pudding with a 50% chance of receiving the supplement or the placebo, or nothing.  $TT_b$  and  $TT_i$  took place exactly 7 days apart and at the same time of day at either 8 or 10 am after a 12 h fast to ensure performance comparability. Performance change due to intervention was calculated by subtracting average power output at  $TT_b$  from that at  $TT_i$  and then dividing it by the IAT to take into account the individual performance level.

As expected, there were no significant differences between placebo and supplement groups, allowing us to pool them for further statistical analysis. One sided t-tests revealed a significantly larger difference in performance in the food group than in both capsule ( $p < 0.05$ ) and control group ( $p < 0.05$ ), while there was no difference between capsule and control group.

These results confirm our hypothesis of an observable ergogenic placebo effect in endurance athletes and this effect is enhanced by stimulus salience rather than stimulus conditioning.

P-137

**Mikrobizides Potential humaner Makrophagen bei essenzieller Hypertonie**

Zuccarella-Hackl C.<sup>1,2</sup>, von Känel R.<sup>2,3,4</sup>, Thomas L.<sup>1,5</sup>, Hauser M.<sup>1,5</sup>, Kuebler U.<sup>6</sup>, Widmer H.R.<sup>2,7</sup>, Wirtz P.H.<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup>Universität Bern, Biologische Psychologie und Gesundheitspsychologie, Bern, Schweiz, <sup>2</sup>Universität Bern, Klinische Forschung, Bern, Schweiz, <sup>3</sup>Klinik Barmelweid, Psychosomatische Medizin, Barmelweid, Schweiz, <sup>4</sup>Inselspital Bern, Neurologie, Bern, Schweiz, <sup>5</sup>Universität Konstanz, Arbeits- und Gesundheitspsychologie, Konstanz, Deutschland, <sup>6</sup>Universität Zürich, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Zürich, Schweiz, <sup>7</sup>Inselspital Bern, Neurochirurgie, Bern, Schweiz

**Hintergrund:** Essenzielle Hypertonie gehört zu den Hauptrisikofaktoren für koronare Herzkrankheit und dem zugrunde liegenden Prozess der Arteriosklerose. Vermittelnde Mechanismen sind jedoch unklar. Makrophagen sind Zellen der unspezifischen Immunabwehr, die eine wichtige Rolle im arteriosklerotischen Entzündungsprozess spielen. Diese Studie untersuchte das mikrobizide Potential humaner Makrophagen bei Hypertonikern und Normotonikern.

**Methodik:** Untersucht wurden 30 Hypertoniker (48.7 ± 2.4 Jahre) und 30 altersgematchte Normotoniker (48.6 ± 2.4 Jahre). Bei allen Probanden wurde das mikrobizide Potential *ex vivo* isolierter aus Monozyten differenzierter humaner Makrophagen über Superoxid-Anionen-Produktion gemessen. Potentiell konfundierende Variablen wurden kontrolliert.

**Ergebnisse:** Hypertoniker wiesen im Vergleich zu Normotonikern signifikant höhere Werte im mikrobiziden Potential humaner Makrophagen auf ( $p = .001$ ). Der mittlere arterielle Blutdruck, als lineares Mass für den Hypertonie-Status, war dabei mit einem signifikant höheren mikrobiziden Potential humaner Makrophagen assoziiert ( $\beta = .38$ ,  $p = .003$ ,  $\Delta R^2 = .145$ ). Diese Ergebnisse waren unabhängig von konfundierenden Variablen.

**Diskussion:** Unsere Befunde zeigen, dass Hypertoniker im Vergleich zu Normotonikern ein erhöhtes mikrobizides Potential humaner Makrophagen aufweisen. Dies könnte einen Mechanismus darstellen, über den das mit essentieller Hypertonie assoziierte erhöhte Arteriosklerose-Risiko vermittelt sein könnte.

P-138

**Resting heart rate variability in chronic pain patients - a meta-analysis**

Wagner J.<sup>1</sup>, Falvay D.<sup>2</sup>, Clamor A.<sup>3</sup>, Jarczok M.N.<sup>4</sup>, Ellis R.J.<sup>5</sup>, Weber C.S.<sup>6</sup>, Thayer J.F.<sup>7</sup>, Koenig J.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>University of Marburg, Department of Psychology, Marburg, Deutschland, <sup>2</sup>SRH University Heidelberg, School of Therapeutic Sciences, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>University of Hamburg, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Heidelberg University, Mannheim Institute of Public Health, Social and Preventive Medicine, Medical Faculty Mannheim, Mannheim, Deutschland, <sup>5</sup>National University of Singapore, School of Computing, Singapore, Singapur, <sup>6</sup>Charité, Berlin, Medical Department, Division of Psychosomatic Medicine, Berlin, Deutschland, <sup>7</sup>Ohio State University, Department of Psychology, Columbus, Vereinigte Staaten

The present study aimed to systematically investigate differences in vagus nerve activity indexed by time- and frequency-domain measures of heart rate variability (HRV) in chronic pain patients. An extensive search of the literature revealed 55 studies that reported HRV in chronic pain patients compared to healthy controls. Included studies yielded a total of 65 comparisons that were subjected to meta-analysis and meta-regression on several population- and study-level covariates. Meta-analysis was performed on time- (root-mean-square of successive R-R-interval differences (RMSSD)) and frequency-domain measures (high-frequency (HF) HRV) of vagally-mediated HRV. True effect estimates as adjusted standardized mean differences (SMD; *Hedges g*) combined with inverse variance weights using a random effects model were computed. Chronic pain patients show lower HRV than healthy controls indexed by RMSSD ( $Z = 4.14$ ,  $p < .0001$ ;  $g = -0.34$ ; 95% CI (-0.50, -0.18);  $k = 25$ ) and HF ( $Z = 4.30$ ,  $p < .0001$ ;  $g = -0.29$ ; 95% CI (-0.42, -0.16);  $k = 61$ ). Meta-regression on covariates revealed significant differences by clinical etiology, age, gender, and length of HRV recording. The implications of these findings are discussed and directions for future research are provided.

P-139

**The association of heart rate variability and pain catastrophizing - study design and preliminary results**

Bernardi A.D.<sup>1</sup>, Williams D.P.<sup>1</sup>, Thayer J.F.<sup>1</sup>, Koenig J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ohio State University, Department of Psychology, Columbus, Vereinigte Staaten

Pain catastrophizing is conceptualized as a negative cognitive-affective response to anticipated or actual pain and has been associated with a number of important pain-related clinical outcomes. For example, pain catastrophizing is associated with reported pain severity in chronic pain patients. Current theoretical con-

ceptualizations of pain catastrophizing emphasize, that pain catastrophizing is associated with activation in brain regions that are also implicated in the regulation of emotion and cognition. Vagally-mediated heart rate variability (vmHRV) is an index of greater emotion regulation capacities and is considered a general marker of overall mental and physical health. The dysregulation of the autonomic nervous system - the relative dominance of the sympathetic nervous system or decreased activity of the parasympathetic nervous system - is considered to play a major role in several chronic painful conditions and there is strong evidence that chronic pain patients show lower vmHRV. Recently, we were able to show that vmHRV is also associated with the experience of pain in healthy individuals. However, previously no study addressed the association of pain catastrophizing and vmHRV. We hypothesize that those with lower vmHRV, indexed by the Root Mean Square of Successive Differences (RMSSD), experience greater PC (i.e., score higher on the PC scale). The design of this ongoing study and preliminary results will be presented.

### P-140

#### **GECCO - Eine repräsentative Studie zu Obstipation und obstipations-prädominantem Reizdarmsyndrom in Deutschland**

Schwille-Kiuntke J.<sup>1</sup>, Leinert J.<sup>2</sup>, Smid M.<sup>2</sup>, Köhler T.<sup>2</sup>, Enck P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn, Deutschland

**Hintergrund:** Die Prävalenz der chronischen Obstipation liegt weltweit zwischen 5 und 15%. Für Deutschland fehlten bisher repräsentative Daten. GECCO (German Chronic Constipation) schließt diese Lücke.

**Methoden:** Mehr als 15.000 Personen in Deutschland wurden per Telefoninterview nach chronischer Obstipation befragt. Im Falle einer subjektiven Obstipation innerhalb der letzten 12 Monate schloss sich ein postalischer Fragebogen an. Das Vorhandensein einer funktionellen gastrointestinalen Störung wurde mit dem Rom III-Fragebogen erhoben, die Lebensqualität mit dem SF-12 gemessen. Weiterhin wurden chronische Erkrankungen und regelmäßige Medikamenteneinnahme sowie soziodemographische Variablen erfragt.

**Ergebnisse:** Von den telefonische Befragten (N=15002) gaben 14,9% (n=2239) subjektive Obstipation innerhalb der letzten 12 Monate an, 5,8% (n=871) innerhalb der letzten 4 Wochen. Zwei Drittel der Obstipierten (64,2%) waren Frauen, wogegen das Geschlechterverhältnis bei den Nicht-Obstipierten ausgeglichen war ( $p < .001$ ).

Von 627 obstipierten Probanden liegen komplette Fragebögen vor: 58,2% (n=365) berichteten von mindestens einer somatischen Diagnose, die mit Obstipation einhergeht, oder einer dauerhaften Medikamenteneinnahme mit Obstipation als Nebenwirkung

(„somatisch bedingte Obstipation“). 11,2% (n=70) erfüllten die Rom III-Kriterien eines obstipations-prädominanten Reizdarmsyndroms, 7,2% (n=45) die einer funktionellen Obstipation gemäß Rom-III-Kriterien.

Befragte mit einer somatisch bedingten Obstipation hatten niedrigere Werte in der Grunddimension „körperliche Gesundheit“ des SF-12 als Probanden mit Obstipation anderer Ursache ( $40,4 \pm 11,6$  vs.  $50,2 \pm 8,3$ ,  $p < .001$ ). Umgekehrt hatten somatisch Obstipierte höhere Werte in der Grunddimension „psychische Gesundheit“ ( $45,7 \pm 11,8$  vs.  $43,5 \pm 11,2$ ,  $p = .03$ ).

**Zusammenfassung:** Bis zu 15% der deutschen Gesamtbevölkerung berichten subjektive Obstipation innerhalb der letzten 12 Monate. Mehr als die Hälfte davon kann als somatisch oder iatrogen bedingt betrachtet werden. Nahezu 20% der Betroffenen erfüllen die Rom III-Kriterien für ein obstipations-prädominantes Reizdarmsyndrom oder eine funktionelle Obstipation. Die Lebensqualität der Betroffenen ist in unterschiedlichen Lebensbereichen reduziert.

(Unterstützt durch Forschungsfinanzierung der Shire Inc., Schweiz)



---

# Autorenindex

---

<b>A</b>		
A., Ahnis	70, 132	
A., Ardicoglu	160	
A.A., Schlarb	173	
A., Badtke	123	
A., Baumann	171	
A., Baumgardt	115	
A., Bender	47	
A., Berndt	15	
A., Bernhard	133	
A., Bittner	31, 123, 156	
A., Bosse-Dziedziolowska	137	
A., Brechtel	36	
A., Buchheim	6, 7, 74, 75	
A., Canbay	167	
A.-C., Ehlis	34	
A., Clamor	175	
A., Coenen	123	
A.-C., Schmidt	32	
A., Daubmann	20	
A.D., Bernardi	175	
A., Dembler	153	
A., Dietrich	130	
A., Dinkel	54, 91, 107, 116, 169	
A., Doll	59	
A., Drandarevski	37	
A., Duchesne	32	
A., Eckhardt-Henn	23	
A., Fembacher	76	
A., Funk	42, 74	
A., Gauss	86	
A., Georgi	77	
A., Gerhardt	103, 104	
A., Gumz	8, 19, 20, 51, 86, 153	
A., Gussew	118	
A., Hanßke	156	
A., Hartmann	23, 67	
A., Helesic	23	
A., Herrmann-Werner	21, 47, 49, 112, 160	
A., Hinz	147	
A., Hipp	17	
A., Ihrig	36, 43	
A., Kahraman	167	
A., Kaminski	81	
A., Karabatsiakis	74	
A., Karger	170, 171	
A., Kehyayan	31	
A., Keller	156	
A., Kerling	87	
A., Kersting	56, 72, 93, 130, 134	
A., Kesby	91	
A.-K., Hägele	69	
A., Kiss	44	
A., Kleiman	11, 82, 101	
A., Kobelt	81	
A., Kranzeder	157	
A., Kroczek	130	
A.-K., Schiefele	76	
A., Kuby	119	
A., Larisch	64	
A., Leitner	30, 158, 160	
A., Lesse	78	
A., Levan	73	
A.-L., Hulbert	74	
A.-L., Pankrath	89	
A., Mehnert	35, 117	
A.M., Lorenz	19	
A.M., Nieß	174	
A., Mühlberger	77	
A., Müller	58, 87, 103, 139	
A., Nieß	21	
A., Obbarius	148	
A., Odell	91	
A., Regnier	169	
A., Ritter	59	
A.-R., Minow	7, 20	
A., Scherg	170	
A., Schick-Wetzel	144	
A., Schipperges	120	
A., Schmidt	125	
A., Schmiedl	79	
A., Schmitz	170	
A., Schneider	10, 61	
A., Schöckel	146	
A., Schulz	37	
A., Schwiertz	92	
A.S., Herrmann	24	
A.-S., Koch	82	
A.S., Koch	11, 101	
A.S., Moser	145	
A., Steffanowski	76	
A., Stengel	70, 130, 132	
A., Thiel	21	
A.-T., Windisch	123	
A., Völker	23	
A., von Arnim	38	
A., von Wolff	23	
A., Vorndran	63	
A., Vukicevic	87	
A.-W., Bödecker	60	
A., Weiffen	144	
A., Weigel	8, 51	
A., Wiens	164	
A.W., Lohse	62	
A., Wolf	129, 155	
A., Wünsch	37, 107, 116, 161	
A., Zeeck	23, 67	
A., Zimmermann	76, 122	
<b>B</b>		
B., Aas	50	
B., Bergander	38	
B., Cook	87	
B., Dulz	127	
B.F., Klapp	17, 70, 132	
B., Grimmer	19, 50	
B., Groß	86	
B., Hein	58	
B., Horing	129	
B., Jäger	39	
B., Janta	6	
B., Köhler	69	
B., Kraus	50	
B., Kröner-Herwig	39	
B., Löwe	8, 51, 62, 86, 99, 103, 104, 118, 119	
B., Maatouk-Bürmann	60	
B., Marten-Mittag	116, 169	
B., Mazurek	39, 40, 149	
B., Meyer	51	
B.M., Strauß	76	
B., Müller-Stich	58	
B., Muschalla	80	
B., Nashan	83	
B., Niesler	86	
B., Osen	51	
B., Overkamp	127	
B., Raghavan	79	
B., Raski	170	
B., Riegel	103, 104, 118, 119	
B., Schalet	99	
B., Siantidis	171	
B., Sieber	56	
B., Stauber	18	
B., Stein	29	
B., Strauß	15, 55, 57, 73, 75, 118, 143, 150	
B., te Wildt	87	
B.T., te Wildt	136	
B., Wagner	93, 130	
B., Wild	44, 58, 67, 86, 166	
<b>C</b>		
C.A., Bruenahl	62	
C.A., Brünahl	103, 104, 118	
C., Aguilar-Raab	95	
C., Albus	41, 72	
C., Allwang	141	

- |                     |                               |                      |                  |                   |                  |
|---------------------|-------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|------------------|
| C.A., Löw           | 162                           | C., Stokes           | 55, 98           | D., Watolla       | 173              |
| C., Bayer           | 25                            | C., Stowell          | 148              | D., Wolke         | 16               |
| C., Biner           | 53                            | C., Stroh            | 58               | D., Zahn          | 69               |
| C., Bischoff        | 157                           | C., Subic-Wrana      | 95, 127          | D., Zimmermann    | 76               |
| C., Borys           | 118                           | C.S., Weber          | 41, 43, 45, 175  | D., Zips          | 114, 172         |
| C., Braunger        | 9                             | C., Thiele           | 52               |                   |                  |
| C., Brendel         | 81                            | C., Vandeleur        | 110              | <b>E</b>          |                  |
| C., Brünahl         | 119                           | C., Waller           | 42, 74, 113, 164 | E., Asselmann     | 163              |
| C., Brüning         | 70                            | C., Weber            | 41, 92           | E., Auch          | 76               |
| C., Cellini         | 144                           | C., Weise            | 39               | E., Balint        | 42, 74           |
| C., Denscherz       | 20                            | C., Weiss            | 59, 60, 106, 160 | E., Bosch         | 115              |
| C., Eichenberg      | 24, 134, 135, 136             | C., Wochnowski       | 35, 169          | E., Brähler       | 55, 57, 99, 147  |
| C., Eicher          | 60                            | C., Zuccarella       | 32               | E., Bruckmayer    | 76               |
| C., Engerer         | 107                           | C., Zuccarella-Hackl | 175              | E., Castelao      | 110              |
| C.E., Scheidt       | 23, 76                        |                      |                  | E, Donnachie      | 10               |
| C., Ganter-Argast   | 18                            | <b>D</b>             |                  | E., Fellmer-Drüg  | 59, 60, 106      |
| C., Gattlen         | 165                           | D., von Boetticher   | 98               | E., Georgiadou    | 58, 103          |
| C., Grabsch         | 162                           | D., Amelung          | 56               | E., Gizewski      | 74               |
| C., Grämer          | 92                            | D.A., Schmid         | 44               | E., Gutyrchik     | 15               |
| C., Hamberger       | 158                           | D., Bernheim         | 6                | E., Hansen        | 105              |
| C., Haufe           | 114                           | D., Blaumer          | 157              | E.J., Leehr       | 34, 160          |
| C., Herrmann        | 43                            | D., Bräuer           | 102              | E.K., Brölz       | 174              |
| C., Herrmann-Lingen | 41, 70, 123                   | D., Cella            | 99               | E., Klumbies      | 102              |
| C., Kirschbaum      | 102                           | D., Dammann          | 9, 129           | E., Kounadis      | 25               |
| C., Kleiber         | 70, 123                       | D., Falvay           | 175              | E.-L., Brakemeier | 20               |
| C., Kuhn            | 85                            | D., Frey             | 15               | E., Leehr         | 33, 51, 132, 137 |
| C., Lahmann         | 53, 54, 85, 120, 141          | D., Friedrich        | 55, 98           | E.M.J., Peters    | 79               |
| C., Laier           | 88                            | D., Grevenstein      | 95               | E., Morawa        | 71, 141          |
| C., Lehmann         | 117                           | D.-H., Jan           | 87               | E.M., Voth        | 103              |
| C.L., Rock          | 139                           | D., Huber            | 24, 66, 67, 100  | E., Naranjo       | 174              |
| C., Maguire         | 53                            | D., Huhn             | 48               | E., Neubauer      | 56               |
| C.M.F., Zemlin      | 123                           | D., Jenett           | 22               | E., Neugebauer    | 60               |
| C., Müsch           | 48                            | D., Kästner          | 8, 51            | E.N., Wagner      | 110, 139         |
| C., Nikendei        | 42, 47, 48, 60, 111, 112, 146 | D., Kliemann         | 25               | E., Peters        | 46, 47           |
| C., Norra           | 69                            | D., König            | 153              | E., Pöppel        | 15               |
| C., Papachristou    | 17, 84                        | D., Kramer           | 76               | E.R., Muth        | 129              |
| C., Peterhänsel     | 130                           | D., Kress            | 37               | E., Rothermund    | 11, 129          |
| C., Pieh            | 30, 40, 158, 160              | D., Mayer            | 11               | E., Rottler       | 129, 164         |
| C., Pohl            | 92                            | D., Mihalits         | 136              | E.R., Petzold     | 49               |
| C., Prassler        | 27                            | D., Müller           | 16               | E., Schlottbohm   | 99, 120, 138     |
| C., Rau             | 113                           | D., Niederwieser     | 89               | E., Schumann      | 62               |
| C., Ruckes          | 68                            | D., Noeres           | 89               | E., Skoda         | 122              |
| C., Schilling       | 94                            | D., Pokorny          | 6, 93, 129       | E., Speer         | 132              |
| C., Schlipfenbacher | 20                            | D.P., Williams       | 175              | E., Stroe-Kunold  | 86               |
| C., Schramm         | 62                            | D., Schellberg       | 58               | E.W., Breitbart   | 59               |
| C., Schroeter       | 56                            | D., Schmid           | 53               | E., Wentzlaff     | 29               |
| C., Schulz          | 170                           | D., Schwartz         | 73, 150          | E., Winkler       | 160              |
| C., Schwemmler      | 113                           | D., Seidler          | 22               | E., Wollburg      | 51               |
| C., Seybert         | 67                            | D., Spieler          | 27               |                   |                  |
| C., Seydel          | 40                            | D., Stoevesandt      | 59               | <b>F</b>          |                  |
| C., Steinert        | 150                           | D., von Boetticher   | 96, 125, 149     | F., Aigner        | 151              |
| C., Stierle         | 102                           | D., Wallwiener       | 35, 36, 115, 169 | F., Böhlen        | 44, 166          |

F., Eppe	144
F., Fischer	65, 66, 148
F., Geiser	11, 82, 101
F., Hellmond	9
F., Honegger	53
F., Junne	47, 48, 111, 112, 130, 137, 138, 142
F., Kraus	86
F., Lambertus	41
F., Lammert	55, 98
F., Lederbogen	69
F., Lehnig	93
F., Leichsenring	69, 100, 150
F., Leweke	155
F., Oettel	58
F., Petrak	68, 69
F., Richter	15
F., Ringel	116, 169
F., Röhricht	85
F.R., Rommel	79
F., Siedentopf	40
F., Strom	131
F., Stuber	47, 138, 142
F., Vitinius	41, 59, 60, 83, 84, 116
F., von Heymann	76, 77
F., Zimmerhackl	156
F., Zimmermann-Viehoff	43, 92

## G

G., Baumgarten	59
G., Bergmann	152
G., Burlingame	73, 150
G., Dammann	50
G., Dehnert	30
G., Deuring	44
G., Gerken	167
G., Gimpl	162
G., Grabmayer	24
G., Henrich	91, 116
G., Hertel	155
G.H., Seidler	104
G., Jahns-Streubel	171
G., Juckel	69
G., Klug	66, 67, 68, 100
G., Langs	28
G., Liegl	30, 40, 158, 160
G., Müller	9
G., Proulx	73
G., Romer	8
G., Rosenblau	25
G., Rücker	171
G., Schiepek	50

G., Schmid	16, 53, 54, 120
G., Schmid-Ott	80
G., Tasca	73, 150
G., Tian	66
G., Trojan	162
G., Weißflog	89
G., Wirtz	30

## H

H., Albrecht	111
H., Becher	71
H., Berth	168
H., Brenner	44, 166
H.C., Deter	41, 43, 92
H.-C., Friederich	34, 84, 99, 120, 138, 167, 171
H.C., Traue	110
H., Döhner	89
H., Federschmidt	97
H., Fehrl	113
H., Geinitz	116, 169
H., Glaesmer	147
H., Gruber	142
H., Gündel	11, 42, 74, 89, 164
H.J., Freyberger	6
H., Jurkat	62
H., Katus	42
H., Kessler	31, 32
H., Kirsch	153
H., Koch	65
H., Köhler	58
H., Kraußlach	143
H., Lausberg	45, 59
H., Matsuoka	121
H., Maxeiner	155
H., Möhrer	117
H., Neubauer	69
H., Oerkwitz	138
H., Pfaff	60
H.R., Heekeren	25
H., Rießbeck	30
H.R., Widmer	175
H., Sandler	17
H., Sattel	85, 107
H., Sauer	9, 57, 58, 92, 129, 173
H., Schäfer	42
H., Schauenburg	7, 49, 55, 146, 162
H., Schröder	12
H., Schulz	148
H., Sklenarova	35
H., Stepan	93
H., Strenge	151
H.-U., Sappok	13

H., Walach	12
H., Walter	75
H., Weiss	23
H., Weiß	121
H., Wu	64
H., Zimmer	116
H., Znoj	128, 164, 165, 166

## I

I., Chiba	121
I., Croy	31, 151
I., Demircapa	15
I., de Vries	153
I., Dziobek	25
I., Fritzsche	65
I., Helmich	45
I., Ivanova	73
I., Kilimann	114
I., Maatouk	44, 166
I., Mack	9, 25, 57, 58, 92, 129, 130, 173
I., McGregor	91
I., Muff	47, 111, 112
I., Pfaffinger	76
I., Reiner	162
I., Sammet	18, 50
I., Schank	138, 142
I., Steffens-Guerra	95
I., Tallar	170
I.-T., Kolassa	74
I., Tominschek	158
I., Uhl	69
I., Wahl	99
I., Wegener	11, 82, 101

## J

J., Aden	134, 135
J., Adler	126
J., Adolphi	149
J., Allum	53, 174
J., Barten-Hohn	20
J., Barth	128, 164, 165, 166
J., Bauer	15
J., Bechtluft-Sachs	162
J., Becker	63, 82, 135
J., Beneke	122
J., Blautzik	15
J., Bock	78
J., Böhme	45
J., Borns	16
J., Breining	114, 172
J., Brockmann	153
J.-B., Schmeing	31

- J., Bungartz ..... 61  
 J.C., Ehrental ..... 42, 55, 114, 146, 162  
 J.C., Schneider ..... 116, 169  
 J., Daniels ..... 30, 152  
 J., Ernst ..... 89  
 J., Freund ..... 37, 161  
 J., Frommer ..... 152  
 J.F., Thayer ..... 175  
 J., Glaser ..... 61  
 J., Glaus ..... 110  
 J., Gottschalk ..... 85  
 J., Halter ..... 44  
 J., Heinz ..... 125  
 J., Heuser ..... 52  
 J., Hoppner ..... 55, 98  
 J., Hoyer ..... 102, 125, 147, 163  
 J.-H., Schultz ..... 42, 43, 60  
 J., Huber ..... 36, 48  
 J., Jaunzeme ..... 10  
 J., Junge-Hoffmeister ..... 123  
 J., Jünger ..... 41, 59, 60, 106, 160  
 J., Keller ..... 113  
 J., Kleinert ..... 22  
 J., Klinghammer ..... 42, 74  
 J., Knoblauch ..... 23  
 J., Koenig ..... 175  
 J., König ..... 43, 45  
 J., Köster ..... 47  
 J., Kruse ..... 47, 69, 79, 150  
 J., Lang ..... 114, 170, 172  
 J., Leinert ..... 176  
 J., Mander ..... 18  
 J., Martini ..... 163  
 J., Mayer ..... 21  
 J., Melches ..... 158  
 J.M., Fegert ..... 6  
 J.-M., Schrader ..... 114  
 J.M., Schrader ..... 172  
 J., Oster ..... 9, 145, 158  
 J., Passweg ..... 44  
 J., Pastore-Molitor ..... 127  
 J., Pekal ..... 88  
 J., Penders ..... 92  
 J., Pruessner ..... 32  
 J.-P., Schmid ..... 128, 164, 165, 166  
 J.-P., Sowa ..... 167  
 J., Reichenbach ..... 118  
 J., Ringwald ..... 35, 90, 114, 115, 169, 170, 172  
 J.R., Keefe ..... 162  
 J., Ronel ..... 41  
 J., Rosendahl ..... 73, 150  
 J., Rubel ..... 76  
 J., Russell ..... 91  
 J., Rutsohn ..... 99  
 J., Schellong ..... 30, 31, 144, 151  
 J., Schultz ..... 41  
 J., Schweitzer ..... 95  
 J., Schwille-Kiuntke ..... 92, 173, 176  
 J., Sedelmaier ..... 117  
 J., Selle ..... 103  
 J., Spang ..... 121  
 J., Steinig ..... 134  
 J., Stingl ..... 13  
 J., Svaldi ..... 33  
 J.S., Zimmermann ..... 18  
 J., Tesarz ..... 103, 104  
 J., Thayer ..... 43  
 J., Treasure ..... 91  
 J.T., Wagner ..... 110  
 J., von Wietersheim ..... 9, 23, 93, 145, 157  
 J., v. Wietersheim ..... 129  
 J., Wagner ..... 175  
 J., Walther ..... 97  
 J., Wei ..... 66  
 J., Wiltfang ..... 69  
 J., Wiltink ..... 95, 96, 127  
 J., Zimmermann ..... 66, 67, 100
- K**
- K., Brass ..... 106  
 K., Braun ..... 78  
 K., Diehl ..... 21  
 K., Duken ..... 145  
 K.E., Giel ..... 17, 33, 34  
 K., Ehinger ..... 45  
 K.E., Keifenheim ..... 49, 122, 160  
 K., Endorf ..... 23  
 K., Fritzsche ..... 37, 41, 64, 65, 66, 124, 161  
 K., Gerzymisch ..... 63, 82, 135, 157  
 K., Giel ..... 21, 25, 51, 137  
 K., Hagen ..... 157  
 K., Hake ..... 114  
 K.H., Brisch ..... 16  
 K., Hennig-Fast ..... 15  
 K.-H., Jöckel ..... 71  
 K.-H., Ladwig ..... 41  
 K., Holzinger ..... 93  
 K., Hönig ..... 89  
 K.-H., Schulz ..... 83  
 K., Hünнемeyer ..... 58  
 K., Jahn ..... 120  
 K.J., Calfas ..... 139  
 K., Keifenheim ..... 111  
 K., Kramsreiter ..... 116, 169  
 K., Krohmer ..... 33  
 K., Kröll ..... 106  
 K., Kronfeld ..... 68  
 K., Labek ..... 13, 14, 74  
 K., Lau ..... 86, 119  
 K.L., Hupa ..... 79  
 K., Limbacher ..... 157  
 K., Limbrecht-Ecklundt ..... 110  
 K., Linde ..... 134  
 K.L., Wilson ..... 139  
 K.-M., Engster ..... 130, 148  
 K.-M., Taube ..... 46  
 K., Müller ..... 126  
 K.N., Levy ..... 162  
 K., Orth-Gomer ..... 41  
 K., Petermann ..... 45  
 K., Petrowski ..... 57  
 K.P., Krieger ..... 112  
 K., Pöhlmann ..... 26, 94  
 K., Radziej ..... 54  
 K., Reichhoff ..... 148  
 K., Rether ..... 78  
 K., Schag ..... 33, 34, 132, 137  
 K., Schieber ..... 90, 167  
 K., Schierz ..... 147  
 K., Schreiber-Willnow ..... 155  
 K., Schury ..... 74  
 K., Strehl-Schwarz ..... 47  
 K., Tritt ..... 77, 78, 94  
 K.-U., Saum ..... 44, 166  
 K., Wegscheider ..... 86  
 K., Weidner ..... 26, 31, 55, 94, 98, 123, 151, 156  
 K., Weimer ..... 25, 61, 129, 173, 174  
 K., Wick ..... 143  
 K.W., Müller ..... 88  
 K., Wölfling ..... 88, 126  
 K., Wos ..... 87  
 K., Zimmermann ..... 92, 156
- L**
- L., Adametz ..... 15  
 L., Bernd ..... 8  
 L., Chuey-Ferrer ..... 30  
 L., Claes ..... 87, 103  
 L., Cojocar ..... 78  
 L., Colloca ..... 61, 173  
 L., Dommès ..... 13, 14  
 L., Erdur ..... 45, 92  
 L., Franke ..... 69  
 L., Gebauer ..... 62  
 L., Gerstner ..... 115  
 L., Gotthardt ..... 95

L., Gründel	163	M., Göth	114, 170, 172	M., Schoett	101
L., Horsch	146	M., Greetfeld	52	M., Scholz	166
L., Janetzki	118	M., Hartmann	35, 171	M., Schonnebeck	72
L., Jerg-Bretzke	110	M., Hashizume	17	M., Schott	24
L., Joksimovic	71	M., Hauser	175	M., Shedden-Mora	86, 119
L., Kallenbach	101	M., Hautzinger	34, 68	M., Skunde	34
L., Kriston	23	M., Hayden	148	M., Sleptsova	53
L., Neugebauer	18	M., Hellmich	41	M., Smid	176
L., Reuter	76	M., Hofmann	69, 150	M., Stephan	79
L., Schattenburg	63	M., Hollub	30	M., Sulprizio	22
L.S., Redwine	139	M., Holme	82, 135	M., Teufel	9, 17, 18, 35, 36, 49, 57, 58, 90, 114, 115, 117, 122, 129, 130, 138, 142, 160, 169, 170, 172
L., Tang	65	M., Hölzer	11	M., Thomas	171
L., Thomas	32, 175	M.J., Lambert	94	M., Tischinger	131
L., Touyz	91	M.J., Müller	68	M.T., Luong	15
L., van Maasackers	148	M., Karacic	51	M., Vogel	152
L., Zhang	66	M., Kemper	52	M., Vogelhuber	89
L., Zhu	66	M., Kleinstäuber	85	M., von Mahrenholz	37
<b>M</b>		M., Koch	83	M.V., Rector	144
M., Abele	151	M., Koemeda	165	M., Wallwiener	115
M., Addo	62	M., Köhler	162	M., Weisbrod	42
M., Agthe	15	M., Kohlhäufel	121	M.W., Haun	35, 171
M., Alich	60	M., Körner	122	M., Wickert	170
M.A., Rieger	11	M., Kramer	57	M., Zabolitzki	153
M., Bartolovic	42	M., Kuske	17	M., Zellner	162
M., Bassler	18, 81	M., Lehmann	62	<b>N</b>	
M.B., Beckmann	84, 167	M., Leuschner	43	N., Axmacher	31, 32
M., Becker	6	M., Leuzinger-Bohleber	101	N., Becker	55, 98
M., Beckmann	83	M., Linden	80, 126	N., Dragano	71
M., Beutel	23, 162	M., Lindner	99, 120, 138, 167	N., Gabor	59
M., Blüher	130	M., Metzler	90	N., Green	24, 25
M., Boden	116	M., Michal	41, 95, 126	N., Gröger	78
M., Boeckle	30, 40, 158, 160	M., Möllenkamp	139	N., Hammond	73
M., Böttcher	84, 167	M., Murakami	17	N., Hartkamp	22
M., Brand	88, 103	M., Nadig	124	N., Kalckhoff	45
M., Braun	105	M., Nagl	93, 130	N., Koehl-Hackert	48
M., Büttner	26, 127	M., Nelles	155	N., Mazurak	17, 129
M., Carpenter	174	M., Niglio de Figueiredo	37, 116, 161	N., Mcquaid	73
M.C., Menck	80	M.N., Jarczok	175	N., Nyenhuis	39
M., Dehoust	148	M., Noll-Hussong	162	N., Pundt	71
M., de Zwaan	39, 58, 67, 87, 103, 122, 139	M.-P.F., Strippoli	110	N., Riemer	39
M.D., Gulewitsch	173	M., Preisig	110	N., Ringel	60, 106
M., Dieterich	53, 54, 120	M., Princip	128, 164, 165, 166	N., Rudolph	30
M., Dreier	88, 126	M., Quetz	38	N., Schabinger	126
M.E., Beutel	63, 82, 88, 95, 96, 126, 127, 135, 157	M., Ratzek	67, 68	N., Schäffeler	25, 35, 36, 90, 114, 115, 117, 172
M., Franz	22, 171	M., Reiser	15	N., Scherbaum	167
M., Fritzscht	152	M., Roos	60	N., Speiser	35, 49, 111, 160
M., Gander	6	M., Rose	17, 39, 40, 47, 51, 70, 79, 92, 99, 132, 148, 149	N., Speisser	169
M., Geradt	125	M., Rudat	41	N., Tajik	173
M., Gladigau	86, 119	M., Sack	26, 27, 127	N., Tamm	148
M., Gornostayeva	106, 160	M., Sator	106		
		M., Schiltenswolf	56		

- N., Xiong ..... 66  
N., Zech ..... 105
- O**
- O., Klipsch ..... 7  
O., Ommen ..... 60  
O., Schreer ..... 59  
O., Witzke ..... 83
- P**
- P., Berberat ..... 107  
P., Beschoner ..... 13, 14  
P., Brüggemann ..... 39, 40, 149  
P., Deibler ..... 157  
P., Enck 9, 10, 17, 61, 92, 129, 173, 174, 176  
P., Engeser ..... 60  
P., Fiessinger ..... 129  
P., Grossman ..... 44  
P., Gulbrandsen ..... 60  
P., Hemmer-Torhorst ..... 91  
P., Henningsen ..... 53, 54, 61, 120  
P., Herschbach ..... 91, 116, 169  
P., Heusser ..... 142  
P.H., Wirtz ..... 32, 175  
P.J., Mills ..... 139  
P., Joraschky ..... 151  
P., Kobelt ..... 130  
P., Kok ..... 112  
P., Kutz ..... 105  
P., Maatz ..... 36  
P., Müllauer ..... 148  
P.-M., Wippert ..... 144  
P., Pärschke ..... 116  
P., Pilkonis ..... 99  
P., Plümer ..... 148  
P., Rochlitz ..... 23  
P., Roever ..... 31, 151  
P., Schneeweiß ..... 174  
P., Trotzke ..... 103  
P., Vollenweider ..... 110  
P., Wersch ..... 102  
P., Windhorst ..... 57  
P., Windthorst ..... 17  
P., Yazar ..... 33  
P., Zimmermann ..... 122
- R**
- R., Adamaszek ..... 153  
R., Albrecht ..... 103, 104, 118, 119  
R., Bönisch ..... 80  
R., Conrad ..... 11, 82, 101  
R., Erschens ..... 47, 111, 112  
R., Feuerecker ..... 54  
R., Golomb ..... 133  
R., Grenon ..... 73  
R., Hellweg ..... 79  
R.J., Ellis ..... 175  
R.J., Knickenberg ..... 63, 82, 135, 157  
R., Kilian ..... 11  
R., Leonhart ..... 64, 65, 66, 124  
R., Meister ..... 128, 164, 165, 166  
R., Mentel ..... 6  
R., Mestel ..... 156  
R., Nater-Mewes ..... 64  
R., Neu ..... 81  
R., Obliers ..... 59  
R., Oepen ..... 142  
R., Richter ..... 18  
R., Schaefert ..... 28, 86  
R., Schäfer ..... 22, 171  
R., Schäfert ..... 64, 65  
R., Steyer ..... 76  
R., Viviani ..... 13, 14, 74  
R., von Känel 32, 110, 128, 139, 164, 165, 166, 175  
R.W., Dahlbender ..... 94  
R., Weber ..... 72  
R., Weiner ..... 58  
R., Wiest ..... 32  
R., Winfried ..... 85  
R., Zwerenz ..... 63, 82, 135, 157
- S**
- S., Aberl ..... 120  
S., Andreas ..... 148  
S., Andrich ..... 71  
S., Ball ..... 155  
S., Barkowski ..... 73, 150  
S., Becker ..... 18, 57  
S., Berti ..... 126  
S., Borkhardt ..... 61  
S., Brucker ..... 115  
S., Bürgermeister ..... 121  
S., Campbell ..... 42, 74  
S., Decker ..... 138, 142  
S., Düllmann ..... 99  
S., Ehehalt ..... 138, 142  
S., Erk ..... 75  
S., Estel ..... 171  
S., Gähler ..... 92  
S., Gawlik ..... 115  
S., Geyer ..... 10, 89  
S., Gouda ..... 15  
S., Grohmann ..... 112  
S., Gutberlet ..... 29  
S., Hamacher ..... 41  
S., Hermes ..... 155  
S., Herpertz ..... 34, 69, 136  
S., Hoefert ..... 36  
S., Hong ..... 139  
S., Hörz-Sagstetter ..... 7, 20, 101  
S., Jahnke ..... 125  
S., Janke ..... 103, 104  
S., Jowsey-Gregoire ..... 84  
S., Kopisch ..... 155  
S., Krause ..... 74  
S., Kröncke ..... 83  
S., Kunze ..... 168  
S., Leisner ..... 103, 104  
S., Liebherz ..... 23  
S., Maguire ..... 91  
S., Martin Benito ..... 137, 142  
S., Martin-Benito ..... 138  
S., Masneri ..... 59  
S., Mayer ..... 36  
S., McLaughlin ..... 73  
S., Michelberger ..... 156  
S., Mortier ..... 164  
S., Neb ..... 130  
S., Nobis ..... 26  
S., Nolte ..... 47, 65, 66, 148  
S., Ölschläger ..... 57  
S., Pleger ..... 42  
S., Rabung ..... 23  
S., Rambau ..... 11, 82, 101  
S., Rieper ..... 137  
S., Sandra ..... 52  
S., Schäfer ..... 55, 98  
S., Schmädeke ..... 157  
S., Schmidt ..... 15  
S., Schmiedel ..... 62  
S., Schneider ..... 21  
S., Schurig ..... 57  
S., Schwager ..... 143  
S., Silveira ..... 15  
S., Singh ..... 57  
S., Spanknebel ..... 97  
S., Spörl-Dönch ..... 82, 135  
S.S., Rajec ..... 113  
S., Steinhausen ..... 60  
S., Stock Gissendanner ..... 80  
S., Tagay ..... 99, 120, 138  
S., Teipel ..... 114  
S., van der Mei ..... 47  
S., Vehling ..... 117  
S., Vehre ..... 171

# Autorenindex

S., von Heymann ..... 78  
S., Wesselmann ..... 59  
S., Wilm ..... 60  
S., Wohnsland ..... 43  
S., Wunderlich ..... 37  
S., Zipfel ..... 9, 17, 18, 21, 25, 33, 34,  
35, 36, 47, 48, 49, 51, 57, 58, 67, 90, 92, 111,  
112, 114, 115, 117, 122, 129, 130, 137, 138,  
142, 160, 169, 170, 172

## T

T., Braungardt ..... 114, 152  
T., Bugaj ..... 47, 48, 111  
T., Cleworth ..... 174  
T., Dresler ..... 34  
T., Eigentler ..... 36  
T., Hatzel-Meimers ..... 145  
T., Hinterberger ..... 12  
T.H., Loew ..... 78, 94, 105, 133  
T., Hofmann ..... 45, 70, 132  
T., Inglis ..... 174  
T., Köhler ..... 176  
T., Langens ..... 72  
T., Langhagen ..... 120  
T.L., Clouthier ..... 162  
T.L.K., Schweden ..... 102  
T., Loew ..... 76  
T., Meier ..... 164  
T., Meile ..... 57, 58  
T., Meyer ..... 70  
T., Muck ..... 36  
T., Probst ..... 77, 94  
T., Schatz ..... 53  
T., Schneekloth ..... 84  
T., Specht ..... 29  
T., Starzinski ..... 30  
T., Steinbüchel ..... 87, 136  
T., Suslow ..... 56, 72  
T., Treichel ..... 123  
T., Weber ..... 164  
T., Wischmann ..... 60

## U

U., Altmann ..... 76  
U., Berger ..... 15, 143  
U., Bluhm-Dietsche ..... 30  
U., Cuntz ..... 92  
U., Dinger ..... 7, 49, 55, 162  
U., Elbelt ..... 70, 132  
U., Ettrich ..... 156  
U., Fendel ..... 17  
U., Gast ..... 30

U., Gieler ..... 79  
U., Hoppmann ..... 164  
U., Kiwus ..... 82, 135  
U., Koch ..... 117  
U., Kuebler ..... 175  
U., Masla ..... 6  
U., Sachsse ..... 127  
U.-S., Albert ..... 123  
U., Sassenberg ..... 45  
U., Schmidt ..... 51  
U., Schnurr ..... 103, 118, 119  
U., Schnyder ..... 128, 164, 165, 166  
U.-S., Donges ..... 56  
U., Simson ..... 112  
U., Voderholzer ..... 51, 52  
U., Wenzel-Meyburg ..... 170  
U., Zetsche ..... 52

## V

V., Friedrich ..... 92  
V., Graupmann ..... 15  
V., Günther ..... 72  
V., Köllner ..... 55, 81, 98  
V., Leve ..... 60  
V., Zimmermann ..... 35

## W

W.A., Brandt ..... 77  
W., Bethge ..... 36  
W., Eich ..... 103, 104  
W., Harth ..... 46  
W., Häuser ..... 147  
W., Herzog ..... 28, 34, 35, 42, 44, 48, 58, 60, 67,  
86, 166  
W., Kurtz ..... 106  
W., Langewitz ..... 53, 63  
W., Lutz ..... 76  
W., Mertens ..... 7, 20, 101  
W., Pape ..... 27  
W., Pfeiffer ..... 81  
W., Schneider ..... 114, 152  
W., Söllner ..... 29  
W., Wünsch-Leiteritz ..... 87  
W.W., Wittmann ..... 76

## X

X., Hong ..... 66  
X., Zhao ..... 66, 124  
X., Zhou ..... 93

## Y

Y., Abiko ..... 121

Y., Erim ..... 71, 83, 84, 90, 141, 167  
Y., Kahraman ..... 83  
Y., Maier ..... 164  
Y., Nakai ..... 17  
Y., Paelecke-Habermann ..... 156  
Y., Pang ..... 65  
Y., Sakano ..... 121  
Y., Stöbel-Richter ..... 57  
Y., Zhang ..... 64, 124

## Z

Z., Sarah ..... 39





