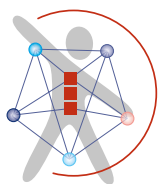


# Beziehung und Gesundheit

Fortschritte in der Psychosomatischen Medizin

16. bis 19. März 2016, Potsdam

## Abstractbuch



**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)

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



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

**DKPM** Deutsches Kollegium für  
Psychosomatische Medizin



**6 – 121**

---

**Wissenschaftliche  
Symposien**

---

**124 – 173**

---

**Postersessions**

---

**176 – 182**

---

**Autorenindex**

---

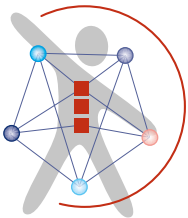
# Psyche – Soma. Mensch – System.

22. bis 25. März 2017, Berlin

Kongresspräsident: Prof. Dr. Bernd Löwe, Hamburg

Hotline: 030/246 032 80

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



**Deutscher Kongress für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**

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

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

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

**DKPM** Deutsches Kollegium für  
Psychosomatische Medizin

---

# Wissenschaftliche Symposien

---

## Psychodiabetologie - Neues aus der Forschung

### Depressionsverläufe bei Erwachsenen mit neu diagnostiziertem Typ 1 Diabetes: Längsschnittdaten über fünf Jahre

Kamplung H.<sup>1</sup>, Petrak F.<sup>2</sup>, Farin-Glattacker E.<sup>1</sup>, Herpertz S.<sup>2</sup>, Mittag O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin - Department für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum (Germany), Bochum, Deutschland

**Hintergrund:** Depression bildet eine häufige Komorbidität bei Erwachsenen mit Typ 1 Diabetes und ist mit Hyperglykämie, Komplikationen sowie erhöhten diabetesbezogenen Belastungen verbunden. Es finden sich nur wenige Untersuchungen, die Erwachsene mit Typ 1 Diabetes im Längsschnitt beobachten.

**Methoden:** Über einen Zeitraum von 5 Jahren wurden von einem der Autoren (FP) 313 Erwachsene mit neu diagnostiziertem Typ 1 Diabetes jährlich untersucht (t0-t5). Auf Grundlage der Depressionsskala der SCL-90-R wurden Verlaufsanalysen mittels Growth Mixture Modeling (GMM) durchgeführt (Mplus). Es wurden verschiedene Parameter betrachtet (Depressionsdiagnose (MINI-DIPS), Psychische Beeinträchtigungen (SCL-90-R), HbA1c, Lebensqualität (LQD), Alltagsbelastungen bei Diabetes (FBD), Familiäre Unterstützung (PFUK-R)), um eine Klassenzugehörigkeit (GMM) entweder vorherzusagen (Prädiktoren zu t0 / t1) oder diese zu charakterisieren (zu t5). Die Analyse der Daten erfolgte deskriptiv, mittels einfaktorier ANOVAS, Chi<sup>2</sup>-Tests und multinomialer logistischer Regressionen.

**Ergebnisse:** An der Studie nahmen mehr Männer (62.3%) als Frauen teil; zu t0 lag das Durchschnittsalter bei 28.2 Jahren (Range: 17-40) und bei 5.8% wurde mittels des MINI-DIPS eine Depression diagnostiziert. Bei der Analyse der Langzeitverläufe legen die GMM-Gütekriterien eine 3-Klassen-Lösung nahe. Der Großteil der Patienten findet sich in Klasse 3 (79.9%; keine Depression), 6.4 Prozent zeigen initial depressive Symptome, die sich zunächst verschlechtern und dann verbessern (Klasse 2), und bei 13.7 Prozent der Patienten zeigen sich stetig verschlechternde depressive Symptome (Klasse 1). Nur die initiale Depressionsdiagnose (MINI-DIPS;  $b=1.5$ , Wald  $\chi^2_{(1)}=5.4$ ,  $p<.05$ ) sowie erhöhte Werte des GSI (SCL-90-R;  $b=-.1$ , Wald  $\chi^2_{(1)}=41.4$ ,  $p<.001$ ) konnten eine Klassenzugehörigkeit zu Klasse 1 oder 3 signifikant vorhersagen. Patienten der Klasse 1 sind durch eine schlechtere Blutzuckerkontrolle, geringere diabetes-bezogene Lebensqualität, verringerte Angemessenheit der sozialen Unterstützung sowie vermehrte diabetes-bezogene Alltagsbelastungen gekennzeichnet.

**Diskussion:** Ein Großteil der Erwachsenen mit einem neu diagnostizierten Typ 1 Diabetes zeigt sich unbelastet, wobei sich bei einem kleinen Teil eine stetige Zunahme depressiver Symptome findet, die mit vermehrten (diabetes-bezogenen) Belastungen

einhergehen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, eine Depression bei Patienten mit Typ 1 Diabetes zeitnah zu erkennen.

### Prädiktion des Gewichtsverlusts 4 Jahre nach Sleeve-Gastrektomie: Relevanz von Depressivität und Typ 2 Diabetes

Teufel M.<sup>1</sup>, Mack I.<sup>1</sup>, Ölschläger S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>, Klimek J.<sup>2</sup>, Smolka R.<sup>1</sup>, Rapps N.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Allg. Chirurgie, Tübingen, Deutschland

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

**Methoden:** 82 Patienten, die im relevanten Zeitraum eine SG erhielten, konnten in diese Katamnese-Studie eingeschlossen und am Zentrum nachuntersucht werden. Somatische und soziobiographische Daten wurden erhoben. Darüberhinaus wurden Essstörungssymptome mittels strukturiertem Experteninterview (EDE) und Fragebögen (EDI, FEV) erfasst. Depressivität wurde mit dem PHQ quantifiziert. Zur Ernährungserhebung wurden zwei 24h-Food-Recalls sowie der Food Frequency Questionnaire verwendet und mit der Multiple Source Methode analysiert.

**Ergebnisse:** Zum Untersuchungszeitpunkt lag die SG im Mittel 4 Jahre zurück.

Der BMI vor der 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 (%EWL) lag bei  $49,5 \pm 33,2$  %. Negative Prädiktoren des %EWL waren bei Frauen ein vorbestehender Diabetes Typ 2 (DM) und bei Männern Depressivität. Andere psychosoziale und Verhaltensvariablen hatten keinen signifikanten prädiktiven Wert. 8 Patienten hatten vor der SG eine Binge Eating Störung, im Follow-up ein Patient. Im Follow-up berichteten 15,7 % Loss-of-control-Eating und 39,1% Grazing. Berechnungen ergaben, dass 10 % der Patienten mehr Energie (überwiegend in Form von Fetten) aufnehmen, als zur Aufrechterhaltung ihres aktuellen Körpergewichts nötig wäre.

**Diskussion:** Im langfristigen Verlauf nach SG tritt das Vollbild einer Essstörung sehr selten auf. Jedoch weist ein Teil an Patienten postoperativ Essstörungssymptome auf, die mit einer erhöhten Energieaufnahme einhergehen. Es liegt nahe, dass das chirurgische Outcome positiv beeinflusst werden kann, wenn Risikopatienten rechtzeitig identifiziert und mit gezielten Interventionen unterstützt werden. Geschlecht, Depressivität und das Vorliegen eines DM sollten in der individualisierten Nachsorge berücksichtigt werden. Gefördert von BMBF 01GI1322

## Hochsensitives C-reaktives Protein und Erfolg von Depressionsbehandlung bei Diabetes und komorbider Major Depression - Ergebnisse aus der Diabetes-Depressions-Studie

Zahn D.<sup>1</sup>, Herpertz S.<sup>2</sup>, Albus C.<sup>3</sup>, Hermanns N.<sup>4</sup>, Hiemke C.<sup>5</sup>, Hiller W.<sup>6</sup>, Kronfeld K.<sup>7</sup>, Kruse J.<sup>8</sup>, Kulzer B.<sup>4</sup>, Müller M. J.<sup>9</sup>, Ruckes C.<sup>7</sup>, Petrak F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Gesundheitspsychologie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Köln, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>4</sup>Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, Bad Mergentheim, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>6</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinische Psychologie, Mainz, Deutschland, <sup>7</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien, Mainz, Deutschland, <sup>8</sup>Universitätsklinikum Gießen und Marburg der Justus-Liebig-Universität Gießen und Philipps-Universität Marburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Marburg, Deutschland, <sup>9</sup>Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Inflammatorische Prozesse werden als Einflussfaktoren bei der Ätiologie von Depressionen diskutiert. Erste Studien deuten an, dass Inflammationsmarker wie hochsensitives C-reaktives Protein (hs-CRP) auch für das Ansprechen auf eine Depressionsbehandlung eine Rolle spielen könnten. Ziel war es daher, die Rolle von hs-CRP bei Patienten mit Diabetes und Major Depression für den Therapieerfolg einer Sertralintherapie (SER) oder kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zu untersuchen und zu überprüfen, inwieweit SER oder KVT zu Veränderungen in hs-CRP führen. Explorativ wurde getestet, ob sich die Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Diabetestyp unterscheiden.

**Methode:** Hs-CRP wurde bei 219 Patienten der Diabetes-Depressions-Studie (Alter:  $48.1 \pm 12.0$ , 62% Frauen, HbA1c:  $9.25 \pm 1.4\%$ , 51.6% Typ 2 Diabetes), die randomisiert SER oder KVT zugewiesen wurden, zur Baseline und am Ende der Langzeitphase (15 Monate) bestimmt. Therapieerfolg (Ansprechen auf die Therapie und Verbesserungen in depressiver Symptomatik) wurde jeweils zum Ende der Kurzzeitphase (3 Monate) und der Langzeitphase mit der Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) und einem strukturierten klinischen Interview erfasst.

**Ergebnisse:** Hierarchische logistische und lineare Regressionen adjustiert für Art der Behandlung, Depressionsschwere, Body Mass Index, HbA1c, Geschlecht und Alter zur Baseline zeigten, dass nur bei Typ 1 Diabetes höhere hs-CRP-Werte zur Baseline schlechteres Ansprechen auf die Therapie ( $\geq 50\%$  Symptomrückgang oder HDRS  $\leq 7$ ; OR = 0.40, 95% KI [0.17; 0.97]) und weniger Verbesserungen in depressiver Symptomatik (Kurzzeitphase:  $\beta = -.276$ ,  $p = .009$ ; Langzeitphase:  $\beta = -.282$ ,  $p = .006$ ) prädictieren. Bei Typ 2 Diabetes zeigten sich keine Zusammenhänge. Hs-CRP-Werte verän-

derten sich im Verlauf der Studie kaum. Depressionsbehandlung oder Veränderungen in depressiver Symptomatik waren nicht mit Veränderungen in hs-CRP assoziiert.

**Schlussfolgerung:** Unsere Studie liefert erste Hinweise, dass bei Typ 1 Diabetes erhöhte hs-CRP-Werte mit einem schlechteren Erfolg der Depressionsbehandlung einhergehen und indiziert, dass die Rolle inflammatorischer Parameter bei Typ 1 Diabetes und komorbider Depression weiter untersucht werden sollte.

## Therapieadhärenz als entscheidender Prädiktor des Therapieerfolges bei depressiven Patienten mit Diabetes: Ergebnisse der Diabetes-Depressions-Studie (DAD-Studie)

Petrak F.<sup>1</sup>, Müller M. J.<sup>2,3</sup>, Albus C.<sup>4</sup>, Hiemke C.<sup>5</sup>, Hiller W.<sup>6</sup>, Kronfeld K.<sup>7</sup>, Kruse J.<sup>3</sup>, Kulzer B.<sup>8</sup>, Ruckes C.<sup>7</sup>, Zahn D.<sup>9</sup>, Herpertz S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland, <sup>2</sup>Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Gießen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Gießen und Marburg der Justus-Liebig-Universität Gießen und Philipps-Universität Marburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Marburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Köln, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>6</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinische Psychologie, Mainz, Deutschland, <sup>7</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien, Mainz, Deutschland, <sup>8</sup>Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, Bad Mergentheim, Deutschland, <sup>9</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Gesundheitspsychologie, Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Depressive Diabetespatienten weisen oft eine geringe Therapieadhärenz hinsichtlich ihrer Diabetesbehandlung auf. Im Hinblick auf eine Depressionsbehandlung wurde die Therapietreue in dieser Patientengruppe bisher nicht erforscht. Vor diesem Hintergrund untersuchen wir die Therapieadhärenz bezüglich einer Depressionsbehandlung bei depressiven Diabetes-Patienten im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Multicenterstudie.

**Methode:** 251 insulinbehandelte, depressive Patienten mit Diabetes (Typ 1/2) wurden entweder mit 50-200mg Sertralin (SER) oder 10 Sitzungen diabetesspezifischer kognitiver Gruppenverhaltenstherapie (KVT) behandelt. Nach 12 Wochen wurden die Depressionsresponse (Hamilton Depression Rating Scale, HAMD: Baseline minus 50% oder  $\leq 7$ ) untersucht. Die Therapieadhärenz wurde in beiden Gruppen über die erhaltene „Dosis“ definiert, in der KVT anhand der Anzahl besuchter Sitzungen (0=non-adhärenz; 1-7=partiell non-adhärenz; 8-10=adhärenz), in der SER-Gruppe anhand der Serumkonzentrationen von Sertralin und seinem Metaboliten Desmethylsertralin. Blutspiegeluntersuchungen erfolgten nach 8 und 12 Wochen. Patienten mit Serumkonzentrationen zu beiden Messzeitpunkten im Zielbereich wurden als ad-

härent definiert (zu einem Messzeitpunkt = partiell non-adhären, zu keinem Messzeitpunkt = non-adhären). Gruppenunterschiede (adhären vs. partiell oder non-adhären) wurden hinsichtlich der Therapieresponse mittels Chi<sup>2</sup>-Tests untersucht.

**Ergebnisse:** In der KVT (N=126) wurden 54% (68/126) der Patienten als adhären, 26,2% (33/126) als partiell non-adhären und 19,8% (25/126) als non-adhären eingeordnet. In der SER-Gruppe waren 38,3% der Patienten adhären (46/120), 28,3% (34/120) partiell non-adhären und 33,3% (40/120) non-adhären. Nach 12 Therapiewochen hatten adhären im Vergleich zu partiell oder non-adhären Patienten eine etwa fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Depressionsresponse (SER: OR 4.7; 95% CI: 2.1 - 10.5; p < 0.001; KVT: OR 5.4 95%; CI: 2.4 - 12.2; p < 0.001).

**Diskussion:** Die Ergebnisse belegen die herausragende Rolle der Therapieadhärenz für die Behandlung depressiver Diabetespatienten. Dies betrifft sowohl die medikamentöse antidepressive Behandlung, als auch die psychotherapeutische Therapie. Angesichts der intensiven Patientenbetreuung im Rahmen dieser kontrollierten Studie, ist davon auszugehen, dass der Therapieadhärenz im Versorgungsalltag eine noch größere Bedeutung für den Therapieerfolg zukommt.

## Neue Forschungsergebnisse für die Therapie von Anorexia nervosa

### Veränderungsmechanismen in der stationären Therapie von Anorexia nervosa: eine Mediatorenanalyse

Gumz A.<sup>1</sup>, Kästner D.<sup>1</sup>, Weigel A.<sup>1</sup>, Daubmann A.<sup>2</sup>, Vorderholzer U.<sup>3,4</sup>, Osen B.<sup>5</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>5</sup>Schön-Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland

Anorexia nervosa (AN) ist eine schwere psychische Erkrankung mit zahlreichen chronischen Verläufen und der höchsten Mortalitätsrate unter den psychischen Krankheiten. Weitere Verbesserungen der bisherigen Behandlungsansätze sind erforderlich. Hierfür ist es nützlich, die den Verläufen zugrundeliegenden Veränderungsmechanismen zu kennen. Hierzu gibt es bislang wenig evidenzbasiertes Wissen. Vor diesem Hintergrund war unser Ziel, übergeordnete Prozessfaktoren hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem BMI und AN-spezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen zu untersuchen.

In einer naturalistischen Multicenter-Studie wurden erwachsene Patientinnen mit AN über den Verlauf ihrer spezialisierten, stationären

Therapie hinweg untersucht (t<sub>0</sub>: Beginn, t<sub>1</sub>: Therapiemitte, t<sub>2</sub>: Ende). Mittels Pfadanalyse wurden die Zusammenhänge zwischen Body-Mass-Index (BMI), AN-spezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen und drei übergeordneten Prozessfaktoren

- 1) Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse,
- 2) emotionale Involviertheit und Therapie-Commitment,
- 3) Allianz und Behandlungszuversicht) analysiert.

Eingeschlossen wurden 176 Patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 27,1 Jahren (SD=8,9 Jahre) und einem mittleren Aufnahme-BMI von 15,0 (SD=1,6 kg/m<sup>2</sup>). Höhere Werte in den Skalen Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse und emotionale Involviertheit und Therapie-Commitment zu Therapiebeginn beeinflussten signifikant positiv den BMI zur Therapiemitte. Eine höhere Grundbedürfnisbefriedigung zu Beginn ging mit geringeren AN-spezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen zum Therapieende einher. Zusätzlich wurden verschiedene Interaktionen zwischen den Prozessfaktoren untereinander beobachtet. Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit Grawes Konsistenztheorie diskutiert.

### Krankheitsbezogene und soziodemographische Variablen als Prädiktoren für die Dauer unbehandelter Erkrankung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa in Erstbehandlung

Weigel A.<sup>1</sup>, Kästner D.<sup>1</sup>, Wong K.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Gumz A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Zur Behandlung der AN stehen wirksame evidenzbasierte Ansätze zur Verfügung. Jedoch stehen Betroffene, wie kaum eine andere Patientengruppe, einer Behandlung ihrer Erkrankung ambivalent gegenüber. Das Intervall zwischen Erkrankungs- und Behandlungsbeginn, d.h. die Dauer unbehandelter Erkrankung, hat einen starken Einfluss auf den Krankheitsverlauf. AN-Patientinnen haben eine deutlich bessere Prognose, wenn sie früh behandelt werden. Kenntnisse der Faktoren, die die Behandlungsinitiierung beeinflussen, sind daher äußerst relevant. Möglicherweise relevante Faktoren könnten der Anorexie-Subtypus, komorbide psychische Störungen oder auch das Ausmaß an bereits erfolgtem Gewichtsverlust sein. Bislang ist unklar, welche Bedeutung diese Variablen in Relation zu soziodemographischen Faktoren haben. In einer naturalistischen Beobachtungsstudie von Anorexie-Patientinnen in Erstbehandlung wurde der Einfluss verschiedener krankheitsbezogener und soziodemographischer Faktoren auf die Dauer bis zum erstmaligen Kontakt mit dem Gesundheitssystem sowie bis zur Aufnahme einer spezialisierten Essstörungenbehandlung untersucht. Die Ergebnisse werden im Vortrag dargestellt und im Hinblick auf mögliche präventive Maßnahmen diskutiert.



## Behandlungsergebnisse bei extremer Anorexia nervosa mit Aufnahme BMI < 12 kg/m<sup>2</sup> in einer Spezialklinik

Greetfeld M.<sup>1</sup>, Heuser J.<sup>1</sup>, Schlegl S.<sup>2</sup>, Ehrig C.<sup>1</sup>, Cuntz U.<sup>1</sup>, Voderholzer U.<sup>1</sup>

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

Die Behandlung von Patientinnen mit extremem Untergewicht aufgrund Magersucht stellt das Versorgungssystem vor große Herausforderungen. Bei Behandlungen auf internistischen Abteilungen oder Intensivstationen kommen psychotherapeutische Behandlungsansätze meist zu kurz. Behandlungssettings, die ein psychotherapeutisches, psychiatrisches und internistisch-medizinisches Management gleichermaßen sicherstellen können, sind für diese Patientengruppe unverzichtbar.

Wir präsentieren Behandlungsergebnisse von 231 Patientinnen (Alter 26,1 ± 8,9 Jahre) mit Anorexia nervosa, deren BMI zum Aufnahmezeitpunkt < 12 kg/m<sup>2</sup> (Mittelwert 11,1 ± 0,9 kg/m<sup>2</sup>) entsprechend einem Aufnahmegewicht von 30,8 ± 3,7 kg betrug. Bei Aufnahme lag komorbid eine deutliche depressive Symptomatik (BDI-2 27,5 ± 12 Punkte) vor. Nur bei 16% der Patientinnen handelte es sich um die erste stationäre Behandlung. Während der Behandlung nahmen die Patientinnen durchschnittlich 3,4 ± 2,0 BMI-Punkte entsprechend 9,4 ± 5,6 kg Körpergewicht zu. Zusätzlich zur intensiven Psychotherapie erhielten 22,7% der Patientinnen Antidepressiva, 8,6% erhielten Antipsychotika.

Anhand von Chart-Reviews werden im Vortrag die internistischen und psychiatrischen Komplikationen dargestellt. In Summe ist die Entwicklung eines Refeeding-Syndroms bei der Ernährung mit oraler Kost eine Rarität. Verlegungen in internistische oder psychiatrische Kliniken sind bei adäquatem Management nur in Einzelfällen nötig.

Eine intensive, multimodale und interdisziplinäre Behandlung stellt damit einen wichtigen Behandlungsbaustein in der Behandlungskette der extremen Anorexie zur Abwehr vitaler Gefährdung dar.

## Effektivität eines Gruppentherapiemanuals zur Reduktion von zwanghaftem Bewegungsverhalten bei stationären Patienten mit Anorexia nervosa: eine randomisiert-kontrollierte Studie

Dittmer N.<sup>1,2</sup>, Schlegl S.<sup>3</sup>, Mönch C.<sup>1</sup>, Baumann S.<sup>1</sup>, von der Mühlen M.<sup>1</sup>, Marwitz M.<sup>1</sup>, Fumi M.<sup>1</sup>, Alexandridis K.<sup>1</sup>, Cuntz U.<sup>1</sup>, Jacobi C.<sup>2</sup>, Voderholzer U.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums München, München, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Zwischen 31 und 81% der Patienten mit Anorexia nervosa (AN) zeigen zwanghaftes Bewegungsverhalten, das in der Regel mit einem schlechteren Therapieergebnis, längeren stationären Aufenthalten, höheren Drop-out-Raten sowie einem höheren Rückfall- und Chronifizierungsrisiko verbunden ist. Da es bisher keine evaluierten Therapieprogramme gab, hat ein interdisziplinäres Team der Schön Klinik Roseneck ein multimodales Gruppentherapiemanual zur Reduktion von zwanghaftem Bewegungsverhalten sowie zum Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens entwickelt (AGB Gruppe). Dieser neue Behandlungsansatz kombiniert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie inkl. Exposition mit Reaktionsverhinderung, der Bewegungstherapie sowie der dialektisch-behavioralen Therapie und zielt darauf ab, sowohl das exzessive Ausmaß als auch die zwanghafte Qualität des Bewegungsverhaltens zu reduzieren. Eine erste Pilotstudie mit 32 Essstörungspatienten zeigte vielversprechende Ergebnisse. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Effektivität des neu entwickelten Gruppentherapiemanuals als Add-On-Therapie während einer stationären Behandlung im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie zu untersuchen.

**Methode:** 168 stationäre Patienten mit AN wurden entweder in die AGB Gruppe oder in „treatment as usual“ randomisiert. Als primäre Messinstrumente wurden der Compulsive Exercise Test und die Commitment to Exercise Scale eingesetzt. Zudem wurde das Bewegungsverhalten objektiv mittels Aktometermessungen erhoben und es fanden Leptin-Messungen statt.

**Ergebnisse:** Die Datenerhebung wurde kürzlich abgeschlossen und die Ergebnisse der Studie werden auf dem Kongress vorgestellt werden.

**Diskussion:** Die Ergebnisse der Studie werden wichtige wissenschaftliche und klinische Implikationen zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von zwanghaftem Bewegungsverhalten bei Patienten mit AN haben und könnten damit einen wichtigen Schritt für die Optimierung der Behandlung von Patienten mit AN darstellen.

## Die Rolle des Selbstwertes bei Anorexia nervosa - ein systematischer Review

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

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

Sowohl empirische Arbeiten als auch theoretische Konzeptualisierungen wie bspw. das transdiagnostische Modell der Essstörungen verweisen darauf, dass der Selbstwert bei Entstehung, Aufrechterhaltung, Prävention und Behandlung von Anorexia nervosa eine bedeutende Rolle spielt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es die bisherige empirische Evidenz in diesem Bereich zu strukturieren. In einem systematischen Review sollen die Datenbanken (Medline, PsycInfo, PsycArticles, PSYINDEX, Embase) für den Zeitraum von 1940 bis 2015 nach relevanten Artikeln durch-

sucht werden. Bei der Durchführung und der Ergebnisdarstellung soll dem PRISMA Statement gefolgt werden.

Die Ergebnisse des Reviews werden vorgestellt und mit besonderer Beachtung ihrer Implikationen für die therapeutische Praxis diskutiert.

## Traumaforschung

### Prädiktoren für Posttraumatische Belastungsstörung und reduzierte Lebensqualität bei nahen Angehörigen von chronisch kritisch kranken Patienten nach ITS-Aufenthalt wegen Sepsis

Wintermann G. B.<sup>1</sup>, Petrowski K.<sup>2</sup>, Frank Martin B.<sup>3,4</sup>, Strauß B.<sup>5</sup>, Rosendahl J.<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Köln, Deutschland, <sup>3</sup>Center for Sepsis Control and Care, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland, <sup>4</sup>Zentrum für klinische Studien, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, <sup>5</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

**Hintergrund:** Die schwere Sepsis mit Multiorganversagen stellt für die Betroffenen ein lebensbedrohliches Ereignis dar. Nach Überleben der schweren Sepsis können neben körperlichen auch psychische Langzeitfolgen auftreten. Schätzungen legen nahe, dass etwa jeder zweite Überlebende auch noch Jahre nach der Sepsis an klinisch relevanten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Für die nahen Angehörigen der Betroffenen stellt die Behandlung auf Intensivstation (ITS) wegen Sepsis ebenfalls eine traumatische, psychosoziale Krise dar. Prävalenzen für Symptome der PTBS liegen ähnlich hoch wie bei den betroffenen Patienten. Bisher ist wenig bekannt, welche Patienten- und Angehörigen-bezogenen Prädiktoren Symptome der PTBS und eine eingeschränkte gesundheitsbezogene Lebensqualität bei nahen Angehörigen von chronisch kritisch kranken Patienten nach Sepsis im Langzeitverlauf vorhersagen.

**Methoden:** Im Rahmen einer prospektiv-longitudinalen Erhebung wurden N = 84 Patient-Angehörigen-Dyaden bestehend aus dem chronisch kritisch kranken Patienten und dessen nahen Angehörigen (Partner, Kinder, Geschwister) drei und sechs Monate nach Entlassung von ITS mit einem Telefoninterview untersucht. Es wurden Symptome der PTBS mittels Posttraumatic Symptom Scale und die Lebensqualität mittels EQ-5D-3L erfasst.

**Ergebnisse:** Eine klinisch relevante Symptomatik der PTBS lag bei 14% in beiden Gruppen vor. Als Prädiktoren der PTBS bei den Angehörigen konnten die Zeit nach ITS-Entlassung und die Diagnose einer post-ITS-PTBS der betroffenen Patienten herausgestellt werden. Als Prädiktoren einer reduzierten gesundheitsbezogenen

Lebensqualität der Angehörigen konnten die eigene posttraumatische Belastung drei bis sechs Monate post-ITS und die Intensität der akuten posttraumatischen Belastung der betroffenen Patienten vier Wochen post-ITS herausgestellt werden.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen eine ähnlich hohe Belastung mit Symptomen der PTBS bei chronisch kritisch kranken Patienten und deren Angehörigen. Symptome einer PTBS treten bei nahen Angehörigen von chronisch kritisch kranken Patienten v.a. protahiert auf. Eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität der Angehörigen im Langzeitverlauf kann bereits frühzeitig durch die akute Belastungsreaktion der betroffenen Patienten vorhergesagt werden. Die psychologische Krise ist für die Angehörigen von chronisch kritisch kranken Patienten nach ITS-Entlassung nicht gelöst.

### Zur Transgenerationellen Weitergabe von Kriegserfahrungen bei Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms (1943): Phänomene, Mechanismen, Grenzen

Holstein C.<sup>1</sup>, Raddatz C.<sup>1</sup>, Wendell A.<sup>1</sup>, Lamparter U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Ein interdisziplinäres Forschungsprojekt untersucht seit dem Jahr 2006 die seelischen Langzeitfolgen bei Zeitzeugen, die als Kind, Jugendliche oder Heranwachsende die als „Hamburger Feuersturm“ bezeichneten Luftangriffe Ende Juli 1943 erlebt haben. Eine zentrale Forschungsfragestellung ist dabei die Tradierung und Weitergabe der zentralen Kriegserfahrung in der Familie und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die folgenden Generationen. Der Vortrag stellt die zentralen Befunde im Projekt zu der Beziehung zwischen der Erlebengeneration und der ersten Folgegeneration zusammen.

**Fragestellung:** Wie tradiert sich das Wissen über das damalige Geschehen durch die Generationen?

Gibt es klinisch relevante Folgen in der zweiten Generation?

Welche Mechanismen einer unbewussten transgenerationalen Weitergabe lassen sich in den Interviews auffinden und wie sind diese in den Interviews verteilt?

**Methode:** Hauptsächliche Datengrundlage sind Transskripte von audiodokumentierten lebensgeschichtlichen Interviews mit 60 Zeitzeugen und 45 Kindern dieser Zeitzeugen. Im Einzelnen kamen folgende Methoden zum Einsatz:

1. Schriftliche Befragung beider Generationen zum Erleben des Hamburger Feuersturms und zu damit assoziierten Einstellungen,
2. inhaltsanalytisch-themengebundene Auswertung der Kinderinterviews,
3. Erarbeitung typischer Muster anhand von paradigmatischen Einzelfällen,
4. systematisch- diagnostische Eindrucksbildung in einem Rating-Verfahren.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Wie zu erwarten ergibt sich eine höchst verschiedene Bild in den einzelnen Familien. Insgesamt zeigen sich in der zweiten Generation spezifische Ängste, die sich dem geschilderten oder phantasierten Feuersturmerleben zuordnen lassen. Es lassen sich typische Muster der Weitergabe differenzieren. Bei vergleichbaren Forschungen empfiehlt es sich von einem weiten Begriff von „Weitergabe“ in der Familie auszugehen und soziokulturelle und zeitgeschichtliche Entwicklungen mit einzubeziehen.

## **S2k Leitlinie: Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms (F48.1.)**

Michal M.<sup>1</sup>, Eckhardt-Henn A.<sup>2</sup>, Heidenreich T.<sup>3</sup>, Stiglmayr C.<sup>4</sup>, Tebartz van Elst L.<sup>5</sup>, Schmahl C.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stuttgart, Deutschland, <sup>3</sup>Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland, <sup>4</sup>Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>6</sup>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

Anfang 2015 wurde unter Federführung der beiden psychosomatischen Fachgesellschaften (DGPM und DKPM) und unter Mitbeteiligung der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN); Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV), Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) und der Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) die S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms (F48.1.)“ fertiggestellt.

Die Leitlinie wendet sich vor allem an Ärzte und Psychologen, die mit der Behandlung seelischer Erkrankungen betraut sind. Die Leitlinie soll aber auch Hausärzten, Neurologen, Hals-Nasen-Ohren- und Augenärzten als Information dienen, weil diese Disziplinen häufig primär von den Betroffenen aufgesucht werden. Denn häufig vermuten Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom anfänglich oft eine organische Ursache für ihre Beschwerden. Zum Beispiel nehmen Betroffene an, etwas stimme mit ihren Augen nicht, weil sie den Eindruck haben alles wie zweidimensional oder „wie im Film“ zu sehen; oder aber sie befürchten, an einem Hirntumor erkrankt zu sein oder unter einer Störung des Hormonhaushalts zu leiden. Psychiater, Psychosomatiker und klinische Psychologen sollen mit dieser Leitlinie Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie des Depersonalisations-Derealisationssyndroms erhalten. In dem Vortrag wird die Leitlinie vorgestellt und diskutiert.

## **Selbstkonzept bei unterschiedlichen Mustern von Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit**

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

Das Selbstkonzept ist ein signifikanter Prädiktor für seelische Gesundheit. Der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Selbstkonzept ist in der Literatur unterschiedlich belegt. Einige Studien zeigten z.B. ein geringeres Selbstkonzept bei Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Vergleich zu Personen ohne einer PTBS, andere Studien fanden keinen Zusammenhang.

Ziel der Studie war die Untersuchung, ob zwischen Patientengruppen mit spezifischen Mustern von Kindheitsmissbrauch und Kindheitsvernachlässigung Unterschiede im Selbstkonzept nachgewiesen werden können.

Die Ausgangstichprobe bestand aus 742 Patienten (Frauen 67.3%, M=36.7;SD=12.7), die im Zeitraum von 2005 bis 2010 an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Uniklinikums Dresden stationäre behandelt wurden. Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch wurden durch den Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Klinitzke et al. 2012) erfasst, das Selbstkonzept mit den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN; Deusinger, 1986).

In der vorangegangenen Studie (Schilling et al., 2014) wurden clusteranalytisch drei Gruppen identifiziert. 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. Die varianzanalytische Auswertung zeigte einen hoch signifikanten Haupteffekt CTQ-Gruppe in allen 10 Selbstkonzeptskalen. Die Post-hoc Auswertung zeigte hoch signifikante Unterschiede zwischen den drei CTQ Gruppen in den Selbstkonzeptskalen Wertschätzung durch andere und Gefühle in Beziehungen zu anderen. In allen anderen Skalen unterschied sich nur das CTQ Cluster 1 hoch signifikant von Cluster 2 und Cluster 3. Während Patienten ohne Kindheitstraumatisierung signifikant bessere Selbstkonzepte im Vergleich zu den zwei anderen Gruppen mit Kindheitsbelastungen zeigten, unterschieden sich die zwei Gruppen mit Kindheitsbelastungen nur hinsichtlich der Wertschätzung durch andere und Gefühlen in Beziehung zu anderen. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass sich Gruppen mit unterschiedlichen Mustern von Kindheitsmissbrauch und Kindheitsmisshandlung am besten durch solche Selbstkonzeptskalen differenzieren lassen, die explizit Selbstbeschreibungen im Beziehungskontext erfassen.

## Persönlichkeitsstörungen I

### Netzwerkmetaanalyse zur Effektivität und Sicherheit psychologischer, pharmakologischer und Kombinationsbehandlungen der Borderline Persönlichkeitsstörung (BORDERNET)

Rabung S.<sup>1,2</sup>, von Wolff A.<sup>2</sup>, Liebherz S.<sup>2</sup>, Leichsenring F.<sup>3</sup>, Kriston L.<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, <sup>3</sup>Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Borderline Persönlichkeitsstörung (Borderline Personality Disorder, BPD) ist eine häufige psychische Erkrankung, die durch schwere funktionelle Beeinträchtigungen, ein hohes Selbstmordrisiko, intensive Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und hohe gesellschaftliche Kosten gekennzeichnet ist. In Hinblick auf die psychologische Behandlung der BPD existiert Evidenz für die Wirksamkeit bestimmter Psychotherapieverfahren - zumindest für einige der häufigsten Probleme bei Patienten mit BPD. Bislang gibt es keine Hinweise darauf, dass eine bestimmte Form der Psychotherapie den anderen grundsätzlich überlegen wäre. Die Befunde zur Wirksamkeit von Pharmakotherapie sind deutlich heterogener. Um Praktikern im Einzelfall eine fundierte Entscheidung bezüglich der Auswahl des optimalen Behandlungsangebotes zu ermöglichen, ist eine breitere Datenbasis bezüglich der relativen Wirksamkeit und der Grenzen der verfügbaren Behandlungsoptionen notwendig.

**Methode:** Relevante Studien werden durch elektronische Datenbankrecherche, Suche in Studienregistern, Handsuche in Fachzeitschriften, Suche in Referenzlisten und Kontakte zu Experten identifiziert. Berücksichtigt werden kontrollierte Studien zu psychologischen, pharmakologischen und Kombinationstherapien. Die Datenselektion und -extraktion erfolgt jeweils durch zwei unabhängige Reviewer. Interne und externe Validität der Studien werden beurteilt. Die Ergebnisse der einzelnen Studien werden mittels Metaanalyse zusammengefasst. Die relative Wirksamkeit der Behandlungen wird mittels Netzwerk-Metaanalyse untersucht, wobei die Gesamtheit der vorhandenen direkten und indirekten Evidenz für die Schätzung der Effektgrößen verwendet und die Erstellung einer Wirksamkeits-Rangordnung der Behandlungen angestrebt wird.

**Ergebnisse:** Die vorliegende Übersichtsarbeit fasst die vorhandene Evidenz zur vergleichenden Wirksamkeit und Sicherheit von psychologischen, pharmakologischen und kombinierten Behandlungen für Menschen mit BPD zusammen. Neben der Aktualisierung der aktuell verfügbaren Evidenzbasis wird damit erstmals die gesamte vorhandene direkte und indirekte Evidenz, die in einem Netzwerk von Behandlungen und Vergleichen vorliegt, statistisch integriert. Da Netzwerk-Metaanalysen die Reihung verfügbarer Behandlungsverfahren nach ihrer relativen Wirksamkeit ermögli-

chen, können die Ergebnisse von hoher Relevanz für die klinische Entscheidungsfindung sein.

### Die automatische Verarbeitung von affektiver Valenz und ihrer Relevanz (für selbst und andere) bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Donges U. S.<sup>1</sup>, Dukalski B.<sup>1</sup>, Kersting A.<sup>1</sup>, Suslow T.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Psychosomatische Medizin, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Eine erhöhte Reaktivität auf und Sensitivität für affektive Reize sowie Beeinträchtigungen der Selbst-Andere Differenzierung sind zentrale Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Nach kognitionspsychologischen Erkenntnissen beinhaltet die automatische Wahrnehmung von affektiven Reizen das Identifizieren ihrer (positiven vs. negativen) Valenz. Zugleich wird aber auch die Relevanz der Eigenschaft (primär relevant für den Träger der Eigenschaft/ das Selbst vs. primär relevant für andere) schon in einem frühen Verarbeitungsstadium bestimmt. Solche automatischen Verarbeitungseffekte lassen sich mit Hilfe von Priming-Experimenten (mit sequentieller Wort-Wort Vorgabe) erheben. In der vorliegenden Studie wurde die automatische Wahrnehmung von affektiver Valenz und ihrer Relevanz (Selbst-/Andere Differenzierung) in lexikalischen Reizen in einer Stichprobe von Patientinnen mit einer BPS im Vergleich zu gesunden Probandinnen anhand einer affektiven Primingaufgabe untersucht.

**Methoden:** 33 Frauen mit einer BPS (nach DSM-IV/ SKID-II) sowie 33 gesunden Frauen (jeweils im jüngeren Erwachsenenalter) wurde PC-gestützt ein auf Adjektiven, die sich systematisch hinsichtlich ihrer Valenz und Relevanz unterschieden, basierendes affektives Priming-Experiment mit der Aufgabe der dichotomen Wortbeurteilung (positiv vs. negativ) vorgegeben. Die Prime-Wörter wurden vorwärts- und rückwärtsmaskiert für 50 ms gezeigt. Jede Probandin absolvierte drei Blöcke mit je 100 Beurteilungsdurchgängen.

**Ergebnisse:** In den Reaktionszeitdaten der Gesamtstichprobe ergaben sich signifikante Primingeffekte bei Kongruenz von Valenz bzw. Relevanz verglichen mit der Inkongruenzbedingung.

Die BPS Patientinnen unterschieden sich von den gesunden Frauen nicht hinsichtlich des affektiven Primings, sie manifestierten aber ein geringeres Relevanz-Priming.

**Diskussion:** Den vorliegenden Befunden zufolge ist das automatische Erkennen affektiver Valenz auf einer semantischen Verarbeitungsebene bei BPS normal ausgeprägt. Hinweise für eine automatische Hypersensitivität für affektive Informationen liegen damit nicht vor. Allerdings erscheinen BPS Patientinnen weniger in der Lage, Informationen zur Selbst- vs. Andere- Relevanz von Eigenschaften automatisch herauszulesen. Demnach könnten Patienten mit BPS Beeinträchtigungen der Selbst-Andere Differenzierung schon auf einer sehr frühen Stufe der Informationsverarbeitung aufweisen.

## Strukturniveau der Persönlichkeit als Prädiktor und Outcome in der stationären Psychotherapie

Ehrenthal J. C.<sup>1</sup>, Hosch L.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) steht im deutschsprachigen Raum ein reliables und valides Instrument zur Erfassung unterschiedlicher Level der Integration persönlichkeitsstruktureller Fertigkeiten zur Verfügung. Vor allem querschnittliche Studien zeigten zudem eine hohe Übereinstimmung mit aktuellen Strukturkonzepten im DSM-5. Allerdings stehen große längsschnittliche Untersuchungen zur Veränderung während und zur Vorhersage von Verläufen in Therapien noch aus.

**Methode:** In einer Stichprobe von mehr als 600 konsekutiv behandelten Patientinnen und Patienten zweier Psychotherapiestationen am Universitätsklinikum Heidelberg wurde das Strukturniveau der Persönlichkeit zu Beginn und Ende der ca. achtwöchigen Behandlung mit Hilfe des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SF) erhoben. Symptomveränderung wurde spezifisch mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-D) und allgemein mit der deutschen Version des Outcome-Questionnaire (EB-45) erfasst. Zudem füllten die Patientinnen und Patienten wöchentlich einen Fragebogen zur Symptomatik (SCL-K11) und zu Prozessfaktoren (TSEB) aus.

**Ergebnisse:** In der Gesamtstichprobe veränderte sich die Einschätzung des Strukturniveaus im Laufe der Behandlung signifikant in die erwartete Richtung. Allerdings war der Effekt nur 1/3 bzw. 1/4 so groß wie die allgemeine und spezifische Symptomverbesserung. Höhere Werte im OPD-SF waren zudem ein Prädiktor für einen schlechteren Symptomverlauf, eine generell schlechtere Beziehung zum Behandlungsteam, mehr kritische Einstellungen und eine geringere Öffnungsbereitschaft.

**Diskussion:** Insgesamt geben die Ergebnisse weitere Hinweise auf die Validität von Strukturkonzepten in der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit unterschiedlich ausgeprägten Schwierigkeiten der Persönlichkeit, die auch ökonomisch per Fragebogen in der erfasst werden können. Während dieses Ergebnis wichtig für die internationalen Debatten um DSM-5 und ICD-11 ist, sind die Befunde zur spezifischen Wirksamkeit strukturfokussierter Settings besonders für die stationäre Psychotherapie im deutschsprachigen Raum bedeutsam.

## Emotionserleben bei depressiven Patienten mit und ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung: ein Vergleich vor und nach intensiver multimodaler Psychotherapie

Fuchs M.<sup>1</sup>, Köhling J.<sup>1</sup>, Ehrenthal J. C.<sup>2</sup>, Schauenburg H.<sup>2</sup>, Dinger U.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Die Frage, ob sich das Depressionserleben zwischen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung unterscheidet, ist Gegenstand einer fortlaufenden Debatte und zahlreicher Studien. Einige Wissenschaftler und klinische Experten sind der Ansicht, die Depression in der BPS zeichne sich durch ein eigenes Symptomprofil, einen unterschiedlichen Behandlungsverlauf und ein spezifisches Emotionserleben aus. Demgegenüber steht die Auffassung der Depression als gemeinsame Endstrecke verschiedener Ätiologien, die jedoch keine phänomenologisch distinkten Erscheinungsformen aufweist. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie das emotionale Erleben in einer Stichprobe depressiver Patienten mit ( $n = 36$ ) und ohne BPS ( $n = 35$ ). Die Datenerhebung fand vor und nach intensiver multimodaler Psychotherapie statt und umfasste strukturierte diagnostische Interviews sowie Selbstberichtsfragebögen zu Emotionserleben und Depressivität. Den erfassten Emotionen lag eine empirisch validierte Klassifikation anhand der Kategorien *aktiv vs. passiv* und *positiv vs. negativ* zugrunde. Depressive Probanden mit einer BPS berichteten signifikant mehr aktiv-negative Affekte (insbesondere Ekel, Verachtung und Impulsivität) als Probanden ohne BPS. Dieser Unterschied fand sich sowohl vor als auch nach der psychotherapeutischen Intervention. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Erleben der Depression bei Patienten mit BPS von einem breiteren Spektrum negativer Emotionen geprägt ist. Neben den passiv-negativen Emotionen, die in der Depression typischerweise vorherrschend sind, wie etwa Trauer, Schuld oder Leblosigkeit, empfinden sie zusätzlich mehr aktiv-negative Emotionen. Diese Befunde untermauern frühere Studien, die darauf hinweisen, dass die Depression in der BPS durch eine diffuse negative Affektivität charakterisiert ist. Das bedeutet, depressive Patienten mit einer BPS erleben nicht nur vorwiegend depressive Gefühle, die sich primär gegen sie selbst richten, sondern auch aktiv-negative Gefühle, die stärker externalisiert werden.

**Schlüsselwörter:** Borderline-Persönlichkeitsstörung; Depression; emotionales Erleben; Psychotherapie

## Adipositas: Affekt und Kognition

### Körperliche Alltagsaktivität, Essstörungssymptome und Entscheidungsverhalten vor und nach Adipositaschirurgie

Müller A.<sup>1</sup>, Bartsch M.<sup>1</sup>, Langenberg S.<sup>1</sup>, Gruner-Labitzke K.<sup>2</sup>, Schulze M.<sup>3</sup>, Köhler H.<sup>2</sup>, Marscholke 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>Herzogin Elisabeth Hospital, Braunschweig, Deutschland, <sup>3</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

**Hintergrund und Ziel:** In der Literatur wird ein positiver Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität (KA) und Exekutivfunktionen, einschließlich Entscheidungsverhalten, berichtet. Dem

Modell von Joseph et al. (2011) folgend wurde angenommen, dass mehr KA mit einer stärkeren Neigung zu vorteilhaften Entscheidungen einhergeht, was zur Etablierung eines gesunden Essverhaltens beiträgt. Der postulierte Zusammenhang wurde bei Patienten mit extremer Adipositas, die eine Adipositaschirurgie anstrebten, sowie in einer postoperativen Gruppe mit mindestens 40% Übergewichtsverlust (EWL) untersucht.

**Methode:** In die vergleichende Querschnittsstudie wurden 71 präbariatrische Patienten (55% Frauen, BMI:  $46,9 \pm 6,0$  kg/m<sup>2</sup>) und 73 Patienten nach Adipositaschirurgie (57% Frauen, BMI:  $32,0 \pm 4,1$  kg/m<sup>2</sup>, EWL  $69,9 \pm 14,4\%$ ) eingeschlossen. Zur objektiven Messung der KA trugen die Patienten über 1 Woche SenseWear Pro2 Armbänder. Das Entscheidungsverhalten wurde am ersten Tag der KA-Messung mit einer computergestützten Version des Iowa Gambling Task (IGT) erfasst. Essstörungssymptome wurden anhand des Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) erhoben.

**Ergebnisse:** Erwartungskonform zeigten sich in der präoperativen Gruppe signifikant mehr Essstörungssymptome als in der postoperativen Gruppe. Allerdings ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich KA oder IGT Performanz. Daneben zeigte sich weder in der prä- noch in der postoperativen Gruppe ein signifikanter Zusammenhang zwischen KA und Essstörungssymptomen.

**Schlussfolgerung:** Patienten mit extremem Übergewichtsverlust nach Adipositaschirurgie scheinen im Alltag nicht körperlich aktiver zu sein als eine vergleichbare Gruppe vor Adipositaschirurgie. Die Ergebnisse deuten auf einen fehlenden - durch das Entscheidungsverhalten vermittelten - Zusammenhang zwischen KA und Essstörungssymptomen bei Patienten vor und nach Adipositaschirurgie hin. Limitierungen der Studie, Überlegungen für weiterführende Untersuchungen sowie klinische Implikationen der Resultate werden diskutiert.

**Literatur:** Joseph RJ, Alonso-Alonso M, Bond DS, Pascual-Leone A, Blackburn GL. The neurocognitive connection between physical activity and eating behaviour. *Obes Rev.* 2011;12:800-12

## Spezifische Determinanten von Stresserleben bei Menschen mit Adipositas: Evidenz für einen circulus vitiosus von Adipositas, Stressbelastung und Essverhalten?

Junne F.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>, Ölschläger S.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

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

**Background/objectives:** Associations of specific types of stress with increased food intake and subsequent weight gain have been demonstrated in animal models as well as in experimental and epidemiological studies on humans. This study explores the *research question* to what extent specific obesity related and potentially obesogenic stressors determine perceived stress in individuals with obesity. It is *hypothesised* that specific obesity related stressors which may stipulate obesogenic behaviour by their

- a) chronic,
- b) uncontrollable,
- c) emotionally or
- d) socially distressing nature, significantly determine perceived stress in individuals with obesity.

**Subjects/methods:** N = 663 individuals with BMI  $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup> (n = 470 females; n= 193 males) participated (response rate: XX %) in a cross-sectional study using validated standard instruments to assess perceived stress (PSQ-20) as outcome variable and its potential determinants related to obesity (EDI-2). Based on available evidence, a model of "obesity related obesogenic stressors" was hypothesised and tested using multivariate linear regression analyses.

**Results:** The hypothesised four factors model of "obesity related obesogenic stressors" resulted in total variance of adj.  $r^2 = .509$  for perceived stress in the investigated population of individuals with obesity. Significant single factor contributions ranged from 0.355 (Stand. Beta), (p < 0.001) to 0.106 (Stand. Beta), (p = 0.001). The relative variance contribution of the four factors: "Drive for Thinness", "Impulse Regulation", "Ineffectiveness" and "Social Insecurity", differed substantially between the two sexes. "Ineffectiveness" showed the highest single variance determination in both females and males.

**Conclusions:** Potentially obesogenic stressors that are directly related to characteristic dimensions of obesity itself, substantially determine perceived stress in the investigated cohort of individuals with obesity. These findings support the hypothesis of a self-perpetuating interaction of obesity inherent cognitions and emotions with subsequent obesogenic stress, followed by related eating behaviour and (further) weight gain: a vicious circle of "obesity related obesogenic stress".

## Impulsivität bei der Binge Eating Störung - empirische Befunde und Interventionsansätze

Giel K.<sup>1</sup>, Schag K.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>

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

**Hintergrund:** Die Persönlichkeitseigenschaft Impulsivität wird konzeptualisiert aus den Dimensionen (a) gesteigerte Belohnungssensitivität, (b) reduzierte Inhibitionskontrolle und (c) negative Affektivität.

Impulsivität ist eng mit der Kernpathologie der Binge-Eating-Störung (BED) assoziiert, die in regelmäßigen Essanfällen mit Kontrollverlust besteht. Falls sich Impulsivität als Faktor der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung bei der BED zeigen sollte, stellt sie einen wichtigen Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung von Therapieoptionen dar.

**Methoden:** Wir haben zwei experimentelle Paradigmen entwickelt, die Belohnungssensitivität und Inhibitionskontrolle adres-

sieren. Das Konkurrenzparadigma präsentiert Paare bestehend aus einem Nahrungs- und einem Kontrollreiz und erfasst primär Belohnungssensitivität. Im Antisakkadenparadigma erscheint in der Gesichtsfeldperipherie ein Nahrungs- oder Kontrollreiz. Es erfasst primär Inhibitionskontrolle, da die Aufgabe der Probanden darin besteht, so schnell wie möglich vom peripheren Reiz weg zu schauen (d.h. eine Antisakkade auszuführen). In einer Querschnittsstudie haben wir mittels Eye Tracking Blickbewegungen in diesen zwei Paradigmen bei 76 Probanden mit BED, Adipositas und Normalgewicht erfasst. In einer Folgestudie haben wir zusätzlich EEG abgeleitet. In einer Pilotstudie haben wir die Leistung in beiden Paradigmen vor und nach Essstörungstherapie bei BED Patientinnen verglichen.

**Ergebnisse:** Verglichen mit den adipösen und normalgewichtigen Probandinnen wiesen die BED Patientinnen den Nahrungsreizen mehr Aufmerksamkeit zu und hatten größere Schwierigkeiten, ihre Aufmerksamkeit von Nahrungsreizen wegzurichten. Ergebnisse der EEG-Analyse weisen darauf hin, dass BED-Patientinnen im Gegensatz zu den adipösen Probandinnen weniger stark Prozesse des frühen Konfliktmonitorings anstoßen. Patientinnen, die von einer Essstörungsbehandlung profitieren konnten, verbesserten im Längsschnitt ihre Performanz im Antisakkadenparadigma, d.h. zeigten eine gesteigerte Inhibitionskontrolle.

**Diskussion:** Unsere Befunde legen nahe, dass die BED einen Phänotypen innerhalb des Adipositasspektrums darstellt, der durch erhöhte Impulsivität gekennzeichnet ist und von Interventionen profitieren könnte, die Impulsivität adressieren. Wir pilotieren derzeit in einem RCT ein Gruppenprogramm zur Steigerung der Inhibitionskontrolle bei BED.

## Depressionsverlauf bei Patienten nach bariatrischer Chirurgie - Ergebnisse aus der Bariatric Surgery and Education (BaSE) Studie

Wild B.<sup>1</sup>, Trojan G.<sup>1</sup>, Sauer H.<sup>2</sup>, Hünemeyer K.<sup>1</sup>, von Feilitzsch M.<sup>3</sup>, Müller-Stich B.<sup>4</sup>, Weiner R.<sup>5</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>2</sup>, Teufel M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Allg. Chirurgie, Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Allg. Chirurgie, Heidelberg, Deutschland, <sup>5</sup>Offenbach, Offenbach, Deutschland

**Fragestellung:** Ergebnisse der RCT BaSE Studie haben gezeigt, dass schwer adipöse Patienten, die vor der Operation depressiv sind, von einer psychoedukativen Nachsorge profitieren. Die Frage ist wie die Depressionssymptomatik bei Patienten mit und ohne Nachsorge über einen längeren Zeitraum nach Operation verläuft.

**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. Depressivität wurde zu 5 Messzeitpunkten über den Patient Health Questionnaire (PHQ) gemessen.

**Ergebnisse:** Der Verlauf der depressiven Symptomatik nach OP wird für die Interventions- und die Kontrollgruppe dargestellt. Die Dynamik der Veränderung wird diskutiert. Prädiktoren für eine Verbesserung der Symptomatik werden bestimmt.

**Schlussfolgerung:** Eine komorbide depressive Symptomatik vor bariatrischer Operation scheint ein Hinweis für benötigte post-operative Unterstützung zu sein. Die gefundenen Prädiktoren für eine Verbesserung der Symptomatik sollten in der prä- und post-operativen Evaluation sowie in der Nachsorge berücksichtigt werden. Gefördert von BMBF 01GI0843 (Kompetenznetz Adipositas)

## Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und dem Erfolg einer bariatrischen Operation

Ift F.<sup>1</sup>, Kloos C.<sup>2</sup>, Lehmann T.<sup>3</sup>, Kißler H.<sup>4</sup>, Appel J. E.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Wick K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Innere Medizin- Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Jena, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Medizinische Statistik, Information und Dokumentation, Friedrich-Schiller-Universität, Jena, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Jena, Deutschland

**Einleitung:** Bariatrische Eingriffe führen neben der gewünschten Gewichtsreduktion bei vielen Patienten zu einer Steigerung der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls sowie einer Reduktion der psychischen Belastung. Die vorliegende Studie untersucht, welchen Einfluss die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auf das Operationsergebnis hat.

**Material und Methoden:** Folgende Variablen wurden mittels Fragebögen jeweils prä- und postoperativ an einer klinischen Stichprobe mit 32 Patienten (8 Männer; 24 Frauen; Alter = 52,63 ± 9,84 Jahre; BMI = 47,76 ± 5,2 kg/m<sup>2</sup>), die sich im Universitätsklinikum Jena einem bariatrischen Eingriff unterzogen haben, erhoben: Lebensqualität, OP-Erfolg (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), Selbstwertgefühl (SES), Depressivität, Ängstlichkeit, psychische Gesamtbelastung (SCL-90-R) und gewichtsbezogene Variablen (BMI, EWL%, EBL%, TWL). Untersucht wurden die Patienten die an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen (TN) (n = 19) bzw. nicht teilnahmen (NT) (n = 13).

**Ergebnisse:** Sowohl prä- als auch postoperativ bestanden signifikante Unterschiede zugunsten der Nicht-Teilnehmer bezüglich der psychischen Belastungsfaktoren (Depressivität, Ängstlichkeit,

psychische Gesamtbelastung) und des Selbstwertgefühls. Beide Gruppen konnten sich über die Zeit in nahezu allen untersuchten Variablen verbessern. Mittels multivariater Varianzanalyse konnte gezeigt werden, dass sich die Teilnehmer einer SHG weniger als die Nicht-Teilnehmer über die Zeit in Bezug auf die psychische Gesamtbelastung verbesserten. Der postoperative Gewichtsverlust nach einem Jahr (EWL%) betrug für Teilnehmer 69,48% und für die Nicht-Teilnehmer 58,98%.

**Diskussion:** Die schlechteren Ausgangswerte lassen vermuten, dass die Teilnehmer wegen ihrer höheren psychischen Belastung und des geringeren Selbstwertgefühls eine Selbsthilfegruppe zur Unterstützung aufsuchen. Aufgrund der erhöhten präoperativen Belastungsfaktoren und der geringeren postoperativen Verbesserungen für die psychische Gesamtbelastung, im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern, sollte der Schwerpunkt in den Treffen der Selbsthilfegruppe auf die psychische Gesamtbelastung der Teilnehmer gelegt werden. Implikationen für Interventionen werden abgeleitet.

**Schlüsselwörter:** Selbsthilfegruppe, bariatrische Operation, Belastungsfaktoren, Ressourcen, Gewichtsverlust

## Die Person des Therapeuten: Einflussfaktoren auf Prozess und Ergebnis der Therapie

### Unerwünschte Ereignisse und Nebenwirkungen in (teil)stationärer Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapeutenvariablen

Hartmann A.<sup>1</sup>, Krauss J.<sup>1</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Über den Verlauf von einem Jahr wurden bei 103 stationären und tagesklinischen Behandlungsepisoden unerwünschte Ereignisse (UE) und Nebenwirkungen der Psychotherapie dokumentiert. Zur Dokumentation wurde eine für diese Settings angepasste Ereignisliste nach Linden (Linden, 2012; Strauß, Linden, Haupt, & Kaczmarek, 2012) angewandt, welche zum Entlasszeitpunkt von den behandelnden Einzeltherapeuten ausgefüllt wurde. Insgesamt waren UE eher selten und schwach ausgeprägt. Sehr deutliche Ausprägungen (z.B. Auftreten neuer Symptome von Krankheitswert), welche eine starke Anpassung der Therapiepläne erforderten kamen nur vereinzelt vor. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den der Behandlung und UE, d.h. Nebenwirkungen im eigentlichen Sinne, wurde nur vereinzelt angegeben. Zusammenhänge von UE mit Eigenschaften der behandelnden EinzeltherapeutInnen (z.B. Alter, Geschlecht, Erfahrung, Berufsgruppe) konnten nicht gefunden werden. Effekte der dyadischen Therapiebeziehung (Allianz, Work Involvement der Therapeuten) konnten in einer Substichprobe von 30 Fällen exploriert werden, aber auch hier fanden sich keine substanziellen Zusammenhänge.

Die Erforschung von UE im (teil)stationären Setting steht vor schwierigen Herausforderungen: Einerseits, weil gut funktionierende Therapieeinheiten wenige UE generieren und daher statistische Untersuchungen an extrem schiefen Verteilungen krankten, und andererseits, weil mögliche ungünstige Effekte der Interventionen einzelner Therapeuten in einem Team abgepuffert werden. Zukünftige Untersuchungen sollten große Stichproben untersuchen und eventuell stärker auf übergreifende Eigenschaften des Therapiesettings fokussieren.

### Therapeuteneffekte auf Beziehung und Ergebnis in stationärer Psychotherapie

Dinger U.<sup>1</sup>, Zimmermann J.<sup>2</sup>, Spitzer C.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Asklepios Psychiatrie Niedersachsen, Tiefenbrunn, Deutschland

Psychotherapeuten unterscheiden sich in Bezug auf Therapiebeziehung und -ergebnis ihrer Patienten. Allerdings ist wenig darüber bekannt, welche Faktoren diesen „Therapeuteneffekt“ moderieren. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Unterschiede zwischen verschiedenen Therapeuten in der stationären Psychotherapie näher zu untersuchen. Dabei soll überprüft werden, ob die Erkrankungsschwere der Patienten den Therapeuteneffekt beeinflusst. Wir betrachten Unterschiede zwischen Einzeltherapeuten bezüglich der frühen therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis. Die Stichprobe umfasst 33 Psychotherapeuten von 3.051 Patienten, Einschlusskriterium war eine Mindestanzahl von 30 dokumentierten Patienten pro Therapeut. Das Therapieergebnis wurde über Fragebögen zu Symptomatik und interpersonellen Problemen aus Sicht der Patienten, sowie über die Einschätzung der Schwere der Beeinträchtigung aus Sicht der Therapeuten gemessen. Auch die Qualität der einzeltherapeutischen Beziehung wurde sowohl von Patienten als auch von Therapeuten beurteilt. Zunächst schätzten wir mit statistischen Multilevel Modellen den Anteil an der Ergebnisvarianz, die auf die Person des Therapeuten zurückzuführen ist. Überraschenderweise war der Therapeuteneffekt sowohl für die symptomatische Beeinträchtigung als auch für die Therapiebeziehung aus Patientensicht nicht statistisch signifikant von Null verschieden, jedoch gab es deutlich stärkere Effekte aus Therapeutensicht. Als nächstes prüften wir den Einfluss der Erkrankungsschwere und fanden, dass größere Beeinträchtigungen zu Therapiebeginn mit größeren Therapeuteneffekten in den Ergebnismaßen assoziiert waren. Interessanterweise war diese Beziehung umgekehrt für die therapeutische Beziehung, hier gab es größere Unterschiede bei Patienten mit geringerer Erkrankungsschwere. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass der Einfluss der Person des Therapeuten im stationären Kontext geringer ist, als er für ambulante Behandlungen beschrieben wurde. Zusätzlich spielt auch im stationären Setting



die Erkrankungsschwere der Patienten eine entscheidende Rolle für das Ausmaß, indem sich verschiedene Therapeuten voneinander unterscheiden.

## **Bindungsrepräsentation von Therapeuten und therapeutische Beziehung in der Psychotherapie der Anorexia nervosa**

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

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

Der Aufbau einer gelungenen therapeutischen Beziehung ist insbesondere vor dem Hintergrund der häufig ambivalenten Therapie- und Veränderungsmotivation von Anorexiepatientinnen eine besondere Herausforderung. Bisher ist unklar, welche persönlichen Eigenschaften von Psychotherapeuten es diesen erleichtern, gute Beziehungen zu Anorexiepatientinnen zu aufzubauen. In der vorliegenden Studie soll geprüft werden, ob persönliche Bindungsrepräsentationen der Therapeuten den Verlauf der Therapiebeziehung beeinflusst. Dazu wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapeuten aus der randomisiert-kontrollierten **ANTOP** Studie (Zipfel et al. 2013) zu ihren persönlichen Beziehungserfahrungen und Bindungsstilen befragt. Zum Einsatz kamen hier sowohl der Selbstbericht per Fragebogen (ECR-R), als auch die sprachanalytische Auswertung von Bindungsinterviews (AAI). Patientinnen berichteten mehrmals im Verlauf der Therapie über die Qualität der therapeutischen Beziehung. Die Therapeuten waren in der Mehrzahl sicher gebunden. Weitere Analysen zum Zusammenhang von Bindung und Therapiebeziehung werden mit statistischen Mehrebenenmodellen überprüft und im Vortrag berichtet. Es wird erwartet, dass die Ergebnisse Aufschluss über die Bedeutung von persönlichen Beziehungsrepräsentationen bei Therapeuten für die Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie der Anorexie liefern. Die Arbeit entstand in enger Kooperation mit der ANTOP study group.

## **Aversive Erfahrungen, Bindungsstile und therapeutisches Engagement bei Ausbildungsteilnehmern**

Taubner S.<sup>1</sup>, Klagen J.<sup>2</sup>, Möller H.<sup>2</sup>, Michaelis D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt, Österreich, <sup>2</sup>Universität Kassel, Kassel, Deutschland

**Ziel:** Empirische Studie zeigen, dass im Vergleich zu anderen Professionen, aversive frühe Erfahrungen in der Gruppe der Psychotherapeuten überrepräsentiert sind. Das Ausmaß des Einflusses kritischer Lebensereignisse auf das therapeutische Engagement und Patienten-Outcome werden kontrovers diskutiert. Die aktuelle Studie untersucht die Auswirkungen früher aversiver Erfahrungen in der Wechselwirkung mit den aktuellen Bindungsstilen bei Ausbildungsteilnehmern der drei deutschen Richtlinien-Psychotherapien.

**Methoden:** 90 Ausbildungsteilnehmer nahmen an einem Adult Attachment Interview (AAI) teil. Aversive frühe Erfahrungen wurden auf der Grundlage des AAI und dem Childhood Trauma-Questionnaire erfasst. Darüber hinaus füllten die Teilnehmer zum Ausmaß des therapeutischen Engagements die Work-Involvement-Scales aus sowie den Fragebogen zu Experience in Close Relationships, der Bindungsvermeidung und -angst erfasst. Von einer Substichprobe liegen zudem die Ergebnisse der Patientenbehandlungen und Rückmeldungen der Supervisoren zum Ausbildungserfolg vor.

**Ergebnisse:** Es zeigten sich keine Haupteffekte früher aversiver Erfahrungen auf das therapeutische Engagement. Das Ausmaß an Bindungsangst moderierte die Ausprägung eines positiven therapeutischen Engagements beim Vorliegen kritischer Lebensereignisse. Die Effekte auf die Therapien und den Ausbildungserfolg (Supervisoreinschätzung) werden aktuell analysiert.

**Schlussfolgerung:** Die Bearbeitung von Bindungsangst scheint beim Vorliegen früher aversiver Erfahrung bedeutsam im Hinblick auf eine positive Entwicklung im Verlauf von Therapieausbildungen

## **Sekundärdaten und Therapieeffekte**

### **Zusammenhänge zwischen der Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie und der Reduktion von Gesundheitsversorgungskosten - eine korrelative Panel-Untersuchung**

Zimmermann A.<sup>1</sup>, Altmann U.<sup>1</sup>, Wittmann W. W.<sup>2</sup>, Steffanowski A.<sup>3</sup>, Fembacher A.<sup>4</sup>, Kramer D.<sup>4</sup>, Bruckmayer E.<sup>5</sup>, Pfaffinger I.<sup>6</sup>, Auch-Dorsch E.<sup>6</sup>, Von Heymann F.<sup>7</sup>, Strauss B.<sup>1</sup>, Kirchmann H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie, Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland, <sup>3</sup>Fakultät für Angewandte Psychologie, SRH Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, KVB, München, Deutschland, <sup>5</sup>Psychologische Psychotherapeutin, Feldafing, Deutschland, <sup>6</sup>Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>7</sup>Qualitas GmbH, München, Deutschland

**Hintergrund:** Studien zur Wirkung von Psychotherapie auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen bzw. deren Kosten kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Neben initialen Patientenmerkmalen, welche die Wirkung von Psychotherapie auf die Inanspruchnahme bzw. deren Kosten beeinflussen können, wird ein maßgeblicher Einflussfaktor in der symptombezogenen Wirksamkeit der Psychotherapie vermutet.

**Fragestellung:** In der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche initialen Patienten- und Therapeutencharakteristika mit Veränderungen der ambulanten, stationären Kosten und Arzneimittelkosten assoziiert sind. Weiterhin wurde die Hypothese geprüft, dass die durch Psychotherapie induzierte Kostenreduktion

umso höher ausfällt, je stärker sich die psychische Gesundheit durch die Therapie verbessert.

**Methode:** Die Differenzen der ambulanten, stationären, medikamentösen und summierten Gesundheitsversorgungskosten im Jahr nach minus im Jahr vor der ambulanten Psychotherapie (Verhaltens- oder tiefenpsychologisch fundierte Therapie) von  $N=383$  Patienten wurden zum einen auf initiale Patienten- und Therapeutencharakteristika, zum anderen auf Prä-Post-Differenzen der Symptome und der Lebensqualität, adjustiert um initiale Patientencharakteristika, linear regrediert.

**Ergebnisse:** Die mittlere symptom- und lebensqualitätsbezogene Effektivität der Studientherapien lag bei  $d = 1,13$ . Die Einschätzung des Therapeuten zu Therapiebeginn, dass Hinweise auf eine psychosomatische Problematik vorlägen, prädizierte signifikant und deutlich eine stärkere Reduktion der summierten Kosten. In allen Versorgungsbereichen, insbesondere aber im Bereich der ambulanten Versorgung, zeigten sich signifikante und deutliche Zusammenhänge der Kostenreduktionen von Aspekten der symptom- bzw. lebensqualitätsbezogenen Wirksamkeit der Therapie. Den stärksten Zusammenhang mit den summierten Kosten wies die Verbesserung der sozialen Integration im Rahmen der Psychotherapie auf.

**Schlussfolgerung:** Mit der Einschätzung des Therapeuten zu Therapiebeginn, ob eine psychosomatische Problematik vorliegt, ergibt sich ein leicht erhebbarer Prädiktor der Veränderung von Gesundheitsversorgungskosten nach der ambulanten Psychotherapie, dessen prognostische Validität in weiteren Studien zu prüfen ist. Vor allem aber sind die Ergebnisse ein erster empirischer Beleg, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie auf psychische Gesundheit und Lebensqualität auch einen kostensenkenden Effekt hat.

## Prädiktoren therapeutischen Outcomes in der stationären Psychotherapie

Remmel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim, Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland

Im einer Modellklinik für stationäre Psychosomatik und Psychotherapie wurden von 2007-2014 mehr als 4000 Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen diagnostiziert und behandelt.

Alle Patienten der vorliegenden Stichprobe ( $n=3825$ ) wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  nach DSM-IV und ICD-10, sowie mittels PsyBaDo und einer core battery, operationalisiert diagnostiziert. Es wurden zahlreiche weitere soziodemographischen Merkmale, die initiale generelle und spezifische Symptombelastung, regulatorische Fähigkeiten (Emotionsregulation), Persönlichkeitsmerkmale, weitere traits und states (Alexithymie, Bindungsmerkmale), sowie saluto-genetische Faktoren (Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit) erhoben. Die Patienten wurden dann diagnosespezifisch und leitlinienori-

entiert über einen Zeitraum zwischen 4 und 12 Wochen psychosomatisch und psychotherapeutisch stationär behandelt.

Für einzelne Teilgruppen der Patienten erfolgte zusätzlich ein intensives Prozess-monitoring, sowie eine dynamische Mehrebenenanalyse stationärer Therapie, unter Einbeziehung peripher-physiologischer Daten.

Zum Zeitpunkt  $t_2$  wurden dann alle Patienten bezüglich zentraler Zielparameter erneut eingehend untersucht.

Mit Hilfe multipler regressionsanalytischer Verfahren (Generalisiertes Additives Modell (GAM)) wurde dann versucht, für alle in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten ( $n = 3825$ ) und Parameter Prädiktoren zum Zeitpunkt  $t_1$  für das therapeutische Outcome zum Zeitpunkt  $t_2$  zu identifizieren.

Die Ergebnisse zeigen die transdiagnostische Bedeutung der initialen Symptombelastung (SCL-90-R), des Geschlechts und des Alters, sowie die große Bedeutung spezifischer interpersoneller Probleme (IIP-D) der Patienten als Prädiktoren des Therapieerfolgs. In dem Vortrag werden Design, Auswertungsmethodik sowie erste zentrale Ergebnisse dieser größten österreichischen stationären Psychotherapie-Studie vorgestellt.

Die Ergebnisse werden im Kontext aktueller Themen zur Psychotherapie- und Psychopathologie-Forschung diskutiert.

## Therapieeffekte in einem strukturbezogenen stationären psychosomatischen Therapiesetting

Poessnecker T. P.<sup>1</sup>, Sattel H.<sup>1</sup>, Brandl A.<sup>1</sup>, Strohm M.<sup>1</sup>, Henningsen P.<sup>1</sup>, Ronel J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

**Hintergrund:** Strukturbezogene Ansätze in der psychodynamischen Therapie und der stationären psychosomatischen Behandlung stellen weniger die Symptomatik als vielmehr die strukturellen Fähigkeiten von Patienten ins Zentrum der Therapieplanung. Ein Befund ist hierbei, dass dem Strukturniveau zu Behandlungsbeginn eine positive prognostische Qualität für das Ergebnis der Behandlung in symptomatischer Hinsicht zukommt. Dies bedeutet, dass Patienten mit geringem Strukturniveau in störungsorientierten Behandlungen geringere Effekte in Bezug auf die Symptomlast erzielen. Ziel einer strukturbezogenen Behandlung sollte es hingegen sein, auch strukturell gering integrierten Patienten ein Profitieren zu ermöglichen. Durch eine Aufteilung in eine strukturbezogene und eine konfliktorientierte Behandlungsgruppe versucht die Station der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München dem gerecht zu werden und ein Eingehen auf die strukturellen Fähigkeiten zu ermöglichen.

**Methode:** Wir prüften unsere Annahmen an einem Sample von  $N = 107$  stationär behandelten Patienten. Die Behandlungsdauer betrug  $M = 6,7$  Wochen ( $SD = 1,68$ ), die Patienten waren  $M = 41,1$

(SD = 13,01) Jahre alt und zu 64 % weiblich. Die Zusammenhänge von Strukturniveau (gemessen durch OPD-SF) und Symptomverbesserung (gemessen durch GAD7 und PHQ-9) wurden durch Partialkorrelationen unter Kontrolle der initialen Psychopathologie berechnet.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich eine strukturelle Beeinträchtigung in der strukturbezogenen Behandlungsgruppe nicht negativ sondern positiv auf das Behandlungsergebnis (Angst und Depression) auswirkte. Bezogen auf Ängstlichkeit zu Behandlungsende zeigten sich in 5 von 8 Strukturdimensionen signifikante, hohe bis mittlere Zusammenhänge (0.38-0.52) zwischen Beeinträchtigung in struktureller Fähigkeit und Symptomverbesserung. Bezogen auf Depressivität zeigten sich bei 2 Strukturdimensionen signifikante Zusammenhänge (0.41-0.45). Solche Zusammenhänge fanden sich in der konfliktorientierten Behandlungsgruppe nicht.

**Fazit:** Eine strukturbezogene Behandlungsplanung bietet strukturell wenig integrierten Patienten die Möglichkeit ebenfalls von stationärer Psychotherapie zu profitieren. Entgegen der häufig gemachten Beobachtung aus anderen Settings kann ein strukturbezogener Behandlungsansatz den hinderlichen Effekt geringer struktureller Integration aufheben und auch solchen Patienten ein Profitieren ermöglichen.

## Therapeutische Techniken, Intersession-Prozesse und Krisen in der psychotherapeutischen Beziehung

### Strategien zum Umgang mit Krisen in der therapeutischen Beziehung - ein systematischer Review

Marx C.<sup>1</sup>, Munder T.<sup>1</sup>, Rugenstein K.<sup>1</sup>, Gumz A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland

Krisen in der therapeutischen Beziehung gehören zum Alltag vieler Psychotherapien. Wichtig ist, was man als Therapeut daraus macht: Gelingt es, die Krise konstruktiv zu bearbeiten und aufzulösen, können Patienten davon profitieren und daran wachsen. Gelingt die Bearbeitung hingegen nicht, kann dies die weitere Arbeit beeinträchtigen oder gar zum Scheitern der Therapie führen. Aus diesem Grund ist es wichtig zu erforschen, wie Therapeuten Krisen begegnen und mit ihnen umgehen können. Ziel der vorliegenden Studie ist es, im Rahmen eines systematischen Reviews zu prüfen, welche Strategien und Kompetenzen sich im Umgang mit therapeutischen Krisen empirisch bewährt haben. Dafür werden die Datenbanken (PubMed, PsycInfo, PsycArticles, PSYINDEX, Web of Science, Embase) für den Zeitraum von 1940 bis 2015 nach relevanten Artikeln durchsucht. Durchführung und Ergebnisdarstellung des Reviews folgen dem PRISMA-Statement. Im Vortrag wird es darum gehen, erste Ergebnisse des Reviews vorzustellen

und bestimmte Strategien und Kompetenzen zur Krisenbewältigung mit Blick auf ihren Nutzen für die therapeutische Praxis zu diskutieren.

### Zusammenhang zwischen verbalen psychodynamischen Techniken und Sitzungsqualität in Abhängigkeit von Symptomschwere und Therapiebeziehung

Gumz A.<sup>1,2</sup>, Daubmann A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, 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>Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Die verbalen therapeutischen Äußerungen sind wesentlich für das Verständnis des Therapieprozesses. Das Wissen über die Wirksamkeit der unterschiedlichen verbalen Techniken ist noch begrenzt. Mit der Psychodynamischen Interventionsliste (PIL) lassen sich verbale Techniken auf der Ebene von Sprechereinheiten klassifizieren (37 Kategorien) und drei Merkmalsdimensionen zuordnen (Form 24 Kategorien, Thema 9, zeitlicher Fokus 4). Mit der PIL wurden 60 psychodynamische Therapiesitzungen geratet (15 Patientinnen, 9 Therapeuten, im Mittel 235 Interventionen je Sitzung). Die Qualität der Therapiesitzungen wurde mit dem STEP-Fragebogen (Krampen 2002) gemessen, der die Wirkfaktoren Klärung, Problembewältigung und therapeutische Beziehung erfasst. In der laufenden Untersuchung wird geprüft, welchen Effekt die Verwendung bestimmter Interventionstechniken auf das Erleben der Qualität der Sitzungen aus Patienten- und Therapeutesicht hat - in Abhängigkeit von der Symptomausprägung zu Therapiebeginn und der Qualität der therapeutischen Beziehung im Prozess. Ausgewertet wurden die Daten mit einer multiplen linearen Regression unter Berücksichtigung der hierarchischen Struktur. Die Ergebnisse werden im Vortrag dargestellt und diskutiert.

### Unterscheiden sich Intersession-Prozesse für Einzel- und Gruppentherapie in Bezug auf die therapeutische Beziehung und das Therapieergebnis?

Andreas S.<sup>1</sup>, Hiesberger S.<sup>1</sup>, Gablonski T. C.<sup>1</sup>, Zeldovich M.<sup>1</sup>, Senft B.<sup>2</sup>, Schulz H.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich, <sup>2</sup>Rehaklinik für Seelische Gesundheit, Klagenfurt, Österreich, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland

Intersession-Prozesse beziehen sich auf das Erleben von Patienten zwischen psychotherapeutischen Therapiesitzungen. Damit können sowohl Gedanken an die therapeutische Sitzung, den

Therapeuten, Gefühle oder Träume verbunden sein. Obwohl die Psychotherapieforschung sich zunehmend auch auf die Geschehnisse außerhalb der therapeutischen Sitzung konzentriert, existieren bislang nur einige wenige empirische Studien zu Intersession-Prozessen in der Psychotherapie. Bisherige empirische Studien konnten aufzeigen, dass Intersession-Prozesse mit der therapeutischen Beziehung und mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang stehen. Es gibt jedoch bislang keine Studie zum Unterschied für die Einzel- und Gruppentherapie. Zielsetzung der vorliegenden Studie war es deswegen, die Art der Intersession-Prozesse in Bezug zur therapeutischen Beziehung und zum Therapieergebnis für Einzel- und Gruppensetting differenziert zu untersuchen.

Patienten in stationärer, psychotherapeutischer Rehabilitationsbehandlung (N = 84) füllten zum Ende ihrer Therapie den Intersession-Fragebogen (ISF) und den Helping Alliance Questionnaire (HAQ) aus. Das Outcome wurde über das Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst.

Während Patienten in der Einzeltherapie einen positiven Zusammenhang zwischen Prozessen zwischen den Sitzungen und der therapeutischen Beziehung sowie dem Therapieergebnis aufweisen, steht in der Gruppentherapie ein hohes Maß an negativ besetzten Intersession-Prozessen mit einer geringen Beziehungszufriedenheit und einem schlechteren Therapieergebnis in Zusammenhang.

Die empirischen Ergebnisse der Studie sollen vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit von Intersession-Prozessen für die psychotherapeutische Behandlung und das Therapieergebnis diskutiert werden.

## Übertragungsdeutung aus TherapeutInnensicht - eine qualitative Analyse

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

<sup>1</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>HELIOS Park-Klinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Schön-Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland

**Ziel:** Die Studie verortet sich im Kontext einer Reflexion der Definition und Operationalisierbarkeit psychodynamischer Interventionen. Konkret wurde die Definition der Übertragungsdeutung (ÜD) als zentraler Interventionstechnik psychodynamischer Verfahren untersucht.

**Methode:** Im ersten Schritt wurde basierend auf einer systematischen Durchsicht klassischer und aktueller Theoriearbeiten zur ÜD eine Systematik verschiedener Definitionen der ÜD erarbeitet. Im zweiten Schritt wurde die Systematik im Rahmen einer qualitativen Studie auf das Konzeptverständnis in der Praxis angewendet. Dazu wurden N = 73 PsychotherapeutInnen befragt, was sie unter einer ÜD verstehen.

**Ergebnis:** Es wurde deutlich, dass das Verständnis der ÜD in Theorie

und unter den PraktikerInnen heterogen ist und ein breites Spektrum von auf Beziehungen bezogene Interventionen umfasst. Es zeigten sich jedoch deutliche Schwerpunkte: 76% der PraktikerInnen definierte ÜD als „das Herstellen einer Parallele zwischen Beziehungsmustern“, 83% als „die Bezugnahme auf die therapeutische Beziehung“ und 68% als Kombination beider Aspekte.

**Diskussion:** Implikationen für Forschung und Praxis werden diskutiert.

## Aktuelle Ergebnisse aus den deutschen Studien zu Psychoanalyse-Outcome und -Prozess

### Veränderungen auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala in analytischen Psychotherapien

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

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

**Ziel:** Befunde zur strukturellen und symptomatischen Veränderungen in psychoanalytischen Langzeittherapien aus dem Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (MBWP) werden präsentiert. Hierbei handelt es sich um ein naturalistisches, prospektives Psychotherapieforschungsprojekt, welches die Prozesse und Ergebnisse in analytischen Psychotherapien untersucht.

**Methode:** 17 Patienten des Forschungsprojekts werden hinsichtlich der Ergebnisse in zwei Messinstrumenten nach 240 Stunden analytischer Psychotherapie und zum Zeitpunkt der Katamnese untersucht. Die 7-stufige Heidelberg Structural Change Scale (HSCS; Rudolf et al., 2000) wurde vor, während und nach der Therapie eingesetzt, um Veränderungen in der Repräsentation und Bewusstheit spezifischer individueller Problemfoki bei den Patienten während und über die Therapie hinaus abzubilden. Symptombezogene Veränderungen wurden mit der Symptom Checkliste (SCL-90-R; Franke, 2002) untersucht.

**Ergebnisse:** In den untersuchten analytischen Psychotherapien verbesserte sich die Einsicht in individuelle Problemfoki gemessen mit der HSCS von einer „vagen Problemwahrnehmung“ hin zu der „Auflösung des Problembereichs“. Während zu Therapiebeginn noch ein klinisch relevanter Symptomdruck zufolge des SCL-90-R bei den Patienten vorlag, war dieser zu Therapieende nicht mehr vorhanden.

**Diskussion:** Strukturelle Veränderungen im Sinne der Einsicht in individuelle Problemfoki werden mit symptombezogenen Veränderungen verglichen und die Relevanz verschiedener Ebenen therapiebedingter Veränderungen diskutiert.

### Die DPG-Praxis-Studie: Studiendesign, Stichprobenbeschreibung und erste Zwischenergebnisse

Hans M.<sup>1</sup>, Benecke C.<sup>1</sup>, Huber D.<sup>2</sup>, Frommer J.<sup>3</sup>, Staats H.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universität Kassel, Kassel, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie München, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Magdeburg, Magdeburg, Deutschland, <sup>4</sup>Fachhochschule Potsdam, Potsdam, Deutschland

Die DPG-Praxisstudie (Benecke et al., 2011) ist eine naturalistische, prospektive Langzeitstudie, die die Effektivität, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit psychoanalytisch begründeter Psychotherapieverfahren untersucht. Elf teilnehmende psychoanalytische Institutsambulanzen haben Basisdaten von über 5.500 Patienten gesammelt; 850 Patienten erklärten sich zur Teilnahme an der Verlaufsstudie bereit und wurden mittels SKID-Interview und weiteren Fragebögen untersucht; 550 begannen eine Psychotherapie bei einem Studientherapeuten; jeder Studienpatient wird über einen Zeitraum von sechs Jahren, unabhängig von der Dauer der individuellen Behandlung, einmal jährlich untersucht.

Die Rekrutierung ist abgeschlossen; die Erhebung der Verlaufsdaten läuft noch. Im Vortrag soll einerseits die Stichprobe beschrieben werden, wobei der Schwerpunkt auf dem Vergleich von Patientencharakteristika in verschiedenen Formen psychodynamischer Psychotherapie (z.B. analytische Therapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie) gelegt wird. Weiterhin werden erste Ergebnisse zur Veränderung der Patienten während ihrer Behandlung mit Schwerpunkt auf Symptomatik, interpersonellen Problemen und struktureller Beeinträchtigung berichtet.

### **Wenn chronisch Depressive ihre Therapie wählen ... Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Vergleich klinischer und extraklinischer Forschung**

Leuzinger-Bohleber M.<sup>1,2</sup>, Studiengruppe LAC-Depressionsstudie <sup>1</sup>SFI, Frankfurt, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Kassel, Fachgebiet Psychoanalyse, Kassel, Deutschland

In der LAC-Depressionsstudie werden erstmals psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeittherapien bei einer chronisch depressiven Patientengruppe miteinander verglichen. In dem sowohl naturalistischen, als auch experimentellen Studiendesign werden die beiden Therapieverfahren hinsichtlich ihrer kurz- und längerfristigen Wirksamkeit bezogen auf verschiedene Zielgrößen miteinander verglichen. 2015 wurden die ersten Ergebnisse bezüglich der Hauptoutcomekriterien publiziert (n= 402; Consortdiagramm, T0- T4 Daten im BDI, QIDS etc.).

In der internationalen psychoanalytischen Community wird z.Zt. die Kombination von klinischer und extraklinischer Forschung diskutiert (vgl. u.a. Open Door Review, Leuzinger-Bohleber & Kaechele, 2015). Die LAC Studie bietet exzellente Möglichkeiten für die praktische Durchführung und die kritische Reflexion dieser Kombination. In diesem Panel wird exemplarisch der Befund der extraklinischen Untersuchungen (u.a. CTQ Fragebogen), dass 76% der chronisch Depressiven schwere Kindheitstraumata erlitten haben, klinisch-psychoanalytischen Erfahrungen und konzeptuellen Überlegungen gegenübergestellt.

### **Emotionale Verarbeitung und Therapieergebnis in Langzeitpsychotherapien: eine Prozess-Outcome Studie**

Ratzek M.<sup>1</sup>, Huber D.<sup>1,2</sup>, Seybert C.<sup>1</sup>, Zimmermann J.<sup>3</sup>, Klug G.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>International Psychoanalytic University Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum München-Harlaching, Klinik f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>3</sup>Psychologische Hochschule Berlin, Methodenlehre und Psychologische Diagnostik, Berlin, Deutschland, <sup>4</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

Befunde aus der Psychotherapieforschung zeigen, dass das sog. *in-session* emotionale Erleben/Verarbeiten (*Experiencing*) von Patienten einen bedeutsamen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Unter *Experiencing* wird in Anlehnung an Gendlin (1962, 1978) und Greenberg et al. (2013) ein patientenseitiges, unmittelbares Gefühlserleben verstanden, also ein im Patienten sich ereignender Prozess des Fühlens und Erlebens.

Bislang fehlen komparative Studien zur Bedeutung des emotionalen Verarbeitens in Langzeitbehandlungen (>100 Sitzungen) im Vergleich zu kürzeren Behandlungen. Ferner stellt der Einfluss des emotionalen Erlebens auf die Stabilität des Therapieerfolgs noch eine Forschungslücke dar. In der Prozess-Outcome Studie wurde daher der Frage nachgegangen, ob ein Unterschied zwischen Lang- und Kurzzeittherapie besteht und inwieweit das emotionale Erleben/Verarbeiten von Patienten einen Einfluss auf den Therapieerfolg sowie auf dessen Stabilität hat.

Als Grundlage dienten audiografierte Therapiesitzungen aus der Münchener Psychotherapiestudie (MPS), eine prospektive, überwiegend randomisierte Prozess-Outcome Studie, in der analytische Psychotherapie (AP), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und kognitiv-behaviorale Therapie (KVT) an Patienten mit unipolarer Depression miteinander verglichen wurden. Da sich differentielle Unterschiede zwischen den drei genannten Verfahren im Hinblick auf unterschiedliche Outcomes zeigten, eignet sich diese Studie besonders gut zur weiteren Untersuchung von Mediatoren, hier der emotionalen Verarbeitung als potentieller Mediator des Therapieerfolgs.

Die emotionale Verarbeitung wurde mit Hilfe der *Experiencing Scale* (Klein et al., 1969, 1986), einer theorieübergreifenden Ratingskala, an insg. N=67 (AP=25, TP=20, KVT=22) Patienten von trainierten und für die Gruppenzugehörigkeit der Patienten blinden Ratern eingeschätzt. Die Einschätzungen erfolgten pro Patient jeweils in einer frühen Sitzung und in zwei Sitzungen aus dem mittleren Drittel der Therapie.

Es zeigt sich, dass Patienten in der AP über das höchste Ausmaß an emotionaler Verarbeitungsfähigkeit verfügen, gefolgt von den Patienten in der TP. Patienten in der KVT zeigten das geringste Ausmaß an emotionaler Verarbeitung. Dies gilt sowohl für die frühe Phase als auch für die Mittelphase der Behandlungen.

Ob und inwieweit der emotionalen Verarbeitung in Bezug auf den

(langfristigen) Therapieerfolg ein bedeutsamer Einfluss zukommt, soll im Vortrag dargelegt werden.

## Arbeit & Gesundheit I

### Burnout und berufliche Verausgabungsneigung bei Universitätsbeschäftigten - ein Berufsgruppenvergleich

Jerg-Bretzke L.<sup>1</sup>, Traue H. C.<sup>1</sup>, Manuel F.<sup>1</sup>, Limbrecht-Ecklundt K.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universitätsklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Psychologie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Hamburg, Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Es liegen zahlreiche Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang von ungünstigen psychosozialen Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Burnout vor (BAuA 2013, Buddeberg et al. 2005). Siegrist hat in seinem Modell Beruflicher Gratifikationskrisen in diesem Zusammenhang die ausgeprägte arbeitsbezogene Verausgabungsneigung (Overcommitment) als verstärkenden Faktor einbezogen (Siegrist et al. 2004). Diese Verausgabungsneigung sowie Burnout stehen im Fokus dieser Auswertung, die Teil einer Befragung der Beschäftigten der Universität Ulm 2012 war. Von den 844 Befragten waren 345 (40,9%) Männer und 468 (55,5%) Frauen.

**Methodik:** Das subjektive Burnoutempfinden wurde mit einer Kurzfassung des Maslach Burnout Inventory auf zwei Dimensionen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation erhoben (Maslach et al. 1996; Glaser in Vorbereitung). Verausgabungsneigung wurde mit dem Faktor Overcommitment (OC) des ERI erfasst (Siegrist et al. 2004).

**Ergebnisse:** Die Verausgabungsneigung (OC) von WissenschaftlerInnen zeigte sich mit  $M=15,30$  als signifikant ( $p \leq .001$ ) höher als bei den Dienstleistern  $M=13,71$  und den Verwaltungsbeschäftigten  $M=13,62$ . ÄrztInnen  $M=14,92$  hatten eine signifikant höhere Verausgabungsneigung gegenüber den Verwaltungsbeschäftigten  $p \leq .01$  und Dienstleistern  $p \leq .001$ .

Ab einem OC-Summenwert von über 16 wird von einer Risikogruppe ausgegangen (Lehr et al 2010): 30,8% der WissenschaftlerInnen überschreiten diesen gefolgt von 28,9% der ÄrztInnen, 20,1% der Verwaltungsbeschäftigten und 15,4% der Dienstleister.

ÄrztInnen  $M=3,64$  hatten gegenüber allen anderen Berufsgruppen eine signifikant ( $p \leq .001$ ) höher ausgeprägte Emotionale Erschöpfung: WissenschaftlerInnen  $M=3,24$ , Verwaltung  $M=2,89$  und Dienstleister  $M=2,9$ . Auch WissenschaftlerInnen zeigten signifikant ( $p \leq .01$ ) höhere Werte als Beschäftigte der Verwaltung und der Dienstleistungen.

Bei dem Burnoutfaktor Depersonalisation waren die Ärzte und Ärztinnen  $M= 2,23$  am signifikant höchsten belastet  $p \leq .001$  gegenüber den Beschäftigten der Dienstleistungen  $M= 1,87$  und den Verwaltungsbeschäftigten  $M=1,57$  sowie mit  $p \leq .005$  gegenüber den WissenschaftlerInnen  $M=1,84$ .

**Diskussion:** Vorliegende Studie identifiziert klar die Gruppe der WissenschaftlerInnen als am meisten verausgabungsgeneigt und ÄrztInnen am höchsten ausgebrannt gegenüber den anderen Berufsgruppen der Universität.

### Gender-Aspekte: Berufsleben und psychosoziale Belastungen - Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten

Beschoner P.<sup>1</sup>, Braun M.<sup>2</sup>, Schönfeldt-Lecuona C.<sup>3</sup>, Freudenmann R.<sup>3</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>MVZ Sendlinger Tor, München, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III, Ulm, Deutschland

**Einführung:** Weltweite Studien belegen ein höheres Risiko für Ärzte eine Depression oder ein Burnout-Syndrom zu entwickeln. Gleichzeitig wird die unterschiedliche Teilhabe von Frauen und Männern an der Arbeitswelt diskutiert. Zu Vergleichen zwischen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich psychosozialer Belastungen, Depression und Burnout liegen jedoch noch kaum Daten vor.

**Methodik:** Im Rahmen einer Querschnittstudie in den Fachrichtungen Anästhesie, Psychiatrie/Psychotherapie und Zahnmedizin wurden mittels Fragebogen Daten zu Person, Arbeitssituation, Anamnese und Medikamentengebrauch erhoben. Zudem kamen standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung von Depressivität und Burnout (MBI, BDI) zum Einsatz. Der Fragebogenrücklauf betrug je knapp über 50%.

**Ergebnisse:** Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich hinsichtlich Lebensgestaltung, Berufstätigkeit und Gesundheitszustand deutlich. Ärztinnen sind über doppelt so häufig alleinstehend und haben signifikant seltener Kinder. Leitende Positionen haben überwiegend die Männer inne, Ärztinnen sind häufiger wegen beruflicher Überlastung krankgeschrieben, erreichen signifikant höhere Werte für Depressivität und berichten mehr Emotionale Erschöpfung im Maslach-Burnout-Inventar.

**Diskussion:** Die Studie zeigt große Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten bei der Gestaltung des Berufslebens, der Lebenssituation und dem psychischen Befinden. Dabei scheinen die Ärztinnen vermehrt durch Depression und Burnout belastet zu sein. Ursachen könnten in Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Familie, Freizeit und Beruf liegen, aber auch in der unterschiedlichen Wahrnehmung und Interpretation eigener Symptome.

### Implementierung eines „Kollegialen Nachsorgesystems nach Extrembelastung“ für Mitarbeiter in einem Akutkrankenhaus

Curio R.<sup>1</sup>, Heiler W.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn, Psychologischer Fachdienst, Paderborn, Deutschland, <sup>2</sup>LWL-Klinik Marsberg Psychiatrie- Psychotherapie-Psychosomatik, LWL-Traumaambulanz / Institutsambulanz, Marsberg, Deutschland

In Akutkrankenhäusern sollte wie in zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen ein Konzept zur Sekundärprävention für Mitarbeiter nach psychischer Extremlast existieren.

Wir berichten über die Implementierung eines solchen Konzepts in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (Onkologischer Schwerpunkt, Regionales Traumazentrum).

#### Zu Extremlasten zählen:

- Gewalt gegen Mitarbeiter
- Auffinden von Toten (auch nach Suizid)
- Anblicke Schwerstverletzter
- misslungene Reanimation
- Zeugenschaft bei Suizid und Gewalt.

#### Folgende Schritte waren zu gehen:

1. Sensibilisierung und Gewinnen der Führungsebene für die Thematik, Aufbau einer Arbeitsgruppe zur Beratung der Führungsebene, Erarbeitung einer Konzeption durch die AG
2. Allokation von Ressourcen: Gewinnen eines Referenten für die Schulung von Nachsorgeteam und Führungskräften, Finanzierung der Schulungen, Gewinnen freiwilliger und geeigneter Beraterinnen und Berater
3. Organisation und Umsetzung der Schulungen
4. Erarbeitung eines Leitfadens für die Arbeit des Nachsorgeteams, einer Dienstvereinbarung zur Umsetzung des Konzeptes sowie eines Flyers
5. Information und Fortbildung der Führungskräfte zur Konzeption und zu den speziellen Aufgaben der Führungskräfte im Ernstfall, Auftakt- und Informationsveranstaltung für alle Mitarbeiter
6. Konzeption für die nachhaltige Entwicklung des Nachsorgesystems: Zusammenarbeit der AG mit dem Nachsorgeteam und dem Direktorium, jährliche Evaluation, Supervision für das Nachsorgeteam, Nachbereitung von Beratungsfällen

#### Aufgaben des Nachsorgeteams sind:

- Kontakt zu Betroffenen aktiv suchen und halten
  - Entwicklung beobachten, als Gesprächspartner zur Verfügung stehen
  - Vermittlung von Normalität (Symptome, Verlauf usw. erklären)
  - Tipps zur Selbsthilfe geben
  - innere und äußere Sicherheit fördern, subjektive Kontrolle ermöglichen
  - Ressourcen der Betroffenen und des Umfeldes eruieren und aktivieren
  - therapeutische Hilfe vermitteln
- „Sichern, sprechen, schützen, stützen“ sind die zentralen Elemente.

Ein Pfad legt fest, wer wen wann über strukturelle Mängel informiert, die sich aus den Beratungssituationen ergeben, wer für das Abstellen der Mängel verantwortlich ist und wie dies wann durch wen kontrolliert wird im Sinne einer Verringerung der psychischen Gefährdungsrisiken.

Im Vortrag werden zu jedem Schritt Beispielsituationen erläutert, fördernde und hindernde Faktoren beleuchtet und Empfehlungen zur Umsetzung des Konzeptes gegeben.

#### **Ein neuer Fragebogen zur Arbeitsmotivation**

Bönisch R.<sup>1</sup>, Stock Gissendanner S.<sup>2</sup>, Schmid-Ott G.<sup>1</sup>, Schulz W.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Berolina Klinik, Löhne, Deutschland, <sup>2</sup>Berolina Klinik, Psychosomatik, Löhne, Deutschland, <sup>3</sup>TU Braunschweig, Psychologie, Braunschweig, Deutschland

**Hintergrund:** Es existiert noch kein adäquates und wirtschaftliches Instrument zur Erfassung von Arbeitsmotivation für die Diagnostik im Bereich der stationären Rehabilitation. Häufig eingesetzte Fragebögen - wie das LMI<sup>1</sup>, das AVEM<sup>2</sup> und die DIAMO<sup>3</sup> - wählen keinen direkten und eng fokussierten Zugang zur Arbeitsmotivation. Einige Fragebögen vermengen den Forschungsgegenstand ‚Motivation‘ mit Motivationsvoraussetzungen oder Motivationsfolgen. Andere erfassen wesentliche Anreize beruflicher Tätigkeit nicht. Ein von uns entwickeltes neues Instrument erfasst anreizbezogene Motivation als Wunsch zu arbeiten getrennt von Bedingungen und Folgen. Ausgehend von der Erwartungs-Wert-Theorie der Arbeitsmotivation wird nahegelegt, ausschließlich anreizbezogene Differenzierungen vorzunehmen. Der neue Fragebogen wurde an 400 psychosomatische Rehabilitanden ausgegeben.

**Ergebnisse:** Konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigen die Differenzierung von intrinsischer, unternehmensidentitätsbezogener, existenz- und gesellschaftsbezogener Motivation mit zehn Items. Die Skalen wiesen befriedigende bis sehr gute Reliabilitäten auf.

**Schlussfolgerung:** Mit dem Instrument können kosteneffektiv wenig intrinsisch motivierte Rehabilitanden identifiziert und besondere Interventionen angeboten werden.

#### **Literatur:**

- 1] Schuler H, Prochaska M. (2001). Leistungsmotivationsinventar. Göttingen: Hogrefe.
- 2] Schaarschmidt U, Fischer A. (2008). AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Manual. (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Pearson: Frankfurt/M.
- 3] Fiedler R, Ranft A, Schubmann R et al. (2005). Diagnostik von Arbeitsmotivation in der Rehabilitation: Vorstellung und Befunde zur faktoriellen Struktur neuer Konzepte. Psychother Psychosom Med Psychol 55: 476-482.

## Versorgungsforschung I

### Die prognostische Bedeutung von ICF-Daten für die Rückkehr ins Erwerbsleben nach der stationären psychosomatischen 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, Bad Buchau, Deutschland

Eine gelungene Wiedereingliederung ins Erwerbsleben gilt als wichtiges Ziel einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet einen Rahmen, in dem ein Patient in seiner beruflichen Situation abgebildet werden kann. Ziel der vorliegenden Studie war es, ICF-gestützte Diagnostik zu evaluieren und zu validieren und deren prognostische Bedeutung für den poststationären sozialmedizinischen Verlauf zu untersuchen.

Für die Teilnahme an der Studie wurden n = 444 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik gewonnen. Die Datenerhebung erfolgte bei Aufnahme in die Rehabilitation (t1), bei Entlassung (t2) und sechs Monate nach Entlassung (t3). Als Prädiktorvariablen wurden verschiedene personen- und krankheitsbezogenen Daten sowie ICF-Daten über den ICF AT-50 Psych (Nosper 2008), das Mini-ICF-APP (Linden et al. 2009) sowie eigens entwickelten Fragen zu Förder- und Barrierefaktoren nach ICF erhoben. Das Zielkriterium war die Rückkehr ins Erwerbsleben (return to work, RTW) sechs Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation. Als erfolgreich wiedereingegliedert galten in Anlehnung an Bethge et al. (2010) Personen, die zu t3 weder arbeitslos, noch im Rentenbezug waren und kumulierte AU-Zeiten von maximal sechs Wochen aufwiesen. Von n = 340 Teilnehmern konnte das Zielkriterium erhoben werden, wovon 55% als erfolgreich wiedereingegliedert eingestuft wurden.

Univariate und multivariate Analysen ergaben, dass ICF-gestützte Daten für das RTW von größerer prognostischer Bedeutung sind als gängige krankheitsbezogene Daten, wie z.B. die Symptombelastung (GSI aus der SCL-90-R). Neben den ICF-Daten haben vor allem die Fremdeinschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus (GAF-Skala) zu t1 sowie die Selbsteinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit zu t2 einen hohen prognostischen Wert. ICF-gestützte Diagnostik ist zur Vorhersage des RTW von Bedeutung und sollte weitere Berücksichtigung in Therapieplanung und Forschung finden.

### Wartezeiten auf die Aufnahme in stationäre oder tagesklinische Behandlung in Südwürttemberg - Ergebnisse einer prospektiven Studie

Knoblauch J.<sup>1</sup>, Hölzer M.<sup>2</sup>, Wachter M.<sup>3</sup>, Hendrischke A.<sup>3</sup>, Valdes-Stauber J.<sup>4</sup>, Bachthaler S.<sup>5</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Sonnenbergklinik Stuttgart, ZfP Südwürttemberg, Stuttgart, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ostalbklinikum Aalen, Aalen, Deutschland, <sup>4</sup>Sinova Klinik Friedrichshafen, Friedrichshafen, Deutschland, <sup>5</sup>Sinova Klinik Ravensburg, Ravensburg, Deutschland

**Einleitung:** Die Wartezeiten auf eine Aufnahme in eine psychosomatische Klinik trotz bestehender Indikation für eine sofortige Behandlung stellen ein großes Problem für Patienten, Behandler und Kostenträger dar und fördern die Entwicklung von Chronifizierungen. Gleichzeitig ist es kaum möglich, verlässliche Informationen zu den Wartezeiten einzelner Kliniken zu erhalten, auch sind keine Studien hierzu bekannt. Daher haben sich einige Kliniken im Raum Südwürttemberg-Stuttgart zu einer prospektiven Studie entschlossen. Es sollte untersucht werden, wie lang die Zeiten zwischen der Erstanmeldung, einem möglichen Vorgespräch und der Aufnahme in die Klinik sind und ob diese von Faktoren wie Diagnosen, Dringlichkeitsvermerk, Aufnahmequartal, und Setting (Tagesklinik/Station) abhängen.

**Methode:** Um den Belangen des Datenschutzes Rechnung zu tragen, wurden nur anonymisierte Daten verarbeitet. In die Studien gingen insgesamt 791 Patientenaufnahmen aus 6 Kliniken ein, zwei der Kliniken betreiben größere Tageskliniken. Konsekutiv wurden alle Aufnahmen erfasst zwischen August 2014 und Juli 2015.

**Ergebnisse:** Die mittlere Wartezeit zwischen Erstkontakt und Aufnahme über alle Kliniken betrug 77 Tage, die Klinik mit der kürzesten Wartezeit hatte im Mittel 28 Tage, die längste 119 Tage, die Unterschiede waren statistisch signifikant. Die mittlere Wartezeit für ein in einigen Kliniken verbindliches Vorgespräch betrug 20 Tage. Ein Dringlichkeitsvermerk führte in fast allen Zentren zu einer signifikant verkürzten Wartezeit. In fast allen Kliniken waren die Wartezeiten im 3. und 4. Quartal des Jahres signifikant länger als in den ersten Quartalen. Die Wartezeiten für eine Aufnahme in der Tagesklinik waren im Schnitt 25-30 Tage länger als die für eine stationäre Behandlung. Die Wartezeiten von Patienten mit besonderen Diagnosen wie Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen unterschieden sich nicht signifikant von den Wartezeiten der anderen Patienten.

**Schlussfolgerungen:** Die Studie zeigt, dass es möglich ist, unter Berücksichtigung des Datenschutzes auch sensible Daten wie die Wartezeiten zu beforschen. Für das Versorgungssystem und die Versorgungsforschung sind dies wichtige Informationen, die auch in anderen Zentren gesammelt und mitgeteilt werden sollten.



## Die Auswirkungen von Personalfuktuation und Personaldichte auf die Behandlungsqualität in einer psychiatrischen Klinik

Brandt W. A.<sup>1</sup>, Bielitz C. J.<sup>2</sup>, Georgi A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sigma Tagesklinik, Bad Säckingen, Deutschland, <sup>2</sup>Sigma-Zentrum für Akutmedizin, Bad Säckingen, Deutschland

Wir untersuchten die Auswirkungen von Personalfuktuation und Personaldichte (Mitarbeiter pro Patient) auf die Behandlungsergebnisse von stationär behandelten Patienten in einer psychiatrischen Klinik. Unsere Daten stammen aus Routinedaten von 1429 Patienten, die in unserer Klinik von Januar 2011 bis August 2013 behandelt wurden.

Die Korrelationsanalyse zeigt keinen nachweisbaren Effekt von reiner Personalfuktuation (die Gesamtzahl der Psychiater, Ärzte und Psychologen, die pro Monat die Arbeit neu beginnen oder Beenden) auf die Behandlungsqualität.

Wir finden aber zwei Faktoren, die sich günstig auf die Behandlungsqualität auswirken:

1. Eine höhere Personalkonsistenz (Länge der Zeit ohne Personalfuktuation) und
2. eine höhere Personaldichte führen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität.

Unsere Ergebnisse unterstreichen den dringenden Bedarf für verstärkte Bemühungen um eine optimale Mitarbeiterbindung zu erreichen, sowohl zur Verbesserung der Behandlungsqualität als auch zur Senkung der Gesundheitsausgaben.

## Blick auf Europa: Welchen Anteil hat Psychosomatik/Psychotherapie in der Facharztweiterbildung?

Baessler E.<sup>1</sup>, Birkle S. M.<sup>2</sup>, Riese F.<sup>3</sup>, Pinto da Costa M.<sup>4</sup>, de Picker L.<sup>5</sup>, Kazakova O.<sup>6</sup>, Grassl R.<sup>7</sup>, Kanellopoulos A.<sup>8</sup>, Gargot T.<sup>9</sup>, Casanova Dias M.<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>LWL-Universitätsklinik Hamm, Hamm, Deutschland, <sup>3</sup>Psychiatrische Klinik Uniklinik Zürich, Zürich, Schweiz, <sup>4</sup>Hospital de Magalhães Lemos, University of Porto, Porto, Portugal, <sup>5</sup>Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, University of Antwerp, Antwerpen, Belgien, <sup>6</sup>University Clinic of Minsk City, Minsk, Russische Föderation, <sup>7</sup>University Clinic for Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Wien, Österreich, <sup>8</sup>Evgenidion Therapeftirion, National and Kapodistrian University of Athens, Athen, Griechenland, <sup>9</sup>Service de Pédopsychiatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, Frankreich, <sup>10</sup>Barnet, Enfield and Haringey NHS Trust, London, Vereinigtes Königreich

Der Vortrag ist wahlweise in Englisch oder Deutsch oder bilingual möglich. Danke.

Nur in den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz wird der europaweit anerkannte Titel „Psychiater“ „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ genannt.

In einer Umfrage im Jahr 2014 und 2015 wurden die Strukturen der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in 31 europäischen Ländern erfasst. Dieser Beitrag zeigt die obligaten und elektiven Anteile aus den Bereichen Psychotherapie und Psychosomatik innerhalb der Weiterbildungscurricula in 31 europäischen Ländern auf. In einer Übersicht werden die Strukturen, Charakteristika und Inhalte und der jeweilige zeitliche Anteil der Rotationen in Nachbardisziplinen und Subdisziplinen aufgezeigt und so Lücken in den nationalen Weiterbildungscurricula im internationalen Vergleich in den Bereichen Psychotherapie und Psychosomatik aufgezeigt.

## Neuroimmunologische Aspekte bei psychosomatischer Komorbidität

### Neuro-immune Interaktion bei allergischen Erkrankungen

Peters E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Justus-Liebig Universität Gießen und Universitätsmedizin Charité Berlin, Psychoneuroimmunologie Labor, Berlin, Deutschland

Exzessive Stress-Belastung verändert nicht nur die Reaktivität der klassischen Stress-Reaktionssysteme Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und Sympathisches Nervensystem (SA). Sie hat auch Auswirkungen auf die Interaktion von peptidergen und cholinergen Nervenfasern mit Gewebeständigen Zellen des Immunsystems, d.h. mit den Zellen, die in den funktionellen Geweben wie z.B. der Haut, die Abwehr lokaler Stressoren (z.B. Allergene) bewerkstelligen. Über diese enge Verbindung greift Stress in lokale Entzündungsreaktionen ein, mit substantiellen Folgen für chronisch entzündliche Erkrankungen. Darüber hinaus können z.B. in der Haut produzierte Neurotrophine, Neuropeptide und Liganden an cholinergen Rezeptoren nicht nur lokal die Stress-Antwort modifizieren, sondern ihre Ausschüttung hat auch Konsequenzen für die zentrale Stressreagibilität. Am Beispiel allergischer Erkrankungen wie der Neurodermitis soll hier im Detail die Funktionsweise der Hirn-Haut-Stressachse nachgezeichnet werden.

### Biologische Stress-Reaktionssysteme und Krankheitsaktivität bei MS

Gold S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Centrum Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie CC 15, Bereich Neuropsychiatrie, Berlin, Deutschland

Die Vermutung, dass psychologische Faktoren zu Pathogenese und Progression der Multiplen Sklerose beitragen könnten, wurde bereits bei der Erstbeschreibung der Erkrankung durch Charcot im 19. Jahrhundert geäußert. Seit den 1980er Jahren haben auch zahlreiche prospektive klinische Studien Hinweise für einen Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und MS

Schüben berichtet. Die dieser Assoziation zugrunde liegenden biologischen Mechanismen sind hingegen wenig erforscht. Eine veränderte Aktivität der wichtigsten biologische Stress-Systeme wie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympathische Nervensystem (SNS) wurde sowohl im Tiermodell als auch klinischen Studien bei MS Patienten beschrieben. Im Vortrag wird dargelegt, wie die differenzielle Wirkung von Stresshormone auf Zellpopulationen im Immunsystem und ZNS entzündliche und möglicherweise auch neurodegenerative Prozesse begünstigen und dadurch zum Fortschreiten der Erkrankung beitragen könnten. Darüber hinaus wird erörtert, wie diese Mechanismen das häufige Auftreten neuropsychiatrischer Symptome wie Depressionen und kognitive Störungen bei MS Patienten erklären könnten und was sich daraus möglicherweise für diagnostische und therapeutische Implikationen ergeben.

## Psychobiologie bei essenzieller Hypertonie

Wirtz P.H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fachbereich Psychologie, Biologische Arbeits- und Gesundheitspsychologie, Konstanz, Deutschland

Die psychobiologischen Mechanismen, die der essenziellen Hypertonie und dem damit verbundenen erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen zugrunde liegen, sind noch nicht vollständig aufgeklärt. Psychobiologische Faktoren wie etwa mentaler Stress könnten hierbei eine Rolle spielen. Der Vortrag gibt einen selektiven Überblick über Befunde, die eine physiologische Hyperreaktivität auf Stress bei essenzieller Hypertonie nahe legen, welche neben den menschlichen Stressachsen ebenfalls intermediär-biologische Risikofaktoren umfasst. Darüber hinaus werden psychologische Korrelate und Befunde zur basalen Funktionalität der Hypothalamus-Hypophysen Nebennierenrinden Achse (HHNA) berücksichtigt, sowie die Regulation der Entzündungsaktivität von Monozyten. Zusammenfassend scheint essenzielle Hypertonie mit Veränderungen in potenziell interagierenden psychosozialen und biologischen Faktoren assoziiert zu sein, die mechanistisch zu ungünstigeren kardiovaskulären Prognosen bei essenzieller Hypertonie beitragen könnten.

## Stresshormone und Kognition bei Patienten mit Depression

Wingenfeld K.<sup>1</sup>, Otte C.<sup>1</sup>, Symposium A-768-0000-00363

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, CBF, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland

Bei der Major Depression (MD) wurden vielfach Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) beschrieben, wie eine z.B. erhöhte basale Cortisolwerte, eine verringerte Feedbackregulation und Veränderungen des Glucocorticoid-Rezeptors.

Die HHNA ist nicht nur eins der Hauptregulationssysteme bei Stress, vielmehr haben Glucocorticoide (GC) vielfältige Auswirkungen auf kognitive Prozesse. GC binden im Gehirn an zwei Rezeptortypen, den Glucocorticoid-Rezeptor (GR) und den Mineralocorticoid-Rezeptor (MR), die sich hinsichtlich ihrer Verteilung im Gehirn sowie ihrer Affinität für Cortisol unterscheiden. Während der GR im gesamten Gehirn exprimiert wird, ist der MR insbesondere im Hippocampus und in präfrontalen Gehirnregionen lokalisiert.

In verschiedenen Placebo-kontrollierten Studien untersuchten wir die Auswirkungen der pharmakologischen Stimulation von GR und MR bei Patienten mit MD auf verschiedene kognitive Prozesse.

Wir konnten zeigen, dass die Gabe von Hydrocortison, welches sowohl an den GR als auch den MR bindet, bei depressiven Patienten im Gegensatz zu gesunden Kontrollprobanden keinen Einfluss auf die kognitive Leistung hat. Die überwiegende Stimulation des MR mittels Fludrocortison hingegen führte sowohl bei Patienten als auch Kontrollprobanden zu einer Verbesserung der Testleistung. Die Ergebnisse stützen die Hypothese einer veränderten GR Sensitivität bei Patienten mit MD. Zudem sollte die Funktion des MR bei diesen Patienten weiter untersucht werden.

## Schmerzstörungen

### Die Auswirkung von Schlafdeprivation auf das Schmerzempfinden gesunder Probanden: Eine Metaanalyse

Piehl C.<sup>1,2</sup>, Liegl G.<sup>1</sup>, Boeckle M.<sup>1</sup>, Schrimpf M.<sup>1</sup>, Leitner A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems, Österreich, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Regensburg, Deutschland

**Hintergrund:** Viele Studien zeigen einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Schlaf und Schmerz. Die Größe dieses Effekts und die klinische Relevanz sind jedoch weiterhin unklar. Diese Metaanalyse möchte die Auswirkung von Schlafdeprivation auf das Schmerzempfinden bei gesunden Probanden erheben.

**Methode:** Eine systematische Literaturrecherche der elektronischen Datenbanken PubMed, Cochrane, Psynindex, Psycinfo und Scopus wurde durchgeführt. Studien, die Schlafdeprivation (totale oder partielle Schlafdeprivation sowie Schlafrestriktion) als abhängige Variable in Verbindung mit Schmerz erhoben haben, wurden eingeschlossen. Bei mehreren Schmerzvariablen (z.B. Kälte und Hitzeereize), wurde eine durchschnittliche Effektstärke aller Schmerzvariablen berechnet.

**Ergebnisse:** Lediglich fünf Studien (N=190) konnten eingeschlossen werden, wobei Schlafdeprivation einen mittleren Effekt (SMD=0.62; CI95: 0.12, 1.12; z=2.43; p=.015) auf das Schmerzempfinden zeigte. In der zusätzlich durchgeführten *within-group*-Analyse, zeigte sich ein großer Effekt (SMD=1.49; CI95: 0.82, 2.17;

$z=4.35$ ;  $p < .0001$ ). Der Heterogenitätstest war nicht signifikant in der between-group Analyse ( $Q=5.29$ ;  $df=4$ ;  $p=.2584$ ), jedoch in der within-group Analyse ( $Q=53.49$ ;  $df=9$ ;  $p < .0001$ ).

**Diskussion:** Diese Metaanalyse zeigt einen mittleren Effekt ( $SMD=0.62$ ) von Schlafdeprivation auf das Schmerzempfinden bei gesunden Probanden. Vergleichbar große Effekte werden mittels Analgetika bei chronischen Schmerzen erzielt. Da dieses Ergebnis jedoch auf experimentellen Studien basiert, sollte die klinische Relevanz überprüft werden.

## Neurobiologische Aspekte von Schlaf und Schmerz

Aigner M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tulln, Klinische Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, Tulln, Österreich, <sup>2</sup>Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, Krems, Österreich

**Hintergrund:** Schmerzen und Schlafstörungen gehören zu den häufigsten Störungen. Schmerzen können den Schlaf unterbrechen und zu Schlafstörungen führen. Schlafstörungen können zur erhöhten Schmerzempfindlichkeit und damit zu verstärkten Schmerzen führen. Hier kann sich ein Circulus vitiosus ausbilden, der sowohl Schmerzen, als auch der Schlafstörungen verstärkt bzw. chronifiziert.

**Methode:** In der Regulation von Schmerz und Schlaf sind eine Reihe von Transmittern (z.B.: Noradrenalin, Serotonin, Endorphine, Orexin/Hypocretin,...) involviert. Die neurophysiologischen Grundlagen von Schmerz und Schlaf werden vor dem Hintergrund der eigenen klinischen Befunde diskutiert.

**Ergebnisse:** Bei PatientInnen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung fanden sich in 84 % Schlafstörungen. Die „Schlafstörungsgruppe“ hatte stärkere Schmerzen und höhere psychosoziale Beeinträchtigung (Aigner et al., 2003). Das Restless legs syndrom (RLS) ist eine organische Schlafstörung, die im Zusammenhang mit Dysfunktionen im Monoaminhaushalt gesehen wird. Bei 42 % der PatientInnen mit somatoformer Schmerzstörung konnte ein RLS diagnostiziert werden (Aigner et al., 2007). Eine Schlaflaboruntersuchung zeigte bei PatientInnen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung in 73 % periodischen Beinbewegungen im Schlaf (PLMS).

**Diskussion:** Das Vorhandensein von Schlafstörungen deutet auf eine stärkere Beeinträchtigung bei PatientInnen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung hin. Die Störung der Homöostasefunktion des Schlafes könnte über eine Dysbalance im Monoaminhaushalt möglicherweise zum Auftreten von RLS bzw. PLMS bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung führen. Für die Klinik könnte die Subgruppe anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit RLS bzw. PLMS gebildet werden, die wiederum für Therapieentscheidungen hilfreich sein könnte.

## Die Auswirkung von Schichtarbeit auf das Schmerzempfinden

Jank R.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Krems an der Donau, Österreich, <sup>2</sup>Abteilung für Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

**Hintergrund:** Viele Studien zeigen einen wechselseitigen Zusammenhang von Schlaf und Schmerz. Diese Studie untersucht die Auswirkung von Schichtarbeit auf das Schmerzempfinden gesunder Probanden.

**Methode:** Mittels quantitativ sensorischer Testung (QST) wurde die Schmerzschwelle für Kältereize am Handrücken gemessen. Zudem wurde ein tonischer Schmerzreiz ( $8^\circ\text{C}$  für 5 sec.) appliziert und das subjektive Schmerzempfinden anhand einer VAS (0 bis 100 Punkte) gemessen. Nach einer Probemessung erfolgte eine Baseline-Messung ( $T_1$ = nach normaler Nacht), eine Messung nach Schichtarbeit ( $T_2$ ) und eine erneute Messung nach normaler Nacht ( $T_3$ =Recovery-night). Zudem wurde Schläfrigkeit mittels Stanford Sleepiness Scale (SSS) sowie die Stimmung mittels Allgemeiner Stimmungsskala (ASTS) an allen 3 Messzeitpunkten erhoben.

**Ergebnisse:** Es wurden 19 gesunde ProbandInnen (13 Frauen; Alter  $29,7 \pm 7,5$  Jahre; durchschnittliche Schichtarbeit seit  $8,1 \pm 6,9$  Jahren) untersucht. Die Schmerzschwelle für Kältereiz veränderte sich nicht signifikant von  $12,0^\circ\text{C} \pm 7,5$  ( $T_1$ ) auf  $15,9^\circ\text{C} \pm 9,0$  ( $T_2$ ) und  $13,3^\circ\text{C} \pm 8,8$  ( $T_3$ ) ( $p=0.062$  bzw.  $p=0,249$ ). Beim tonischen Schmerzreiz zeigte sich eine Veränderung von  $48,2 \pm 27,5$  ( $T_1$ ) auf  $61,7 \pm 26,6$  ( $T_2$ ;  $p=0.003$ ) und zurück auf  $52,1 \pm 28,7$  ( $T_3$ ;  $p=0.046$ ) auf. Die Schläfrigkeit veränderte sich von  $1,9 \pm 0,8$  ( $T_1$ ) auf  $4,0 \pm 1,4$  ( $T_2$ ) und auf den Ausgangswert nach Recovery-Night ( $1,9 \pm 0,8$ ;  $p$ -Werte  $< 0.001$ ). Ebenso veränderte sich die Stimmung von  $T_1$  ( $43,2 \pm 7,4$ ) zu  $T_2$  ( $49,1 \pm 10,3$ ;  $p=0.018$ ) respektiv zu  $T_3$  ( $42,3 \pm 9,1$ ;  $p=0.029$ ).

**Schlussfolgerungen:** Schichtarbeit führt zur Zunahme der Schmerzsensitivität mittels tonischer Schmerzreize sowie Normalisierung nach Recovery-Night. Die Schmerzschwellenbestimmung zeigte lediglich eine nicht-signifikante Tendenz. Zudem zeigte sich eine deutliche Veränderung der Schläfrigkeit sowie der Stimmung.

## Die Assoziation von chronischem beeinträchtigenden nicht-tumorbedingtem Schmerzen und retrospektiven Berichten von biographischen Belastungsfaktoren: Eine Querschnittsstudie in der allgemeinen deutschen Bevölkerung

Häuser W.<sup>1,2</sup>, Schmutzer G.<sup>3</sup>, Henningsen P.<sup>1</sup>, Brähler E.<sup>3</sup>, Glaesmer H.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Saarbrücken, Innere 1, Saarbrücken, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Die epidemiologische Schmerzforschung unterscheidet zwischen einem nicht- beeinträchtigenden und einem beeinträchtigenden nichttumorbedingtem Schmerz (chronic non-cancer pain [CNCP]). Eine Assoziation zwischen Beeinträchtigungserleben und biographischen Belastungsfaktoren (childhood adversities [CAs]) wurde in US und skandinavischen bevölkerungsbasierten Studien beschrieben. Die Assoziation von CAs und beeinträchtigendem CNCP wurde unseres Wissens bisher nicht untersucht. Das Ziel der Studie war die Untersuchung der Assoziation von CAs und beeinträchtigendem CNCP mit Kontrolle potentieller demographischer und klinischer Einflussfaktoren.

**Material und Methoden:** Eine Querschnittsstudie wurde mit 4360 Personen  $\geq 14$  Jahre, die repräsentativ für die deutsche Bevölkerung waren, im Jahr 2013 durchgeführt. Demographische Variablen, chronischer Schmerz (basierend auf der Definition der International Association for the Study of Pain), Stadien des chronischen Schmerzes (Chronic pain grade questionnaire), psychische (Patient Health Questionnaire 4) und körperliche (Gießener Beschwerdebogen Kurzform 8 ohne Schmerzitems) Symptombelastung wurden erfasst. CAs wurden mit der Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-S) erfasst. Die Assoziation von CAs, demographischen und klinischen Variablen mit beeinträchtigendem CNCP (Vergleichsgruppe: Teilnehmer ohne chronischen Schmerz und Teilnehmer mit nicht-beeinträchtigendem CNCP) wurde mit univariaten und multivariaten logistischen Regressionsanalysen überprüft.

**Ergebnisse:** Die Antwortrate lag bei 57.5%. Die Prävalenz von CNCP lag bei 26.9% [95% CI 25.2%; 28.6%]. 7.4% (95% CI 5.0%;9.9%) der Teilnehmer erfüllten die Kriterien eines beeinträchtigenden CNCP. 11.7% (n=293) der Personen mit beeinträchtigendem CNCP berichteten über körperlichen Missbrauch, 10.0% (n=250) über emotionalen Missbrauch, 9.4% (n=236) über sexuellen Missbrauch, 8.1% (n=202) über emotionale Vernachlässigung, und 12.5% (n=314) über körperliche Vernachlässigung in Kindheit und/oder Jugend. Körperlicher und sexueller Missbrauch, emotionaler und körperliche Vernachlässigung sowie kumulative CAs (Gesamtscore CTQ-S) waren nicht signifikant mit beeinträchtigendem CNCP in univariater und multivariater Analyse assoziiert. Beeinträchtigender CNCP wurde prädiziert durch höheres Lebensalter, nicht schmerzhafte körperliche Symptome und psychische Symptombelastung beim Vergleich zu Personen ohne chronischen Schmerz (alle  $p$ 's  $< 0.001$ ). Beeinträchtigender CNCP wurde prädiziert durch männliches Geschlecht und nicht schmerzhafte körperliche Symptome und psychische Symptombelastung beim Vergleich zu Personen beeinträchtigenden CNCP (alle  $p$ 's  $< 0.001$ ).

**Diskussion:** Beeinträchtigender CNCP ist assoziiert mit körperlicher und psychischer Symptombelastung, aber nicht mit CAs.

### Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie zur Migräneprophylaxe - eine randomisierte kontrollierte Studie

Simshäuser K.<sup>1</sup>, Pohl R.<sup>1</sup>, Behrens P.<sup>2</sup>, Schultz C.<sup>3</sup>, Schmidt S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Interdisziplinäres Schmerzzentrum, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** In unserer 2011 durchgeführten Pilotstudie evaluierten wir eine Mindfulness-Based Stress Reduction-Intervention (MBSR) in einer Stichprobe von mittelgradig belasteten Migränepatienten mit guten Effekten auf Variablen der Migräneerkrankung und des Wohlbefindens. In unserer aktuellen Studie evaluieren wir nun eine innovative migränespezifische Adaption der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Neben einer Abschätzung der zu erzielenden Effektstärken werden wir mögliche, die Effekte medierende Wirkmechanismen untersuchen.

**Methode:** Eine migränespezifische Version der MBCT (i.e. eine achtwöchige Gruppenintervention, bestehend aus Edukation über das Krankheitsbild, Yogaübungen, Sitzmeditation, Schulung der Körperachtsamkeit, Übungen zur Kognitiven Defusion, Thematik der Aktivitätenregulation) wird evaluiert in einer Stichprobe an N = 52 Migränikern in einem randomisierten kontrollierten Trial hinsichtlich eines migräneprophylaktischen Effekts. Erhoben werden genuine Migräneparameter sowie Variablen der psychischen Befindlichkeit und des Copings. Die primäre Zielvariable stellt die Veränderung der migränebedingten Beeinträchtigung in der MBSR-Gruppe im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollgruppe dar.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse unserer Studie erwarten wir im November 2015. In unserer Pilotstudie mit der generischen MBSR-Intervention erzielten wir eine mittlere prä-post Effektstärke in unserer Zielvariablen der migränebedingten Beeinträchtigung von Cohen's  $d = 0.66$ . Eine ähnliche Größenordnung erwarten wir auch für die aktuelle Studie, ebenso mittelgroße Effektstärken in allen untersuchten Variablen der Migräneerkrankung und der psychischen Befindlichkeit sowie eine signifikante Überlegenheit gegenüber der Kontrollgruppe.

**Ausblick:** Von unserer Studie erwarten wir eine Beurteilung der Wirksamkeit der erstmals im deutschen Sprachraum eingesetzten schmerzspezifischen MBCT-Adaption. Angesichts des hohen Leidensdrucks von Migränepatient/innen wird das zugrundeliegende Ziel verfolgt diesen eine zusätzliche effektive und patientenorientierte Intervention auch als Alternative zur potenziell nebenwirkungsreichen pharmakologischen Behandlung anbieten zu können. Beleuchtet wird ebenfalls die Fragestellung, ob die in der Literatur häufig geäußerte Forderung nach einer „Maßschneidung“ von Interventionen an das jeweilige Krankheitsbild, wie in dieser Intervention vorgenommen, tatsächlich zu einer Steigerung der erzielten Effekte führen kann.

## Hypnotherapeutische Aspekte bei chronischen Schmerzen

Peter B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MEG-Stiftung, München, Deutschland

Bis zur Einführung des Äthers 1846 und des Chloroforms 1847 war Hypnose eines der wenigen wirksamen Analgetika. Die erste dokumentierte Anästhesie unter Hypnose wurde 1829 von einem Pariser Chirurgen bei einer Mastektomie durchgeführt. Zahlreiche experimentelle und klinische Studien sowie Metaanalysen zeigen seitdem, dass Hypnose eine effektive Methode zur Schmerzkontrolle darstellt. Die indikationsspezifische Anerkennung der Hypnotherapie (z.B. für F54; ICD 10) fußt zum großen Teil auf dieser nachgewiesenen Wirksamkeit. Psycho- und hirnpfysiologische Untersuchungen geben inzwischen auch gute Einblicke in die Mechanismen hypnotischer Analgesie.

Nach einem kurzen theoretischen und experimentellen Überblick werden im praktischen Teil des Vortrages zwei hypnotherapeutische Strategien vorgestellt, die sich bei chronischen Schmerzpatienten bewährt haben - „Symptomgestalt“ und „Symptomträger“ -, in ihrer Indikation diskutiert und Anwendung erläutert. Diese Strategien können auch ohne formale Tranceinduktion als imaginative Verfahren durchgeführt werden. Hypnotische Trance und hypnotische Rituale sind dabei für viele Patientinnen und Patienten aber überaus hilfreich.

## Psychotraumatologie - Genetik, Epidemiologie und Behandlung

### Der Zusammenhang zwischen Art und Anzahl traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen

Glaesmer H.<sup>1</sup>, Matern B.<sup>2</sup>, Rief W.<sup>3</sup>, Kuwert P.<sup>4</sup>, Brähler E.<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland, <sup>4</sup>Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Helios Hanse Klinikum, Stralsund, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Art und Anzahl traumatischer Erfahrungen zeigen differenzielle Zusammenhänge zum Auftreten Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS). Interpersonelle und wiederholte und andauernde Traumatisierungen erhöhen das Risiko eine PTBS zu entwickeln. Es gibt kaum bevölkerungsbasierte Studien zur Thematik.

**Ziel der Arbeit:** In einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe werden deshalb die Zusammenhänge zwischen Anzahl und Art traumatischer Erfahrungen und partieller sowie Vollbild-PTBS untersucht.

**Material und Methoden:** In einer Stichprobe von N=2.510 Personen wurden traumatische Erfahrungen und die Symptome einer

PTBS mittels Fragebogen erfasst (Traumaliste des M-CIDI, Posttraumatic Diagnostic Scale). Die traumatischen Erfahrungen wurden in interpersonelle und akzidentielle Traumatisierungen sowie Traumazeugenschaft gruppiert und deren Zusammenhänge mit PTBS in Regressionsanalysen untersucht.

**Ergebnisse:** 23,8% (n=599) der Befragten gaben mindestens ein Trauma an, davon gaben 100 Personen an Zeuge eines traumatischen Ereignisses geworden zu sein, 196 Personen berichteten interpersonelle Traumatisierungen und 145 Personen akzidentielle Traumatisierungen als schwerstes traumatisches Ereignis. 274 Personen berichten mehr als ein traumatisches Ereignis, darunter 77 mit vier und mehr Ereignissen. Mit steigender Zahl traumatischer Erfahrungen steigt die Wahrscheinlichkeit eine (partielle) PTBS zu haben. Im Gegensatz dazu unterscheiden sich interpersonelle und akzidentielle Traumatisierungen im Risiko für PTBS nicht deutlich.

**Diskussion:** Es bedarf einer mehrdimensionalen und komplexen Erfassung traumatischer Erfahrungen, um deren differenzielle Bedeutung für die Entstehung einer PTBS abzuschätzen. In epidemiologischen Studien stellt dies eine große Herausforderung dar.

### Kindheitstraumatisierung: Gen-Umweltinteraktionen in der Allgemeinbevölkerung

Strobel L.<sup>1</sup>, van der Auwera S.<sup>1,2</sup>, Hertel J.<sup>1,2</sup>, Wittfeld K.<sup>2</sup>, Janowitz D.<sup>1</sup>, Völzke H.<sup>3</sup>, Völker U.<sup>4</sup>, Grabe H. J.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Greifswald, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Greifswald, Deutschland, <sup>2</sup>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Greifswald, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Greifswald, Institute for Community Medicine, Greifswald, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsmedizin Greifswald, Interfaculty Institute for Genetics and Functional Genomics, Greifswald, Deutschland

In der Allgemeinbevölkerung ist das Auftreten einer Kindheitstraumatisierung bereits ein guter Prädiktor für die Entstehung einer depressiven Symptomatik. Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich unter anderem mit Geneinflüssen und Umweltfaktoren, die einzeln und in Interaktion das Ausbilden psychischer Erkrankungen beeinflussen können. Im Vortrag werden auf Grundlage der Datenbasis der SHIP-Studie (Allgemeinbevölkerungsstichprobe) Zusammenhänge zwischen Kindheitstraumatisierung, genetischen Risikofaktoren sowie ausgewählten Symptomen psychischer Erkrankungen dargestellt.

### Der zusätzliche Effekt der kognitiven Umstrukturierung bei der Konfrontationstherapie bei arabischen PTBS-Patienten: Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie

Wagner B.<sup>1</sup>, Stein J.<sup>2</sup>, Knaeelsrud C.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medical School Berlin, Klinische Psychologie, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

**Einleitung:** Seit mehreren Jahren sind arabischsprachige Länder im Nahen Osten zunehmend Kriegen und Konflikten ausgesetzt. Durch eine starke Migrationsbewegung von Ärzten und psychologischen Fachkräften und eine jahrelange instabile Sicherheitslage sind die Gesundheitssysteme seither nur begrenzt funktionsfähig. Internetbasierte Psychotherapie für Patienten, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden zeigten bisher gute Behandlungseffekte. Dennoch ist die Rolle einzelner kognitiv-behavioraler Therapiekomponenten bisher im internetbasierten Setting ungeklärt.

**Methode:** Das arabische Therapiemanual bestehend aus Selbstkonfrontation, kognitive Umstrukturierung und Social Sharing (KU) wurde mit dem gleichen Manual ohne das Therapiemodul kognitive Umstrukturierung (N-KU) hinsichtlich der Wirksamkeit untersucht. 217 arabischsprachige Studienteilnehmer mit einer PTBS wurden randomisiert der Gruppe KU (n=117) und N-KU (n=100) zugewiesen. Die KU-Gruppe umfasste insgesamt ein 5-wöchiges Therapieprogramm, während die N-KU-Gruppe nur 3 Wochen dauerte. Posttraumatische Belastungsstörung (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS), Depression und Angst (Hopkins Symptom Check List-25, HSCL-25) wurde mit Hilfe von Online-Diagnostik erhoben.

**Ergebnisse:** Beide Behandlungsgruppen führten zu einer signifikanten Reduzierung der posttraumatischen Belastungsstörung, der Depression und Ängstlichkeit zum Zeitpunkt der Postmessung und des 3-Monats-Follow-up. Die Selbstkonfrontation mit zusätzlicher kognitiver Umstrukturierung führte im Vergleich zur alleinigen Selbstkonfrontation zu keiner signifikanten Symptomreduzierung.

**Fazit:** Die Ergebnisse zeigten, dass kognitive Umstrukturierung keinen additiven Behandlungseffekt aufweist.

## Auf dem Weg zu einer personalisierten Medizin: Vorhersage individueller Therapieverläufe der Kognitiven Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Kleim B.<sup>1</sup>, Grey N.<sup>2</sup>, Wild J.<sup>3</sup>, Clark D.<sup>3</sup>, Ehlers A.<sup>3</sup>, PTBS Patienten <sup>1</sup>Universität Zürich, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Zürich, Schweiz, <sup>2</sup>Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, London, Vereinigtes Königreich, <sup>3</sup>University of Oxford, Oxford, Vereinigtes Königreich

**Theoretischer Hintergrund:** Symptomveränderungen in der Psychotherapie werden meist als gemeinsame Veränderungsverlauf einer Patientengruppe erfasst. Dieser Ansatz vernachlässigt jedoch mögliche Heterogenität innerhalb dieser Gruppe und individuell unterschiedliche Symptomverläufe. Identifikation solcher Subgruppen kann für die Optimierung von Psychotherapie und für die Entwicklung personalisierter Medizin hilfreich sein. Die vorliegende Studie untersuchte daher verschiedene Muster der Veränderung von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Depression während Kognitiver Therapie der PTBS. Weiterhin wurde untersucht, ob diese Veränderungsmuster eine Vorhersage des Therapieergebnisses bzw. der Therapiedauer erlauben.

**Methode:** PTBS Patienten (N= 268) füllten therapiebegleitend PTBS und Depressions-Symptomfragebögen aus. Mittels Growth Mixture Modeling wurden verschiedene latente Klassen der Veränderung der PTSD und Depressions-Symptome während der ersten 10 Therapiesitzungen identifiziert.

**Ergebnisse:** Es wurden drei Subgruppen von Patienten mit unterschiedlichen PTSD und Depressions-Symptomverläufen identifiziert. Gruppe 1 (36%): schnelle frühe PTBS Verbesserung, langsame Depressionsverbesserung, Gruppe 2 (12%): keine PTBS Verbesserung, Depressions-Verschlechterung, Gruppe 3 (52%): langsame und stetige PTBS Verbesserung, langsame Depressions-Verbesserung. Prädiktoren für Klassenzugehörigkeiten wurden ebenfalls untersucht.

**Diskussion:** Die untersuchte Gruppe von PTBS Patienten war heterogen bzgl. der Verlaufsmuster der PTBS und Depressions-Symptome. Eine geringe Anzahl von Patienten sprach nicht auf die Therapie an. Die hier identifizierten Psychotherapieverlaufsmuster und deren Prädiktoren können einen Beitrag zu einer Identifikation günstiger sowie ungünstiger Therapieverläufe leisten und zur Optimierung von Psychotherapie beitragen.

## Konzepte und Effekte stationärer Psychotherapie

### STOP-D: Effekte stationärer tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie bei depressiven, komorbid persönlichkeitsgestörten Patientinnen

Seidler D.<sup>1</sup>, Schäfer R.<sup>1</sup>, Jenett D.<sup>1</sup>, Hartkamp N.<sup>2</sup>, Franz M.<sup>1</sup> <sup>1</sup>Med. Fakultät, Universitätsklinikum Düsseldorf, Klin. Inst. f. Psychosom. Med. u. Psychother., Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Solingen, Deutschland

**Einleitung:** Depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen (PD) weisen hohe Prävalenzen und Komorbiditätsraten auf. Häufig werden ein reduziertes Ansprechen komorbid persönlichkeitsgestörter Patienten auf eine Behandlung depressiver Symptome sowie längere Remissionszeiten und ein höheres Rückfallrisiko beschrieben. Die Befundlage ist allerdings inkonsistent. Die Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie auf depressionstypische Beschwerden ist belegt und konnte bereits anhand der dieser Studie zugrunde liegenden Stichprobe bestätigt werden. Es sollen nun die Behandlungseffekte für eine Subgruppe mit komorbider PD dargestellt werden.

**Methode:** Für die naturalistische Multizenterstudie STOP-D liegen Daten aus 15 Psychosomatischen Kliniken mit tiefenpsychologisch fundiertem Therapiekonzept vor. Es wurden weibliche Patienten (N= 487) im Alter von 25-45 Jahren eingeschlossen, welche aufgrund einer depressiven Störung stationär behandelt wurden. Die Datenerhebung erfolgte jeweils zum Aufnahme- (T1) und Entlassungszeitpunkt (T2) aus der stationären Behandlung. Erfasst wurden klinische und psychodynamisch relevante Zielvariablen (u.a. BDI, HAMD, SCL-90-R, BSS, GAF, IPO). Es erfolgte zudem die

Erfassung eines minutengenauen Therapietagebuches. Die Mittelwerte der Patientinnen mit und ohne komorbide PD werden mittels T-Tests und varianzanalytischer Verfahren verglichen; Effektivitäten werden berichtet.

**Ergebnisse:** In klinischen Variablen profitieren sowohl depressive Patientinnen mit als auch ohne komorbide PD von tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie. Die Effekte in der Subgruppe mit komorbider PD fallen jedoch geringer aus (u.a. BDI, HAMD, GSI-Wert der SCL-90-R, GAF, BSS). Bei vergleichbaren Ausgangsbelastungen (T1) und Therapiedosen zeigen Patientinnen mit komorbider PD eine insgesamt höhere depressive und allgemeine Symptomausprägung zu T2. Hinsichtlich psychodynamisch relevanter Konstrukten (IPO) lässt sich bereits zu T1 eine eingeschränkte Abwehrorganisation von Patientinnen mit komorbider PD beschreiben.

**Diskussion:** Die Befunde belegen ein geringeres Ansprechen hinsichtlich depressionstypischer und allgemeiner Beschwerden bei komorbid persönlichkeitsgestörten Patientinnen auf stationäre tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Ursachen hierfür bedürfen weiterer Abklärung, ebenso die Ansprechbarkeit verschiedener PD-Diagnosegruppen auf die Behandlung. Passende Therapieangebote erscheinen notwendig.

## Prognostische und preskriptive Prädiktoren in der stationären und tagesklinischen Depressionsbehandlung - weitere Ergebnisse der INDDEP-Studie

Zeeck A.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>2</sup>, Weiß H.<sup>3</sup>, Scheidt C. E.<sup>4</sup>, Voelker A.<sup>5</sup>, Helesic A.<sup>5</sup>, Eckhardt-Henn A.<sup>6</sup>, Beutel M.<sup>7</sup>, Endorf K.<sup>4</sup>, Kunzl F.<sup>2</sup>, Rochlitz P.<sup>8,9</sup>, Hartmann A.<sup>4</sup>

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

Ein Ziel der INDDEP Studie zur stationären und tagesklinischen Behandlung der Depression (Zeeck et al. 2015) war die Identifikation von prognostischen und präskriptiven Prädiktoren des Behandlungsverlaufs, um Hinweise auf Subgruppen mit unterschiedlichem Behandlungsverlauf und Variablen zu bekommen, welche für eine differentielle Indikationsstellung relevant sind.

Eine gematchte Stichprobe von 500 konsekutiven stationären und tagesklinischen Behandlungsepisoden aus acht psychosomatischen Kliniken wurde in die Analyse einbezogen. Primäres Outcome-Kriterium war eine Reduktion der depressiven Symptomatik (QIDS-C, Expertenrating). Erfasst wurde die Veränderung über drei Messzeitpunkte: Aufnahme, Entlassung und 3-Monats-Katamnese. Die Daten wurden mit hierarchisch-linearen Modellen analysiert (HLM; nested random effects).

Fünf prognostische Prädiktoren für den Verlauf von Aufnahme bis zur Entlassung wurden identifiziert: Depressionsschwere, Komorbidität (Achse I und Achse II, SKID), Motivation und eine antidepressive Medikation bei Entlassung. Es fand sich nur ein Prädiktor für den Verlauf von der Entlassung bis zur 3-Monats-Katamnese: soziale Unterstützung. Als einziger präskriptiver Prädiktor erwies sich ein sehr hoher Angstlevel bei Aufnahme: Patienten mit hohen Angstwerten (SCL-90R) zeigten nach Entlassung von Station einen ungünstigeren Verlauf ihrer depressiven Symptomatik.

Depressive Patienten mit Komorbidität bedürfen mehr Zeit, bis sich ihre depressive Symptomatik bessert. Eine gute Motivation zur Behandlung ist eine wichtige Voraussetzung für einen Therapieerfolg. Eine antidepressive Medikation zum Entlasszeitpunkt ist mit einem schlechteren Therapieergebnis assoziiert und spiegelt vermutlich eine ausgeprägtere Symptomatik und einen problematischeren Verlauf wider. Ein wichtiger Faktor für ein Aufrechterhalten des Therapieerfolgs scheint soziale Unterstützung zu sein. Im Hinblick auf eine differentielle Indikationsstellung sind vor allem Ängste von Bedeutung: Wenn Patienten mit ausgeprägten Ängsten den täglichen Weg in die Klinik bewältigen können, sollten sie eher tagesklinisch aufgenommen werden.

Zeeck A, von Wietersheim J, Weiss H, Scheidt CE, Völker A, Helesic A, Eckhardt-Henn A, Beutel M, Endorf K, Knoblauch J, Rochlitz P, Hartmann A. Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *J Affect Disord* (im Druck).

## Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie vs. Expertenvermittelte psychodynamische Therapie für Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen: eine randomisiert-kontrollierte Studie im stationären Setting

Rabung S.<sup>1,2</sup>, Jaeger U.<sup>3</sup>, Masuhr O.<sup>3</sup>, Dally A.<sup>3</sup>, Dümpelmann M.<sup>3</sup>, Fricke-Neef C.<sup>3</sup>, Steinert C.<sup>4</sup>, Streeck U.<sup>3</sup>, Leichsenring F.<sup>4</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, <sup>3</sup>Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Rosdorf b. Göttingen, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland

**Hintergrund und Zielsetzung:** Die meisten psychotherapeutischen Behandlungsangebote für Cluster B Persönlichkeitsstörungen beziehen sich auf die Borderline Persönlichkeitsstörung. Bislang existieren keine evidenzbasierten Behandlungsangebote für Patienten mit anderen Cluster B Persönlichkeitsstörungen. Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (PIT) stellt ein transdiagnostisches Behandlungsangebot für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen dar. PIT wird seit längerer Zeit in der klinischen Praxis eingesetzt und hat sich in offenen Studien als wirksam erwiesen. Im Rahmen der vorliegenden randomisiert-kontrollierten Studie im stationären Setting wird manualisierte PIT

mit nicht-manualisierter, durch Experten in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen vermittelter psychodynamischer Psychotherapie (E-PDT) bei Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen verglichen.

**Methode:** Im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn wurden Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen bei Aufnahme zufällig zu manualisierter PIT (n=64) oder nicht-manualisierter E-PDT (n=58) zugewiesen. Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe untersucht, die während der Wartezeit auf die stationäre Aufnahme zum Großteil (80%) spezifische ambulante Behandlungsangebote in Anspruch genommen hat (TAU, n=46). Als primäre Zielgrößen wurden das Niveau der Persönlichkeitsorganisation sowie die allgemeine psychische Beeinträchtigung definiert. Als sekundäre Zielgrößen wurden außerdem Depression, Angst und interpersonelle Probleme untersucht.

**Ergebnisse:** Während sich in der TAU-Bedingung keine signifikanten Veränderungen zeigen, erzielen sowohl PIT als auch E-PDT im Behandlungsverlauf signifikante Verbesserungen und erweisen sich TAU als signifikant überlegen. Zwischen PIT und E-PDT finden sich in keinem der untersuchten Ergebnismaße Unterschiede. Die Art der Cluster B Persönlichkeitsstörung zeigt keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

**Diskussion:** Im spezialisierten stationären Setting erweisen sich sowohl PIT als auch E-PDT in der Behandlung der Cluster B Persönlichkeitsstörung als wirksam. Im direkten Vergleich zeigen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsoptionen. Weitere Studien zur Behandlung von Cluster B Persönlichkeitsstörungen, insbesondere auch im ambulanten Setting, werden dringend benötigt.

### Geschlechtsspezifika im Krankheitsbild und im Ansprechen auf eine stationäre psychodynamische Psychotherapie bei depressiven Patienten

Fizke E.<sup>1</sup>, Müller A.<sup>1</sup>, Huber D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum München-Harlaching, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Dabei ist die Prävalenz bei Frauen deutlich höher (z.B. Busch et al., 2013) und es kommt häufiger zu einem chronischen Krankheitsverlauf (z.B. Essau et al., 2010). Depressive Frauen leiden stärker an begleitenden Ängsten, depressive Männer dagegen häufiger an komorbiden Suchterkrankungen und ihre Suizidrate ist höher. Bei Männern und Frauen gibt es unterschiedliche Symptommuster, die möglicherweise verschiedene Subtypen der Depression repräsentieren (Karger, 2014). Während Frauen scheinbar mehr „klassische“ depressive Symptome zeigen, neigen Männer z.B. zu mehr Aggression, Risikoverhalten, Kontaktreduktion und Substanzabusus (Martin et al., 2013). Geschlechterunterschiede im Krankheitsbild der Depression werden als eine Ursache für das Unterdiagnostizieren der Depression und verminderter In-

anspruchnahme von Psychotherapie bei Männern gesehen und könnten auch mit einem unterschiedlichen Erleben von Psychotherapie und Effektivitätsunterschieden verschiedener Therapieformen einhergehen. Um dies zu untersuchen werden Daten aus einer stationären psychodynamischen Psychotherapie von depressiven Männern (N=195) und Frauen (N=453) ausgewertet und sowohl Geschlechterunterschiede in der Symptomatik und begleitenden interpersonellen Problemen analysiert, als auch in der Wirksamkeit der stationären Therapie sowie in der Bewertung verschiedener Behandlungsaspekte und Therapieformen (z.B. Einzel-, Gruppen-, kreative Therapien etc.). In einer vorhergehenden Studie konnte bereits die Wirksamkeit der hier untersuchten stationären Therapie nachgewiesen werden (Herrmann & Huber, 2013). Vorläufige Analysen einer Teilstichprobe deuten darauf hin, dass marginale Geschlechtsunterschiede in der Veränderung durch eine unterschiedliche Symptombelastung zu Therapiebeginn erklärbar sind. Männer und Frauen scheinen die Behandlung insgesamt unterschiedlich hilfreich zu bewerten. Analysen der Beurteilung unterschiedlicher Behandlungsangebote folgen. Es werden endgültige Ergebnisse vorgestellt und hinsichtlich ihrer Implikationen und möglichen Folgeprojekten diskutiert, die nicht nur im Hinblick auf Genderfragen, sondern auch bezüglich der kargen Evidenz zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Therapie (Liebherz & Rabung, 2010) vielversprechend sind.

### Psychoonkologie I: Coping bei onkologischen Patienten und deren Partnern

#### Einflussfaktoren auf die dyadische Stresskommunikation bei hämatoonkologischen Patienten und deren Partnern

Kast V.<sup>1</sup>, Hönig K.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Weißflog G.<sup>2</sup>, Ernst J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Die Kommunikation von Stress hat sich gemeinsam mit anderen Formen des Dyadischen Copings als wichtiger Prädiktor von Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit erwiesen (Bodenmann, 2000). Besonders angesichts kritischer Lebensereignisse wie einer Krebserkrankung nimmt die Stresskommunikation in einer Partnerschaft eine wichtige Rolle ein. Das Ausmaß der Stresskommunikation kann jedoch in Abhängigkeit verschiedener Faktoren variieren. So zeigten sich Geschlechterunterschiede in der Stresskommunikation, wonach Frauen signifikant höhere Werte erreichten als Männer (Bodenmann & Widmer, 2000). Außerdem wurden bei Frauen Zusammenhänge zwischen dem psychischen Befinden und der Kommunikation von sach- und emotionsbezogenem Stress gefunden (Bodenmann, 2000). In der vorliegenden Untersuchung wird der Einfluss von psychischen Symptomen wie Angst und Depressivität sowie des Geschlechts und des Schweregrads der Erkrankung auf die Stresskommunikation von hämat-



onkologischen Patienten und deren Partnern analysiert.

**Methoden:** Im Rahmen einer trizentrischen Längsschnitterhebung wurden 330 Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen und deren Partner schriftlich befragt. Die psychische Belastung der Patienten und Partner wurde anhand des PHQ-4 (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2009) (Cronbachs alpha = .82) erfasst, die Stresskommunikation (Cronbachs alpha = .86) als Form des Dyadischen Copings anhand des Dyadischen Coping Inventars (DCI) (Bodenmann, 2008). Der Schweregrad der Erkrankung wurde mittels der gestellten Diagnosen eingeteilt.

**Ergebnisse:** Es werden die Ergebnisse einer Regressionsanalyse berichtet, die den Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Stresskommunikation als Kriterium und den Prädiktoren Schweregrad der hämatoonkologischen Erkrankung, psychische Belastung, Geschlecht sowie deren Wechselwirkungen beschreibt.

**Schlussfolgerungen:** Die Einflussfaktoren auf die Stresskommunikation werden im Hinblick auf psychoonkologische Interventionen diskutiert.

Gefördert durch die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung (DJCLS R 12/36).

## **Dyadisches Coping und soziale Unterstützung in Abhängigkeit von bindungsbezogenen Partnerschaftstypen bei hämatoonkologischen Patienten und ihren Partnern**

Koslowski D.<sup>1</sup>, Hönig K.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Weißflog G.<sup>2</sup>, Ernst J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Leipzig, Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Psychosoziale Onkologie, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Eine Krebserkrankung belastet nicht nur den Patienten selbst, sondern auch dessen Partner. Paare verarbeiten Situationen gemeinsamer Belastungen in wechselseitiger Bezugnahme aufeinander (Dyadisches Coping, DC). Es können sowohl positiv unterstützende, als auch negative Formen des DC auftreten. Bei längerdauernden Belastungssituationen greifen Betroffene zusätzlich auf soziale Unterstützungen von Freunden und nahen Verwandten zurück (Bodenmann, 2000). Studien belegen, dass die Art des Copings im Zusammenhang zu dem Bindungstyp des Paares steht (vgl. Gagliardi et al., 2013). Es werden die Bindungsdimensionen Angst und Vermeidung unterschieden, durch die sich mindestens 2 bindungsbezogene Partnerschaftstypen bilden lassen: Sichere Paare (niedrige Werte auf beiden Dimensionen) und Ängstlich-vermeidende Paare (höhere Werte auf beiden Dimensionen als Paare aus der ersten Gruppe) (Ben-Ari & Lavee, 2005; Gagliardi et al., 2013). Für das Konstrukt des DC wird überprüft inwiefern sich das positive bzw. negative Dyadische Coping zwischen den Partnerschaftstypen bei einer hämatoonkologischen Stichprobe unterscheidet. Untersucht wird auch, ob zwischen den zwei Partnerschaftstypen Unterschiede in der sozialen Unterstützung (wahrgenommene und erhaltene) auftreten.

**Methoden:** Im Rahmen einer trizentrischen Studie wurden N=330 hämatoonkologische Patienten und ihre Partner schriftlich befragt (209 Patienten/121 Patientinnen, durchschnittliches Alter=57 Jahre, SD=12,2). Das DC wird mit dem Dyadischen Coping Inventar (DCI) erfasst (Bodenmann, 2008). Die Kurzversion des Bindungsfragebogens Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-RD-12) dient zur Erfassung der zwei Bindungsdimensionen, auf denen die Clusteranalyse der bindungsbezogenen Partnerschaftstypen basiert (Ehrenthal et al., 2009). Die wahrgenommene soziale Unterstützung wird mittels des ENRICHD-Social-Support-Instrument (ESSI) erhoben (Cordes et al., 2009), die erhaltene soziale Unterstützung wird mit der Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3) erfasst (Dalgard et al., 2006). Zur Überprüfung der Fragestellungen werden t-Tests bei unabhängigen Stichproben berechnet.

**Ergebnisse:** Es werden deskriptive Befunde sowie die Ergebnisse der berechneten t-Tests präsentiert und diskutiert.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse können für die Weiterentwicklung des psychoonkologischen Versorgungsangebotes verwendet werden (z. B. stärkere Fokussierung auf paarbezogene Themen) sowie bei der Therapie berücksichtigt werden.

## **Dyadisches Coping bei Patienten und ihren Angehörigen mit verschiedenen Krebserkrankungen unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts und Alters**

Rauch S. L.<sup>1</sup>, Grewe M.<sup>1</sup>, Muldbücker P.<sup>1</sup>, Horschke S.<sup>1</sup>, Möller S.<sup>1</sup>, Zimmermann T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Der medizinische Fortschritt in Diagnostik und Therapie bei Krebserkrankungen hat dazu geführt, dass mehr Patienten ihre Erkrankung überleben. Es ist daher wichtig, die Psychoonkologie mehr in den Vordergrund zu stellen und die psychosozialen Belastungen sowohl von Patient als auch von Partner bzw. Angehörigen zu untersuchen. Insbesondere die Frage, wie Paare mit dem Stress durch die Krebserkrankung umgehen, ist von besonderem Interesse. Im Rahmen dieser Studie soll daher das Dyadische Coping (DC) in Partnerschaften bei Krebserkrankungen untersucht werden.

Des Weiteren werden Alters- und Geschlechtseffekte betrachtet. Voraussichtlich 100 Patienten jeweils mit Prostatakrebs, Kehlkopfkrebs, Krebs aus dem Bereich Hals-Nasen-Ohren und Augenheilkunde sowie deren Angehörige werden mit Hilfe eines Fragebogenpaketes zu ihrem Umgang mit der Erkrankung im Sinne des DC sowie weiteren partnerschaftlichen und individuellen Variablen befragt. Da bei den Patienten und auch Angehörigen sowohl Männer als auch Frauen betroffen sind, werden Geschlechtsunterschiede beim DC untersucht unter Berücksichtigung der jeweiligen Rolle (Erkrankt vs. Nicht-Erkrankt). Die Ergebnisse sowie Implikationen für die psychoonkologische Praxis unter Berücksichtigung des Einbezugs des Partners werden diskutiert.

## Partnerschaftsqualität bei älteren Menschen (70+) mit einer hämatologischen Krebserkrankung - Zusammenhänge zu soziodemografischen und psychischen Aspekten

Götze H.<sup>1</sup>, Köhler N.<sup>1</sup>, Mehnert A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Abteilung Medizinische Psychologie / Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

**Fragestellung:** Da die Lebenserwartung in Deutschland stetig ansteigt und Häufigkeit vieler Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter zunimmt, wird auch die Zahl älterer Krebspatienten deutlich zunehmen.

Untersucht wird der Zusammenhang von Partnerschaftsqualität mit psychischem Befinden (Angst und Depressivität) sowie Geschlecht und Alter bei älteren Patienten mit einer hämatologischen Krebserkrankung. Die Daten werden einer Vergleichsgruppe von älteren Menschen aus der Allgemeinbevölkerung gegenübergestellt.

**Methoden:** Im Rahmen der von der José Carreras Leukämie-Stiftung geförderten Studie wurden 100 ältere Patienten (70+) mit einer hämatologischen Krebserkrankung (C81-C96, Diagnosestellung / Rezidiv bis zu fünf Jahre zurück) sowie 232 ältere Bürger (70+) befragt. Dabei wurden Daten zur Partnerschaftszufriedenheit (PFB-9), zur Depressivität (PHQ-9) und zur Angstsymptomatik (GAD-7) erfasst.

**Ergebnisse:** Die Patienten waren zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt 76 Jahre alt (SD=9,0), 62 Teilnehmer (62%) waren männlich, 3/4 der Patienten (N=75) lebten in einer Partnerschaft. Die befragten Bürger waren im Mittel 78 Jahre alt (SD=4,9).

Die meisten Patienten (98%, Cutoff=12) gaben eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Partnerschaft an (range 5-27; M=19,04 / SD=4,7). Die Partnerschaftszufriedenheit war unabhängig vom Alter ( $r=0,2$ ,  $p=0,12$ ) und vom Geschlecht (t-Test:  $p=0,17$ ). Jedoch war die Gruppe der Partnerlosen älter und der Anteil an Frauen war höher, 65% der partnerlosen Frauen waren verwitwet. In Partnerschaft lebende Patienten waren weniger depressiv und ängstlich (Mittelwerte PHQ-9:  $p < 0,01$  und GAD-7:  $p=0,04$ ) als Patienten ohne Partner.

Hohe Depressivitätswerte zeigten 6% der Patienten und 0% der Bevölkerungsstichprobe. Damit war die Patientengruppe signifikant depressiver ( $p < 0,01$ ). Keiner der befragten Patienten und eine Person der Vergleichsgruppe gaben eine hohe Angstsymptomatik an, Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden nicht ( $p=0,90$ ).

**Diskussion:** Die älteren Patienten gaben mehrheitlich eine hohe Partnerschaftszufriedenheit sowie eine geringe Ängstlichkeit an. Das Ausmaß an Depressivität war bei den älteren hämatologischen Krebspatienten höher als in der älteren Allgemeinbevölkerung. Einen besonders hohen psychosozialen Unterstützungsbedarf haben ältere Patienten ohne Partner.

## Psychische Erkrankungen und Arbeitswelt: Beziehungsmoderator Angst

### Wirksamkeit der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb unter Routinebedingungen in Bezug auf Angsterkrankungen - Ergebnisse einer kontrollierten Beobachtungsstudie

Rothermund E.<sup>1</sup>, Kilian R.<sup>2</sup>, Hölzer M.<sup>3</sup>, Mayer D.<sup>4</sup>, Rottler E.<sup>5</sup>, Rieger M.<sup>6</sup>, Gündel H.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, [eva.rothermund@uni-ulm.de](mailto:eva.rothermund@uni-ulm.de), Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie II, Günzburg, 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>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>6</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Psychische Erkrankungen nehmen aufgrund ihrer hohen Prävalenz auch im beruflichen Kontext an Bedeutung zu. Unternehmen haben erkannt, dass psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz mit verursachend für Angststörungen sein können. Um die Behandlungslücke für psychische Störungen zu verkleinern, durch frühe Intervention Kosten zu senken und die Prognose zu verbessern, wurden integrative Angebote, wie der Transfer einer „Psychosomatischen Sprechstunde“ in den Betrieb (PSIB) etabliert. Erste Untersuchungen belegen, dass damit Betroffene früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden können. Wie wirksam diese Intervention in Bezug auf Angst im Vergleich zur bisherigen Versorgung innerhalb des Medizinsystems ist, wird im vorliegenden Beitrag berichtet.

**Methode:** Kontrollierte Beobachtungsstudie mit follow-up Untersuchung 12 Wochen nach Erstkonsultation. Nutzer der PSIB wurden in drei Unternehmen konsekutiv rekrutiert. Die Vergleichsgruppe (Regelversorgung, RV) wurde in den Ambulanzen der kooperierenden Kliniken rekrutiert, Individuen ohne Arbeitsverhältnis ausgeschlossen. Angst wurde mittels Patientenfragebogen Angst (PHQ-7) erfasst. Der Einfluss des Kontextfaktors Setting (Betrieb, Klinik) auf Veränderungen im Angstscore zwischen T1 und T2 wurde mittels allgemeiner linearer Modelle untersucht, wobei das Setting als unabhängige Variable behandelt wurde und der Selektionsbias mittels Propensity Score adjustiert wurde.

**Ergebnisse:** 174 Teilnehmer wurden für die Beobachtungsgruppe PSIB, 193 Teilnehmer für die Kontrollgruppe (RV) rekrutiert. Alter in Jahren (PSIB 44,9, SD 10,1/RV 39,4, SD 11,9), Geschlecht (männlich: PSIB 70%,RV 30%) und Inanspruchnahme i.e. vorangegangener Kontakt mit dem psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Behandlungssystem (PSIB 38%, RV 63%) unterscheidet sich zwischen den Gruppen ( $p < 0,05$ ). Im Zeitverlauf besserte sich die Angst in beiden Gruppen: PHQ-7 T1 10,4 (KI 95% 9,99-10,85),

T2 8,9 (KI 95% 8,40-9,41),  $p = 0.005$ . Einen Gruppen- oder einen Gruppen\*Zeit-Effekt gab es nicht.

**Schlussfolgerung:** Die PSIB ist ein niedrigschwelliges psychotherapeutisches Angebot und erreicht eine andere Zielgruppe als etablierte Angebote im medizinischen Sektor. Der Transfer der Gesundheitsleistung "Psychosomatische Sprechstunde" in den Versorgungskontext "Betrieb" ist, bereits ohne eine Anpassung des Angebotes, so wirksam wie unter Routinebedingungen.

## **Diskrepanzen professioneller Rollenbilder und ihre Beziehung zu Kohärenzgefühl, Stresserleben und Ängsten bei Medizinstudierenden: Relationships of Role-Images as Regulators?**

Junne F.<sup>1</sup>, Muff I.<sup>1</sup>, Erschens R.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>

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

**Hintergrund:** Die erhöhte Stress- und Angstbelastung von Studierenden insbesondere auch der Humanmedizin ist in der Literatur vielfach beschrieben. Unklar ist bisher in wie weit die professionellen Rollenbilder bei Medizinstudierenden mit dieser Belastung in Beziehung stehen und ob z.B. die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Arztideal die Stressbelastung und das Vorliegen von Ängsten mitbedingen.

**Methoden:** Querschnittliche Erhebung bei Studierenden des 1., 3., 6., 9., 11. und 12. Semesters sowie bei Schülern der Oberstufe die sich für das Medizinstudium interessieren. Ermittlung von Selbstbild, Arztbild und Arztideal durch Polaritätsprofil nach Osgood & Hofstätter (18 bipolare Adjektivpaare mit 7-stufigen Polaritätsskalen). Erhebung von Kohärenzgefühl (SOC-13), Stress (PSQ-20) und Angsterleben (GAD-7) mittels validierten Standardinstrumenten. Non-parametrische Testverfahren (Spearman-rho) zur Ermittlung von Korrelationen zwischen Determinanten und Zielvariablen. Multivariate lineare Regressionsanalysen zur Aufklärung der relativen Varianzdeterminierung.

**Ergebnisse:** N = 1.092 Schüler und Studierende der Humanmedizin wurden eingeschlossen (RR: 76,6%). Diskrepanzen der professionellen Rollenbilder bei Medizinstudierenden zeigen Assoziationen mit Kohärenzgefühl und Stresserleben in unterschiedlichen Abschnitten der ärztlichen Ausbildung. Die Distanz zwischen Selbstbild und Arztideal korreliert im letzten Studiendrittel am höchsten mit Stresserleben ( $r_s = 0,33$ ,  $p < 0,01$ ); ein inverses Verhältnis zeigt sich dabei zum Kohärenzgefühl ( $r_s = -0,368$ ,  $p < 0,01$ ). Die Diskrepanz zwischen Selbstbild und dem realen Arztbild ist dagegen im ersten Studienabschnitt am höchsten assoziiert mit Stresserleben ( $r_s = 0,275$ ,  $p < 0,01$ ) und verminderter Kohärenz ( $r_s = -0,310$ ,  $p < 0,01$ ). Zur Präsentation beim Kongress werden auch die Ergebnisse der Regressionsanalysen vorliegen.

**Diskussion:** Diese Studie zeigt einen relevanten Zusammenhang von Aspekten der professionellen Selbstbildentwicklung bei Medizinstudierenden mit Kohärenzgefühl, Stresserleben und Angstsymptomatik. Dabei zeigen sich differierende Muster zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Studienverlauf. Mittels primärpräventiver Ansätze können die Aspekte des Rollenbildes zur Förderung reflexiver Kompetenz explizit adressiert werden, um in dieser Hinsicht die Resilienz von künftigen ÄrztInnen fördern.

## **Evaluation einer Gruppentherapie für Arbeitsbezogene Ängste - Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie**

Muschalla B.<sup>1</sup>, Fay D.<sup>2</sup>, Jöbges M.<sup>3</sup>, Linden M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>FU Berlin, Klinische Psychologie, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Potsdam, Arbeits- und Organisationspsychologie, Potsdam, Deutschland, <sup>3</sup>Brandenburgklinik Bernau, Bernau, Deutschland, <sup>4</sup>Charite Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Arbeitsplatzängste sind in besonderer Weise mit Arbeitsunfähigkeit assoziiert und verursachen damit sowohl für Unternehmen als auch für die Berufsbiographie der Betroffenen hohe Kosten (z.B. Nash-Wright, 2011). Arbeitsängste benötigen besondere Beachtung in der Diagnostik und Behandlung (Muschalla & Linden, 2013). Im Rahmen einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation wurde eine Arbeits-Angst-Coping-Kurztherapie evaluiert. Es wurde geprüft, ob diese coping- und expositionsorientierte Verhaltenstherapiegruppe zu einer kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauer nach der Rehabilitation führt als eine ablenkungsorientierte „Freizeitgruppe“.

**Methode:** 1619 Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation unterschiedlicher Fachabteilungen wurden auf arbeitsbezogene Ängste hin untersucht. Von diesen wurden 389 Patienten mit klinisch relevanter arbeitsbezogener Angst oder Arbeitsplatzphobie-Symptomatik randomisiert in eine spezifische „Arbeits-Angst-Coping-Gruppe“ oder eine unspezifische ergotherapeutisch-rekreativ orientierte „Freizeit-Gruppe“ aufgenommen.

Zu Beginn der Rehabilitation und am Ende wurden arbeitsbezogene und generelle psychische Erkrankungen und Symptombelastung der Patienten erhoben, sowie ihre Arbeitsplatzwahrnehmung, arbeitsbezogenes Coping, und krankheitsbedingte Beeinträchtigungsschwere. In einer Nachuntersuchung nach sechs Monaten wurde bei 254 Patienten erneut die Symptombelastung und Beeinträchtigung, sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach der Rehabilitation erfragt.

**Ergebnisse:** Patienten mit alleinigen Arbeitsängsten (ohne psychische Grunderkrankung) profitierten von der kurzen Arbeits-Angst-Coping-Intervention: Teilnehmer der Arbeits-Angst-Coping-Gruppe hatten eine signifikant kürzere Arbeitsunfähigkeitsdauer (AU) nach der Rehabilitation (11 Wochen) im Vergleich zu Teilnehmern der Freizeitgruppe (16 Wochen).

Bei längerer Behandlungsdauer (sechs statt vier Gruppensitzungen) entwickelte sich die arbeitsbezogene Copingwahrnehmung der Freizeitgruppe in negative Richtung.

**Schlussfolgerungen:** Eine frühzeitige arbeitsbewältigungs-orientierte Intervention erscheint sinnvoll, um der Ausweitung von Arbeitsängsten und Copingverlusten entgegenzuwirken.

Zukünftige Forschung sollte überprüfen, ob bei längerer Interventionsdauer (Dosisseffekt) auch für Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen signifikante AU-Zeiten-Reduktion mit einer Arbeits-Angst-Coping-Therapie möglich sind.

## Die Rolle von sozialer Unterstützung vom Vorgesetzten bei der Entstehung von Angst durch Arbeitsunsicherheit: Ergebnisse einer prospektiven Studie im Betrieb

Barrech A.<sup>1</sup>, Glaser J.<sup>2</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Innsbruck, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie, Innsbruck, Österreich

**Einleitung:** Arbeitsunsicherheit ist ein arbeitsbedingter Stressor und entsteht vermehrt dann, wenn ein unfreiwilliger Arbeitsplatzverlust und/oder ein unfreiwilliger Verlust subjektiv wichtiger Arbeitsmerkmale (z.B. Karrierechancen) drohen. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass Arbeitsunsicherheit mit einem deutlich erhöhten individuellen Risiko von Angsterkrankungen einhergeht. Soziale Unterstützung bei der Arbeit gilt allgemein als ein potentieller moderierender Faktor in der Beziehung zwischen Arbeitsunsicherheit und Gesundheit, aber die Rolle der Führungskraft hierbei ist bislang kaum untersucht. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die moderierende Rolle von sozialer Unterstützung vom Vorgesetzten auf die Beziehung zwischen Arbeitsunsicherheit und Angst im Längsschnitt zu untersuchen.

**Methode:** Die Datenerhebung mittels Fragebogen erfolgte in einem Unternehmen (T1: 02/2012, T2: 10/2012). Arbeitsunsicherheit wurde anhand des COPSOQ und zwei eigenen Items evaluiert, Angst wurde anhand des HADS erfasst und soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten wurde anhand des Fragebogens zur Erfassung von sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz (Frese) operationalisiert. Die moderierende Rolle von sozialer Unterstützung im Längsschnitt wurde mittels linearer Regression evaluiert.

**Ergebnisse:** 109 vollständige Datensätze im Längsschnitt standen für die vorliegende Auswertung zur Verfügung (T1=281 & T2=125 Probanden). 46% (n=128) der Probanden zu T1 gab ein hohes Arbeitsunsicherheitserleben an. Diese waren zu T1, im Vergleich zu Probanden mit niedriger Arbeitsunsicherheit, ängstlicher (hoch:6,93±3,38/ niedrig:4,75±3,07, p=.001) und erlebten weniger soziale Unterstützung durch ihren Vorgesetzten (hoch:63,3±20,07/ niedrig:69,60±19,75, p=.031). Die Moderationsanalyse ergab einen signifikanten Interaktionseffekt für soziale Unterstützung vom Vorgesetzten und Arbeitsunsicherheit auf Angst ( $\beta=.232$ , p=.010 im voll adjustierten Modell).

**Diskussion:** Diese Studie unterstreicht die Bedeutung von sozialer Unterstützung von Vorgesetzten als moderierendem Faktor in der Beziehung zwischen Arbeitsunsicherheit und Angst. Gerade im Rahmen von Veränderungen innerhalb des Arbeitsumfelds kommt Führungskräften eine wichtige Rolle bei der Modulation der gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitsunsicherheit zu. Dies bietet einen Ansatzpunkt für die Entwicklung effektiver Interventionsansätze zur Bekämpfung gesundheitlicher Folgen von Arbeitsunsicherheit.

## Psychische Störungen am Arbeitsplatz: Qualitative Auswertungen von Erstgesprächen im Rahmen des betriebsnahen Versorgungsnetzwerkes am LVR Klinikum Düsseldorf

Wege N.<sup>1,2</sup>, Adrian L.<sup>2</sup>, Peter A.<sup>2</sup>, Janssen B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Center für Health and Society, Universitätsklinik Düsseldorf, Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Das Thema psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz, vor allen Wechselwirkungen von Symptomen mit Berufstätigkeit, hat in die letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Die aktuelle qualitative Studie unter psychisch erkrankten Arbeitnehmer(n)/innen ermöglicht einen stärkeren Fokus auf die Patientenwahrnehmung von Symptomen und deren Bezüge zum Arbeitsplatz.

**Methoden:** Für die Analyse werden Daten semistrukturierter Lot-sengespräche, die von erfahrenen Psychotherapeuten oder Psychiatern durchgeführt wurden, ausgewertet. Die Stichprobe besteht aus 72 Mitarbeiter(n)/innen eines Chemieunternehmens, die zwischen 2011 und 2014 nach Kontakt mit dem Werksärztlichen Dienst in der Psychiatrischen Institutsambulanz des LVR Klinikums Düsseldorf zum Erstgespräch zugewiesen wurden (54,2% Männer; Durchschnittsalter - 46,1 Jahren). Eine qualitative Inhaltsanalyse wurde durchgeführt, um das heterogene Datenmaterial zu strukturieren. Kategorien wurden deduktiv generiert. Abschließend wurden die Ergebnisse (Kodierung) quantifiziert.

**Ergebnisse:** Bei den weitaus meisten Patienten (90%, n=65) wurde im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung als Erstdiagnose eine depressive Störung nach dem ICD-10 (F32/33) festgestellt. Die Angststörungen (F40/41) waren die häufigsten Nebendiagnosen. Die am häufigsten berichteten Symptome waren Niedergestimmtheit, Ängste/ Panikattacken, Schlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit mit Aggressionsausbrüchen, gefolgt von Antriebsmangel, unspezifischen psychosomatischen Beschwerden, Konzentration- und Aufmerksamkeitsdefiziten, sozialem Rückzug und Anhedonie. Insgesamt nannten 60,5 % der behandelten Patient(e)n/innen eine Arbeitsplatzproblematik als einen möglichen „Auslöser“ der psychischen Störung: 36,6 % berichtete eine „reine“ Arbeitsplatzproblematik, 23,9 % verwiesen auf sowohl Arbeits-

platzbelastungen als auch familiäre Belastungen als Auslöser ihrer psychischen Störung.

**Diskussion:** Unsere qualitative Analyse von Erstgesprächen im Rahmen eines betriebsnahen Versorgungsnetzwerkes legt einen deutlichen Arbeitsplatzbezug psychischer Beschwerden dar. Ein besseres Verständnis wahrgenommener Einflüsse des psychosozialen Arbeitsumfelds könnte dazu beitragen, primäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen zu optimieren.

## Von Kindern zu Erwachsenen und zurück: Placeboeffekte „by proxy“ und über die Lebensspanne

### Neuland: Neuronale Schmerz Wahrnehmung und Schmerzmodulation bei Kindern und Jugendlichen

Wrobel N.<sup>1,2</sup>, Fadaei T.<sup>3</sup>, Brassen S.<sup>4</sup>, Bingel U.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Institut für Systemische Neurowissenschaften, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Während die Schmerz Wahrnehmung und Schmerzmodulation bei Erwachsenen sehr gut charakterisiert ist, fehlen bei Kindern und Jugendlichen (folgend: Kinder) bis heute experimentelle Befunde, insbesondere auf neuronaler Ebene.

Hinsichtlich der Schmerz Wahrnehmung konnte Goksan et al. (2015) bei Neugeborenen Aktivierung von Arealen, die mit Schmerz in Verbindung gebracht werden, zeigen, ohne einen direkten Vergleich zu Erwachsenen zu vollziehen. Eine Charakterisierung der neuronalen Schmerz Wahrnehmung bei Kindern ist somit noch nicht erfolgt und Gegenstand unserer ersten Untersuchung. Ein Beispiel für kognitiv getriggerte Schmerzmodulation ist die Placeboanalgesie (PA). Kinder zeigen in klinischen Trials erhöhte PA-effekte im Vergleich zu Erwachsenen. In einer experimentellen Untersuchung konnten wir keinen Unterschied in der Placebokapazität zwischen Kindern gegenüber Erwachsenen finden (Wrobel et al., 2015). Die PA scheint bei Kindern jedoch stärker von der vorherigen Lernerfahrung abhängig zu sein als bei Erwachsenen. Befunde hinsichtlich der neuronalen Aktivität unter der PA von Kindern im Vergleich zu Erwachsenen liegen noch nicht vor.

Um die neuronale Schmerz Wahrnehmung und -modulation zwischen Kindern gegenüber Erwachsenen zu vergleichen, wurde ein etablierter Hitzeschmerz und ein Placeboparadigma gewählt, welches Konditionierungs- sowie Lernkomponenten enthält. Dabei wurden 24 Kinder und Jugendliche (10-15 Jahre,  $M=13.5 \pm 0.25$ ) und 23 Erwachsene (24-40 Jahre,  $M=27.7 \pm 0.76$ ) mittels funktioneller Magnetresonanztomographie untersucht.

Hinsichtlich der Schmerz Wahrnehmung zeigt sich folgendes Bild:

in der Erwartung der nozizeptiven Stimulation zeigen Erwachsene eine erhöhte Aktivität in z.B. parahippokampalen Arealen, welche mit Erinnerungsprozessen verknüpft sind, und sensorischen Arealen wie z.B. dem Thalamus. Im Gegensatz aktivieren Kindern diese Arealen während schmerzhafter Stimulation.

Die Ergebnisse legen nahe, dass gemeinsame als auch unterschiedliche Arealen bei der Schmerz Wahrnehmung von Kindern und Erwachsenen angesprochen werden. Befunde aus der Antizipationsphase könnten auf die längere Erfahrung und Schmerzgeschichte der Erwachsenen hindeuten. Die Valenz von kontinuierlichen Lernprozessen könnte die erhöhte Aktivierung von Kindern im Vergleich zu den Erwachsenen erklären.

Ergebnisse hinsichtlich der neuronalen Placeboantworten und deren Differenzen zwischen den Gruppen liegen noch nicht final vor und werden zum Vortrag nachgereicht.

### Interpersonelle Einflussfaktoren auf Placeboeffekte bei Kindern und ihren Eltern

Weimer K.<sup>1</sup>

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

Reviews über Placeboeffekte bei Kindern in klinischen Studien zu Schmerzen, ADHS und anderen Erkrankungen ergaben signifikant höhere Placeboeffekte bei Kindern im Vergleich zu Studien mit Erwachsenen (Weimer et al., 2013). Bisher wurde dies nur in wenigen experimentellen Studien überprüft, deren Ergebnisse jedoch auf keinen Unterschied zwischen der Placeboresponse von Kindern und Erwachsenen hindeuten, wenn diese mit demselben Paradigma untersucht wurden. Prinzipiell wird vermutet, dass Placeboeffekte bei Kindern und Erwachsenen durch dieselben Mechanismen entstehen, aber von unterschiedlichen Mediatoren beeinflusst werden, die in klinischen Studien stärker zum Tragen kommen könnten. Als Einflussfaktoren auf Placeboeffekte bei Kindern werden hauptsächlich soziale Faktoren wie die Erwartungen der Eltern diskutiert.

In zwei Studien haben wir daher verschiedene Einflüsse von Eltern auf Placeboeffekte oder die Behandlung ihrer Kinder untersucht. In einer experimentellen Studie zu Placeboeffekten auf kognitive Leistungen bei 26 Jugendlichen ( $14 \pm 2$  Jahre, 14 weibl.) und einem Elternteil wurden nur geringe Effekte und Zusammenhänge gefunden. Dies könnte vor allem am gewählten Paradigma liegen bei dem es um die Verbesserung eines Normalzustandes und nicht um die Reduktion von Symptomen ging, aber auch an der Entwicklungsphase der Jugendlichen, in der die Abgrenzung von den Eltern eine wichtige Rolle spielt. In einer weiteren Studie wurde der Einfluss elterlicher Faktoren auf die Behandlung der Kinder ( $n=54$ ;  $9 \pm 2$  Jahre; 25 weibl.) beim Zahnarzt untersucht. Interessanterweise spielten hierbei stabilere Persönlichkeitseigenschaften der Eltern, wie Optimismus und Empathiefähigkeit, aber auch Erwartungen eine größere Rolle als situative Variablen wie

die Stimmung und beeinflussten das Schmerzerleben der Kinder signifikant.

Eine weitere Pilotstudie (n=6) zeigte, dass Effekte einer Placeboanalgesie bei der Hälfte der Kinder (8-13 Jahre, 2 weibl.) in dieselbe Richtung deutete wie bei ihren Müttern. Eine Studie zum sozialen Lernen der Placeboanalgesie bei Kindern wird derzeit durchgeführt.

Erste Studien zeigen, dass elterliche Faktoren einen Einfluss auf die Placeboresponse und damit auf die Behandlung von Kindern haben können. Die Interaktion von Variablen von Eltern und Kindern, wie die Entwicklungsphase der Kinder, muss jedoch weiter untersucht werden, ebenso wie sehr Placeboeffekte bei Kindern von der Beobachtung effektiver Behandlungen ihrer Eltern geprägt werden.

## **Macht der Erwartung und der Erfahrung - zum Placeboeffekt bei Kindern und Jugendlichen**

Hermann C.<sup>1</sup>, Leifheit S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinische Psychologie, Gießen, Deutschland

Der Placeboeffekt lässt sich sowohl auf Erwartungen als auch auf Lernprozesse zurückführen. Inwieweit die Vermittlung einer Erwartungshaltung wirksam wird, hängt auch von den Fähigkeiten antizipatorisch Erwartungen aufzubauen und der individuellen Neigung, sich von Aussagen anderer Personen beeinflussen zu lassen, ab. Möglicherweise moduliert die kognitive Entwicklung im Kindesalter die Ausprägung des Placeboeffekts, insbesondere wenn dieser erwartungsinduziert ist. Der Placeboeffekt bei Kindern wurde bislang fast ausschließlich in placebo-kontrollierten Wirksamkeitsstudien von Medikamenten untersucht. Im Hinblick auf eine klinische Nutzbarmachung ist eine mechanismen-orientierte experimentelle Untersuchung allerdings von besonderer Bedeutung.

In der Studie wurden N= 172 Kinder und Jugendliche (6-17 Jahre) und 32 Erwachsene in einem Experiment zur Placebohypoalgesie untersucht. Der Placeboeffekt wurde mittels Erwartung oder durch entsprechende Erfahrungen klassisch konditioniert. Die Erwartung der schmerzlindernden Wirkung einer Creme wurde entweder durch eine Ärztin oder die Mutter induziert. Bei Kindern und Jugendlichen konnte sowohl durch Erwartung wie durch unmittelbare Erfahrung erfolgreich ein Placeboeffekt induziert werden, wobei die Effektstärken speziell bei der Erwartungsinduktion einen tendenziell stärkeren Placeboeffekt bei Kindern im Vergleich zu den Jugendlichen nahelegen. Bei Kindern war der Placeboeffekt ausgeprägter, wenn die Mutter und nicht eine Ärztin die Wirksamkeitserwartung vermittelte. Der beobachtete Placeboeffekt korrelierten gering mit der a priori Wirksamkeitserwartung, jedoch deutlich mit der a posteriori subjektiv eingeschätzten Wirksamkeit der Creme. Beim konditionierten Placeboeffekt wurde kein signifikanter Altersunterschied beobachtet. Im Vergleich

zu den Jugendlichen und Erwachsenen war der Zusammenhang zwischen der erlebten Schmerzreduktion während der Konditionierungsphase und dem Placeboeffekt bei den Kindern allerdings deutlich stärker.

Ähnlich wie bei Erwachsenen lässt sich bei Kindern und Jugendlichen durch entsprechende Instruktion, aber auch durch Lernerfahrungen ein Placeboeffekt induzieren. Alter scheint eher beim erwartungsinduzierten Placeboeffekt von Bedeutung zu sein. Der erwartungsinduzierte Placeboeffekt lässt sich bei jüngeren Kindern deutlich verstärken, wenn die Erwartung von der Mutter erzeugt wird. Die theoretischen und klinischen Implikationen unserer Befunde werden aufgezeigt.

## **Chronischer Unterbauchschmerz (CPP)**

### **Update der S2k-Leitlinie zum Chronischen Unterbauchschmerz der Frau**

Siedentopf F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Der klinische Verlauf bei chronischem Unterbauchschmerz der Frau stellt an alle Beteiligten häufig eine hohe Herausforderung an Zeitmanagement und 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. Für die Diagnostik und Therapie ist eine besonders kritische Abwägung bei wiederholten operativen Eingriffen erforderlich.

Im Vortrag wird das Update der interdisziplinären S2k-Leitlinie zum Chronischen Unterbauchschmerz der Frau vorgestellt. Die aktuelle Version wurde hinsichtlich der teilnehmenden Fachgesellschaften deutlich erweitert und bildet somit ein breites Spektrum an klinischen Aspekten ab.

### **Entwicklung eines physiotherapeutischen Befundalgorithmus für Patienten mit Chronic Pelvic Pain Syndrome“ (CPP)**

Ketels G.<sup>1</sup>, Richardsen B.<sup>1</sup>, Susanne K.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>2</sup>, Brünahl C. A. A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Physiotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

Es wird die Entwicklung eines physiotherapeutischen Befundalgorithmus für Patientinnen und Patienten mit chronischen Unterbauchschmerz (englisch: Chronic Pelvic Pain, CPP) vorgestellt.

Die Physiotherapie ist eine der Säulen in der multimodalen Versorgung von Patienten mit chronischem Unterbauchschmerz und daher im Rahmen der „Forschungsplattform Chronic Pelvic Pain

Syndrome (CPPS)“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an der „Interdisziplinären Spezialsprechstunde Chronischer Unterbauchschmerz“ beteiligt. Physiotherapeutische Aspekte zur Befunderhebung und Behandlung finden sich neben den Behandlungsleitlinien einzelner Fachgesellschaften im Stanford Protocol. Sie weisen auf die Untersuchung zur Erhebung der myofascialen Triggerpunkte (mTrP) und deren Übertragungsorte hin. In einer Literaturrecherche, die auch die Suche nach relevanten physiotherapeutischen Aspekten in der Befundung von CPP Patienten umfasste, konnte kein CPP symptomspezifisches standardisiertes physiotherapeutisches Diagnostiktool identifiziert werden. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und die bisherigen Erfahrungen in der Untersuchung und Behandlung von Patienten mit CPP führten zu dem Befundalgorithmus. Es werden die mTrP und Tenderpunkte durch interne und externe Untersuchungstechniken erhoben. Zusätzlich wird die Atembewegung und die Belastbarkeit durch den 1-min sit-to-stand (STS) Test dokumentiert. Die physiotherapeutischen Untersuchungsparameter stehen in einer digitalen Patientenakte allen beteiligten Fachdisziplinen zur Verfügung, sie tragen zur Beurteilung der Gesamtsituation im CPP-Boardmeeting bei und sie werden in die Datenbank der Forschungsplattform eingepflegt. Eine Teilstichprobe (n = 100) zeigte eine hohe Akzeptanz bei der Anwendung des physiotherapeutischen Befundalgorithmus. Die vaginale/rektale Untersuchung der Beckenbodenmuskulatur lehnten nur zwei Probanden ab und zwei brachen sie ab. Die untersuchte Stichprobe (40% Männer) bestätigt die Existenz von Triggerpunkt/Tenderpunkte und der beschriebenen Übertragungsorte. Der jetzt vorliegende physiotherapeutische Befundalgorithmus scheint praktikabel zu sein zur standardisierten Befunderhebung in der Physiotherapie und bietet eine wichtige Grundlage für die Bewertung von Therapieeffekten in kontrollierten Studien.

## Psychosoziale und somatische Faktoren bei chronischem Unterbauchschmerz

Brünahl C. A.<sup>1</sup>, Albrecht R.<sup>1</sup>, Ketels G.<sup>2</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Physiotherapie, Hamburg, Deutschland*

Der Chronische Unterbauchschmerz (engl. Chronic Pelvic Pain, CPP) ist eine anhaltende Schmerzerkrankung mit mannigfaltigen somatischen und psychosozialen Belastungsfaktoren. Sowohl Frauen als auch Männer sind betroffen, wobei die in der Literatur angegebenen Prävalenzraten variieren und in der Allgemeinbevölkerung zwischen 4% und 25% liegen. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel an einer gut definierten Kohorte sowohl psychosoziale Faktoren mit standardisierten Erhebungsinstrumenten zu erfassen als auch somatische Faktoren zu erheben. Dies ermöglicht eine detaillierte Bewertung der psychosozialen und somatischen Belastung sowie eine Analyse der konfundierenden Faktoren.

Es wurden 121 PatientInnen (58.8% Frauen; Alter 19 und 84 Jahre) im Rahmen der interdisziplinären Sprechstunde für CPP am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf rekrutiert. Die Diagnostik wurde von einem interdisziplinären Team aus der Psychosomatik, der Gynäkologie, der Urologie und Physiotherapie nach einem standardisierten Protokoll (Brünahl et al, Schmerz 2014) durchgeführt. Mit Hilfe von validierten Selbstauskunftsinstrumenten wurden die Symptombelastung und Schmerzstärke, Depressivität, Ängstlichkeit, die Schwere der somatischen Symptome, Lebensqualität, schmerzassoziierte katastrophisierende Kognitionen, soziale Unterstützung und Medikamenteneinnahme untersucht. Darüber hinaus wurde das strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I Störungen (SKID-I) angewendet. An einer Untergruppe von 85 PatientInnen wurden physiotherapeutische Untersuchungen gemäß des Wise-Anderson-Protokolls durchgeführt, um Trigger- und Tender Points zu bewerten. Multiple Regressionsanalysen sowie Benchmark-Analysen wurden zur Bewertung der Ergebnisse berechnet.

Die Analysen zeigten, dass PatientInnen mit CPP sehr ausgeprägt unter psychosozialer Belastung leiden. Des Weiteren können Trigger- und Tender Points als auch psychosoziale Faktoren wesentlich zur CPP Symptomschwere beitragen und zwischen 15,7% und 36,4% der Varianz aufklären. In der Faktorenanalyse konnten signifikante Assoziationen zwischen den Faktoren und der Symptomschwere sowie der Lebensqualität aufgezeigt werden.

Sowohl somatische als auch psychosoziale Faktoren spielen eine wichtige Rolle bei PatientInnen mit CPP. Bei der Behandlung sollten im Sinne eines multimodalen Behandlungskonzepts psychotherapeutische und physiotherapeutische Elemente berücksichtigt werden.

## Studiendesign einer Pilotstudie zur Evaluation eines kombinierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen und physiotherapeutischen Behandlungsprogramms für Patientinnen und Patienten mit chronischem Unterbauchschmerzsyndrom (KOMBI-CPP)

Löwe B.<sup>1,2</sup>, Ketels G.<sup>3</sup>, Riegel B.<sup>1</sup>, Brünahl C. A.<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Hamburg Eilbek, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Physiotherapie, Hamburg, Deutschland*

Es wird das Konzept einer Pilotstudie zur Machbarkeit und Wirksamkeit einer interdisziplinären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Unterbauchschmerz (englisch: Chronic Pelvic Pain, CPP) vorgestellt. Die Studie ist eingebettet in eine bereits implementierte interdisziplinäre Forschungsplattform zu CPP sowie eine interdisziplinäre Spezialsprechstunde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die Studie wird im Design einer „cohort multiple randomised controlled trial“ durchgeführt. In die Kontrollgruppe (treatment as

usual, TAU) werden N=18 Patientinnen und Patienten mit CPP eingeschlossen, in die Interventionsgruppe N=36 Patientinnen und Patienten. Die Interventionsgruppe erhält zwei sukzessive Behandlungsmodul im Umfang von jeweils neun Wochen:

1) Ein psychotherapeutisches Behandlungsmodul, welches eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzzeitintervention in Gruppen umfasst und auf den Vorarbeiten der kanadischen Forschungsgruppe um Prof. Dean Tripp aufbaut.

2) Ein physiotherapeutisches Behandlungsmodul, welches an den Arbeiten einer US-amerikanischen Arbeitsgruppe orientiert ist und sowohl in Einzel- als auch in Gruppensitzungen stattfindet.

Die Reihenfolge der beiden Module wird in der Behandlungsgruppe variiert, so dass jeweils N=18 Patientinnen und Patienten die Intervention in einer der beiden Abfolgen erhalten.

Analysiert werden die Ergebnisse im Verlauf von zu 7 Messzeitpunkten im Verlauf vor, während und nach der Behandlung sowie im Vergleich der Interventionsgruppe und der TAU-Kontrollgruppe.

## Klinische Psychosomatik: Psychotherapieforschung

### Ist der Aufwand gerechtfertigt? Evaluation eines integrierten psychosomatisch-internistischen stationären Behandlungsmodells für Patienten mit schwerer psychischer und körperlicher Komorbidität

Wentzlaff E.<sup>1</sup>, Stein B.<sup>1</sup>, Zenkert B.<sup>1</sup>, Seifert M.<sup>2</sup>, Wilhelm M.<sup>2</sup>, Söllner W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univ. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland, <sup>2</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

**Hintergrund:** Psychisch stark belastete Patienten mit schwerer körperlicher Komorbidität sind in einem Dilemma: Die psychischen Störungen können auf somatischen Stationen nicht adäquat behandelt werden; psychosomatische Stationen sind aber häufig mit der Behandlung schwerer somatischer Komorbidität überfordert. Die 2011 mit 8 Betten am Klinikum Nürnberg eingerichtete psychosomatisch-internistische Behandlungseinheit ist in eine internistische Akutstation integriert. Die Behandlung umfasst tägliche Absprachen durch interdisziplinäre Besprechungen und Visiten, Einzel- und Gruppentherapie, Musik-, Gestaltungs-, und Bewegungstherapie, Psychoedukation und Achtsamkeit. Die Darstellung präsentiert das Konzept und erste Ergebnisse einer patientenbasierten Effektivitätsbewertung.

**Methode:** Zu Beginn und bei Entlassung füllten in den Jahren 2012-2014 alle Patienten Fragebögen zur Psychopathologie, soziodemographischen Daten, Symptombelastung (u.a. ICD-10-Symptom Rating (ISR), Patient Health Questionnaire, Impact of Event Scale) und zur Zufriedenheit mit der Therapie aus. Mit dem IQ5 werden somatische Daten, Leistungsdaten und der Therapieverlauf durch Ärzte/Pflege erfasst.

**Ergebnisse:** Zwischen 1/2012 und 12/2014 wurden 244 Patienten (70% weiblich, Durchschnittsalter 50 Jahre) behandelt. Die häufigsten somatischen Diagnosen waren endokrinologische, kardiovaskuläre und pulmologische Erkrankungen, die häufigsten psychischen Diagnosen Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen. Die Durchschnittsliegedauer lag bei 35.1 Tagen (SD 15.3), Spannbreite 1-70 Tage. 198 Patienten füllten alle Fragebögen aus. Im ISR zeigte sich eine signifikante Abnahme des Summenwertes von 1,49 auf 1,03 ( $p=0.001$ ; CI 0.39-0.54; Cohen's  $d = 0.89$ ), sowie eine signifikante Abnahme von Depressivität ( $d=1.07$ ) und Angst ( $d=0.66$ ). 92% der Patienten gaben nach der Behandlung an, mit ihren Problemen angemessener umgehen zu können. Die institutionelle Zusammenarbeit spiegelt sich unter anderem in der Art der Zuweisung wieder und zeigt die Vernetzung mit dem psychosomatischen CL-Dienst.

**Diskussion:** Die integrierte stationäre Behandlung wird von Patienten und Krankenhauspersonal gut akzeptiert. Die Daten zeigen, dass der hohe Aufwand der abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit durch den Erfolg dieses integrierten Behandlungsangebots gerechtfertigt ist. Weitere Forschung über den Zusammenhang zwischen Behandlungsbedingungen und Effektivität einer integrierten stationären Behandlung ist erforderlich.

### Eine kurze Intervention zur Verbesserung der Versorgung komplexer ältere Patienten (ASSIST)

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

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Ältere Menschen mit komplexem bio-psycho-sozialem Versorgungsbedarf zeigen eine drastisch reduzierte Lebensqualität, starke psychosoziale Belastung und hohe Kosten im Gesundheitssystem. Die ASSIST Studie war eine randomisiert kontrollierte Interventionsstudie (RCT) zur Überprüfung der Wirksamkeit einer kurzen Intervention bei älteren komplexen Patienten.

**Methoden:** Im vierten Follow-up der „ESTHER-Kohorte“ aus dem Saarland wurden alle Teilnehmer mit dem INTERMED-Interview in ihrem bio-psycho-sozialen Versorgungsbedarf eingeschätzt. Insgesamt wurden  $n=175$  Teilnehmer mit einem hohen (komplexen) Versorgungsbedarf in die ASSIST Studie eingeschlossen und randomisiert. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten einen Hausbesuch von einem psychosomatisch geschulten Studienarzt. In diesem Hausbesuch wurden u.a. weitere Informationen bzgl. der diagnostizierten Erkrankungen gegeben und Hilfsangebote in der Umgebung bzgl. psychischer und/oder sozialer Probleme besprochen. Auch gab es zwei telefonische Nachkontakte zur Unterstützung oder zur Abklärung möglicher Probleme. Primäre



Zielgröße des RCT war die Lebensqualität der Teilnehmer, gemessen 6 Monate nach Studieneinschluss mit dem SF-12. Zusätzlich wurde der EQ-5D zur Erhebung der Lebensqualität eingesetzt.

**Ergebnisse:** Zum Ende der Studie konnten noch 157 Teilnehmer (89,7%) befragt werden. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe äußerten sich oft positiv über das Gespräch im Hausbesuch und die Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit ihrer komplexen Situation. In Bezug auf die Lebensqualität fand sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Interventionsgruppe zeigte jedoch - im Gegensatz zur Kontrollgruppe - im prä-post-Vergleich eine signifikant höhere Verbesserung in der seelischen ( $p=0,03$ ) und körperlichen Lebensqualität ( $p=0,01$ ). Auch fand sich bei der Frage nach Angst und Depression im EQ-5D in der Interventionsgruppe ein signifikanter Trend zur Verbesserung, in der Kontrollgruppe hingegen nicht.

**Diskussion:** Die kurze Intervention bei komplexen Patienten zeigt im Vergleich zwischen den Gruppen keinen Effekt. Innerhalb der Gruppen lässt sich jedoch eine bessere psychosoziale Entwicklung für die Interventionsgruppe identifizieren. Zu prüfen wäre, ob eine stärkere Verankerung der Intervention im Gesundheitssystem (Kontaktaufnahme zu Hausärzten und anderen Versorgern) zu einer im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikanten Verbesserung der Patienten führen kann.

## Evaluation der deutschsprachigen Version des „INTERMED-Self-Assessment“- Fragebogens (IM-SA) zur Erfassung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf

Böhlen E.<sup>1</sup>, Joos A.<sup>2</sup>, Bergmann F.<sup>3</sup>, Söllner W.<sup>4</sup>, Wild B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Univ. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

**Einleitung:** Das INTERMED-Interview (IM-CAG= INTERMED complexity assessment grid) ist ein validiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung von komplexen Patienten mit einem Bedarf für integrierte Behandlung ( $\text{Score} \geq 21$ ). Auf Grundlage des IM-CAG wurde in Zusammenarbeit mit der europäischen INTERMED-Arbeitsgruppe der IM-SA (INTERMED self assessment)- Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Versorgungsbedarfs entwickelt, um eine leichtere klinische Einsetzbarkeit zu ermöglichen und die Patientenperspektive verstärkt zu berücksichtigen.

**Material & Methoden:** Die Validität der deutschsprachigen Version des IM-SA wurde in einer Stichprobe ( $n=136$ ) von psychosomatischen Patienten mit dem IM-CAG als Goldstandard evaluiert. Die Konstruktvalidität wurde über Korrelationen mit Fragebögen zur Lebensqualität (SF-36) und Angst und Depressivität (HADS) überprüft. Sensitivität und Spezifität des IM-SA zur Erfassung von komplexen Patienten wurden mit einer ROC Analyse bestimmt.

**Ergebnisse:** Der IM-SA zeigte in allen Bereichen und im Gesamtscore eine hohe Übereinstimmung mit dem IM-CAG (Gesamtscore:  $r=0,79$  (95%-KI: [0,70; 0,85])). Die interne Konsistenz des Fragebogens war gut, mit einem Cronbach's  $\alpha$  von 0,78. Die Korrelationen mit psychischer Lebensqualität ( $r=0,57$ ) und Depression ( $r=0,59$ ) waren hoch. Im Mittel beurteilten die Patienten ihren Versorgungsbedarf mit dem IM-SA signifikant niedriger als die Interviewer. Dies zeigte sich vor allem bei der Selbsteinschätzung des Versorgungsbedarfs im somatischen Bereich. So ergab auch die ROC Analyse, dass der Cut-off des IM-SA zur Erfassung komplexer Patienten gesenkt werden sollte ( $\text{Score} \geq 17$ ).

**Diskussion:** Als Screening-Instrument zur Erfassung komplexer Patienten und zum Erstellen eines bio- psycho-sozialen Versorgungsplans scheint der IM-SA geeignet zu sein.

**Schlussfolgerung:** Mit dem IM-SA steht ein valides Instrument zur Selbstbeurteilung des bio- psycho- sozialen Versorgungsbedarfs zur Verfügung, welches eine breite Einsetzbarkeit in verschiedenen klinischen Settings ermöglicht.

## Assoziationsmodell als drittes psychodynamisches Theoriemodell neben dem Konflikt- und Strukturmodell?

Wöller W.<sup>1</sup>

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

Die psychodynamische Behandlungstechnik unterscheidet konfliktbezogenes und strukturbezogenes Vorgehen. Jedoch scheint bei einigen klinischen Problemstellungen weder das Konfliktmodell noch das Strukturmodell eine plausible theoretische Fundierung des für eine Symptomreduktion notwendigen therapeutischen Vorgehens zu liefern. Dies gilt vor allem für nicht integrierte traumatische Erinnerungsfragmente im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und für andere Störungsbilder mit traumatischem Hintergrund. Zur Behandlung dieser klinischen Problemfelder kommen in zunehmendem Maße traumatherapeutische Methoden zur Anwendung, in der Regel jedoch ohne eine angemessene theoretische Integration in die psychodynamische Behandlungstheorie. Es wird vorgeschlagen, neben dem Konflikt- und Strukturmodell ein weiteres Theoriemodell einzuführen, das „Assoziationsmodell“ genannt werden könnte. Dieses Modell soll den Prozess der Assoziation und Repräsentation psychischer Inhalte beschreiben, die infolge hoch belastender Beziehungserfahrungen dissoziiert wurden. Es soll eine Grundlage für die theoretische Integration therapeutischer Interventionen zur Behandlung der genannten klinischen Situationen schaffen.

## Somatoform I: Versorgungspraxis und Behandlung der somatoformen und funktionellen Störungen

### Das Netzwerk für somatoforme und funktionelle Störungen (Sofu-Net) - Eine kontrollierte Studie

Löwe B.<sup>1,2</sup>, Lau K.<sup>1</sup>, Daubmann A.<sup>3</sup>, Wegscheider K.<sup>3</sup>, Shedden-Mora M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Hamburg Eilbek, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Biometrie und Epidemiologie, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Somatoforme und funktionelle Störungen können durch hausärztliche psychosomatische Grundversorgung, Psychotherapie und ggf. ergänzende Pharmakotherapie wirksam behandelt werden. Niedrige Erkennungsraten, wenig koordinierte Diagnostik und ein langjährig verzögerter Behandlungsbeginn erschweren allerdings die Versorgung im sektoriellen Gesundheitssystem. Diese Studie evaluiert ein gestuftes, koordiniertes Gesundheitsnetzwerk für Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen.

**Methode:** Das Gesundheitsnetzwerk *Sofu-Net* besteht aus 41 Hausärzten, 35 Psychotherapeuten und 8 psychosomatischen Kliniken. In einer kontrollierten Studie wurden Patienten der 18 am *Sofu-Net* teilnehmenden Praxen mit Patienten aus 15 Kontrollpraxen verglichen. Zur Evaluation wurde eine repräsentative Stichprobe von Patienten aus diesen Praxen mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ) hinsichtlich des Vorliegens somatoformer Symptome, Depressivität und Angststörungen gescreent. Patienten mit Risiko für somatoforme Störungen wurden 6 Monate nach dem Screening mittels strukturierter Interviews erneut befragt. Die Patienten aus den *Sofu-Net*-Praxen und die Patienten aus den Kontrollpraxen wurden hinsichtlich folgender Endpunkte verglichen: Rate der Patienten in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung, Veränderungen in somatischen Symptomen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

**Ergebnisse:** Es wurden 1962 Patienten in den *Sofu-Net* Praxen und 1442 Patienten in den Kontrollpraxen gescreent, von denen 15,4% bzw. 16,7% als Risikopatienten eingestuft wurden. 119 Risikopatienten der *Sofu-Net* Praxen (M=48,9 Jahre, 83,1% weiblich) und 100 Risikopatienten der Kontrollpraxen (M=50,1 Jahre, 71,7% weiblich) wurden nach 6 Monaten befragt. Im Vergleich zu Patienten aus der Regelversorgung wurden Patienten aus den *Sofu-Net* Praxen signifikant häufiger in Psychotherapie vermittelt (47,9% vs. 30,7%). Zum 6-Monats-Follow-up Zeitpunkt berichteten Patienten beider Gruppen signifikant weniger somatoforme Symptome. Es fanden sich jedoch hinsichtlich der somatoformen Symptomstärke und der Inanspruchnahme keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

**Schlussfolgerungen:** Die erfolgreichere Vermittlung von Risikopatienten in Psychotherapie spricht für eine verbesserte Versor-

gung der Patienten im *Sofu-Net*; allerdings geht dies nach 6 Monaten noch nicht mit einer größeren Reduktion der Symptome oder Inanspruchnahme einher.

### Welche Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen nehmen Psychotherapie in Anspruch? Eine Prädiktoranalyse

Shedden-Mora M.<sup>1</sup>, Lau K.<sup>1,2</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Greifswald, Institut für Medizinische Psychologie, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Obwohl die S-3 Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen neben einer hausarztzentrierten Versorgung bei schwereren Verläufen eine psychotherapeutische und ggf. pharmakotherapeutische Behandlung empfehlen. Ziel dieser Studie war die Analyse von Prädiktoren für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungen im 6-Monatsverlauf bei Patienten mit erhöhter somatischer Symptombelastung.

**Methode:** ehlen, nimmt nur ein geringer Anteil der Patienten eine solche Behandlung in Eine repräsentative Stichprobe von 3404 Patienten wurde in 33 Hausarztpraxen mit dem PHQ hinsichtlich somatoformer Symptome, Depressivität und Angst gescreent. Patienten mit erhöhtem Risiko für somatoforme Störungen wurden 6 Monate später mittels strukturierter Interviews nachbefragt. Als Baseline-Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung wurden soziodemographische Variablen, somatische, depressive und Angstsymptome sowie Inanspruchnahme-Variablen in einer logistischen Regression analysiert.

**Ergebnisse:** Von den zur Baseline als Risikopatienten eingestuften Patienten (16,3% der Gesamtstichprobe) wurden 219 Patienten (49,4 Jahre, 77,6% weiblich) 6 Monate später nachbefragt. Von diesen befanden sich 45 Patienten (20,5%) in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung, wobei 16 diese neu begonnen hatten. Signifikante Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung im 6-Monatsverlauf waren - neben einer bestehenden Psychotherapie zur Baseline (OR = 10,67; 95%CI [3,90 - 28,66]) - eine vorhandene Partnerschaft (OR = 3,16; 95%CI [1,17 - 8,57]), höhere Depressivität (OR = 1,13; 95%CI [1,01 - 1,27]), sowie die Einnahme von Medikamenten gegen Depression, Angst oder Stress

(OR = 3,70; 95%CI [1,39 - 9,87]). Die Schwere der somatischen Symptome und Angstsymptome stellte keinen signifikanten Prädiktor dar.

**Schlussfolgerungen:** Unter den Hausarztpatienten mit einer erhöhten somatoformen Symptombelastung sagten eine vorhandene Partnerschaft, höhere Depressivität, sowie die Einnahme von Psychopharmaka die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung vorher. Relevant ist daher, den Behandlungsbedarf insbesondere unter denjenigen

Patienten zu ermitteln, die alleinstehend sind, keine komorbide depressive Symptomatik haben und noch nicht an das Gesundheitssystem angebunden sind.

## **Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen - störungsorientierte Behandlung für angst-, depressions- und somatoform betonten Schwindel - eine Interimsanalyse**

Radziej K.<sup>1,2</sup>, Limburg K.<sup>1,2</sup>, Lahmann C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität, München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum der Universität München, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, München, Deutschland

Schwindel ist eines der häufigsten Leitsymptome in der Allgemeinmedizin mit einer Ein-Jahres-Prävalenz von 23%. Etwa 50% der komplexen Schwindelerkrankungen (d.h., der Schwindel ist das Hauptsymptom und persistiert über mindestens 6 Monate) sind organopathologisch nicht ausreichend erklärbar (funktioneller bzw. somatoformer Schwindel).

Funktioneller Schwindel zeigt eine hohe Komorbiditätsrate mit einer Reihe anderer psychischer Störungen, insbesondere phobischen und anderen Angststörungen sowie depressiven Störungen. Die Mehrheit der Betroffenen gibt an, sich im Alltags- und Berufsleben deutlich beeinträchtigt fühlen oder sogar arbeitsunfähig zu sein und berichtet überdies eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu Patienten mit organischen Schwindelerkrankungen. Dennoch werden sie oft weder frühzeitig richtig diagnostiziert noch suffizient behandelt, was in der Folge zu einer Chronifizierung der Beschwerden beiträgt.

Wenngleich es erste Hinweise gibt, dass Psychotherapie bei der Behandlung funktioneller Schwindelerkrankungen im Hinblick auf eine Reduktion der Schwindelsymptomatik wirksam ist, bleiben die therapeutischen Möglichkeiten bislang unbefriedigend.

Im Rahmen der aktuell laufenden randomisierten, kontrollierten klinischen Studie soll die kurz- und langfristige Wirksamkeit einer phasendefinierten, störungsorientierten integrativen Psychotherapie (IPT) mit 16 Gruppensitzungen evaluiert werden, im Vergleich zur Wirksamkeit einer störungsspezifischen moderierten Selbsthilfegruppe.

Beide Behandlungsarme (geplante Gesamtstichprobengröße N=216 Patienten) werden im Hinblick auf eine Verbesserung der Schwindelsymptomatik, insbesondere der durch den Schwindel bedingten physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen, sowie assoziierte angstbezogene und affektive Beschwerden verglichen. Es werden erste Ergebnisse aus den bereits laufenden Therapiegruppen vorgestellt.

## **Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie als stationäres Gruppenkonzept für Somatisierung und somatoforme Störungen**

Algermissen C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Abteilung Psychosomatik, Braunschweig, Deutschland

Die Behandlung von Patienten mit leidvollen („distressing“), jedoch medizinisch unerklärten körperlichen Symptomen stellt eine therapeutische Herausforderung dar. In dem gegenwärtigen Versorgungssystem fehlen oft die zeitlichen und personellen Ressourcen, aber auch die Behandlungskonzepte, um Patienten mit Symptomen einer Somatisierung eine adäquate Hilfestellung anzubieten. Daher ist der ausgeprägt integrative Behandlungsansatz für Somatisierung der beiden amerikanischen Psychologen Robert L. Woolfolk und Lesley A. Allen von besonderer Bedeutung. Dieser Behandlungsansatz<sup>1,2</sup>, die Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie (ACBT), wird im Überblick und in der zentralen Therapiestrategie dargestellt. Eine manualisierte Kurzversion ermöglicht die Bearbeitung von Therapieinhalten in reduzierter Form. In einem umfassenden Behandlungskonzept stehen emotionsfokussierte Therapietechniken im Vordergrund, neben kognitiven Interventionen sowie erfahrungs- und akzeptanzorientierten Therapiemethoden. ACBT als moderner Diagnostik- und Behandlungsansatz basiert auf einem Therapiemodell für Somatisierung, das für die gesamte Gruppe der somatoformen Störungen eine Gültigkeit besitzt und unabhängig von den konzeptuellen Änderungen im DSM-5 ist.

ACBT ist derzeit der am besten untersuchte verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz für Somatisierung. In der bisher einzigen randomisierten, kontrollierten klinischen Studie<sup>3</sup> an Patienten mit einer Somatisierungsstörung wurden relevante Therapieeffekte auf die Symptomausprägung und das körperliche Funktionsniveau nachgewiesen. Die Therapiestrategie und speziellen Interventionen der ACBT werden in der Abteilung Psychosomatik am Klinikum Braunschweig erstmals in ein stationäres Gruppenkonzept transformiert und klinisch evaluiert.

1. Algermissen C, Rösser N (2015) Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie (ACBT) von somatoformen Störungen und Somatisierungsstörungen. *Psychotherapie* 20 (1):201-214

2. Robert. L. Woolfolk, Lesley A. Allen (2013) Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und Somatisierungsstörungen. Ein Praxisbuch. CIP-Medien, München

3. Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM (2006) Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 166:1512-1518

## Suizidalität bei somatoformer Störung - Ein Ausdruck sprachloser Wut?

Conrad R.<sup>1</sup>, Kämpfer N.<sup>1</sup>, Staufenberg S.<sup>1</sup>, Rambau S.<sup>1</sup>, Wegener I.<sup>1</sup>, Geiser F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Bonn, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland

In der aktuellen Literatur werden bei somatoformen Patienten in etwa einem Viertel der Fälle Suizidgedanken in den letzten sechs Monaten sowie bei einem Fünftel der Patienten Suizidversuche in der Vorgeschichte berichtet (Wiborg et al., 2013). Im Gegensatz zu der erheblichen klinischen Relevanz von Suizidalität in dieser Patientengruppe gibt es bislang nur wenige Studien, die eine genauere Identifizierung von Risikofaktoren ermöglichen. Vor diesem Hintergrund untersuchten wir somatoforme Patienten mit oder ohne Suizidversuch im Hinblick auf affektive Differenzierungsfähigkeit, Ärgerdisposition und Umgang mit Ärger.

Bei 155 Patienten mit einer somatoformen Störung, die sich konsekutiv in der psychosomatischen Poliklinik der Universität Bonn vorstellten, wurden im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung die Symptom-Checkliste (SCL-90-R), die Toronto Alexithymie Skala (TAS-20) sowie das State-Trait Anger Inventory (STAXI) erhoben. Insgesamt berichteten 20 Patienten (13%) mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte. Die somatoformen Patienten mit Suizidversuch zeigten in einer Kovarianzanalyse (Kovariaten: Alter, Geschlecht, Depression) eine stärkere psychische Belastung (Global Severity Index;  $p < 0.001$ ), einen höheren Gesamtwert für Alexithymie ( $p = 0.002$ ), eine stärkere Ärgerdisposition ( $p = 0.003$ ) und eine stärkere Neigung Ärger auszuagieren (Anger out;  $p < 0.001$ ). Schwierigkeiten der Affektdifferenzierung sowie die Neigung intensiv Ärger bzw. Wut zu empfinden und auszudrücken kennzeichnen die Gruppe somatoformer Patienten mit Suizidversuchen. Inwieweit ein kausaler Zusammenhang zwischen Schwierigkeiten in der Identifizierung und Versprachlichung von Aggression und Suizidversuchen besteht, kann im Rahmen dieser Querschnittstudie nicht geklärt werden. Ein Verständnis des Zusammenhangs von sprachloser Wut und Suizidalität könnte hinsichtlich der Prophylaxe und Behandlung von Suizidalität bei somatoformen Patienten von Bedeutung sein.

## A-P-Kommunikation I - Theorie und Forschung

### „Eine Medizin der menschlichen Beziehungen“ (Weiner). Klinische und anthropologische Perspektive

von Boetticher D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Die psychosomatische Medizin ist charakterisierbar als eine „Medizin der menschlichen Beziehungen“ (Weiner). Seit

den Pionierarbeiten Engels, Weiners und Hofers hat die Forschung eine Vielzahl von Befunden zu somatischen Korrelaten unterschiedlicher Beziehungserfahrungen (Trauer, Verlust, Trauma, Empathie, sozialer Schmerz ...) und ihrer klinischen Bedeutung hervorgebracht. Parallel hierzu hat sich gerade innerhalb des psychodynamischen Diskurses das Verständnis von Beziehung grundlegend verändert. Beziehung wird mit der „intersubjektiven Wende“ (Altmeyer und Thomä) ein Schlüsselbegriff im Selbstverständnis psychosomatischer Medizin und Psychotherapie. Dabei wird der Beziehungsbegriff oftmals in einer Weise verwendet, als verstünde sich von selbst, was damit gemeint sei und als bedürfe er keiner weiteren Explikation. Beziehung wird in den einschlägigen Lehrbüchern einschl. OPD 2-Manual zwar zentral verwendet und vielfach beschrieben, bleibt aber weitgehend undefiniert. Der semantischen Unschärfe korrespondiert oftmals eine anthropologische. Denn Sozialität ist nicht humanspezifisch, sodass sich *menschliche* Beziehungen nur in Verbindung mit anderen anthropologischen Phänomenen verstehen lassen.

**Methode:** Die Präsentation skizziert einige Befunde der psychophysiologischen, neurobiologischen und epigenetischen Beziehungsforschung und kontextualisiert sie mit Befunden der evolutionären (Tomasello), medizinischen (v. Weizsäcker) und sozialphilosophischen (Taylor) Anthropologie.

**Diskussion:** Mit der „intersubjektiven Wende“ werden Psychosomatik und Psychotherapie zur „Beziehungsmedizin“. Beziehung erhält hierbei eine basale anthropologische Bedeutung, die den Menschen als eine Art *animal relationale* erscheinen lässt. *Animal relationale* heißt dabei nicht nur, dass Menschen sich nur durch ihre unhintergehbare Bezogenheit verstehen lassen, sondern dass auch umgekehrt in dieser Bezogenheit das spezifisch Menschliche sich abbilden lassen können muss: Die intersubjektive Wende bedarf für ihre Realisierung der Ergänzung durch eine anthropologische Wende. Für die Konzeptualisierung einer „Medizin der menschlichen Beziehungen“ ist die komplementäre Berücksichtigung von biologischen Befunden und anderen basalen anthropologischen Phänomenen erforderlich wie z.B. denen der „geteilten Intentionalität“ (Tomasello), des Pathischen (v. Weizsäcker) und der Wertung (Taylor). Forschung „kann zur Bildung neuer Theorien anregen, aber sie kann sie nicht bilden“ (v. Uexküll).

### Die Qualität der Hausarzt-Patient-Beziehung - Patientenbezogene Prädiktoren in einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe

Häuser W.<sup>1,2</sup>, Schmutzer G.<sup>3</sup>, Henningsen P.<sup>1</sup>, Brähler E.<sup>3</sup>, Dinkel A.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Patientenzentrierung und eine gute Arbeitsallianz sind zentrale Merkmale der hausärztlichen Behandlung. Umfra-

gen zeigen, dass die meisten Deutschen mit der Beziehung zu ihrem Hausarzt zufrieden sind. Jedoch ist offen, welche Faktoren die Qualität der Beziehung zum Hausarzt beeinflussen.

**Ziel der Arbeit:** Erfassung der wahrgenommenen Qualität der Beziehung zum Hausarzt mittels eines validierten Fragebogens und Analyse patientenbezogener Prädiktoren der Qualität der Beziehung.

**Material und Methoden:** Personen einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung wurden im Rahmen einer Querschnittstudie mit standardisierten Fragebögen untersucht. Die Qualität der Hausarzt-Patient-Beziehung wurde mit der deutschen Version des Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) erfasst. Mögliche Assoziationen von demographischen und klinischen Variablen (somatische Komorbidität, körperliche und psychische Symptombelastung) mit der Qualität der Hausarzt-Patient-Beziehung wurden mittels einer hierarchischen linearen Regressionsanalyse überprüft.

**Ergebnisse:** 2278 Probanden (91.9 %) gaben an, einen Hausarzt zu haben. Der Gesamtmittelwert im PDRQ-9 war hoch ( $M = 4.12$ ,  $SD = 0.70$ ). Das finale Regressionsmodell zeigte, dass höheres Alter, weibliches Geschlecht und vor allem geringere somatische und psychische Symptombelastung als Prädiktoren einer guten Hausarzt-Patient-Beziehung fungierten. Der initiale Effekt der somatischen Komorbidität verschwand, nachdem die körperliche Symptombelastung in die Regression aufgenommen wurde. Die Varianzaufklärung zeigte einen kleinen Effekt mit  $R^2 = 0.103$ .

**Diskussion:** Das subjektive Erleben von Beschwerden stellt den relevanten patientenseitigen Einflussfaktor für die von Patienten wahrgenommene Qualität der Beziehung zum Hausarzt dar.

## Nonverbales Verhalten von Therapeut und Patient in erfolgreichen psychodynamischen Psychotherapien zur Behandlung sozialer Phobien

Kreyenbrink I.<sup>1</sup>, Joraschky P.<sup>2</sup>, Lausberg H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Deutsche Sporthochschule Köln, Abt. Neurologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum der Carl Gustav Carus Universität Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

**Einleitung:** Bei Patienten mit sozialer Phobie tritt in interaktiven Situationen ein hohes Ausmaß an irregulären Handbewegungen (fidgeting) auf, die hypothetisch eine selbstregulierende Funktion haben. Dieses Verhalten überträgt sich in Dyaden auf den Interaktionspartner. Das nonverbale Verhalten von Therapeut und Patient in erfolgreichen Psychotherapien zur Behandlung sozialer Phobien ist daher von besonderem diagnostischem und therapeutischem Interesse. Neben Handbewegungen ist die Offenheit versus Geschlossenheit von Sitzpositionen ein relevanter Parameter, der in empirischen Untersuchungen zwischen erfolgreichen und nicht-erfolgreichen therapeutischen Beziehungen differenzierte. Die vorliegende Studie untersucht daher Handbewegun-

gen und Sitzpositionen in erfolgreichen psychodynamischen Psychotherapien sozialer Phobien.

**Methode:** Videoaufzeichnungen 8 erfolgreicher Psychotherapien aus einem Projekt des bundesweiten Forschungsverbunds zur Behandlung der Sozialen Phobie (SOPHO-NET) wurden hinsichtlich des Handbewegungsverhaltens von Patient und Therapeut mit dem NEUROGES-ELAN System analysiert. Zwei unabhängige zertifizierte Rater kodierten ohne Ton die Handbewegungen von Patient und Therapeut in der jeweils ersten (nicht-probatorischen) und vorletzten Therapiesitzung mit den Kategorien Activation und Rest Positions.

**Ergebnisse:** Die Therapeuten zeigten in der ersten Therapiesitzung signifikant weniger *movement* units als die Patienten. Bei den Patienten traten in der vorletzten Sitzung signifikant weniger *movement* units auf als in der ersten Sitzung. Bei den Rest Positions nahmen Therapeuten und Patienten signifikant am häufigsten *in touch* gefolgt von *apart* und zuletzt *crossed* Positionen ein. Therapeuten zeigten dabei signifikant mehr *apart* Positionen als Patienten.

**Diskussion:** In erfolgreichen psychodynamischen Psychotherapien von Patienten mit sozialen Phobien übernehmen die Patienten das nonverbale Verhalten der Therapeuten. Die Therapeuten sind zu Beginn der Therapie motorisch ruhiger als die Patienten, deren eigene motorische Aktivität von der ersten zur vorletzten Therapiesitzung abnimmt. In Übereinstimmung mit früheren Studien nehmen Therapeuten und Patienten in erfolgreichen Psychotherapien seltener gekreuzte Ruhepositionen ein. Sowohl Therapeuten als auch die sozialphobischen Patienten bevorzugen Ruhepositionen mit Berührung der eigenen Hände. Diese sind häufiger als offene Ruhepositionen.

## „Resonance Based Medicine“ (RBM) und „Evidence Based Medicine“ (EBM)

Glawischnig-Goschnik M.<sup>1</sup>, Ebell H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>LKH-Univ. Klinikum Graz, Univ.Klinik f. Med. Psychologie und Psychotherapie, Graz, Österreich, <sup>2</sup>Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

Der Begriff einer „Resonance Based Medicine“ wurde 2010 erstmals vorgeschlagen (Glawischnig-Goschnik). Im Zentrum einer auf „Resonanz“ (Gindl 2002) basierten Medizin und Therapie steht der Mensch als leibhaftiges Subjekt und die therapeutische Beziehung wird als eine intersubjektive postuliert. Zahlreiche Phänomene, die sich in der **ÄrztIn/PatientIn/TherapeutIn/KlientIn-Beziehung und -Kommunikation** im Nonverbalen abspielen, werden in musiktherapeutischen, leib- bzw. körpertherapeutischen und/oder hypnosystemischen (Ebell 2014) Ansätzen fokussiert. In einer vornehmlich auf standardisierte, empirische Forschungssettings und Leitlinien ausgerichteten Praxis gemäß „Evidenz Based Medicine“ könnte RBM als Klammer für heilsame und hilfreiche Verfahren, Methoden und Techniken dienen, die

in der EBM meist (noch?) keine ausreichende Evidenz ausweisen können und somit kritisch-wissenschaftlich diskutiert werden. Kultur- und humanwissenschaftliche Zugangsweisen, Forschungs- und Erkenntnismethoden könnten dadurch mehr Raum einnehmen. Eine auf intersubjektiver Resonanz basierende Medizin ist herausgefordert, alle Ebenen eines bio-psycho-sozio-spirituellen Modells von *Gesundheit* und *Krankheit* sowie *Gesundsein* und *Kranksein* (Sauerbruch 1936) auf Resonanzphänomene hin zu überprüfen und ihren klinischen bzw. pragmatisch-therapeutischen Stellenwert zu ermitteln.

In diesem Vortrag soll beispielhaft an Hand von Herausforderungen in der **Psychoonkologie** die Brauchbarkeit des Begriffes einer „Resonance Based Medicine“ (bewusst ähnlich klingend wie „Evidence Based Medicine“) diskutiert und kritisch überprüft werden. Literatur:

Glawischnig-Goschnik, M: „Glaube, Liebe, Hoffnung“ Verbales, Nonverbales und Musikalisches in den Grenzbereichen der CL-Versorgung; *Psychiatrie und Psychotherapie*, 6/4:197-201; 2010.

Gindl, B: Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Junfermann, 2002.

Ebell, H. Wenn Patient und Arzt zusammenwirken. in: Bilek, H.P., Mori, H. (Hrsg.): „Synoptische Psychotherapie“ Facultas, Wien, 2015, Seiten 145-152.

Sauerbruch, F., Enke H. „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“, 1936

## **Relationships as regulators? Beziehungsstile, Motivation und Erfahrungen von Teilnehmern des Tandem-Projekts „interkulturelle Kommunikation“ für Medizinstudierende der medizinischen Fakultät Tübingen: Ergebnisse einer explorativen quantitativen Erhebung**

Stuber F.<sup>1</sup>, Erschens R.<sup>1</sup>, Loda T.<sup>1</sup>, Huhn D.<sup>2</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universitätsklinik, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum, Abteilung Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Seit dem Sommersemester 2011 hat die Medizinische Fakultät Tübingen das Tandemprojekt „Interkulturelle Kommunikation“ gestartet. Jeweils einem Studienbeginner aus dem Ausland wird ein deutschsprachiger Studienbeginner zugeteilt, der als Tandem-Partner für ein Semester fungiert und mit dem internationalen Studierenden gemeinsam die Herausforderungen des Studienstartes durchläuft. Gefördert durch den Innovationsfonds Medizin, Förderlinie Lehre und Ausbildungsforschung Baden-Württemberg, wurde das Tandem-Projekt auf seine Akzeptanz und Wirksamkeit untersucht.

**Methode:** Die Tandem-Teilnehmer wurden aus vier Tandem-Kohorten (WS13/14-SS15) rekrutiert und jeweils zu zwei Befragungszeitpunkten (Prä/Post) befragt. Zielparameter waren die Erwartun-

gen und Motive der Teilnehmer am Tandem-Projekt teilzunehmen (t0), sowie die konkreten Sichtweisen und Erfahrungen während des Projekts (t1). Mit standardisierten Fragebögen wie dem Gesundheitsfragebogen für Patienten mit Modul Depression (PHQ-9) und dem Modul Angst (GAD-7), sowie dem Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) wurde das psychische Wohlbefinden erhoben. Darüber hinaus wurde die Assoziation der Beziehungsstile der Tandem-Teilnehmer untersucht.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden n = 68 Tandem-Teilnehmer zur Befragung eingeladen. Bei der zweiten Befragung (t1) ergab sich insgesamt ein Drop-out von n = 8 (RR= 88%). 60 % (n = 40) der Tandem-Teilnehmer waren weibliche Studierende. Die 34 Studierenden aus dem Ausland kamen vorwiegend aus dem arabisch- und osteuropäischen Kulturraum (n= 18). Erste Ergebnisse zeigen, dass das Tandem-Projekt insgesamt sehr gut angenommen wurde: 88,1 % der Tandem-Teilnehmer vergaben die Schulnote sehr gut und gut. 87 % der Studierenden würden erneut teilnehmen und 91,5 % würden das Projekt ihren Kommilitonen weiterempfehlen. Die Tandem-Teilnehmer berichteten insgesamt positive Folgen auf Beziehungsebene: 75 % konnten neue Freundschaften schließen und 62 % fühlten sich weniger allein. Nur 17 % der Teilnehmer gaben keine Verbesserung ihres Wohlbefindens assoziiert mit Tandem-Projekt an.

**Diskussion:** Die vorläufigen Ergebnisse aus der prospektiven quantitativen Erhebung decken sich mit den Ergebnissen aus den qualitativen Analysen mit den ehemaligen Tandem-Teilnehmern. Das Tandemprojekt kann insgesamt als erfolgreiche Intervention weiterentwickelt werden. Detaillierte Analysen zu den oben genannten Dimensionen werden zum Kongress zur Verfügung stehen.

## **Bindung 1 - Methoden und Studien**

### **Der „Bindungsselefant“ - Messen verschiedene Methoden der Erwachsenenbindungsforschung unterschiedliche Konstrukte?**

Strauß B.<sup>1</sup>, Kirchmann H.<sup>1</sup>, Singh S.<sup>1</sup>, Altmann U.<sup>1</sup>, Schurig S.<sup>2</sup>, Petrowski K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum C.G. C. der TU Dresden, Dresden, Deutschland

Obwohl die Bindungsforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik immer noch „boomt“, sind meßtheoretische Fragen bezüglich diverser Methoden der Bindungsdiagnostik im Erwachsenenalter noch unbeantwortet. Meist werden eher niedrige Korrelationen zwischen den einzelnen Methoden berichtet. Um den Zusammenhang von bewährten Methoden systematisch zu prüfen, wurde im Rahmen eines DFG-Projekts an einer klinischen Stichprobe (Patienten mit Panikstörung) und einer parallelisierten Vergleichsgruppe gesunder diverse Selbstbeschreibungsmetho-

den, das Adult Attachment Projective, das AAI und das Erwachsenenbindungsprototypenrating angewandt.

Erste Ergebnisse zum Zusammenhang der Methoden in den beiden Stichproben und zu Dimensionen, denen sich die Methoden zuordnen lassen, werden in dem Beitrag berichtet und vor dem Hintergrund diskutiert, ob alle Methoden auf ein Konstrukt bezogen werden können.

## **Therapeutenbindung und Bindung des Patienten an den Therapeuten: Methodische Aspekte zu Prädiktoren für Symptomreduktion**

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

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

Eine sichere Bindung des Patienten an den Therapeuten ist ein wichtiger Prädiktor für eine erfolgreiche Therapie. Allerdings sind die empirischen Ergebnisse nicht einheitlich. Erste Indikatoren deuten auf den Einfluss eines methodischen Problems hin. Daher wurden die aufgeklärten prädiktiven Varianzanteile der Therapeuten Bindungsrepräsentation (Adult Attachment Interview, AAI) und der Bindung des Patienten an seinen Therapeuten (client's attachment to the therapist, CATS) auf das Therapieoutcome (SCL-90) mittels Regressor- und Suppressoranalysen untersucht. Hierfür wurden  $N = 22$  Psychotherapeuten, welche  $N = 429$  Patienten behandelten, untersucht. In einer stufenweise logistischen Regression wurde der Einfluss jedes Prädiktors individuell für die Vorhersage des Therapieoutcomes spezifiziert.

Sowohl die Therapeutenbindungsrepräsentation als auch die Patienten sind individuell ein signifikanter Prädiktor für die Vorhersage des Therapieoutcomes. Allerdings zeigte sich ein signifikanter Redundanzeffekt zwischen sicherer und unsicherer-vermeidender Skala im CATS (Tolerance = .480, VIF = 2.083). Dies deutet daraufhin, dass beide Skalen eigentlich unterschiedliche Enden der Poole einer Skala messen, welche den Therapieoutcome vorhersagt. Wenn die redundanten Varianzanteile herausgefiltert werden, zeigen sich starke prädiktive Effekte für die sichere Therapeutenbindung als auch für die sichere Patienten Bindung zum Therapeuten für die Vorhersage des Therapieoutcomes. Möglicherweise beeinflusst Pseudo-Sicherheit der Patientenbindung die Ergebnisse bedingt durch Selbstauskunftverfahren und dem damit möglichen Einflüssen von kognitiven Verzerrungen. Weitere Belege für diese These werden in der Diskussion an Hand weiterer empirischer Ergebnisse aus der Literatur diskutiert.

## **Childhood trauma related changes in fMRI networks influencing the individual attachment style**

Krause A. L.<sup>1</sup>, Borchardt V.<sup>2</sup>, Li M.<sup>3</sup>, van Tol M. J.<sup>4</sup>, Metzger C.<sup>5</sup>, Nolte T.<sup>6</sup>, Walter M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Clinical Affective Neuroimaging Laboratory, Magdeburg, Deutschland, <sup>2</sup>Leibniz Institute for Neurobiology, Clinical Affective Neuroimaging Laboratory, Magdeburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Clinical Affective Neuroimaging Laboratory, Magdeburg, Deutschland, <sup>4</sup>University of Groningen, University Medical Center, Neuroimaging Center, Groningen, Niederlande, <sup>5</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland, <sup>6</sup>University College of London, Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, London, Vereinigtes Königreich

The basis for certain patterns of interpersonal behavior is formed in early childhood. Individuals develop an 'internal working model' (IWM) of relational expectations combined with a set of likely responses towards interactions with others. According to attachment theory, these may in part find their origin in experiences with caregivers in early childhood. This IWM of an individual forms the attachment style, influencing e.g. interpersonal behavior as approach or avoidance towards others. Different childhood or life experiences - and trauma in childhood specifically - therefore lead to discernable types of attachment styles. Neuronal correlates of brain networks related to attachment style were found to influence social processing and interactions. Sub-networks are e.g. a so called "social aversion network" and a "mental state representation network". Social aversion network includes regions like amygdala, hippocampus, anterior cingulate cortex (ACC) and regions included in the mental state representation network are lateral temporal cortex (LTC), posterior cingulate cortex and medial prefrontal cortex. Modulation between these sub-networks is supposed to be important for social processing.

We hypothesize that experience of childhood trauma is related to changes in fMRI networks which influence the individual attachment style.

23 healthy males underwent a 7Tesla restingstate fMRI scan and completed the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) as well as the Experience in Close Relationships Questionnaire (ECR). CTQ was used to detect physical, emotional and/or sexual trauma as well as neglect in childhood. ECR was used to assess individual's attachment avoidance (AV) and attachment anxiety (AX).

AX correlated positively with functional connectivity between parahippocampal cortex and ACC ( $p < .05$ , FDR corr.). AV correlated negatively with functional connectivity between LTC and ACC ( $p < .05$ , FDR corr.). CTQscore correlated positively with functional connectivity between LTC and amygdala ( $p < .001$ , uncorr.). CTQscore correlated positively with both, AX ( $p < .002$ ) and AV ( $p < .006$ ).

While low attachment avoidance is associated with inter-network-connectivity, high degrees of childhood trauma are correlated with within-network-connectivity of the social aversion network. Consequently, high degrees of childhood trauma are not only correlated with high attachment avoidance and high attachment anxiety, but also with higher activation of the social aversion network.

## **Bindung und Selektive Aufmerksamkeit bei Patientinnen mit Angststörung - Eine multimethodale Messung des Bindungskonstrukts**

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

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

**Theorie:** Empirisch zeigt sich ein Verarbeitungsbias für angstbezogenes Stimulusmaterial bei hochängstlichen Personen und Patienten mit Angststörungen im Vergleich zu Kontrollpersonen (Bar-Haim et al., 2007). Es ist bisher weitestgehend ungeklärt, warum es zur erhöhten Aufmerksamkeit kommt. Psychodynamische Modelle postulieren einen Einfluss erfahrungsbasierter, mentaler Repräsentationen von Beziehungserfahrungen auf die Informationsverarbeitung in sozialen Kontexten (Shear et al., 1993; Bush et al., 2010). Bisherige Befunde mit gesunden Personen stützen die Annahme von bindungsspezifischen Aufmerksamkeitsprozessen (Dykas & Cassidy, 2011). In dieser Studie wird der Zusammenhang von bewussten und vorbewussten Bindungsmustern auf verzerrte Aufmerksamkeitsprozesse bei Angstpatientinnen untersucht.

**Methode:** N=47 Patientinnen mit einer Panikstörung und/oder Agoraphobie füllten Fragebögen zu Bindungsstilen (ECR, Ehrenthal et al., 2009) und Angstsymptomen (u.a. STAI, Laux et al., 1981) aus. Dann wurde die Panic Disorder Severity Scale (Shear et al., 1997) und das Adult Attachment Interview durchgeführt (AAI, George et al., 2002). Vor Beendigung des AAI absolvierten die Patientinnen eine Reaktionszeitaufgabe (Dot probe, u.a. Dewitte et al., 2007) am Computer. Die Stimuli umfassten 4 Kategorien mit jeweils 8 Wortpaaren: bindungsnegative, bindungspositive, panik-bezogene und neutrale Adjektive. Reaktionszeitbasierte Indizes ermöglichen die Rückschlüsse auf differentielle Aufmerksamkeitsprozesse für die einzelnen Stimuli. Die statistischen Analysen überprüfen den Zusammenhang der Indices für Aufmerksamkeitshinwendung und -ablösung mit dem Bindungskonstrukt auf Ebene von Fragebögen (ECR) und Interview (AAI).

**Ergebnisse:** Die emotionale Reaktion (u.a. Valenz) weist auf eine Aktivierung des Bindungssystems während des AAI hin. Wie erwartet, zeigen Patientinnen differentielle Aufmerksamkeitsprozesse für Panik- und negative Bindungswörter. Die Interaktion aus hoher, fragebogenbasierter Trait- und Bindungsangst geht mit einer erhöhten Schwierigkeit einher, die Aufmerksamkeit von bindungsnegativen Wörtern zu lösen.

**Diskussion:** Verzerrte Aufmerksamkeitsprozesse spielen eine wichtige Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen. Bewusste und vorbewusste Bindungsmuster können die Informationsverarbeitung beeinflussen. Der Beitrag verschiedener Messmethoden zur Beantwortung klinischer Fragestellungen lässt sich anhand ihrer Validität abschätzen.

## **Coping with chronic pain - a matter of attachment?**

Pfeifer A. C.<sup>1</sup>, Neubauer E.<sup>1</sup>, Schiltewolf M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Heidelberg University Hospital, Department of Orthopedics, Trauma Surgery and Paraplegiology, Heidelberg, Deutschland

**Background:** The concept of attachment is relevant for the onset and development of chronic pain. Insecure attachment styles negatively affect therapeutic outcome. Insecurely attached patients seem to be less able to sustain positive effects of a multimodal treatment program. Until now it is not clear how insecurely and securely attached patients differ in their coping behaviour and how this affects the treatment outcomes of a multimodal pain therapy. To test this, we compared the short- and long-term outcomes for pain patients who will receive multidisciplinary pain treatment.

**Methods:** The study was conducted in a longitudinal design. Patients were assessed before treatment (T1), after treatment (T2), and at a 6 month follow-up (T3). Pain intensity as measured with visual analogue scales and physical functioning served as the primary outcome measures. The Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D) was chosen for the assessment of coping behavior. Moreover, to evaluate the therapeutic treatment process after the 4-week pain therapy the Working Alliance Inventory (WAI) was included in the post-treatment questionnaire.

**Findings:** The study showed that the patients differed significantly in coping with the pain. Patients with higher attachment avoidance reached higher scores in passive coping strategies. There was no significant difference in the course of the pain over the three measurement points between securely and insecurely attached patients. However, in terms of physical functioning all patients regardless of their attachment style report a significant reduction in disability score compared to T1. Over the next six months, disability score further declines only for securely attached chronic pain patients while for the insecurely attached patients the disability score goes up again. The therapeutic working alliance significantly correlated with current pain intensity at T3 showing that a higher rated therapeutic relationship is associated with lower pain intensity at the 6-month follow-up.

**Conclusion:** An attachment style and the associated coping of pain patients can be associated with the therapeutic treatment outcome of a multimodal pain therapy, especially with regards of long-term treatment outcomes for insecurely attached pain patients. The therapeutic relationship seems to be an important predictor of pain intensity for chronic pain patients.



## “Transgenerationale Weitergabe von Trauma (BMBF “Meine Kindheit - Deine Kindheit”)

### Psychosoziale Risikofaktoren bei Frauen mit Missbrauchs-, Misshandlungs-, und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit

Doyen-Waldecker C.<sup>1</sup>, Koenig A. M.<sup>2</sup>, Schury K.<sup>2</sup>, Reister F.<sup>3</sup>, Köhler-Dauner F.<sup>4</sup>, Ruf-Leuschner M.<sup>5</sup>, Schauer M.<sup>5</sup>, Gündel H.<sup>6</sup>, Ziegenhain U.<sup>4</sup>, Fegert J. M.<sup>4</sup>, Kolassa I. T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Klinische & Biologische Psychologie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sektion Geburtshilfe, Universitätsklinikum, Ulm, Deutschland, <sup>4</sup>Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ulm, Deutschland, <sup>5</sup>Klinische Psychologie und Klinische Neuropsychologie, Universität, Konstanz, Deutschland, <sup>6</sup>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Psychosoziale Risikofaktoren wie finanzielle Schwierigkeiten, partnerschaftliche Gewalt sowie gesundheitliche Probleme, können Mütter besonders in der Zeit um die Geburt eines Kindes zusätzlich stressen. Bei werdenden Müttern mit eigenen Missbrauchs-, Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen (MMV) könnten diese Risikofaktoren in erhöhtem Maße vorliegen.

**Methoden:** In der Frauenklinik des Universitätsklinikums Ulm wurden auf der Wochenstation bei 240 Frauen nach der Entbindung (im Durchschnitt 2,2 Tage nach der Geburt) die Prävalenz von MMV-Erfahrungen mittels des Childhood Trauma Questionnaires (CTQ) sowie die psychosozialen Risikofaktoren über den Konstanzer Index (KINDEX) für frühkindliche Risiken erhoben.

**Ergebnisse und Diskussion:** Von den im Durchschnitt 33 Jahre alten Frauen (Range=21-46) gaben 13,8% emotionale Misshandlung, 6,7% körperliche Misshandlung, 12,5% sexuellen Missbrauch, 32,1% emotionale Vernachlässigung und 7,5% körperliche Vernachlässigung in der Kindheit an. Die Ergebnisse zeigten eine positive Korrelation zwischen MMV-Erfahrungen in der Kindheit und dem gehäuftem Auftreten auch von mehr aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren bei den befragten Müttern, insbesondere ging ein höherer CTQ mit einem erhöhten Risiko für eine psychiatrische Erkrankung der Mutter und partnerschaftlicher Gewalt einher. Mütter mit MMV-Erfahrungen haben ein erhöhtes Risiko auch um den Zeitpunkt der Geburt mehr psychosoziale Risikofaktoren aufzuweisen und stellen eine Gruppe dar, für die gezielte Hilfsangebote besonders hilfreich sein könnten. Screeningverfahren wie der KINDEX könnten helfen, solche Mütter frühzeitig während der Schwangerschaft oder auf der Wochenbettstation zu identifizieren.

### Positiver Einfluss von Oxytocin auf das Immunsystem bei Frauen mit Missbrauchs-, Misshandlungs-, und Vernachlässi- gungserfahrungen in der Kindheit

Krause S.<sup>1</sup>, Böck C.<sup>2</sup>, Waller C.<sup>1</sup>, Karabatsiakis A.<sup>2</sup>, Schury K.<sup>2</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Kolassa I. T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Klinische und Biologische Psychologie, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Negative Kindheitserfahrungen können mit langanhaltenden Veränderungen im Stress-, Bindungs- und Immunsystem und auch mit einem erhöhten Risiko für alters-assoziierte Erkrankungen einhergehen. Daher wurde der Zusammenhang zwischen den Hauptmediatoren des Stress- und Bindungssystems, Cortisol und Oxytocin, und einem biologischen Alterungsmarker, der Telomerlänge in peripheren Immunzellen, in Abhängigkeit von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit untersucht.

**Methoden:** In einer Studienkohorte von 31 Müttern (Alter: 31,7 +/- 5,9 Jahre, BMI 25,2 +/- 6,4 kg/m<sup>2</sup>) wurde mittels des *Childhood Trauma Questionnaires* (CTQ) die Summe an Belastungserfahrungen in der Kindheit erhoben. Basierend auf diesem Fragebogen wurde die Kohorte in 15 Frauen unterteilt, die negative Kindheitserfahrungen berichteten und 16 Frauen ohne negative Kindheitserfahrungen. Drei Monate postpartum wurde venöses Blut entnommen, mononukleäre periphere Blutzellen (PBMCs) isoliert und ausgewählte Subzellpopulationen (u.a. zytotoxische T-Gedächtniszellen) mittels Durchflußzytometrie separiert. Für die Telomerlängenbestimmung in PBMCs und Subzelltypen wurde eine fluoreszenzbasierte quantitative *in-situ* Hybridisierung durchgeführt. Oxytocin im Plasma (pg/ml) wurde mittels Radioimmunsay (RIAgnosis, München) und der Serumcortisolgehalt (ng/ml) mittels ELISA (Labor Kirschbaum, Dresden) bestimmt.

**Ergebnisse und Diskussion:** Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass Mütter mit negativen Kindheitserfahrungen kürzere Telomere in zytotoxischen T-Gedächtniszellen aufwiesen ( $t(29) = 2,48, p = .01$ ) und für alle Mütter gemeinsam zeigten sich in Abhängigkeit von der Summe der Belastungsfaktoren im CTQ kürzere Telomere ( $\beta = -.52, p = .003$ ). Höhere Serum-cortisolwerte korrelierten unabhängig von der Belastungserfahrung signifikant mit kürzeren Telomeren in T-Gedächtniszellen (Cortisol:  $prs = -.41, p = .02$ , CM:  $prs = -.52, p = .01$ ) während höhere Oxytocin Plasmaspiegel der Telomerlängenverkürzung entgegen wirkten ( $\beta = .52, p = .003$ ). Diese ersten Ergebnisse könnten auf einen protektiven Effekt von peripher erhöhtem Oxytocin auf die Telomerlänge in zytotoxischen T-Gedächtniszellen hinweisen. Weitere Untersuchungen in einer größeren Population werden dazu gerade durchgeführt.

## Transgenerationale Weitergabe von traumatischen Beziehungserfahrungen - Die Rolle von mütterlicher psychosozialer Belastung und sozialer Unterstützung auf die kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr

Köhler-Dauner F.<sup>1</sup>, Kolassa I. T.<sup>2</sup>, Gündel H.<sup>3</sup>, Kindler H.<sup>4</sup>, Fegert J. M.<sup>1</sup>, Ziegenhain U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Ulm, Institut für Psychologie und Pädagogik, Abteilung Klinische & Biologische Psychologie, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>4</sup>Deutsches Jugendinstitut e.V., Fachgruppe 3 ‚Familienhilfe und Kinderschutz‘, München, Deutschland

Mütter mit Missbrauchserfahrungen in der eigenen Kindheit (Child Maltreatment=CM) haben ein erhöhtes Risiko ihre traumatischen Beziehungserfahrungen transgenerational an ihre eigenen Kinder weiterzugeben. Missbrauch- und Vernachlässigungserfahrungen in der frühen Kindheit verhindern dabei eine gesunde kindliche Entwicklung und haben eine Vielzahl langfristiger, negativer Folgen für die Betroffenen.

Im interdisziplinären Verbundprojekt „Meine Kindheit - Deine Kindheit“ (TRANS-GEN) werden Risiko- und Schutzfaktoren auf psychologischer, physiologischer und (epi-)genetischer Ebene untersucht, die bei Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen von Müttern dazu beitragen, dass diese traumatischen Beziehungserfahrungen an die nächste Generation weitergegeben werden oder nicht.

Es wird vermutet, dass mütterlicher psychosozialer Stress sowie die erlebte soziale Unterstützung im Zusammenhang mit CM stehen und den Zusammenhang zwischen der frühen kindlichen Entwicklung und den traumatischen Beziehungserfahrungen der Mutter moderiert.

In der Frauenklinik des Universitätsklinikum Ulm werden Mütter mit dem „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) in Bezug auf Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der eigenen Kindheit gescreent. Die in die Studie aufgenommenen Mutter-Kind-Paare werden 3 und 12 Monate nach der Geburt des Kindes untersucht. 3 und 12 Monate nach der Geburt wurde die mütterliche psychosoziale Belastung mit dem „Perceived Stress Scale“ (PSS14) sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung innerhalb des ersten Jahres mit dem „Postpartum Soziale Unterstützung Questionnaire“ (PSSQ) erfasst. Die kognitive und motorische Entwicklung des Kindes wurde mit dem „Bayley Scales of Infant Development II“ 12 Monate nach der Geburt untersucht.

Es werden erste Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen traumatischen Beziehungserfahrungen der Mutter, der sozialen Unterstützung, der mütterlichen psychosozialen Belastung sowie der kindlichen Entwicklung nach dem ersten Lebensjahr vorgestellt.

## Desynchronisation des autonomen Nervensystems in der Mutter-Kind-Dyade im Fremde-Situation-Test: Einfluss von Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit

Roder E.<sup>1</sup>, Köhler-Dauner F.<sup>2</sup>, Krause S.<sup>1</sup>, Prinz J.<sup>3</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Ziegenhain U.<sup>2</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Ulm, Institut für Psychologie und Pädagogik, Ulm, Deutschland

**Einleitung:** Mütter, die Missbrauch oder Vernachlässigung in Kindheit oder Jugend erlebt haben (CM+), können Störungen des autonomen Nervensystems (ANS) aufweisen und haben ein erhöhtes Risiko dafür, ihre eigenen Kinder zu missbrauchen oder zu vernachlässigen (transgenerational cycle of maltreatment (TCM)). Im Rahmen der BMBF-geförderten Studie ‚Meine Kindheit-Deine Kindheit‘ werden ANS- Anpassungsreaktionen bei Mutter und Kind abhängig von Traumatisierung der Mutter (CM+, CM-) untersucht.

**Material und Methode:** Wir etablierten zunächst die Messung der Sympathikus- und Parasympathikusaktivität synchron bei Mutter-Kind-Paaren (n=42; davon n=17 CM+). Die Herzfrequenz (HF), die respiratorische Sinusarrhythmie (RSA=parasympathisches Maß) sowie die Präejektionsperiode (PEP=sympathisches Maß) wurden mit Elektro- (EKG) und Impedanzkardiographie (IKG) bei Mutter und Kind über eine Ruhephase (Episode 1) und 7 Episoden des FST (Fremde-Situation-Test) erhoben. Die Summe an Belastungserfahrungen in der Kindheit wurde bei den Müttern mit dem *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) erhoben (Cutoff: Wert  $\geq 2$  auf  $\geq 1$  Skala).

**Ergebnisse:** In allen Mutter-Kind-Paaren zeigt sich in den Trennungsepisoden 4 und 6 ein Anstieg der HF und ein Abfall von RSA und PEP im Sinne einer Reduzierung parasympathischer Aktivität und einer Sympathikusaktivierung. Dagegen kommt es in Episode 7, in der die fremde Person in das Zimmer tritt, in dem das Kind vorher alleine war, zu einer Desynchronisation zwischen Mutter und Kind: Während die Mütter mit einer starken Reduktion der Sympathikusaktivität und einer leichten Aktivierung des Parasympathikus im Sinne einer Minderung der autonomen Stressreaktion reagieren, findet sich bei den Kindern eine gesteigerte autonome Stressantwort mit einer deutlichen Verminderung parasympathischer Aktivität, bei starker sympathischer Reaktion. Traumatisierte Mütter (CM+) scheinen in Episode 7 mit einer signifikanten parasympathischen Deaktivierung, also mit vermehrter Stressantwort, im Vergleich zu nicht traumatisierten Müttern (CM-) zu reagieren.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen Hinweise auf eine Desynchronisation der autonomen Regulation zwischen Mutter und Kind in einer Trennungsepisode mit Störung durch eine fremde Person. Diese Episode scheint vulnerabel für Mütter mit traumatischer Erfahrung zu sein. Die Auswertung der Gesamtstudie wird zeigen,

ob kindlicher Missbrauch und Vernachlässigung der Mutter direkt Einfluss auf das ANS des Kindes nehmen können.

## Befunde zur Ergebnis- und Prozessqualität in stationärer Psychotherapie

### Feedback in der stationären Psychotherapie - eine randomisierte kontrollierte Studie

Kraus B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrische Klinik, Münsterlingen, Schweiz

Zum breiten Spektrum therapeutischer Interventionen gehört „systematisches Feedback“ (SF), das sich in Metaanalysen als ein wirksames Therapieelement erwiesen hat (Castonguay et al., 2013). SF umfasst zwei Teilprozesse: zunächst werden spezifische Dimensionen des psychotherapeutischen Prozesses (z.B. Verlauf der Symptomatik) anhand von standardisierten Skalen aus Patientensicht erhoben (*Prozess-Monitoring*) und anschliessend an den Therapeuten und / oder den Patienten zurückgemeldet (*Prozess-Feedback*). Hierfür stehen computerisierte Feedbacksysteme zur Verfügung, mit deren Hilfe Prozessdaten erhoben und in die psychotherapeutische Behandlung integriert werden können. Während SF im ambulanten Rahmen evidenzbasiert ist (APA, 2006, Seite 280) ADDIN EN.CITE ADDIN EN.CITE.DATA und zunehmend in die psychotherapeutische Standardversorgung implementiert wird, zeigen kontrollierte Studien, dass jenes auch im stationären Rahmen gewinnbringend eingesetzt werden kann (z.B. Byrne et al., 2012). Die vorliegende Studie wurde von 12/2012 bis 10/2015 im Psychotherapiebereich der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (CH) durchgeführt und untersucht die Fragestellung, ob SF auf Basis des Feedbacksystems „Synergetic Navigation System“ (Schiepek & Aichhorn, 2013) zu einer Optimierung von Therapieergebnissen führt (primäre Zielvariable: Prä-Post-Veränderungen der Symptomatik auf Basis des Brief-Symptom-Inventory (Derogatis, 1993; Franke, 2000)). 100 Patienten wurden randomisiert einer Feedbackbedingung ( $n = 53$ ) oder einer Kontrollbedingung ( $n = 47$ ) zugeordnet. Patienten in der Feedbackbedingung machten täglich Angaben zum Verlauf der Symptomatik, zur Beziehung zu Therapeuten und Mitpatienten sowie zum Erleben von Affekten, wobei diese an den Therapeuten und Patienten zurückgemeldet wurden. Die Kontrollgruppe erhielt eine TAU-Behandlung. Vorläufige Intention-to-treat-Analysen ( $n = 113$ ) und per-protocol-Analysen ( $n = 100$ ) zeigten keinen signifikanten Effekt zugunsten der Feedbackbedingung ( $F(1, 111) = .39, p > .05$ ;  $F(1,98) = .02, p > .05$ ). Weiterführende Analysen deuten darauf, dass Aspekte der Implementierung, das Behandlungssetting, Therapeutencharakteristika, die Auswahl der Prozessvariablen sowie die Durchführung des Feedbacks relevante Stellgrößen für die Effektivität von SF sein könnten.

### Psychische Strukturveränderungen in der stationären psychodynamischen Psychotherapie

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

<sup>1</sup>Psychiatrische Klinik, Münsterlingen, Schweiz, <sup>2</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie ist inzwischen belegt (Shedler, 2011). Auch die stationäre psychodynamische Psychotherapie führt zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik (Jansen, 2012). Aus psychodynamischer Sicht interessiert besonders, ob in der verhältnismässig kurzen Dauer stationärer Behandlungen neben symptomatischen Verbesserungen auch Veränderungen im psychischen Strukturniveau zu erreichen sind. In einer naturalistischen Studie im Psychotherapiebereich der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (CH) haben wir mit Hilfe der Kurzfassung des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation IPO-16 (Zimmermann et al., 2013) und des Mentalisierungsfragebogens MZQ (Hausberg et al., 2012) vergleichende Messungen vor und nach der stationären Therapie ( $n = 87$ ) vorgenommen. Erste Analysen ergaben moderate Effektstärken hinsichtlich Verbesserungen im Bereich der Mentalisierung ( $F(1,86) = 9.75, p < .01, r = .32$ ) sowie im Niveau der Persönlichkeitsorganisation ( $F(1,87) = 9.74, p < .01, r = .32$ ). Im Vortrag werden Effekte stationärer Psychotherapie im psychischen Strukturniveau, moderierende Variablen sowie Zusammenhänge mit der Symptomatik präsentiert und diskutiert.

### Exekutive (Dys-)Funktionen bei vollstationären Borderline Patienten unter der Berücksichtigung von Impulsivität und Depressivität

Gerber J.<sup>1</sup>, Kuhn C.<sup>2</sup>, Fritsch M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut für Psychologie, Universität des Saarlandes, Saarbrücken, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Psychologie, Saarbrücken, Deutschland, <sup>3</sup>Klinikum Christophsbad, Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie, Göppingen, Deutschland

**Hintergrund:** Als exekutive Funktionen werden die höheren mentalen bzw. kognitiven Prozesse bezeichnet, die der Selbstregulation und zielgerichteten Handlungssteuerung des Individuums dienen. Motivationale Funktionen wie Volition, Initiative und Selbstmotivation werden ebenso zu den exekutiven Funktionen gezählt. Aufgrund der bisherigen, inkonsistenten Datenlage war es das Ziel dieser Studie, die exekutiven Funktionen einer homogenen Gruppe von stationären Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) unter der Berücksichtigung von Impulsivität und Depressivität zu untersuchen.

**Methoden:** Bei 20 Patienten mit BPS und 20 gesunden Kontrollprobanden wurden folgenden Testverfahren zur exekutiven Funktion durchgeführt:

- 1) TAP Untertests AG,
- 2) Flexibilität & Go/NoGo,
- 3) Regensburger Wort-flüssigkeits-Test,
- 4) Turm von London,
- 5) UPPS Impulsive Behavior Scale,
- 6) Beck-Depressions-Inventar-II.

Die untersuchten Patienten waren auf einer Spezialstation für eine mehrwöchige Borderline-Therapie. Die BPS-Diagnose war gesichert durch Anamnese, ggf. Fremdanamnese, Psychopathologie, SCID-Fragebogen und Interview, OPD-Diagnostik und Therapieverlaufsbeobachtung durch ein multiprofessionelles Team.

**Ergebnisse:** Die BPS Gruppe zeigte bei den Testverfahren 1-3 eine signifikant schlechtere Leistung in den exekutiven Funktionen im Vergleich zur Kontrollgruppe (Testverfahren 4 tendenziell). Des Weiteren zeichnete sich, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit, ein negativer Zusammenhang zwischen exekutiven Funktionen und Impulsivität, exekutiven Funktionen und Depressivität sowie der Testperformanz ab.

**Schlussfolgerungen:** BPS Patienten weisen signifikante exekutive Dysfunktionen auf. Höhere Ausprägungen von Impulsivität und Depressivität gehen offenbar generell mit Defiziten der exekutiven Funktionen einher. Die ausgeprägten exekutiven Defizite von BPS-Patienten sind bei der Therapie besonders zu berücksichtigen: Wie dies am effektivsten geschehen kann, bedarf weiterer Untersuchungen.

## Probleme der Ergebnismessung in der stationären Psychotherapie

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

<sup>1</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich, <sup>2</sup>Psychiatrische Klinik, Münsterlingen, Schweiz

Therapie-Ergebnismessungen stellen wichtige Bausteine zur Überprüfung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie dar. Üblicherweise werden Prä-Post-Erhebungen mit Selbst- und/oder Fremdeinschätzungen durchgeführt, wofür ein erheblicher organisatorischer Aufwand betrieben werden muss. Die Ergebnisse können als Grundlage für Qualitätsverbesserungen herangezogen werden und besitzen deswegen hohe Relevanz, sowohl für die Prozessverantwortlichen (Klinikleitung und Therapeuten) als auch für Patienten und Zuweiser.

Für die sinnvolle Einordnung entsprechender Befunde ist eine methodenkritische Betrachtung der Ergebnismessungen hilfreich. Probleme der Ergebnismessungen betreffen die Auswahl der Prä-Post-Erhebungsinstrumente, deren Reliabilität und Validität, die Wahl der Erhebungszeitpunkte, die Vergleichbarkeit von Fremd- und Selbsteinschätzung, die Motivierung der Patienten unter Berücksichtigung ihrer Befindlichkeit sowie die Durchführung der Erhebung. Für den Fall, dass Kliniken in der Ergebnisqualität ihrer Behandlungen verglichen werden sollen, ergeben sich zusätzliche Probleme wegen unterschiedlicher struktureller

Merkmale der Kliniken sowie wegen der Unterschiedlichkeit der jeweiligen Klientel in Bezug auf Schweregrad der Erkrankung, Zusammensetzung der Diagnosen oder psychosoziale Merkmale. Mathematische Korrekturen, die diese Faktoren berücksichtigen, können je nach angewandter Methode zu sehr unterschiedlichen Bewertungen einzelner Kliniken führen. Dies trifft auch auf die Art der Ergebnisdarstellung zu. Die skizzierte Problemstellung wird anhand ausgewählter Beispiele von Erhebungen, die in der Schweiz zur Qualitätssicherung flächendeckend routinemäßig eingesetzt werden, illustriert und es werden alternative Vorschläge der Ergebnisdarstellung diskutiert.

## Heart rate variability as psychobiological mediator in psychosomatic therapy

### Heart rate variability as a predictor for placebo responses on cognitive performance in adolescents and parents?

Weimer K.<sup>1</sup>, Mazurak N.<sup>2</sup>, Watolla D.<sup>1</sup>, Enck P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>SymbioGruppe GmbH & Co. KG, Herborn, Deutschland

First results from experimental studies on pain suggest that both reduced sympathetic activation and negative emotions after placebo administration can predict placebo analgesia. Whether heart rate, heart rate variability or emotions can predict placebo responses on cognitive performance in children and their parents have yet not been tested.

Twenty-six healthy adolescents (14±2 y., 14 girls) and parents (46±4 y., 17 mothers, four of them with two children) took part in an experimental study. On two days, a patch along with either the information that it contains Ginkgo or it is a placebo was applied to the skin of the hip. Before and after application of the patch, they were asked about their emotions with the Profile of Mood Scale. Afterwards they performed a parametric Go/No-Go task (PGNG) on a PC to assess parameters of cognitive performance. Heart rate was recorded continuously by a 3-lead ECG, and SDNN, RMSSD, LF (%), HF (%), and LF/HF ratio were analyzed for 5 min before and after patch application, and at the beginning and ending of the PGNG.

LF and LF/HF at baseline as well as LF after patch application were significantly correlated between children and parents on both days ( $r$ 's = .435 to .595,  $p$ 's < .05) whereas emotions were not related between groups. HRV data and emotions did not correlate within subjects. Repeated measures ANOVAs of the four analyzed periods per day comparing children and parents revealed significant time effects that particularly based on increases of RMSSD and HF, and decreases of LF and LF/HF from baseline to after patch application which nearly returned during the PGNG (all  $p$ 's < .001). Time effects significantly differed between children and parents for SDNN (decrease in parents), RMSSD (increase in children) (both

$p$ 's < .001), and a trend for LF/HF (stronger decrease in parents;  $p=.065$ ). A trend for a differential effect of patch information was found on HF only indicating stronger increase in children who received placebo information compared to parents who received Ginkgo information ( $p=.102$ ).

In contrast to the initial hypothesis, participants' HRV showed effects of increased vagal tone after each patch application compared to baseline independent of the information given. HRV parameters return during the PGNG task and did not affect cognitive performance. However, results imply that receiving a treatment per se could decrease stress experiences, but effects on treatment outcomes should be further investigated.

## Heart rate variability predicts return of fear after exposure therapy

Thayer J.<sup>1</sup>, Koenig J.<sup>1</sup>, Free M.<sup>1</sup>, Vasey M. W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ohio State University, Health Psychology, Columbus, Vereinigte Staaten

Exposure therapy is an effective treatment for many disorders including phobias. One of the proposed mechanisms of successful treatment is inhibitory learning. However treatment gains often degrade over time resulting in return of fear (ROF). The factors that predict inhibitory learning, successful treatment, and subsequent ROF are poorly understood. Recently, heart rate variability (HRV) has been shown to be associated with inhibitory learning. Therefore the present study sought to examine the relationship between pre-treatment HRV and subsequent inhibitory learning (as indexed by the Personalized Implicit Associations Test: PIAT) and ROF in a group of treatment seeking speech phobics. Forty patients seeking treatment of speech phobia were assessed at pre-treatment using an index of resting vagally-mediated HRV (vmHRV), and immediately post-exposure therapy treatment and at one month follow-up using physiological, behavioral, and self-report measures of fear. They also completed a PIAT as an index of inhibitory learning. The results showed that higher resting vmHRV at pre-treatment was associated with lower PIAT scores (more inhibitory learning) immediately following treatment, and that more inhibitory learning predicted less ROF at the one month follow-up (beta for the indirect effect = -0.10, CI = -0.24 to -.003). These findings suggest that pre-treatment measures of vmHRV may help predict successful treatment outcome and raise the possibility that pre-treatment efforts to increase vmHRV may prove useful in increasing the effectiveness of exposure therapy.

## Heart rate variability as a therapeutic agent in psychosomatic medicine

Zimmermann-Viehoff F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charite Universitätsmedizin Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

Heart rate variability is a well known index of parasympathetic (vagal) activity. Reduced HRV has been associated with increased cardiovascular morbidity and mortality. A number of psychiatric and psychosomatic diseases such as depression, anxiety disorders, and functional somatic syndromes go along with impaired vagal activity. Aim of psychosomatic treatment should therefore besides improvement of psychological well-being and quality of life include an improvement of autonomic function. Studies suggest that effective psychosocial or pharmacologic interventions not necessarily improve autonomic function, moreover, they may even negatively impact on HRV. The present paper presents and critically discusses autonomic effects of different interventions in the context of our own research and other studies. Especially the impact of antidepressants, psychotherapy, behavioral interventions, and acupuncture shall be discussed.

## Autonomic modulation in patients with somatoform disorder

Weber C.S.<sup>1</sup>, Bernardini J.<sup>2</sup>, Kalckhoff N.<sup>2</sup>, Ehinger K.<sup>2</sup>, Erdur L.<sup>2</sup>, Rose M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

**Objective:** Heart rate variability (HRV) is a measure of cardiac vagal tone. According to the neurovisceral integration model (Thayer & Lane 2000) HRV may even interactions between central and peripheral autonomic system. In somatoform symptom disorder (SSD), low HRV has been hypothesized as a mediating pathway. We assessed stress reactions in patients with SSD compared to healthy controls hypothesizing differences in autonomic modulation, with decreased vagal tone in the SSD subjects.

**Methods:** SSD patients ( $n=64$ ,  $43.2 \pm 12.8$  y; BMI  $24.7 \pm 4.5$  kg/m<sup>2</sup>) and healthy controls

( $n=62$ ;  $36.7 \pm 13.5$ ;  $23.1 \pm 3.1$  kg/m<sup>2</sup>) underwent a brief standardized mental stress task consisting of resting phase, concentration task, mental arithmetic task, and recovery phase (5 min each). HRV was assessed continuously by a 12-lead ECG checking for SDNN, RMSSD, LF and HF (log transformed). Data were analyzed by repeated measures ANOVA including age and BMI as covariates.

**Results:** ANOVA revealed significant time effects for SDNN, RMSSD, LF, and HF proving the effectiveness of our mental stress paradigm (all  $p < 0.05$ ). SSD patients showed decreased vagal tone as indicated by lower SDNN, RMSSD, LF, and HF, as indicated by significant group effects in all four HRV measures (all  $p < 0.01$ ). Re-

garding autonomic modulation, only for SDNN ( $p=0.044$ ) and LF ( $p=0.034$ ) significant quadratic time by group interaction effects were seen. Age and BMI did not confound the results.

**Conclusion:** In accordance with our hypothesis, SSD patients showed decreased vagal tone when exposed to a brief mental stress paradigm. However, our further hypothesis of an impaired autonomic modulation could only in parts be confirmed.

## Psychoneuroendokrinologie

### Low dose aspirin reduces cardiovascular reactivity and depressed mood in acutely bereaved - a pilot study

Karl S.<sup>1,2</sup>, Fallon M.<sup>2</sup>, Palitsky R.<sup>2</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, O'Conner M. F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University Hospital of Ulm, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>University of Arizona, Department of Psychology, Tucson, Vereinigte Staaten

The death of a loved one is extremely stressful, and cardiovascular risk increases two-fold in the acute period of bereavement. Despite this data, no studies have attempted to intervene to reduce risk during this identifiable period. The present study investigated the protective effect of low-dose aspirin on the cardiovascular parameters of bereaved participants, compared to nonbereaved healthy controls. Additionally, we hypothesized that aspirin would prevent worsening of depressed mood in bereaved participants. Bereaved participants ( $n=10$ ) who had experienced the death of their spouse had heart rate and heart rate variability (HRV) measured and blood drawn in a baseline lab visit. The visit was within 30 days of the death of their spouse, on average. Control participants ( $n=12$ ) were matched for age and sex. Participants were randomized to receive low-dose aspirin (81 mg) or placebo, taken for five days. In a second lab visit, the same assessments were performed, as well as a structured separation recall reactivity task, where participants recalled a time they felt alone or abandoned. At baseline, the bereaved group showed significantly more depressive symptoms than the control group ( $F=10.09$ ,  $p<0.01$ ). Bereaved participants taking aspirin were more likely to report a decrease in CES-D score from the baseline to the second lab visit than bereaved participants taking placebo ( $\chi^2=6.667$ ,  $p<0.01$ ). Additionally levels of p-selectin ( $F=8.468$ ,  $p<0.01$ ) and a composite cardiovascular risk score ( $F=5.666$ ,  $p<0.03$ ) decreased more from the first to the second lab visit in participants taking aspirin. In response to the separation recall, participants taking aspirin recovered faster than those taking placebo: heart rate decreased more in the aspirin group ( $F=10.379$ ,  $p<0.005$ ) and HRV decreased in the placebo group while increasing in the aspirin group ( $F=5.691$ ,  $p<0.03$ ).

The cardiovascular and psychological findings at baseline in bereaved participants are similar to previously reported findings in

the literature. The present study was the first to use the separation recall paradigm in a bereaved population. Our results suggest that it elicits cardiovascular and psychological responses similar to *pangs of grief* and that aspirin can attenuate these cardiovascular responses. The positive effect on self-reported symptoms of depression in bereaved participants suggests that low-dose aspirin is affecting mood as well as cardiovascular health.

### Intranasal oxytocin and focus on the (partner's) eyes

Aguilar-Raab C.<sup>1</sup>, Isler A.<sup>2</sup>, Ehlert U.<sup>2</sup>, Ditzen B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Psychologisches Institut, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Bonding and attachment can predict psychosocial wellbeing and physical health. Neuroendocrine systems were shown to mediate these effects by regulating social cognition, emotion and motivation. In line with this, the neuropeptide oxytocin (OT) has gained increasing interest, as it seems to be involved in attachment processes and stress reduction during positive social interaction.

In the present study, we aimed at investigating the effects of intranasally administered OT on social cognition in singles and individuals in a romantic relationship. In a double-blind, placebo controlled between- and within-subjects repeated-measures design participants received both, placebo or OT in randomized order.  $N=70$  participants ( $n=37$  females,  $n=33$  males;  $n=29$  in a relationship,  $n=41$  singles) were included and were presented 20 pictures (10 female and 10 male faces) with a neutral expression while participants' eye movements were tracked. Additionally, participants in a relationship were shown a picture of their own partner. Region of Interest (ROI) analyses indicate that women in a relationship who received OT showed significantly shorter gaze duration on unfamiliar faces compared to the placebo group.

Results support gender differences in social cognition and suggest that OT differentially modulates these effects, depending on the social context. The discussion will focus on the social context as an important factor on neuroendocrinological mechanisms in psychosomatic medicine.

### Das Hormon Kisspeptin zeigt einen negativen Zusammenhang mit der Bewegung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa

Hofmann T.<sup>1</sup>, Elbelt U.<sup>1,2</sup>, Haas V.<sup>3</sup>, Ahnis A.<sup>1</sup>, Klapp B. F.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, Stengel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Berlin, Deutschland

Gesteigerte Bewegung wird bei Anorexia nervosa häufig beobachtet und kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Die Ursachen dieser Hyperaktivität sind bislang nur unzureichend verstanden. Vor dem Hintergrund, dass für einige nahrungsregulatorische Hormone ein Effekt auch auf die körperliche Aktivität (im Tiermodell und beim Menschen) gezeigt wurde, haben wir den Zusammenhang der Bewegungsintensität mit entsprechenden Hormonen (Cortisol, FGF-21, Ghrelin, Kisspeptin, Leptin, Nesfatin-1, Orexin-A, Oxyntomodulin, R-Spondin) untersucht. Außerdem wurden Zusammenhänge mit psychischen Variablen evaluiert.

**Methoden:** Es wurden 39 anorektische Patientinnen eingeschlossen (Mittelwert $\pm$ SD; Body Mass Index: 14,7 $\pm$ 1,8 kg/m<sup>2</sup>). Innerhalb von 6 Tagen nach stationärer Aufnahme wurde die körperliche Aktivität über

3 Tage mittels SenseWear™-Armband ermittelt, psychometrisch wurden Depressivität (PHQ-9), Stresserleben (PSQ-20), Angst (GAD-7) und Essstörungssymptome (EDI-2) erhoben und die Hormon-Spiegel wurden aus parallel gewonnenen Blutproben per ELISA bestimmt.

**Ergebnisse:** Die untersuchte Stichprobe zeigte ein breites Spektrum an körperlicher Aktivität (2479-26047 Schritte/Tag). Körperliche Aktivität war negativ mit Kisspeptin ( $r=-0.34$ ,  $p=0.04$ ) und Oxyntomodulin ( $r=-0.35$ ,  $p=0.03$ ) korreliert, während für Ghrelin eine positive Korrelation beobachtet wurde ( $r=0.42$ ,  $p=0.01$ ). Keine Korrelation mit der Aktivität wurde hingegen für Nesfatin-1, Leptin, Orexin-A, R-Spondin, FGF-21 und Cortisol beobachtet ( $p>0.05$ ). Die Studienpopulation wurde in zwei Gruppen mit moderater und hoher Aktivität (Schritte/Tag: 6676 $\pm$ 1802 vs. 13839 $\pm$ 4406,  $p<0.001$ ) geteilt (Median-Split). Die Gruppe mit moderater Aktivität zeigte 23% höhere Kisspeptin-Spiegel im Vergleich zur Gruppe mit höherer Aktivität ( $p<0.05$ ). Für die anderen Hormone wurde kein signifikanter Unterschied beobachtet ( $p>0.05$ ). Für Depressivität, Stresserleben, Angst und Essstörungssymptomen wurde kein Zusammenhang mit Kisspeptin gesehen ( $p>0.05$ ).

**Schlussfolgerungen:** Kisspeptin scheint bei anorektischen Patientinnen invers mit der körperlichen Aktivität assoziiert zu sein. Da Kisspeptin im Tiermodell zu einer Steigerung der körperlichen Aktivität führte, könnten die aktuell beobachteten Veränderungen auf eine kompensatorische Herabregulation hindeuten, um einer weiteren Hyperaktivität entgegenzuwirken. Eine Beeinflussung könnte direkt erfolgen, eine Modulation über psychische Parameter wird von den aktuellen Daten nicht gestützt.

### Plasma-BDNF zeigt eine positive Korrelation mit der Skala „Ineffektivität“ des EDI-2 bei Patientinnen mit morbidem Adipositas

Hofmann T.<sup>1</sup>, Ahnis A.<sup>1</sup>, Elbelt U.<sup>1,2</sup>, Obbarius A.<sup>1</sup>, Klapp B. F.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>1</sup>, Stengel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung, Berlin, Deutschland

Das Neurotrophin Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) ist sowohl in cerebrale neuroplastische Prozesse wie auch in die Energiehomöostase involviert. Voruntersuchungen zeigen zudem eine Beteiligung an der Stressregulation mit verminderter Konzentration im peripheren Blut bei Depression und Angststörungen. BDNF hat anorexigene Eigenschaften und ist in der peripheren Zirkulation bei Anorexie und Bulimie ebenfalls vermindert. Bislang gibt es nur wenige klinische Studien bei (morbidem) Adipositas. Daher untersuchten wir den Zusammenhang von BDNF mit Depressivität, Angst, Stresserleben und Essstörungssymptomen bei Adipositas.

**Methoden:** Es wurden 99 stationär aufgenommene adipöse Patientinnen (Mittelwert $\pm$ SD; Body Mass Index: 48,8 $\pm$ 8,0 kg/m<sup>2</sup>) eingeschlossen. Psychometrisch wurden Depressivität (PHQ-9), Angst (GAD-7), Stresserleben (PSQ-20) und Essverhalten (EDI-2) erhoben. Aus parallel gewonnenen Blutproben wurde BDNF im Plasma per ELISA bestimmt.

**Ergebnisse:** Plasma-BDNF zeigte keine Assoziation mit Depressivität und Angst sowie den Gesamt-Werten des PSQ-20 und des EDI-2. Eine positive Korrelation fand sich allerdings mit der Skala „Ineffektivität“ des EDI-2 ( $r=0,25$ ;  $p=0,01$ ) sowie eine negative Korrelation mit der Skala „Freude“ des PSQ-20 ( $r=-0,20$ ;  $p=0,046$ ). Eine positive Korrelation fand sich auch mit dem BMI ( $r=0,23$ ;  $p=0,02$ ). Keine Korrelation wurde mit dem Alter beobachtet. Mittels Median-Split wurde die Studienpopulation in zwei Gruppen mit hoher und niedriger Depressivität unterteilt. Hier zeigten sich erhöhte BDNF-Spiegel in der Gruppe mit stärker ausgeprägter Depressivität ( $p=0,05$ )

**Schlussfolgerungen:** Im Unterschied zu anorektischen und bulimischen Patientinnen, bei denen BDNF im EDI-2 negativ mit Ängsten vor dem Erwachsenwerden und Unsicherheiten bei der Wahrnehmung emotionaler Zustände korreliert, zeigt sich bei adipösen Patientinnen eine positive Korrelation mit Gefühlen der Ineffektivität. Dies könnte auf eine differentielle Beteiligung in der Genese oder Aufrechterhaltung von Gewichtsregulationsstörungen hindeuten. In unserer Gruppe überwiegend morbid adipöser Patientinnen zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen Depressivität und BDNF, mit jedoch eher höheren BDNF-Werten bei Patientinnen mit stärker ausgeprägter Depressivität. Dies könnte darauf hindeuten, dass die bekannte negative Korrelation von BDNF mit Depressivität bei stark adipösen Patientinnen durch andere psychische oder metabolische Einflussgrößen aufgehoben wird.

## Somatoform II: Herausforderungen in der Diagnostik der somatoformen und funktionellen Störungen

### Neurobiologie der somatoformen Schmerzstörung: eine Meta-Analyse bildgebender Studien

Boeckle M.<sup>1</sup>, Schrimpf M.<sup>1</sup>, Liegl G.<sup>1,2</sup>, Leitner A.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems an der Donau, Österreich, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Department für Psychosomatische Medizin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, Krems an der Donau, Österreich, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Department für Psychosomatische Medizin, Regensburg, Deutschland

Somatoforme Störungen sind häufige medizinische Störungen, deren Prävalenzzahlen abhängig von Land, medizinischem Setting und Diagnosekriterien zwischen 3,5% und 18,4% angegeben werden. Somatoforme Schmerzstörungen (SSS) sind eine Untergruppe der somatoformen Störungen im ICD-10. SSS weisen eine Vielzahl an biologischen, sozialen, und psychologischen pathogenen Faktoren auf. Derzeit ist jedoch noch wenig über die neuronalen Korrelate der SSS bekannt. Das Ziel dieser Meta-Analyse ist es, konsistente neuronale Unterschiede zwischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen zu identifizieren. Nach einer systematischen Literaturrecherche (N=446) wurden alle Texte anhand von apriori definierten Kriterien überprüft. Nach dem selektieren relevanter Studien wurden sieben Studien mit Hilfe einer Activation Likelihood Estimation berechnet. Es wurden fünf Areale identifiziert, die einen konsistenten Unterschied zwischen gesunden Personen und Patienten mit SSS aufweisen; nämlich der prämotorische und supplementäre Motorkortex, der mittlere frontale Gyrus, der anteriore cinguläre Kortex, die Insula und das agranuläre retrospleniale Areal. Hiermit konnten wir zeigen, dass diese Areale eine spezifische Rolle im Auftreten von SSS aufweisen. Zusätzlich bestärken unsere Ergebnisse die Hypothese einer „zentralen Sensibilisierung“ wie sie von Bourke und Kollegen vorgeschlagen wurden. Es ist vorstellbar, dass funktionelle Störungen unabhängig von klinischen Eindrücken, starke Ähnlichkeiten miteinander teilen, die sich auf Grund des neurobiologischen Prozesses der „zentralen Sensibilisierung“ ergeben. Diese Studie bestätigt neuronale Aspekte bei der SSS.

### Körperliche Beschwerde Profile bei Patienten mit somatoformer Störung und depressiver Störung

Görlach M.G.<sup>1</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>, Kohlmann S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der Neuerscheinung des DSM-5 und dem geplanten ICD-11 besteht eine aktuelle Debatte inwieweit die reine Anzahl körperlicher Beschwerden ausschlaggebend für die Diagnosestellung Somatische Belastungsstörung ist. Folglich sollte das Vorhandensein von körperlichen Beschwerden prädiktiv für die Diagnose Somatische Belastungsstörung sein. Das Ziel der vorliegenden Studie war es den Einfluss von einzelnen körperlichen Beschwerden auf die Diagnosestellung von somatoformer Störung und depressiver Störung zu untersuchen.

**Methode:** Insgesamt wurden 545 Patienten mit den klinischen Diagnosen somatoforme Störung und depressive Störung mittels des Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) untersucht. Der diskriminante Einfluss der einzelnen PHQ-15 Items auf die Diagnosestellung wurde mittels zweier logistischer Regressionen berechnet. In der ersten Regression wurde der Einfluss der PHQ-15 Items auf die Diagnosestellung somatoforme Störung mit komorbider depressiver Störung getestet. In der zweiten Regression wurde der Einfluss der PHQ-15 Items auf die Diagnosestellung reiner somatoforme Störung untersucht. Als Referenzgruppe wurden in beide Regressionen Patienten mit reiner depressiver Störung gewählt. Die Analysen erfolgten unter Adjustierung von soziodemographischen und psychischen Faktoren.

**Ergebnisse:** In der ersten Regression ( $R^2=0.29, p<0.01$ ) zeigen sich folgende PHQ-15 Items als prädiktiv für die Diagnose somatoformer Störung mit komorbider depressiver Störung: Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken ( $B=.5, CL\ 95\%, p<0.01$ ); Herzklopfen oder Herzrasen ( $B=1.77, CL\ 95\%, p<0.01$ ).

In der zweiten Regression ( $R^2=.33, p<0.01$ ), in der Patienten mit reiner somatoformer Störung eingeschlossen wurden, zeigt sich folgendes PHQ-15 Item als prädiktiv für die Diagnose somatoformer Störung: Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr ( $B=.50, CL\ 95\%, p<0.01$ ).

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, dass eine Diskriminierung zwischen den Diagnosen Somatoforme Störung und Depressive Störung anhand der PHQ-15 Items nur bedingt möglich ist. Der Vergleich von Patienten mit somatoformer Störung mit komorbider depressiver Störung mit Patienten mit reiner depressiver Störung zeigt, dass nur zwei Items des PHQ-15 prädiktiv für die Diagnosestellung sind. Im Hinblick auf die hohe Komorbidität zwischen Somatoformer Störung und Depressiver Störung, sollten weitere diagnostische Implikationen gezogen werden.



## Beschwerde-Attribution und Behandlungswunsch von Patienten mit Somatischer Belastungsstörung

Hüsing P.<sup>1,2</sup>, Toussaint A.<sup>1,2</sup>, Löwe B.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

Lange Zeit wurde angenommen, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden überwiegend organmedizinisch-biologische Ursachen für ihre Beschwerden verantwortlich machen. Empirische Untersuchungen zu Kausalattributionen bei somatoformen Erkrankungen zeigen jedoch, dass Patienten in der Regel neben multiplen somatischen auch psychologische Ursachen für ihre Beschwerden benennen, speziell wenn eine Vielzahl von Symptomen vorliegt. Der Anteil der psychischen Attribution wird dabei durch komorbide Angst- oder depressive Störungen erheblich beeinflusst.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) sind erstmalig auch psychische Faktoren als Positiv-Kriterien für die Diagnose der Somatischen Belastungsstörung (Somatic Symptom Disorder) aufgeführt. Gleichzeitig müssen organische Ursachen der Beschwerden beim Patienten nicht mehr ausgeschlossen werden, um eine entsprechende Diagnose zu vergeben. Daraus ergeben sich nicht nur Konsequenzen in Bezug auf Diagnoseprävalenz und Einschlusspopulation, sondern auch auf die Beschwerde-Attribution der Patienten hinsichtlich ihrer Körperbeschwerden.

In einer ambulanten Stichprobe von n=450 Patienten aus der Psychosomatik wird untersucht,

- (1) in wie fern sich Patienten mit und ohne SSD-Diagnose bezüglich ihrer Beschwerde-Attribution unterscheiden, und
- (2) ob das zusätzliche Vorliegen mindestens einer diagnostizierten organischen Erkrankung diese beeinflusst. Zusätzlich wird
- (3) der Zusammenhang zwischen Beschwerde-Attribution und von den Patienten gewünschter Behandlungsmethoden untersucht.

Zur SSD-Diagnostik wird nach Goldstandard ein strukturiertes klinisches Interview eingesetzt, somatische Erkrankungen werden durch Behandler-Diagnosen nach ICD-10 festgestellt. Die Beschwerde-Attribution wird mit Bezug auf das Illness Perception Questionnaire (IPQ) durch zwei Items erfragt. Unter Verwendung des Fragebogens zur Generalisierten Angststörung (GAD-7) und des Patient Health Questionnaires (PHQ-9) wird der Einfluss von möglichen Angststörungs-Symptomen oder einer depressiven Symptomatik auf das Verhältnis der Ursachenzuschreibung untersucht.

Die Befunde werden unter Berücksichtigung bestehender Erkenntnisse bezüglich somatoformer Störungen dargestellt und diskutiert.

## Validität und klinischer Nutzen der Forschungskriterien der DSM-5-Diagnose einer somatoformen Belastungsstörung bei Patienten mit Schwindel

Limburg K.<sup>1,2</sup>, Radziej K.<sup>1,2</sup>, Lahmann C.<sup>1,2</sup>

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

Ein großer Anteil der in Allgemeinarztpraxen vorstelligen Patienten klagt über Schwindel. Bislang wurden Schwindelsymptome diagnostisch in organpathologisch erklärbar vs. nicht oder nicht ausreichend erklärbar Beschwerden eingeteilt, letzteres wurde dabei als funktioneller Schwindel bezeichnet.

Das Fehlen eines organpathologischen Befundes war ebenfalls ein diagnostisches Kriterium für somatoforme Störungen im DSM-IV. Eine der wichtigsten Veränderungen im Zuge der Revision des DSM ist die Einführung der neu definierten Diagnose einer somatischen Belastungsstörung. Diese Diagnose verlangt anhaltend (über mind. 6 Monate) vorliegende somatische Symptome, die vom Patienten als sehr beeinträchtigend erlebt werden und mit als negativ erlebten Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen einhergehen. Das Fehlen eines organpathologischen Korrelats als diagnostisches Kriterium für somatoforme Störungen ist mit der Überarbeitung des DSM in den Hintergrund getreten. Die neue Diagnose wurde oft hinterfragt, beispielsweise hinsichtlich mangelnder Spezifität und ungenau definierter Kriterien. Zudem sei die Diagnose aufgrund hoher Komorbiditätsraten mglw. redundant mit bereits vorhandenen Störungsbildern wie bspw. depressiven oder Angststörungen.

Die vorliegende Studie untersucht die diagnostischen Kriterien der neuen DSM-5-Diagnose hinsichtlich ihrer Validität und ihres klinischen Nutzens in einer Population von Patienten mit Schwindelbeschwerden (n=547, 44,1% männlich, Alter 54,8±16,0 Jahre). Die Prävalenz der neuen Diagnose bei Patienten mit organisch erklärbaren und nicht erklärbaren Formen von Schwindel wird untersucht. Zudem werden psychiatrische Komorbiditäten evaluiert sowie ein Vergleich mit den früheren DSM-IV-Diagnosen somatoformer Störungen angestellt. Weiterhin werden zusätzliche psychologische Variablen wie Gedanken bzgl. der Symptome, körperbezogene und Krankheitsängste hinsichtlich ihrer prädiktiven Validität untersucht. Die Ergebnisse der aktuell laufenden Auswertungen werden am Kongresstag vorgestellt und können helfen, die Diagnosekriterien der somatoformen Belastungsstörung zu spezifizieren und somit Bedenken hinsichtlich einer übermäßigen Verwendung der Diagnose zu reduzieren. Zudem sind klarer definierte Diagnosekriterien wichtig für die Planung spezifischer therapeutischer Interventionen.

## Rentenbegehren und klinischer Befund bei Patienten mit einer multi-somatoformen Störung

Sattel H.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>2</sup>, Jahn T.<sup>3</sup>, Henningsen P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinik Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München, Deutschland

**Einleitung:** Angesichts der hohen gesellschaftlichen und ökonomischen Relevanz dieses Themas ist es überraschend, dass Gründe eines individuellen, frühen Rentenbegehrens (RB) relativ wenig untersucht sind. Oft werden im Zusammenhang mit dem Rentenbegehren körperliche Beschwerden geschildert, welche den Wunsch legitimieren sollen. Dies führt zur Frage der Validität dieser Beschwerden, die nicht immer objektivierbar sind. Gutachterliche und gerichtliche Auseinandersetzungen können die Folge sein.

**Methode:** 34 von 172 Teilnehmern (Altersbereich 23-62 Jahre) einer abgeschlossenen multizentrischen Psychotherapiestudie für Patienten mit einer multi-somatoformen Störung („Psychosoziale Intervention für Patienten mit einer multi-somatoformen Störung, PISO“) äußerten, Überlegungen zu einer Früh-Berentung anzustellen, eine solche zu betreiben oder sich bereits in einem Rentenstreit zu befinden (Rentenbegehren, RB). Diese Gruppe wurde mit derjenigen ohne Rentenbegehren anhand ihrer soziodemographischen und klinischen Charakteristik verglichen.

**Ergebnisse:** Beide Patientengruppen waren vergleichbar hinsichtlich Alter und Geschlecht, nicht jedoch bezüglich der Schulbildung, hier verfügte die Gruppe mit RB über einen geringeren Ausbildungsstatus. Diese Gruppe (RB) zeichnete sich klinisch durch signifikante, erheblich stärker ausgeprägte selbstberichtete Krankheitsschwere aus (Somatisierung / PHQ-15: 17.1 vs. 14.2; Beschwerdeintensität / SOMS: 51.4 vs. 39.2; Depression / PHQ-9: 15.0 vs. 11.7; körperliche Funktionsfähigkeit / SF-36: 25.5 vs. 30.8: Werte jeweils Patienten mit RB vs. ohne, alle Signifikanzen  $p < 0.001$ ). Die Dauer der Krankschreibungen in den letzten 12 Monaten war zudem um nahezu das Dreifache länger. Im Gegensatz dazu war die im ausführlichen klinischen Interview (erweitertes SKID Modul „somatoforme Symptome“) erfasste Symptomatik nicht signifikant stärker ausgeprägt (13.1 vs. 11.8 Symptome;  $p=0,17$ ).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung der Entwicklung von Verfahren hin, welche dazu beitragen, die Validität von organisch nicht eindeutig objektivierbaren Beschwerden zu bestimmen. Bewusste Simulation und Aggravation von Beschwerden scheint in diesem Zusammenhang keine dominante Rolle zu spielen. Andere, der willentlichen Steuerung entzogene psychische Prozesse können für diese Thematik bedeutsam sein. Schließlich sind Interventionen notwendig, um auf Patienten mit dieser Interessens- und Beschwerdekombination angemessen eingehen zu können.

## Psychokardiologie 1: Inflammation und Psyche

### Eingeschränkte Stress-Reaktivität und depressionsbedingter Hypocortisolismus führen zu Proinflammation bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung

Waller C.<sup>1</sup>, Hoppmann U.<sup>2</sup>, Krause S.<sup>1</sup>, Engler H.<sup>3</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Köln, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Essen, Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie, Essen, Deutschland

**Hintergrund:** Depressionen sind häufig assoziiert mit einer verstärkten Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren Achse (HPA). So wird auch eine HPA-Überaktivität mit konsekutivem Hypercortisolismus bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) vermutet, obwohl es keine ausreichenden experimentellen Daten dazu gibt. Ziel dieser Studie war die experimentelle Untersuchung der HPA-Stressreaktivität bei Patienten mit KHK und komorbider Depressivität sowie die Klärung des Zusammenhangs mit proinflammatorischen Effekten.

**Material und Methoden:** Dazu untersuchten wir 91 Patienten, die dem Trier Sozial Stress Test (TSST), einem sozialen Stresstest, der aus einer freien Rede vor einem unbekanntem Publikum und einer schweren Rechenaufgabe besteht, unterzogen wurden. Sechsendvierzig Patienten litten an einer KHK und zeigten entweder depressive Symptome (HADS-Screening) ( $n=21$ ) oder keine depressive Symptomatik ( $n=25$ ). Zweiundzwanzig Patienten hatten keine KHK, litten jedoch unter depressiver Symptomatik und 23 Patienten waren körperlich und psychisch gesund. Plasma ACTH und Cortisol wurden vor und bis zu einer Stunde nach dem Stresstest quantifiziert sowie hsCRP in Ruhe bestimmt.

**Ergebnisse:** KHK Patienten mit Depression zeigten einen signifikant reduzierten Ruhe-Cortisolwert im Vergleich zu KHK Patienten ohne Depression. Außerdem ergab sich bei allen KHK Patienten eine signifikant reduzierte Cortisol-Stressreaktivität als Antwort auf den TSST, während die ACTH-Ausschüttung für alle vier Gruppen vergleichbar war. Nur in der Gruppe der KHK Patienten zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ruhe-Cortisol-Wert und der Schwere der depressiven Symptomatik sowie der Höhe des hsCRP Spiegels.

**Zusammenfassung:** KHK Patienten mit depressiver Komorbidität zeigen sowohl einen basalen Hypocortisolismus als auch eine eingeschränkte Cortisol-Stressreaktivität, die in direktem Zusammenhang mit systemischen proinflammatorischen Effekten stehen. Dieser Pathomechanismus könnte zur Progredienz einer KHK beitragen, da Hypocortisolismus und Proinflammation ein Fortschreiten der Atherosklerose wesentlich begünstigen können.

## Inflammatorische Belastung, koronare Herzerkrankung und psychosoziale Faktoren. Erste inflammatorische Ergebnisse der SPIRR-CAD-Studie

Ronel J.<sup>1</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>2</sup>, Marten-Mittag B.<sup>1</sup>, Braun S.<sup>3</sup>, Federle M. C.<sup>1</sup>, Schambeck L.<sup>1</sup>, Schapperer K.<sup>1</sup>, Albus C.<sup>4</sup>, Beutel M.<sup>5</sup>, de Zwaan M.<sup>6</sup>, Deter H. C.<sup>7</sup>, Fritzsche K.<sup>8</sup>, Jordan J.<sup>9</sup>, Jünger J.<sup>10</sup>, Michal M.<sup>11</sup>, Petrowski K.<sup>12</sup>, Söllner W.<sup>13</sup>, Weber C. S.<sup>7,14</sup>, Ladwig K. H.<sup>1,15</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, München, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland, <sup>3</sup>Deutsches Herzzentrum München, Institut für Laboratoriumsmedizin, München, Deutschland, <sup>4</sup>Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>6</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>7</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>8</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>9</sup>Kerckhoff Klinik, Abteilung für Psychokardiologie, Bad Nauheim, Deutschland, <sup>10</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin & Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>11</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>12</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>13</sup>Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nürnberg, Deutschland, <sup>14</sup>Park Klinik Sophie Charlotte, Fachbereich Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>15</sup>Helmholtz-Zentrum München, Institut für Epidemiologie II, Neuherberg, Deutschland

**Hintergrund:** Zusammenhänge zwischen psychosozialen Einflüssen, der Pathophysiologie der KHK sowie inflammatorischer Dynamiken sind zwar für einzelne zentrale Immunmarker jedoch nicht im Hinblick auf die Komplexität der inflammatorischen Kaskade ausreichend erforscht. Daten aus der interventionellen SPIRR-CAD-Studie für depressive KHK-Patienten konnten für eine erste Evaluation herangezogen werden.

**Methoden:** Bei N=553 Pat. zur Baseline und N=382 Pat. nach 18 Monaten (79% männl., mittl. Alter 59,1 ± 9,5 Jahre) wurden Inflamationsparameter bestimmt, für die einerseits eine psychoneuroimmunologische Assoziation besteht, andererseits eine Rolle in der Pathogenese der KHK bekannt ist: HsCRP, Leptin, CD40-Ligand, Interleukin (IL) 1-β, IL-6, IL-8, IL-10, TNFα, Myeloperoxidase (MPO), L-Selektin und Adiponectin. Ferner wurde in einem ersten Modell ein additiver Summenscore (*Inflammatory Burden; IB*) aus den kategorialen Inflamationsparametern (Ausnahmen: L-Selektin und Adiponectin) gebildet (Range: 0-9). Klinische Daten zum Schweregrad der KHK wurden ebenfalls erhoben.

**Ergebnisse:** In der Baseline konnten hypothesengeleitet für folgende Variablen höhere Werte im *IB* nachgewiesen werden: Depressivität (Hamilton-Skala > 10: p=0,013), soziale Inhibition (DS14: p=0,051), NYHA-Klasse III vs. I, II (p< 0,001), Pat. mit höherem Schweregrad des koronaren Ereignisses (p=0,054), ausgeprägtere Angina pectoris (CCS-Klassifikation: p=0,010) und Alter > 70 Jahre vs. jüngere Gruppen (p=0,006).

In den Längsschnittanalysen zeigten sich für HsCRP (p=0,032), TNFα (p=0,002), Leptin (p=0,049), MPO (p=0,014) und IL-10 (p=0,007) sign. antiinflammatorische Veränderungen über den Katamnesezeitraum. Im Mittelwertvergleich war ferner eine sign. Abnahme des *IB* zu ermitteln (p=0,006).

Als Einflussvariablen auf den Verlauf des *IB* konnte einerseits ein Typ-D-Persönlichkeitsstil (p=0,050), andererseits die Schweregrad des koronaren Ereignisses (p=0,017) identifiziert werden.

**Schlussfolgerung:** Es zeigten sich eine Reihe sign. Zusammenhänge, welche klinische Erfahrungswerte bestätigen konnten. Zusätzlich zu den erwartbaren Unterschieden v.a. für HsCRP und den Interleukinen, konnten - als Hinweis auf die Wertigkeit einer komplexeren Perspektive - auch bei bislang weniger im Fokus stehenden Parametern wie Leptin, TNFα, MPO sowie dem neu definierten Summenscore *IB* Assoziationen ermittelt werden. Die Befunde sollen zur Entwicklung eines psychokardiologischen Mediatoren-Modells weiter analysiert werden.

## Chronic stress exposure in the elderly may compromise the non-inflammatory properties of glucocorticoids

Johar H.<sup>1</sup>, Bidlingmeier M.<sup>2</sup>, Koenig W.<sup>3</sup>, Thorand B.<sup>1</sup>, Ladwig K. H.<sup>1,4</sup>  
<sup>1</sup>Helmholtz Zentrum Muenchen, Institute of Epidemiology II, Neuherberg, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Munich, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Herz- & Kreislauferkrankungen, Deutsches Herzzentrum München, Munich, Deutschland, <sup>4</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Munich, Deutschland

The hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and the immune system have a well-described bidirectional relationship. Whether chronic stress exposure disrupts the interaction between these two systems is not known.

**Methods:** Information on stressful life events and risk factors was obtained in standardized interviews of the population-based KORA Age study population (394 male and 374 female, mean age = 75.1±6.3 years). Salivary cortisol was measured in the morning after awakening (M1), 30 minutes after awakening (M2) and late evening (E). Concentrations of serum cortisol and IL-6 levels were measured at the study center. Multivariate regression analyses (adjusted for age, sex, adiposity, multi-morbidity, depressed mood and anxiety) were employed to examine the association between cortisol measurements and IL-6 in subjects, stratified for stressful life events.

**Results:** In the total sample population, 30.7% (N=236) participants experienced a stressful life event during the year before examination whereas 69.3% (N=532) did not. A lower cortisol awakening response (CAR) was observed in subject with stressful events compared to individuals without an event, however, was only significantly lower in women (P=0.0002) and not men (P=0.2). A lower M1 to E ratio and M2 to E ratio was associated with higher IL-6 levels but this was only statistically significant in subjects without a stressful event. Subjects who had experienced a recent stressful life event and who were in the top tertile of serum cortisol level had significantly increased IL-6 levels.

**Conclusion:** The cross talk between cortisol and inflammatory markers is dysregulated under conditions of chronic stress.

## Attenuated cortisol response to blockade of the mineralocorticoid receptor in depressed patients compared to healthy individuals

Hinkelmann K.<sup>1</sup>, Hellmann-Regen J.<sup>2</sup>, Wingenfeld K.<sup>2</sup>, Kuehl L. K.<sup>2</sup>, Mews M.<sup>3</sup>, Fleischer J.<sup>2</sup>, Heuser I.<sup>2</sup>, Otte C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Charite Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charite Universitätsmedizin Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Charite Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

**Background:** Glucocorticoid receptor (GR) function has been extensively investigated in depressed patients with the majority of studies showing disturbed GR function. In contrast, only few studies targeted mineralocorticoid receptor (MR) function with inconclusive results.

MR exhibit a tonic inhibition on the HPA axis. Lately, animal and human studies have revealed the existence of a membrane bound MR mediating rapid non-genomic effects with an intermediate cortisol affinity. There is growing evidence supporting the notion of impaired MR function in depression: Patients with major depression repeatedly showed decreased expression of MR in the hippocampus, functional MR gene variants were associated the cortisol awakening response, which is often altered in patients with depression. Furthermore, antidepressant treatment seems to up-regulate MR.

Here, we examined the effects of the MR antagonist spironolactone on cortisol secretion in depressed patients and matched healthy individuals.

**Methods:** Forty-eight unmedicated depressed patients (mean age  $41.6 \pm 7.0$  years) and 45 healthy participants ( $40.7 \pm 7.8$  years) received the MR antagonist spironolactone (300 mg) or placebo at least three days apart in a randomized, double-blind, within-subject cross-over design. We measured salivary cortisol before ingestion of study medication (baseline) as well as +60min, +90min, +120min, +150min and 180min after baseline.

**Results:** Repeated-measures ANOVA for area under the curve (AUC) cortisol revealed a significant treatment effect ( $F=29.7, p<$

$0.01$ ) and a trend-level group effect ( $F=3.0, p=.09$ ). Cortisol levels were higher after spironolactone across groups and depressed patients tended to have higher cortisol values across conditions. Furthermore, we found a significant treatment by group interaction ( $F=5.7, p=.02$ ). Compared to placebo, spironolactone led to a significantly smaller cortisol increase in depressed patients than in healthy participants (depressed patients: mean AUC difference between conditions 15.9, SD 36.1 vs. healthy participants 40.7, SD 61.4,  $p=.02$ ).

**Conclusions:** We found an attenuated effect of spironolactone treatment in depressed patients compared to healthy participants. Thus, our results point towards a diminished MR signaling resulting in elevated cortisol secretion in patients with major depression.

## A-P-Kommunikation 2 - Training und Lehre

### Die Arzt-Patient-Beziehung gestalten - wie nützlich sind Balintgruppen und für wen?

Flatten G.<sup>1</sup>, Tschuschke V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie, Aachen, Deutschland, <sup>2</sup>Sigmund Freud PrivatUniversität, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die Teilnahme an Balintgruppen ist für eine Reihe von Ärzteberufen verpflichtender Bestandteil der Aus- und Weiterbildung. Welche Wirkungen Balintgruppen-Sitzungen auf die Teilnehmer haben, ist wissenschaftlich bislang nicht zufriedenstellend beantwortet worden.

**Methode:** 1.443 Teilnehmer an Balintgruppen aus 384 unterschiedlichen Gruppen, die von 107 Balintgruppen-Leitern durchgeführt wurden, die sich aus Ärzten 17 unterschiedlicher fachlicher Grundausbildungen zusammensetzten, wurden mit Hilfe eines neu entwickelten Sitzungsbogens zum Erleben in Balintgruppen-Sitzungen untersucht. Der Fragebogen erfasst vier theoretisch relevante Dimensionen der Balintgruppenarbeit: Wahrnehmungsveränderung, Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung, Fallspiegelung des Behandlungsfalles in der Gruppendynamik und Selbstwahrnehmung in der professionellen Rolle.

**Ergebnisse:** Die Sitzungsbögen von 1.470 ausschließlich ärztlichen Balintgruppen-Teilnehmern waren auswertbar. Somatisch tätige Ärzte hatten in den Dimensionen Wahrnehmungsveränderung, ( $p < 0,006$ ) Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung ( $p < 0,022$ ) und Selbstwahrnehmung in der professionellen Rolle ( $p < 0,0001$ ) signifikant bis hochsignifikant ausgeprägtere Werte als Ärzte aus psychosomatischen und psychotherapeutischen Grundberufen. Bereits erfolgte oder längere Teilnahmen an Balintgruppen führten zu einem hochsignifikant größeren Zuwachs an Bewusstsein über die Auswirkungen der Arzt-Patient-Beziehung auf andere Gruppenmitglieder und damit zu einem Bewusstsein über die interpersonellen Dynamiken der Arzt-Patient-Beziehung bei so-

matisch tätigen Ärzten im Vergleich zu psychosomatisch/psychotherapeutisch tätigen Ärzten. ( $p < 0,006$ ). Die beschriebenen Effekte sind unabhängig von einer verpflichteten oder freiwilligen Teilnahme.

**Schlussfolgerung:** Ärzte gewinnen durch die Teilnahme an Balintgruppen in wichtigen Bereichen der Arzt-Patient-Beziehung, aber auch in der persönlichen und professionellen Selbstwahrnehmung, bedeutsames Wissen, das ihnen in ihren bisherigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen nicht vermittelt worden ist.

## **Kommunikative Fähigkeiten zum Überbringen schlechter Nachrichten sind lernbar - doch wie bewältigt ein Arzt diese Herausforderung? Eine explorativ-qualitative Studie unter Einsatz des Stimulated Recalls**

Wettstädt M.<sup>1</sup>, Wunsch A.<sup>1,2</sup>, Berberat P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität München, Medizin-Didaktisches Centrum für Ausbildungsforschung und Lehre (TUM MeDiCAL), München, Deutschland, <sup>2</sup>Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

**Einleitung und Fragestellung:** Das Überbringen schlechter Nachrichten (engl. Breaking Bad News: BBN) stellt für Ärzte eine Herausforderung dar. Kommunikationstrainings können Ärzten helfen, diese Gespräche besser zu führen. Medizinstudenten üben BBN bereits in ihrer Ausbildung. Nur wenige Studien untersuchen bisher, wie belastet Ärzte sind und wie sie lernen mit dieser Aufgabe umzugehen. Diese qualitative Untersuchung geht der Frage nach, mit welcher Einstellung Ärzte und Medizinstudenten dieser Aufgabe begegnen, welche Belastung sie in dieser Situation empfinden und welche Bewältigungsstrategien sie entwickeln.

**Methode:** Sechs Arzt-Patienten-Gespräche von onkologisch tätigen Ärzten mit eigenen Patienten und sechs Gespräche von Medizinstudenten mit Schauspielpatienten mit dem Thema BBN wurden auf Video aufgenommen. Anschließend sahen die Studienteilnehmer ihre Gespräche an und wurden zu Einstellung, Belastungsempfinden und Bewältigungsstrategien mit Hilfe des Stimulated Recalls befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Dabei wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Personengruppen herausgearbeitet.

**Ergebnisse:** Ärzte und Studenten stimmen in ihrer Einstellung zu Haltung zu BBN, Zielen und Schwierigkeiten großflächig überein. Sowohl Ärzte als auch Studenten empfinden Gefühle der Trauer, Verantwortungsdruck, Unsicherheit und ein Bedürfnis nach emotionaler Stabilität. Bei der Bewältigung hilft beiden Gruppen der Austausch mit Kollegen.

Im Vergleich legen Ärzte besonderen Wert auf partizipative Entscheidungsfindung. Studenten fokussieren hingegen verstärkt auf die eigene psychische Belastung und setzen sich mit Schuldgefühlen auseinander. Sie empfinden vermehrt Gefühle der An-

spannung und des Zweifels. Ärzte greifen auf zusätzliche Bewältigungsstrategien zurück, die in dem Wissen über die eigene fachliche Kompetenz, die Sinnhaftigkeit der Aufgabe und die erlebte Resilienz begründet liegen.

**Schlussfolgerung und Diskussion:** Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Ärzte und Medizinstudenten während der Überbringung schlechter Nachrichten emotional stark eingebunden und zum Teil hoch belastet sind. Es zeigt sich, dass der Umgang mit dieser Aufgabe im Studentenunterricht zu selten thematisiert wird. Er sollte zukünftig in den Unterricht integriert werden.

## **ComOn Coaching: Effekte eines individualisierten onkologischen Kommunikations-trainings. Eine RCT. Ergebnisse zur Akzeptanz des Coachings sowie Veränderung der erlebten Kompetenz und der Einschätzung realer Gespräche durch die Ärzte im Anschluss an die Coachings**

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, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinikum rechts der Isar, TU München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

**Hintergrund:** Es besteht hinreichend Evidenz, dass Kommunikationstrainings das ärztliche Gesprächsverhalten verändern können. Erzielte Lernerfolge zeigen sich allerdings im klinischen Alltag weniger deutlich als in simulierten Patientengesprächen. Daher ist es wichtig, den Transfer des Gelernten in den klinischen Alltag zu verbessern und die Effekte solcher Trainings im realen Klinikalltag zu evaluieren. Ein vielversprechender Ansatz scheint eine Fokussierung auf individuelle Lernziele und ein individualisiertes Coaching, das sich an den Gegebenheiten des klinischen Alltags orientiert, zu sein.

**Methoden:** Es wurde ein Gesamtkonzept, bestehend aus Workshop und Coaching für onkologisch tätige Ärzte entwickelt. Dabei werden die Ärzte, orientiert an ihren individuellen Lernzielen, in einem Workshop mit Schauspielpatienten in Kommunikation geschult. Nach dem Workshop wurden die Ärzte randomisiert in zwei Gruppen verteilt: die Kontrollgruppe (KG) bekommt einen einzigen Coachingtermin; die Interventionsgruppe (IG) bekommt 4 Coachingtermine. In den Coachingterminen werden 2 auf Video aufgezeichnete Gespräche analysiert, sowie bei einem Termin die Möglichkeit gegeben, ein freies Thema einzubringen, das als persönlich schwierig in der Arzt-Patienten-Kommunikation erlebt wird. Vor (t1) und nach (t2) den Coachings wurden reale Arzt-Patienten-Gespräche aufgezeichnet und Fragebögen eingesetzt. Nach den Coachings wurde darüber hinaus ein Evaluationsfragebogen zum Coaching ausgefüllt. Fragestellungen des vorliegenden Beitrags sind die Akzeptanz des Coachings und die auf die Coachings folgende veränderte Selbsteinschätzung der Ärzte in Bezug auf ihr allgemeines Kompetenzerleben und ihre Einschätzung der eigenen realen Arzt-Patienten-Gespräche.

**Ergebnisse:** Auf der Grundlage der schon durchgeführten Zwischenbewertungen, lässt sich erwarten, dass das Coaching von den Ärzten sehr gut akzeptiert wird. Darüber hinaus erwarten wir eine signifikant größere Verbesserung der subjektiv eingeschätzten Kommunikationskompetenz der Ärzte und der Selbstevaluierung der realen Gespräche bei der IG zu beobachten.

**Diskussion:** Der entwickelte Workshop wird von den Ärzten sehr gut aufgenommen und dasselbe lässt sich für das Coachingkonzept erwarten. Die Ergebnisse sollen die Notwendigkeit betonen, onkologisch tätige Ärzte in ihrer kommunikativen Arbeit alltagsnah zu unterstützen. Ausstehend ist die noch vorgesehene Evaluierung der Effekte des Trainings durch unabhängige Rater.

## **Kommunikation und medizinische Lehre - Sammlung, Aufbereitung und Austausch von Best Practice Beispielen im Longkomm-Projekt**

Kröll K.<sup>1</sup>, Ringel N.<sup>1</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Mutschler A.<sup>1</sup>, Brass K.<sup>2</sup>, Kurtz W.<sup>2</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Gornostayeva M.<sup>3</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, AG Kommunikation, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin Baden-Württemberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Die Lehre und Prüfung ärztlicher Gesprächsführung ist durch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung im Mai 2012 ausdrücklich zum Inhalt des Medizinstudiums und der abschließenden Staatsprüfung geworden. Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ (Longkomm) ins Leben gerufen mit dem Ziel, die medizinischen Fakultäten bei der Integration kommunikativer Kompetenzen in Lehre und Prüfung zu unterstützen. Das Projekt steht unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit. Der fächer- und berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppe gehören inzwischen über 500 VertreterInnen aus 36 medizinischen Fakultäten an.

Ein wichtiger Teil des Longkomm-Projekts ist die Sammlung sogenannter „Best-Practice-Beispiele“ (BPB). Dies sind Anwendungsbeispiele dafür, wie kommunikative Kompetenzen im Medizinstudium aktuell bereits gelehrt und geprüft werden können. Bislang wurden 130 solcher BPB aus 29 Fakultäten zusammengetragen. Diese werden nach einem Schema aufbereitet, das Informationen zu Umfang, Inhalt und Organisation bzw. Umsetzung (z.B. die Expertise der Dozierenden, den Einsatz von SchauspielpatientInnen etc.) erfasst und anhand der kommunikativen Lernziele des „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLM) klassifiziert. Das übergeordnete Ziel dabei ist es, die aufbereiteten BPB langfristig allen beteiligten Lehrverantwortlichen der medizinischen Fakultäten zur Verfügung zu stellen.

Im vorliegenden Beitrag werden die Schritte der Sammlung der BPB sowie deren konkrete Aufbereitung dargestellt. Zudem wird präsentiert, wie diese BPB den Lehrverantwortlichen zugänglich gemacht werden sollen. Hierzu wird eine Online-Plattform („Toolbox“) entwickelt, in welche die BPB inklusive der dazugehörigen Lehrmaterialien und Hintergrundinformationen eingepflegt werden sollen. Auf dieser sollen sie dann den teilnehmenden Lehrverantwortlichen zum gegenseitigen Austausch und Gebrauch zur Verfügung stehen. Auf diese Weise kann die Integration kommunikativer Kompetenzen in die Lehre der einzelnen Fakultäten und Fachbereiche effizienter, einfacher und mittels bereits bewährter Umsetzungskonzepte realisiert werden.

Die konkreten Schritte der Aufbereitung der BPB, die Struktur der „Toolbox“ sowie deren Funktionen zur Einsicht und zum Austausch von BPB wird anhand eines ausgewählten Beispiels aus dem Themengebiet „somatoforme Störungen“ der Uniklinik Heidelberg dargestellt.

## **Entwicklung eines longitudinalen, kompetenzbasierten Programms zur Überprüfung kommunikativer Kompetenzen an der Medizinischen Fakultät Heidelberg**

Gornostayeva M.<sup>1</sup>, Gaitzsch E.<sup>2</sup>, Kröll K.<sup>2</sup>, Seidemann S.<sup>2</sup>, Weiss C.<sup>2</sup>, Jünger J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Fakultät Heidelberg, Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin Baden-Württemberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

Arzt-Patienten-Kommunikation nimmt einen hohen Stellenwert in der medizinischen Ausbildung ein. In der ärztlichen Approbationsordnung ist die Gesprächsführung seit 2012 als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der Abschlussprüfung festgelegt. Auch im Nationalen kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der das Absolventenprofil von Medizinstudierenden beschreibt, wird ein komplettes Kapitel der Definition von Lernzielen zur ärztlichen Gesprächsführung gewidmet.

Um der Relevanz ärztlicher Gesprächsführung gerecht zu werden, wurde an der Medizinischen Fakultät Heidelberg bereits ein interdisziplinäres, longitudinales Kommunikationscurriculum in der Lehre etabliert. Im Rahmen des Projektes „Kompetenzorientiertes Lernen, Lehren und Prüfen“ wird derzeit ein darauf abgestimmtes longitudinales Programm für Prüfungen kommunikativer Kompetenzen entwickelt. Die Entwicklung erfolgt auf Basis der Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung aus dem NKLM. Im vorliegenden Beitrag sollen die bisherigen Schritte zur Entwicklung dieses Programms sowie der Ist-Stand der Prüfungen zur Kommunikation an der Medizinischen Fakultät Heidelberg beschrieben werden.

Zunächst wurden Art und Umfang der eingesetzten Prüfungsformate erfasst und den NKLM Lernzielen zur ärztlichen Gesprächsführung zugeordnet. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass als Prüfungsformat überwiegend OSCEs eingesetzt werden. Einzelne

Lernziele werden auch mit anderen Formaten geprüft, wie miniCEX, Patientenbericht, Präsentation, Protokoll und MC-Fragen. Insgesamt wird Kommunikation relativ häufig geprüft, jedoch findet keine explizite Abstimmung in der Prüfungskonzeption zwischen den einzelnen Fächern statt. Einige Lernziele werden daher sehr oft und manche nur vereinzelt oder gar nicht geprüft. Weiterhin hat sich gezeigt, dass Kommunikation immer integriert im klinischen Kontext geprüft wird, wobei hier die Gewichtung kommunikativer Kompetenzen für die Prüfungsleistung nicht definiert ist.

Die NLKM Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung ermöglichen es, explizit und systematisch zu erfassen, worin die Studierenden im Bereich Kommunikation geprüft werden. Zudem können sie als Instrument zur Abstimmung zwischen den Fächern an der Fakultät dienen. Ein Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit im Projekt wird die Modifikation der bestehenden Prüfungsaufgaben sein, um nicht abgedeckte Lernziele zu integrieren und eine einheitliche und ausgewogene Überprüfung kommunikativer Kompetenzen zu erreichen.

## Psychoneuroimmunologie: Psychodermatologie

### Assoziation zwischen psychologischen Faktoren und verschiedenen Schweregradparametern bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria ohne bekannte Ursache

Schut C.<sup>1</sup>, Hawro T.<sup>2</sup>, Kupfer J.<sup>1</sup>, Rose M.<sup>3</sup>, Gieler U.<sup>4</sup>, Maurer M.<sup>2</sup>, Peters E.<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Institut für Medizinische Psychologie, Justus-Liebig-Universität, Gießen, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité-Universitätsmedizin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Charité-Centrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin, Berlin, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Dermatologie und Allergologie, Justus-Liebig-Universität, Gießen, Deutschland, <sup>5</sup>Psychoneuroimmunologie Labor, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität, Gießen, Deutschland

**Theorie:** Chronische spontane Urtikaria (CSU) ist eine Hauterkrankung mit immer wieder auftretenden stark juckenden flüchtigen Quaddeln und/oder Schwellungen (Angioödeme). Bekannte Ursachen sind Infekte, Nahrungsmittelintoleranz und Autoimmunität. Bei einem substanziellen Anteil von Patienten bleibt die Ursache unbekannt (CSUobU). Die Krankheitsaktivität bei CSUobU Patienten wurde in einigen Studien mit Stress und posttraumatischer Belastung assoziiert. Bislang ist die Krankheitsaktivität in diesen Studien lediglich über die Bewertung der Symptome erfasst. Ziel unserer Studie war es deshalb, den Zusammenhang zwischen Selbstberichts-Variablen und verschiedenen, auch immunologischen, Schweregrad-Parametern bei CSU und CSUobU Patienten zu untersuchen.

**Methode:** Bei 303 Patienten (54 CSUobU Patienten; 249 CSU Patienten) wurde der Urtikaria-Aktivitäts-Score (UAS) nach 4 wöchiger Diätphase (Vermeidung potentieller Nahrungsmitteltrigger) in der Woche vor Klinikaufenthalt erhoben. Weiterhin wurden Gesamt IgE und Zahl der Basophilen im Blut, zwei publizierte Marker für Krankheitsaktivität, bestimmt. Während der letzten vier Wochen vor Klinikaufenthalt wurden mit validierten Selbstauskunfts-Fragebögen wahrgenommener Stress (PSQ) sowie Selbstwirksamkeit als Marker für Stress-Resilienz (SWOP) psychometrisch erfasst.

**Ergebnisse:** Korrelationsanalysen zeigten, dass bei CSUobU-Patienten der UAS positiv mit der PSQ-Skala „Anforderungen“ assoziiert war (19,5% Varianzaufklärung des UAS). Gleichzeitig war die Zahl der basophilen Granulozyten im Blut bei CSUobU-Patienten positiv mit der PSQ-Skala „Freude“ und negativ mit der SWOP-Skala „Pessimismus“ assoziiert ( $p < 0.05$ ). Diese Zusammenhänge traten bei CSU Patienten mit bekannter Ursache nicht auf. Nur das Gesamt-IgE korrelierte hier negativ mit „Freude“ und „Selbstwirksamkeit“ ( $p < 0.05$ ).

**Diskussion:** Bei CSUobU-Patienten lagen deutliche Zusammenhänge zwischen bekannten Schweregradparametern der Urtikaria und psychosozialer Belastung sowie mangelnder Resilienz vor. Bei CSU Patienten mit bekannter Ursache war hingegen nur das Gesamt-IgE negativ mit „Selbstwirksamkeit“ und „Freude“ assoziiert. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass bei CSUobU-Patienten Stress eine größere Rolle hinsichtlich der Ausprägung der CSU spielt. Besonders diese Patienten sollten deshalb das Angebot erhalten, zusätzlich zur medikamentösen Therapie an psychosozialer Diagnostik und Interventionen teilzunehmen.

### Neurodermitis und Alleinerziehende - Eine schwierige Kombination?

Gieler U.<sup>1</sup>, Schoof S.<sup>2</sup>, Gieler T.<sup>3</sup>, Scheewe S.<sup>4</sup>, Schut C.<sup>5</sup>, Kupfer J.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universität Gießen, Dermatologie / Allergologie, Giessen, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Gießen, Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen, Deutschland, <sup>3</sup>Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen, Deutschland, <sup>4</sup>Fachklinik Kinder und Jugendliche Westerland Sylt, Kinderklinik, Westerland, Deutschland, <sup>5</sup>Universität Gießen, Inst. für Medizinische Psychologie, Giessen, Deutschland

**Einleitung:** Eltern von Neurodermitis-Kindern berichten eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Alleinerziehende Mütter sind nach bisherigen Studien ebenfalls sehr belastet. Es sollte geprüft werden, inwiefern allein erziehende Mütter mit Neurodermitis-Kindern in besonderer Weise belastet sind.

**Methodik:** Es wurden 96 Mütter untersucht, die in folgende 4 Gruppen Mütter in Partnerschaft mit und ohne Neurodermitis-Kind und allein erziehende Mütter mit und ohne Neurodermitis-Kind eingeteilt wurden. Mit Hilfe der Fragebögen Kurzer Fragebogen zur Erfassung von Belastung (KFB), Fragebogen zur Lebensqualität (FLZ), Allgemeine Depressions-Skala (ADS) und

der Fragebogen für Eltern von neurodermitiskranken Kindern (FEN) wurde die psychische Belastung der Mütter bestimmt.

**Ergebnisse:** Zwischen alleinerziehenden Müttern und Müttern in Partnerschaft mit neurodermitiskranken Kindern zeigte sich ein Unterschied beim Umgang mit dem Kratzverhalten der Kinder (T: 46/ = 1,01;  $p = 0,019$ ). Die alleinerziehenden Mütter gaben eine tendenziell größere Hilflosigkeit und vermehrte Aggressionen auf Grund des Kratzverhaltens der Kinder an als die Mütter, die in einer Partnerschaft leben (T: 1,98 /1,978;  $p = 0,062$ ). Die allein erziehenden Mütter mit einem an Neurodermitis erkrankten Kind erreichten die höchste Punktzahl hinsichtlich der empfundenen Belastung in der Familie ( $x = 2,38$  (sd:1,05) versus  $x = 1,03$  (sd=0,89) für Mütter in Familie mit gesundem Kind;  $F(1; 92) = 0,364$  und  $p = 0,548$ ) und die niedrigste in der allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $x = 4,86$  (sd 0,73) für Alleinerziehende mit Neurodermitis-Kind versus 5,47 (sd 0,60) bei Müttern in Familie mit gesundem Kind;  $F(1; 92) = 0,016$  und  $p = 0,90$ ).

**Diskussion:** Es sollte besonders darauf geachtet werden, allein erziehende Mütter im Umgang mit dem Kratzverhalten ihres Kindes effizient zu beraten und bei der Anwendung des erworbenen Wissens zu unterstützen. Weiteres Ziel sollte es sein, das Stressniveau der allein erziehenden Mütter zu senken und das konditionierte Kratzverhalten des Kindes zu reduzieren.

## Die Untersuchung des subjektiven Körperbildes im Therapieverlauf bei Patienten mit Psoriasis und dessen Zusammenhang mit Coping-Verhalten und Behandlungserfolg

Wintermann G. B.<sup>1</sup>, Abraham S.<sup>2</sup>, Beisert S.<sup>2</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Die Psoriasis ist eine chronisch-entzündliche, dermatologische Systemerkrankung, von der etwa 2% der deutschen Bevölkerung betroffen sind. Patienten mit Psoriasis zeigen eine geringe Adhärenz mit dem Behandlungsregime. Neben soziodemografischen, medizinischen und psychopathologischen Einflussfaktoren wird auch eine negative Einstellung zum eigenen Körper mit geringerer Adhärenz, geringerem Behandlungserfolg und passivem Coping assoziiert. Studien, die standardisierte Fragebögen zur Erfassung der Einstellung zum eigenen Körper einsetzen und an Patienten mit Psoriasis validieren, fehlen bislang.

**Methoden:** Eine Stichprobe von  $N = 72$  Patienten mit moderater bis schwerer Form der Psoriasis sollen vor und nach der Neueinstellung auf systemische Therapie mit Hilfe des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35) untersucht werden. Der Vergleich mit einer Gruppe von Patienten, die unter Neurodermitis erkrankt sind sowie einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten, gesunden Vergleichsgruppe, soll erfolgen. Als weitere Fragebögen soll eine deutsche Version der Utrecht Coping Liste und der Skala

Body Attention, Ignorance and Awareness Scale zum Einsatz kommen. Der Behandlungserfolg soll mit Hilfe des Schweregrades der Psoriasis (erfasst mittels PASI) und dem Fragebogen Patient Benefit Questionnaire abgebildet werden. Die Adhärenz wird mittels Morisky-Skala und Laborparametern erfasst.

**Ergebnisse:** Erste Pilotdaten werden vorgestellt. Es wird angenommen, dass ein negatives Körperbild vor Behandlungsbeginn mit einem geringeren Therapieerfolg und geringerer Behandlungszufriedenheit einhergeht als ein positives Körperbild. Im Verlauf der systemischen Therapie sollte es mit Symptomverbesserung zu einer Positivierung des Körperbildes kommen. Es wird davon ausgegangen, dass ein jüngeres Alter, die Sichtbarkeit der Hauterkrankung und Betroffenheit des Genitalbereiches mit einem negativen Körperbild einhergehen, wobei kein Unterschied zwischen den dermatologischen Vergleichsgruppen angenommen wird. Es wird vermutet, dass Patienten mit geringen Werten auf der Subskala Selbstakzeptanz ein eher passives Coping-Verhalten aufweisen.

**Diskussion:** Das Körperbild als mentale Repräsentation des eigenen Körpers stellt ein wichtiger Einflussfaktor für den Behandlungserfolg bei Patienten mit Psoriasis dar. Die Befunde sollen im Rahmen der Implementierung körperbezogener psychotherapeutischer Interventionen in der Psychodermatologie diskutiert werden.

## Trauma, Krankheitsbewältigung und psychische Belastung bei dermatologischen Patienten

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, LVR Essen, Essen, Deutschland, <sup>2</sup>Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Obwohl die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der Primär- und in der Tertiärversorgung eine hohe Prävalenz aufweist, wird sie nur selten diagnostiziert. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Prävalenz von potentiell traumatischen Ereignissen, spezifische Charakteristika traumatisierter Patienten sowie die Ausprägung posttraumatischer Symptomatik im Kontext dermatologischer Behandlung zu untersuchen.

**Patienten und Methoden:** Es wurden 117 ambulante und 104 stationäre Patienten mit verschiedenen dermatologischen Erkrankungen hinsichtlich ihrer allgemeinen psychischen Symptombelastung (Brief Symptom Inventory, BSI), der spezifischen Bewältigung von Hautkrankheiten (Marburger Hautfragebogen, MHF) sowie möglichen posttraumatischen Symptomen (Essener Trauma-Inventar, ETI) befragt.

**Ergebnisse:** Das Vorliegen mindestens eines potentiell traumatischen Ereignisses berichteten insgesamt 85,1% der Patienten, wobei in 8,6% der Fälle testpsychometrisch die diagnostischen Kriterien für eine PTSD erfüllt waren. Patienten mit Verdacht auf



eine PTSD gaben im Vergleich zu nicht traumatisierten Patienten und traumatisierten Patienten ohne PTSD eine stärkere psychische Symptombelastung und signifikant mehr Probleme bei der Bewältigung ihrer Hautkrankheit an. Zudem ging eine kumulative Traumatisierung mit einer stärker ausgeprägten posttraumatischen Symptomatik und größeren Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Hautkrankheit einher.

**Diskussion:** Durch die Ergebnisse wird der Einfluss einer komorbiden PTSD auf die Krankheitsbewältigung von Patienten mit dermatologischen Erkrankungen hervorgehoben und die Notwendigkeit einer differentialdiagnostischen Einbeziehung der PTSD in dermatologische Behandlungskontexte betont.

## Psychoonkologie II: Einfluss der psychosozialen Belastung auf subjektives Erleben und Krankheitsverlauf bei onkologischen Patienten

### Der Einfluss eines ängstlichen Bindungsstils im Zusammenhang mit Distresserleben auf die Entwicklung psychosozialer Unterstützungsbedürfnisse bei onkologischen Patientinnen

Ringwald J.<sup>1</sup>, Marwedel L.<sup>1</sup>, Ehrenthal J. C.<sup>2</sup>, Wochnowski C.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatik und Psychotherapie, Heidelberg, Deutschland

Es ist unklar welche Faktoren für eine spezifische Bedürfnisentwicklung während einer Krebserkrankung verantwortlich sein können und wie sich diese auch auf die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote auswirken. Inzwischen gibt es Hinweise, dass ein ängstlicher Bindungsstil mit geringerer mentaler Krankheitsbewältigung sowie schlechterem Zugang zu psychosozialer Unterstützung bei Krebserkrankungen einhergeht, jedoch ist unklar inwieweit das Distresserleben dies beeinflusst. Ziel der Studie ist, zu untersuchen welche Bedeutung ein ängstlicher Bindungsstil im Zusammenhang mit Distresserleben auf die Bedürfnisentwicklung und den Betreuungsbedarf bei Patientinnen mit Mamma Karzinom und gynäkologischen Tumorentitäten hat.

Die psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse wurden bei über 695 Mamma Karzinom und 76 gynäkologische Tumor Patientinnen mit dem Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF-34-G) erhoben. Bindungsstil wurde mit der Kurzversion des Experiences in Close Relationships- Revised (ECR-R) Fragebogens und das Distresserleben anhand des Distress-Thermometers (DT) erfasst. Das Hornheider-Screening-Instrument (HSI) wurde zur Erfassung des psychosozialen Betreuungsbedarfs und ein selbstgeneriertes Item zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote eingesetzt. Es wurden Modelle zur Prädiktion der Unterstützungsbedürfnisse mittels multipler Regression gerechnet.

Ängstlicher Bindungsstil und Distresserleben sind signifikante Prädiktoren für die fünf Unterstützungsbedürfnisse des SCNS

und ergaben eine Varianzaufklärung zwischen 14,6% und 27,4%. Die Interaktion eines ängstlichen Bindungsstils und Distresserleben stellte keine signifikante Prädiktion in unserem Modell dar. Des Weiteren führt ein ängstlicher Bindungsstil zu einem signifikant höheren Betreuungsbedarf im HSI ( $p < .000$ ) sowie zu einer häufigeren Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten ( $p < .046$ ).

Bindungsverhalten beeinflusst während einer Krebserkrankung die Krankheitsverarbeitung. Ein ängstlicher Bindungsstil und Distresserleben führen in den verschiedenen Bedürfnisbereichen zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf trotz erhöhter Inanspruchnahme psychosozialer Angebote. Angst vor Bindung ist unabhängig vom Distresserleben ein möglicher Risikofaktor für eine maladaptive Krankheitsbewältigung, da möglicherweise Unterstützungssysteme nicht ausreichend vorhanden sind und aufgrund dessen Bedürfnisse im Krankheitsverlauf unbefriedigt bleiben.

### Einfluss von Bindungsstil auf das psychosoziale Belastungserleben bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen: eine bizertrische Studie

Marwedel L.<sup>1</sup>, Friederich H. C.<sup>2</sup>, Ringwald J.<sup>1</sup>, Ehrenthal J.<sup>2</sup>, Schäffeler N.<sup>1</sup>, Lamers J.<sup>2</sup>, Breining 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, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Das Distresserleben während einer Krebserkrankung ist multifaktoriell bestimmt. Es konnte gezeigt werden, dass in existentiellen Bedrohungen ein sicherer Bindungsstil als wichtige Coping-Ressource zur Bewältigung aktiviert werden kann. Inzwischen gibt es eindeutige Hinweise, dass ein vermeidender und ängstlicher Bindungsstil ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellen kann. Das Ziel dieser Studie ist zu überprüfen, welche Relevanz der individuelle Bindungsstil auf das psychosoziale Distresserleben bei Krebspatienten hat.

**Methode:** Insgesamt wurden in die bizertrische Studie an den Tumorzentren in Tübingen und Heidelberg 252 Krebspatienten (61 % weiblich) im Alter zwischen 19 und 85 Jahren ( $M = 57.82$ ,  $SD = 11.36$ ) mit verschiedenen Tumorentitäten eingeschlossen. Das psychosoziale Belastungserleben wurde mittels NCCN Distress Thermometer (DT) und des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9) erfasst. Bindungsstil wurde mit der Kurzversion des Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Fragebogens gemessen. Die erhobenen Daten wurden anhand einer Moderatorenanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die erhobene Stichprobe zeigte eine mittlere Belastung von 5.08 auf dem Distress Thermometer und mittlere Depressivität von 10.48 auf dem PHQ-9. Sowohl ein ängstlicher ( $p < .000$ ) als auch ein vermeidender Bindungsstil ( $p < .000$ ) sind signifikante Prädiktoren für das berichtete psychosoziale Belastungserleben (DT). Ein Ängstlicher Bindungsstil ist zudem signifikanter Prädiktor

( $p < .001$ ) für Depressivität (PHQ-9). Die Varianzaufklärung liegt bei 2.4% (DT) und bei 3.2% (PHQ-9).

**Diskussion:** Der individuelle Bindungsstil beeinflusst während einer Krebserkrankung das Belastungserleben. Insbesondere ängstliches Bindungsverhalten kann zu einer stärkeren negativen psychischen Reaktion führen. Im klinischen Kontext, aber auch in weiterer Forschung, sollte dieser Umstand Berücksichtigung finden.

## Erhebung psychometrischer Parameter von Palliativpatienten und deren moderierende Eigenschaften auf die folgende Krankenhausbehandlung

Vogt H.<sup>1,2,3</sup>, Schatte G.<sup>1</sup>, Thyson T.<sup>1</sup>, Schmitz A.<sup>1</sup>, Schulz C.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf, Deutschland, <sup>3</sup>University of Middlesex, New School of Psychotherapy and Counselling, London, Vereinigtes Königreich

**Hintergrund:** Durch die Grenzsituation der Auseinandersetzung mit lebensverkürzenden Erkrankungen werden bei Palliativpatienten eine Reihe von psychischen Reaktionen ausgelöst und Copingstrategien zur Bewältigung aktiviert. Dabei ist vielfach aus der psychosomatischen Forschung bekannt, dass Persönlichkeitseigenschaften Einfluss auf diesen Prozess haben<sup>1</sup>. Untersuchungen zeigen, dass die Prävalenz von z.B. Angststörungen oder Depressionen gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist<sup>2</sup>, detaillierte Kenntnisse über das Komplexbild und Zusammenspiel der verschiedenen Affekte und Reaktionen gibt es bisher nicht. Dabei könnten diese Erkenntnisse helfen, mit gezielteren Behandlungsstrategien auf die Bedürfnisse und Anforderungen dieser Patienten einzugehen.

### Fragestellung:

- 1) Was sind die psychometrischen Kennzahlen von Palliativpatienten zu Beginn einer palliativmedizinischen Versorgung?
- 2) Gibt es Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und
  - a) Prävalenz psychischer Symptome und
  - b) behandlungsrelevanten Verhaltensweisen
- 3) Lässt sich eine regelhafte Erfassung psychometrischer Daten von Palliativpatienten in stationärer universitärer Behandlung realisieren?

**Methode:** Auf der Palliativstation des UKD behandelte Patienten werden zu Beginn ihrer Versorgung psychometrisch untersucht. Dabei werden wissenschaftlich etablierte Fragebögen zu den Themen Distress, Peace of Mind, Depressivität, Demoralisation, Angst (state, trait, sowie existentielle Angst) und Traumatisierung verwendet, sowie eine palliative Outcome-Scale und Persönlichkeitseigenschaften (NEO-FFI) erhoben. Weitere Daten werden aus der Basisdokumentation gewonnen.

### Ergebnisse:

1) Im Rahmen des Vortrags erfolgt die genaue Darstellung der verwendeten Messinstrumente, sowie die Darstellung der bis dahin erhobenen Daten als Zwischenergebnis.

2) Zum Zeitpunkt der Abstract-Einreichung konnten 112 von 117 Patienten psychometrisch untersucht werden (96%), 30% davon haben alle Fragebögen beantwortet, bei 36% lag die Diagnose eines Delirs vor, die Übrigen haben die Testbatterie teilweise ausgefüllen können (z.B. nur Distress). Bereits daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine regelhafte Erfassung psychometrischer Daten im Rahmen einer universitären Regelversorgung erfolgreich umgesetzt werden kann, mit den zu erwartenden Einschränkungen bei schwer erkrankten Patienten.

<sup>1</sup>Connor-Smith et al (2007) Journal of personality and social psychology 93 (6), S. 1080-1107.

<sup>2</sup>Mitchell et al (2011) The Lancet Oncology 12 (2), S. 160-174.

## Zusammenhang von chronischer und akuter Stressbelastung mit dem Auftreten von behandlungsassoziierten Komplikationen nach allogener Stammzelltransplantation bei Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen

Meier T.<sup>1</sup>, Naumann P.<sup>1</sup>, Schaller L.<sup>1</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Bunjes D.<sup>2</sup>, Hönig K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik für Innere Medizin III, Ulm, Deutschland

**Einleitung:** Die allogene Stammzelltransplantation (SZT) stellt häufig die einzige kurative Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit akuten hämatoonkologischen Erkrankungen dar. Ihre Durchführung ist jedoch häufig mit stark beeinträchtigenden Nebenwirkungen und Komplikationen assoziiert. Eine typische Folge intensiver chemo- und radiotherapeutischer Behandlung stellt Mukositis (Schleimhautentzündung) dar. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen chronischer und akuter psychosozialer Stressbelastung vor Transplantation und dem Auftreten von Mukositis während der nachfolgenden Behandlung untersucht.

**Methode:** In einer prospektiven Studie wurden 72 Patienten (56,9% Männer, Alter zwischen 21-72 Jahre) mit hämatoonkologischen Erkrankungen (44 % AML, 14% ALL) im Rahmen der SZT zu zwei Messzeitpunkten (vor SZT und nach Entisolierung) bezüglich der subjektiven psychosozialen Stressbelastung untersucht. Zur Beurteilung des akuten Stresses wurde der Distressthermometer (DT, Zeitspanne: die letzten 7 Tage) eingesetzt. Chronischer Stress wurde über die Perceived Stress Scale-10 (PSS-10, Zeitspanne: die letzten 4 Wochen) objektiviert. Mit Hilfe der Cutoff-Werte wurden die Patienten in akut und chronisch Belastete vs. Nicht-Belastete eingeteilt. Als Outcome-Variable wurde der Ausprägungsgrad der Mukositis erhoben.

**Ergebnisse:** 45,8% der Stichprobe gaben vor SZT an akut bzw. 50% chronisch belastet zu sein. 74% der Gesamtstichprobe entwickelten eine Mukositis im Behandlungsverlauf. Chronische Stressbelastung vor SZT korrelierte statistisch signifikant mit dem Auftreten von Mukositis nach SZT ( $r=0,310$ ,  $p=0,008$ ). Weitere statistische Analysen (T-Test:  $p=0,007$ ; Chi-Quadrat nach Kategorisierung:  $p=0,061$ ) bestätigten diese Assoziation: Das Vorliegen chronischer Stressbelastung vor SZT ging mit erhöhtem Auftreten einer Schleimhautentzündung nach SZT einher. Die Beurteilung der akuten Stressbelastung hatte keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit den erhobenen Outcome-Variablen.

**Schlussfolgerung:** Die vorliegenden Ergebnisse legen einen differentiellen Einfluss von chronischem und akutem psychosozialen Stress vor SZT auf die spätere Ausbildung einer behandlungsassoziierten Mukositis nahe. Während chronischer Stress die Vulnerabilität für Mukositis zu erhöhen scheint, legen die Daten einen solchen Zusammenhang mit akutem Stress nicht nahe. In weiteren Analysen werden mögliche konfundierende therapieassoziierte Einflüsse untersucht.

## Zusammenhang von Ängstlichkeit und Depressivität vor allogener Stammzelltransplantation mit der Isolationsdauer und hämatologischer Regeneration

Naumann P.<sup>1</sup>, Meier T.<sup>1</sup>, Schaller L.<sup>1</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Bunjes D.<sup>2</sup>, Hönig K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinik Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Innere Medizin III Universitätsklinik Ulm, Ulm, Deutschland

**Hintergrund:** Eine allogene Stammzelltransplantation (SZT) ist für hämatoonkologische Patienten eine potenziell kurative, jedoch äußerst intensive Therapie, die zum Teil zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen kann. Diese treten gehäuft in der Isolationszeit auf, in der die Patienten therapiebedingt immungeschwächt und damit sehr vulnerabel sind. Dementsprechend weisen die Patienten meist schon zu Behandlungsbeginn ein hohes Maß an psychischer Belastung auf. Ziel der Studie war es, den Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und Depressivität vor Therapiebeginn und dem weiteren Behandlungsverlauf (Isolationsdauer und hämatologische Regeneration) zu untersuchen.

**Methodik:** 47 Patienten wurden vor Beginn der allogenen SZT am Universitätsklinikum Ulm mit der HADS-D auf Ängstlichkeit und Depressivität untersucht. Ausgehend von den Werten der Subskalen für Angst und Depression wurden die Patienten in zwei Gruppen unterteilt: auffällig ( $> 7$ ) und unauffällig ( $\leq 7$ ). Als medizinische Verlaufsparameter wurden die Isolationszeit und die hämatologische Regeneration (Thrombozyten, Neutrophilen) erhoben.

**Ergebnis:** Patienten mit unauffälligen Angaben in der HADS-Angstskala vor Behandlungsbeginn ( $n = 31$ ) verbrachten mit durchschnittlich 16,9 Tagen eine insgesamt signifikant kürzere Isolationszeit als die Patientengruppe mit

initial auffälligen Angstwerten ( $n = 16$ ; MW = 20,6 Tage;  $p = 0,029$ ). Patienten, die auf der HADS-Depressionskala als unauffällig ( $n = 34$ ) eingestuft wurden, waren mit durchschnittlich 17,2 Tagen ebenfalls signifikant kürzer isoliert als auffällige Patienten ( $n = 13$ ; MW = 20,6 Tage;  $p = 0,034$ ). Ähnliche Effekte ließen sich auch auf hämatologischer Ebene zeigen. Die Regeneration der Neutrophilen und Thrombozyten, welche die wesentlichste Grundlage für die Entscheidung für die hämatologische Entisolierung bildet, dauerte bei Patienten mit auffälligen Angaben in der Angst- / oder Depressionskala signifikant bzw. tendenziell signifikant länger.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Zusammenhang von Ängstlichkeit und Depressivität zu Behandlungsbeginn mit der Dauer der Isolationszeit und der hämatologischen Regeneration. Basierend auf dem Hintergrund, dass eine verlängerte Isolationszeit mit erhöhter Morbidität und Mortalität einhergeht, könnte diese Assoziation mit Angst und Depression klinisch relevant sein und legt ein Screening von Angst und Depression im Vorfeld einer allogenen SZT dringend nahe.

## Versorgungsforschung II

### Hinsehen - Erkennen - Handeln: das Gesundheitswesen im Netzwerk zur Bekämpfung häuslicher Gewalt

Schellong J.<sup>1</sup>, Meyer F.<sup>1</sup>, Lorenz P.<sup>1</sup>, Epple F.<sup>1</sup>, Märtens G.<sup>2</sup>, Böhm U.<sup>3</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking, Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Praxis für Rechtsmedizin/Verkehrsmedizin, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Häusliche Gewalt ist ein allgegenwärtiges Problem des Gesundheitssystems mit multiplen negativen Gesundheitskonsequenzen für Betroffene und hohen Folgekosten für das Gemeinwesen. Obwohl Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten eine Schlüsselrolle in der Ersthilfe für Gewaltopfer zukommt, sind sich diese Berufsgruppen ihrer zentralen Rolle oftmals nicht bewusst bzw. fühlen sie sich in diesem Spannungsfeld unsicher. (Inter-)nationale Interventionsprogramme führten mit Erfolg multimodale Weiterbildungen und Schulungen für Mitarbeiter im Gesundheitssystem durch. Offen ist, welche Komponenten der Interventionsansätze zur Effektivität der Programme beitragen. Ziele dieser Befragung sind die aktuelle Bestandsaufnahme des Umgangs von Mitarbeitern im Gesundheitswesen mit Gewaltopfern, Überprüfung von Weiterbildungsbedarf, Netzwerkeinbindung und Handhabbarkeit des Dokumentationsbogens bei häuslicher Gewalt des Sächsischen Leitfadens für Ärzte und Ärztinnen zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt.

**Methodik:** In Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Landes Zahnärztekammer Sachsen werden im No-

vember 2015 flächendeckend in Sachsen klinisch und praktisch tätige Ärzte und Zahnärzte (ca. 15.000 Personen) und ihre Partner aus den Hilfenetzwerken zu ihrem beruflichen Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt und der Einbindung in die Netzwerke zu deren Bekämpfung befragt. Es erfolgen Paper-Pencil- und Online-Erhebungen, die Fragen zur Handhabbarkeit des o.g. Dokumentationsbogens einschließen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Befragung werden in Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen in Teilen Sachsens (Epple et al., 2012) sowie zu kriminalstatistischen Daten gestellt. Die Evaluation des Dokumentationsbogens dient der Anpassung für den zukünftigen Gebrauch. Weiterhin sollen Anhaltspunkte für optimierte Netzwerkarbeit gewonnen werden.

**Schlussfolgerungen:** Die Befragung erfasst Wahrnehmungen häuslicher Gewalt durch Mitarbeiter des Gesundheitswesens und dient als Basis für die Erstellung eines Maßnahmenkatalogs für die politische Entscheidungsfindung wie für den praktischen Berufsalltag.

## **Studienprotokoll: Entwicklung und Evaluation einer neuen Intervention zur Krankheitsbewältigung bei Patienten mit seltener chronischen Erkrankung**

Depping M. K.<sup>1</sup>, Ullrich K.<sup>2</sup>, Härter M.<sup>3</sup>, Koch-Gromus U.<sup>4</sup>, Löwe B.<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland*

Patienten mit seltenen chronischen Erkrankungen sind erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, z.B. durch die unklare Prognose ihrer Erkrankung. Aufgrund der Seltenheit ihres Leidens und der geographischen Streuung der Betroffenen ist der Zugang zu medizinischer Behandlung, psychosozialer Unterstützung und zur Selbsthilfe erschwert. Die Studie „Patienten für Patienten: Qualifizierte Peer-Beratung und Selbstmanagement für Patienten mit seltenen chronischen Erkrankungen“ hat zum Ziel, Patienten mit seltenen Erkrankungen in der Bewältigung und im Management ihrer chronischen Erkrankungen zu unterstützen. Eine Möglichkeit zur Unterstützung der betroffenen Patienten stellen Selbstmanagement-Programme dar. Da es bis heute keine Selbstmanagement-Programme oder Beratungs-Leitfäden für die spezifischen Bedürfnisse von Patienten mit seltenen chronischen Erkrankungen gibt, soll ein neues Programm in einem iterativen Prozess entwickelt werden. Die Intervention soll durch Peer-Berater vermittelt werden. Im Rahmen des geplanten Forschungsprojektes werden ein Selbstmanagement-Manual für Patienten, ein Beratungs-Leitfaden für die Peer-Berater sowie Supervision und gezielte Schulungen der Berater (Multiplikatoren Schulungen) entwickelt und evaluiert.

Das Selbstmanagement-Manual, der Beratungs-Leitfaden sowie das Konzept für Schulungen und Supervision werden neu erstellt (Entwicklungsphase) und hinsichtlich Akzeptanz und Nützlichkeit evaluiert (Evaluationsphase). Dabei werden in der Entwicklungsphase zwei Teilstudien durchgeführt. In der ersten Teilstudie werden Patienten mit seltenen chronischen Erkrankungen durch Fragebögen über Ihre psychosozialen Versorgungsbedürfnisse befragt (N = 300). In der zweiten Teilstudie werden vier Fokusgruppen mit Betroffenen durchgeführt um die Passung bestehender Selbstmanagement-Module mit den Bedürfnissen der Betroffenen zu besprechen (N = 20). Aus den Erkenntnissen dieser Teilstudien soll die Entwicklung der o.g. Bestandteile abgeleitet werden. In der Evaluationsphase soll durch eine randomisierte, beobachter-verblindete, klinische Studie (RCT; N = 128) ob die neue entwickelte Intervention im Vergleich zur Standardbehandlung zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung führt. Sekundäre Ziele sind die Verbesserung der gesundheitsbezogenen seelischen Lebensqualität und Kontrollwahrnehmung, sowie Akzeptanz und subjektive Nützlichkeit der Intervention.

## **Identitäten und Behandlungsanliegen im Kontext von Trans\*/Transsexualität**

Köhler A.<sup>1</sup>, Eyssel J.<sup>1</sup>, Nieder T. O.<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Hamburg, Deutschland*

Trans\* Menschen erleben einen Konflikt zwischen dem bei Geburt zugewiesenen und dem individuell erlebten Geschlecht, woraus ein fortdauernder Leidensdruck resultieren kann. Bisher unterlag die Behandlung der Transsexualität einer binären Auffassung von Geschlecht, wonach sich transsexuelle Menschen eindeutig mit dem *anderen* Geschlecht identifizieren und entsprechend geschlechtsangleichende Maßnahmen anstreben (z.B. Genitalchirurgie). In letzter Zeit zeigen sich aber zunehmend auch non-binäre geschlechtliche Identitäten, die das normative Verständnis von der Existenz von exklusiv zwei Geschlechtern (Mann, Frau) in Frage stellen (z.B. genderqueer). Aktuelle diagnostische Revisionen (DSM 5: Geschlechtsdysphorie) bzw. ihre Vorschläge (ICD 11: Gender Incongruence) versuchen diesen non-binären Konzepten von Geschlecht gerecht zu werden und entkoppeln die Verbindung von Diagnose und Behandlung, wie es im ICD-10 (F64.0: Transsexualismus) noch der Fall ist.

Die vorgestellte Studie untersucht,  
(1) mit welchen geschlechtlichen Identitäten sich trans\* Menschen identifizieren,  
(2) welche Behandlungsanliegen bestehen und  
(3) inwiefern sich diese zwischen binären und non-binären trans\* Menschen unterscheiden.

Die Untersuchung ist Teil einer Studie zur allgemeinen Transgender-Gesundheitsversorgung des Transgender-Centrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Eine nicht-klinische

Online-Stichprobe (N=417) wurde mittels eines partizipativ mit Vertreter\_innen von Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Kolleg\_innen entwickelten Fragebogens zur Qualitätsentwicklung in der Transgender-Gesundheitsversorgung befragt.

Die Teilnehmenden berichten binäre als auch non-binäre geschlechtliche Identitäten. Non-binär-identifizierte Teilnehmende geben an, weniger medizinische Maßnahmen in Anspruch genommen zu haben und unterscheiden sich in demographischen Variablen von binären-identifizierten Teilnehmenden. Weiterhin geben non-binär-identifizierte Teilnehmende seltener an, in Zukunft genitalangleichenden Operationen geplant zu haben.

Die Ergebnisse verdeutlichen das breite Spektrum geschlechtlicher Identitäten von trans\* Menschen. Im Rahmen der bisherigen, binär fokussierten Behandlungspraxis war es für non-binär identifizierte trans\* Menschen nur schwer möglich, ihre individuellen Behandlungswünsche zu realisieren. Um diesen spezifischen Anforderungen gerecht zu werden, muss die Transgender-Gesundheitsversorgung ein entsprechend individuelles Versorgungsangebot gewährleisten.

## Qualitätskriterien für Traumaambulanzen nach dem Opferschadungsgesetz (OEG) in Sachsen

Schellong J.<sup>1</sup>, Glathe C.<sup>1</sup>, Eppe F.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum C.G.C. der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Traumaambulanzen bieten wirksame, spezialtherapeutische Hilfe bei seelischen Gewaltfolgen und können die Ausprägung bleibender psychischer Schäden deutlich reduzieren. Mit dem Ziel, das Versorgungsnetzwerk für Menschen mit Traumafolgestörungen weiter flächendeckend auszubauen, initiiert und begleitet das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz geförderte „Kompetenzzentrum Traumaambulanzen für Sachsen“ die Gründung weiterer Traumaambulanzen. In Zusammenarbeit mit dem Kommunalen Sozialverband Sachsen entstand ein Mustervertrag für Traumaambulanzen nach den Richtlinien des Opferschadungsgesetzes (OEG) zur Behandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen, die Opfer von Gewalttaten wurden. Um alle neuen Traumaambulanzen auf einen einheitlichen, leitliniengerechten Wissens- und Behandlungsstandard zu bringen, benötigt es verbindliche Qualitätskriterien.

**Methode und Ergebnisse:** Zur Festlegung eines einheitlichen Qualitätsstandards für alle Traumaambulanzen hat das Kompetenzzentrum einen „Leitfaden zur Einrichtung neuer und Erweiterung bestehender Traumaambulanzen in Sachsen“ entwickelt. Dieser regelt Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dazu gehören Richtlinien zur Erreichbarkeit des Beratungs- und Therapieangebotes, Qualifikation des Fachpersonals, Kostenträgerschaften, ethisch-rechtliche Behandlungsgrundlagen genauso wie Mindestanforderungen an die räumlich-technische Ausstattung

der Einrichtung. Prozessual nennt er Rahmenbedingungen zu Erst- und Folgekontakten zwischen Therapeut\_in und Klient\_in, Diagnostik- und Behandlungsempfehlungen sowie Besonderheiten bei traumatherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Zu guter Letzt fordert er, mittels standardisierter Evaluationspraxis, die Ergebnisqualität zu sichern. Dies schließt unter anderem die Auswertung von Inanspruchnahme und Behandlungsergebnissen nach festgelegten Kriterien ein.

Der Leitfaden wird nach erster Erprobung mitsamt den neuen Erkenntnissen vorgestellt.

## Depressive Störungen

### Assoziation von Lärmbelastigung mit Depression und Angst in der Allgemeinbevölkerung - Beitrag von Fluglärm

Beutel M.<sup>1</sup>, Jünger C.<sup>2</sup>, Klein E.<sup>1</sup>, Wild P.<sup>3</sup>, Lackner K.<sup>4</sup>, Blettner M.<sup>5</sup>, Binder H.<sup>5</sup>, Michal M.<sup>1</sup>, Wiltink J.<sup>1</sup>, Brähler E.<sup>1</sup>, Münzel T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2. Medizinische Klinik für Kardiologie, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Präventive Kardiologie, 2. Med. Klinik, Mainz, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinische Chemie und Labormedizin, Mainz, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Mainz, Deutschland

Während die störenden Effekte von Lärmbelastigung (Noise annoyance) zunehmend international als relevanter Umweltstressfaktor anerkannt werden, wurde der Zusammenhang zu psychischer Gesundheit kaum untersucht. Wir bestimmten daher den Zusammenhang zwischen Lärmbelastigung, Angst und Depression und den Beitrag einer breiten Spanne von Lärmquellen. Wir untersuchten die Querschnittsdaten von n=15.010 Teilnehmer der Gutenberg Gesundheitsstudie (GHS), einer populationsbasierten, prospektiven Kohortenstudie in den Landkreisen Mainz und Mainz-Bingen (Alter 35 bis 74 Jahre). Lärmbelastigung wurde getrennt erfasst für Straßenverkehr, Luftfahrt, Eisenbahn, Industrie-/Baulärm, Nachbarschaft (im Haus/ außerhalb) („während des Tages“, resp. „beim Schlafen“) auf 5-Punkte Skalen („gar nicht“ bis „extrem“); Depression und Angst wurden erfasst mit PHQ-9, bzw. GAD-2. Wir legten die maximale Lärmbelastigung aus allen Kategorien zugrunde, unabhängig ob Tag oder Schlaf gestört waren. Depression und Angst nahmen stark mit dem Maß der Lärmbelastigung zu. Verglichen mit keiner Lärmbelastigung, stiegen die Prävalenzraten für Depression, bzw. Angst von mäßiger (PR Depression 1.20; 95%CI 1.00 bis 1.45; PR Angst 1.42; 95% CI 1.15 bis 1.74) zu extremer Belastigung (PR Depression 1.97; 95%CI 1.62 bis 2.39; PR Angst 2.14; 95% CI 1.71 bis 2.67). Die Mehrheit der Bevölkerung gab zumindest ein gewisses Maß an Lärmbelastigung an.

Verglichen mit anderen Quellen stand Fluglärm im Vordergrund, belästigte nahezu 60%; dies galt vor allem für die extremen Belästigungswerte.

Starke Lärmbelastigung war assoziiert mit einer verdoppelten Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Während wir keinen direkten Bezug zu Depression und Angst herstellen konnten, war Fluglärm die Hauptursache von Lärmbelastigung in der Stichprobe. Aus der Querschnittserhebungen lassen sich keine kausalen Aussagen ableiten; möglich ist auch, dass Menschen, die unter Depression oder Angst leiden, auch anfälliger gegenüber Lärmbelastigung sind. Prospektive Nachuntersuchungen sollen die Frage der kausalen Beziehung zwischen Lärmbelastigung und psychischer Gesundheit klären.

## **Vitamin D deficiency and depressive symptomatology in psychiatric patients hospitalized with a current depressive episode: a retrospective factor analytic study**

von Känel R.<sup>1</sup>, Fardad N.<sup>1</sup>, Steurer N.<sup>1</sup>, Horak N.<sup>1</sup>, Hindermann E.<sup>1</sup>, Fischer F.<sup>1</sup>, Gessler K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik Barmelweid, Barmelweid, Schweiz

**Background:** Low vitamin D levels have been associated with depressive symptoms in population-based studies and non-clinical samples as well as with clinical depression. We examined the relationship between vitamin D levels and depressive symptomatology in hospitalized patients with clinical depression taking into account confounding variables.

**Methods:** We studied 380 consecutive patients (mean age 47±12 years, 70% women) hospitalized with a main diagnosis of a depressive episode according to the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). All patients completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and the Brief Symptom Inventory (BSI-D) to self-rate depressive symptom severity. A principal component analysis was additionally performed with all 34 items of the HADS-D, BDI-II, and BSI-D to identify depressive symptom factors possibly associated with vitamin D deficiency. Based on serum levels of 25-hydroxyvitamin D3 (25-OH D), vitamin D status was defined as deficient (< 50 nmol/l), insufficient (50-75 nmol/l), or sufficient (>75 nmol/l).

**Results:** Vitamin D deficiency, insufficiency, and sufficiency were present in 55.5%, 31.8% and 12.6%, respectively, of patients. Vitamin D status was significantly associated with depressive symptomatology after controlling for demographic factors, medical variables, psychiatric comorbidity, and medications (p-values≤0.005). Patients with vitamin D deficiency scored higher on the HADS-D scale and on an anhedonia symptom factor than those with insufficient (p-values ≤0.023) or sufficient (p-values ≤0.008) vitamin D; vitamin D deficient patients also scored higher on the BDI-II scale than those with sufficient vitamin D (p=0.007). Effect sizes suggested clinically relevant findings.

**Conclusions:** Low vitamin D levels are frequent in hospitalized patients with clinical depression. Particularly 25-OH D levels < 50 nmol/l were associated with increased levels of depressive symptoms, with anhedonia symptoms showing a reliable relationship.

## **SPASS - Ein störungsspezifisches Gruppenkonzept bei Depression**

Hofbauer B.<sup>1</sup>, Pfitzer F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik St. Irmingard, Psychosomatik, Prien am Chiemsee, Deutschland

**Einleitung:** Die aktuelle Studien (STOP-D, INDEP) belegen, besteht ein Rezidivrisiko für depressive Störungen von 60% innerhalb von 5 Jahren.

Die Synergie der Komponenten **S**pielerische Haltung, **A**chtsamkeit, **S**portlichkeit und einem neuen **S**elbstverständnis (SPASS) soll einen Zugang zur eigenen Lebendigkeit ermöglichen und ein aktives Herangehen an Lebensaufgaben fördern. Die Therapieziele sind neben der Besserung der Symptomatik, eine störungsspezifische Psychoedukation, Ressourcenaktivierung, Selbstwertstabilisierung, emotionale Resonanz und Beziehungsgestaltung. Aus einer Atmosphäre der wohlwollenden Neugier, humorvollen Leichtigkeit, Selbstwirksamkeit und Aktivität in der Gruppe und beim Sport können dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster verändert und Beziehungen zufriedenstellender gestaltet werden. Der Körper soll wieder als Ressource wahrgenommen werden.

**Material and Methodik:** Im Rahmen einer stationären Psychotherapie finden 5 Wochen lang je einmal wöchentlich eine therapeutisch geleitete SPASS-Gruppe à 75 Minuten und eine patientengeleitete Ressourcengruppe à 50 Minuten statt. Zusätzlich nimmt jeder Patient am regulären multimodalen, tiefenpsychologischen Behandlungsprogramm mit Einzeltherapie, Gruppentherapie, Erlebnistherapie und Bewegung je 2x pro Woche teil.

Hinzu kommen tägliche Achtsamkeitsübungen, die gut in den Alltag integriert werden können und ein sportliches Ausdauertraining. Jeder Patient erhält Unterlagen zur Psychoedukation und Introspektion. Jede Mappe kann individuell gestaltet und mit persönlichen Erfahrungen und Ressourcen ergänzt werden. Teilnehmer sind maximal 8 Patienten mit mittelgradiger oder schwerer Depression (BDI-2), auch rezidivierend. Bei Komorbidität sollte die depressive Erkrankung die vordergründige Problematik sein. Ein gewisses Maß an Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und anderen Menschen ist Voraussetzung, was ein Ausschlusskriterium für soziale Phobie und Persönlichkeitsstörungen sein kann.

**Ergebnisse:** Ziel ist eine Verbesserung der depressiven Symptomatik (>tau) zum Zeitpunkt der Entlassung im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme (BDI-2). Außerdem sollten sich Achtsamkeit (FFA), emotionale Kompetenz und Beziehung zu sich selbst, dem Körper und der Umwelt (VEV-K, ISR) verbessern. Langzeiteffekte, sowie Unterschiede zu traumatisierten Depressiven (CTQ) sollen weiter untersucht werden.

## Do relationships matter? Assoziation konfliktreicher Beziehungen mit erlebter Selbstwirksamkeit, depressiver und ängstlicher Symptomatik bei am Medizinstudium interessierten Schülern der gymnasialen Oberstufe

Loda T.<sup>1</sup>, Erschens R.<sup>1</sup>, Bugaj T.<sup>2</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Florian J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Die erhöhte Prävalenz für ängstliche und depressive Symptomatik bei Studierenden der Humanmedizin ist in der Literatur belegt. Wenig Aufklärung existiert zu der Frage, wie sich diese Symptomatik bei am Medizinstudium interessierten Schülern der gymnasialen Oberstufe darstellt und welche spezifischen Stressoren bzw. Resilienzfaktoren diese Symptomatik determinieren. Die Assoziation zwischen Selbstwirksamkeitserleben und psychischer Gesundheit ist wissenschaftlich belegt und soll für diese Kohorte mit untersucht werden.

**Methodik:** Die am Medizinstudium interessierten Oberstufenschüler wurden während des Studieninformationstags der Medizinischen Fakultät Tübingen eingeladen an der Befragung teilzunehmen. Die Schüler wurden mittels dem Gesundheitsfragebogen für Patienten Modul Depression (PHQ-9) und dem Modul Angst (GAD-7) auf relevante depressive und ängstliche Symptomatik befragt. Zur Erfassung spezifischer Stressoren und Resilienzfaktoren wurde der „Tübinger Studierenden Stressoren und Copingstrategien Inventar“ (Tü-SSCI) verwendet. Die Wechselwirkung von Selbstwirksamkeitserwartung und depressiver sowie ängstlicher Symptomatik wurde hierbei mittels der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer & Jerusalem (1999) untersucht.

**Ergebnis:** 346 von 400 eingeladenen Schülern nahmen an der Befragung teil (RR = 87%). Insgesamt wiesen 12,0% (n = 41) der Schüler eine mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik bzw. 8,2% (n = 28) ein mittelgradiges bis schweres ängstliches Beschwerdebild auf (PHQ-9 bzw. GAD-7-Summenwert  $\geq 10$ ). Dabei wiesen 4,7% (n = 16) sowohl eine mittelgradige bis schwere depressive als auch ängstliche Symptomatik auf. Weitere Auswertungen zeigten, dass Konflikte mit Bezugspersonen wie Familienangehörige, Freunde und Schulkameraden mit einer höheren depressiven bzw. ängstlichen Symptomatik bei dieser Gruppe assoziiert sind.

**Diskussion:** Die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass bereits eine am Medizinstudium interessierte Gruppe von Schülern eine ernstzunehmende psychische Belastung mit relevanter depressiver und ängstlicher Symptomatik aufzeigt. Diese Symptomatik scheint mit Beziehungsaspekten assoziiert zu sein.

Weitere Analysen zu Determinanten der depressiven und ängstlichen Symptomatik werden für die Präsentation im Rahmen des Kongresses zur Verfügung stehen.

## Depressionen im fortgeschrittenen Alter - Vorstellung einer gruppentherapeutischen Behandlung und Evaluationsdaten

Krüger M.<sup>1</sup>, Langs G.<sup>2</sup>, Ewald H.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Schön Klinik Bad Bramstedt, Funktionspsychologie, Bad Bramstedt, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland, <sup>3</sup>Schön Klinik, Qualitätsmanagement, Prien, Deutschland

Aufgrund der demographischen Dynamik hin zu einer „alternden Gesellschaft“ ist rund ein Viertel der deutschen Gesamtbevölkerung heute über 60 Jahre alt, die Sechzigjährigen können noch mit 20 weiteren Lebensjahren rechnen. Es hat sich der Begriff der „dritten Lebensphase“ etabliert. Die damit verbundenen Herausforderungen sind der Ruhestand, familiäre Veränderungen, Verlust der eigenen Eltern und der Prozess des Älterwerdens.

Ältere Menschen standen bisher am Rande der Psychosomatischen Medizin. Die Gründe dafür sind vielfältig: zum einen fällt es älteren Menschen schwer, Einsicht für mögliche depressive Erkrankungen und psychosomatische Behandlungen zu gewinnen. Auch die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation ist schwierig, denn älteren Menschen wird häufig die notwendige Reflexionsfähigkeit und Veränderungsmotivation abgesprochen. Viele psychotherapeutische Praxen sind nicht auf Patienten, die auf einen Rollator oder Rollstuhl angewiesen sind, eingestellt. In Kliniken werden die Patienten in der Gruppenbehandlung häufig nach Indikationen, ohne Rücksicht auf das Alter, zusammengefasst. Die Schön Klinik Bad Bramstedt hat einen gruppentherapeutischen Behandlungsansatz zur Depressionstherapie konzipiert, der auf die Bedürfnisse von Menschen in der dritten Lebensphase eingeht. Die Therapie findet im Rahmen einer geschlossenen Gruppe von durchschnittlich 10 Teilnehmern statt und umfasst 8 Sitzungen mit folgenden Themen: Informationen über depressive Erkrankungen und die Herausforderungen der dritten Lebensphase - Betrachtung der Lebenslinie - Fertigkeiten zur Alltagsanpassung - Korrektur von dysfunktionalen Kognitionen - Betrachtung kommunikativer Fertigkeiten und sozialer Vernetzungen - Würdigung der Lebensthemen Abschied, Tod und Einsamkeit - Rückfallprophylaxe.

Die untersuchte Stichprobe umfasst 112 konsekutiv aufgenommene Patienten mit einem Durchschnittsalter von 66.5 Jahren (SD 6,1). Bei Aufnahme lag im PHQ-9 ein Wert von 14.9 vor, was einem mittelschwer ausgeprägtem Schweregrad entspricht. Zum Entlassungszeitpunkt zeigte sich bei einer Effektstärke von 1.15 ein signifikanter Rückgang auf 9.0, was einem milden Schweregrad entspricht. Auch im BDI-2 zeigt sich ein deutlicher Rückgang mit einer hohen Effektstärke. Die Weiterempfehlungsrate von 92.9% weist zusätzlich auf eine hohe subjektive Zufriedenheit mit dem Therapieangebot hin.

## Arbeit & Gesundheit II

### Evaluation eines Achtsamkeitstrainings für Pfleger/innen in der Onkologie

Orellana Rios C. L.<sup>1</sup>, Schmidt S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland

**Einleitung:** Die Arbeit in der onkologischen Pflege ist komplex und anspruchsvoll. Neben der medizinischen Versorgung, müssen soziale und emotionale Bedürfnisse stark belasteter Patient/innen und ihrer Angehörigen in einem Gesundheitssystem mit knappen Ressourcen berücksichtigt werden. Es müssen daher Interventionen zu Verfügung gestellt werden, die die Selbstregulation und Copingstrategien von Pflegekräften stärken. Ziel dieser Studie war ein bereits pilotiertes Achtsamkeitstraining an einer onkologischen Klinik zu evaluieren.

**Methode:** 43 Pfleger/innen aus 2 Akut-, 4 Reha- und 1 Diagnostik-abteilung(en) nahmen an der Studie teil. Im Rahmen eines Stepped-Wedge-Designs wurden die Teams zwei Gruppen zugewiesen und bekamen die Intervention zeitversetzt, wobei bei jeder Gruppe eine Wartezeit vorangeschaltet wurde. Das Training bestand aus einer Einführung und 9 Praxiswochen. Ein Achtsamkeitslehrer stand an den Praxiswochen über einen Zeitraum von 8 Stunden in der Klinik zur Verfügung. Die Mitarbeiter/innen hatten zu Beginn jeder Stunde die Möglichkeit an kurzen Achtsamkeitsübungen teilzunehmen und zu jeder halben Stunde den Transfer der erlernten Fähigkeiten zu besprechen. Weiterhin wurden wöchentlich ein 90-minütiger Abendkurs und Fortbildungseinheiten angeboten. Multimethodale Evidenz wurde mit Hilfe validierter Instrumente und Goal- Attainment-Scales (GAS) an 3 Messzeitpunkten erhoben. Es wurden zudem Interviews nach dem Training durchgeführt.

**Ergebnisse:** Der Vergleich zwischen Interventions- und Wartegruppe ergab eine signifikante Verbesserung der Kommunikation im Team ( $d = 0.91$ ). Darüber hinaus wurden 69,6% der mit den GAS-Skalen gemessenen erreicht. Am besten konnten die Ziele nach mehr Resilienz (89%) und nach mehr Selbstfürsorge (77%) erreicht werden. Die Variablen Stress, Burnout, Depression, Angst, emotionale Regulations-fähigkeiten, Selbstmitgefühl, Empathie, Selbstwirksamkeit und globaler Gesundheitszustand ergaben im Gruppenvergleich keine signifikanten Veränderungen. Die Analyse der Interviews ist noch nicht abgeschlossen. Eine erste Inventarisierung der Themen legt nahe, dass das Training hilfreich dabei war das eigene Selbstfürsorgeverhalten zu reflektieren und achtsame Pausen im Alltag einzubauen.

**Ausblick:** Die Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass ein Achtsamkeitstraining eine gut durchführbare Intervention für onkologische Pfleger/innen darstellt, die ihre Selbstfürsorge und Resilienz steigern kann.

### Das ARK-Modell: Resilienz durch transrationale Kompetenzen

Hinterberger T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung für Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Die Förderung von Resilienz ist zu einem zentralen Thema in der Burnout-Prävention geworden. Auch therapeutische Maßnahmen zielen auf den Aufbau von Resilienzfaktoren ab. Dieser Beitrag befasst sich mit der Bewältigung von Aufgaben mittels transrationaler Kompetenzen und einem verringerten Zusammenhang zu Komponenten von Burnout. Hierzu wurde das Anforderung-Realisierung-Kompensations-Modell (ARK-Modell) entwickelt, das davon ausgeht, dass es bei einem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Realisierung (also Umsetzung der Anforderungen) zu Stresserleben und verringerter Lebensqualität kommt. Um einer Anforderung (A) in gesunder Weise gegenüberzutreten, gibt es einerseits die Möglichkeit zur Realisierung (R), wenn diese jedoch nicht vollzogen werden kann, braucht es eine Fähigkeit zur Kompensation (K) dieser Anforderung. Das ARK-Modell bietet somit durch den Aspekt der Kompensation den theoretischen Rahmen für einen Einbezug von Ressourcen. So kann z.B. mangelnde Sicherheit durch Vertrauen kompensiert werden, mangelnde Perfektion durch Fehlerfreundlichkeit und mangelnde Kompetenz durch Anspruchsrelativierung. Insofern ist das ARK-Modell sowohl für die Forschung, als auch für die Praxis von Bedeutung. Bisher fehlte ein Instrument zur Überprüfung des ARK-Modells. Anhand von Literaturrecherchen und arbeitswissenschaftlichen Theorien haben wir einen Fragebogen mit ursprünglich 78 Items entwickelt und mit einer Onlineversion an über 286 Probanden getestet. Die Faktorstruktur, Itemkennwerte, Reliabilität (Cronbachs Alpha) und interne Konsistenz wurden ermittelt. Eine erste Überprüfung der Kriteriumsvalidität zeigte signifikante Korrelationen zwischen transrationalen Items und Items von Engagement, körperlicher Erschöpfung und Lebensqualität. Weitere Ergebnisse werden in dieser Präsentation vorgestellt.

### Effektivität berufsbezogener Psychotherapieprogramme in der Psychosomatischen Rehabilitation

Meyer V.<sup>1</sup>, Rebekka N.<sup>1,2</sup>, Köllner V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mediclin Blietal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Trier, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier, Deutschland, <sup>3</sup>Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik, Teltow, Deutschland

**Hintergrund:** Ein Ziel der Psychosomatischen Rehabilitation ist es, die Teilhabe am Erwerbsleben zu erhalten und einer Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen. Bei der Gruppentherapie kann zwischen störungs- und problemspezifischen sowie berufsbezogenen Konzepten unterschieden werden. Ziel dieser nicht randomisierten



Studie ist es, die Effektivität störungsspezifischer mit berufsbezogenen Konzepten zu vergleichen.

**Methodik:** Eingeschlossen wurden Patienten einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik, die an einer depressiven Episode, einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Anpassungsstörung oder einer Dysthymia erkrankt waren und die entweder an einer Depressionsgruppe (D; N= 144), der arbeitsbezogenen interaktionellen Therapie (AIT; N= 138) oder arbeitspezifischen VT-Gruppe

(VT; N= 145) teilgenommen hatten. Erfasst wurden Depressivität (BDI-II), Allgemeinsymptome (Health-49) sowie arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) bei Aufnahme und Entlassung sowie Arbeitsfähigkeit und Erwerbsprognose.

**Ergebnisse:** In der Depressionsgruppe (23,6%) waren mehr Rehabilitanden arbeitslos als in der VT- (9,0%) und der AIT- Gruppe (10,9%). Nach der Rehabilitation waren in der Depressionsgruppe deutlich mehr Patienten in ihrem Bezugsberuf unter drei Stunden/ Tag (16,0%) einsetzbar als in der AIT- (4,3%) und der VT-Gruppe (4,8%). Im BDI-II war die Depressions-Gruppe (M= 27.50) bei Aufnahme signifikant stärker belastet waren als die AIT- (M= 19.98) und die VT- Gruppe (M= 21.76), im Health-49 zeigte sich in ähnliches Bild. Im AVEM zeigten AIT- und VT-Patienten einen ausgeprägteren beruflichen Ehrgeiz und eine geringere Distanzierungsfähigkeit. Trotz unterschiedlicher Ausgangswerte zeigten sich bei Entlassung in allen Gruppen ähnliche Effekte im mittleren bis starken Bereich hinsichtlich der Symptomreduktion in BDI-II und Health. Im AVEM konnten die VT- und die AIT-Gruppe stärker profitieren. Die Patienten der AIT-Gruppe konnten ihr Perfektionsstreben am deutlichsten reduzieren, sie wurden am häufigsten arbeitsfähig entlassen.

**Schlussfolgerung:** Die unterschiedlichen Ausgangswerte sprechen für eine differenzierte Zuweisung auf die Gruppen entsprechend des Therapierationals. Bei gleicher Effektivität hinsichtlich Symptomreduktion haben die arbeitsplatzspezifischen Gruppen einen etwas stärkeren Effekt auf diesbezügliche Problemmuster. Katamnestische Studien müssen zeigen, ob sich dies protektiv im weiteren Erwerbsleben auswirken kann.

## **Effekte der Arbeit mit der Psychodynamisch Imaginativen Trauma Therapie (PITT) auf das Selbstmitgefühl und die Resilienz von Psychotherapeuten: vorläufige Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie**

Orellana Rios C.L.<sup>1</sup>, Schmidt S.<sup>1</sup>, Reddemann L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Klagenfurt, Klagenfurt, Deutschland

**Einleitung:** PITT wurde zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen entwickelt und hat sich in der Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen sowie

dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen bewährt. Zentral ist dabei die Unterstützung selbstregulativer Prozesse wie Resilienz- und Ressourcenorientierung bei den Patienten/innen. In dieser Studie werden erstmals gesundheitsbezogene Effekte untersucht, die sich im Sinne einer Selbstfürsorge auch für die mit dieser Methode arbeitenden Therapeuten/innen ergeben.

**Methode:** 46 Trauma-Therapeuten/innen füllten ein Fragebogenpaket vor und nach der Teilnahme am PITT-Basiccurriculum aus. Die Follow-up Messung dauert noch an.

**Ergebnisse:** Im Zuge der PITT-Fortbildung zeigte sich bei den behandelnden Therapeuten/innen eine signifikante Verbesserung der empfundenen Arbeitssituation (Zufriedenheit, Stärkung, Freude) und der Selbstberuhigungsfähigkeiten gemessen mit numerische Rating-Skalen, der emotionalen Regulationskompetenzen (SEK-27) und des Selbstmitgefühls (SCS). Die Fragebögen zur psychosozialen Belastung (HEALTH) und zum wahrgenommenen Stress (PSQ) ergaben hingegen keine signifikante Verbesserung, wobei der Stressfragebogen Trendniveau erreichte (d=. Entgegen der Erwartung zeigte sich eine signifikante Erhöhung der selbst eingeschätzten Burnout-Gefährdung (MBI).

**Ausblick:** Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Teilnahme an einer PITT-Fortbildung einen positiven Effekt auf die Selbstregulation und die Coping-Strategien von Trauma-Therapeut/innen hat. Gleichzeitig ergab sich eine Erhöhung der Burnout-Werte, was auf eine initiale Mehrbelastung durch die Anwendung der Methode oder eine bewusster Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit hindeuten kann. Im Rahmen der Follow-up Messung wird geprüft; ob die Ergebnisse stabil bleiben und wie sich die Entwicklung des selbsteingeschätzten Burnouts über die Zeit verändert.

## **Resilienz durch Organisationskompetenz: eine explorative Studie zur Förderung der psychischen Gesundheit mittlerer Führungskräfte**

Bossmann U.<sup>1</sup>, Zwack J.<sup>1</sup>, Schweitzer J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Untersuchungen zum Gesundheitszustand mittlerer Führungskräfte deuten darauf hin, dass sie eine stärkere emotionale Erschöpfung und mehr psychosoziale Belastungen berichten als Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung oder Führungskräfte des Top-Managements. In ihrer Position „im Sandwich“ sehen sich mittlere Führungskräfte besonders häufig Widersprüchen und Loyalitätskonflikten gegenüber. Trends von Arbeitsverdichtung, Beschleunigung oder Flexibilisierung der Arbeit verschärfen dieses Erleben. Gelingt es nicht, die Konfliktlagen konstruktiv zu bewältigen, steigt das Risiko für arbeitsbedingte psychische Erkrankungen. Primärpräventive Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit fokussieren bisher stark auf individuelle Kompetenzen zur Stressbewältigung. Nicht untersucht ist bisher, welche Handlungskompetenzen Führungskräfte

benötigen, um mit den erwartbaren Dilemmata ihres betrieblichen Alltags so umzugehen, dass sie langfristig psychisch gesund bleiben und wie ein zielgruppenspezifisches Resilienztraining zum Umgang mit Paradoxien und Dilemmata im beruflichen Alltag mittlerer Führungskräfte konzipiert sein müsste.

**Methode:** Die explorative Studie basiert auf halbstrukturierten qualitativen Interviews mit 18 mittleren Führungskräften aus zwei Industriebetrieben. Die Interviewdaten werden inhaltsanalytisch ausgewertet und auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse wird ein Resilienztraining für mittlere Führungskräfte entwickelt. Dieses wird in zwei Pilotgruppen mit den Interviewteilnehmern erprobt und in seinen Auswirkungen qualitativ und quantitativ (Messung von Gesundheitsvariablen wie dem chronischen Stresserleben, der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung, der kognitiven und emotionalen Irritation und der Ressourcenaktualisierung zur Bewältigung von alltäglichem Stress zu fünf Messzeitpunkten) untersucht.

**Ergebnisse:** Prototypische Dilemmata mittlerer Führungskräfte, die von ihnen praktizierten Strategien des Umgangs und das aus den Erkenntnissen entwickelte zielgruppenspezifische Resilienztraining werden vorgestellt.

**Diskussion:** Erste Auswertungen weisen darauf hin, dass viele der von mittleren Führungskräften praktizierten Strategien zum Umgang mit Dilemmata das Problem psychischer Belastung verschärfen und der Aufbau einer sog. Organisationskompetenz ein hilfreiches Mittel zur Resilienzförderung sein könnte. Die praktischen Implikationen der Ergebnisse für die Primärprävention werden diskutiert.

## Essstörungen I - Emotionsregulation

### Emotionsregulation und Inhibitionskontrolle bei der Binge-Eating-Störung - Evidenz aus Eyetracking-, Elektroenzephalographie- und Genotypisierungsdaten

Leehr E.J.<sup>1</sup>, Schag K.<sup>1</sup>, Dresler T.<sup>2,3</sup>, Ehlis A. C.<sup>2</sup>, Nieratschker V.<sup>2</sup>, Hautzinger M.<sup>4</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 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, <sup>5</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essanfällen bei der Binge-Eating-Störung (BES) werden Emotionsregulationsdefizite und eine erhöhte Impulsivität diskutiert. Unter Verwendung verschiedener, sich ergänzender experimenteller Methoden wurde die Beziehung der beiden Konzepte erstmals tiefergehend bei der BES erforscht.

**Methode:** N=83 Probandinnen wurden untersucht, darunter übergewichtige Frauen mit BES und über- und normalgewichtige Frauen ohne BES. In einer Längsschnitt-Studie mit und ohne Induktion negativer Stimmung wurde die behaviorale (Eyetracking) und psychophysiologische (Elektroenzephalographie/ EEG) Verarbeitung von Nahrungsreizen in einem Antisakkaden-Paradigma erhoben. Die Probandinnen wurden instruiert, von einem neutralen oder Nahrungsreiz wegzuschauen. Als abhängige Variablen wurden im Eyetracking fehlerhafte Sakkaden und im EEG die ereigniskorrelierten Potentiale N2 für Konfliktverarbeitung und Error-related negativity (ERN) für Fehlermonitoring analysiert. Pilothaft wurde anhand einer Genotypisierung der Zusammenhang zwischen Impulsivität und dem impulsivitätsassoziierten *COMT* Val(108/158)Met Polymorphismus untersucht.

**Ergebnisse:** Behavioral zeigte sich eine generell verminderte Inhibitionskontrolle bei Frauen mit BES, die zeitlich länger ausgeprägt für Nahrungsreize war. Auf psychophysiologischer Ebene zeigten Frauen mit BES keinen Unterschied zur normalgewichtigen Gruppe hinsichtlich der Konfliktverarbeitung, während die übergewichtigen Frauen ohne BES deutlich längerer N2-Latenzen aufwiesen. Die Induktion negativer Stimmung bewirkte bei allen Gruppen eine Beeinträchtigung der ERN. Frauen mit BES und einem *COMT* Met/Met homozygoten Genotyp zeigten die größten Inhibitionskontrolldefizite.

**Zusammenfassung:** Die Ergebnisse bestätigen eine verminderte Inhibitionskontrolle bei Frauen mit BES. Explorative Ergebnisse geben Hinweise, dass *COMT* Met/Met homozygote Frauen mit BES eine Untergruppe darstellen, die eine erhöhte behaviorale Impulsivität zeigt. Auf psychophysiologischer Ebene zeigt sich, dass übergewichtigen Frauen ohne BES durch eine verlängerte Konfliktverarbeitungslatenz Inhibitionskontrolldefizite kompensieren können, während bei Frauen mit BES keine Kompensation stattfindet. Negative Stimmung scheint das Fehlermonitoring in allen Gruppen zu beeinträchtigen. Aus den Ergebnissen kann ein vorläufiges Modell hinsichtlich einer Beziehung von Emotionsregulation und Inhibitionskontrolle bei BES abgeleitet werden.

### Einfluss von transkranieller Gleichstromstimulation (tDCS) auf die Leistung bei einer Antisakkaden-Aufgabe

Boysen E.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Plewnia C.<sup>2</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum, Neurophysiologie & Interventionelle Neuropsychiatrie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Aktuelle Untersuchungen machen auf die eingeschränkte Wirksamkeit angewandter Therapiemethoden zur Behandlung der Binge Eating Störung (BED) aufmerksam und fordern weitere, grundlegende Forschung. Ein solcher Ansatzpunkt könnte die bei der BED beeinträchtigte kognitive Kontrolle darstellen, welche sich bei Patienten beispielsweise durch erhöhte Sensitivität gegenüber Nahrungsreizen und gesteigertem, enthemmt

spontanem Verhalten im Bezug auf Nahrungsreize zeigt. Bildgebende Studien konnten zeigen, dass der dorsolaterale präfrontale Kortex (dlPFC) im Zusammenhang mit kognitiver Kontrolle eine zentrale Funktion übernimmt. Eine Möglichkeit, diesen Bereich zu modifizieren ist das Training von Verhaltensinhibition durch die wiederholte Durchführung einer Antisakkaden-Aufgabe. Hierbei soll der natürliche Reflex, auf einen in der Peripherie erscheinenden Reiz zu schauen, wiederholt unterdrückt und somit Inhibitionskontrolle eingeübt werden.

Durch transkraniale Gleichstromstimulierung (tDCS) werden zerebrale Areale nicht-invasiv mittels Oberflächenelektroden polarisiert, wobei es zu einer kortikalen Erregbarkeitssteigerung kommt. Diese könnte die Effektivität des Antisakkadentrainings noch unterstützen.

**Methoden:** In einer Pilotstudie überprüfen wir derzeit die Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit der Kombination beider vorgestellten Methoden an einer gesunden Stichprobe von  $N = 26$  (Alter  $M = 25,65$  Jahre).

Die Abklärung der Fragestellung erfolgte durch eine randomisierte Doppelblindstudie in einem within-subject-Design. An jeweils zwei Untersuchungsterminen wurden die Teilnehmer gebeten, eine Antisakkadenaufgabe am Computer zu bearbeiten, welche aus fünf Blöcken bestand. Zeitgleich zur Aufgabe wurde mit tDCS am rechten dlPFC stimuliert. Jeder Proband erhielt dabei randomisiert an einem Termin eine aktive und am anderen eine Scheinstimulation. Zielkriterium ist die Anzahl fehlerhafter Pro-Sakkaden in den Anti-Sakkaden-Durchgängen. Diese sollen sowohl über alle Blöcke zwischen den Bedingungen aktive und Scheinstimulation verglichen werden, als auch innerhalb der Bedingungen zwischen den einzelnen Blöcken.

**Ergebnisse und Diskussion:** Wir erwarten eine geringere Fehleranzahl in der aktiven Bedingung, sowie einen größeren Trainingseffekt über die Blöcke hinweg unter aktiver Stimulation. Die Ergebnisse werden beim Kongress vorgestellt und diskutiert.

## Verminderte emotionale Wahrnehmung adipöser Männer

Joos A.<sup>1</sup>, Vuck A.<sup>2</sup>, Gierthmühlen P.<sup>2</sup>, Wetzler-Burmeister E.<sup>1</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>, Hartmann A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Freiburg, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinik Freiburg, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Freiburg, Deutschland

Es finden sich kaum Studien zur Emotionsregulation bei adipösen Männern. Wir untersuchten die emotionale Wahrnehmung visueller Reize aus dem International Affective Picture System (Lang et al, 2005) anhand eines Designs, wie wir es zuvor bei essgestörten Patientinnen einsetzten (Joos et al 2009 und 2012).

29 männliche adipöse Patienten mit einem mittleren BMI von  $37,4 \pm 1,7 \text{ kg/m}^2$  ( $M \pm SD$ ) wurden mit einer altersgemachten gesunden Kontrollgruppe verglichen ( $47,5 \pm 5,7$  versus  $49,9 \pm 17,1$  Jahre, BMI Kontrollen  $24,1 \pm 1,7 \text{ kg/m}^2$ ). Es wurden 21 Bilder gezeigt, die

die Basisemotionen Angst, Ärger, Trauer, Freude, Ekel sowie die gemischten Emotionen Angst-Ärger und Angst-Trauer repräsentieren (Details u.a. in Joos et al. 2009). Die Probanden wurden aufgefordert, die bei Betrachten der Bilder ausgelösten Emotionen auf einer Likert-Skala von 1 (gar nicht) bis 7 (extrem) zu bewerten. Ausserdem wurden das Beck-Depressions-Inventar und die Toronto-Alexithymia-Skala (TAS) eingesetzt.

Depressionswerte waren bei Adipösen erhöht ( $10,6 \pm 11,5$  versus  $3,2 \pm 3,1$ ). Bei 8 Adipösen lagen die Werte bei  $\geq 23$ . Alexithymiewerte (TAS-20) waren bei adipösen Männern erhöht:  $53,1 \pm 8,0$  versus  $41,1 \pm 10,7$ .

Adipöse zeigten geringere Emotionswerte für Angst, Trauer und die gemischten Emotionen Angst-Ärger, Angst-Trauer sowie einen Trend für eine geringere Wahrnehmung der Emotion Ärger. Weitere Analysen zeigten, dass die Unterschiede durch die *nicht-depressiven Adipösen* zustande kamen.

Insgesamt zeigte sich eine geringere Intensität der emotionalen Wahrnehmung für negative Emotionen bei adipösen Männern, die überraschenderweise durch nicht-depressive Probanden bedingt sind. Die Ergebnisse sind nicht durch Alexithymiewerte erklärbar. Die Ergebnisse müssen zunächst repliziert werden. Inwieweit Adipositas und Emotionswahrnehmung sich beeinflussen oder einem gemeinsam Bias unterliegen, muss offen bleiben. Längsschnittuntersuchungen, z.B. nach bariatrischer OP, sind von großem Interesse. Eine Einschränkung der Untersuchung ist, dass Binge-Eating nicht explizit evaluiert wurde. Die Diagnose war allerdings nicht in den Arztberichten vermerkt, so dass davon auszugehen ist, dass eine Binge-Eating-Störung nicht bzw. höchstens bei einer Minderheit vorlag.

## Instrumente und Prädiktion

### Ökonomische Erfassung von Suggestibilität: Von der 11 zur 5 Item Version der HGSHS

Riegel B.<sup>1</sup>, Eck S.<sup>2</sup>, Batra A.<sup>2</sup>, Tönnies S.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Praxis für Psychotherapie, Hohenwestedt, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtforschung und Suchtmedizin, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, Hamburg, Deutschland

Suggestibilität ist eine Eigenschaft, die als Einflussfaktor bei hypnotherapeutischen Interventionen in verschiedenen klinischen Anwendungsgebieten gilt, die aber auch für andere Bereiche (bspw. bei der Entstehung von PTBS) von Bedeutung ist.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS) als Standardverfahren zur Erhebung von Suggestibilität in wissenschaftlichen Untersuchungen etabliert. Es ist sowohl im Einzel- als auch im Gruppenkontext anwendbar und liegt in verschiedenen Übersetzungen mit landesspezifischen Normdaten vor. Jedoch ist die HGSHS in der Anwendung aufwändig, so dass der Bedarf an ökonomischen

Möglichkeiten der Erhebung von Suggestibilität besteht. In die vorgestellte Studie wurden 760 Probanden eingeschlossen und mit dem bisherigen deutschen Standardverfahren untersucht. Dabei kam eine optimierte Version (11 statt 12 Items) zum Einsatz, die hinsichtlich ihrer Gütekriterien untersucht wurde. Es wurden verschiedene hypnospezifische sowie allgemeine psychopathologische Maße zur Validitätsbestimmung genutzt. Daneben wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit dem Ziel der Optimierung der Durchführungsökonomie angewendet.

Die Daten zur Reliabilität sowie die Verteilung der Punktwerte der 11-Item-Version sind mit den Daten aus der Literatur zur HGSHS vergleichbar. Hinsichtlich der Validität war die Trancetiefe das einzige Maß, das in einem Zusammenhang mit dem Punktwert der HGSHS stand. Andere state- und trait-Variablen zeigten keine substantielle Korrelation.

Die Hauptkomponentenanalyse wies auf drei Komponenten hin, von denen jedoch nur eine Komponente eine eindeutige Interpretation zuließ. Diese Komponente setzte sich aus 5 Items zusammen, die in der Folge als 5-Item-Version den gleichen Analyseschritten der Gütekriterien unterzogen wurde wie die 11-Item-Version. Die Werte der Kurz- und der Langform waren vergleichbar; die Übereinstimmung der Zuordnung zu Kategorien der Suggestibilität (hoch/mittel/niedrig) ist in einem mittleren Bereich.

Die Studie liefert aktuelle Normdaten einer deutschen 11-Item-Version der HGSHS. Die Reliabilität ist zufriedenstellend. Ferner werden die Gütekriterien einer verkürzten 5-Item-Version berichtet, die jedoch aus der Langversion extrahiert wurden und in kommenden Studien noch als eigenständiges Instrument evaluiert werden müssen. Die vorliegenden Daten lassen eine ökonomische Erhebung der Suggestibilität machbar erscheinen.

## Wenn bedeutsame Bezugspersonen leiden: Deutsche Validierung der Burden Assessment Scale (BAS)

Krause L. K.<sup>1</sup>, Hunger C.<sup>2</sup>, Schweitzer-Rothers J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychologisches Institut Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Aim:** There is a need of an economical, reliable and valid instrument in German-speaking region to measure the burden of relatives who care for mentally ill persons. In this study, we translated the Burden Assessment Scale (BAS, Reinhard et al. 1994) into German and conducted a psychometric study analyzing factor structure, reliability and validity.

**Methods:** We used confirmative factor analyses (CAF, Maximum-Likelihood Method) to examine the dimensionality of the German BAS in a sample of 215 relatives (148 women;  $M = 31.86$  years,  $SD = 13.72$ ; 64% married/ in partnership, 52% with a college degree, 90% employed or students) of mentally ill persons ( $M =$

32.32 years,  $SD = 12.88$ ; 65% depression, 37% interpersonal sensitivity, 30% anxiety, according to the Brief-Symptom-Inventory, BSI). Cronbach's Alpha determined the internal consistencies. We examined construct validity with the BSI and the Experience In Social Systems Questionnaire (EXIS).

**Results:** A four-factor model showed best fit ( $\chi^2(146) = 287.08$ ,  $p < .001$ ,  $\chi^2/df = 1.97$ ; CFI = .92; RMSEA = .07, 90% CI [.06, .08]; AIC = 413.08). The factors included *Disrupted Activities*, *Personal Distress*, *Time Perspective* and *Guilt*. The internal consistency revealed excellence for the total score, and excellence to satisfaction considering the factors ( $\alpha = 0.74$  bis 0.92). The German BAS showed discriminant correlations to the BSI and EXIS.

**Discussion:** This study gives first evidence for good psychometric qualities of the German BAS. As soon as there is more evidence for the convergent validity of the BAS, the scale can be used in the German-speaking region.

## Körpermodifikationen bei Patienten - mehr oder anders? Ein Vergleich mit einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe

Nobis S.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Brähler E.<sup>2</sup>, Pöhlmann K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Leipzig AöR, Department für Psychische Gesundheit, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Bisherige Studien untersuchen Körpermodifikationen vorwiegend an subklinischen Stichproben. Menschen mit mehreren Piercings erfüllen häufiger die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Bui et al., 2013). Für Personen mit psychischen Störungen haben Körpermodifikationen eine höhere Funktionalität. Es ergeben sich jedoch keine Hinweise darauf, dass das Vorliegen von Körpermodifikationen ein Indikator für eine höhere psychopathologische Belastung ist (Stirn et al., 2006; Höhner et al., 2014). Bisher fehlen Studien, die analysieren, ob sich klinische und nicht-klinische Stichproben in Bezug auf die Häufigkeit von Körpermodifikationen unterscheiden.

**Methodik:** Die Gesamtstichprobe besteht aus einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe ( $N = 2292$ , 53.5% Frauen, Alter  $MW = 50.6$ ,  $SD = 16.6$ ) und aus einer Patientenstichprobe einer psychosomatischen Universitätsklinik ( $N = 2607$ ; 72.4% Frauen, Alter  $MW = 36.9$  Jahre,  $SD = 12.8$ ). Untersucht wurde, inwiefern sich die beiden Stichproben in Häufigkeit und Art der Körpermodifikationen voneinander unterscheiden. Zusätzlich wurde der Einfluss der Körpermodifikation auf das Körperbild durch den DKB-43 untersucht. In der Patientengruppe wurde zudem die Anzahl der standardisierten Diagnosen erfasst.

**Ergebnisse:** Jeder Fünfte psychosomatische Patient hat mindestens eine Körpermodifikation; in der Bevölkerung haben nur 14.2% Tattoos bzw. Piercings ( $\chi^2 = 55.810$ ,  $p = .000$ ). Bei Patienten sind Piercings signifikant häufiger als in der Bevölkerung, besonders bei Patientinnen (9.3% vs. 3.9% Frauen in der Bevölkerung,

$p = .000$ ). Jüngere Patienten (18-30 Jahre) haben hingegen im Vergleich zur altersentsprechenden Bevölkerungsgruppe seltener Tattoos. Betrachtet man das Körperbild, so zeigen Patienten ein negativeres Körperbild als die Allgemeinbevölkerung. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Körperbildes und der Art der Körpermodifikationen. Die Anzahl der Diagnosen ist kein Hinweis auf die Art der Körpermodifikationen.

**Diskussion:** Körpermodifikationen sind bei psychosomatischen Patienten signifikant häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Vor allem die Häufigkeit von Piercings ist bei Patienten höher. Aufgrund der hohen Funktionalität von Körpermodifikationen in Patientengruppen (Höhner et al., 2014) ist es sinnvoll, Körpermodifikationen und ihre subjektive Bedeutung frühzeitig in der Behandlung zu thematisieren, da sich daraus weiterführende diagnostische Hinweise ergeben können.

## Therapeutic Agency Inventory (TAI): Fragebogenentwicklung

Huber J.<sup>1</sup>, Nikendei C.<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

Es wird angenommen, dass der Psychotherapieerfolg maßgeblich durch die Qualität der Mitarbeit des Patienten in der Therapie bestimmt wird. Die Mitarbeit des Patienten wird allerdings häufig indirekt operationalisiert und die zugrundeliegenden Konstrukte bleiben unklar. Die therapiespezifische *Agency*, definiert als der Grad der aktiven Beeinflussung des Therapieprozesses durch den Patienten, wurde in qualitativen Studien aus Patientenperspektive als hoch relevant herausgestellt. Bislang fehlen geeignete Messinstrumente für *Agency* als auch prospektive Studien, welche die Beziehung zwischen *Agency* und dem Therapieprozess sowie dem Therapieergebnis quantitativ untersuchen. Ziel der Studie ist die Entwicklung eines Selbstbericht-Fragebogens für *Agency* in der Psychotherapie sowie dessen psychometrische Überprüfung. Auf Grundlage von qualitativen Forschungsarbeiten und einer Diskussion mit erfahrenen Psychotherapeuten wurde ein Pool von 39 Items generiert. Diese vorläufige Version des Fragebogens wurde zusammen mit Fragebögen zur Symptomatik (Beck-Depressions-Inventar II, BDI-II; Ergebnisfragebogen-45, EB-45), zur Selbstwirksamkeit (Allgemeine Selbstwirksamkeit, SWE), zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Skalen zur multiperspektivischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren in der Psychotherapie, SEWIP) und zu therapiebezogenen Kontrollerwartungen (Fragebogen zu therapiebezogenen Kontrollerwartungen, TBK) in einer Stichprobe von 275 Patienten in ambulanter und stationärer Psychotherapie mit verschiedenen psychischen Störungen untersucht. Die Auswahl der Items erfolgt aktuell auf Basis der Schwierigkeit, der Trennschärfe und der Streuung der Items. Die Reliabilität wird durch die interne Konsistenz bestimmt und die Konstruktvalidität anhand von Korrelationen mit den eingesetzten Prozess- und Symptommaßen geprüft. Die faktorielle

Struktur des neuen Bogens wird mit explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalysen untersucht. Für die Diskussion sollen Überschneidungen und Unterschiede von *Agency* mit verwandten Konstrukten dargestellt werden. Die ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Therapeutic Agency Inventory (TAI) ein psychometrisch reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument ist, mit dem die aktive, intentionale Involviertheit von Patienten in der Psychotherapie prozesshaft erfasst werden kann.

## Stress and Type 2 Diabetes mellitus

### Stress und Typ 2 Diabetes. Eine kurze Standortbestimmung

Ladwig K. H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, München, Deutschland

Psychosomatische Konzepte können sich in einer grundlagenorientierten molekular-biologisch dominierten Forschungslandschaft nur behaupten, wenn es gelingt, einen evidenzbasierten und theoretisch fundierten Zugang zu dieser Thematik zu gewinnen. Zweifellos sind eine mangelhafte Insulinproduktion durch eine pathologische Beta Zellenfunktion des Pankreas und eine zunehmende Insulinresistenz die zentralen peripheren Verursachungsmechanismen für die Entstehung eines Typ-2 Diabetes mellitus (T2DM). Allerdings weisen die wachsende Bedeutung, die eine Reihe von psychosozialen Risiko-faktoren in der Ätiologie des T2DM spielen, darauf hin, dass zentralnervöse Mechanismen bei der Entstehung des T2DM eine offenbar eine ebenso wichtige Rolle spielen wie periphere Prozesse. Jüngste Fortschritte auf diesem Gebiet, aber auch (noch) nicht gelöste Rätsel werden präsentiert.

### Posttraumatische Belastungsstörung und Typ 2 Diabetes Mellitus: Prävalenz und mögliche Verursachungswege

Lukaschek K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, München, Deutschland

**Hintergrund:** Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann Typ 2 Diabetes Mellitus (T2DM) begünstigen und zudem die Assoziation von bekannten kardiometabolischen Risikofaktoren und T2DM beeinflussen. Das Ziel der vorliegenden Studie lag darin, zu untersuchen, ob der Effekt von kardiometabolischen Risikofaktoren auf T2DM durch eine PTBS beeinflusst wird.

**Methoden:** Die Studienpopulation umfasste 2512 Männer und Frauen im Alter von 32 bis 71 Jahren aus der bevölkerungsbezogenen KORA F4 Studie, die 2006/2008 in der Region Augsburg durchgeführt wurde. PTBS wurde mittels der Impact of Event Scale, Posttraumatic Diagnostic Scale und Interviewdaten erhoben und in die folgenden Kategorien dichotomisiert: (1) weder traumatisches Ereignis noch PTBS („Nicht-PTBS“), (2) PTBS. T2DM

wurde durch einen oralen Glukosetoleranztest (OGTT) und Validierung durch einen Arzt ermittelt. Um die die Assoziation zwischen kardiometabolischen Risikofaktoren und PTBS auf T2DM einzuschätzen, wurden logistische Regressionsanalysen durchgeführt, die zusätzlich nach Alter und Geschlecht adjustiert wurden.

**Ergebnisse:** Die Assoziation von Hypertonie und T2DM wurde signifikant durch PTBS (p-Wert für Interaktion: 0.022) beeinflusst, mit einem stärkeren Effekt in der PTBS-Gruppe (OR 8.99, 95% CI (3.37-24.0) als in der Nicht-PTBS-Gruppe (OR 2.67 (95% CI (1.83-3.90)). Die Assoziation von Übergewicht, Rauchen, körperlicher Aktivität und Hyperlipidämie mit T2DM unterschied sich nicht signifikant zwischen der Nicht-PTBS-Gruppe und der PTBS-Gruppe.

**Schlussfolgerungen:** Die vorliegende bevölkerungsbezogene Studie zeigte einen eindeutigen Einfluss von PTBS auf die Hypertonie-T2DM-Assoziation. In der psychosomatischen Behandlung von Patienten mit T2DM und PTBS sollte daher besonders auf die Behandlung von Hypertonie geachtet werden.

## Allostatic load als Risikofaktor für das Neuauftreten von T2DM

Baumert J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Deutschland

**Hintergrund:** Allostase beschreibt eine Anpassungsreaktion auf Stress über physiologische Regulierungsmechanismen. Diese Anpassungsreaktionen können aber Dauer zu einer erhöhten allostatischen Belastung („Allostatic load“) führen, was schädigende Effekte auf den Körper verursachen kann. Das Ziel der vorliegenden Studie lag darin, den Einfluss von Allostatic load (AL) auf das Risiko für das Neuauftreten von Typ 2 Diabetes Mellitus (T2D) zu ermitteln. Darüber hinaus wurde die Rolle von Alter, Geschlecht und Lebensstil sowie von Stressbedingungen in der AL-T2DM-Beziehung untersucht.

**Methoden:** Die Studienpopulation umfasste 3859 Männer und Frauen im Alter von 25 bis 74 Jahren aus der bevölkerungsbezogenen MONICA-Stichprobe S3, die 1994/95 in der Region Augsburg durchgeführt und im Rahmen der KORA-Plattform mit nachbeobachtet wurde (mittlere Nachbeobachtungszeit 12 Jahre). Für die Messung von AL wurde ein Score entwickelt; dieser Score sollte fünf verschiedene Komponenten des Regulationssystems abdecken und beinhaltete die folgenden neun Biomarker: Systolischer und diastolischer Blutdruck, Herzrate, das Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang, Body Mass Index, das Verhältnis von Gesamt- zu HDL-Cholesterin, HbA<sub>1c</sub>, C-reaktives Protein und Fibrinogen. Um das Risiko eines inzidenten T2DM in Abhängigkeit des AL-Scores unabhängig von weiteren Risikofaktoren zu schätzen, wurde eine Cox-Regression angewendet.

**Ergebnisse:** Die Anzahl an inzidenten T2DM-Ereignissen stieg mit dem AL-Score deutlich an: von etwa einem zu 50 Ereignissen pro 1000 Personenjahre. Die Cox-Regression ermittelte einen Zuwachs von 52 % (95 %-KI 43-61 %) im T2DM-Risiko pro AL-Sco-

rewert. Hierbei zeigten jüngeres Alter, hoher Alkoholkonsum und hohe körperliche Aktivität einen deutlich höheren Einfluss auf das T2DM-Risiko.

**Schlussfolgerungen:** In der vorliegenden bevölkerungsbezogenen Stichprobe zeigte AL einen signifikanten Einfluss auf T2DM, auch wenn weitere Risikofaktoren wie ungesunder Lebensstil oder Stress berücksichtigt wurden.

## Stressinduzierter Hyperkortisolismus und T2 Diabetes

Johar H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Institute of Epidemiology II, München, Deutschland

**Hintergrund:** Stressbedingte Störungen des neuroendokrinen Regelkreises zwischen Hypothalamus-Hypophyse und der Nebennierenrinde (HPA axis) werden als ein zentraler Vermittlungsmechanismus zwischen mentalem Stress und der Entwicklung eines Type 2 Diabetes angesehen. Die über die letzten 20 Jahre gesammelte Datenlage in klinischen und epidemiologischen Studien

**Methoden:** Die querschnittliche Untersuchung wurde bei 757 Studienteilnehmern (im Alter von 65-90 Jahren; Mittel: 75 Jahre) der bevölkerungsbezogenen KORA-AGE Studie durchgeführt. Drei Speichelkortisolmessungen pro Teilnehmer wurden zu den folgenden Meßzeitpunkten erfasst: unmittelbar nach dem Erwachen (M1); 30 min nach Erwachen (M2), und am Abend unmittelbar vor dem Zubettgehen. Mittels multivariater Analysen wurde die Assoziation zwischen Kortisol und T2DM analysiert.

**Ergebnisse:** Patienten mit T2DM wiesen gegenüber nicht-erkrankten Kontrollen im alters- und geschlechtsadjustierten Model eine signifikant erhöhte Aufwachreaktion (CAR) auf (LS (Least Squared) Mittelwert von = 4.49, 95% Konfidenz Interval (CI) = 3.1-5.9) versus (3.48, 2.84-4.12) als auch anhaltend erhöhte Abendkortisolwerte (0.80 nmol/L, 0.68-0.92) verglichen mit (0.66 nmol/L, 0.60-0.71). Nach maximaler Adjustierung für bedeutsame Kovariaten, blieb eine signifikant erhöhte CAR Reaktion für diabetische Männer (Odds ratio (OR) = 1.37, 95% CI=1.05-1.80, P=0.02) und eine nicht abgeschwächte Abendreaktion für diabetische Frauen (OR=1.35, 95% CI=1.01-1.80, P=0.045) erhalten.

**Schlussfolgerungen:** Unseres Wissens zum ersten Mal konnte in einer großen Zufalls-Stichprobe älterer Menschen konnte ein Zusammenhang zwischen T2DM und erhöhten Arousalreaktionen bei Männern und nicht ausbalancierte Abendreaktionen bei Frauen gesichert werden.

## Fortschritte in der psychosomatischen Behandlung von Patienten mit T2DM

Kruse J.<sup>1</sup>

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

**Hintergrund:** Psychosoziale Probleme und psychische Störungen können Behandlungshindernisse in der Therapie des Typ-2-Diabetes sein. Einerseits beeinflussen die psychischen Störungen das Selbstbehandlungsverhalten des Patienten, andererseits wirken sie direkt über psychoneuroimmunologische Veränderungen. Ziel der vorgestellten Untersuchung ist es, im Rahmen eines niederschweligen psychodynamischen Coaching- und Therapieprogrammes diabeteserkrankte Patienten mit problematischer Stoffwechseleinstellung und psychologischen Behandlungsbarrieren zu behandeln.

**Methode:** Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie wurden 178 Patienten mit diagnostiziertem Diabetes mellitus und einem HbA1c-Wert > 7,5 % sowie einer ausgeprägten emotionalen Belastung im Umgang mit Diabetes in diabetologischen Schwerpunktpraxen rekrutiert. Die Interventionsgruppe (N = 87 Patienten) erhielt eine 8-stündige psychosomatisch-psychotherapeutische Intervention, die Kontrollgruppe (N = 91 Patienten) Treatment as usual. Zielvariable war der HbA1c, sekundäre Zielvariablen waren unter anderem die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF12) und Problembereiche im Umgang mit dem Diabetes (PAID) im prä-post-Vergleich.

**Ergebnisse:** Die Auswertung des primären Zielkriteriums zeigt eine um - 0,5 % größere Absenkung des HbA1c-Wertes in der Interventionsgruppe (P = 0,003) im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ebenso sinken die Probleme im Umgang mit der Diabetesbehandlung signifikant deutlicher in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Die Lebensqualität stieg in der Interventionsgruppe signifikant in der Dimension „Psychische Gesundheit“, nicht jedoch in der Dimension „Körperliche Gesundheit“.

**Schlussfolgerungen:** Eine psychotherapeutisch-psychosomatische Kurzintervention reduziert die diabetesbezogene psychosoziale Belastung und kann dazu beitragen, die Stoffwechseleinstellungen bei Patienten mit Diabetes und psychosozialer Belastung zu verbessern.

## Prävention & Gesundheit

### Seelische Gesundheit bei Hörminderung in Deutschland

Tretbar K.<sup>1</sup>, Grabemann M.<sup>2</sup>, Meyer-Rötz S.<sup>3</sup>, Scherbaum N.<sup>2</sup>, Wiltfang J.<sup>3</sup>, Kis B.<sup>3</sup>, Abdel-Hamid M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Leipzig, Cochlea-Implantat-Zentrum, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>LVR Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Psychiatrie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** Im Mittelpunkt der zugrundeliegenden multizentrischen Untersuchung steht die Überprüfung des allgemeinen seelischen Gesundheitszustandes und der psychosozialen Faktoren bei Menschen mit und ohne eine Hörbehinderung. Der wissenschaftliche Überbau erstreckt sich weltweit nur auf wenige Veröffentlichungen zu diesem Thema, obgleich das Vorkommen von Hörbehinderungen in Zukunft gesundheitspolitisch an Relevanz gewinnen wird und ein Überdenken der gegenwärtigen und zukünftigen Behandlungsmöglichkeiten für diese spezielle Patientengruppe notwendig macht. Es zeigt sich über verschiedene Studien hinweg, dass Hörbehinderte ohne psychiatrisch-psychologische Vorgeschichte eine höhere Ausprägung von psychischen und physischen Symptomen angeben als Hörende (Kvam et al., 2006, Fellingner et al., 2005).

**Methode:** Mithilfe einer umfangreichen Fragebogenbatterie wurden soziodemografische Daten, das Intelligenzniveau (Subtest *Bilderergänzen*, *WMS-R*), die Ausprägung von subjektiver Belastung (*Sheehan-Skala*) und die Lebensqualität (*SF-36*) sowie das Vorhandensein von psychischen/physischen Symptomen (depressive Symptome: *BDI-II*, psychische und physische Symptome: *SCL-90-R*) erfasst.

**Ergebnisse:** Die zwei Untersuchungsgruppen bestehen jeweils aus 21 hörenden bzw. hörbehinderten Teilnehmern (6 Männer, 15 Frauen), die bisher keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfahren haben. Das Durchschnittsalter beträgt 52 Jahre. Alle Teilnehmer verfügen im Durchschnitt über ein durchschnittliches bis leicht überdurchschnittliches Intelligenzniveau. Auf der *Sheehan-Skala* empfinden sich die hörbehinderten belasteter als die hörenden Probanden. Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant bzgl. psychischer/physischer Symptome sowie der Lebensqualität.

**Fazit:** Die Befundlage zeigt, dass eine Hörminderung für die Betroffenen eine Belastung darstellt, die mehrdimensional erfasst werden kann. So erleben sich Menschen mit einer Hörminderung im Vergleich zu hörenden Kontrollen als stärker beeinträchtigt im familiären, sozialen und beruflichen Bereich. Hinweise auf diagnostizierbare psychische Störungen liegen nicht vor. Mögliche protektive Faktoren werden diskutiert.

### Evaluation einer Ärzte-Kurzschulung zur Raucherentwöhnung in einer pneumologischen Akutklinik

Geber A.<sup>1</sup>, Bals R.<sup>1</sup>, Köllner V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Innere Medizin V, Universitätsklinikum des Saarlandes, Pneumologie, Allergologie, Beatmungsmedizin, Homburg, Deutschland, <sup>2</sup>Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik, Teltow, Deutschland

**Fragestellung:** Ärzteschulungen zur Raucherentwöhnung können den Abstinenzserfolg der Patienten steigern. Ziel dieser Arbeit war es, dies für eine Kurzschulung in einer pneumologischen Akutklinik zu bestätigen und Hindernisse bei der Raucherentwöhnung zu identifizieren.

**Methodik:** Die Ärzte der Pneumologie des Universitätsklinikums des Saarlandes erhielten eine zweistündige Schulung zur Raucherentwöhnung. 109 Raucher und instabile Exraucher bildeten die vor der Schulung untersuchte Kontrollgruppe, nach der Schulung wurden 89 Patienten in die Studiengruppe eingeschlossen. Mit Patienteninterviews wurden die Häufigkeiten der durch die Ärzte angewandten Interventionen als Elemente der leitlinienbasierten Raucherentwöhnung (5A-Model) ermittelt. Telefonisch wurde der Rauchstatus der Patienten 3 und 6 Monate nach Klinikaufenthalt erhoben und Abstinenzraten in einem Intention-to-treat-Ansatz errechnet. In einer Ärztebefragung schätzten die Ärzte, wie häufig sie die drei A's anwenden, und berichteten Hindernisse der Raucherentwöhnung. Die Schätzungen der Ärzte wurden mit den auf den Patientenaussagen basierenden Häufigkeiten verglichen.

**Ergebnisse:** Die Anwendung von „Ask“ und „Assist“ durch die Ärzte konnte durch die Schulung signifikant gesteigert werden ( $p < 0,05$ ). Auch „Advice to quit“ wurde häufiger angewandt, hier war der Zusammenhang nicht signifikant. Nach sechs Monaten zeigten sich signifikante Steigerungen der Abstinenzraten des Gesamtkollektivs und der Subgruppe der Raucher ( $p < 0,05$ ), nicht jedoch der instabilen Exraucher. Die Schätzungen der Ärzte über die Anwendungshäufigkeit von „Ask“ war vergleichbar mit den Patientenaussagen, bei „Advice“ überschätzten sich die Ärzte leicht und bei „Assist“ deutlich. Als Hindernisse der Raucherentwöhnung nannten die Ärzten Vergessen, die angenommene fehlende Therapiemotivation und -compliance der Patienten, die Einstufung der Raucherentwöhnung als nachrangig in Anbetracht eines palliativen Endstadiums einer Erkrankung, einer onkologischen Diagnosestellung oder der akuten Krankheitssituation und fehlende Informationen über Hilfsangebote.

**Schlussfolgerung:** Durch die Kurzschulung konnten die Anwendung der leitlinienbasierten Entwöhnungsinterventionen durch die Ärzte verbessert und die Sechsmonatsabstinenzraten gesteigert werden. Aufgrund unterschiedlich hoher Drop-out-Zahlen beider Gruppen sind die Schlussfolgerungen für die im Intention-to-treat-Ansatz berechneten Abstinenzraten mit Einschränkung zu betrachten.

## **Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und schulischen Akteuren durch Stärkung der sozialen Teilhabe im Unterricht - Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie**

Wick K.<sup>1</sup>, Schwager S.<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 Projekt „Gemeinsam Lernen als Chance“ soll dazu beitragen, die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und schulischen Akteuren durch Stärkung der sozialen Teilhabe im Unterricht zu fördern. Mittels zwei aufeinander abgestimmter Module soll das Wir-Gefühl der Schüler\_innen gestärkt werden. Einerseits werden

auf 10 Postern gesundheitsrelevante Themen unter dem Blickwinkel „Dazugehören oder Ausgeschlossen sein“ dargestellt, um für diese Themen zu sensibilisieren und zu entstigmatisieren. Andererseits wird den Pädagog\_innen ein Werkzeugkasten mit Übungen für den Unterricht zur Verfügung gestellt, um den Selbstwert und das Zusammengehörigkeitsgefühl der Schüler\_innen zu stärken und schwierigen Situationen schnell und effizient begegnen zu können. Evaluieren werden diese Maßnahmen mit Blick auf primäre (Stressbelastung, psychische Symptome/Störungen, Ausgrenzung, Selbstwert bei Kindern, Selbstwirksamkeit bei Pädagog\_innen) und sekundäre Zielvariablen (soziale und körperliche Aktivierung). In der aktuell stattfindenden Pilotphase werden diese Module entsprechend der Bedarfe aller Akteure entwickelt und hinsichtlich ihrer Machbarkeit mittels qualitativer und quantitativer Methoden geprüft. Studienteilnehmer\_innen sind Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren aus 3 Jenaer Schulen sowie deren Eltern und Pädagog\_innen. Die entwickelten Module sowie die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie sollen vorgestellt und diskutiert werden.

## **Vorbeugen durch Teilhabe: Neues aus der Gesundheitsregion VorteilJena**

Berger U.<sup>1</sup>, Kraußlach H.<sup>2</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Fachbereich Betriebswirtschaft, Jena, Deutschland

Vorgestellt wird der aktuelle Stand des Forschungsprojekts VorteilJena (Vorbeugen durch Teilhabe; BMBF Fkz. 01KK1401A-C, Laufzeit 2014-2018) zur Etablierung eines Innovationsnetzwerks und Gründung einer Gesundheitsregion. 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-Kontrollgruppenstudien bis hin zur flächendeckenden Verbreitung.

Ziel der Teilprojekte ist die Förderung der Gesundheit in Schulen, Unternehmen und Seniorenheimen durch innovative Ideen zur Stärkung der sozialen Teilhabe. Begleitend erfolgt eine umfassende Information und Einbeziehung von Fachöffentlichkeit und allgemeiner Öffentlichkeit über eine eigene Homepage ([www.vorteiljena.de](http://www.vorteiljena.de)).



vorteiljena.de). Gemeinsam mit den Praxispartnern werden in den Teilprojekten qualitätsgesicherte Praxishilfen entwickelt, evaluiert und kostenlos bereitgestellt. Dies geschieht als Beitrag der öffentlichen Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung und damit auch als Gegengewicht zu überwiegend kommerziell orientierten Angeboten. Berichtet werden unter anderem erste Erfahrungen der Teilprojekte bei der Umsetzung der Projektideen im Rahmen der Machbarkeitsstudien.

## Reliabilität und Validität der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung übersetzt in Leichte Sprache

Schwager S.<sup>1</sup>, Wick K.<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

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem & Schwarzer (1999) ist einer der am häufigsten eingesetzten psychologischen Fragebögen, der ebenfalls ein breites Anwendungsspektrum im Bereich der Psychosomatik aufweist. Obwohl dieser Fragebogen bereits bei Heranwachsenden ab dem Alter von 12 Jahren und aufwärts eingesetzt werden kann, sind einige Items relativ lang und schwer verständlich. Vor dem Hintergrund eines Präventionsprojektes zur Steigerung der sozialen Teilhabe von Schüler\_innen wurde dieser Fragebogen in die sogenannte Leichte Sprache übersetzt, um eine erhöhte Verständlichkeit dieses Fragebogens für Kinder und Jugendliche bspw. mit Lernbehinderungen zu erzielen. Das übersetzte Messinstrument wurde bezüglich Reliabilität, Validität und interner Konsistenz an einer Stichprobe von 150 Schüler\_innen im Alter von 10 bis 18 Jahren getestet und mit der ursprünglichen Skala verglichen. Die Schüler\_innen füllten beide Fragebögen in abwechselnder Reihenfolge zwei Mal im Abstand von 6 Wochen aus. Die psychometrischen Eigenschaften des übersetzten Fragebogens sollen vorgestellt und weitere Anwendungsmöglichkeiten diskutiert werden.

## Kreativtherapien

### Kunsttherapeutische Interventionen in Gruppen: Studie im Mixed-Methods-Design

Schulze C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hochschule für Musik und Theater, Institut für MusiktherapieKünste im Sozialen, Institut Kunsttherapie, Ottersberg, Deutschland

Zwar sind kunsttherapeutische Interventionen in Gruppen zunehmend in den Behandlungsleitlinien berücksichtigt, doch fehlt es an Evidenz zur spezifischen Indikation und Wirksamkeit. Diese ist erforderlich, um ihre Integration in multiprofessionellen Behandlungsprogrammen besser zu begründen. Das Zusammenwirken verschiedener Komponenten, bedingt durch den Einsatz künstlerischer Medien, Verfahren und Interventionstechniken,

erschwert eine angemessene Evaluation der Wirksamkeit. Hier zeigt sich ein hoher Bedarf und Anspruch, nicht nur adäquate Forschungsdesigns zu generieren, sondern auch differenzierter Kunst als Medium und spezielle Kommunikationsweise (von der Kontaktaufnahme bis zum Therapiefeedback), sowie deren Behandlungseffekte fokussiert auf das Beziehungserleben im Therapiekontext zu erfassen. Die vorgestellte Studie zielt - im gestuften Vorgehen - auf die Modellierung und Validierung eines adäquaten Forschungsdesigns für Kunsttherapie bzw. Künstlerische Therapien, orientiert am Phasenmodell zur Evaluation komplexer Interventionen. Das Vorhaben begründet sich aus der Zielsetzung in drei Richtungen: 1. Beschreibung der besonderen Charakteristik kunsttherapeutischer Interventionen (Wechselwirkung zwischen einzelnen Komponenten, Flexibilität des Einsatzes, Begründete Bandbreite der Zielgrößen); 2. Weiterentwicklung eines mehrdimensional systemisch-fundierten Modells (liGART = Interaction in Group Art Therapy) und davon abgeleiteter Therapiemanuale zur strukturierten Reflexion, Dokumentation und Evaluation des Einsatzes kunsttherapeutischer Interventionen mit dem Fokus auf das Interaktions- und Beziehungsgeschehen; und 3. setting- und zielgruppenbezogene Erprobung und weitere Validierung der entwickelten Therapiemanuale, im ersten Schritt in der multimodalen Schmerztherapie. Gemäß der Vielschichtigkeit des Untersuchungsgegenstandes wird ein methodisch kombiniertes Vorgehen (quantitativ, qualitative) im Sinne von Mixed methods verwendet; erweitert um auch kunstbasierte Aufzeichnungsinstrumente und Mata-Analysen. Das Vorhaben leistet einen Beitrag, ein der Komplexität kunsttherapeutischer Interventionen in Gruppen angemessenes und gleichzeitig interdisziplinär anschlussfähiges Verständnis der Interaktionsphänomene, Interventionen und Wirkmechanismen zu etablieren. Darauf aufbauend können klinische Studien der Kunsttherapie bzw. der Künstlerischen Therapien sinnvoll geplant und in größere interdisziplinäre Forschungsvorhaben eingebunden werden.

### Die Beziehung zur Gruppe in der Kunsttherapie bei PatientInnen mit einer Essstörung

Ganter-Argast C.<sup>1</sup>, Sammet I.<sup>2</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Stauber B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Christophsbad, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göppingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaft, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Kunsttherapie ist bei der Therapie von Essstörungen international im klinischen Setting anerkannt und wird überwiegend als Gruppentherapie durchgeführt (Ganter et al. 2009). Ein besonderer Wert der kunsttherapeutischen Gruppe scheint darin zu liegen, dass es für die essgestörten PatientInnen einfacher ist, sich gestalterisch in der Gruppe auszudrücken und emotional zu beteiligen, als dies in einer verbalen Gruppentherapie

rapie möglich ist (Pfeiffer et al. 2005, Matto 1997, Diamond-Raab und Orrell-Valente 2002). Trotzdem finden sich auch in der kunsttherapeutischen Literatur Beschreibungen, dass PatientInnen mit einer Essstörung mit dem gruppentherapeutischen Vorgehen größere Schwierigkeiten haben als andere PatientInnen (Levens 1995, Rehavia-Hanauer 2003). Bisher gibt es jedoch kaum Studien, die das Erleben der Gruppe in der Kunsttherapie bei Essstörungen genauer untersuchen. Die Hauptfragestellung der Studie lautet: „Wie erleben PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe?“

**Methode:** Der Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht (FEKTP) wurde von n=133 PatientInnen aus der Psychosomatischen Abteilung der Universitätskliniken Tübingen und Heidelberg einmalig nach der 6. Kunsttherapiesitzung beantwortet. Dabei wurden insgesamt n=24 PatientInnen mit einer Essstörung rekrutiert. Der U-Test nach Mann und Whitney überprüft die folgende Nullhypothese: „Es gibt keinen Unterschied des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe zwischen den beiden voneinander unabhängigen Stichproben (Essstörungen/andere psychosomatische Erkrankungen)“.

**Ergebnisse:** Der U-Test nach Mann und Whitney ergab, dass sich das Antwortverhalten der PatientInnen mit einer Essstörung bei einem Niveau von 5 % signifikant bei Skala 2 „ Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens“ ( $p=,024$ ) und Skala 6 „Erfahrene Anteilnahme“ ( $p=,047$ ) von der restlichen PatientInnengruppe unterscheidet. Beide Skalen werden also signifikant weniger positiv von PatientInnen mit einer Essstörung erlebt.

**Diskussion:** Die vorliegende Untersuchung scheint zu bestätigen, dass PatientInnen mit einer Essstörung auch in der Kunsttherapie größere Schwierigkeiten haben sich der Gruppe zugehörig zu fühlen, als andere PatientInnengruppen. Für die Praxis kann dies bedeuten, dass auch die kunsttherapeutische Gruppe zu Beginn eine Überforderung sein kann und PatientInnen mit einer Essstörung hier mehr unterstützt werden müssen.

## Yoga - eine wirksame Alternative in der Behandlung psychischer Störungen?

Rosendahl J.<sup>1</sup>, Klatter R.<sup>1</sup>, Beelmann A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychologie, Jena, Deutschland

Yoga wird als vielversprechende Alternative bei der Behandlung psychischer Störungen angesehen. Einer der Vorteile von Yoga liegt darin, dass es sich um einen niederschweligen, gut akzeptierte Behandlungsoption handelt. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Wirksamkeit von körperorientiertem Yoga bei der Behandlung psychischer Störungen zu untersuchen. Hierfür wurde eine Meta-Analyse randomisiert-kontrollierter Studien durchgeführt.

Eingeschlossen wurden Studien mit erwachsenen Patienten, die an einer psychischen Störung (Diagnose nach ICD oder DSM) mit mindestens milder Symptomausprägung litten. Hatha-Yoga bzw. Yoga-Formen mit Asanas und Pranayama als obligaten Bestandteilen wurde verglichen gegen keine Behandlung (Warteliste) oder eine aktive Kontrollgruppe (Standardbehandlung, Aufmerksamkeitskontrollgruppe, Sport/Körperübungen, Entspannung). Als primärer Endpunkt wurde die störungsspezifische Symptombelastung definiert.

In einer systematischen Literatursuche in den Datenbanken Medline, Web of Science, EBSCO, ProQuest und Google Scholar sowie über eine manuelle Suche konnten insgesamt 26 Studien ( $k = 29$  Vergleiche) mit 1430 Patienten identifiziert werden. Hinsichtlich des primären Endpunktes Symptombelastung zeigten sich ein großer, signifikanter Effekt von Yoga ( $g = 0.87$ ; 95% KI [0.50; 1.23];  $k = 13$ ) im Vergleich zu keiner Behandlung sowie ein kleiner, signifikanter Effekt ( $g = 0.27$ ; 95% KI [0.09; 0.44];  $k = 12$ ) im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Wirksamkeit durch die Schwere der Störung moderiert wird, wobei Patienten mit stärkerer Symptomausprägung weniger profitieren

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann körperorientiertes Yoga bei der Behandlung psychischer Störungen von erwachsenen Patienten empfohlen werden.

## Musiktherapeutische Behandlungseffekte in der Palliativmedizin - Berücksichtigung eines stationären und ambulanten Behandlungsrahmens

Schmidt H. U.<sup>1,2</sup>, Forschungsgruppe Musiktherapie Palliativmedizin Augsburg

<sup>1</sup>Leopold-Mozart-Zentrum, Universität Augsburg, Masterstudiengang Musiktherapie, Augsburg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Augsburg, Interdisziplinäres Zentrum für Palliative Versorgung, Augsburg, Deutschland

Vorstellung des Studiensettings und erster Studienergebnisse eines Forschungsprojektes zwischen dem Leopold-Mozart-Zentrum der Universität Augsburg, Masterstudiengang Musiktherapie (Hans Ulrich Schmidt, Tonius Timmermann) und dem Interdisziplinären Zentrum für Palliative Versorgung, Klinikum Augsburg (Irmtraud Hainsch-Müller, Christoph Aulmann), in dem bei 50 palliativmedizinischen Patientinnen/Patienten (einnarmige Studie mit 25 Pat. Untersuchungs-, 25 Vergleichsgruppe) Auswirkungen gemischt aktiv/rezeptiver musiktherapeutischer Interventionen sowohl auf Patienten als auch deren Angehörige mit 4 Interventionszeitpunkten (zweimal 50 Min. Musiktherapie stationär, zweimal 50 Min. Musiktherapie ambulant) untersucht werden. Beginn der Durchführungsphase ab Frühjahr 2014. Bis dato liegen 10 komplette Datensätze vor, 5 Probanden brachen ab, 7 verstarben.

Neben klinischen Basisdaten (Basis-Assessment mit Funktionsstatus nach ECOC) sind in ein gemischt quantitativ-qualitatives Untersuchungssetting zwei musiktherapeutische Masterarbeiten integriert: Eine untersucht mit der HADS-D Angst und Depressivität zu Beginn, im Verlauf und nach Abschluss der Interventionen, eine mit Hilfe eines qualitativen Leitfadens retrospektiv das Erleben der Interventionen. Die Interventionen selbst werden von zwei qualifizierten Musiktherapeutinnen durchgeführt. Sowohl Erleben der Musiktherapeutin als auch der Patienten werden mit selbst entwickelten, bereits vormals bei körperlich Kranken erprobten qualitativ orientierten Fragebögen untersucht. Das Studiendesign legte wichtige Kritikpunkte des HTA-Berichtes 128 „Musiktherapie im palliativen Setting“ von Korczak, Schneider und Wastian zugrunde, die sich u. a. auf zu geringe Patientenzahlen, zu wenige Messzeitpunkte und ungeeignete bzw. schlecht vergleichbare Untersuchungsinstrumente in vormaligen Untersuchungen bezogen. Das Studienkonzept wurde vom Institutionalen Reviewboard des Klinikums Augsburg positiv beurteilt und freigegeben.

## Klinische Psychosomatik: Edukation, Bindung & Sexualmedizin

### The role of peripheral nerve conduction in sexual desire

Bendas J.<sup>1</sup>, Luong A.<sup>2</sup>, Georgiadis J.<sup>3</sup>, Olausson H.<sup>4</sup>, Jönsson E.<sup>5</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Croy I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Faculty of Neurophysiology, University of London, Vereinigtes Königreich, <sup>3</sup>Faculty of Medical Sciences, University of Groningen, Niederlande, <sup>4</sup>Department of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University, Schweden, <sup>5</sup>Department of Physiology, University of Gothenburg, Schweden

**Introduction:** Low threshold mechanoreceptive C-tactile (CT) afferents evidentially play an important role in social and affective touch perception as well as erotic touch perception.

**Patients and methods:** 50 healthy voluntaries (17 male and 33 female, aged between 18 and 40) participated in the study - the majority of them being students. During the study session they filled in a number of questionnaires (e.g. on mental health, sexual desire, disgust sensitivity and personality) and evaluated different stroking stimuli (both CT-optimal and CT-suboptimal) delivered by a robot on the forearm concerning their pleasantness, intensity and eroticism on a visual analogue scale.

**Results:** First analyses show specific patterns in the ratings of pleasantness, eroticism and intensity with a peak of eroticism ratings at the CT-optimized stroking velocities at 1 cm/s and 3 cm/s. Participants who evaluated those stimuli higher on the eroticism scale further scored higher on the Sexual Desire Inventory and report a larger number of sex partners throughout their life. Those participants with a high sexual desire likewise prefer slower stroking velocities within the range of CT-optimal stimuli (1 cm/s) in

the context of eroticism than others.

**Conclusion:** It can be concluded that unmyelinated CT-afferents are involved in the perception of erotic touch. Implications for the treatment of sexual disorders are being discussed.

### Peer-to-peer Education in der Psychosomatik

von Wachter M.<sup>1</sup>, Enderle M.<sup>1</sup>, Sproll P.<sup>2</sup>, Hendrichke A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ostalb-Klinikum, Psychosomatik, Aalen, Deutschland, <sup>2</sup>Förderverein, Freunde und Förderer der Aalener Psychosomatik e.V., Aalen, Deutschland

**Einleitung:** Peer- Edukation, bei der sich ehemalige Patienten an der Behandlung beteiligen, wird in der Psychosomatik noch kaum genutzt. Dabei werden Betroffene aus der Selbsthilfe bzw. ehemalige Patienten als `Experten´ in die Psychoedukation eingebunden, da sie die Symptome, Einschränkungen und die psychosozialen Folgen der Erkrankung aus eigener Erfahrung kennen. Sie wissen, wie eine Therapie typischerweise abläuft und was ihnen selbst geholfen hat.

**Fragestellung:** Die Untersuchung geht der Frage nach, wie Peer-Edukation von den Teilnehmern bewertet wird und welchen Einfluss sie auf die Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bzw. Nachsorgeangeboten des Fördervereins der Psychosomatik hat, dessen Mitglieder das Peerangebot gestalten.

**Methodik:** Die Themen in den einzelnen Edukationen bezogen sich auf Schmerzerkrankungen, Sucht bzw. den Übergang von der Klinik in den häuslichen und beruflichen Alltag. Das Angebot fand ca. 6x/Jahr statt. Mit einem selbst entwickelten Fragebogen wurde eine Stichprobe von Patienten befragt, die während der psychosomatischen Klinikbehandlung an einer „peer-to-peer“ Edukation teilgenommen hatten. Gefragt wurde nach dem Nutzen der Peer-Edukation und der Einstellung zur Selbsthilfe.

**Ergebnisse:** Von 2012-2015 wurden insgesamt 16 Peer-Edukationen mit 288 Patienten durchgeführt. Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen betrug 80% (n=230). Die Patienten bewerteten das Angebot mit der Schulnote 2,1 (1=sehr gut, 6 = ungenügend). 93% der Befragten wünschten eine Fortsetzung, 34% der Patienten konnten sich bereits vorher vorstellen, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, nach dem Angebot stieg dieser Anteil auf 70%. Für die Betroffenen war es entlastend zu erfahren, dass sie nicht die Einzigen sind, die mit der Krankheit zu kämpfen haben. Hilfreich war, Berichte der Peers zu hören, wie es nach der Behandlung weiter geht und welche Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und Nachsorgeangebote es vor Ort gibt. Viele Patienten gaben an, dass es ihnen Mut gemacht habe, zu hören, dass auch nach der Klinik eine Besserung anhalte und dass man lernen kann mit der Erkrankung besser zurechtzukommen. Sie betonten die „Menschlichkeit“, „Authentizität“ und „Offenheit“ der Referenten.

**Fazit:** Die Peer-Edukation lässt sich mit wenig Aufwand auch im psychosomatischen Setting gewinnbringend einsetzen und wird von den Patienten gut angenommen.

## Professionelle und kommunikative Handlungskompetenzen im Progresstest bei Mediziner\_innen

Wild S.<sup>1</sup>, Gaitzsch E.<sup>1</sup>, Möltner A.<sup>1</sup>, Wagener S.<sup>2</sup>, Eckrich F.<sup>2</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Fakultät Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

In der medizinischen Ausbildung ist der Progresstest ein nützliches Instrument, um den studentischen Lernprozess abzubilden [1]. Hierbei soll getestet werden, welches medizinische Wissen bei Studierenden im Vergleich zu Absolvent\_innen der Humanmedizin vorhanden ist. In dieser Studie erstellten geschulte Studierende im Jahr 2013 einen Progresstest auf der Grundlage eines zweidimensionalen Blueprints, der die Dimensionen „Fächer“ und „Kompetenzbereiche“ enthielt [2]. Hierbei wurden in der Konzeption des Progresstests die folgenden fünf Kompetenzbereiche unterschieden: Kommunikative, Klinisch-theoretische, Klinisch-praktische, Wissenschafts- und professionelle Handlungskompetenz. Im Jahr 2014 wurde der Test um zehn Situational-Judgement-Test (SJT) Aufgaben erweitert, in denen das Verhalten in beruflichen Konfliktsituationen erfasst werden soll.

Diese Studie untersucht, inwieweit sich die postulierten Dimensionen des Progresstests 2014 empirisch darstellen lassen. Hierzu wurde die Reliabilität und diskriminante Validität dieser Dimensionen analysiert. Zur Bestimmung der Reliabilität der Kompetenzbereiche wurde das Maß der internen Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) verwendet. Zur Prüfung der diskriminanten Validität der Kompetenzbereiche und der SJT-Aufgaben wurde eine Diskriminanzanalyse der Hauptkomponenten (DAPC) durchgeführt.

Sämtliche Bereiche wiesen eine hohe Reliabilität auf. Im Verlauf der Studienjahre stieg der Anteil korrekt beantworteter Aufgaben stetig an. Die diskriminante Validität des Bereichs Wissenschaftskompetenz und der SJT-Aufgaben lassen sich als hoch bewerten. Dagegen waren Kommunikative Kompetenz und professionelle Handlungskompetenz ebenso wie Klinisch-praktische Kompetenz und Klinisch-theoretische Kompetenz jeweils nicht eindeutig voneinander zu trennen.

Literatur:

[1] Van der Vleuten CPM, Verwijnen GM, Wijnen WHFW. Fifteen years of experience with progress testing in a problem-based learning curriculum. *Med Teach*. 1996, 103-110.

[2] Wagener S, Möltner A, Timbil S, Gornostayeva M, Schultz JH, Brüstle P, Mohr D, Beken AV, Better J, Fries M, Gottschalk M, Gunther J, Herrmann L, Kreisel C, Moczko T, Illg C, Jassowicz A, Müller A, Niesert M, Strubing F, Jünger J. Entwicklung eines formativen kompetenzbasierten Progresstests mit MC-Fragen von Studierenden - Ergebnisse einer multifakultären Pilotstudie. *GMS - Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. In Review.

## Zusammenhang des Bindungsstils und dem Erfolg bariatrischer Operationen

Appel J.E.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Wick K.<sup>1</sup>, Kloos C.<sup>2</sup>, Kißler H.<sup>3</sup>, Ift F.<sup>4</sup>, Lehmann T.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Jena, Klinik für Innere Medizin III, Jena, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Jena, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland, <sup>5</sup>Universität Jena, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Jena, Deutschland

**Einleitung:** Durch bariatrische Operationen können Gewicht und Komorbiditäten gesenkt werden. Verschiedene Faktoren beeinflussen das OP-Ergebnis. Dieser Artikel untersucht, welchen Einfluss der Bindungsstil auf den OP-Erfolg hat.

**Material und Methoden:** Folgende Variablen wurden mittels Fragebögen jeweils prä- und postoperativ an einer Stichprobe mit 32 Patienten (w= 24; m= 8; BMI präoperativ= 47,8kg/m<sup>2</sup>; Alter= 53), die sich einem bariatrischen Eingriff unterzogen haben erhoben: Lebensqualität (BAROS), Selbstwertgefühl (SES), Depressivität, Ängstlichkeit, psychische Gesamtbelastung (SCL-90-R), Hungergefühle, Störbarkeit, kognitive Kontrolle (FEV) und gewichtsbezogene Variablen (BMI, EWL%, EBL%, TBL). Postop. wurde der Bindungsstil mittels BFPE erhoben.

**Ergebnisse:** Die 19 unsicher gebundenen Patienten (UB) wiesen im Vergleich zu den 12 sicher gebundenen Patienten (SB) schlechtere präop. Ausgangswerte für Depressivität, psychische Gesamtbelastung, Lebensqualität, Selbstwertgefühl, Störbarkeit im Essverhalten, kognitive Kontrolle auf. Der präop. BMI lag für die UB höher (sicher= 46,78 kg/m<sup>2</sup>; unsicher= 48,3 kg/m<sup>2</sup>), der Unterschied war nicht signifikant (sig.). Durch die OP verbesserten sich beide Gruppen. Die Gruppe der UB steigerte sich in allen Variablen sig. Postop. schneiden die UB im Vergleich zu den SB sig. schlechter in den Variablen Depressivität und Selbstwertgefühl ab, dennoch erreichten die UB für viele Variablen nicht das präop. Ausgangsniveau der SB. Der BMI lag postop. für die UB höher, außerdem erreichten sie niedrigere Werte für die Variablen, die den Gewichtsverlust beschreiben. Diese Unterschiede waren nicht sig.

**Diskussion:** Die UB scheinen im Vergleich zu den SB schlechtere Voraussetzungen für eine effiziente bariatrische OP zu haben, profitieren jedoch stark von diesem Eingriff und sollten keinesfalls präop. selektiert werden. Die UB benötigen Interventionen, die den Nachteil der unsicheren Bindung abmildern, um zu erfolgreicheren OP-Ergebnissen zu gelangen. Maßnahmen zur Unterstützung der UB könnten die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder einer Psychotherapie beinhalten.

**Schlussfolgerung:** Nach Durchführung von Follow-Ups und der multizentrischen Ausweitung der Fragestellung könnte die Evaluation des Bindungsstils helfen, die prä- und postop. Versorgung effizienter auf den einzelnen Patienten abzustimmen.

## Sucht und Abhängigkeit

### Heart rate variability biofeedback in patients with alcohol dependence: a randomized controlled study

Siepmann M.<sup>1,2</sup>, Penzlin A. I.<sup>3,4</sup>, Siepmann T.<sup>5</sup>, Weidner K.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Psychosomatische Klinik Campus Bad Neustadt, Bad Neustadt a. d. Saale, Deutschland, <sup>3</sup>Fachklinik Weinböhma, Weinböhma, Deutschland, <sup>4</sup>TU Dresden, Institut für Klinische Pharmakologie, Dresden, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum C.G. C. der TU Dresden, Klinik für Neurologie, Dresden, Deutschland, <sup>6</sup>Universitätsklinikum C. G. C. der TU Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

**Background and Objective:** In patients with alcohol dependence, ethyltoxic damage of vasomotor and cardiac autonomic nerve fibers leads to autonomic imbalance with neurovascular and cardiac dysfunction, the latter resulting in reduced heart rate variability (HRV). Autonomic imbalance is linked to increased craving and cardiovascular mortality. In this study we sought to assess the effects of HRV biofeedback training on HRV, vasomotor function, craving and anxiety.

**Methods:** We conducted a randomized controlled study in 48 patients (14 females, ages 25-59) undergoing in-patient rehabilitation treatment. In the treatment group, patients (n=24) attended 6 sessions of HRV biofeedback over two weeks in addition to standard rehabilitative care whereas in the control group, subjects received standard care only. Psychometric testing for craving (obsessive compulsive drinking scale), anxiety (symptom checklist-90-revised), HRV assessment using coefficient of variation of RR intervals (CVNN) analysis and vasomotor function assessment using laser Doppler flowmetry (LDF) were performed at baseline, immediately after completion of treatment or control period, 3 and 6 weeks afterwards (follow ups 1, 2).

**Results:** Psychometric testing showed decreased craving in the biofeedback group immediately post-intervention ( $8.6 \pm 7.9$  post-biofeedback vs.  $13.7 \pm 11.0$  baseline,  $p < 0.05$ , mean  $\pm$  standard deviation) whereas craving was unchanged at this time point in the control group. Anxiety was reduced at follow ups 1 and 2 post-biofeedback but was unchanged in the control group ( $p < 0.05$ ). Following biofeedback, CVNN tended to be increased ( $10.3 \pm 2.8\%$  post-biofeedback,  $10.1 \pm 3.5\%$  follow up 1,  $10.1 \pm 2.9\%$  follow up 2 vs.  $9.7 \pm 3.6\%$  baseline;  $p = ns$ ). There was no such trend in the control group. Vasomotor function assessed using the mean duration to 50% vasoconstriction ( $\Delta t_{50\% \text{down}}$ ) of cutaneous vessels after deep inspiration was improved following biofeedback immediately post-intervention and was unchanged the control group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Our data indicate that HRV biofeedback might be useful to decrease anxiety, increase HRV and improve vasomotor function in patients with alcohol dependence when complementing standard rehabilitative in-patient care.

## Abstinenz und das Erleben sozialer Unterstützung

Peters A.<sup>1</sup>, Fischer T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AHG Klinik Schweriner See, Abhängigkeitserkrankungen I, Lübstorf, Deutschland, <sup>2</sup>AHG Klinik Schweriner See, Lübstorf, Deutschland

Es soll das Ausmaß von subjektiv erlebter sozialer Unterstützung hinsichtlich arbeitsbezogener Probleme auf verschiedene Erfolgsmaße der Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) betrachtet werden. BBPL liegen vor, wenn Patienten arbeitslos oder über 3 Monate arbeitsunfähig sind oder keine volle Leistungsfähigkeit besteht. Es soll geprüft werden, ob ein höheres Maß an sozialer Unterstützung mit besseren Erfolgsmaßen hinsichtlich Abstinenz und beruflicher Integration nach Behandlung einhergeht. Hierzu wurde neben diagnostischen Merkmalen und verschiedenen soziodemografischen Variablen das Ausmaß der sozialen Unterstützung mithilfe des Fragebogens zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM) erhoben. Zusätzlich erfolgte ein Jahr nach Behandlung eine schriftliche Katamneseerhebung. Die Stichprobe umfasst N=422 alkoholabhängige Patienten, die vom 01.06.2013 - 30.06.2014 in der AHG Klinik Schweriner See behandelt wurden und sich zudem in besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) befanden. Die meisten Patienten waren arbeitslos (66,3%) oder seit über 3 Monaten arbeitsunfähig (39,3%). Das Erleben sozialer Unterstützung lag im Mittel bei Stanine=3,6 (SD=1,7). Auf Basis der Stanine-Werte erfolgte eine Eingruppierung in unterdurchschnittliche (ESU<sub>low</sub>, Werte 1-3), durchschnittliche (Werte 4-6) bzw. überdurchschnittliche (ESU<sub>high</sub>, Werte 6-9) Ausprägung sozialer Unterstützung. In der Katamnese zeigt sich, dass im Gruppenvergleich Patienten mit einem überdurchschnittlich hohen Maß an erlebter sozialer Unterstützung (ESU<sub>high</sub>) erstens ein höheres Maß an beruflicher Integration aufweisen (Anteil Patienten in Beschäftigung: ESU<sub>high</sub>: 75,1% vs. ESU<sub>low</sub>: 57,7%), zweitens eine Verbesserung ihrer Arbeitssituation erleben (Skala von 1 „sehr verbessert“ - 7 „sehr verschlechtert“: ESU<sub>high</sub> M = 2,78 vs. ESU<sub>low</sub> M = 3,54) und entsprechend zufriedener mit der beruflichen Situation sind (Skala von 1 „sehr zufrieden“ - 6 „sehr unzufrieden“: ESU<sub>high</sub> M = 2,22 vs. ESU<sub>low</sub> M = 3,54) und schließlich drittens eine positivere Abstinenzquote (Anteil abstinenter Patienten: ESU<sub>high</sub>: 87,5% vs. ESU<sub>low</sub>: 44,3%) aufweisen. Dieser Befund unterstreicht, dass in der Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten insbesondere in der Patientengruppe mit geringer beruflicher Integration auch auf die Verbesserung der sozialen Unterstützung einzugehen ist, um nachhaltige Therapieeffekte zu erzielen.

## Die Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS) - ein Verfahren zur Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM-5

Preis E.<sup>1</sup>, Rehbein F.<sup>2</sup>, Baier D.<sup>2</sup>, Mößle T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hogrefe Verlag, Göttingen, Deutschland, <sup>2</sup>Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover, Deutschland

Aufgrund der Tatsache, dass keines der bislang vorliegenden Instrumente zur Erfassung der Computerspielsucht die Kriterien der Internet Gaming Disorder vollständig anhand der DSM-5 Kriterien erfasst, wurde die Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS) entwickelt. Mit der CSAS wird auffälliges Spielverhalten hinsichtlich elektronischer Bildschirmspiele (wie z. B. Onlinerollenspiele, Strategiespiele und Shooterspiele) gemessen, bei denen kein Geld gewonnen werden kann. Dabei werden sowohl online als auch offline durchgeführte Spiele (mit oder ohne aktive Internetverbindung) unabhängig vom benutzten Gerät (wie z.B. PC und Spielkonsolen) berücksichtigt. Bei der Testkonstruktion wurde besondere Sorgfalt auf die inhaltssvalide Abdeckung der Kriterien der Internet Gaming Disorder nach DSM-5 gelegt. Eine Abhängigkeit bezogen auf Glücksspiele wird mit der CSAS dagegen explizit nicht erfasst. Die CSAS liegt in vier Versionen (je 18 Items) vor: zwei Versionen zur Selbstbeurteilung aus Sicht von Jugendlichen (CSAS-J) bzw. Erwachsenen (CSAS-E) und zwei weitere Versionen zur Fremdbeurteilung aus der Sicht der Eltern oder nahestehender Erziehungspersonen (CSAS-FE) bzw. der Lebenspartner (CSAS-FP). Die interne Konsistenz der Gesamtskala liegt in der Gesamtstichprobe Jugendlicher ( $N = 3189$ ) für die CSAS-J bei  $r = .94$  und in der Gesamtstichprobe Erwachsener ( $N = 609$ ) für die CSAS-E bei  $r = .94$ . Bei Schülern der 8. und 9. Klasse ( $N = 231$ ) beträgt die Retest-Reliabilität  $r = .84$ . Darüber hinaus bestehen signifikante, erwartungskonforme Zusammenhänge mit verschiedenen Validierungsmaßen (z. B. Spielzeit:  $r = .51, p < .001$ ). Weiterhin konnte eine zufriedenstellende faktorielle Validität nachgewiesen werden. Für die CSAS-J liegen geschlechts- und jahrgangsspezifische, schulformübergreifende Normen für Schüler allgemeinbildender Schulen in der 7. Klasse ( $n = 830$ ), 8. Klasse ( $n = 831$ ), 9. Klasse ( $n = 739$ ) und 10. Klasse ( $n = 789$ ) vor. Des Weiteren stehen für die CSAS-E geschlechts- und altersspezifische Normen für die Altersgruppen 16 bis 30 Jahre ( $n = 300$ ) und 31 bis 49 Jahre ( $n = 309$ ) zur Verfügung. Die CSAS stellt somit ein reliables und valides Instrument zur umfassenden Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM-5 im deutschsprachigen Raum dar.

### Literatur:

Rehbein, F., Baier, D., Kleimann, M. & Mößle, T. (2015). *Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS). Ein Verfahren zur Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM 5*. Göttingen: Hogrefe.

## Bindungsstile, Internetnutzungsmotive und Internetsucht

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

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

**Hintergrund:** Die Bindungstheorie besitzt Erklärungswert für die Gestaltung sozialer Beziehungen, wobei sich im Kontext unsicherer Bindung eine Vulnerabilität für psychische Erkrankungen entwickeln kann. Im Fokus dieser Untersuchung steht der partnerschaftliche Bindungsstil im Zusammenhang mit der Nutzung des Internet. Dieses sozial-interaktive Medium dient vor allem der Kommunikation und stellt einen Beziehungsraum mit spezifischen Optionen, aber auch Restriktionen zur Verfügung.

**Fragestellungen:** Zentrale Hypothese der Studie war, dass Personen mit unsicherem Bindungsmuster häufiger problematische Nutzungsweisen des Internet zeigen als sicher gebundene Personen. Unter Berücksichtigung potentiell sozial-kompensatorischer Mechanismen wurde untersucht, inwiefern sich Personen entsprechend ihres Bindungsstils in ihren Tendenzen zu suchtartigem Internetnutzungsverhalten, in der Nutzungshäufigkeit verschiedener Online-Dienste und ihren spezifischen Online-Beziehungsmotiven unterscheiden.

**Methode:** In einer Online-Befragung ( $N=245$  mit  $M= 29,6$  [ $SD= 9,2$ ] Jahren, rekrutiert über soziale Netzwerke und verschiedene thematische Foren) wurde ein Fragebogeninstrument eingesetzt, das neben Items zur Erfassung soziodemografischer Merkmale validierte Skalen zur Erhebung des Bindungsstils (*Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen* - Höger & Buschkämper, 2002), der Internetsucht (*Skala zum Onlinesuchtverhalten für Erwachsene* - Wölfling et al., 2010) und der Online-Beziehungsmotive (*Cyber Relationship Motive Scale (CRMS-D)* - Wang und Chang, 2010) umfasst.

**Ergebnisse:** Die Datenanalyse bestätigt die Hypothese, dass sich im Kontext unsicherer Bindung signifikant häufiger Tendenzen zu suchtartigem Internetnutzungsverhalten finden. Dabei zeigte sich vor allem ein deutlicher Zusammenhang zum ambivalent-verschlossenen Bindungsstil. Unsicher gebundene Internetnutzer haben andere vorrangige Online-Beziehungsmotive (z.B. Anonymität in Kommunikation; emotionale Unterstützung finden) als sicher gebundene Nutzer.

**Schlussfolgerung:** Diese Ergebnisse haben therapeutische Implikationen und liefern Erkenntnisse für die Ätiopathogenese der Internetsucht.

## Eine Untersuchung zu den Zusammenhängen zwischen strukturellen Defiziten und Sportsucht

Alatas H.<sup>1</sup>, Welter V.<sup>1</sup>, Hartmann A.<sup>1</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Zur Ätiologie von Sportsucht existieren verschiedene, unter anderem multidimensionale und prozessorientierte Modelle (Schipfer, 2015). In diesen Modellen fehlt jedoch eine entwicklungspsychologisch orientierte und psychodynamische Perspektive. Aus psychodynamischer Perspektive könnte man davon ausgehen, dass bei Menschen mit pathologischem Sportverhalten ähnliche Beeinträchtigungen vorliegen, wie sie sich bei Essstörungen finden: Schwierigkeiten bei der Selbst- und Affektwahrnehmung und -regulation sowie unsichere Bindungsmuster („strukturelle Defizite“). In der vorliegenden Untersuchung wurde der Annahme nachgegangen, dass strukturelle Defizite zu „dysphorischem Erleben“ (Körperunzufriedenheit, negativem Selbstwahrerleben, Ineffektivität und geringem Zugang zu Affekten) führen, welches wiederum einen Zusammenhang mit pathologischen Sportverhalten (Bewältigungsversuch) zeigt.

Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurden 284 Probanden (Studenten, Besucher von Fitness-Studios) mit folgenden Selbstbeurteilungsinstrumenten untersucht: *OPD-SF* (OPD-Strukturfragebogen; Ehrenthal et al., 2012); *DKB-35* (Dresdner Körperbildfragebogen; Pöhlmann et al., 2013); *RSES* (Rosenberg Selbstwert Skala; Rosenberg, 1965); *DERS* (Difficulties in Emotion Regulation Scale; Ehring et al., 2008) und *EDI-2* (Eating Disorder Inventory; Meermann et al., 1987). Merkmale von Sportsucht wurden mit der „Exercise Dependence Scale“ (EDS; Zeeck et al., 2013) erfasst. Mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen (SEM) wurden Zusammenhänge zwischen den latenten Konstrukten „strukturelles Defizit“, „aktuelles dysphorisches Erleben“ und „Sportpathologie“ geprüft. 3,5 % der Probanden waren als sportsuchtgefährdet einzustufen, eine Prävalenz, welche sich auch in früheren Studien zeigte (Ziemainz et al. 2013, Müller et al. 2013, Zeeck et al. 2013). Es fand sich ein direkter, signifikanter Zusammenhang zwischen strukturellem Defizit und Sportpathologie sowie ein signifikanter Zusammenhang zwischen strukturellem Defizit und dysphorischem Erleben. Es scheint neben einem strukturellen Defizit, dessen Relevanz klar gezeigt werden kann, weitere Faktoren (aktuelle Belastungen?) zu geben, welche für den Zusammenhang zwischen „dysphorischem Erleben“ und „Sportpathologie“ verantwortlich sind.

## Therapieforschung in der Reha

### Therapieverläufe in der stationären psychosomatischen Routineversorgung

Neu R.<sup>1,2</sup>, Boyle K.<sup>1</sup>, Köllner V.<sup>3</sup>, Lutz W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Trier, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier, Deutschland, <sup>2</sup>Mediclin Blietal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Bliedtal, Deutschland, <sup>3</sup>Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik, Berlin Teltow, Deutschland

**Fragestellung:** In der Patientenorientierten Versorgungsfor- schung steht der individuelle Therapieverlauf im Fokus des Forschungsinteresses. Ziel des Ansatzes ist u.a. eine Optimierung der Behandlung mithilfe von Feedbackverfahren. In der stationären Routineversorgung sollen im Rahmen einer größeren Untersuchung zu Effektivität von Feedback i.S. einer Vorstudie die individuellen Therapieverläufe der Patienten untersucht werden. Ebenso soll der Einfluss von Patientenvariablen als mögliche Prädiktoren dieser Verläufe getestet werden.

**Methodik:** Die Therapieverläufe von 763 vorwiegend depressiven (44,5%) Patienten (227m/536w,  $M_{\text{Alter}} = 50,9 \pm 8,6$  Jahre) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden mittels OQ-30, FEP-2 und BDI-II hinsichtlich klinisch signifikanter Veränderung nach Jacobson und Truax (1991) analysiert. Mithilfe von Regressionsanalysen wurden soziodemographische und sozialmedizinische Patientenmerkmale als mögliche Prädiktoren der Verläufe untersucht.

**Ergebnisse:** Im Prä-Post-Vergleich zeigte sich in allen drei Messinstrumenten im Mittel eine signifikante Verbesserung zu Behandlungsende (jeweils  $p < .001$ ) im Bereich mittlerer bis großer Effektstärken ( $d$  zwischen .43 und .83). In allen Fragebögen zeigte die Mehrzahl der Patienten jeweils auf der Gesamtskala einen positiven (klinisch signifikanten oder reliabel gebesserten) Therapieverlauf (abhängig vom Messinstrument zwischen 47-62,8%) gegenüber einem unveränderten (27,2-46,3%) oder negativen Verlauf (6,7-10%). Hinsichtlich der Skalen, die das Wohlbefinden (OQ-30: 47%; FEP-2: 48,5%) oder die Symptombelastung (FEP-2: 47,4%) messen, zeigten sich, verglichen mit Skalen, die interpersonelle Problematik erfassen (OQ-30: 15,9%; FEP-2: 32,5%), häufiger positive Verläufe. Sozialmedizinische Variablen sowie die Hauptdiagnose konnten als Prädiktoren der Therapieverläufe identifiziert werden; so zeigten Patienten mit einer langen Arbeitsunfähigkeit sowie Angst- und Schmerzpatienten signifikant häufiger negative Verläufe.

**Diskussion:** Im Mittel konnte die Wirksamkeit stationärer Routineversorgung belegt werden. Dennoch verließen trotz einer großen Anzahl positiver Therapieverläufe einige Patienten die Behandlung in nicht gebessertem oder verschlechtertem Zustand. Deshalb soll der Einfluss von Feedback im stationären Kontext im Rahmen dieser Studie zukünftig noch untersucht werden, um die

Identifikation potentiell gleichbleibender oder negativer Verläufe zu ermöglichen und somit deren Anzahl zu verringern.

## Wirksamkeit von medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) in der klinischen Praxis

Zinram F.<sup>1</sup>, Bassler M.<sup>2</sup>, Kobelt A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Bremen, Zentrum für klinische Psychologie und Rehabilitation, Bremen, Deutschland, <sup>2</sup>Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld, Deutschland

**Hintergrund:** In der psychosomatischen Rehabilitation zeigt sich eine überdurchschnittliche Relevanz besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) und somit ein hoher Bedarf an medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR, Golla et al. 2014). In der vorliegenden Untersuchung wurde eine vergleichende Analyse der Effektivität von intensivierter medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) und herkömmlicher psychosomatischer Rehabilitation durchgeführt.

**Methodik:** Der Behandlungserfolg wurde als mittlere Differenz ausgewählter testpsychologischer Skalenwerte zu Beginn und Abschluss der Rehabilitation operationalisiert, die im Rahmen des „Routine-Assessment Psychosomatik“ (RAP) von Nübling et al. (2013) erhoben wurden. Die Untersuchung stützt sich auf eine Stichprobe von n= 4432 Patienten aus zwei psychosomatischen Rehakliniken.

**Ergebnisse:** Die Vergleichsanalyse bezüglich der eingesetzten testpsychologischen Assessments ergab einen signifikanten Behandlungserfolg sowohl für die Patientengruppe ohne MBOR (Cohen's  $d = .097$  bis  $1.19$ ) als auch für die Patientengruppe mit MBOR (Cohen's  $d = .057$  bis  $.904$ ) mit überwiegend mittleren bis großen Effektstärken. Patienten mit MBOR wiesen im Vergleich zu Patienten ohne MBOR zu Beginn und auch noch bei Abschluss der Rehabilitation durchschnittlich größere psychische Belastungen auf. Im Vergleich zu einer psychisch ähnlich stark belasteten Subgruppe von Patienten ohne MBOR-Behandlung zeigte sich bei den Patienten mit intensivierter MBOR-Behandlung mehrheitlich signifikant stärkere Effekte bei den ausgewählten testpsychologischen Skalen (Cohen's  $d = .183$  bis  $1.953$ ).

**Folgerungen:** Die Ergebnisse der Untersuchung belegen den besonderen Nutzen von MBOR bei beruflich besonders belasteten Patienten. Bei Patienten mit vergleichbar hoher psychischer Belastung ist MBOR einer herkömmlichen psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung signifikant überlegen.

### Literatur:

Golla, A., Saal, S. & Mau, W. (2014). Besondere berufliche Problemlagen bei Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland. In DRV Bund (Hrsg.), *Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*, 23. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, (S.66-67). Berlin: Eigenverlag.

Nübling, R; Schmidt, J. & Bassler, M. (2013). Standardisierte Diagnostik in der Rehabilitation: „Routine-Assessment Psychosomatik“.

Vortrag auf dem 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 4.-6.3.2013 in Mainz.

## Welche Einflussfaktoren führen dazu, dass Patienten bei Abschluss ihrer Rehabilitationsbehandlung die sozialmedizinische Einschätzung ihres Behandlungsteams ablehnen?

Kessemeier F.<sup>1</sup>, Pfeiffer W.<sup>2</sup>, Kobelt A.<sup>1</sup>, Bassler M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Bremen, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Bremen, Deutschland, <sup>2</sup>Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld, Deutschland

**Hintergrund:** Eine wesentliche Aufgabe der psychosomatischen Rehabilitation besteht in der abschließenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Patienten. Immer häufiger stimmen jedoch Rehabilitanden nicht mehr mit der sozialmedizinischen Einschätzung ihres Behandlungsteams überein, wobei sie zudem meist unzufrieden mit dem Rehabilitationsergebnis sind.

**Methodik:** Im Rahmen einer testpsychologischen Basisdiagnostik wurde zu Rehabilitationsbeginn speziell ein Fragebogen zur Erfassung motivationaler Aspekte (DIAMO) sowie ein Fragebogen zu beruflichen Belastungen (Würzburger Screening Fragebogen) eingesetzt. Des Weiteren wurden zu Beginn und Abschluss der Rehabilitation BDI-II, ICD-10 Symptomrating, ICF AT-50 Psych sowie HEALTH-49 erfasst.

Stichprobe: Die Stichprobe umfasste alle zwischen Januar 2014 und Januar 2015 in der psychosomatischen Schwerpunktambulanz des Rehazentrum Oberharz behandelte Patienten ( $n=1178$ ;  $w=50,6\%$ ). Insgesamt waren  $14,5\%$  ( $n=171$ ;  $w=52,6\%$ ) der Rehabilitanden mit dem Ergebnis ihrer Leistungsbeurteilung nicht einverstanden (= Rehabilitanden im Dissens).

**Ergebnisse:** Bezüglich soziodemographischer Merkmale unterschieden sich Rehabilitanden im Dissens von Rehabilitanden im Konsens hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit. Rehabilitanden im Dissens zeigten zu Rehabilitationsbeginn bei allen testdiagnostischen Assessments deutlich negativere Ergebnisse. Sie profitierten von der Rehabilitationsbehandlung insgesamt deutlich weniger als die Patienten im Konsens. Vergleicht man die Rehabilitandengruppe im Konsens mit besonderen beruflichen Problemlagen ( $n=560$ ) mit den Rehabilitanden im Dissens, zeigte sich bei letzteren eine signifikant häufigere von Arbeitslosengeld geprägte Erwerbssituation, deutlich geringeres Einkommen sowie negativere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und längere Phasen von Arbeitsunfähigkeit vor der Reha.

**Folgerungen:** Rehabilitanden im Dissens beschrieben überwiegend eine schwierige Erwerbssituation. Bei den testpsychologischen Assessments zeigten sie meist eine ausgeprägte psychische Belastung. Sie erreichten insgesamt einen deutlich geringeren Rehabilitationserfolg als Patienten im Konsens. Aufbauend auf den vorliegenden Ergebnissen sind weitere Studien geplant, geeignete Prädiktoren zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitanden im



Dissens zu eruieren, um darauf aufbauend verbesserte Therapieangebote für diese Patientengruppe anbieten zu können.

## Untersuchung der emotional-kognitiven Verarbeitungstiefe im Verlauf einer internetbasierten Schreibnachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Gerzymisch K.<sup>1</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Subic-Wrana C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Über den Verlauf einer 12-wöchigen supportiv-expressiven Schreibnachsorge wurde die emotional-kognitive Verarbeitungstiefe psychosomatischer Rehabilitanden untersucht. Zur Erfassung emotionsregulativer Veränderungen wurde das Konstrukt der Levels of Emotional Awareness

(Lane & Schwartz, 1987) zugrunde gelegt, welches die Ausdifferenzierung der Innenwahrnehmung über ein hierarchisches, 5-stufiges System beschreibt. Die darauf basierende Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) misst die Fähigkeit, den emotionalen Gehalt geschilderter Verhaltenssituationen zu erfassen und auszudrücken und bildet therapeutisch erzielte Änderungen emotionaler Verarbeitungstiefe in klinischen Stichproben gut ab (Subic-Wrana et al. 2005).

**Methodik:** Zunächst wurde das LEAS-Ratingsystem zur Anwendung auf Freitexte adaptiert. Anschließend wurden aus den wöchentlichen Schilderungen von  $N=37$  Pbn die darin enthaltenen Beziehungsepisoden (BE; Luborsky, 1998) extrahiert und gemäß adaptiertem Ratingsystem ausgewertet. Es lagen 377 Texte und 449 BE zur Auswertung vor, pro Pbn  $M=10.19$  ( $SD=1.22$ ) Texte und  $M=12.14$  ( $SD=4.97$ ) BE. Erwartet wurden Verbesserungen der emotionalen Verarbeitungsstufe über den Nachsorgeverlauf.

**Ergebnisse:** Die Verarbeitungstiefe liegt insgesamt bei  $M=2.35$  ( $SD=0.44$ ) und nimmt im Nachsorgeverlauf nicht wie erwartet zu ( $F(2,30)=0.78$ ,  $p=.463$ ). Bei nur  $n=14$  Patienten wird eine Verbesserung ( $M=0.09$ ,  $SD=0.64$ ) erreicht. Insgesamt zeigen sich keine sign. Geschlechterunterschiede ( $t(35)=-.169$ ,  $p=.867$ ,  $d=0.06$ ), jedoch zeigt sich eine sign. Überlegenheit für die Wahrnehmung eigener emotional-kognitiver Prozesse im Vergleich zur Wahrnehmung dieser Prozesse bei Anderen ( $t(36)=7.584$ ,  $p=.000$ ,  $d=1.61$ ).

**Schlussfolgerung:** Im Schnitt verbalisieren die Pbn über die gesamte Nachsorge hinweg Dissoziations- und Wahrnehmungsprozesse körperlicher Sensationen (Stufe 2). Dies entspricht bisherigen Befunden klinischer Stichproben (Simson et al. 2006, Subic-Wrana et al. 2011) und ist geringer als der Durchschnittswert gesunder Probanden (Stufe 3), denen die Wahrnehmung distinkter Emotionen möglich ist (Subic-Wrana et al. 2001). Während die häufig gefundene Überlegenheit weibl. Pbn nicht repliziert werden kann, zeigt sich der von Ciarrochi und Kollegen (2002) beobachtete Unterschied zwischen dem Gewahrsein emotional-kognitiver Prozesse von Selbst und Anderen auch hier. Die erwartete

Verbesserung emotional-kognitiver Verarbeitung wurde lediglich bei einer Minderheit der Pbn erreicht.

## Hilfreiche therapeutische Beziehung und Therapieergebnisse in der stationären psychosomatischen Rehabilitation und in ambulanter Psychotherapie

Bassler M.<sup>1</sup>, Kraft M.<sup>2</sup>, Kriz D.<sup>3</sup>, Lutz W.<sup>3</sup>, Schmidt J.<sup>2</sup>, Wittmann W. W.<sup>4</sup>, Nübling R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rehazentrum Oberharz, Psychosomatische Rehabilitation, Clausthal-Zellerfeld, Deutschland, <sup>2</sup>GfQG Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Trier, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Mannheim, Emeritus Lehrstuhl Diagnostik und Evaluation, Mannheim, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der Arbeitsallianz als einem zentralen Konzept der Psychotherapie werden Aspekte der unmittelbaren Patient-Therapeut-Interaktion hervorgehoben. Der von Luborsky (1978) entwickelte und von Bassler et al. (1995) übersetzte Helping Alliance Questionnaire (HAQ) gehört zu den am häufigsten eingesetzten Verfahren zu ihrer Erfassung. Im Rahmen von drei Programmevaluationsstudien in der stationären psychosomatischen Rehabilitation und der ambulanten Psychotherapie werden Zusammenhänge zwischen der erlebten therapeutischen Arbeitsbeziehung und den Behandlungsergebnissen untersucht.

**Methodik:** Erhoben wurde der HAQ, bestehend aus 11 Items mit den beiden Skalen „Beziehungszufriedenheit“ (BZF) und „Erfolgswahrgenommenheit“ (EZF), sowie mehrere klinische Skalen (u.a. zur Erfassung von Angst und Depression; BDI, SCL-90-R, HEALTH-49) sowie z.B. zur Patientenzufriedenheit (ZUF8) über mindestens 2 Messzeitpunkte.

**Stichprobe:** Die Daten entstammen a) aus einer Politstudie zur Entwicklung eines Routine-Assessment-Systems in zwei Psychosomatischen Kliniken ( $n=2494$ ), b) aus einer in vier Kliniken durchgeführten Studie zur Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation (EQUA-Studie,  $n=655$ ) sowie c) aus einer Studie zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie (TK-Studie,  $n=1477$ ).

**Ergebnisse:** Es ergaben sich hohe Zusammenhänge der HAQ-Skalen ( $r=.56$  bis  $.76$ ) mit patientenseitig erfassten direkten Veränderungseinschätzungen, der Patientenzufriedenheit sowie der Nutzenbewertung. Ebenfalls substantielle Korrelationen zeigten sich vor allem für die Skala EZF mit den Differenzwerten der allgemeinen psychischen Symptombelastung (GSI) sowie der Depressions- und/oder Angstsymptomatik ( $r=-.30$  bis  $.44$ ); sie lagen etwas niedriger für die Skala BZF ( $r=.11$  bis  $.26$ ). Mittlere signifikante Korrelationen ( $r=.21$  bis  $.38$ ) wurden auch mit Fremdbeurteilungen (z.B. BSS, GAF) der behandelnden Therapeuten ermittelt. Die Zusammenhänge sind dabei für die beiden stationären (Reha-) Settings für die meisten Parameter in etwa vergleichbar mit denen in der ambulanten Psychotherapie.

**Folgerungen:** Therapeutische Outcomes und das Erleben einer hilfreichen therapeutischen Beziehung stehen in engem Zusammenhang. Dieser aus vielen Studien bekannte Befund ist auch für die stationäre psychosomatische Rehabilitation belegbar, trotz der dort deutlich anderen Patientencharakteristika (u.a. hoher Männeranteil, niedriger Bildungsgrad, langjährige Chronifizierung).

## Innovative Therapiemethoden bei PTBS

### Die Veränderung der Frequenz intrusiver Erinnerungen über visuospatiale Interferenz: eine mögliche Intervention bei PTBS?

Kessler H.<sup>1</sup>

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

Bei Patienten mit PTBS stellen Intrusionen ein pathognomonisches Symptom und eine Form des emotionalen Traumagedächtnisses dar. Effektive Formen der Traumatherapie sind verhältnismäßig aufwendig und stehen nur einem Teil der Patienten zeitnah zur Verfügung. Dementsprechend sind aus klinischer Sicht spezifische Methoden zur Reduktion der Intrusionen nötig, die ökonomisch sind und einer breiteren Patientengruppe zugänglich werden könnten. Aktuelle neuropsychologische Modelle postulieren, dass die Prozessierung intrusiver bildlicher Erinnerungen unter anderem vom visuospatialen Arbeitsgedächtnis abhängt. Daher sollte eine konkurrierende visuospatiale Aufgabe gezielt diese Systeme blockieren und dementsprechend Intrusionen verringern können (Interferenz). Als Grundlage für Patientenstudien untersuchten wir zunächst an Gesunden, ob sich experimentell erzeugte emotional negative intrusive Erinnerungen drei Tage nach deren Erzeugung nachträglich über eine Reaktivierung und anschließende Interferenz durch eine visuospatiale Aufgabe bezüglich der Häufigkeit verändern lassen (Rekonsolidierung). Hierfür sahen N=90 gesunde Probanden unter kontrollierten Bedingungen einen Trauma-Film und notierten an den folgenden drei Tagen auftretende Intrusionen an Szenen aus dem Film. Nach drei Tagen wurden sie an die Szenen aus dem Film erinnert (Reaktivierung). Bei N=30 Probanden erfolgte anschließend eine visuospatiale Aufgabe (das Computerspiel Tetris), bei einem Drittel erfolgte keine anschließende Intervention, und beim letzten Drittel erfolgte zur Kontrolle der Spezifität eine ablenkende Aufgabe (Quiz). Nach der Reaktivierung erfolgte wieder die Notiz von Intrusionen während weiterer drei Tage. Die Gruppe nach Tetris zeigte spezifisch im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen eine signifikante Verringerung der Intrusionsfrequenz von Tag 1-3 zu Tag 4-6. Dieses Ergebnis stellt eine Grundlage der möglichen Anwendung einer ökonomischen und zugänglichen visuospatialen Intervention bei Patienten mit PTBS dar.

### Cognitive Bias Modification - Appraisal Training bei analoger Traumatisierung und Posttraumatischer Belastungsstörung

Woud M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bochum, Deutschland

Die dysfunktionale Interpretation des Traumas und seiner Folgen ist ein Kernsymptom der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die Modifikation solcher Kognitionen ist ein wichtiger Bestandteil der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die jedoch nur die bewussten und kontrollierbaren Prozesse beeinflusst. Gemäß der sogenannten Dual-Process-Modelle sind jedoch traumarelevante Symptome ebenso von automatischen und der bewussten Kontrolle nicht zugänglichen Prozessen abhängig. In Ergänzung zur KVT ist es daher von großer klinischer Relevanz, neue Interventionen zu entwickeln, die sich auch auf die dysfunktionalen automatischen Prozesse richten, welche sich z.B. in Form eines „cognitive bias“ zeigen.

Ziel dieses Vortrags ist es, eine mögliche neue Intervention vorzustellen, welche dysfunktionale automatische Prozesse bei der Verarbeitung traumarelevanter Materials gezielt beeinflusst: das Cognitive Bias Modification - Appraisal (CBM-App) Training. Dieses computergestützte Training richtet sich auf die Modifikation von automatischen traumarelevanten Kognitionen. Während des Vortrags werden analoge Studien präsentiert, die zeigen, dass CBM-App dysfunktionale Kognitionen als auch analoge Trauma-Symptome reduzieren kann. Des Weiteren werden erste Daten aus einem laufenden RCT vorgestellt, in welchem CBM-App bei stationären Patienten mit komplexer PTBS angewendet wird.

### Der Einfluss unterschiedlicher Stimulationsbedingungen auf psychophysiologische Parameter und Symptomreduktion während Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Sack M.<sup>1</sup>, Sattel H.<sup>1</sup>, Stingl M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

Stimulation mit Augenbewegungen während EMDR ist mit psychophysiologischen Orientierungsreaktionen assoziiert. Unklar ist, ob diese Effekte spezifisch durch Augenbewegungen ausgelöst sind und mit einer Reduktion von PTBS-Symptomen korrelieren.

Im Rahmen einer von der DFG-geförderten multizentrischen Studie wurden 139 Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung randomisiert entweder einer Behandlung mit Standard-EMDR, EMDR mit Blick auf die fixierte Hand (EF) oder EMDR ohne externe Aufmerksamkeitsfokussierung (EC) zugeteilt. Psychophysiologische Variablen bei 88 Patienten wurden während aller Behandlungssitzungen durch Impedanzkardiographie aufgezeichnet. Als primärer Outcome bezüglich der Reduktion von

PTBS-Symptomen wurden CAPS-Interviews erhoben. Die Verläufe der Herzfrequenz zeigen charakteristische Orientierungsreaktionen zu Beginn der Stimulation mit Augenbewegungen, etwas weniger stark ausgeprägt allerdings auch bei EF und EC. Die bisherigen Auswertungen zeigen keine klaren Zusammenhänge der während der Therapiesitzung erhobenen psychophysiologischen Parameter mit dem Behandlungserfolg und diesbezüglich auch keine signifikanten Differenzen zwischen den drei Behandlungsgruppen. Entgegen unserer Hypothese scheint die Auslösung von Orientierungsreaktion nicht spezifisch mit Augenbewegungen assoziiert zu sein. Die Ergebnisse der psychophysiologischen Datenauswertung unterstützen die Annahme, dass die duale Aufmerksamkeit während der Konfrontationsphasen ein signifikanter Wirkfaktor der EMDR-Behandlung ist.

## Selbstwahrnehmung als Stressor bei Patienten mit dissoziativen Bewusstseinsstörungen

Schäfflein E.<sup>1</sup>, Sattel H.<sup>1</sup>, Sack M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland

**Theoretischer Hintergrund:** Dissoziative Bewusstseinsstörungen können als komplexe Beziehungsstörungen zu sich selbst, zur Gegenwart und zu anderen Menschen angesehen werden. In der klinischen Erfahrung hat sich gezeigt, dass Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen die Selbstwahrnehmung, beispielsweise im Rahmen einer Spiegelkonfrontation, vermeiden.

Die vorliegende Studie untersucht die potentielle subjektive und psychophysiologische Stressreaktion im Rahmen eines Spiegelparadigmas mit neutraler, negativer und positiver innerer kognitiver Begleitung.

**Methode:** 18 Patienten mit mittels Mini-SKID-D gesicherter Diagnose einer komplexen dissoziativen Bewusstseinsstörung und 18 gesunde Kontrollprobanden (gematcht nach BMI und Alter) nahmen an einem Experiment teil (Dauer ca. 30 Minuten). Die Teilnehmer wurden dreimalig einer Spiegelkonfrontation des Gesichts ausgesetzt (neutrale bzw. negative oder positive innere kognitive Begleitung, Dauer jeweils zwei Minuten). Direkt im Anschluss wurde jeweils die subjektive Stressbelastung mittels des SUD (subjective units of disturbance)-Werts und der Subskala Dissoziation des RSDI (Responses to Script-Driven Imagery Scale) erhoben. Während der gesamten Messung wurden psychophysiologische (EKG, Impedanzkardiographie) Parameter abgeleitet.

**Ergebnisse:** In der Patientengruppe zeigte sich im Rahmen der neutralen Spiegelkonfrontation ein signifikanter Anstieg des subjektiven Stresserlebens (SUD, RSDI Subskala Dissoziation), welcher bezüglich des SUD in Richtung negative und positive innere kognitive Begleitung jeweils nochmals signifikant zu- bzw. abnahm, sich in der psychophysiologischen Messung jedoch nicht widerspiegelte.

In der Kontrollgruppe ergab sich kein Hinweis auf subjektives oder psychophysiologisch messbares Stresserleben.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Selbstwahrnehmung für Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen einen erheblichen Stressor darstellt. Therapieansätze zur Förderung des Selbstbezugs und Selbstmitgefühls sowie v.a. die Spiegelkonfrontationen könnten somit in der therapeutischen Arbeit bei hochdissoziativen Patienten - sowohl therapeutisch als auch diagnostisch - zielgerichtet eingesetzt werden.

## Kinder- und Jugendpsychosomatik

### Relationships as Regulators? Familiäre Alltagsroutine und ihr Einfluss auf Medienverhalten und Gewicht bei Vorschulkindern

Kaplik E.<sup>1</sup>, Erschens R.<sup>1</sup>, Ehehalt S.<sup>2</sup>, Giel K.<sup>1</sup>, Gawrilow C.<sup>3</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 Stuttgart, Kinder-, Jugend- und Zahngesundheit, Gesundheitsförderung, Soziale Dienste, Stuttgart, Deutschland, <sup>3</sup>Eberhard Karls Universität Tübingen, Psychologisches Institut, Arbeitsbereich Schulpsychologie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Vor dem Hintergrund steigender Prävalenzraten auch in der Altersgruppe der Vorschulkinder (9% übergewichtig (ÜG), davon 3% adipös (AD) (Kurth, 2007)), untersucht die hier vorgelegte Studie normal- und übergewichtige Vorschulkinder hinsichtlich differentieller Familienkohäsion, Regeln, Rituale und dem Fokus auf gesunde Ernährung in der familiären Alltagsroutine und deren Einfluss auf Medienverhalten und Gewicht.

**Methode:** Querschnittliche Erfassung von Zielvariablen und Determinanten mittels Elternfragebogen bei Einschulungsuntersuchung im gesamten Stadtgebiet einer süddeutschen Großstadt. Deskriptive, explorative und hypothesengeleitete Analyse der quantitativen Daten mittels Mann-Whitney-U- und Kruskal-Wallis-Testungen, multiplen logistischen Regressionen sowie mittels „pairwise matching“ hinsichtlich Kovariaten.

**Ergebnisse:** Stichprobe:  $n = 1320$  Eltern von Vorschulkindern eines Einschulungsjahrganges (RR: 27%). Durchschnittsalter der Kinder: 4;11 Jahre (4;2 - 5;9). 51% m ( $n = 676$ ); 49% w ( $n = 644$ ). 92,7% ( $n = 1224$ ) normalgewichtig, 7,3% ( $n = 96$ ) ÜG, davon 3,3% ( $n = 44$ ) AD.

Alltagsroutine: Familien mit übergewichtigen Vorschulkindern erreichen geringere Summenwerte: Familienkohäsion ( $z = -3.06, p < .05$ ), Regeln ( $z = -3.10, p < .01$ ), Rituale ( $z = -5.05, p < .01$ ), gesunde Ernährung ( $z = -2.35, p < .05$ ).

Chance Medien zu konsumieren: bei ÜG = Odds ratio (OR) 1.99; bei AD = OR 4.01.

Kovariaten: Familienanamnese (OR 3.31) und Migration (OR 2.26) erhöhen die Chance auf Übergewicht. Familienanamnese (OR

1.99), Migration (OR 2.39) und Einkommen (OR 2.33) erhöhen die Chance auf Medienkonsum.

Nach Ausgleich der Kovariaten: Familien mit adipösen Vorschulkindern haben weniger feste Rituale in ihrem Alltag ( $t(53) = 2.14; p < .05$ ) und achten weniger auf gesunde Ernährung ( $t(52) = 2.99; p < .01$ ).

**Diskussion:** Diese Studie zeigt, dass sich die familiäre Alltagsroutine zwischen normal- und übergewichtigen Vorschulkindern unterscheidet. Die Ergebnisse bestätigen, dass Migration und Familienanamnese die Entwicklung von Übergewicht beeinflussen. Außerdem wirken sich diese Faktoren hier auch direkt auf den Medienkonsum aus. Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern und die familiäre Alltagsroutine in den Dimensionen Familienkohäsion, Regeln, Rituale und Fokus auf gesunde Ernährung scheinen für die Prävention und Intervention von Adipositas wichtige Aspekte darzustellen, ihren Einflüssen sollte in interventionellen Studien weiter nachgegangen werden.

## Transkulturelle Beratung und Psychotherapie mit Flüchtlingskindern und Migrantenfamilien

Lucas T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kinderzentrum, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland

Ein Großteil der Flüchtlinge aus Krisengebieten war vor dem Heimatverlust und Kulturwechsel Krieg, Verfolgung und dann einer Flucht ausgesetzt, deren Bedrohungen und Belastungen uns Medienberichte erahnen lassen. Kinder sind dabei besonders vulnerabel. Durch traumatische Erlebnisse -auch der Eltern- werden ihr Urvertrauen erschüttert, ihre Entwicklung, Bindungsfähigkeit und Gesundheit nachhaltig gefährdet. Die Zuflucht in Europa verbinden Flüchtlinge mit dem, was sie am dringendsten brauchen: Sicherheit und Hoffnung. Die Realität sah bislang meist anders aus (stark eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerber-Leistungs-Gesetz, teils jahrelange Angst vor Abschiebungen im Rahmen kurzfristiger Ketten-Duldungen, Xenophobie Hassparolen oder gar Brandanschläge etc.). Analog zu der von Keilsson, 1979 beschriebenen sequentiellen Traumatisierung sind bei posttraumatischen Belastungen die Lebensbedingungen im Zufluchtsland von hoher Bedeutung für die Möglichkeit einer Stabilisierung und für die weitere Prognose. Dies impliziert jenseits unserer fachlichen Kompetenz eine hohe soziale Verantwortung der Zuflucht bietenden Gesellschaft. Wie können wir in diesem Spannungsfeld therapeutisch wirksam werden? Der Vortrag stellt Fakten sowie die Komplexität fachlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen dar und gibt einen Ausblick auf verfügbare evidenzbasierte Antworten.

Diese werden in der Fortbildung „Psychosomatik im Kinder- und Jugendalter“ auf diesem Kongress vertieft, verbunden mit der Möglichkeit, Grundlagen einer hilfreichen therapeutischen Haltung samt Handwerkszeug und Erfahrungen in der transkulturellen Arbeit - oft mit Dolmetschern - zu vertiefen.

## Differentieller Aggressionsfragebogen - Ein Verfahren zur Erfassung reaktiver und proaktiver Aggression bei Kindern und Jugendlichen

Preis F.<sup>1</sup>, Petermann F.<sup>2</sup>, Beckers L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hogrefe Verlag, Göttingen, Deutschland, <sup>2</sup>Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, Bremen, Deutschland, <sup>3</sup>Schulpsychologische Beratungsstelle Eutin, Eutin, Deutschland

Im Alltag äußert sich aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen in sehr vielfältiger Weise. In den letzten 20 Jahren hat die Unterscheidung zwischen proaktiver und reaktiver Aggression immer stärker an Bedeutung gewonnen. Um die Lücke der deutschsprachigen Testdiagnostik zur Erfassung reaktiver und proaktiver Aggression bei Kindern und Jugendlichen zu schließen, wurde der Differentielle Aggressionsfragebogen (DAF) für Kinder und Jugendliche im Alter von 10;0 bis 17;11 Jahren entwickelt. Neben Aussagen zum Ausmaß reaktiver und proaktiver Aggression lässt sich mit dem (DAF) die Gesamt-Aggression als übergreifendes Maß für aggressives Verhalten bestimmen. Zudem werden jeweils zwei Facetten reaktiver und proaktiver Aggression unterschieden: *Wut-Aggression* und *Defensive Aggressionsattribution* für reaktive Aggression sowie *Ressourcen-Aneignung* und *Macht /Dominanz-Ausübung* für proaktive Aggression. Die 16 Items werden den Kindern und Jugendlichen zur Selbsteinschätzung vorgegeben. Der Beurteilungszeitraum umfasst die letzten 6 Monate. Die interne Konsistenz des DAF variiert zwischen  $.72 \geq \alpha \leq .83$ . Die Retest-Reliabilitäten (Zeitraum: 6 Wochen) liegen zwischen  $r_{tt} = .63$  und  $.73$ . Zusammenhänge der DAF-Skalen mit anderen Testverfahrensskalen (z.B. aus dem SDQ) liefern konvergente und divergente Validitäten. Darüber hinaus entspricht die Ladungsstruktur der Items in den Faktorenanalysen den theoretischen Annahmen. Für die Interpretation individueller Kennwerte liegen T-Werte und Prozentränge für jüngere (10;0-13;11 Jahre) und ältere (14;0-17;11 Jahre) Mädchen und Jungen vor ( $N = 1.470$ ). Der DAF stellt somit ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von reaktiver und proaktiver Aggression bei Kindern und Jugendlichen im deutschsprachigen Raum dar.

**Literatur:** Petermann, F. & Beckers, L. (2014). *Differentieller Aggressionsfragebogen. Ein Verfahren zur Erfassung reaktiver und proaktiver Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

## Picture-Set of Young Childrens Affective Facial Expression (PSYCAFE) ein Projekt zur Erstellung von validiertem visuellen Stimulusmaterial zur mimischen Affektexpressivität bei Kindern im Vorschulalter

Franz M.<sup>1</sup>, Rampoldt D.<sup>2</sup>, Hahn S.<sup>1</sup>, Müller T.<sup>1</sup>, Schäfer R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>Walter Blüchert Stiftung, Gütersloh, Deutschland

**Einleitung:** Die Fähigkeit zur schnellen Wahrnehmung und Verarbeitung von affektiven Hinweisreizen wie affektexpressive Gesichtsmimik, ist eine substantiell bedeutsame Basiskompetenz zur Regulation und Abstimmung menschlichen Verhaltens.

In wissenschaftlichen Studien zur Wahrnehmung und Verarbeitung von affektexpressiver Mimik im Grundlagen- und Anwendungsbereich wird häufig standardisiertes Stimulusmaterial eingesetzt, welches prototypische Mimik der Basisemotionen (Wut, Trauer, Angst, Freude, Ekel, Überraschung) darstellt. Bislang existiert jedoch kein Set mit Bildern von Vorschulkindern. Ein solches Bilderset würde neue Forschungsansätze ermöglichen, weil hier bei der Reizpräsentation neben dem eigentlichen Affektausdruck auch Aspekte des „Kindchenschemas“ transportiert werden und eine tiefere Evaluation des Affektstimulus bahnen könnte.

Ziel des Projektes „PSYCAFE“ ist die Erstellung eines solchen Bildersets mit Kindern im Alter von 4-6 Jahren unter wissenschaftlich methodischen Gesichtspunkten.

**Methode:** Im Rahmen von Theaterworkshops in Kitas unter theaterpädagogischer Anleitung wurden von insgesamt 35 Kindern (21 Mädchen/ 14 Jungen, Alter 4-6) Portraitaufnahmen erstellt. Diese wurden anschließend durch eine Stichprobe von 197 Probanden hinsichtlich Affektausdruck und Affektintensität eingeschätzt. Mittels clusteranalytischer Verfahren sowie über Berechnung der Itemschwierigkeit und FACS Codierung sollen jene Bilder ausgewählt werden, welche für die jeweiligen Basisemotionen „prototypisch“ sind. Diese Bilder sollen anschließend in Anlehnung an das Bilderset „Karolinska Averaged Directed Emotional Faces“ (AKDEF, Lundqvist, Flykt, & Öhman, 1998) für jeden Basisaffekt mittels „digitaler Überlagerung“ für Jungen und Mädchen gemittelt und somit de-individualisiert werden.

**Ergebnisse:** In Abhängigkeit der cluster- und itemanalytisch gewonnenen Anforderungskriterien zur affekt-spezifischen Validität ergaben sich 162 Bilder für die Basisaffekte (Jungen/ Mädchen) Diese sollen nun weiter verarbeitet und in einer ersten Validierungsstudie eingesetzt werden. Ziel ist hierbei, die Bilder mit den schon existierenden Erwachsenen-Sets zu vergleichen. Erste Ergebnisse sind vielversprechend.

## Neue Medien in Klinik und Forschung

### Serious Games in der Psychotherapie und Psychosomatischer Rehabilitation: Effektivität und Inanspruchnahmebereitschaft

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

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

**Theoretischer Hintergrund:** Während sich das Internet in der Versorgung psychischer Störungen bereits in der Etablierungsphase befindet, wird auch mit anderen modernen Medien experimentiert, so ganz aktuell mit sog. Serious Games. 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 und psychosomatischer Erkrankungen sehr jung. Neben der Frage der Effektivität solcher Spiele im Rahmen von Psychotherapie ist ebenso die Akzeptanz durch Patienten wie Therapeuten für den Erfolg entscheidend.

**Fragestellungen:** Wie ist die Effektivität von Serious Games im Einsatzfeld von psychischen Störungen zu bewerten? 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 Patienten würde mit welchen soziodemografischen und klinischen Merkmalen Serious Games nutzen wollen?

**Methode:** Der Frage nach der Effektivität wurde mit einem systematischen Review nachgegangen. Dazu wurden eine systematische Literaturrecherche mit festgelegten Begriffen in den Datenbanken Medline und PsycINFO durchgeführt. Publikationen ohne empirische Wirksamkeitsstudien (Einschlusskriterium: mindestens Pre-Post-Design) wurden ausgeschlossen.

Die Inanspruchnahmebereitschaft wurde mit einem selbst entwickelten Fragebogen (jeweils Therapeuten- und Patientenversion) in einer Online-Studie nachgegangen.

**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 in der Behandlung verschiedener psychischer Störungen effektiv sind.

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.

## www.common-metrics.org - eine Website zur Verbesserung der Vergleichbarkeit psychometrischer Instrumente

Fischer F.<sup>1,2</sup>, Rose M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Zur Erhebung der meisten in Wissenschaft und Versorgung relevanten Konstrukte wie Depression, Angst und körperliche Funktionsfähigkeit gibt es eine Vielzahl von Fragebögen. In den letzten Jahren wurden auf Basis der Item-Response Theory Modelle entwickelt, die diese Instrumente auf einer gemeinsamen Skala verankern und somit vergleichbar machen. Gegenüber der Verwendung von Summenscores hat die Schätzung der latenten Konstruktausprägung neben der verbesserten Vergleichbarkeit der Daten den Vorteil, dass sie auch beim Vorliegen fehlender Werte möglich ist und eine höhere Genauigkeit aufweist. Wir haben eine Website (www.common-metrics.org) entwickelt, die es Forschern erlaubt, Daten aus verschiedenen Instrumenten auf einer gemeinsamen Skala abzubilden und somit die Vorteile der Item-Response Theory zu nutzen.

**Methoden:** www.common-metrics.org greift auf Itemparameter aus publizierten Arbeiten zurück, zum Beispiel aus dem US-amerikanischen PROSETTA-Stone Projekt. Bisher können Modelle zu Depression (unter anderem mit BDI-II, CES-D, HADS, ISR, PHQ-9, PROMIS, SF36), Angst (GAD-7, PANAS, PROMIS) und körperlicher Funktionsfähigkeit (SF36, HAQ-DI) geschätzt werden. Implementiert wurden Expected A Posteriori (EAP), Bayes Modal (MAP), Weighted Likelihood Estimation (WLE) und Maximum Likelihood (ML) Methoden zur Schätzung der latenten Ausprägung des Konstruktes.

**Ergebnisse:** Daten aus der RECODE-HF Studie belegen größtenteils eine gute Übereinstimmung der Schätzungen unabhängig vom verwendeten Fragebogen.

**Diskussion:** Durch www.common-metrics.org wurde eine Möglichkeit geschaffen, für viele klinisch und wissenschaftlich relevante Fragebögen Ergebnisse auf einer instrumentenunabhängigen Skala leicht und schnell zu berechnen. Damit werden Stichproben vergleichbar, in denen z.B. Depressivität mit verschiedenen Instrumenten erhoben wurde. Die Vorteile moderner psychometrischer Methoden werden durch unsere Website leichter nutzbar; sie trägt damit zur stärkeren Standardisierung der Erhebung von patientenzentrierten Endpunkten bei.

## App „PTBS Coach“ - Tool zum Selbstmanagement und Wegweiser bei psychischen Einsatzfolgestörungen

Glathe C.<sup>1</sup>, Lorenz P.<sup>1</sup>, Scherf A.<sup>2</sup>, Schopp M.<sup>2</sup>, Zimmermann P.<sup>3</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Schellong J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum C.G.C. der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Universität der Bundeswehr München, Institut für Technische Informatik, München, Deutschland, <sup>3</sup>Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Soldaten verfügen über gute Fähigkeiten zur Selbstregulierung, selbst wenn sie - insbesondere im Auslandseinsatz - potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind. Diskrepanz besteht allerdings zwischen Bedarf und Inanspruchnahme von Beratung und Therapie bei psychischen Einsatzfolgestörungen, wie z.B. der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Subjektive Barrieren sind die häufigsten Gründe, die ausreichend vorhandenen professionellen Hilfsangebote nicht in Anspruch zu nehmen.

Soldaten sind den Umgang mit neuen Medien gewohnt. Niedrigschwellig verfügbare Informationen und Psychoedukation über freie Applikationen für mobile Endgeräte setzen am Punkt Selbsteinschätzung/Selbstmanagement an und könnten den Einstieg in eine eventuell erforderliche Behandlung erleichtern bzw. Wartezeiten auf einen Therapieplatz überbrücken.

Eine App zu PTBS könnte Betroffene u.a. durch Stärkung der Selbsthilfe im Umgang mit Beschwerden unterstützen und den Zugang zu professioneller Hilfe erleichtern.

**Methode:** Im ersten Schritt werden bestehende App-Angebote sowohl weltweit als auch im deutschen Sprachraum analysiert. Anschließend wird eine eigene Version, die App „PTBS Coach“, als Prototyp in Kooperation zwischen der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden dem Institut für Technische Informatik der Universität der Bundeswehr München und dem Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Berlin programmiert und getestet. Darauf folgend wird diese Version durch potentielle Nutzer hinsichtlich Usability und wahrgenommener Unterstützung überprüft.

**Ergebnisse:** Eine deutschsprachige App zu PTBS ist noch nicht verfügbar. Ähnliche Modelle im angelsächsischen Raum stoßen auf hohe Resonanz. Für die Entwicklung einer interaktiven und datensicheren App im deutschen Sprachraum, angepasst an die spezifischen Bedürfnisse der deutschen Bundeswehr, sind mehrere Aspekte zu berichten. Zusätzlich werden erste Ergebnisse der Usability-Studie vorgestellt.

**Schlussfolgerung:** Ein niedrigschwelliger Zugang zu Informationen und Hilfsangeboten für Soldaten, die an einsatzbedingten psychischen Störungen leiden, kann durch Stärkung des Selbstmanagements bei möglichen Traumafolgesymptomen unterstützen. Die Erforschung und Implementierung einer hochsicheren

Datenanbindung und -haltung der App dient dem Schutz von Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität, wie sie in Deutschland gefordert sind.

## Reha:Info - Internetplattform zur Vorbereitung auf die psychosomatische Rehabilitation

Schury K.<sup>1</sup>, Becker J.<sup>1</sup>, Gerzymisch K.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Siepmann M.<sup>2</sup>, Franke W.<sup>3</sup>, Schmädeke S.<sup>4</sup>, Labitzke N.<sup>5</sup>, Pachtchenko S.<sup>6</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Rehabilitation, Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale, Deutschland, <sup>3</sup>Rehazentrum Bad Kissingen der DRV Bund, Klinik Rhön, Bad Kissingen, Deutschland, <sup>4</sup>AHG Klinik für Psychosomatische Rehabilitation Bad Dürkheim, Bad Dürkheim, Deutschland, <sup>5</sup>Medienzentrum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>6</sup>Institut für Wissensmedien der Universität Koblenz-Landau, Koblenz, Deutschland

Psychosomatische Rehabilitationskliniken informieren ihre zukünftigen Patienten meist über schriftliche Informationsmaterialien (Kobelt et al. 2011). Gegenüber solchen textbasierten Materialien können audiovisuelle Medien Emotionen besser ansprechen, Aufmerksamkeit gezielter lenken und Lernprozesse initiieren (Dowrick, 1991; Walker et al., 2005). Bei psychoonkologischen Patienten konnten durch Videos Ängste vor der Behandlung reduziert und die Zuweisungszufriedenheit verbessert werden (Thomas et al., 2000; Walker et al., 2005). Da Behandlungserwartungen den psychotherapeutischen Behandlungserfolg maßgeblich beeinflussen (Norcross, 2011), wurde in der vorliegenden Studie eine video-basierte Internetplattform zur Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation entwickelt, die die Ergebniserwartung und Therapiemotivation zukünftiger Patienten erhöhen soll.

Basierend auf einer qualitativen Bedarfserhebung (Fokusgruppen) mit 31 Patienten und 18 Mitarbeitern verschiedener Professionen aus zwei Rehabilitationskliniken wurden semi-dokumentarische Video-Clips entwickelt, die die Geschichte von vier fiktiven Patienten (Schauspieler) vor, während und nach der Rehabilitation erzählen. Diese Patienten bilden vier häufige psychosomatische Störungsbilder und unterschiedliche Lebenshintergründe ab, um eine Identifikation mit den Figuren zu ermöglichen. Jedes Video beinhaltet zentrale Aspekte psychosomatischer Rehabilitation, wie z.B. Berufsbezug oder Rolle der Mitpatienten. Videos fiktiver Experten-Statements vermitteln Fakten zu Konzepten, Bedingungen und Therapiemethoden und andere relevante Aspekte der Rehabilitation.

Die Internetplattform wird derzeit in drei psychosomatischen Rehabilitationskliniken in einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) evaluiert. Es soll eine Gesamtstichprobe von  $N = 788$  volljährigen Patienten untersucht werden (Kontrollgruppe: treatment

as usual (TAU),  $n = 394$ ; Interventionsgruppe: TAU + Zugang zur Internetplattform,  $n = 394$ ).

Wir erwarten, dass die Vorbereitung auf die stationäre Rehabilitation mittels Videos auf unserer Internetplattform die Ergebniserwartung (CEQ), sowie die berufsbezogene Therapiemotivation (FBTM) der zukünftigen Rehabilitations-Patienten erhöht. Wir vermuten weiterhin einen positiven Effekt auf die Funktionalität im Alltag und das psychisches Befinden (IRES-24) nach der Rehabilitation. Die Internetplattform sowie das Studiendesign werden vorgestellt.

## Online-Gesundheitsprogramme in der psychosomatischen Rehabilitation: Akzeptanz und Bedarf bei Mitarbeitern und Patienten

Hennemann S.<sup>1</sup>, Rudolph F. M.<sup>2</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Mittelrhein-Klinik, Fachklinik für Psychosomatische und Onkologische Rehabilitation, Boppard - Bad Salzig, Deutschland

Online-Gesundheitsprogramme bieten vielversprechende Möglichkeiten zur Erweiterung des Behandlungsangebots der psychosomatischen Rehabilitation, auch in Form von internetbasierter Nachsorge (Lin, Ebert, Lehr, Berking, & Baumeister, 2013). Voraussetzung für eine effektive Implementierung im klinischen Kontext ist eine ausreichende Akzeptanz (Waller & Gilbody, 2009). Bei Patienten und Behandlern ist diese nach bisherigen Befunden gering bis moderat ausgeprägt, auch für psychologische Online-Interventionen (Ebert et al., 2015; Eichenberg & Kienzle, 2013). In der vorliegenden Studie wurde daher die Bedeutung des Internets bei Gesundheitsproblemen sowie die Akzeptanz und der Bedarf an Online-Gesundheitsprogrammen mit Schwerpunkt auf Nachsorge bei Patienten und Mitarbeitern verschiedener Indikationsbereiche der stationären Rehabilitation exploriert. Zunächst wurden dazu qualitative Interviews geführt ( $N = 27$  Mitarbeiter,  $N = 14$  Patienten) und die daraus gewonnenen Hypothesen anschließend in einer größeren Stichprobe in einer quantitativen Fragebogenerhebung untersucht. Aufgrund erhöhter beruflicher Belastung von Rehabilitanden (Bürger & Deck, 2009) war dabei auch der Bedarf an internetbasierter Nachsorge bei berufsbedingten psychosomatischen Belastungen von Interesse. Für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation weisen die Ergebnisse der bereits abgeschlossenen qualitativen Interviews darauf hin, dass internetbasierte Nachsorge von Behandlern eher ambivalent-skeptisch beurteilt wird, insbesondere bezüglich der Beziehungsgestaltung oder der Steuerbarkeit von Gesundheitsverhalten über das Internet. Patienten äußern ähnliche Berührungsängste, die Akzeptanz ist jedoch tendenziell höher. Als Chance wird von Mitarbeitern gleichzeitig der vereinfachte „Zugriff“ durch digitale Verlaufsbeobachtung gesehen. Patienten scheinen von modernen Medien zur Nachsorge vor allem eine motivationale bzw. korrigierende

Begleitung („Online-Coaching“) sowie einen vereinfachten Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erwarten. Die Unterstützung der beruflichen Reintegration wurde hingegen weniger mit internetbasierter Nachsorge assoziiert. Neben den qualitativen Resultaten werden zudem neue Ergebnisse der bis Oktober 2015 laufenden quantitativen Befragung von Mitarbeitern und Patienten vorgestellt und diskutiert.

## Umsetzung der internetbasierten Nachsorge GSA-Online plus (Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz) für beruflich belastete Rehabilitanden

Wirth A.<sup>1</sup>, Böhme K.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Becker J.<sup>1</sup>, Gerzymisch K.<sup>1</sup>, Henemann S.<sup>1</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Nachsorgemaßnahmen dienen der Verstetigung des Rehabilitationserfolgs und damit der langfristigen Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Internetbasierte Gesundheitsinterventionen bieten für die Rückkehr in den Alltag und das Berufsleben eine Brückenfunktion mit ökonomischer und zeitlich und örtlich flexibler Unterstützung (Berger & Andersson, 2009). Das Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz Online (GSA-Online) wurde als psychodynamisch orientierte, indikationsübergreifende, 12-wöchige Intervention entwickelt. Teilnehmer beschrieben wöchentlich konkrete Erfahrungen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz und erhielten zeitnah hilfreiche Rückmeldung durch einen Online-Therapeuten. Die Evaluation des Nachsorgeprogramms in einer randomisiert-kontrollierten Studie ergab eine hohe Akzeptanz unter den Teilnehmern und eine Überlegenheit gegenüber reiner Online-Information hinsichtlich beruflicher und gesundheitlicher Merkmale bis zur 12-Monats-Katamnese (Zwerenz et al., 2015). Ziel der aktuellen Umsetzungsstudie ist es, Implementierung, Akzeptanz und Kostenwirksamkeit von GSA-Online unter Praxisbedingungen zu untersuchen. Das Programm wird in drei neuen Kooperationskliniken mit den vier Indikationsbereichen Psychosomatik, Kardiologie, Orthopädie, Onkologie (inkl. Schwerpunkt Rheumatologie) von ca. N = 212 Rehabilitanden durchlaufen. Die Anwendbarkeit des klinikübergreifend betreuten Programms wird aufgrund der bisherigen Ergebnisse vereinfacht und durch ein Informationsmodul (GSA-Online plus) für Patienten und Behandler ergänzt.

Aus Patienten- und Behandler-sicht werden Akzeptanz, Empfehlungsrate und Inanspruchnahme erhoben. Neben der erhobenen Kostenwirksamkeit (Auswirkungen auf Depressivität und subjektive Erwerbsprognose, bezogen auf Kosten der Intervention) werden Grundlagen für eine breite Umsetzung erarbeitet. Vorgestellt und diskutiert werden das Studiendesign sowie die erwarteten Ergebnisse von GSA-online plus.

Berger, T. & Andersson G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59, 159-70.

Zwerenz, R., Becker, J., Gerzymisch, K., Holme, M., Kiwus, U., Knickenberg, R. J., Spörl-Dönch, S., Beutel, M. E. (2015): Nutzung und Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Online-Nachsorge „GSA-Online“ für beruflich belastete Patienten und Schlussfolgerungen für die Implementierung. *DRV-Schriften*, Band 107. 172-174.

## Migration und Psychotherapiebedarf

### Psychische Gesundheit von Migranten- Ergebnisse aus der Gutenberg Gesundheitsstudie

Beutel M.<sup>1</sup>, Jünger C.<sup>2</sup>, Michal M.<sup>1</sup>, Henning M.<sup>3</sup>, Subic-Wrana C.<sup>3</sup>, Wiltink J.<sup>3</sup>, Brähler E.<sup>3</sup>, Klein E.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2. Medizinische Klinik für Kardiologie, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

Ogleich international bekannt ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund besonderen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, fehlen bisher repräsentative deutsche Studien. Wir verglichen daher ein breites Spektrum psychischer Belastungen bei Migranten erster und zweiter Generation mit Nichtmigranten und bei türkischen vs. anderen Migranten erster Generation. Wir untersuchten die Querschnittsdaten von n=15.010 Teilnehmer der Gutenberg Gesundheitsstudie (GHS), einer populationsbasierten, prospektiven Kohortenstudie in den Landkreisen Mainz und Mainz-Bingen (Alter 35 bis 74Jahre). Depression und Angst wurden erfasst mit dem PHQ (PHQ-9, GAD-2, Panikitem), Depersonalisation mit der CDS-2, soziale Angst mit dem Mini SPIN und Typ D mit dem Typ D Fragebogen. Suizidalität wurde mit dem Item des PHQ9 erfasst.

Der Anteil Migranten 2. Generation betrug 13%, 1. Generation (nach 1949 zugewandert) 10.6%. Unter den Migranten 1. Generation stellten türkischstämmige Migranten mit 8.9% die größte Gruppe. Migranten 1. Generation gaben auch bei Kontrolle von Geschlecht, Alter und Sozialstatus signifikant mehr generalisierte Angst (OR1.38; 95% CI1.13-1.68), Panikattacken in den letzten 4 Wochen (OR=1.43; CI 1.16-1.77); Depersonalisation (OR2.10; CI1.31-3.36), Suizidalität ( ); tendenziell auch Depression (OR=1.20; CI.99-1.45); Typ D an als Nichtmigranten. Türkische Migranten beiderlei Geschlechts gaben im Vergleich zu nicht-türkischen Migranten 1. Generation vermehrte psychische Belastungen, vor allem aber eine deutlich erhöhte Neigung zu Gedanken an Suizid an (OR=3.10; CI1.86-5.17) an. Auch bei Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und Sozialstatus findet sich eine hohe psychische Belastung von Migranten der ers-



ten Generation (immerhin 10.6% der Bevölkerung) vor allem bzgl. generalisierter Angst, Panikstörungen, Depersonalisation und Typ D. Alarmierend ist die hohe psychische Belastung, insbesondere die Suizidalität unter den türkischstämmigen Migranten 1. Generation. Es handelt sich um eine der wenigen repräsentativ angelegten Bevölkerungsuntersuchungen zu diesem Thema; sie lässt sich aufgrund der deutschsprachigen Erhebungsinstrumente aber nur auf Migranten mit guten Deutschkenntnissen generalisieren. Weitere Auswertungen sollen Risikokonstellationen und mögliche Ursachen der psychischen Belastungen ergünden.

## Leben religiöse Migranten gesünder? Religiosität und Gesundheitsverhalten bei polnisch-stämmigen Migranten in Deutschland

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:** Empirische Studien zu Religiosität und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten (z.B. Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum etc.) weisen mehrheitlich einen günstigen Zusammenhang zwischen diesen Variablen auf, wobei die Rolle der Religiosität für den Gesundheitsstatus von Personen mit Migrationshintergrund im deutschsprachigen Raum unzureichend erforscht ist.

**Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen der Religiosität und dem Gesundheits- bzw. Risikoverhalten bei polnisch-stämmigen Migranten in Deutschland.

**Methode:** Bei 256 Personen mit polnischem Migrationshintergrund (Alter:  $42,5 \pm 14,1$  Jahre, Range: 18-84 Jahre; 65,6 % Frauen) wurde die Religiosität mit der Zentralitätsskala (Z-Skala, Huber, 2003) gemessen, die eine Kategorisierung der Respondenten in drei Gruppen (sehr, mittel und marginal / nicht religiös) ermöglicht. Für das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten wurden folgende Parameter erhoben: aktuell Raucher: ja/nein; Anzahl von gerauchten Zigaretten/Tag; Alkoholkonsum: nie, selten, einmal/Monat, mehrmals/Monat, einmal/Woche, mehrmals/Woche, täglich; sportliche Aktivität/Woche: keine, < 1h, 1-2h, 2-4h, >4h).

**Ergebnisse:** Es zeigten sich signifikante Unterschiede ( $p=.001$ ) hinsichtlich der Häufigkeit des Raucher-Status in den unterschiedlichen religiösen Kategorien der Respondenten. Mehr als die Hälfte (51,2%) der marginal bzw. nicht religiösen polnischen Migranten gab an, aktuell Raucher zu sein, während dies auf knapp ein Drittel (31,5%) der mittel Religiösen und nur auf weniger als ein Fünftel (18,6%) der sehr Religiösen zutraf. Es gab ebenfalls eine statistisch bedeutsame negative Korrelation zwischen dem Ausmaß der Religiosität und der Anzahl an täglich gerauchten Zigaretten ( $r = -.26, p < .001$ ) sowie der Frequenz des Alkoholkonsums ( $r = -.30, p < .001$ ): mit größerer Religiosität ging eine geringere Zigarettenmenge sowie eine seltenere Frequenz des Alkoholkonsums einher. Die sportliche Aktivität dagegen war nicht mit der

Religiosität assoziiert ( $r = -.10, p = .13$ ). Nach Kontrolle des Alters blieb das Ergebnismuster der Korrelationsanalysen bestehen.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass die Religiosität als ein protektiver Faktor für das Rauchverhalten sowie den Alkoholkonsum bei polnisch-stämmigen Migranten angesehen werden kann und somit als Ressource in der klinischen Praxis berücksichtigt werden sollte.

## Warum werden Flüchtlinge im Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens stationär behandlungsbedürftig?

Henning M.<sup>1</sup>, Fehr C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Agaplesion Markus Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Frankfurt am Main, Deutschland

**Hintergrund:** Der Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens ist eine Dienststelle der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (HEAE). Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main behandelt Patienten, die im Transit-Bereich wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandlungsbedürftig werden. Wir untersuchten das diagnostische Spektrum der psychischen Erkrankungen dieser Patienten.

**Methode:** Wir untersuchten in der Gruppe der stationär aufgenommenen Flüchtlinge aus dem Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens die Verteilung aller gestellten psychischen Diagnosen über einen Aufnahme-Zeitraum von viereinhalb Jahren (01/2010 - 06/2014). Wir verglichen die Daten mit denen einer alters- und geschlechtsgleichen Gruppe von zum selben Zeitpunkt in der Klinik stationär behandelten Patienten mit Migration in der Vorgeschichte und mit denen einer alters- und geschlechtsgleichen Gruppe von in der Klinik stationär behandelten Patienten ohne festen Wohnsitz.

**Ergebnisse:** Bei den Patienten, die wir aus dem Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens in die Klinik aufnahmen, zeigten sich als häufigste Diagnosen eine akute Selbstbeschädigung in suizidaler Absicht, eine depressive Störung und eine posttraumatische Belastungsstörung. Im Vergleich der Gruppe der Patienten aus dem Transit-Bereich mit der von Patienten mit Migration in der Vorgeschichte und der von Patienten ohne festen Wohnsitz zeigten sich für diese Diagnosen signifikant höhere Inzidenzen für die Gruppe der Patienten aus dem Transit-Bereich.

**Diskussion:** Flüchtlinge im Transit-Bereich des Frankfurter Flughafens, die wegen einer psychischen Erkrankung behandlungsbedürftig werden, scheinen eine hoch gefährdete Gruppe von Patienten zu sein. Eine Diskussion eines Screenings der asylsuchenden Menschen im Transit-Bereich des Flughafens sowie einer Evaluation der Versorgungssituation und der Behandlungsoptionen erscheint sinnvoll.

## Das Tübinger Tandem-Programm „interkulturelle Kommunikation“ für internationale Medizinstudierende und seine Auswirkungen auf Studienstart, Beziehungsaufnahme und Wohlbefinden - eine qualitative Studie

Erschens R.<sup>1</sup>, Stuber F.<sup>1</sup>, Schank I.<sup>1</sup>, Huhn D.<sup>2</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Aktuelle Studien zeigen, dass ausländische Medizinstudierende in Deutschland häufiger von einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität, fehlenden Sozialkontakten, schlechteren Studienergebnissen und hohen Abbruchquoten betroffen sind. Gefördert durch den Innovationsfonds Medizin, Förderlinie Lehre und Ausbildungsforschung Baden-Württemberg, wurde das am Standort Tübingen entwickelte und implementierte Tandem-Projekt auf seine Akzeptanz und Wirksamkeit untersucht. Im Tandem-Projekt bilden jeweils ein deutschsprachiger Studienanfänger und ein Studienanfänger aus dem Ausland ein Tandem-Paar. Gemeinsam durchlaufen die beiden Studierenden die Herausforderungen des Studienstarts und den Übergang von Schule zur Hochschule.

**Methode:** Mittels leitfadengestützten Einzelinterviews wurden Tandem-Paare aus fünf Semestern bezüglich der Auswirkung des Tandem-Projekts auf den Studienstart, die Beziehungsaufnahme und das Wohlbefinden befragt. Der Interviewleitfaden wurde nach dem SPSS-Verfahren erstellt. Die daraus gewonnenen Transkripte wurden auf Basis der qualitativen Datenanalyse nach Mayring mit Hilfe der MAXQDA- Software unter Verwendung deduktiver und induktiver Kategorien ausgewertet.

**Ergebnisse:** 30 Studierende (15 Tandems) wurden interviewt. Als mögliche Barrieren beim Studienstart von internationalen Studierenden konnten Sprachbarrieren, die Neuorientierung & Umstellung mit Kultur, Stadt, Umgebung und Situation, sowie das „Alleinsein“ bzw. „Anderssein“ identifiziert werden. Das Tandem-Projekt wurde im Hinblick auf den Umgang und die Überwindung dieser Barrieren als äußerst hilfreich bewertet. Zudem gaben sowohl einheimische als auch internationale Studierende an, dass das Tandem-Projekt eine sehr gute Möglichkeit sei Freundschaften zu schließen und sich willkommen zu fühlen. Zitat einer internationalen Tandem-Teilnehmerin: „Meine Tandem-Partnerin will ausländische Studenten verstehen, ihnen helfen. Sie geht richtig intensiv hinein, vertieft sich. Hat große Empathie. Und gerade solche Menschen suche ich.“

**Diskussion:** Die vorläufigen Ergebnisse aus der qualitativen Studie mit ehemaligen Tandem-Teilnehmern decken sich mit den Ergebnissen aus der parallel mit aktuellen Tandem-Teilnehmern durchgeführten quantitativen Studie. Das Tandem-Projekt kann insgesamt als erfolgreiche Intervention weiterentwickelt werden.

Detaillierte Analysen zu den oben genannten Kategorien werden auf dem Kongress vorgestellt.

## Psychosomatik in der Transplantationsmedizin I

### Längsschnittanalyse von sozialer Unterstützung und subjektiver Gesundheit 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, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Dresden, Deutschland

Soziale Unterstützung kann einen für die Gesundheit protektiven Effekt haben und bei Belastungen und Erkrankungen kompensatorisch wirken (Shumaker & Brownell, 1984). Sie ist relevant für das Befinden nach der Transplantation bzw. kann sich auf das soziale Umfeld auswirken (Archonti et al. 2004).

#### Fragestellungen:

1. Verändert sich die wahrgenommene soziale Unterstützung von Spendern und Empfängern nach der Transplantation?
2. Verändern sich Zusammenhänge zwischen erlebter Unterstützung und subjektiver Gesundheit in beiden Gruppen?

**Methoden:** Vor und nach der Lebendnientransplantation erfolgte eine Befragung von 42 Spender-Empfänger-Paaren zur Erfassung der sozialen Unterstützung und Integration (F-SOZU-22: Sommer & Fydrich 1986), der körperlichen Befindlichkeit (GBB-24: Brähler, Hinz & Scheer 2008), der psychischen Befindlichkeit (BSI-18: Derogatis 2000; Franke et al. 2010) und der Lebensqualität (WHO-5: Bech 2004). Weiterhin wurden vor der Transplantation Persönlichkeitsdimensionen (BFI-K: Rammstedt 2007, Rammstedt & John 2007; LOT-R: Glaesmer et al. 2008), präoperative Ängste (APAI: Moerman et al. 1996, dt. Berth et al. 2007) und soziodemographische Variablen erhoben.

**Ergebnisse:** Bei Spendern steigt nach der Nierenspende die erlebte soziale Unterstützung an, es reduziert sich die erlebte praktische Unterstützung und die wahrgenommene soziale Integration. Bei Empfängern reduzieren sich danach wahrgenommene soziale Unterstützung und Integration. Nach der Transplantation gibt es bei Spendern und Empfängern weniger Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und subjektiver Gesundheit.

**Diskussion:** Der erlebte Rückgang von Unterstützung bei Spendern (außer soziale Unterstützung) und Empfängern nach der Transplantation könnte neben dem Wegfall von Tendenzen sozialer Erwünschtheit auch bedeuten, dass sich wieder relative Alltagsnormalität einstellt. Infolge des höheren Durchschnittsalters der Spender lässt sich auch vermuten, dass diese durch zeitweise Arbeitsunfähigkeit bzw. zunehmende Altersberentung ein höheres Desintegrationserleben haben. Bei Empfängern fallen ggf. Kontakte zu Dialysepatienten weg, ohne dass es zu einer beruflichen Integration kommt. Es sind diesbezüglich und hinsichtlich der Veränderung der korrelativen Beziehungen von sozialer Un-

terstützung und subjektiver Gesundheit weitere Analysen an größeren Untersuchungsgruppen erforderlich.

## Psychische Gesundheit von Lebendnierenspendern

Schieber K.<sup>1</sup>, Gaag S.<sup>2</sup>, Heller K.<sup>1</sup>, Erim Y.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

**Hintergrund:** Aufgrund des weltweiten Organmangels und der steigenden Anzahl an Patienten, die ein Organ benötigen, rückt die Lebendorganspende immer mehr in den Vordergrund. Die Befundlage zur psychischen Gesundheit von Lebendnierenspendern erweist sich bisher als heterogen. Aus diesem Grund ist es für die Forschung, wie auch für potentielle zukünftige Spender wichtig, neben psychometrischen Parametern auch individuelle Erfahrungsberichte zu veröffentlichen. Ziel der Studie ist es, die aktuelle psychische Gesundheit von Lebendnierenspendern zu untersuchen, sowie ihre Einstellung zur Lebendspende zu erfassen.

**Methode:** Zwischen 2003-2014 wurden 199 Lebendnierenspenden am Universitätsklinikum Erlangen durchgeführt. 144 Lebendnierenspender (66% weiblich, Altersdurchschnitt 58.9 Jahre) willigten ein, an der Studie teilzunehmen. Die Fragebögen beinhalteten Angaben zu Fatigue (FS) und depressiven Symptome (PHQ) sowie eine retrospektive Einschätzung der Lebendspende (Eurotold).

**Ergebnisse:** 21.5 % berichteten klinische relevante Fatigue-Symptome, 5.6 % überschritten den Cut-Off für eine Depression. Geschlechtsunterschiede konnten nicht festgestellt werden, ebenso ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der vergangenen Zeit nach der Spende. 57.6 % der Spender gaben an, direkt nach der Spende unter körperlichen Beschwerden gelitten zu haben (z.B. Schmerzen nach der OP, Einschränkungen im Alltag); 25.7 % berichteten von psychischen Belastungen direkt nach der Spende (z.B. Sorge um den Empfänger, niedergedrückte Stimmung). 98 % der Spender würden die Lebendspende wiederholen.

**Diskussion:** Es zeigte sich, dass der Prozess der Lebendspende durchaus mit körperlichen und psychischen Belastungen verbunden ist. Retrospektiv wurde die Lebendspende jedoch generell als positiv eingeschätzt. Zum Zeitpunkt der Erhebung berichtete die Mehrheit der Lebendnierenspender keine psychischen Symptome. Dennoch gab es einen Anteil an Personen, die klinisch relevante Beschwerden äußerten. Diese werden in einer gegenwärtig laufenden Nachbefragung erneut untersucht.

## Prävalenz und modifizierbare Determinanten der Non-Adhärenz bei erwachsenen Nierentransplantatempfängern in Deutschland

Erim Y.<sup>1</sup>, Morawa E.<sup>2</sup>, Reber S.<sup>1</sup>, Stöbel L.<sup>1</sup>, Jank S.<sup>3</sup>, Vitinius F.<sup>4</sup>, Eckardt K. U.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Nephrologie und Hypertensiologie, Erlangen, Deutschland, <sup>4</sup>Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland

**Theoretischer Hintergrund:** Obwohl Immunsuppressiva (IS) eine substanzielle Rolle beim Langzeitorganüberleben spielen und die IS-Non-Adhärenz als einer der Hauptrisikofaktoren für Abstoßung und Organverlust nach erfolgreicher Transplantation bekannt ist, sind Moderatoren des Gesundheitsverhaltens, welche die Adhärenz prädictieren, noch unzureichend erforscht. Das Ziel dieser Querschnittstudie war die Untersuchung der Prävalenz und der modifizierbaren Determinanten der Non-Adhärenz bei erwachsenen Nierentransplantatempfängern in der Nachsorge.

**Methode:** In einer konsekutiv erhobenen Stichprobe von 74 Patienten (33.8% Frauen) mindestens 6 Monate nach der Transplantation wurde die selbstberichtete Adhärenz mit der Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAASIS©) gemessen. In Anlehnung an das Health-Belief-Modell wurden folgende Elemente untersucht: subjektive Erfahrungen und Einstellungen nach der Transplantation mit der Medication Experience Scale for Immunosuppressants (MESI), Barrieren der Adhärenz mit der Immunosuppressant Therapy Barrier Scale (ITBS) sowie Depression und Ängstlichkeit mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D).

**Ergebnisse:** Insgesamt betrug die Non-Adhärenz zu irgendeinem der vier BAASIS©-Items 24.3%. Für die Sub-Dimensionen: Dosis nicht eingenommen, mehrere aufeinanderfolgende Dosen ausgelassen, >2 h Abweichung von vorgeschriebener Einnahmezeit und Dosis-Reduktion, lagen die Non-Adhärenz-Levels bei 9.5%, 0%, 17.6% und 2.7%. Familienstand (geschieden oder in Trennung), negative Überzeugungen gegenüber IS sowie ausgeprägte Ängstlichkeit und Depression waren mit Non-Adhärenz assoziiert.

**Schlussfolgerung:** Screenings für Adhärenz und ihre Indikatoren sollten von substanzieller Bedeutung in der Kommunikation mit Nierentransplantatempfängern sein. Nach dem Aufdecken der Non-Adhärenz können den Patienten supportive Interventionen angeboten werden.

## Lebensqualität und Fatigue bei Nierenlebens Spendern

Kröncke S.<sup>1,2</sup>, Schulz K. H.<sup>1,2</sup>, Nashan B.<sup>2,3</sup>, Koch M.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitäres Transplantations-Centrum, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Seit einigen Jahren werden Fatigue-Symptome als ein potenzielles Problem nach Nierenlebensspende (NLS) diskutiert. Vermehrte Fatigue-Symptome könnten zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität (LQ) der Spender führen, doch gibt es bisher nur wenige prospektive Studien, die Fatigue nach NLS mithilfe eines standardisierten Instruments erfassen. Aus Deutschland stehen keine derartigen Daten zur Verfügung.

**Methoden:** Es wurde eine prospektive Untersuchung der Spender vor und 1 Jahr nach NLS durchgeführt. Die LQ wurde mit dem SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand und Fatigue mit dem Multidimensionalen Fatigue-Inventar (MFI-20) erfasst.

**Ergebnisse:** Zwischen Februar 2012 und Februar 2014 wurden N=44 deutschsprachige Spender operiert. Von N=30 (68%) dieser Spender standen prä- und postoperative LQ- und Fatigue-Daten zur Verfügung. Die Stichprobe bestand zu 73% aus Frauen. Das mittlere Alter zum Zeitpunkt der Spende betrug 54,0 Jahre (Standardabweichung: 8,7 Jahre). Die Mehrzahl spendete für erwachsene Empfänger (87%). Bei 53% der Spender handelte es sich um ein Elternteil des Empfängers, bei 40% um (Ehe-)Partner und bei 7% um Geschwister. Im SF-36 konnte eine signifikante Reduktion der LQ in der Domäne ‚Vitalität‘ ( $p=0.04$ ; Effektgröße:  $d_z=0.39$ ) festgestellt werden. Während der präoperative Mittelwert in dieser Domäne signifikant höher als in der Normalbevölkerung war, zeigte sich der postoperative Mittelwert vergleichbar zur Normalbevölkerung. Im MFI-20 ergab sich ein signifikanter Anstieg in der Skala ‚General Fatigue‘ ( $p=0.05$ ; Effektgröße:  $d_z=0.38$ ) und ein tendenzieller Anstieg in der Skala ‚Physical Fatigue‘ ( $p=0.06$ ; Effektgröße:  $d_z=0.36$ ), wohingegen die Skalen ‚Reduced Activity‘ ( $p=0.31$ ), ‚Reduced Motivation‘ ( $p=0.27$ ) und ‚Mental Fatigue‘ ( $p=0.45$ ) im Vergleich zum präoperativen Niveau keine signifikante Veränderung aufwiesen. Die präoperativen Fatigue-Werte in den betroffenen Skalen waren geringer als in der Normalbevölkerung; die postoperative Fatigue war der Normalbevölkerung vergleichbar. Weder für Fatigue noch für LQ ergaben sich signifikante Korrelationen mit dem Serumkreatinin als Kennwert der Nierenfunktion 1 Jahr nach NLS.

**Schlussfolgerungen:** 1 Jahr nach NLS zeigte sich eine leichte Abnahme der LQ im Bereich Vitalität und korrespondierend dazu ein Anstieg von Fatigue-Symptomen im Bereich allgemeine Fatigue. Die beobachteten Effektgrößen können als vergleichsweise klein eingestuft werden, und die postoperativen Werte waren vergleichbar zur Normalbevölkerung. Es bleibt unklar, ob ein kausaler Zusammenhang zur Lebensspende besteht, da eine direkte Asso-

ziation mit der Nierenfunktion nicht festgestellt werden konnte. Dennoch sollte ein möglicher Verlust an Vitalität mit potenziellen Spendern diskutiert werden, und mögliche kausale Wirkbeziehungen sollten in zukünftigen Studien näher untersucht werden.

## Psychometrische Eigenschaften der Transplant Evaluation Rating Scale (TERS)

Scheel J.<sup>1</sup>, Beckmann M.<sup>2</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland

**Hintergrund:** Unter Berücksichtigung des gravierenden Mangels an Spenderorganen ist eine sorgfältige psychologische Beurteilung notwendig, um die Patienten zu ermitteln, die für eine Transplantation geeignet sind. Da das Transplantationsergebnis hierdurch beeinträchtigt werden kann, werden Patienten mit erhöhtem Risiko für psychischen Stress oder ungenügendes Coping abgelehnt (zumindest zu diesem Zeitpunkt, psychotherapeutische Unterstützung bis zur nächsten Beurteilung wird empfohlen). Die Transplant Evaluation Rating Scale (TERS) wurde entwickelt, um das psychosoziale Funktionsniveau von Patienten vor einer Transplantation bewerten zu können. Jedoch basiert die TERS teilweise auf psychiatrischen Diagnosen (Item 1 erfragt Achse-I-Störungen, Item 2 Achse-II-Störungen und Item 3 substanzbezogene Störungen). Hieraus ergibt sich die Frage, ob durch die TERS auch unabhängig von den psychiatrischen Diagnosen ein Informationsgewinn möglich ist („Diagnosen-korrigierter“ TERS Score, Auslassung der Items 1,2 und 3).

**Methode:** Bei 85 Patienten, die auf eine Leber-Transplantation warteten, wurden die vier unterschiedlichen Versionen der TERS bezüglich ihrer Fähigkeit, zwischen Patientengruppen zu unterscheiden analysiert (TERS10: Originalversion; TERS9: Auslassung von Item 3; TERS8: Auslassung von Item 1+2; TERS7: Auslassung der Items 1+2+3). Die Patienten wurden folgenden Gruppen psychiatrischer Diagnosen zugeordnet: keine (0), keine alkoholbezogene (1), alkoholbezogene (2), alkoholbezogen + zusätzliche (3). Gruppe 0 und 1 bildeten außerdem die Gruppe „non-ethyl“ (NE, nicht äthyltoxisch) und Gruppe 2 und 3 die Gruppe „ethyl-toxic“ (ET, äthyltoxisch). Darüber hinaus wurden die Patienten in die Gruppen „eligible (E, geeignet) und „rejected“ (R, abgelehnt) für die Transplantation aufgrund der psychosomatischen Evaluation eingeteilt.

**Ergebnisse:** Die Mittelwerte der TERS waren in allen vier Versionen signifikant höher in Gruppe 3 verglichen mit Gruppe 0 ( $3 > 2 > 1 > 0$ ; signifikante Gruppeneffekte bei ANOVAs), in ET verglichen mit NET und in R verglichen mit E. Mittels logistischer Regressionsanalysen konnten 83,5% der Patienten durch die TERS korrekt den Gruppen E und R zugeordnet werden.

**Schlussfolgerungen:** Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (insbesondere alkoholbezogenen Störungen) haben im Vergleich zu Patienten ohne psychiatrische Diagnosen höhere TERS Werte - sogar wenn die „Diagnosen-korrigierte“ Version der TERS (TERS7, Auslassung der Items 1+2+3) verwendet wird. Das Gleiche gilt für abgelehnte Patienten verglichen mit Patienten, die als geeignet für eine Transplantation eingeschätzt wurden.

Somit können durch die TERS selbst ohne Berücksichtigung der Diagnosen verschiedene Patientengruppen bezüglich ihres psychosozialen Funktionsniveaus unterschieden und Ärzte bei der Beurteilung der Patienten unterstützt werden (zusätzliche Absicherung, insbesondere bei Zweifelsfällen).

## Essstörungen II - Anorexia nervosa

**Anorexia patients lack a healthy approach bias to food: explicit and implicit approach vs. avoidance tendencies towards high vs. low calorie food cues in patients with eating disorders and healthy controls**

Paslakis G.<sup>1</sup>, Kühn S.<sup>2,3</sup>, Schaubschläger A.<sup>1</sup>, Schieber K.<sup>1</sup>, Röder K.<sup>4</sup>, Rauh E.<sup>4</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Erlangen, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Max Planck Institut for Human Development, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>University Clinic Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Schön Klinik Bad Staffelstein, Bad Staffelstein, Deutschland

**Background:** Patients suffering from anorexia nervosa (AN) have an extraordinary strong ability to limit food intake. In contrast, patients suffering from bulimia nervosa are characterized by frequent disruptions in inhibitory control leading to eating attacks. Thus, deficits in terms of dysfunctional approach vs. avoidance behaviors towards food are evident in eating disorders.

**Methods:** In order to investigate approach and avoidance in AN using food stimuli, we applied an approach-avoidance task (AAT), in which patients either approached (“pull”) or avoided (“push”) high vs. low calorie food pictures based solely on the presented picture format (landscape vs. portrait). By doing so, the hypothesis was tested that -in opposition to healthy controls displaying an approach bias towards high calorie food cues- patients suffering from AN would show a differential response with regard to high vs. low calorie stimuli, in terms of an avoidance bias (measured as different response times) towards high calorie food pictures. N = 41 AN patients and n = 42 healthy controls were included. Explicit ratings of food cues were also carried out in patients and controls.

**Results:** We found a significant interaction „group“ x „direction“ of motion ( $p = 0.03$ ), indicating that the groups had significantly different response times (RTs) with regard to the “direction” of motion in the AAT. Subsequently, rm-ANOVAs performed for each of the two groups separately, showed a main effect for „direction“ of motion in controls ( $p = 0.02$ ). There was no main effect for „direction“ seen in the group of patients with AN ( $p = 0.40$ ). The two

groups did not differ in their RTs with regard to „push“ ( $p = 0.27$ ). However, RTs with regard to „pull“ were significantly different between the groups ( $p = 0.04$ ).

**Conclusions:** Healthy controls show a clear approach bias, expressed by significantly faster RTs for “pull” compared to “push”, independent of “calorie” content of the food stimuli. This approach bias is absent in the group of patients with AN. This is indicative of a global loss of incentive value of food for patients with AN and explains their ability to rigorously limit food intake (irrespective of calorie category). In view of the results presented here, implicit trainings aimed at attenuating the inhibitory control in patients with AN are asked for.

## Furchtverarbeitung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa

Schneider K.<sup>1</sup>, Endorf K.<sup>1</sup>, Ladwig B.<sup>1</sup>, Maier S.<sup>2</sup>, Matthis J.<sup>1</sup>, Spiegelberg J.<sup>1</sup>, Tebartz van Elst L.<sup>2</sup>, Tüscher O.<sup>3</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>, Joos A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinik Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universität Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

Pathologische Muster für das Erlernen und das Verarbeiten von Furcht bei Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) könnten hinweisgebend auf die Furcht vor Gewichtszunahme und einem entsprechenden Vermeidungsverhalten sein (Friederich et al., 2013). Strober vermutete bereits 2004 eine erhöhte Furchtkonditionierbarkeit bei Patientinnen mit AN, sowie eine verminderte Furchtextinktion. In einer Studie von Godart et al. (2003) zeigte sich, dass AN signifikant das Risiko an einer Angststörung zu erkranken erhöht. Bisher wurden weder der Erwerb einer Furchtantwort und deren Extinktion, noch deren funktionelle zerebrale Korrelate bei Patienten mit AN untersucht.

Hier berichten wir über vorläufige Ergebnisse von 13 Probandinnen mit AN und 13 ohne AN. Es wurden funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) Daten während eines sogenannten instruierten Furchtparadigmas („instructed fear“) erhoben. Dazu wurden die Probandinnen instruiert, dass während der Präsentation eines visuellen Stimulus (farbiges Quadrat) jederzeit ein aversiver Stimulus (Stromstimulus am Handgelenk) appliziert werden kann, während bei der Präsentation eines anderen visuellen Stimulus (anders farbiges Quadrat) nie ein Stromstimulus gegeben wird. Somit wurden Stimuli einer Farbe verbal mit einem aversiven Stimulus verknüpft (Furchtbedingung), während Stimuli der anderen Farbe die sichere Bedingung darstellten. Während der gesamten Messung wurde kein Stromstimulus appliziert. Dadurch ist es möglich, die „Blood Oxygen Level Dependent“ (BOLD) Antwort der Probandinnen während der Furchtbedingung direkt mit der Sicherheitsbedingung zu vergleichen. Als Maß für die Furchtakquisition mittels Instruktion dienten ein Stimulus-Erwartungsrating für den aversiven Stimulus, sowie die Messung der elektrodermalen Antwort.

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen in beiden Gruppen Aktivität in aus früheren Studien bekannten Furcht-assoziierten Arealen, wie der Inselrinde, des anterioren Cingulums und des dorsomedialen präfrontalen Cortex (Olsson, Phelps, 2007 Nature). Weiterhin gibt es erste Hinweise, dass AN-Patientinnen verglichen mit gesunden Kontrollprobandinnen eine signifikant niedrigere Aktivierung im dorsolateralen präfrontalen Cortex aufweisen. Hinsichtlich der Furchtakquisition ist die Datenauswertung noch unvollständig. Auf dem Kongress werden Daten von dann ca. 20 Probandinnen je Gruppe demonstriert.

## Neurobiologische Korrelate von Intimität bei Anorexia nervosa

Spiegelberg J.<sup>1</sup>, Maier S.<sup>2</sup>, Endorf K.<sup>3</sup>, Ladwig B.<sup>1</sup>, Schneider K.<sup>1</sup>, Matthis J.<sup>1</sup>, Tebartz van Elst L.<sup>2</sup>, Tüscher O.<sup>4</sup>, Zeeck A.<sup>3</sup>, Hartmann A.<sup>3</sup>, Jacob G.<sup>5</sup>, Joos A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinik Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Uniklinik Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>5</sup>Uniklinik Freiburg, Institut für Psychologie, Freiburg, Deutschland

Anorexia Nervosa (AN) gilt als eine komplexe Störung mit heterogener genetischer, umweltassoziiertes und soziobiologisch begründeter Ätiologie (Connan et al., 2003).

Eine zentrale Rolle spielt dabei das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und die damit verbundene Schwierigkeit emotionaler Interaktion - besonders das Beziehungs- und Bindungsverhalten betreffend.

In diesem Kontext sind insbesondere intime Beziehungen und die Auseinandersetzung und Akzeptanz des Körpers für die Patientinnen problematisch. Entsprechend liegt der Krankheitsbeginn oft in der Zeit der Adoleszenz.

In einer psychometrischen Studie von Brockmeyer et al (2013) zeigten Patientinnen mit AN ein geringeres Bedürfnis nach Intimität sowie eine verstärkte Vermeidung von Abhängigkeitsverhältnissen.

In einer funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT)-Studie untersuchen wir das subjektive Erleben sowie neuronale Korrelate beim Betrachten von intimen in Vergleich zu neutralen visuellen Stimuli. Entsprechende Bilder wurden in einer früheren Arbeit unserer Arbeitsgruppe evaluiert (Jacob et al., 2011). Den Probanden werden abwechselnd Blöcke mit intimen sowie neutralen Stimuli dargeboten. Bislang wurden 11 AN- Patientinnen und 11 gesunde weibliche Kontrollen untersucht.

Bei einer vorläufigen Analyse zeigen sich bei den gesunden Kontrollprobanden im Vergleich intim vs. neutral vermehrte Aktivierungen des Superior parietalen Lobus sowie des Supramarginalen Gyrus und des Anterioren Cingulären Cortex.

Patientinnen bewerteten die Valenz der Bilder mit intimen Inhalt signifikant negativer als Kontrollprobandinnen. Funktionell zeigten sich bisher jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Zum Kongress sollen behaviorale und fMRT- Daten von je ca. 20 Probandinnen vorgestellt werden.

## Kognitive Verarbeitung von Nahrungsreizen bei akut erkrankten und remittierten Patientinnen mit Anorexia Nervosa - eine Eyetracking-Studie

Schag K.<sup>1</sup>, Richter T.<sup>1</sup>, Martin Benito S.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Conzelmann A.<sup>2</sup>, Renner T.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Der Anorexia Nervosa (AN) könnte eine gestörte Belohnungsverarbeitung gegenüber Nahrung als ursächlicher und/oder aufrechterhaltender Faktor zugrunde liegen, denn Nahrungsreize werden von Patientinnen mit AN negativer bewertet und tendenziell vermieden (Übersicht bei Giel et al., 2011; Park et al., 2014). Bislang ist allerdings unklar, inwiefern diese kognitiven Verzerrungen prämorbid vorliegen, in Folge der Erkrankung entstehen und inwiefern sie nach einer Remission bestehen bleiben.

**Methoden:** Um die Verarbeitungsprozesse in unterschiedlichen Erkrankungsstadien zu untersuchen, haben wir jugendliche und erwachsene akut erkrankte AN-Patientinnen (AN), gewichtsrehabilitierte remittierte AN-Patientinnen (REM) und gesunde Kontrollprobandinnen (KG) untersucht. Zur Untersuchung der Belohnungsverarbeitung wurden Bildpaare aus jeweils einem Nahrungsreiz und einem Kontrollreiz dargeboten. Ein vorgeschalteter Hinweisreiz zeigte die Position des Nahrungsreizes an. Die Probandinnen wurden instruiert, das Bildmaterial frei zu explorieren und konnten durch den Hinweisreiz entscheiden, ob sie sich dem Nahrungsreiz zu- oder abwenden. Mittels Eyetracking wurden die initiale Fixation und Gesamtfixationsdauer auf beide Reizkategorien aufgezeichnet, die frühe und spätere Verarbeitungsprozesse abbilden.

**Ergebnisse:** Alle drei Gruppen zeigten bei der initialen Fixation eine Bevorzugung der Nahrungsreize im Vergleich zu den Kontrollreizen. Die AN-Gruppe zeigte kürzere Gesamtfixationsdauern auf Nahrungsreize als die REM- und KG-Gruppe, während sich bei den Kontrollreizen keine Unterschiede ergaben. Zudem wurden die Nahrungsreize von der AN-Gruppe als eher unangenehm bewertet, von der REM-Gruppe als neutral und von der KG als eher angenehm, während die Kontrollreize in allen Gruppen gleich bewertet wurden.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass AN- und REM-Probandinnen wie gesunde Frauen Nahrungsreize initial verstärkt aufsuchen. In späteren Verarbeitungsstufen vermeiden AN-Patientinnen im Vergleich zu REM und KG jedoch die Nahrungsreize und bewerten sie negativer. Diese Ergebnisse sind konform

mit der Annäherungs-Vermeidungs-Hypothese auf Nahrungsreize bei akuter AN (Giel et al., 2011). Die REM-Probandinnen weisen mit der KG vergleichbare Blickbewegungen auf und bewerten die Nahrungsreize als neutral. REM-Frauen könnten sich demzufolge nach längerer Zeit mehr und mehr an die kognitive Verarbeitung von gesunden Personen annähern.

## **Untersuchung der Körperbildstörung bei Anorexia Nervosa mithilfe biometrischer Avatare in virtueller Realität**

Mölbert S. C.<sup>1,2,3</sup>, Thaler A.<sup>2</sup>, Mohler B.<sup>2</sup>, Streuber S.<sup>4</sup>, Black M. J.<sup>4</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Max-Planck-Institut für biologische Kybernetik, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Kognitive Neurologie, Sektion Neuropsychologie, Tübingen, Deutschland, <sup>4</sup>Max-Planck-Institut für intelligente Systeme, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Körperbildstörung ist ein Kernsymptom der Anorexia Nervosa (AN). Sie gilt als Indikator für eine schlechte Prognose, als schwierig zu therapieren und besteht oft auch nach Gewichtszunahme fort. Diese Studie verwendet individuelle 3D-Avatare, um folgende Forschungsfragen näher zu untersuchen:

(1) Repräsentieren AN Patientinnen körperbezogene Informationen generell anders oder ist die Körperbildstörung rein selbstbezogen?

(2) Ist die Körperbildstörung eher perzeptuell oder eher durch dysfunktionale Bewertungen charakterisiert?

**Methoden:** Untersucht werden N=20 AN-Patientinnen, N=20 re-mittierte AN-Patientinnen und N=20 Kontrollprobandinnen. Von jeder Teilnehmerin wird auf Basis eines 3D-Körperscans ein individueller Avatar mit 9 verschiedenen BMI-Stufen gefertigt, nämlich aktueller BMI und +/- 5%, 10%, 15% und 20% BMI. Um die Rolle des Selbstbezugs zu bestimmen, wird basierend auf der Figur der Teilnehmerin eine zweite Avatar-Serie mit dem Aussehen einer fremden Person erstellt. Die Avatare werden in einer virtuelle Realität-Umgebung lebensgroß und in 3D präsentiert. Das Experiment folgt einem 2x2 gemischten Design mit den Faktoren Gruppe (AN versus Kontrolle) und Avatar-Serie (eigenes versus fremdes Aussehen), wobei es zwei unterschiedliche Aufgabenformate gibt: Im 2 *Alternatives Forced Choice Task* sieht die Teilnehmerin jeden Avatar 20 Mal für 2 Sekunden, anschließend muss sie entscheiden, ob dies der eigene bzw. richtige oder ein manipulierter Avatar war. Im *Method of Adjustment Task* soll die Teilnehmerin jeden der Avatare jeweils so verändern, dass er ihrem aktuellen bzw. dem richtigen Körper entspricht und zusätzlich jeweils so, dass er ihrem idealen Körper entspricht. Zusätzlich werden Selbstwert, Körperunzufriedenheit und Essstörungspathologie detailliert erfasst.

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse von N=12 AN-Patientinnen zeigen für die Avatare mit eigenem Aussehen eine klare Neigung der Patientinnen, dünnere Avatare als den eigenen zu identifizieren bzw. einzustellen. Bei Avataren mit Aussehen einer fremden Per-

son waren die AN-Patientinnen hingegen weitgehend akkurat. Bei den N=3 Kontrollprobanden zeigt sich zwar ein ähnliches Muster, jedoch deutlich weniger ausgeprägt.

**Diskussion:** Unsere vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Körperbildstörung bei AN-Patientinnen selbstbezogen und vor allem durch Bewertung charakterisiert ist und keine generell andere Wahrnehmung oder Verarbeitung von Körpern zugrunde liegt.

## **Migration II**

### **Traumatische Erlebnisse und Traumafolgestörungen bei Migranten in Deutschland**

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:** In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass Migranten häufiger traumatische Ereignisse erleben als die Bevölkerung ohne Migrationserfahrung und im Vergleich mit dieser auch höhere Prävalenzraten für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aufweisen.

**Fragestellung:** In unserem Beitrag möchten wir publizierte Ergebnisse aus Untersuchungen unserer Arbeitsgruppe zu traumatischen Erlebnissen und Traumafolgestörungen bei türkischen und iranischen Migrantenkollektiven in Deutschland und einer deutschen Kontrollgruppe im Vergleich miteinander vorstellen sowie einen Überblick über einschlägige Studien aus dem deutschsprachigen Raum geben.

**Methode:** Untersucht wurden mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI) die Art und Häufigkeit traumatischer Ereignisse. Die Prävalenz der PTBS wurde mit dem SKID-I bzw. dem Mini-DIPS erhoben.

**Ergebnisse:** 92,2% der Patienten einer türkisch-muttersprachlichen psychosomatischen Spezialambulanz berichteten von mindestens einem traumatischen Ereignis, das sie persönlich und/oder als Zeuge erlebt haben. „Schwere Krankheit“ (50,7%), „Tod/Verlust einer wichtigen Bezugsperson“ (44,2%) sowie „schwerer Unfall“ (36,4%) wurden am häufigsten als Traumata angegeben, gefolgt von „maritalen Problemen“ (29,9 %). Die PTBS stellte mit 31,4% die dritthäufigste aktuelle DSM-IV-Diagnose nach SKID-I dar. Bei iranischen Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis erlitten 96,3% mindestens ein Trauma, bei der deutschen Kontrollgruppe waren es 94,1%. Im iranischen Sample waren signifikant häufiger als im deutschen folgende traumatische Ereignisse zu beobachten: „Gefangenschaft“ (34,5% vs. 3,9%;  $p < 0,001$ ), „Folter“ (21,8% vs. 3,9%;  $p = 0,005$ ) und „Kampfeinsatz im Krieg“ (36,4% vs. 0%;  $p < 0,001$ ). Als die drei häufigsten Traumata nannte das iranische Patientenkollektiv „schwere Krankheit“ (61,8%), „schweren Unfall“ (47,3%) und „Tod/Verlust einer wichtigen Bezugsperson“ (40,0%). Im iranischen Sample bildete die PTBS die dritthäufigste Diagnose und wurde signifikant häufiger

diagnostiziert (Mini-DIPS) als bei den deutschen Patienten (23,9% vs. 7,3%;  $p=0,035$ ).

**Schlussfolgerungen:** Die PTBS gehört in Migrantenkollektiven zu den häufigsten Diagnosen. Ihre Prävalenz ist bei Patienten mit Migrationshintergrund signifikant höher als bei deutschen Patienten. Die Art der Traumatisierung hängt von prä migratorischen Erfahrungen im Herkunftsland der Migranten sowie den Umständen und Motiven für das Verlassen der Heimat zusammen.

## Mediale Exposition und posttraumatische Belastungsstörung: Implikationen für die therapeutische Behandlung

Paslakis G.<sup>1</sup>, Graap H.<sup>1</sup>, Erim Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychosomatische Klinik Erlangen, Erlangen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Posttraumatische Belastungsstörung (engl.: posttraumatic stress disorder, PTSD) tritt als psychische Reaktion auf traumatisierende Situationen außergewöhnlicher Bedrohung auf. Insbesondere nach den Anschlägen des 11. Septembers 2001 hat die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Einfluss der medialen Berichterstattung über Kriege und Terrorismus auf die psychischen Prozesse von Gesunden und der Frage, ob die mediale Exposition von Vor-Traumatisierten ein Trigger für eine Trauma-Re-Aktivierung sein kann, begonnen.

**Methodik:** Die meisten bis dato publizierten Studien untersuchten den Einfluss der Berichterstattung über die Terroranschläge von New York auf das Stresserleben von Gesunden. Dabei war das Fernsehen das mit Abstand am häufigsten untersuchte Medium. Die Wissenschaftler untersuchten Kinder und Erwachsene und darunter sowohl Opfer, als auch Katastrophenhelfer oder die Gesamtbevölkerung. Es handelte sich hauptsächlich um retrospektive querschnittliche Befragungen. Während manche Studien die Auswirkungen der medialen Exposition in Bezug auf das Vollbild einer PTSD mittels klinischer Interviews untersuchten, beschränkten sich andere Studien auf das Auftreten von „Stresserleben“ bzw. „Symptomen einer PTSD“, in der Regel erfasst durch Selbstauskunftsfragebogen.

**Ergebnisse:** Es fanden sich positive Assoziationen zwischen medialer Exposition und dem Vorliegen von PTSD-Symptomen. Die Exposition gegenüber medialen Berichterstattungen von Krieg und Katastrophen wurde sowohl bei Gesunden, als auch bei zuvor Traumatisierten mit einer (Re-)Aktivierung von PTSD-Symptomen assoziiert. Aussagen zur Kausalität können auf Grund von meist retrospektiv erhobenen Querschnittsdaten nicht sicher getroffen werden. Die Dauer des Medienkonsums scheint dabei eine wichtige Variable zu sein.

**Schlussfolgerungen:** Für psychotherapeutisch Tätige bedeutet dies, dass sie besonders bei der Patientengruppe mit posttraumatischen Beschwerden einen sorgsamen und selbstschützenden Umgang mit verschiedenen Formen der medialen Berichterstattung in der Behandlung zum Thema machen sollten.

## Psychotherapie mit Migranten

Erim Y.<sup>1</sup>, Morawa E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

**Theoretischer Hintergrund:** Die Migration stellt ein weltweites Phänomen dar. In den letzten Dekaden haben Migrationsströme deutlich zugenommen. In Deutschland werden Psychotherapeuten durch die Zunahme des Migrantenanteils in der Population immer häufiger Patienten mit Migrationshintergrund behandeln.

**Fragestellung:** Dieser Vortrag zielt darauf ab, Psychotherapeuten mit der Notwendigkeit einer sensiblen Wahrnehmung der Interkulturalität und Diversität in allen Formen psychotherapeutischer Praxis vertraut zu machen. Grundlegende Informationen werden bezüglich der Geschichte der Migration nach Deutschland, der kulturellen Einflüsse auf Selbst- und Fremdbilder, über die Bedeutung speziellen ethnosozialkulturellen Wissens und über kultursensible psychotherapeutische Interventionen vermittelt. Relevante Forschungsergebnisse aus dem Deutschsprachigen Raum werden im Überblick vorgestellt.

Auf diese Art und Weise soll die psychotherapeutische Haltung um die Wahrnehmung kultureller Diversität und um kulturell sensitive Interventionen in der Behandlung ergänzt werden. Es ist selbstredend, dass der Vortrag keine systematische Übersicht darstellen kann und Schwerpunkte nach einer subjektiven Auswahl der Autorin gesetzt werden.

**Ergebnisse:** Die Mehrheit der Studien verzeichnet signifikant erhöhte Prävalenzraten und Ausprägungsgrade psychischer Erkrankungen bei den Migranten (Mewes und Rief 2009; Bermejo et al. 2010; Erim et al. 2011). Doch es werden z.T. große Unterschiede zwischen verschiedenen Migrantengruppen festgestellt, z.B. sind polnisch stämmige Migranten signifikant weniger depressiv als türkisch stämmige (Morawa und Erim 2014) oder spanische und italienische Migranten weisen weniger psychosomatische Beschwerden auf als Personen türkischer und russischer Herkunft (Bermejo et al. 2012). Auch ist bei Migrantinnen meistens eine höhere Ausprägung psychischer Symptome (Wittig et al. 2004) sowie höhere Prävalenzraten (v.a. Depressionen, Angst- und somatoformer Störungen) zu beobachten (Bermejo et al. 2010). „Unfreiwillige“ Migranten (Flüchtlinge und Asylbewerber) sind belasteter als „freiwillige“ Migranten (z.B. Arbeitsmigranten). (Lindert et al. (2008).

**Schlussfolgerungen:** Durch besseres interkulturelles Verständnis ist eine Optimierung der Behandlung der Migrantenpatienten möglich.



## Folgen von Flucht und Vertreibung am Beispiel der Eziden

Tagay S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR Essen, Virchowstr., Deutschland

Die Eziden sind von der Volkszugehörigkeit her Kurden und Angehörige einer monotheistischen Religionsgemeinschaft, deren Geschichte mehr als 4000 Jahre zurückreicht. Der von den Terroristen des sogenannten Islamischen Staates (ISIS) seit Anfang August 2014 im Nordirak verübte Genozid reiht sich ein in die von Vernichtung, Verfolgung und Vertreibung geprägte Geschichte der Eziden, hat aber aufgrund des menschenverachtenden und unbarmherzigen Vorgehens der Islamisten eine neue Dimension erreicht. Mit 700.000 Eziden lebt im Irak ein Großteil der weltweit knapp eine Million Eziden, deren Existenz durch die jüngsten Entwicklungen im Irak und Syrien nun massiv bedroht ist. Mehr als 400.000 Eziden befinden sich auf der Flucht. Die Lage der Menschen in den Flüchtlingslagern ist weiterhin katastrophal und ungewiss. Wer sind die Eziden? Warum werden die Eziden verfolgt? In diesem Beitrag soll zunächst die ezidische Gemeinschaft kurz vorgestellt und im zweiten Teil sollen die Folgen von Flucht und Trauma am Beispiel der Eziden in Deutschland dargestellt werden.

## Bindung II - von der Wiege bis zur Bahre

### Wahrnehmung des Babygeruchs in funktionalen und dysfunktionalen Mutter-Kind Dyaden

Mohr T.<sup>1</sup>, Junge-Hoffmeister J.<sup>1</sup>, Bittner A.<sup>1</sup>, Hummel T.<sup>2</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Croy I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland

**Einleitung:** Zwischenmenschliche Kommunikation wird bedeutend geprägt durch die meist unterbewusste Wahrnehmung von Körpergerüchen. Besonders Babygerüche werden häufig als intensives und emotionales Sinneserlebnis beschrieben. Bislang konnte gezeigt werden, dass der Geruchssinn bei vielen psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankheitsbildern, wie z.B. Depressionen, verändert ist. Inwieweit sich der Geruchssinn von Müttern mit Bindungsstörungen zu nicht betroffenen Müttern unterscheidet, bleibt bislang weitgehend ungeklärt.

**Methoden:** In der Studie wurden 19 Patientinnen mit dysfunktionalen Mutter-Kind-Bindungen 50 altersgemachten gesunden Müttern mit jeweils Kindern im 1. Lebensjahr gegenübergestellt. Alle Mütter bewerteten verblindet den Körpergeruch des eigenen

Babys und zweier fremder Babys hinsichtlich Intensität, Angenehmheit und „Wanting“. Die Körpergerüche wurden dazu in Bodys durch nächtliches Tragen konserviert. Zusätzlich erhielten alle Mütter eine Testung des allgemeinen Riechvermögens mit dem „Sniffin´ Sticks“ Test. Postpartale Depression und Mutter-Kind-Bindung wurden mittels Fragebögen erhoben.

**Ergebnisse:** Gesunde Mütter nahmen den Geruch des eigenen Babys deutlich angenehmer wahr als den anderer Babys und haben auch ein größeres Verlangen, diesen noch einmal zu riechen („wanting“). Die Patientinnen hingegen unterschieden in Angenehmheit und „wanting“ nicht zwischen den Körpergerüchen der eigenen und fremden Babys. Der Grad der Bevorzugung des eigenen Babygeruches korrelierte mit der Bindungsqualität zum Kind ( $r=0.33$ ,  $p=0.02$ ). In 72% der Fälle gelang den gesunden Müttern die Identifikation des eignen Babys anhand des Geruches; die Patientinnen erreichten nur eine Quote von 42%. Bei der Beurteilung des allgemeinen Riechvermögens erreichen beide Gruppen normwertige Ergebnisse und unterscheiden sich nicht.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich bei Patientinnen mit dysfunktionaler Bindung die Wahrnehmung des BG unterscheidet und diese den eigenen, individuellen BG nicht erkennen bzw. zuordnen können. Demzufolge erleben die Patientinnen dieses emotionale Sinneserlebnis nicht auf vergleichbare Weise. Es lässt sich mutmaßen, dass dies negative Konsequenzen für die Bindung hat.

### Ekel - die unsichtbare Barriere in Beziehungen

Lenk M.<sup>1</sup>, Abele M.<sup>1</sup>, Aigner F.<sup>1</sup>, Roeber P.<sup>1</sup>, Schellong J.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Joraschky P.<sup>1</sup>, Croy I.<sup>1</sup>

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

**Hintergrund:** Ekel ist eine starke Emotion, deren Bedeutung für die zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung noch wenig verstanden ist. Naturgemäß schützt Ekel das Individuum und die Gruppe vor äußeren „Kontaminationen“, seien es potentielle Pathogene oder sogar moralisch Verwerfliches. Ekel signalisiert die Grenzen zwischen Selbst und Fremd - Vertraut und Nicht-Vertraut. In intimen Beziehungen werden Ekelgrenzen teilweise fallen gelassen und der Ekel auf ein Maß reduziert, das Nähe und Intimität ermöglicht. Verschiedene psychische Störungen gehen mit einer gesteigerten Ekelsensitivität einher. Diese Studie widmet sich dem beziehungsregulatorischen Anteil des Ekels bei psychisch/psychosomatisch Kranken.

**Methode:** 620 Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden sowie 463 gesunden Probanden wurden anhand des *Ekel in Beziehungen Fragebogens* (EIB) befragt. Der EIB erfasst Ekelerleben mit den Hauptkategorien Hygiene, Sexualität und Körpergrenze in Relation zu Beziehungskategorien (Selbst, Partner, Eltern und Fremde). Bei 236 dieser Patienten wurde Traumatisierung in Kindheit und

Jugend mithilfe des *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) erhoben.

**Ergebnisse:** Patienten weisen in allen drei Hauptkategorien des EIB ein signifikant erhöhtes Ekelerleben auf ( $p < 0,001$ ). Zudem zeigen Patienten eine geringere Fähigkeit zur Differenzierung zwischen den Beziehungsebenen im Vergleich zu Gesunden. So ekeln sich beispielsweise im Bereich Sexualität Gesunde 43% weniger vor ihrem Partner als vor Fremden. Patienten ekeln sich hingegen nur 28% weniger vor dem Partner als vor einer fremden Person ( $p < 0,001$ ). Diese geringere Differenzierungsfähigkeit der Patienten gegenüber Gesunden zeigt sich analog für alle Beziehungskonstellationen und in allen drei Bereiche: Hygiene, Sexualität und Körpergrenze. Zwischen CTQ und EIB bestehen korrelative Zusammenhänge. Besonders sexueller Missbrauch ist hoch mit Ekel in Bezug auf Grenzverletzungen durch die Eltern ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,001$ ) sowie dem Ekelintensitätsverhältnis zwischen Partner und Eltern ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,001$ ) assoziiert.

**Schlussfolgerung:** Psychisch/psychosomatisch Kranke weisen ein gesteigertes und weniger selektives Ekelerleben gegenüber anderen Menschen auf, das für die Beziehungsregulation zunächst wenig funktional erscheint. Bei Menschen, welche massiven Grenzüberschreitungen ausgesetzt waren, werden auch in intimen Beziehungen (schützende) Ekelgrenzen aufrechterhalten.

## Dyadic conflicts and late life

Klingel M.<sup>1</sup>, Vogel N.<sup>2,3</sup>, Gerstorff D.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Bremen International Graduate School of Social Sciences, Bremen, Deutschland, <sup>2</sup>Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>German Institute for Economic Research (DIW), Berlin, Deutschland

At the transition to Fourth Age elderly persons increasingly face health burdens and loss of abilities regarding daily functioning; furthermore they experience a decrease in well-being and psychosocial abilities such as self-regulation (Vogel 2013, Gerstorff 2010). Such disadvantages of the later aging process might increase in general the probability for dyadic conflicts. In general, intimate relationships are important resources and protective factors, especially in late life. In particular because partner might cope dyadically with stress (Bodenmann 2008). Such a „*compensation through collaboration*“ might lead to more dependence between spouses (Dixon 2011, Landis 2013). Arising dyadic conflicts might hence be a mediator for a profound and negative impact of aging and health decrements on intimate relationships. If leading to dyadic conflict, health issues might impede dyadic support directly and indirectly and reinforce vulnerability and fragility. To understand reasons, resolution and phenomenology of conflict in late life is consequently important for relationship research and psychotherapy.

To examine this we used a parallel, convergent mixed-methods design. Why do conflicts arise, how are they resolved and what do they look like at this unique point in life? Quantitative cross-secti-

onal data (N=170 individuals,  $M_{\text{age}} = 76.91$  years,  $SD = 4.06$ ,  $M_{\text{marriage duration}} = 46.48$  years,  $SD = 12.35$ , 79.8% in their first marriage) and open-ended, qualitative interviews (N = 11 couples, 1.5-2.5h) showed an ambivalent picture. Even in long-lasting and happy relationships, conflicts arise due to ‘ordinary’ dyadic hassles. Age-related conflicts arise due to health issues and functional limitations. Couples do not seem to have dyad-specific, elaborate conflict resolution strategies or a clear insight into their conflict processes. Findings partly suggest that their conflicts might be more functional. Conflicts have a short impact and age partly modulates conflict patterns in a positive way. But the evaluation of conflict is mixed and it is still difficult to address disturbing aspects. This might be especially relevant since aging-related conflicts are primarily related to the sensitive issue of loss of functions. Overall, the elderly couples in our sample are rather ‘ordinary’ couples in regard to their conflict patterns. The question remains, how this might change during Fourth Age, when functional limitations, loss of abilities and burdens increase dramatically?

## WENN DER KÖRPER IM FALSCHEN TAKT LÄUFT- Biological rhythms and the development of psychosomatic diseases

### Biological rhythms in human health and disease

Axelsson J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karolinska Institutet, Clinical Neuroscience, Stockholm, Schweden

Based on the other presentations of this symposium, I will include the following:

- shortly explain difference between diurnal and circadian rhythms. I may include information on how the cells in our peripheral system are entrained.
- show recent data on how the human circadian system is entrained in the modern society
- show data on of how the modern 24h-society (e.g. shift work/change of daylight savings) affects subjective symptoms, risks and health. I will here show some data on how the circadian system regulates immune functioning, and how short sleep can interact with the circadian system (with some examples on immune functioning and myocardial infarctions).

### Chronocardiology. Biological rhythmicity of cardiac functions

Orth-Gomér K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karolinska Institutet, Clinical Neuroscience, Stockholm, Schweden

**Introduction:** We know that there is a systematic variability of human cardiac function which is often overlooked or disregarded.

**Aim:** We maintain that associations between emotions and cardiac parameters should also be examined for rhythmicity. We stu-

died 24 hour rhythms of ectopic beats in patients with coronary disease and published in mainstream scientific journals.

We were advised by Bernard Lown from Harvard medical school, Boston, who was the guru of cardiac arrhythmia, and who created a well known severity index for ectopic beats and we collaborated with Franz Halberg, specialist and creator of Chronobiology.

**Results:** We studied 150 men below age 65, with a history of coronary disease and found that certain men patients differed in rhythmicity from other patients during sleep and wakefulness in their variability of ectopic heart beats. They had a peak of ectopic beats at night and not during the day like most other patients. The typical coronary patient had a clear variability of sinus heart rates, with a high (peak) in the middle of the day and a low (through) at night. Frequent ectopic heart beats were more common in depressed and distrustful coronary patients (Orth-Gomér et al, 1980) and when patients at the CCU were visited by close relatives. In addition the 24 hour variability of ectopic beats was characteristic in these men who in long term follow up had a poor prognosis with impending sudden cardiac death.

**Conclusion:** Emotional and chronobiological influences on cardiac arrhythmia were scientifically evaluated and reported, but women with coronary disease were not known at this early stage (1980).

## Circadian variation in heart rate variability: implications for health and disease

Thayer J.<sup>1</sup>, Koenig J.<sup>2</sup>, Jarczok M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ohio State University, Ohio, Vereinigte Staaten, <sup>2</sup>Universität, Heidelberg, Deutschland

Heart rate variability (HRV) is a predictor of mortality and morbidity from a wide range of disorders including cardiovascular disease. Many biological processes show a range of rhythmic variability including circadian variability. HRV, as an index of autonomic nervous system activity, has also been shown to exhibit pronounced circadian variability and night-time values of HRV have been shown in many cases to be more predictive of disease outcomes than day-time values. In the present paper we review the basis for this circadian variation and illustrate with data from numerous studies these effects. In one study, we showed that acute stress blunted the night-time increase in HRV in a young healthy population. In another study we showed that alcoholics had blunted night-time increases in HRV compared to non-alcoholic controls. In a third study we showed that work stress in a healthy adult population was associated with blunted night-time HRV increases. In a fourth study we showed that night-time HRV was associated with glycemic status in a large healthy working population such that lower night-time HRV was associated with higher fasting glucose and HbA1c. In a fifth study we showed that lower night-time HRV was associated with higher fibrinogen levels in a large healthy working cohort. Finally, we have recently shown that night-time

HRV levels predicted CRP four years later. Taken together these findings highlight the importance of night-time HRV and circadian variation in biological processes related to health and disease. The implications for this work will be discussed.

## Cortisol-awakening reaction and late night cortisol in coronary artery disease patients from the SPIRR-CAD trial: first analysis of bio-psychological associations

Weber C. S.<sup>1</sup>, Riedel B.<sup>1</sup>, Erdur L.<sup>1</sup>, Michal M.<sup>2</sup>, Ronel J.<sup>3</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>4</sup>, Albus C.<sup>5</sup>, Ladwig K. H.<sup>6</sup>, Deter H. C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, <sup>5</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland, <sup>6</sup>Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Epidemiology II, Helmholtz Zentrum München, München, Deutschland

**Background:** The cortisol awakening reaction (CAR) has been widely researched on as an indicator of HPA (hypothalamic pituitary axis) axis functioning. Associations of the CAR with work stress, depression, and exhaustion have been demonstrated.

In the present study, CAR and late night cortisol analyses were performed on a subsample of the SPIRR CAD trial, a DFG funded multisite German study on the effect of a psychodynamically based psychotherapy intervention on reduction of depression in coronary artery disease (CAD) patients (PI: Herrmann-Lingen and Albus). Samples were available in subsamples of patients from the study sites of Berlin, Mainz and Munich, respectively.

**Methods:** Patients were instructed to use saliva salivettes for cortisol sampling according to a standardized written protocol. Sampling included 4 probes in the morning (+0, +30, +45, +60 min after awakening), and one late night probe (before going to bed), at two assessment points (T0b, T3). Cortisol was analyzed by RIA (radioimmunoassay) in the lab of the Charité Campus Benjamin Franklin by an experienced technical assistant. Data were analyzed by repeated measures ANOVA and correlation analyses.

**Results:** First analyses showed significant cortisol increases within the first 30 min after awakening, followed by decreases of cortisol concentrations. Late night probes showed the lowest concentrations of cortisol. Preliminary analyses of associations with depression scores (HADS) yielded negative results, however, RIA analyses were not yet completed for all patients (final data to come).

**Discussion:** First CAR analyses on a subsample from the SPIRR CAD study show significant awakening reactions opposed by significantly decreased late night cortisol, as described in the lite-

ature. We will present analyses of supposed associations of the CAR with depression, exhaustion and stress. We will further analyze gender differences and discuss the findings in consideration of the published literature.

## Biological rhythms as possible mediators and mechanisms for psychosomatic diseases

Deter H. C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charite Berlin, Medizinische Klinik, Psychosomatik, Berlin, Deutschland

The inter correlations between biomarkers is high. If measured often enough, and under the proper circumstances, each pathogenetic marker, each risk factor, will be found to vary to a certain extent and in a systematic way. Rhythmicity is a basic condition of human life. This is true for the heart rate and blood pressure, but also for general multifunctional physiological parameters like hormones (cortisol, catecholamines), and central nervous function (sleep/ wakefulness, propagated potentials, metabolic processes). Etiopathogenetic concepts in different diseases are often oriented to inter correlations on one time point or one time period, rhythmical variations were not detected and therefore neglected. Herbert Weiner taught us, that the interplay between biomarkers in an individual over the course of time can explain the differences between healthy and pathological variability. Psychosomatic concepts until now are limited and conceive a "reality" which has varied rhythmically.

## Psychodiagnostik und Psychometrie: Neue Ergebnisse für die Anwendung

### Die „Euro-Norm“ für den Lebensqualitätsfragebogen EORTC QLQ-C30: Versuch einer Aggregation über mehrere europäische Normierungsstudien

Hinz A.<sup>1</sup>, Singer S.<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>Universität Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Deutschland

**Hintergrund:** Wie verfährt man am besten, wenn zu einem Fragebogen mehrere konkurrierende Normierungsstudien existieren? Für den Fragebogen EORTC QLQ-C30 gibt es weltweit verschiedene Normierungsstudien, sechs davon aus Europa. Diese werden hier zusammengefasst, um zu aggregierten Normwerten zu gelangen. Dieses Vorgehen ist nach unserer Kenntnis neu und fordert methodisch zur kritischen Diskussion heraus.

**Methoden:** Als Datengrundlage dienen sechs europäischen Normierungsstudien für die Allgemeinbevölkerung (2 x Deutschland, 2 x Schweden, 1 x Norwegen, 1 x Niederlande; N zwischen 1731

und 4910). Die Ergebnisse dieser Normierungsstudien wurden auf die Europäische Bevölkerung (EU-27; 501 Millionen Personen) als Standardpopulation bezogen, um Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung in den Studien zu berücksichtigen.

**Ergebnisse:** Aus der Zusammenfassung der Daten werden Normwerte, getrennt nach Geschlecht und Altersdekaden, abgeleitet. Diese Daten bieten unter anderem die Möglichkeit, Alters- und Geschlechtseffekte, welche sich in den Einzelstudien in unterschiedlicher Ausprägung zeigen, zusammenfassend zu analysieren.

**Diskussion:** Möglichkeiten und Probleme bei solchen Zusammenfassungen werden aufgezeigt. Kritisch anzumerken ist, dass sich die Studien auf Nord- und Mitteleuropa beziehen; die Übertragbarkeit auf andere Regionen ist fraglich. Der deutsche Nutzer des EORTC QLQ-C30 kann nun eine von mehreren deutschen Normierungen oder auch die neue europäische Normierung nutzen.

### Messinvarianz des GHQ-12 in einer deutschen und einer kolumbianischen Bevölkerungsstichprobe

Glaesmer H.<sup>1</sup>, Hinz A.<sup>1</sup>, Finck C.<sup>2</sup>, Young J.<sup>2</sup>, Brähler E.<sup>1,3</sup>, Romppel M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universidad de los Andes, Departamento de Psicología, Bogota, Kolumbien, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>4</sup>Universität Bremen, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Der GHQ-12 ist ein international sehr etabliertes Instrument zur Erfassung psychischer Belastungen. Seine Entwicklung reicht bis 1972 zurück. Die Dimensionalität und die dazugehörigen psychometrischen Eigenschaften der 12-Item-Version des GHQ-12 sind seit Langem in der Diskussion. Verschiedenste faktorielle Lösungen sind in der Literatur zu finden. Für die deutsche Version wurde zuletzt ein eindimensionales Modell mit Response-bias auf den negativ formulierten Items gezeigt. Dies deckt sich mit aktuellen internationalen Befunden und macht die Bedeutung methodischer Aspekte (z.B. Wording-Effekte) deutlich. Der GHQ-12 liegt in verschiedensten Sprachversionen vor und wird deshalb häufig eingesetzt, auch in Vergleichsstudien über verschiedene Länder. Die Messäquivalenz wird dabei üblicherweise nicht geprüft. Auf Basis einer deutschen und einer kolumbianischen Bevölkerungsstichprobe wird die Messäquivalenz des GHQ-12 in zwei Sprachversionen geprüft.

**Methodik:** In einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (N=2,041) und eine kolumbianischen Bevölkerungsstichprobe (N=1500) wurde der GHQ-12 in der deutschen bzw. spanischen Version eingesetzt. Konfigurale, metrische und skalare Invarianz beider Versionen werden Die faktorielle Struktur wurde mit konfirmatorischen Faktorenanalysen untersucht.

**Ergebnisse:** Die einfaktorielle Lösung mit Responsebias auf den negativ formulierten Items (vgl. Hankins et al., 2008) die für die

deutsche Version gezeigt wurde, konnte auch in der kolumbianischen Version repliziert werden. Es liegt damit konfigurale Invarianz beider Versionen vor. Im Gegensatz dazu konnte die metrische und skalare Invarianz nicht gezeigt werden. Faktorladungen und Intercepts beider Versionen sind damit nicht gleich. Es fällt auf, dass insbesondere die Faktorladungen der positiv formulierten Items in der kolumbianischen Stichprobe deutlich höher sind. **Diskussion:** Es konnte konfigurale Invarianz der deutschen und der kolumbianischen Version des GHQ-12 gezeigt werden, metrische und skalare Invarianz liegen nicht vor. Die Befunde unterstreichen die Bedeutung von Wordingeffekten - auch aus einer kulturvergleichenden Perspektive. Die Bedeutung der Messinvarianz für kulturvergleichende Studien soll diskutiert werden.

## Psychometrische Untersuchung und Normierung der deutschen Version des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) zur Erfassung von Suizidgedanken

Hallensleben N.<sup>1</sup>, Spangenberg L.<sup>1</sup>, Kapusta N.<sup>2</sup>, Forkmann T.<sup>3</sup>, Glaesmer H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Wien, Österreich, <sup>3</sup>RWTH Aachen, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Aachen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Interpersonal Theory of Suicide (Joiner, 2005) beschreibt verschiedene Aspekte von Suizidalität, die den Übergang von Suizidgedanken zu Suizidhandlungen vorhersagen. Suizidabsichten resultieren aus unerfüllten sozialen Bedürfnissen, und zwar aus der Wahrnehmung, eine Belastung für andere zu sein („Perceived Burdensomeness“, PB) und dem enttäuschten Wunsch nach Zugehörigkeit („Thwarted Belongingness“, TB). Suizidhandlungen können aber erst dann auftreten, wenn darüber hinaus auch die Fähigkeit, sich selbst Schmerz oder Leid zuzufügen („Capability for Suicide“), vorhanden ist. Die Theorie ist inzwischen empirisch gut untersucht und liefert vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich der Vorhersage suizidalen Verhaltens (van Orden et al., 2010; Christensen et al., 2014; Anestis et al., 2015). Zur Erfassung der beiden interpersonalen Modellkomponenten wurde der Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) entwickelt. Dieser erhebt mit 15 Items auf einer 7-stufigen Likertskala den unerfüllten Wunsch nach Zugehörigkeit (TB) und die wahrgenommene Belastung für andere (PB) (van Orden et al., 2012). Die englischsprachige Originalversion des INQ wurde von Forkmann und Glaesmer (2013) ins Deutsche übersetzt.

**Methodik:** In einer bevölkerungsrepräsentativen deutschen Stichprobe (n=2,513) wurden die faktorielle Struktur und psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des INQ überprüft sowie erstmals Normen für die deutsche Version bereitgestellt.

**Ergebnisse:** Nach Aufnahme von insgesamt vier Residualkorrelationen in das Faktormodell kann die in der Originalliteratur ge-

fundene zweifaktorielle Struktur des INQ bestätigt werden. Die internen Konsistenzen der beiden Skalen sind mit  $\alpha=.94$  (PB) und  $\alpha=.89$  (TB) als sehr gut zu bewerten. Es zeigen sich theoriekonforme Zusammenhänge der beiden Skalen des INQ mit Suizidgedanken, suizidalem Verhalten in der Vergangenheit, Depressivität und Ängstlichkeit. Die Skalen PB (M=1.26, SD=0.70) und TB (M=2.38, SD=1.21) zeigen keine Geschlechts-, aber Altersunterschiede. Es wurden jeweils Normen für drei verschiedene Altersgruppen (14-44 Jahre, 45-74 Jahre, ab 75 Jahre) berechnet.

**Diskussion:** Die berichteten Kennwerte weisen auf gute Reliabilität und Konstruktvalidität der deutschen Version des INQ hin.

## Diagnostische Sensitivität und Spezifität des SSD-12 bei Patienten mit somatischer Belastungsstörung und Krankheitsangststörung

Toussaint A.<sup>1,2</sup>, Hüsing P.<sup>1,2</sup>, Löwe B.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

In der Neuauflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) werden zur Verbesserung von Reliabilität und klinischer Nützlichkeit der Diagnose der somatoformen Störung (jetzt Somatic Symptom Disorder / Somatische Belastungsstörung) erstmals psychosoziale Variablen als Diagnosekriterien berücksichtigt. Bislang fehlte jedoch eine Selbstbeurteilungsskala, welche die Messung der psychologischen Dimension nach DSM-5 erlaubt. Von unserer Arbeitsgruppe wurde deshalb mit der Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12) ein solches Selbstbeurteilungsinstrument entwickelt. Erste Berechnungen zur faktoriellen Struktur, Reliabilität und zur konvergenten und diskriminanten Validität zeigten vielversprechende Ergebnisse.

Auch die frühere Hypochondrie-Diagnose wurde im DSM-5 neu konzeptualisiert und soll teils ebenfalls als Somatische Belastungsstörung, sofern keine Körpersymptome vorliegen aber als Krankheitsangststörung codiert werden. Aktuell wird diskutiert, ob es sich bei beiden Diagnosen um unabhängige Krankheitsentitäten handelt oder ob die Krankheitsangststörung als Untergruppe der Somatischen Belastungsstörung angesehen werden sollte. Anhand einer Stichprobe von n = 450 ambulanten psychosomatischen Patienten überprüfen wir derzeit die Kriteriumsvalidität des SSD-12 bezüglich beider Diagnosen: Es soll ermittelt werden, mit welcher Treffsicherheit sich anhand des SSD-12-Wertes das Vorliegen einer somatoformen Belastungsstörung bzw. einer Krankheitsangststörung nachweisen lässt (Fallidentifikation). Als Außenkriterium dient dabei die Diagnose beider Störungen nach dem Goldstandard durch ein strukturiertes klinisches Interview. Zusätzlich werden in der Patientengruppe die somatische Symptombelastung mit Hilfe des Patient Health Questionnaires (PHQ-

15) sowie Hypochondrie relevante Aspekte mit Hilfe des Whiteley Index (WI-7) erfasst. Es soll überprüft werden, ob sich die beiden diagnostischen Gruppen in den einzelnen Fragebogenscores unterscheiden und inwieweit die Genauigkeit der Fallidentifikation bezüglich beider Diagnosen durch eine Kombination der Fragebögen verbessert werden kann. Die Ergebnisse werden vorgestellt und hinsichtlich ihrer klinischen Implikation diskutiert.

## Erfassung körperlicher Funktionsfähigkeit mittels Selbstbeurteilung - Wie stellt man die richtigen Fragen?

Liegl G.<sup>1</sup>, Fischer F.<sup>1,2</sup>, Bjoerner J.<sup>3,4,5</sup>, Gandek B.<sup>6,7</sup>, Ware J.<sup>6,7</sup>, Fries J. F.<sup>8</sup>, Rose M.<sup>1,6</sup>, Nolte S.<sup>1,9</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>QualityMetric Incorporated, Lincoln, Vereinigte Staaten, <sup>4</sup>National Research Centre for the Working Environment, Copenhagen, Dänemark, <sup>5</sup>Institute of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Dänemark, <sup>6</sup>Department of Quantitative Health Sciences, University of Massachusetts Medical School, Worcester, Vereinigte Staaten, <sup>7</sup>John Ware Research Group, Worcester, Vereinigte Staaten, <sup>8</sup>Department of Immunology and Rheumatology, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, Vereinigte Staaten, <sup>9</sup>Population Health Strategic Research Centre, School of Health and Social Development, Deakin University, Burwood, Australien

**Hintergrund:** Ein entscheidender Schritt in der Entwicklung von Selbstbeurteilungsfragebögen ist die Bestimmung des Frageformats, das neben inhaltlichen Aspekten auch die Formulierung der Items sowie die Anzahl der Antwortoptionen umfasst. Bei der Erfassung von körperlicher Funktionsfähigkeit kann inhaltlich zum Beispiel nach der tatsächlichen Ausführung einer Aktivität in einem bestimmten Zeitrahmen oder nach dem allgemeinen Fähigkeitspotenzial gefragt werden. Entscheidet man sich für Letzteres, kann wiederum die Formulierung entweder ressourcen- oder defizitorientiert gewählt werden. Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem Einfluss verschiedener Aspekte des Frageformats auf die Messgenauigkeit eines Fragebogens.

**Methode:** Im Rahmen der Patient Reported Outcome Information System (PROMIS®) Initiative beurteilten N=15,721 US-amerikanische Probanden ihren körperlichen Funktionsstatus anhand von fünf Items, die jeweils in vier verschiedenen Formaten mit zwei bis sechs Antwortoptionen vorgegeben wurden (A: "Are you able to...?"; B: "How difficult is it for you to...?"; C: "Does your health now limit you to...?"; D: "Over the last 7 days, did you...?"). Auf Grundlage der Item Response Theory (IRT) verwendeten wir zwei Schätzmodelle (Graded Response Model; Generalized Partial Credit Model) zur Datenanalyse. Um Unterschiede in der Messgenauigkeit der einzelnen Frageformate zu eruieren, wurden die jeweiligen Iteminformationskurven gegenübergestellt. Der Einfluss des

Frageformats auf die Schätzung der Personenparameter wurde mittels Fixed-Effects Models untersucht.

**Ergebnisse:** Je nach Frageformat, Inhalt, Anzahl der Antwortoptionen und IRT Modell variierte die Messgenauigkeit teilweise erheblich. Dabei zeigten sich zwischen den Formaten A, B und C nur leichte Unterschiede, mit einer maximalen Iteminformation zwischen  $4 < I_{\max} < 9$ . Dagegen lag die Messgenauigkeit bei der Vorgabe der Items mit Format D mit einer maximalen Information von  $I_{\max} < 0.5$  weit darunter. Format D führte zudem zu einer systematischen Unterschätzung der körperlichen Funktionsfähigkeit ( $p < .0001$ ).

**Fazit:** Verschiedene Frageformate, die auf die Selbsteinschätzung des eigenen Fähigkeitspotentials abzielen, sind ähnlich gut zur Erfassung von körperlicher Funktionsfähigkeit geeignet. Hingegen messen Items, die nach der tatsächlichen Ausführung einer körperlichen Aktivität fragen, das zugrundeliegende Konstrukt nicht hinreichend genau, sodass dieses Frageformat nicht empfohlen werden kann.

## Psychokardiologie II: Depression und Angst bei kardiologischen Patienten

### Depressionsscreening mit gezielter Patientenrückmeldung bei kardiologischen Patienten: Eine randomisierte kontrollierte Untersuchung (DEPSCREEN-INFO)

Löwe B.<sup>1,2</sup>, Blankenberg S.<sup>3</sup>, Wegscheider K.<sup>4</sup>, König H. H.<sup>5</sup>, Walter D.<sup>6</sup>, Murray A. M.<sup>1</sup>, Gierk B.<sup>1</sup>, Kohlmann S.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Schön Klinik Hamburg Eilbek, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Herzzentrum, Hamburg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Biometrie und Epidemiologie, Hamburg, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Gesundheitsökonomie, Hamburg, Deutschland, <sup>6</sup>Cardiologicum, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Internationale Behandlungsleitlinien empfehlen ein Screening auf Depression bei Patienten mit koronarer Herzkrankung (KHK) und anderen chronischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Ergebnisse, die diese Empfehlung stützen, fehlen allerdings. Die DEPSCREEN-INFO Studie testet die differenzielle Wirksamkeit zweier verschiedener Methoden des Depressions-Screenings.

**Methode:** DEPSCREEN-Info ist eine randomisierte, kontrollierte, beobachterverblindete Wirksamkeitsstudie bei Patienten mit KHK oder Arterieller Hypertonie aus drei unterschiedlichen kardiologischen Settings. Patienten, mit positivem Screeningergebnis (PHQ-9  $\geq 10$  Punkte), wurden entweder in die Kontrollgruppe randomisiert, wo nur die Kardiologen eine spezifische schriftliche Rückmeldung zum Depression-Screening bekamen, oder in die

Interventionsgruppe, wo sowohl die Kardiologen wie auch die Patienten schriftliche Rückmeldungen zum Screening-Ergebnis erhielten. Die Studienendpunkte waren Änderungen von Depressionsstärke (PHQ-9), Ängstlichkeit (GAD-7), somatische Symptomschwere (PHQ-15), medizinische Inanspruchnahme sowie der Umgang der Patienten mit dem Ergebnis des Screenings.

**Ergebnisse:** 220 screening-positive Patienten wurden in die Kontrollgruppe randomisiert (nur die Kardiologen erhielten schriftliche Rückmeldung) und 155 screening-positive Patienten wurden in der Interventionsgruppe randomisiert (Kardiologen und Patienten erhielten schriftliche Rückmeldungen). Nach 6 Monaten zeigte die Interventionsgruppe signifikant stärkere Verbesserungen hinsichtlich Depressionsstärke (ES=0,26; p=0,04), Ängstlichkeit (ES=0,33; p< 0,01) und somatischer Symptomschwere (ES=0,49; p=0,01) als die Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe informierte sich doppelt so häufig über das Thema Depression wie die Kontrollgruppe (23,9% vs. 12,5%; OR=2,2; 95% CI=1,1 zu 4,5). Hinsichtlich medizinischer Inanspruchnahme zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

**Diskussion:** Eine kurze schriftliche Rückmeldung des Depression-Screening Ergebnisses an die betroffenen Patienten führt zu einer Reduktion der Depressionsstärke, versetzt die Betroffenen in die Lage, sich selbst aktiv Informationen einzuholen und scheint damit die aktive Patientenrolle zu stärken. Die Verbesserungen in der Depressionsstärke sind in der Größe vergleichbar zu wesentlich intensiveren psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungen bei Depressionen von kardiologischen Patienten.

## Welche soziodemografischen und somatischen Faktoren sagen eine Reduktion depressiver Symptome bei KHK-Patienten voraus? Eine Sekundäranalyse der multizentrischen SPIRR-CAD-Studie

Vitinius F.<sup>1</sup>, Ronel J.<sup>2</sup>, Escherich S.<sup>1</sup>, Deter H. C.<sup>3</sup>, Hellmich M.<sup>4</sup>, Jünge J.<sup>5</sup>, Petrowski K.<sup>6</sup>, Ladwig K. H.<sup>7</sup>, Lambertus F.<sup>1</sup>, Michal M.<sup>8</sup>, Weber C. S.<sup>3</sup>, de Zwaan M.<sup>9</sup>, Herrmann-Lingen C.<sup>10</sup>, Albus C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinik Köln, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>TU München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>3</sup>Charite Berlin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, <sup>4</sup>Uniklinik Köln, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln, Deutschland, <sup>5</sup>Universität Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>6</sup>Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Köln, Deutschland, <sup>7</sup>Helmholtz-Zentrum, München, Deutschland, <sup>8</sup>Universitätsmedizin Mainz, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>9</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>10</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

**Einleitung und Fragestellung:** Depressive Symptome liegen bei 15 - 30% der Patienten mit koronarer Herzkrankheit vor und sind mit einer ungünstigen Prognose assoziiert. Psychotherapie weist bei dieser Patientengruppe jedoch nur geringe Effektstärken auf. Die Identifizierung von soziodemografischen und somatischen Prädiktoren des Therapieerfolges könnte zur Entwicklung effektiverer Behandlungen beitragen. Ziel dieser Studie ist es, potenzielle Prädiktoren für die Veränderung der Depressivität im Rahmen einer multizentrischen Psychotherapiestudie bei KHK zu untersuchen.

**Patienten und Methoden:** Auf Grundlage des gesamten Datensatzes der SPIRR-CAD Studie (n=570) wurden univariat 180 potenzielle Prädiktoren für die Veränderung des HADS-Depressions-Scores von Therapiebeginn bis 18 Monate danach gescreent (p< 0,10); 13 blieben übrig. Im Folgenden wurden manuell rückwärts nicht signifikante Kandidatenvariablen eliminiert (p>0,05). Die Modellierung erfolgte sowohl mit stetiger Zielgröße HADS-D Score, als auch auf der Basis von drei etablierten Response-Definitionen.

**Ergebnisse:** Höheres Alter (B=-0,046; p=0,004), weibliches Geschlecht (B=-0,909; p=0,015), höheres monatliches Einkommen (B=-0,183; p=0,022) haben einen günstigen Effekt auf den Verlauf des HADS-D Scores. Eine Schilddrüsenhormonsubstitution (B=1,456; p=0,002) sowie Einnahme von Antibiotika (B=4,021; p=0,022) und Harnsäuresenker (B=1,143; p=0,033) haben einen ungünstigen Effekt. Günstige Einflussparameter auf die Response-Definitionen waren niedrigerer BMI (B=-0,049; p=0,041), höheres Alter (B=0,028; p=0,005), höheres monatliches Einkommen (B=0,206; p=0,000 bzw. B=0,141; p=0,022 abhängig von der Response-Definition), ungünstig wirkte sich die Einnahme von Harnsäuresenkern aus (B=-0,938; p=0,013 bzw. B=-1,252; p=0,040). Bei beiden Analysen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden.

**Interpretation und Schlussfolgerung:** Höheres Alter und höheres Einkommen sind konsistent und unabhängig von einer Psychotherapie-Intervention mit einer deutlicheren Reduktion depressiver Symptome verknüpft. Ein Einfluss verschiedener Schweregradindikatoren der somatischen Grunderkrankung konnte nicht gezeigt werden. Der unerwartete Einfluss verschiedener Medikamente sowie der unterschiedliche Effekt des BMI bzw. des Geschlechts bedarf weiterer Klärung.

## Einzelne depressive Symptome bei koronarer Herzerkrankung: Basisraten und Zusammenhänge mit Dyspnoe und Angina Pectoris

Kohlmann S.<sup>1,2</sup>, Gierk B.<sup>3</sup>, Murray A. M.<sup>1</sup>, Arne S.<sup>1</sup>, Lehmann M.<sup>1,2</sup>, Löwe B.<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>Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Depressive Störungen treten häufig bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) auf. Die Heterogenität depressiver Symptome und deren Überlappung mit kardialen Symptomen stellen eine große diagnostische Herausforderung dar. Die Analyse einzelner depressiver Symptome könnte die Früherkennung von Psychopathologie bei kardialen Patienten erleichtern. Die vorliegende Studie stellt einen normativen Ansatz zur diagnostischen Erfassung depressiver Symptome dar, mit dem Ziel Normtabellen für depressive Symptome bei Patienten mit KHK zu etablieren. Hierfür wurden die Frequenz und das Spektrum einzelner depressiver Symptome sowie deren Einfluss auf kardiale Symptome und Lebensqualität untersucht.

**Methode:** An drei unterschiedlichen kardiologischen Zentren wurden depressive Symptome mit dem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) bei 1337 Patienten erfasst. Zusammenhänge zur New York Heart Association class (Dyspnoe), Canadian Cardiology Society Class (Angina Pectoris) und zur Lebensqualität (EuroQoL-5D) wurden unter Adjustierung von demographischen, kardialen und psychischen Faktoren mittels multipler Regressionen berechnet.

**Ergebnisse:** Während der letzten 14 Tage berichteten mehr als die Hälfte der Patienten Energielosigkeit (74.9%, 95% Konfidenzintervall (KI): 70.6-79.2), Schlafprobleme (69.4%, 95% KI: 64.9-74.0) und Interessensverlust (55.7%, 95% KI: 50.8-60.7). Veränderungen in der Psychomotorik (25.6%, 95% KI: 21.3-30.0), Selbstwertprobleme (21.9%, 95% KI: 17.7-26.0) und Suizidgedanken (14.1%, 95% KI: 10.7-17.6) wurden vergleichsweise selten berichtet. Depressive Symptome zeigten sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Endpunkt als unterschiedlich stark prädiktiv für Dyspnoe, Angina Pectoris und Lebensqualität. Energielosigkeit erwies sich als einziges depressives Symptom als stabiler Prädiktor für Dyspnoe, Angina Pectoris und Lebensqualität.

**Diskussion:** Depressive Symptome bei KHK sind häufig aber variieren sehr stark in ihrer Ausprägung. Die Ergebnisse verdeutlichen die differenziellen Zusammenhänge zwischen einzelnen depressiven Symptomen und kardialen Symptomen und Lebensqualität. Die präsentierten Normtabellen können Klinikern helfen, die Schwere einzelner depressiver Symptome besser einzuschätzen und individuelle PHQ-9 Profile mit Patienten zu besprechen.

## Perioperative Angst- und Depressionsscores bei koronaren Bypass- und Mitralklappenpatienten

Korbmacher B.<sup>1</sup>, Botzet K.<sup>1</sup>, Ulbrich S.<sup>1</sup>, Dalyanoglu H.<sup>1</sup>, Schipke J. D.<sup>1</sup>, Franz M.<sup>2</sup>, Lichtenberg A.<sup>1</sup>, Schäfer R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UKD, Kardiovaskuläre Chirurgie, Düsseldorf, Deutschland, <sup>2</sup>UKD, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Herzoperationen sind für die Patienten lebensbedrohliche, existentielle Erfahrungen. Hieraus können Ängste, Depressionen, Anpassungsstörungen bis hin zu psychotraumati-

schen Beeinträchtigungen resultieren. Um die psychische Symptomlast zu quantifizieren, erfolgten zwei unabhängige prospektive Studien zur perioperativen Angst und Depression. Ziel der Studien war, die Indikation und Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen perioperativ und im Langzeitverlauf zu evaluieren.

**Patienten und Methoden:** Von 2009 bis 2010 wurden 135 konsekutive, elektive, aortokoronare Bypass-Patienten (46 bis 93 Jahre; 27% weiblich) von derselben Person 1 Tag prä-, 7 Tage (früh-postoperativ) und 6 Monate postoperativ mittels der deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) untersucht. Dasselbe Vorgehen erfolgte von 5/2011 bis 12/2013 bei 100 konsekutiven Mitralklappenpatienten (22 bis 87 Jahre; 53% weiblich).

### Ergebnisse:

**Bypass-Patienten:** Präoperativ wiesen 20.7% (Standard; HADS Normstichprobe gesunder Probanden 3.2%), früh- postoperativ 23.8% und 6 Monate postoperativ 29.3% erhöhte Depressionsscores auf (DS  $\geq$  8). Erhöhte Angstscores (AS  $\geq$  8) wurden präoperativ bei 38.4% (Standard: 19.8%), früh postoperativ bei 34.1% und 6 Monate postoperativ bei 29.1% gemessen (Angst:  $\chi^2 = 5,72$ ;  $p = 0,017$ , Depressivität:  $\chi^2 = 6,13$ ;  $p = 0,013$ ).

**Mitralklappen-Patienten:** Präoperativ zeigten sich bei 15.0% (Standard 3.2%), früh-postoperative bei 20.0% und 6 Monate postoperativ ebenfalls bei 14.0% erhöhte Depressionsscores. Erhöhte Angstscores ( $\geq$  8) hatten 33.0% (Standard: 19.8%) präoperativ, früh-postoperativ 28.0% und 6 Monate postoperativ 18.0%.

### Schlussfolgerungen:

- Der Hauptunterschied: die Depressionsscores bei den Bypass-Patienten stiegen postoperativ im Langzeitverlauf an.
- Wenn die postoperative Depressivität als Reaktion auf die existentiell bedrohliche Operation eingeschätzt wird, scheinen die Bypass-Patienten im Vergleich mit den Mitralklappen-Patienten eine geringere Kapazität aufzuweisen, dem Operationsstress zu widerstehen.
- Die untersuchte Kohorte von Mitralklappen-Patienten weist nicht auf eine zugrunde liegende psychische Beeinträchtigung durch Depression und Angst als Komorbidität hin, während die identifizierten Bypass-Patienten psychotherapeutischen Support benötigen.
- Die präoperativ erhöhten Angstwerte der Mitralklappen-Patienten könnten eine Intervention zur Reduktion der state anxiety erfordern.



## Angst- und Zwangstörungen

### Soziale Netzwerke von PatientInnen mit sozialer Angststörung

Geigges J.<sup>1</sup>, Hunger C.<sup>2</sup>, Schweitzer-Rothers J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychologisches Institut Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Soziale Angststörungen (SAD) zählen zu den häufigsten Angststörungen. Bisher existiert keine Studie zu sozialen Netzwerken und Unterstützungsqualitäten bei SAD. Die Studie ist Teil einer Machbarkeitsstudie zum Vergleich Systemischer Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie bei SAD.

**Methode:** Es wurden 35 PatientInnen interviewt ( $M = 34$  Jahre,  $SD = 14$ , Range: 18-60; 51% weiblich; 66% in Partnerschaft/verheiratet; 40% mit Kindern; 63% mit Abitur/ Hochschulabschluss; 73% berufstätig, im Studium/Ausbildung). Primäre Diagnose war die SAD (SKID), Komorbiditäten zeigten andere Angst-, depressive und Essstörungen, ADHS, selbstunsichere und depressive Persönlichkeitsstörungen. Die Netzwerkkartierungstechnik (Antonucci, 1986) diente der Feststellung der Netzwerkgröße, -komposition und -nachhaltigkeit im unterstützenden Netzwerk (UN) und angstbesetzten Netzwerk (AN). Die soziale Angst wurde mit der Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und Social Phobia Scale (SPS) erfasst. Für jeweils die drei bedeutsamsten Personen in beiden Netzwerken wurde die positive und negative soziale Unterstützung gewichtet erfasst.

**Ergebnisse:** In den explorativ-deskriptiven Analysen zeigte sich das AN der PatientInnen größer als das UN ( $d = 0.60$ ). Im UN nannten sie signifikant mehr private Personen ( $d = 1.55$ ) und nachhaltigere Beziehungen ( $d = 0.86$ ). Bedeutsam mehr negative soziale Unterstützung wurde im AN erlebt ( $d = 4.26$ ), hinsichtlich der positiven sozialen Unterstützung gab es keine signifikanten Unterschiede. Bei Kontrolle der Netzwerkgröße im UN war allein negative soziale Unterstützung mit der sozialphobischen Symptombelastung (SIAS;  $\beta = .51$ ,  $p < .05$ ,  $R^2 = .23$ ,  $p < .05$ ), bei Kontrolle der Netzwerkgröße im AN war positive und negative soziale Unterstützung mit der sozialphobischen Symptombelastung assoziiert (SPS; positive soziale Unterstützung:  $\beta = -1.92$ ,  $p < .05$ ; negative soziale Unterstützung:

$\beta = 2.42$ ,  $p < .01$ ;  $R^2 = .48$ ,  $p < .01$ ). Die Interaktion positiver und negativer sozialer Unterstützung wurde nicht signifikant.

**Diskussion:** Diese Studie liefert erste Hinweise auf die Netzwerkgröße, -komposition und -nachhaltigkeit von UN und AN bei PatientInnen mit SAD. Sie schließt an vorangegangene Befunde an, die dafür sprechen, dass es vor allem die negativen zwischenmenschlichen Interaktionen sind, die der Vorhersage psychischer Gesundheit dienen und die einflussreicher erscheinen als eine positive soziale Unterstützung.

### Klassifikation der Körperdysmorphen Störung - welchen Vorteil haben die neuen Kriterien im DSM-5?

Schieber K.<sup>1</sup>, Kollei I.<sup>2</sup>, de Zwaan M.<sup>3</sup>, Martin A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Bamberg, Bamberg, Deutschland, <sup>3</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, <sup>4</sup>Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der Veröffentlichung des DSM-5 wurde die Körperdysmorphie Störung (KDS) als eigenständiges Störungsbild in die Kategorie „Zwangsstörung und verwandte Störungen“ aufgenommen. Des Weiteren wurde ein neues Kriterium hinzugefügt, welches sich wiederholende Verhaltensweisen und Gedanken als Schlüsselsymptom benennt. Ziel der Studie ist es, die aktuelle Prävalenzrate der KDS darzustellen und die Validität der DSM-5 Klassifikationskriterien im Vergleich zu DSM-IV zu untersuchen.

**Methoden:** Eine repräsentative Stichprobe aus der deutschen Allgemeinbevölkerung ( $N=2129$ , 18-65 Jahre) nahm an einer schriftlichen Befragung teil, die Selbstbeurteilungsverfahren zu den Diagnosekriterien der KDS, zu körperdysmorphen Beschwerden und Depression beinhalteten.

**Ergebnisse:** Es wurde eine sehr hohe Übereinstimmung der mit KDS klassifizierten Individuen nach DSM-IV und DSM-5 beobachtet ( $\Phi = .95$ ;  $p < .001$ ). Dabei ergab sich eine nur geringfügig niedrigere Punktprävalenz für die KDS nach DSM-5 (2.9%,  $n=62$  vs. 3.2%,  $n=68$ ). Etwa ein Drittel der nach DSM-5 identifizierten Personen mit einer KDS berichteten zeitintensive sich wiederholende Verhaltensweisen bezüglich der Sorgen über das Aussehen. 0.8 % der Gesamtstichprobe erfüllte die Kriterien eine KDS nach DSM-5 und gab an, mindestens eine Stunde pro Tag störungsspezifische Verhaltensweisen auszuüben.

**Diskussion:** Der Vergleich der Kriterien nach DSM-IV und DSM-5 zeigte, dass sich das neue Kriterium nicht auf die Fallidentifikation auswirkte. Das im DSM-5 neu ergänzte Kriterium stellt jedoch die klinischen Symptome der KDS genauer dar und könnte unter Hinzunahme eines Zeitkriteriums hilfreich sein, um zwischen unterschiedlichen Ausprägungsgraden zu unterscheiden.

### Welche Rolle spielt die Stimmgrundfrequenz im Gedankenexperiment für den Erfolg der Expositionstherapie?

Wieder G.<sup>1</sup>, Weusthoff S.<sup>2</sup>, Fischer M. S.<sup>3</sup>, Einsle F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, <sup>3</sup>University of North Carolina at Chapel Hill, Department of Psychology, Chapel Hill, Vereinigte Staaten

Frühzeitige Therapieabbrüche stellen in der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Exposition bei Panikstörung und Agoraphobie

trotz ihrer gut belegten Wirksamkeit ein Problem dar. Um diesen vorzubeugen und die Expositionsdurchführung und somit die Verwirklichung korrigierender Lernerfahrungen sicherzustellen, ist ein eingehendes Verständnis des zugrunde liegenden Expositionsrationals wichtig. Die Ableitung des Rationals findet in einem so genannten Gedankenexperiment statt. Ziel ist dabei die Einsicht der Patienten, dass durch wiederholte Konfrontation eine Angstabnahme erfolgt. Eine starke emotionale Erregung des Patienten im Gedankenexperiment erschwert möglicherweise das Einlassen auf Therapieinhalte und damit die Rationalableitung, wodurch letztendlich eine erfolgreiche Therapiebeendigung gefährdet ist.

Dies wurde in einer post-hoc-Analyse untersucht, indem Daten von  $N = 64$  Patienten einer manualisierten Therapie für Panikstörung und Agoraphobie ausgewertet wurden. In der in Therapieabbrecher ( $n = 31$ ) vs. gematchte Therapiebeender ( $n = 33$ ) geteilten Stichprobe wurde das emotionale Arousal objektiv über die Stimmgrundfrequenz ( $f_0$ ) abgebildet, welche mithilfe der Phonetiksoftware Praat aus den Therapievideos ermittelt wurde. In der Gruppe der Therapiebeender wurde darüber hinaus die Symptomschwere über objektive Ratings erfasst. Die Analysen zeigen im weiblichen Patientensample eine negative Assoziation zwischen  $f_0$  im Gedankenexperiment und der Symptomreduktion von Beginn zu Ende der Therapie: Je höher  $f_0$ , desto geringer die prä-post Symptomreduktion. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die emotionale Erregung der Patienten eine Rolle im Lern- und Einsichtsprozess der Rationalableitung spielt, wobei möglicherweise Gedächtnisprozesse zur Aufnahme neuer Therapieinhalte beeinträchtigt sind. Zukünftige Forschung sollte den emotionalen Zustand der Patienten im Rahmen der Rationalableitung weiter erforschen, um mögliche Prozessmechanismen und deren Einfluss auf die Therapiewirksamkeit zu eruieren.

## Transfer von manualisierter psychodynamischer Kurzzeittherapie (STPP) der Sozialen Phobie in die klinische Routine

Wiltink J.<sup>1</sup>, Hoyer J.<sup>2</sup>, Ruckes C.<sup>1</sup>, Joraschky P.<sup>3</sup>, Leichsenring F.<sup>4</sup>, Le-weke F.<sup>4</sup>, Pöhlmann K.<sup>3</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>4</sup>Justus Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

Es gibt einen erheblichen Bedarf an Studien, die die Umsetzung von manualisierten Behandlungen in die klinische Routine überprüfen. Unsere Studie ist die erste, die den Behandlungseffekt eines zusätzlichen Trainings im Rahmen einer manualisierten psychodynamischen Kurzzeittherapie (STPP basierend auf Supportiv Expressiver Therapie, SET) im niedergelassenen Bereich für die Soziale Phobie (SP) überprüft.

Als Erweiterung der größeren multizentrischen RCT (SOPHO-NET),

in dem die kognitiv behaviorale Therapie (CBT) und die STPP der Sozialen Phobie verglichen wurden, haben wir untersucht, wie in kontrollierten Studien überprüfte Behandlungen in die weniger strukturierten Bedingungen der Routineversorgung übertragen werden können und ob das Gesundheitssystem von solchen Entwicklungen profitiert. Diese Frage entspricht der Phase IV der Psychotherapieforschung. Die Studie vereint die Vorteile von kontrolliert randomisierten (efficacy Forschung) und naturalistischen Studien (effectiveness Forschung). Niedergelassene Psychotherapeuten wurden auf zwei Bedingungen (Schulung in manualisierter STPP vs. 'treatment as usual' ohne spezifische Schulung) randomisiert. Es wurde der Einschluss von 105 Patienten (84 Completer) geplant. Die Studie wurde konzipiert, eine schnellere und breitere Umsetzung von effektiven Interventionen zu gewährleisten. Die Forschungsfragen lauteten: (1) Wie kann manualisierte STPP der Sozialen Phobie in die ambulante Routineversorgung implementiert werden? (2). Werden die neuen Ansätze eine Verbesserung von Behandlungsverläufen und -ergebnissen herbeiführen? (3) Sind die Effekte, die in der routinemäßigen psychotherapeutischen Versorgung erzielt werden, vergleichbar mit denen aus kontrollierten, strikt manualisierten Behandlungen?

Die Ergebnisse der Studie werden vorgestellt und diskutiert.

\* Die Studie wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

## Loss and Bereavement

### Ambiguous loss: Psychopathological and psychosocial consequences in the context of violent conflicts

Heeke C.<sup>1,2</sup>, Knaeelsrud C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Behandlungszentrum für Folteropfer e.V., Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Freie Universität Berlin, Fachbereich Klinisch-Psychologische Intervention, Berlin, Deutschland

**Background:** Disappearances are a frequent phenomenon in the context of violent conflicts. Although it is widely assumed that relatives of missing people face particularly complex adaptation difficulties due to the uncertainty regarding the fate of their loved ones, little is known about the psychological and social consequences for those left behind. This study investigates prolonged grief disorder (PGD) and its risk factors in a sample of relatives of disappeared persons as compared with a sample of bereaved individuals, both groups having experienced displacement due to the armed conflict in Colombia.

**Method:** In a cross-sectional study conducted in four Colombian provinces, 73 relatives of disappeared persons and 222 bereaved individuals completed measures of PGD (PG-13), depression (HSCL-25), and PTSD (PCL-C) via face-to-face interviews. Trauma- and loss-related variables, including the extent to which relatives of disappeared persons hoped that their loved one was still alive, were assessed.

**Results:** Results indicated that 23% of relatives of disappeared persons met criteria for PGD. They did not differ from bereaved participants in terms of symptom severity of PGD, depression, posttraumatic stress disorder, or traumatic exposure. Participants reporting “quite a bit” of hope that their disappeared relative was still alive experienced significantly higher average PGD symptom severity than did participants reporting “no hope at all.” Regression analysis indicated that, among relatives of disappeared persons, the extent of hope predicted PGD above and beyond depression severity.

**Conclusion:** The disappearance of significant others is related to prolonged grief reactions, particularly when relatives maintain hope that the disappeared person is still alive. Future research should focus on the verification of these findings and evaluate the impact of resilience factors that can protect relatives from maladaptive mental health consequences.

## Complicated grief and bereavement-related depression, same or different? A study on bereaved family members of deceased oncological patients

Preibsch A.<sup>1</sup>, Haun M.<sup>1</sup>, Stopsack M.<sup>2</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Hartmann M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Psychoonkologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Psychologisches Institut Heidelberg, Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Heidelberg, Deutschland

**Background:** Should complicated grief (CG) and bereavement-related depression be considered as the same or are they distinct constructs? Even though earlier findings suggest associations between those constructs and high comorbidity, a number of studies indicate that CG as a syndrome is distinct from that of bereavement-related depression. The aim of the present study is to further investigate this research question in a psycho-oncological context. We hypothesize that complicated grief and depression are related but nevertheless distinct constructs.

**Methods:** A total of 361 bereaved family members completed an online survey, capturing symptoms of CG and depression. All participants had lost a family member from cancer and were at least six months removed from their loss. Correlations were calculated and diagnoses overlaps were identified. Confirmatory factor analyses were conducted to compare the fit of a single-factor model with the fit of a two-factor model. The two-factor model allowed all CG symptoms to load on one factor and all depression symptoms to load on another factor, whereas in the single-factor model all symptom loadings were restricted to one factor.

**Results:** Overall, our sample consisted of 90.9% females and 9.1% males with a mean age of 46.7 years. The main percentage of the sample had lost a partner (36.3%) or a parent (36.6%). Regarding the associations between the syndromes of CG and depression, we found strong correlations as well as high diagnoses overlaps. 74.1% of those, who fulfilled criteria for a CG diagnosis also sho-

wed symptoms of at least a mild form of depression. Considering the other way round, 61% of those fulfilling criteria for at least a mild form of depression, also fulfilled criteria for a CG diagnosis. Results concerning our model test revealed that a two-factor model was superior to a single-factor model. The two-factor model fit the data acceptably, whereas the single-factor model showed unacceptable model fit. The two-factor model could be improved by allowing errors of similar items to correlate and by removing the weakest loading CG item (“I go out of my way to avoid reminders of the person who died.”).

**Conclusion:** The results confirm our hypothesis and indicate that CG and depression are strongly related but still distinct constructs.

## Psychosomatik in der Transplantationsmedizin II

### Transplantationspsychologie/Psychosomatik in der Transplantationsmedizin - was ändert sich mit den Anforderungen der novellierten Richtlinien?

Greif-Higer G.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin, Mainz, Deutschland

In den letzten drei Jahren wurden die Richtlinien zur Transplantationsmedizin (Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG) fundiert überarbeitet. In diesem Rahmen wurden den in den Transplantationszentren tätigen Psychosomatikern/ Psychologen/ Psychiatern in sehr viel höherem Maße zentrale und entscheidende Aufgaben zugeteilt und die Expertise gewürdigt.

Dies betrifft neben der psychopathologischen Diagnostik insbesondere die Abschätzung und Sicherung der Therapieadhärenz und die Diagnostik bei Abhängigkeitserkrankungen und therapeutische Beratung zur Behandlung bzw. Abstinenzsicherung. Gefordert wird aber auch die konsequente Übernahme von Entscheidungsverantwortung z.B. bei Hinweisen auf problematisches Adhärenzverhalten oder bestehendem Substanzkonsum /-missbrauch oder bei vorliegender schwerer Psychopathologie. Dies ist insofern bemerkenswert, als als Bewertungskriterien zumindest z.T. weiche Parameter wie die Abstinenzzeit herangezogen werden sollen bzw. wenig operationalisierte Parameter wie die Adhärenz als absoluter Bewertungsfaktor entscheidungsrelevant für den Einsatz einer lebensrettenden Behandlung herangezogen werden. Dies lag prinzipiell zwar auch schon bei den früheren Richtlinien vor, erhielt jetzt aber in ihrer Bedeutung erheblich mehr Gewicht.

Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Form und Ausprägung diese Herausforderungen die Arbeit mit den Patienten prägen oder verändern könnten, sowohl in der Technik, als auch bezogen auf Inhalte der Diagnostik und der möglicherweise erforderlichen

Mitbehandlung. Dies betrifft auch einen Standard der spezialisierten Weiterbildung, der bisher nicht definiert war.

Daraus müssen sich Überlegungen ableiten, welche „Manpower“ in Zukunft in den Zentren vorgehalten werden muss, um die geforderten Aufgaben qualitativ hochwertig erfüllen zu können - aus ethischer Sicht ein Muss.

Dieses Spannungsfeld soll anhand der neuen Richtlinien zur Lebertransplantation und einiger Aspekte des Erstentwurfs zur Transplantation mittels Lebendorganspende kritisch diskutiert werden.

## **Altruistische Nierenspende - Motive und Einstellungen aus internationaler Perspektive Eine systematische Literaturrecherche**

Ehlers M.<sup>1</sup>, Vitinius F.<sup>1</sup>, Langenbach M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>GFO Kliniken Bonn, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland

**Hintergrund:** Der Mangel an Spendernieren, der erhöhte Bedarf an Organen aufgrund der steigenden Inzidenz von chronischer Niereninsuffizienz sowie das bessere Outcome nach Lebend- versus Leichenspende führen dazu, dass die nicht-direktive Lebendnierenspende in vielen Ländern an Häufigkeit zunimmt. Im Gegensatz zu der in Deutschland erlaubten Angehörigenspende spendet bei dieser Form der Donor seine Niere an eine ihm fremde Person. Über die hier erfolgende Darstellung der internationalen Literatur soll zu der fachlichen Debatte über diese Thematik in Deutschland beigetragen werden.

**Methodik:** Der Zweck des vorliegenden systematischen Literaturreviews liegt darin, die Motive, Einstellungen und das Outcome altruistischer Nierenspender in der internationalen Literatur zu beleuchten und ethische Aspekte einzubeziehen. Mittels der medizinischen Datenbank MEDLINE wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, wobei unterschiedliche Synonyme für die Bezeichnung der altruistischen Spende („altruistic“, „anonymous“, „non-directed“, „nondirected“, „samaritan“) mit relevanten Termini (z.B. „kidney donation AND psychosocial“) gepaart und re-kombiniert wurden.

**Ergebnisse:** Die Recherche ergab, dass in den USA 24% - 35% bereit sind, einem Fremden eine Niere zu spenden, während in einer australischen Studie 37% der Befragten Bereitschaft hierzu zeigten. Altruistische Spender sind überdurchschnittlich oft im medizinischen Bereich tätig und haben häufiger ein Ehrenamt inne (55% - 85%). In einer weiteren Studie berichteten 50% der altruistischen Nierenspender von dialysepflichtigen nahen Angehörigen.

**Schlussfolgerung:** Die altruistische Nierenspende ist eine Form der Organspende, die in der Zukunft noch an Relevanz gewinnen könnte. Die Kenntnis über Motive, Eigenschaften und Outcome

der nicht-direktiven Nierenspender in anderen Ländern stellt einen möglichen Erkenntnisgewinn für die Diskussion in Deutschland insbesondere im Hinblick auf mögliche künftige gesundheitspolitische Entscheidungen dar.

## **Zur unbewussten Verarbeitung einer Organtransplantation - Ergebnisse einer Traumanalyse**

Götzmann L.<sup>1</sup>, Seiler A.<sup>2</sup>, Jenewein J.<sup>2</sup>, Wittmann L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Segeberger Kliniken, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Segeberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsspital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich, Schweiz, <sup>3</sup>International Psychoanalytic University Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** In der Literatur finden sich Hinweise, dass unbewusste Prozesse, z.B. die Integration des Organs bzw. die Beziehung zum Spender, einen erheblichen Einfluss auf die Verarbeitung einer Lungentransplantation haben, und Zusammenhänge zwischen diesen unbewussten Prozessen und dem Adherence-Verhalten bzw. dem Distress-Erleben des Empfängers bestehen. In der vorliegenden qualitativen Einzelfallstudie wird der Traum eines Patienten systematisch analysiert, den dieser unmittelbar nach der Operation erinnerte. Es wird untersucht, inwiefern die im Traum dargestellten Konflikte bzw. Transformations- und Abwehrmechanismen im weiteren Interviewmaterial 3 bzw. 6 Monate nach der Transplantation aufzufinden sind.

**Methodik:** 40 lungentransplantierte Patienten wurden 2 Wochen (T1), 3 Monate (T2) und 6 Monate (T3) nach der Operation zur Verarbeitung der Transplantation interviewt; die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Vorgestellt wird die Analyse eines Traums (nach Moser & von Zeppelin, 1996); die Ergebnisse der Traumanalyse wurden in Kategorien definiert, und das weitere Interviewmaterial (T1-T3) mithilfe der qualitativen Software atlas.ti codiert.

**Ergebnisse:** Im Traum wurde die Dialektik aus dem Eintreten auf die Konfliktverarbeitung (z.B. in Form einer Aktualisierung des Traumkonflikts im Interaktionsfeld) und dem Abbrechen der Konfliktverarbeitung (z.B. in Form vom Fehlschlagen der kognitiven Prozesse bzw. von Interrupts) deutlich. Die Themen, z.B. dass der Körper aufgebrochen und der Spender kannibalistisch einverleibt wird, tauchen in den Wachphantasien und Überlegungen des Patienten bei den Folgeinterviews auf. Es wird deutlich, wie die Abwehr im Verlauf der Verarbeitung abnimmt und die unbewussten Phantasien weiterentwickelt werden.

**Schlussfolgerung:** Die Einzelfallanalyse zeigt, dass die Inhalte des erinnerten / erzählten Traums eine wesentliche Rolle in den Interviews 3 Monate und 6 Monate nach der Transplantation spielen, insbesondere hinsichtlich der Identifizierung mit dem Spender und der Einverleibung des neuen Organs. In der weiteren qualitativen Analyse soll untersucht werden, inwieweit diese Themen bei den übrigen Patienten eine Rolle spielen.

## Psychotherapiestudien

### Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Angststörungen: Zusammenfassung meta-analytischer Befunde

Schwartz D.<sup>1</sup>, Barkowski S.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>, Rosendahl J.<sup>1</sup>

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

**Hintergrund:** Die Wirksamkeit gruppentherapeutischer Methoden zur Behandlung von Angststörungen ist auf Einzelstudienbene vielfach belegt. Dennoch werden in nationalen und internationalen Behandlungsleitlinien nur vereinzelt Aussagen zur Wirksamkeit und Indikationsstellung getroffen. Auch in bisherigen Reviews und Meta-Analysen wird nur selten zwischen einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen differenziert oder direkte Vergleiche unterschiedlicher Behandlungsformate fehlen. Um diese Lücke zu füllen und einen Überblick über die vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei Angststörungen zu geben, wurden mehrere Meta-Analysen durchgeführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

**Methode:** Die Literaturdatenbanken Medline, PsychINFO, Web of Science und Central wurden nach geeigneten Primärstudien durchsucht. Betrachtet wurden ausschließlich erwachsene Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung (Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, Sozialphobie, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung). Eingeschlossen wurden randomisiert-kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit von Gruppentherapie im direkten Vergleich zu Wartelisten-Kontrollgruppen oder anderen aktiven Vergleichsgruppen (Pharmakotherapie, Individualtherapie, Standardbehandlung, Aufmerksamkeits-Kontrollgruppen) untersuchten. Als Effektstärkemaß wurden standardisierte Mittelwertsdifferenzen nach Behandlungsende herangezogen.

**Ergebnisse:** Über alle Störungsbilder hinweg zeigten sich mittlere bis große Effekte von Gruppentherapie verglichen mit unbehandelten Kontrollgruppen im Hinblick auf eine Verbesserung der Hauptsymptomatik. Im Vergleich zu anderen Behandlungsformen zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede. Gruppenpsychotherapie kann daher als wirksame Behandlungsmethode bei unterschiedlichen Formen von Angststörungen angesehen werden. Zudem erweist sich die Behandlung in der Gruppe als mindestens genauso effektiv wie andere etablierte Therapieformen, wie z.B. Einzelpsychotherapie oder Pharmakotherapie.

**Diskussion:** Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Angststörungen diskutiert.

### Das Problem der Replizierbarkeit in der Psychotherapieforschung

Leichsenring F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Giessen, Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen, Deutschland

Im Fachblatt Science sind kürzlich die Ergebnisse eines groß angelegten Replikationsprojekts erschienen, das zu dem ernüchternden und auch alarmierenden Ergebnis gekommen ist, dass sich nur 36% der signifikanten Ergebnisse der Psychologie replizieren lassen [1]. Diese Ergebnisse gelten für die Bereiche der kognitive Psychologie, Sozialpsychologie und Persönlichkeitspsychologie. Nur diese sind bisher untersucht worden. Es ist unklar, ob und inwieweit sie auch für andere Bereiche der Psychologie gelten, etwa für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Befunde aus der medizinischen Forschung legen jedoch nahe, dass es in diesen Bereichen ähnliche Probleme bei der Replizierbarkeit gibt. Geringe Replizierbarkeit im Bereich der klinischen Forschung ist jedoch noch alarmierender als im Bereich der Grundlagenforschung wegen der daraus folgenden Konsequenzen für die Praxis, etwa fragile Behandlungs-Entscheidungen.

Auf der Basis von empirischen Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung werden verschiedene Risiko-Faktoren identifiziert, von denen zu erwarten ist, dass sie die Replizierbarkeit von Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung, aber auch aus anderen klinischen Forschungsbereichen herabsetzen. Hierzu gehören etwa die Überinterpretierung kleiner Unterschiede, der publication bias, niedrige Behandlungsintegrität, selektives Ein- und Ausschließen von Studien in Metaanalysen, Publikationsstrategien von Zeitschriften und der investigator allegiance effect (Loyalitäts-Effekt). Verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Situation werden diskutiert.

#### References:

1 PSYCHOLOGY. Estimating the reproducibility of psychological science. Science 2015;349:aac4716.

### Psychotherapeutisches Psychodynamisches Interventions-training mit standardisierten Patienten und Transfer in die ambulante psychotherapeutische Patientenbehandlung

Nikendei C.<sup>1</sup>, Huber J.<sup>2</sup>, Schultz J. H.<sup>3</sup>, Herzog W.<sup>3</sup>, Schauenburg H.<sup>3</sup>, Ehrenthal J.<sup>3</sup>, Dinger U.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Uniklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Innovative Ansätze zur Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenzen werden zunehmend wichtiger für die psychotherapeutische Ausbildung. Die vorliegende Untersu-

chung beschreibt und evaluiert ein Trainingsprogramm für psychodynamische Interventionen mittels Rollenspielen (RS) und Schauspiel-Patienten (SP).

**Method:** 20 Ausbildungskandidaten des Heidelberger Instituts für Psychotherapie (18 Psychologinnen, 2 ÄrztInnen; 17 weiblich, 3 männlich; Durchschnittsalter 36 Jahre) nahmen an einem Training (10 UE) zur Vermittlung psychotherapeutischer, psychodynamischer Interventionskompetenz teil. Die Akzeptanz des Trainings, der Zuwachs an interventionsbezogener Selbstwirksamkeit und der wahrgenommene subjektive Lernerfolg wurden mit Fragebögen erhoben. Darüber hinaus wurden 10 Teilnehmer vier Wochen nach dem Training mit halbstandardisierten Interviews zur Akzeptanz der Lernmethode und zum Transfer der Lernerfahrungen in die therapeutische Arbeit mit Patienten befragt. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch. Zur objektiven Überprüfung des Transfers in die psychotherapeutische Behandlung wurden die Frequenz und die Qualität psychotherapeutischer Interventionen bei 11 Ausbildungskandidaten in videographierten ambulanten Psychotherapiesitzungen vor und nach dem Training durch externe Rater eingeschätzt.

**Ergebnisse:** Die interventionsbezogene Selbstwirksamkeit der Ausbildungskandidaten war nach dem Training signifikant erhöht. Sowohl RP als auch SP wurden als Trainingsmethode sehr gut akzeptiert und führten zu einem guten subjektiven Lernzuwachs. Die Ratings der videographierten ambulanten Therapien ergab, dass die Intervention Klarifizieren nach dem Training häufiger und kompetenter verwendet wurde. Die qualitative Analyse der halbstandardisierten Interviews ergab, dass durch das Training wichtige Reflexionsprozesse für die therapeutischen Prozesse und Interaktionen sowie für die therapeutische Selbstwahrnehmung und das Selbstverständnis angestoßen wurden.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse legen nahe, dass ein Training mit RS und SP einen hilfreichen Beitrag zur therapeutischen Ausbildung und Entwicklung spezifischer Kompetenzen leisten kann. Eine kontinuierliche und regelmäßige Implementierung des Trainings in die therapeutische Ausbildung könnte zu einer Steigerung der psychotherapeutischen Kompetenz beitragen. Für die Zukunft sind kontrollierte Studien notwendig, um die positiven Effekte von Trainings mit RS und SP mit anderen Methoden zu vergleichen.

## Die Veränderung der „Selbstlenkungsfähigkeit“ in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) und ihr Einfluss auf psychopathologische-, interpersonale- und bindungsstilbezogene Variablen im Therapieverlauf

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

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der

Universitätsmedizin Greifswald am Helios Hanseklitorium Stralsund, Stralsund, Deutschland, <sup>4</sup>Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

**Ziel:** Der Kern der Beeinträchtigungen des „Selbst“ liegt im Alternativen DSM-5 Modell zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der Störung von Identität und Selbststeuerung, wobei dieser Bereich einen starken Zusammenhang zu der Charaktervariable „Selbstlenkungsfähigkeit“ (SL) nach Cloninger aufweist. Die SL gilt als „Gradmesser“ für die „Reife“ einer Persönlichkeit. Das Vorliegen einer niedrigen SL erwies sich als signifikanter Prädiktor für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und für den Verlauf psychotherapeutischer Interventionen. Insbesondere Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) weisen eine deutlich verringerte SL auf. In der vorliegenden Studie wurde daher der Zusammenhang zwischen SL, Psychopathologie und Therapieverlauf im Rahmen einer ambulanten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) untersucht.

**Methodik:** 26 weibliche BPS-Patienten wurden konsekutiv in eine einjährige ambulante DBT-Behandlung mit Einzeltherapie und Fertigkeitentraining eingeschlossen. Es wurden zwei Subgruppen von Patienten mit niedriger und hoher SL gebildet und der Einfluss der SL auf die Psychopathologie zu Therapiebeginn und den Therapieverlauf zu drei Messzeitpunkten ermittelt.

**Ergebnisse:** Patienten mit niedrigerer SL zeigten zu Therapiebeginn signifikant mehr Angst, Alexithymie, interpersonale Probleme und weniger Vertrauen in sich und andere im Sinne von „Bindungssicherheit“ (ASQ; Attachment Style Questionnaire). Diese höhere Belastung erwies sich im Therapieverlauf über alle Messzeitpunkte als stabil. Die SL verbesserte sich in der Gesamtstichprobe im längerfristigen Therapieverlauf signifikant. Eine stärkere Verbesserung der SL war mit einer stärkeren Reduktion allgemeiner Ängstlichkeit assoziiert.

**Schlussfolgerung:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Selbstlenkungsfähigkeit (SL), psychischer Belastung sowie interpersonalen- und bindungsbezogenen Problemen bei BPS-Patienten. Dies impliziert, ein Screening anhand der Skala SL (TCI) in die Diagnostik und Behandlungsplanung einzubinden. Die DBT ist geeignet, um die SL durch Förderung des Selbstmanagements zu stärken. Patienten mit niedriger SL könnten jedoch davon profitieren, sie konkreter zu adressieren und Interventionen zur Stärkung der SL zu implementieren.

## Konzepttreue bei unterschiedlichen Behandlungskonzepten und ihre Beziehung zum Therapieergebnis

Tschuschke V.<sup>1</sup>, von Wyl A.<sup>2</sup>, Cramer A.<sup>2</sup>, Koemeda-Lutz M.<sup>3</sup>, Schulthess P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität Berlin, Psychotherapiewissenschaft, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department für Angewandte Psychologie, Zürich, Schweiz, <sup>3</sup>Schweizer Charta für Psychotherapie, Zürich, Schweiz

Zehn verschiedene psychotherapeutische Konzepte wurden auf bezüglich der technischen Umsetzung der Behandlungskonzepte der Psychotherapeuten aufwändig untersucht. Jeweils drei bis fünf Sitzungen aus 137 psychotherapeutischen Behandlungen von mehr als 70 Psychotherapeuten unterschiedlicher humanistischer, psychodynamischer und integrativer therapeutischer Verfahren wurden von unabhängigen, blinden Ratern vollständig hinsichtlich der technischen Interventionen der behandelnden Therapeuten mittels eines neu entwickelten Rating-Manuals nach konzeptkonformen, nichtspezifischen und fremdschulischen technischen therapeutischen Interventionen gerated.

Das Ausmaß der Konzepttreue erwies sich als hoch persönlichkeitsgebunden und hatte nur ein geringes Ausmaß an Konzeptkonformität (treatment adherence), die ihrerseits keinerlei statistisch bedeutsame Beziehung zum Behandlungsergebnis aufwies. Stattdessen waren nichtspezifische Faktoren von entscheidender statistischer Prognose-Bedeutung wie die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses, der Eingangsbelastung der Patienten und der vermutlichen therapeutischen Behandlungskompetenz.

Das Ergebnis wird im Hinblick auf notwendige Prozess-Ergebnisforschung und Erfassung therapeutischer Kompetenz diskutiert.

## Frühe Symptomveränderungen im Vergleich Systemischer Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie: erste Ergebnisse einer RCT-Machbarkeitsstudie bei sozialen Angststörungen

Hunger C.<sup>1</sup>, Hilzinger R.<sup>1</sup>, Mander J.<sup>2</sup>, Sander A.<sup>3</sup>, Bents H.<sup>4</sup>, Schweitzer J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Zentrum für Psychologische Psychotherapie, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Institut für Psychologische Psychotherapie, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Sozialen Angststörungen gehören zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Effektivität von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) ist gut untersucht. Drei Studien weisen auf die Wirksamkeit von Systemischer Therapie (ST) hin. Jedoch existiert bisher noch keine Studie zum direkten Vergleich beider Behandlungsverfahren.

**Methode:** In einer prospektiven, balancierten, randomisiert-kontrollierten (RCT) bi-zentrischen Machbarkeitsstudie (NCT02360033) wurden 20 Patienten (10 in ST, 10 in KVT;  $M = 33$  Jahre,  $SD = 13$ ; 55% weiblich; 65% in Partnerschaft/ verheiratet; 40% ohne Abitur) nach der 8. Therapiestunde erhoben. Primäre Diagnose war die soziale Angststörung (SKID-Interview; LSAS-SR:  $M = 85.35$ ,  $SD = 22.54$ ), Komorbiditäten zeigten sich in Form anderer Angststörungen, depressiver Störungen, Essstörungen, ADHS, selbstunsichere und depressive Persönlichkeitsstörung. Zentrales Untersuchungsinstrument waren die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), die Social Phobia Scale (SPS), das Brief Symptom Inventory (BSI), das Beck Depression Inventory (BDI-II), der Experience

in Social Systems Questionnaire (EXIS), die Dyadic Adjustment Scale (DAS-12) und das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP).

**Ergebnisse:** In den explorativ-deskriptiven Analysen zeigte sich eine Verbesserung der sozialängstlichen Symptomatik in beiden Behandlungsgruppen nach der achten Therapiestunde mit kleinen Effektstärken (LSAS, SIAS, SPS: Cohens'  $d = 0.22$  bis  $0.24$ ; BDI, BSI:  $d = 0.31$  bis  $0.33$ ). Ebenso zeigt sich eine signifikante Verbesserungen mit mittleren Effekten im organisationalen Systemerleben in der ST Behandlung (EXIS.org:  $d = 0.60$ ). Über die Zeit hinweg zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

**Diskussion:** Die aktuelle Studie liefert erste Hinweise auf einen wirksamen Trend von ST und KVT nach der achten Therapiestunde für die sozialängstliche, depressive und psychosomatische Symptomatik sowie organisationales Systemerleben. Die Diskussion widmet sich der Aussagekraft dieser Ergebnisse im Rahmen einer Machbarkeitsstudie und bei geringer Stichprobenzahl. Implikationen für zukünftige Forschungsvorhaben werden reflektiert.

## Persönlichkeitsstörungen II

### Eine Frage der Identität?

Dixius A.<sup>1</sup>, Beege I.<sup>1</sup>, Möhler E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Idar-Oberstein GmbH, Kinder und Jugendpsychiatrie, Idar-Oberstein, Deutschland

Die Identitätsbildung ist eine grundlegende Entwicklungsaufgabe in der Adoleszenz. Jugendliche mit Emotionsregulationsstörungen im Sinne einer beginnenden Borderline-Psychopathologie zeigen auch Auffälligkeiten in der Identitätsentwicklung. Identitätsdiffusion steht häufig in Zusammenhang mit einer beginnenden Borderlinepersönlichkeitsstörung. Die Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) ist ein Behandlungsprogramm für Jugendliche mit Emotionsregulationsstörungen und einer borderlinespezifischen Symptomatik. Die Identitätsbildung ist eine grundlegende Entwicklungsaufgabe in der Adoleszenz. Jugendliche mit Emotionsregulationsstörungen im Sinne einer beginnenden Borderline-Psychopathologie zeigen auch Auffälligkeiten in der Identitätsentwicklung. Identitätsdiffusion steht häufig in Zusammenhang mit einer beginnenden Borderlinepersönlichkeitsstörung. In der Studie soll der Einfluss eines standardisierten und zertifizierten DBT-A-Therapie-Programms auf die Identitätsentwicklung adoleszenter Patienten mit Emotionsregulationsstörungen im stationären Setting dargestellt werden.

Die Untersuchungsstichprobe besteht aus 106 Jugendlichen, die das DBT-A Therapieprogramm im stationären Setting absolvierten. Die Behandlung richtete sich an weibliche und männliche Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren und dauerte 12 Wochen. Vor und nach der Therapie wurden die Jugendlichen mit den Instrumenten zur allgemeinen Psychopathologie, zur Emotionsregulation und zur Identitätsentwicklung mittels AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) untersucht.

Dieser Vortrag stellt den Einfluss der DBT-A-Behandlung auf die Identitätsentwicklung der jugendlichen Patienten vor. Es wird der Zusammenhang der Ausprägung der Identitätsstörung und der Beeinträchtigung der Psychopathologie bei Jugendlichen mit Borderlinestörung und Emotionsregulationsstörungen betrachtet. Die Ergebnisse der Studie zeigen signifikante Veränderungen in Bezug auf die Ausprägung des Schweregrades der Identitätsdiffusion.

Die Ergebnisse sind klinisch relevant für die Entwicklung von Behandlungsverfahren, die sich auf Identitätsstörungen beziehen.

## **Klinische Erfahrungen und Forschungsergebnisse tiergestützter Therapie bei PatientInnen mit BPS und PTBS**

Remmel A.<sup>1</sup>, Gilli D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim, Dept. Psychologie, LMU München, Bad Mergentheim, Deutschland, <sup>2</sup>tierapy - Institut für tiergestützte Therapie, Eggenburg, Österreich

Wir haben in den vergangenen 10 Jahren ein differenziertes Therapiekonzept zur achtsamkeitsbasierten tiergestützten Therapie mit Pferden bei Patienten mit BPS und komplexer PTBS, sowie bei Kindern und Jugendlichen entwickelt und im Rahmen kontrollierter und naturalistischer Studie überprüft.

So führten wir in einer kontrollierten Studie mit 40 Patienten mit BPS und 40 Patienten mit PTBS in Kleingruppen von jeweils 4 Patienten mit jeweils 2 x 2 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von 4-6 Wochen (16-24 Stunden) im Rahmen einer integrativen Therapie von Borderline-Störungen und komplexer PTSD zusätzlich entweder eine achtsamkeitsbasierte tiergestützte Therapie mit Pferden oder eine konzentrierte Bewegungstherapie, mit jeweils identischen Therapiezeiten, durch.

Alle Patienten wurden zu  $t_1$  operationalisiert diagnostiziert (Achse I und II). Ferner erfolgten zu  $t_1$  und  $t_2$  umfangreiche Untersuchungen u.a. zur Symptomausprägung, Emotions-, Stress- und Beziehungsregulation, zu Bindungsstörungen, Achtsamkeit und Alexithymie, und zu interpersonellen Problemen.

Die Patienten erhielten vor und nach jeder Intervention eine visuelle Analogskala zur Einschätzung ihrer Spannung und weiterer Stressmerkmale, zur Ausprägung verschiedener Emotionen, zu Beziehungsmerkmalen und zur allgemeinen Befindlichkeit. Die interventionsbezogenen Daten wurden zeitreihenanalytisch ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Wirksamkeit tiergestützter Therapie innerhalb des Gesamtbehandlungskonzeptes. Im Vergleich zu Patienten mit KBT und den nicht ergänzend behandelten Patienten entstand zwar im Behandlungsverlauf eine zum Teil deutlich höhere Spannung und eine stärker ausgeprägte Emotionalität, selbstschädigende Verhaltensweisen und interpersonelle Probleme nahmen jedoch deutlich ab, Vertrauen und Offenheit sowie ein positives Beziehungserleben wurden deutlich gestärkt. Wo eben möglich erscheint daher eine spezifische, achtsamkeits-

basierte tiergestützte Therapie den Psychotherapie-Prozess bei BPS und PTBS nachhaltig zu stärken.

## **Tiergestützte Therapieansätze in der Behandlung von Borderline-Störungen und PTBS**

Remmel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim, Dept. Psychologie, LMU München, Bad Mergentheim, Deutschland

Menschen mit emotional-instabilen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen zeigen z.T. ausgeprägte Emotions-, Beziehungs- und Verhaltensregulationsstörungen. In der Ätiologie der BPS spielen dispositionelle und stressbezogene Merkmale, vor allem aber auch unsichere Bindungserfahrungen, eine zentrale Rolle. Zahlreiche PatientInnen mit BPS haben frühe und anhaltende Bindungstraumatisierungen erlebt.

Interessanterweise berichten viele dieser Patienten, in ihrer Kindheit und Jugend wichtige stabilisierende oder korrigierende Bindungserfahrungen mit Haustieren gemacht zu haben: sie haben Vertrautheit, Feinfühligkeit, körperliche Nähe, Trost, konstante Aufmerksamkeit und Zuwendung erfahren.

Aus diesen Befunden haben wir in den letzten 10 Jahren differenzierte und störungsspezifische Ansätze für den Einsatz tiergestützter Therapien in ein Gesamtkonzept zur Behandlung von PatientInnen mit BPS- und PTBS entwickelt.

Der Beitrag gibt einen systematischen Überblick über die entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Hintergründe und über klinische und wissenschaftliche Erfahrungen zum Einsatz der TGT in der stationären Therapie von Patienten mit BPS und PTBS.

## **Tiergestützte Therapie mit Pferden in der Behandlung von Patienten mit schwergradigen Bindungsstörungen**

Gilli R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>tierapy - Institut für tiergestützte Therapie, Eggenburg, Österreich

Pferde sind Flucht- und Herdentiere. In unvertrauten oder ängstigen Situationen aktivieren Pferde Bindungs- und Verhaltenssysteme, die ihnen wieder Sicherheit vermitteln, sie suchen Anschluss und fliehen vor Gefahr oder Bedrohung.

Das intensive Training von Pferden für den Einsatz in der tiergestützten Therapie berücksichtigt die Verhaltensbiologie der Tiere, versucht aber auch, über klare und vertrauensvolle Beziehungen die Aufmerksamkeit, Stresstoleranz und Feinfühligkeit der Tiere zu stärken.

So können Pferde selbst „Bindungspartner“ für PatientInnen mit ausgeprägten Bindungsstörungen werden.

Der Beitrag gibt einen Einblick in die Verhaltensbiologie von Pferden, Trainingserfordernisse der Tiere und ihren Einsatz in der tiergestützten Therapie von Patienten mit schweren Bindungsstörun-



gen. Dabei wird besonders auf die sog. Bodenarbeit mit Pferden und das System der Bezugspferde in der stationären psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen eingegangen.



---

# Poster Sessions

---

## Anpassungsstörungen und Angststörungen

### P-01-DO

#### Der Zusammenhang zwischen Ängsten und subklinischen Nierenbelastungen (s. TCM) bei retrospektiver Auswertung von 32 Patienten.

Weber B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Naturheilkunde Tagesklinik AG, Wissenschaftliche Fallsammlungen, Marburg, Deutschland

Dank neuer computergestützter Technologien (TimeWaver MED) können psychosomatische Belastungen individuell analysiert und durch eine der Analyse folgende Balancierung behandelt werden. Im Rahmen einer Pilotstudie zur Angst Diagnostik füllten 32 Patienten einen standardisierten Fragebogen (GAD 7) zum Schweregrad der Angst aus. Die Analyse durch die quantenphysikalische Technologie des TimeWaver MED erfolgte in einem weiteren Schritt. Beide Methoden wurden ausgewertet und verglichen im Hinblick auf den Grad der Belastung. Zusätzlich wurden die Werte einer möglichen Nierenbelastung durch die quantenphysikalische Messung erfasst.

Im Vortrag wird anhand von Fallgeschichten dargestellt, wie das Beschwerdebild sich durch die Unterstützung der quantenphysikalischen Analyseverfahren vollständig abbilden lässt und welcher Nutzen sich daraus für die Beratungssituation ergibt.

Zur Validierung erfolgt eine Auswertung bei einer Kontrollgruppe ohne Angabe von Ängsten im allgemeinen Eingangs-Fragebogen.

### P-02-DO-T

#### Soziale Phobie mit und ohne komorbide Alkoholstörung: Gibt es unterschiedliche Persönlichkeitsprofile und Sozialisationserfahrungen?

Rambau S.<sup>1</sup>, Geiser F.<sup>1</sup>, Wegener I.<sup>1</sup>, Urbach A. S.<sup>1</sup>, Staufenberg S.<sup>1</sup>, Conrad R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Bonn, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland

Alkoholstörungen (Alkoholmissbrauch und/oder -abhängigkeit) gehören zu den klinisch bedeutsamen Begleiterkrankungen bei sozialer Phobie und stellen für Behandler eine besondere Herausforderung dar. Die spezifischen Merkmale dieser Subgruppe sind bislang wenig erforscht. Im Rahmen des bundesweit angelegten Forschungsprojektes *Social Phobia Research* wurden Probanden mit sozialer Phobie mit und ohne komorbide Alkoholstörung daher hinsichtlich ihres Persönlichkeitsprofils und relevanter Sozialisationserfahrungen untersucht.

223 Sozialphobiker ohne komorbide Alkoholstörung wurden mit 80 Sozialphobikern mit komorbider Alkoholstörung bezüglich ihres Persönlichkeitsprofils (Temperament- und Charakterinventar;

TCI), des wahrgenommenen Erziehungsstils der Eltern (Parental Bonding Instrument; PBI) sowie traumatischer Ereignisse in Kindheit und Jugend (Adverse Childhood Experiences Questionnaire; ACE) verglichen (t-Test, Kovarianzanalyse mit Depression als Kovariate).

Es zeigte sich, dass Sozialphobiker mit komorbider Alkoholstörung eine geringere Kooperativität aufweisen ( $p = 0,002$ ), den Erziehungsstil sowohl von der Mutter wie auch vom Vater als weniger fürsorglich wahrnehmen ( $p = 0,001$  und  $p = 0,009$ ) und mehr traumatische Ereignisse in Kindheit und Jugend berichten ( $p = 0,008$ ). Die Unterschiede bezüglich Persönlichkeit und wahrgenommenem Erziehungsstil blieben auch nach Kontrolle der depressiven Symptomatik stabil.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen in der Subgruppe der Sozialphobiker mit Alkoholstörung auf ein Persönlichkeitsprofil hin, welches durch eine besonders starke Distanzierung von der sozialen Umwelt gekennzeichnet ist. Zudem zeigen sich im Hinblick auf die Sozialisationserfahrungen in der Primärfamilie ein Mangel an erlebter elterlicher Fürsorge sowie vermehrte Traumatisierungen. Inwieweit ein kausaler Zusammenhang zwischen verminderter elterlicher Fürsorge und einer persönlichkeitsbasierten Neigung zur sozialen Distanzierung besteht, kann im Rahmen dieser Querschnittsstudie nicht geklärt werden. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist längerfristig für die Entwicklung spezifischer Behandlungsschwerpunkte in der Therapie von Patienten mit sozialer Phobie und komorbider Alkoholstörung von Bedeutung.

### P-03-DO

#### Partnerschaft und Beziehungsqualität bei der Bewältigung einer Unfallverletzung - Vorläufige Daten der „Anpa-Studie“

Fritsche C.<sup>1</sup>, Kuhn S.<sup>2</sup>, Lutz P.<sup>2</sup>, Jablonski J.<sup>1</sup>, Bechtluft-Sachs J.<sup>1</sup>, Frieling H.<sup>3</sup>, Rommens P. M.<sup>2</sup>, Beutel M.<sup>1</sup>, Reiner I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Labor für molekulare Neurowissenschaften, Hannover, Deutschland

Für Patienten mit einer Fraktur der unteren Extremität stellen die Verletzungen eine deutliche, wenn auch nur temporäre Verminderung der Lebensqualität dar. Die eingeschränkte körperliche Funktion und Mobilität, sowie eventuell auftretende Schmerzen können sich auf das soziale Leben und das psychische Wohlbefinden negativ auswirken und das Risiko einer Anpassungsstörung erhöhen. Bisher wurde empirisch noch nicht untersucht, welche Rolle einerseits das Bestehen und andererseits die Qualität einer Partnerschaft bei der Bewältigung einer Sprunggelenks- oder Unterschenkelfraktur spielen.

Die Untersuchung erfolgt im Rahmen der Juniorforscherguppe „Interdisziplinäre Forschung in der Medizin“ zum Thema „Anpassungsstörungen: Vulnerabilität, Resilienz und Bewältigung von

Belastung“ (Anpa-Studie). Es sollen vorläufige Daten von 60 Probanden mit Unterschenkel- oder Sprunggelenksfraktur vorgestellt werden. Vier Wochen nach dem Unfall wurden die Patienten befragt, ob sie sich aktuell in einer Partnerschaft befinden. Die Beziehungsqualität wurde in den Dimensionen „Unterstützung“, „Tiefe“ und „Konflikt“ mit dem „Quality of Relationship Inventory, (QRI)“ erfasst. Die Symptomatik einer Anpassungsstörung wurde mit dem „Adjustment Disorder New Module, (ADNM)“ erhoben. Aktuell befindet sich Studie in der Rekrutierungsphase. Wir vermuten, dass das Vorhandensein einer Partnerschaft alleine keinen signifikanten Einfluss auf das Entstehen einer Anpassungsstörung hat. Es wird jedoch erwartet, dass eine niedrige Partnerschaftsqualität und insbesondere ein wenig unterstützender Partner das Risiko erhöht, eine Anpassungsstörung zu entwickeln.

## P-05-DO

**Healing communication with the body imaginative body psychotherapy as a sensory awareness based body-psychotherapeutic method in the complementary therapy of patients with serious somatic illnesses**

Loesch W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

Imaginative Body Psychotherapy (in German: Imaginative Körper-Psychotherapie - IKP) can be understood as a combined procedure including a number of methods of a psychosomatic focused Psychotherapy. We have experiences with this method since 1988. The first step in the work with the affected patients is to reach a state of relaxation, based on mindfulness and self-perception (especially suited is the method of Concentrated Exercise Therapy, Relaxation and Perception - Konzentrierte Entspannung - KoE- according to Anita Wilda-Kiesel).

On this basis every patient develops an individual path to improve their somatic situation, based on efficiency by relaxation, mindfulness and self-perception, self-care and imagination combined in an individual process. The depth psychological part of the therapy is orientated around the "Causal Psychotherapy" according to Gottfried Fischer (2007). In this concept the psycho trauma-aspect of illnesses will be included.

In the depth psychological part of the therapy, we have had the experiences that individual therapy, the Symbol drama (H. Leuner), and the group therapy, the Prismatic-Imaginative Group Psychotherapy (A. Drees, W. Loesch); have proven themselves to be especially suited.

This method developed while working and following the requirements of the daily medical-psychotherapeutic practice, under patients' demand.

The Method has proven itself since 1988 in following indications:

- Cancer patients - Multiple Sclerosis patients
- Organic cardiac arrhythmia patients - Coronary-disease-patients
- Fibrosis of the lungs patients - Arteriitis patients

- Rheumatoid Arthritis patients - Bechterew disease patients
  - Colitis ulcerous and Cohn's disease - Bronchial Asthma patients
  - Dermatology diseases patients - Epilepsy patients
  - Chronic pain patients - Parking's disease patients
- Since 1988 more than 1500 patients with serious somatic illnesses have received an offer to have the Imaginative Body Psychotherapy. About 1000 patients have accepted this offer.

## P-06-DO

**Illness and its relationship to life prismatic-imaginative group psychotherapy as an option of psychotherapy for recovered somatic serious ill patients**

Bernhard S.<sup>1</sup>, Hejduk M.<sup>1</sup>, Loesch W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

In connection with the psychotherapeutic experiences with the Imaginative Body Psychotherapy the requirement it became apparent, that after healing / improvement further depth psychotherapeutic activities can be meaningful. Under the condition, that the somatic serious somatic illness is in a stable state, the further psychotherapeutic work can focused on the illness and its relationship to life. In addition to further therapy with common Symbol drama (H. Leuner), special the Prismatic-Imaginative Group Psychotherapy has proven itself as a good option of psychodynamic psychotherapy by recovered somatic seriously ill patients.

The experiences with Prismatic-Imaginative Group Psychotherapy will be presented in the lecture.

The Prismatic Group Psychotherapy is based on a group work, originally developed by A. Drees, Krefeld, for Balint groups. The principle of this group work has also proven itself in the setting of therapy groups, especially suitable for patients with serious psychological and psychosomatic disorders and posttraumatic stress disorders.

The aspect of working exclusively with imaginations in Balint group work was introduced by Monika Haas, Berlin and taken over for therapeutic work with patients by W. Loesch.

The example of a transcribed group session can demonstrate vividly this method.

## Arzt-Patienten-Kommunikation I

### P-07-DO

**Die Wahrnehmung der Entscheidungsfindung aus Patientensicht während der Erstrehabilitation nach einer neu aufgetretenen Querschnittlähmung**

Scheel-Sailer A.<sup>1</sup>, Post M.<sup>2,3,4</sup>, Michel F.<sup>1</sup>, Weidmann-Hügler T.<sup>5,6</sup>, Baumann-Hölzle R.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil, Schweiz, <sup>2</sup>Schweizer Paraplegiker Forschung, Nottwil, Schweiz, <sup>3</sup>Center for Rehabilitation,

Groningen, Niederlande, <sup>4</sup>Brain Center Rudolf Magnus and Center of Excellence in Rehabilitation Medicine, Utrecht, Niederlande, <sup>5</sup>Institut Dialog Ethik, Zürich, Schweiz, <sup>6</sup>Institute for Biomedical Ethics and History of Medicine, University of Zurich, Zürich, Schweiz

**Einleitung:** Gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) ist nicht nur gesetzlich verankert, sondern verbessert auch das Outcome in der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Ein Patient mit einer neu aufgetretenen Querschnittslähmung befindet sich in einer komplexen Gesundheitssituation, in der die Themen Abhängigkeit, Autonomie und Entscheidungsfindung eine grosse Bedeutung haben.

In der Studie wird der Prozess der Entscheidungsfindung und die beeinflussenden Faktoren speziell in der Erstrehabilitation einer neu aufgetretenen Querschnittslähmung aus Sicht der Patienten herausgearbeitet, um Behandlungskonzepte zu verbessern.

Studiendesign: Interview basierte qualitative Studie in einer repräsentativ ausgewählten Stichprobe.

Setting: Spezialisierte Akut- und Rehabilitationsklinik für Querschnittgelähmte und ambulantes Setting.

**Methode:** 22 Querschnittgelähmte wurden mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens befragt. Die Interviews wurden transkribiert und mittels qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

**Ergebnisse:** Die Betroffenen schilderten, dass ihre Entscheidungsfähigkeit während der ersten Phase nach Eintritt der Querschnittslähmung aus unterschiedlichen Gründen deutlich reduziert war. Sie erlebten physische, psychologische und Faktoren aus der Umgebung als besonders wichtig. Einfluss auf die Entscheidungsfähigkeit hatten aus Sicht der Patienten, u.a. das eigene Wohlbefinden, das persönliche Engagement, der Faktor Zeit und der Dialog mit anderen Betroffenen. Wesentlich zum Erreichen einer bestmöglichen Integration in den Entscheidungsprozess war es, Informationen adäquat, verstehbar und individualisiert zu erhalten. Aus Sicht der Patienten war das wieder Erlernen der Entscheidungsfähigkeit ein wesentliches Ziel in der Rehabilitation.

**Schlussfolgerung:** Physische und psychologische Veränderungen nach einer neu aufgetretenen Querschnittslähmung haben einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungsfähigkeit. Insbesondere während der Akutphase sollte ein Konzept für den Umgang mit der Diskrepanz zwischen dem Recht auf Autonomie und „shared decision making“ und der initial eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Situation erarbeitet werden. Die im Schweizer Paraplegiker Zentrum durchgeführten Interventionen zur Förderung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten und Schulungen zur verbesserten Integration der Patienten in die Entscheidungsprozesse werden vorgestellt.

### P-08-DO

#### Prüfen kommunikativer Kompetenzen in der Palliativmedizin - eine bundesweite Befragung an 34 medizinischen Fakultäten

Seidemann S.<sup>1</sup>, Schiessl C.<sup>2</sup>, Alt-Epping B.<sup>3</sup>, Ilse B.<sup>4</sup>, Isermeyer L.<sup>5</sup>, Jünger J.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Algesiologikum - Zentren für Schmerzmedizin, München, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, <sup>4</sup>Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, <sup>6</sup>Kompetenzzentrum Prüfungen in der Medizin Baden-Württemberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Eine kompetente palliativmedizinische Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden ist eine Herausforderung für jede Ärztin und jeden Arzt. Palliativmedizinische Lehrinhalte wurden jedoch erst 2009 als 13. Querschnittsbereich in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen. Frühere Lehrumfragen ergaben, dass die Umsetzung dieses Querschnittsbereichs an den medizinischen Fakultäten sehr heterogen ist. Am häufigsten wurde die ressourcensparende Multiple-Choice (MC) Prüfung verwendet. Die vorliegende Befragung sollte den Ist-Stand sowie den Bedarf an Prüfungen in der Palliativmedizin an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland erheben. Da die bisherigen Lehrumfragen nur das Prüfungsformat erfassten, wurden hier zusätzlich quantitative und qualitative Daten zu Konzeption, Inhalten, Durchführung und Implementierung der Prüfung erhoben.

Die Lehrverantwortlichen der Palliativmedizin wurden anhand eines standardisierten Interviewleitfadens befragt. Die darin enthaltenen geschlossenen Fragen wurden deskriptiv-statistisch und die offenen Fragen inhaltsanalytisch ausgewertet.

34 von 36 medizinischen Fakultäten haben an der Befragung teilgenommen. Die Ergebnisse zeigten, dass MC-Prüfungen als häufigstes Prüfungsformat eingesetzt werden (91,4%). An 9 medizinischen Fakultäten ist der Einsatz eines anderen Prüfungsformats beabsichtigt, überwiegend wird eine OSCE-Station (55,5%) angestrebt. Alle Lehrinhalte des Mustercurriculums der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin fanden sich in den Prüfungen wieder. Dabei machen psychosoziale Themen jedoch einen geringeren Anteil aus als im Mustercurriculum vorgeschlagen wird. Die Mehrheit der medizinischen Fakultäten hat kein gewichtetes Inhaltsverzeichnis der Prüfungsthemen definiert (91,2%), führt aber einen Review der Prüfung durch (78,8%). Als förderlich für die Prüfungsimplementierung wird eine gelungene Prüfungskonzeption angesehen. Als hinderlicher Faktor wurden die knappen personellen Ressourcen für die Implementierung eines praktischen Formates angeführt.

Aufgrund Ressourcenmangels werden mehrheitlich schriftliche Prüfungsformate in der Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten eingesetzt, insbesondere MC-Prüfungen. Dieses Format ist allerdings nur bedingt geeignet, um kommunikative Kompetenzen sowie eine palliativmedizinische Haltung zu prüfen. Folglich sollte ein kompetenzbasiertes Prüfungsprogramm für die Palliativmedizin entwickelt werden, das auch an Fakultäten mit begrenzten Ressourcen umsetzbar ist.

#### P-09-DO-T

### Die Stellung der Psychosozialen Fächer innerhalb des Gesamtprüfungsprogrammes an der Universität Heidelberg

Gaitzsch E.<sup>1</sup>, Gornostayeva M.<sup>2</sup>, Möltner A.<sup>2</sup>, Bässler F.<sup>1</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Med. Fakultät, Universitätsklinik Heidelberg, Allgemeine Innere und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Med. Fakultät, Universitätsklinik Heidelberg, Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin, Heidelberg, Deutschland

Kompetenzbasiertes Lernen und Prüfen gewinnt in der medizinischen Ausbildung zunehmend an Bedeutung. Dies zeigt sich in dem im Juni 2015 verabschiedeten Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der das Absolventenprofil eines Medizinstudierenden beschreibt. Auf der Basis des NKLM wird in Heidelberg im Rahmen des Projekts „Kompetenzorientiertes Lernen, Lehren und Prüfen“ eine IST-Stand Erhebung der Prüfungen des Medizinstudiums durchgeführt, um auf dieser Grundlage ein longitudinales Gesamtprüfungsprogramm zu entwickeln. Hierbei werden zum einen verschiedene Strukturmerkmale der Prüfungen ermittelt (z.B. Format). Zum anderen wird erfasst, welche Lernziele des NKLM jeweils geprüft werden.

Im vorliegenden Beitrag soll gezeigt werden, wie die psychosozialen Fächer an der Universität Heidelberg innerhalb der Gesamtheit aller Prüfungen repräsentiert sind, welche Prüfungsformate eingesetzt und welche Lernziele abgedeckt werden, um auf dieser Grundlage mögliche Lücken und Redundanzen aufdecken zu können.

Erste Ergebnisse zeigen, dass innerhalb des gesamten Medizinstudiums an der Universität Heidelberg ca. 4,5 % aller Multiple Choice-Fragen (50 von insgesamt ca. 1100) und ca. 8 % aller OSCE-Stationen (5 von insgesamt 60) auf die psychosozialen Fächer fallen. Bevorzugt geprüfte Krankheitsbilder sind hierbei die Borderlinestörung, Schizophrenie, Demenz, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Störungen und Anorexie sowie das Thema Suizidalität. Während der Schwerpunkt der Lernzielabdeckung innerhalb der Multiple Choice-Klausuren auf Definitionen und Merkmalen der Krankheitsbilder, diagnostischen Verfahren und therapeutischen Prinzipien liegt, liegt der Schwerpunkt bei den klinisch-praktischen Prüfungen auf dem Gebiet der Arzt-Patienten-Kommunikation. Zudem sollen im Beitrag die Ergebnisse der aktuell laufenden Analyse zur detaillierten Abdeckung der NKLM Lernziele durch die Prüfungen der psychosozialen Fächer vorgestellt werden.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die psychosozialen Fächer in den klinisch-praktischen Prüfungen stärker vertreten sind als in den schriftlichen Prüfungen. Im schriftlichen Format wird eher Grundlagenwissen, in den klinisch-praktischen Prüfungen eher die Umsetzung im ärztlichen Gespräch überprüft. Im Hinblick auf die Entwicklung eines Gesamtprüfungsprogrammes ermöglichen die Ergebnisse eine Abstimmung mit anderen Fächern und eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung von Prüfungsinhalten und -formaten.

#### P-10-DO-T

### Kommunikative Kompetenzen prüfen - Ist-Stand an den medizinischen Fakultäten Deutschlands

Weiss C.<sup>1</sup>, Kröll K.<sup>1</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Ringel N.<sup>1</sup>, Gornostayeva M.<sup>2</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Kompetenzzentrum Prüfungen in der Medizin/Baden-Württemberg, Medizinische Fakultät Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Modellprojekte zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium sind an vielen Fakultäten inzwischen vorhanden. Durch die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte im Mai 2012 wird jedoch nicht nur die Lehre, sondern zudem die Überprüfung der ärztlichen Gesprächsführung gefordert. Somit stehen die Fakultäten vor der Aufgabe, auch Prüfungen zu kommunikativen Inhalten in das Medizinstudium zu integrieren.

Das von Heidelberg aus koordinierte Projekt zur Erarbeitung eines „nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin“ (Longkomm) soll diesen Prozess unterstützen. Eine wichtige Grundlage des Projekts ist die Erfassung des aktuellen Ist-Stands der Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium. Hiermit sollen die Ausgangslage an den Fakultäten abgebildet und aktuelle Lücken sowie mögliche Entwicklungspotentiale in Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen identifiziert werden.

Im vorliegenden Beitrag wird der Fokus auf dem Ist-Stand der Prüfungen liegen. Dieser wurde an 31 der 36 medizinischen Fakultäten Deutschlands erfasst. Dabei wurden für jede Prüfung mit kommunikativen Anteilen verschiedene Strukturmerkmale ermittelt (z.B. Prüfungsformate). Zudem wurde spezifiziert, welche kommunikationsbezogenen Lernziele des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLM) jeweils geprüft werden.

Als Ergebnis zeigte sich, dass 28 der 31 erfassten Fakultäten mindestens eine oder mehrere Prüfungen mit kommunikativen Anteilen durchführen. Die Mehrzahl dieser Prüfungen wird summativ bewertet. Im Durchschnitt der Fakultäten sieht es so aus, als wäre der Einsatz von schriftlichen und mündlich-praktischen Prüfungen in etwa gleich häufig. Allerdings werden praktische Formate, die besonders zur Erfassung kommunikativen Verhaltens geeignet sind (hier: OSCE), nur an zwei Dritteln der Fakultäten eingesetzt.

Die Abdeckung der kommunikationsbezogenen NKLM-Lernziele fällt für Prüfungen im Vergleich zu Lehrveranstaltungen deutlich geringer aus.

Insgesamt hat die Erhebung gezeigt, dass Prüfungen kommunikativer Kompetenzen an fast allen Fakultäten durchgeführt werden. Die vorwiegend summative Prüfungsbewertung deutet darauf hin, dass Kommunikation als relevante Kernkompetenz von ÄrztInnen anerkannt wird, die nachweislich beherrscht werden sollte. Allerdings besteht noch weiterer Entwicklungsbedarf was den Einsatz praktischer Formate sowie die Abdeckung kommunikationsbezogener Lernziele in den Prüfungen angeht.

### P-11-DO-T

#### „Qualifizierungsprogramm Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ - Aktueller Projektstand und Ausblick nach der ersten Kohorte 2015

Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Ringel N.<sup>1</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Gaitzsch E.<sup>1</sup>, Kröll K.<sup>1</sup>, Köllner V.<sup>2</sup>, Jünger J.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland, <sup>3</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. Trotz deren Verbreitung in der medizinischen Lehre (1), fehlte es bislang an Standards für eine strukturierte Ausbildung für studentische TutorInnen (2). Im Rahmen der Projekts Nationales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin (3) wurde erstmals ein standardisiertes Programm für studentische TutorInnen entwickelt, welches mit dem (DGPM-) Zertifikat „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ abschließt. Das modular aufgebaute Curriculum wird gemeinsam konzipiert und durch ein Netzwerk an „Partnerfakultäten“ koordiniert von Heidelberg aus umgesetzt. Das Herzstück ist dabei die national durchgeführte „Summer School“ (Module I und II). An diese Präsenzteile schließt sich die Lehrtätigkeit der Studierenden an der Heimatfakultät (Modul III) an, wo die Tutorinnen flexibel eingesetzt werden können. Über den gesamten Qualifizierungsprozess werden die Studierenden in engem Austausch mit den Heimatfakultäten durch die Führung eines Portfolios, Supervision und kollegiale Hospitation begleitet (Modul IV). Die erste Kohorte bestehend aus 23 Studierenden aus 13 Fakultäten ging im Sommer 2015 mit der „Summer School“ an den Standorten Heidelberg und Erlangen an den Start. Die Ergebnisse sollen insbesondere unter dem Blickwinkel der Vernetzung und Integration Ärztlicher Gesprächsführung in die Medizin diskutiert werden. Hierzu werden die Einstellung der Teilnehmenden zum Erlernen kommuni-

kativer Kompetenzen im Verlauf sowie die Weiterentwicklung und Ausweitung des Netzwerkes für 2016 vorgestellt.

(1) Ten Cate O. AMEE Guide Supplements: Peer-assisted learning: A planning and implementation framework. Guide supplement 30.5-Viewpoint1. Med Teach. 2009;31(1):57-58.

(2) Fellmer-Drüg E, Drude N, Sator M, Schultz H, Irniger E, Chur D, Neumann B, Resch F, Jünger J. Einführung eines Curriculums zur medizindidaktischen Qualifizierung von studentischen TutorInnen mit Abschlusszertifikat. GMS Z Med Ausbild. 2014;31(2):Doc19.

(3) Sator M, Jünger J. Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum - Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. PPM - Psychother Psychosom Medizinische Psychol [Internet]. 2015 May 5;65(05):191-8.

### P-12-DO-T

#### Summer School „Ärztliche Kommunikation für Tutorinnen und Tutoren“ 2015 - Ergebnisse des Piloten und Ausblick

Weibezahl M.<sup>1</sup>, Seegel M.<sup>2</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>3</sup>, Roos M.<sup>4</sup>, Schultz J. H.<sup>3</sup>, Ringel N.<sup>3</sup>, Weiss C.<sup>3</sup>, Gaitzsch E.<sup>3</sup>, Kröll K.<sup>3</sup>, Jünger J.<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Fakultät der Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Mannheim, Mannheim, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, <sup>5</sup>Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin Baden Württemberg, Heidelberg, Deutschland

Im Rahmen der Projekts Nationales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin (1) wurde ein standardisiertes Curriculum für studentische TutorInnen entwickelt, welches mit dem (DGPM-) Zertifikat „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ abschließt. Das modular aufgebaute Curriculum verbindet Präsenzteile mit solchen, die an der Heimatfakultät abgeleistet werden. Komprimierte spezifische Fachschulungen (z. B. für Anamnesegruppen) schließen sich ggf. an der Heimatfakultät an. Die Module „Medizindidaktik“ (I) und „Ärztliche Kommunikation“ (II) werden in Form einer „Summer School“ angeboten. Das Modul III besteht in der Durchführung eigener Lehrtätigkeit an der jeweiligen Heimatfakultät. Durch die Führung eines Portfolios sowie die Supervision, kollegiale Hospitation und das Feedback werden die Studierenden über den gesamten Qualifizierungsprozess begleitet (Modul IV). Mit dem Herzstück des Curriculums, der nationalen Summer School wurde das Programm im Sommer 2015 mit 23 Studierenden aus 13 Fakultäten an den Standorten Heidelberg und Erlangen gestartet. Die Ergebnisse und Perspektiven des Piloten sollen insbesondere aus Studierendenperspektive diskutiert werden. Hierzu werden erfasste Parameter wie die Zufriedenheit und der subjektive Lernerfolg der Teilnehmenden vorgestellt sowie Nutzen und Herausforderungen, wie ein sehr heterogener Erfahrungsstand der Teilnehmenden diskutiert. Durch das national entwickelte Curriculumskonzept kann erstmals eine standardisierte



Qualifizierung im Bereich studentischer Tutorien in Ärztlicher Gesprächsführung realisiert werden. Dies ermöglicht einen überfunktionalen Austausch über die (erste) eigene Lehrtätigkeit sowie die Rolle des Arztes/der Ärztin als Kommunikator/in. Durch die enge Anbindung an die Heimatfakultät ist (danach) eine standortspezifische Spezialisierung in Ärztlicher Gesprächsführung bzw. passgenaue weitere Schulung sowie Betreuung der TutorInnen möglich.

Zur nationalen Etablierung des Curriculums und der durchgeführten Schulung der TutorInnen wird für 2016 eine Ausweitung angestrebt.

1. Sator M, Jünger J. Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum - Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. PPM - Psychother Psychosom Medizinische Psychol [Internet]. 2015 May 5;65(05):191-8. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1398613>

## Bindungsforschung I

### P-13-DO-T

#### Einfluss von Bindung und affektzentrierter Mentalisierung auf die Genotoxizität komplexer Traumatisierung

Subic-Wrana C.<sup>1</sup>, Bergholz L.<sup>1</sup>, Wiltink J.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Kaina B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Toxikologie, Unimedizin Mainz, Mainz, Deutschland

**Fragestellung:** Unsere Studie konnte anhand der Sichtbarmachung und Auszählung der Häufigkeit von DNA-Doppelstrangbrüchen zeigen, dass frühe und schwere Traumatisierungen in den primären Beziehungen ebenso genotoxische Wirkungen haben wie chemische oder physikalische Noxen. In einem zweiten Auswertungsschritt gehen wir der Frage nach, ob Bindungsstatus und affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit die „Toxizität“ der komplexen Traumatisierung abmildern können.

**Methode:** Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung, die die Cut-off Werte für klinisch relevante Traumatisierung im Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erreichen, wurden mit nicht traumatisierten Patienten und in Bezug auf die Gruppe der Hochtraumatisierten nach Alter, Geschlecht und Bildungsgrad gematchten, psychisch gesunden Kontrollpersonen ohne Kindheitstraumatisierung verglichen (pro Gruppe: N=20). Mit einer am Institut für Toxikologie der Universitätsmedizin Mainz etablierten Methode wurden in Blutproben der beiden Gruppen DNA-Doppelstrangbrüche sichtbar gemacht, die Gruppen wurden in Bezug auf die Häufigkeit der DNA-Doppelstrangbrüche verglichen und ausgezählt. Zugleich wurden die affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit (gemessen mit der Levels of Emotional Awareness Scale, LEAS) und der Bindungsstatus (gemessen mit dem Adult Attachment Projective Picture System, AAP) als in Bezug auf die genotoxische Schädigung moderierende Variablen erfasst.

**Ergebnisse:** In Hinblick auf die Häufigkeit der DNA-Doppelstrangbrüche unterscheiden sich die Patienten mit komplexer Traumatisierung hochsignifikant von den Patienten ohne komplexe Traumatisierung und von den gesunden Kontrollen. In Bezug auf die Genbruch-Belastung der komplex Traumatisierten hat die affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit nur eine geringe Pufferfunktion; die unsicher-vermeidend gebundenen Patienten wiesen in der Gruppe der komplex Traumatisierten die höchste Rate an DNA-Doppelstrangbrüchen auf.

**Diskussion:** Das Vorliegen von DNA-Doppelstrangbrüchen ist zwar kein Zeichen einer spezifischen Erkrankung, ist aber ein Mechanismus, der als grundlegend für die Entartung von Zellen und damit u.a. für die Entstehung von Karzinom-Erkrankungen diskutiert wird. Die Befunde der Studie sollen in Hinblick auf den Zusammenhang von Bindung und körperlicher Erkrankung diskutiert werden.

### P-14-DO-T

#### Bindungsstil und Zytokinspiegel bei Fibromyalgiesyndrom

Wang H.<sup>1</sup>, Weber A.<sup>1</sup>, Amlung D.<sup>1</sup>, Schiltenswolf M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Orthopädische Klinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund und Zielsetzung:** Schmerzerleben wird kontrovers diskutiert, der Einfluss von Bindungsstilen auf Zytokinspiegel bei chronischen Schmerzen ist wenig erforscht. Diese prospektive Longitudinalstudie untersucht daher den Bindungsstil, die Zytokinspiegel und die subjektive Schmerzbeeinträchtigung bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (FMS) unter 4-wöchiger multimodaler Schmerztherapie.

**Material und Methoden:** Relationship Questionnaire (RQ-2), die Schmerzbeeinträchtigung mit der deutschen Version der West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory bestimmt. Die Serumspiegel der proinflammatorischen Zytokine Tumor-Nekrose-Faktor(TNF)- $\alpha$  und Interleukin(IL)-8 sowie der antiinflammatorischen Zytokine IL-4 und IL-10 wurden jeweils zu Therapiebeginn und-ende bestimmt, bei 18 gesunden Kontrollen dagegen nur einmalig (Bio-Plex-System). Ergebnisse.

FMS-Patienten sind signifikant häufiger unsicher gebunden als gesunde Kontrollen ( $p=0,001$ ).

Die Serumspiegel von TNF- $\alpha$  ( $p=0,001$ ) und IL-10 ( $p=0,039$ ) der FMS-Patienten sind signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Unsicher gebundene Patienten weisen einen signifikant höheren Serumspiegel von TNF- $\alpha$  auf als sicher gebundene Patienten ( $p=0,002$ ). Die IL-4-, IL-8-, und IL-10-Spiegel ebenso wie die subjektive Schmerzstärke, Gesamtaktivität und subjektive Beeinträchtigung unterscheiden sich hingegen nicht zwischen sicher und unsicher gebundenen Patienten. Die Zytokinspiegel korrelieren nicht mit Schmerzstärke und Beeinträchtigung. Eine multimodale Schmerztherapie wirkt sich unabhängig vom Bindungsstil positiv auf Schmerzstärke, Angst.

## P-15-DO

### Zusammenhänge von Emotionsausdruck in Bindungsinterview und Fragebogen - vorläufige Ergebnisse

Bechtluft-Sachs J.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Reiner I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Emotionen können auf unterschiedliche Arten ausgedrückt und gemessen werden. Allerdings bilden unterschiedliche Messverfahren spezifische Emotionen nicht auf gleiche Weise ab. Studien haben sich bereits mit dem Zusammenhang verbaler Aussagen und selbstberichteter Emotionen während einer Interviewsituation beschäftigt und konnten z.B. zeigen, dass Angaben von Traurigkeit im Interview und im Fragebogen positiv korrelierten. Allerdings ist unklar, welcher Zusammenhang zwischen den verbalisierten Emotionen im Narrativ und den Angaben dieser Emotionen im Fragebogen ohne Bezug auf die Interviewsituation besteht. Ziel dieser Arbeit ist es Zusammenhänge des quantitativen Emotionsausdrucks von Angst, Ärger, Trauer und Zufriedenheit im Narrativ und selbstberichteten Angaben dieser Emotionen außerhalb der Interviewsituation im Fragebogen zu untersuchen. Die aktuelle Untersuchung wurde im Rahmen der Studie „Emotionen im Übergang zur Mutterschaft“ unter Leitung von Dr. Iris Reiner durchgeführt. Die vorliegende Stichprobe umfasst 20 im letzten Trimenon schwangere Frauen im Alter von 26 bis 40 Jahren ( $M = 32.25$ ;  $SD = 3.65$ ). Die Probandinnen füllten die Skala für Zustandsangst des State-Trait-Angstinventars (STAI-S), die Skala für Zustandsärger des State-Trait-Ärgerinventars (STAXI-S), die Satisfaction With Life Scale (SWLS) und die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) aus. Danach wurde mit den Probandinnen das Adult Attachment Interview (AAI) durchgeführt. Im verbatim Transkript des AAI wurde die Summe der verbalen Äußerungen von Angst, Ärger, Zufriedenheit und Trauer manuell ausgezählt. Dabei wurden ausschließlich Worte berücksichtigt, die unabhängig vom Kontext einer der Kategorien zugeordnet werden konnten. Die Datenanalysen werden gegenwärtig durchgeführt. Es wird erwartet, dass ein mäßiger, positiver Zusammenhang von verbalem Emotionsausdruck im Narrativ und den Angaben im Fragebogen besteht.

## P-16-DO-T

### Differenzielle Effekte der Bindung auf den Outcome kognitiver Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von sozialen Phobien: Ein Vergleich verschiedener Bindungsinstrumente

Altmann U.<sup>1</sup>, Nodop S.<sup>1</sup>, Zimmermann A.<sup>1</sup>, Gawlytta R.<sup>1</sup>, Schwager S.<sup>1</sup>, Strauß B.<sup>1</sup>

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

**Hintergrund:** Patienten mit sozialen Phobien sind oft unsicher gebunden. Allerdings sind verschiedene Bindungsinstrumente oft nicht konvergent. Die vorliegende Studie untersuchte deshalb, ob der Therapieerfolg bei sozialen Phobien vom Bindungstyp abhängig ist und ob diese differenziellen Effekte auch bei unterschiedlichen Bindungsinstrumenten zu finden sind.

**Methoden:** Die untersuchte Teilstichprobe der SOPHO-NET-Studie ( $N=189$ ) wurde randomisiert kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) zugeordnet. Zu Beginn der manualisierten Kurzzeittherapien wurden Bindungsmerkmale u.a. mit dem Erwachsenen Bindungsprototypen Rating (EBPR, Fremdrating) und dem Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE, Selbstrating) erfasst. Das Outcome war die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS, Fremdrating zum Therapieende). Es wurden verschiedene Regressionsmodelle angepasst und adjustierte Outcome-Mittelwerte verglichen.

**Ergebnisse:** Zum Therapiebeginn unterschieden sich KVT- und TP-Gruppe nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bindungstyp und Angstintensität. EBPR- und BFKE-Messungen korrelierten nicht (metrisch:  $r=-.142$ ,  $p=.086$ ; kateg.:  $p=.540$ , Cramers  $V=.102$ ). Zum Therapieende wurden die sozialen Ängste bei KVT und TP signifikant reduziert, wobei KVT-Patienten mehr von der Therapie profitierten. Von den Regressionsmodellen konnten jene mit den kateg. Bindungstypen am meisten Outcome-Varianz aufklären. Bei den BFKE-Bindungstypen vermeidend und ambivalent fanden sich marginal sig. Outcomeunterschiede zwischen KVT und TP ( $ES=0.231$ ,  $p=.076$  bzw.  $ES=0.257$ ,  $p=.075$ ; LSAS post KVT < TP). Dagegen gab es einen sig. Outcomeunterschied beim EBPR-Bindungstyp sicher ( $ES=0.398$ ,  $p=.003$ ; LSAS post KVT < TP).

**Schlussfolgerungen:** Für die Behandlung sozialer Phobien sind KVT und TP geeignet, wobei der Bindungstyp für den Outcome prädiktiv war. Dies spricht für eine Bindungsdiagnostik und auf Bindungstypen abgestimmte Therapien. Die größten differenziellen Effekte waren bei den sicheren Patienten gemessen mit dem EBPR festzustellen. Im Kontext von Psychotherapien scheinen Fremdratings somit besser zur Diagnostik geeignet zu sein als Selbstratings und sichere Patienten besser von einer auf Kompetenzerwerb fokussierten KVT zu profitieren. Weitere Untersuchungen differenzieller Bindungseffekte sind notwendig, da der schwachen Konvergenz der Bindungsinstrumente entsprechend die differenziellen Effekte je nach Instrument unterschiedlich waren.

## P-17-DO

### Death and the fragility of dyadic late-life happiness

Klingel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bremen International Graduate School of Social Sciences, Bremen, Deutschland

Many people share the ideal of becoming old together with their spouse with whom one has passed the troubles of a relationship

and has established the trust of a sometimes lifelong bond. Old age means that work life is mostly over, and couples can „share the bliss“ (Chan 2011, Freund 2009). Furthermore, couples might become experts of their relationship over time and thus enjoy high marital quality (Rauers 2011).

But Fourth Age and Death are big threats. Thus, this ‘dyadic end of life paradise’ becomes fragile. Increasing health burdens, decrease in well-being and loss of abilities mark the transition to Fourth Age (Vogel 2013, Gerstorf 2010). This might make death salient, which is the final, ultimate and unavoidable threat for dyadic life and happiness. How should spouses deal with their own finiteness, but also with the finiteness of their partner? *“In our unconscious, death is never possible in regard to ourselves“* (Kübler-Ross 1969). But is it then possible in regard to the loved partner? Dying is not an individual process or a solely personal decision, because death means dramatic change for significant others, too. How is death handled and related decisions negotiated between elderly partners? Which conflicts might arise in regard to end-of-life decision making, such as advance directives, concerning autonomy and dignity (cf. Jox 2013)?

With qualitative, open-ended interviews with 8 couples ( $M_{Age} = 77.3$  years,  $M_{marriage\ duration} = 46.7$  years) I tried to empathize into this emotionally demanding situation. This certainly requires empathy and awareness of ethical aspects. But it is an important issue: one needs to understand couples’ struggles in the final phase of their life to support them.

Between couples there was a clear heterogeneity how they deal with approaching death. Some couples repressed the topic, unconsciously or voluntarily; for example because thinking about death seemed to be a contradiction to enjoy life. Others perceived it as a threat which can be delayed by physical exercise. Some faced the topic pragmatically, discussing for example suicide or working on their household dissolution, which might be more difficult after the death of one spouse.

Within couples, spouses seemed to agree and showed no clear, end-of-life related conflicts. This manifested in advanced directives being something ‘usual’, about which partners could talk relatively unemotionally.

## Depression und somatoforme Störungen

### P-18-DO

#### Selbstwert und Depression - Effekte einer Bindungsaktivierung auf emotionale Reaktion, impliziten und expliziten Selbstwert

Paulsdorff C.<sup>1</sup>, Ehrental J.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup>

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

**Hintergrund:** Die im Laufe des Leben erlebten Beziehungserfahrungen prägen die inneren Arbeitsmodelle von Bindung, welche

bei als stressig oder bedrohlich erlebten Beziehungssituationen aktiviert werden. Teil der inneren Arbeitsmodelle sind auch die Bewertungen der eigenen Person innerhalb von Beziehungen („relationaler Selbstwert“), die auch für die Vulnerabilität zur Depression bedeutsam sind. Sicher gebundene Personen beschreiben sich als liebenswert, während Bindungsangst eher mit weniger positiven Selbstattributen einhergeht. Bindungsvermeidende Personen zeigen zwar im Selbstbericht einen guten Selbstwert, implizite Maße lassen aber auf eine darunter liegende Verunsicherung in der Selbstbeurteilung schließen. Um den Zusammenhang zwischen Bindung, Selbstwert und Depression besser zu verstehen, soll in der vorliegenden Studie der Einfluss einer Aktivierung von Bindungsrepräsentationen auf die emotionale Reaktion, sowie impliziten und expliziten Selbstwert bei aktuell depressiven Patienten, gesunden Patienten und gesunden Kontrollpersonen untersucht werden.

**Methode:** Insgesamt wurden 138 Personen rekrutiert, davon 46 aktuell depressive Patienten, die sich in stationärer Therapie befanden. Gematcht nach Alter und Geschlecht wurden zusätzlich 45 ehemals depressive, jetzt aber gesundene Patienten und 47 gesunde Kontrollprobanden ohne psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte rekrutiert. In der randomisierten Studie wurde bei der Hälfte der Teilnehmer das Bindungssystem durch eine 5-minütige Erinnerungsaufgabe an eine Trennungssituation („Separation Recall“) aktiviert, im Anschluss die emotionale Befindlichkeit und relationaler Selbstwert per Fragebogen erhoben. Der implizite Selbstwert wurde mit dem „Implicit Association Task“ über Reaktionszeiten erfasst.

**Ergebnisse:** Die Erinnerung an erlebte Trennungen führte wie erwartet zu einer emotionalen Reaktion in allen drei Gruppen. Aktuell depressive Patienten zeigten einen niedrigeren impliziten und expliziten Selbstwert als die beiden Vergleichsgruppen, allerdings wirkte die Bindungsaktivierung weniger stark auf beide Selbstwertkomponenten als angenommen.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse bestätigen die Bedeutung von Selbstbeurteilungen bei Depression. Die Bindungsaktivierung hat einen direkten Effekt auf die emotionale Befindlichkeit, jedoch scheint der Zusammenhang zur Selbstbeurteilung komplexer zu sein.

### P-20-DO

#### Persönlichkeitsfunktion, Selbstkritik und Abhängigkeit als Prädiktoren für den Erfolg stationärer Psychotherapie bei depressiven Patienten mit und ohne Borderline Persönlichkeitsstörung: Ergebnisse einer 6-Monatskatamnese

Bach B.<sup>1</sup>, Köhling J.<sup>1</sup>, Ehrental J. C.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup>

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

Majore Depressionen (MD) und Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) treten häufig zusammen auf. Patienten mit komorbi-

der BPS (MD-BPS) zeigen eine erhöhte Depressionsschwere und zusätzlich qualitative Unterschiede in den dysphorischen Symptomen wie eine erhöhte Selbstkritik im Vergleich zu depressiven Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (Köhling et al., 2015). Die vorliegende Studie untersucht den differentiellen prognostischen Wert der komorbiden BPS, der dimensional Schwere der Persönlichkeitsstörung (Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit) und der Selbstkritik/Abhängigkeit auf den Behandlungserfolg einer MD im stationären Kontext.

**Methode:** 57 Patientinnen mit der Hauptdiagnose MD wurden zu Beginn eines achtwöchigen stationären tiefenpsychologisch-orientierten multimodalen Programms rekrutiert und erhielten ein strukturiertes klinisches Interview (SKID). Die Hälfte der Stichprobe ( $n = 28$ ) hatte nach DSM-IV zusätzlich eine BPS, die andere ( $n = 29$ ) keine PS. Vor der Behandlung, bei Entlassung und der 6-Monats-Katamnese füllten die Patientinnen Fragebögen bezüglich der Depressivität (BDI-II), der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (OPD-SF), des qualitativen depressiven Erlebens der Selbstkritik und Abhängigkeit (DEQ) aus.

**Ergebnisse:** Von Anfang bis zur Entlassung zeigte sich eine signifikante Reduktion des primären Outcome-Maßes (BDI-II) mit mittleren Effektstärken, die Werte von Entlassung bis zur 6-Monats-Katamnese blieben im Mittel stabil. Die MDD-BPS Patientinnen waren zwar sowohl zu Beginn als auch in allen Folgeuntersuchungen schwerer depressiv, jedoch gab es keine signifikanten Unterschiede im Ausmaß der Symptomveränderung zwischen den Gruppen. Entgegen der Erwartung sagten auch die kontinuierlichen Prädiktoren (Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion, Selbstkritik und Abhängigkeit) lediglich das Gesamtniveau, nicht jedoch die Veränderungsrate vorher.

**Schlussfolgerung:** Der aus dem ambulanten Kontext bekannte negative Effekt einer Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit, sowie von der Selbstkritik auf die Symptomveränderung konnte in dieser Studie an stationären MD Patientinnen nicht repliziert werden.

### P-21-DO-T

#### Therapeutengestützte Selbsthilfe zur Behandlung des Reizdarmsyndroms - eine Metaanalyse

Liegl G.<sup>1,2</sup>, Plessen C. Y.<sup>2</sup>, Leitner A.<sup>2</sup>, Boeckle M.<sup>2</sup>, Pieh C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, <sup>2</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems, Österreich

**Hintergrund:** Mit einer geschätzten Prävalenz von 10-20% stellt das Reizdarmsyndrom weltweit eine große medizinische und gesundheitsökonomische Herausforderung dar. Bislang bestehen Unklarheiten hinsichtlich verursachender und aufrechterhaltender Faktoren dieser meist chronisch verkaufenden funktionellen Erkrankung. Aktuelle Behandlungsmethoden reichen von medi-

kamentösen Therapieansätzen bis hin zu psychotherapeutischen Interventionen. Die Datenlage zur Behandlungseffektivität und Effizienz ist begrenzt. Therapeutengestützte Selbsthilfemaßnahmen (GSH) könnten eine kosteneffiziente, niederschwellige Alternative zu herkömmlichen Therapiemaßnahmen darstellen. Die vorliegende Untersuchung fasst die Ergebnisse aktueller Interventionsstudien von GSH zur Behandlung des Reizdarmsyndroms mit metaanalytischen Methoden zusammen.

**Methode:** Zur systematischen Suche nach randomisierten kontrollierten Studien verwendeten wir die elektronischen Datenbanken MEDLINE, SCOPUS, PsycINFO und Web of Science. Zur Bestimmung der Effektivität von GSH hinsichtlich Symptomstärke und Lebensqualität berechneten wir die entsprechenden standardisierten Mittelwertdifferenzen (SMDs) anhand von Random-Effects Models. Wir verwendeten gemischte lineare Modelle und Subgruppenanalysen um potentielle moderierende Effekte von Face-to-Face Therapeutenkontakt und Art der Selbsthilfe zu untersuchen.

**Ergebnisse:** Insgesamt 10 Studien mit N=886 Teilnehmern entsprachen den Einschlusskriterien und wurden in der Metaanalyse berücksichtigt. Im Vergleich zur jeweiligen Kontrollbedingung fanden wir eine mittlere Effektstärke für die Verminderung der Symptomschwere (SMD=0.72; 95% Konfidenzintervall: 0.34, 1.08) und eine große Effektstärke für die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SMD=0.84; 95% Konfidenzintervall: 0.46, 1.22). Es zeigte sich ein hohes Maß an Heterogenität zwischen den Effekten der eingeschlossenen Studien ( $I^2 > 80\%$ ). Weder Face-to-Face Therapeutenkontakte noch das spezifische Selbsthilfeformat konnten als signifikante Moderatoren für den Therapieerfolg identifiziert werden.

**Fazit:** GSH stellt eine effektive Option für die Behandlung des Reizdarmsyndroms dar. Aufgrund der relativ einfachen Umsetzbarkeit erscheint die Implementierung therapeutengestützter Selbsthilfemaßnahmen in die klinische Praxis sinnvoll. Allerdings finden sich nennenswerte Effektivitätsunterschiede zwischen einzelnen Studien, deren Ursachen in der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden konnten.

### P-23-DO-T

#### Neurobiologische Grundlagen bei Fibromyalgie Syndrom und Reizdarmsyndrom

Boeckle M.<sup>1</sup>, Schrimpf M.<sup>1</sup>, Liegl G.<sup>1,2</sup>, Lahmann C.<sup>3</sup>, Pieh C.<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems an der Donau, Österreich, <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Department für Psychosomatische Medizin, Berlin, Deutschland, <sup>3</sup>Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>4</sup>Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, Krems an der Donau, Österreich, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Department für Psychosomatische Medizin, Regensburg, Deutschland

Reizdarm-Syndrom (RDS) und Fibromyalgie-Syndrom (FMS) sind häufige funktionelle Störungen. Klinisch zeigen sich sowohl Überlappungen, als auch Unterschiede. Diese Meta-Analyse möchte überprüfen, ob sich diese klinischen Eindrücke auch neurobiologisch manifestieren. Mittels systematischer Literaturrecherche wurden bildgebende Studien (PET, SPECT, fMRI, VBM) zu den beiden Störungen RDS und FMS gesucht. Die in den Studien berichteten Koordinaten wurden mit Hilfe einer Activation Likelihood Estimation (ALE) analysiert. In die Meta-Analyse wurden nur signifikante Unterschiede zwischen gesunden Personen und Patienten mit IBS oder RDS einbezogen. Es wurden 23 Studien mit FMS (N=730) und 20 Studien mit RDS (N=762) inkludiert. Die ALE-Analyse ergab neun relevante neuronale Areale für FMS und RDS. Sechs der funktionellen Areale wurden in beiden Störungen gefunden: Insula (BA13), anteriorer cingulärer Kortex (BA24, BA32), Thalamus, Caudatum, Culmen und Nucleus ruber. Drei Areale unterschieden sich zwischen IBS und FMS, nämlich posteriorer cingulärer Kortex, Claustrum und Nucleus lentiformis wurde nur bei FMS, bei RDS der subgenuale Kortex, der mittlere frontale Gyrus und der supramarginale Gyrus, berechnet. Diese Meta-Analyse unterstreicht die neurobiologischen Aspekte von FMS und RDS. Sechs neuronale Areale überlappen sich bei beiden Störungen, während sie sich in drei Arealen unterscheiden. Vor allem schmerzspezifische Areale als auch Areale zuständig für Aufmerksamkeit, Emotion und diskriminative Fähigkeiten korrelieren mit beiden Störungen. Unsere Ergebnisse bestätigen die klinische Erfahrung als auch die Behandlungsleitlinien, dass RDS und FMS große Gemeinsamkeiten aufweisen, jedoch nicht das gleiche Störungsbild sind.

#### P-24-DO-T

### Der Einfluss von Selbstwirksamkeit und intentionalem Verhalten auf den Therapieerfolg chronischer Schmerzpatienten

Boeckle M.<sup>1,2</sup>, Katzlinger M.<sup>1</sup>, Lackner O.<sup>1</sup>, Barborik M.<sup>3</sup>, Püspök J.<sup>3</sup>, Leitner A.<sup>1</sup>, Pieh C.<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems an der Donau, Österreich, <sup>2</sup>Universität Wien, Department für Kognitionsbiologie, Wien, Österreich, <sup>3</sup>Gesundheits- und Rehabilitationszentrum Moorheilbad Harbach, Harbach, Österreich, <sup>4</sup>Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, Krems an der Donau, Österreich, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Department für Psychosomatische Medizin, Regensburg, Deutschland

Chronische Schmerzen sind ein häufiges Phänomen in der Allgemeinbevölkerung, an dem Abhängig von der Definition und Region 10%-40% leiden. Trotz multimodaler und hochfrequenter Behandlungsansätze ist eine Vollremission lediglich bei einem kleinen Teil zu erwarten. Selbstwirksamkeit und intentionales Verhalten können den Behandlungserfolg maßgeblich beeinflussen. Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss dieser Prädiktoren auf den Therapieerfolg chronischer Schmerzpatienten. Chroni-

sche Rückenschmerzpatienten (N=136) wurden in einer orthopädischen Rehabilitationsklinik bezüglich Schmerzintensität (VAS), Lebensqualität, Selbstwirksamkeit (allgemein und schmerzspezifisch), psychische Störungen (mittels PHQ) sowie intentionalem Verhalten (Theory of planned behavior) vor und nach der Behandlung untersucht. Die 3-wöchige, multimodale Therapie bestand aus einer medikamentösen Therapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Psychoedukation sowie einer psychologischen Behandlung. Die Therapie zeigt bei der untersuchten Stichprobe (N=136) eine deutliche Zunahme des allgemeinen Wohlbefindens (prä= 5.22±SD1.773; post= 7.60±SD1.676;  $T_{240} = -10.605$ ;  $p \leq .001$ ;  $r = .7$ ), einer Reduktion der aktuellen Schmerzen (prä= 5.48±SD1.584; post= 4.09±SD1.836;  $T_{237} = 6.256$ ;  $p \leq .001$ ;  $r = .401$ ) sowie der durchschnittlichen Schmerzen (prä= 6.01±SD1.579; post= 4.83±SD1.755;  $T_{237} = 5.457$ ;  $p \leq .001$ ;  $r = .350$ ) im prä-post Vergleich. Die allgemeine Selbstwirksamkeit (SWE) ist ein positiver Prädiktor für die Veränderung des Wohlbefindens ( $F = .856$ ;  $p \leq .001$ ). Die Veränderungen der aktuellen Schmerzen werden am besten durch die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit ( $F = .97$ ;  $p \leq .001$ ) und die subjektiven Verhaltensnormen ( $F = .977$ ;  $p \leq .001$ ) prognostiziert. Für die Wahrnehmung der Schmerzen in den letzten drei Wochen waren vor allem Selbstwirksamkeit in Relation zu chronischen Schmerzen ( $F = .545$ ;  $p < .021$ ), allgemeine Selbstwirksamkeit ( $F = .989$ ;  $p \leq .001$ ) und die Einstellung ( $F = .514$ ;  $p \leq .029$ ) gegenüber der neu erlernten Verhaltensweisen die wichtigsten Prädiktoren. Eine positive Einstellung gegenüber der Behandlung sowie Selbstwirksamkeit sind wichtige Prädiktoren für einen positiven Behandlungserfolg. Komorbide psychische Symptome, wie somatoforme Körperbeschwerden, Angst und Depression sind negative Prädiktoren. Weitere Studien sollten überprüfen, ob eine gezielte psychologische Intervention die Selbstwirksamkeit bzw. die Einstellung zur Behandlung verändern und zu einem besseren Therapie-Outcome beitragen könnten.

### Klinische Psychosomatik I

#### P-25-DO

### The Bremen town musicians. Outpatient group psychotherapy for elderly people

Loesch W.<sup>1</sup>, Kirschbaum A.<sup>1</sup>, Schlage M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

“We will find something better than death no matter what!” This is the slogan of the Bremen town musicians. People of the age group “66 +” can agree to this device very well. In the long-term experience of slow open psychotherapy groups - operating according to the setting of prismatic group therapy (Drees, Krefeld) - the emphases in the groups have changed gradually since 1992: After “loss”, the difficulty of “psychological hurt” - typically arisen after the social change following the German reunification - came to the fore. Following, in a perennial phase, “war trauma” became

the main topic. Currently, "relationship conflicts" are the central point in this prismatic psychotherapy group. Today, in the context of the demographic trend, couples age together. For partners advanced in years, lifelong unresolved relationship conflicts can become malignant.

### P-26-DO

#### **Dermatillomanie und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten bei Patientinnen und Patienten vor Adipositaschirurgie**

Osterhues A.<sup>1</sup>, Claes L.<sup>2</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>, Müller A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>KU Leuven, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Leuven, Belgien

**Hintergrund und Ziel:** In der Literatur finden sich Hinweise auf eine relativ hohe Prävalenz von Dermatillomanie bei Menschen mit extremer Adipositas, die eine bariatrische Operation anstreben. Befunde zur Häufigkeit von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten in dieser Gruppe, einschließlich Hautverletzungen, liegen bislang nicht vor. Im Rahmen dieser Studie sollen Häufigkeit und Schweregrad von Dermatillomanie bei Patienten vor Adipositaschirurgie untersucht werden. Die Daten werden mit Angaben zu nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten verglichen und die Komorbidität beider Störungsbilder (Doppeldiagnosen) erfasst. Weitere Fragestellungen beschäftigen sich mit den Zusammenhängen beider Störungsbilder mit Impulsivität, Depressivität, Ängstlichkeit sowie Essstörungssymptomen.

**Methode:** Es handelt sich um eine Fragebogenuntersuchung, in die 130 Patienten vor Adipositaschirurgie eingeschlossen wurden, von denen die deutschen Versionen der Skin Picking Scale und des Self-Harm Inventory beantwortet wurden. Zudem wurden Daten mit der Barratt Impulsiveness Scale, dem Eating Disorder Examination-Questionnaire und dem Patient Health Questionnaire erhoben.

**Ergebnis:** Zum Zeitpunkt der Einreichung des Abstracts war die Datenauswertung noch nicht vollständig abgeschlossen. Vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Patienten wesentlich häufiger Symptome einer Dermatillomanie berichten als nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten und dass die Überlappung beider Phänomene eher gering ist. Klinische Implikationen der Ergebnisse werden diskutiert.

### P-27-DO

#### **Alexithymie und der Krankheitsverlauf von Depression bei stationärer Behandlung**

Günther V.<sup>1,2</sup>, Rufer M.<sup>3</sup>, Kersting A.<sup>1,2</sup>, Suslow T.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>LIFE-Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen, Universität Leipzig,

Leipzig, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich, Zürich, Schweiz

Alexithymie ist ein Persönlichkeitsmerkmal, das durch Schwierigkeiten im Erkennen und Beschreiben von Gefühlen und einem konkreten, an äußeren Ereignissen orientierten Denkstil charakterisiert ist. Hoch ausgeprägte Alexithymie scheint einen negativen Einfluss auf den Erfolg von psychotherapeutischer Behandlung bei verschiedenen psychischen Störungen zu haben. Nur wenige Studien untersuchten hierbei den Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem Symptomverlauf bei Majorer Depression, obwohl die Prävalenz klinisch relevanter Alexithymie v. a. bei Depression erhöht zu sein scheint. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob Alexithymie depressive Symptome nach stationärer psychotherapeutischer Behandlung vorhersagen kann. Hierfür wurden 45 Patienten mit akuter Majorer Depression zu Beginn und nach 7-wöchiger stationärer Therapie mit dem Beck-Depressionsinventar (BDI) und der Hamilton Depressionsskala (HAMD) untersucht. Alexithymie wurde mit der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) erfasst. Alle Patienten nahmen an einer psychodynamisch-interaktionellen Psychotherapie teil, die sowohl Gruppen- und Einzeltherapien, als auch Bewegungs- und Tanztherapien, Gestalttherapien, sowie die Anwendung von Entspannungstechniken umfasste. Die Mehrheit der Patienten erhielt eine komplementäre medikamentöse Behandlung.

Ein hoch ausgeprägter extern orientierter Denkstil (EOT-Subskala der TAS-20) sagte stärkere selbstberichtete und fremdbeurteilte depressive Symptome zum zweiten Messzeitpunkt vorher. Dieser Zusammenhang wurde für den Einfluss anfänglicher depressiver Symptome kontrolliert. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass stationäre Patienten mit einem oberflächlichen Denkstil, der an konkreten, äußeren Ereignissen und Fakten orientiert ist und mit einem geringeren Interesse an den eigenen psychischen Vorgängen einhergeht, weniger von psychodynamisch-interaktioneller Psychotherapie profitieren.

### P-28-DO

#### **Automatic facial mimicry as a function of alexithymia - an affective priming experiment**

Bodenschatz C. M.<sup>1</sup>, Ihme K.<sup>2</sup>, Günther V.<sup>1</sup>, Kersting A.<sup>1</sup>, Suslow T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Leipzig AöR Department für Psychische Gesundheit, Leipzig, Deutschland, <sup>2</sup>Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt, Institut für Verkehrssystemtechnik, Braunschweig, Deutschland

Being able to identify emotional facial expressions (EFEs) is an important component of successful social interaction, as it provides valuable information about intentions, emotions, and beliefs of others. It is assumed that this ability requires automatic mimicry of others' facial expressions. The personality trait alexithymia has been associated with deficits in the identification of EFes and

might thus also be related to deficits in automatic facial mimicry. In our study, we investigated automatic facial mimicry during perception of EFEs as a function of the personality trait alexithymia (measured with the 20-Item Toronto Alexithymia Scale). Forty-five healthy participants took part in the study. An affective priming task was used to examine the biasing effect of briefly presented (33 ms) masked pictures of happy, neutral, angry and fearful faces on evaluative ratings of subsequently presented neutral faces. Facial reactions that are typically elicited during the perception of EFEs were assessed using a recently developed video-based computational technique. In the total sample a priming effect based on masked happy faces were observed. Participants evaluated neutral target faces more positively, when they were previously primed with happy faces. Moreover, participants responded with distinct facial mimicry corresponding to masked happy faces. Alexithymia was instead negatively related to facial reactions in the happy prime condition. High alexithymic individuals responded to a lesser degree to masked happy faces than low alexithymic individuals. Thus our data provides support for the proposition that facial mimicry, as an important aspect of emotional face-to-face communication, can occur on an automatic level. However, alexithymic individuals seem to have difficulties in the automatic processing of EFEs.

#### P-29-DO

### Psychosoziale Belastungen zu verschiedenen Zeitpunkten nach Brandverletzung

Berg L.<sup>1</sup>, Jasper S.<sup>1</sup>, Ipaktchi R.<sup>2</sup>, Vogt P.M.<sup>2</sup>, Müller A.<sup>1</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Hannover, Deutschland

**Einleitung:** Brandverletzte leiden unter psychischen und sozialen Folgebefähigungen. In der vorliegenden Studie wurde geprüft, ob sich Patienten mit unterschiedlichen Zeitintervallen seit der Verbrennung im Hinblick auf psychosoziale Belastungen unterscheiden.

**Methoden:** 146 Patienten, die in der Zeit zwischen 2006 und 2012 aufgrund einer Verbrennung stationär behandelt wurden, beantworteten Fragebögen zu Lebensqualität (Burn Specific Health Scale - Brief; BSHS-B), Angst und Depression (HADS-D), posttraumatischer Belastungsstörung (IES-R), Stigmatisierung (Perceived Stigmatization Questionnaire; PSQ) und sozialer Unterstützung (F-SozU-7). Auf Basis der unterschiedlichen Zeiträume zwischen Unfall und Erhebungszeitpunkt der Daten fand eine Einteilung der Stichprobe in 4 Gruppen statt.

**Ergebnisse:** Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Ausmaß der psychischen Belastung. Auch lagen keine Differenzen in soziodemographischen und verbrennungsspezifischen Merkmalen vor. Insgesamt lagen 18 (12,4%) Patienten im Bereich Angst

und 22 (15,2%) Personen im Bereich Depression bei einem Cutoff von  $\geq 11$  im HADS. Ein Verdacht auf die Diagnose einer PTBS konnte bei 16 (11,1%) Patienten gestellt werden. Bezüglich laufender Psycho(pharmako)therapie und dem Wunsch nach Psychotherapie, den insgesamt 10,7% der Patienten äußerten, glichen sich die Gruppen.

**Fazit:** Die Ergebnisse deuten auf chronische psychische Beeinträchtigungen nach Verbrennungen hin. Psychosoziale Interventionen können daher auch noch mehrere Jahre nach der Brandverletzung indiziert sein.

### Klinische Psychosomatik III

#### P-65-DO

### Psychische und Psychosomatische Faktoren bei Knie-Arthroplastik

Vogel M.<sup>1</sup>, Frommer J.<sup>2</sup>, Lohmann C.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>O. v. Guericke Univ. Magdeburg, Magdeburg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsmedizin Magdeburg, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Magdeburg, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Magdeburg, Klinik für Orthopädie, Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Zusammenhänge zwischen psychischen und psychosomatischen Belastungen und den Behandlungsergebnissen im postoperativen Verlauf nach arthroplastischer Chirurgie sind wenig erforscht. Einige Befunde zeigen aber, dass die Anpassung an eine Endoprothese nicht nur von objektivierbaren chirurgischen Komplikationen beeinflusst wird, sondern auch von psychischen Problemen und bestimmten maladapten Verarbeitungsmustern. In diesem Sinne sind Depressivität, Ängstlichkeit und eine Neigung zum Katastrophisieren die Grundlage für prognostisch ungünstige Schon- und Vermeidungshaltungen, die mit einem erhöhten Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Schmerzen und funktionellen Beeinträchtigungen verbunden sind. Sowohl Angst, als auch Depression und somatoforme Schmerzen stehen häufig mit aversiven Kindheitserfahrungen in Verbindung. Wir untersuchen daher, ob sich bei negativen Verläufen nach Knie-Arthroplastik ebenfalls ein Kontext mit vorangegangener Traumatisierung und dissoziativem Erleben zeigt.

**Methoden:** Mittels verschiedener Fragebögen erfassen wir die relevanten psychischen Symptome sowie maladapten kognitiven Schemata. Der Trauma Screener und die DES dienen der Erfassung von Kindheitstraumatisierung und Traumakorrelaten.

Erste **Ergebnisse** zeigen, dass sich die Krankheitsverarbeitung bei Patienten nach einer Prothesenanlage auch in Abhängigkeit von psychischen Faktoren und Traumakorrelaten gestaltet. Somit weisen diese Befunde darauf hin, dass entsprechende psychotherapeutische Interventionen geeignet sein können, die Resultate dieser Eingriffe zu verbessern.

P-66-DO

### „Nine (in Grimms Fairytale Six) make their way through the world“ - maturing together. Outpatient prismatic group psychotherapy with young adults

Loesch W.<sup>1</sup>, Holz B.<sup>2</sup>, Hejduk M.<sup>1</sup>, Ilgner A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Brandenburgische Akademie für Tiefenpsychologie und analytische Psychotherapie e.V., Potsdam, Deutschland, <sup>2</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

Prismatic group psychotherapy developed by A. Drees, Krefeld, has proven itself as an opportunity for maturing for young adults with adolescence disorders which prevented them from maturing appropriately. The psychotherapy group simulates aspects of the real peer groups, from which most patients have not been able to profit from enough.

The increasing demands of society on young adults make it hard for them to find their own way with their own identities and assert themselves in society. The peer group is an important element for the disengagement from the wishes and expectations of the parents to their own self-confident ideas of themselves and their own future. Through the group, the peculiarities of an individual can be recognized/acknowledged as resources rather than faults.

P-67-DO

### MS - patients in the context of their emotions

Paul M.<sup>1</sup>, Loesch W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

The diagnosis of serious disease is generally accompanied by a variety of emotions. Anger, sadness and fear are just a few dominant feelings, that, in addition, affect the quality of life of patients. As the disease progresses it seems to be more important than ever to have an optimistic emotional attitude to counteract a stress-related progressive pathogenesis. As a result, the primary mission should be exposing basic emotions of different syndromes.

The following study could be a first step for this purpose, because it explores the primary emotional experiences of patients with an autoimmune illness, especially persons with multiple sclerosis (MS). An additional focus lies on the question, if the emotions are different compared to other people with alternative diagnoses and crises.

In order to collect the individual emotional experiences the interviews were performed with five patients with multiple sclerosis and five people without multiple sclerosis (control group). The main themes were intense times of crisis, which should disclose significant emotions. The average age in the MS - group was 44 years, the control group had an average age of 45.4 years. The evaluation by Mayring (2010) showed that, in terms of the priority mentioned emotions, the aggression (34.8%) is the most frequently described feeling in the group with MS. Over half of the aggres-

sive feelings were also given in the subcategory auto aggression (56.3%) were also given. In comparison, the control group showed significantly less aggression (2.4%), their main emotion was, with a share of 38.6%, sadness. Using a non-parametric test it could be shown that the MS group used significantly more often aggressive and auto-aggressive description than the control group. Analyzing the biography of MS patients, it could be revealed a continuous selfless and self-sacrificing behaviour, a partial inability to accept help and a lack of emotional self-care and attentiveness. Therefore could an auto aggressive character be discovered, the connection of which to autoimmune disease is still unclear, but requires further examination.

Whether psychotherapeutic interventions help to deal with the disease in a positive way and possibly support a more positive course of disease, may also be the subject of future studies

P-65-FR

### Was denken eigentlich unsere Patientinnen? Eine qualitative Studie zu Stabilisierungsübungen in der multimodalen stationären Psychotherapie

Horsch L.<sup>1</sup>, Schöckel A.<sup>1</sup>, Nikendei C.<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

**Hintergrund:** Stabilisierungsübungen aus der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) stellen im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen, insbesondere im Bereich der Traumafolgestörungen, ein etabliertes Therapieelement dar. Während die bisherige quantitative Forschung zwar Aussagen über die Wirksamkeit dieser Methode treffen kann, stößt sie im Bereich des spezifischen Erlebens von Patientinnen und Patienten an ihre Grenzen. Im Sinne einer personalisierten Medizin ist es jedoch wichtig, Unterschiede im Umgang mit vermeintlich homogenen Interventionsformen herauszuarbeiten und damit langfristig die Behandlung zu verbessern. Dafür eignen sich insbesondere qualitative Methoden.

**Methode:** In einer qualitativen Studie mit N = 12 Patientinnen und Patienten wurden während einer multimodalen, stationären, traumaorientierten Psychotherapie halbstrukturierte Interviews zu Patientenerleben, Akzeptanz, subjektiver Wirksamkeit, aber auch Schwierigkeiten in der Anwendung von Stabilisierungsübungen durchgeführt. Diese Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch von 2 Ratern ausgewertet.

**Ergebnisse und Diskussion:** Stabilisierungsübungen wurden von den befragten Patientinnen und Patienten überwiegend als subjektiv hilfreich erlebt und zur Selbstberuhigung auch in nicht-traumabezogenen Kontexten eingesetzt. In Bezug auf den individuellen Umgang mit den Übungen und die berichteten Schwierigkeiten zeichnen sich distinkte Subgruppen ab, die wahrscheinlich unterschiedliche therapeutische Strategien erfordern.



Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund von Trauma- und Strukturkonzepten sowie im Hinblick auf Ableitungen für die klinische Praxis diskutiert.

## Körper- und Kreativtherapien

### P-30-DO

#### Forschungsstand der Musiktherapie in der psychosomatischen Medizin - Überblick und ausblickende Anmerkungen

Schmidt H. U.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ambulanzzentrum UKE Hamburg, Poliklinik Psychosomatik, Bereich Ärztliche Psychotherapie, Hamburg, Deutschland, <sup>2</sup>Leopold-Mozart-Zentrum, Universität Augsburg, Masterstudiengang Musiktherapie, Augsburg, Deutschland

In einem zusammenfassenden Überblick wird der musiktherapeutische Forschungsstand in der Psychosomatik kritisch reflektiert und diskutiert. Neben musiktherapeutischen Promotionen zum Thema werden typische psychosomatische und somatopsychische Einsatzfelder skizziert. Medizinische Leitlinien mit musiktherapeutischen Behandlungsempfehlungen finden Erwähnung. (siehe auch

Schmidt H. U., Kächele H.: Musiktherapie. In: Adler A., Herzog W., Joraschky P., Köhle K., Langewitz W., Söllner W., Wesiack W. (Hrsg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7. Auflage, S. 489 - 492, Urban u. Fischer München, 2011. 8. Auflage in Vorbereitung;

Schmidt H. U.: Musiktherapeutische Forschung in der Psychosomatik. Psychodynamische Psychotherapie 2014, 13, 213-223).

### P-32-DO

#### Psychosoziale Aspekte - Pädagogen in der ambulanten psychosomatischen Versorgung

Ameit U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Therapie und Soziales, Cuxhaven, Deutschland

#### Im Rahmen der ambulanten psychosomatischen Versorgung psychosomatisch erkrankter Menschen zeigt sich eine deutliche Zunahme an Beratungsbedarf in psychosozialen, sozialrechtlichen, pädagogischen und sozialen Bereichen.

Die Bandbreite realer sozialer Probleme umfasst Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnsituation, Finanzen, Familie und Erziehung sowie Gestaltung von Freizeit und sozialen Kontakten.

Ziel der Beratung ist es, konkrete Hilfe zu vermitteln und die als sehr belastend empfundenen Lebensumstände so zu klären bzw. zu verändern, dass eine deutliche Entspannung der sozialen oder psychosozialen Problematiken entsteht. Die Konfliktlösungsfähigkeit und die Eigenverantwortung werden deutlich gestärkt.

### P-34-DO

#### Baum und Traumbaum. Validität der Beziehungsmuster mit projektiven Objekten

Kiefer H.<sup>1</sup>, Kiefer H.<sup>2</sup>, Stojanovic S.<sup>1</sup>, Kulisek R.<sup>3</sup>, Stigler M.<sup>4</sup>, Betak L.<sup>5</sup>, Pokorny D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Freiburg, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Psychotherapeutische Praxis, Brno, Tschechische Republik, <sup>4</sup>Psychiatrische und psychotherapeutische Praxis, Lausanne, Schweiz, <sup>5</sup>Praxis für klinische Psychologie, Brno, Tschechische Republik

**Hintergrund:** Das projektiv offene Verfahren „Baum und Traumbaum“ (Betak) ist frei inspiriert nach dem klassischen Baumtest von Koch; es erweitert diesen durch die Einbeziehung einer psychodynamischen Komponente grundlegend. Jeder Teilnehmer wird gebeten nacheinander zwei Bäume zu malen. Im ersten „ganz gewöhnlichen Laubbaum“ werden eher sozial-konventionelle Themen projiziert, wohingegen auf den zweiten „ganz anderen, traumhaft unwirklichen Baum“ Hinweise auf tiefergehende, existenzielle Konflikte projiziert werden. Dies ermöglicht den Raum für therapeutisches Arbeiten im Sinne von imaginativer Technik und Traumarbeit. Das projektive Verfahren bietet wertvolle diagnostische Möglichkeiten für ein breites Spektrum an Patienten, sowohl Erwachsenen als auch Kindern. Das theoretische Konzept wurde von dessen Autor an über 3000 Fällen klinisch getestet. Ziel des laufenden Projektes ist es, die qualitativen klinischen Befunde des Autors in einer empirischen Forschungsarbeit zu untersuchen.

**Methode:** 21 Patienten der Psychosomatischen Klinik und 21 Kontrollpersonen werden gebeten zwei Bäume zu zeichnen. Diese werden im anschließenden therapeutischen Gespräch eingehender betrachtet. Des Weiteren werden die Teilnehmer gebeten, frei assoziierte Adjektive, welche die Beziehung zu nahestehenden Personen qualitativ charakterisieren als auch Adjektiven, die die Bäume beschreiben, zu benennen. Darüber hinaus werden noch ausgewählte psychometrische Testverfahren angewandt. Die Zeichnungen werden von Experten beurteilt, die weder über die Reihenfolge (Baum/ Traumbaum), noch über die Gruppenzugehörigkeit (Patient/Kontrollgruppe) informiert sind. Der Erfolg dieser Expertenbeurteilung wird mit dem Binomialtest überprüft. Die transkribierten Dialoge werden in Hinblick auf emotionale Inhalte als auch Primärprozess untersucht. Die Adjektive werden durch das CCRT-LU Kategoriensystem beurteilt.

**Ergebnisse:** Wir werden eine Zusammenschau der laufenden Studie und Auswertungsbeispiele aus beiden Studiengruppen präsentieren. Das Verfahren, die Studienhypothese und die Analyseschritte werden unter der Zuhilfenahme der Zeichnungen von Patienten und Kontrollpersonen dabei veranschaulicht.

**Diskussion:** Wir erwarten zwei Studienziele: a) Aus psychotherapeutischer Sicht die Bestätigung der Theorie Betaks, wonach das Verfahren mit breitem Anwendungsspektrum geeignet ist, sich den tiefergehenden psychodynamischen Konflikten des

Patienten zu nähern und b) eine Möglichkeit aufzuzeigen, sich kasuistischem Material und klinischen Arbeitshypothesen über qualitativ-hermeneutische und quantitativ-statistische Methoden anzunähern.

**Förderung:** Die Studie wird mit dem „Small Project Award“ der Society for Psychotherapy Research unterstützt.

### Prävention und Gesundheitsförderung

#### P-40-DO

#### Caffeine intake is related to successful weight loss maintenance

Icken D.<sup>1</sup>, Feller S.<sup>2</sup>, Engeli S.<sup>3</sup>, Mayr A.<sup>4</sup>, Müller A.<sup>1</sup>, Hilbert A.<sup>5</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Institut für Epidemiologie, Potsdam-Rehbrücke, Deutschland, <sup>3</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Institut für klinische Pharmakologie, Hannover, Deutschland, <sup>4</sup>Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Erlangen-Nürnberg, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsmedizin Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

The effect of caffeine intake on weight loss maintenance has not been examined in humans. We compared the daily consumption of coffee and caffeinated beverages between 494 weight loss maintainers and 2,129 individuals from the general population controlling for socio-demographic variables, BMI, and physical activity level. Weight loss maintainers reported to consume significantly more cups of coffee and caffeinated beverages compared to the participants in the general population sample. Thus, consumption of caffeinated beverages might support weight loss maintenance. Further studies should investigate possible mechanisms.

#### P-41-DO

#### General and intrinsic health competence

Gasde S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

Health sciences proposed several models for the description of individual, social and public health-competencies which determine subjective well-being. Clinical sciences revealed interactive, psychological and biochemical pathways of health-related improvement or cure summarizing them under the term placebo phenomenon. Current examinations of meditative practice and experimental neurofeedback-interventions opened up new perspectives on cognitive techniques which may promote health. Psychoneuroimmunology and -endocrinology revealed how

social, cognitive and emotional mechanisms influence somatic structures and processes.

Clinical and therapeutic practitioners suffer from a variety of theories complicating the transfer of these concepts into practice. Patients frequently suffer from uncertainty, fear and dependency caused by their symptoms, lack of professional knowledge and limited self-efficacy. Having reviewed the main concepts and models of health competencies and cognition-based health promoting activities I propose a model of *general health competence*. Relevant sub-domains and key-aspects of subjective, social or public health will therefore be integrated and synthesized by the use of a structural model of health competencies. Furthermore, I conceived a model of *intrinsic health competence* by using the placebo phenomenon as an empirical framework. Both models are going to be verified by the use of quantitative and qualitative methods. However, their future integration into clinical practice is highly questionable: The health-care-business gains its profits from diseases, competent patients might interfere with these systemic motivation.

#### P-42-DO

#### Psychodynamische Psychotherapie, Prävention und Gesundheitsförderung

Michal M.<sup>1</sup>, Subic-Wrana C.<sup>2</sup>, Beutel M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Patienten mit seelischen Erkrankungen leben häufig sehr ungesund. Dies trägt ganz wesentlich zu ihrer deutlich erhöhten Morbiditätsrate bei, führt zu einer Übersterblichkeit von zehn Jahren und mehr und wirkt sich auch unmittelbar schädlich auf das Wohlbefinden und letztendlich auch den Verlauf von seelischen Erkrankungen aus. Damit stellt das Gesundheitsverhalten - der Lebensstil - ein wichtiges Thema in der psychodynamischen Psychotherapie dar. Es erfolgt eine kritische Literatursichtung zur Bedeutung des Lebensstils für Psychotherapiepatienten, zu dessen Einordnung in einen psychodynamischen Verständnisrahmen und von möglichen Barrieren für eine Integration in die psychotherapeutische Behandlung. Da Rauchen, schlechte Ernährung und körperliche Inaktivität maladaptive Verhaltensweisen darstellen, können diese in der psychodynamischen Psychotherapie als Ausdruck einer strukturellen Beeinträchtigung verstanden und als Abwehr und Widerstand in der psychodynamischen Psychotherapie behandelt werden. Möglichkeiten der Integration und Barrieren der Berücksichtigung des Lebensstils in der Behandlung werden dargestellt.

## P-43-DO-T

**Empirische Beobachtung zur Befindlichkeit nach thromboembolischen Ereigniss (EBBE)**Kämpf S.<sup>1</sup>, Zotz R.<sup>1</sup><sup>1</sup>CBT, Hämostaseologie, Düsseldorf, Deutschland

In Deutschland erleiden jährlich ca. 600.000 Menschen eine tiefe Venenthrombose oder Lungenarterienembolie. Evidenz-basierte Diagnostik- und Therapiestrategien bei Verdacht oder Vorliegen eines thromboembolischen Ereignisses sind lange implementiert, Daten oder Erkenntnisse über die psychischen Auswirkungen hingegen fehlen. Die vorgestellte Fragebogen-Studie ist ein erster Ansatz dazu. In der Studie werden Daten erhoben zur medizinischen und Sozial-Anamnese, zu Depression, Angst, Impulskontrolle, Vermeidung, Intrusion, Fehlanpassung sowie Daten zum körperlichen Erleben. Ebenfalls erfasst wurde der Zeitrahmen, in welchem die Veränderungen wahrgenommen wurden und die Graduierung von selten bis oft. Die Studie wurde im Juli 2014 begonnen. Das Votum der Ethik-Kommission Nordrhein liegt vor. Bisher wurden 101 Patienten erfasst: 43 Frauen, 58 Männer, geboren 1930 - 1991. 38 der Patienten erlitten eine tiefe Venenthrombose, 13 eine Lungenarterienembolie, die weiteren hatten entweder kombiniert ein oder mehrere thromboembolische Ereignisse.

Zu allen abgefragten Items zeigten sich Veränderungen nach dem thromboembolischen Ereignis: in 33-44% bei Impulskontrolle, Angst, Fehlanpassung und Vermeidung, hinsichtlich Depression und Intrusion in 51% bzw. 69%. In 43-83% wurden die Veränderungen als „oft“ vorkommend beschrieben, in 42-67% über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren oder dauerhaft. Lediglich bei Frage nach der Angst, war der Anteil innerhalb des ersten Monats nach thromboembolischen Ereignis am höchsten. Bei Auswertung der Daten zu körperlicher Funktionalität u.a. Leistungsfähigkeit, Erschöpfbarkeit, körperlicher Grenzen, zeigte sich in 34-76% Veränderungen, hinsichtlich Körper-Erleben u.a. Scham oder Attraktivität fanden sich eher keine Veränderungen (10-20%).

Die Hypothese, dass nach thromboembolischen Ereignis die Betroffenen ihre Körpersicherheit verlieren, was sich in psychischen Veränderungen z.B: Depression oder Intrusion äußert, scheint sich anhand der Daten zu bestätigen. Offensichtlich hat ein thromboembolisches Ereignis neben den körperlichen Auswirkungen auch Einfluss und auch längerfristig auf die Psyche. Folglich scheint es nötig zu sein, diese betroffenen Patienten in Zukunft identifizieren zu können, um sie dann psychotherapeutisch zu unterstützen, langfristige psychische Beeinträchtigungen zu verhindern.

## P-44-DO

**Wer sitzt am Telefon? Interpersonelle Charakteristika von ehrenamtlichen Telefonseelsorgenden zu Beginn ihrer Ausbildung**Rekl I.<sup>1</sup>, Dinger U.<sup>1</sup><sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

In verschiedenen Gesundheitssystemen der Welt übernehmen kostenlose und anonyme Notdiensttelefone (Telephone Emergency Services) eine wichtige Rolle in der Suizidprävention. In Deutschland wird diese Funktion von den Telefonseelsorgern (TS) übernommen, die mit über 8000 ehrenamtlichen Mitarbeiter\_innen eine 24-stündige Erreichbarkeit garantieren. In der Psychotherapieforschung ist eine der Kernfragen, in welchem Ausmaß die Persönlichkeit der therapeutisch tätigen Person und ihre persönlich erworbenen Fertigkeiten für das Gelingen des therapeutischen Prozesses bestimmend sind. Das ist insbesondere auch im Beratungskontext der TS von großem Interesse, bisher allerdings kaum empirisch erforscht. Insbesondere ist wenig über die interpersonellen Motive von Personen bekannt, die sich zur ehrenamtlichen Beratungsarbeit am Telefon ausbilden lassen. In der vorliegenden Querschnittsstudie soll deshalb überprüft werden, welche interpersonellen Motive bei angehenden ehrenamtlichen Mitarbeitenden der TS vorliegen. Weiter wird geprüft, inwiefern diese Motivkonstellationen mit den Bindungsstilen und der selbst berichteten Fähigkeit zur Mentalisierung zusammenhängen. Dazu wurden 261 zukünftige Telefonberater\_innen (Alter 19-73) vor Beginn ihrer TS-internen Ausbildung zu ihren interpersonellen Motiven (IIM), ihren partnerschaftsbezogenen Bindungsstilen (ECR-RD) und ihrer Fähigkeit zur Mentalisierung (MZQ) befragt. Eine Clusterzentrenanalyse zeigte, dass die zukünftigen Berater\_innen vorwiegend freundlich-zugewandte interpersonelle Motive hatten, sich aber in der Ausprägung des Dominanzmotives unterschieden. Die gebildeten Subgruppen unterschieden sich theoriekonform in der Ausprägung bindungsbezogener Angst und Vermeidung. Die Ergebnisse tragen dazu bei, die interpersonellen Motive von ehrenamtlich Beratenden genauer zu beschreiben. Für die Zukunft sind längsschnittliche Untersuchungen mit dieser Population geplant.

## P-45-DO

**Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung Psychosomatischer Kompetenz: Psychosomatic Competence Inventory (PCI)**Fazekas C.<sup>1</sup>, Nöhner H.<sup>1</sup><sup>1</sup>Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

Das leibliche Erleben beziehungsweise die Wahrnehmung von Körpersignalen sowie deren Beeinflussbarkeit wird über medi-

zipsychologische Selbstbeurteilungsinstrumente bislang wenig erfasst. Dennoch erscheint eine Bedeutung dieser Signale für Gesundheitsverhalten naheliegend. Ausgehend von der Hypothese Psychosomatischer Intelligenz bzw. Psychosomatischer Kompetenz wurde daher ein Fragebogen entwickelt, der Aspekte des leiblichen Erlebens untersucht und diese Körpersignale als subjektiv verfügbare Information interpretiert. Diese Information kann auch als Gesundheitsressource verstanden werden, die als Möglichkeit zur Selbststeuerung unterschiedlich genutzt werden kann. Der Hintergrund und die Entwicklungsschritte, die zu diesem vier Faktoren und 34 Items umfassenden Erhebungsinstrument geführt haben, werden beschrieben.

### Psycho-Neuro-Immunologie

#### P-35-DO-T

##### Oxytocineffekte auf das kardiovaskuläre System durch frühkindlichen Stress

Tradowsky D. C.<sup>1</sup>, Krause S.<sup>1</sup>, Gröger N.<sup>2</sup>, Lesse A.<sup>2</sup>, Rether K.<sup>2</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Bock J.<sup>2</sup>, Braun K.<sup>2</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Institut für Biologie, Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Aktivierung des Oxytocin-Rezeptor (OT-R) Systems kann eine anxiolytische wie auch eine stresslindernde Wirkung haben. Zudem führt eine Aktivierung des OT-R Systems im Herzen zu einer Senkung des Blutdrucks sowie der Herzfrequenz und ist an der Regulation der Herzkontraktilität beteiligt. Aus diesem Grund untersuchten wir am Tiermodell Dosiseffekte von frühkindlichem Stress auf das OT-R System im Herzen.

**Methoden:** Männliche Mäuse wurden dem Stressparadigma der mütterlichen Separation (MS) für 3h über eine Dauer von 3 Tage (MS-kurz) oder 21 Tage (MS-lang) unterzogen. Am postnatalen Tag (P) 64 wurde den Kontroll- und Stresstieren das Herz entnommen, die OT-R Proteinexpression und die Aktivierung der dem OT-R folgenden Signalkaskade (Akt-Kinase) untersucht. Zudem wurde die Plasma-Oxytocinkonzentration der Tiere bestimmt und die Herzen immunhistologisch untersucht.

**Ergebnisse und Diskussion:** Am P64 fanden wir eine signifikante Erhöhung der OT-R Proteinexpression bei kurzer (MS-kurz) sowie eine signifikante Senkung der OT-R Proteinexpression bei langer (MS-lang) mütterlicher Separation. An P64 zeigte sich keine Veränderung der Akt-Kinasen-Phosphorylierung. Diese Ergebnisse zeigen, dass kurze und lange MS zu Unterschieden in der OT-R Expression führt. Auf der Suche nach einem daraus resultierenden Phänotyp werden gerade histologische Untersuchungen der Herzen durchgeführt. Zu erwarten sind u.a. eine vermehrte Fibrosierung, Myozyten-Hypertrophie sowie eine gesteigerte Apoptose-Rate unter Reduktion der OT-R-Expression. Diese Befunde könnten erstmals einen pathophysiologischen Mechanismus kardiovaskulärer Vulnerabilität nach frühkindlichem Stress aufklären.

#### P-36-DO

##### Perception of affective touch in mental health and disease

Croy I.<sup>1,2</sup>, Geide H.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Olausson H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Department of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University, Linköping, Schweden

Affective touch is highly important for social interaction within families and groups and strongly involved in bonding. Specialized, unmyelinated C tactile fibers within the hairy skin conduct such kind of touch. Alterations in the perception and processing of affective touch are observed in people with autism spectrum disorders, a disorder involving the lack of functional social interaction. We tested whether other mental disorders are also accompanied by alterations of the sense of affective touch.

The pleasantness perception of optimal and suboptimal C tactile stimuli was tested in 70 psychotherapeutic patients (85.7% women; aged 47.6+/- 12.7 years SD; 60% depressive, 30% somatoform, 34% adjustment and 16% anxiety disorders) and 83 controls (67.5% women; aged 45.9 +/- 12.0 years SD). In addition participants filled in questionnaires about autistic traits, depressive symptomatology, childhood maltreatment and about the daily amount of touch.

Patients stated to touch and be touched less frequent in daily life and rated all kind of touch less pleasant compared to controls. Reduced appreciation of touch was not explained by any particular disorder or depression severity, but childhood maltreatment contributed significantly. A specific impairment of the perception of C tactile stimuli was observed in relation with autistic traits.

Confirming previous work we find a relation between impaired affective touch processing and dysfunctional social interaction.

#### P-37-DO

##### Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Jugendlichen mit allergischer Rhinoconjunctivitis

Ohse E. S.<sup>1</sup>, Meyer T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland

**Einleitung:** In mehreren Studien wurde eine immunsuppressive Wirkung von 25-Hydroxyvitamin D [25(OH)D] beschrieben. Inwieweit Vitamin D auch Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (health-related quality of life, HRQoL) bei Patienten mit allergischer Diathese hat, ist nicht bekannt.

**Methoden:** In einer Post-hoc-Analyse des bundesweit repräsentativen Kinder-und-Jugendlichen-Gesundheits-Surveys (KiGGS), das in den Jahren 2003 bis 2006 vom Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde, sind n=7696 Adoleszente im Alter von 11 bis 17 Jahren eingeschlossen worden, von denen bei n=399 Teilnehmern

in den letzten vier Wochen vor Studieneinschluss klinische Symptome einer Rhinoconjunctivitis allergica angegeben wurden; davon standen n=369 Personen nicht unter einer systemischen Medikation mit Glukokortikoiden. Als Messinstrument für die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde der gut validierte KINDL-R-Fragebogen, jeweils in der Selbst- und Fremdeinschätzungsversion durch die Eltern eingesetzt. Der sozioökonomische Status (SES) wurde nach Winkler erfasst.

**Ergebnisse:** Die KINDL-Summscores in der Selbst- und Fremdeinschätzung lagen bei den Studienteilnehmern mit Symptomen eines Heuschnupfens signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe ( $71,0 \pm 11,6$  vs.  $72,7 \pm 10,3$ ,  $p=0,006$  und  $72,7 \pm 10,5$  vs.  $74,4 \pm 10,3$ ,  $p=0,004$ ). Adjustiert für Geschlecht, Alter, Body-Mass-Index (BMI) und SES fand sich in linearen Regressionsmodellen mit KINDL-Summscore als der abhängigen Variablen eine signifikant negative Assoziation zwischen Allergiesymptomen und HRQoL bei der Fremdeinschätzung ( $\beta=-0,031$ , 95%-Konfidenzintervall (95%-KI)=-2,870-0,144),  $p=0,030$ ) sowie eine grenzwertig signifikante Assoziation in der Selbstbeurteilung ( $\beta=0,028$ , 95%-KI=-2,658-0,010,  $p=0,052$ ). Interessanterweise erwies sich Serum-Vitamin D in beiden Modellen als ein signifikanter und von der Diagnose einer Allergie unabhängiger Prädiktor für bessere HRQoL ( $\beta=0,054$ , 95%-KI=0,940-3,001,  $p<0,001$  bzw.  $\beta=0,081$ , 95%-KI=1,911-3,981,  $p<0,001$ ).

**Schlussfolgerungen:** Daten aus der bevölkerungsbasierten KiGG-Studie zeigen eine vom Vorliegen der Diagnose einer allergischen Rhinoconjunctivitis unabhängige Assoziation zwischen besserer HRQoL und höheren Serum-Vitamin-D-Werten. Dieser Befund spricht für direkte Zusammenhänge von zirkulierendem Vitamin D mit der Beurteilung von Lebensqualität, die vermutlich unabhängig von den bekannten immunmodulatorischen Effekten dieses Vitamins vermittelt werden.

#### P-38-DO

##### Effect of group therapy on patients with chronic dizziness

Schmid D. A.<sup>1</sup>, Allum J. H. J.<sup>2</sup>, Sleptsova M.<sup>1</sup>, Langewitz W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unispital Basel, Psychosomatik, Basel, Schweiz, <sup>2</sup>Unispital Basel, Psychosomatik und ORL, Basel, Schweiz

**Background:** We examined whether cognitive-behavioural group therapy for those with dizziness is equally effective when dizziness is accompanied by either organic or non-organic components. That is, whether the patients have objective balance disorders (OBD) or dizziness only (DO), respectively. In addition we examined whether an additional balance test of balance disorders based on an own body transformation (BT) paradigm aids standard balance tests in patient classification.

**Methods:** 26 patients selected for group therapy were first tested for normal balance by measuring trunk sway with gyroscopes (SwayStar™) during 14 stance and gait tests. Then they were asked to replicate roll trunk and arm movements of a gym instructor fac-

ing them in a life size video using embodied spontaneous copying (SPO), which was always mirror-imaged, and disembodied (own BT) movements - roll left when the instructor rolls left and likewise right. Onset latency of trunk roll angle, its amplitude and velocity were measured with the SwayStar™ system. Mean values were compared between the groups and tasks (SPO vs own BT). Three questionnaires were used pre- and post-therapy to assess subjective balance and psychometric measures: the dizziness handicap inventory (DHI), the brief symptom inventory (BSI), and 2 screening questions for depression.

**Results:** 14 subjects were assigned to the OBD group (mean age 60.1 SD 8.4) based on pathological trunk sway during balance tasks, 12 (mean age 46.4 SD 13.1) to the DO group. This classification was reinforced by the own BT tests. Trunk movements were significantly ( $p<0,02$ ) slower in latency and velocity and smaller in amplitude in the OBD group, but normal in the DO group. Pre-therapy the questionnaire scores were pathological but not different between the groups. Post-therapy the balance of the OBD group improved ( $p=0,004$ ) but not to normal levels. Their questionnaire scores did not significantly change. There was no improvement in balance in the DO group but all questionnaire scores were reduced ( $0,001<p<0,045$ ) with BSI depression and insecurity sub-scores reaching normal levels.

**Conclusions:** Both DO and OBD groups respond to cognitive-behavioural group therapy, however, differently, suggesting different therapy concepts are necessary. OBD patients improve balance control but DO patients improve psychometric measures. Using own BT tests helps to distinguish OBD and DO patients from one another.

## Psychoonkologie I

#### P-46-DO

##### In guten wie in schlechten Zeiten: wie wirkt sich eine Prostatakreberkrankung auf die Partnerschaft aus? Erfassung der individuellen und dyadischen Belastungen und der Partnerschaftszufriedenheit - ein Vergleich zwischen Prostatakrebs und Brustkrebs

Grewe M.<sup>1</sup>, Rauch S. L.<sup>1</sup>, Muldbücker P.<sup>1</sup>, Horschke S.<sup>1</sup>, Möller S.<sup>1</sup>, Rana M.<sup>2</sup>, Zimmermann T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland

Prostatakrebs gilt in Deutschland als häufigste Krebserkrankung und dritthäufigste Krebstodesursache bei Männern. In den letzten Jahren hat sich die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Prostatakrebs erheblich verbessert, was unter anderem auf eine Vorverlagerung der Diagnose zurückgeführt werden kann.

In der psychosozialen Versorgung von Prostatakrebspatienten und deren Angehörigen stellt die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität einen Schwerpunkt dar. Die Mehrzahl der

medizinischen Therapieoptionen kann zu spezifischen Schwierigkeiten in Form von Einschränkungen der sexuellen Aktivität oder sexuellen Störungen, einer Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes, oder Harn- und Stuhlinkontinenz führen. Somit betreffen Diagnose und Therapie und die damit verbundenen Ängste nicht nur den Patienten selbst, sondern haben auch Konsequenzen für die Partnerin. Für die Krebspatienten selbst gibt es Interventionsprogramme, jedoch konnten erst wenig evaluierte psychosoziale Interventionen gefunden werden, die den Partner standardisiert miteinbeziehen, obwohl die Partner eine wichtige Quelle emotionaler Unterstützung für die betroffenen Patienten darstellen.

Um den Unterstützungs- und Interventionsbedarf erheben zu können, wird anhand einer Stichprobe von N=100 Paaren die psychosoziale Belastung der Patienten und Partnerinnen sowie die Auswirkungen der Prostatakreberkrankung auf die Partnerschaft genauer analysiert.

Neben soziodemografischen und medizinischen Daten werden unter anderem die Belastung der Erkrankung mithilfe des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23) und des Fragebogens zur Belastung von Partnern krebskranker Patienten (FBK-P) sowie die Partnerschaftszufriedenheit mithilfe der deutschen Version des Quality of Marriage Index (QMI-D) analysiert. Die Ergebnisse der Prostatakrebspatienten und Partnerinnen werden im Bezug auf die Belastung durch die Erkrankung und die Partnerschaftszufriedenheit mit schon bestehenden Ergebnissen von Brustkrebspatientinnen und Partnern verglichen.

### P-47-DO-T

#### Psychosoziale Auswirkungen der prognostischen Biomarkeruntersuchung für Patienten mit Aderhautmelanom

Breidenstein A.<sup>1</sup>, Erim Y.<sup>2</sup>, Lohmann D.<sup>3</sup>, Metz C.<sup>4</sup>, Zeschnigk M.<sup>3</sup>, Mäusert J.<sup>4</sup>, Friederich H. C.<sup>1</sup>, Tagay S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LVR Klinikum Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Essen, Institut für Humangenetik, Essen, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Augenheilkunde, Essen, Deutschland

**Hintergrund:** Das Aderhautmelanom stellt im Erwachsenenalter die häufigste bösartige Tumorerkrankung des Auges dar, mit jährlich etwa 500 Neuerkrankungen deutschlandweit. Anhand des Chromosom-3-Status im Primärtumor lassen sich zwei Risikogruppen mit deutlich unterschiedlicher Prognose unterscheiden: etwa 50% der Patienten, die den Verlust eines Chromosoms 3 (Monosomie 3) im Tumor zeigen, versterben innerhalb von 5 Jahren nach Erstdiagnose, wohingegen nur etwa 5% der Patienten mit einer Disomie 3 innerhalb von 5 Jahren versterben. Der Chromosom-3-Status gilt somit als ein prognostischer Biomarker, dessen Aussagekraft bisher von keinem anderen bekannten

prognostischen Marker erreicht wird. Die Bestimmung des Chromosom-3-Status ist auf Wunsch des Patienten möglich. In dieser durch die Deutsche Krebshilfe geförderten prospektiven Studie sollen die psychosozialen Auswirkungen prognostischer Testungen bei insgesamt 180 Patienten mit einem Aderhautmelanom untersucht werden.

**Methodik:** Ziel des Projektes ist die Ermittlung von psychischer Belastung (HADS), Progredienzangst (PA-F) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12; EORTC-QLQ C30/OPT30) in Abhängigkeit von der Nutzung der prognostischen Biomarkeruntersuchung. Innerhalb eines Jahres erhalten die Studienpatienten zu 5 Zeitpunkten ein umfangreiches Fragebogenpaket. Ein erster Fragebogen wird zum Zeitpunkt der Erstdiagnose ausgehändigt, die weiteren Bögen werden unmittelbar nach der stationären Behandlung, zum Zeitpunkt der Mitteilung des Biopsie Ergebnisses, sowie 6 und 12 Monate nach Diagnosestellung verschickt.

**Ergebnisse:** Seit Beginn der Datenerhebung im Oktober 2014 sind 103 Patienten (41 Frauen) mit einem durchschnittlichen Alter von 61 Jahren (Spanne: 29-84) rekrutiert worden, davon entschieden sich 38 Patienten für eine prognostische Untersuchung, wobei sich Personen, welche der prognostischen Untersuchung zustimmten, hinsichtlich Alter und Geschlecht nicht von der Kontrollgruppe unterschieden.

**Diskussion:** Die Erkenntnisse dieser Studie haben Modellcharakter für die psychosozialen Auswirkungen prognostischer Testungen und sind von großer gesellschaftlicher Relevanz, da davon auszugehen ist, dass zunehmend geeignete prognostische Marker mit ähnlicher Aussagekraft bei anderen Tumorerkrankungen gefunden werden. Kenntnisse über psychosoziale Auswirkungen prognostischer Testungen ermöglichen eine verbesserte Patientenberatung, sowie eine bedarfsgemäße psychoonkologische Patientenbetreuung.

### P-48-DO

#### Die Rolle der Väter krebskranker Kinder: psychische Gesundheit, systemische Veränderungen und Ressourcen

Ringwald J.<sup>1</sup>, Hinz A.<sup>1</sup>, Hautzinger M.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatik und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Tübingen, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Krebs ist für Familien eine einschneidende Diagnose, besonders wenn das eigene Kind erkrankt ist. Einhergehende medizinische Behandlungen des Kindes führen häufig in den Familien zu starken Belastungen. In dieser Extremsituation sind unter anderem die Väter in ihren Rollen stark gefordert, da sie den familiären als auch beruflichen Alltag weiterhin bewältigen müssen. Väter krebskranker Kinder standen bisher im Hintergrund der psychosozialen Forschung. Daher ist bisher unklar, welchen Einfluss die Belastungen auf die Rolle des Vaters und auf die Beziehungen innerhalb der Familie haben. Ziel ist es, Auswirkungen der Krebserkrankung

des Kindes auf das Rollenerleben, die psychische Gesundheit und Veränderungen im familiären System aus Vätericht zu erfassen. In einer bundesweiten Studie wurden online und in Kinderkliniken 148 Väter krebskranker Kinder zu ihrer Lebensqualität (WHO-QOL-BREF), Ängstlichkeit und Depressivität (GAD-2, PHQ-2) sowie zum Vorhandensein von Ressourcen (FERUS) befragt. Darüber hinaus wurden zentrale Auswirkungen der Erkrankung auf das familiäre System sowie Rollenveränderungen anhand selbstgenerierten Items analysiert.

Im Vergleich zu Männern aus der Allgemeinbevölkerung zeigte sich bei Vätern krebskranker Kinder eine niedrigere Lebensqualität ( $p < 0.001$ ), erhöhte Ängstlichkeit sowie Depressivität ( $p < 0.05$ ). Ressourcen wurden hinsichtlich Coping ( $p < 0.01$ ), Hoffnung ( $p < 0.001$ ) und sozialer Unterstützung ( $p < 0.001$ ) weniger aktiviert. Durch die Krebserkrankung veränderten sich die Rollen der Väter. Sie übernahmen mehr Aufgaben im Haushalt, beteiligten sich mehr an der Kinderbetreuung und erlebten die Zeit mit dem erkrankten Kind bewusster. Es wurden weniger Konflikte in der Partnerschaft berichtet, jedoch wurde die Partnerschaft weniger intensiv erlebt. Die Väter schätzten sich selbst als die Person in der Familie ein, die am meisten Sorgen und Ängste für sich behält, dennoch reden sie nach der Diagnose häufiger über ihre Belastungen.

Die Krebserkrankung des Kindes ist ein enormer Belastungsfaktor für die psychische Gesundheit der Väter. Beziehungen in der Familie sowie Aufgaben innerhalb des Systems verändern sich durch die Diagnose. Wichtig ist es in der psychosozialen Vor- und Nachsorge von betroffenen Familien, spezielle Angebote für Väter (und Familien) zu entwickeln, um ihnen zeitnah bei subjektivem Bedarf eine adäquate Unterstützung anbieten zu können.

#### P-50-DO

### Krebspatienten im jungen Erwachsenenalter - Wie gesundheitsbewusst leben sie nach der Erkrankung?

Schmidt R.<sup>1</sup>, Friedrich M.<sup>1</sup>, Leuteritz K.<sup>1</sup>, Nowe E.<sup>1</sup>, Stöbel-Richter Y.<sup>1</sup>, Geue K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Leipzig AöR, Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Die Prognose junger Krebspatienten (adolescent and young adults, AYA) ist überdurchschnittlich hoch, so dass nach Behandlungsabschluss das Bedürfnis, ohne Langzeitfolgen leben zu können, im Fokus steht. Die Forschung hat AYA in der letzten Dekade verstärkt untersucht, so dass es bereits Befunde zum psychischen Befinden und der Lebensqualität der AYA gibt. Das Gesundheitsverhalten, als wesentlicher präventiver Faktor, ist hingegen bislang kaum untersucht.

**Methodik:** Patienten, die im Alter zwischen 18 und 39 Jahren an Krebs erkrankt sind, werden nach Abschluss der Primärbehandlung anhand einer modifizierten Version des Fragebogens zum Multiplen Gesundheitsverhalten (MGV-39) befragt. Anhand von

Häufigkeitsratings werden gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Substanzvermeidung, Sicherheitsorientierung und Compliance erfasst. Primäres Ziel dieser Studie ist die Beschreibung des Gesundheitsverhaltens bei AYA, explorativ werden Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und soziodemografischen, medizinischen sowie psychosozialen Merkmalen analysiert.

**Ergebnisse:** Aktuell liegen Daten von 382 AYA (74% Frauen;  $29.6 \pm 6.1$  Jahre) mit einer mittleren Erkrankungsdauer von  $12 \pm 7.7$  Monaten vor. Die häufigsten Diagnosen betreffen Brustkrebs (25%), Morbus Hodgkin (16%) und Hodenkrebs (11%). Die erfassten Gesundheitsverhaltensweisen werden im Mittel „häufig“ von den befragten AYA ausgeführt. Die Mehrheit der AYA berichten ein hohes Sicherheitsverhalten im Straßenverkehr (73.3%), 35.6% verzichten häufig bis immer auf den Konsum von Kaffee, Nikotin und Alkohol, 35.6% zeigen sich hoch compliant bezogen auf Gesundheitsuntersuchungen, 23.6% geben ein hohes Maß an aktiver Lebensgestaltung an, während 20.2% angeben, sich häufig bis immer gesund zu ernähren. Bezogen auf alle Lebensbereiche ist die Häufigkeit gesundheitsbezogenen Verhaltens signifikant mit weiblichem Geschlecht, weniger depressiver Symptomatik und einer besseren emotionalen Funktionsfähigkeit assoziiert.

**Diskussion:** Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich AYA nach Behandlungsende im Allgemeinen gesundheitsbewusst verhalten, aber zugleich ungenutzte Ressourcen im Gesundheitsverhalten berichten. Gefundene Zusammenhänge zwischen defizitärem Gesundheitsverhalten und erhöhter Psychopathologie bei AYA sollten hinsichtlich ihrer Rolle auf den Krankheitsverlauf weiterverfolgt werden.

## Psychotherapieforschung I

#### P-51-DO

### Werte und Werthaltungen in der Psychotherapie

Rommel A.<sup>1</sup>, Sack M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim, Dept. Psychologie, LMU München, Bad Mergentheim, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, München, Deutschland

Psychotherapie ist keine bloße Technik instrumentellen Handelns, sondern bezieht ein implizites oder explizites Werte-System von Patienten und Therapeuten mit ein.

Welche Werte, Normen, Wertbindungen und Werthaltungen bringen TherapeutInnen in ihre Arbeit mit PatientInnen ein und woraus schöpfen sie diese?

Welche Werte wurden PatientInnen in ihrer Lebensgeschichte vermittelt, welche Wertbindungen konnten sie auf Basis von Bindungserfahrungen oder Bindungsstörungen selbst aufbauen und wie bringen sie diese in die Therapie mit ein?

Welche Verkörperungen und Sedimentierungen erfahren biogra-

phische, gesellschaftliche und transgenerationale Werte, Normen und Werthaltungen in der konkreten Lebens- und Krankheitsgeschichte und im Erleben und im Ausdruck von Menschen?

Wie können Werte, Normen, Wertbindungen und Werthaltungen in einer therapeutischen Beziehung erfahrbar gemacht werden und wirken?

Das Symposium möchte dazu anregen, sich stärker mit diesen Fragen in der Psychosomatik, Psychopathologie und Psychotherapie zu befassen. Deren Bedeutung wird systematisch und anhand konkreter Beispiele, etwa in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, suizidalen Patienten und Patienten mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen, veranschaulicht und diskutiert.

### P-53-DO

#### Negative Effekte von Psychotherapie

Abeling B.<sup>1</sup>, Müller A.<sup>1</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

Bislang finden die negativen Effekte, die während und nach einer Therapie auftreten, wenig Resonanz in der wissenschaftlichen Literatur. Im Hinblick auf das Empowerment von Patienten über die Therapie hinaus sind jedoch fundierte Informationen zur Aufklärung notwendig. Diese explorative Studie untersucht die Prävalenz ausgewählter Effekte mittels des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte in der Psychotherapie (INEP) an einer klinischen Stichprobe. Zudem soll sie ermitteln, inwieweit soziodemographische, vom Therapiesetting ausgehende und das Patientenerleben betreffende Faktoren Einfluss auf ihre Häufigkeit und Ausprägung nehmen.

Das Inventar zur Erfassung Negativer Effekte in der Psychotherapie (INEP;  $\alpha = 0,86$ ) umfasst 21 Items, die das Intrapersonale Erleben, das Verhältnis zu Freunden und Familie, die Stigmatisierung, Konflikte in der Partnerschaft, Veränderungen in den Emotionen und etwaiges therapeutisches Fehlverhalten teils uni-, teils bipolar skaliert erfassen. 15 Zusatzfragen explorieren die Güte der therapeutischen Beziehung und den Behandlungserfolg aus Patientensicht. Die Dauer, Art und weiteren Rahmenbedingungen der Therapie werden ebenso erfasst wie Umstände, die die Wahrnehmung des Patienten beeinflussen können (PHQ-9 f. Depressivität, GAD-7 f. Angstzustände, NEO-FFI f. d. Persönlichkeitsstruktur, Achse-I-Diagnosen nach DSM-IV).

Die Stichprobe umfasst alle Patienten, die während eines Jahres zur Behandlung in der Psychosomatischen Klinik der MHH aufgenommen werden ( $n = 200$ ). Erfasst wird jeweils die vorherige ambulante oder (teil)stationäre Therapie. So stellt der von den Autoren der INEP-Studie zur Debatte gestellte Selbstselektionsbias keinen limitierenden Faktor dar.

Erste Tendenzen ( $n = 94$ ) suggerieren eine Korrelation zwischen der Anzahl von negativen Effekten, die in der letzten Psychothe-

rapie erlebt wurden und den derzeitigen PHQ 9 - und GAD7-Werten (Pearson 0,353 und 0,233) sowie dem Neurotizismus-Wert des NEO-FFI (Pearson 0,233), während die Rahmenbedingungen der Therapie eher nachrangig scheinen. 63% der Befragten geben an, negative Effekte in Verbindung mit ihrer Psychotherapie erlebt zu haben, im Durchschnitt 1,6 Effekte. Relevant sind Phasen der subjektiven Verschlechterung (Prävalenz 32,6%), die Angst vor Stigmatisierung (20,7%) und Abhängigkeitsgefühle vom Therapeuten (16,3%). Zu diskutierende Limitationen sind die zeitliche Instabilität einiger Effekte und fehlende Angaben zur Symptomstärke während der früheren Therapie.

### P-54-DO

#### Family constellation seminars improve psychological functioning and individuals' experience in social systems: results of a randomized controlled trial (RCT)

Hunger C.<sup>1</sup>, Bornhäuser A.<sup>2</sup>, Weinhold J.<sup>2</sup>, Link L.<sup>3</sup>, Schweitzer J.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Selbstständigkeit, Heidelberg, Deutschland, <sup>3</sup>Selbstständigkeit, Bonn, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Aim:** Family constellation seminars (FCS) are a method for psychotherapeutic intervention and counseling that follow the principles of systemic therapy (Schweitzer & von Schlippe, 2003). The goal of this study was to examine the efficacy of FCSs on well-being, experience in social systems, symptomatology and incongruence.

**Methods:** Data derive from a prospective, balanced, monocentric randomized clinical trial (RCT) that compared the efficacy of FCS with a wait-list control group ( $n = 208$ , adult sample). Demographic data and outcome measures were assessed at baseline. The intervention was a three day FCS. Effects after two weeks, and four to twelve months were assessed by the Outcome Questionnaire (OQ-45), Questionnaire on the Evaluation of Psychotherapeutic Processes (FEP), Incongruence Questionnaire (INK) and Experience in Social Systems Questionnaire (EXIS).

**Results:** In contrast to the control group, clients that participated in FCSs showed an increase in wellbeing, better experience in personal social systems, less interpersonal problems, better social role performance, less psychopathology and better motivational congruence. These effects were demonstrated after two weeks with medium to small effect sizes and persisted over four to twelve months. Statistical analyses used were mixed design ANOVAs and simple effects analyses within and between groups.

**Discussion:** The results give first evidence that participating in FCSs may have positive effects on dimensions central to psychotherapy, especially systems therapy.



## P-55-DO

»Organische Vorgänge verlaufen nach Art der Leidenschaften« (v. Weizsäcker). Klinische und anthropologische Aspekte der Gefühle in der psychosomatischen Medizin

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 erhebliche Schwierigkeiten einer genauen Definition. Zudem stehen die aktuellen Befunde beider Disziplinen oftmals unverbunden nebeneinander.

**Methode:** Die Präsentation skizziert historische und aktuelle Positionen in der Entwicklung des klinisch-psychosomatischen Verständnisses der Emotionen (Galen, James, Freud, Engel, Weiner, Krause) und kontextualisiert diese mit systematischen Überlegungen der medizinischen (v. Weizsäcker) und philosophischen Anthropologie (Aristoteles, Ben-Ze'ev, Taylor).

**Diskussion:** 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 Vorstellungen einer unidirektionalen Beeinflussung zwischen körperlichen Veränderungen und Emotionen ab. Gleichzeitig verändert das biopsychosoziale Modell nicht nur das Verständnis der *Funktion* der Emotionen, sondern auch das ihrer *Bedeutung* und impliziert eine Öffnung der Perspektive auch auf ihre sozio-kulturelle Dimension. Neben der empirischen Forschung, die eine Vielzahl neurobiologischer, physiologischer, epigenetischer 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. Damit werden erst durch die Berücksichtigung der Ergebnisse komplementärer empirischer und hermeneutischer Forschungsmethoden anthropologische Hintergründe des klinischen Emotions-Verständnisses in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Praxis deutlicher.

## P-56-DO

Entwicklung einer systemtherapeutischen Adhärenzskala in einer RCT zum Vergleich Systemischer Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie bei Sozialen Angststörungen

Hilzinger R.<sup>1</sup>, Hunger C.<sup>1</sup>, Schweitzer J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UniversitätsKlinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Bisherige Wirksamkeitsstudien weisen auf eine signifikante Reduktion sozialängstlicher Symptomatik durch systemtherapeutische Verfahren hin. Valide Schlussfolgerungen setzen eine kontinuierliche, zuverlässige und valide Qualitätsprüfung der Therapien voraus. Parallel zu einem neuen Manual „Systemische Therapie bei sozialen Angststörungen im Erwachsenenalter“ wird eine Skala entwickelt, mit der die darin beschriebenen systemischen Interventionen und Methoden eingeschätzt werden sollen.

**Methode:** Die systemtherapeutische Adhärenzskala (STAS) wird eng am Manual entwickelt und im Zuge von Raterschulungen kontinuierlich überarbeitet. Adhärenz wird anhand von Videoausschnitten der Therapiesitzungen durch unabhängige Rater bewertet. Die Güte der Kognitiven Verhaltenstherapien wird mithilfe der Cognitive Therapy Adherence Scale for Social Phobia (CTAS-SP) erfasst. Die Bestimmung der Interrater-Reliabilitäten erfolgt erneut durch unabhängige Rater. Darüber hinaus findet eine kreuzweise Validierung der Adhärenz innerhalb beider Therapieschulen statt.

**Ergebnisse:** Die systemtherapeutische Skala inklusive ihrer Items sowie erste Ergebnisse zur Einschätzung der Adhärenz in beiden Therapieverfahren werden vorgestellt und anhand von Fallbeispielen konkretisiert.

**Diskussion:** Es werden die Potentiale, Herausforderungen und Grenzen der neu entwickelten systemtherapeutischen Adhärenzskala diskutiert und vor dem Hintergrund bereits etablierter psychotherapeutischer Adhärenzskalen reflektiert.

## P-57-DO

Was wissen und können Systemaufsteller? Videoanalyse und Rekonstruktion mittels Experteninterview als Methode zur Kompetenzermittlung

Hilzinger R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UniversitätsKlinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Systemaufstellungen werden als eine Variante von Skulpturverfahren, einem Konzept der systemischen Therapie und Beratung, verstanden. Da sie aufgrund der Praxis einzelner Personen (insbesondere Bert Hellinger) in der Kritik stehen und es zudem an theoretisch begründeten Curricula fehlt, liegt die empirische Untersuchung der ungeklärten Fragen nahe: Was tun Aufsteller während sie aufstellen? Was zeichnet einen Könnler auf diesem Gebiet aus? In den einzelnen Wissenschaftsdisziplinen

werden unter dem Begriff Kompetenz sehr unterschiedliche Aspekte diskutiert. Hier wird auf eine Modellstellung zurückgegriffen, die auf Michael Polanyi zurückgeht und von Georg Hans Neuweg weiterentwickelt wurde - die Theorie vom impliziten Wissen.

**Methode:** Per Videoaufnahme wird die Arbeit einer Systemaufstellerin (Diana Drexler) dokumentiert und dann von ihr selbst sowie von fünf weiteren Experten mittels Experteninterview rekonstruiert. Das Herzstück des Verfahrens bilden die in Anlehnung an die Theorie vom impliziten Wissen erstellten Leitfragen. Das Erkenntnisinteresse, offene Leitfragen sowie die sinnrekonstruierende Datenauswertung ergeben einen qualitativen Forschungsprozess.

**Ergebnisse:** Sechs Dimensionen beschreiben die kognitiven Prozesse, die während des Handelns bedeutsam sind:

- (1) Prozess steuern und Komplexität strukturieren
- (2) Für eine Variante möglicher Problemlösungen entscheiden
- (3) Ziel im Blick behalten und mit dem Klienten gehen
- (4) Potenzial- und ressourcenorientiertes Intervenieren
- (5) Muster des Klienten defokussieren
- (6) Bildhafte Handlungsebene nutzen.

Die Befragten sprachen - trotz bewusst sehr offen formulierter Leitfragen und des weiten Antworthorizontes - in großen Teilen ähnliche Aspekte an, und beziehen sich auf ein gemeinsam-geteiltes Wissen.

**Diskussion:** Es werden die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens sowie der Verwendung der Ergebnisse diskutiert.

### Schmerzstörungen

#### P-58-DO

#### Emotionale Musikwahrnehmung von Patienten mit chronischer Schmerzstörung vor und nach stationärer psychosomatischer Komplexbehandlung: eine kontrollierte Pilotstudie

Firle C.<sup>1</sup>, Teufel M.<sup>1</sup>, Blumenstock G.<sup>2</sup>, Smolka R.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Klinik VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Viele psychosomatische Erkrankungen gehen mit einem veränderten emotionalem Empfinden einher. Studien zur emotionalen Wahrnehmung von Musik zeigen, dass insbesondere Patienten mit Depression Musik anders erleben als gesunde Kontrollen. Studien zur emotionalen Musikwahrnehmungen bei Patienten mit chronischer Schmerzstörung konnten im Rahmen eines systematischen Review nicht identifiziert werden.

**Methoden:**  $N = 23$  Patienten mit Schmerzstörung (Somatisierungsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung) (PG) wurden vor ( $T_0$ ) und nach ( $T_1$ ) stationärer psychosomatischer Therapie ( $\geq 4$  Wo) auf die emotionale Musikwahrnehmung hin untersucht.  $N = 25$  gesunde Kontrollen aus der Normalbevölkerung wurde in gleichen Abständen untersucht.

Ein Fragebogen mit Visuellen Analog Skalen zu den Grundemotionen und weiteren musikpsychologischen Parametern diente zur Erfassung der emotionalen Musikwahrnehmung.

Während der Musikexposition wurden darüber hinaus psychovegetative Parameter erfasst (u.a. Puls, Fingertemperatur, EMG des M. trapezius).

**Ergebnisse:** Die PG zeigte signifikant niedrigere Bewertungen als die KG für die Emotion Freude sowohl in den freudigen Musikstimuli ( $F(1,48) = 11,24, p < 0,01$ ), als auch über alle Musikstimuli hinweg ( $F(1,48) = 8,70, p < 0,01$ ). Der Verlust im Freude-Empfinden ging mit einer signifikant niedrigeren Annehmlichkeitsbewertung einher ( $F(1,47) = 12,27, p < 0,01$ ). Eine signifikant höhere Bewertung für Angst zeigte sich besonders in den Trauer-Musikstimuli ( $F(1,48) = 4,86, F(1,48) = 4,14$ , beide  $p < 0,05$ ). EMG-Parameter-Anstiege waren in der PG im Ärger-Musikstimulus häufiger ( $p < 0,01$ , exakter Fisher-Test).

Im längsschnittlichen Verlauf zeigten sich in der PG höhere Bewertungen für Freude: bei den freudigen Musikstimuli signifikant  $t(22) = 2,35, p < 0,05$ , über alle Musikstimuli als Trend  $t(22) = 1,91, p = 0,07$ . Die erhöhte Angst-Bewertung zwischen PG und KG blieb in den Angst-Musikstimuli bestehen  $t(46) = -2,48, p < 0,05$ .

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen in der emotionalen Musikwahrnehmung ein vermindertes Freude- und ein erhöhtes Angst-Empfinden bei Patienten mit chronischer Schmerzstörung. Die innerhalb der PG häufig vorhandene Komorbidität Depression kann mit ursächlich für die gefundenen Unterschiede in der emotionalen Musikwahrnehmung sein. Der therapeutische Einsatz von Musik bei psychischen Störungsbildern bedarf weiterer Forschung vor dem Hintergrund einer bislang unzureichenden Datenlage.

#### P-61-DO

#### Behandlung von Schlaf- und Schmerzstörung

Geisler P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg, Schlafmedizinisches Zentrum, Regensburg, Deutschland

Zwischen Schmerzen und gestörtem Schlaf besteht ein enger Zusammenhang. Die Mehrheit der Patienten mit chronischen Schmerzen leidet an Schlafstörungen, gleichzeitig erhöht gestörter Schlaf die Schmerzempfindlichkeit. Für eine effektive Behandlung von Patienten mit Schmerzen und Schlafstörungen ist es deshalb essentiell, beide Symptomkomplexe gezielt anzugehen. Dazu werden pharmakologische und nicht-pharmakologische Therapieformen eingesetzt. Wichtig ist, dass neben den Schmerzen auch andere komorbide Ursachen von Schlafstörungen abgeklärt und gegebenenfalls korrigiert werden. Dazu gehören Nebenwirkungen von Medikamenten, psychische Faktoren wie Angst und Depression, inadäquates Schlafverhalten, schlafbezogene Atmungsstörungen und nächtliche Bewegungsstörungen

(RLS). Auf eine optimale Schmerzmedikation auch nachts muss geachtet werden.

Als nicht-pharmakologische Therapie kann die Insomnie-spezifische kognitive Verhaltenstherapie (CBT-I) auch bei Patienten mit chronischen Schmerzen erfolgreich eingesetzt werden. Dabei müssen die einzelnen Therapiebausteine unter Umständen wegen der schmerzbedingten Limitationen individuell angepasst werden.

Für die langfristige medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen bei chronischen Schmerzen liegen kaum empirische Daten vor. Häufig ist eine „off-label“-Behandlung erforderlich. Sedierende Antidepressiva können schon in niedriger Dosierung sehr positive Effekte zeigen, in speziellen Situationen sind auch nieder- bis mittelpotente Neuroleptika sinnvoll.

#### P-63-DO-T

### Psychische Komorbidität und Psychotherapieanspruchnahme von Patienten einer stationären multimodalen Schmerztherapie

Zimmermann K.<sup>1</sup>, Ettrich U.<sup>2</sup>, Blau N.<sup>1</sup>, Bittner A.<sup>1</sup>, Hanßke A.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Dresden, Universitätszentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Dresden, Deutschland

**Fragestellung:** Zahlreiche Studien belegen eine erhöhte psychische Komorbidität bei Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen. Bislang gibt es - bis auf wenige Studien im Bereich der Konsil- und Liaisonforschung - keine systematischen Untersuchungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach einer stationären multimodalen Schmerztherapie. Ziel dieser naturalistischen Längsschnittstudie soll es daher sein, die psychische Komorbidität, Psychotherapieempfehlung sowie die Inanspruchnahme bei Patienten 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.

3 Monate sowie 1 Jahr nach der 12-tägigen Schmerztherapie wurden die Patienten neben einer ausführlichen körperlichen und psychischen Untersuchung zu ihrem Psychotherapieanspruchnahmeverhalten befragt.

**Ergebnisse:** 87,2% des von uns untersuchten Patientenkollektivs wiesen eine klinisch manifeste psychische Störung auf. Eine psychotherapeutische Empfehlung wurde bei 58,2% der Patienten ausgesprochen. Etwa 1/3 dieser Patienten befanden sich 3 Monate poststationär in psychotherapeutischer Behandlung. Ein Jahr nach der stationären multimodalen Schmerztherapie erhöh-

te sich dieser Anteil auf knapp 2/3 in Psychotherapie befindlicher Patienten. Die Übereinstimmung zwischen objektiv empfohlener Psychotherapie und subjektiv wahrgenommener Psychotherapieempfehlung lag bei 66,7%. Patienten mit einem geringeren psychischen Wohlbefinden, einer verminderten psychischen Lebensqualität, maladaptiven Copingstrategien sowie tendenziell besserer körperlicher Lebensqualität und ängstlichere Patienten haben die Psychotherapieempfehlung auch als solche wahrgenommen.

**Diskussion:** Die Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer Implikationen für die klinische Praxis und vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung diskutiert.

#### P-64-DO-T

### Orthopedic pain therapy for chronic low back pain: evaluation of an extended psychosomatic module

Galle M.<sup>1</sup>

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

**Background:** The Dept. of Orthopedics and Trauma Surgery offers in cooperation with the Dept. of Psychotherapy and Psychosomatic Medicine a well-established two-week in-patient therapy program for patients suffering chronic low back pain. The standard psychosomatic module includes: psychosomatic diagnostic interview before treatment, behavior psycho-educative group therapy two times during first week and psychological consultation in case of need. The extended module includes furthermore a behavior psycho-educative group therapy during second week, psychological consultation per patient and movement therapy once a week.

**Objective:** Do patients benefit more from extended psychosomatic module compared to standard module?

**Methods:** Group 1 (N=45) got standard module, group 2 (N=31) got extended module with pre-test before diagnostic interview and post-test at end of therapy. The patients were asked to their current, average and highest pain intensity in last two weeks (numerical analog scales), self-efficacy, understanding of bio-psycho-social pain model and motivation for psychotherapy.

Group 1 (62% women, 38% men, age 59,5±15,8),

Group 2 (68% women, 32% men, age 59,5±14,4).

There are no statistically significant differences in gender, age and pain intensity before treatment.

**Results:** The standard and extended modules show positive significance on decreased current, average and highest pain intensity in last two weeks (each  $p < 0,05$ ). Also both modules show some positive significance on increased on self-efficacy and understanding of the bio-psycho-social pain model (each  $p < 0,05$ ). But there is no additional effect for the extended module for all outcome variables (each mean differences  $p > 0,05$ ). In extended module more patients (57%) evaluate psychological treatment as

helpful in comparison to standard module (36%), however the effect lacks significance.

**Discussion:** Results implicate that standard and extended module have good effects in decreasing pain intensity and increasing self-efficacy and understanding of bio-psycho-social pain model. But without additional benefit for the extended module, excepted it seems to enhance motivation for psychotherapy. Maybe a larger sample could be necessary to improve results. Methodological limitations are: small sample size, self-designed questionnaire where each item was analyzed separately, no randomization design. For further investigation it would be essential to measure depression and anxiety as addition variables.

### Arzt-Patienten-Kommunikation II

#### P-05-FR

#### Effekte der Interventionen für Training kommunikativer Kompetenzen für Hausärzte

Ninova V.<sup>1</sup>, Vitinius, F.

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Deutschland

**Fragestellung:** Der Hausarzt spielt heutzutage eine große Rolle für die Patientenversorgung. Deshalb ist eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Kommunikation nicht nur empfehlenswert, sondern zentral für den therapeutischen Prozess. Wenn sie gestört ist, kommt es oft zu Non-Adhärenz, nicht indizierten Maßnahmen und sogar fehlerhaften Diagnosestellungen. Aus diesem Grund werden Interventionen für Training von kommunikativen Kompetenzen immer häufiger durchgeführt, auch in Fort- und Weiterbildung. Die zunehmende Bedeutung dieser Interventionen wird durch den gemessenen Erfolg und Verbesserung erklärt, wobei die unterschiedlichen Trainingskomponenten (erfahrungsbezogen, Feedbackrunden etc.) heterogene Ergebnisse aufweisen.

**Methoden:** In dieser systematischen Review wird gründlich in unterschiedlichen Datenbanken wie The Cochrane Central, MEDLINE, LILACS nach relevanten Studien gesucht. Einigen Zeitschriften wurden auch berücksichtigt.

Die Teilnehmer sind niedergelassene Hausärzte, die eine oder mehrere Trainings für Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen bekommen haben. Es gibt keine Ausschlusskriterien bezüglich Studientyp oder Intervention. Die Schlüsselwörter für die Suchstrategie konzentrieren sich auf zwei Hauptbegriffe: general pract\* und communication skills training, wobei mehrere Schlüsselwörter für die Verfeinerung der Suche geholfen haben.

**Ergebnisse:** Die systematische Literaturrecherche zeigt, dass es sehr viele und nicht einheitliche Methoden und Instrumente für die Durchführung eines Kommunikationstrainings gibt. Die vermittelten Trainingsinhalte zeigen eine Verbesserung in der Gesprächsstruktur und den Umgang mit den Patienten. Im Rahmen der verbalen und non-verbalen Kommunikation ließen sich direkte Effekte nachweisen, wobei die Follow-up-Berichte den Eindruck

machen unzureichend zu sein. Eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit konnte nachgewiesen werden.

**Schlussfolgerungen:** Hausärzte mit langjähriger Berufserfahrung können auch von einem Kommunikationstraining profitieren. Nach dem Training ist eine Verbesserung der empirischen Gesprächsführung zu erkennen, eine Auswirkung des Trainings auf die Patientenzufriedenheit konnte auch festgestellt werden. Jedoch gibt es zu wenige Veröffentlichungen, die sich auf berufserfahrenen Hausärzten und deren Kommunikationsfähigkeiten konzentrieren. Es besteht Bedarf für weitere Forschung in diesem Gebiet, damit die Arzt-Patienten-Kommunikation in der hausärztlichen Versorgung verbessert wird.

#### P-06-FR

#### Einfluss einer blended-Learning Realpatientenkontakt-Intervention auf die Bedeutung und Vorstellung der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Medizinstudierenden

Junius L.<sup>1</sup>, Wenzel-Meyburg U.<sup>1</sup>, Scherg A.<sup>1</sup>, Schmitz A.<sup>1</sup>, Schulz C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin (IZP), Düsseldorf, Deutschland

**Einleitung:** Zahlreiche internationale Untersuchungen zeigen, dass sich Medizinstudierende unzureichend auf ihre Rolle in der Begleitung Sterbender vorbereitet fühlen (Mutto, 2012; Billings, 2010).

Vor diesem Hintergrund wurde im Sommersemester 2014 erstmalig das Wahlpflichtfach „Kommunikation mit Sterbenden“ an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für Medizinstudenten im klinischen Studienabschnitt angeboten. Das Ziel des Lehrkonzeptes ist es, Studierenden mehr Wissen, Selbstsicherheit und ein gestärktes Empfinden von Vorbereitetsein auf den Umgang und die Kommunikation mit sterbenden Patienten zu vermitteln. Das Curriculum setzt sich aus drei Phasen zusammen, die eLearning, Realpatientenkontakte und Reflektionsseinheiten umfassen.

Ziel dieser Erhebung ist es, zu untersuchen, welchen Einfluss die Teilnahme an unserem Wahlpflichtfach auf angehende Ärzte in Bezug auf ihre Vorstellung der Arzt-Patienten-Kommunikation am Lebensende hat.

**Methodik:** Qualitative Inhaltsanalyse mittels f4-Transkription und -Analyse von insgesamt elf Stunden Audiomaterial aus sieben Reflexionsseminaren (3. Einheit). Die inhaltliche Auswertung der Seminare geschieht nach dem Prinzip der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2000).

**Ergebnisse:** Die Transkription von sieben Reflexionsseminaren [N=28 Studenten (w=22, m=6)] im Sommersemester 2014 und Wintersemester 2014/2015 ist abgeschlossen. Zwischenergebnisse aus der qualitativen Kategorienbildung werden präsentiert. Erste qualitative Ergebnisse zeigen, dass die Studierenden durch die Begegnungsgespräche mit Sterbenden tief beeindruckt sind.

**Diskussion:** Für Palliativpatienten gehört die Kommunikation mit

dem Arzt zu einem wichtigen Bestandteil der Betreuung am Lebensende (Schulz, 2010; Steinhauser, 2000).

Mit unserem Wahlpflichtfach kommen wir diesem Bedürfnis und auch der Forderung von Medizinstudierenden nach mehr Patientenkontakt (Hildebrandt, 2013) nach. Die Rückmeldungen der Studierenden deuten darauf hin, dass es möglich ist, sie mit einer solchen Intervention auf einer Ebene der Haltung zu erreichen, was einen wichtigen Schritt in der Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung darstellt: „Was haben mir diese zwei Begegnungen gezeigt. [...] zunächst einmal, dass Sterbende immer noch Menschen sind. Entsprechend fühlt man sich bei einem Gespräch auch nicht so, als würde man konstant auf Eierschalen laufen, zumindest nicht mehr, als bei jedem anderen Patientengespräch.“ [Zitat Studierende]

**P-07-FR**

**Balint group work with nurses, physical therapists, medical assistants and other medical-social workers**

Loesch W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

This will be a report about the experience of over 25 years in special Balint Group-Work with Nurses, Physical Therapists, Medical Assistants and other medical-social Workers.

Balint Group-Work has proven itself in the work with personnel from the nursing and social services professions and continues to become an important opportunity for occupational reflection.

Balint Group-Work is of especially great importance to nursing and social serving personnel, because these professionals are exposed a number of special occupational burdens.

In the Balint Group Work with members of these professions has proven itself successful to work in Co-Leading with a member of one of these professional Groups, who has experience with Balint Group Work.

**Keywords:** Integrated Balint group work, multi-disciplinary Balint groups, characteristics of Balint group work with non-academic care professions, goals of Balint group work with non-academic care professions, co-leadership in Balint groups.

**P-08-FR-T**

**Entwicklung einer Einsteiger- und Aufbau-Schulung für Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin**

Mutschler A.<sup>1</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Fellmer-Drüg E.<sup>1</sup>, Kroell K.<sup>1</sup>, Bruenahl C.<sup>2</sup>, Dinkel A.<sup>3</sup>, Fehr F.<sup>4</sup>, Harnacke D.<sup>5</sup>, Hladschik-Kermer B.<sup>6</sup>, Huebner J.<sup>7</sup>, Lausberg H.<sup>8</sup>, Merse S.<sup>9</sup>, Petermann-Meyer A.<sup>10</sup>, Reschke K.<sup>11</sup>, Schnegelsberg A.<sup>12</sup>, Schoenbauer A.<sup>13</sup>, Silbernagel W.<sup>14</sup>, Sonntag B.<sup>15</sup>, Stoecker G.<sup>16</sup>, Thomas M.<sup>17</sup>, van der Mei S. H.<sup>18</sup>, Villalobos M.<sup>17</sup>, Vitinius F.<sup>15</sup>, Wecht D.<sup>19</sup>, Weinert M.<sup>20</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klini-

kum rechts der Isar, München, Deutschland, <sup>4</sup>Kinder- und Jugendpraxis Sinsheim, Sinsheim, Deutschland, <sup>5</sup>Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland, <sup>6</sup>Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich, <sup>7</sup>Deutsche Krebsgesellschaft DKG, Berlin, Deutschland, <sup>8</sup>Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland, <sup>9</sup>Medizinische Fakultät Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland, <sup>10</sup>Universitätsklinikum Aachen, Aachen, Deutschland, <sup>11</sup>Otto von Guericke Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland, <sup>12</sup>Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V. (ADP), Hamburg, Deutschland, <sup>13</sup>Universität Marburg, Marburg, Deutschland, <sup>14</sup>Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>15</sup>Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland, <sup>16</sup>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Berlin, Deutschland, <sup>17</sup>Thoraxklinik im Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>18</sup>Universitätsklinikum Gießen, Gießen, Deutschland, <sup>19</sup>Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg, Deutschland, <sup>20</sup>Dr Weinert Communications, München, Deutschland

Durch die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte im Mai 2012 ist die ärztliche Gesprächsführung fester Bestandteil des Medizinstudiums. Die medizinischen Fakultäten sind daher dazu aufgerufen, kommunikative Lernziele und Kompetenzen in ihre Curricula zu integrieren. Um dies erfolgreich in der Praxis umzusetzen, müssen parallel die Dozierenden in der Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen qualifiziert werden.

Konsentiertere Konzepte für entsprechende Einsteiger- und Aufbau-Schulungen wurden im Rahmen eines Projekts zur Entwicklung eines „Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin“ erarbeitet. Die Einsteiger-Schulung soll sich an Ärztinnen und Ärzte richten, die wenig oder keine Erfahrung in der Lehre kommunikativer Kompetenzen haben. Die erworbene Qualifikation kann dann in der Aufbau-Schulung vertieft werden.

Zunächst wurden der zeitliche Rahmen sowie die Module der beiden Schulungen entwickelt. Darauf aufbauend wurden die Module inhaltlich ausgearbeitet (Zuordnung von Lernzielen, Ausdifferenzierung von Unterthemen) und die methodisch-didaktische Ausgestaltung besprochen. Hierbei wurden jeweils zuerst in Kleingruppenarbeit Empfehlungen entwickelt, die dann im Plenum diskutiert und konsentiert wurden. An der Konzeption der Schulungen waren insgesamt 46 Expertinnen und Experten verschiedener Disziplinen und Fachrichtungen beteiligt.

Für beide Schulungen wurde je ein Umfang von 16 Unterrichtseinheiten (UE) beschlossen. In den ersten 8 UE der Einsteiger-Schulung sollen die Themen „theoretische Grundlagen der Kommunikation“, „Gesprächsstrukturierung“, „Beziehungsaufbau, Emotion und Empathie“ sowie „Feedback“ behandelt werden. Im Anschluss sollen eine Hospitation (4 UE) und eine Praxiseinheit mit begleitender Reflexion

(4 UE) stattfinden. In der Aufbau-Schulung stehen die Themen „Überbringen schlechter Nachrichten“, „Fehlerkommunikation“, „Interprofessionalität“ und „sensible Themen“ (jeweils 4 UE) im Vordergrund.

Die erarbeiteten Konzepte der Einsteiger- und Aufbau-Schulung für Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin können als konsentierter Musterrahmen dienen. Dieser kann dann je nach Bedarf und Fachrichtung inhaltlich konkretisiert werden. Zukünftig soll die Ausarbeitung der Implementierung der Schulungen (z.B. Zertifizierungsmöglichkeit, Anrechenbarkeiten mit anderen Weiterbildungsmaßnahmen) verstärkt angegangen werden.

### P-09-FR-T

#### Hinderliche und förderliche Faktoren in der Beziehung von ärztlichen Betreuern und studentischen Tutoren: eine qualitative Analyse im Rahmen des ESIT Projekts

Erschens R.<sup>1</sup>, Hermann-Werner A.<sup>1</sup>, Fiedler J.<sup>1</sup>, Loda T.<sup>1</sup>, Griewatz J.<sup>2</sup>, Lammerding-Köppel M.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Tübingen, Kompetenzzentrum Medizindidaktik Baden-Württemberg, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Im Studium der Humanmedizin an der Universität Tübingen wird der hohe Anteil zu vermittelnder praktischer Fertigkeiten, der eine individuelle Betreuung erfordert, mit Unterstützung durch studentische Tutoren gesichert. Der Erfolg von studentischer Tutorenarbeit und die damit verbundene Praxis des Peer-assisted-Learning in Kleingruppen hängen von Faktoren wie Schulung, Führung und Begleitung ab. Im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes „Erfolgreich Studieren In Tübingen“ (ESIT) wurden in einem Teilprojekt Studien zur Qualitätsentwicklung der dualen Tutorenausbildung in der Medizin durchgeführt. Die auf dem Kongress vorgestellte Studie untersucht hinderliche und förderliche Faktoren in der Zusammenarbeit von studentischen Tutoren mit ihren ärztlichen Betreuern.

**Methode:** Mittels leitfadengestützten Einzelinterviews wurden hierbei 14 ärztliche Betreuer aus unterschiedlichen Fachbereichen bezüglich ihrer Erfahrungen in der Arbeit als Betreuer von studentischen Tutoren befragt. Im Fokus standen hinderliche und förderliche Faktoren in der Beziehung der Betreuer zu den studentischen Tutoren. Der Interviewleitfaden wurde nach dem SPSS-Verfahren (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) erstellt. Die daraus gewonnenen Transkripte wurden auf Basis der qualitativen Datenanalyse nach Mayring mit Hilfe der MAXQDA-Software unter Verwendung deduktiver und induktiver Kategorien ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die ärztlichen Betreuer beschreiben das Tutorensystem als äußerst positiv und empfinden die Unterstützung durch die studentischen Tutoren als hilfreich und bereichernd für die Lehre. Die Qualität der Wissensvermittlung durch die Tutoren wird als gut eingeschätzt, ebenso die Schulung und Betreuung der Tutoren selbst. Durch Einsatz der Tutoren ist ein wesentlich besserer Betreuungsschlüssel und individuelle Betreuung in den Kursen möglich. Als Hürde beschreiben die ärztlichen Betreuer insbeson-

dere organisatorische Faktoren wie den hohen administrativen Aufwand und die zeitliche Integration der Tutorenbetreuung in die klinischen Tätigkeiten.

**Ausblick:** Der Einsatz studentischer Tutoren ist aus Sicht der ärztlichen Betreuer äußerst zufriedenstellend. Auf Basis der bisherigen Ergebnisse sollen Qualitätsindikatoren für die Betreuung von Peer-to-Peer Tutoren entwickelt werden. Ergebnisse dazu liegen beim Kongress vor. Darüber hinaus sollen gemeinsam mit allen beteiligten Gruppen Vorschläge für die Weiterentwicklung des Peer-to-Peer Ansatzes erarbeitet werden.

### P-10-FR

#### Das Handbewegungsverhalten von Arzt und Schauspielpatient während einer simulierten Konsultation

Gabor N.<sup>1</sup>, Vitinius F.<sup>2</sup>, Obliers R.<sup>2</sup>, Schreer O.<sup>3</sup>, Masneri S.<sup>4</sup>, Lausberg H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Deutsche Sporthochschule Köln, Abt. Neurologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland, <sup>3</sup>Fraunhofer Heinrich Hertz Institut, Berlin, Deutschland, <sup>4</sup>Max Planck Institut for Brain Research, Frankfurt am Main, Deutschland

**Einleitung:** Handbewegungen, die spontan und größtenteils unbewusst während Gesprächen ausgeführt werden, reflektieren mentale Prozesse der Interagierenden. Bei Handbewegungen mit phasischer oder repetitiver Trajektorie handelt es sich im Gesprächskontext primär um Gesten, die auf mentalen Bildern beruhen. Handbewegungen mit irregulärer Trajektorie hingegen, wie z.B. Knibbelbewegungen, sind mit selbstregulativen Prozessen assoziiert. In dieser Studie wird die Qualität der Gesprächsführung im Rahmen einer Schulung für kommunikative Kompetenz zur Verbesserung der Arzt-Patient Interaktion (KoMPASS) anhand des Handbewegungsverhaltens untersucht.

**Methode:** Videoaufzeichnungen aus Kölner KoMPASS-Trainings von 15 Ärztinnen mit jeweils demselben Schauspielpatienten (SP), in denen die Mitteilung einer erfolglosen Chemotherapie geübt wurde, wurden im Hinblick auf das Handbewegungsverhalten analysiert. Zwei Rater kodierten in den 10-minütigen Videos die Handbewegungen von Ärztinnen und SP mit dem NEUROGES-ELAN System. Mittels Clusteranalysen wurden die Gesprächsdyaden im Bezug auf die Struktur der Handbewegungen geordnet. Die Befunde zum Handbewegungsverhalten wurden mit den Befunden des Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) verglichen.

**Ergebnisse:** In der Strukturkategorie zeigte Cluster 1 (12 Dyaden; KEK 24/30 ± 5) einen hohen Zeitanteil (19,72 Sekunden (s) / Minute (m)) an *irregulären* Handbewegungen sowohl bei SP als auch bei den Ärztinnen und einen niedrigen Zeitanteil (2,23 s/m) an *phasischen* und *repetitiven* Bewegungen. In Cluster 2 (3 Dyaden; KEK 27/30 ± 4) zeigte der SP einen deutlich höheren Zeitanteil (32,99 s/m) an *irregulären* Bewegungen als die Ärztinnen (21,56 s/m), die relativ mehr Zeit mit *phasischen* und *repetitiven* Bewe-

gungen verbrachten (8,38 s/m) als der SP (1,35 s/m).

**Diskussion:** Ärztinnen, die im KEK eine positive Bewertung erzielten, zeigten in ihrem Handbewegungsverhalten einen hohen Grad an bildhafter Konzeptualisierung. Die Befunde sind gut vereinbar mit früheren Studien, in denen eine höhere Patientenzufriedenheit bei gestischem Ausdruck des Arztes dokumentiert wurde. Andererseits zeigte jedoch der SP bei Ärztinnen mit hoher gestischer Aktivität vermehrt irreguläre Bewegungen und weniger gestischen Ausdruck, sodass die verbal und gestisch aktive Haltung der Ärztinnen bei dem SP eher selbstregulatorische als expressive Prozesse evozierte. Die Evaluation kommunikativer Kompetenz sollte daher auch den Effekt auf den Patienten berücksichtigen.

## Bindungsforschung II

### P-66-FR

#### SKEI - Strukturiertes Interview zur Erfassung der Kind-Eltern-Interaktion

Preis F.<sup>1</sup>, Buchegger M.<sup>2</sup>, Schuster G.<sup>3</sup>, Papousek I.<sup>4</sup>, Skatsche R.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Deutschland, <sup>2</sup>Magistrat Graz, Graz, Österreich, <sup>3</sup>Stadt Graz, Graz, Österreich, <sup>4</sup>Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, Österreich

Im Rahmen familienrechtlicher Entscheidungen stellt es eine besondere Herausforderung dar, das Beziehungsgefüge zwischen dem Kind und den primären Bezugspersonen einzuschätzen. Als Weiterentwicklung des Parent Attachment Structured Interview (PASI) von Roll, Lockwood und Roll (1981) erfasst das SKEI mithilfe eines standardisierten Interviewformats im Sinne eines Fragespiels die Kind-Eltern-Interaktion von 4-7-Jährigen. Das SKEI ermöglicht dabei Aussagen über die Qualität und Intensität der Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern, z.B. im Rahmen von Begutachtungen strittiger Sorgerechtsverfahren. In erster Linie als Entscheidungshilfe in der Familienrechtspsychologie gedacht, kann es auch zur Auslotung der Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern in familien- und erziehungsberatenden Einrichtungen verwendet werden. Die interne Konsistenz liegt für die Skala *Positiv getönte emotionale Tiefe der Beziehung* (PET) bei  $\alpha = .73$  und für die Skala *Negativer Beziehungsaspekt* (NBA) bei  $\alpha = .64$ , die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen  $r_{tt} = .72$  (PET) und  $r_{tt} = .68$  (NBA). Zur Überprüfung der Validität wurden Korrelationen zwischen Beziehungseinschätzungen von Eltern und Kindergartenpädagoginnen und dem SKEI berechnet. Die minderungskorrigierten Koeffizienten variieren je nach Elternteil und Dimension zwischen  $r = .37$  und  $r = .50$ , für die Gesamtwerte zwischen  $r = .75$  und  $r = .78$ . Die Normwerte wurden an  $N = 308$  Kindern erhoben und liegen in Form von Prozenträngen vor (Gruppen: Gesamtstichprobe, Geschlecht und Alter). Das SKEI stellt somit ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion im deutschsprachigen Raum dar.

### Literatur:

Roll, S., Lockwood, J. & Roll, E. J. (1981). *Parent Attachment Structured Interview (PASI). Preliminary manual*. Albuquerque: Autor.  
 Skatsche, R., Buchegger, M., Schuster, G. & Papousek, I. (2013). *Strukturiertes Interview zur Erfassung der Kind-Eltern-Interaktion (SKEI). Ein Verfahren zur Diagnostik der emotionalen Beziehung im familienrechtlichen Kontext. Weiterentwicklung des Parent Attachment Structured Interview (PASI) von Samuel Roll, Julianne Lockwood und Elizabeth J. Roll*. Bern: Verlag Hans Huber.

### P-67-FR-T

#### Berührungswahrnehmung bei Eltern mit Kindern unter einem Jahr

Hofmann E.<sup>1</sup>, Croy I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

Für die angenehme Berührungswahrnehmung spielen die marklosen c taktilen Fasern eine wichtige Rolle. Diese befinden sich auf der menschlichen behaarten Haut und werden durch schmerzlose, mechanische Reize aktiviert. Diese Berührungsempfindung ist für die menschliche Interaktion, wie zum Beispiel zwischen Eltern und ihrem Kind, sehr wichtig. Dabei stellt sich die Frage, ob Eltern ihre Kinder streicheln um diesen etwas Gutes zu tun oder ob sie es gerade im ersten Jahr selbst als sehr angenehm empfinden, ihrem Kind körperlich nah zu sein. Außerdem wollten wir herausfinden, ob es Unterschiede in der Berührungswahrnehmung von Eltern mit Kindern unter einem Jahr und Frauen und Männern im gleichen Alter ohne Kindern gibt.

Als Testgruppe wählten wir zum einen Mütter und Väter mit Kindern unter einem Jahr und als Kontrollgruppe Frauen und Männer im gleichen Alter ohne Kindern. Es wurden in einem standardisierten Testverfahren Streichelreize in verschiedenen Geschwindigkeiten über den Oberarm gegeben. Dabei mussten die Probanden einschätzen wie angenehm und intensiv sich der jeweilige Reiz angefühlt hat. Außerdem wurden die Probanden aufgefordert Fragen über das derzeitige Befinden (EPDS) zu beantworten. Speziell die Mütter beantworteten auch Fragen über den Schwangerschaftsverlauf und das Geburtserleben und beide Elternteile beschrieben die schwierigste Zeit mit ihrem Kind (PBQ Fragebogen). Erste Ergebnisse zeigten, dass bei Eltern, sowie Frauen und Männern ohne Kinder ein erwartbar umgekehrt u-förmiger Verlauf in der angenehmen Berührungswahrnehmung erkennbar ist. Bemerkenswert ist, dass es eine hohe Korrelation zwischen der c taktilen Differenzierungsfähigkeit (Angenehmheit 3cm- Angenehmheit 30 cm) und der Bindung zum Kind gibt. Das heißt je mehr die Probanden langsame vor schnellen Streichelgeschwindigkeiten bevorzugten, desto besser schätzten sie die Bindung zu ihrem Kind ein.

P-68-FR-T

## Die Rolle von Oxytocin und Emotion in Mutter-Kind-Interaktionen

Lippert M. K.<sup>1</sup>, Beutel M.<sup>1</sup>, Reiner I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

Eine sichere Mutter-Kind-Bindung gilt als wichtiger Faktor für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Zum Aufbau der emotionalen Bindung der Mutter zu ihrem Neugeborenen trägt das Hormon Oxytocin entscheidend bei (Feldman, 2012). Die vorliegende Studie untersucht, inwiefern der mütterliche Oxytocinspiegel

- a) mit Zustandsangst zusammenhängt und
- b) sich durch Interaktion mit dem Kind verändert.

Daten für die vorliegende Studie wurden im Rahmen der Längsschnittstudie „Emotionen im Übergang zur Mutterschaft“ (Leitung Dr. Iris Reiner) erhoben. 48 Mütter wurden mit ihren 3-Monate alten Babys zur Untersuchung in die Universitätsmedizin Mainz eingeladen. Der Plasma-Oxytocinspiegel wurde vor und nach einer 20-minütigen Spiel-/Wickelsituation der Mütter mit ihrem Baby erhoben. State-Angst wurde mit dem State-Trait-Angstinventar vor und nach der Mutter-Kind-Interaktion erfasst.

Derzeit laufen Datenauswertungen und Analysen. Wir erwarten

- a) einen negativen Zusammenhang zwischen Oxytocinspiegel und Zustandsangst

- b) einen Anstieg des Oxytocinspiegels nach der Mutter-Kind-Interaktion (im Vergleich zu vorher).

Die Ergebnisse leisten einen Beitrag zum psychobiologischen Verständnis von mütterlichem Verhalten und Emotionen. In einem weiteren Schritt soll untersucht werden, inwiefern potentielle Schwankungen des Plasma-Oxytocinspiegels durch mütterliche Feinfühligkeit in den Mutter-Kind-Interaktionen moderiert wird.

P-69-FR

## Adipositas und Bindungsverhalten

Rapps N.<sup>1</sup>, Neb S.<sup>1</sup>, Ehrenthal J.<sup>2</sup>, Göldner F.<sup>1</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>Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Adipositas ist mit negativen psychosozialen Konsequenzen vergesellschaftet. Betroffene erleben häufig fehlende Unterstützung aufgrund des Gewichts und sehen ihre Bedürfnisse im sozialen Umfeld und im Berufsleben nur eingeschränkt abgebildet. Andererseits wurde gezeigt, dass der Bindungsstil Einfluss auf den Umgang mit gesellschaftsbedingten Bewertungen und Limitationen hat. Die vorgestellte bundesweite Versorgungsstudie hatte das Ziel erstmals den Einfluss des Bindungsverhaltens auf gesellschaftsbezogene Bedürfnisse von Menschen mit Adipositas zu untersuchen.

**Methoden:** Die Rekrutierung erfolgte online bundesweit über Selbsthilfegruppen. Erfasst wurden die Einschätzung zur erlebten aktuellen Versorgungssituation und der eigentlich notwendige Bedarf in relevanten Gesellschafts- und Lebensbereichen. Das Bindungsverhalten wurde mit der deutschen Version des Experiences in Close Relationships-Revised erfasst (ECR-RD).

**Ergebnisse:** Insgesamt nahmen 787 Patienten mit Adipositas an der Studie teil. 241 Datensätze zum Bindungsverhalten lagen vor. Bei hoher bindungsbezogener Angst, zeigte sich, dass vor allem die Situation am Arbeitsplatz (Unterstützung bei der Gewichtsreduktion, Vertrauen gegenüber Vorgesetzten) sowie die Unterstützung durch das soziale Umfeld zwar als wichtig, aber schlecht bzw. wenig vorhanden erlebt wurden im Vergleich zu Personen mit wenig bindungsbezogener Angst. Bei ausgeprägtem bindungsbezogenem Vermeidungsverhalten wurde die Unterstützung durch das soziale Umfeld ebenfalls als mangelhaft erlebt. In anderen Bereichen wie der ärztlichen Betreuung, Angebote durch die Krankenkasse und öffentlich zugängliche Informationen zum Thema Adipositas und Lebensstiländerung, Ernährungsangeboten in der Öffentlichkeit und psychotherapeutischen Angeboten zeigten sich keine Unterschiede zwischen Personen mit hoher und niedriger bindungsbezogener Angst bzw. Vermeidung.

**Diskussion:** Bei Adipositas erschwert ängstliches bzw. vermeidendes Bindungsverhalten das Zurechtkommen in gesellschaftlichen Systemen. Möglicherweise können so subjektive Bedürfnisse weniger eingefordert werden. Inwieweit das Bindungsverhalten mitursächlich für die Adipositas ist, ist derzeit unzureichend beforscht. Die Ergebnisse legen nahe, dass in individualisierten Gewichtsmanagement-Programmen, das Verhalten in Beziehungen adressiert werden sollte, um so das Coping mit gewichtsbedingten Limitationen, Diskriminierung und Stigmatisierung zu verbessern.

## Essstörungen

P-11-FR

### Bindungsverhalten bei Anorexia Nervosa Patientinnen, unter Berücksichtigung von traumatischen Kindheitserlebnissen

Ladwig B.<sup>1</sup>, Endorf K.<sup>1</sup>, Hartmann A.<sup>1</sup>, Meier S.<sup>2</sup>, Matthis J.<sup>1</sup>, Schneider K.<sup>1</sup>, Spiegelberg J.<sup>1</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>, Tüscher O.<sup>3</sup>, Tebartz van Elst L.<sup>2</sup>, Joos A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Störungen im Bindungsverhalten sind wahrscheinlich relevant für die Genese und als aufrechterhaltende Faktoren der Anorexia nervosa (AN), wobei die empirische Evidenz begrenzt ist (Tasca et al., 2014). Außerdem gibt es zunehmend Hinweise auf traumatische



Kindheitserlebnisse bei diesen Patienten (Jaite et al., 2013). Im Rahmen einer aktuellen Studie untersuchen wir diese Zusammenhänge bei erkrankten und remittierten AN Patientinnen. Dabei werden der Relationship-Questionnaire-2 (RQ2) (Bartholomew u. Horowitz, 1991), der „Experiences in Close Relationships-Revised“ (ECR-R) (Ehrental et al. 2009) und der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Wingenfeld et al. 2010) verwendet. Es wird beurteilt, inwieweit Patientinnen mit AN höhere Werte für bindungsbezogene Angst (ECRR\_bang) und Vermeidung (ECRR\_bver) im ECR-R im Vergleich zu gesunden Probandinnen aufweisen. Erste Zwischenergebnisse mit aktuell erkrankten Patientinnen (n=9, mittlerer BMI von 16; gesunde Probandinnen: n=11, mittlerer BMI von 20,72) bestätigen diese Hypothese.

Des Weiteren wird in unseren bisherigen Auswertungen deutlich, dass der ECRR\_bang Wert (Variable für bindungsbezogene Angst z.B. vor Verlassenwerden) signifikant positiv mit den Bindungsstilen C (anklammernd) und D (ängstlich-vermeidend) im RQ2 korreliert und der ECRR\_bver Wert (Variable für bindungsbezogene Vermeidung z.B. von engen Beziehungen) signifikant positiv mit dem Stil D (ängstlich-vermeidend) korreliert. Analog anderer Studien (Ehrental et al. 2009) unterstützen diese Ergebnisse das erwartungskonforme Zusammenhangsmuster zwischen den beiden Bindungsfragebögen ECR-R und RQ2 und deren Validität.

Außerdem konnte gezeigt werden, dass die Werte bezüglich des Bindungsverhalten im ECR-R (ECRR\_bver) remittierter Probandinnen (n=4, mittlerer BMI von 21,1 kg/m<sup>2</sup>) denen der gesunden Probandinnen signifikant ähneln. Dies wäre ein Hinweis darauf, dass sich das Bindungsverhalten mit Remission der Erkrankung auch verbessert.

Abschließend wird untersucht, ob bei den Probandinnen mit Werten für verstärkte bindungsbezogene Angst und Vermeidung im ECR-R auch verstärkt traumatische Erlebnisse in der Kindheit auftraten (CTQ). Bisherige Ergebnisse zeigen allerdings keinen signifikanten Hinweis, jedoch lässt sich ein Trend zu verstärktem Auftreten von emotionaler Vernachlässigung bei diesen Probandinnen feststellen.

#### P-12-FR

### Verminderte emotionale Wahrnehmung bei adipösen Frauen im Vergleich zu Gesunden und Essgestörten

Joos A.<sup>1</sup>, Jux A.<sup>1</sup>, Wetzler-Burmeister E.<sup>1</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>, Hartmann A.<sup>1</sup>

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

Veränderungen der Emotionsregulation bei Adipositas werden diskutiert, wobei empirische Untersuchungen begrenzt sind und v.a. erhöhte Alexithymiewerte zeigen (Zijlstra et al., 2012; Leehr et al., 2015). Wir untersuchten die emotionale Wahrnehmung verschiedener visueller Reize des International Affective Picture System (Lang et al 2005) anhand eines Designs, wie wir es zuvor bei essgestörten Patientinnen einsetzten (Joos et al., 2009 und 2012).

Gesunde Kontrollen und essgestörte Patientinnen sind diesen Publikationen entnommen. Es wurden 21 Bilder gezeigt, die Basisemotionen (Angst, Ärger, Trauer, Freude, Ekel) sowie gemischte Emotionen (Angst-Ärger und Angst-Trauer) repräsentieren (Details in Joos et al 2009). Die Probandinnen wurden aufgefordert, die bei Betrachten der Bilder ausgelösten Emotionen auf einer Likert-Skala von 1 (gar nicht) bis 7 (extrem) zu bewerten. Ausserdem wurden das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Toronto-Alexithymia-Skala (TAS) eingesetzt.

33 adipöse Patientinnen (Alter 45.6 ± 10,9 Jahre) mit einem BMI von 43,2 kg/m<sup>2</sup> (± 8,1) wurden eingeschlossen. Adipöse hatten BDI-Werte von 12,5 ± 10,8, wobei 7 adipöse Frauen Werte > 18 aufwiesen. Alexithymiewerte lagen bei 38,7 ± 14.2.

Adipöse Frauen zeigten eine geringere Wahrnehmung der Basisemotionen Angst, Trauer, Freude, Ärger sowie der gemischten Emotion Angst-Trauer im Vergleich zu Gesunden an. Auch unter Berücksichtigung der BDI-Werte als Co-Variate blieben die Ergebnisse signifikant. Beim Vergleich depressiver mit nicht-depressiven Adipösen und Kontrollen, zeigte sich, dass die Ergebnisse bei den negativen Emotionen durch die nicht-depressiven bedingt sind. Bei der Emotion Freude sind beide Adipositasgruppen von Gesunden unterscheiden. Im Vergleich zu Patientinnen mit Essstörungen (Joos et al., 2012) zeigten Adipöse niedrigere Werte für Trauer und einen Trend zu niedrigerer Wahrnehmung für Angst.

Die Daten zeigen erniedrigte Werte für die emotionale Wahrnehmung bei adipösen Frauen, die auch ausgeprägter waren als bei Anorexia und Bulimia nervosa. Diese Befunde überraschen und müssen repliziert werden. Vorschnelle Kausalschlüsse, inwieweit Adipositas und Emotionswahrnehmung sich gegenseitig beeinflussen, sind zu vermeiden. Limitationen der Untersuchung sind, dass Adipöse älter als die Vergleichsgruppen sind und nicht formal untersucht wurde, ob Binge Eating vorliegt.

#### P-13-FR

### Multimodale Behandlung von Essstörungen im Jugendalter in der ambulanten psychosomatischen Versorgungspraxis - ein Fallbeispiel

Rieper S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner, Cuxhaven, Deutschland

Essstörungen sind komplexe psychische Erkrankungen, die eine umfassende und multifaktorielle Behandlung bedürfen, was eine ambulante Behandlung als solche erschwert. Das MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner in Cuxhaven hat ein multimodales Behandlungskonzept entwickelt, welches u.a. bei leichten und auch akuten Essstörungen eingesetzt werden kann, um einer Chronifizierung der Symptomatik entgegenzuwirken bzw. um die Therapie nach einem bereits erfolgten Klinikaufenthalt optimal weiterzuführen. Dies wird anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht. Insbesondere wird hierbei

auf die Rolle der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen und deren Verknüpfung mit der Ernährungsbehandlung eingegangen.

### P-14-FR-T

#### Neuronale Korrelate intimer visueller Stimuli der Anorexia nervosa

Hudek M.<sup>1</sup>, Stamm H.<sup>1</sup>, Maier S.<sup>2</sup>, Tüscher O.<sup>3</sup>, Jacob G.<sup>4</sup>, Tebartz van Elst L.<sup>2</sup>, Zeeck A.<sup>1</sup>, Artz A.<sup>5</sup>, Goebel R.<sup>5</sup>, Siep N.<sup>5</sup>, Joos A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University Freiburg, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Freiburg, Deutschland, <sup>2</sup>University Freiburg, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Freiburg, Deutschland, <sup>3</sup>University of Mainz, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Mainz, Deutschland, <sup>4</sup>Institut of Psychology, University Freiburg, Freiburg, Deutschland, <sup>5</sup>University of Maastricht, Department of Clinical Psychology and Neuroscience, Maastricht, Niederlande

Die Anorexia nervosa (AN) manifestiert sich überwiegend in der Adoleszenz, einer Zeitspanne mit diversen Veränderungen u.a. auf körperlicher, hormoneller und psychosozialer Ebene. In diesem Zusammenhang nehmen Intimität und Geschlechts-identifizierung bzw. -reife eine zentrale Rolle ein (Connan et al., 2003; Herpertz-Dahlmann et al., 2011).

Im Rahmen funktioneller MRT-Studien wurden bislang neuronale Korrelate v.a. hinsichtlich essstörungsspezifischer visueller Stimuli wie Essensbilder, Körperfotos oder aversiver Bilder untersucht (u.a.: Joos et al., 2009; Zhu et al., 2012).

Zu neuronalen Korrelaten bei AN hinsichtlich Intimität/ Sexualität gibt es bislang jedoch keine Evidenz. In einer Pilotstudie unserer Forschungsgruppe mit 14 AN-Patientinnen und 14 gesunden Kontrollen wurde eine Reihe funktioneller MRT-Untersuchungen diesbezüglich durchgeführt. Präsentiert wurden sowohl negative, positive, neutrale als auch intime visuelle Stimuli

(s.a. van Zutphen et al., 2015).

AN-Patientinnen zeigten negativere Valenzratings für intime und neutrale Stimuli, während sich bei positiven und negativen Stimuli keine Unterschiede zu Kontrolle zeigten. Die Konstellationen positiver vs. neutraler sowie negativer vs. neutraler visueller Stimuli zeigten keine signifikanten neuronalen Aktivitätsänderungen in frontalen Hirnabschnitten - ganz im Gegensatz zu erotischen vs. neutralen visuellen Stimuli. Hier kam es insbesondere zu größeren Aktivierungen des orbitofrontalen und dorsolateralen präfrontalen Cortex und, bei liberalerer Schwelle, auch des ventralen Striatums.

Der orbitofrontale Cortex und das ventrale Striatum werden u.a. mit Sexualität, Nahrungsaufnahme und Belohnungsprozessen in Verbindung gebracht, der dorsolaterale präfrontale Cortex mit inhibitorischen Funktionen. Diese erste Studie intimer Stimuli bei AN zeigte ausgeprägte Aktivierungen in eben diesen präfrontalen, z.T. auch subcortikalen Strukturen. Die verstärkte Aktivierung von emotionsregulatorischen Arealen bei intimen Stimuli in AN könn-

te in der negativen Einschätzung dieser Stimuli begründet sein und als Korrelat einer abwehrenden / vermeidenden Reaktion interpretiert werden.

### P-15-FR-T

#### „Body Size Estimation Tasks“ bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa: Ein systematisches Review

Mölbert S. C.<sup>1,2,3</sup>, Klein L.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Karnath H. O.<sup>3</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Max-Planck-Institut für biologische Kybernetik, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Kognitive Neurologie, Sektion Neuropsychologie, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Körperschemastörung ist ein diagnostisches Kriterium und Leitsymptom bei Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN), bei denen sich Patienten trotz bestehenden Unter- bzw. Normalgewichts als zu dick empfinden. Als illustrativ für diese Körperschemastörung gilt eine Überschätzung der eigenen Körpermaße in „Body Size Estimation Tasks“. In diesem systematischen Review geben wir einen Überblick über Body Size Estimation Tasks in AN und BN in Hinblick auf folgende Forschungsfragen: (1) Wie robust ist der Befund, dass Patienten ihre Körpermaße überschätzen und wie groß sind die typischerweise beobachteten Effekte?

(2) Unterscheiden sich die Ergebnisse je nach Körperregion und eingesetzter Methode?

**Methoden:** Es wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken Pubmed und PsychInfo nach dem PRISMA-Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) durchgeführt. Suchbegriffe waren „body schema distorted/distortion/distortions“ oder „body schema size estimation“. Da MeSH-Terms ebenfalls in die Suche eingeschlossen waren, beinhaltete dies Kombinationen mit den Begriffen „body image“ und „body representation“. Einschlusskriterien waren:

- (1) Peer-reviewed Artikel
- (2) Sprache Englisch, Französisch oder Deutsch
- (3) Untersuchung von AN- oder BN-Patienten
- (4) keine reine Fragebogenstudie
- (5) ausführlich beschriebener Body Size Estimation Task
- (6) Angabe von Stichprobengröße, Primärdiagnose sowie Mittelwert und Standardabweichung für alle Stichproben.

Die Auswahl der Studien erfolgte durch zwei unabhängige Bewerter. Aus allen eingeschlossenen Studien wurden Stichprobengröße, Primärdiagnose der Patienten, Methode, Mittelwerte und Standardabweichungen für jede Gruppe und Körperregion extrahiert. Für alle Gruppenvergleiche wurden Effektstärken und t-Tests berechnet.

**Ergebnisse:** Die Suche erzielte nach Entfernung von Duplikaten 1836 Ergebnisse, von denen 35 Studien die Einschlusskriterien erfüllten. Eine erste Auswertung zeigt, dass zwar alle signifikan-

ten Gruppenunterschiede darauf basieren, dass AN- bzw. BN-Patienten ihre Körpermaße überschätzen. Allerdings findet nur ein Bruchteil der Studien signifikante Effekte; oft zeigte sich kein Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die abschließenden Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

**Literatur:** Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097.

#### P-16-FR

### Taktile Wahrnehmung und Bewegung bei Frauen mit Anorexia nervosa

Mergen J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Sportwissenschaft WWU Münster, Münster, Deutschland

**Hintergrund:** Frauen mit Anorexia nervosa leiden häufig an einer Körperbildstörung. Es wurde mehrfach nachgewiesen, dass sie ihre Körpermaße überschätzen. Es konnte auch gezeigt werden, dass wahrscheinlich durch das verzerrte Körperbild die Bewegung beim Durchschreiten eines schmalen Durchgangs verändert ist. Wenige Studien untersuchten die taktile Wahrnehmung oder die multimodale Sinnesintegration in Bezug auf das Körperbild.

**Zielsetzung:** Das Ziel der geplanten Studie besteht darin, ein neu entwickeltes Diagnoseinstrument zu validieren, welches die taktile Wahrnehmungsfähigkeit messen und somit als implizites Maß für die perzeptive Komponente der Körperbildstörung dienen soll. Außerdem soll die veränderte Bewegung beim Durchschreiten eines schmalen Durchgangs untersucht werden („Aperture Task“ von Keizer et al., 2013).

**Methoden:** Es werden im September 2015 eine Testgruppe anorektischer Patientinnen des Universitätsklinikums Münster sowie eine gesunde Kontrollgruppe für die Untersuchung rekrutiert. Es wird überprüft, ab welcher Weite einer Türöffnung die Probandinnen mit einer Rotation im Schultergürtel beginnen. Um dieses spezifische Bewegungsmuster basierend auf der (impliziten) Wahrnehmung der Körpermaße zu messen, wird die Aperture Task repliziert. Das Körperbild wird mit der neu entwickelten „Ein-Punkt-Lokalisation“ erfasst, bei der die veränderte örtliche Genauigkeit bei der Wahrnehmung und Verortung taktiler Reize im Bereich des Rückens und des Bauches gemessen werden soll.

**Ergebnisse und Diskussion:** Erste Ergebnisse werden Ende des Jahres erwartet. Eine bereits durchgeführte Pilotstudie zeigte, dass anorektische Patientinnen taktile Reize am Rücken ungenauer verorten als eine gesunde Kontrollgruppe.

Durch das Zusammenführen beider Methoden soll der Fokus der Körperbildstörung erweitert werden auf das unbewusste Bewegungsverhalten. Die multimodale Sinnesintegration, als Basis von Bewegungen, soll in diesem Zusammenhang näher betrachtet werden. Basierend auf den Ergebnissen könnten Implikationen für die (bewegungstherapeutische) Körperbild-Therapie formuliert

sowie Therapieerfolge mithilfe der (validierten) Messinstrumente überprüft werden.

#### P-18-FR

### Irreversible Kardiomyopathie durch Refeeding Syndrom unter unkontrollierter oraler Kohlenhydratzufuhr nach langer Hungerperiode bei Anorexia nervosa

Kranzeder A.<sup>1</sup>, Imhof A.<sup>2</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>, Waller C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Ulm, Innere Medizin, Kardiologie, Ulm, Deutschland

**Zielsetzung:** Dieser Fallbericht zeigt, dass auch eine unkontrollierte orale Kohlenhydratzufuhr zu einem gravierenden Refeedingsyndrom mit irreversibler Organschädigung führen kann.

**Methode:** Rekonstruktion des Krankheitsverlaufes durch Exploration der Patientin und der Familie, Studium der Krankenakte und Beobachtung des Verlaufes.

**Kasuistik:** Die Patientin (22J.) mit einer seit ca. 10 Jahren bestehenden Anorexia nervosa und schwerer Kachexie wurde bewusstlos aufgefunden. Geschätztes Gewicht 28kg, Größe 155cm, BMI 11,7kg/m<sup>2</sup>. Unter Reanimationsbedingungen wurde sie in ein peripheres Krankenhaus aufgenommen. Laborchemisch zeigte sich eine kaum mehr nachweisbare Blutglucose (1 mg/dl), Hypokaliämie (2,2mmol/l), Hyponatriämie (26mmol/l), Hypothermie (27°C). In der Echokardiographie bei Aufnahme zeigte sich eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion (EF) von ca. 10%. Abbruch der Reanimation nach 45 Minuten bei Verdacht auf hypoxisch-hypoglykämischen Hirnschaden. Nach Einsetzen der Spontanatmung wurde die Patientin auf deren Intensivstation gebracht, von dort aus wurde sie nach 12 Tagen beatmet auf die Kardiologische Intensivstation der Uniklinik Ulm verlegt. Sie war 27 Tage beatmungspflichtig wegen ausgeprägter Muskelatrophie. 9 Tage nach der Extubation wurde sie auf Normalstation verlegt. Dort konnte sie ausführlich exploriert werden. Sie berichtete, dass sie kurz bevor sie bewusstlos wurde einen kohlenhydratreichen Fressanfall hatte nach einer Hungerperiode von 7 Tagen, was von der Familie so bestätigt wurde. Zuvor war eine Exploration nicht möglich wegen einer Aspirationspneumonie mit darauffolgender Sepsis und Leberversagen, zudem hatte sie ein Durchgangssyndrom.

**Schlussfolgerung:** Durch langes Fasten und vorbestehende Mangelernährung kann es bereits durch orale Kohlenhydratzufuhr zu einem Refeedingsyndrom mit Insulinexzess, Hypoglykämie und konsekutiven massiven Elektrolytverschiebungen, insbesondere von Kalium und Phosphat, nach intrazellulär kommen. Hierbei kann, wie bei dieser Patientin, trotz leichter Erholung der EF auf ca. 33 %, eine irreversible Kardiomyopathie resultieren. In diesem Beitrag werden mögliche pathophysiologische Mechanismen, die die Herzfunktionsstörungen durch das Refeeding Syndrom erklären können, diskutiert sowie Literatur zusammengestellt, die die Häufigkeit des Auftretens einer akuten Herzinsuffizienz, von Herz-

rhythmusstörungen sowie Letalität unter Refeeding-Syndrom belegt.

### Interkulturelle Psychosomatik und Persönlichkeitsstörungen

P-24-FR

#### Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht der niedergelassenen Allgemeinmediziner, Gynäkologinnen und Hebammen. Eine erste Annäherung

Nesterko Y.<sup>1</sup>, Glaesmer H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** In der nationalen und internationalen Forschung wird zunehmend über die insgesamt schlechtere Gesundheitsversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund berichtet. Dabei wird dem Aspekt der Verständigung zwischen Patienten und Fachexperten eine besondere Rolle beigemessen. Untersuchungen, die auf Erfahrungen und Sichtweisen der Ärzte eingehen und somit eine wichtige Perspektive berücksichtigen sind bisher kaum zu finden.

**Methode:** 107 niedergelassene Allgemeinmediziner, 27 Gynäkologinnen und 26 Hebammen aus Leipzig wurden mittels eines Fragebogens zur allgemeinen Verständigung mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund befragt. Neben den Ursachen für mögliche Verständigungsschwierigkeiten wurde nach dem Einsatz der professionellen Sprachmittlung gefragt.

**Ergebnisse:** In 35% (Allgemeinmediziner) bzw. 45% (Gynäkologinnen und Hebammen) der Fälle kommt es bei der Versorgung von Migranten zu Verständigungsschwierigkeiten. Unzureichende Sprachkenntnisse seitens der Migranten werden als Hauptgrund für Kommunikationsprobleme angesehen. Etwa die Hälfte der befragten Ärzte und Hebammen gaben an bereits Erfahrungen mit professionellen Sprachmittlern gemacht zu haben. Allgemeinmediziner mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund und Gynäkologinnen berichten seltener von Verständigungsproblemen auf den Ebenen der Kultur, Behandlungserwartung und Compliance.

**Schlussfolgerungen:** Erwartungsgemäß sehen die niedergelassenen Ärzte und Hebammen die Hauptursache für schlechtere Verständigung in den mangelnden Sprachkenntnissen aufseiten der Patienten mit Migrationshintergrund. Aus den gewonnenen Daten lassen sich darüber hinaus erste Hinweise über die kulturell geprägten Unterschiede in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ableiten. Über eine stärkere Etablierung von professioneller Sprachmittlung sowie über die Aufgaben zukünftiger Forschungsarbeiten wurde kritisch diskutiert und erste Empfehlungen für die Praxis wurden formuliert.

P-28-FR

#### Suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderlinepatienten in stationärer akutpsychiatrischer Behandlung

Uhlmann C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ZfP Südwürttemberg Klinik Weissenau, Versorgungsforschung, Ravensburg, Deutschland

Eines der zentralen Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die gestörte Affektregulation. Die Reizschwelle gegenüber emotionalen Stimuli ist erniedrigt und die Patientinnen und Patienten reagieren mit rasch aufschießenden Affektregungen. Das hohe Erregungsniveau bildet sich dann nur verzögert zurück. Solche Zustände extremer Anspannung bei gleichzeitiger Unmöglichkeit einer Differenzierung von Gefühlsqualitäten wie Wut, Angst, Trauer oder Verzweiflung werden als aversiv und quälend empfunden. Zur Lösung oder Verbesserung dieser Zustände haben Patientinnen und Patienten mit einer solchen Erkrankung unter anderem selbstverletzendes oder suizidales Verhalten in ihrem Bewältigungsrepertoire. Aufgrund der Tatsache, dass die Suizidrate bei Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich erhöht ist, stellt sich die Frage, in welchem Zusammenhang selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche stehen. Nach neueren Erkenntnissen rückt hierzu die Theorie von Joiner in den Fokus und Studienergebnisse konnten selbstverletzendes Verhalten als Risikofaktor für Suizidversuche bestätigen. Während eines akutpsychiatrischen Aufenthaltes sollte selbstschädigendes oder suizidales Verhalten besonders intensiv zu beobachten und zu erforschen sein, da Grund für eine akutpsychiatrische Aufnahme in dieser Patientengruppe häufig schwere Selbstverletzungen oder Suizidversuche sind. In einer eigenen retrospektiven Studie wurden im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg Klinik Weissenau auf einer Station für Persönlichkeitsstörungen und akuten nicht-psychotischen Krisen über 2 Jahre Art, Häufigkeit und Verlauf von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten bzw. Suizidversuchen von Patientinnen und Patienten mit Borderlinestörung und ihr Zusammenhang mit klinischen Parametern erfasst und systematisch ausgewertet. Es zeigte sich, dass es während des stationären Aufenthaltes bei 38% der insgesamt 87 behandelten Patientinnen und Patienten zu selbstverletzenden Handlungen kam, wobei das Vorkommen im zeitlichen Verlauf des Aufenthaltes keine systematische Regelmäßigkeit erkennen ließ. Der deutliche Zusammenhang zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten ließ sich jedoch auch in unserer Studie finden und er erhärtet die These, dass selbstverletzendes Verhalten in dieser Patientengruppe therapeutisch deutlich mehr in den Fokus gerückt werden sollte.

## Klinische Psychosomatik II

### P-19-FR

#### Postpartale Depressionen, Bindungsrepräsentation und genetische Marker - Erste Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie

Reiner J.<sup>1</sup>, Macchiella D.<sup>1</sup>, Bechtluft-Sachs J.<sup>1</sup>, Frieling H.<sup>2</sup>, Beutel M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Etwa 19 % aller Mütter leiden in den ersten drei Monaten postpartal unter depressiven Verstimmungen, mit zum Teil gravierenden Konsequenzen: Nicht nur die Mutter selbst leidet, auch die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung des neugeborenen Kindes sind kurz- und langfristig beeinträchtigt. Die Ursachen von postpartalen Depressionen (PPD) sind komplex und bisher nur teilweise erforscht. Die vorliegende Studie untersucht prospektiv das Zusammenspiel von Bindung als psychologischen und Oxytocin-Rezeptorgen als genetischen Einflussfaktor bei der Entstehung PPD.

Im Rahmen der Längsschnittstudie „Emotionen im Übergang zur Mutterschaft“ wurden 55 Mütter in der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz rekrutiert. Bindung wurde mit dem Adult Attachment Interview erhoben und nach der Kodiermethode von Main et al (2002) ausgewertet. Zur Bestimmung des rs53576 Polymorphismus des Oxytocin-Rezeptorgens (OXTR) wurden Blutproben entnommen. Die depressive Symptomatik wurde 12 Wochen postnatal mit einem Fragebogen (Edinburgh Postnatal Depression Scale) erfasst.

Derzeit laufen Datenauswertungen und Analysen. Wir erwarten dass a) Mütter mit pränatal sicherem Bindungsstatus weniger postpartal depressiv sind als Mütter mit unsicherer Bindung b) das OXTR A-Allel (im Vergleich zum GG-Genotyp) mit einem erhöhten Risiko postpartal depressiver Verstimmungen in Verbindung steht und c) eine sichere Bindung bei gegebenem genetischem Risiko protektiv wirkt. Die Ergebnisse leisten einen Beitrag zum biopsychosozialen Verständnis postpartaler Depressionen.

### P-21-FR-T

#### Psychologische Einflussfaktoren auf die Behandlung von Kindern in der Zahnmedizin

Schif J.<sup>1</sup>, Schott T. C.<sup>2</sup>, Klein D.<sup>2</sup>, Potthoff J.<sup>3</sup>, Beyer C.<sup>3</sup>, Weimer K.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Zahnarztpraxis, Tübingen, Deutschland

Angst und Unbehagen vor einem Zahnarztbesuch sind bereits in der Kindheit ein häufig auftretendes Problem. Erwartungen der

Eltern können dabei die Erwartungen des Kindes beeinflussen. Es wird außerdem vermutet, dass Erwartungen der Eltern einen Einfluss auf Placeboeffekte und damit den Behandlungserfolg bei Kindern haben können. In dieser Studie wurde daher untersucht, ob und inwiefern psychologische Faktoren von Eltern einen Einfluss auf die Stimmung und das Schmerzerleben des Kindes bei einer Zahnbehandlung haben.

Mittels Fragebögen jeweils vor und nach einer Zahnbehandlung wurde die Stimmung von Eltern und Kind mit dem Self-Assessment Manikin (SAM) ermittelt. Zusätzlich wurden das Schmerzerleben, die Ängstlichkeit und die Compliance des Kindes mittels visueller Analogskalen (VAS) und das Schmerzerleben mit der Kindlichen Unbehagens- und Schmerzskala (KUSS) durch Eltern und Zahnarzt erfasst. In einem Elternfragebogen wurden u.a. Zahnbehandlungsangst, Optimismus und die Empathiefähigkeit erhoben. Es nahmen 54 Kinder im Alter von 5 bis 15 Jahren ( $9.2 \pm 2.4$  Jahre; 25 weiblich) und jeweils ein Elternteil ( $42.1 \pm 6.6$  Jahre; 31 weiblich) an der Studie teil, von denen 37 auch den Elternfragebogen ausfüllten.

Vor Behandlung gab es keinen Zusammenhang zwischen der Stimmung der Eltern und der Kinder. Die Kinder waren jedoch umso angespannter, je ängstlicher die Eltern ihre Kinder und je schmerzvoller sie die Behandlung einschätzten ( $r=.302$ ,  $p < .05$  und  $r=.410$ ,  $p < .01$ ). Je optimistischer die Eltern waren, desto besser war die Stimmung der Kinder und umso stärker fühlten sie sich ( $r=.388$  und  $r=.396$ ,  $p < .05$ ). Die Stimmung der Kinder wurde außerdem von der Empathiefähigkeit der Eltern positiv beeinflusst (Skalen des IRI:  $p < .05$ ), während die Zahnbehandlungsangst keinen Einfluss hatte. Die Stimmung der Kinder vor der Behandlung korrelierte nicht mit dem von Eltern und Zahnärzten eingeschätzten Schmerzerleben der Kinder, interessanterweise jedoch im negativen Sinne mit dem Optimismus und der Empathiefähigkeit der Eltern (z.B. Skala Mitgefühl x Schmerzrating durch Zahnarzt:  $r=.604$ ,  $p < .001$ ).

Der Einfluss von Eltern auf Stimmung und Schmerzerleben ihrer Kinder bei Zahnbehandlungen scheint komplex und insbesondere stärker mit elterlichen Persönlichkeitseigenschaften als der momentanen Stimmung zusammenzuhängen. Insbesondere der Einfluss der Empathiefähigkeit der Eltern auf das Schmerzerleben der Kinder sollte jedoch näher untersucht werden.

### P-23-FR

#### Early post-operative adjustment to lung transplantation: a longitudinal qualitative study

Seiler A.<sup>1</sup>, Klaghofer R.<sup>1</sup>, Drabe N.<sup>1</sup>, Hinderlig-Baertschi V.<sup>1</sup>, Martin-Soelch C.<sup>2</sup>, Goetzmann L.<sup>3</sup>, Boehler A.<sup>1</sup>, Buechi S.<sup>4</sup>, Jenewein J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich, Zürich, Schweiz, <sup>2</sup>Universität Fribourg, Department für Klinische Psychologie, Fribourg, Schweiz, <sup>3</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Bad Segeberg, Deutschland, <sup>4</sup>Privatklinik Hohenegg, Zürich, Schweiz

**Objectives:** To gain a more comprehensive view of patients' experiences with their lung transplantation and their adjustment to normal life within the first six months post-transplant.

**Methods:** Forty lung transplant patients were interrogated at three different measurement time points (T1: two weeks; T2: three months; and T3: six months post-transplant) using semi-structured interviews to address their thoughts, feelings and attitudes with respect to the transplantation process, their new lungs, the organ donor, and their medication. Interviews were analyzed by means of qualitative content analysis.

**Results:** 'Physical benefits', 'fear of rejection', 'gratitude towards the donor' and 'side effects' were the most frequently named themes with respect to the transplantation process, new lungs, donor and medication regimen. Most themes remained unchanged over time. While the frequency of comments about intensive care unit delirium and worries regarding donated organ quality decreased significantly over time, mentions of restrictions in everyday life increased significantly. Gender comparisons revealed only marginal differences in the response categories.

**Conclusions:** The majority of the patients experienced considerable improvements in physical health and psychological well-being after transplantation. Physical complaints, fear of rejection and infections, medication side effects, and restrictions in everyday life due to the medical regimen were the most frequent reported concerns within the first six months post-transplant. To facilitate the journey to relative normalcy, healthcare providers must act as both mediators and providers of information and support.

### Neue Medien

#### P-31-FR-T

#### Selbsthilfeforen für Betroffene von selbstverletzendem Verhalten: Ergebnisse einer Nutzerbefragung

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

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

**Theoretischer Hintergrund:** Insgesamt wird das Internet als Selbsthilfemedium in Fachkreisen positiv eingeschätzt. Bei bestimmten Problembereichen und Symptomen ist die Nützlichkeit jedoch stark umstritten. So werden sog. „extreme communities“ vorwiegend mit Sorge betrachtet. Netzbasierte Selbsthilfeaktivitäten von suizidalen Menschen oder eben auch Betroffene von selbstverletzendem Verhalten (SVV) hätten aufgrund von möglichen Triggereffekten dysfunktionalen Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung.

**Methode:** Um die Effekte von Internet-Foren zu SVV empirisch zu bewerten wurde eine Online-Befragungsstudie mit  $N = 309$  überwiegend adoleszenten Personen (89,6 % weiblich; Alter:  $M = 19,76$ ;  $SD = 4,64$ ) durchgeführt, die verschiedene SVV-Foren nutzen. Im Fokus stand die Charakterisierung der Teilnehmer (Sozio-

demografie, klinisch relevante Symptomatik gemessen mit dem Brief Symptom Inventory und der Posttraumatic Symptom Scale, Therapieerfahrungen), die Erhebung der subjektiven Wirkung der Forumsnutzung sowie der Einfluss auf die sozialen Beziehungen und Symptombelastung ihrer Nutzer.

**Ergebnisse:** Die Hauptbefunde zeigen, dass bei der klinisch hoch belasteten Stichprobe konstruktive Motive und Kommunikation bei der Forumsnutzung im Vordergrund stehen. Allerdings sind die Nutzer von SVV-Foren keine homogene Gruppe, sondern unterschieden sich in spezifischen Motivkonstellationen und damit auch in den Auswirkungen der Forenpartizipation auf die psychische Symptomatik. Mittels einer Clusteranalyse konnten 3 Nutzertypen unterschieden werden. Dabei zeigt eine kleine Gruppe Nutzungsweisen mit negativen Effekten.

**Schlussfolgerung:** Insgesamt zeigte sich, dass durch die SVV-Foren im hohen Maße soziale Unterstützung erfahren wird. In der Summe überwiegt eine konstruktive Wirkung der SVV-Foren. Therapeuten sollten über die eventuelle Nutzung von Internetforen ihrer Patienten mit selbstverletzendem Verhalten informiert sein, um im Einzelfall konstruktive oder eben auch dysfunktionale Nutzungsmuster identifizieren und entsprechend nutzen bzw. bearbeiten zu können.

#### P-32-FR-T

#### Inanspruchnahmebereitschaft und Konzeptualisierung eines E-Mental Health Angebots für Betroffene von Depression im Alter

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

<sup>1</sup>Sigmund Freud PrivatUniversität, Department Psychologie, Wien, Österreich, <sup>2</sup>Salzburg Research Forschungsgesellschaft, Salzburg, Österreich

**Theoretischer Hintergrund:** Im höheren Lebensalter zählt die **Depression** zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Grundsätzlich unterscheidet sich eine Depression im Alter nicht von einer Depression in jüngeren Jahren, doch gibt es einige Besonderheiten, die dazu führen können, dass Depression im Alter oft nicht oder erst sehr spät erkannt wird. Derzeit gibt es bereits einige internetbasierte Lösungen, die Personen im Umgang mit ihrer Depression unterstützen, doch adressieren diese Lösungen zumeist undifferenziert Patienten aller Altersstufen.

**Fragestellungen:** Welche Lösungen im Rahmen von E-Mental Health können nutzbringend eingesetzt werden, um

1. Depression im Alter frühzeitig zu erkennen und zeitnah sekundärpräventive Maßnahmen einzuleiten;
2. im Falle ein Erkrankung Betroffene unter Einbindung ihres sozialen Umfelds im Selbstmanagement mit ihrer Depression zu unterstützen?

**Methode:** Um die grundsätzliche Inanspruchnahmebereitschaft eines solchen E-Mental Health Angebots zu eruieren und im zweiten Schritt ein entsprechendes Konzept für eine kollaborative

Versorgungsplattform zu entwickeln, in der nicht nur Betroffene, sondern auch ihr betreuendes und pflegendes Umfeld eingebunden werden soll, wurden Nutzerbefragungen an drei Gruppen durchgeführt: 1. Online-Befragung von  $N=85$  an Altersdepression Erkrankten inkl. sich anschließenden qualitativen Interviews an ausgewählten Personen nach dem Prinzip des Kontrastgruppenvergleichs; 2. Fokusgruppen mit jeweils  $n=10$  Angehörigen von Betroffenen und Betreuenden (Ärzte, Therapeuten usw.).

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass eine grundsätzliche Offenheit gegenüber eines solchen internetbasierten Angebots bei allen drei Gruppen besteht. Allerdings konnte auch Nutzungsbarrieren identifiziert werden, die bei der Entwicklung eines entsprechenden Angebots berücksichtigt werden müssen.

Es kann geschlussfolgert werden, dass E-Mental Health Lösungen für an Altersdepression Erkrankten und ihr Umfeld grundsätzlich sinnvoll sind und somit entwickelt, evaluiert und bei positiven Wirksamkeitsnachweisen in der alltäglichen Versorgungspraxis angeboten werden sollten.

**P-33-FR**

**Aufsuchen des „verlässlichen Hafens“ bei psychosozialen Belastungen via E-Mental-Health - Präferenzen zu Internettherapien aus bindungstheoretischer Perspektive**

Apolinário-Hagen J. A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FernUniversität in Hagen, Institut für Psychologie, LG Gesundheitspsychologie, Hagen, Deutschland

Gegenwärtig wird mit E-Mental-Health die Möglichkeit verbunden, den Zugang zur ambulanten Psychotherapie verbessern zu können (Lal & Adair, 2014). Über die Implementierung von Internettherapien in das deutsche Gesundheitssystem wird unlängst diskutiert (Moock, 2014). Zwar wurde die Wirksamkeit von Internettherapien bei affektiven Störungen und Angststörungen in klinischen Studien bestätigt und die Behandlungadhärenz als zufriedenstellend beurteilt (vgl. Berger, 2015). Allerdings kann die Relevanz der therapeutischen Arbeitsallianz im Bereich E-Mental-Health aufgrund einer limitierten Evidenzbasis als unklar (Sucala et al., 2012), wenn nicht sogar als untergeordnet für den Behandlungserfolg (vgl. Andersson et al., 2012) angesehen werden. Letzteres steht jedoch nicht im Einklang mit der Bindungstheorie (Bowlby, 1969, 1973, 1980), die beschreibt, wie frühkindliche Interaktionen mit primären Bezugspersonen das Fundament für Lernprozesse, die Autonomieentwicklung und für interpersonale Verhaltensstrategien legen (Bowlby, 1988; Zeifman & Hazan, 2008). Dabei löst eine wahrgenommene Bedrohung für das eigene Wohlergehen das Bedürfnis nach Nähe zur Bindungsperson, dem „verlässlichen Hafen“, aus. Erst bei gefühlter Sicherheit, kann das Individuum, ausgehend von einer „sicheren Basis“, seine Lebenswelt explorieren (Bowlby, 1988). Die daraus resultierenden inneren Arbeitsmodelle können bei Stress sowohl als Schutz- als auch als Risikofaktoren agieren (Ehrenthal et al., 2009; Strauß &

Schwarck, 2007). Demgemäß postulierte Bowlby (1988), die zentrale Funktion eines Psychotherapeuten bestehe darin, als „sicherer Hafen“ zu fungieren.

Fraglich ist also, ob die Tendenz zum Aufsuchen von Internettherapie und das in Stresssituationen aktivierte Bindungsmotiv miteinander vereinbar sind bzw. ob eine Verbindung zwischen der aktuellen Belastung und Therapiepräferenzen besteht. Auf Basis der Bindungstheorie wird erwartet, dass höhere Stressbelastungen mit einer Präferenz für konventionelle Therapien einhergehen.

Das Ziel der vorzustellenden Pilotstudie war es, die Einstellungen zu Internettherapien in der Bevölkerung und bei Patienten und deren Zusammenhänge mit der Stressbelastung (als Indikator des aktivierten Bindungsmotivs) zu ermitteln. Im Rahmen einer Fragebogenstudie ( $N=1.559$ ) wurden die Einstellungen zur Internettherapie mit einem selbst konstruierten 14-Item-Fragebogen und die Belastung mit dem Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20; Fliege et al., 2001) erhoben.

**P-34-FR**

**Klausurerstellung in den Psychosozialen Fächern per Maus-klick: hilft uns ein Online-Tool zu prüfen was wir prüfen wollen?**

Baessler F.<sup>1</sup>, Weiss C.<sup>1</sup>, Kurtz W.<sup>2</sup>, Gaitzsch E.<sup>1</sup>, Gornostayeva M.<sup>1</sup>, Brass K.<sup>2</sup>, Feistner L.<sup>2</sup>, Heid J.<sup>2</sup>, Lindner M.<sup>2</sup>, Möltner A.<sup>2</sup>, Jünger J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Seit der Verabschiedung des „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLm) im Juni 2015 steht ein Lernzielkatalog auf nationaler Ebene zur Verfügung. Dieser enthält konsentiertere Lernziele für das Absolventenprofil von Medizinstudierenden, die den einzelnen Fächern zugeordnet sind.

Aktuell stellt sich die Frage, inwiefern die Prüfungsverantwortlichen der psychosozialen Fächer diesen Lernzielkatalog mit über 2.000 Einträgen in ihren Prüfungsentwürfen abbilden können und zeitsparend einen Überblick erhalten können, ob sie mit den Prüfungsfragen die geforderten Lernziele abdecken.

Um diesen Prozess zu unterstützen, entwickelt UCAN - ein gemeinnütziger Forschungsverbund für Prüfungen im Medizinstudium - ein entsprechendes Feedback-Online-Tool. Dieses kann zur Klassierung von Prüfungsfragen im Hinblick auf Merkmalsfindung verwendet werden.

Der Beitrag bietet Einblicke in die Verwendung dieses Tools und die dabei zugrunde liegenden Klassierungsschritte und gibt darüber hinaus hilfreiche Tipps zur Erstellung von Klausurfragen für psychosoziale Fächer. Anhand der Besonderheiten der Lernziele im psychosozialen Bereich soll aufgezeigt werden, wie man das entwickelte Tool nutzen kann, um validere Prüfungsfragen zu erstellen. Der Beitrag richtet sich bundesweit an Lehrende aller psychosozialen Fachrichtungen. Die besondere Eigenschaft des Tools besteht darin, die Qualitätsmerkmale der Klausur während der Er-

stellung in Echtzeit aufzuzeigen, so dass Prüfungsverantwortliche jederzeit ihre Klausur ihren Qualitätsstandards anpassen können. Darüber hinaus soll ein Abgleich mit den anderen Fächern ermöglichen, dass die Prüfungsfragen in den psychosozialen Fächern an das Gesamtprüfungsprogramm ihrer Fakultät angepasst und Wiederholungen und Redundanzen eliminiert werden können. Optional wird eine Funktion entwickelt, die eine automatisierte Zusammenstellung der Klausuraufgaben ermöglicht, wobei man im Vorfeld angeben kann, welche Lerninhalte in der Klausur eines Faches abgefragt werden sollen.

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Prüfungserstellung mithilfe der Echtzeitanalyse des Tools den Vorteil hat, dass die Klausur eher standardisierten, objektiven Qualitätskriterien entspricht und weniger subjektiv durch die Person geprägt sind, welche die Klausur erstellt.

### P-35-FR

#### **Feasibilityprüfung eines psychodynamischen Onlineselbsthilfeprogramms in der Nachsorge nach (teil-)stationärer psychosomatischer Behandlung**

Becker J.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>1</sup>, Johansson R.<sup>2</sup>, Andersson G.<sup>2</sup>, Frederick R. J.<sup>3</sup>, Zwerenz R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning, Linköping, Schweden, <sup>3</sup>Center for Courageous Living, Beverly Hills, Vereinigte Staaten

Die Akzeptanz und Wirksamkeit von mediengestützten Selbsthilfeprogrammen in Form von Nachsorgemaßnahmen sind bisher wenig erforscht. In einer Feasibility-Studie zur internetgestützten Nachsorge bei affektiven Störungen, konnte eine hohe Akzeptanz eines Smartphone-gestützten automatisierten Selbsthilfeprogrammes bei über 80% der psychosomatischen Rehabilitanden erreicht werden (Bischoff, Schmädeke, Schmidt und Fuchsloch, 2013).

In der vorliegenden Studie wird die Zufriedenheit, Nutzung und Akzeptanz eines psychodynamischen, transdiagnostischen Onlineselbsthilfeprogramms (ONS) mit und ohne minimalen therapeutischen Kontakt untersucht. Grundlage bildet das Selbsthilfebuch „Living like you mean it“ (Frederick, 2009). Zentrale Konzepte darin sind die emotionale Achtsamkeit, in Anlehnung an Kabat-Zinn (1994) und das Affektphobiemodell von McCullough (1997). Das Programm gliedert sich in vier Teile: (1) Emotionen erkennen, (2) Abwehrmechanismen erkennen, (3) Emotionen trotz Angst durchleben und (4) Emotionen wichtigen Bezugspersonen gegenüber zu kommunizieren. Die Inhalte in allen Teilen werden insbesondere über schriftliche Fallbeispielen und Übungen vermittelt. Zur Vertiefung des Gelesenen erhalten die Patienten Reflektionsaufgaben, zu denen sie schriftliche Rückmeldung geben. Ein Teil der Patienten erhält basierend darauf eine kurze (max. 10

Minuten) supportive Rückmeldung durch einen Online-Therapeuten, mit dem Ziel, Patienten zu motivieren, bei Fragen zu unterstützen und Impulse zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Material zu geben.

Das Selbsthilfebuch wurde zunächst übersetzt und als internetbasierte modulartige Plattform konzipiert. Im Rahmen eines RCT mit Wartekontrollgruppe wird die ONS mit  $N = 70$  (teil-) stationären Patienten durchgeführt. Patienten der Interventionsgruppe absolvieren das Programm direkt im Anschluss an den (teil-) stationären Aufenthalt für 10 Wochen mit therapeutischer Unterstützung, Patienten der Kontrollgruppe beginnen 10 Wochen später und erhalten keine therapeutische Unterstützung. Fragebögen werden zu Beginn und am Ende der Intervention, sowie 2 Monate später eingesetzt. Primäres Zielkriterium ist die Zufriedenheit mit der ONS gemessen mit dem ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) am Ende der Intervention. Darüber hinaus werden die emotionale Kompetenz (SEK-27; Berking & Znoj, 2008) und die Nutzung und Akzeptanz der ONS erfasst. Im Beitrag wird das Konzept und das Studiendesign vorgestellt.

## Psychoonkologie II

### P-37-FR

#### **Entscheidungsfindung in der Onkologie: Wie erleben Onkologen einen prototypischen Entscheidungsverlauf in einem Fall mit hoher Unsicherheit? Grundlagenorientierte Forschung mit Erfassung des Decisional Comfort, Stresserlebens und Empathieempfinden**

Wünsch A.<sup>1,2</sup>, Schönfeld C.<sup>2</sup>, Dinkel A.<sup>1</sup>, Razavi D.<sup>3</sup>, Libert Y.<sup>3</sup>, Berberat P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, TUM Medical, München, Deutschland, <sup>3</sup>Université libre de Bruxelles, Institut Bordet, Bruxelles, Belgien

**Hintergrund:** Im Verlauf einer Krebserkrankung müssen viele Entscheidungen getroffen werden, die häufig mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden sind. In dieser Studie soll untersucht werden, wie Ärzte einen Entscheidungsprozess, der mit einem hohen Maß an Unsicherheit behaftet ist, gestalten und inwieweit sich damit verbunden das Stresserleben und die Empathie verändern.

**Methodik:** In Kooperation mit der belgischen Arbeitsgruppe des Institut Bordet in Brüssel wird die Therapieentscheidung eines fiktiven Patientenfalles über 21 Tage simuliert: 1.) zunächst erhält ein Arzt eine Patientenakte an Tag 0, am Tag 7 sieht er ein ausführliches Anamnesegespräch dieser Patientin auf Video. Als nächster Schritt (Tag 14) wird dem Arzt eine schriftliche Empfehlung des Tumorboards ausgehändigt. Schließlich soll der Arzt am Tag 21 ein Gespräch mit einer Schauspielerin zur Entscheidungsfindung



durchführen. Bei diesen 4 Schritten wird mittels des Fragebogens Decisional Comfort der Verlauf des Umgangs mit der Entscheidung der Ärzte erhoben, das Stresserleben der Ärzte durch eine Visuelle Analogskala und die Empathiefähigkeit mit der Jefferson Empathie Scale erfasst. Insgesamt sollen Entscheidungsprozesse von 33 Ärzten im deutschen Kontext erfasst und die Ergebnisse hier dargestellt werden.

**Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt der Tagung werden die Ergebnisse zum Umgang mit dem Entscheidungsprozess (Decisional Comfort) deskriptiv dargestellt. Weiterhin wird durch eine Visuelle Analogskala präsentiert, inwieweit das Treffen einer Entscheidung zu unterschiedlichen Zeitpunkten Stress auslöst und inwieweit sich die Empathie verändert. Zusätzlich werden Korrelationen zu den Outcomevariablen dargestellt.

**Diskussion:** Ärzte müssen in der Onkologie häufig Entscheidungen im Kontext hoher Unsicherheit treffen. Diese Studie liefert Erkenntnisse darüber, wie Ärzte diesen Verlauf der gemeinsamen Entscheidungsfindung erleben. Die Ergebnisse sollen Diskussion anregen, Ärzte im Umgang mit Stresserleben und Umgang mit Unsicherheit vorzubereiten und dabei auf psychoonkologische Expertise zurückzugreifen.

**P-38-FR**

**Die Bedeutsamkeit von Alter und Rolle (Patient- vs. Partner) im Kontext des Dyadischen Coping innerhalb einer Paarmstichprobe mit hämatoonkologischen Patienten**

Lang D.<sup>1</sup>, Höning K.<sup>1</sup>, Gündel H.<sup>1</sup>, Döhner H.<sup>2</sup>, Niederweiser D.<sup>3</sup>, Vogelhuber M.<sup>4</sup>, Mehnert A.<sup>5</sup>, Ernst J.<sup>5</sup>, Weißflog G.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Ulm, Klinik für Innere Medizin III, Ulm, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Leipzig, Department Innere Medizin, Dermatologie und Neurologie - Abteilung Hämatologie, Internistische Onkologie, Hämostaseologische Ambulanz, Leipzig, Deutschland, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg, Deutschland, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Leipzig AöR Department für Psychische Gesundheit, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie und Sektion Psychosoziale Onkologie, Leipzig, Deutschland

**Hintergrund:** Eine onkologische Erkrankung stellt nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Partner eine erhebliche Belastung dar. Das Konzept des Dyadischen Coping konzentriert sich auf die variable, prozessorientierte Adaption von Paaren an diese stressgeladene Situation. Ziel der vorliegenden Studie ist es, mit einem standardisierten Instrumentarium die Ausprägung des Dyadischen Coping in Abhängigkeit vom Alter sowie der jeweiligen Rolle innerhalb der Paarkonstellation (Patient vs. Partner) zu untersuchen.

**Methoden:** Im Rahmen einer trizentrischen Längsschnittstudie (Leipzig, Ulm, Regensburg) wurden insgesamt 330 Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen und deren Partner schrift-

lich befragt. Als Grundlage der Befragung diente das Dyadische Coping Inventar (DCI) nach Bodenmann (2008).

**Ergebnisse:** Dargestellt werden Resultate des ersten Messzeitpunktes (T1), die den Einfluss der Variablen Alter und Rolle (Patient vs. Partner) auf das Dyadische Coping verdeutlicht. Unterschiede zwischen den Alterskategorien werden durch Varianzanalysen geprüft; die differentielle Analyse zwischen Patienten- und Partnerrolle erfolgt anhand von t-Tests. Des Weiteren werden Zusammenhänge zwischen dem Alter und den jeweiligen Subskalen des Dyadischen Coping Inventars (DCI) getrennt für Patienten und Partner mittels Korrelationsanalysen untersucht.

**Schlussfolgerungen:** Es wird der Einfluss des Alters sowie der jeweiligen Rolle (Patient vs. Partner) auf die Ausprägung des Dyadischen Coping erörtert und im psychoonkologischen Kontext diskutiert. Da sich die Studie zum ggw. Zeitpunkt (noch) in der Auswertungsphase befindet, werden endgültige statistische Ergebnisse bis zum Zeitpunkt des Kongresses vorliegen.

Gefördert durch die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung (DJCLS R 12/36).

**P-39-FR**

**Maintenance of life-quality with ovary cancer by the help of imaginative body psychotherapy (IKP)**

Lingnau K.<sup>1</sup>, Loesch W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPP Potsdam-Babelsberg, Potsdam, Deutschland

The extremely high mental stress level associated with ovarian cancer and the possible resulting of psychological co-morbidity can probably be reduced by complementary Psychotherapy in addition to standard somatic treatment.

It is proposed to see if, in an open randomized controlled trial of about 90-120 patients over a two year period, there is a positive effect on the psychological co-morbidity and different parameters of quality of life achievable by use of IKP and KoE compared to the standard somatic therapy only. This will be proceeded by evaluated psychological surveys.

**P-40-FR-T**

**Validierung der Faktorenstruktur des deutschen Herth Hope Index (HHI-D) an einer Stichprobe onkologischer Patienten**

Zajackowski K.<sup>1</sup>, Geiser F.<sup>1</sup>, Conrad R.<sup>1</sup>, Imbierowicz K.<sup>1</sup>, Wegener I.<sup>1</sup>, Herth K. A.<sup>2</sup>, Urbach A. S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Bonn, Bonn, Deutschland, <sup>2</sup>Minnesota State University, Mankato, Vereinigte Staaten

Hoffnung stellt für Patienten mit einer Krebserkrankung ein wesentliches Element im Leben dar und ist der Bewältigung der Situation dienlich. Das multidimensionale Konstrukt Hoffnung besteht dabei aus vielen Facetten, die bislang noch nicht hinrei-

chend untersucht wurden. Zudem mangelt es im deutschsprachigen Raum an gut validierten und praktikablen Fragebögen zur Erfassung des Ausmaßes an Hoffnung. Der Herth Hope Index (HHI) stellt ein reliables und valides Messinstrument dar und wurde bereits weltweit eingesetzt. Bisher existiert jedoch noch keine deutsche Übersetzung. Ziel dieser Studie war die Validierung einer deutschsprachigen Version des Herth Hope Index (HHI-D) an einer Stichprobe von Patienten mit einer Krebserkrankung (N = 192) am Universitätsklinikum Bonn.

Mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA) wurde das dreifaktorielle Modell von Herth bestehend aus den Faktoren 1. ‚Inner sense of temporality and future‘, 2. ‚Inner positive readiness and expectancy‘ und 3. ‚Interconnectedness with self and others‘ evaluiert. Ebenso wurde ein zweifaktorielles Modell von Benzein und Berg bestehend aus den Faktoren 1. ‚Reconciliation with life situation‘ und 2. ‚Religiosity‘ hinsichtlich seiner Modellgüte getestet, welches an einer Stichprobe onkologischer Patienten in Schweden entwickelt wurde.

Weder die ursprüngliche Modellstruktur von Herth noch das zweifaktorielle Modell von Benzein und Berg erfüllte die Kriterien der konfirmatorischen Faktorenanalyse an der vorliegenden deutschen Stichprobe hinreichend. Auch im Rahmen einer explorativen Faktorenanalyse (EFA) ergab sich kein eindeutiges mehrfaktorielles Modell. In Übereinstimmung mit vielen vorherigen Studien gibt der Scree-Plot deutliche Hinweise auf das Vorliegen eines Gesamtfaktors.

Für die deutschsprachige Version des HHI wird deshalb zum jetzigen Zeitpunkt die Interpretation auf Basis einer einfaktoriellen Modellstruktur empfohlen, die gute psychometrische Eigenschaften aufweist. Aufgrund der Gütekriterien und einfachen Anwendbarkeit ist der HHI-D für den Einsatz in der Praxis gut geeignet. Es erscheint sinnvoll, die Faktorenstruktur des Fragebogens an weiteren gesunden sowie klinischen Stichproben zu überprüfen.

### Psychotherapieforschung II

**P-41-FR**

#### **Entwicklung einer operationalisierten Basisdokumentation für Gruppenpsychotherapien**

Strauß B.<sup>1</sup>, Degott N.<sup>2</sup>, Schubert T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland

Sowohl in der klinischen Praxis wie auch in der Ausbildung von Gruppenpsychotherapeutinnen ist es oft schwierig, über die Geschehnisse in Gruppen verständlich und einheitlich zu kommunizieren. Um dies zu verändern, wird derzeit eine Operationalisierte Basisdokumentation gruppenpsychotherapiebezogener Variablen erstellt und klinisch erprobt. Neben der Erfassung von Strukturmerkmalen der Gruppe umfasst die Dokumentation Angaben zu

Gruppenprozessen (z.B. Entwicklungsstadium, Ranfdynamik), zu den vorherrschenden Themen und zum Leiterverhalten.

**P-42-FR**

#### **Wurde zurückgezogen**

**P-43-FR**

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

Hauke G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBT-Institut, München, Deutschland

Wenn es Therapeuten gelingt, das abstrakte Konzept der Werte für Patienten erlebbar und spürbar zu machen, dann verfügen beide über ein machtvolleres Instrument ressourcen-orientierter Arbeit. Im Chaos schwieriger Gefühle und Phasen partieller Destabilisierung ist es für Patienten wichtig, den roten Faden nicht zu verlieren und klar zu wissen, warum sie sich auf anstrengende Wandlungsprozesse einlassen. Die innere Antwort auf dieses „Warum“ sollte in einer affektiv positiven und vitalisierenden Antwort bestehen. Dabei helfen starke persönliche Werte: wie Fixsterne vermitteln sie Aufbruchstimmung und Orientierung.

In diesem Vortrag werden zunächst allgemeinpsychologische, sozialpsychologische und neurokognitive Befunde zur Einordnung und zum Verständnis eines erlebnisorientierten Wertekonzepts dargestellt. Anschließend wird gezeigt, wie mit Hilfe neuartiger Embodiment-Techniken die Werte „in den Körper“ kommen, um dann motivational ihre Kraft zu entfalten. Damit bekommen Werte buchstäblich den Status von *Haltungszielen*, die den üblichen Zielen in der Therapie, den *Handlungszielen*, nicht nur Energie, sondern auch Sinn verleihen. Dann können Werte auch dabei helfen, stimmige Handlungsweisen auf dem Weg zum Ziel zu ermitteln. Spezifische Embodimenttechniken, die sich der Atmung und des Körperausdrucks bedienen, unterstützen eine emotional getönte Zielannäherung.

Lernen Sie eine Arbeitsweise kennen, die nicht nur Patienten sondern auch ihre Therapeutinnen und Therapeuten vitalisiert.

**P-44-FR**

#### **Achtsamkeit, Liebe und Mitgefühl als Grundhaltungen und Wirkfaktoren therapeutischen Handelns**

Rommel A.<sup>1</sup>, Rommel-Richarz B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim, Dept. Psychologie, LMU München, Bad Mergentheim, Deutschland

Die Persönlichkeit, eine feinfühligere Beziehungsgestaltung, Haltungen und ein authentisches Verhalten von Therapeuten und Patienten, sowie eine gemeinsame Sprache und Kultur (sog. „*unspezifische Wirkfaktoren*“), gelten trotz vieler ausdifferenzierter therapeutischer Techniken als Schlüssel zum Therapieerfolg.

Dabei stellt sich die Frage, wie eine förderliche *therapeutische Kultur* und eine *tragfähige mitmenschliche Beziehung* konkret entwickelt werden können.

Auf der Basis bindungstheoretischer Überlegungen, achtsamkeits- und akzeptanzbasierter Ansätze, phänomenologischer, lebens- und existenzphilosophischer Grundlagen, vertreten wir die These, dass Achtsamkeit, eine existentielle Grundorientierung in der Therapie, Feinfühligkeit, Wertschätzung, Mitgefühl und die Förderung von Einsicht und Reflexivität, Schlüsselkompetenzen in einem gelingenden therapeutischen Prozess sind. Dies trifft besonders für PatientInnen in Grenzsituationen (schwer traumatisierte Menschen, Menschen in suizidalen Krisen, lebensbedrohlich erkrankte Patienten, u.a.) zu.

Wir erläutern Hintergründe und empirische Evidenzen für diese These, geben Beispiele aus der therapeutischen Arbeit mit PatientInnen mit Borderline-Störungen, Essstörungen und schweren posttraumatischen Belastungsstörungen und zeigen Möglichkeiten, wie diese Schlüsselkompetenzen in der therapeutischen Ausbildung vermittelt und in der praktisch-therapeutischen Arbeit gelebt werden können.

**P-45-FR**

**Auswirkungen der genetischen Varianten des Oxytocin Rezeptors auf die Ich strukturellen Fähigkeiten eines Patienten (z.B. nach OPD) und deren Therapieverlauf**

Zinke A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kassel, Deutschland

Seit neuestem zeigen sowohl amerikanische als auch deutsche genetisch-psychologischen Untersuchungen, dass Probanden die die genetische Variante des Oxytocin Rezeptors GG besitzen über eine signifikant bessere Empathiefähigkeit verfügen als die anderen genetischen Varianten GA,AA (1.2.3.). Die Versuchsteilnehmer mit der GG-Variante des Rezeptorgens hatten eine 22,7% geringere Häufigkeit falscher Antwort als die restlichen Probanden. Der getestete Unterschied von 22,7 % kann im allgemeinen als sehr hoch signifikant eingeschätzt werden. Die Genvariante GG kommt zu 25 % in der Normalbevölkerung vor. Die Empathiefähigkeit eines Menschen zählt zu den grundlegenden Ich strukturellen Fähigkeiten und wird unter anderem im Rahmen des OPDs auf der Objekt Beziehungsskala abgebildet. Die Ich strukturellen Fähigkeiten eines Patienten haben einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf und die Prognose einer Psychotherapie. Da es bei den genetisch-psychologischen Untersuchungen bereits deutliche Hinweise gibt, dass sich die genetische Variante des Probanden bereits aus dem Verhalten des Probanden prognostizieren lässt, erscheint eine Untersuchung des Phänomens mit psychotherapeutischen Methoden erfolversprechend und sinnvoll. Gerade bei aller Subjektivität in der Psychotherapie erscheint die Möglichkeit eines objektiven Kriteriums (genetische Variante),

eine gute Möglichkeit zu sein, bereits zu Beginn einer Behandlung, wichtige Aussagen über den Therapieverlauf und die Prognose stellen zu können.

Bei der genaueren Erforschung der Bedeutung der unterschiedlichen Varianten des Oxytocin Rezeptors steht die Wissenschaft zwar noch am Anfang, wir Psychotherapeuten können jedoch, allein aus unserer Berufserfahrung, einen erheblichen Beitrag bei der weiteren Differenzierung dieses vermutlich sehr weit reichenden genetischen Phänomens leisten.

1. Rodrigues et al., Oregon State University, 19.11.2009-NPO
2. Kogan et al., University of Toronto, 19.10.2011, PNAS
3. Baumgartner, Universität Bonn, 2012

**P-46-FR-T**

**Are we short-sighted when it comes to long-term effects of psychotherapy?**

Steinert C.<sup>1</sup>, Kruse J.<sup>1</sup>, Leichsenring F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Gießen, Deutschland

Mental disorders are common and represent a significant public health concern. There is evidence from randomized controlled trials that psychotherapy is efficacious for a wide range of mental disorders, e.g. depression and anxiety. However, these findings mainly refer to short- or medium-term outcomes. Evidence for treatment efficacy beyond a time span of two years is extremely scarce. Where it exists, results show that a considerable proportion of patients are not stably remitted or relapse within a few years after psychotherapy.

Furthermore, treatment responders are often overrepresented in follow-ups while non-responders are lost to attrition or not followed-up systematically. This may result in an overestimation of treatment effects. Related to this is the problem of differential retention which occurs when high-risk patients are systematically excluded from one treatment condition, hereby subverting the effects of initial randomization of patients to treatment arms and again leading to distorted results. As non-responders to existing treatments are frequent they ought to become a more integral part of future psychotherapy research. It is non-responders from whom researchers may learn better how an existing treatment could be improved.

These research gaps and possible reasons for it are presented. Recommendations for future psychotherapy research are outlined. As a conclusion, a study design for combining both, the investigation of long-term treatments and the study of non-response is proposed, taking issues of clinimetrics, sequential treatments and statistical power into account.

Whether therapies, especially those recommended by official treatment guidelines, have enduring effects is of high interest for patients, clinicians and the health care system in general.

P-47-FR

### **IMPULS: Impulsivitätsbezogene Verhaltensmodifikation zur Reduktion von Essanfällen bei Patienten mit Binge-Eating-Störung**

Schag K.<sup>1</sup>, Leehr E.<sup>1</sup>, Martus P.<sup>2</sup>, Bethge W.<sup>3</sup>, Becker S.<sup>1</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Giel K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Klinische Epidemiologie und Angewandte Biometrie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Klinische Studien, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Binge-Eating-Störung (BES) ist durch wiederkehrende Essanfälle mit Kontrollverlust gekennzeichnet. Experimentellen Studien zufolge stellen sowohl eine generell erhöhte als auch eine speziell nahrungsbezogene Impulsivität Risikofaktoren für die BES dar (vgl. Schag, Schönleber et al., 2013; Schag, Teufel et al., 2013). Demzufolge könnte eine auf Impulsivität bezogene Verhaltensmodifikation die Kontrolle über impulsives Essverhalten erhöhen und damit zu einer Reduktion von Essanfällen führen.

**Methoden:** Daher wurde ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Gruppenprogramm für Personen mit BES entwickelt, das speziell impulsives Essverhalten adressiert (IMPULS-Programm). Zentrale Interventionen umfassen dabei Nahrungskonfrontationsübungen mit Reaktionsverhinderung und die Vermittlung von Selbstkontrolltechniken. Die Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit des IMPULS-Programms wird aktuell in einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft. Dabei werden Probanden einer Experimentalgruppe, in der das IMPULS-Programm durchgeführt wird, mit Probanden einer Kontrollgruppe verglichen, die nicht an dem Programm teilnehmen. Pro Gruppe sollen 39 Probanden eingeschlossen werden. Wir vergleichen beide Gruppen hinsichtlich der Veränderung der Anzahl an Essanfällen nach Behandlungsende sowie in einer 3-Monats-Katamnese. Zusätzlich werden weitere Essstörungssymptome und Impulsivitätskennwerte über Fragebögen, Prozessanalysen und objektive Eyetrackingmessungen erhoben.

**Erste Ergebnisse:** Die IMPULS-Studie ist im Zentralen Register für Klinische Studien registriert (DRKS00007689) und wurde im März 2015 gestartet. Aktuell konnten 21 Probanden in die Studie eingeschlossen werden. Zwei Gruppen haben das IMPULS-Programm bereits durchlaufen. Bisher hat ein Kontrollproband die Studienteilnahme abgebrochen und ein Proband hat das Gruppenprogramm abgebrochen. Es kam zu keinen schwerwiegenden Ereignissen. Bezüglich der Akzeptanz gaben die Gruppenteilnehmer an, insgesamt zufrieden mit dem IMPULS-Programm zu sein und dass sie erneut daran teilnehmen würden. Die Dauer des Programms wurde als etwas kurz empfunden.

**Ausblick und Diskussion:** Bis März 2016 ist die Erhebung zweier weiterer IMPULS-Gruppen geplant. Das Studienprotokoll ist aktu-

ell zur Veröffentlichung eingereicht. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit werden nach Abschluss der Studie veröffentlicht und tragen zur Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes bei.

P-48-FR

### **Achtsamkeit, Bindungsrepräsentationen und die Fähigkeit zur Emotionsregulation bei Patienten mit Borderline-Störungen, Essstörungen und PTBS**

Remmel A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim, Dept. Psychologie, LMU München, München, Deutschland

In einer systematischen Psychotherapie-Studie bei mehr als 300 stationär behandelten PatientInnen mit den Hauptdiagnosen einer BPS, PTBS, einer Anorexia nervosa, einer Bulimie nervosa und einer Major Depression, untersuchten wir die Ausprägung der Facetten von Achtsamkeit zu Therapiebeginn und deren Korrelation mit Bindungsstilen, Alexithymie, Emotionsregulation und Symptomausprägungen. Faktorenanalytisch kamen wir dabei zu einer Drei- bzw. Vier-Faktoren-Lösung.

Mittels multipler regressionsanalytischer Methoden stellten wir uns dann die Frage, welche wesentliche Prädiktoren therapeutischen Outcomes bei diesen unterschiedlichen Diagnosegruppen sind.

Die Ergebnisse zeigen diagnosespezifisch wie transdiagnostisch den Stellenwert von Teilfacetten von Achtsamkeit (Neubewertung, achtsam handeln) und der Fähigkeit zur Emotionsregulation als zentrale Prädiktoren therapeutischen Outcomes bei diesen Patientengruppen.

Der Beitrag stellt die Ergebnisse diagnosegruppenspezifisch und transdiagnostisch dar und diskutiert deren Relevanz für die stationäre Psychotherapie vor dem Hintergrund neurobiologischer Befunde zu Achtsamkeit und Emotionsregulation bei Patienten dieser Diagnosegruppen. Ebenso widmen wir uns der Frage, auf welche Weise Achtsamkeit im Rahmen der stationären Psychotherapie konkret gefördert werden kann.

## Stressforschung

P-49-FR-T

### **Erschöpft durchs Medizinstudium? - Burnout-Erleben und seine Determinanten bei Medizinstudierenden in unterschiedlichen Abschnitten ihrer Ausbildung**

Erschens R.<sup>1</sup>, Muff I.<sup>1</sup>, Bugaj T.<sup>2</sup>, Nikendei C.<sup>2</sup>, Zipfel S.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Die erhöhte Prävalenz für Burnout-Erleben bei Ärztinnen und Ärzten ist in der Literatur inzwischen gut beschrieben. Als Goldstandard gilt hier der Maslach Burnout Inventar (MBI) mit den Teilbereichen „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „persönliche Leistungsfähigkeit“. Ein erhöhtes Risiko ein Burnout-Syndrom zu entwickeln ist auch bereits während des Medizinstudiums in Studien festgestellt worden. Wenig Aufklärung existiert aber bisher zur Frage, wie sich die Burnout-Belastung in unterschiedlichen Abschnitten ihrer Ausbildung darstellt und welche spezifischen Stressoren und Resilienzfaktoren dieses Erleben determinieren.

**Methodik:** Medizinstudierende des 3., 6., und 9. Semesters sowie PJ-Studierende wurden mittels der Studierende Version des MBI (MBI-SS-GV) zu ihrem Burnout-Erleben befragt. Zur Erfassung spezifischer Stressoren und Resilienzfaktoren wurde der „Tübinger Studierenden Stressoren und Copingstrategien Inventar“ (Tü-SSCI) verwendet.

**Ergebnis:** 597 von 845 eingeladenen Studierenden nahmen an der Befragung teil (RR = 71%). Für die Subskala des MBI „Emotionale Erschöpfung“ lagen  $n = 146$  (24,5%) der Medizinstudierenden im Risiko-Bereich ein Burnout zu entwickeln (Summenwert  $\geq 16$ ). Für die MBI-Subskalen persönliche Leistungsfähigkeit lagen  $n = 215$  Studierende (36,0%) im Hoch-Risiko-Bereich (Summenwert  $\leq 23$ ). Für die MBI-Subskala „Depersonalisation, in der Studierenden Version „Zynismus“ genannt, die mit emotionaler Gleichgültigkeit und Distanzierung vom Studium einhergeht, waren  $n = 114$  (19,1%) der Studierenden gefährdet (Summenwert  $\geq 10$ ). Das Burnout-Syndrom wird in der Literatur vornehmlich definiert, als das gleichzeitige Bestehen hoher „Emotionaler Erschöpfung“ oder hoher Ausprägung für „Zynismus“. Danach hätten  $n = 206$  (34,5%) der untersuchten Studierenden ein behandlungsbedürftiges Burnout-Syndrom. Für die Skala „Zynismus“ ergab sich ein signifikanter Effekt für den Ausbildungsfortschritt: Es ergaben sich jeweils höhere Werte für die Gruppe des nächst höheren Semesters.

**Diskussion:** Die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie zeigen eine ernstzunehmende Burnout-Belastung der untersuchten Medizinstudierenden. Weitere Analysen zur Aufklärung der Determinanten sind aktuell in Arbeit, um so zielgerichtete Interventionen der Verhaltensprävention entwickeln und verbessern, bzw. Umgebungsfaktoren, d.h. Verhältnisprävention adressieren zu können. Die detaillierten Analysen werden für die Präsentation im Rahmen des Kongresses vorgestellt.

#### P-50-FR-T

### Stresserleben bei Medizinstudierenden: Welche Rolle spielen Bindungserleben und Persönlichkeitsaspekte?

Bugaj T.<sup>1</sup>, Mülsch C.<sup>1</sup>, Ehrental J.<sup>1</sup>, Schauenburg H.<sup>1</sup>, Huber J.<sup>1</sup>, Schmid C.<sup>1</sup>, Junne F.<sup>2</sup>, Erschens R.<sup>2</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>

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

**Einleitung:** Ab dem ersten Studienjahr kommt es im Medizinstudium zur Zunahme von psychischen Belastungen. Unklar bleibt, wie das Auftreten dieser Belastungen mit dem Bindungsmuster oder mit strukturellen Funktionen der Persönlichkeit in Verbindung steht. Ziel dieser Studie war es, zu eruieren, ob ein Zusammenhang zwischen den überdauernden Persönlichkeitsvariablen Bindungsstil und Strukturniveau mit dem akuten Stresserleben zu Studienbeginn besteht.

**Material und Methoden:** Im Rahmen dieser Studie wurden im WS 2013/2014 alle Studierenden des ersten Semesters Humanmedizin eingeladen, an einer Fragebogenuntersuchung zur Identifizierung von Belastungsfaktoren teilzunehmen (MBI-SS, PSQ, PHQ-9, GAD-7, SWE). Gleichzeitig wurde der vorherrschende Bindungsstil ermittelt (RQ) und eine Beurteilung der strukturellen Kompetenzen vorgenommen (OPD-SFK).

**Ergebnisse:** Es nahmen 293 Studierende teil. Sicher gebundene Studierende erlebten signifikant weniger Stress als unsicher gebundene Studierende ( $p = 0,019$ ). Studierende mit hohem Strukturniveau zeigten sich signifikant weniger stressbelastet ( $p < 0,001$ ) und wiesen geringere Erschöpfungs- ( $p < 0,001$ ) und Zynismuswerte auf ( $p < 0,001$ ), während sie ein höheres Effizienzerleben hatten ( $p < 0,001$ ). Der Einfluss von Bindungsverhalten auf das Stresserleben wird durch das Strukturniveau der Persönlichkeit mediiert.

**Diskussion:** Es bestehen signifikante Korrelationen zwischen Bindungsstil und Strukturniveau mit dem Burnout-Risiko sowie der Stressbelastung. Das Strukturniveau der Persönlichkeit mediiert den Zusammenhang zwischen dem bindungsbezogenen „Modell des Selbst“ und Stresserleben, d.h. ein positives „Modell des Selbst“ kann eine stressprotektive Wirkung haben, wenn gute strukturelle Fähigkeiten vorhanden sind.

**Schlussfolgerung:** Ein unsicherer Bindungsstil und ein niedrigeres Strukturniveau könnten mit einem höheren Stresserleben im Rahmen der Schwellensituation des Studienbeginns einhergehen. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Persönlichkeitsvariable Bindungsstil, vermittelt über die Persönlichkeitsstruktur, zu einem höheren Stresserleben führt. Betroffene könnten frühzeitig einer Präventionsmaßnahme zugeführt werden, um eine Vorbereitung auf diese Schwellensituation zu ermöglichen. Longitudinal-prospektive Studien sind notwendig, um zu erforschen, ob die Vermutung, dass eine in der Schulzeit vorbestehende Vulnerabilität erst in der Schwellensituation zur Exazerbation der psychischen Belastungen führt, zutreffend ist.

P-52-FR

## Psychometrische, psychophysiologische und humorale Aspekte des Stresserlebens deutscher und internationaler Studierender im ersten Studiensemester - eine vergleichende Studie

Huhn D.<sup>1</sup>, Erschens R.<sup>2</sup>, Junne F.<sup>2</sup>, Eckart W.<sup>3</sup>, Herzog W.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Ärzte erleben sich häufig als psychosozial belastet - eine geringere Lebensqualität, eine verminderte Empathie- und Leistungsfähigkeit sowie eine abnehmende Qualität der Patientenversorgung sind in vielen Fällen die Folge. Alarmierend erscheint in diesem Zusammenhang, dass auch auf Seiten der Medizinstudierenden bereits ein Fünftel die Hochschule mit einer signifikanten Burnout-Belastung verlässt. Internationale Medizinstudierende wiederum - als ausgewiesene Risikogruppe - erleben sich sogar als noch gestresster. Untersuchungen zur Stressbelastung von Medizinstudierenden haben sich bislang größtenteils auf Selbsteinschätzungen der Betroffenen konzentriert.

**Fragestellung:** Lässt sich das subjektive Stresserleben auch in veränderten psychophysiologischen bzw. humoralen Parametern zeigen?

**Methode:** N = 30 deutsche sowie N = 30 internationale Medizinstudierende werden zu Beginn ihres ersten Fachsemesters im Oktober 2015 in die Studie eingeschlossen. Dabei durchlaufen sie folgende Bausteine:

- 1) Sie nehmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Semesters an Fragebogenerhebungen zur psychosozialen Belastung teil.
- 2) Außerdem wird ihre Herzfrequenzvariabilität als psychophysiologischer Stressparameter in unterschiedlichen Anforderungssituationen (Seminar, schriftliche und mündliche Prüfung) sowie einer Ruhesituation erhoben.
- 3) In Bezug auf humorale Stressparameter wird den Studierenden zu Beginn und am Ende des Semesters eine Haarprobe entnommen, welche mittels Haarsegmentanalyse auf die Cortisol-Konzentration untersucht wird.

**Hypothesen:** Es wird erwartet, dass

- 1) die Studierenden bereits zu Beginn ihres Studiums leicht erhöhte Stresswerte aufweisen und dass
- 2) diese im Verlauf des ersten Semesters steigen. Des Weiteren wird vermutet, dass
- 3) zwischen den psychometrischen sowie den psychophysiologischen bzw. humoralen Parametern hohe korrelative Zusammenhänge bestehen. Außerdem wird davon ausgegangen, dass
- 4) internationale Studierende eine höhere Stressbelastung aufweisen als ihre deutschen Kommilitonen.

P-53-FR

## Herzratenvariabilität als physiologischer Stressmarker von Prüfungsangst und Nervosität während Prüfungssimulationen

Schmid C.<sup>1</sup>, Cranz A.<sup>1</sup>, Kihm M.<sup>2</sup>, Koechel A.<sup>1</sup>, Huhn D.<sup>1</sup>, Nikendei C.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universitätsklinik Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinik Heidelberg, Nierenzentrum, Heidelberg, Deutschland

**Einleitung:** Die Herzfrequenzvariabilität (HRV) ist ein viel diskutierter psychophysiologischer Stressmarker. Sie ist eine Messgröße der neurovegetativen Aktivität sowie autonomen Funktion des Herzens und wird als Kenngröße für die Anpassungsfähigkeit an innere und äußere Belastungsfaktoren angesehen. Bisherige Studien zeigen, dass sich die HRV eignet, um psychischen Stress zu messen und es liegt nahe, dass die HRV auch sensitiv auf starke Emotionen reagiert. Es konnte gezeigt werden, dass Prüfungssimulationen für Prüflinge als sehr real empfunden werden und somit starke Anforderungssituationen darstellen. Erstmals wurde nun auf psychophysiologischer Ebene der Zusammenhang zwischen Prüfungsangst, Herzratenvariabilität (HRV) und Prüfungsleistung in einer Prüfungssimulation untersucht.

**Material und Methoden:** Im Rahmen dieser Studie wurden im SS 2015 Medizinstudierende der Universität Heidelberg eingeladen, an einer Prüfungssimulation des mündlichen Staatsexamens und einer damit verbundenen psychophysiologischen Erhebung teilzunehmen. Vor der Prüfungssimulation wurden mittels Fragebögen habituelle Angst (STAI-T) und Prüfungsangst (PAF) der Teilnehmer erhoben und mithilfe eines Herzfrequenzmessgeräts (Polar V800) die Herzratenvariabilität während der Prüfungssimulation gemessen. Die Affektivität während der einzelnen Prüfungsabschnitte wurde sowohl von den Prüflingen selbst als auch von den Prüfern eingeschätzt.

**Ergebnisse:** Es nahmen in einem ersten Durchlauf n=15 Medizinstudierende des 12. Semesters an der Studie teil. Die HRV war während der Prüfungsabschnitte signifikant höher als in Ruheabschnitten ( $p=0,03$ ). Die Subskala „Besorgtheit“ des Prüfungsangstfragebogens korrelierte in hohem Maße mit der HRV während der Prüfungssimulation ( $r=0,66$ ,  $p=0,02$ ). Auch die subjektive negative Affektivität während der Prüfungsabschnitte ( $r=0,63$ ,  $p=0,02$ ) und die von den Dozenten eingeschätzte Nervosität der Prüflinge ( $r=0,74$ ,  $p=0,004$ ) korrelierte in hohem Maße mit der HRV. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Prüfungsleistung und HRV bzw. Prüfungsleistung und Prüfungsangst.

**Diskussion:** Die vorliegende Studie liefert erste Hinweise dafür, dass sich die HRV als physiologischer Marker für Stress, Nervosität und Besorgtheit zu eignen scheint. Dies soll in einem zweiten Durchlauf im WS 2015/2016 mit n=40 weiteren Teilnehmern validiert werden.

## Sucht und Abhängigkeit

P-54-FR

### Impulsivität und pathologisches Kaufen

Zander H.<sup>1</sup>, Voth E. M.<sup>1</sup>, Claes L.<sup>2</sup>, de Zwaan M.<sup>1</sup>, Müller A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hannover, Deutschland, <sup>2</sup>KU Leuven, Leuven, Belgien

**Hintergrund und Ziel:** In der Literatur wird häufig über eine erhöhte Impulsivität bei Patienten mit pathologischem Kaufverhalten berichtet. Die Studie hatte zum Ziel, die Häufigkeit verschiedener impulsiver Verhaltensweisen bei kaufsüchtigen Patienten zu erfassen und mit nicht-kaufsüchtigen Patienten, die sich in stationärer Psychotherapie befinden, sowie gesunden Kontrollpersonen zu vergleichen.

**Methodik:** In die Untersuchung wurden drei Gruppen mit je 31 Frauen und 6 Männern einbezogen: Patienten mit diagnostizierter Kaufsucht, Patienten in psychosomatischer Behandlung ohne Kaufsucht und Personen ohne psychische Erkrankung. Diagnose / Ausschluss von Kaufsucht erfolgte mit einem strukturierten klinischen Interview sowie anhand der Compulsive Buying Scale. Mittels Fragebögen wurden Symptome einer Borderline Persönlichkeitsstörung, von Risikoverhalten, Binge Eating sowie ADHS erfasst. Die Häufigkeit von Impulskontrollstörungen wurde mit einem klinischen Interview ermittelt.

**Ergebnisse:** Während beide Patientengruppen mehr Symptome einer Borderline Persönlichkeitsstörung und von ADHS berichteten als die gesunde Kontrollgruppe, zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Kaufsucht. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht bezogen auf die Frequenz von Binge Eating und Risikoverhalten. Im Gegensatz dazu wurde im Interview bei den Patienten mit Kaufsucht signifikant häufiger eine aktuelle Impulskontrollstörung festgestellt als bei Patienten in stationärer Psychotherapie ohne Kaufsucht oder bei Kontrollpersonen (38,7% vs. 12,9% vs. 12,9%,  $p=0.017$ ).

**Fazit:** Die Ergebnisse weisen auf eine vergleichbare Häufigkeit impulsiver Verhaltensweisen im Selbstbericht bei Patienten mit vs. ohne Kaufsucht hin. Hingegen ergaben die interviewbasierten Resultate eine erhöhte Neigung zu Impulskontrollstörungen bei den kaufsüchtigen Patienten. Die widersprüchlichen Befunde werden hinsichtlich der Bedeutsamkeit von Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie bezogen auf klinische Implikationen diskutiert.

P-55-FR

### Wirksamkeit und Wirkfaktoren einer psychotherapeutischen Gruppenintervention bei Internetsucht - eine qualitative Analyse

Wölfling K.<sup>1</sup>, Müller K. W.<sup>1</sup>, Beutel M. E.<sup>2</sup>, Dreier M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ambulanz für Spielsucht, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

**Einleitung:** Qualitativer Analyseansatz wurde zur Identifikation von prädisponierenden Faktoren des Therapieerfolges bei Computerspiel- und Internetsucht angewandt. Die relevanten Faktoren zur Entwicklung einer internetbezogenen Verhaltenssucht und ein Modell zum Therapieerfolg werden vorgestellt.

**Methode:** Verhaltenstherapeutische Gruppensitzungen von sechs therapiesuchenden männlichen Patienten wurden qualitativ bzgl. den Therapieerfolg prognostizierenden Faktoren untersucht. Dazu wurden die Sitzungen einer psychotherapeutischen Gruppenintervention blind analysiert. Ein hybrider Ansatz bestehend aus dem theoretischen Sampling der Grounded Theory und Thematischer Analyse wurde verwendet.

**Ergebnisse:** Einen Stufenmodell, welches relevante Risikofaktoren beinhaltet und aus den Stufen

1) Veränderungswille,  
2) Problemverständnis und  
3) Coping-Erfahrung besteht, wird detailliert vorgestellt, inhaltlich beschrieben und diskutiert. Patienten, die alle drei genannten Stufen durchlaufen, zeigen ein erfolgreiches Therapieergebnis. Dabei kommt der letzten Stufe der positiven Coping-Erfahrung eine besondere Bedeutung zu.

**Fazit:** Zukünftige verhaltenstherapeutische Interventionen für Computerspiel- und Internetsucht sollten die im Modell des Therapieerfolges beschriebenen Faktoren und psychotherapeutisch wirksamen Mechanismen berücksichtigen.

P-57-FR-T

### Suchtgefährdung bei Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen

Brommer M.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>, Wachter K.<sup>1</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, Ermer J.<sup>1</sup>, Braun M.<sup>1</sup>, Schönfeldt-Lecuona C.<sup>1</sup>, Freudenmann R.<sup>1</sup>, Beschner P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Uniklinik Ulm, Ulm, Deutschland

**Einführung:** Laut aktuellen Studien haben Ärzte ein höheres Risiko an Süchten zu erkranken als der Rest der Bevölkerung. Durch die Erhebung epidemiologischer Daten im deutschsprachigen Raum entsteht zunehmend Bewusstsein für das Thema Ärztegesundheit. Zu Vergleichen zwischen den unterschiedlichen

ärztlichen Fachrichtungen liegen jedoch kaum Daten vor. Auf insgesamt fünf großen Ärztekongressen der Fachrichtungen Anästhesie/Notfallmedizin, Psychiatrie, Zahnmedizin sowie Urologie und Gynäkologie haben wir Daten erhoben.

**Methodik:** Die Kongressteilnehmer wurden während ihres Kongressbesuches mit einer

Fragebögen zu Person, Arbeitssituation, familiärer Situation, Gesundheitszustand, Alkoholkonsum und Medikamentengebrauch befragt. Zudem kamen standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente wie das Maslach-Burnout-Inventar (MBI), Beck-Depressions-Inventar (BDI), Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), Overcommitment (OC) und Effort-Reward-Imbalance (ERI) zum Einsatz. Der Fragebogenrücklauf betrug um die 50%. Erfasst wurden die Daten von N=1180 Psychiatern, N=1341 Anästhesisten, N=81 Zahnärzten, N=128 Gynäkologen und N=135 Urologen.

**Ergebnisse:** Im Bezug auf die Medikamenteneinnahme ohne ärztliche Verordnung stellten wir fest, dass 5,9 % der Psychiater, 1,6 % der Gynäkologen, 1 % der Anästhesisten, und 0 % der Urologen und Zahnärzte Antidepressiva einnehmen. Bei der Einnahme der Sedativa ohne ärztliche Verschreibung zeigten sich ähnliche Zahlen mit 3,7 % bei den Zahnärzten, 2,9 % bei den Psychiatern, 1,6 % bei den Anästhesisten, 1,5 % bei den Urologen und 0,8 % bei den Gynäkologen. Die nicht verordnete Einnahme von Schmerzmitteln war im Vergleich zu den Antidepressiva und Sedativa in allen Gruppen hoch: Bei den Gynäkologen betrug sie 14,1 %, bei den Zahnärzten 12,3 %, bei den Anästhesisten 10,7 %, bei den Urologen 8,9 % und bei den Psychiatern 6,9 %. Einen riskanten Alkoholkonsum wiesen 17,9 % der Zahnärzte, 13,4% der Psychiater, 13,3 % der Urologen, 12,8 % der Anästhesisten und 11,7 % der Gynäkologen auf.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, dass auch in unserer Studie eine deutliche Gefährdung hinsichtlich Depression und Suchterkrankungen in verschiedenen Arztgruppen gefunden wurde. Es zeigen sich Unterschiede in den Arztgruppen, die aber evtl. auch auf spezielle Selektionskriterien (Kongressbesucher) und die unterschiedlichen Stichprobengrößen zurückzuführen sind. Vergleiche mit Daten aus der Gesamtbevölkerung werden sich noch anschließen.

P-58-FR

### Mein Selbst und sein Smartphone. Eine qualitative Studie zur Erhebung der spezifischen Faktoren bei der (pathologischen) Smartphone-Nutzung

Dieris-Hirche J.<sup>1</sup>, Steinbüchel T.<sup>2</sup>, te Wildt B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Becker Klinik Möhnesee, Psychosomatik, Kardiologie, Psychokardiologie, Möhnesee, Deutschland, <sup>2</sup>LWL-Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bochum, Deutschland

**Hintergrund:** Seit 2009 nimmt die Nutzung von Smartphones in Deutschland kontinuierlich zu (GfK; gfu; BVT, zitiert nach sta-

tista.com). Fast 25 Millionen Smartphones wurden 2014 verkauft (ebd.), und die Anwendungen des Smartphones durchziehen immer mehr unseren beruflichen und privaten Alltag. Diesem Trend folgend, werden auch klinisch immer mehr Menschen mit pathologischer Smartphone-Nutzung in z.B. Medienambulanzen angetroffen. Auch verschiebt sich bei Menschen mit Internetabhängigkeit (etwa 1% aller Deutschen zwischen 14-64 Jahren, nach PINTA-DIARI) das Profil der Mediennutzung hin zum Smartphone. Während z.B. die Online-Computerspiel-Abhängigkeit mehr und mehr beforscht wird und damit nach DSM-V zumindest als Forschungsdiagnose etabliert werden konnte (APA, 2013), ist das Verständnis über die relevanten Faktoren, die zu einem dysfunktionalen Gebrauch des Smartphones führen, bisher allenfalls rudimentär bekannt.

**Ziel:** Die hier präsentierte Untersuchung möchte induktiv Wissen über die spezifischen Faktoren der Smartphone-Nutzung generieren und ein Modell entwickeln, das Mehrwert für den klinisch-psychotherapeutischen Umgang mit Betroffenen liefert.

Die zentrale Forschungsfrage lautet:

**Welche spezifischen Faktoren sind bei der Smartphone-Nutzung wirksam, und welche Rolle spielen diese bei der pathologischen Smartphone-Nutzung im Sinne einer Verhaltenssucht?**

**Methodik:** In Ermangelung an Modellen und Konzepten zur individuellen Bedeutung des Smartphones für seine Nutzer soll im Rahmen des Forschungsprojektes eine hypothesengenerierende Herangehensweise gewählt werden. Um wissenschaftsmethodisch angemessen und nachvollziehbar vorzugehen, wird die qualitative Forschungsmethode *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1996) genutzt, welche auf Basis von Interviews eine datengestützte Theoriebildung ermöglicht. Konkret werden Datenquellen mit möglichst kontrastierenden Tendenzen (methodisch standardisiert) ausgewertet, um dann hermeneutisch-reflektierend Konzepte zu entwickeln. Methodisches Ziel sollte eine gewisse Sättigung des entstehenden Modells zur Bedeutung des Smartphones für den Nutzer sein, welches dann in weiteren Anschlussstudien (quantitativ oder qualitativ) validiert werden soll.

Der hier eingereichte Beitrag stellt einerseits die methodische qualitative Herangehensweise vor (und gerne zur Diskussion) und bietet einen vorläufigen Überblick über die bisher gefundenen Konzepte.

**Literaturnachweis:** Kann beim Erstautor angefordert werden.

### Traumaforschung

P-59-FR

### Veränderung des Volumens des Bulbus Olfactorius bei psychosomatischen Patienten mit der Erfahrung von Kindesmisshandlung

Rottstädt F.<sup>1</sup>, Hummel T.<sup>2</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Schellong J.<sup>3</sup>, Croy I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und



Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Dresden, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Dresden, Deutschland

Der Bulbus Olfactorius (BO) gilt als erste Station bei der neuronalen Verarbeitung olfaktorischer Informationen. Zudem gilt er als eine neuronale Struktur, die postnatale Neuroplastizität aufweist. In Tierstudien konnte gezeigt werden, dass das Volumen des BO bei sensorischer Deprivation schrumpft, bei anschließender normaler Stimulation allerdings wieder zunimmt. Ob ein ähnlicher Mechanismus der Neurogenese beim Menschen nachweisbar ist, ist Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion. Tierstudien weisen nach, dass chronischer Stress die Neurogenese stört. Ob ähnliche Effekte beim Menschen, gerade bei chronischem Stress in der Kindheit, nachweisbar sind, ist bisher nicht bekannt.

Studien konnten bereits zeigen, dass das Volumen des BO bei Patienten mit depressiven Störungen verringert ist. Diese Patienten weisen eine geringere olfaktorische Sensitivität auf, welche sich nach erfolgreicher Psychotherapie verbessert. Außerdem konnte die Verringerung des Bulbusvolumens bei Patienten mit Kindesmisshandlung in der Biografie, im Vergleich zu Patienten ohne diese Erfahrung, an einer kleinen Stichprobe nachgewiesen werden. Kindesmisshandlung ist ein einschneidender Stressor während der Entwicklung eines Menschen. Zahlreiche neurologische Veränderungen im Erwachsenenalter konnten bei Vorliegen nachgewiesen werden: erhöhte Entzündungsproteine, verringertes Hippokampsvolumen sowie reduziertes Volumen im medialen präfrontalen Cortex. Diese Studie möchte Veränderungen im Volumen des Bulbus Olfactorius als Folge gestörter postnataler Neurogenese aufgrund von Kindesmisshandlung an einer großen Stichprobe, unter Kontrolle der Depressivität der Probanden, nachweisen. Hierfür vergleichen wir psychosomatische Patienten mit und ohne Erfahrung von Kindheitsmisshandlung und gesunde Kontrollprobanden hinsichtlich ihres Bulbusvolumens mittels struktureller MRT-Messung. Außerdem vergleichen wir die Probandengruppen hinsichtlich ihrer Riechschwelle und der Fähigkeit Gerüche zu identifizieren. Dafür werden Riechtestungen durchgeführt. Auf dem deutschen Kongress für psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden erste Ergebnisse präsentiert und Therapieimplikationen diskutiert.

#### P-60-FR

### Veränderung im Stresserleben bei stationären Traumapatienten mit komorbider Dissoziation

Kummer S.<sup>1</sup>, Klose M.<sup>1</sup>, Croy I.<sup>1</sup>, Schmiedgen S.<sup>1</sup>, Weidner K.<sup>1</sup>, Schellong J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum C.G. C. der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden, Deutschland

Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung weisen Veränderungen in der Reaktivität ihrer Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse auf. Die Erfassung von verschiedenen Steroidhormonen und insbesondere des Stresshormons Kortisol mittels Haarsegmentanalyse lässt dabei eine längsschnittliche Betrachtung der Stressverarbeitung zu. Die Mehrzahl der Studien weist darauf hin, dass bei PTBS-Patienten eine niedrigere Kortisolkonzentration im Vergleich zu depressiven Patienten oder nichttraumatisierten Personen vorliegt. Dieser Hypokortisolismus erscheint umso ausgeprägter, je höher die Anzahl an Traumatisierungserfahrungen, des Chronifizierungsgrades der PTBS und der Schwere intrusiver Symptome ist.

In der vorliegenden Arbeit wird dargestellt, inwiefern auch das Ausmaß dissoziativer Symptome mit der Haarkortisolkonzentration korreliert. Dazu wurde eine Stichprobe von 54 Patienten einer stationären Behandlungseinheit für schwere und komplexe Traumafolgestörungen untersucht, von denen 50% zum Aufnahmezeitpunkt auffällige Werte hinsichtlich dissoziativer Beschwerden aufwiesen. Es wird dargestellt, inwiefern sich im Verlauf der Therapie Veränderungen hinsichtlich der Stressverarbeitung in Abhängigkeit vom Ausmaß der Dissoziation zum Aufnahmezeitpunkt ergeben. Neben der Erfassung des kumulierten Stresslevels anhand Haarsegmentanalyse wurden anhand unterschiedlicher Fragebogen, u.a. zu dissoziativen Symptomen (FDS, SDQ-20), verschiedene psychische Beschwerden zum Aufnahmezeitpunkt und im Therapieverlauf miteinander verglichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Ausmaß initialer dissoziativer Beeinträchtigungen verschiedene Aspekte des Therapieoutcomes, u.a. auch hinsichtlich der Stressverarbeitung, beeinflusst. Implikation für weitere Forschung und Therapie werden aufgezeigt.

#### P-61-FR

### Entwicklung eines Instrumentes zur Einschätzung der Traumatisierung der Zeitzeugengeneration des Hamburger Feuersturms 1943 auf traumatheoretischer und empirischer Basis

Roschlaub S.<sup>1</sup>, Holstein C.<sup>1</sup>, Lamparter U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Seit 2006 untersucht ein Hamburger interdisziplinäres Forschungsprojekt die Erlebnis- und Bearbeitungsweisen der Zeitzeugen (ZZ) auf die Luftangriffe der Alliierten im Juli 1943 auf Hamburg, die auch als „Hamburger Feuersturm“ bekannt sind. Art und Ausmaß einer Traumatisierung der ZZ konnte in dem Forschungsprojekt methodisch bislang nicht befriedigend ermittelt werden.

**Fragestellung:** Ziel unserer Studie ist die Erfassung der Traumatisierung der ZZ unter Einbeziehung traumatheoretischer Wissensgrundlagen und Berücksichtigung traumaspezifischer Erlebnisverarbeitungs- und Kommunikationsmuster. In einem ersten

Schritt sollte ein diagnostisches Instrument entwickelt werden, das bisherige Projektergebnisse zur Einschätzung der ZZ-Traumatisierung methodisch um wissenschaftlich valide Kriterien der Traumaforschung und des DSM V ergänzt und überprüft.

**Methode:** Datengrundlage sind erstellte Transkripte der audiodokumentierten Interviews von 60 ZZ. Zunächst wurde der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand von Traumatisierungen durch Kriegserfahrungen und deren langfristige psychische und psychosomatische Auswirkungen unter Berücksichtigung moderner Diagnosekriterien eruiert.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden mit im Projekt bereits vorliegenden Einschätzungen zur Traumatisierung der ZZ zusammen geführt. Daraus wurde ein neuer diagnostischer Einschätzungsbogen entwickelt, der ein mehrdimensionales Instrument zur Erfassung der Traumatisierung der ZZ darstellt. Er wurde an ausgewählten Fällen in einer qualitativen Inhaltsanalyse überprüft und modifiziert. Es folgt die Reliabilitätsprüfung dieses Instruments anhand 9 paradigmatischer Fälle durch mehrere Forschungsmitglieder und die Einschätzung der anderen 51 Fälle mit dem Instrument nach abgeschlossener Reliabilitätsprüfung.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Die erste Fassung des mehrdimensionalen Instruments zur Erfassung der Traumatisierung der ZZ des Hamburger Feuersturms ist abgeschlossen. Zeithistorische Aspekte können damit adäquat in den Forschungsprozess eingebracht werden. Items, die aus den Kriterien D und E des DSM V hergeleitet wurden, können latente Subtexte der Traumatisierung der ZZ sichtbar machen.

### P-62-FR

**Trauma und Psychose. Epidemiologische, biologische und psychopathologische Befunde sowie (neuro)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 insbesondere frühen Traumatisierungen 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-, Ess- oder Persönlichkeitsstörungen, so gibt es mittlerweile ein wachsendes empirisches Forschungsinteresse auch an Zusammenhängen zwischen Traumatisierungen und psychotischen, einschl. schizophrenen Erkrankungen.

**Methode:** Die Präsentation gibt einen Überblick über aktuelle epidemiologische und (neuro)biologische Befunde und verbindet sie mit (neuro)psychodynamischen Überlegungen. Schließlich werden die bisher vorliegenden behandlungspraktischen Daten

der empirischen Psychotherapieforschung zusammengefasst.

**Ergebnisse:** Bei Patienten, die an psychotischen, einschl. schizophrenen Syndromen leiden, besteht retrospektiv eine hohe Prävalenz von Traumatisierungen. Die Zuverlässigkeit dieser anamnestischen Angaben gilt als 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 neurobiologisch auf Veränderungen der CMS (cortical midline structures) bezogen werden können (Northoff). Die Psychotherapie kann den bisherigen (wenigen) Studien zufolge phasenabhängig auch traumaspezifische Ansätze (Imaginationsübungen, EMDR, in einer Pilotstudie auch Exposition) enthalten. Pharmakotherapeutisch können insbesondere dämpfend wirkende Antipsychotika indiziert sein.

### P-63-FR

**Die Auswirkung bindungsbezogener Ängste auf die Mentalisierungsfähigkeit von PatientInnen in stationärer psychodynamischer Akutbehandlung**

Herrmann A.S.<sup>1</sup>, Banerjee M.<sup>2</sup>, Subic-Wrana C.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>DFG-GRK „Life Sciences, Life Writing“, Universitätsmedizin Mainz, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Mainz, Deutschland, <sup>2</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, American Studies, Mainz, Deutschland, <sup>3</sup>Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz, Deutschland

**Fragestellung:** Eine gute Mentalisierungsfähigkeit kann sich nur auf Basis einer sicheren Bindung zu den primären Bezugspersonen in der Kindheit entwickeln, weshalb sich traumatische Erfahrungen in diesen Beziehungen zerstörerisch auf die Mentalisierungsfähigkeit auswirken können. In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, ob und wie sich die Aktivierung bindungsbezogener Ängste bei erwachsenen PatientInnen in stationärer psychodynamischer Akutbehandlung auf ihre affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit auswirkt und welche Rolle Kindheitstraumatisierungen dabei spielen.

**Methode:** N=127 PatientInnen in stationärer psychodynamischer Akutbehandlung bearbeiteten bei Aufnahme die Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS, Lane et al. 1990) und das Adult At-

tachment Projective Picture System (AAP, George&West 2012). In beiden Testverfahren werden PatientInnen um Erzählungen zu mehreren zwischenmenschlichen Situationen gebeten, wobei das AAP - im Gegensatz zur LEAS - bindungsbezogene Ängste aktiviert. Sowohl die LEAS- als auch die AAP-Narrative der PatientInnen wurden mit dem LEAS-Scoring-System zur Erhebung affektzentrierter Mentalisierungsfähigkeit analysiert. Zudem wurden mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein&Fink 1998) retrospektiv erinnerte Kindheitstraumatisierungen erfasst.

**Ergebnisse:** Im Durchschnitt erreichten die PatientInnen unter beiden Bedingungen (keine Aktivierung bindungsbezogener Ängste in der LEAS vs. Aktivierung bindungsbezogener Ängste im AAP) das gleiche Niveau affektzentrierter Mentalisierung; es ist jedoch im Gegensatz zu einer Normalverteilung der Mittelwerte in der LEAS eine leichte Rechtsverschiebung und Rechtsschiefe der Mittelwertsverteilung im AAP zu erkennen. Diese Ergebnisse zur Auswirkung der Aktivierung bindungsbezogener Ängste auf die Mentalisierungsfähigkeit sollen unter methodischen und klinischen Gesichtspunkten diskutiert werden, wobei ein besonderes Augenmerk auf dem Vergleich von PatientInnen mit hoher und geringer Kindheitstraumatisierung liegt.

**P-64-FR**

**Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT): eine TherapeutInnenbefragung als Beitrag zur Wirksamkeitsforschung**

Blazek T.<sup>1</sup>, Eichenberg C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud Privatuniversität, Wien, Österreich

**Hintergrund:** Im Rahmen der Debatte um die Wirksamkeit traumafokussierter psychotherapeutischer Therapieverfahren geht es aktuell vor allem um den Stellenwert einzelner Behandlungselemente, d.h. um die Frage, ob sich die Therapie auf die Stabilisierung oder die Traumakonfrontation fokussieren sollte (z.B. Flatten, 2011; Neuner, 2008; Sachsse, 2010). Aus diesem Grund besteht die Notwendigkeit, bei etablierten traumatherapeutischen Ansätzen diese Schwerpunktsetzung genauer zu analysieren, d.h. zu erfassen, bei welchen PatientInnengruppen welche speziellen Interventionstechniken in den einzelnen Therapiephasen (Stabilisierung, Traumakonfrontation und Integration) angewendet werden und mit welchem Erfolg auf das Behandlungsergebnis.

**Fragestellung:** Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Anwendung stabilisierender, traumakonfrontativer und integrativer Interventionstechniken im Hinblick auf verschiedene Diagnosegruppen, Situationstypologien und den Altersbereich, in dem die Traumatisierung stattgefunden hat, aus der Sicht von in PITT (nach Luise Reddemann) fortgebildeten TherapeutInnen zu untersuchen.

**Methode:** In einer quantitativen Befragungsstudie wurde die Anwendung spezifischer Interventionstypen der PITT mithilfe ei-

nes selbstgenerierten Fragebogens schriftlich erfasst. Untersucht wurden N=124 in PITT fortgebildete PsychotherapeutInnen.

**Ergebnisse:** Etwa 90% der Befragten nutzten neben stabilisierenden Interventionen ebenso traumakonfrontative Techniken. Es wurden signifikante Unterschiede dahingehend festgestellt, dass Traumakonfrontationen häufiger angewendet werden bei einfachen Traumafolgestörungen (d.h. PTBS, ABS und Anpassungsstörung), Mono-Traumata (non-man-made und man-made) und Traumatisierungen im Erwachsenenalter.

**Diskussion:** Die Ergebnisse ergänzen die bisherigen Wirksamkeitsstudien zu PITT um die Perspektive der behandelnden PITT-TherapeutInnen. Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen einerseits, dass stabilisierende, traumakonfrontative und integrative Interventionen in der klinischen Praxis vielfältig eingesetzt werden. Andererseits sprechen die Ergebnisse für eine signifikant häufigere Anwendung traumakonfrontativer Techniken sowohl bei Mono-Traumata als auch bei einfachen Traumafolgestörungen. Implikationen für die konkrete Behandlungspraxis werden abgeleitet.

**Versorgung, Arbeit und Gesundheit**

**P-01-FR-T**

**Ein Vergleich von Urologen und Gynäkologen in Bezug auf das Vorkommen von Depression und Burnout**

Wachter K.<sup>1</sup>, Brommer M.<sup>1</sup>, Rottler E.<sup>1</sup>, von Wietersheim J.<sup>1</sup>, Beschner P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Deutschland

**Einführung:** Ärzte stehen unter einem erhöhten Risiko, Depressionen oder ein Burnout-Syndrom zu entwickeln. Dies belegen weltweite Studien an Medizinern unterschiedlichster Fachrichtungen. In Deutschland ist die Datenlage jedoch nicht sehr aussagekräftig. Vorstudien an Psychiatern, Zahnärzten und Anästhesisten haben gezeigt, dass ein hohes Gefährdungspotenzial für die genannten psychischen Erkrankungen vorliegt. Im Rahmen zweier Kongresse wurde die Untersuchung auf weitere Fachgebiete, Gynäkologie und Urologie, ausgeweitet.

**Methoden:** Die Daten wurden anonym mittels Fragebogen erhoben. Die Teilnehmer machten Angaben zu ihrer Person, Arbeitssituation und ihrem Gesundheitszustand. Des Weiteren wurde mithilfe standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente, wie dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), Maslach Burnout Inventory (MBI) und Effort-Reward Imbalance (ERI), speziell auf Vorkommen und Risiken für Depression, Burnout und beruflicher Gratifikationskrisen eingegangen. Der Rücklauf bei den Urologen betrug 33%, bei den Gynäkologen 52%.

**Ergebnisse:** Insgesamt liegen Daten von 128 Gynäkologen und 134 Urologen vor. Der Frauenanteil unter den Gynäkologen betrug 66,4%, der Männeranteil unter den Urologen 75,4%. Rund 90% der

Befragten leben in einer Partnerschaft. 19,8% der Gynäkologen litten laut eigener Aussage mindestens einmal unter einer depressiven Episode, bei den Urologen waren dies 14,1%. Der BDI ergab bei 12,8% der Gynäkologen und bei 10,4% der Urologen erhöhte Werte. Dabei waren die Frauen unter den Gynäkologen doppelt so häufig betroffen wie die Männer. Beide Fachrichtungen gaben zu etwa 12% ein Ungleichgewicht zwischen beruflichem Einsatz und Gratifikation an. Deutliche Unterschiede zeigten sich in Bezug auf das Risiko für Overcommitment. 38,9% der Gynäkologen wiesen ein solches Risiko auf, im Vergleich zu 16,4% der Urologen. In der Kategorie Emotionale Erschöpfung des MBI ergaben sich bei 3,9% der Gynäkologen und bei 6,2% der Urologen erhöhte Werte.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass auch gemischt chirurgische und konservative Fachrichtungen wie die Gynäkologen und Urologen unter einem erhöhten Risiko für Depressionen leiden. Da die Geschlechterverteilung in den einzelnen Fachrichtungen sehr unterschiedlich war, lassen sich hier geschlechtsspezifische Einflüsse vermuten. Insgesamt wird deutlich, dass Handlungsbedarf besteht, sei es als Unterstützung für die betroffenen Ärzte oder bereits präventiv.

### P-02-FR-T

#### Ein psychotherapeutisches Kurzinterventionsprogramm im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, follow up

Allwang C.<sup>1</sup>, Marten-Mittag B.<sup>1</sup>, Lahmann C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar, TU München, München, Deutschland

**Hintergrund:** Das Auftreten psychischer Erkrankungen im Kontext von Arbeit und Beruf ist ein zunehmend häufigerer Grund für lange Krankschreibungen und niedrige Produktivität sowie eine vorzeitige Berentung.

Die zunehmende Anzahl psychischer Erkrankung hat multifaktorielle Ursachen, jedoch ist oft eine Kombination bio-psycho-sozialer Belastungen vorhanden, die sich sowohl aus privaten wie auch mit dem Arbeitsumfeld in Verbindung stehenden Faktoren ergeben.

Trotz der größer werdenden Offenheit für die Existenz psychischer Störungen, besteht nach wie vor Angst vor einer Stigmatisierung und somit auch eine deutliche Hemmschwelle psychosomatische Beratungsgespräche in Anspruch zu nehmen oder eine Psychotherapie zu beginnen. Zusätzlich steigt durch die meist lange Wartezeit auf einen Therapieplatz das Risiko einer Chronifizierung der jeweiligen Erkrankung.

**Ziel:** dieser Studie ist es zum einen zu beurteilen, ob es bei den Teilnehmern unseres strukturierten Früh- und Kurzinterventionsprogramms zu einer Beschwerdebesserung kommt und zum anderen darzustellen in wie weit diese Verbesserung zeitstabil ist.

**Methoden:** Im Rahmen dieses Projektes wurde in einer Kooperation des betriebsärztlichen Dienstes sowie der Sozialberatung eines großen DAX-Unternehmens mit einer psychosomatischen

Hochschulambulanz ein strukturiertes Früh- und Kurzinterventionsprogramm eingerichtet.

Selektiert durch den betriebsärztlichen Dienst bzw. die Sozialberatung wurde den Arbeitnehmern die Möglichkeit eines schnell beginnenden und niederschweligen psychotherapeutischen Angebotes unterbreitet. Das Programm beinhaltete bis zu 5 ambulante Therapiesitzungen in der Klinik sowie im Bedarfsfall die Weitervermittlung in eine längerfristige ambulante Betreuung bzw. stationäre Behandlung.

62 Personen (34m, 28w) nahmen bisher teil. Zu Beginn sowie am Ende der Intervention wurden verschiedene psychometrische Parameter mittels Fragebogen erhoben. Des Weiteren fanden Messungen nach 3 und 6 Monaten statt.

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse einer kleineren Stichprobe konnten eine signifikante Reduktion der Werte für Angst- und Depression im prä-post-Vergleich zeigen und wurden bereits vorgestellt.

Weitere Ergebnisse der nun größeren Stichprobe werden beim Kongress berichtet.

**Diskussion:** Dieses Programm stellt eine praktikable, kostengünstige und im Alltag gut einsetzbare Möglichkeit einer schnellen therapeutischen Intervention dar und erleichtert zudem den Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungen.

### P-03-FR

#### Arbeit macht krank - Arbeit macht gesund?

Engelbach U.<sup>1</sup>, Haubl R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Frankfurt, Deutschland, <sup>2</sup>Sigmund Freud Institut, Frankfurt, Deutschland

Sind psychische Anforderungen von Erwerbsarbeit mittels zur Verfügung stehender Ressourcen für Arbeitnehmer nicht mehr bewältigbar, kann dies bei fortschreitender Diskrepanz krankheitswertig werden, zur Manifestation von psychischer Erkrankung und einer daraus resultierenden Behandlungsbedürftigkeit mit Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem führen.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Erwerbsarbeit und psychische Erkrankungen“ wurde in Kooperation mit dem Sigmund Freud Institut und dem Institut für Sozialforschung die Fragestellung untersucht, wie psychisch Erkrankte selbst den Stellenwert der Arbeitssituation und der Arbeitsbedingungen für Entstehung und Verlauf ihrer Erkrankung und für Gesundheitsmöglichkeiten und -wege wahrnehmen. Dafür wurden in zwei psychosomatischen Kliniken mit 23 Patienten, bei denen im Vorgespräch Hinweise auf die Relevanz der Erwerbsarbeit als Auslöser für die psychische Erkrankung identifiziert wurde, thematisch fokussierte biographisch-narrative Interviews an bis zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten geführt (vor bzw. Ende oder nach der Behandlung, Katamnese nach Wiederaufnahme der Arbeit). Supervisionssitzungen der Einzeltherapien wurden durchgeführt. In der interdisziplinären Interpretationsgruppe wurden möglichst konsensfähige

ge Deutungen der Verbatimprotokolle mit Blick auf die implizite Fallstruktur rekonstruiert, parallel dazu wurde die Dokumentation der Klinik, die Arztberichte und OPD-Interviews in die Einzelfallanalysen einbezogen.

Die hier vorgestellte Perspektive stellt erweiternd zu dem Modell der manifesten und latenten Funktionen der Erwerbsarbeit, nämlich der Tagesstrukturierung, sozialer Kontakte, übergeordnete Ziele, der Schaffung von Identität sowie dem Zwang zu Aktivität, eine weitere mögliche Funktion aus psychodynamischer Perspektive vor, die am ehesten durch den Begriff „Selbstheilung“ beschrieben werden kann. Selbstheilung könnte in diesem Modell als ein Ringen um die Bewältigung von psychostrukturellen Verletzungen, die lebensgeschichtlich entstanden sind, begriffen werden. Einzelfallanalysen sollen exemplarisch plausibel machen, dass es die subjektive Bedeutung der Arbeit im Sinne eines unbewussten Selbstheilungsversuches sein kann, die zur Wahl einer bestimmten beruflichen Tätigkeit führt, die solange vor einer psychischen De-Stabilisierung schützt, wie sie ausgeübt werden kann, aber einen Zusammenbruch der psychostrukturellen Organisation einleitet, sobald dieser Schutz wegfällt.

#### P-04-FR-T

### Komorbide psychische Störungen und psychosozialer Versorgungsbedarf von conterganbetroffenen Menschen

Niecke A.<sup>1</sup>, Peters K.<sup>2</sup>, Samel C.<sup>3</sup>, Klages K.<sup>1</sup>, Lungen M.<sup>4</sup>, Pfaff H.<sup>5</sup>, Albus C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland, <sup>2</sup>Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Abteilung für Orthopädie und Osteologie, Nümbrecht, Deutschland, <sup>3</sup>Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Universität zu Köln, Köln, Deutschland, <sup>4</sup>Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland, <sup>5</sup>Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Der Fall Contergan gilt als die folgenschwerste Arzneimittelkatastrophe des 20. Jahrhunderts. Mehr als 50 Jahre nach der Marktrücknahme von Contergan (Thalidomid) dominieren neben schmerzhaften orthopädischen Folgeschäden insbesondere psychosoziale Beeinträchtigungen das Beschwerdebild der Betroffenen. Eine vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein Westfalen in Auftrag gegebene und 2015 abgeschlossene Studie erlaubt nun erstmals eine Abschätzung des Ausmaßes psychischer Komorbidität und des daraus resultierenden psychosozialen Versorgungsbedarfes von Conterganbetroffenen.

**Methodik:** Der Querschnittsuntersuchung liegt eine Stichprobe von 193 conterganbetroffenen Menschen aus Nordrhein Westfalen zugrunde, die ausführlich und persönlich psychodiagnostisch untersucht werden konnten. Zentrales Erhebungsinstrument in der Diagnostik war das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV-Diagnosen (SKID-I/II). Die Inanspruchnahme psychosozia-

ler Gesundheitsleistungen innerhalb der letzten 12 Monate wurde mittels Selbstauskunftsbögen erhoben, der entsprechende psychosoziale Versorgungsbedarf mittels Expertenrating bestimmt.

**Ergebnisse:** Die 4-Wochen-Prävalenz komorbider psychischer Störungen in der Stichprobe beträgt insgesamt 47,2%. Unter den Conterganbetroffenen mit psychischer Komorbidität liegen bei 45,1% mehrere psychische Störungen gleichzeitig vor. Auf der Ebene der Einzeldiagnosen dominieren unipolare depressive Störungen (16.5%), somatoforme Störungen (14.0%) und phobische Störungen (12.0%) das klinische Bild. Es existieren Unterschiede in verschiedenen Subgruppen (Geschlecht, Typ der vorgeburtlichen Conterganschädigung). Eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verringerte Inanspruchnahme (27.5% vs. 36.4% BGS 98) wird durch einen höheren Versorgungsbedarf kontrastiert.

**Schlussfolgerungen:** In der weltweit bislang größten psychodiagnostischen Untersuchung von Conterganbetroffenen konnte gezeigt werden, dass im Vergleich mit der altersadjustierten deutschen Allgemeinbevölkerung (DEGS 2014) fast doppelt so häufig (RR: 1.77; 95%CI: 1.41-2.21) psychische Störungen bestehen. Es resultiert ein ungedeckter Bedarf in der psychosozialen Versorgung von conterganbetroffenen Frauen und Männern. Neben einem erleichterten Zugang zu konventionellen psychosozialen Versorgungsangeboten sollten spezialisierte Versorgungsangebote entwickelt werden, beispielsweise durch die Bildung von multidisziplinären Schwerpunktzentren.



---

# Autorenindex

---

# Autorenindex

<b>A</b>		
Abdel-Hamid M.	79	
Abele M.	105	
Abeling B.	144	
Abraham S.	64	
Adrian L.	36	
Aguilar-Raab C.	54	
Ahnis A.	54, 55	
Aigner F.	105	
Aigner M.	27	
Alatas H.	87	
Albrecht R.	39	
Albus C.	7, 59, 107, 111, 173	
Alexandridis K.	9	
Algermissen C.	43	
Allum J. H. J.	141	
Allwang C.	172	
Alt-Epping B.	126	
Altmann U.	17, 46, 130	
Amlung D.	129	
Amonet U.	137	
Andersson G.	160	
Andreas S.	19	
Apolinário-Hagen J. A.	159	
Appel J. E.	15, 84	
Arne S.	111	
Artz A.	154	
Auch-Dorsch E.	17	
Axelsson J.	106	
<b>B</b>		
Bach B.	131	
Bachthaler S.	24	
Baessler F.	25, 159	
Baier D.	86	
Bals R.	79	
Banerjee M.	170	
Barborik M.	133	
Barkowski S.	117	
Barrech A.	36	
Bartsch M.	13	
Bässler F.	127	
Bassler M.	88, 89	
Batra A.	75	
Baumann-Hölzle R.	125	
Baumann S.	9	
Baumert J.	78	
Bechtluft-Sachs J.	124, 130, 157	
Becker J.	95, 96, 160	
Becker M.	118	
Becker S.	164	
Beckers L.	92	
Beckmann M.	100	
Beege I.	119	
Beelmann A.	82	
Behrens P.	28	
Beissert S.	64	
Bendas J.	83	
Benecke C.	20	
Bents H.	119	
Berberat P.	61, 160	
Berger U.	80, 81	
Bergholz L.	129	
Berg L.	135	
Bergmann F.	41	
Bernardini J.	53	
Bernhard S.	125	
Bernheim D.	118	
Berth H.	98	
Beschoner P.	22, 167, 171	
Betak L.	137	
Bethge W.	164	
Beutel M.	31, 59, 69, 96, 124, 138, 152, 157	
Beutel M. E.	89, 95, 96, 114, 115, 129, 130	
	160, 167	
Beyer C.	157	
Bidlingmeier M.	59	
Bielitz C. J.	25	
Binder H.	69	
Bingel U.	37	
Birkle S. M.	25	
Bittner A.	105, 147	
Bjoerner J.	110	
Black M. J.	103	
Blankenberg S.	110	
Blaue N.	147	
Blazek T.	171	
Blettner M.	69	
Blumenstock G.	146	
Böck C.	49	
Bock J.	140	
Bodenschatz C. M.	134	
Boeckle M.	26, 56, 132, 133	
Boehler A.	157	
Böhlen F.	40, 41	
Böhme K.	96	
Böhm U.	67	
Bönisch R.	23	
Borchardt V.	47	
Bornhäuser A.	144	
Bossmann U.	73	
Botzet K.	112	
Boyle K.	87	
Boysen E.	74	
Brähler E.	27, 29, 44, 69, 76, 96, 108	
Brandl A.	18	
Brandt W. A.	25	
Brassen S.	37	
Brass K.	62, 159	
Braunger C.	24	
Braun K.	140	
Braun M.	22, 167	
Braun S.	59	
Breidenstein A.	142	
Breining J.	65	
Brenner H.	40	
Brommer M.	167, 171	
Bruckmayer E.	17	
Bruenahl C.	149	
Brünahl C. A.	38, 39	
Buchegger M.	151	
Buchheim A.	118	
Buechi S.	157	
Bugaj T.	71, 164, 165	
Bunjes D.	66, 67	
<b>C</b>		
Casanova Dias M.	25	
Claes L.	134, 167	
Clark D.	30	
Conrad R.	44, 124, 161	
Conzelmann A.	102	
Crameri A.	118	
Cranz A.	166	
Croy I.	83, 105, 140, 151, 168, 169	
Cuntz U.	9	
Curio R.	22	
<b>D</b>		
Dally A.	31	
Dalyanoglu H.	112	
Dammann G.	52	
Daubmann A.	8, 19, 42	
Degott N.	162	
Denschertz C.	20	
de Picker L.	25	
Depping M. K.	68	
Deter H. C.	59, 107, 108, 111	
de Zwaan M.	13, 59, 111, 113, 134, 135,	
	138, 144, 167	
Dieris-Hirche J.	168	
Dinger U.	13, 16, 17, 48, 77, 117, 131, 139	
Dinkel A.	44, 149, 160	
Dittmer N.	9	
Ditzen B.	54	
Dixius A.	119	



Döhner H.	161	Federle M. C.	59	Geber A.	79
Donges U. S.	12	Fegert J. M.	49, 50	Geide H.	140
Doyen-Waldecker C.	49	Fehr C.	97	Geigges J.	113
Drabe N.	157	Fehr F.	149	Geiser F.	44, 124, 161
Dreier M.	167	Feistner L.	159	Geisler P.	146
Dresler T.	74	Feller S.	138	Georgi A.	25
Dukalski B.	12	Fellmer-Drüg E.	62, 127, 128, 149	Georgiadis J.	83
Dümpelmann M.	31	Fembacher A.	17	Gerber J.	51
<b>E</b>		Fiedler J.	150	Gerstorf D.	106
Ebell H.	45	Finck C.	108	Gerzymisch K.	89, 95, 96
Eckardt K. U.	99	Firle C.	146	Gessler K.	70
Eckart W.	166	Fischer F.	70, 94, 110	Geue K.	143
Eckhardt-Henn A.	11, 31	Fischer M. S.	113	Gieler T.	63
Eck S.	75	Fischer T.	85	Gieler U.	63
Eehalt S.	91	Fizke E.	32	Giel K.	14, 74, 91, 102, 103, 154, 164
Ehinger K.	53	Flatten G.	60	Gierk B.	110, 111
Ehlers A.	30	Fleischer J.	60	Gierthmühlen P.	75
Ehlers M.	116	Florian J.	71	Gilli D.	120
Ehlert U.	54	Forkmann T.	109	Gilli R.	120
Ehlis A. C.	74	Franke W.	95	Glaesmer H.	27, 29, 108, 109, 156
Ehrenthal J.	65, 117, 131, 152, 165	Frank Martin B.	10	Glaser J.	36
Ehrenthal J. C.	13, 65, 131, 136	Franz M.	30, 92, 112	Glathe C.	69, 94
Ehrig C.	9	Frederick R. J.	160	Glawischnig-Goschnik M.	45
Eichenberg C.	86, 93, 158, 171	Free M.	53	Goebel R.	154
Einsle F.	113	Freudenmann R.	22, 167	Goetzmann L.	157
Elbelt U.	54, 55	Freund J.	61	Göldner F.	152
Enck P.	52	Freyberger H. J.	118	Gold S.	25
Enderle M.	83	Fricke-Neef C.	31	Görlach M.G.	56
Endorf K.	31, 101, 102, 152	Friederich H. C.	64, 65, 142	Gornostayeva M.	62, 127, 159
Engelbach U.	172	Friedrich M.	143	Götze H.	34
Engeli S.	138	Frieling H.	124, 157	Götzmann L.	116
Engler H.	58	Fries J. F.	110	Graap H.	104
Epple F.	67, 69	Fritsche C.	124	Grabe H. J.	29
Erdur L.	53, 107	Fritzsche K.	59, 61	Grabemann M.	79
Erim Y.	97, 99, 100, 101, 103, 104, 142	Fritzsch M.	51	Grassl R.	25
Ermer J.	167	Frommer J.	20, 135	Greetfeld M.	9
Ernst J.	32, 33, 161	Fuchs M.	13	Greif-Higer G.	115
Erschens R.	35, 46, 71, 91, 98, 150, 164, 165, 166	Fumi M.	9	Grewe M.	33, 141
Escherich S.	111	<b>G</b>		Grey N.	30
Ettrich U.	147	Gaag S.	99	Griewatz J.	150
Ewald H.	71	Gablonski T. C.	19	Grimmer B.	51
Eyssell J.	68	Gabor N.	150	Gröger N.	140
<b>F</b>		Gaitzsch E.	62, 84, 127, 128, 159	Gruner-Labitzke K.	13
Fadai T.	37	Galle M.	147	Gumz A.	8, 9, 19, 20
Fallon M.	54	Gandek B.	110	Gündel H.	24, 32, 33, 34, 36, 49, 50, 54, 58, 66, 67, 140, 161
Fardad N.	70	Gander M.	118	Günther V.	134
Farin-Glattacker E.	6	Ganter-Argast C.	81	<b>H</b>	
Fay D.	35	Gargot T.	25	Haas V.	54
Fazekas C.	139	Gasde S.	138	Hahn S.	92
		Gawlytta R.	130	Hallensleben N.	109
		Gawrilow C.	91		

# Autorenindex

Hans M.	20	Holz B.	136	Jordan J.	59
Hanßke A.	147	Hölzer M.	24, 34	Junge-Hoffmeister J.	105
Harnacke D.	149	Hönig K.	32, 33, 66, 67, 161	Jünger C.	69, 96
Härter M.	68	Hoppmann U.	58	Jünger J.	59, 62, 84, 111, 126, 127, 128, 149, 159
Hartkamp N.	30	Horak N.	70	Junius L.	148
Hartmann A.	16, 31, 75, 87, 102, 152, 153	Horschke S.	33, 141	Junne F.	6, 14, 35, 46, 91, 98, 146, 150, 164, 165, 166
Hartmann M.	115	Horsch L.	136	Jux A.	153
Haubl R.	172	Hörz-Sagstetter S.	20		
Hauke G.	162	Hosch L.	13	<b>K</b>	
Haun M.	115	Hoyer J.	114	Kaina B.	129
Häuser W.	27, 44	Huber D.	20, 21, 32	Kalckhoff N.	53
Hautzinger M.	74, 142	Huber J.	77, 117, 165	Kämpfer N.	44
Hawro T.	63	Hudek M.	154	Kämpf S.	139
Heeke C.	114	Huebner J.	149	Kamplinger H.	6
Heidenreich T.	11	Huhn D.	46, 98, 166	Kanellopoulos A.	25
Heid J.	159	Hummel T.	105, 168	Kaplik E.	91
Heiler W.	22	Hunger C.	76, 113, 119, 144, 145	Kapusta N.	109
Hejduk M.	125, 136	Hünemeyer K.	15	Karabatsiakos A.	49
Helesic A.	31	Hüsing P.	57, 109	Karl S.	54
Heller K.	99			Karnath H. O.	154
Hellmann-Regen J.	60	<b>I</b>		Kästner D.	8, 9
Hellmich M.	111	Icken D.	138	Kast V.	32
Hendrischke A.	24, 83	Ift F.	15, 84	Katzlinger M.	133
Hennemann S.	95, 96	Ihme K.	134	Kazakova O.	25
Henning M.	96, 97	Ilgner A.	136	Kersting A.	12, 134
Henningsen P.	18, 27, 44, 58	Ilse B.	126	Kessemeier F.	88
Hermann C.	38	Imbierowicz K.	161	Kessler H.	90
Hermanns N.	7	Imhof A.	155	Ketels G.	38, 39
Hermann-Werner A.	150	Ipaktchi R.	135	Kiefer H.	137
Herpertz S.	6, 7	Isermeyer L.	126	Kihm M.	166
Herrmann A.S.	170	Isler A.	54	Kilian R.	34
Herrmann-Lingen C.	59, 107, 111			Kindler H.	50
Hertel J.	29	<b>J</b>		Kirchmann H.	17, 46
Herth K. A.	161	Jablonski J.	124	Kirschbaum A.	133
Herzog W.	15, 40, 115, 117, 165, 166	Jacob G.	102, 154	Kis B.	79
Heuser I.	60	Jacobi C.	9	Kißler H.	15, 84
Heuser J.	9	Jaeger U.	31	Klabes K.	173
Hiemke C.	7	Jahn T.	58	Klaghofer R.	157
Hiesberger S.	19	Jank R.	27	Klapp B. F.	54, 55
Hilbert A.	138	Janowitz D.	29	Klasen J.	17
Hiller W.	7	Janssen B.	36	Klatte R.	82
Hilzinger R.	119, 145	Jarczok M.	107	Kleim B.	30
Hinderlig-Baertschi V.	157	Jasper S.	135	Klein D.	157
Hindermann E.	70	Jenett D.	30	Klein E.	69, 96
Hinkelmann K.	60	Jenewein J.	116, 157	Klein L.	154
Hinterberger T.	72	Jerg-Bretzke L.	22	Klimek J.	6
Hinz A.	108, 142	Jöbges M.	35	Klingel M.	106, 130
Hladschik-Kermer B.	149	Johansson R.	160	Klipsch O.	48
Hofbauer B.	70	Johar H.	59, 78	Kloos C.	15, 84
Hofmann E.	151	Jönsson E.	83	Klose M.	169
Hofmann T.	54, 55	Joos A.	41, 75, 101, 102, 152, 153, 154		
Holstein C.	10, 169	Joraschky P.	45, 105, 114		

Klug G.	21
Knaelsrud C.	29, 114
Knoblauch J.	24
Kobelt A.	88
Koch-Gromus U.	68
Koch M.	100
Koechel A.	166
Koemeda-Lutz M.	118
Koenig A. M.	49
Koenig J.	53, 107
Koenig W.	59
Köhler A.	68
Köhler-Dauner F.	49, 50
Köhler H.	13
Köhler N.	34
Köhling J.	13, 131
Kohlmann S.	56, 110, 111
Kolassa I. T.	49, 50
Kollei I.	113
Köllner V.	72, 79, 87, 128
König H. H.	110
Korbmacher B.	112
Koslowski D.	33
Kraft M.	89
Kramer D.	17
Kranzeder A.	155
Kraus B.	51
Krause A. L.	47
Krause L. K.	76
Krause S.	49, 50, 58, 140
Krauss J.	16
Kraußlach H.	80
Kreyenbrink I.	45
Kriston L.	12
Kriz D.	89
Kroell K.	149
Kröll K.	62, 127, 128
Kröncke S.	100
Kronfeld K.	7
Krüger M.	71
Kruse J.	7, 79, 163
Kuehl L. K.	60
Kuhn C.	51
Kuhn S.	124
Kühn S.	101
Kulisek R.	137
Kulzer B.	7
Kummer S.	169
Kunze S.	98
Kunzl F.	31
Kupfer J.	63
Kurtz W.	62, 159
Kuwert P.	29
<b>L</b>	
Labitzke N.	95
Lackner K.	69
Lackner O.	133
Ladwig B.	101, 102, 152
Ladwig K. H.	59, 77, 107, 111
Lahmann C.	43, 57, 132, 172
Lambertus F.	111
Lamers J.	65
Lammerding-Köppel M.	150
Lamparter U.	10, 169
Lang D.	161
Langenbach M.	116
Langenberg S.	13
Langewitz W.	141
Langs G.	71
Lau K.	42
Lausberg H.	45, 149, 150
Leehr E.	14, 102, 164
Leehr E.J.	74
Lehmann M.	111
Lehmann T.	15, 84
Leichsenring F.	12, 31, 114, 117, 163
Leifheit S.	38
Leitner A.	26, 56, 132, 133
Lenk M.	105
Lesse A.	140
Leuteritz K.	143
Leuzinger-Bohleber M.	21
Leweke F.	114
Libert Y.	160
Lichtenberg A.	112
Liebherz S.	12
Liegl G.	26, 56, 110, 132
Li M.	47
Limbrecht-Ecklundt K.	22
Limburg K.	43, 57
Linden M.	35
Lindner M.	64, 159
Lingnau K.	161
Link L.	144
Lippert M. K.	152
Loda T.	46, 71, 150
Loesch W.	125, 133, 136, 149, 161
Lohmann C.	135
Lohmann D.	142
Lorenz A.M.	20
Lorenz P.	67, 94
Löwe B.	8, 9, 38, 39, 42, 56, 57, 68, 109, 110, 111
Lucas T.	92
Lukaschek K.	77
Lüngen M.	173
Luong A.	83
Lutz P.	124
Lutz W.	87, 89
<b>M</b>	
Maatouk I.	40
Macchiella D.	157
Mack I.	6
Maier S.	101, 102, 154
Mander J.	119
Manuel F.	22
Marschollek M.	13
Marten-Mittag B.	59, 172
Märtens G.	67
Martin A.	113
Martin Benito S.	102
Martin-Soelch C.	157
Martus P.	164
Marwedel L.	65
Marwitz M.	9
Marx C.	19
Masneri S.	150
Masuhr O.	31
Matern B.	29
Matthis J.	101, 102, 152
Maurer M.	63
Mäusert J.	142
Mayer D.	34
Mayr A.	138
Mazurak N.	52
Mehnert A.	34, 161
Meier S.	152
Meier T.	66, 67
Mentel R.	118
Mergen J.	155
Merse S.	149
Mertens W.	20
Metz C.	142
Metzger C.	47
Mews M.	60
Meyer F.	67
Meyer-Rötz S.	79
Meyer T.	140
Meyer V.	72
Michaelis D.	17
Michal M.	11, 59, 69, 96, 107, 111, 138
Michel F.	125
Minow A. R.	20
Mittag O.	6
Mohler B.	103
Möhler E.	119

# Autorenindex

Mohr T.	105
Mölbart S. C.	103, 154
Möller H.	17
Möller S.	33, 141
Möltner A.	84, 127, 159
Mönch C.	9
Morawa E.	97, 99, 103, 104
Mößle T.	86
Muff I.	35, 164
Müsch C.	165
Muldbücker P.	33, 141
Müller A.	13, 32, 134, 135, 138, 144, 167
Müller G.	24
Müller K. W.	167
Müller M. J.	7
Müller-Stich B.	15
Müller T.	92
Munder T.	19, 20
Münzel T.	69
Murray A. M.	110, 111
Muschalla B.	35
Mutschler A.	62, 149

## N

Nashan B.	100
Naumann P.	66, 67
Neb S.	152
Nesterko Y.	156
Neubauer E.	48
Neu R.	87
Niecke A.	173
Nieder T. O.	68
Niederweiser D.	161
Nieratschker V.	74
Nlglio de Figueiredo M.	61
Nikendei C.	13, 35, 46, 71, 77, 98, 117, 136, 164, 165, 166
Ninova V.	148
Nobis S.	76
Nodop S.	130
Nöhrer H.	139
Nolte S.	110
Nolte T.	47
Nowe E.	143
Nübling R.	89

## O

Obbarius A.	55
Obliers R.	150
O'Conner M. F.	54
Ohse E. S.	140
Olausson H.	83, 140

Ölschläger S.	6, 14
Orellana Rios C.L.	72, 73
Orth-Gomér K.	106
Osen B.	8
Osterhues A.	134
Oster J.	24
Otte C.	26, 60

## P

Pachtchenko S.	95
Palitsky R.	54
Papousek I.	151
Paslakis G.	101, 104
Paul M.	136
Paulsdorff C.	131
Penzlin A. I.	85
Peter A.	36
Peter B.	29
Petermann F.	92
Petermann-Meyer A.	149
Peters A.	85
Peters E.	25, 63
Peters K.	173
Petrak F.	6, 7
Petrowski K.	10, 46, 47, 59, 111
Pfaff H.	173
Pfaffinger I.	17
Pfeifer A. C.	48
Pfeiffer W.	88
Pfitzer F.	70
Pieh C.	26, 27, 56, 132, 133
Pinto da Costa M.	25
Plessen C. Y.	132
Plewnia C.	74
Plößnig M.	158
Poessnecker T. P.	18
Pöhlmann K.	11, 76, 114
Pohl R.	28
Pokorny D.	137
Post M.	125
Potthoff J.	157
Preibsch A.	115
Preis F.	86, 92, 151
Prinz J.	50
Püspök J.	133

## R

Rabung S.	12, 31
Raddatz C.	10
Radziej K.	43, 57
Rambau S.	44, 124
Rampoldt D.	92

Rana M.	141
Rapps N.	6, 152
Ratzek M.	21
Rauch S. L.	33, 141
Rauh E.	101
Razavi D.	160
Rebekka N.	72
Reber S.	99
Reddemann L.	73
Rehbein F.	86
Reiner I.	124, 130, 152, 157
Reister F.	49
Rek I.	139
Rommel A.	18, 120, 143, 162, 164
Rommel-Richarz B.	162
Renner T.	102
Reschke K.	149
Rether K.	140
Richardson B.	38
Richter T.	102
Riedel B.	107
Rief W.	29
Riegel B.	39, 75
Rieger M.	34
Rieper S.	153
Riese F.	25
Ringel N.	62, 127, 128
Ringwald J.	65, 142
Rochlitz P.	31
Roder E.	50
Röder K.	101
Roever P.	105
Rommens P. M.	124
Romppel M.	108
Ronel J.	18, 59, 107, 111
Roos M.	128
Roschlaub S.	169
Rose M.	53, 54, 55, 63, 94, 110
Rosendahl J.	10, 82, 117
Rothermund E.	34
Rottler E.	24, 34, 50, 58, 66, 67, 167, 171
Rottstädt F.	168
Ruckes C.	7, 114
Rudolph F. M.	95
Rufer M.	134
Ruf-Leuschner M.	49
Rugenstein K.	19

## S

Sack M.	90, 91, 143
Samel C.	173
Sammet I.	51, 52, 81

Sander A.	119	Schoof S.	63	Staufenbiel S.	44, 124
Sattel H.	18, 58, 90, 91	Schopp M.	94	Steffanowski A.	17
Sauer H.	15	Schott M.	86, 158	Stein B.	40
Saum K. U.	40	Schott T. C.	157	Steinbüchel T.	168
Schäfer R.	30, 92, 112	Schreer O.	150	Steinert C.	31, 163
Schäffeler N.	65	Schrimpf M.	26, 56, 132	Stein J.	29
Schäfflein E.	91	Schubert T.	162	Stengel A.	54, 55
Schag K.	14, 74, 102, 164	Schulter G.	151	Steurer N.	70
Schaller L.	66, 67	Schulthess P.	118	Stigler M.	137
Schambeck L.	59	Schultz C.	28	Stiglmayr C.	11
Schank I.	98	Schultz J. H.	117, 128	Stingl M.	90
Schapperer K.	59	Schulz C.	66, 148	Stöbel-Richter Y.	143
Schatte G.	66	Schulze C.	81	Stock Gissendanner S.	23
Schaubschläger A.	101	Schulze M.	13	Stoecker G.	149
Schauenburg H.	13, 17, 48, 77, 117, 131, 136, 165	Schulz H.	19	Stojanovic S.	137
Schauer M.	49	Schulz K. H.	100	Stopsack M.	115
Scheel J.	100	Schulz W.	23	Stöbel L.	99
Scheel-Sailer A.	125	Schurig S.	46, 47	Strauss B.	17
Scheewe S.	63	Schury K.	49, 95	Strauß B.	10, 15, 46, 47, 80, 81, 84, 117, 130, 162
Scheidt C. E.	31	Schut C.	63	Streeck U.	31
Schellberg D.	40	Schwager S.	80, 81, 130	Streuber S.	103
Schellong J.	67, 69, 94, 105, 168, 169	Schwartze D.	117	Strobel L.	29
Scherbaum N.	79	Schweitzer J.	73, 119, 144, 145	Strohm M.	18
Scherf A.	94	Schweitzer-Rothers J.	76, 113	Stuber F.	46, 98
Scherg A.	148	Seegel M.	128	Subic-Wrana C.	89, 96, 129, 138, 170
Schieber K.	99, 101, 113	Seidemann S.	62, 126	Susanne K.	38
Schiessl C.	126	Seidler D.	30	Suslow T.	12, 134
Schif J.	157	Seifert M.	40		
Schilling C.	11	Seiler A.	116, 157	<b>T</b>	
Schiltewolf M.	48, 129	Senft B.	19	Tagay S.	64, 105, 142
Schipke J. D.	112	Seybert C.	21	Taubner S.	17
Schlage M.	133	Shedden-Mora M.	42	Tebartz van Elst L.	11, 101, 102, 152, 154
Schlegl S.	9	Siedentopf F.	38	Teufel M.	6, 14, 15, 65, 81, 142, 146, 152
Schmädeke S.	95	Siepmann M.	85, 95	te Wildt B.	168
Schmahl C.	11	Siepmann T.	85	Thaler A.	103
Schmid C.	165, 166	Siep N.	154	Thayer J.	53, 107
Schmid D. A.	141	Silbernagel W.	149	Thomas M.	149
Schmid-Ott G.	23	Simshäuser K.	28	Thorand B.	59
Schmidt H. U.	82, 137	Singer S.	108	Thyson T.	66
Schmidt J.	89	Singh S.	46	Tönnies S.	75
Schmidt R.	143	Skatsche R.	151	Toussaint A.	57, 109
Schmidt S.	28, 72, 73	Sleptsova M.	141	Tradowsky D. C.	140
Schmiedgen S.	169	Smolka R.	6, 146	Traue H.C.	22
Schmitz A.	66, 148	Söllner W.	40, 41, 59	Tretbar K.	79
Schmutzer G.	27, 44	Sonntag B.	149	Trojan G.	15
Schnegelsberg A.	149	Spangenberg L.	109	Tschuschke V.	60, 118
Schneider K.	101, 102, 152	Spiegelberg J.	101, 102, 152	Tüscher O.	101, 102, 152, 154
Schöckel A.	136	Spitzer C.	16		
Schoenbauer A.	149	Sproll P.	83	<b>U</b>	
Schönfeld C.	160	Staats H.	20	Uhlmann C.	156
Schönfeldt-Lecuona C.	22, 167	Stamm H.	154	Ulbrich S.	112
		Stauber B.	81		

# Autorenindex

Ullrich K. .... 68  
Urbach A. S. .... 124, 161

## V

Valdes-Stauber J. .... 24  
van der Auwera S. .... 29  
van der Mei S. H. .... 149  
van Tol M.-J. .... 47  
Vasey M. W. .... 53  
Villalobos M. .... 149  
Vitinius F. .... 99, 111, 116, 148, 149, 150  
Voderholzer U. .... 8, 9  
Voelker A. .... 31  
Vogelhuber M. .... 161  
Vogel M. .... 135  
Vogel N. .... 106  
Vogt H. .... 66  
Vogt P.M. .... 135  
Völker U. .... 29  
Völzke H. .... 29  
von Boetticher D. .... 44, 145, 170  
von der Mühlen M. .... 9  
von Feilitzsch M. .... 15  
Von Heymann F. .... 17  
von Känel R. .... 70  
von Wachter M. .... 83  
von Wietersheim J. 22, 24, 31, 155, 167, 171  
von Wolff A. .... 12  
von Wyl A. .... 118  
Voth E. M. .... 167  
Vuck A. .... 75

## W

Wachter K. .... 167, 171  
Wachter M. .... 24  
Wagener S. .... 84  
Wagner B. .... 29  
Waller C. .... 49, 50, 58, 140, 155  
Walter D. .... 110  
Walter M. .... 47  
Wang H. .... 129  
Ware J. .... 110  
Watolla D. .... 52  
Weber A. .... 129  
Weber B. .... 124  
Weber C. S. .... 53, 59, 107, 111  
Wecht D. .... 149  
Wege N. .... 36  
Wegener I. .... 44, 124, 161  
Wegscheider K. .... 42, 110  
Weibezahl M. .... 128  
Weidmann-Hügler T. .... 125

Weidner K. .... 11, 64, 67, 69, 76, 83, 85, 94,  
..... 105, 140, 147, 168, 169  
Weigel A. .... 8, 9  
Weimer K. .... 37, 52, 157  
Weiner R. .... 15  
Weinert M. .... 149  
Weinhold J. .... 144  
Weiss C. .... 62, 127, 128, 149, 159  
Weißflog G. .... 32, 33, 161  
Weiß H. .... 31  
Welter V. .... 87  
Wendell A. .... 10  
Wentzlaff E. .... 40  
Wenzel-Meyburg U. .... 148  
Wettstädt M. .... 61  
Wetzler-Burmeister E. .... 75, 153  
Weusthoff S. .... 113  
Wick K. .... 15, 80, 81, 84  
Wieder G. .... 113  
Wild B. .... 15, 40, 41  
Wild J. .... 30  
Wild P. .... 69  
Wild S. .... 84  
Wilhelm M. .... 40  
Wiltfang J. .... 79  
Wiltink J. .... 69, 96, 114, 129  
Wingenfeld K. .... 26, 60  
Wintermann G. B. .... 10, 64  
Wirth A. .... 96  
Wirtz P. H. .... 26  
Wittfeld K. .... 29  
Wittmann L. .... 116  
Wittmann W. W. .... 17, 89  
Wochnowski C. .... 65  
Wölfling K. .... 167  
Wöller W. .... 41  
Wong K. .... 8  
Woud M. .... 90  
Wrobel N. .... 37  
Wünsch A. .... 61, 160

## Y

Young J. .... 108

## Z

Zahn D. .... 7  
Zajackowski K. .... 161  
Zander H. .... 167  
Zeeck A. 16, 31, 75, 87, 101, 102, 152, 153,  
..... 154  
Zeldovich M. .... 19  
Zenkert B. .... 40

Zeschinig M. .... 142  
Ziegenhain U. .... 49, 50  
Zimmermann A. .... 17, 130  
Zimmermann J. .... 16, 21  
Zimmermann K. .... 147  
Zimmermann P. .... 94  
Zimmermann T. .... 33, 141  
Zimmermann-Viehoff F. .... 53  
Zinke A. .... 163  
Zinram F. .... 88  
Zipfel S. 6, 14, 15, 35, 46, 65, 71, 74, 81, 91,  
..... 98, 102, 103, 142, 146, 150, 152, 164  
Zotz R. .... 139  
Zwack J. .... 73  
Zwerenz R. .... 89, 95, 96, 160



