

Vorlesungen

Ist Hirnforschung die Erforschung der Seele?

Roth, G.

Hanse-Wissenschaftskolleg, Delmenhorst, und Institut für Hirnforschung, Universität Bremen

Der Begriff «Seele» ist in der Hirnforschung ungebräuchlich. Man kann jedoch den Begriff des Seelischen in der Hirnforschung verwenden, um die Einheit kognitiver, emotionaler und affektiver Zustände und Leistungen zu bezeichnen. Es macht auch Sinn, vom Unbewusst-Seelischen zu sprechen, auch wenn wir meist das Seelische mit bewussten Empfindungen gleichsetzen. Das so definierte Seelische ist untrennbar an Gehirnstrukturen und -prozesse gebunden, insbesondere solche der Großhirnrinde und des limbischen Systems. Bewussten seelischen Zuständen gehen stets unbewusste Hirnprozesse voraus. Das Seelische ist eine Eigenschaft menschlicher, vielleicht auch tierischer Gehirne. Es wird von Prozessen beeinflusst, die naturwissenschaftlich untersucht werden können. Als Erlebniszustand kann das Seelische aber nicht auf neuronales Geschehen reduziert werden. Es ist ebenso wahrscheinlich, dass es eine Eigengesetzlichkeit besitzt, die aber mit dem naturgesetzlichen Geschehen verträglich sein muss. Insofern ist die Hirnforschung eine Wissenschaft zur Erforschung des Seelischen.

Depression – die Herrschaft der Transmitter?

Möller, H.-J.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig-Maximilians Universität München

Mit der Einführung der Antidepressiva als medikamentöse Therapie der Depression in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts – eine Einführung die im Wesentlichen auf eine Zufallsentdeckung der klinischen Wirksamkeit des Imipramin basierte – nahmen die neurobiologischen Erklärungsansätze der Depression einen beträchtlichen Aufschwung. Nach Klärung des pharmakologischen Hauptangriffspunkt der Antidepressiven im noradrenergen und serotonergen System wurde im Sinne eines «ex juvantibus» Ansatzes davon ausgegangen, dass die Veränderungen des noradrenergen und des serotonergen Systems eine zentrale Rolle bei der neurobiologischen Verursachung von Depressionen spielen. Dabei ging man zunächst von Defiziten in der Transmitter-Menge aus, später mit wachsendem Kenntnisstand über die komplizierten synaptischen Regulationsmechanismen unter Antidepressiva-Therapie, auch von Veränderungen der Sensibilität der postsynaptischen noradrenergen bzw. serotonergen Synapsen aus. Die neuere pharmakologische Forschung machte dabei deutlich, wie kompliziert diese Systeme reguliert sind, dass prä- und postsynaptische Mechanismen im Wechselspiel stehen, dass es insbesondere im serotonergen System eine große Zahl von verschiedenartigen Rezeptoren mit unterschiedlichen Funktionen gibt, und dass das noradrenerge und das serotonerge System miteinander funktionell verschaltet sind. Allein diese Komplexitäten, die man im pharmakologischen *in vivo* und *in vitro* Untersuchungen darstellen konnte, machen bereits verständlich, dass es aus grundsätzlichen methodischen Problemen sehr schwer ist, diesbezügliche Veränderungen bei Menschen als neurobiologische Basis der Depression nachzuweisen. So gelang es letztlich bis heute weder in *post mortem* Untersuchungen noch *in vivo* Untersuchungen bei depressiven Patienten konsistente Resultate im Sinne einer Transmitter-Mangel-Theorie oder im Sinne einer Veränderung der relevanten Rezeptoren als Ursache bzw. als pathologisches Zwischenglied der Depressionen darzustellen.

len. Trotzdem gibt es eine Reihe von Daten, die indirekt ein solches Konzept zu stützen scheinen, Daten insbesondere aus der Forschung über Prädiktoren für die Respons auf Antidepressiva. Zu nennen sind hier u. a. Befunde von im Liquor nachgewiesenen Metaboliten von Noradrenalin bzw. Serotonin, die einen Zusammenhang mit der Therapierespons auf noradrenerge bzw. serotonerge Antidepressiva zeigen. Auch neuere mit dipolquellenanalytischen Methoden gefundene Ergebnisse zu akustisch evozierter Potenziale gehen in diese Richtung.

Insgesamt hat sich aber im letzten Jahrzehnt der Hauptfokus der neurobiologischen Forschung der Depression und diesbezügliche Erklärungsansätze in eine andere Richtung verschoben. Insbesondere die Stress-Verarbeitung und diesbezügliche Anomalien der Stresshormon-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindendachse) sind dabei ins Zentrum gerückt. Es zeigte sich, dass zumindest bei einer größeren Subgruppe der Depressiven erheblichen Veränderungen dieser Regulationsmechanismen auftreten, u. a. erkennbar an einem Hypercortisolismus, der als basale Hypercortisolismus oder aber mit dem Dexamethason-Suppressions-Test nachgewiesen werden kann. Dieser Hypercortisolismus ist allerdings nur ein State-Marker und nicht ein Trait-Marker. Immerhin ist er bei den Patienten, bei denen eine solche Alteration der Stresshormon-Achse vorliegt ein wichtiger Indikator des biologischen Prozesses, u. a. in so fern, dass Patienten, die klinisch remittiert sind aber noch keine Normalisierung der Stresshormon-Achse haben, im erhöhten Maße gefährdet sind, ein Frührezidiv zu erreichen. Versuche, dieses Konzept zum Ausgangspunkt für einen neuen Therapieansatz der Depression zu machen, z. B. die Entwicklung von CRF-Rezeptor-Antagonisten, sind allerdings bisher nicht so weit vorangeschritten, dass darauf ein zugelassenes Medikament entwickelt werden konnte. Es gibt bisher lediglich erste Pilotstudien, die dahingehend interpretiert werden, dass dieses therapeutische Prinzip wirkt. Interessant ist in dem Kontext, dass es bei der antidepressiven Therapie zu einer Normalisierung des Hypercortisolismus kommt und dass es möglicherweise Unterschiede zwischen den einzelnen Antidepressiva gibt in der Normalisierung der Stresshormon-Achse.

Im Zusammenhang mit der Cortisolismus-Theorie wurde, basierend auf tierexperimentellen Daten, auch die Möglichkeit von hirnstrukturellen Veränderungen bei Schizophrenen diskutiert und zwar in dem Sinne, dass es durch den Hypercortisolismus zu Schädigung diesbezüglich sensibler Strukturen, wie z. B. den Hypocampus, kommt. Durch tierexperimentelle Modellen, sowohl an Ratten wie auch an Primaten, konnte gezeigt werden, dass Deprivation in der Kindheit sowohl zu Hypercortisolismus wie auch zu hirnstrukturellen Veränderungen führt. Diese Untersuchungen sind ein interessantes Paradigma für den Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und neurobiologischen Prozessen. Analoge Daten konnten im weiteren Verlauf auch bei Patienten mit frühem Missbrauch gefunden werden. Die Forschungsergebnisse verschiedener Arbeitsgruppen, die mit strukturellen MR-Untersuchungen bei Depressionspatienten nach hirnstrukturellen Veränderungen suchten, kamen zu dem Ergebnis, dass es auch bei Depressiven zu hirnstrukturellen Veränderungen in bestimmten Regionen kommt, insgesamt sind die Veränderungen aber nicht so vielfältig und auch in der Größenordnung geringer als bei Schizophrenen. Auch psychoimmunologische Veränderungen scheinen bei der Ätiopathogenese der Depression eine Rolle zu spielen und wurden gerade in jüngerer Zeit durch positive Therapieergebnisse mit COX₂-Inhibitoren erneut ins Blickfeld gerückt.

Evidenzbasierte Therapie bei Alkoholabhängigkeit

Soyka, M.; Bottlender, M.; Hasemann, S.

Psychiatrische Klinik der Universität München

Die stationäre und auch zunehmende ambulante Rehabilitation bei Alkoholkranken beansprucht einen Großteil der zur Verfügung stehenden Ressourcen in diesem Bereich. Obwohl es im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl von Katamnesestudien zum Erfolg, insbesondere der stationären Rehabilitation bei Alkoholkrankheit vorliegen, sind andere Felder weitgehend vernachlässigt worden, insbesondere die seit einigen Jahren vermehrt angebotene ambulante Rehabilitation. Darüber hinaus ist die Evidenzbasierung einzelner Therapiebausteine und -elemente bislang nicht ausreichend gelungen.

Vorgestellt werden soll zum einen eine 3-Jahreskatamnese zur Effizienz einer hochstrukturierten ambulanten Entwöhnungstherapie, die in einer Einrichtung im Großraum München (Dachau) vorgenommen wurde. Dabei konnte in einem 3-Jahres-Verlauf bei 102 Patienten eine Abstinenzrate von 46% gesichert werden. Mögliche Prädiktoren des Behandlungserfolges bei ambulanter Entwöhnungstherapie, wie Geschlecht und Psychopathologie werden dargestellt.

Im zweiten Teil des Vortrags wird über ein aktuelles Projekt zur Entwicklung von Leitlinien in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigen berichtet, das, wie das oben genannte Projekt von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte unterstützt wird. Durchgeführt wurde zunächst eine wissenschaftliche Analyse der zur Frage der Effizienz verschiedener Therapien bei Alkoholabhängigkeit vorliegenden Studien und in einem zweiten prospektiven Schritt geht es um die Etablierung gesicherter Therapiemodule in der stationären Rehabilitation bei Alkoholkrankheit. Die bisher vorliegenden Daten lassen erkennen, dass nicht alle Therapieansätze gleich effizient sind, besonders gut ist die Evidenzbasierung beim sozialen Kompetenztraining sowie einigen verhaltenstherapeutischen Methoden. Über den aktuellen Forschungsstand dieses Projektes berichten M. Soyka, M. Bottlender, S. Hasemann.

Unterstützt durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

Symposien

1 Kognitiv-psychoedukative Interventionen in der Psychiatrie

89

Erfahrungsbericht über eine kognitiv-psychoedukative Gruppenintervention und Angehörigengruppen bei bipolarer Erkrankung

Bernhard, B.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Einleitung: Nach dem aktuellen Stand der Forschung ist die kognitiv-psychoedukative Verhaltenstherapie in Kombination mit einer nebenwirkungsgeleiteten Psychopharmakotherapie für die Behandlung bipolarer Störungen sehr geeignet (Colom et al., 2003). Der Patient soll hierbei als Experte seiner Erkrankung aktiv an der Behandlung beteiligt werden. Da aufgrund von gegenseitigem Feedback die Realisierung dieser Therapie in Gruppen sehr effektiv ist, wurde an der LMU ein Manual zur Durchführung solcher Gruppen entwickelt (Schaub, Bernhard & Gauck, 2004). Das 14 Sitzungen umfassende Gruppenprogramm besteht aus den Therapiebausteinen Psychoedukation über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten, Umgang mit Frühwarnzeichen und Krisenplan zur Rezidivprophylaxe, Aktivitätsaufbau und kognitive Strategien sowie Sensibilisierung für einen ausgeglichenen Lebensrhythmus. Da sich der Einbezug von Angehörigen als sehr wichtig erwiesen hat, bieten wir zusätzlich Workshops für Angehörige, mit dem Schwerpunkt auf Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch, an.

Methoden: Die Patienten füllten vor und nach Teilnahme an der Gruppe einen Wissensfragebogen aus und bekamen am Ende der Gruppe einen Feedbackfragebogen. Die Angehörigen füllten vor, nach und ein Jahr nach der Intervention einen Fragebogenkatalog zu Belastung, Kritik und High Expressed Emotion aus. Die Auswertung der Prä-, Post- und Follow-up-Werte erfolgte mit T-Test.

Ergebnisse: Vorläufige Ergebnisse von 62 bipolaren Patienten in Gruppentherapie belegen die klinische Umsetzbarkeit dieses Ansatzes. Nach der Teilnahme an dieser Intervention stuften fast alle Patienten diese Gruppe als empfehlenswert, informativ und hilfreich ein. Sie erlebten insbesondere die Erfahrung als entlastend, dass andere Ähnliches erlebt hatten, und profitierten von dem Austausch hilfreicher Strategien. Die Auswertung des Wissensfragebogens zeigte eine hoch signifikante Zunahme des Wissens über die Erkrankung ($p < .001$). Erste Ergebnisse der Angehörigengruppen liegen von 49 Angehörigen vor. Die Angehörigen fühlten sich nach der Gruppe und auch noch ein Jahr nach Abschluss signifikant besser informiert. Die wahrgenommenen Belastungen nahmen nach Teilnahme an der Gruppe ab, wobei die Unterschiede erst in der Follow-up Untersuchung signifikant wurden ($p = .03$). Nach Teilnahme an der Gruppe zeigt sich außerdem eine Abnahme der ausgedrückten Emotion gegenüber dem Patienten, die in der Follow-up Untersuchung signifikant wird ($p = .004$).

Zusammenfassung: Diese ersten Ergebnisse der Patientengruppen zeigen eine deutliche Zunahme des Wissens über die eigene Erkrankung. Die Teilnehmer bewerteten die Gruppen als hilfreich und informativ und empfehlen sie sehr gerne weiter. Die Angehörigen fühlten sich nach der Gruppe signifikant besser informiert und äußerten weniger Kritik am Patienten, eine signifikante Reduktion der Belastung und der HEE konnte erst in der Follow-up Untersuchung gezeigt werden.

Diskussion: Die Patienten lernen in der Gruppe besser mit ihrer Erkrankung umzugehen, sie zu akzeptieren und langfristig Medikamente zu nehmen. Wie Colom et al (2003) in seiner Studie zeigt, können durch solche Gruppen die Anzahl der Rückfälle reduziert und somit Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Da nicht alle Patienten von den Gruppen profitieren, sind additive Angebote für zukünftige Gruppen zu überdenken. Die Angehörigengruppen bringen trotz vergleichsweise geringen Aufwandes einen großen Nutzen und zeigen vor allem einen langfristigen Effekt. Sie sind notwendig, um die Compliance zu verbessern und den

Angehörigen zur Vertrauensperson statt Kontrollperson des Patienten zu machen. Aufgrund der bisherigen Erfolge sollten die Gruppen fest implementiert und finanziert werden.

90

Kontrollierte randomisierte Studie zur Evaluation eines kognitiv-psychoedukativen Therapieansatzes bei depressiven Störungen

Schaub, A.; Roth, E.; Goldmann, U.; Charypar, M.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

Einleitung: Psychoedukativ-kognitive Interventionen bei stationären Patienten mit depressiven Erkrankungen wurden bislang noch nicht in randomisierten kontrollierten Studien untersucht. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilians Universität München begann im Mai 2000 daher eine auf fünf Jahre angelegte Studie, deren Patienten-Rekrutierung im August 2003 abgeschlossen war. Diese Studie wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunktes Kompetenznetze in der Medizin durchgeführt. Ihr Ziel ist es, den positiven Einfluss eines kognitiv-psychoedukativen Gruppenprogramms (Schaub, Roth und Goldmann, 2005) auf den Krankheitsverlauf, die Krankheitsverarbeitung und die Compliance zu untersuchen.

Methoden: Ein dreiarmliges Studiendesign umfasst:

1. psychiatrische Standardbehandlung,
2. Standardbehandlung + Gruppenintervention (12 stationäre Sitzungen und 4 ambulante Boostersitzungen),
3. Erweiterung der letztgenannten Bedingung um 16 Einzelsitzungen.

Die Messinstrumente decken psychopathologische und soziale Parameter, kognitive Funktionen, Krankheitskonzepte, Bewältigungsstrategien und Lebensqualität ab. Der Katamnesezeitraum erstreckt sich über zwei Jahre. Im ersten Studienzentrum München nahmen 177 Patienten, im zweiten Zentrum, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Homburg, nahmen 41 Patienten teil. Alle weiteren Ausführungen beziehen sich auf die Münchner Stichprobe (43,5% Männer, 56,5% Frauen; Durchschnittsalter 47,9 Jahre; erste psychiatrische Auffälligkeit durchschnittlich im Alter von 38,5 Jahren; mittlere Anzahl der Aufenthalte einschließlich des aktuellen 2,3; HAMD-Mittelwert vor Behandlung 21,2, BDI-Mittelwert 23,6).

Ergebnisse: Die Analyse der Prä-Werte ergaben keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapiearmen. Die Befragung mittels eines selbstentwickelten Feedbackbogens ergab insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Gruppenintervention. So schätzen 100% der Befragten die Gruppe als informativ, 91,2% als hilfreich und 92,1% die Inhalte auch im Alltag als umsetzbar ein. 91,1% sahen sich in ihrer Zuversicht gestärkt (N = 91). Die Ergebnisse eines Fragebogens zum Wissen über Depression zeigen innerhalb des Interventionszeitraumes einen signifikanten Wissenszuwachs sowohl in den Interventions- als auch in der Kontrollgruppe, jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (T = -1,10; p = .273; N = 121). Nach vorläufigen Auswertungen zeigen Varianzanalysen ebenfalls keine Unterschiede in den Prä- und Postwerten hinsichtlich der Symptomatik, dysfunktionalen Kognitionen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsverarbeitung, Lebenszufriedenheit und Selbstkonzept. In einer sekundären Analyse wurde die anfängliche Symptomschwere in die Auswertung miteinbezogen. Daraus ergab sich, dass bei den schwerer erkrankten Patienten (Median HAMD > 21) in den Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine größere Verbesserung hinsichtlich des Selbstkonzeptes erreicht werden konnte. Dies betrifft insbesondere die Aspekte Selbstwerteinschätzung (F = 6,7; p = .011; N = 124) und Problembewältigungsfähigkeit (F = 7,9; p = .006; N = 125).

Zusammenfassung: Diese ersten Ergebnisse sprechen für eine hohe Behandlungssakzeptanz der kognitiv-psychoedukativen Gruppenintervention bei stationären depressiven Patienten. Hinsichtlich kurzzeitiger Effekte zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Im Vergleich zur Standardversorgung profitierten jedoch insbesondere schwerer erkrankte Patienten hinsichtlich Aspekten des Selbstkonzeptes. Weiterführende Auswertungen der Ein- und Zwei-Jahres-Katamnese beziehen sich auf längerfristige Behandlungseffekte und den Verlauf der Er-

krankung. Neben dem Hauptoutcome-Kriterium – Rückfallrate – werden die Effekte auf Symptome und psychologische Variablen untersucht. Weitere Analysen beziehen sich auf die Medikamentencompliance, soziale Integration, Behandlungserwartungen und Zufriedenheit sowie mögliche Prädiktoren (z. B. kognitives Funktionsniveau, Krankheitskonzepte) für den Krankheitsverlauf.

91

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Rezidivprophylaxe bei Patienten mit schizophrenen Ersterkrankungen

Amann, S.; Kümmler, P.; Schaub, A.; Wolf, B.; Gauck, L.; Klingberg, S.; Buchkremer, G.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

An der Psychiatrischen Universitätsklinik München wird seit 2000 eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Multizenterstudie im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie zur Verbesserung der psychologischen Therapiestrategien bei stationären und ambulanten an einer Psychose erkrankten Patienten (Leitung: S. Klingberg, G. Buchkremer, W. Gaebel) durchgeführt. Ziel ist die Optimierung der medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen zur Rückfallverhütung. Es wurde untersucht, inwiefern zwei unterschiedliche Psychotherapieformen (Kurzform 8 Stunden, Langform 48 Stunden) wirksam sind, einen Rückfall der Erkrankung zu verhindern sowie die Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern.

Das Behandlungskonzept wurde von den beiden Patientengruppen als positiv gewertet: sie fühlten sich besser über ihre Erkrankung informiert und erlebten die Strategien zur Verhaltensänderung und kognitiven Umstrukturierung als sehr förderlich. Insgesamt wurden in München, einem von fünf Studienzentren, 25 Patienten eingeschlossen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt war die endgültige Datenauswertung der Studie noch nicht abgeschlossen.

Die Therapien werden als Einzelinterventionen nach dem Konzept einer ausführlichen Psychoedukation, einem Konzentrations- und Gedächtnistraining und Angehörigengesprächen durchgeführt. In diesem Kontext wurde auch von Klingberg, Schaub und Conrad (2003) ein Interventionsmanual zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen vorgelegt. Dieser Vortrag beschreibt den Therapieaufbau, die Inhalte der Sitzungen und vermittelt einen Einblick in die praktische Umsetzung.

92

Ein bewältigungsorientiertes Gruppenkonzept bei Patienten mit schizophrenen Störungen

Rappold, B.; Orive, E.; Neubauer, N.; Rucktäschel, P.; Wolf, B.; Amann, S.; Kümmler, P.; Schaub, A.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

An der Psychiatrischen Universitätsklinik München wird seit 1995 eine bewältigungsorientierte Gruppentherapie bei stationären Patienten durchgeführt. Die Effizienz dieses Ansatzes wurde in einer kontrollierten randomisierten Studie (N = 196 Patienten), deren Katamnese 2 Jahre umfasste, bestätigt (Schaub 2002). Das Behandlungskonzept wurde von den Patienten als positiv gewertet und im Vergleich zur Kontrollgruppe, einer supportiven Gesprächsgruppe, fühlten sich die Patienten besser über ihre Erkrankung informiert. Das Gruppenkonzept, das Psychoedukation und Stressmanagement kombiniert, wurde in Folge im stationären Setting der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU fest implementiert. Dieser Vortrag beschreibt die Inhalte dieses Ansatzes, der sich auf 12 Sitzungen (2 × wöchentlich) erstreckt und vermittelt einen Einblick in seine praktische Umsetzung.

Psychoneuroendokrine Evaluation eines Stressmanagementtrainings bei HIV-infizierten Personen – Auswirkungen auf die akute endokrine Stressreaktion

Schad, T.; Berger, S.; Ehlert, U.; Weber, R.; Gaab, J.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich
Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, UniversitätsSpital Zürich

Hintergrund: Psychische Belastungen sind prognostische Risikofaktoren für eine Morbidität und Mortalität bei HIV. Stressbedingte Veränderungen endokriner Systeme werden als direkter Mediator psychischer Belastungen auf HIV-relevante klinische Parameter und den Erkrankungsverlauf angesehen. **Ziel:** Ziel dieser Studie ist es, die Auswirkung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Stressmanagementtrainings auf die akute endokrine Stressreaktion bei HIV-Patienten zu untersuchen. **Methoden:** In einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Stratifizierung (CD4-Status) wurden insgesamt N = 102 Probanden mit antiretroviraler Medikation aufgenommen. Einen Monat nach Ende des Stressmanagementtrainings der Treatmentgruppe erhielten alle Probanden einen standardisierten psychosozialen Stressstest (Trier Social Stress Test, TSST). Die physiologische Stressreaktion wurde die wiederholte Erfassung von ACTH, Cortisol und Katecholaminen gemessen. **Resultate:** Die Ergebnisse befinden sich derzeit in Auswertung und werden am Kongress präsentiert. **Diskussion:** Die Ergebnisse werden zeigen, ob kognitiv-verhaltenstherapeutische Stressbewältigungstrainings die physiologischen Stressreaktionen beeinflussen und somit neben der Modifikation psychischer Befindlichkeit einen Einfluss auf physiologische und klinische relevante Parameter bei HIV-infizierten Personen haben.

SWISSIT: Randomisierte, multizentrische Evaluation eines Stressbewältigungstrainings bei HIV-infizierten Personen unter ,hoch aktiver antiretroviraler Kombinationstherapie' (HAART)

Berger, S.; Schad, T.; Weber, R.; Zellweger, C.; Battegay, M.; Vernazza, P.; Ehlert, U.; Gaab, J.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich;
Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, UniversitätsSpital Zürich
Klinik und Poliklinik für Infektiologie, Inselspital Bern
Abteilung für Infektiologie, Universitätsspital Basel
Fachbereich Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen

Seit der Einführung von HAART ('highly active antiretrovirale therapy') hat sich sowohl die Lebensqualität betroffener Personen wie auch der Verlauf der HIV-Infektion entscheidend geändert, so dass die HIV-Infektion heutzutage als chronische Erkrankung angesehen werden kann. Studien zeigen, dass unterschiedliche Formen psychischer Belastungen einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität wie auch auf die Krankheitsprogression haben können. Andererseits dokumentieren Untersuchungen, dass stressprotektive Faktoren, wie ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung, einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und den Verlauf der HIV-Erkrankung haben können. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Stressbewältigungstrainings führen bei HIV-infizierten Personen zu zahlreichen psychologischen und physiologischen Veränderungen. Es kommt u. a. zu einer Reduktion des Stressausmaßes, der depressiven Symptomatik, zu einer Verbesserung der Lebensqualität, zu vermehrt adaptiven Copingstrategien wie auch zu neuroendokrinen (z. B. Cortisol) und immunologischen Veränderungen (z. B. T-Zellen).

Die vorliegende randomisierte, multizentrische Studie zielt neben der Replikation der dargestellten empirischen Befunde v. a. auch darauf ab, die antiretrovirale Behandlung standardisiert zu berücksichtigen, die externe Validität durch Mitberücksichtigung von Frauen zu erhöhen und den Nutzen eines entsprechenden Trainings auf die für den klinischen Verlauf der

HIV-Infektion relevanten Parameter (CD4-Zellen, 'viral load'), zu untersuchen. In einem randomisierten, prospektiven Wartelistenkontrollgruppendesign wurde in der SWISSIT-Studie (Swiss HIV Stress Inoculation Training) der Einfluss eines neu entwickelten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Stressbewältigungstrainings (SWISSIT) bei 102 HIV-infizierten Personen (Frauen & Männer) untersucht, die über die Swiss HIV Cohort Study (SHCS) rekrutiert wurden. Nach der Baseline-Erfassung aller relevanten Variablen erfolgte für die Treatmentgruppe das SWISSIT, das 12 Wochen dauerte und im Gruppensetting durchgeführt wurde. Die abhängigen psychologischen und physiologischen Variablen wurden unmittelbar nach dem Training, sowie nach 6 und 12 Monaten sowohl in der Treatment- wie auch in der Wartelistenkontrollgruppe wiederholt erfasst. Die sich aktuell noch in der Durchführung befindende Studie wird vorgestellt und erste Untersuchungsergebnisse werden präsentiert.

Sport und Psychotherapie: Wirkungen auf psychosoziale und physiologische Zustände bei HIV-positiven Menschen

Rojas, R.; Schlicht, W.; Hautzinger, M.

Universität Stuttgart
Universität Tübingen

In der vorliegenden Arbeit werden die Wirkungen eines Sportprogramms mit denen einer psychotherapeutischen Gruppe auf verschiedene physiologische und psychosoziale Variablen HIV-positiver Menschen verglichen. Das Studiendesign folgt einem varianzanalytischen Messplan mit drei Gruppen (Sportgruppe, Psychotherapiegruppe und Kontrollgruppe) und zwei Messzeitpunkten. An der Studie nahmen 53 HIV-positive Personen, davon 19 in der Sportbedingung, 20 in der Psychotherapiebedingung und 14 in der Kontrollgruppe teil. Während sich eine Verbesserung der «gesundheitsbezogenen Lebensqualität» in der Sport- und in der psychotherapeutischen Gruppe ergab, verschlechterten sich diese Werte bei der Kontrollgruppe. In den drei Gruppen wurden dagegen keine signifikanten Unterschiede bei den Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien und Immunparametern festgestellt. Schließlich wurde eine signifikante Verbesserung leistungsphysiologischer Parameter nach der Sportintervention festgestellt. Die Ergebnisse bewähren die Hypothese, dass beide Interventionsprogramme die gesundheitsbezogene Lebensqualität HIV-positiver Menschen positiv beeinflussen.

EUROVIHTA – eine multizentrische, europäische Studie zur Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms für HIV-positive Menschen

Hautzinger, M.; Bock-Knobloch, J.; Escobar-Pinzon, L.

Universität Tübingen
Universität Mainz

In der multizentrischen europäischen (5 Länder) Interventionsstudie wurden 117 Personen untersucht, die an Gruppenprogrammen zur Verbesserung der Bewältigung der HIV-Infektion teilnahmen. HIV positive Menschen wurden entweder einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention oder den an verschiedenen Beratungsstellen üblichen Angeboten zufällig zugewiesen. Zur Beurteilung der Wirksamkeit dieser Interventionen wurde die psychische Belastung (SCL 90 R), das Bewältigungsverhalten (TSK), die Kontrollüberzeugung (KKG), die Lebensqualität (MOS-HIV), der Immunstatus (Viruslast) und die physische Gesundheit zu vier Zeitpunkten erfasst. Alle Patienten wurden klinisch und neuropsychologische untersucht. Das Vorgehen war standardisiert und folgte in allen Zentren einem einheitlichen Manual. In dieser Arbeit werden, neben der Wirksamkeit der Intervention, insbesondere Unterschiede zwischen homosexuellen Männern und Drogenbenutzern herausgearbeitet und HIV als chronische Erkrankung diskutiert. Die Intervention hat sich als wirksam erwiesen, physisches und psychisches Befinden zu verbessern und die Betroffenen in ihrer Bewältigung der Infektion zu unterstützen.

Langfristige biologische Veränderungen nach frühen aversiven Lebensereignissen in Form von sexuellen und körperlichen Gewalterfahrungen

Meinlschmidt, G.; Schmidt, I.¹; Wingefeld, K.²; Wagner, D.³; Hellhammer, D.H.¹; Heim, C.^{4,3}

¹Abteilung für Theoretische und Klinische Psychobiologie, Universität Trier; ²Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Krankenanstalten Gilead, Bethel; ³Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; ⁴Emory University School of Medicine, Atlanta, USA

In den letzten Jahren konnte gezeigt werden, dass das Erleben früher aversiver Ereignisse die Aktivität und Reaktivität von Stresshormon- und Neurotransmittersystemen langfristig beeinflussen kann. Diese Veränderungen stellen eine biologische Grundlage dar, den Zusammenhang zwischen frühen aversiven Erlebnissen und einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und psychosomatische Erkrankungen zu erklären. In der vorliegenden Studie untersuchten wir an der Universität Trier 21 erwachsene Frauen mit körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen vor dem 13. Lebensjahr und 24 Frauen ohne aversive Erfahrungen.

Alle Frauen durchliefen verschiedene endokrinologische Tests zur Erfassung der Aktivität und Reaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und damit verbundenen Parametern. Daneben wurden verschiedene psychische Maße, wie Stressgeschichte, Ängstlichkeit und Depressivität erhoben.

Die Frauen mit frühen aversiven Erfahrungen kennzeichnen sich gegenüber der Kontrollgruppe unter anderem durch eine vergleichbare Adrenocorticotropin-Reaktion aber eine fehlende Cortisol-Reaktion im körperlichen Stresstest. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass Frauen mit frühen Gewalterfahrungen, im Erwachsenenalter spezifische Veränderungen in Stresshormonsystemen aufweisen. Die Befunde werden in ihrer Relevanz für theoretische Konzeptionen langfristiger psychobiologischer Folgen früher Lebensereignisse und für die Ätiologie psychischer und psychosomatischer Störungen diskutiert.

Gefördert durch DFG FOR 255.

Mind over matter – Psychoneuroendokrine Evaluation einer Konfrontationsbehandlung bei Spinnenängstlichen

Gaab, J.; Jucker, P.; Staub, F.; Ehlert, U.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich

Fragestellung: Neuer Befunde zeigen, dass neuroendokrine Prozesse sind direkt an der Entstehung von emotionalen Prozessen beteiligt. Dysregulationen und Überaktivität neuroendokriner Systeme (vor allem: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, HHNA) werden entsprechend als biologische Korrelate von klinischen Störungen, wie Angst- und Affektiven Störungen, angesehen. Aus dieser Perspektive ist es von Interesse ob effektive psychotherapeutische Massnahmen, wie z. B. Konfrontationstherapien bei Phobien, nicht nur auf Symptomebene, sondern auch zugrunde liegende psychobiologische Prozesse beeinflusst. **Methode:** 16 Patientinnen mit Spezifischer Phobie (Tier-Typus) ohne weitere psychische Komorbidität und 16 gesunde altersgleiche Vergleichsprobandinnen erhielten drei (Patientinnen) bzw. eine (Kontrollpersonen) Konfrontationstermine. Die Konfrontationen der Patientinnen wurden mittels einer Situationshierarchie standardisiert, die Kontrollen bekamen dabei die gleichen Situationen wie die der jeweils zugeordneten Patientin. Die Auswirkungen der Konfrontation(en) wurde anhand von psychometrischen Fragebogen (Situationsbewertung, Bewältigungsverhalten, Angststrating während der Konfrontation, etc.) und biologischen (Cortisol, Herzrate) Messungen erhoben. **Ergebnisse:** Im Vergleich zu der gesunden Kontrollpersonen zeigten Patientinnen signifikant erhöhte biologischen und emotionale Reaktion in der ersten Konfrontation. Diese Reaktionen

standen in Zusammenhang mit den individuellen Bewertungsprozessen. Im Verlauf der Konfrontationstherapie normalisierten sich die biologischen und emotionalen Reaktionen der Patientinnen. Das Ausmaß dieser Veränderungen stand im Zusammenhang mit dem Ausmaß der Veränderungen der kognitiven Bewertungsprozesse. **Schlussfolgerungen.** Erfolgreiche Psychotherapie hat auch biologische Konsequenzen. Das Ausmaß dieser Veränderungen wird vom Ausmaß der psychologischen Veränderungen bestimmt. Im Hinblick auf die empirisch nachgewiesenen Auswirkungen von psychobiologischen Reaktionen (wie z. B. Cortisol) auf die kognitive Prozesse, wie Neu-Lernen und Aufmerksamkeitsfokussierung, ist aber auch von einer wichtigen Wechselwirkung auszugehen, d. h. wirksame Psychotherapie bewirkt biologische Veränderungen welche psychotherapeutische Veränderungen unterstützen bzw. ermöglichen.

Effekte von Cortison auf das Angsterleben bei Patienten mit sozialer Phobie im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden

Soravia, L.M.; de Quervain, D.J.-F.; Ehlert, U.; Heinrichs, M.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich

Theoretischer Hintergrund: Phobien sind anhaltende, ausgeprägte und übertriebene Ängste, welche auf ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation gerichtet sind, Flucht- und Vermeidungsreaktionen auslösen. Die Konfrontation mit einem phobischen Stimulus führt zu einem Abruf von stimulusassoziierten angsterregenden Erinnerungen, die in einer unmittelbaren Angstreaktion resultiert. Studien der Arbeitsgruppe konnten bereits zeigen, dass ein erhöhter Glucocorticoidspiegel den Abruf von deklarativen Gedächtnisinhalten bei gesunden Personen beeinträchtigen sowie traumatische Erinnerungen bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung reduzieren kann. **Fragestellung:** Inwieweit und wie stark kann ein pharmakologisch erhöhter Glucocorticoidspiegel vor Konfrontation mit einer angststimulierenden Situation den Abruf von angstbesetzten Erinnerungen bei Personen mit sozialer Phobie hemmen.

Methode: In der vorliegenden Studie wurden 21 Personen mit einer sozialen Phobie und 22 Kontrollprobanden in einem placebokontrollierten Doppelblinddesign untersucht. Eine Stunde vor einem standardisierten psychosozialen Stresstest (Trier Social Stress Test) erhielten die Probanden 25 mg Cortison oder Placebo oral verabreicht. Neben umfangreichen psychologischen Parametern (Stimmung, Ängstlichkeit, Depressivität, Aufmerksamkeitslenkung, sozialphobisches Verhalten) wurde auch Cortisol im Speichel als biologischen Parameter gemessen. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass Cortison einen spezifisch anxiolytischen Effekt hat, welcher sich in einem reduzierten Angsterleben, geringeren körperlichen Reaktionen und vermindertem Vermeidungsbedürfnis bei den Patienten mit Sozialer Phobie zeigt. Da der Stresstest für die Kontrollprobanden keine angstausslösende Situation darstellt, zeigt sich dieser Effekt der Cortisongabe bei den Kontrollprobanden nicht. Zudem führt die Cortisongabe dazu, dass sich die Patienten mit Sozialer Phobie nicht mehr signifikant von der Kontrollgruppe hinsichtlich des Angsterlebens unterscheiden.

Positive Effekte von Berührung durch den Partner auf die neuroendokrine und autonome Stressreaktion bei Frauen

Ditzen, B.¹; Bodenmann, G.²; Neumann, I.³; Ehlert, U.¹; Heinrichs, M.¹

¹Klinische Psychologie & Psychotherapie, Universität Zuerich, Zürich;

²Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg, Schweiz

³Institut für Zoologie, Universität Regensburg, Deutschland

Einführung: Wengleich Partnerschaften eine allgemein positive Wirkung auf die Gesundheit haben, sind bisher die zugrundeliegenden Wirkmechanismen in akuten Stresssituationen wenig bekannt. Tiermodelle und erste Untersuchungen am Menschen legen nahe, dass diese Effekte durch das Hormon Oxytocin vermittelt sein könnten. Ziel der Untersu-

chung war es, die Bedeutung von Partnerschaftsqualität und partnerschaftlicher Interaktion als protektive Faktoren für die akute psychosoziale Stressreaktivität zu untersuchen. **Methoden:** 77 Frauen nahmen am standardisierten psychosozialen Belastungstest Trier Social Stress Test (TSST) teil. Unmittelbar vor diesem Test erhielten sie von ihrem Partner a) soziale Unterstützung, b) eine standardisierte, instruierte Schulter-Nacken-Massage oder c) nahmen allein teil. Als mögliche Einflussgrößen wurden u. a. Persönlichkeitsvariablen, Partnerschaftsqualität und dyadisches Coping erfragt. Die endokrinen Parameter Oxytocin und Cortisol wurden messwiederholt in Blut- und Speichelproben erfasst. Die Herzrate wurde kontinuierlich beat-to-beat im Verlauf der Untersuchung aufgezeichnet. **Ergebnisse:** Der TSST bewirkte eine hochsignifikante psychoendokrine Stressantwort der Teilnehmerinnen ($p < .01$). Die standardisierte Schulter-Nacken-Massage führte zu einer signifikant reduzierten Cortisolantwort ($p = .016$) und zu einer signifikant erniedrigten Reaktion der Herzrate auf den Stressor ($p = .019$) gegenüber den Bedingungen «Soziale Unterstützung» und «allein», welche sich nicht unterschieden. **Diskussion:** Die Ergebnisse entsprechen den Befunden zur stressprotektiven Funktion positiver sozialer Interaktion. Die geschlechtsspezifischen Besonderheiten der Resultate und zugrundeliegenden psychobiologischen Mechanismen werden im Beitrag diskutiert.

37

Cortisol treatment induces extinction of phobic fear in humans

de Quervain, D.J.-F.¹; Roozendaal, B.²; Schelling, G.³; Maroni, C.¹; Aerni, A.¹

¹Division of Psychiatry Research, University of Zurich, Switzerland;

²Center for the Neurobiology of Learning and Memory, Department of Neurobiology and Behavior, University of California, Irvine, CA USA;

³Department of Anesthesiology, Ludwig-Maximilians University, Munich, Germany

Glucocorticoids are known to inhibit retrieval of long-term memory in animals and humans. Furthermore, we reported that glucocorticoids inhibit retrieval of traumatic memory in post-traumatic stress disorder. We therefore hypothesized that glucocorticoids might also inhibit retrieval of fear memory in human phobic subjects. Here we show in a double-blind, placebo-controlled study in subjects with spider phobia that repeated oral administration of low-dose cortisol (10 mg), 1 h before exposure to a photograph of a spider, led to a consecutive reduction of self-reported stimulus-induced fear. After the fourth cortisol administration this symptom was reduced by 45% as compared to baseline ratings. In contrast, repeated administration of placebo did not affect stimulus-induced fear. Importantly, cortisol-induced reduction of fear was maintained when subjects were investigated again 2 days after the last drug treatment. Cortisol did not have general anxiolytic effects suggesting that the drug specifically reduced stimulus-induced fear. Support for the view that cortisol reduced fear by inhibiting the retrieval of fear memory comes from the finding that cortisol already reduced fear after the first administration. The present findings show that cortisol reduces phobic fear and that repeated administration of cortisol before exposure to a phobic stimulus leads to an extinction of phobic fear in humans.

77

Neurobiologische Veränderungen bei der Borderline Persönlichkeitsstörung

Zetsche, T.; Preuss, U.; Frodl, T.; Tabrizi, S.; Möller, H.-J.; Meisenzahl, E.M.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig-Maximilians Universität München

Einleitung: Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPD) sind mit vielfältigen psychiatrischen Symptomen assoziiert, zu denen häufig depressive Syndrome und eine gestörte Impulskontrolle gehören. Die Pathogenese dieser Störung ist nicht vollständig aufgeklärt. In den letzten Jahren wurde jedoch eine zunehmende Zahl von Studien publiziert, die auf gravie-

rende neurobiologische Veränderungen bei dieser Erkrankung hinweisen. Zu den beschriebenen Veränderungen gehört eine Volumenreduktion im Bereich des frontalen Cortex und des limbischen Systems. Zudem zeigten sich veränderte cerebrale Aktivierungsmuster im Vergleich zu Gesunden, insbesondere bei der Verarbeitung emotionaler Stimuli. Darüber hinaus wurde eine Störung der Schmerzverarbeitung und endokrinologische Auffälligkeiten beschrieben. In eigenen Untersuchungen wurden hirnstrukturelle Veränderungen im Bereich der Amygdala und des Hippocampus erfasst und mit klinischen Symptomen korreliert. **Material und Methoden:** 25 weibliche Patientinnen mit der DSM IV Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung und 25 gemachte gesunde Probandinnen wurden eingeschlossen. SKID I und II Interviews wurden durchgeführt. Es wurde eine volumetrische Analyse der grauen und weißen Substanz mit einem 1.5 T Kernspintomographen und einem hierfür entwickelten Software Programm durchgeführt (BRAINS, Andreasen et al., 1992). Als Zielregionen wurde die Amygdala und der Hippocampus mit der Methode der "region of interest" erfasst. Zur Erhebung der depressiven Symptomatik wurde die Hamilton Skala (HAMD, 21-Items) eingesetzt und zur Evaluation von impulsiven und aggressiven Verhalten wurden etablierte Instrumente eingesetzt, u. a. der Brown-Goodwin Life History of Aggression Fragebogen (BGLHA). **Ergebnisse:** Das Hippocampusvolumen war bei Pat. mit BPD reduziert. Es konnte eine inverse Korrelation zwischen Hippocampusvolumen und vermehrter Aggressivität/Impulsivität (BGLHA) nachgewiesen werden. Die Amygdala war bei Patientinnen mit BPD und co-morbider Major Depression vergrößert. Zudem zeigte sich eine positive Korrelation zwischen dem Amygdalavolumen und einer depressiven Symptomatik (HAMD). **Diskussion:** Die beschriebenen Veränderungen können Ausdruck einer erhöhten biologischen Vulnerabilität bei BPD sein. Andererseits sind hirnstrukturelle Veränderungen in Folge des Krankheitsprozesses möglich. Zudem müssen andere Faktoren, wie der potentielle Einfluss traumatischer Erlebnisse diskutiert werden.

4 Körperdysmorphie Störungen

44

Häufigkeit körperdysmorpher Symptome in der Allgemeinbevölkerung

Rief, W.^{1,2}; Buhlmann, U.²; Wilhelm, S.²; Braehler, E.³

¹Klinische Psychologie, Universität Marburg

²Harvard Medical School, Boston

³Medizinische Psychologie, Leipzig

rief@staff.uni-marburg.de

Einleitung: In den großen epidemiologischen Untersuchungen wurden die körperdysmorphen Störungen bislang nicht (oder nicht adäquat) berücksichtigt, so dass über dieses Störungsbild epidemiologische Grunddaten fehlen. **Methode:** Aus diesem Grund wurde eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe von über 2000 Personen im Spätsommer 2004 auf das Vorliegen körperdysmorpher Symptome und assoziierter Merkmale untersucht. Die Stichprobe wurde nach dem random-route-Verfahren aus der Allgemeinbevölkerung so gezogen, dass Repräsentativität für Deutschland besteht. Dabei wurden folgende Variablen erhoben: die einzelnen klassifikationsrelevanten Merkmale körperdysmorpher Störungen nach DSM-IV, assoziierte Problembereiche wie Suizidgedanken und -handlungen, kosmetisch-chirurgische Eingriffe, jedoch auch andere Verhaltensmerkmale (z. B. checking, Vermeidungsstrategien) und spezifische Einstellungen zum Körper und zur Relevanz von Körperattraktivität. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse geben neben den Basisraten zum Störungsbild Aufschluss über die Relevanz der einzelnen Klassifikationsmerkmale. Es zeigt sich, dass betroffene Personen in hohem Maße unter der Störung leiden, sowie Überlegungen bzgl. Suizidhandlungen oder kosmetisch-chirurgischen Maßnahmen sehr häufig sind. **Diskussion:** Abschließend werden die Konsequenzen für die Klassifikation und Behandlungsansätze dargestellt.

Körperdysmorphie Störung: Neuere Ergebnis mit dem Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)

Strauß, B.; Schwark, B.

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) wurde Anfang der 80er Jahre im Rahmen eines Forschungsprojekts entwickelt, in dem die Determinanten der subjektiven Belastung bei Frauen mit androgenabhängiger Symptomatik (insbesondere Akne, Hirsutismus, Alopezie) untersucht wurden. Viele Patientinnen, die im Rahmen dieser Studie befragt wurden, hätten damals die Kriterien einer körperdysmorphen Störung erfüllt. Die subjektive Belastung durch minimale androgenabhängige Symptome erwies sich als stark abhängig von Aspekten des Körpererlebens (insbesondere der Akzentuierung des eigenen Körpers und körperlichem Missempfinden).

Aufbauend auf den Ergebnissen des erwähnten Projekts wurden in verschiedenen Kliniken (HNO, Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dermatologie) Patientinnen und Patienten mit Screeningverfahren zur Erfassung körperdysmorpher Störungen und dem FBek befragt. Die Ergebnisse dieses Screening werden dargestellt und in Verbindung gebracht mit Aspekten des subjektiven Körpererlebens und der Körperwahrnehmung. Aus den Zusammenhängen lassen sich spezifische Bausteine für psychotherapeutische Interventionen bei Patienten mit körperdysmorpher Symptomatik ableiten.

Erhöhte Sensitivität der ästhetischen Wahrnehmung bei Körperdysmorpher Störung

Adam-Schwebe, S.¹; Müller, T.²; Stangier, U.³

¹Institut für Psychologie der Universität Frankfurt

²Institut für Psychologie der Universität Jena

³DRK-Schmerzzentrum Mainz

Als ein möglicher ätiologischer Faktor in der Entstehung der Körperdysmorphen Störung (KDS) ein kognitiv-perzeptiver Bias, einer sog. erhöhten Ästhetikalität (Harris, 1982), diskutiert. Nach dieser Hypothese ist ein übersteigertes Bedürfnis nach Symmetrie, Größe oder Proportionalität dafür verantwortlich, dass Abweichungen bestimmter Körperteile übermäßig sensitiv wahrgenommen werden.

Diese Hypothese wurde in der vorliegenden Untersuchung durch Erfassung des Wahrnehmungsurteils für ästhetische Körpermerkmale von 21 Patienten mit KDS, 19 Patienten mit Entstellungen und 20 nichtentstellte dermatologische Patienten überprüft. Zu diesem Zweck wurden Bilder von emotional neutralen Gesichtern bezüglich wichtiger Merkmale (Hautzustand/Akne-Pusteln, Narben, Haarwuchs, Größe der Nase, Augenabstand) in 5 Abstufungen verändert. Die manipulierten Bilder wurden kurzzeitig mit 200 msek. jeweils gemeinsam mit dem Ausgangsbild in randomisierter Reihenfolge dargeboten. Anschließend schätzten die Untersuchungsteilnehmer auf einer fünfstufigen Skala (von gar nicht abweichend bis sehr stark abweichend) ein, in welchem Ausmaß das manipulierte Bild vom Ausgangsbild abwich. Erwartungsgemäß zeigten Personen mit Körperdysmorpher Störung im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen eine signifikant bessere Diskriminationsfähigkeit. Bezogen auf die unterschiedlichen manipulierten Merkmale, zeigte sich die überlegene Wahrnehmungsgenauigkeit besonders bezüglich Nasengröße und Augenabstand, während hinsichtlich der dermatologischen Merkmale lediglich bei Pusteln, nicht jedoch bei Narben oder Haarausfall Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar waren. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis darstellen, dass die Wahrnehmung für Symmetrie und Proportionalität, nicht jedoch für morphologische Merkmale allgemein, bei KDS übermäßig sensitiv ist.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass sich Patienten mit KDS durch eine erhöhte Wahrnehmungssensitivität auszeichnen. Die Unterschiede zu der Kontrollgruppe entstellter Patienten sprechen dagegen, dass es sich um eine Folge der Beschäftigung mit objektivierbaren Hautsymptomen handelt. Aus der Querschnittstudie lassen sich jedoch keine

Aussagen darüber ableiten, welche Bedeutung die genannten Faktoren in der Ätiologie der KDS haben.

Häufigkeit von Körperdysmorphen Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung

Stangier, U.¹; Giel, U.²; Brähler, E.³

¹Institut für Psychologie der Universität Jena

²Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen

³Institut für Medizinische Psychologie der Universität Leipzig

Obwohl es Hinweise gibt, dass Körperdysmorphie Störungen in dermatologischen und plastisch-chirurgischen Einrichtungen häufiger als bislang vermutet auftreten, fehlen bislang Daten zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Epidemiologische Studien mit Studenten und Frauen im Alter von 30 bis 40 Jahren ergaben Prävalenzraten von 0,7 to 2%. Die gegenwärtige Studie zielte darauf ab, die Häufigkeit von Körperdysmorphen Symptomen in der Allgemeinbevölkerung auf der Grundlage eines spezifischen Screening-Instrumentes einzuschätzen.

Der Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) ist ein Fragebogen zur Erfassung von Körperdysmorphen Symptomen, der sich in vorangegangenen Studien als sensitiv und spezifisch erwiesen hatte. Die discriminative Validität wurde in einer Studie mit ambulanten dermatologischen Patienten, Patienten mit Körperdysmorphen Störungen und entstellten Patienten nachgewiesen.

Eine für die Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland repräsentative Stichprobe von 2043 Personen nahm an der Studie teil. 53% der Stichprobe waren weiblich; das Durchschnittsalter betrug 48,8.

Auf der Grundlage eines in vorangegangenen Untersuchungen ermittelten Cut-off-Wertes des DCQ (≥ 14) zeigten 0,9% der Patienten positive Testergebnisse, die auf ein klinisch relevante körperdysmorphie Symptome hinweisen. Die Häufigkeit von subklinischen körperdysmorphen Befürchtungen war wesentlich höher, in Abhängigkeit von dem Schwellenwert.

Die Ergebnisse bestätigen die Sichtweise, dass Körperdysmorphie Störungen in einem Ausmaß verbreitet sind, das anderen psychischen Störungen vergleichbar ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verwendung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes möglicherweise die wahre Prävalenz der Störung unterschätzt. Die Diskussion wird sich auf methodische Aspekte in der Erfassung der Körperdysmorphen Störung beziehen und mögliche Konsequenzen für die Versorgung der Patienten mit dieser belastenden und stark beeinträchtigenden Störung aufzeigen.

5 Körperbild bei Essstörungen

Körperbildtherapie bei Essstörungen: Beeinflussung der perzeptiven, kognitiven, affektiven und behavioralen Körperbildkomponente

Vocks, S.¹; Legenbauer, T.²; Kiszkenow, S.¹

¹Fakultät für Psychologie, AE Klinische Psychologie und Psychotherapie; Ruhr-Universität Bochum

²Fakultät für Psychologie, Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Einleitung: Körperbildstörungen sind wesentlich an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa beteiligt. Dennoch wurden Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes in Essstörungenstherapien zumeist vernachlässigt. Auch wurde das Körperbild oft nur unidimensional erfasst; tatsächlich ist es jedoch als ein multidimensionales Konstrukt anzusehen, welches sich aus vier interindividuell unterschiedlich ausgeprägten Komponenten zusammensetzt. So beinhaltet es eine perzeptive (Überschätzung der eigenen Körperdimensionen), kognitive (negative Bewertungen des eigenen Körpers), affektive (negative körperbezogene Gefühle) und behaviorale Komponente (körperbezogenes Vermeidungs- und Kontrollverhalten).

Daher wird eine Untersuchung zur Evaluation einer Körperbildtherapie durchgeführt, welche Interventionsbausteine bezüglich aller vier Körper-

bildkomponenten integriert. Entsprechend wird der Therapieerfolg multi-dimensional erfasst.

Methode: In der laufenden Studie nahmen bisher 19 Patientinnen des Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum mit Anorexia und Bulimia nervosa sowie EDNOS teil. Die Körperbildtherapiegruppe beinhaltet die Erarbeitung eines Störungsmodells, die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen, Körperkonfrontationsübungen per Spiegel und Video, den Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens sowie den Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten.

Vor und nach dem Training wird zur Erfassung der perceptiven Körperbildkomponente die Fotoverzerrtechnik eingesetzt. Hierbei sollen die Patientinnen ein zuvor von ihnen erstelltes Digitalkamerafoto computergestützt entsprechend der Einschätzung ihrer tatsächlichen, gefühlten und idealen Körperdimensionen einstellen. Auch kommen verschiedene Fragebögen zum Einsatz, um die kognitiv-affektive (Fragebogen zum Körperbild, Eating Disorder Inventory-2, Eating Disorder Examination-Questionnaire, Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire) und die behaviorale Körperbildkomponente (Body Image Avoidance Questionnaire, Body Checking Questionnaire, Liste positiver körperbezogener Aktivitäten) sowie die allgemeine Symptombelastung (Symptom-Checklist, Allgemeine Depressionsskala, Rosenberg-Selbstwertskala) zu messen.

Ergebnisse: Bei der Analyse der bisher vorliegenden Daten zeigte sich auf der perceptiven Komponente bei kein signifikanter Prä-Post-Unterschied hinsichtlich der Einschätzung der tatsächlichen und gefühlten Körperdimensionen, jedoch veränderte sich das Ideal in Richtung eines weniger schlanken Körpers ($p = .028$; $d = .46$).

Deutlichere Effekte zeigten sich bei der kognitiv-affektiven Körperbildkomponente. Hier war eine Abnahme der ablehnenden Körperbewertung ($p < .001$; $d = 1.34$), der körperlichen Unzufriedenheit ($p = .001$; $d = .90$) und des Schlankheitsstrebens ($p = .001$; $d = 1.12$) zu verzeichnen. Ebenso sanken die Gewichts- und Figursorgen ($p = .001$; $d = .68$ bzw. $p = .001$; $d = .97$). Auch verminderte sich die Internalisierung des Schlankheitsideals ($p < .001$; $d = .87$) sowie das Bewusstsein über die gesellschaftlichen Standards ($p = .001$; $d = .82$).

Auf der behavioralen Ebene ist eine Abnahme des Vermeidungsverhaltens in Bezug auf Kleidung ($p < .001$; $d = .83$) sowie des Kontrollverhaltens ($p = .030$; $d = .48$) zu verzeichnen. Während die Häufigkeit der Durchführung angenehmer körperbezogener Tätigkeiten anstieg ($p = .008$; $d = .41$), war keine Zunahme des Verstärkungspotentials dieser Tätigkeiten zu verzeichnen.

Außerdem sank die allgemeine Symptombelastung ($p = .011$; $d = .82$) sowie das Ausmaß an Depressivität ($p = .021$; $d = .71$) und es war ein erhöhtes Selbstwertgefühl vom Prä- zum Postzeitpunkt zu verzeichnen ($p = .002$; $d = .74$).

Diskussion: Hinsichtlich der perceptiven Körperbildkomponente war außer einer Veränderung der idealen Körperdimensionen in Richtung eines weniger schlanken Körpers keine relevante Abnahme der Überschätzung der eigenen Körperdimensionen zu verzeichnen. Auf der kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente ließen sich jedoch mittlere bis große Therapieeffekte nachweisen.

Die positiven Ergebnisse sind nicht nur auf das Körperbild bezogen, sondern generalisieren auch auf eine Reduktion der allgemeinen Symptombelastung.

Diese vorläufigen Daten erbringen deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit direkter Interventionen zur Körperbildverbesserung und legen nahe, diese standardmäßig in die Essstörungsbehandlung zu integrieren. In weiteren Schritten werden Prädiktoren eines positiven Behandlungsverlaufes in der Körperbildtherapie analysiert.

18

Körperdysmorphie Störung und Bodybuilding

Petersen, I.; Jaeger, T.; Gerlach, A.L.; Rist, F.

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie, Institut Münster; Westfälische Wilhelms-Universität, Münster

Theoretischer Hintergrund: Bodybuilding und damit einhergehend tägliches, stundenlanges Krafttraining – wer hat sich nicht schon die Frage gestellt, woher die Motivation für diese Anstrengung stammt? Viele Männer scheinen auf dem Weg zu einer muskulösen Figur zu großen Opfern

bereit zu sein. Sogar gesundheitsschädliche Maßnahmen (z. B. die Einnahme von Steroiden und Anabolika) werden zur Verbesserung der Figur eingesetzt (Schwerin et al. (1996)). Es liegt daher nahe, zumindest bei einem Teil der Betroffenen auch eine veränderte Körperwahrnehmung zu vermuten. Pope et al. (1997) berichten in diesem Zusammenhang von einer Unterform der körperdysmorphen Störung: der Muskeldysmorphophobie. Körperliches Training wirkt sich bei Essgestörten unmittelbar positiv auf das Körper selbstbild aus (z. B. Loumidis u. Wells (2001)). Möglicherweise spielt dieser Mechanismus auch bei Bodybuildern eine Rolle. Fragestellung: In dieser Studie soll überprüft werden, ob Bodybuilder mit körperdysmorphen Ängsten ein extremeres Körperideal aufweisen, mit ihrem Körper unzufriedener sind, diesen stärker verzerrt wahrnehmen und ob sie auf diesen Variablen von einer typischen Trainingseinheit eher profitieren als unbeeinträchtigte Bodybuilder und eine Vergleichsgruppe von Triathleten. Weiter wird untersucht, ob Depressionen, soziale Ängste, der Gebrauch anaboler Steroide und suchthaftes Trainieren bei diesen Personen häufiger auftreten. **Methode:** 29 Bodybuilder und 20 Triathleten (Durchschnittsalter 31 Jahre) wurden in zwei örtlichen Fitnessstudios und drei Sportvereinen rekrutiert. Zehn Personen aus der Gruppe der Bodybuilder konnten anhand der von Pope et al. (2000) aufgestellten Kriterien als mindestens zu einem leichten bis mittleren Ausmaß von körperdysmorphen Ängsten betroffen eingestuft werden. Vor und nach einer typischen Trainingseinheit schätzten die Teilnehmer die Zufriedenheit mit ihrem Körper ein und die subjektive Körperwahrnehmung wurde mit Hilfe einer computergestützten Bildverzerrtechnik erfasst. Zu einem der zwei Datenerhebungspunkte wurden Körpergröße, -gewicht, Körperfettanteil sowie die ideale Körperform (ebenfalls computergestützt) gemessen. Zusätzlich wurden die Teilnehmer zu Essverhalten, Substanzgebrauch und körperdysmorphen Störungen (Benutzung des entsprechenden Abschnitts des SKID-I) befragt. Zwischen beiden Terminen füllten die Teilnehmer ein anonymes Fragebogenpaket aus. **Ergebnisse:** Beide Bodybuildinggruppen strebten im Vergleich zu den Triathleten ein extremeres Körperideal an. Je größer die tatsächlichen Körpermaße des Sportlers waren, desto extremer war auch das Idealbild und je größer diese Diskrepanz wurde, desto stärker war die Unzufriedenheit und desto mehr körperdysmorphie Ängste wurden berichtet. Bodybuilder zeigten insgesamt weniger Zufriedenheit mit ihrem Körper als die Triathleten; das Trainieren führte zudem in allen Gruppen zu einer stabilen Verbesserung. Alle Männer, jedoch speziell die körperdysmorphen Bodybuilder, nahmen ihren Körper schmäler verzerrt wahr. Substanzgebrauch wurde ausschließlich von Bodybuildern berichtet, wiederum verstärkt in der körperdysmorphen Untergruppe. Bezüglich Depressionen, sozialer Ängste oder suchthaftem Trainingsverhalten gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen. **Schlussfolgerungen:** Der Massezuwachs durch Bodybuilding scheint die Diskrepanz zwischen tatsächlicher und idealer Körpergröße nicht zu verkleinern, da sich letztere mit zunehmender Muskulatur entsprechend den Einflüssen der sozialen Umgebung zu vergrößern scheint. Demzufolge bleibt die Körperzufriedenheit gering und die Motivation, das Training fortzuführen, gleichermaßen hoch. Sportliches Training per se verbessert die Körperzufriedenheit kurzfristig, jedoch nicht die subjektive Wahrnehmung des eigenen Körpers. Einerseits kann nicht davon ausgegangen werden, dass Bodybuilding körperdysmorphie Störungen auslöst, andererseits bietet dieser Sport für Betroffene eine scheinbare Lösung für die Probleme, erhält sie in Wirklichkeit jedoch aufrecht.

22

Veränderung dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen durch ein kognitiv-behaviorales Körperbildtraining

Legenbauer, T.; Vocks, S.; Pfenning, N.

^{1, 3}Abt. Klinische Psychologie & Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

²AE Klinische Psychologie & Psychotherapie; Ruhr-Uni-Bochum

Theoretischer Hintergrund: Mehrere Studien belegen, dass dysfunktionale Kognitionen einen Anteil an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen haben. Insbesondere die negative Körperbewertung steht bei Frauen mit Anorexia und Bulimia nervosa in signifikanten Zu-

sammenhang zum Störungsverlauf, wobei die Reduktion von Körperbild-Problemen bislang wenig beachtet wird. Zudem gibt es nur wenige systematische Therapiestudien auf diesem Gebiet, selten werden dezidiert körperbildrelevante Variablen erfasst und Prozessmaße im Sitzungsverlauf überprüft. Insbesondere kognitive Prozesse scheinen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von großer Relevanz zu sein. Daher soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden, wie sich ein kognitiv-behaviorales Körperbildtraining auf die Veränderung dysfunktionaler körper- und selbstwertrelevanter Kognitionen auswirkt. Des Weiteren soll überprüft werden, welche Einflüsse die spezifischen Interventionstechniken wie kognitive Umstrukturierung und Spiegelexpositionsübungen auf die Veränderung der dysfunktionalen Kognitionen haben. **Methode:** Es wurden 29 Frauen mit einer Ess-Störung untersucht, davon nahmen 15 Frauen an einer kognitiv behavioralen Körperbildtherapiegruppe teil, 14 Frauen mit gemachten Diagnosen fungierten als Non-treatment-group. Dysfunktionale Kognitionen wurden anhand eines speziell entwickelten Fragebogens (FEDK) Prä-Post als auch nach jeder Sitzung erhoben. Der Fragebogen enthält einen Gesamtindex zur Auftretenshäufigkeit dysfunktionaler Kognitionen sowie vier Subskalen zu den Themen Körper und Selbstwert, situationsbezogene Essensgedanken, Diätregeln und Kontrollverlust sowie Internalisierung/TV. Zusätzlich wurden zur Erfassung der Körperwahrnehmung die Contour Drawing Rating Scale (CDRS) und zur Erfassung von Einstellungen zu Körper und Essverhalten folgende Instrumente eingesetzt: Sociocultural Attitude Scale (SATAQ), Multidimensional Body-Self-Relations-Questionnaire (MBSRQ), Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) und der Eating Disorder Examination- Questionnaire (EDE-Q). **Ergebnisse:** Es konnte ein Interaktionseffekt (Faktor 1: EG vs KG × Faktor 2: Prä vs Post) für die Veränderung der Auftretenshäufigkeit dysfunktionaler Kognitionen (Gesamtwert) gezeigt werden ($F(4,13) = 5,8; p < .05$). Nach Teilnahme an der Therapiegruppe war eine deutliche Reduktion dysfunktionaler Kognitionen nur bei den Frauen der EG zu verzeichnen. Signifikante Interaktionseffekte für Gruppe × Zeit zeigten sich auch für die Subskalen «Körper und Selbstwert» ($F(4,13) = 6,88; p < .05; d = .68$) und «Diätregeln und Kontrollverlust» ($F(4,13) = 4,82; p < .05; d = .72$). Eine tendenziell signifikante Interaktion zeigte sich für die Skala «Internalisierung/TV» ($F(4,13) = 3,71; p = .061; d = .61$). Weiterhin bestanden Korrelationen zwischen den Differenzwerten (Prä-Post) des EDI-2 (Gesamtwert) und der Auftretenshäufigkeit dysfunktionaler Kognitionen (FEDK gesamt) ($r = .618^{**}; p < .05$). Zudem zeigte sich, dass eine Reduktion der dysfunktionalen Kognitionen nach Sitzungen mit direkten kognitiven Interventionen als auch der Spiegelexposition mit positivem Fokus auftrat. **Diskussion:** Durch das Körperbildtraining konnte die Auftretenshäufigkeit dysfunktionaler Kognitionen, insbesondere körper- und selbstwertbezogener Art gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert werden. Dies scheint in engem Zusammenhang mit der Verbesserung der allgemeinen Essstörungssymptomatik zu stehen. Die Ergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass nicht nur direkte kognitive Interventionen, sondern auch indirekte Techniken wie die Spiegelkonfrontation mit der Fokussierung auf positive Aspekte zu einer Reduktion der Auftretenshäufigkeit dysfunktionaler Kognitionen führen. **Schlussfolgerung:** Es ist davon auszugehen, dass dysfunktionale Kognitionen in engem Zusammenhang mit der Essstörungssymptomatik stehen. Zudem bestehen Hinweise darauf, dass spezifische Therapietechniken hier wirkungsvoll sind. Weitere Studien im Sinne von Komponentenanalysen sind wünschenswert, um die Effekte der einzelnen Interventionsbausteine der Körperbildtherapie auf die kognitiven Prozesse zu untersuchen.

25

Wahrnehmung des Körperbildes bei Essgestörten und Leistungssportlern in Abhängigkeit von Hunger und Sätttheit

Usbeck, C.; Pietrowsky, R.

Klinische Psychologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Bekanntermaßen gehen viele Essstörungen mit einer Störung des Körperbildes einher. Aber auch bei Sportlern, die eine Sportart betreiben, bei der aus bestimmten Gründen die Körperfigur oder das Körpergewicht eine wichtige Rolle spielt, zeigen eine erhöhte Anfälligkeit für Störungen des Körperbildes. In den vorliegenden Studien wurden bei Personen mit gezü-

geltem Essverhalten und bei Sportlern verschiedener Disziplinen (Läufer, Body-BUILDER, Leicht- und Schwergewichtsruderer) das Körperbild und die Körperzufriedenheit im jeweils hungrigen und satten Zustand gemessen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ausübung einer Sportart, die die Einhaltung eines bestimmten Höchstgewichts erfordert, zu einer starken kognitiven Kontrolle des Essverhaltens führt. Darüberhinaus ist bei den Personen, die eine ausgeprägte kognitive Kontrolle des Essverhaltens zeigen (gezügelter Esserinnen, Leichtgewichtsruderer, Body-BUILDER) im hungrigen Zustand eine ausgeprägte Körperbildstörung festzustellen. Sportler, die keiner Figur- oder Gewichtsbeschränkung unterworfen sind (Läufer, Handballspieler, Schwergewichtsruderer) zeigen keine erhöhte kognitive Kontrolle des Essverhaltens und keine Störung des Körperbildes. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Ausübung einer Sportart mit starker Figurbetonung oder Gewichtsrestriktion die Ausbildung einer Körperschemastörung fördert. Dass diese Störung vor allem im hungrigen Zustand auftritt, kann als ein Indiz dafür angesehen werden, dass die Körperunzufriedenheit möglicherweise dann ein Hilfsmittel darstellt, um der Versuchung zu Essen besser widerstehen zu können.

122

Körperbildunzufriedenheit, Diätverhalten und körperliche Aktivität bei Kindern

Vögele, C.

Clinical and Health Psychology Research Centre, School of Psychology and Therapeutic Studies, Roehampton University, London, UK

Ein schlankes oder dünnes Körperideal wird in unserer Gesellschaft hoch geschätzt, und wird vor allem von Frauen mit körperlicher Attraktivität gleichgesetzt. Aufgrund der über die letzten Jahre zu beobachtenden Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas entsprechen immer weniger Menschen diesem Ideal. Es ist deswegen kaum verwunderlich, dass die Unzufriedenheit mit der eigenen körperlichen Erscheinung ein weit verbreitetes Phänomen in der Bevölkerung der westlichen Industrienationen darstellt. Diese Unzufriedenheit, vor allem mit dem Körpergewicht, ist deshalb auch zutreffend als soziale Norm beschrieben worden. Mit der sozialen Norm der Unzufriedenheit mit der eigenen körperlichen Erscheinung sind allerdings auch möglicherweise gesundheitsschädliche Verhaltensweisen verbunden. Beispielsweise kann die Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht zu Diätverhalten und anderen ungesunden Gewichtsabnahme-Strategien führen, die wiederum als Risikofaktoren für Essstörungen betrachtet werden. Die meisten Forschungsarbeiten konnten diesen Zusammenhang von Körperunzufriedenheit und Diätverhalten bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen nachweisen; als besonders besorgniserregend wird in letzter Zeit die zunehmende Anzahl von Kindern eingeschätzt, die sich schon zum Teil in sehr jungen Jahren rigorosen Diätplänen unterwerfen, um dem ästhetischen Ideal des schlanken Körpers zu entsprechen. Die vorliegenden Studien hatten zum Ziel, nicht nur das Diätverhalten sondern auch das körperliche Aktivitätsverhalten zur selbstberichteten Körperbildunzufriedenheit in Beziehung zu setzen. In zwei Studien ($n = 68$ und $n = 165$) haben wir diese Zusammenhänge an Schulkindern über eine Altersspanne von 7 bis 11 Jahren untersucht. Die Körperunzufriedenheit wurde in beiden Studien mit einer Figurmriß-Skala erfasst, bei der die Probanden gebeten werden anzugeben, wie sie aussehen und wie sie am liebsten aussehen würden. Das körperliche Aktivitätsverhalten wurde mit einem über 7 konsekutive Tage ausgefüllten Aktivitätstagebuch erfasst. Mit Fragebögen wurden die Einstellung zu Diäten, das Diät- und Ernährungsverhalten und die Wahrnehmung vom Gewicht und Einstellung der Eltern zu Diät und Körpergewicht durch die Kinder erfragt. Körpergröße und Gewicht der Kinder wurden vor Ort durch die Untersuchungsleiter gemessen. Die Ergebnisse zeigen einen großen Prozentsatz von Kindern (39%), die zum Teil in schon sehr jungen Jahren Diäterfahrung haben. Der Wunsch, dünner sein zu wollen ist abhängig vom BMI und steigt mit zunehmendem Lebensalter (40% bei den 11-Jährigen). Multiple Regressionsanalysen zeigen, dass der Wunsch nach einem schlankeren Körper vom BMI, dem wahrgenommenen Übergewicht der Mutter und gezügelten Essverhaltensweisen der Kinder vorhergesagt wird. Das körperliche Aktivitätsverhalten zeigte keinerlei Zusammenhang mit der Körperunzufriedenheit oder dem Diätverhalten. Die vorliegenden Ergebnisse lassen darauf schließen, dass ein schlankes Körperbild-Ideal

und Diätverhalten schon bei jungen Kindern weit verbreitet ist. Obwohl die Körperbildungszufriedenheit in beiden Studien einzeln betrachtet einen Zusammenhang mit dem BMI aufweist, zeigte sich bei einem Vergleich der beiden Stichproben, dass der Referenzpunkt bez. des Gewichts, ab dem Kinder schlanker sein wollen, stark vom durchschnittlichen BMI der jeweiligen Gruppe abhängt. Der bisher in der Literatur berichtete Geschlechterunterschied in der Körperbildungszufriedenheit konnte in keiner der beiden Studien nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass der Wunsch von Jungen, schlanker sein zu wollen, dem der Mädchen in nichts nachsteht.

6 Somatoforme Schmerzstörung

30

Kopfschmerz bei somatoformer Störung

Aigner, M.; Freidl, M.; Izadi, S.; Prause, W.; Weiss, M.

Verhaltensmedizinische Schmerzzambulanz, Universitätsklinik für Psychiatrie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung, Wien

Einleitung: Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten körperlichen Beschwerden über die psychiatrische Patienten klagen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Kopfschmerzen, die ausschließlich während verbreiteter psychiatrischer Störungen wie Depressionen, Panikstörungen und andere Angststörungen oder somatoformen Störungen auftreten, am besten als auf diese psychiatrischen Störungen zurückzuführen eingeordnet werden sollten (Internationale Klassifikation von Kopfschmerzkrankungen). **Methode:** 189 Patienten (63% Frauen; Alter: $47,2 \pm 11,8$ a), die die Kriterien einer undifferenzierten somatoformen Störung erfüllen, wurde das Beck Depression Inventory (BDI), der State-Trait Anxiety Inventory (STAI) und der Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) vorgelegt. Die Patienten wurden mittels NRS (numerische Ratingskala) nach der Intensität ihrer Kopfschmerzen befragt. **Ergebnisse:** 36% der Patienten haben leichte bis mittelschwere Kopfschmerzen (NRS = 1 bis 3) und 36,5% der Patienten geben starke bzw. sehr starke Kopfschmerzen an (NRS = 4 bis 5). Die 3 Subgruppen der Patienten mit undifferenzierter Somatisierungsstörung: kein Kopfschmerz, leichte bis mittelschwere Kopfschmerzen und starke bzw. sehr starke Kopfschmerzen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des Alters, ihres Geschlechts, ihrer Schulbildung und ihres Familienstandes, jedoch signifikant hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik (BDI: depressive Symptomatik bei NRS = 0: $15,0 \pm 11,5$; NRS = 1–3: $15,8 \pm 11,0$; NRS = 4–5: $21,1 \pm 12,2$; $F = 5,294$, $df = 2$; $p = 0,006$). **Diskussion:** Die Kopfschmerzhäufigkeit unserer Patientengruppe mit 72,5% entspricht etwa dem der Literatur. Die Intensität des Syndroms Kopfschmerz ist in dieser Patientengruppe vor allem mit einer depressiven Symptomatik assoziiert. Chronischem Schmerz und Depression könnten gemeinsame pathophysiologische Mechanismen zugrunde liegen.

31

Angstsymptomatik und depressive Symptomatik bei somatoformer Schmerzstörung

Izadi, S.¹; Freidl, M.²; Prause, W.²; Weiss, M.²; Aigner, M.²

¹Klinik Roseneck, Prien Chiemsee – Deutschland

²Univ.klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, Österreich

Einleitung: Depressive Symptomatik und Angststörungen stellen bei chronischen Schmerzen einen Risikofaktor für Chronifizierung beziehungsweise sind mit erhöhter psychosozialer Beeinträchtigung assoziiert. Sie stellen damit einen zentralen Faktor für Diagnostik und Therapie dar. **Methode:** 130 Patienten mit somatoformer Schmerzstörung (Alter: $47,1 \pm 11,1$ a; Frauen: $n = 77$), die mittels SKID nach DSM-IV diagnostiziert wurden, wurde der STAI-I und -II, der Whiteley Index und Beck Depression Inventory (BDI) vorgelegt. **Ergebnisse:** Als «State-Variable» zeigen im STAI-I 66,2% eine mittelstark ausgeprägte Ängstlichkeit und 15,4% eine sehr starke Ängstlichkeit. Als «Trait-Variable» zeigen im STAI-II 60% ein Wert zwischen 40 und 60 und 17,7% über 60. Die ge-

sundheitsbezogenen Ängste im Whiteley Index sind bei 44,6% über dem Schwellenwert für eine klinisch relevante hypochondrische Symptomatik. Depressive Symptome von klinischer Relevanz (BDI > 18) zeigen sich bei 40%. 27% zeigen subdepressive Beschwerden (BDI: 10–18). **Diskussion:** Bei einem erheblichen Anteil an Patienten mit somatoformer Schmerzstörung finden sich depressive Symptome, eine allgemeine Ängstlichkeit und hypochondrische Ängste. Eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und der Angstsymptomatik sollte zu einer Gesamtverbesserung der Beschwerdesymptomatik bei somatoformer Schmerzstörung wesentlich beitragen und ist als solches ein wichtiges Therapieziel bei somatoformer Schmerzstörung.

85

Lebensqualität und Somatoforme Störungen

*Nutzinger, D.O.^{*1, 2}; Brandmaier, R.¹*

¹Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt

²Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität zu Lübeck

Der Bereich Lebensqualität wurde bei Patienten mit Somatoformen Störungen bisher wenig erforscht. In der vorliegenden Studie wurden folgende Fragestellungen untersucht: Wie beeinträchtigt ist der Bereich Lebensqualität bei Patienten mit Somatoformen Störungen? Ergeben sich Unterschiede zwischen den einzelnen Somatoformen Störungen? Welchen Einfluss haben komorbide Störungen? Welcher Zusammenhang besteht zu Behinderungen in wichtigen Lebensbereichen? Wie sinnvoll ist das Konstrukt Lebensqualität als Outcome Maß für Therapieverfahren? Untersucht wurden 373 Patienten mit unterschiedlichen Formen einer Somatoformen Störung nach DSM-IV, die zur stationären Behandlung in einer psychosomatischen Klinik aufgenommen waren. Bei 254 Patienten lag eine Somatisierungsstörung vor bei 103 eine Hypochondrie und 42 Patienten litten unter einer Konversionsstörung. Bei allen Patienten wurden vor Beginn der Therapie neben der diagnostischen Erhebung nach DSM-IV und einer Reihe störungsspezifischer Testverfahren auch die Bereiche Lebensqualität (SF-36) und die Behinderung in verschiedenen Lebensbereichen erhoben.

Ergebnisse: Die erhobenen Daten weisen einen unerwartet hohen Grad an Beeinträchtigung im mehreren Bereichen der Lebensqualität auf im Vergleich zu einer nach Alter und Geschlecht gematchten Vergleichsgruppe von stationär behandelten Patienten mit depressiven Störungen oder einer chronischen Schmerzkrankung. Auch die angegebenen Behinderungen in verschiedenen Lebensbereichen auf Grund der Beschwerden waren gravierend. Patienten mit verschiedenen Somatoformen Störungen unterscheiden sich deutlich in Bezug auf Bereiche und Ausprägung der Beeinträchtigungen in Ihrer Lebensqualität; so erwiesen sich Patienten mit einer Somatisierungsstörung als jene, die die stärksten Beeinträchtigungen im Bereich Lebensqualität aufwiesen aber auch die größten Verbesserungen in diesem Bereich während der Therapie erzielten. Patienten mit einer Konversionsstörung unterschieden sich am deutlichsten innerhalb der Gesamtgruppe hinsichtlich des Störungsprofils im Bereich Lebensqualität und die im Verlauf der Behandlung erzielten Effekte waren weniger deutlich ausgeprägt. Im Gegensatz zum Schweregrad der Symptomausprägung zeigte das Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung nur geringe Zusammenhänge mit dem Grad der Störungen im Bereich Lebensqualität auf. Die Erhebung der Lebensqualität erwies sich als wichtiges Outcome-Maß, das in Ergänzung zu störungsspezifischen Erhebungen und über die Symptomebene hinaus eine Beurteilung der in der Behandlung erzielten Veränderungen ermöglicht.

93

Leiden optimistische Menschen seltener an Phantomschmerz?

Pucher-Matzner, I.; Frischenschlager, O.

Zentrum für Public Health, Institut für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Wien

Mit dem Ansteigen der Lebenserwartung und der Zunahme arterieller Verschlusskrankheiten sind häufig Amputationen von Körperteilen, insbesondere der unteren Extremitäten verbunden. Neben anderen Faktoren

(Amputationsmethode, Verabreichung von Opioiden etc., kortikale Reorganisation) kann die psychische Verarbeitung Art und Ausmaß postoperativer Komplikationen wie z. B. Phantomschmerz steuern.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Bewältigung einer Amputation sowie der Körperwahrnehmung und dem Auftreten von postoperativen Phantomerlebnissen wurde mittels Interview und BEFO (Berner Bewältigungsformen) bei 60 beinamputierten Patienten überprüft. **Ergebnisse:** Diejenigen, denen eine optimistische Grundhaltung zu Eigen ist, geben nach einer Amputation weniger Beschwerden an. Phantomschmerz und Phantomegefühl treten überzufällig seltener auf. Vieles lässt also darauf schließen, dass wir es hier mit einer Kernvariablen der guten Bewältigung traumatischer Ereignissen zu tun haben, wie sie die Amputation darstellt.

98

Chronische Schmerzen und DSM-IV: Evaluation eines differentialdiagnostischen Entscheidungsbaumes

Bach, M.¹; Aigner, M.²; Krones, S.²; Bankier, B.²

¹Abteilung für Psychiatrie 4, Landes-Nervenklinik für Psychiatrie Wagner-Jauregg, Linz; michael.bach@gespag.at

²Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien,

Einleitung: Ein differentialdiagnostischer Entscheidungsbaum für die psychiatrische Klassifikation von chronischen Schmerzen wurde entwickelt. In einer ersten Evaluation wurde die Praktikabilität dieses Instrumentes für die Differenzierung von somatoformen Störungen von primär organisch bedingten Schmerzen untersucht. **Methodik:** Der differentialdiagnostische Entscheidungsbaum wurde in Anlehnung an die psychiatrischen Klassifikationskriterien der ICD-10 und des DSM-IV entwickelt und in Form von ja/nein-Entscheidungen ausformuliert. Untersucht wurde eine konsekutive Patientenstichprobe eines psychiatrischen C/L-Dienstes für chronische SchmerzpatientInnen Schmerzambulanz (n = 584). Zusätzlich füllten alle Patienten einen Fragebogen aus zur aktuellen Psychopathologie, zu soziodemographischen Daten, Krankheitsanamnese und Krankheitsverhalten. **Ergebnisse:** Insgesamt 377 (64,4%) PatientInnen erfüllten die DSM-IV Kriterien einer somatoformen Störung und wurden verglichen mit 112 PatientInnen mit einer primär organisch bedingten Schmerzstörung. Im Vergleich zu diesen wiesen PatientInnen mit einer somatoformen Störung signifikant häufiger eine multilokuläre Schmerzsymptomatik auf, gaben häufiger seelische Belastungen als Schmerzursache an, hatten signifikant mehr Arztkontakte in den letzten 6 Monaten und waren signifikant häufiger arbeitsunfähig. **Diskussion:** Die Ergebnisse bestätigen die Brauchbarkeit des differentialdiagnostischen Entscheidungsbaumes (und damit der angewandten DSM-IV Kriterien) für die Differenzierung von somatoformen Störungen (als Gesamtdiagnosegruppe) bei chronischen SchmerzpatientInnen, vor allem in Hinblick auf die Erfassung störungsrelevanter Einstellungs- und Verhaltenskonsequenzen. Im Gegensatz dazu bleibt die Validität bzw. Trennschärfe einzelner diagnostischer Kategorien der somatoformen Störungen im DSM-IV (Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung und die zwei Subformen der Schmerzstörung) unklar.

7 Somatoforme Störungen

14

Umgang mit Medieninformationen bei Hypochondrie

Bleichhardt, G.; Hiller, W.

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Mainz

Hypochondrie und Krankheitsangst stellen aufgrund ihres charakteristischen Krankheitsverhaltens (Arztbesuche, Behandlungen, Medikamente) ein gesundheitspolitisch brisantes Problem dar. Zur Erklärung der Gesundheitsangst wird gemeinhin das kognitiv-behaviorale Modell von Salkovskis & Warwick (2001) herangezogen. Dies ist bezüglich seiner kognitiven Anteile relativ gut validiert, für das sog. sicherheitssuchende Verhalten, zu dem man die Beschäftigung mit Krankheiten durch die Me-

dien zählen kann, fehlt die empirische Basis jedoch weitgehend. In einer ersten Studie wurde nun der Einfluss eines Fernsehbeitrages zu Krebs auf Personen mit hoher und niedriger Krankheitsangst untersucht. Abhängige Variablen stellten die subjektive Wahrscheinlichkeit und Aversivität von Krankheiten (Erhebung jeweils durch in der Arbeitsgruppe entwickelte Fragebögen), die Zustands-Angst (STAI-State) sowie die kurzfristige Erinnerungslleistung an das Video dar. Daneben wurden mittels SKID-I ggf. vorliegende psychische Störungen ermittelt. Die Datenerhebung fand zu drei Messzeitpunkten statt: drei Wochen vor der Videopräsentation, direkt vor sowie direkt nach der Videopräsentation. Verglichen wurden 30 Personen mit hoher Krankheitsangst (davon 63% mit der Diagnose Hypochondrie) und 30 Personen mit niedriger Krankheitsangst. Beim Vergleich von hoch und niedrig Krankheitsängstlichen finden sich für die hoch Krankheitsängstlichen nahezu durchgehend auffälligere Werte in der Wahrscheinlichkeit und Aversivität von Erkrankungen sowie der Zustands-Angst. Letztere bleibt für die Gesamtgruppe über die Messzeitpunkte hinweg weitgehend stabil. Nur einzelne Interaktionseffekte zwischen Gruppe und Messzeitpunkt konnten gefunden werden. Die Ergebnisse geben Hinweise auf den Einfluss, den Medienberichte über Krankheiten auf Menschen mit hoher Krankheitsangst haben können. Für die verhaltensmedizinische Behandlung der Hypochondrie könnte die Exposition mit Medienpräsentationen ein sinnvoller Therapiebaustein sein.

33

Vorhersage funktioneller somatischer Beschwerden durch psychologische Risikofaktoren: Ergebnisse einer prospektiven Studie

Bailer, J.¹; Witthöft, M.¹; Paul, C.¹; Bayerl, C.²; Rist, F.³

¹Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

²Universitätsklinikum Mannheim

³Psychologisches Institut | Universität Münster

Traumatische Lebensereignisse, die Persönlichkeitsmerkmale Absorption und habituelle Ängstlichkeit, dysfunktionale körperbezogene Kognitionen und somatischer Symptomattributionsstil gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung «funktioneller somatischer Syndrome». In einer prospektiven Studie wurde an einer gemischten Stichprobe von Personen mit (N = 98) und ohne (N = 54) funktionellem somatischen Syndrom die prognostische Relevanz dieser Variablen für die Vorhersage der Beschwerden im Quer- und Längsschnitt (1 Jahr nach Indexaufnahme) untersucht. Die Risikofaktoren wurden mittels Fragebögen (PDS, TAS, STAI, FKG, SIQ) und die Beschwerden mit standardisierten Beschwerdenlisten (SOMS, PHQ-D, FBL-R, SCL-90R) erhoben. Erste Auswertungen (Korrelationen, Regressions- und Pfadanalysen) der Daten der Follow-up-Stichprobe erbrachten folgende Resultate: 1. Die somatischen bzw. somatoformen Beschwerdenscores weisen eine hohe zeitliche Stabilität auf. 2. Die psychologischen Risikofaktoren sagen das Beschwerdenniveau im Längsschnitt genauso gut vorher wie im Querschnitt. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für eine zentrale Rolle psychologischer Risikofaktoren bei der Stabilisierung funktioneller somatischer Beschwerden.

49

Neuroendokrine Dysregulationen bei Patienten mit chronischem Schleudertrauma (chronic whiplash syndrome, CWS)

Gaab, J.; Baumann, S.; Hottinger, S.; Gmünder, H.P.; Ehlert, U.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich; Rehabklinik Bellikon, Bellikon, Schweiz

Veränderungen der Aktivität und Reaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) konnten bei verschiedenen funktionellen somatischen Syndromen, wie Chronisches Erschöpfungssyndrom, Fibromyalgie und Reizdarmsyndrom, nachgewiesen werden. Diese endokrinen Dysregulationen können einerseits zur Erklärung der erlebten somatischen Beschwerden herangezogen werden, andererseits bieten sie die Möglichkeit, psychische Belastungen mit den Beschwerden in Beziehung zu setzen.

Das Ziel dieser Studie war es, die Aktivität und Reaktivität sowie die negative Feedbacksensitivität der HHNA bei Patienten mit chronischem Schleudertrauma (CWS) zu untersuchen.

Bei 20 CWS-Patienten und 39 gesunde Kontrollpersonen wurden über zwei Tage Cortisolprofile nach dem Aufwachen und über den Tagesrhythmus erfasst. Am Vorabend des zweiten Tages wurden 0,5 mg Dexamethason, ein künstliches Glucocorticoid, verabreicht.

Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen zeigten CWS-Patienten eine reduzierte Cortisolreaktion nach dem Aufwachen, im Tagesprofil zeigten sich jedoch keine Unterschiede. Nach der Einnahme des Dexamethason zeigten CWS-Patienten im Vergleich zu den gesunden Kontrollpersonen eine deutlich stärkere Suppression beider Cortisolprofile. CWS-Patienten wieden darüber hinaus signifikant höhere psychische Belastungen als Kontrollpersonen auf.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit CWS eine erhöhte negative Feedbackregulation und einer verminderte Reaktivität der HHNA aufweisen. Diese neuroendokrinen Dysregulationen bieten die Möglichkeit, psychische Belastungen und erlebte Symptome miteinander im Sinne eines integrativen Ätiologiemodells in Beziehung zu setzen.

50

Die Rolle von Stress bei Patienten mit Reizdarmsyndrom

Nater, U.M.; Suarez, K.; Pinnekamp, K.; Ehlert, U.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich

Das Reizdarmsyndrom (RD) stellt eine häufige und beeinträchtigende Störung in der Allgemeinbevölkerung dar. Es ist verschiedentlich die Rolle von Stressfaktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung des RD diskutiert worden. Erste Untersuchungen pathophysiologischer Mechanismen deuten darauf hin, dass insbesondere die als Stressachse bekannte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) bei diesem Störungsbild dysreguliert ist. In einer vorangegangenen Untersuchung konnten wir zeigen, dass RD-Patienten auf pharmakologische Stimulation der HHNA mit einem relativen Hypocortisolismus antworten.

In der vorliegenden Studie wurde nun die Frage untersucht, inwiefern sich diese endokrinen Veränderungen bereits in einer frühen subsyndromalen Phase der Krankheit nachzeichnen lassen und Stress dabei eine Rolle spielt.

In einem grossangelegten Screening einer Züricher Studierendenpopulation (N = 1901) wurde die Rolle von chronischem Stress, Stressanfälligkeit und Coping in Bezug auf RD untersucht. In einem zweiten Schritt wurden insgesamt 36 weibliche Probandinnen aus dieser Population einer Untersuchung unterzogen. Zwölf erfüllten alle Kriterien eines RD (klinisches RD), 12 erfüllten diese Kriterien nur teilweise (subklinisches RD), und 12 gesunde altersgematchte symptomfreie Probandinnen (kein RD) wurden als Kontrollgruppe herangezogen.

Die Ergebnisse in der Screeningpopulation zeigen, dass insbesondere eine erhöhte Stressanfälligkeit bei Patientinnen mit klinischem RD eine bedeutende Rolle spielt. Die Ergebnisse der Untersuchungsstichprobe in Bezug auf die Aktivität der HHNA zeigten, dass die Patientengruppe mit klinischem RD mit einer signifikant erniedrigten Cortisolsekretion am Morgen im Vergleich zu Gesunden und subklinischen Fällen reagierte. Die subklinische RD-Gruppe unterschied sich jedoch nicht von den gesunden Kontrollen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Veränderungen der HHNA möglicherweise als Konsequenz einer höheren Stressanfälligkeit und der chronischen Belastung durch die RD-Krankheitssymptomatik erklärt werden können.

62

Gedächtnisbesonderheiten bei somatoformen Störungen

Martin, A.; Büch, A.; Schwenk, C.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg

Die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen sind nach wie vor relativ ungeklärt. Gegenwärtige Modellvorstellungen gehen u. a. von einem Zusammenspiel selektiver Aufmerksamkeitsfokussierung und katastrophisierender Bewertungen von Körpersymptomen aus. Bis-

lang liegen jedoch sehr wenige und widersprüchliche Befunde zur Rolle des Gedächtnisses bei somatoformen Störungen vor. **Fragestellung:** In der vorliegenden experimentellen Studie wurde untersucht, ob Personen mit somatoformen Beschwerden (EG) im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe (KG) eine größere Merkfähigkeit für körper- und krankheitsbezogene Informationen aufweisen. Es wurde erwartet, dass sich dies sowohl in expliziten Gedächtnistests zum freien Erinnern und zur Wiedererkennung als auch im impliziten Gedächtnistest zur Wortstammerngung zeigt. Zusätzlich wurde überprüft, ob somatoforme Patienten größere Schwierigkeiten haben, körper-/krankheitsbezogene Wörter zu vergessen als die KG (im Rahmen des Directed Forgetting-Paradigmas).

Methoden: In die EG wurden 33 Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden (SSI3/5) und in die KG 25 Probanden, die das SSI-Kriterium nicht erfüllten, aufgenommen. Alle Probanden bearbeiteten Selbstbeschreibungsinstrumente zur Erfassung der Symptomatik (SOMS-2, SOMS-7, WI, BDI, BAI) und ein Kurzverfahren zur Schätzung des allgemeinen Intelligenzniveaus (MWT-B). Das Experiment setzte sich zusammen aus einer Enkodierungssequenz (vier Blöcke à 12 Wörter in alternierender Reihenfolge, Computerpräsentation), Distraktoren und den Tests zum Gedächtnisabruf. Das Stimulusmaterial wurde in einem Vorexperiment den Kategorien ‚körper-/krankheitsbezogene‘, ‚negative‘, ‚positive‘ und ‚neutrale‘ Wörter zugeordnet und hinsichtlich Wortlänge und Worthäufigkeit vollständig parallelisiert. Die affektive Valenz (Bedrohlichkeit) der negativen und der krankheitsbezogenen Wörter wurde kontrolliert.

Ergebnisse: Beide Untersuchungsgruppen waren hinsichtlich Geschlecht, Alter, Intelligenzniveau und generellen Erinnerungsleistungen vergleichbar. In allen Gedächtnistests war die Erinnerungsleistung für die körper- und krankheitsbezogenen Worte im Vergleich zu den anderen Worttypen unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit am besten (Haupteffekt Worttyp $p's < .05$). Erwartungskonform zeigen die Ergebnisse darüber hinaus, dass die somatoformen Patienten im impliziten Gedächtnistest mehr körper- und krankheitsspezifische Wörter generierten als die Kontrollgruppe ($p < .05$). In den beiden expliziten Gedächtnistests zeigte die EG keine bessere Gedächtnisleistung für die körper-/krankheitsbezogene Wörter als die KG. Zudem hatten die somatoformen Patienten keine größeren Schwierigkeiten, krankheitsrelevante Worte zu vergessen. **Diskussion:** Die Ergebnisse stehen im Einklang mit Vorbefunden von Scholz et al (1997), die ebenfalls nur implizite aber keine expliziten Gedächtniseffekte zeigten. Zukünftige Studien sollten einen Vergleich mit anderen klinischen Gruppen anstreben, um die Störungsspezifität des Gedächtnisbias abzusichern. Diskutiert werden kann die Ähnlichkeit zur Informationsverarbeitung bei Angststörungen, bei denen implizite Gedächtniseffekte für bedrohliche Reize ebenfalls beobachtet wurden.

8 Gastrointestinale Funktionsstörung

55

Mechanisms of stress-related alterations of gastrointestinal function in IBS and PTSD

Stam, R.

Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, Utrecht, Niederlande

Over the past ten years, evidence has accumulated that traumatic stressful experiences in humans and laboratory animals result not only in psychiatric illness and behavioural sensitisation, but can also cause a wide spectrum of somatic illness and physiological disturbances that have their root cause in how the sensitised brain interacts with the rest of the body. Conversely, many somatic illnesses in humans have turned out to be related to stressful life events in at least a sizeable subgroup of patients. Specifically, this presentation will focus on epidemiological evidence that many patients with irritable bowel syndrome (IBS) have a history of traumatic life events, and that functional gastrointestinal disorders like IBS occur more frequently in patients with post-traumatic stress disorder (PTSD). A theoretical framework for a causal relationship between traumatic stress and visceral dysfunction will be discussed, together with possible modulating factors (gender, psychological vulnerability, coping style). Clinical studies and supporting evidence from animal models of stress sensitisation together indicate that both intestinal motility responses to stress and vis-

ceral pain perception can be altered by previous stressful experiences. Neuroanatomical and functional imaging studies have begun to pinpoint the structures in the central nervous system that may mediate such altered brain-gut interactions. Eventually, such studies could help pinpoint novel therapeutic targets in those patients in whom stress plays at least a partial causative or modulating role.

76

Psychoneuroimmunologische Mechanismen beim Reizdarmdrom

Elsenbruch, S.¹; Lucas, A.¹; Gilani, K.²; Gerken, G.²; Holtmann, G.²; Kavelaars, A.³; Heijnen, C.J.³; Schedlowski, M.⁴

¹Institut für Medizinische Psychologie; ²Klinik für Gastroenterologie & Hepatologie, Universitätsklinikum Essen, Germany

³Dept. of Immunology, University Medical Center Utrecht, The Netherlands;

⁴Psychology and Behavioral Immunobiology, ETH Zentrum, SES C 2, Zürich, Switzerland

Background: Little is known about neuroendocrine and immune responses to painful visceral stimuli. Therefore the goal of this study was to analyze psychoneuroimmunological responses to painful rectal distensions and public speaking stress. **Methods:** Healthy subjects and irritable bowel syndrome (IBS) patients were studied in two conditions: (1) public speaking stress and (2) painful rectal distensions. State anxiety, acute symptoms, and cardiovascular responses, leukocytes and lymphocyte subsets, plasma levels of cortisol, ACTH and the in vitro production of TNF- α were analyzed. **Results:** Blood pressure and heart rate significantly increased in both groups and conditions. Plasma levels of ACTH and cortisol were elevated before the visceral stressor compared to both public speaking and rest conditions. While the number of circulating CD3-CD16+CD56+lymphocytes decreased from 244 ± 153 to 155 ± 80 cells/ μ l during rectal distensions in healthy subjects, significant increases in CD3-CD16+CD56+lymphocytes from 195 ± 89 to 263 ± 32 were observed in IBS patients. Following public speaking stress, significant increases in the number of cells were observed in both groups. In healthy subjects TNF- α concentration decreased from 104 ± 21 to 78 ± 14 pg/ml following rectal distension, whereas significant increases were observed following public speaking stress. **Conclusion:** Painful visceral sensations are influenced by anticipatory stress, but visceral stress evokes immunological responses that differ from responses observed during public speaking stress. IBS patients differ in their stress responses from healthy subjects only during rectal distensions but not during acute psychological stress. This paradigm may constitute a model to study the neuro-immune axis in the pathophysiology of functional gastrointestinal disorders.

113

Psychobiologie der Placeboresponse bei funktionellen gastrointestinalen Störungen

Enck, P.; Klosterhalfen, S.

¹Klinik für Innere Medizin VI/Psychosomatik, Universitätsklinikum Tübingen, ; paul.enck@uni-tuebingen.de

²Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Die Placebo-Response-Raten bei klinischen Studien mit funktionellen gastrointestinalen Störungen, insbesondere beim Reizdarmsyndrom, sind vergleichsweise hoch (bis zu 80%) und beeinträchtigen den Effizienznachweis neuerer pharmakologischer Substanzen, die zur Behandlung entwickelt worden sind. Andererseits sind die Gründe für diese hohen Placeboraten unbekannt, so wie es auch wenige empirische Konzepte gibt, die die Mechanismen der Placeboantwort systematisch untersucht haben. PUBMED zitierte Ende des Jahres 2004 ungefähr 100 000 Paper, in denen der Terminus «Placebo» vorkommt, die meisten davon als singuläre Placebo-kontrollierte Therapiestudien (PCT). Etwa 15 000 Artikel wurden mit dem Begriff «Metaanalyse» gefunden. Diese Artikel wurden inspiert mit der Frage, ob spezielle Mechanismen der Placeboantwort untersucht worden sind, d. h. Artikel, die die Placeboresponse selbst zum The-

ma machen (z. B. Größe, Art, Determinanten, Dynamik, Biologie und Psychologie der Placeboantwort). Gleichzeitig haben wir die PUBMED-Literatur anderer Erkrankungen, die eine ähnlich hohe Placeboantwort aufweisen wie die funktionellen gastrointestinalen Störungen, aus den Bereichen Psychiatrie (Depression, Angst) und Neurologie (Schmerz, Parkinsonsche Krankheit) nach solchen Mechanismen abgefragt. Schließlich wurde die PUBMED-Literatur zum Stichwort «Placebo-Analgesie» (1800 Zitate) und «Brain Imaging» (2800 Zitate) auf entsprechende Arbeiten hin untersucht. Aus dieser Literaturübersicht lassen sich drei empirische Konzepte/Mechanismen ableiten, die zur Erklärung der Placeboantwort in den meisten, wenn nicht allen Fällen und Erkrankungen ausreichen: a) «Regression to the mean» (RTM): Dies sind beispielsweise Messfehler aufgrund kleiner Studienzahlen, kurze Studiendauer, zyklischer Schwankungen der Symptome und spezifischer Studiendesigns der PCT; b) «Signal detection theory» (SDT): Hier kommen alle Faktoren zur Geltung, die die Bereitschaft von Patienten beeinflussen, Symptome als gebessert anzusehen, also Erwartungen, Kognitionen und Emotionen auf Seiten der Patienten, und Erfahrungen, Empathie und Kommunikation auf Seiten der Ärzte; c) «Pavlovian conditioning» (PC): Hier wirken diejenigen Faktoren, die aufgrund einer in der Vergangenheit der Patienten (Krankheitsgeschichte) gelernten Verknüpfung von medizinischen Maßnahmen und der Besserung/Änderung von Symptomen wirken, z. B. der Einsatz diagnostischer Maßnahmen (Blutdruckmessung!) und die Applikation von Medikamenten (Farbe, Art der Applikation, Dosis-Wirkung). Alle drei Theorien (RTM, SDT, PC) zusammen können die in der Literatur berichtete Varianz der Placeboantwort u. E. hinreichend erklären. SDT und PC finden sich darüber hinaus auch als zwei wesentliche, zu unterscheidende Mechanismen der kortikalen Placeboresponse wieder, die in Brain-Imaging-Studien bei Depression bzw. beim Reizdarmsyndrom einerseits, bei der Parkinsonschen Krankheit und der experimentellen Placebo-Analgesie andererseits zur Erklärung herangezogen werden können. Eine experimentelle Überprüfung dieser Hypothese und des Verhältnisses der drei Komponenten zueinander steht allerdings noch aus. (Unterstützt mit Mitteln der DFG).

120

Reizverarbeitung bei funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen: Erkenntnisse aus Brain Imaging Studien

Andresen, V.; Mönnikes, H.

Gastroenterologie und Interdisziplinäres Stoffwechsellzentrum, Charite, Virchow-Klinikum, Berlin

Funktionelle Störungen im Gastrointestinaltrakt wie das Reizdarmsyndrom gehören mit einer Prävalenz von 10–20% zu den häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung. Betroffene Patienten leiden charakteristischerweise an chronischen oder chronisch rezidivierenden abdominalen Beschwerden, ohne dass sich in den herkömmlichen Untersuchungsverfahren pathologische Veränderungen finden. Als ein bedeutender Pathomechanismus dieser Erkrankungen gilt die viszerale Hypersensitivität, als deren Ursache u. a. Veränderungen der zerebralen Verarbeitung gastrointestinaler Reize diskutiert werden.

Mit Brain-Imaging Techniken wie der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) und der Positronenemissionstomographie (PET) stehen Methoden zur Verfügung, zerebrale Verarbeitungsmuster viszeraler Stimuli bei funktionellen Störungen näher zu untersuchen. Sie ermöglichen die Identifikation von Gehirnarealen, die in der primären diskriminativen Verarbeitung (z. B. Lokalität und Intensität des Reizes) sowie in der sekundären emotionalen und assoziativen (z. B. Reizinterpretation) Prozessierung der gastrointestinalen Sensorik involviert sind.

Für das Reizdarmsyndrom konnte so gezeigt werden, dass die zerebrale Verarbeitung von Darmreizen verändert ist, und zwar insbesondere im Bereich der sekundären Reizverarbeitung. Bei schmerzhaften Darm-Stimuli weisen Reizdarmpatienten z. B. eine gesteigerte Aktivität in anterioren Cingulum auf, einem Hirnareal, dem Funktionen wie Aufmerksamkeit, Angst und Leiden zugeordnet werden. Arbeiten unserer eigenen Forschungsgruppe deuten zudem darauf hin, dass auch unbewusste viszerale Sensationen bei Patienten mit Reizdarmsyndrom anders verarbeitet werden als bei Gesunden. Da die Mehrzahl der physiologischen Reize des

Darms unbewusst bleibt, deutet deren alterierte Prozessierung möglicherweise auf eine fundamentale Störung der viszeralen Sensorik beim Reizdarmsyndrom hin, die auch unabhängig von kognitiven Einflüssen vorliegt.

9 Psychobiologie der Essstörungen

60

Bestimmung stabiler Stickstoff- und Kohlenstoffisotopen an Haaren und Nägeln von Anorexia nervosa Patienten als Monitor für die Proteinbilanz

Mekota, A.¹; Grupe, G.¹; Ufer, S.²; Cuntz, U.³

¹Biodiversitätsforschung/Anthropologie; ²Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU-München

³Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien

Stabile Stickstoff- und Kohlenstoffisotopenuntersuchungen aus dem Knochen sind in der Anthropologie etablierte Marker für die Ernährungsrekonstruktion bei historischen Populationen. Um eine Nahrungsrekonstruktion für kürzere Zeitspannen vorzunehmen bzw. eventuelle Nahrungsänderungen zu erfassen, sind Haare und Nägel sind gleichermaßen zur Bestimmung stabiler Kohlenstoff- und Stickstoffisotope geeignet. ¹³C- und ¹⁵N-Werte der Haare, Nägel oder des Knochenkollagens spiegeln die pflanzliche bzw. tierische Herkunft des Nahrungsproteins wieder. ¹⁵N ist ein ausgezeichneter Indikator für die Trophiestufe, auf der sich das untersuchte Individuum befindet.

Unserer Hypothese nach sollten unterernährte Patienten deutlich erhöhte ¹⁵N-Werte aufweisen, da der hungernde Mensch körpereigene Proteine im Zuge der Gluconeogenese verstoffwechselt und sich sozusagen «aus sich selbst ernährt». Es müsste, unserer Theorie nach, somit eine «Hungersignatur» nachweisbar sein. Bei den zu ermittelnden ¹³C-Werten erwarten wir einen deutlich gleichsinnigen Verlauf zwischen dem BMI und den ¹³C-Werten. Wir vermuten, dass die Kohlenstoffisotope einen Indikator für den Fettgehalt des Körpergewebes der Patienten darstellen.

In die Studie wurden drei Patienten rekrutiert bei denen seit mindestens 6 Monaten Anorexia nervosa diagnostiziert (nach DSM-III-R oder ICD-10) wurde und die ein BMI (Body Mass Index) von unter 14 aufweisen. Die Pilotstudie wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU-München durchgeführt. Eine Haarprobe und eine Nagelprobe wurde von den drei Patienten entnommen und auf ihre C- und N-Werte untersucht.

Bei allen drei Patienten verlaufen die ¹⁵N-Werte gegensinnig zu dem BMI. Bei zwei Patienten kann man von einer Hungersignatur sprechen, denn in beiden Fällen besteht eine ¹⁵N-Differenz von über 1‰ (1,48‰; 1,02‰). Leider konnte dies bei der letzten Patientin (0,60‰) nicht festgestellt werden. Dies kann mit hoher Wahrscheinlichkeit damit erklärt werden, dass die Patientin einen relativ hohen BMI schon zu Beginn der Studie aufweist. Die ¹³C Werte sind eindeutig positiv korreliert mit dem Gewicht. Hierzu kann nur vermutet werden, dass Kohlenstoffisotope einen Indikator für den Fettgehalt des Körpergewebes der Patienten darstellen.

Aufgrund der erzielten Ergebnisse kann gezeigt werden, dass der mit ¹⁵N messbarer Trophiestufeneffekt (Proteinbilanz) sowie der über ¹³C erfassbare Lipidstoffwechsel (Energiebilanz) sich in Haaren und Nägeln deutlich widerspiegelt, wahrscheinlich sogar vor einer Zunahme des BMI. Atraumatisch gewonnene Proben können daher Auskunft geben über den Ernährungszustand (Unterernährung durch Ernährungsstörung oder auch Vernachlässigung durch Pflegepersonen) und über den ggf. über die Zeit erfolgten Erholungsprozess.

82

Ist eine erhöhte PYY-3-36-Freisetzung der Grund für inadäquates Sättigungsgefühl bei Anorexia nervosa?

Cuntz, U.¹; Otto, B.³; Frühauf, E.¹; Tschöp, M.H.²

¹Klinik Roseneck – Prien

²Department of Psychiatry, Obesity Research Center, University of Cincinnati – Genome Research Institute, Cincinnati, OH, USA,

³Medizinische Klinik – Innenstadt, Klinikum der Universität München

Fragestellung: Bei der Regulation der Nahrungsaufnahme spielt das hypothalamische NPY-System eine zentrale Rolle. NPY-Neurone des Nucleus arcuatus exprimieren den Y2-Rezeptor der eine inhibitorische Wirkung auf die Nahrungsaufnahme ausübt. Das Hormonfragment PYY-3-36 wird im Gastrointestinaltrakt vorwiegend postprandial entsprechend der Menge der aufgenommenen Kalorien freigesetzt. Die Freisetzung von PYY-3-36 reduziert Nahrungsaufnahme und Körpergewicht im Rattenmodell über die hypothalamischen Y2-Rezeptoren. Die vorliegende Untersuchung prüft, ob bei Anorexia nervosa (AN) eine adäquate, d. h. entsprechend dem schlechten Ernährungszustand niedrige PYY-Freisetzung vorliegt. **Methoden:** PYY-3-36 wurde bei 20 Patientinnen mit Anorexia nervosa (mittlerer BMI 15,0 + = 0,3) vor und nach partieller Gewichtsnormalisierung und bei 48 (25 männlich, 23 weiblich) normalgewichtigen (mittlerer BMI 22,7 + 0,5 kg/m²) Kontrollpersonen. **Ergebnisse:** Im Vergleich zu den normalgewichtigen Kontrollpersonen (PYY 43 + 4 pg/ml) war die PYY-Freisetzung bei AN doppelt so hoch (82 ± 8 pg/ml, p < 0,05). Mit Gewichtszunahme auf einen mittleren BMI von 17,9 ergibt sich eine nicht signifikante Zunahme der PYY-Werte auf 99 pg/ml. **Diskussion:** Der Energiebedarf des Körpers wird dem Hypothalamus durch zirkulierende Hormone wie Leptin, Ghrelin und PYY vermittelt. Bei AN sind diese Faktoren in der Regel so verändert, wie es dem schlechten Ernährungszustand des Körpers entspricht: Die Leptinfreisetzung ist stark erniedrigt und die Ghrelinfreisetzung erheblich erhöht. Die hier gefundene signifikante Erhöhung des PYY ist bemerkenswert, weil sie zum einen nicht dem zu erwartendem niedrigen Niveau entspricht und weil sie im Gegensatz zu allen anderen bisher untersuchten gewichtsregulatorischen Hormonen eine Erklärung für die beobachtete reduzierte Nahrungsaufnahme bei AN sein könnte. Insofern ist auch der nicht signifikante aber in Einzelfällen deutliche Anstieg der PYY-Freisetzung nach initialer Gewichtszunahme von Bedeutung. Eine erhöhte Freisetzung von PYY-3-36 könnte eine Schlüssel zum Verständnis der Fehlregulation der Energiezufuhr bei AN sein.

99

Kurz- und langfristige Outcome-Prädiktoren für anorektische und bulimische Essstörungen

Fichter, M.M.; Quadflieg, N.

Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien, in Verbund mit der Ludwig-Maximilian-Universität, München

Wir untersuchten drei große Stichproben konsekutiv zur stationären Behandlung aufgenommener Patientinnen mit einer Essstörung (N = 103 Anorexia nervosa (AN), N = 196 Bulimia nervosa (BN), N = 68 Binge Eating Disorder (BED)) longitudinal über einen Zeitraum von 12 Jahren. Zu fünf Zeitpunkten erfolgten Querschnittsuntersuchungen (Aufnahme, Entlassung, 2- bis 3-Jahre-Follow-up, 6-Jahre-Follow-up und 12-Jahre-Follow-up). Verwendet wurde u. a. das Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Syndrome (SIAB-EX), die Psychiatric Status Rating Scale (PSR), die Internationalen Diagnose-Check-Listen (IDCL) als Experteneinschätzungen sowie SIAB-S, EDI, ANIS, CL, BDI, SCL-90 und FPI. Unabhängig davon untersuchten wir eine zweite Stichprobe (BBS) von Patientinnen mit Bulimia nervosa: Vier Wochen vor stationärer Aufnahme, bei stationärer Aufnahme, bei Behandlungsende und beim 18-Monats-Follow-up; die Ergebnisse dieser zweiten Studie zeigten, dass sich in der Wartezeit keine Besserungen zeigten und die stationäre Behandlung sowohl klinisch substantielle wie auch statistisch signifikante Besserungen erbrachte.

Der Langzeitverlauf (12 Jahre) war für AN weniger günstig als für BN und BED. Das allgemeine Verlaufsmuster zeigte substantielle Verbesserungen während der Therapie, leichte Verschlechterung in den ersten Jah-

ren nach Behandlung und Besserungsstabilisierung im langfristigen Verlauf. 41,3% der Patientinnen mit AN, 17,1% derjenigen mit BN und 21,4% derjenigen mit BED hatten beim 12-Jahres-Follow-up hinsichtlich der Essstörung einen schlechten Zustand. Die Mortalitätsraten (roh) waren wie folgt: 6,8% für AN, 2,0% für BN und 2,9% für BED bei 12-Jahres-Follow-up. Zur Identifikation von Prädiktoren wurden logistische Regressionen berechnet. Wichtige Prädiktoren für den langfristigen (12-Jahres-) Verlauf waren für AN lange Krankheitsdauer (Chronizität) sowie sexuelle Ängste und Probleme und für BN psychiatrische Komorbidität. Darüber hinaus wurden auf der Basis von a priori eine Art formulierter Hypothesen linearer Kausalmodelle berechnet.

130

Hyperaktivität und Anorexia nervosa

Hebebrand, J.¹; Holtkamp, C.²; Herpertz-Dahlmann, B.²

¹Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters d. Rheinischen Kliniken a. d. Universität Duisburg-Essen, Essen
E-Mail: johannes.hebebrand@uni-duisburg-essen.de

²Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters d. RWTH Aachen

Ein übermäßiges Bewegungsverhalten wurde früh als ein Symptom der Anorexia nervosa beschrieben. Eine Hyperaktivität liegt bei 20 – 80% aller Patientinnen vor; diese Studien abhängigen Unterschiede in der Häufigkeit verdeutlichen die Schwierigkeiten bei der Operationalisierung dieses Verhaltens. Die Deutung der Hyperaktivität fällt ebenfalls unterschiedlich aus; so wird von Hyperaktivität, motorischer Unruhe, Aktivierung, paradoxer Lebendigkeit, exzessiver Vitalität oder einem Überfluss an physischer Energie gesprochen. Diese Aufzählung genügt um aufzuzeigen, dass es Unsicherheiten im Hinblick auf die Genese dieses Verhaltens gibt und zudem unklar ist, inwieweit die Patientinnen absichtlich diesem Verhalten nachgehen. Basierend auf dem Tiermodell «Anorexia based activity» ist es gelungen, Hypoleptinämie als einen maßgeblichen Faktor bei der Entstehung der Hyperaktivität in diesem Modell zu identifizieren. Parallel hierzu folgten diverse Untersuchungen an Patientinnen mit Anorexia nervosa, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen niedrigen Serumleptinpiegeln und motorischer Unruhe bzw. Hyperaktivität zeigen. Diese Ergebnisse sollen zusammenfassend dargestellt und kritisch diskutiert werden.

10 Adipositaschirurgie und Psychologie

70

Detaillierte Beschreibung des Essverhaltens nach Magenbypassoperation

de Zwaan, M.¹; Student, S.¹; Mitchell, J.E.²; Howell L.M.³

¹Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Erlangen, Deutschland

²Neuropsychiatric Research Institute, ³MeritCare Hospital, Fargo, North Dakota, USA

Einführung: Die Entwicklung des Essverhaltens nach chirurgischen Eingriffen zur Gewichtsreduktion ist im Detail nur mangelhaft untersucht. Das liegt einerseits daran, dass nicht klar definiert werden kann, wodurch sich normales und gestörtes Essverhalten postoperativ auszeichnen und andererseits daran, dass detaillierte Erhebungen zeit- und personalintensiv sind. **Ergebnisse:** Erste Daten von 48 Patientinnen und Patienten sollen vorgestellt werden, die 1–3 Jahre nach Magenbypass mit einer modifizierten Version der Eating Disorder Examination (EDE) untersucht wurden. Selbst-induziertes Erbrechen wurde häufig angegeben, von 93% der PatientInnen 1 Jahr nach der Operation, von 83% 1–2 Jahre nach der Operation und von 88% 2–3 Jahre nach der Operation. Trotz genauer Exploration gaben nur 3 (6,3%) der Patientinnen an, dass Sie durch das Erbrechen bewusst das Gewicht regulieren wollten, während der Großteil der PatientInnen das Steckenbleiben der Nahrung als Grund für das Induzieren des Erbrechens angaben. 50% der PatientInnen 2–3 Jahre nach der Operation gaben an, Nahrungsmittel zu kauen und wieder auszuspuken. Der Lei-

densdruck dieses Verhalten betreffend war jedoch gering. Relativ häufig wurden subjektive Essanfälligkeiten berichtet, deren Frequenz mit größerer zeitlicher Distanz von der Operation zunahm. Subjektive Essanfälligkeiten nach Magenbypass waren bei jenen PatientInnen, die vor dem Eingriff die Kriterien für Binge Eating Störung oder Bulimia nervosa erfüllten deutlich häufiger als bei PatientInnen ohne Essstörung vor dem Eingriff. **Diskussion:** Die genaue Erfassung des Essverhaltens nach chirurgischen Eingriffen zur Gewichtsreduktion ist für die Planung möglicher therapeutischer Interventionen von Bedeutung. Deutlich wird, dass gestörtes Essverhalten vor der Operation mit dem Wiederauftreten problematischer Essverhaltens postoperativ korreliert.

79

Gewichtsverlauf und psychosozialer Outcome nach restriktiver Adipositaschirurgie

Burgmer, R.¹; Senf, W.²; Herpertz, S.¹

¹Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund

²Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Essen, Universitätsklinik Essen

Fragestellung: In einer prospektiven Verlaufsstudie mit Patienten und Patientinnen vor und nach restriktiver Adipositaschirurgie zur Behandlung der Adipositas permagna wurde neben der Veränderung des Gewichts die Veränderung psychischer Aspekte untersucht. **Methode:** 149 Patienten (47 Männer (32%), 102 Frauen (68%), **Alter:** 38,8 + 10,3 Jahre) wurden mittels standardisierter Fragebögen (SF-36, FLZ, SE-Skala, F-Sozu) vor (T1) und mindestens zwölf Monate (14 + 1,5 Monate) nach restriktiver Magenoperation (T2) untersucht. **Ergebnisse:** Der durchschnittliche BMI vor der Operation lag bei 50,9 + 8,1 kg/m², er sank um durchschnittlich 12,8 kg/m² auf 38,6 + 6,8 kg/m² zu T2. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) nahm auf der körperliche Summenskala signifikant zu, ebenso die Allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ) und das Selbstwertgefühl (SE-Skala). Gefühle der Wertlosigkeit nahmen signifikant ab. Keine Änderungen zeigten sich auf der psychischen Summenskala des SF-36 und im Bereich der sozialen Unterstützung (F-Sozu). **Diskussion:** Neben einer deutlichen Gewichtsreduktion kommt es ein Jahr nach restriktiver chirurgischer Adipositaschirurgie zu einer Steigerung der Lebenszufriedenheit, des Selbstwertgefühls und von Teilaspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Die Studie wird von der DFG unterstützt.

81

Psychosomatik in der Chirurgie: Deskriptive Charakteristika und psychiatrische Komorbidität bei 51 PatientInnen mit Adipositas per magna

Student, S.; Horbach, T.; Müller, A.; Reulbach, U.; Göttel-Leypold, M.; Mühlhans, B.; de Zwaan, M.

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Erlangen

Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Erlangen

Die Prävalenzraten für Adipositas (BMI > 30 kg/m²) sind weltweit alarmierend gestiegen. Auch Deutschland zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine hohe Adipositasrate aus: Nach Angaben der MONICA-Studie (Hoffmeister et al., 1994) leiden in Westdeutschland ca. 19,5% der Frauen bzw. ca. 17,3% der Männer, in Ostdeutschland ca. 25,5% der Frauen und ca. 20,6% der Männer unter Adipositas.

Es wird zunehmend deutlicher, dass konservative Therapiemethoden durch Diäten und Aktivitätssteigerung bestenfalls zu einer geringen Gewichtsreduktion führen (ca. 5–10% des Ausgangsgewichts), wobei sich bei Adipositas per magna (BMI > 39,9 kg/m²) diese therapeutischen Interventionen in der Regel als erfolglos und sehr frustan erwiesen (Stunkard et al., 1986; Wadden, 1993). Dagegen setzt sich die Adipositaschirurgie als Methode zur Behandlung schweren Übergewichts (BMI > 40) mehr und mehr durch. Abhängig von den verschiedenen Operationstechniken und Studien werden durchschnittlich Gewichtsabnahmen von 25–40% be-

richtet (Kral, 1998, Olsson et al., 1984). Im folgenden Beitrag wird eine präoperative Patientengruppe (n = 51) dargestellt, die seit 2003 in der Adipositasprechstunde der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen vorstellig wurde. Diese Patientengruppe wurde anhand strukturierter Interviews SKID (Wittchen et al., 1997) und EDE (Fairburn & Cooper, 1993) und einer umfassenden Fragebogenbatterie (FEV, SF-36, BDI, STAI, DAS und IWQOL-Lite) auf psychiatrische Komorbidität, Essstörungen, Essverhalten, Lebensqualität und Partnerzufriedenheit hin untersucht. Die Ergebnisse bestätigen bereits in der Literatur beschriebene Befunde (Herpertz et al., 2002). 20% der Patienten leiden unter einer derzeitigen Major Depression, 58% gaben eine frühere Major Depression in der Anamnese an und 6,1% der Patienten erfüllten die Kriterien einer Dysthymia. Diese Ergebnisse wurden durch die Auswertung des Beck-Depressions-Inventar (BDI) bestätigt, da 34% der Patientengruppe klinisch relevante depressive Symptome angaben. Die Prävalenz der Binge Eating Störung (BES) lag in unserer Studie bei 28% und 5,1% der Patienten und Patientinnen berichteten über nächtliches Essen.

84

Prädiktoren für den Verlauf nach Adipositaschirurgie

Herpertz, S.; Burgmer, R.

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Westfälische Klinik Dortmund, Universitätsklinik Bochum, Dortmund

In einem systematischen Review wurden psychologische und psychosoziale Prädiktoren für den Gewichtsverlauf und die seelische Gesundheit nach Adipositas-Chirurgie untersucht.

Das Review umfasste alle kontrollierten und nicht-kontrollierten Studien der letzten zwei Jahrzehnte sowohl mit einem retrospektiven wie auch mit einem prospektiven Design und einer Katamnese von mindestens einem Jahr nach dem operativem Eingriff.

Die Literaturrecherche gründete sich auf die gängigen Literatur-Datenbanken MEDLINE und PsycLIT. Alle Artikel in deutscher und englischer Sprache, erschienen in der Zeit zwischen 1980 und 2002 wurden in die Studie einbezogen.

Insgesamt wurden 29 Artikel gefunden, die den Einschlusskriterien entsprachen und schwerpunktmässig psychosoziale Prädiktoren der Gewichtsabnahme und der seelischen Gesundheit nach Adipositas-Chirurgie untersuchten.

Persönlichkeitsvariablen hatten keine prädiktive Bedeutung für den postoperativen Gewichtsverlauf oder für die seelische Gesundheit. Abgesehen von schwerwiegenden psychiatrischen Störungen einschliesslich Persönlichkeitsstörungen sind komorbide psychiatrische Störungen für das psychische und physische Wohlergehen als zwei Eckpfeiler der Lebensqualität nach Adipositas-Chirurgie von größerer Bedeutung als für den postoperativen Gewichtsverlust. Depressive und Angstsymptome als Ausdruck von psychischem Stress durch die Adipositas permagna stellen positive Prädiktoren für den Gewichtsverlauf nach der Operation dar. Die Schwere der Symptomatik oder der Störung ist für das Ergebnis der Adipositas-Chirurgie von größerer Relevanz als die Spezifität der Symptome. Nicht der Konsum einzelner «verbotener» Nahrungsmittel wie Süßigkeiten oder Limonade, sondern das allgemeine hyperkalorische Essverhalten, entweder als Ausdruck einer inadäquaten Compliance des Patienten oder einer gestörten Affektkontrolle gehen mit einem ungünstigen Gewichtsverlauf nach Adipositas-Chirurgie einher.

11 It's not me, it's my OCD – Zwang und freier Wille

123

Prädiktoren bei Zwangserkrankungen – Was entscheidet über Erfolg und Misserfolg in der Therapie

Zaudig, M.

Psychosomatische Klinik Windach/Ammersee

Allgemeine Lehrmeinung ist immer noch, dass es sich bei der Zwangsstörung um ein relativ homogenes Störungsbild handelt. Die Ergebnisse ei-

ner Vielzahl von Studien deuten darauf hin, dass es sich bei der Zwangsstörung allerdings um ein äußerst heterogenes Störungsbild handelt. Prädiktoren oder Prognosefaktoren, die bezüglich des Therapieerfolges günstig sind, sind beispielsweise ein gutes soziales Funktionsniveau, Identifikation kritischer Lebensereignisse, später Beginn der Erkrankung, episodischer Verlauf der Erkrankung, stabile Persönlichkeit vor Krankheitsbeginn, guter psychischer und physischer Gesundheitszustand vor Störungsbeginn, kurze Dauer der Störung. Die Liste lässt sich sicherlich fortsetzen. Im Vortrag wird auf der deskriptiven Ebene auf die Heterogenität der Zwangsstörung und die Möglichkeiten der Prädiktion des Therapieerfolges eingegangen.

124

Freier Wille bei Zwangsstörungen – Entscheidungen vor und in der Therapie.

Reinecker, H.

Lehrstuhl Klinische Psychologie, Universität Bamberg

Dargestellt werden zunächst zentrale Positionen der Philosophie zum Thema Willensfreiheit. Im Mittelpunkt steht die Frage des freien Willens in der Psychotherapie: Im Sinne der Selbstregulation ist damit im wesentlichen die Kontrolle durch das sogenannte β -System (Gedanken, Erwartungen, Bewertungen, Standards etc.) gemeint. Bei Patienten mit Zwangsstörungen sind diese Komponenten deutlich beeinträchtigt, damit auch die entsprechenden Entscheidungen des Patienten. Kognitive Verhaltenstherapie beeinflusst die verschiedenen Ebenen der β -Kontrolle und damit die Freiheit des einzelnen Patienten im komplexen System der menschlichen Handlungsregulation.

125

«Freier Wille und Zwang» – Was kann die Philosophie dazu beitragen?

Schäfer, S.

Philosophisches Institut – Universität Bamberg

Seit der Antike befasst sich die Philosophie mit der Frage nach der Seinsweise des Geistes, seither existiert der Streit zwischen Materialisten und Idealisten um die Frage, ob der Geist bzw. die Seele eine eigene Entität oder nur eine Epiphänomen materieller Prozesse ist. Eine neue Brisanz hat der Streit gewonnen, seit sich empirische Hirnforscher in ihn eingemischt haben. Aber eine Lösung hat sich nicht ergeben: so hat John Eccles sich von seinem wissenschaftlichen Hintergrund nicht daran hindern lassen, eine eigene geistige Substanz zu postulieren, die über das von ihm erfundene Liaison-Hirn auf den Körper einwirken soll. Das ist die Wiederaufnahme des metaphysischen Dualismus von Descartes, lediglich wird als Schnittstelle zwischen Geist und Materie an die Stelle der Zirbeldrüse das Liaison-Hirn gesetzt. Aber die Gegenseite, welche da Ich zum Epiphänomen des Gehirns erklärt und behauptet, es gebe keinen freien Willen, weil die Neuronen die Entscheidungen fällen, argumentiert ebenso unsinnig.

In dieser Dilemmasituation ist es die Aufgabe der Philosophie, die Kategorienverwechselungen aufzudecken, welche dem Streit zu Grunde liegen. Der Hauptfehler in der gegenwärtigen Diskussion liegt in der unsinnigen Annahme, es könne keine freien Entscheidungen in mentalen Prozessen geben, weil die Gesetze der Physik und durch die Gene bestimmt werden, sonder in erster Linie durch lebensweltlich erworbene Dummheit oder auch Klugheit.

Pharmakotherapie und freier Wille am Beispiel der Zwangserkrankungen

Hegerl, U.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

Bei einem an einer Zwangserkrankung leidenden Menschen können wir 1) das Verhalten inclusive der verbalen und averbalen Interaktionen mit der Umwelt beobachten, aber immer auch 2) die Physiologie inclusive der Neurobiologie, d. h. das Zusammenspiel der Bestandteile des Organismus. Diese beiden sich berührenden, jedoch nicht überlappenden Bereiche stehen nicht in einem Entweder-Oder-, sondern in einem komplementären Verhältnis zueinander. Auf beiden Ebenen kann nach pathogenetischen Faktoren und Behandlungsansätzen gesucht werden.

Die neurobiologische Forschung wurde in den letzten 15 Jahren stimuliert durch Erfolge der Pharmakotherapie. Gut belegt ist inzwischen die Wirksamkeit serotonerger Antidepressiva (selektive und nicht-selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer), wobei im Vergleich zur Depressionsbehandlung sich interessante Unterschiede ergeben:

- eine überlegene Wirksamkeit serotonerger gegenüber noradrenergen Antidepressiva
- Hinweise auf eine längere Wirklatenz
- Hinweise auf die Notwendigkeit höherer Antidepressivadosen
- in Therapiestudien eine niedrigere Placeboresponserate aber auch eine niedrigere Rate an Vollremissionen

Dargestellt werden mögliche Strategien bei Therapieresistenz.

Das Phänomen des freien Willens wird durch Pharmakotherapie nicht in Frage gestellt, da wir dieses wie auch Gefühle nicht direkt an einem lebenden Organismus beobachten können, sondern wenn wir die Augen schließen, Introspektion betreiben und damit ein anderes, ein nicht-physikalisches Objekt beobachten, das man mit «Ich» bezeichnen könnte. Den freien Willen unterlegen wir dann wie auch die Gefühle anderen Menschen und auch einigen weiteren Lebewesen.

Neuromodulation durch Tiefe Hirnstimulation (DBS) und Freier Wille am Beispiel von Zwangsstörungen

Sturm, V.

Klinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie, Universität zu Köln

Erkrankungen des Zentralnervensystems können den freien Willen der betroffenen Patienten erheblich einschränken oder vollständig außer Kraft setzen.

Ein Protobeispiel hierfür sind schwere Zwangsstörungen (obsessive-compulsive disorders). Die Patienten leiden unter Gedanken, Bildern oder Vorstellungen, die sich imperativ in das Bewusstsein drängen («obsessions») und ritualisierte Handlungen («compulsions») auslösen, die, obgleich als sinnlos und störend erkannt, exekutiert werden müssen. Verhinderung der Zwangshandlungen führt zu extremen Ängsten, innere Spannung und der äußerst unangenehmen Empfindung von «incomplete-ness», d. h. dem Gefühl, wichtigste Handlungen nicht ausgeführt zu haben. Den Patienten ist dabei bewusst, dass weder die auslösenden «obsessions» noch die unabwendbaren resultierenden Handlungen «compulsions» sinnhaft sind. Der enorme Leidensdruck dieser den Zwangsgedanken und Handlungen hilflos ausgelieferten Menschen spiegelt sich in einer ungewöhnlich hohen Suicidrate wieder.

Biophysikalisch-biochemische Ursache dieser temporären, auf die Dauer der Zwangsgedanken und -handlungen beschränkten, vollständigen Ausschaltung des freien Willens ist mit großer Wahrscheinlichkeit die Störung bestimmter Regelkreise, die Teile des limbischen Systems, insbesondere den Mandelkernkomplex mit Stammganglien, Thalamus und präfrontalem Cortex verbinden.

Bei eindeutig therapieresistenten, schwerst betroffenen Patienten, bei denen die Kombination von kognitiver Verhaltens- und Pharmakotherapie zu keiner ausreichenden Besserung der Erkrankung führt, führen wir auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten im Rahmen durch ethische Komitees genehmigter klinischer Studien «Schrittmacherimplantationen» in den Nucleus Accumbens, das u. E. wesentliches Stellglied des gestörten

Regelkreises, durch, mit dem Ziel durch stets voll reversible Modulation der neuralen Aktivität mit Hilfe schwacher hochfrequenter Elektrostimulation die Bedingungen zu schaffen, unter denen Zwangsgedanken und -handlungen verschwinden und Willensfreiheit wieder möglich wird.

Die Neurochirurgie gehört zu den Neurowissenschaften mit engstem Bezug zu philosophischen Implikationen der Hirnforschung.

Aus neurochirurgischer Sicht scheint es vermessen, komplexe Phänomene, wie den «freien Willen» neurobiologisch erklären zu wollen. Die Hirnforschung gewährt lediglich Einblicke in pathologische Abläufe, die, wie bei der Zwangsstörung, Willensfreiheit einschränken oder aufheben. Neuromodulation durch tiefe Hirnstimulation ermöglicht die Stabilisierung dysregulierter Regelkreise mit dem Ziel der Wiederherstellung der biophysikalischen Bedingungen für die Entfaltung des freien Willens.

12 Free paper Essstörungen

Angehörige von essgestörten Patientinnen – Wie stark sind sie belastet und welche Bedürfnisse nach Unterstützung haben sie?

Graap, H.¹; Bleich, S.²; Wilhelm, J.²; Herbst, F.¹; Wancata, J.³; de Zwaan, M.¹

¹Abt. f. Psychosomatik und Psychotherapie, ²Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Erlangen; ³Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien

Einführung: Die Situation und Belastung von Angehörigen essgestörter Patientinnen ist bislang ungenügend untersucht. Ziel unserer Untersuchung war es, den Grad der aktuellen psychischen Belastung und die Bedürfnisse der Angehörigen nach Unterstützung beim Umgang und der Versorgung des essgestörten Familienmitgliedes zu erheben. Es wurden bislang 20 Angehörigen unter anderem der General Health Questionnaire (GHQ12) und unsere deutsche Übersetzung des Carers-Needs Assessment Measure (CaNAM) vorgegeben. Zudem wurde der Schweregrad der Essstörung der Patientinnen mit der Eating Disorder Examination (EDE) erhoben. Wir überprüften zudem einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der Patientinnen und dem Grad der Belastung der Angehörigen mittels der Rangkorrelationen rho von Spearman und tau von Kendall. **Ergebnisse:** Alle Patientinnen erfüllten die Kriterien für eine Anorexia nervosa (n = 9) oder Bulimia nervosa (n = 11). Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Patientinnen lag bei 6 Jahren (1 bis 26 Jahre). Die Angehörigen waren im Durchschnitt 40 Jahre alt (Alter 18 bis 65). Es nahmen vor allem Mütter und Lebenspartner der Patientinnen an der Untersuchung teil, welche regelmäßig Kontakt mit den Patientinnen hatten oder mit der Patientin zusammen lebten. Im CaNAM zeigte sich ein hohes Bedürfnis der Angehörigen nach Unterstützung, vor allem in den Bereichen ‚Informationen über Essstörungen‘ und ‚Unterstützung für sich selbst‘. Im GHQ 12 zeigten sich bei acht der Angehörigen Hinweise auf eine aktuelle negative Veränderung ihres psychischen Gesundheitszustandes (Cut-Off 2/3). Überraschenderweise zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der Patientinnen im EDE und dem Bedürfnis der Angehörigen nach Unterstützung im CaNAM oder dem Grad ihrer gesundheitlichen Belastung im GHQ 12. **Diskussion:** Insgesamt gesehen zeigen Angehörige von essgestörten Patientinnen einen hohen ungedeckten Bedarf an Unterstützung. Die Angehörigen scheinen durch die Erkrankung des Familienangehörigen in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Hierzu sind jedoch weitere Untersuchungen nötig. Mögliche Erklärungen für den fehlenden Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Essstörung und dem Grad der Belastung sowie dem Bedürfnis nach Unterstützung der Angehörigen erhoffen wir uns aus der aktuell laufenden Auswertung strukturierter Interviews zu den Bedürfnissen und dem Bedarf an Unterstützung von Angehörigen.

Coping mit übergewichtsspezifischen Belastungen, emotionale Anpassung und Gewichtsverlauf bei Adipositas

Conradt, M.¹; Dierk, J.-M.¹; Schlumberger, P.¹; Rauh, E.²; Hebebrand, J.³; Rief, W.¹

¹Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg; ²Psychosomatik, Klinikum Staffelstein; ³Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Essen

Einführung: Obwohl Adipositas per se nicht als Krankheit definiert ist, können die Auswirkungen der Adipositas auf die emotionale Anpassung erheblich sein. Depressivität, körperliche Scham und Schuldgefühle bzgl. der Gewichtskontrolle sowie subjektive Belastung durch das Übergewicht beeinträchtigen in vielen Fällen die Lebensqualität der Betroffenen. Psychologische Mechanismen der Krankheitsbewältigung (Copingstrategien), die die emotionale Anpassung bedingen bzw. aufrechterhalten, wurden in Studien bislang wenig berücksichtigt. Unsere Längsschnittstudie beschäftigt sich mit der Frage, welche Bewältigungsstrategien bei übergewichtsspezifischen Belastungssituationen zu einer dysfunktionalen emotionalen Anpassung führen. **Material und Methoden:** Es wurden 101 volljährige Personen mit einem BMI von mindestens 30 kg/m² durch Pressemitteilungen, Poster und Allgemeinarztpraxen akquiriert (Weiblich 70,3%; mittleres Alter: 47,8 ± 12,3, Spannweite 19–68; mittlerer BMI: 36,7 ± 5,1, Spannweite 30–52,6). Nach einer Teilnahmebestätigung (informed consent) wurden das Körpergewicht und die Größe von einem Arzt objektiv erhoben. Weiterhin befragten wir die Probanden durch ein telefonisches Interview sowie den Versand von Fragebogen (T1). Nach sechs Monaten wurden die Probanden erneut kontaktiert und befragt (T2). Emotionale Anpassung wurde durch die Variablen körperliche Scham und Schuldgefühle bzgl. der Gewichtskontrolle sowie Depressivität definiert. Insgesamt erhoben wir vier Bewältigungsstrategien von übergewichtsspezifischen Belastungssituationen (problem-focused engagement/ emotion-focused engagement/ problem-focused disengagement/ emotion-focused disengagement). Vorher sollten die Probanden eine typische belastende Situation kurz beschreiben. **Ergebnisse:** Zwischen den Gruppen mit einem Adipositasgrad I, II und III (BMI T1) konnten wir keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Maße der emotionalen Anpassung finden (weder bei T1 noch T2). Bzgl. der Beschreibung einer typischen belastenden Situation berichteten die Probanden bei T1 in 66% der gültigen Fälle soziale Situationen als besonders belastend (bspw. ins Schwimmbad gehen, Kleider kaufen), gefolgt von Bewegungseinschränkungen mit 18% (Treppen steigen). Einzig signifikanter Prädiktor für Depressivität T2 (beta = .35; p < .01) sowie Scham & Schuld T2 (beta = .52; p < .001) war Emotion-Focused Disengagement T1 (Subskalen Selbstkritik und sozialer Rückzug). Die Gewichtsveränderung von T1 zu T2 variierte zwischen +6,2 und -9,0 BMI-Punkten mit einem Mittelwert von -2,9 ± 2,04. Es konnten keine signifikanten linearen oder nicht-linearen Zusammenhänge zwischen der Gewichtsveränderung und den untersuchten Bewältigungsstrategien bzw. den emotionalen Anpassungsmaßen gefunden werden. **Diskussion:** Weder Depressivität noch Gefühle von körperlicher Scham und Schuld bzgl. der Gewichtskontrolle sind in unserer Stichprobe mit dem BMI assoziiert, d. h. die emotionale Anpassung an die Adipositas scheint unabhängig vom Gewicht zu variieren. In den meisten Fällen wurden soziale Situationen als besonders belastend von den Betroffenen erlebt. Dabei waren Bewältigungsstrategien wie Selbstkritik und sozialer Rückzug bei T1 mit erhöhter Depressivität und häufigeren Scham- und Schuldgefühlen bei T2 assoziiert. Überdies scheinen weder verschiedene Bewältigungsstrategien noch emotionale Anpassungsmaße einen Einfluss auf den Gewichtsverlauf zu haben.

Soziale Unterstützung und gewichtsbezogene Merkmale als Prädiktoren für Wohlbefinden bei un behandelter Adipositas – Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (6 Monate)

Dierk, J.-M.¹; Conradt, M.¹; Rauh, E.²; Schlumberger, P.¹; Hebebrand, J.³; Rief, W.¹

¹Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg; ²Abteilung Psychosomatik, Klinikum Staffelstein; ³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen,

Einführung: Aspekte des Wohlbefindens und der Lebensqualität sind bedeutende Themen in der Adipositas-Forschung geworden. Die Befundlage bezüglich der Determinanten für niedriges bzw. hohes Wohlbefinden ist jedoch uneinheitlich. Das Hauptziel dieser Studie ist es, mögliche Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen Adipösen im Bereich sozialer und gewichtsassoziierter Variablen zu bestimmen, um relevante Prädiktoren für Wohlbefinden bei Adipositas zu identifizieren. **Material und Methoden:** Die kognitive Komponente subjektiven Wohlbefindens wurde mit der Satisfaction With Life Scale SWLS und die emotionale Komponente mit der Positive And Negative Affect Scale PANAS-D erfasst. Die Kurzform des F-SozU(K-22) und die Skala Soziale Belastung des F-SozU dienten der Erhebung Sozialer Unterstützung und Belastung. Desweiteren wurden der BMI, das Lebensalter bei Beginn des Übergewichts, Maße der Körperakzeptanz, der Zufriedenheit mit Gewicht und Figur, sowie Attraktivitätseinschätzungen erfasst. Der mittlere BMI (SD) der Probanden (N = 102) liegt bei 36,7 kg/m² (5,1), das Alter zwischen 19–68 Jahren (M = 47,5, SD = 12,3), 70,6% der Stichprobe sind weiblich und 29,4% männlich. Die innere Konsistenz der verwendeten Skalen ist zufriedenstellend (Cronbach's alpha = .76–.93). Zur Untersuchung der Hauptfragestellung wurden Quartile in Bezug auf Wohlbefinden gebildet und Mittelwertvergleiche zwischen den zufriedeneren und den unzufriedeneren Probandengruppen hinsichtlich der verschiedenen Prädiktoren durchgeführt. **Ergebnisse:** Die Gruppe der Älteren (>47 Jahre, Median split) ist mit Körper und Gewicht zufriedener als die Gruppe der Jüngeren (<47 Jahre). Das Lebensalter bei Erstauftreten des Übergewichts ist negativ mit dem BMI korreliert, d. h. je früher der Beginn, desto stärker ist die Adipositas heute ausgeprägt. Extremgruppen hinsichtlich Wohlbefindensaspekten (1. und 4. Quartil) an t2 unterscheiden sich an t1 (6 Monate vorher) signifikant (p < .05) in wahrgenommener sozialer Unterstützung, sozialer Belastung und Körperakzeptanz, während sich keinerlei Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und BMI ergibt. **Diskussion:** Die Ergebnisse stützen frühere Befunde, dass subjektive Gewichts- und Körper-einschätzungen größere Relevanz im Hinblick auf Wohlbefinden haben als der objektiv ermittelte BMI der Betroffenen. Implikationen für die therapeutische Praxis: Interventionen, die auf die Verbesserung des eigenen Körperbildes und den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen bzw. die Reduktion sozialer Belastungen abzielen, sollten bei Adipositas besonders berücksichtigt werden.

Diese Studie ist in ein größeres Forschungsprojekt zum Thema ‚Evaluation einer Beratung zu genetischen Aspekten bei Adipositas‘ eingebunden, das vom BMBF gefördert wird und noch bis 08/2005 läuft. Projektleitung: Prof. Dr. W. Rief.

Perfektionismus bei jungen Frauen in akademischer und nicht-akademischer Ausbildung: Kontrolliertes Essen, Körperorientierung, Arbeitsverhalten und Gesundheitsbeschwerden

Niebel, G.; Radtke, Y.; Falkenhagen, F.

Institut fuer Psychologie der Christian-Albrechts-Universität Kiel

Eine Reihe von Forschungsarbeiten weist darauf hin, dass perfektionistische Einstellungen in Zusammenhang mit einer Vielfalt psychischer Störungen und Beeinträchtigungen der Gesundheit stehen können. Beispiele sind affektive Störungen, Ängste, Zwänge sowie Störungen des Essver-

haltens und des Körperbildes; aber auch exzessives Arbeits- und Konkurrenzverhalten sowie vermehrte Gesundheitsbeschwerden und Lebensunzufriedenheit weisen einen Zusammenhang mit Perfektionismus auf. Meist handelt es sich allerdings um korrelative Befunde, häufig bei bereits vorliegender klinischer Symptomatik. Perfektionismus könnte ein bedeutsames Gesundheitsrisiko bei jungen Frauen darstellen, wenn man die Zunahme von Essensstörungen bei Studentinnen berücksichtigt. Unklar ist jedoch, ob sich gesunde junge Frauen mit und ohne perfektionistische Einstellungen bereits im Ausmaß störungsrelevanter Verhaltensmerkmale unterscheiden und ob der akademische Status hierbei eine Rolle spielt. Im Rahmen einer vergleichenden Fragebogenstudie an 194 Frauen in Durchschnittsalter von 22,8 Jahren mit (49,5%) und ohne (50,5%) akademische Ausbildung wurden folgende Fragestellungen untersucht: Unterscheidet sich Perfektionismus bei jungen Akademikerinnen und Nichtakademikerinnen? Zeigen perfektionistische Frauen ein kontrollierteres Essverhalten als nicht perfektionistische Frauen? Sind sie unzufriedener mit ihrem Körper? Schätzen Sie sich unattraktiver, besonders in Relation zu anderen (hübschen) Frauen ein? Haben perfektionistische Frauen ein exzessiveres Arbeitsverhalten, eine höhere Leistungsorientierung und mehr Gesundheitsbeschwerden? Perfektionismus wurde mittels einer deutschsprachigen Version der multidimensionalen Perfektionismus-Skala (Frost et al., 1990; Stöber, 1998) erfasst. Als abhängige Variablen dienten u. a. Skalen zu Einstellungen zum Essverhalten (FEV, Pudel und Westenhöfer, 1989), zum Figurbewusstsein (FFB, Waadt et al., 1992), zur Leistungsorientierung und Beanspruchung (FPI-R, Fahrenberg et al., 1994) zum Arbeitsengagement (FABA, Richter et al., 1996) sowie zur Somatisierung (SCL-90-R, Derogatis, 2002). Die Attraktivitätsbeurteilung erfolgte mittels einer eigens konstruierten Skala mit eingefügten Frauengesichtern: Dabei wurde die individuelle und die «relative» Attraktivitätseinschätzung erfasst. Neben einem Basisrating sollten die Probandinnen die eigene Attraktivität wiederholt einschätzen, nachdem sie gebeten wurden, Fotos je dreier (attraktive/nichtattraktiver) Frauengesichter nach verschiedenen ablenkenden Kriterien einzuschätzen. Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

Junge Frauen mit und ohne akademische Ausbildung unterschieden sich nicht im Ausmaß perfektionistischer Einstellungen. Es zeigten sich aber überwiegend hypothesenkonforme Unterschiede zwischen Perfektionistinnen und Nichtperfektionistinnen (Mediansplit). Perfektionistinnen waren signifikant leistungsorientierter, fühlten sich stärker beansprucht, wiesen geringere Lebenszufriedenheit, ein höheres Arbeitsengagement mit Erholungsunfähigkeit und mehr Gesundheitsbeschwerden auf. Die Kontrolle des Essverhaltens war signifikant stärker ausgeprägt, ebenso die Unzufriedenheit mit der eigenen Figur, und zwar auch dann, wenn das Gewicht berücksichtigt wurde. Perfektionistinnen schätzten ferner nicht nur die eigene Attraktivität geringer ein, sondern wurden auch stärker von der Darbietung hübscher Frauengesichter beeinflusst. Danach schätzten nur sie sich unattraktiver ein, während die Nichtperfektionistinnen bei ihrer Einschätzung blieben. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Perfektionismus bei gesunden jungen Frauen einen Prädiktor für die Entwicklung von Verhaltensstörungen und Gesundheitsproblemen darstellen könnte.

13 Kardiovaskuläre Psychophysiologie

24

Was ist dran am Konstrukt Herzangst? Evaluation des Herzangstfragebogens anhand zweier kardiologischer Patientengruppen

Crössmann, A.¹; Spindler, M.²; Priemer, B.²; Bär, S.¹; Borst, R.¹; Schiermeyer, K.¹; Voelker, W.²; Bauer, W.²; Kühlkamp, V.³; Neuser, H.⁴; Pauli, P.¹

¹Institut für Psychologie I, Uni-Würzburg

²Medizinische Klinik, Uni-Würzburg

³Abteilung für Kardiologie, Uni-Tübingen

⁴Herz- und Gefäßklinik Bad Neustadt

Einleitung: Das Konstrukt Herzangst, wie es durch den Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ, deutsch Herzangstfragebogen, HAF) operationalisiert ist, wurde von Georg Eifert 1992 reformuliert. Herzangst bezeichnet

demnach die Furcht vor herzbezogenen Stimuli und Empfindungen auf Basis ihrer wahrgenommenen negativen Konsequenzen. Empirische Studien zum Konstrukt liegen bisher nur auf Grundlage der englischsprachigen Originalversion des CAQ vor. Dort wurde eine 3-Faktoren-Struktur mit den Faktoren ‚Furcht‘, ‚Vermeidung‘ und ‚Herzaufmerksamkeit‘ gefunden. Die hier vorgestellte Studie hatte zum Ziel, die deutsche Version des Messinstruments anhand empirischer Daten von zwei unterschiedlichen kardiologischen Patientengruppen zu evaluieren. **Patientengut:** An der Untersuchung nahmen zum einen Patienten teil, die sich einer stationären Herzkatheteruntersuchung (HKU) unterzogen (N = 200). Diese füllten den Herzangstfragebogen am Tag vor und am Tag nach der HKU aus. Weiterhin wurden Patienten untersucht, die sich der Implantation eines Kardioverter-Defibrillator (ICD) unterzogen (N = 133). Hier fand die Befragung 30,7 ± 13,9 Tage nach der Implantation statt. **Methoden:** Die Daten gingen zunächst in eine Hauptkomponentenanalysen ein. Die Faktoranzahl wurde dabei über die Parallelanalyse (PA), das Minimum Partial Average (MAP) Verfahren und die Interpretierbarkeit der Faktorenlösungen bestimmt. Anschließend wurden orthogonale Procrustes Zielrotationen durchgeführt, um die gefundenen Lösungen zu vergleichen. Die aus diesem Prozess hervorgegangenen Skalen wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Schließlich wurde die konkurrente Validität der Skalen über den Vergleich ihrer Korrelationen mit anderen Messinstrumenten geschätzt. **Ergebnisse:** Es zeigt sich, dass der HAF in allen Stichproben am ehesten durch eine 3-Faktoren-Lösung repräsentiert wird. Nachdem PA und MAP uneinheitliche Ergebnisse lieferten, war die Interpretierbarkeit der Lösungen allerdings das entscheidende Kriterium. Die Struktur dieser Lösung ist in den Daten, die vor und denen die nach der Herzkatheteruntersuchung gesammelt wurden, nahezu identisch. Vergleicht man jedoch HKU- und ICD-Patienten miteinander, zeigt sich, dass lediglich der Faktor ‚Vermeidung‘ in beiden Gruppen in identischer Form vorliegt (Alpha = 0,87 bis 0,89). Der Faktor ‚Furcht‘ aus der Originalversion erreicht nach Elimination von 3 Items zwar auch in den deutschen Stichproben eine angemessene interne Konsistenz (Alpha = 0,76 bis 0,81), lässt sich faktorenanalytisch allerdings nicht belegen. Dasselbe gilt für den Faktor ‚Herzaufmerksamkeit‘ (Alpha = 0,59 bis 0,71). Wie erwartet zeigen sich substantielle Korrelationen zwischen dem HAF und verwandten Konstrukten. Die Skala ‚Furcht‘ korreliert am höchsten mit Angstsensitivität (ASI, r = 0,60). Weiterhin korreliert sie sowohl mit Zustandsangst (STAI-S, r = 0,47), als auch mit Ängstlichkeit (HADS, r = 0,55). Ein differenziertes Bild bezüglich der Skalen des HAF zeigt sich in Bezug auf die Lebenszufriedenheit der ICD Patienten. Die körperliche Lebenszufriedenheit steht mit ‚Vermeidung‘, nicht aber mit ‚Furcht‘ in Verbindung. Bei der psychischen Lebenszufriedenheit ist es dagegen umgekehrt. **Diskussion:** Eine rein faktorenanalytisch begründete Entscheidung für eine gemeinsame Struktur ist auf Basis dieser Daten nicht möglich. Lediglich der Faktor ‚Vermeidung‘ der Originalversion ist faktorenanalytisch gut belegt und findet sich in allen Stichproben wieder. Für den Vergleich zwischen unterschiedlichen Patientengruppen können momentan nur die hinsichtlich ihrer internen Konsistenz optimierten Skalen der amerikanischen Originalversion verwendet werden. Erste Analysen zur Validität des HAF zeigen hohe Zusammenhänge mit verwandten Konstrukten. Der Herzangstfragebogen stellt zusammenfassend ein interessantes Messinstrument für herzbezogene Ängste dar. Seine psychometrischen Eigenschaften bedürfen jedoch noch einer weiteren Evaluation.

100

Ärger, Angst und ineffektive Stressverarbeitung sind bei jungen gesunden Frauen mit einer familiären Disposition für kardiovaskuläre Erkrankungen mit erhöhtem Blutdruck im Alltag assoziiert

Schmidt, T.; Schulze, B.

Präventiv- und Verhaltensmedizin, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

In dieser Studie wird der Zusammenhang zwischen kardiovaskulärer Reaktivität, emotionalem Verhalten und Blutdruck im Alltag bei jungen gesunden Frauen untersucht. Mit Hilfe eines Reaktionszeittests wurden kardiovaskulär stark und schwach reagierenden Frauen ermittelt und

psychometrisch hinsichtlich Ärger, Angst und Stressverarbeitung verglichen. Außerdem wurde die familiäre Disposition für kardiovaskuläre Erkrankungen erfasst sowie kontinuierliche Maße von körperlicher Aktivität (multiple kalibrierte Akzelerometrie), Blutdruck und Herzfrequenz unter Verwendung von PORTAPRES Modell 2 im Abstand von 50 Tagen in wiederholten standardisierten Stressbelastungstests im Labor sowie im Alltagsleben. Je 15 stark und schwach reagierende Frauen wurden aus einer Gruppe von 55 aufgrund ihrer Druckfrequenzproduktreaktionen ($DFP = SBD \times HF$) ausgewählt (?DFP: 90,7 vs 14,6 mHg/min; $p < 0,001$). Sie unterschieden sich nicht in Blutdruck und Herzfrequenz in Ruhe sowie in Alter ($25,1 \pm 4,3$ Jahre), Größe, Gewicht, Rauchgewohnheiten, Alkoholkonsum, Einnahme von Ovulationshemmern, aerober körperlicher Fitness oder Maßen körperlicher Aktivität im Alltag während des ambulanten 24-Stunden-Blutdruckmonitorings.

Stark reagierende Frauen waren durch höhere Werte hinsichtlich Ärgerhäufigkeit (STAXI T-A: $p = 0,049$) und Ärgerprovokationsschwelle (STAXI TA/T: $p = 0,03$), Zustandsangst (STAI X2: $p = 0,078$) und Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal (STAI-G X2: $p = 0,029$) gekennzeichnet. Sie machten sich mehr Sorgen um ihre Gesundheit (FPI-R: $p = 0,052$), waren gehemmter, erregbarer (FPI-R: $p = 0,069/0,095$) und eher erschöpft (Maastricht FG: $p = 0,082$). Schwach reagierende Frauen verarbeiteten Stress (SVF) wirkungsvoller durch Ablenkung von unangenehmen Situationen ($p = 0,005$), Reaktionskontrolle ($p = 0,015$), Selbstbestätigung ($p = 0,026$), Herunterspielen ($p = 0,051$), Schuldabwehr ($p = 0,048$), positive Selbstinstruktion ($p = 0,089$) und Bagatellisierung der Situation ($p = 0,067$). Stark reagierende Frauen wiesen in der Familienanamnese (bei Eltern und Großeltern) häufiger Bluthochdruck ($p = 0,03$), Schlaganfälle ($p = 0,005$) und Myokardinfarkte ($p = 0,01$) auf.

Bei Wiederholung der Stresstests im Labor nach 50 Tagen unterschieden sich ursprünglich stark und schwach reagierende Frauen weder hinsichtlich der Ruhewerte noch der Reaktionen von Blutdruck, Herzfrequenz und Druckfrequenzprodukt signifikant (?DFP: 33,5 vs 24,6 mHg/min; ns). Im Alltag wiesen die stark reagierenden Frauen jedoch einen signifikant höheren systolischen und diastolischen 24-Stunden-Blutdruck auf (122/70 vs 109/62 mm Hg; $p = 0,04/0,076$). Der Blutdruckunterschied war insbesondere nachts im Schlaf ausgeprägt (Tag: 129,3/120,6 mm Hg; Nacht: 108/61 vs 92/50 mm Hg; $p = 0,03/0,053$). Die Herzfrequenzvarianz war basierend auf 16,9 Sekunden-Mittelwerten während der 24-Stunden-Messungen bei den stark reagierenden Frauen signifikant größer (179 vs 121 bpm²; $p = 0,041$). In multiplen Regressionsanalysen erklärte die körperliche Alltagsaktivität der schwach reagierenden Frauen einen um 21 bzw. 16 Prozentpunkte höheren Varianzanteil des systolischen und diastolischen Blutdrucks als die der stark reagierenden Frauen (40,8/45,3% vs 62,1/61,3%; $p = 0,0039/0,025$), was auf einen stärkeren Einfluss emotionaler Faktoren auf die Blutdruckreaktionen im Alltag bei stark reagierenden Frauen hinweist.

Diese Ergebnisse stützen einen möglichen psychosomatischen Zusammenhang bei der Hypertoniegenese von Frauen. Sie zeigen, dass bei ihnen in jugendlichem Alter emotionale Konflikte hinsichtlich Ärger, Angst und ineffizienter Stressverarbeitung zusammen mit einer familiären Disposition für kardiovaskuläre Erkrankungen nicht nur mit stärkeren Blutdruck- und Herzfrequenzreaktionen in neuen Stresssituationen verbunden sind, sondern auch mit einer höheren Herzfrequenzvarianz und mit einem höherem Blutdruck im Alltagsleben.

105

Das Freiburger Monitoring System (FMS) zur ambulanten psychophysiologischen Beanspruchungsmessung

Myrtek, M.

Forschungsgruppe Psychophysiologie, Universität Freiburg

Das Freiburger Monitoring System beschreibt Programme zur Aufnahme von Daten unter Alltagsbedingungen und deren Auswertung. Mit dem Vitaport-Datenrecorder werden fortlaufend das EKG (Brustwandelektroden, zwei Ableitungen), die körperliche Aktivität sowie die Körperlage (Accelerosensoren am Sternum und Oberschenkel) erfasst. Als Indikator der Gesamtbeanspruchung dient die Herzfrequenz, als Indikator der energetischen Beanspruchung die Bewegungsaktivität. Durch die On-line-Ana-

lyse von Herzfrequenz und Bewegungsaktivität wird mit entsprechenden Algorithmen auf Minutenbasis die ‚Additional Heart Rate‘ als Indikator der emotionalen Beanspruchung erfasst. Diese kann dem Probanden akustisch über einen Psion-Minicomputer zurückgemeldet werden mit der Aufforderung, sein aktuelles Befinden und Verhalten zu beschreiben. Hierzu erscheinen auf dem Display des Psion entsprechende Fragen mit vorgegebenen Antworten, die durch Knopfdruck beantwortet werden. Über die Variabilität der Herzfrequenz wird die mentale Beanspruchung erfasst. Zusätzlich werden aus dem EKG die Amplitude der ST-Strecke und die P-Wellen-Amplitude ermittelt.

106

Emotionale Beanspruchung im Alltag: Untersuchungen mit dem Freiburger Monitoring System (FMS)

Myrtek, M.

Forschungsgruppe Psychophysiologie, Universität Freiburg

In einer Studie an 50 Studenten wird zunächst ein Beispiel für die Validierung der ‚Additional Heart Rate‘ (AHR) als Indikator der emotionalen Beanspruchung gegeben. Die Studenten sahen zu Beginn des ambulanten Monitoring einen Ausschnitt aus dem Film ‚Das Schweigen der Lämmer‘. Die AHR ist an jenen Stellen deutlich erhöht, die besonders aufregend sind.

Aus einer größeren Stichprobe mit Arbeitnehmern der Bundesbahn (Lokomotivführer, Busfahrer, Fahrdienstleiter) werden die Ergebnisse der Untersuchung an 23 Lokomotivführern vorgestellt. Dabei wurde der Fahrmodus durch einen Beobachter auf der Lokomotive minutlich eingestuft. Anfahren und anhalten des Zuges zeigten im Vergleich zum Fahren eine signifikant höhere AHR. Die Einstufung der subjektiven Beanspruchung durch die Lokomotivführer stimmte jedoch nicht mit der physiologisch ermittelten emotionalen Beanspruchung überein. Bei diesen Arbeitnehmern wurde zudem die emotionale Beanspruchung während der Arbeits- und Freizeit verglichen. Dabei stellte sich die Freizeit als emotional beanspruchender heraus als die Arbeitszeit.

Ähnliche Ergebnisse wurden in einer Untersuchung an 57 Angestellten und 29 Arbeitern eines Industriebetriebes beobachtet. Auch hier war die Freizeit emotional beanspruchender als die Arbeitszeit. Bei der Selbstbeurteilung wurde hingegen die Arbeit im Vergleich zur Freizeit als aufregender und weniger angenehm eingestuft.

Schließlich wurde an 40 Studenten die emotionale Beanspruchung beim aktiven und passiven Autofahren ermittelt. Aktives Autofahren erwies sich als hoch beanspruchend. Subjektiv wurde diese Beanspruchung aber nicht wahrgenommen. Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die physiologisch gemessene Beanspruchung nicht adäquat wahrgenommen wird, die Interozeption also schlecht ist. Für die Wahrnehmung von Beanspruchung sind vielmehr kognitive Schemata von Bedeutung, die wenig oder nichts mit physiologischen Reaktionen zu tun haben.

110

Biofeedback in der Hypertoniebehandlung: Befundlage und neuere Ansätze

Mussgay, L.

Psychosomatische Fachklinik, St.-Franziska-Stift, Bad Kreuznach, im Forschungsverbund mit dem Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik (FPP) der Universität Trier

Die positive Beeinflussung erhöhter Blutdruckwerte mit Biofeedbackmethoden hat eine langjährige Tradition. Innerhalb des Blutdruckregelkreises versuchen die bisherigen Ansätze eine Verschiebung der sympathisch/para-sympathischen Balance hin zum Überwiegen vagaler Aktivität. Hierzu wurden relativ unspezifische Methoden wie Entspannung eingesetzt, aber auch andere Indikatoren parasymphatischer Aktivität wie z. B. EDA, EMG, Temperatur. Weiterhin gab es technisch unbefriedigende Versuche mit wiederholter Blutdruckmessung. Obwohl große Hoffnungen in den Einsatz von Biofeedbackverfahren gesetzt wurde, wird in Metaanalysen deutlich, dass die erzielten Verbesserungen von geringer klinischer Rele-

vanz sind. Bedingt durch neuere technische Möglichkeiten wurden in letzter Zeit Versuche gestartet, a) den kontinuierlich gemessenen Blutdruck zurückzumelden, b) die Baroreflex-Sensitivität direkt als Rückmeldungssignal zu nehmen und c) atemassoziierte Effekte auf die autonome Regulation nutzbar zu machen. Die direkte Rückmeldung des Blutdrucks erbrachte in einer Reihe von Studien gute Ergebnisse. Die Baroreflex-Sensitivität konnte in einer eigenen Studie durch ein Training zwar verbessert werden, die Einflüsse auf den Blutdruck blieben aber aus. Beide Ansätze sind jedoch durch die Hinzunahme weiterer Elemente (Entspannungsinstruktion, Einbeziehung der Atmung) noch verbesserungsfähig. Der dritte neue Ansatz versucht mit Hilfe des Powerspektrums den Atemrhythmus so anzupassen, dass sich im niederen Frequenzband (0,07–0,14 Hz) eine überproportionale Steigerung der Herzratenvariabilität ergibt. Der Einsatz dieser Methode hat in anderen Krankheitsbildern mit starker Beteiligung des autonomen Nervensystems (Angst-Panik, Asthma, Schmerzen) gute Erfolge erzielen können. Eine Evaluation an Hypertonikern steht allerdings noch aus.

118

Zentraler alpha2-Agonismus und Antagonismus beeinflussen nicht die kardiovaskuläre Stress-Reaktivität

Schächinger, H.; Philippsen, C.

Universität Trier

Einführung: Im Zentralen Nervensystem sind alpha-2-adrenerge Rezeptoren hauptsächlich in den Strukturen expremiert, welche eine Rolle bei der Stressverarbeitung spielen, so z. B. im Locus coeruleus und Nucleus tractus solitarius. Diese Zentren sind unter anderem für die Regulation von Vigilanz und autonomer Aktivität verantwortlich. Mehrheitlich handelt es sich bei den alpha-2-adrenerge Rezeptoren um Autorezeptoren oder präsynaptisch lokalisierte Rezeptoren. Ihre Aktivierung führt zu einer Inhibierung des Sympathischen Nervensystems. Ob eine derartige Inhibierung des Sympathischen Nervensystems mit einer verminderten kardiovaskulären Reaktivität auf mentalen Stress einhergeht, wurde bislang nicht ausreichend untersucht. **Material und Methoden:** Zwölf gesunde Männer im Alter von 18 bis 35 Jahren nahmen an einem einfach-blinden, randomisierten pharmakologischen Experiment teil, welches an drei separaten Untersuchungstagen durchgeführt wurde. An jedem der Untersuchungstage erfolgte für jeweils 5 Stunden eine Infusion von entweder Dexmedetomidin (selektiver alpha-2-Agonist), Yohimbin (selektiver alpha-2-Antagonist) oder Placebo. Die Infusionsmenge wurde mittels STANPUMP gesteuert, ansteigende Konzentrationsstufen wurden angestrebt. Bei jeder Konzentrationsstufe wurden eine 5-minütige Ruhemessung zur Bestimmung der jeweiligen Baseline-Werte und ein Wahl-Reaktions-Test („Choice Reaction Time Task“) sowie ein Rechentest („Paced Auditory Serial Addition Task“) durchgeführt, um die Reaktivität von Herzrate und Blutdruck (Finapres) zu erfassen. **Ergebnisse:** Erwartungsgemäß fielen die Baseline-Werte von Blutdruck und Herzrate mit aufsteigender Dexmedetomidin-Dosis ab und stiegen mit aufsteigender Yohimbin-Dosis an (alle p 's < 0.0001). Sämtliche Reaktivitätswerte blieben durch die pharmakologischen Manipulationen weitgehend unbeeinflusst. **Diskussion:** Die kardiovaskuläre Reaktivität auf mentalen Stress wurde durch effektive pharmakologische Manipulation des zentralen sympathischen Nervensystems nur geringfügig beeinflusst. Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass die ‚phasische‘ kardiovaskuläre Reaktivität auf mentalen Stress nicht mit dem ‚tonischen‘ Aktivitätsniveau des Sympathischen Nervensystems korreliert.

14 Fokus Diabetes

114

Erwartungen an die Insulinpumpentherapie: Entwicklung und erste empirische Überprüfung eines Fragebogeninstruments

Kubiak, T.¹; Scholze, A.²; Kulzer, B.³; Hermanns, N.³; Reinecker, H.²; Haak, T.³

¹Psychologisches Institut, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

²Psychologisches Institut, Otto-Friedrichs-Universität Bamberg

³Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie, Diabetes Zentrum

Mergentheim

tkubiak@t-online.de

Einleitung: Die kontinuierliche subcutane Insulininfusionstherapie (Insulinpumpe) stellt mit die physiologischste Form der Insulintherapie des Typ 1 Diabetes dar. Mit ihr können signifikant bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden (glykämische Kontrolle, Blutglukoseexkursionen). Andererseits werden in angloamerikanischen Studien u. a. hohe Abbrecherquoten von bis zu 30% berichtet, die nicht durch medizinische Gründe erklärt werden können. Auch die Tatsache, dass sich – selbst bei gegebener diabetologischer Indikation – viele Patienten nicht für eine Insulinpumpe entscheiden, legt die Beteiligung psychologischer Faktoren im Sinne von subjektiven Erwartungen / Befürchtungen nahe. Ziel dieser Studie war die Entwicklung und erste empirische Überprüfung eines standardisierten Fragebogeninstruments zur Erfassung von positiven und negativen Erwartungen an die Pumpentherapie. **Patienten und Methoden:** Der neu entwickelte Fragebogen wurde anhand einer auf Interviews mit Patienten und Behandlern basierenden Itemsammlung zusammengestellt und umfasst 75 sechsstufige likertskalierte Items, die zu zwei Skalen zusammengefasst werden (erwartete Nachteile vs. Vorteile der Insulinpumpentherapie). Zur empirischen Überprüfung wurden aus dem im Diabetes Zentrum Mergentheim stationär behandelten Kollektiv von Typ 1 Diabetespatienten insgesamt N = 201 Patienten untersucht, die den neuen Fragebogen bearbeiteten: (1) N = 73 Patienten mit Injektionstherapie ohne Interesse an einer Insulinpumpe (Alter: 44,2+/-14,0 Jahre; Geschlecht männlich: 39,7%; Diabetesdauer: 13,0+/-12,0 Jahre; HbA1C: 8,0+/-2,1%); (2) N = 41 Patienten mit Injektionstherapie mit Interesse einer Insulinpumpe (Alter: 33,3+/-12,9 Jahre; Geschlecht männlich: 58,5%; Diabetesdauer: 11,6+/-8,4 Jahre; HbA1C: 7,9+/-2,2%); (3) N = 87 Patienten, die bereits eine Insulinpumpe trugen (Alter: 35,3+/-14,5 Jahre; Geschlecht männlich: 52,8%; Diabetesdauer: 16,4+/-11,7 Jahre; HbA1C: 7,7+/-1,8%). **Ergebnisse:** Das neu entwickelte Instrument wies gute psychometrische Eigenschaften auf (Subskalen Cronbachs Alpha: .80 bzw. .95; Spearman Brown r: .83 bzw. .87). Erwartungsgemäß wurden die Nachteile der Pumpentherapie bei der Gruppe ohne Interesse an einer Pumpentherapie signifikant stärker eingeschätzt als in den beiden anderen Patientengruppen ($p < .05$). Eine qualitative Betrachtung ergibt, dass die in den Gruppen mit Interesse bzw. mit Pumpentherapie am häufigsten genannten Nachteile sehr konkret und technischer Natur sind (z. B. Lästigkeit, erhöhter Therapieaufwand durch Katheterwechsel), während in der Gruppe ohne Interesse am häufigsten abstrakte Befürchtungen genannt wurden (z. B. sich mit einer Pumpe kränker fühlen, an den Diabetes permanent erinnert werden). **Diskussion:** Mit dem entwickelten Instrument steht ein psychometrisch fundierter Fragebogen zur Verfügung, der eine systematische Erfassung der Patientenerwartungen bzgl. der Pumpentherapie ermöglicht. Die beobachteten Gruppenunterschiede können als Validitätshinweis gewertet werden. Einschränkung ist zu erwähnen, dass es sich um ein sehr spezifisches Kollektiv (stationäres Setting) und um eine Querschnittsstudie handelt. Längsschnittliche Untersuchungen sind dringend nötig, um den potentiellen Einfluss der Patientenerwartungen auf das konkrete Selbstbehandlungsverhalten abschätzen zu können.

Hypoglykämieinduzierte emotionale Veränderungen

Hermanns, N.; Kulzer, B.; Kubiak, T.; Haak, T.

Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Mergentheim (FIDAM)

Einführung: In dieser Studie wurde der Effekt einer experimentell induzierten Hypoglykämie auf Stimmungsveränderungen und die Beurteilung emotionaler Stimuli untersucht. **Methoden:** Der Blutzucker wurde über eine hyperinsulinämische Glukose-Clamp Technik manipuliert. In der Experimentalgruppe (n = 11, Alter 31,8 ± 9,2 J., HbA1c 8,2 ± 2,3%, Diabetesdauer 7,1 ± 6,4 J.) war die Abfolge der experimentell manipulierten Blutglukoseniveaus: Euglykämie (100 mg/dl)- Hypoglykämie (45 mg/dl) und Euglykämie (100 mg/dl) In der Kontrollgruppe (n = 11, Alter 38,2 ± 10,8 J.; HbA1c 8,2 ± 2,3%; Diabetesdauer 13,9 ± 8,9 J.) wurde die Blutglukose während der drei Experimentalphase auf euglykämischen Niveau (100 mg/dl) stabilisiert. Die Teilnehmer bearbeiteten eine UWIST-Checkliste zur Erfassung von Stimmungen und beurteilten den emotionalen Gehalt von 36 Bildern, die dem «International Affective Pictures System» entnommen waren hinsichtlich der Dimensionen Valenz, Aktiviertheit und Dominanz. Zusätzlich wurde Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol als Maß der hormonellen Blutglukosegegenregulation bestimmt und neuropsychologische Tests (geteilte Aufmerksamkeit und Inkompatibilität der TAP) zur Erfassung der Effekte einer Neuroglykopenie durchgeführt. **Ergebnisse:** Während der Hypoglykämie beschrieben die Probanden einen signifikanten Zunahme eines Gefühls des Ärgers (P < .05) und der Anspannung (P < .05) sowie eine signifikante Reduktion positiver Gefühle wie Energiegeladenheit (P < .05) sowie eine bemerkenswerte Abnahme von Wohlbefinden (P < .10). Für die Beurteilung der emotionalen Stimuli benötigten Probanden während der Hypoglykämie signifikant länger (P < .05). Hinsichtlich der inhaltlichen Beurteilung der emotionalen Stimuli zeigte sich kein Effekt. **Schlussfolgerung:** Diese Daten belegen, dass sich eine Hypoglykämie primär negative auf die Stimmungslage von Probanden auswirkt. Ebenso scheint eine Hypoglykämie die Geschwindigkeit der Verarbeitung emotionaler Stimuli zu reduzieren. Beide Effekte können zu einer Verzögerung einer notwendigen Hypoglykämiebehandlung führen und einen Erklärung für die von Diabetespatienten häufig berichteten interpersonellen Konflikte während einer Hypoglykämie leisten.

Verlauf depressiver Symptome bei Typ 2 Diabetes mellitus

Kulzer, B.¹; Hermanns, N.¹; Reinecker, H.²; Kubiak, T.³; Haak, T.¹

¹Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Mergentheim, (FIDAM)

²Universität Bamberg

³Universität Greifswald

kulzer@diabetes-zentrum.de

Einleitung: In einer prospektiven Studie mit 15-monatigem follow-up-Zeitraum wurde der Verlauf der Depression und mögliche Prädiktoren dieses Verlaufes bei Typ 2 Diabetikern untersucht. **Methodik:** Zu Beginn und am Ende dieses Zeitraumes bearbeiteten 177 Patienten (HbA1c 7,8 ± 1,6%; Alter 55,5 ± 6,5 J.; 50,6% weiblich, BMI 32,2 ± 3,8 kg/m²) einen Depressionsfragebogen (Zerrsen Depression Skala). Patienten mit einem Depressionsscore von > 10 wurden als depressiv eingestuft. **Ergebnisse:** Zu Beginn zeigte sich bei 54 Patienten (30,5%) ein erhöhter Depressionsscore. Nach 15 Monaten verbesserten sich 28 von diesen Patienten (15,8%) und erreichten einen unauffälligen Score, während 26 Patienten (14,7%) erneut einen erhöhten Score aufwiesen. Bei 9, initial asymptomatischen, Patienten wurde beim follow-up erstmals ein erhöhter Score festgestellt (Inzidenz 5,1%). In einer logistischen Regressionsanalyse differenzierte weibliches Geschlecht (OR 4,9 CI 1,7–14,0), Anzahl von Spätkomplikationen (OR 1,9 CI 1,1–3,6) und Gewichtsverlust (OR 1,4 CI 1,0–2,1) signifikant zwischen den Patienten mit persistierender Depressionssymptomatik und denen mit einem unauffälligen Score zu beiden Messzeitpunkten. In einer zweiten logistischen Regression differenzierte nur die Anzahl der Folgekomplikationen (OR 4,8 CI 1,7–13,3) signifikant zwischen Patienten, bei denen die depressive Symptomatik persistierte von denen mit einer Remission der depressiven Symptomatik. **Schlussfolgerung:** Nach Teilnahme an einem Schulungsprogramm ver-

besserten sich die Depressionswerte bei der Mehrzahl der initial als depressiv eingestuften Diabetikern. Folgekomplikationen scheinen die Remission depressiver Symptome zu verhindern. Angesichts der häufig anzutreffenden Multimorbidität dieser Patientengruppe sollte der Umgang mit Folgekomplikationen ein integraler Bestandteil von Schulungsprogrammen sein. Ein größerer Gewichtsverlust ging eher mit einem Persistieren depressiver Symptome einher, so dass vermutet werden kann, dass eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten von vielen als belastend erlebt wird.

Kognitive Gegenregulation bei Insulin-induzierter Hypoglykämie

Schächinger, H.

Universität Trier

Einführung: Hypoglykämien stellen ein ernstzunehmendes Risiko im Rahmen der Insulintherapie des Diabete mellitus dar. Sie führen zu einer abrupten Verminderung der Energieversorgung des Gehirns. Zur schleunigen Wiederherstellung der Energieversorgung existieren effektive autonome und hormonale Gegenregulationsmechanismen. Dazu zählen: Aktivierung des Sympathischen Nervensystems, Ausschüttung von Glukagon, Adrenalin, Cortisol und Wachstumshormon und die Drosselung der endogenen Rest-Insulin-Sekretion. Typischerweise treten auch Symptome auf (Hunger, Zittern, Schwitzen, Palpitationen), welche von den betroffenen Patienten als Hinweise zur Behandlung der Hypoglykämie durch Nahrungszufuhr genutzt werden können. Ob während einer Hypoglykämie eine spezifische kognitive Gegenregulation unwillentlich die Bearbeitung von Nahrungsmittelinformationen begünstigt, ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. **Material und Methoden:** In einem einfach-blinden, randomisierten Untersuchungsdesign wurden zwölf gesunde Freiwillige (6 Frauen, Alter: 24 Jahre, BMI: 22,5 kg/m²) untersucht. An zwei unterschiedlichen Tagen wurden im Abstand von 4 Wochen hyperinsulinämie Clamp-Experimente durchgeführt. Die Probanden führten während Hypoglykämie (Plasmaglukose: 2,7 mmol/l) und während Normoglykämie (4,7 mmol/l) einen Standard Stroop Test (Benennung der Schriftfarbe, Wort-Farbe-Konflikt), wie auch einen sogenannten ‚emotionalen‘ Stroop Test durch. Dieser Test war geeignet, eine selektive Verarbeitung von Nahrungsmittelinformationen zu erfassen. Die Nahrungsmittelwörter waren z.B. Brot, Pizza, Apfel; die Kontrollwörter waren hinsichtlich struktureller Merkmale (Anzahl der Silben, Wortlänge), wie auch hinsichtlich der Häufigkeit im normalen Sprachgebrauch vergleichbar. **Ergebnisse:** Während Hypoglykämie verlängerten sich alle Reaktionszeiten für die Benennung der Schriftfarben (p < 0,0001). Das Ausmaß der kognitiven Interferenz im Standard Stroop Test wurde nicht durch die Hypoglykämie beeinflusst. Das wesentliche Ergebnis dieser Untersuchung bestand darin, dass die Reaktionszeit für die Benennung der Schriftfarbe von Nahrungsmittelwörter während der Hypoglykämie besonders stark anstieg (p < 0,004). Dieser Effekt korrelierte nicht mit den subjektiven Angaben zum Hungergefühl. **Diskussion:** Unsere Daten geben Hinweise dafür, dass während Hypoglykämie eine Begünstigung der Aufmerksamkeit von Nahrungsmittelinformationen erfolgt. Dies wäre eine sinnvolle Strategie, welche eine Selbstbehandlung der Hypoglykämie fördern würde. Ob diese Form der kognitiven Gegenregulation bei Patienten mit erhöhter Häufigkeit von schweren Hypoglykämien verändert ist, muss in Folgeexperimenten untersucht werden.

Affektive Modulation subjektiver und physiologischer Komponenten der Schmerz Wahrnehmung

Kenntner-Mabiala, R.; Pauli, P.

Lehrstuhl für Biologische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg

Einleitung: Nach der motivationalen Priming-Hypothese fördert bzw. hemmt der emotional-motivationale Grundzustand eines Organismus die Verarbeitung emotional kongruenter bzw. emotional inkongruenter Reize. In zwei Experimenten untersuchten wir basierend auf dieser Hypothese die Wirkung von emotionalen Bildreizen auf subjektive und physiologische Komponenten der Schmerz Wahrnehmung unter Verwendung eines tonischen Druckschmerzmodells in Experiment 1 und eines phasischen elektrischen Schmerzmodells in Experiment 2. **Methoden:** In beiden Experimenten wurden positive, neutrale und negative IAPS-Bilder präsentiert.

In Experiment 1 sahen 54 gesunde Probanden (27 weiblich, Alter 18–40 Jahre) geblockt jeweils sechs positive, neutrale und negative IAPS-Bilder, während ein tonischer Druckschmerz appliziert wurde. Als abhängige Variable wurden sensorische und affektive Schmerzratings erfasst.

In Experiment 2 wurden während der Präsentation von jeweils 36 positiven, neutralen und negativen IAPS-Bildern bei 30 gesunden Probanden (15 weiblich, Alter 18–30 Jahre) ereigniskorrelierte Potentiale (EKPs) aufgezeichnet, die durch schmerzhafte elektrische Stimuli evoziert wurden. Außerdem wurden die subjektiven Schmerzratings auf einer Skala von 0–10 erfasst. **Ergebnisse:** Experiment 1: Die Probanden beurteilten den Schmerz bei negativen Bildern signifikant höher ($m = 165,6$; $SE = 3,0$) als bei positiven ($m = 146,0$; $SE = 4,4$), Schmerzratingscores beim Betrachten neutraler Bilder lagen dazwischen ($m = 158,6$; $SE = 3,9$). Affektive Schmerzratings ($m = 162,2$; $SE = 3,0$) waren signifikant höher als sensorische Schmerzratings ($m = 151,2$; $SE = 2,9$).

Experiment 2: Durch die Valenz der Bilder wurden sowohl die Schmerzratings als auch die N150-Komponente der schmerzbezogenen Potentiale moduliert mit signifikant niedrigeren N150-Amplituden und Schmerzratingscores beim Betrachten positiver (N150-Amplituden: $m = 0,954 \mu V$, $SE = 0,979$; Ratingscore: $m = 4,092$, $SE = 0,168$) als beim Betrachten negativer Bilder (N150-Amplituden: $m = -2,171$, $SE = 0,971$; Ratingscore: $m = 4,525$, $SE = 0,177$). Die Amplitude der P260-Komponente des schmerzbezogenen Potentials variierte mit dem Arousal der präsentierten Bilder mit reduzierten Amplituden bei der Präsentation von emotional erregenden Bildern (positiv: $m = 9,192 \mu V$, $SE = 0,733$; negativ: $m = 10,125 \mu V$, $SE = 0,733$) im Vergleich zu emotional neutralen Bildern ($m = 10,884 \mu V$, $SE = 0,800$). **Diskussion:** Die Ergebnisse beider Experimente können im Sinne der motivationalen Priming-Hypothese interpretiert werden: Die Valenz der emotionalen Bildreize beeinflusste sowohl die affektive und die sensorische Schmerzkomponente als auch die frühe N150-Komponente des schmerzbezogenen Hirnpotentials, mit einer erhöhten Schmerz Wahrnehmung bei negativen Bildern und einer reduzierten Schmerz Wahrnehmung bei positiven Bildern. Die P260-Komponente, deren Amplitude mit dem Arousal der IAPS-Bilder variiert, scheint nicht schmerzspezifische Aufmerksamkeitsprozesse zu reflektieren.

Stand der Evidenzbasierung psychologischer Schmerztherapie

Kröner-Herwig, B.

Abteilung fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universitaet Goettingen

Chronischer Schmerz ist erst in den letzten zwei Dekaden mit der Entwicklung des biopsychosozialen Schmerzmodells zu einem Thema der psychologischen Therapiefor schung in Deutschland geworden. Recherchen in deutschen Datenbanken ergaben, dass bis 1982 das Thema Psychologische Schmerztherapie kaum bearbeitet wurde. Die erste Metaana-

lyse zur interdisziplinären Schmerztherapie von Flor, Fydrich und Turk erschien 1992. Die folgende Bewertung des Status der psychologischen Schmerztherapie gründet sich auf die neuesten sechs Metaanalysen, die allesamt nur sog. RCTs einbeziehen. Morley et al. (1999) bezieht 25 Therapiestudien mit ca. 1700 Patienten mit chronischem Schmerz ohne Kopfschmerz in seine Metaanalyse ein. Sie berichten bezogen auf verschiedene Therapieparameter mittlere bis kleine Effektgrößen von $g = 0,36$ bis $0,60$ (in der Mehrzahl Vergleiche zu Wartelisten). Van Tulder et al. (2004) analysieren in einem Cochrane Review 11 Studien, die die psychologische Behandlung chronischer Rückenschmerzpatienten im Vergleich zu Wartegruppen evaluiert haben. Er findet ebenso kleine bis mittlere Effektgrößen. Guzmán et al. (2004) analysieren multidisziplinäre rehabilitative Interventionen (12 RCTs) bei Rückenschmerzpatienten und kommen zu dem Schluss, dass diese Programme (mit > 100 Std. Behandlung) nicht-multidisziplinären Programmen überlegen sind. Die weiteren Metaanalysen beziehen sich auf die Behandlung von Kopfschmerzen. Die beiden folgenden Analysen wurden von der amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research in Auftrag gegeben. Goslin et al. (1998) finden bei der Analyse von RCTs in der Behandlung von Migräne mittel hohe Effektstärken für verschiedene psychologische Therapieverfahren, während die Effektstärken von Kontrollgruppen bei 0 liegen. McCrory et al. (2001) fertigten eine ähnliche Analyse für den Kopfschmerz vom Spannungstyp an und finden hier ebenso mittlere Effektstärken. Eine eigene Metaanalyse zur Behandlung von Kopfschmerz bei Kindern und Jugendlichen, die sich an die von Eccleston et al. (2003) anlehnt (Kremberg et al. 2004), unterstützt diese Befunde. Bei einer Responderanalyse (KS Reduktion von > 50%) ergibt sich ein großes Effektmaß. Die dimensionale Analyse des Behandlungserfolges zeigt für die Follow-ups noch größere Werte. Somit sind psychologische Therapieverfahren bei chronischem Kopfschmerz (Migräne, KST) von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen, bei Rückenschmerz und verschiedenen heterogenen Schmerzsyndromen chronischer Art auf Evidenzstufe Ia gemäß den Richtlinien der EBM abgesichert. Das Wirksamkeitsmaß ist bei Kopfschmerz von Kindern und Jugendlichen eher hoch einzuschätzen, bei erwachsenen Patienten insgesamt niedrig bis mittelhoch. Die Wirksamkeit medizinischer Verfahren im Vergleich ergibt keine deutlich höheren Effektivitätswerte.

Metaanalyse zur Effektivität von Biofeedback-Therapien in der Migränebehandlung

Nestoriuc, Y.; Schirmbeck, F.; Martin, A.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität, Marburg

Einführung: Die Migräne als chronische Schmerz Erkrankung gehört zum klassischen Indikationsgebiet der Biofeedback-Therapie. Diese ist eine wichtige Alternative zur standardmäßig angewandten medikamentösen Behandlung. Seit den 70er Jahren haben sich nahezu einhundert Studien mit der Wirksamkeit von Biofeedback bei Migräne befasst. Die Inkonsistenz der Ergebnisse macht es jedoch schwierig, anwendungsrelevante Fragen zu beantworten, z. B. in welchem Bereich die generelle Effektivität liegt, wie nachhaltig die Therapie wirkt, welche Biofeedback-Verfahren am wirksamsten sind, und welche Symptome beeinflusst werden. **Methoden:** Es wurden separate Metaanalysen durchgeführt, um Antworten auf diese Fragen zu liefern. Relevante Studienmerkmale von insgesamt 55 Primärstudien ($N = 1721$ Migräniker) wurden anhand eines strukturierter Kodierplans von zwei unabhängigen Beurteilerinnen erfasst (Range der Interraterreliabilitäten .78 bis 1.00). Die untersuchten Patienten haben im Mittel eine Erkrankungsdauer von über siebzehn Jahren ($SD = 4,7$). Die durchschnittliche Therapie umfasst zwölf Sitzungen ($SD = 5,4$) von jeweils vierzig Minuten ($SD = 18,5$) und erstreckt sich über einen Zeitraum von neun Wochen ($SD = 5,6$). **Ergebnisse:** Das Hauptergebnis ist ein sehr robuster globaler Prä-post-Effekt von $d = .57$ ($KI95\% = .51-.63$; $p < .00$). Dieser erweist sich als stabil über einen durchschnittlichen Katernesezeitraum von 17 Monaten ($d = .62$, basierend auf 31 Follow-up-Studien; $N = 538$; $KI95\% = .47-.77$; $p < .00$). Am stärksten werden erlebte Häufigkeit und Dauer der Schmerzen reduziert. Hier zeigen sich nach der Notation von Cohen mittlere bis große Effekte. Die besten Behandlungserfolge erzielen das Vasokonstriktionstraining und das Temperatur-Feed-

back in Kombination mit Entspannung. Moderatorvariablenanalysen zeigen, dass diese Effekte unabhängig von möglichen Validitätseinschränkungen der Primärstudien sind. Der wichtigste Moderator ist das therapeutische Setting: Biofeedback-Therapien in Kombination mit Home-Training zeigen signifikant höhere Effektstärken als rein ambulante Therapien. **Diskussion und Behandlungsempfehlungen:** Die Wirksamkeit von Biofeedback-Therapien wird in dieser Metaanalyse mit mittleren bis großen Effektstärken nachgewiesen. Die erzielten Symptomverbesserungen um durchschnittlich 0,6 Standardabweichungen sind für den Bereich stark chronifizierter Schmerzen beachtlich. Anhand der untersuchten Katamnesen konnte erstmals metaanalytisch nachgewiesen werden, dass Biofeedback bei Migräne zu langfristigen und dauerhaften Behandlungserfolgen führt. Auf der Ebene einzelner Biofeedback-Modalitäten sind das Temperatur-Feedback in Kombination mit Entspannung und das Vasokonstriktionstraining in der Migränebehandlung besonders zu empfehlen. Allgemein sind Biofeedback-Interventionen aufgrund höherer Effektstärken gegenüber unspezifischen Entspannungstherapien vorzuziehen.

75

Selbstwirksamkeit bei Patienten mit Somatoformer Schmerzstörung – Einfluss auf Schmerzbewältigung und Beeinträchtigung

Schneider, J.

Edertal Klinik, Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Bad Wildungen

Einleitung: Selbstwirksamkeit ist nach Bandura eine Kognition, welche die Erwartung einer Person beschreibt, in einer bestimmten Situation ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können. Selbstwirksamkeit wird als wichtige Voraussetzung dafür angesehen, dass eine Person in einer Problemsituation überhaupt den Versuch unternimmt, mit einem bestimmten Copingverhalten die Situation zu meistern. Die Selbstwirksamkeit beeinflusst dann weiterhin, wie viel Anstrengung für dieses Verhalten aufgewendet wird und wie lange es trotz Hindernissen und aversiven Erfahrungen aufrechterhalten wird. Aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, die darauf hinweisen, dass Selbstwirksamkeit ein wesentlicher Faktor für gesundheitsförderndes und krankheitsvermeidendes Verhalten ist. Untersuchungen bei psychischen und psychosomatischen Störungen zeigen negative Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeit und Angst sowie zwischen Selbstwirksamkeit und Depressivität. Untersuchungen an Patienten mit chronischen Schmerzen weisen darauf hin, dass Selbstwirksamkeitserwartungen wichtige Determinanten von Schmerzverhalten und Beeinträchtigung sind, dass diese als Mediator zwischen Schmerzintensität und Beeinträchtigung fungieren, und dass diese gute Erfolgsprädiktoren sind. Bisher beschäftigten sich Arbeiten, welche die Rolle von Kognitionen bei Patienten mit somatoformen Störungen untersuchen, weitgehend mit dysfunktionalen Einstellungen bzw. Bewertungen und mit Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozessen. Die Rolle der Selbstwirksamkeit, speziell bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung, ist bisher kaum untersucht. **Patientengut und Methode:** Zwischen April 2002 und Juli 2003 wurden N = 319 Patienten mit der Hauptdiagnose somatoforme Schmerzstörung (ICD-10) in der Edertal Klinik, einer Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, stationär behandelt. Den Patienten wurden zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes verschiedene Fragebogen zu den Bereichen Selbstwirksamkeit (Arbeit/Leistung, Interaktion, Körper/Gesundheit), Schmerzbewältigung (z. B. Kognitive Umstrukturierung, Ruhe- und Entspannungstechniken) sowie schmerzbedingter und allgemeiner Beeinträchtigung (z. B. schmerzbedingte Angst, Depressivität) ausgeteilt. Zusätzlich wurden Informationen zur sozialmedizinischen Beeinträchtigung (z. B. Rentenbegehren, AU-Zeiten, Chronifizierungsstadium) erhoben. Die Daten wurden zunächst mittels bivariater Korrelationen sowie in einem zweiten Schritt multivariat mittels linearer Strukturgleichungsmodelle (LISREL) analysiert. **Ergebnisse:** Die Analysen zeigen, dass zu beiden Messzeitpunkten Selbstwirksamkeit signifikant positiv mit Schmerzbewältigungsstrategien, signifikant negativ mit schmerzbedingter psychischer und behavioraler Beeinträchtigung und signifikant negativ

mit allgemeiner emotionaler Beeinträchtigung korreliert. Weiterhin zeigt sich, dass speziell das Selbstwirksamkeitserleben im Bereich Arbeit/Leistung signifikant negativ mit sozialmedizinischen Faktoren wie subjektiver Rentenbedürftigkeit, AU-Zeiten der letzten 12 Monate und dem Rentenbegehren korreliert. **Diskussion:** Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Selbstwirksamkeitserwartungen bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung eine wichtige Rolle für die Schmerzbewältigung und die von den Patienten erlebte Beeinträchtigung im emotionalen, behavioralen und sozialmedizinischen Bereich spielen. Die Verbesserung der Selbstwirksamkeit muss somit ein zentrales Ziel einer effektiven Schmerztherapie sein.

16 Tinnitus und Verhaltensmedizin

23

Pilotstudie zur Überprüfung Effektivität von Musik

Argstatter, H.¹; Hoth, S.²; Dyckhoff, G.²

¹Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung (German Center for Music Therapy Research), Universitäts Hals-Nasen-Ohren Klinik, Universität Heidelberg

²Musiktherapeutische Ambulanz des Fachbereichs Musiktherapie, Fachhochschule Heidelberg

Hintergrund: Tinnitus gehört mit derzeit mehr als einer Million potentiell behandlungsbedürftigen Tinnituspatienten zu den häufigsten Erkrankungen im HNO-Bereich. Chronischer Tinnitus kann zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen im Alltag und deutlichen psychologischen Auffälligkeiten (Schlafstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Depressionen, Ängstlichkeit usw.) führen. Mit bildgebenden Verfahren (MEG, fMRT, PET) konnte gezeigt werden, dass in Folge eines chronischen Tinnitus Veränderungen im auditorischen Kortex auftreten, die sehr ähnlich zu neuronalen Reorganisationen bei (Phantom-)Schmerzen sind. **Ziele:** Bei chronischem Tinnitus ist ein multidimensionales, interdisziplinäres Behandlungskonzept notwendig. Das Deutsche Zentrum für Musiktherapieforschung (Viktor Dulger Institut) DZM e.V. hat daher in Kooperation mit der HNO-Klinik der Universität Heidelberg eine neuartige musiktherapeutische Intervention bei chronischem Tinnitus entwickelt und auf die Wirksamkeit hinsichtlich der subjektiven und objektiven Verbesserung der Symptomatik überprüft. **Musiktherapie:** Kernstück der musiktherapeutischen Intervention ist die Veränderung der subjektiven Tinnituswahrnehmung sowie die neuronale Reorganisation der akustischen Wahrnehmung, die in ein umfassenderes musiktherapeutisches Therapieprogramm eingebettet ist. Zunächst wird für jeden Patienten ein individueller Tinnitus-ähnlicher Klang erstellt. Der Tinnitus-Ton wird mit Hilfe eines Sinusgenerators hinsichtlich Tonhöhe, Klangstruktur und Lautstärke nachgestellt. Danach erfolgt die musiktherapeutische Behandlung, in der dieser Klang aktiv und/oder rezeptiv eingesetzt wird. **Methoden:** Es wurde eine prospektive, kontrollierte zweiarmige Pilotstudie durchgeführt. **Probanden:** 20 Patienten (10 Männer, 10 Frauen, Durchschnittsalter 51 ± 7 Jahre), mit dekompenziertem, chronischem Tinnitus (Durchschnittswert im Tinnitusfragebogen nach Goebel & Hiller: TF = 46,8 ± 9,6) wurden gleichmäßig auf zwei Gruppen (Kontrollgruppe, Therapiegruppe) verteilt. Vor Beginn der Behandlung erfolgte eine umfangreiche audilogische und psychologische Untersuchung, um organische oder primäre psychiatrische Komorbiditäten auszuschließen und zur differenzierten Tinnitusdiagnostik. **Intervention:** Die Therapiegruppe erhielt zwölf Therapiesitzungen Musiktherapie à 50 Minuten mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche. Zielvariablen waren Tinnituserleben, Krankheitsverarbeitung und psychologische Begleiterscheinungen. Die Zielvariablen wurden durch valide psychologische Fragebögen und Interviews erhoben. **Datenerhebung:** Prä-Post-Messungen, Verlaufsmessungen alle 4 Wochen, Follow-up nach 24 Wochen. **Ergebnisse:** Die Berechnung einer univariaten (TF-Score) zweifaktoriellen (Gruppe × Zeitpunkt) ANOVA ergab keinen Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit (Experimentalgruppe vs. Kontrollgruppe) (F(1) = 0,004, p = .949), jedoch einen Haupteffekt des Zeitpunkts (prä vs post) (F(1) = 16,46, p = .000), der auf eine Interaktion zwischen Gruppe × Zeitpunkt (F(1) = 14,28, p = .002) zurückzuführen ist. Demnach wurde in der Therapiegruppe eine Reduktion der TF-Werte um ca.

30 Punkte oder 60% erreicht. In der Kontrollgruppe konnte keine relevante Veränderung festgestellt werden. **Diskussion:** Trotz des geringen Stichprobenumfangs konnten sowohl statistische als auch klinisch relevante Effekte der Musiktherapie festgestellt werden, die bei einer Effektstärke von $ES = 0,57$ statistisch relativ zuverlässig wirken. Ob sich die Vorteile dieser Therapie, die in einer multidisziplinären Integration (akustische und psychotherapeutische Therapieansätze) liegen, wobei ein rasch einsetzender und lange anhaltender Therapieerfolg erwartet wird, bestätigen, wird die Follow-up-Erhebung zeigen, die bis Ende 2004 abgeschlossen sein wird.

Ziel der Hauptstudie ist die Untersuchung des Einflusses von Musiktherapie auf die neuronalen Reorganisationen mittels bildgebender Verfahren (MEG).

42

Psychophysiologische Behandlung des chronischen Tinnitus – Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie

Weise, C.; Martin, A.; Rief, W.

FB Psychologie, AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg

Ziel: Als Tinnitus bezeichnet man Geräuschwahrnehmungen, denen keine akustischen Signale aus der Umwelt zugrunde liegen und die keinen Informationscharakter für die Betroffenen haben. Rund 1,5 Millionen Menschen in Deutschland fühlen sich durch Tinnitus mittelschwer bis zur Unertaglichkeit hin beeinträchtigt. Ziel der vorliegenden Studie war es, ein psychophysiologisches Kurzbehandlungsprogramm für Patienten mit chronischem, dekompensiertem Tinnitus zu entwickeln und dessen Wirksamkeit zu evaluieren. **Stichprobe und Methodik:** An der Studie nahmen insgesamt 43 Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 20 und 75 Jahren teil, die an chronischem Tinnitus litten. Nur zwei Patienten davon brachen die Therapie vorzeitig ab. Die Patienten wurden randomisiert entweder einer Therapie- oder einer Wartekontrollgruppe zugeordnet. Patienten der Therapiegruppe erhielten direkt nach der Aufnahme die Intervention. Die Intervention bestand aus sieben Sitzungen plus zwei Diagnostik-Sitzungen, die innerhalb von sechs bis acht Wochen durchgeführt wurde. Patienten der Wartekontrollgruppe erhielten die gleiche Behandlung erst nach Ablauf der Wartezeit (acht Wochen).

Die psychophysiologische Intervention bestand aus einer Biofeedbacktherapie, bei der die Entspannung der Muskulatur im Stirn-, Kiefer- und Schulterbereich systematisch trainiert wurde. Das Biofeedbackprogramm wurde durch weitere psychotherapeutische Elemente wie Informationsvermittlung, Konfrontation mit dem Tinnitus, Belastungstests oder Übungen zur Aufmerksamkeitslenkung ergänzt.

Die Muskelaktivität wurde als Elektromyogramm in allen Sitzungen gemessen. Die psychologischen Parameter wurden vorwiegend mit Selbstratings vor und nach der Therapie sowie sechs Monate nach Therapieende erhoben. Wesentliche Erhebungsinstrumente waren das Strukturierte Tinnitusinterview (STI), der Tinnitusfragebogen (TF) sowie ein Tinnitustagebuch, in dem die Patienten die wahrgenommene Lautheit und die Kontrollierbarkeit des Tinnitus über sieben Tage angaben.

Ergebnisse: Bei den Patienten der Therapiegruppe zeigten sich in den tinnituspezifischen Variablen signifikant stärkere Verbesserungen als bei den Patienten der Wartekontrollgruppe. Besonders für die Variablen emotionale und kognitive Belastung durch den Tinnitus (im TF) zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Therapiegruppe, während sich für die Wartekontrollgruppe keine signifikanten Verbesserungen zeigten. Die Effektstärken (6-Monats-Katamnese) für die tinnituspezifischen Variablen liegen im mittleren bis oberen Bereich zwischen $ES = .49$ und $ES = .89$. Des Weiteren zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der anfänglichen muskulären Reaktivität im M. frontalis und im M. masseter und dem Behandlungserfolg.

Schlussfolgerung: Für die psychophysiologische Intervention zeigten sich insgesamt sehr positive Ergebnisse. Vergleicht man die mit dieser psychophysiologischen Intervention erreichten Effektstärken mit denen in Metaanalysen nachgewiesenen Effekten, so zeigt sich, dass die durchgeführte Intervention im oberen Effektivitätsbereich liegt. Die besonderen

Vorteile des Behandlungsprogramms bestehen in seiner äußerst ökonomischen Durchführbarkeit sowie in der sehr hohen Akzeptanz bei den Patienten.

73

Therapieeffekte und langfristiger Verlauf bei stationären Tinnitus-Patienten einer psychosomatischen Fachklinik

Oehmig, F.¹; Hoyer, J.¹; Leibbrand, R.²

¹Klinische Psychologie & Psychotherapie, TU Dresden

²Klinik für Psychosomatische Medizin Schwedenstein, Pulsnitz

Bei der ambulanten Behandlung von chronischem Tinnitus konnte in verschiedenen Studien die Effizienz eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens nachgewiesen werden. Studien zu multimodalen Behandlungskonzepten aus der klinischen Versorgungspraxis liegen in geringerem Ausmaß vor, konnten jedoch längerfristige Behandlungserfolge nachweisen. Ziel dieser Studie ist es, die langfristige Wirksamkeit des multimodalen Tinnitus-Therapiekonzeptes in der Klinik Schwedenstein bei Dresden zu überprüfen. Zudem soll der Einfluss verschiedener Erfolgsprädiktoren, wie Alter, Geschlecht, Grad der Chronifizierung, Dauer der Behandlung und Komorbidität untersucht werden. Für die Untersuchung wurden Daten von 144 Patienten mit chronisch dekompensiertem Tinnitus, die im Zeitraum von 1999 bis 2003 in der Klinik Schwedenstein behandelt wurden und von denen sich katamnestiche Daten gewinnen ließen, herangezogen. Die Datenerhebung erfolgte in einem Prä-Post-Design mit einer Katamnese über 0,5 bis 5 Jahre. Dazu wurde die Stichprobe in drei Teilstichproben zerlegt, so dass sich Katamnesezeiträume von 0,5 bis 2,0 Jahren, 2,0 bis 3,5 Jahren und 3,5 bis 5,0 Jahren ergeben. Neben der erlebten Beeinträchtigung durch den Tinnitus wurden verschiedene Dimensionen der allgemeinen Psychopathologie und das Ausmaß der Depressivität mit standardisierten Syndromskalen erfasst. Erste Auswertungen zu den erzielten prä-post-Effekten zeigen eine Reduktion der Tinnitusbelastung im Behandlungszeitraum um 13,6%. Das Ausmaß der mit der Erkrankung einhergehenden psychischen Allgemeinsymptomatik verringerte sich um 28%. Die Depressivitätsmaße lagen nach der Therapie um 7,4% niedriger als vorher.

Diese vorläufigen Daten weisen auf eine gute Wirksamkeit des multimodalen Behandlungskonzeptes in der Klinik Schwedenstein hin.

87

Objektive Bestimmung des subjektiven Belastungsgrades von Tinnituspatienten mittels ereigniskorrelierter Potenziale

D'Amelio, R.¹; Delb, W.²; Horstmann, I.²; Plinkert, P.²; Falkai, P.¹

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes, Homburg/Saar

²Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen des Universitätsklinikums des Saarlandes, Homburg/Saar

Einleitung: Wie kürzlich nachgewiesen werden konnte, weisen psychisch hoch belastete (dekompensierte) Tinnituspatienten eine geringere Fähigkeit zur Habituation auf akustische Reize auf, als niedrig belastete (kompensierte) Tinnituspatienten (Walpurger et al. 2003). Es erhebt sich nun die Frage inwieweit die ereigniskorrelierten Potenziale (event related potentials, ERP) in der Lage sind, durch die Messung der Habituationfähigkeit für akustische Signale im Sinne einer objektiven diagnostischen Methode hoch belastete von niedrig belasteten Tinnituspatienten zu unterscheiden und welche Signalparameter hierfür Verwendung finden können. **Methoden:** Bei 30 erwachsenen Tinnituspatienten mit einer Hörschwelle $< 15\text{dB HL}$ bei 1000 Hz wurden die späten auditorisch evozierten Potenziale gemessen. Als Stimuli verwendeten wir 1000 Hz tonebursts (2,5 Stimuli/sec, Stimulationspegel 80dB HL), wobei insgesamt 800 Stimuli appliziert wurden. Die erhaltenen Antworten wurden in Gruppen zu 100 sweeps gemittelt und die Amplitude N1-P2 bestimmt. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass während der Applikation der Stimuli eine Amplitudenreduktion stattfindet, wobei der größte Amplitudenabfall nach der Applikation von 400 bis 500 Stimuli zu ver-

zeichnen war. Die beobachtete N1-P2- Amplitudenreduktion war bei Patienten mit kompensiertem (Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller Grad 1 und 2) Tinnitus signifikant höher als bei Patienten mit einem dekompenzierten Tinnitus (Grad 3 und 4). Auch die N1-Latenz zeigte eine deutliche Veränderung bei steigender Mittelungszahl und nahm bei dekompenzierten Patienten eher ab, während sie bei kompensierten Tinnituspatienten zunahm. Die Überlappung zwischen den Gruppen der dekompenzierten und kompensierten Tinnituspatienten war bei den N1-Latenzen deutlich geringer als bei der N1-P2-Amplitude. **Schlussfolgerung:** Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass der durch Stimulation mit 800 Stimuli erzeugte N1-P2-Amplitudenabfall, besser jedoch die erzeugte Latenzveränderung, kompensierte von dekompenzierten Tinnituspatienten trennen kann. Somit lassen sich diese Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass sich ereigniskorrelierter Potenziale als diagnostisches Instrument zur objektiven Diagnostik eines dekompenzierten Tinnitus eignen.

Literaturangaben:

Walpurger V, Hebing-Lennartz G, Denecke H, Pietrowsky R. (2003) Habituation deficit in auditory event-related potentials in tinnitus complainers. *Hear Res.* 181:57-64.

88

Zur Psychosomatik des Tinnitus

Allner, A.; Seidl, O.

Abt. für Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Klinik der Universität München

Psychosomatische Faktoren haben einen Einfluss auf Entstehung und Verlauf des Tinnitus und sind Ausgangspunkt für entsprechende Interventionen. In der vorliegenden Studie geht es um mögliche Einflussfaktoren auf die subjektive und objektive Belastung durch den Tinnitus.

99 Patienten (Audiologische Abteilung der Universität München) mit einer Tinnitusdauer von durchschnittlich 3 Jahren wurden mit einem tiefenpsychologischen Interview und Fragebögen im Selbstrating (STAI, FAF, FÜR-I, Fragebogen für Aggressivitätsfaktoren) untersucht. Jeweils die Hälfte hatte somatische Risikofaktoren oder keine Risikofaktoren für einen Tinnitus. Eingangsvariablen waren Angst, Aggressivität, Erziehungsstil, Copingstil, Persönlichkeit und Auslösefaktoren. Outcomevariablen waren Chronifizierung, Tinnituslautstärke und subjektive Belastung. Unabhängig von somatischen Risikofaktoren fanden sich bei allen Patienten psychische Einflussfaktoren auf Ausprägung und Dauer des Tinnitus. Psychosoziale Auslöser waren Überlastungssituationen und/oder mangelnde Abgrenzung gegen über Autoritätspersonen. Ausgeprägte soziale Orientierung und autoritärer Erziehungsstil haben einen verstärkenden Einfluss auf die Lautstärke des Tinnitus. Schon vor dem Tinnitus geräuschempfindliche Menschen wurden auch bei geringer Lautstärke des Tinnitus zu langfristigen HNO-Patienten. Für einen lauten und quälenden Tinnitus prädisponieren erhöhte Trait-Angst und zwanghafte Persönlichkeit. Bei länger bestehendem Tinnitus fand sich eine stärkere Aggressionshemmung als bei einem kürzeren. Das Copingverhalten stand in keinem Zusammenhang mit Lautstärke, Leidensdruck und Tinnitusdauer. Im Vergleich zu den Normalwerten zeigten Tinnituspatienten eine deutlich gehemmte Gesamt aggressivität und ausgeprägte Angst.

Bei der Interpretation der Querschnittsuntersuchung ist es schwierig, zwischen Einflussfaktoren und Folgen des Tinnitus zu unterscheiden. Für die Behandlung aber sind die Zusammenhänge von Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Aggressionsabwehr mit der Intensität und Dauer des Tinnitus von Bedeutung, welche sich neben der Überforderungs- und Autoritätsproblematik als psychotherapeutische Foki anbieten.

11

„Chemobrain“-Verluste kognitiver Leistungsfähigkeit nach Chemotherapie eines Mammakarzinoms?

Hermelink, K.¹; Neufeld, F.¹; Untch, M.¹; Münzel, K.²

¹Klinik und Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der LMU München-Großhadern, München

²Department Psychologie/Neuropsychologie der LMU München

Nach der Chemotherapie eines Mammakarzinoms klagen viele Patientinnen über Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme. Seit 1995 haben sich acht Studien mit diesem Thema beschäftigt. Sie stimmen darin überein, dass ein je nach Studie unterschiedlich großer Teil der Patientinnen auffällige Ergebnisse in kognitiven Tests zeigt. Aufgrund methodischer Probleme der Studien ist eine Reihe von Fragen zur Verursachung und zum Verlauf ebenso ungeklärt wie die Frage nach der Vulnerabilität und nach Möglichkeiten der Prophylaxe. Studien an Schlaganfallpatienten legen nahe, dass eine Behandlung mit dem Erythropoiese-stimulierenden Hormon Erythropoietin einen neuroprotektiven Effekt haben könnte. In einer Studie mit Brustkrebspatientinnen fand sich ein günstiger Einfluss von Erythropoietin auf kognitive Fähigkeiten während der Laufzeit der Chemotherapie, aber nicht danach.

Die multizentrische Längsschnittstudie COGITO – Cognitive Impairment in Therapy of Breast Cancer untersucht Veränderungen des kognitiven Leistungsvermögens während und nach der Chemotherapie eines Mammakarzinoms. Neben dem Verlauf kognitiver Auffälligkeiten – Wann treten sie auf? Sind sie reversibel? – wird auch auf mögliche Moderatorvariablen eingegangen. Außer einer biologischen Wirkung der Zytostatika kommen psychologische Effekte in Betracht. So könnte der Rückzug von beruflichen und Freizeitaktivitäten während und möglicherweise auch nach der Chemotherapie mit einem Verlust kognitiver Fähigkeiten einhergehen. Weiterhin wird untersucht, ob Anämieprophylaxe mit Erythropoietin während der Chemotherapie zum Erhalt kognitiver Fähigkeiten beiträgt.

Die Patientinnen erhalten präoperative Chemotherapie mit einem Taxan, einem Anthrazyklin und Cyclophosphamid nach einem Standard- oder einem sequentiellen, intervallverkürzten und dosisintensivierten Schema. Entsprechend einer Subrandomisation werden sie zur Vermeidung chemotherapie-induzierter Anämie mit Erythropoietin (Darbepoetin alfa®) behandelt. Die Untersuchungen erfolgen vor Beginn der Chemotherapie, zwischen dem vorletzten und dem letzten Zyklus der Chemotherapie und 6 Monate nach Beendigung der Chemotherapie. Es werden die kognitiven Domänen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Funktionen mit standardisierten Leistungstests untersucht. Weiterhin werden Angst und Depression, Fatigue, subjektive Probleme der Aufmerksamkeit, Lebensqualität mit standardisierten Fragebögen erfasst. Für die Erhebung von Veränderungen im Muster von Aktivitäten wurde ein neues Instrument entwickelt.

COGITO wurde im Juli 2003 gestartet und soll Mitte 2006 abgeschlossen werden. Zurzeit sind 87 von 120 geplanten Patientinnen in die Studie aufgenommen worden. Zum Zeitpunkt des Kongresses wird eine Zwischenauswertung von ca. 60 Patientinnen vorliegen.

36

Psychobiologische Stressreaktivität bei gesunden schwangeren Frauen

Nierop, A.¹; Bratsikas, A.¹; Zimmermann, R.²; Ehlert, U.¹

¹Psychologisches Institut der Universität Zürich

²Frauenklinik, Universitätsspital Zürich

Einführung: Komplikationen während der Schwangerschaft liegen verschiedene Ursachen zugrunde. Der Einfluss von Stress auf psychobiologische Prozesse, die in verschiedenen schwangerschaftsbezogenen Störungsbildern resultieren können, findet in der aktuellen Literatur starke Aufmerksamkeit. Hormone des sympathoadrenalen medullären Systems (SAM) wie zum Beispiel Noradrenalin (NA) und Hormone der Hypothalamus-Hypophysen-Achse sind in der Regulation von Stressreaktionen und der

lamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHNA) wie das Corticotropin-Releasing Hormon (CRH) werden als Folge von erlebtem Stress von verschiedenen Regionen des Gehirns ausgeschüttet. CRH provoziert eine hormonelle Kaskade, die den gesunden Menschen auf eine adäquate Bewältigung des Stressors vorbereitet. Verschiedene Studien, in denen die Effekte körperlicher oder pharmakologischer Stressoren auf die o. g. Hormone bei schwangeren Frauen untersucht wurden, ergaben jedoch aufgrund methodischer und inhaltlich unterschiedlicher Vorgehensweisen äußerst inhomogene Resultate, die den Stellenwert von Stress in der Ätiopathogenese schwangerschaftsbezogener Erkrankungen wie Gestosen oder vorzeitige Wehentätigkeit nur bedingt aufklären können. **Ziel** unserer Studie war es, genaueren Aufschluss über die psychobiologischen Mechanismen der Stressanpassung während der gesunden Schwangerschaft zu erhalten. **Methoden:** Insgesamt wurden 60 gesunde Primiparae im Alter von 18–35 Jahren sowie eine Kontrollgruppe von 30 nicht schwangeren Frauen untersucht. In der Schwangerengruppe wurden 30 Frauen zu Beginn des zweiten und 30 Frauen zu Beginn des dritten Trimenons untersucht. Alle Frauen wurden einem standardisierten psychosozialen Stresstest (Trier Social Stresstest) ausgesetzt. Die biologische Stressreaktivität wurde im Speichel anhand von endokrinen Parametern (Cortisol und Alpha-Amylase) gemessen, zusätzlich wurde mittels Herzratenmonitor die Herzrate als Parameter des SAM erhoben. **Ergebnisse:** Die ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass Frauen im 3. Trimenon höhere biologische Basiswerte, jedoch geringere psychologische Basiswerte zeigen als Frauen der anderen zwei Gruppen. Die provozierte biologische und psychologische Stressantwort bei Frauen im 2. Trimenon ist signifikant höher als bei den anderen beiden Gruppen. Die definitiven Ergebnisse werden bis März vorliegen und präsentiert. **Diskussion:** Diese Ergebnisse zeigen, dass im letzten Trimenon der gesunden Schwangerschaft ein „Deckeneffekt“ bezüglich der Freisetzung von Stresshormonen unter psychosozialen Belastungsbedingungen zu bestehen scheint. Weiterhin scheinen sich diese Frauen subjektiv weniger gestresst zu fühlen als die Frauen in den beiden anderen Gruppen. Die psychobiologische Reaktion der Frauen im 2. Trimenon lässt vermuten, dass psychosozialer Stress in den ersten Schwangerschaftsmonaten einen negativeren Effekt auf den Verlauf der Schwangerschaft haben könnte als im 3. Trimenon.

40

Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Psychosozialen Befindlichkeit in der Schwangerschaft

Bratsikas, A.; Viecelli, R.; Mohiyeddini, C; Ehlert, U.

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologisches Institut, Universität Zürich

Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den gesunden, aber insbesondere auch pathologischen Schwangerschaftsverlauf und die Geburt wurde bereits mehrfach untersucht. Jedoch wurde in diesen Studien der Einfluss psychosozialer Faktoren anhand weniger Variablen erhoben. Das Ziel unseres Projektes war die Entwicklung eines Messinstruments, mit dem ein breites Spektrum unterschiedlicher psychosozialer Einflussfaktoren auf die Schwangerschaft erfasst werden soll. Hierfür wurden zwei Teilstudien durchgeführt. Die erste Studie befasst sich mit der Itemgenerierung, während in der zweiten Studie die Itemsammlung auf der Basis einer größeren Stichprobe schwangerer Frauen mittels Faktorenanalyse auf insgesamt 60 Items gekürzt wird. **Methoden Studie I:** Die Itemgenerierung wurde, neben der Berücksichtigung von Fragen aus bereits publizierten Fragebogen zu ausgewählten Schwangerschaft- und Geburtsthemen, mittels explorativer Interviews durchgeführt. Die Stichprobe bildeten 20 Schwangere mit der Diagnose vorzeitiger Wehentätigkeit und 21 gesunde Schwangere. Es wurden 278 Items zusammengestellt, die sich (a) auf Ängstlichkeit, kritische Lebensereignisse, ungünstige Copingstrategien (b) auf mögliche Ressourcen in den Bereichen Partnerschaft, Freizeit und Berufstätigkeit sowie (c) auf die Einstellung zu Schwangerschaft, Geburt und Stillen bezogen. Ein erster Einsatz dieses Fragebogens fand in einem Gruppenvergleich (N = 41) zwischen gesunden Schwangeren und solchen mit der Diagnose der vorzeitigen Wehentätigkeit statt. **Ergebnisse I:** Unterschiede zwischen den beiden Gruppen Schwangerer fanden sich bzgl. der Art kritischer Lebensereignisse, da Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit si-

gnifikant häufiger körperlichen bzw. sexuellen Missbrauch beschrieben. Weiterhin schilderten die Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit im Vergleich zu den gesunden Schwangeren bereits vor der Schwangerschaft eine schlechtere körperliche Befindlichkeit, eine weniger positive Einstellung zur Schwangerschaft, eine signifikant höhere Angst um ihr Kind und eine größere Unzufriedenheit mit ihrer Partnerschaft. **Methoden II:** In der zweiten Studie wurde der Fragebogen bei einer neuen Stichprobe schwangerer Frauen (N = 154) eingesetzt und die Itemanzahl mittels faktorenanalytischen Berechnungen reduziert. **Ergebnisse II:** Es konnten fünf Faktoren mit je 12 Items extrahiert werden, welche sich auf die Dimensionen Berufstätigkeit, Freizeit, Partnerschaft, Ressourcen und Kontrollüberzeugung beziehen. **Diskussion:** Die Resultate der ersten Studie verweisen darauf, dass zwischen Frauen mit vorzeitigen Wehen und gesunden Frauen psychosoziale Unterschiede existieren und diese anhand des hier vorgestellten Fragebogens differenziert werden können. Weiterführende Studien mit dem gekürzten Fragebogen werden der Reliabilitäts- und Validitätsprüfung dienen.

71

Kognitiv-behaviorale Intervention bei klimakterischen Beschwerden

von Bülzingslöwen, K.; Pfeifer, M.; Kröner-Herwig, B.*

Abteilung fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie Universitaet Goettingen

In den Wechseljahren treten bei vielen Frauen typische Beschwerden auf. Neben Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen werden insbesondere Hitzewallungen als belastend empfunden. Die in den westlichen Industrieländern am häufigsten eingesetzte Behandlung von Wechseljahresbeschwerden ist die Hormonersatztherapie. Neue Forschungsergebnisse weisen allerdings auf ein erhöhtes Risiko für verschiedene Erkrankungen hin. In der vorliegenden Studie wurde die Wirksamkeit eines sechs Sitzungen umfassenden kognitivverhaltenstherapeutischen Gruppentrainings dahingehend untersucht, ob es zur Minderung der klimakterischen Beschwerden insbesondere der Hitzewallungen beitragen kann. Die wesentlichen Bestandteile des Trainings waren Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Aufbau von Coping-Strategien, und Entspannung. Dazu wurde ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung (Trainingsgruppe n = 15, Wartekontrollgruppe n = 13) verwendet. Unmittelbar vor und vier Wochen nach dem Training wurden als abhängige Variablen die Hitzewallungsaktivität (Anzahl und Dauer der Hitzewallungen), Problemerkennen durch Hitzewallungen (allgemeine Belastung und Alltagsbeeinträchtigung durch Hitzewallungen), Anzahl des Aufwachens und Belastung durch nächtliche Hitzewallungen, körperliche und Allgemeinbeschwerden, Kontrollüberzeugung bezüglich der Hitzewallungen, Peinlichkeit bezogen auf Hitzewallungen, Depressivität sowie Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit erfasst. In der Trainingsgruppe konnte das Problemerkennen, die Peinlichkeit sowie Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit signifikant reduziert werden. In der Wartekontrollgruppe fanden sich keine signifikanten Unterschiede in diesen Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten. Durch das nachgereichte Training verbesserten sich die Frauen der Wartekontrollgruppe ebenso vorhersagekonform. Hier konnten sogar zusätzlich signifikante Verbesserungen in der Kontrollüberzeugung erzielt werden. Bezüglich der anderen Variablen waren keine signifikanten Veränderungen festzustellen, wobei es bei der Dauer der Hitzewallungen und beim nächtlichen Erwachen Tendenzen hin zu einer Verbesserung der Symptomatik gab. Insbesondere auf dem Hintergrund der Risiken einer Hormonbehandlung erscheint diese Intervention bei Frauen mit der Bereitschaft für eine eigenaktive Auseinandersetzung mit ihrer Gesundheit vielversprechend und sollte weiterentwickelt werden.

Partizipative Entscheidungsfindung beim primären Mammakarzinom – Einfluss auf die Wahrnehmung der Therapieentscheidung und die psychische Befindlichkeit

Vodermaier, A.; Caspari, C.; Köhm, J.; Untch, M.

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Grosshadern, Ludwig-Maximilians-Universität München

Einleitung: Aufklärungsgespräche bzw. die Therapieplanung bei einer (Verdachts-)Diagnose auf Brustkrebs finden in einem sehr engen Zeitfenster statt. Zusätzlich erschwert der vielfach beschriebene diagnostische Schock (Buckman 1992) einer Malignomdiagnose eine aktive Beteiligung an der Therapieentscheidung. Viele Brustkrebspatientinnen bedauern jedoch zu einem späteren Zeitpunkt, keine Mitentscheidungsmöglichkeit eingeräumt bekommen zu haben. Es wird angenommen, dass eine aktive Rolle bei der Therapieplanung, nicht nur die Zufriedenheit mit der Behandlung erhöht, sondern auch positive Effekte auf verschiedene psychologische Zielgrößen hat. Es wurden kurzfristige Effekte einer shared-decision-making-Intervention auf die wahrgenommene Einbeziehung in die Therapieentscheidung, die Entscheidungs(un)sicherheit, die Transparenz des Entscheidungsprozesses, die Entscheidungszufriedenheit, gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Körperschemaveränderungen untersucht. **Methoden:** Shared decision making wurde durch sog. Entscheidungshilfen („decision aids“) operationalisiert. Diese beinhalten im einzelnen 4 verschiedene Entscheidungsoptionen bei der Therapie des primären Mammakarzinoms: die Entscheidung zwischen einer brusterhaltenden Therapie und einer Brustentfernung (Mastektomie), die Entscheidung zwischen klassischer Axilladisektion oder einer Sentinellymphknotenbiopsie, die Frage des Verzichts auf eine adjuvante Chemotherapie bei positivem Hormonrezeptorstatus und die Entscheidung zwischen einer prä- bzw. postoperativen Chemotherapie bei größeren Tumoren. Im Rahmen einer prospektiv randomisierten Studie wurden die jeweiligen decision aids in einer Intervention vor dem Aufklärungsgespräch appliziert. Die abhängigen Variablen wurden durch die folgenden Skalen erfasst: Perceived Involvement in Care Scale (Lerman et al. 1990), Decisional Conflict Scale (O'Connor 1995), gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen (Lohaus & Schmidt 1989), Body Image Scale (Hopwood et al. 2001), Hospital Anxiety and Depression Scale (Hermann et al. 1995), Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (Cella et al. 1993). **Ergebnisse:** Die Experimentalgruppe besteht aus 27 Patientinnen, die Kontrollgruppe aus 30 Patientinnen. Die Patientinnen waren im Mittel 58 Jahre alt (range: 29–73 Jahre). Es konnte gezeigt werden, dass die Intervention zu einer aktiveren Situationsdefinition der Patientinnen führte, dass die Therapieentscheidung und die damit in Zusammenhang stehenden Faktoren für die Patientinnen transparenter wurden und zu einer höheren Zufriedenheit mit der Entscheidung führten. Die Interventionsgruppe wies außerdem infolge der Intervention internalere gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen auf, d. h., sie waren der Überzeugung, dass sie mehr Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können als die Patientinnen der Kontrollgruppe. Der Unterschied bestand präoperativ noch nicht. Darüber hinaus wies die Experimentalgruppe weniger Beeinträchtigungen in der Körperwahrnehmung auf. **Diskussion:** Kurzfristig reduziert shared decision making bei der Primärtherapie des Mammakarzinoms Entscheidungskonflikte und erhöht die Zufriedenheit mit der getroffenen Therapieentscheidung, was sich auch auf die Körperwahrnehmung auswirkt. Internale Kontrollüberzeugungen stehen mit Hilflosigkeitsgefühlen und Depressivität in negativem Zusammenhang, so dass die stärkere Einbeziehung von Patientinnen an Therapieentscheidungen auch die Krankheitsbewältigung positiv beeinflussen könnte. Die Berücksichtigung späterer Messzeitpunkte wird zeigen, ob eine aktive Beteiligung an Therapieentscheidungen die Anpassung an negative Folgen der Karzinomkrankung bzw. der Therapie zu verbessern vermag.

Follow-up-Studie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und deren Beeinflussung durch funktionelle Defizite bei Patienten nach Schlaganfall

Hamel, M.; Franz, U.; Seelbach, H.

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Fachhochschule Osnabrück

Einführung: In Deutschland erleiden jährlich ca. 250 000 Menschen einen Schlaganfall. Hierbei kann es für die Betroffenen zu vorübergehenden oder auch zu bleibenden funktionellen Einschränkungen kommen. Viele Betroffene empfinden diese Folgen als Beeinträchtigung ihres Gesamtbefindens und ihrer Lebensqualität. Die daraus resultierenden psychischen Probleme können das Rehabilitationsergebnis ebenso beeinflussen, wie die körperlichen Krankheitsfolgen selbst (Hager & Ziegler 1998). **Methoden:** Die Stichprobe umfasste 107 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 66,03 Jahren, die 1 bis 2 Jahre nach der Entlassung aus der Frührehabilitation befragt bzw. untersucht wurden. Erfasst wurden an Hand anerkannter Instrumente der funktionelle Status (Barthel-Index), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) und im Interview die subjektive Einschätzung der Lebensqualität, die Einschätzung der Erholung vom Ereignis und die Angabe des derzeitigen Hauptproblems. **Ergebnisse:** Die positiven Ergebnisse des Barthel-Index differierten mit der eher negativen Selbsteinschätzung der Betroffenen in bezug auf ihren funktionellen Status. Bei der Angabe des derzeitigen Hauptproblems wurden mehrheitlich von den Befragten physische Probleme angegeben. Die Erholung von dem Ereignis wurde gering eingeschätzt, ebenso die allgemeine Lebensqualität. Die Ergebnisse des SF-36 lagen in allen Dimensionen unter denen der deutschen Normstichprobe (Bullinger & Kirchberger 1998). **Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, den Betroffenen die positiven Veränderungen im Krankheits- und Rehabilitationsprozess aufzuzeigen. Bei der Krankheitsverarbeitung sollte die Inanspruchnahme professioneller Hilfe forciert werden. Da der soziale Beitrag überwiegend von der Familie übernommen wird, darf für Angehörige kompetente Unterstützung zur Bewältigung der veränderten Situation nicht fehlen. Gegebenenfalls muss dies durch das Erlernen von Copingstrategien mit professioneller Hilfe geschehen.

Literatur:

- Bullinger M., Kirchberger I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung, Hogrefe, Göttingen.
Hager K., Ziegler K. (1998): Studien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall.
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31 (1):9.15.

Emotionale Intrusionseffekte störungsrelevanter Stimuli bei Personen mit funktionellen somatischen Beschwerden

Witthöft, M.; Bailer, J.

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Die Annahme einer selektiven Verarbeitung störungsrelevanter Informationen ist genuiner Bestandteil kognitiv-behavioraler Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller somatischer Beschwerden. In einer prospektiven Studie wurden Phänomene der selektiven Aufmerksamkeitslenkung und impliziten Stimulus-Evaluation bei funktioneller Somatisierung zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von einem Jahre an Personen mit (N = 98) und ohne (N = 54) funktioneller somatischer Symptomatik untersucht. Zu beiden Messzeitpunkten konnten verstärkte selektive Verarbeitungseffekte (emotionale Intrusionseffekte) für beschwerdenbezogene Wortstimuli in der Gruppe mit funktionellen Beschwerden nachgewiesen werden. Neben dem klassischen Indikator zur Erfassung einer priorisierenden Reizverarbeitung für individuell saliente Stimuli, der emotionalen Stroop-Aufgabe, erwies sich insbesondere ein neuartiges Reaktions-Inkompatibilitäts-Paradigma (extrinsische affektive Simon-Aufgabe von DeHouwer, 2003) als vielversprechend zur Operationalisierung

emotionaler Intrusionseffekte. Durch eine modifizierte Scoring-Prozedur konnte in Analogie zu dem Emotional-Stroop-Effekt ein Indikator selektiver Aufmerksamkeitslenkung mit guten psychometrischen Eigenschaften gebildet werden. Zu beiden Messzeitpunkten zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen den experimentellen Indikatoren der selektiven Verarbeitung von Beschwerdebegriffen und dem Symptombereich (SOMS). Die Ergebnisse belegen die Existenz selektiver Aufmerksamkeitsprozesse bei somatoformen Störungen und deren Relevanz für den Prozess der somatosensorischen Verstärkung.

65

Determinanten krankheitsbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bei Menschen mit Atemwegserkrankungen – Konsequenzen für die Praxis der pneumologischen Verhaltenstrainings

Schwiersch, M.¹; Bauernschmitt, K.¹; Reinecker, H.²; v. Rützen, A.¹; Schultz, K.¹

¹Fachklinik Allgäu Pfronten; ²Universität Bamberg

Zweck der Untersuchung: Verhaltenstrainings in der pneumologischen Rehabilitation streben die Entwicklung eines angemessenen krankheitsbezogenen Selbstmanagements der Patienten an (Petermann 2000, Schultz & Schwiersch 2001). Dazu muss der Patient überzeugt sein, durch das eigene Verhalten positive gesundheitliche Wirkungen erreichen zu können. Diese Überzeugung wird als krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugung gefasst. Verhaltenstrainings sollten deren Determinanten identifizieren und gegebenenfalls verändern. Der Wissensstand über die Ausprägung und die Determinanten dieser Überzeugungen ist im Bereich der pneumologischen Rehabilitation noch lückenhaft. **Methodik:** Im Rahmen einer Fragebogenstudie (N = 71 Asthma- und 65 COB-Patienten) an der Fachklinik Allgäu wurde als Kriteriumsvariable, 'atemwegsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung'; (ASSW, Eigenentwicklung) erfasst. Als Determinanten wurden erhoben: a) Medizinische Parameter: Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, bronchiale Hyperreagibilität, Medikamentenpflichtigkeit, Erkrankungsdauer; b) Psychologische Parameter: Dyspnoeerleben, Notfälle, Erfahrung mit Medikamenten und Atemtechniken, Teilnahme an Patientenschulung, Wissen über die Erkrankung, Einschränkungen (ADL), Erkrankungsangst (AsA), Trait-Angst (STAI), psychiatrische Belastung (BSI), psychosomatische Belastung (B-L), soziale Unterstützung (SOZU-k22), psychische Komorbidität (Diagnosen), 6-Minuten-Gehtest. Ziel der Studie war es, die Einflüsse dieser Determinanten auf die ASSW zu untersuchen. Die statistische Auswertung erfolgte über Regressionsanalysen. **Ergebnisse:**

1. Die erhobenen Variablen sind in beiden Patientengruppen tatsächlich Determinanten der Selbstwirksamkeit (Varianzaufklärung im Kriterium ASSW r^2 (Asthma) = .60; r^2 (COB) = .64)).
2. Generell sind psychologische und psychosoziale Parameter deutlichere Determinanten atemwegsbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (ASSW) als medizinische Variablen.
3. Bei Asthma- und COB-Patienten unterscheiden sich die Determinanten der ASSW: Atemnotanfälle, bei denen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden musste, beeinträchtigen bei Bronchitikern die Erwartung von Selbstwirksamkeit weniger als bei Asthmatikern. Ängste leisten bei Bronchitikern einen wesentlich größeren Beitrag zur Vorhersage von Selbstwirksamkeit als bei Asthma-Patienten. Bei Asthmapatienten ist subjektives Wissen über die Erkrankung bedeutsamer für ASSW als bei COB-Patienten.
4. Für die Gesamtstichprobe lassen sich die Ergebnisse so zusammenfassen: Medizinische Determinanten: Selbstwirksamkeit ist höher bei geringerem Schweregrad und bei längerer Erkrankung in Verbindung mit Selbsthilfekompetenzen bei Atemnot. Bronchiale Hyperreagibilität hängt stärker mit Selbstwirksamkeit zusammen als die Diagnose, die keinen Beitrag leistet. Psychologische/psychosoziale Determinanten: ASSW ist höher bei niedriger allgemeiner sowie krankheitsbezogener Ängstlichkeit, geringer psychischer Belastung, höherem Wissen über die Erkrankung, einer besseren sozialen Einbindung und der Erfahrung körperlicher Mobilität. **Diskussion:** Es wurden relevante Determinanten untersucht. Prägend für die ASSW sind Parameter, die seitens der Patienten erlebt werden

können (z. B. Atemnot), während zugrundeliegende medizinischen Parameter (z. B. bronchiale Hyperreagibilität) keinen hohen direkten Einfluss haben. Für Verhaltenstrainings lassen sich aus der Studie folgende Folgerungen ziehen.

1. Selbstmanagementkompetenzen werden über Selbstwirksamkeitsüberzeugungen vermittelt.
2. Diese werden erhöht durch Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und den Abbau von Ängsten, die Verbesserung des sozialen Netzes, die Erfahrung von Mobilität und das Erlernen von Selbsthilfemaßnahmen bei Atemnot.
3. Die Studie stützt Konzepte von Verhaltenstrainings, die Asthma- und COB-Patienten gesondert ansprechen.

96

Psychosozialer Betreuungsbedarf bei onkologischen Patienten

Berth, H.¹; Dinkel, A.¹; Tumorzentrum Dresden²; Balck, F.¹

¹Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden;

²Psychosozialer Arbeitskreis des Tumorzentrums Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Einleitung: Psychoonkologie hat sich als Bestandteil der (Regel-)Vorsorgung von an Krebskranken Personen etabliert. Es besteht jedoch oft eine Differenz zwischen dem durch Professionelle eingeschätzten und dem von Tumorpatienten nachgefragten, gewünschten und wahrgenommenen Angeboten an psychosozialen Interventionen. Die Studie verfolgt das Ziel, den subjektiv gewünschten und in Anspruch genommenen Bedarf an psychosozialer Betreuung bei Tumorpatienten sowie deren Angehörigen und mögliche Zusammenhänge zu soziodemographischen, psychischen und Krankheitscharakteristiken detailliert zu erfassen. **Material und Methoden:** Von September bis November 2004 erfolgte eine schriftliche Befragung von Tumorpatienten in Sachsen. Die Fragebogen wurden durch die Mitglieder des Psychosozialen Arbeitskreises des Tumorzentrums Dresden über Kliniken, Selbsthilfegruppen usw. an alle erreichbaren onkologischen Patienten verteilt. Von den insgesamt ausgegebenen N = 540 Bögen wurden N = 324 (60%) fristgemäß zum Erhebungsende zurückgegeben. Auswertbar waren N = 289 Fragebogen (vollständige Datensätze). Die Studienteilnehmer hatten ein mittleres Alter von 57 Jahren. Es nahmen mehr Frauen als Männer an der Erhebung teil (62%). Im Patientengut sind nahezu alle Tumorentitäten vertreten, wobei Brustkrebs bei den Frauen und Prostata- und Darmkrebs bei den Männern vorherrschten. Je etwa die Hälfte der Patienten befand sich in Akutbehandlung bzw. in der Tumornachsorge. Die Teilnehmer kamen aus allen Teilen Sachsens, wobei Dresdner überrepräsentiert waren. Der eingesetzte Fragebogen umfasste standardisierte Instrumente (SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand, EORTC QLQ-C30 Lebensqualitätsfragebogen für Tumorpatienten, SCL-9-K Kurzform der Symptomcheckliste von Derogatis, PBV Kurzskaala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung) und selbstentwickelte Items zum Betreuungsbedarf und erfolgter Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten durch die Tumorpatienten und deren Angehörige. Weiterhin wurden soziodemographische Parameter und Krankheitsmerkmale erfasst. Die Fragen zum Betreuungsbedarf (jeweils für Patient und verschiedene Angehörigengruppen) umfassten die Art der gewünschten bzw. tatsächlich in Anspruch genommenen Betreuung (z. B. durch Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Seelsorger, Pflegepersonal oder Selbsthilfegruppe) und den gewünschten Zeitpunkt (z. B. während der Akutbehandlung, in der Nachsorge oder in behandlungsfreien Zeiten). **Ergebnisse:** Etwas mehr als 40% der Patienten erwiesen sich in den Fragebogen als psychisch auffällig. Darunter sind etwas mehr Frauen als Männer. Die Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) war ebenfalls bei zahlreichen Patienten beeinträchtigt, insbesondere bei Patienten in einer akuten Behandlungsphase. Nur wenige Patienten gaben einen (körperlichen) Pflegebedarf (PBV) an. Die befragten Tumorpatienten äußerten insgesamt einen großen Bedarf an psychosozialer Betreuung. Der Bedarf wurde insbesondere auch für Angehörige gesehen. Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen dem geäußerten Bedarf und der tatsächlich bislang erfolgten Inanspruchnahme. Insbesondere Angehörige haben kaum entsprechende Angebote wahrgenommen. Eine höhere psychische Belastung

und/oder die schlechtere subjektive eingeschätzte Lebensqualität führten nicht bei allen Patienten auch zu einem höheren Betreuungsbedarf. Frauen wünschten sich für sich selbst und ihre Partner mehr psychosoziale Betreuungsangebote als Männer und hatten auch bereits mehr in Anspruch genommen. Keinen Unterschied gab es diesbezüglich zwischen den verschiedenen Tumor- oder Behandlungsarten. **Diskussion:** Der geäußerte Bedarf zeigt deutlich die Notwendigkeit der Verstärkung der psychosozialen Betreuung von Tumorpatienten, sowohl in Akutbehandlung als auch Nachsorge. Auch für die Angehörigen ist ein Mehr an Unterstützung wünschenswert. Die Unterschiede zwischen gewünschter Betreuung und tatsächlicher Inanspruchnahme sprechen dafür a) mehr niederschwellige (Kurzzeit-)Angebote zu schaffen und diese b) intensiver an die potentiellen Interessenten (Patienten und Angehörige) heranzutragen.

19 Verhaltenspädiatrie

26

Sozioökonomische und psychosoziale Belastungen in der Familie und ihr Einfluss auf somatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen

Heinrich, M.; Morris, L.; Andres, K.; Kröner-Herwig, B.

Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Universität Göttingen

Sozioökonomische Faktoren wurden im Zusammenhang mit unterschiedlichen Erkrankungen häufig untersucht. Dabei zeigte sich vor allem für Mädchen ein Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und dem Auftreten somatischer Beschwerden. Sozioökonomische und psychosoziale Variablen können das Belastungsniveau eines Kindes moderieren und stellen deshalb mögliche Risikofaktoren für gesundheitliche Beschwerden des Kindes dar.

5600 Familien mit Kindern im Alter von 7–14 Jahren nahmen an einer Fragebogenerhebung teil, in der körperliche Beschwerden (Rückenschmerzen, Schlafstörungen u. a.) der Kinder und der soziale Status der Familie (Einkommen, Beschäftigungsverhältnis, Ausbildung und Wohnungsstandard) sowie weitere familiäre psychosoziale Belastungen erhoben werden. Das Durchschnittsalter der Kinder aus den befragten Familien beträgt 10,4 Jahre. Neben Kopfschmerzen treten am häufigsten Bauchschmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit auf. 18,4% der Kinder haben mehrere verschiedene körperliche Beschwerden. Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden und sozialer Schicht. Allerdings nimmt der Anteil von Kindern mit mehreren Beschwerden mit zunehmendem Einkommen ab. Als ebenfalls relevant für das Auftreten somatischer Beschwerden erweisen sich spezifische psychosoziale Belastungen der Familie (chron. Erkrankung eines Familienmitgliedes) und familiäre Veränderungen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das Ausmaß der familiären Belastung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von hoher Bedeutung ist. Mögliche Moderatorvariablen werden diskutiert und Schlussfolgerungen für die praktische Relevanz der Ergebnisse werden gezogen.

32

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Psychologische Korrelate und deren Spezifität

Morris, L.; Heinrich, M.; Büttner, N.; Kröner-Herwig, B.

Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Universität Göttingen

lmorris@uni-goettingen.de

In der vorliegenden Arbeit, die Teil einer groß angelegten Längsschnittstudie ist, wurde untersucht, welche psychologischen Faktoren mit chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter assoziiert sind. Ein Ziel der Untersuchung war es, Korrelate des chronischen Kopfschmerzes zu identifizieren und diese von Korrelaten anderer chronischer Erkrankungen (Asthma, Neurodermitis) zu differenzieren. Als Erhebungsinstrumente dienten Fragebögen, die neben dem Gesundheitsstatus auch potentielle psychologische Risikofaktoren erfassten. Unter anderem wurden Angst, Depressivität, negative habituelle Bewältigungsstile und der Um-

gang mit Ärger erhoben. Zur Bestimmung der broad specificity wurden Kindern mit chronischen Kopfschmerzen und Kindern mit anderen chronischen Erkrankungen verglichen. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich Angst und Depressivität, mit einer höheren Ausprägung dieser Faktoren bei den Kopfschmerz-Betroffenen. Zur Bestimmung der narrow specificity wurden zwei der chronischen Erkrankungen, Asthma und Neurodermitis, in weiteren Analysen erneut mit Kopfschmerzen verglichen. Kindern mit Asthma wiesen niedrigere Werte bei Angst, Depressivität, Aggressivität und allen untersuchten negativen Bewältigungsstilen auf. Ein ähnliches Muster ergab sich im Vergleich Kindern mit Kopfschmerzen zu Kindern mit Neurodermitis, obwohl die Anzahl signifikanter Unterschiede etwas geringer war. Insgesamt zeigten sich im Bezug auf die broad specificity wenige Unterschiede, wichtige Ausnahmen waren jedoch Angst und Depressivität. Diese erwiesen sich auch bei den Analysen zur narrow specificity als spezifische Korrelate des chronischen Kopfschmerzes.

41

Die Epidemiologie des Kopfschmerzes im Kindes- und Jugendalter-Ergebnisse einer populationsbasierten Studie

Kröner-Herwig, B.; Morris, L.; Heinrich, M.

Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Göttingen

An einer Stichprobe von 8800 Familien mit Kindern von 7–14 Jahren, die zufällig aus den Dateien von Einwohnermeldeämtern gezogen wurden, wurden per Fragebogen Daten zu Kopfschmerzen, anderen Schmerzbeschwerden, sonstigen gesundheitlichen Faktoren und verschiedenen potentiell gesundheitlichen Risikofaktoren (Familie, Umfeld, Betroffene) erfasst. Es nahmen ca. 5600 Familien (Responder-Rate 62%) der Befragten an der Untersuchung teil.

Die ersten Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Kinder in innerhalb von 6 Monaten Kopfschmerz erlebt hat. Über das Alter nimmt der Prozentsatz der Betroffenen deutlich zu. Rekurrenzierende Kopfschmerzen mit einer Frequenz von mindestens einmal pro Woche treten bei 10,5% der 14-Jährigen auf. Der Anteil der Mädchen an den Kopfschmerzbetroffenen ist größer als bei Jungen, allerdings ist die Differenz kleiner als erwartet. Die häufigste Kopfschmerzdiagnose ist der Spannungskopfschmerz, aber immerhin fast 10% der Kinder leidet unter Migräne mit ihren belastenden Begleiterscheinungen. Kopfschmerzen sind häufig von anderen Schmerzen wie Bauch- und Rückenschmerz begleitet.

Erste Risikofaktoren zeichnen sich ab: wenig Bewegung, schulische Belastung sind mit häufigeren Kopfschmerzen assoziiert. Begrenzt sind auch Effekte des sozioökonomischen Status erkennbar. Weitere Faktoren werden noch analysiert. Bisher wurde nur die Angaben der Eltern analysiert. Es wird geprüft, wie diese Angaben mit denen der Betroffenen selbst, (die ab 9 Jahre zusätzlich befragt wurden), korrelieren.

52

Physiologische und kognitive Reaktionen von Kindern mit Sozialer Phobie auf eine soziale Stresssituation

Stangier, U.; Stadler, C.; Elsuni, L.; Liuni, M.; Poustka, F.

¹Institut für Psychologie der Universität Jena

²⁻⁵Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Frankfurt a. M.

Obwohl die Cortisol-Ausschüttung im Speichel ein reliabler Indikator für die Stressreaktivität in sozialen Stresssituationen wie dem Trierer Sozialen Stress-Test (TSST) darstellt, zeigten sich bei Jugendlichen und bei Erwachsenen mit Sozialen Phobien keine signifikanten Unterschiede zu Kontrollpersonen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass der Stressor auch in den Kontrollgruppen ein hohes Angstniveau induziert und keine Unterschiede mehr zur Experimentalgruppe feststellbar sind. Da sich die Angst vor öffentlichem Auftreten zumeist im Schulalter entwickelt, könnten deutlichere Unterschiede zwischen Kindern mit Sozialer Phobie und Kontrollkindern vor allem in früheren Alterstufen als den bislang untersuchten aufgedeckt werden.

An der vorliegenden Studie nahmen Kinder im Alter von 8–12 Jahren teil. Zur Induktion von Stress wurde eine modifizierte Form des Trierer Sozialen Stress Tests (TSST-C) verwendet, die eine kontinuierlichere Erfassung des Cortisol-Verlaufs ermöglicht. Die Speichelproben und Selbstbeurteilung der Stimmung wurden 35, 15 und 1 Min. vor und 1, 10, 20 und 30 Min. nach dem Stressor (Geschichte erzählen und Kopfrechnen vor einem Auditorium) erhoben. Negative und positive Kognitionen während der Stresssituation wurden retrospektiv mit der Children's Automatic Thoughts Scale erfasst. Die Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen. Zum Zeitpunkt des Kongresses werden die vollständigen Ergebnisse zu angestrebten Stichprobenumfängen von jeweils 14 Kindern in beiden Untersuchungsgruppen vorgestellt.

Poster

3 Depressivität und autonome kardiovaskuläre Regulation

Mussgay, L.; Rüdgel, H.

Psychosomatische Fachklinik, St.-Franziska-Stift, Bad Kreuznach im Forschungsverbund mit dem Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik (FPP) der Universität Trier

Einleitung: Depressivität kann als unabhängiger Faktor für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität betrachtet werden. Vorliegende Befunde werden als Hinweis gewertet, dass Einschränkungen der kardiovaskulären Regulation an einer Erhöhung des Mortalitätsrisikos bei Depression beteiligt sind. Empirische Arbeiten zu der Frage, ob Veränderungen der autonomen Regulation eng mit dem Depressivitätsstatus an sich verknüpft sind, liegen jedoch bislang nicht vor. An der Teilpopulation einer eigenen Studie mit ursprünglich anderer Zielrichtung kann dieser Aspekt ansatzweise untersucht werden. **Methodik:** In die Studie wurden Patienten mit Angststörungen (ICD10: F40, F41) und mit Somatoformen Störungsbildern (ICD10: F45) einbezogen. Zu 3 Zeitpunkten wurden Indices autonomer Regulation erhoben (T1 = Behandlungsbeginn, T2 = Behandlungsende, T3 = 6-Monats-Katamnese). Die Hälfte der Patienten wurde per Zufall dem standardisierten Behandlungsvorgehen unserer Klinik zugewiesen (Kontrollgruppe), die andere Hälfte absolvierte zusätzlich ein kontinuierliches, die aerobe Fitness steigerndes Ausdauertraining. Als diagnostisches Verfahren zur Prüfung der autonomen kardiovaskulären Regulation kam die Analyse der Herzratenvariabilität mit spektralanalytischen Verfahren zur Anwendung. Von den 39 Patienten der Kontrollgruppe mit vollständigem Datensatz konnten die 28 (21 weiblich) herangezogen werden, die zu keinem Zeitpunkt im Studienverlauf antidepressive Medikamente erhielten. Die stationäre Rehabilitationsbehandlung zielte auf eine möglichst umfassende Verbesserung der Befindlichkeit der Patienten ab. Im Mittelpunkt dieser Patientengruppe standen Angst- bzw. Somatisierungssymptome. Diese sind zu $r = .72$ mit Depressivität assoziiert. Im Verlauf ergaben sich deshalb im Mittel auch ausgeprägte Reduktionen der HADS-Depressivität (Reduktion = -3.85). **Ergebnisse:** Über den gesamten Projektverlauf hinweg ergaben sich substantielle Spearman-Rangkorrelations-Koeffizienten zwischen Depressivität und Parametern der autonomen Regulation. Alter und Veränderungen der sportbezogenen, körperlichen Aktivität wurden statistisch auspartialisieren. Zum Studienende geht in der Ruhemessung (weniger stark bei mentaler Belastung) eine geringe Depressivität mit höherer Baroreflex-Sensitivität ($r = -.48$) und mit höherer Herzratenvariabilität einher ($r = -.13$ bis $-.23$). Höhere Depressionswerte gehen mit einer stärkeren Reaktivität der Baroreflex-Sensitivität bei mentaler Belastung einher (Baroreflex-Sensitivität: $r = .28$). Bezogen auf Veränderungen im Projektverlauf geht eine stärkere Reduktion der Depressivität mit einer geringeren Veränderung der autonomen Parameter einher (Baroreflex-Sensitivität: r (Ruhe) = $-.20$, r (Mentale Belastung) = $-.33$; parasympathisches Frequenz-Band: r (Ruhe) = $-.28$, r (Belastung) = $-.35$). **Schlussfolgerungen:** Offenbar bestehen inhärente Zusammenhänge zwischen Depressivität (und ihrer Veränderung) und der autonomen kardiovaskulären Regulation. Diese sollten in zukünftigen Studien näher beleuchtet werden.

13

Welche Rolle spielen Kognitionen bei der Auslösung von Essanfällen?

Legenbauer, T.¹; Vögele, C.²; Rüdgel, H.³

¹Abt. Klinische Psychologie & Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

²School of Psychology and Therapeutic Studies; University of Surrey Roehampton; Whitelands College; West Hill; London; UK

³FPP, Universität Trier

Theoretischer Hintergrund: Essanfälle werden über verschiedene Modelle erklärt, denen häufig klassische oder operante Lernprozesse oder dysfunktionale Affektregulationsmechanismen zugrunde liegen. Nur wenige Forscher haben sich bislang mit Mikroanalysen dieser Verhaltensweisen beschäftigt und auch kognitive Prozesse einbezogen. Insgesamt bleibt daher unklar, welche Faktoren und insbesondere Kognitionen, eine Rolle bei der Auslösung von Essanfällen spielen. Auf der Grundlage eines kognitiv-behavioralen Modells wurden daher Kontextfaktoren von Auslösesituationen inhaltsanalytisch und im natürlichen Umfeld überprüft und in einem kombinierten Feld-Laborexperiment kognitive Prozesse bzgl. Nahrungsaufnahme und Essanfällen überprüft. **Methode:** Laborexperiment: 2×5 Design (Frauen mit Bulimie (n = 30) und gesunde Frauen (n = 30); Untersuchungsphasen: Baseline, Lärm-Rechentest LR, Ruhephase, Nahrungsmitteldarbietung mit Essen NDE, Ruhephase). Stimmung und Gedanken (Kognitionsfragebogen (KF): Diätregeln, Selbstwert, nahrungsbezogene Gedanken,) nach jeder Phase erhoben. Feldexperiment: KF vor Nahrungsaufnahme; Inhaltsanalyse: situationale Merkmale von Essanfallsituationen kategorisiert. Zusätzlich allem. Essstörungssymptomatik (EDI, EDE-Q, MBSRQ, BIAQ) erfasst. **Ergebnisse:** Im Labor zeigten sich deutlich mehr negativ Gedanken, v. a. bzgl. Selbstwert in der EG gegenüber KG ($p < .05$). Nach LR erfolgte erhöhte Kalorienaufnahme in NDE bei Frauen der EG ($p < .05$). Signifikante Unterschiede zwischen KG und EG im Feldexperiment im KF ($p < .05$), aber nicht zwischen Mahlzeit ohne Kontrollverlust und Essanfall in der EG. Anhand der Inhaltsanalyse konnte gezeigt werden, dass Essanfall mit spezifischen Situationsreizen (TV, alleine sein) und dysfunktionalen Copingstrategien zusammenhängt. **Schlussfolgerung:** Das angenommene kognitive-behaviorale Modell zur Auslösung von Essanfällen wird durch die Ergebnisse bestätigt. Therapeutische Implikationen und Rolle von Bewältigungsstrategien sowie spezifische Vermittlungswege werden diskutiert.

16

Therapeutenvariablen in der Essstörungsbehandlung

Vocks, S.¹; Legenbauer, T.²; Peters, I.; Schulte, D.

¹Fakultät für Psychologie, AE Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum

²Fakultät für Psychologie, Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Einleitung: Seit langem ist bekannt, dass Therapeutenvariablen einen deutlichen Einfluss auf das Therapieergebnis haben. Aufgrund der zu meist unbefriedigenden Therapieerfolge im Bereich der Anorexia und Bulimia nervosa stellt sich die Frage, welche Therapeutenmerkmale in der Essstörungsbehandlung relevant sind. Da es hier neben einer Normalisierung des Essverhaltens um die Reduktion der Angst vor einer Gewichtszunahme, die Steigerung des Körpergewichtes sowie den Aufbau eines positiven Körperbildes geht, könnte hier die Figur einer Therapeutin bedeutsam sein, da diese möglicherweise die Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft einer Therapeutin beeinflusst. Dieses von außen direkt erkennbare Therapeutenmerkmal ist möglicherweise auch von besonderer Relevanz, da die auf die Bereiche Figur und Gewicht bezogenen kognitiven Schemata bei Essstörungspatientinnen permanent aktiviert sind und daher auch bei der Bewertung einer Therapeutin verstärkt wirksam sind. **Methode:** Es wurden insgesamt 79 Patientinnen der Universitätsambulanz Bochum und Mainz sowie 39 Therapeutinnen untersucht. 34 Patientinnen mit Essstörungen (Anorexie: n = 8; Bulimie: n = 16; EDNOS: n = 10) und 45 Psychotherapiepatientinnen ohne Essstörungsdiagnosen (Angststörungen: n = 30; Affektive Störungen: n = 9; Weitere Diagnosen: n = 6) sollten auf einer Likert-Skala die Relevanz der Figur einer Thera-

peutin angeben. Anhand der Contour Drawing Rating Scale (CDRS), welche neun Silhouetten von Frauenkörpern mit aufsteigendem Gewicht enthält, sollten alle Patientinnen die präferierte Figur für eine Therapeutin aufzeigen. Zur Erfassung des Körperbildes beantworteten die Patientinnen darüber hinaus Subskalen des Eating Disorder Inventory sowie des Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire und sollten anhand der CDRS ihre tatsächlichen, gefühlten und idealen Körperdimensionen einschätzen. **Ergebnisse:** Patientinnen mit Essstörungen schätzten die Wichtigkeit der Figur einer Therapeutin als signifikant höher ein als Patientinnen ohne Essstörungen ($p < .001$). Allerdings wird die Wichtigkeit, welche die Therapeutinnenfigur für die Essstörungspatientinnen hat, von den Therapeutinnen überschätzt ($p = .008$). Hinsichtlich der Bewertung der bevorzugten Figur einer Therapeutin unterscheiden sich die beiden Patientengruppen nicht voneinander und präferierten eine Therapeutin mit einer durchschnittlichen Figur. Weitere Analysen ergaben, dass Patientinnen mit Essstörungen die Figur einer Therapeutin als umso wichtiger einschätzen, je stärker bei ihnen die Orientierung auf ihre äußere Erscheinung ausgeprägt ist ($r = .558$; $p = .004$). Patientinnen ohne Essstörungen schätzten die Figur einer Therapeutin als umso bedeutsamer ein, je stärker bei ihnen das Schlankheitsstreben ($r = .480$; $p = .001$) und die körperliche Unzufriedenheit ($r = .480$; $p = .001$) ausgeprägt sind. Sowohl innerhalb der Patientinnengruppe mit als auch ohne Essstörungen war eine Präferenz für eine Therapeutin mit einer Figur, die ihrer selbsteingeschätzten tatsächlichen ($r = .608/.353$; $p < .001/.022$), gefühlten ($r = .431/.338$; $p = .012/.029$) und idealen ($r = .370/.504$; $p = .043/.001$) Figur am ehesten entspricht, zu verzeichnen. Bei den Patientinnen mit Essstörungen korrelierte außerdem der eigene Body Mass Index mit dem präferierten Gewicht einer Therapeutin. **Diskussion:** Die höhere Bedeutung der Figur einer Therapeutin für Essstörungspatientinnen im Vergleich zu Patientinnen ohne Essstörungen scheint mit der großen Relevanz, welche die Themen Figur/Gewicht für die Patientinnen mit Essstörungen haben, zusammenzuhängen. Die sowohl bei Patientinnen mit als auch ohne Essstörungen zu verzeichnende Präferenz für eine Therapeutin mit einer durchschnittlichen Figur ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass dieser Therapeutin ein hohes Ausmaß an psychischer und physischer Gesundheit sowie Attraktivität zugeschrieben wird, so dass sie als am glaubwürdigsten und überzeugendsten eingeschätzt wird. Nähere Aufschlüsse über die dieser Präferenz zugrundeliegenden kognitiven Prozesse wird eine qualitative Inhaltsanalyse der Äußerungen der Patientinnen erbringen.

19

Die akustische Schreckreaktion bei Patienten mit einer Zwangsstörung

Buhlmann, U.¹; Wilhelm, S.¹; Orr, S.^{1, 2}; Pitman, R.K.¹

¹Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston;
²Veterans Affairs Medical Center, Manchester, USA

Die Zwangsstörung stellt mit einer Prävalenz von bis zu 3% eine der häufigsten Angststörung dar (z. B. Robins et al., 1984). Im speziellen leiden Patienten mit einer Zwangsstörung sowohl unter Zwangsgedanken (d. h. wiederholt auftretende eindringliche Gedanken oder Impulse), die von dem Betroffenen als störend empfunden werden, als auch unter Zwangshandlungen (d. h. wiederholte Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen), die der Betroffene durchführt, um die mit den Zwangsgedanken entstandenen unangenehmen Gefühle zu reduzieren.

Psychophysiologische Studien an Ratten deuten daraufhin, dass die Amygdala eine wichtige Rolle bei der akustischen Schreckreaktion spielt (Young et al., 1996). Die akustische Schreckreaktion wurde u. a. bereits wiederholt bei Patienten mit Angststörungen untersucht, da erhöhte Schreckreaktionen auf eine erhöhte Erregbarkeit der sog. «fear circuits» (d. h. der Amygdala) deuten könnten. So weisen z. B. insbesondere Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (z. B. Orr et al., 1995), aber auch Panikpatienten (Lang et al., 1993) eine erhöhte Schreckreaktion im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen auf. Ebenso konnte dieser Effekt bei Zwangspatienten beobachtet werden (Kumari et al., 2001), wobei es unklar ist, ob die Patienten zusätzliche Komorbiditäten (insbesondere Angststörungen) aufwiesen. Ziel der vorliegenden Untersu-

chung ist es, die Studie von Kumari et al. (2001) zu replizieren und hierbei insbesondere Effekte wie komorbide Angststörungen zu kontrollieren. Es wurden bislang 15 Zwangspatienten sowie 15 gesunde Kontrollpersonen getestet. Insgesamt werden jeweils 20 Versuchspersonen pro Gruppe getestet werden. Abhängige Variablen sind Hautleitfähigkeit, EMG und Herzschlag. 15 Töne (1000 Hz, 500 ms mit 95 dB) werden über Kopfhörer dargeboten. Datenerhebung und -analyse sind noch nicht abgeschlossen. Die wichtigsten Ergebnisse werden vorgestellt und diskutiert.

21

Wirksamkeit psychologischer Therapien bei Kopfschmerz im Kindes- und Jugendalter: Meta-analytische Befunde

Lackschewitz, H.; Kremberg, E.; Kröner-Herwig, B.

Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Hintergrund: Aktuelle Studien zeigen eine signifikante Zunahme pädiatrischer Kopfschmerzen in den letzten zwanzig Jahren. Psychologisch fundierte Interventionen gewinnen auch angesichts der Nachteile medikamentöser Behandlung zunehmend an Bedeutung. **Fragestellung:** Die Wirksamkeit psychologischer Interventionen wird meta-analytisch überprüft. **Methode:** Es erfolgte eine umfassende Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken sowie die Kontaktaufnahme mit Experten. Im Rahmen der Meta-Analyse wurde die Integration der Studienergebnisse unter Nutzung des Random-Effects-Modells durchgeführt. **Ergebnisse:** Die Effektivität psychologischer Interventionen konnte nachgewiesen werden. Auch die zeitliche Stabilität der Ergebnisse wurde bestätigt. Aussagen zu spezifischen Wirksamkeitsunterschieden, u. a. in Abhängigkeit von Therapieintensität und unterschiedlichen Definitionen der Wartegruppe, wurden ebenfalls getroffen. **Schlussfolgerung:** Die betrachteten Verfahren sind wirksame Interventionsmaßnahmen zur Behandlung von Kopfschmerz bei Kindern und Jugendlichen. Weitere Untersuchungen sind jedoch notwendig. Angesichts der teilweise mangelhaften methodischen Qualität der Primärstudien werden Anforderungen für zukünftige empirische Arbeiten abgeleitet.

28

Sport schützt vor Stress: Spitzensportler zeigen eine geringere Stressreaktivität

Rimmele, U.¹; Costa Zellweger, B.¹; Marti, B.²; Seiler, R.²; Ehler, U.¹; Heinrichs, M.¹

¹Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich,

²Bundesamt für Sport, Magglingen, Schweiz

Körperliche Fitness hat einen positiven Einfluss auf physisches und psychisches Wohlbefinden und schützt möglicherweise vor Stress. Während bekannt ist, dass körperliche Fitness die Reaktivität auf physischen Stress herabsetzt, ist die Wirkung von körperlicher Fitness auf psychischen Stress weniger gut untersucht. Diese Studie untersucht, welchen Einfluss der Fitnesslevel auf die physische und psychische Stressreaktivität hat. Dazu wurde die Reaktion von zwei Gruppen mit klar unterschiedlichem Fitnesslevel (Spitzensportler und Nichtsportler) auf einen psychischen Stressor erhoben. **Methoden:** Um psychischen Stress zu induzieren, wurde der Trier Social Stress Test (TSST) verwendet. Dieser besteht aus einer Rechenaufgabe und einem Bewerbungsgespräch vor einem Gremium. Die psychische und physische Stressreaktion wurde mittels Zustandsangst, Veränderung in Stimmung und Ruhe, Herzrate und Speichelcortisol gemessen. **Ergebnisse:** Spitzensportler zeigten signifikant niedrigere Zustandsangst, bessere Stimmung und grössere Ruhe als Nichtsportler nach dem psychischen Stressor. Erwartungsgemäss führte der TSST zu einer signifikant höheren Herzrate und höherem Cortisolspiegel in allen Probanden. Jedoch hatten Spitzensportler eine geringere Herzrate und einen geringeren Cortisolspiegel während des gesamten Versuchs. **Diskussion:** Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Spitzensportler eine geringere Stressreaktivität haben, sowohl in psychischen als auch physischen Parametern. Diese Ergebnisse unterstützen Befunde von früheren Untersu-

chungen, die zeigten, dass ein hoher Fitnesslevel mit einer besseren Stressbewältigung einhergeht. Weitere Studien sollten untersuchen, welche Faktoren neben dem Fitnesslevel, z. B. kognitive Strategien, eine Rolle in der Stressbewältigung spielen.

35

Attention to Emotion in Alexithymia: An Emotional Stroop-Test

Alpers, G.W.¹; Müller, J.¹; Reim, N.¹; Süß, H.²

¹Department of Psychology, University of Würzburg

²Psychosomatic Department, Klinikum Bad Bocklet

Alexithymia has been theoretically linked to a deficit in the processing and regulation of emotions. Therefore we tested if alexithymics direct less attention towards emotionally relevant stimuli in a modified Stroop-Test.

From 124 inpatients of a hospital specialized on psychosomatic disorders 45 patients were selected for high or low alexithymia scores on the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20 total score > 60 and < 52 respectively). In addition, the patients were rated by three of their therapists on the Observer Alexithymia Scale (OAS) and divided into a high and low alexithymia group by a median split. The OAS interrater-reliability was high (ICC = 0.80). The attentional bias for emotional information was examined with a computerized version of an emotional Stroop task. Four categories of words with different emotional valence were presented: neutral words, positive words, negative words and negative words related to bodily symptoms. The patients were asked to name the colour of the words as quickly as possible while ignoring the meaning of the words.

High and low alexithymic patients classified according to their self-ratings (TAS-20) did not differ in their reaction times. However, high and low observer rated alexithymic patients (OAS) differed significantly in the interference indices (reaction time for emotion words minus reaction time for neutral words) for emotionally negative words related to bodily symptoms. Low alexithymic patients showed an interference, while high alexithymics did not. This difference remained significant when controlling for psychopathology and current mood.

These findings indicate that highly alexithymic patients process emotional material differently than low alexithymic patients. Highly alexithymic patients seem not to direct their attention towards stimuli which are emotionally relevant for low alexithymics and therefore show less interference. The results further stress the importance of a multi-method assessment of alexithymia.

43

Zum State of the Art in der Gesundheitskommunikation (Health Communication). Neue, professionalisierte Perspektiven auf Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen

Schorr, A.

Medienpsychologisches Labor, Fachbereich 2, Universität Siegen

Gesundheitskommunikation ist ein (1) bisher seitens Medizin und Psychologie wissenschaftlich wenig und unsystematisch erschlossenes, interdisziplinäres Forschungsfeld; eine (2) neue, professionalisierte Perspektive auf Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen; ein (3) Anwendungsfeld, in dem Psychologen, Ärzte, aber auch andere Gesundheitsberufe seit vielen Jahren praktisch tätig sind; sowie ein (4) Ausbildungsfach, das im deutschsprachigen Raum noch weitgehend brach liegt. «Gesundheitskommunikation umfasst die Erforschung und Nutzung von Kommunikationsstrategien, um Entscheidungen des Einzelnen und der Gemeinschaft mit dem Ziel der Förderung der Gesundheit zu fundieren und zu beeinflussen.» (OHPHP, 2000) Die Zielsetzungen der Gesundheitsversorgung (Diagnose und Behandlung) und der Gesundheitsvorsorge (Prävention) determinieren die z. T. gegensätzliche Ausrichtung der Gesundheitskommunikationsforschung. Gesundheitskommunikation findet überall statt, Zuhause und in der Freizeit, am Arbeitsplatz, in Schulen und Kliniken, in der Gesundheitsindustrie, – vor allem aber und insbesondere über die Medien. Die rapide Medienentwicklung macht das Feld der

Gesundheitskommunikation als zentrales Forschungs- und Anwendungsfeld sichtbarer und verändert es zugleich. Die vielfältigen und spannenden Fragestellungen in der Gesundheitskommunikation und die neue Offenheit von Psychologen, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen gegenüber den traditionellen Massenmedien und dem Internet beschleunigen das Engagement in diesem z. T. nur bruchstückhaft erschlossenen Forschungs- und Praxisfeld.

Gesundheitskommunikation stellt heute eine eigene, sehr zentrale Serviceleistung dar. Sie bezieht sich nicht nur auf die Arzt-Patient- bzw. Behandler-Klient-Kommunikation sowie auf den Bereich der interprofessionellen Kommunikation der im Team arbeitenden Gesundheitsberufe, sondern vor allem auch auf gesundheitsbezogene Kommunikationsprozesse mittels Massenmedien und Internet. Große Chancen sehen Experten für die Gesundheitskommunikation überall dort, wo es dem Fach gelingt, Patienten durch Bereitstellung entsprechender Ansprache, Information und Hilfe zum gleichberechtigten Partner im Gesundheitssystem zu machen. Die Förderung der sog. medical literacy beim Konsumenten von Gesundheitsbotschaften ist ein zentrales Ziel von Gesundheitskommunikation. Ganz im Sinne einer echten Partnerschaft sollen Patienten lernen, gesundheitsrelevante Botschaften aller Art kritisch zu rezipieren und vor allem kommunikative Kompetenz in der Nutzung des Gesundheitssystems erwerben. Der Beitrag gibt einen Überblick über Schwerpunkte der internationalen Forschung und aktuelle Theorien zur Gesundheitskommunikation.

54

Ist der religiöse Glaube ein protektiver Faktor für posttraumatische Symptomatik, Depression und Ängstlichkeit?

Tagay, S.¹; Kribben, A.²; Erim, Y.¹; Stoelk, B.¹; Hohenstein, A.¹; Langkafel, M.¹; Senf, W.¹

¹Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Duisburg-Essen, Essen,

²Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Universität Duisburg-Essen, Essen

Fragestellung: Zahlreiche empirische Arbeiten berichten über einen positiven Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit. Es wurde überprüft, ob Religiosität einen protektiven Faktor für posttraumatische Symptomatik, Depression und Ängstlichkeit darstellt. **Methodik:** 251 konsekutive Patienten einer psychosomatischen Ambulanz (34,4 + 12,2 Jahre), 111 Dialysepatienten (61,3 + 15,8 Jahre) und 139 gesunde Blutspender (37,3 + 12,7 Jahre) wurden an einem tertiären Versorgungszentrum untersucht. Die Patienten wurden mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), der Impact of Event Scale (IES-R) und der Sense of Coherence Scale (SOC) untersucht. **Ergebnisse:** Der religiöse Glaube war in allen drei Gruppen etwa gleich stark ausgeprägt ($p = .769$), wobei in jeder Gruppe etwa 50% der Probanden sich als «gar nicht bis wenig religiös» einschätzten. Dagegen schätzten sich in jeder Gruppe rund 6% als «sehr religiös» ein. Unabhängig vom religiösen Glauben zeigten sich hochsignifikante Gruppeneffekte in Bezug auf Lebenszufriedenheit, Depressivität, Ängstlichkeit und dem Kohärenzgefühl (alle $p < .000$). Wider erwarten fanden wir keine signifikanten Unterschiede zwischen «gar nicht bis wenig Religiösen» und «extrem bis sehr religiösen» Probanden bei der Lebenszufriedenheit ($p = .856$), der Depressivität ($p = .266$), der Ängstlichkeit ($p = .147$), der posttraumatischen Symptomatik ($p = .594$) und dem Kohärenzgefühl ($p = .828$). Nicht Religiosität, sondern das Ausmaß des Kohärenzgefühls zeigte sich in multiplen Regressionsanalysen als der stärkste Prädiktor für Depression (R²:.401), Ängstlichkeit (R²:.410) und posttraumatische Symptomatik (R²:.310). **Diskussion:** In der vorliegenden Studie war der religiöse Glaube im Vergleich zu Studien aus dem angloamerikanischen Raum wenig ausgeprägt. Einen positiven Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit konnten wir nicht nachweisen. Von großer klinischer Bedeutung ist vielmehr der starke Einfluss des relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmals «Kohärenzgefühl» auf Depression, Angst und posttraumatische Symptomatik.

Wirksamkeit einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten. Erste Ergebnisse einer Psychotherapiestudie

Müller, A.¹; Silbermann, A.¹; Tench, L.²; Mertens, C.¹; Reulbach, U.³; Reinecker, H.²; de Zwaan, M.¹

¹Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Erlangen; ²Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Otto-Friedrich-Universität, Bamberg; ³Klinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Erlangen

Unter pathologischem Kaufen werden exzessive Kaufverhaltensweisen – Impulskäufe/Kaufzwänge/Kaufsucht – verstanden, die zu erheblichen sozialen und finanziellen Problemen führen und die starken Leidensdruck verursachen. Betroffenen wurde in Anlehnung an das kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm von Burgard & Mitchell (2000) eine ambulante Gruppentherapie angeboten, welche aus insgesamt 12 wöchentlichen Doppelstunden besteht.

Im Zeitraum von Januar bis Juni 2004 konnten insgesamt 21 Frauen im Alter von 25 bis 61 Jahren (MW 46,4, SD 9,8) behandelt werden. Die Dauer des pathologischen Kaufverhaltens lag zwischen 1 und 43 Jahren (MW 15,7, SD 13,1). Die Patientinnen wurden randomisiert in zwei Versuchsgruppen (jeweils n = 7) und eine Warte-Kontrollgruppe (n = 7) aufgeteilt und vor Behandlungsbeginn (t0), zu Behandlungsende (t1) und bei einem 6-Monats-Follow-up (t2) mit folgenden Erhebungsinstrumenten untersucht: Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Compulsive Buying Scale (CBS), Compulsive Acquisition Scale (CAS), Y-BOCS-Shopping Version (Y-BOCS-SV), Saving Inventory-Revised (SI-R), SCL-90-R, Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Zudem wurden einmalig bei allen erhoben: Maudsley Zwangsinventar, Hamburger Zwangsinventar (HZI-K), NEO-FFI, SKID-I und SKID-II sowie das Impulsivitäts-Modul des SKID.

Alle Patientinnen berichteten eine hohe Beeinträchtigung durch psychopathologische Symptome. Es wurde eine hohe Komorbidität mit Angststörungen (v. a. soziale Phobie), Depressionen und Zwangsstörungen gefunden. Die Teilnehmerinnen wiesen sowohl zwanghafte als auch impulsive Merkmale auf. In den Versuchsgruppen brachen zwei Patientinnen die Therapie ab. Die verbliebenen Patientinnen (n = 12) der Versuchsgruppen zeigten eine signifikante Verbesserung im Hohenheimer Kaufsuchtindikator (p = 0,034), der CBS (p = .041), der CAS (p = .018) und der Y-BOCS-SV (p = .003) sowie in der SCL-90-R. In der Kontrollgruppe zeichneten sich keine signifikanten Veränderungen ab. Es konnte kein Zusammenhang zwischen Ausmaß der Impulsivität oder Ausprägung von Denk- und Handlungszwängen und Differenz in der Y-BOCS-SV (t0–t1) gefunden werden. Die Ergebnisse der Follow-up-Untersuchung lagen noch nicht vollständig vor.

Die Ergebnisse stärken die Annahme, dass Betroffene von einer störungsspezifischen kognitiv-behavioralen Gruppentherapie profitieren können. Um den Stichprobenumfang zu erweitern, werden Untersuchungen und Behandlungen für weitere betroffene Frauen und mittlerweile auch Männer fortgesetzt.

Rehabilitation bei schlafgestörten Patienten: Veränderung subjektiver Schlafparameter sowie allgemeiner und gesundheitlicher Lebenszufriedenheit

Schwiersch, M.; Würth, M.; von Rützen, A.; Schultz, K.

Fachklinik Allgäu, Verhaltensmedizinisches Rehabilitationszentrum für Pneumologie, Dermatologie und Psychosomatik, Pfronten-Ried

Einleitung: Psychogene Schlafstörungen sind eine häufige Beschwerde von Patienten in stationärer Rehabilitation. Vor und nach einem spezifisch auf Schlafstörungen abgestimmten Rehabilitationsprogramm wurden subjektive Schlafparameter sowie allgemeine (aLZ) und gesundheitliche Lebenszufriedenheit (gLZ) erhoben. **Methoden:** Bei Patienten mit der Diagnose ‚Schlafstörung‘; oder ‚Erschöpfungszustand‘ durch den einweisenden Arzt wurden allgemeine und gesundheitliche Lebenszufriedenheit (Fragen zur Lebenszufriedenheit [1]) sowie subjektive Schlafparameter am Anfang und am Ende des Aufenthaltes erhoben. Die Patienten durch-

liefen ein drei- bis sechswöchiges, individuell zusammengestelltes Rehabilitationsprogramm sowie bei relevanter Beeinträchtigung des Schlafes ein spezifisches Gruppenprogramm bestehend aus Psychoedukation und, nach Indikation, Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion. **Ergebnisse:** 63% der 119 befragten Pat. (Alter 32–80 Jahre, MW 54,0, SD 11,27, 79,8% weiblich) schätzten ihre Schlafqualität zu Beginn der Rehabilitation als ‚ziemlich oder stark gestört‘; ein. Die allgemeine (aLZ = 27,3; zum Vergleich: pneumologische Rehapatienten 53,3) und gesundheitliche (gLZ-Wert 17,3; pneumologische Pat. 41,2) Lebenszufriedenheit sind in dieser Gruppe zu Beginn deutlich reduziert (p < .01). Die Summenscores der allgemeinen und gesundheitlichen Lebenszufriedenheit korrelieren signifikant negativ mit der empfundenen Schlafqualität (p < .01); signifikante Einzelitems sind ‚Ausmaß von Schmerz‘; (Spearman-Rho: = –.35) und ‚Energie/Lebensfreude‘; (r = –.392; jeweils p < .01). Am Ende der Rehabilitation finden sich signifikante Verbesserungen in allen subjektiven Schlafparametern (p < .05) und ein deutlicher Anstieg der allgemeinen und gesundheitlichen Lebenszufriedenheit (aLZ = 45,7, gLZ = 50,26; p < .01). Die Zufriedenheit mit der Schlafqualität korreliert signifikant mit den Variablen Entspannungs- sowie Leistungsfähigkeit, Ausmaß von Energie, Angst und Schmerz (p < .05). **Diskussion:** Sowohl die allgemeine als auch die gesundheitliche Lebenszufriedenheit sind bei Patienten mit unerholsamen Schlaf drastisch reduziert – insbesondere im Vergleich zur Normalbevölkerung und zu Vergleichsgruppen anderer chronischer Erkrankungen. Lebenszufriedenheit korreliert in der Summe und in einzelnen, relevanten Parametern signifikant mit der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung des Schlafes. Stationäre Rehabilitation kann über allgemeine (Verbesserung von Entspannungs- und körperlicher Leistungsfähigkeit, Stressbewältigung) sowie schlafspezifische Interventionen (Psychoedukation, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion) wesentlich zur Verbesserung von Lebenszufriedenheit und Einschätzung der Schlafqualität bei diesen Patienten führen.

Literatur

- [1] Henrich, G., & Herschbach, P. (1995). Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). In R. Schwarz et al. (Hrsg.). Lebensqualität in der Onkologie II. Zuckschwerdt Verlag: München

Evaluation von Angehörigengruppen von Patienten mit bipolarer Erkrankung an der LMU München: Vorläufige Ergebnisse

Bernhard, B.; Schaub, A.; Kümmler, P.; Dittmann, S.; Seemüller, F.; Born, C.; Severus, E.; Forsthoff, A.; Grunze, H.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Einleitung: Obwohl der Einbezug von Familienmitgliedern bei der Behandlung bipolarer Patienten als wichtig erachtet wird, gibt es bislang nur wenig kontrollierte Studien zu diesem Thema. Umfangreiche Therapiestudien in Boulder (Miklowitz et al., 2000, 2003) zeigten ein breites Wirksamkeitsspektrum der Familien-fokussierten Therapie. Im Rahmen des an der LMU entwickelten Manuals für bipolare Patientengruppen, haben wir ein effizientes und leichter umsetzbares Manual für Angehörigengruppen entwickelt. Ziel dieser Studie ist es, den Effekt dieser Gruppen zu erheben. **Methoden:** Mit Hilfe eines Fragebogenkatalogs für Angehörige verglichen wir Belastung, Kritik und Einstellung gegenüber der Erkrankung des Patienten vor (prä), nach (post) und ein Jahr nach Abschluss der Gruppe (Follow up). Die Auswertung erfolgte deskriptiv mit Hilfe von Häufigkeitsverteilungen. Die Auswertung des Verlaufs erfolgte mit Hilfe von gepaartem T-Test. **Ergebnisse:** Vorläufige Ergebnisse der Angehörigengruppen liegen von 49 Angehörigen vor. Die Angehörigen fühlten sich nach der Gruppe und auch noch ein Jahr nach Abschluss signifikant besser informiert. Die wahrgenommenen Belastungen nahmen nach Teilnahme an der Gruppe ab, wobei die Unterschiede erst in der Follow-up Untersuchung signifikant wurden. Nach Teilnahme an der Gruppe zeigt sich außerdem eine Abnahme der ausgedrückten Emotion gegenüber dem Patienten, die in der Follow up Untersuchung signifikant wird. **Zusammenfassung:** Die Angehörigen fühlten sich nach der Gruppe signifi-

kant besser informiert und äußerten weniger Kritik am Patienten, eine signifikante Reduktion der Belastung und der ausgedrückten Emotion konnte erst in der Follow-up Untersuchung gezeigt werden. **Diskussion:** Die Angehörigen bringen trotz vergleichsweise geringen Aufwandes einen großen Nutzen und zeigen vor allem einen langfristigen Effekt. Sie sind notwendig, um die Compliance zu verbessern und den Angehörigen zur Vertrauensperson statt Kontrollperson des Patienten zu machen. Aufgrund der bisherigen Erfolge sollten die Gruppen fest implementiert und finanziert werden. Um die klinische Bedeutsamkeit dieser Gruppen zu belegen, sind kontrollierte Verlaufsuntersuchungen, zum Beispiel in Kombination mit der Life Chart Dokumentation der Betroffenen, über einen längeren Zeitraum notwendig. Um alle Alters- und Bildungsgruppen anzusprechen, müssten spezielle Gruppen für Kinder/Jugendliche, Gruppen in Englisch/Türkisch etc. angeboten werden.

68

Evaluation von kognitiv-psychoedukativen Patientengruppen mit bipolarer Störung

Bernhard, B.; Schaub, A.; Kümmeler, P.; Dittmann, S.; Seemüller, F.; Severus, E.; Born, C.; Forsthoff, A.; Grunze, H.
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilian-Universität München

Hintergrund: Nach dem aktuellen Stand der Forschung ist die kognitiv-psychoedukative Verhaltenstherapie in Kombination mit einer nebenwirkungsgeleiteten Psychopharmakotherapie für die Behandlung bipolarer Störungen sehr geeignet (Colom et al., 2003). Der Patient soll hierbei als Experte seiner Erkrankung aktiv an der Behandlung beteiligt werden. Da aufgrund von gegenseitigem Feedback die Realisierung dieser Therapie in Gruppen sehr effektiv ist, wurde an der LMU ein Manual zur Durchführung solcher Gruppen entwickelt (Schaub, Bernhard & Gauck, 2004). Das 14 Sitzungen umfassende Gruppenprogramm besteht aus den Therapiebausteinen: Psychoedukation über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten, Umgang mit Frühwarnzeichen und Krisenplan zur Rezidivprophylaxe, Aktivitätsaufbau und kognitive Strategien sowie Sensibilisierung für einen ausgeglichenen Lebensrhythmus. **Methoden:** Die Patienten füllten vor und nach Teilnahme an der Gruppe einen Wissensfragebogen aus und bekamen am Ende der Gruppe einen Feedbackfragebogen. Die Auswertung der Prä- und Postwerte des Wissensfragebogens erfolgte mit T-Test, die Feedbackfragebögen wurden deskriptiv mit Hilfe einer Häufigkeitsverteilung ausgewertet. **Ergebnisse:** Erste Ergebnisse von 62 bipolaren Patienten in Gruppentherapie belegen die klinische Umsetzbarkeit dieses Ansatzes. Nach der Teilnahme an dieser Intervention stuften fast alle Patienten diese Gruppe als empfehlenswert, informativ und hilfreich ein. Sie erlebten insbesondere die Erfahrung als entlastend, dass andere Ähnliches erlebt hatten, und profitierten von dem Austausch hilfreicher Strategien. Die Auswertung des Wissensfragebogens zeigte eine hoch signifikante Zunahme des Wissens über die Erkrankung. **Zusammenfassung:** Diese ersten Ergebnisse zeigen eine deutliche Zunahme des Wissens über die eigene Erkrankung. Die Teilnehmer bewerten die Gruppen als hilfreich und informativ und empfehlen sie sehr gerne weiter.

78

Schlafwahrnehmung

Weigand, D.

Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Einleitung: Vor allem bei Personen mit Insomnie, aber auch bei Menschen ohne Schlafstörungen ist bekannt, dass es häufig zu einer Diskrepanz zwischen elektrophysiologisch definiertem Schlaf und der subjektiven Wahrnehmung dieses Zustandes kommt. Das subjektive Erleben von Einschlaf- oder Durchschlafstörungen wird demnach nicht immer durch objektive, polysomnografische Befunde gestützt. Diese Situation wird im ICSD in der Diagnose der Fehlbeurteilung des Schlafzustandes berücksichtigt. Bei experimentellen Weckungen aus physiologischem Schlaf sind das Ausmaß der Fehlbeurteilung und die Art der Zustandsbeurteilung

stadienabhängig. Wir vermuten im Sinne einer Kontinuitätshypothese, dass physiologischer Schlaf dann als Wach beurteilt wird, wenn die mentalen Prozesse im Schlaf kongruent zu denen im Wachen sind. In einer Serie von drei Studien wurden Zustandsbeurteilungen und mentale Prozesse nach Weckungen aus Stadium REM (SREM) und Stadium 2 (S2) erhoben. Die Effekte von einer vs. zweier Weckungen pro Nacht und einer vs. zweier Untersuchungs Nächte wurden erfasst. **Methoden:** Insgesamt wurden 68 Probanden ohne Schlafstörungen (43 Frauen und 25 Männer, durchschnittliches Alter 24,1 Jahre) nach 15 Minuten S2 oder 7,5 Minuten SREM durch ein standardisiertes Tonsignal geweckt. Direkt im Anschluss an die Weckung wurde ein standardisiertes Interview mit Fragen zur subjektiven Zustandsbeurteilung und zu mentalen Inhalten erhoben. 39 Probanden wurden nur ein Mal geweckt, 16 Probanden zwei Mal und 13 Probanden wurden in zwei Untersuchungs Nächten jeweils zwei Mal geweckt. **Ergebnisse:** Etwa ein Drittel der Probanden nahmen ihren Zustand als Wach wahr während sie nach elektrophysiologischen Kriterien schliefen. Der Anteil der Wachurteile war nach Weckungen aus S2 tendenziell höher als nach Weckungen aus SREM (38,2% vs. 20,6%, $\chi^2 = 2,55$, $p = .18$, n. s.). Dabei unterschied sich die Quote der Wachurteile nicht zwischen S2 und SREM, wenn nur ein Mal pro Nacht geweckt wurde. Hingegen schätzten bei zwei Weckungen pro Nacht signifikant mehr Probanden ihren Zustand nach Weckungen aus S2 als Wach ein als nach Weckungen aus SREM. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die Anzahl der Weckungen pro Nacht einen Einfluss auf die Wahrnehmung des aktuellen Schlafstadiums hat. Qualitative Unterschiede zwischen S2 und SREM könnten durch die Vergleichsmöglichkeit verstärkt wahrgenommen werden.

Unter beiden Weckbedingungen wurde häufig berichtet, dass kurz vor dem Wecksignal etwas durch den Kopf gegangen sei (85,3% in SREM vs. 64,7% in S2). Signifikante Unterschiede wurden hinsichtlich der Qualität beobachtet. In SREM waren die mentalen Inhalte häufiger klar und deutlich als in S2 (64,7% vs 23,5%, $\chi^2 = 4,8$, $p = .06$) und bildhafter als in S2 (70,6% vs 23,5%, $\chi^2 = 8,54$, $p = .005$). Bei Vergleich der ersten und zweiten Untersuchungs nacht im Schlaflabor wurden weder für die Häufigkeiten der Zustandsbeurteilungen noch für die Qualität der mentalen Inhalte signifikante Unterschiede gefunden. **Interpretation:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich wahrgenommener Schlaf und polysomnografisch definierter Schlaf häufig unterscheiden. Die Diskrepanz zwischen diesen beiden Messebenen resultiert hauptsächlich aus der Tatsache, dass mentale Prozesse in elektrophysiologischen Messungen nicht repräsentiert sind, letztere aber allein für die Definition des Schlafes genutzt werden. Für eine klientengerechte Analyse des Schlafes ist es wichtig, beide Prozesse zu betrachten. Dies gilt sowohl bei gesunden Menschen als auch bei Personen mit Schlafstörungen, bei denen noch größere Diskrepanzen zwischen erlebter und physiologischer Ebene der Schlafmessung auftreten können.

83

Personen mit höheren Werten für Perfektionismus zeigen eine höhere Cortisolausschüttung nach psychosozialen Stress

Wirtz, P.H.¹; Emini, L.²; Grössbauer, S.³; Rüdüsüli, K.⁴; Ehlert, U.⁵

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologisches Institut, Universität Zürich

Perfektionismus ist definiert als das Setzen extrem hoher Leistungsstandards bei gleichzeitiger überkritischer Selbstbewertung. Kennzeichnend für perfektionistisch veranlagte Personen ist ein negatives Denkmuster, das im Wesentlichen charakterisiert ist durch «Sorge über Fehler» und «Handlungszweifel». Ein solches Denkmuster könnte dazu führen, dass eine Person mit höherem Perfektionismus im Vergleich zu einer Person mit niedrigem Perfektionismus eine stärkere Reaktion auf die gleiche Stress-Situation zeigt. Die vorliegende Studie erfasst psychophysiologische Stressreaktivität bei Personen mit unterschiedlich starker Perfektionismus-Ausprägung. In der Studie wurden bislang 37 gesunde Männer anhand der deutschen Version der Multidimensionalen Perfektionismus-Skala nach Frost (FMPS-d, Stöber, 1995) mittels Median-Split eingeteilt in 2 Gruppen mit höherer (Perf hoch, $n = 19$; Perfektionismuskennwert:

36,25; Alter: 41,55 + -3,16) und niedrigerer Ausprägung (Perf niedrig, n = 18; Perfektionismuskennwert: 22,35; Alter: 44,0 + -3,16) in der Perfektionismus-Skala «Sorge über Fehler und Handlungs Zweifel». Als Stressor wurde der psychosoziale Stressstest TSST (Trier Social Stress) verwendet, der aus einem fingierten Bewerbungsgespräch mit anschließender Rechenaufgabe vor einem Gremium besteht. Gemessen wurde Cortisolausschüttung im Speichel 1 Minute vor TSST (Baseline), sowie 1, 10, 20, 30, 40, 50 und 60 Minuten nach TSST (Stressreaktivität). Die vorläufige Auswertung der ersten 37 Probanden zeigt, dass Personen mit höherem Perfektionismus eine signifikant höhere Cortisolausschüttung nach psychosozialen Stress zeigen als Personen mit niedrigeren Perfektionismus-Werten (ANCOVA, $F(2,9; 224) = 3,064$; $p = 0,034$; Alter und BMI als Kovariaten). Eine solche erhöhte Stressreaktivität könnte bedeutsam sein im Zusammenhang mit den mit Perfektionismus assoziierten psychosomatischen Korrelaten.

86

Das Strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention ‚S.T.A.R.‘

Schindler, C.

Suchtfachabteilung, Bezirksklinikum Ansbach, und
Institut für Suchtweiterbildung Nürnberg

Der Rückfall in der Behandlung Suchtmittelabhängiger stellt seit geraumer Zeit erfreulicherweise kein Tabuthema mehr dar. Entsprechend wird der primären und sekundären Rückfallprävention in allen Teilen des Behandlungssystems vermehrt Beachtung geschenkt. Bislang fehlten jedoch wissenschaftlich fundierte und gleichzeitig anwendungsorientierte deutschsprachige Manuale, die ausgehend vom suchtwissenschaftlichen Forschungsstand, die für die Rückfallprävention zentralen Themebereiche strukturiert und praxisbezogen darstellen. Das von uns entwickelte Strukturierte Trainingsprogramm zur (Alkohol-)Rückfallprävention ‚S.T.A.R.‘ (Körkel & Schindler, 2003), dessen theoretische Wurzeln im sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt liegen, schließt diese Lücke. Von allen psychoedukativ-psychotherapeutisch geprägten Rückfallpräventionstrainings haben sich die an der sozial-kognitiven Rückfalltheorie orientierten Programme am effektivsten erwiesen (vgl. Metaanalyse von Irvin et al., 1999). S.T.A.R. bietet in Form von 15 Modulen praktische Orientierung bei der Bearbeitung rückfallrelevanter Themen, wie Hochrisikosituationen, Umgang mit Ausrutscher, Rückfallgespräch mit Angehörigen u. v. m. Im Manual wird nach einer kurzen kompakten Einführung mit aktuellen Ergebnissen zum jeweiligen Themengebiet der detaillierte Stundenablauf mit konkreten Handlungsanweisungen für den Gruppenleiter dargestellt. Ergänzt werden diese Ausführungen durch Arbeitsmaterialien, wie Arbeits- und Informationsblätter, die auch auf CD-ROM verfügbar sind. Durch die manualisierte Form bietet S.T.A.R. den Vorteil einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation. Mit der Untergliederung in einzelne Module ist aber gleichzeitig auch ein flexibler Umgang, zum Beispiel als Ergänzung zu bestehenden Therapiebausteinen, möglich. Das S.T.A.R.-Programm wurde in der vorliegenden Form im Bezirksklinikum Ansbach erprobt und hinsichtlich Teilnehmerzufriedenheit, Wichtigkeit gegenüber anderen Therapiebausteinen sowie Einschätzung der einzelnen Module evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine breite Zufriedenheit der Patienten mit dem vorliegenden Programm und geben Anhaltspunkte für dessen Wirksamkeit. Auch die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von inzwischen weit über 100 von uns ausgebildeten S.T.A.R.-TrainerInnen bestätigen die hohe Akzeptanz des S.T.A.R.-Programms bei Patienten und Therapeuten und geben Aufschluss über die breite Palette der Einsatzmöglichkeiten bei unterschiedlichen Zielgruppen (z. B. JVA, berufliche Wiedereingliederung, Alkoholabhängige, Drogenabhängige,) im ambulanten wie auch im stationären Bereich. In der Präsentation werden nach einem Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Befundlage sowie die theoretischen Grundlagen und Inhalte von S.T.A.R. die zentralen Themenbereiche der Module des Trainingsprogramms sowie dessen Evaluation dargestellt.

38

Verhaltenstherapie 2005;15(suppl1):2-42

94

Beeinflusst ein hohes Lebensalter von Patienten mit Todeswünschen die Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch Ärzte und medizinisches Pflegepersonal?: Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie

Barnow, S.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der EMA Universität Greifswald

Einführung: Es gibt eine andauernde Debatte darüber, ob Todeswünsche im hohen Lebensalter als normales (im Sinne von häufiges) Phänomen anzusehen sind, und deshalb eher akzeptiert als behandelt werden sollten. **Fragestellung:** Wir testeten zu welchem Ausmaß das Lebensalter einer Person Behandlungsentscheidungen von Ärzten und Schwestern beeinflussen. **Methode:** Reale Fallvignetten von 3 Personen im Alter zwischen 70 und 95 Jahren mit einer subsyndromalen Depression und Todeswünschen wurden jeweils 19 Ärzten und 83 Schwestern präsentiert. Wir stellten die Frage inwieweit diese eine Behandlung der Todeswünsche oder nach Suizidversuch initiieren würden. Die Hälfte der Probanden erhielt die Fallvignette mit dem realen Alter die andere Hälfte die identischen Vignetten, allerdings wurde das Alter der in der Fallkasuistik beschriebenen Personen um 20 Jahre reduziert. Weder Versuchsleiter noch Probanden wussten von der Manipulation. **Ergebnisse:** Das vorgegebene Alter der Patienten hatte einen wesentlichen Einfluss auf Behandlungsentscheidungen der Ärzte und Schwestern. Die Frage inwieweit Patienten mit Todeswünschen Behandlung, sei es Psychotherapie oder Intensivmassnahmen bei Krankheit oder nach Suizidversuch erhalten sollten, wurde seltener mit ja beantwortet wenn das reale (höhere) Alter vorgegeben wurde. Wenn hingegen ein geringeres Alter (-20 Jahre) vorgetäuscht wurde, sahen Ärzte als auch Schwestern häufiger eine Behandlungsnotwendigkeit Schlussfolgerung: Negative Altersstereotypen haben offensichtlich einen Einfluss auf medizinische Entscheidungen. Ärzte und Pflegepersonal sollten trainiert werden um Fehlentscheidungen bei der Behandlung älterer Menschen zu vermeiden. Besonders wichtig scheint ein Abbau negativer Altersstereotypen.

97

Der Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) – Konstruktvalidierung einer deutschen Version

Nickel-Sundrup, S.¹; Glöckner-Rist, A.²; Rist, F.¹

¹Psychologisches Institut I des Fachbereiches 07 der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

²Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen in den Sozialwissenschaften (ZUMA), Mannheim

Einführung: Die Wahrnehmung körperlicher Symptome und deren Interpretation sind bestimmend dafür, welches Ausmaß an Beunruhigung und Belastung Menschen durch körperliche Beschwerden erfahren. Robbins und Kirmayer (1986) schlugen drei Dimensionen der Attribution für häufig auftretende, alltägliche körperliche Symptome vor: Eine psychologisierende, eine somatisierende und eine situative Attributionstendenz. Zur Ermittlung bevorzugter Attributionsrichtungen konstruierten sie den «Symptom Interpretation Questionnaire» (SIQ) und konnten dessen bei der Konstruktion intendierte dreidimensionale Struktur belegen. Eine Reihe von späteren Untersuchungen zeigten charakteristische Unterschiede in der Symptomattribution zwischen Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen und Gesunden. Im deutschsprachigen Raum sind zwar verschiedene Instrumente zur Erfassung kausaler Attributionen im Zusammenhang mit Erkrankungen verfügbar, jedoch keines zur Erfassung der Interpretation und Attribution alltäglicher körperlicher Symptome. **Ziel der Studie:** Der SIQ ist ein Fragebogen, der die Attribution 13 gewöhnlicher körperlicher Symptome wie z. B. Kopfschmerzen, Herzrasen oder starkes Schwitzen anhand von 39 Items erfasst. Dazu wird erfragt, welche Ursachenzuschreibungen (situativ, somatisierend oder psychologisierend) eine Person bei Vorliegen eines Symptoms wählen würde. Eine deutsche Version des SIQ soll psychometrisch evaluiert werden. Für die

Abstracts

Konstruktvalidierung sollen Zusammenhänge mit anderen Instrumenten zur Erfassung von Krankheitsattributionen und Symptomen psychischer Störungen ermittelt werden. Wir erwarten, dass somatisierende und psychologisierende Attributionstendenzen stärker mit Beschwerden aus dem depressiven, ängstlichen und somatoformen Bereich psychischer Störungen kovariieren als situative Attributionen. **Material und Methoden:** Während der Einschreibung der Erstsemester an der Westfälischen Wilhelms-Universität im September 2004 füllten die Studenten den SIQ zusammen mit mehreren Fragebögen zur Erfassung von Symptomen psychischer Störungen aus (PHQ-D, FKG). Nach Ausschluss unvollständig ausgefüllter Fragebögen ergab sich ein Stichprobenumfang von N = 780 Personen. 66 Prozent der Befragten waren weiblich, das durchschnittliche Alter der Stichprobe lag bei 20,87 Jahren. **Ergebnisse:** In einer konfirmatorischen Faktorenanalyse kann die dreidimensionale Struktur des SIQ bestätigt werden, wobei einzelne Items jedoch nicht zur Differenzierung der Struktur beitragen und in der endgültigen Fassung des Fragebogens nicht aufgenommen werden sollten. Skalen, die zu den einzelnen Dimensionen gebildet wurden, erreichen zufrieden stellende Konsistenzwerte. Mehrere hypothesenkonforme Zusammenhänge zwischen bestimmten Attributionstendenzen und den Faktoren des FKG und Diagnosehinweisen verschiedener Module des PHQ-D wurden ermittelt. Die Skala Somatisierung korreliert zu $r = .32$ mit katastrophisierenden Interpretationen körperlicher Beschwerden und der Intoleranz körperlicher Beschwerden. Der Zusammenhang zwischen psychologischen Ursachenzuschreibungen und vegetativen Mißempfindungen beträgt $r = .28$. Die genannten Korrelationen sind signifikant ($p \leq 0,01$). Weiterhin korrelieren psychologisierende Attributionstendenzen mit dem Diagnosehinweis auf depressive Störungen und Angststörungen im PHQ-D. Die Zusammenhänge sind signifikant, wenn auch schwach. **Diskussion:** Die deutsche Fassung des SIQ ermöglicht die Charakterisierung von Probanden nach ihrem bevorzugten Attributionsstil für körperliche Symptome. Die Zusammenhänge mit dem FKG und dem PHQ-D weisen darauf hin, dass bestimmte Attributionstendenzen für alltägliche körperliche Symptome einen Vulnerabilitätsfaktor für die Ausbildung bestimmter Störungen darstellen könnten.

102

Weisheitstherapie. Ein Ansatz der Kognitiven Therapie zur Behandlung von Anpassungsstörungen und Posttraumatischen Verbitterungsstörungen

Schippan, B.; Baumann, K.; Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsklinikum Benjamin Franklin; Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA Teltow/Berlin

Die Anpassungsstörungen und Posttraumatischen Störungen stellen häufige, aber unscharf definierte psychische Störungen dar, wenn man einmal von der PTSD absieht. Eine neue Subkategorie ist die Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED). Verletzungen zentraler Grundannahmen führen zu chronischen Störungen mit Intrusionen, Hyperarousal, Herabgestimmtheit, Vermeidung und als Leitaffekt Verbitterung und Aggression. Diese Störungen erweisen sich als schwer zu behandeln. Insbesondere der Leitaffekt der Verbitterung führt oft zu einer Ablehnung und Abwertung therapeutischer Hilfsangebote.

Eine Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung muss darauf abzielen, das kritische Lebensereignis und die damit verbundene Kränkung und Herabwürdigung zu verarbeiten, sich davon innerlich zu distanzieren sowie neue Lebensperspektiven aufzubauen. Hierzu wird auf kognitive Strategien der Einstellungsänderung und Problemlösung zurückgegriffen mit besonderer Betonung von Reframingstrategien, Expositionsverfahren, Methoden des Aktivitätsaufbaus und der Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen.

Ein speziell auf die PTED abgestellter Behandlungsansatz stellen Interventionen im Sinne einer sog. Weisheitstherapie dar, die sich an der Weisheitsforschung orientieren. Es werden spezielle weisheitsaktivierende Problemlösestrategien vorgestellt, die abzielen auf eine Förderung von Perspektivwechsel, Selbstdistanz, Empathie, Emotionswahrnehmung und Emotionsakzeptanz, Emotionale Serenität und Humor, Fakten- und Pro-

blemlösewissen, Kontextualismus, Wertrelativismus, Selbstrelativierung, Ungewissheitstoleranz, Nachhaltigkeit, Problem- und Anspruchsrelativierung. Erste empirische Daten zeigen, dass sich Weisheitskompetenzen trainieren lassen, und dass dies psychotherapeutisch genutzt werden kann.

103

Bibliotherapie

Grahlmann, K.; Linden, M.; Lapatsch, R.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsklinikum Benjamin Franklin; Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA Teltow/Berlin

Bibliotherapie ist eine häufig genutzte aber wenig wissenschaftlich untersuchte Behandlungsform speziell im Kontext der Verhaltenstherapie. Aufgaben und Ziele der Bibliotherapie sind: Informationen zu Problemen liefern, Einsicht in Probleme bieten, Diskussionen zu Problemen anregen, neue Werte und Einstellungen vermitteln, ein Bewusstsein schaffen, dass andere Menschen mit den gleichen Problemen kämpfen, Lösungen zu Problemen anbieten.

Bibliotherapie kann mit fiktionalen oder didaktischen Texten durchgeführt werden, es gibt eine rezeptive oder produktive Bibliotherapie, eine interaktive oder lesende bzw. Selbsthilfe-Bibliotherapie, sowie Bibliotherapie als Teil der Psychotherapie oder als Teil der Somatotherapie.

Die eingesetzten Texte sollen sich auf wichtige Informationen konzentrieren, während Vollständigkeit nur ein nachgeordneter Aspekt ist. Die Texte müssen so formuliert sein, dass sie dem Patienten verständlich sind. Die Inhalte sollen von genereller Relevanz sein, d. h. sie müssen für viele Personen gelten. Die Empfehlungen dürfen kein relevantes Risiko haben, auch dann nicht, wenn es zu Missverständnissen oder Fehlanwendungen kommt. Die Handlungsempfehlungen sollten dem Patienten Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Behandlungsziele wie des Vorgehens lassen. Da sich die Bibliotherapie ihrer Natur nach unmittelbar an den Patienten wendet, müssen die Texte sich auf die Informationen konzentrieren, die die Eigenverantwortung des Patienten fördern.

Es werden erste Ergebnisse einer Erhebung zur Nutzung bibliotherapeutischer Materialien in der therapeutischen Praxis berichtet.

104

Kognitive Verhaltenstherapie von zwei Patientinnen mit Multiple Chemical Sensitivity (MCS)

Rabaioli-Fischer, B.

München

Über die organischen Ursachen der Multiple Chemical Sensitivity (MCS) gibt es nur wenig gesicherte Erkenntnisse, weswegen sie bis jetzt wohl am besten unter den somatoformen Erkrankungen sowohl im ICD als auch im DSM-IV diagnostiziert wird (Wolf et al. 2002). Über die verhaltenstherapeutische Behandlung der MCS im ambulanten Behandlungssetting gibt es ebenfalls wenige Behandlungsvorschläge (Strehl 2001). Egal ob dieses Störungsbild eine eigene Krankheitskategorie darstellt oder nicht, kann die Behandlung sich auf die Vorgehensweisen berufen, die sich als erfolgreich bei der Behandlung somatoformer Störungen erwiesen haben (Rief et al. 1998). Obwohl spezifische Behandlungsformen bisher nicht untersucht worden sind, ist trotzdem unerlässlich, diese Patienten zu behandeln, wenn sie zu uns in die Praxis kommen. Wir stellen in diesem Beitrag die Behandlung zweier Patientinnen vor, die unter MCS leiden. Die besonderen Beschwerden von Patientin 1 lagen in großen Ängsten vor jeglichen Aktivitäten außerhalb der Wohnung, Ängsten vor Büchern, Zeitungen und anderen Druckmedien. Bei der zweiten Patientin standen Ängste vor klimatischen Bedingungen sowie insbesondere vor Düften und Parfüms im Vordergrund. Es kamen die Standardverfahren der kognitiven Verhaltenstherapie zur Anwendung, die sich besonders auf die körperlichen Beschwerde dysfunktionale Kognitionen und Verbesserung der Copingfertigkeiten konzentrierten.

Ergebnisse: Bei beiden Patientinnen konnte die Lebensqualität mit Hilfe der Standardverfahren verbessert werden. Insbesondere wurden die interneren dysfunktionalen psychischen Stimuli analysiert, die Krankheitsge-

schichte, Krankheitsentwicklung und die Lebenssituation insgesamt in den Vordergrund gestellt. Des Weiteren kamen Stressbewältigungsverfahren, Entspannungsverfahren und imaginative Verfahren zur Anwendung. Teilweise wurde mit Expositionsverfahren gearbeitet. Bei den Ergebnissen zeigte sich, dass – so lange es keine weiteren Ergebnisse über Ursachen und Verlauf der Erkrankung gibt, es trotzdem möglich ist, eine individuell geplante standardverhaltenstherapeutische Behandlung durchzuführen, die denen anderen somatoformen Erkrankungen entspricht. Bei beiden Patientinnen war zusätzlich sowohl die Exposition in ihrer natürlichen Umgebung sowie die Anwendung imaginativer Verfahren besonders hilfreich.

107

Multicenterstudie: Psychosoziale Faktoren bei Brandverletzungen – erste Ergebnisse

Ripper, S.^{1, 4}; Renneberg, B.^{1, 2}; Stehen, M.³; Ullmann, U.³; Wallis, H.⁴; Wind, G.⁴; Germann, G.⁴

¹Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

²Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin

³BG-Kliniken Bergmannstrost, Halle

⁴BG-Unfallklinik Ludwigshafen & Universität Heidelberg

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass für den Erfolg und die Dauer von Rehabilitationsprozessen psychosoziale Faktoren eine herausragende Bedeutung zukommt, z. B. bei Herzinfarkten oder Bypassoperationen. So spielen bei der Rehabilitation der Patienten nicht-medizinische Faktoren eine z.T. wichtigere Rolle als die objektive Schwere der Erkrankung. In einem vom Hauptverband der Berufsgenossenschaften geförderten Forschungsprojekt werden psychosoziale Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Patienten mit schweren Brandverletzungen untersucht. Das auf drei Jahre angelegte, multizentrische Forschungsprojekt zeichnet sich durch sein prospektives Design aus. Ziel des Projekts ist die Identifikation von prognostisch für den Rehabilitationsprozess relevanten Bedingungen. Auf dieser Basis sollen psychologische Strategien zur optimalen Behandlung Brandverletzter unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte weiterentwickelt und evaluiert werden. Ergebnisse einer an der BG in Ludwigshafen durchgeführten Pilotstudie mit n = 56 schwer brandverletzten Patienten werden berichtet. Soziodemographische, unfallbezogene und medizinische Parameter werden mit Variablen der psychischen Belastung und Persönlichkeitsmerkmalen sowie Ressourcen der Patienten in Beziehung gesetzt. Neben einer hohen psychischen Belastung (Kurzform der SCL) fallen ebenfalls hohe Werte hinsichtlich Optimismus und sozialer Unterstützung auf. Erste Ergebnisse von qualitativen Interviews mit Patienten, bei denen der Unfall 2 Jahre zurück liegt, werden ergänzend zu den quantitativen Auswertungen berichtet.

108

Die Wirkung von Medienexposition auf die Körperwahrnehmung und kognitive Prozesse

Rühl, I.¹; Legenbauer, T.¹; Vocks, S.²; Hiller, W.¹

¹Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

²Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum

Theoretischer Hintergrund: Verschiedene Studien belegen, dass sich die Internalisierung des bestehenden Schlankheitsideals auf die körperliche Unzufriedenheit auswirkt, welche wiederum in einem engen Zusammenhang mit der Ätiologie von Essstörungen sowie negativem Affekt steht. Weiterhin zeigen Studien, dass essgestörte Personen mehr figur- und nahrungsbezogene Gedanken aufweisen als gesunde Kontrollpersonen. Inwiefern sich sowohl die Stimmung als auch die Valenz und Häufigkeit der dysfunktionalen Gedanken bei essgestörten Personen speziell nach der Präsentation von Fernsehwerbung verändert, wurde bislang noch nicht erforscht. **Methode:** Es wurden 20 Frauen mit Essanfällen und 20 gesunde Frauen mit neutralen (NW) und körperbezogenen Werbespots (KW) konfrontiert und dabei folgende Parameter erhoben: Körperwahr-

nehmung (Figure Rating Scale FRS), Stimmung und Gedanken (Skalen: Diätregeln, Selbstwert, nahrungsbezogene Gedanken, Medien). Außerdem Fragebögen zum Essverhalten (EDI), Einstellung zu Figur und Medienverhalten (MBSRQ, BIAQ, SATAQ) sowie Depressivität, Kompetenz- und Kontrollüberzeugung und psychische Symptombelastung (BDI, FKK, SCL-K-9). Das Essverhalten wurde mittels eines strukturierten Interviews erfasst (EDE). **Ergebnisse:** Alle Frauen reagieren mit sich verschlechterndem Affekt und Körperwahrnehmung auf Darbietung KW ($p < .05$). Frauen der EG zeigen nach KW ein strengeres Schlankheitsideal, stärkere subjektive Verzerrung eigener Körperdimensionen und eine größere Unzufriedenheit im Vergleich zu KG. Diese Veränderung bleibt auch in der darauf folgenden Ruhephase bestehen, während der Effekt in der KG nicht mehr zu beobachten ist. Frauen der EG zeigen signifikant mehr Gedanken an Diäten während und nach KW und machen mehr negative selbstwertbezogene Äußerungen ($p < .05$). Weiterhin untermauern die Ergebnisse die in Studien gefundenen Zusammenhänge zwischen der Internalisierung des Schlankheitsideals, körperlicher Unzufriedenheit, negativem Affekt und pathologischem Essverhalten. **Schlussfolgerung:** Die Darbietung schlanker Frauen in den Medien führt zu Stimmungsver-schlechterung und strengem Schlankheitsideal. Der Zusammenhang mit Auslösung von Essanfällen und Aufrechterhaltung der Störung sowie therapeutische Implikationen der Ergebnisse werden diskutiert.

109

Ambivalenz bezüglich emotionalen Ausdrucks und Gesundheit bei Jugendlichen

Horn, A.B.; Pössel, P.; Hautzinger, M.; Traue, H.C.

^{1, 4}Sektion Gesundheitspsychologie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

^{2, 3}Abtlg. Klinische und Entwicklungs-Psychologie, Psychologisches Institut, Karl Eberhards-Universität Tübingen

Emotionsregulation hat sich als wichtig im Bereich der mentalen aber auch der körperlichen Gesundheit erwiesen. Ein Aspekt von Emotionsregulation ist das Finden eines adäquaten Ausdrucks der Emotion. Dabei spielt die Ambivalenz bezüglich emotionalen Ausdrucks im Sinne Kings eine wichtige Rolle, die gerade auch im sozialen Bereich Implikationen aufweist. 150 Jugendliche (Durchschnittsalter 14,21) wurden in einem längsschnittlichen Design zu vier Meßzeitpunkten in einem jeweiligen Abstand von drei Monaten untersucht. Neben dem Grad der Ambivalenz bezüglich emotionalen Ausdrucks als ein Aspekt kognitiver Emotionsregulation wurde negativer Affekt, soziale Unterstützung und depressive Symptome erhoben sowie Fehltag in der Schule und selbstberichtete körperliche Gesundheit. Bei der Analyse wurde weiterhin die Stressbelastung der Jugendlichen berücksichtigt.

Die Ergebnisse zeigen Zusammenhänge zwischen Ambivalenz bezüglich emotionalen Ausdrucks und den abhängigen Variablen, wobei sich über die Zeit unterschiedliche Muster zeigen.

Emotionsregulation und deren kognitive Korrelate erweisen sich auch in dieser Studie als wichtiger Prädiktor mentaler wie körperlicher Gesundheit. Im Bereich der Gesundheitsförderung sollte die Förderung emotionsregulatorischer Fähigkeiten nicht vernachlässigt werden.

111

Bei welchen Patienten fehlt der Wille zur Gesundung? Ein Beispiel für die Nutzung der Basisdokumentation für das Monitoring des Therapieerfolgs in der psychosomatischen Rehabilitation.

Geiselman, B.; Linden, M.

Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Teltow

Einleitung: Für die Qualitätssicherung einer Rehabilitationsabteilung, die sich ja speziell mit chronisch Kranken befasst, ist es notwendig, auch über den fehlenden Behandlungserfolg kontinuierlich Rückmeldung zu bekommen, um eigene Prädiktoren zu entwickeln. Dieses Monitoring könnte die Aufgabe einer Basisdokumentation sein. Können anhand eines

begrenzten Variablensatzes diejenigen Patienten charakterisiert werden, bei denen die psychosomatische Rehabilitation ohne Therapieerfolg blieb? Bilden sich bekannte Prädiktoren ab, gibt es zusätzliche? **Material und Methoden:** Es standen die Basisdokumentationsdaten von über 1000 konsekutiven Patienten einer verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Rehabilitationsklinik zur Verfügung. Nach Therapeutenbeurteilung wurden 10% der Patienten ohne nennenswerten Behandlungserfolg entlassen. Diese Patienten wurden mit den Patienten mit gutem Behandlungserfolg verglichen. **Ergebnisse:** In einer ersten Auswertung konnten bekannte Faktoren bestätigt werden. Die Patienten ohne Therapieerfolg waren häufiger schon länger krankgeschrieben und kamen häufiger auf Aufforderung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) oder der Rentenversicherung in die Klinik, es bestand häufiger Rentenwunsch. Die Patienten hatten häufiger zuletzt Probleme am Arbeitsplatz oder sie waren arbeitslos. Sie schätzten in der Selbstbeurteilung den Therapieerfolg ebenfalls als gering ein. Die psychische Beeinträchtigung bei Aufnahme war nach Selbstbeurteilung (SCL90R) und nach Therapeutenrating (BSS) dagegen global kaum höher. Arbeitsbezogene Selbstbeurteilungen werden noch untersucht. **Diskussion:** In der medizinischen Rehabilitation bekannte Faktoren für mangelnden Behandlungserfolg wie Chronizität der Erkrankung und fehlende berufliche Anbindung bzw. lange Krankenschreibung finden sich bei den psychosomatischen Patienten wieder. Es ist zu diskutieren, wie motivationale Faktoren zu erfassen sind, die den Rehabilitationserfolg individueller voraussagen könnten.

112

Reagieren Phobiker wirklich auf virtuelle Realität? Diskrimination von Tunnelphobikern und Kontrollprobanden anhand subjektiver und physiologischer Reaktionen bei virtueller Exposition

Mühlberger, A.; Pauli, P.

Institut für Psychologie, Universität Würzburg

Einführung: Die Effektivität von Virtual Reality (VR) Exposition bei der Therapie verschiedenen Phobien ist inzwischen mehrfach belegt. Untersuchungen zur Stärke der ausgelösten Emotionen und zur Spezifität der in VR ausgelösten Reaktionen liegen allerdings noch kaum vor. Wenn VR Exposition auch zur Diagnostik von Phobien beitragen soll, erscheint eine klare Unterscheidung von Phobikern und Kontrollprobanden in ihrer Reaktion auf phobierelevante VR notwendig. **Methode:** 15 Probanden, die an Tunnelphobie leiden, sowie 15 gesunde Kontrollprobanden wurden in drei verschiedenen Fahrsimulationen untersucht: Eine Fahrt über eine Landstrasse, eine durch eine einseitig offene Galerie sowie eine durch ein geschlossenes Tunnel. Während der Fahrten wurden die subjektive Angst sowie die Herzrate und die Hautleitfähigkeit erfasst. **Ergebnisse:** Die Tunnelphobiker zeigten deutliche Angstreaktionen bei der Fahrt durch den Tunnel, deutlich weniger bei der Fahrt durch die Galerie und am wenigsten bei der Fahrt über die Landstrasse. Die gesunden Kontrollprobanden hingegen zeigten bei keiner der drei Umgebungen erhöhte subjektive Angst oder physiologische Erregung. Mittels Diskriminanzanalyse konnte aufgrund der subjektiven Angst während der Exposition in 90% der Fälle, aber auch aufgrund der Herzratenreaktion in 88% der Fälle die Gruppenzugehörigkeit vorhergesagt werden. **Diskussion:** Es konnte gezeigt werden, dass Tunnelphobiker im Gegensatz zu Kontrollprobanden subjektiv und physiologisch spezifisch auf ihre phobische Situation reagieren, auch wenn diese in virtueller Realität dargeboten werden. Eine Exposition mit der virtuellen phobischen Simulation erlaubt sowohl durch subjektive Angaben als auch durch die Herzratenreaktionen eine gute Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit und kann damit erfolgreich bei der Diagnostik von Angststörungen eingesetzt werden.

119

Stress bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen

Saile, H.

Fachbereich Psychologie, Universität Trier

Theoretischer Hintergrund: Modelle zur Analyse chronischer Kopfschmerzen bei Kindern gehen von einer organischen Diathese aus, für deren Aktualisierung die Verarbeitung von Stress bedeutsam ist. Zur Untersuchung von Stress bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen werden Differenzierungen aus dem transaktionalen Stressmodell hinsichtlich Stressereignisse, Stresserleben sowie Stressverarbeitung genutzt. **Fragestellung:** Unterscheiden sich Kinder mit chronischen Kopfschmerzen von Kindern ohne eine derartige Symptomatik hinsichtlich Stresswahrnehmung und -verarbeitung? Welchen Stellenwert hat Stress für die Verarbeitung einer chronischen Kopfschmerzsymptomatik? **Methode:** Untersucht wurden 70 Kinder mit chronischen Kopfschmerzen sowie 83 Kinder einer Kontrollgruppe mit standardisierten Instrumenten zur Erfassung von Kopfschmerzen und Stress. **Ergebnisse:** Kinder mit chronischen Kopfschmerzen zeigen eine ausgeprägtere psychische Stresssymptomatik und ungünstigere Stressverarbeitung als Kinder ohne Kopfschmerzen, ein häufigeres Auftreten von Stressereignissen im Alltag konnte nicht belegt werden. Schmerzbedingte Hilflosigkeitskognitionen, Depression sowie Rückzugsverhalten sind abhängig von der Intensität der Kopfschmerzen, der Anzahl erlebter Stressereignisse, dem Stresserleben sowie der Stressverarbeitung. **Schlussfolgerungen:** Alle drei Differenzierungen aus dem transaktionalen Stressmodell sind an der Kopfschmerzverarbeitung beteiligt. Konsequenzen der Ergebnisse für die Gestaltung von Kopfschmerztrainingsprogrammen werden diskutiert.

127

Evaluation eines ambulanten psychoedukativen Bewegungsprogramms bei Männer und Frauen mit Adipositas

Alexandridis, J.¹; Huber, G.²

¹Klinik Roseneck, Priem am Chiemsee

²ISSW Universität Heidelberg

Ausgangssituation: Körperliche- und sportliche Aktivitäten sind feste Bestandteile der Adipositasbehandlung. Innerhalb von Therapieprogrammen zur Adipositasbehandlung spielen aber neben konkreten Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Bewegung und Kalorienreduktion) zunehmend auch das Erlernen eines präventiven Gesundheitsverhaltens, psychosoziale Kompetenzen, Körperbewusstsein, positives Selbstvertrauen und die Einbettung in ein soziales Beziehungsgefüge eine Rolle (BROWNELL 1995, HUBER u. SCHÜLE 2000). Die vorliegende Studie geht der Frage nach, ob ein solches psychoedukatives Bewegungsprogramm einem Fitness in seinen Effekte überlegen ist.

Untersuchung und Methode: Eine kontrollierte Studie im Design eines Zwei-Gruppen-Vergleichs wurde gewählt um 58 Probandinnen und Probanden mit Adipositas (BMI > 35) zu untersuchen. 30 Personen mit Übergewicht wurden mit einem ambulanten psychoedukativen bewegungstherapeutischen Programm behandelt, während 28 Teilnehmer über den gleichen Behandlungszeitraum an einem Fitnesskurs teilnahmen. Die 58 Patientinnen und Patienten wurden systematisch 4 Wochen vor Kursbeginn, bei Kursbeginn, 8 Wochen bei Kursende und 6 Monate nach Kursende bzgl. des Gewichts, der Körperzusammensetzung (Bioimpedance), der aeroben Ausdauer (fahrradergometrische Belastungsuntersuchung nach dem WHO-Schema und Walking Test), der sportmotorischen Fähigkeiten Koordination und Kraft (BKT- Kur, Krafttest), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36), der Körpererfahrung (FKKS), der Depressivität (BDI) der Akzeptanz der Behandlungsform (DFBT) und des Bewegungsverhaltens (SFGS) untersucht.

Ergebnisse: Da die Datenauswertung noch nicht abgeschlossen ist, werden einige Aspekte der Auswertung hypothetisch formuliert.

Die Teilnehmer beider Gruppen reduzierten ihr Körpergewicht im Behandlungszeitraum signifikant.

Bezüglich der sportmotorischen Parameter kam es in beiden Gruppen zu einer Leistungssteigerung.

Die Depressivität nahm nur bei den Teilnehmern mit pathologischen Ausgangswerten signifikant ab.
Die Akzeptanz des bewegungstherapeutischen Intervention war bei den Patienten extrem hoch.
Die Patienten beider Gruppen zeigten eine sehr hohe Compliance.

Im Vortrag wird auf den Aspekt der Gruppenunterschiede, die bezüglich der Psychopathologie abzeichnen nach Beendigung der statistischen Berechnungen eingegangen.

Diskussion und Ausblick: Die Studie weist auf eine therapeutische Relevanz bewegungstherapeutischer Inhalte für Menschen mit Adipositas hin. Und geht der Frage nach der Bedeutung und der Effektivität verschiedener Inhaltskomponenten nach.