

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar

Adhärenz der Psychotherapeuten im Rahmen einer neu entwickelten, manualisierten Kurztherapie: Zusammenhang mit Patientenmerkmalen und Therapieergebnissen

Marianne B. F. Haack

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender:

Univ.- Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.- Prof. Dr. P. Henningsen
2. apl. Prof. Dr. P. Herschbach

Die Dissertation wurde am 02.03.2010 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 15.12.2010 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
1.1 Einführung in die Fragestellung.....	5
1.2 Definitionen, Klassifikationen und Diagnostik somatoformer Störungen	5
1.3 Ätiopathogenese somatoformer Störungen.....	9
1.4 Epidemiologie somatoformer Störungen	12
1.5 Aktuelle Problematik somatoformer Störungen auf individueller, interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene.....	15
1.6 Chronischer Schmerz und anhaltende somatoforme Schmerzstörung	17
1.7 Therapie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung	18
1.8 Psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen, status quo..	19
1.9 Übersicht über die aktuelle Studienlage zur Psychotherapie somatoformer Störungen.....	21
1.10 Therapieformen.....	22
1.11 Kurzzeittherapie	26
1.12 Manuale in der Psychotherapie.....	27
1.13 Adhärenz.....	30
1.14 Eigene Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit.....	32
2 Methoden	34
2.1 Studiendesign	34
2.2 Therapeuten.....	35
2.3 Sampling Design	35
2.4 Instrumente	36
2.4.1 Instrumente zur Erhebung von Patientenmerkmalen.....	36
2.4.2 "PISO Adhärenz Rating Skala"	40
2.4.3 Elemente der "PISO Adhärenz Rating Skala"	46
2.5 Rater	53
2.6 Ratings	53
2.7 Statistische Verfahren	54
3 Ergebnisse.....	57
3.1 Soziodemographie	57
3.2 Umsetzung der therapeutischen Elemente	58
3.2.1 "Allgemein erleichternde" Elemente.....	60
3.2.2 Psychodynamisch-interpersonelle Elemente	63

3.2.3	Störungsbezogene Elemente.....	67
3.2.4	Kognitions- und verhaltensorientierte Elemente	71
3.3	Korrelationen.....	74
3.3.1	Skaleninterkorrelationen	75
3.3.2	Korrelationen der Skalen mit Patientenmerkmale der psychischen / physischen Beeinträchtigung, erhoben mit SF 36, PHQ und Whiteley Index	77
3.3.3	Korrelationen der Skalen mit symptombezogenen Patienten- merkmalen, erhoben mit "SOMS"	79
3.3.4	Korrelationen der Skalen mit Patientenmerkmalen der subjektiven Krankheitsannahme, erhoben mit Illness perception questionnaire	81
3.3.5	Korrelationen der Skalen mit Outcome Parametern	84
4	Diskussion	86
4.1	Zielsetzung der Arbeit	86
4.1.1	Bedeutung der Adhärenz-Messung für die Psychotherapieforschung ...	86
4.1.2	Die Adhärenz beeinflussende Faktoren	87
4.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse.....	89
4.2.1	Diskussion der Ergebnisse aus der Häufigkeits- bzw. Intensitäts- messung therapeutischer Elemente.....	89
4.3	Diskussion der Zusammenhänge von Skalen therapeutischer Elemente mit Patientenmerkmalen.....	93
4.3.1	Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf den psychotherapeutischen Prozess.....	94
4.4	Diskussion der Zusammenhänge von Skalen therapeutischer Elemente mit den Therapieergebnissen.....	103
4.4.1	Einblick in die Debatte über Prozess-Outcome-Korrelationen	103
4.5	Schwierigkeiten bei der Bewertung	106
4.6	Limitationen.....	107
4.7	Ausblick.....	109
4.8	Zusammenfassung.....	110
5	Literaturverzeichnis	113
6	Danksagung.....	123
7	Lebenslauf	124
8	Anhang	126

Abkürzungsverzeichnis

CBT	Cognitive Behavioral Therapy; Kognitive Verhaltenstherapie
CSPRS	Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale; CS Psychotherapie Rating Skala
IPQ	Illness perception questionnaire; Fragebogen zu subjektiven Krankheitsannahmen
KSK	Körperliche Summenskala (Bestandteil des Fragebogens SF-36)
MUS	Medically unexplained symptoms; organisch nicht ausreichend erklärbare Symptome
PISO	Psychosomatische Intervention bei Patienten mit schmerzdominanter somatoformer Störung
PHQ	Patient health questionnaire; Gesundheitsfragebogen für Patienten
PSK	Psychische Summenskala (Bestandteil des Fragebogens SF-36)
SF-36	Short form 36; Kurzform 36, Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität
SOMS	Screening für somatoforme Störungen, Screening-Fragebogen
SPRS	Sheffield Psychotherapy Rating Scale; Sheffield Psychotherapie Rating Skala

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Fragestellung

In der modernen Psychotherapieforschung stellt die Nachweisbarkeit der Wirkung einer bestimmten Therapieform unter kontrollierten Forschungsbedingungen ein wesentliches Ziel dar [106]. Um nachhaltige Aussagen über die Wirksamkeit eines neuartigen Therapiekonzeptes treffen zu können, muss dieses zunächst genau definiert und beschrieben werden. Dies geschieht meist in Form von Therapie-Manualen, in welchen Prinzipien, Strategien und Vorgehensweisen festgelegt werden. Zudem muss überprüft werden, inwieweit die Therapeuten im Manual festgelegte Interventionen tatsächlich ausführen (Messung der „Adhärenz“, bzw. Manualtreue). Das Rating von Videoaufzeichnungen der Sitzungen mit Hilfe von geeigneten Instrumenten (Rating-Skalen) stellt hierfür eine gute Möglichkeit dar.

Gegenstand dieser Arbeit ist die Erfassung der Adhärenz der Therapeuten im Rahmen der PISO-Studie, welche die Wirksamkeit einer manualisierten, psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeittherapie bei Patienten mit schmerzdominanter somatoformer Störung untersucht. Die Adhärenz-Messung soll anhand einer hierfür entwickelten adäquaten Rating Skala durchgeführt werden. Zudem soll untersucht werden, ob die Umsetzung der therapeutischen Interventionen mit verschiedenen Patientenmerkmalen zusammenhängt und inwieweit Zusammenhänge zwischen Interventionen und Therapieergebnis bestehen.

1.2 Definitionen, Klassifikationen und Diagnostik somatoformer Störungen

In der Literatur werden Begriffe aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen oft uneinheitlich verwendet, die inhaltliche Begriffsdefinition fehlt trotz dieser Unklarheit häufig. In den folgenden Abschnitten werden Definitionen für die wichtigsten Bezeichnungen gegeben. Auch Inhalte der in unserem Sprachraum meist verwendeten ICD-10 Klassifikation der somatoformen Störungen werden erläutert.

Definitionen

Sowohl Querschnittsstudien der Bevölkerung als auch Studien der medizinischen Erstversorgung ergaben, dass mindestens ein Drittel aller körperlichen Symptome organisch nicht erklärt werden kann [97].

Diese Beschwerden werden im englischen Sprachraum häufig als **MUS** („medically unexplained symptoms“ - medizinisch nicht ausreichend erklärbare Symptome) bezeichnet. Im Gegensatz zu den im Folgenden erklärten Begriffen sind MUS durch keinerlei andere Kriterien wie z.B. Dauer oder Intensität der Beschwerden definiert. Die Bezeichnung „medically unexplained symptoms“ ist als deskriptiver Oberbegriff zu verstehen, der keine Aussage über den Krankheitswert der Beschwerden oder

die Erkrankungsschwere macht. Henningsen et al [73] kritisieren an dieser Bezeichnung, dass „nicht ausreichend erklärbar“ schwer zu definieren sei und durch den Begriff MUS außerdem impliziert würde, dass Erklärungen, die psychosoziale und kulturelle Faktoren mit einbeziehen, nicht als zur Medizin gehörig betrachtet werden.

Der Begriff der **Somatisierung** wird von Experten noch immer kontrovers diskutiert. Es existieren mehrere Definitionen, die jedoch als Teilaspekte eines Ganzen aufgefasst werden sollten [69]. Im US-amerikanischen Sprachgebrauch versteht man unter „somatization“ lediglich das Erfahren physischer Symptome, die nach angemessener Untersuchung medizinisch nicht ausreichend erklärt werden können, ähnlich wie die MUS. Andere Definitionen beinhalten darüber hinaus auch das damit einhergehende somatische Erklärungsmodell der Patienten sowie die qualitativ und quantitativ veränderte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Die 1988 von Lipowski [113] geprägte Definition der Somatisierung als körperliche Antwort auf psycho-soziale Belastungen analog zur Konversion hat heute vorwiegend historische Bedeutung [101]. Somatisierung ist durch unterschiedliche pathogenetische Bedingungen verursacht und tritt in verschiedenen Krankheitsgruppen auf. Bei den somatoformen Störungen ist sie jedoch von besonderer Bedeutung [142].

Klassifikation und Diagnostik in Anlehnung an die ICD-10

Die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) ist ein weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem, welches von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und regelmäßig aktualisiert wird. Bei der ICD-10 handelt es sich um die aktuelle Version. Einzelne Psychische Störungen werden in einem eigenen Kapitel beschrieben und gegen andere Krankheitsbilder abgegrenzt [38].

Die Bezeichnung „**Somatoforme Störung**“ **ICD-10 F45** dient als Oberbegriff für eine Reihe unterschiedlicher Krankheitsbilder, die in ihrer Phänomenologie, ihren Entstehungsbedingungen und ihrem Verlauf sehr heterogen sind [142].

Gemeinsam ist ihnen per Definition jedoch die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Liegen somatische Störungen vor, erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innere Beteiligung des Patienten [38].

Die ICD-10 unterscheidet innerhalb der somatoformen Störungen fünf große Störungsbilder: Die **Somatisierungsstörung** ist charakterisiert durch „multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des

Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden.“ [38]

Diese äußerst schwere und beeinträchtigende Erkrankung tritt in ihrem Vollbild in der Bevölkerung relativ selten auf (Prävalenz unter 1%) vgl. z.B. [88], [45], [58].

Deutlich häufiger finden sich Krankheitsbilder, die nicht alle der oben genannten Kriterien der Somatisierungsstörung erfüllen. Diese werden der Kategorie der **Undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1** zugeordnet, welche aufgrund ihrer weit gefassten Einschlusskriterien häufig als Sammelkategorie [69] bezeichnet wird und wenig aussagekräftig ist. Um die Diagnose der undifferenzierten Somatisierungsstörung stellen zu können, müssen laut ICD-10 lediglich „zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige Beschwerden“ vorhanden sein, das vollständige klinische Bild einer Somatisierungsstörung jedoch darf nicht erfüllt sein. Die Einführung dieser Untergruppe in die DSM-IV führte zu einem sprunghaften Anstieg der Patientengruppe in der Kategorie der somatoformen Störungen [120].

Patienten mit einer **Hypochondrischen Störung F45.2** wurden nicht in die hier vorgestellte Studie aufgenommen, da sie angstspezifischen Therapieformen gut zugänglich sind. Bei dieser Patientengruppe dominiert „die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von dem betreffenden Patienten oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit ist meist nur auf ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert.“ [38] Im Vordergrund steht hier die Angst vor Krankheit und weniger die vorhandenen körperlichen Beschwerden.

Bei der **Somatoformen Autonomen Funktionsstörung F45.3** werden die Symptome vom Patienten so geschildert, „als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Organs oder eines Systems, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des kardiovaskulären, des gastrointestinalen, des respiratorischen oder des urogenitalen Systems. Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen. Die erste Gruppe umfasst Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. Die zweite Gruppe beinhaltet subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.“ [38]

Die vorherrschende Beschwerde der **Anhaltenden Somatoformen Schmerzstörung F45.4** ist ein „andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als

entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte Inanspruchnahme persönlicher oder medizinischer Hilfe und Unterstützung. Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden.“ [38]

Diese Klassifizierung und auch die DSM-IV (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welche zwei weitere Kategorien den somatoformen Störungen zuordnet (Dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung, Konversionsstörung) [3], werden sehr kontrovers diskutiert.

In den Leitlinien zu somatoformen Störungen [69] zählen die Autoren wegen großer inhaltlicher Nähe die Neurasthenie (F48.0, vergleichbar mit dem Chronic Fatigue Syndrom), sowie (wie auch bei DSM-IV) die Dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung (F44.4-7) zu den somatoformen Störungen. Die in der ICD-10 Klassifikation nicht beschriebenen „Umweltbezogenen Körperbeschwerden“ werden hier ebenfalls den somatoformen Störungen zugeordnet.

Im Vorfeld der Entwicklung der DSM-V wurde von umfassenden Verbesserungen [132] bis hin zur kompletten Abschaffung der somatoformen Störung als eigene Kategorie [120], [159] vieles angeregt. Drei Konzepte werden hier exemplarisch benannt:

- Escobar schlug 1989 die Bezeichnung „abridged somatization disorder“ vor [46] und nannte die bestehenden Klassifikationen 1998 willkürlich und unzuverlässig [45].
- Rief [133] plädierte für das Konzept der „polysymptomatischen somatoformen Störung“.
- Als Antwort auf die oft kritisierte „Diagnostische Lücke“ [69] zwischen der seltenen, schweren Somatisierungsstörung und der häufigen, aber wenig aussagekräftigen Undifferenzierten Somatoformen Störung entwickelte Kroenke 1997 die diagnostische Kategorie "**Multisomatoforme Störung**" als Alternative zur Undifferenzierten Somatoformen Störung. Dieses Konzept hat sich in der Klinik bewährt [103] und fand bereits in verschiedenen Studien, z.B. in der WHO-Studie von 1999 [150] Anwendung. Da auch in der PISO-Studie mit dieser diagnostischen Kategorie gearbeitet wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Eckpunkte genannt werden.

Diagnostisch grenzen folgende Kriterien die Multisomatoforme Störung von anderen Störungsbildern dieses Bereiches ab:

- Drei oder mehr somatoforme Symptome, die zum Zeitpunkt der Diagnosestellung oder im letzten Monat bestehen
- Die Bezeichnung „somatoformes Symptom“ setzt voraus, dass eines der folgenden Kriterien zutrifft:
 - Nach angemessen gründlicher Untersuchung kann das Symptom nicht ausreichend durch die direkte physiologische Folge eines bekannten allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktors oder einer Substanz (z.B. Drogen, Medikamente) erklärt werden.

- Falls ein allgemeiner medizinischer Krankheitsfaktor vorliegt, sind die körperlichen Beschwerden oder die soziale oder berufliche Beeinträchtigung inadäquat stark in Anbetracht der Vorgeschichte, der körperlichen Untersuchungen oder der Laborbefunde.
- Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.
- Die Person hat über mindestens zwei Jahre ein oder mehrere somatoforme Symptome an mehr als 50% der Tage, wobei sich die einzelnen Symptome ändern können.
- Es darf weder das Vollbild einer Somatisierungsstörung vorliegen noch dürfen die Symptome Teil der diagnostischen Kriterien einer gegenwärtig vorhandenen psychischen Störung sein (z.B. Müdigkeit oder Schlaflosigkeit bei einem Patienten mit einer depressiven Störung oder Brustschmerz und Schwindel während einer Panikattacke bei einem Patienten mit Angststörung).
- Eine Simulation oder artifizielle Provokation des Symptoms besteht nicht.

Diese Kriterien dienen als diagnostische Grundlage zur Selektion der Patienten für die PISO-Studie, in deren Rahmen diese Arbeit entstand (PISO: „Psychosomatische Intervention bei Patienten mit schmerzdominanter somatoformer Störung“). Zusätzlich zu den von Kroenke festgelegten Kriterien für die Multisomatoforme Störung galt für die PISO-Studie, dass eines der drei somatoformen Symptome Schmerzdominanz aufweisen musste.

Im Gegensatz zu bisher durchgeführten Studien wird bei PISO also eine diagnostische Kategorie unabhängig vom speziellen Beschwerdetyp untersucht [70]. Somit wird ein übergreifendes Therapiekonzept vorgestellt, welches keine funktions- oder organspezifische (z.B. aus dem Bereich des Gastrointestinaltraktes, irritable bowel syndrome), sondern eine störungsspezifische Therapie beinhaltet und dadurch für Patienten mit unterschiedlicher Symptomatik geeignet ist.

1.3 Ätiopathogenese somatoformer Störungen

Die Entstehung somatoformer Störungen wird heute als komplexer, multifaktorieller Prozess angesehen, der verschiedenste prädisponierende Bedingungen sowie auslösende und aufrechterhaltende Faktoren berücksichtigt. Psychodynamische, lerntheoretische, familiendynamische, systemische, soziologische, psychophysiologische, neurobiologische und genetische Aspekte greifen hierbei ineinander [96]. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die verschiedenen Erklärungsmodelle gegeben werden. Der Übersicht wegen wird eine inhaltliche Einteilung der Modelle nach Überwiegen individueller, interaktioneller und soziokultureller Faktoren vorgenommen [69].

Individuelle Faktoren

In Bezug auf die individuelle Entwicklungsgeschichte der Patienten werden folgende persönlichkeits- und entwicklungspsychologische sowie psychogen-traumatologische Faktoren mit der Entstehung somatoformer Störungen assoziiert:

- Elternteile, die Somatisierung [31] und somatoformes Krankheitserleben mit inadäquater Nutzung des Gesundheitssystems aufzeigen [12]. Selbst das Erleben von häufiger Erkrankung der Eltern kann bei den Kindern zu Somatisieren im späteren Verlauf führen [81].
- Organisch nicht ausreichend erklärbare Beschwerden in der eigenen Kindheit [33], wie beispielsweise oft wiederkehrende Bauchschmerzen sind ebenfalls mit erhöhtem Vorliegen von MUS im Erwachsenenalter assoziiert [82].
- Traumatisierung in der Kindheit, vor allem körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch, sind assoziiert mit medizinisch nicht ausreichend erklärbaren Symptomen im Erwachsenenalter [114], (z.B. chronischer Unterleibsschmerz bei Frauen [167], [5]).
- In verschiedenen kontrollierten Studien konnten zudem Belastungen während der Kindheit von Patienten mit somatoformen Beschwerden eruiert werden, die sich primär auf eine emotionale Deprivation beziehen [40]. Waller et al [169] argumentieren, dass Missbrauch und Deprivation oft als Kumulativhandlungen im Rahmen einer insgesamt emotional ungenügenden Umwelt auftreten, welche die Ausprägung eines unsicheren Bindungsverhaltens begünstigt. Hiermit übereinstimmend postulieren auch Waldinger et al [166], dass bei Frauen Traumatisierung während der Kindheit unsichere Bindung fördert und somit den Grad an Somatisierung im Erwachsenenalter beeinflusst.
- Auch im Zusammenhang mit auffälligem Bindungsverhalten auftretende Grundkonflikte in der Regulation von Abhängigkeit und Autonomie werden als prädisponierende individuelle Faktoren angeführt [69].
- Diskutiert wird auch, ob bei somatoformen Patienten erhöhte Alexithymie-Werte vorliegen [30]. Alexithymie ist zu verstehen als Unfähigkeit, Gefühle zu erkennen und zu benennen. Waller und Scheidt [169] stellten fest, dass das Erleben chronisch fehlregulierter emotionaler Interaktionserfahrungen (die in einem Kontext wiederholten empathischen Versagens primärer Bindungsfiguren erfahren werden) zu grundlegenden Störungen u. a. im Affektsystem führen kann.
- Signifikante neurobiologische Veränderungen bei somatoformen Patienten wurden zwar bereits in mehreren Studien beschrieben (z.B. Rief et al., 2005 [131]), eine klare ätiopathogenetische Bedeutung konnte bisher jedoch nicht gezeigt werden.
- Als auslösende Faktoren können unter anderem organische Erkrankungen, Unfälle und Stress erzeugende Lebensereignisse fungieren [73].

Interaktionelle und soziokulturelle Aspekte

Auch interaktionelle, gesellschaftliche und ökonomische Aspekte werden mit der Ätiopathogenese somatoformer Störungen in Zusammenhang gebracht.

- Als interaktioneller Faktor steht vor allem die gestörte Arzt-Patient-Beziehung im Vordergrund. Sie ist häufig von beidseitiger Frustration und von Enttäuschung auf Seiten des Patienten geprägt.
Das Verhalten des behandelnden Arztes kann zu einer Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung der Erkrankung beitragen [127]. Nichterkennen psychischer Beschwerden, über das adäquate Maß hinausgehende Diagnostik und Therapie organischer Nebenfunde können die Chronifizierung und Fixierung des organischen Erklärungsmodells der Patienten begünstigen, was wiederum die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen fördert [95]. Qualitative Studien in Hausarztpraxen zeigten darüber hinaus, dass Ärzte psychosoziale Hinweise von Patienten mit organisch nicht ausreichenden Beschwerden nicht aufgriffen und ihrerseits „somatisierten“, indem sie weitere Diagnostik initialisierten, obwohl sie annahmen, dass den Beschwerden keine strukturelle Pathologie zugrunde lag [127], [138].
- Auch die stärker werdende ökonomische Ausrichtung vieler Ärzte - in Verbindung mit einem Abrechnungssystem, welches den Einsatz gerätemedizinischer Diagnostik belohnt - unterstützt unangemessenes Krankheitsverhalten der Patienten.
- Der „Kampf um Legitimität“ [72] medizinisch nicht ausreichend erklärbarer Befunde stellt einen wichtigen soziokulturellen Faktor dar: Betroffene erfahren oft, dass ihre Beschwerden von Seiten des medizinischen Fachpersonals wie auch der Gesellschaft abgetan und nicht als „legitime Erkrankung“ anerkannt werden. Als Folge werden wiederholt Anstrengungen unternommen, um diese offizielle medizinische Legitimierung zu erlangen, wie z.B. Anregung weiterer gerätemedizinischer Diagnostik oder Behandlung. Hierbei kommt es meist zu einer verstärkten Betonung der Beschwerden.
- Cassidy et al. [25] zeigten, dass auch die Struktur vieler westlicher Gesundheitssysteme inadäquates Krankheitsverhalten fördert. Der Umstand, als Versicherter (hier: in Kanada) Leistungen des Gesundheitssystems kostenlos in Anspruch nehmen zu können, geht in dieser Studie mit einem höherem Schweregrad und längerer Dauer der Beschwerden einher.
- Auslösende Faktoren können unter anderem Massenhysterie und Medienberichte über möglicherweise pathogene Umwelteinflüsse darstellen [73].

Den verschiedenen therapeutischen Ausrichtungen entsprechend, existieren zudem unterschiedliche theoretische Modelle der Ätiopathogenese somatoformer Störungen:

Der Tradition Franz Alexanders folgend wurden somatoforme Störungen im klassischen psychodynamischen Modell als psychophysiologische Folge unverarbeiteter intrapsychischer Affektspannungen angesehen. Empirisch konnte dieses Modell nicht bestätigt werden [141].

Als brauchbarer hat sich ein interpersonell angelegtes Modell erwiesen, in dem die Körperbeziehungsstörung als Folge eines gestörten Entwicklungsprozesses des emotionalen und körperlichen Selbstverständnisses unter Einfluss tragender Beziehungen eine zentrale Rolle spielt.

In der frühen Kindheit prägen sich vor allem Erfahrungen des Verstanden-Werdens und des Sich-verstehen-Könnens sowie des Beruhigt-Werdens und Sich-beruhigen-Könnens bezüglich körperlicher und emotionaler Abläufe ein.

Liegt in frühkindlichem Alter eine Störung der tragenden Beziehung vor (z.B. aufgrund psychischer Krankheit oder sozialer Notlage der Eltern), so kann dies unter anderem Störungen der körperlich-emotionale Wahrnehmung bzw. Verarbeitung zur Folge haben: Körperliche Missempfindungen und affektive Spannungszustände werden undifferenziert wahrgenommen und können durch eigenes adäquates Handeln nicht bewältigt werden, es liegt oft eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstberuhigung sowie inadäquates Hilfesuchverhalten vor. Die Unterstützung anderer führt nicht zur Besserung und oft kommt es zu inadäquaten Denkanstrengungen wie z.B. katastrophisierende Bewertung der Missempfindungen oder rein somatische Krankheitsüberzeugung. Diese können wiederum Angst auslösen, verstärkte Selbstaufmerksamkeit und Rückzug aus der Objektwelt bewirken.

Liegt eine solche Disposition zur somatoformen Symptombildung vor, können psychische Konfliktsituationen wie Verlusterfahrungen oder narzisstische Kränkungen zur Auslösung der körperlichen Symptome führen [141].

Die vom Patienten beschriebenen Körperbeschwerden werden in diesem Modell von Beginn an als ernstzunehmendes, zentrales Therapiethema wahrgenommen, psychische Konflikte werden eher „tangential“ [71], ergänzend eingeführt.

Das Modell der somatosensorischen Verstärkung [9] basiert auf lerntheoretischen Grundlagen. Es beschreibt (ursprünglich am Beispiel der Hypochondrie) den Aufschaukelungsprozess von erhöhtem Aufmerksamkeitsfokus auf körperliche Vorgänge und der dadurch bedingten verstärkten Wahrnehmung körperlicher Missempfindungen. Dies und die oft damit einhergehende katastrophisierende Bewertung tritt tatsächlich gehäuft bei somatoformen Patienten auf [134]. Erlernen normalisierender Bewertungsmuster und Modifizierung dysfunktionaler subjektiver Krankheitsannahmen nehmen neben der Arbeit an einem oftmals insgesamt negativen Selbstkonzept eine wichtige Rolle ein.

1.4 Epidemiologie somatoformer Störungen

Inzwischen ist aufgrund breiter Studienlage bekannt, dass es sich bei somatoformen Störungen um ein sehr häufiges Krankheitsbild handelt.

Studien untersuchten die Krankheitshäufigkeit sowohl in der Bevölkerung als auch in unterschiedlichen medizinischen Settings.

Allgemeinbevölkerung

Jacobi et al. [85] führten 2004 im Rahmen des „German National Health Interview

and Examination survey“ eine deutschlandweite Querschnittstudie (N= 4181) durch und berichteten, dass somatoforme Störungen nach Angststörungen und Depression die häufigste psychische Erkrankung darstellen (Lebenszeitprävalenz, d.h. das Auftreten der Erkrankung in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit, von ca. 13%).

Die Punktprävalenz (Anzahl der Kranken zum Zeitpunkt der Erhebung) somatoformer Störungen liegt in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls bei etwa 12% [149].

(MUS dagegen treten mit einer Prävalenz von bis zu 80% auf, wobei die Beschwerden nur selten eine Arztkonsultation zur Folge haben und meist innerhalb von ein bis zwei Wochen spontan abklingen.)

Medizinische Versorgung

Janca et al veröffentlichten 1999 [86] Ergebnisse einer internationalen WHO-Studie, durchgeführt in elf primärmedizinischen und internistischen Zentren, mit folgenden Prävalenzraten für somatoforme Störungen, aufgeschlüsselt nach Untergruppen der ICD-10: Somatisierungsstörung 1%, Undifferenzierte somatoforme Störung 7%, Anhaltende somatoforme Schmerzstörung 15%.

Zwischen 25% und 65% aller körperlichen Symptome in der ärztlichen Erstversorgung (Hausarzt) lassen sich organisch nicht ausreichend erklären [91], [8].

Für die großen Unterschiede der Prozentangaben verschiedener Studien werden vor allem die unterschiedlichen Klassifizierungskriterien verantwortlich gemacht. Kroenke et al. [97] untersuchten mehrere Studien und fanden Angaben von 20% bis 74% ([90], [99], [100], [118]). Sie bezeichneten aufgrund der Analyse dieser Veröffentlichungen und Ergebnissen eigener Studien eine Prävalenz somatoformer Störungen von ca. 33% in der Erstversorgung als realistisch. De Waal gibt 2004 eine wesentlich niedrigere Prävalenzrate von 16,1% in der Primäversorgung an [36].

Weitere Studien zeigten, dass Patienten mit organisch nicht ausreichend erklärbaren Symptomen (medically unexplained symptoms MUS) auch in verschiedenen medizinischen Fachbereichen sehr häufig vorkommen. Reid et al. z.B. untersuchten 2001 [130] in Großbritannien im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie 400 Patienten, die besonders oft fachärztliche Behandlung in Anspruch nahmen (frequent attenders). Diese Auswahl der Patientengruppe (ausschließlich frequent attenders) führt dazu, dass sich die Ergebnisse nicht auf die Prävalenz von MUS aller Klinikbesucher übertragen lassen. Dennoch ergaben sich aufschlussreiche Werte: Es zeigte sich beispielsweise, dass etwa die Hälfte aller gastroenterologischen und neurologischen Patienten und etwa je ein Drittel der kardiologischen, rheumatologischen und orthopädischen Patienten an MUS litten.

Zu ähnlichen Ergebnisse kam auch die Studie von Nimnuan 2001 [125]: 30–40% aller Patienten in der Neurologie und Gastroenterologie sowie bis 66% in der Gynäkologie zeigten eine somatoforme Symptomatik.

Da im Rahmen der PISO-Studie die diagnostischen Kriterien der „Multisomatoformen Störung“ nach Kroenke angewendet wurden, soll hier nochmals explizit auf deren Prävalenz eingegangen werden:

Jackson et al. fanden in einer 5-Jahres-Follow-up Studie 2008 [83] eine Punktprävalenz der Multisomatoformen Störung von 8% in einer Gruppe von 500 Personen, bei denen ein physisches Symptom vorlag. Dieses Ergebnis war vergleichbar mit der im Rahmen der PRIME-MD- Studie berichteten Rate [153], jedoch deutlich niedriger als die 19% Prävalenz, die in einer Studie über Somatisierung in der Erstversorgung berichtet worden war [37].

Frauen jüngeren Alters scheinen insgesamt häufiger betroffen [102],[75].

Wool und Barsky [176] äußern nach einer Analyse der geschlechtsspezifischen Prävalenzangaben zur Somatisierung in der Literatur der letzten 50 Jahre folgende mögliche Gründe für die erhöhte Rate bei Frauen:

- Größere Bereitschaft Unwohlsein zuzugeben und ärztliche Aufmerksamkeit zu suchen
- Höhere Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen, bei denen Somatisierung auftritt
- Höhere Inzidenz prädisponierender Faktoren wie körperlicher/sexueller Missbrauch
- Unterschiede in der Körperwahrnehmung, größerer Fokus auf den Körper als bei Männern

In den verschiedenen Kulturkreisen liegt ein teilweise unterschiedliches Verständnis des Konzeptes somatoformer Störungen vor [110].

Auch wurde beschrieben, dass Patienten in nicht-westlichen Kulturen oder Entwicklungsländern häufiger von somatischen Symptomen berichten und psychologische Symptome verschweigen [15], [93].

In epidemiologischen Untersuchungen zeigten sich jedoch keine transkulturellen Unterschiede in der Häufigkeit somatoformer Störungen [60], [26].

Komorbidität

Die Mehrheit der Patienten mit somatoformer Störung zeigt auf diagnostischer Ebene somatoform-depressiv-ängstliche Mischbilder mit Betonung des einen oder anderen Symptomanteils und Prägung durch das jeweilige (eher organische oder eher psychosoziale) Erklärungsmodell.

Angaben zu Komorbiditätsraten sind meist nach einzelnen somatoformen Diagnosen aufgeteilt, für die Somatisierungsstörung finden sich Angaben bis zu 100% psychiatrischer Komorbidität [47], depressiver Störung bis zu 90%, Angststörungen bis zu 70% [39]

Kroenke et al. [104] untersuchten den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einzelner somatoformer Beschwerden und Komorbidität von Angst und Depression und zeigten, dass die Rate mit der Anzahl der Beschwerden anstieg (ein bis zwei Symptome, ca.12% komorbider Angst oder Depression, bei neun oder mehr Symptomen über 60%).

Auch die Komorbidität für Persönlichkeitsstörungen ist bei somatoformen Störungen sehr hoch: Garyfallos [55] fanden 63%, Ebel et al. [39] berichteten in einer Übersichtsarbeit von bis zu 80% bei Vorliegen einer Somatisierungsstörung.

Es bleibt anzumerken, dass Rudolf und Henningsen [141] den Begriff „Komorbidität“ in Zusammenhang von somatoformen Störungen, Depression und Angststörungen als wenig hilfreich kritisieren. Sie postulieren, es handele sich nicht um das Zusammentreffen unterschiedlicher Krankheiten und daher sei mehrdimensionales Beschreibungsmodell mit den drei Grunddimensionen somatoforme Beschwerden, Depressivität und Angst mit im Zeitverlauf wechselnder Ausprägung für die Beschreibung angemessener. In einer Sekundärdimension solle das jeweilige Erklärungsmodell beschrieben werden [141].

1.5 Aktuelle Problematik somatoformer Störungen auf individueller, interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene

Das Management somatoformer Beschwerden gestaltet sich für den behandelnden Arzt oft als Herausforderung. Patienten mit einer Multisomatoformen Störung werden mit 10-fach erhöhter Wahrscheinlichkeit vom Arzt als „schwierige Patienten“ empfunden [65], [103]. Im englischen Sprachraum werden somatoforme Patienten von einigen Ärzten sogar als „heartsink“ oder „helpoholic“ [44] betitelt, was das Spannungsverhältnis widerspiegelt. Kommt eine psychische Komorbidität hinzu (s. h. Epidemiologie) so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit als „schwieriger Patient“ wahrgenommen zu werden, nochmals um das Dreifache. Die physischen Symptome somatoformer Patienten chronifizieren bei etwa einem Viertel der Patienten und werden therapie-refraktär. Patienten erleben oft einen erheblichen Leidensdruck und sind in den meisten Fällen unzufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung. (S. h. Ätiopathogenese: Arzt-Patient-Beziehung). Häufige Arztbesuche sowie Arztwechsel sind die Folge. Die übermäßige Inanspruchnahme diagnostischer Untersuchungen sowie vermehrte Krankenhausaufenthalte tragen dieser Patientengruppe die Bezeichnung „High utilizer“ ein.

Diese verstärkte Nutzung des Gesundheitssystems führt zu enormen Mehrkosten: Somatoforme Patienten verursachen im Durchschnitt das Doppelte an jährlichen Kosten im Vergleich zu nicht somatoformen Patienten. Smith et al. [151] sprechen von neun-fachen Kosten in der medizinischen Erstversorgung.

Weitere Kosten entstehen durch die erhöhte Anzahl an Krankheitstagen und den dadurch bedingten Arbeitsausfall. Spritzer et al. [152] berichteten von einem Vierfachen an Fehltagen von somatoformen Patienten im Vergleich zu Patienten der Primärversorgung ohne diese Erkrankung. Auch sinkt die Rate an Erwerbstätigkeiten im Verlauf des Berufslebens signifikant stärker bei somatoformen Patienten verglichen mit Patienten, die entweder keine oder andere psychische Erkrankungen hatten [160].

Somit stellt der Patient durch seine inadäquate Nutzung des Gesundheitssystems wie auch durch den Ausfall seiner Arbeitskraft aufgrund der starken funktionellen Beeinträchtigung einen erheblichen Kostenfaktor dar.

Neben den beschriebenen Schwierigkeiten im Gesundheitssystem und dem

ökonomischen Aspekt stellt vor allem auch die persönliche Notlage der Patienten einen entscheidenden Relevanzfaktor dar:

Eine Überweisung zu psychologischer oder psychiatrischer Behandlung wird von Patienten oft als stigmatisierend empfunden und auch aufgrund des meist rein organischen Erklärungsmodells nur selten angenommen. So zeigten Scheidt et al. [143] in einer Untersuchung psychotherapeutischer Fachpraxen, dass Patienten mit der Hauptdiagnose einer somatoformen Störung dort völlig unterrepräsentiert sind. Viele Patienten leiden unter der Vorstellung ihre Schmerzen würden nicht ernst genommen oder als eingebildet abgetan und empfinden die über das Physische hinausgehende oder gar rein psychische Ursachenvorstellung des behandelnden Arztes/Therapeuten als Affront.

Auch die in der Gesellschaft teilweise noch immer vorherrschenden Meinung, „psychosomatisch“ sei gleichbedeutend mit „eingebildet“ oder „erfunden“, erschwert den Patienten die Annahme einer solchen Diagnose. Sogar eine abwertende, herabsetzende Bedeutung erlangten die Ausdrücke „psychosomatisch“ und „funktionell“ laut Looper und Kirmayer [115]. Stone beschreibt 2002 [157] in seiner Arbeit „What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The ‘number needed to offend’“, dass viele Patienten sich durch die Bezeichnung ihrer Beschwerden als „funktionell“ jedoch weniger angegriffen fühlen als durch den Terminus „MUS“. (To offend = angreifen, emotional verletzen).

Patienten erleben es als frustrierend, dass ihre eigene Erfahrung physisch krank zu sein von anderen nicht bestätigt wird. Das Kranksein wird als von anderen nicht anerkannt bzw. legitimiert erlebt, vor allem das Absprechen organischer Symptomursachen von ärztlicher Seite wird im oftmals rigiden „Entweder- oder“ -Modell des Patienten als Entzug der medizinischen Rechtfertigung der Beschwerden erlebt. Henningsen und Priebe [72] führen viele Interaktionsschwierigkeiten vor allem in der Arzt-Patient-Beziehung auf diesen „Kampf um Legitimität“ zurück.

Findet der Patient schließlich seinen Weg in eine psychotherapeutische Behandlung, so ergeben sich auch in diesem Setting häufig Schwierigkeiten, denn oft stellt bereits die Anfangsphase einen mühsamen Prozess für beide Seiten dar, der Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses gestaltet sich häufig als anspruchsvoll. Somatoforme Patienten sind initial oft schwer motivierbar und versprechen im Gegensatz zu Patienten mit primär psychischer Beschwerdesymptomatik meist keine schnellen, eindrucksvollen Therapieerfolge. Psychosomatisch Patienten werden daher auch als „ungeliebte Kinder“ der Psychotherapeuten bezeichnet [139].

Zusammenfassend besteht aufgrund ökonomischer, aber auch medizinisch-ethischer Gründe eine große Dringlichkeit, die momentane Versorgungslage der großen Gruppe somatoformer Patienten in der Bevölkerung zu verbessern. Dies kann durch eine verbesserte psychosomatische Grundversorgung in der Primärmedizin [11], eine bessere Zusammenarbeit dieser ersten Anlaufstellen mit fachpsychotherapeutischen Spezialisten, sowie durch störungsspezifische, empirisch gesicherte Interventionskonzepte auf therapeutischer Ebene gewährleistet werden.

1.6 Chronischer Schmerz und anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ist eine spezifische Form chronischer Schmerzen. Im Folgenden werden Prävalenz, Definition und damit zusammenhängende Schwierigkeiten in der Diagnostik dargelegt. Auf aktuelle Behandlungsmöglichkeiten der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird kurz eingegangen.

Prävalenz

Schmerz ist einer der häufigsten Gründe, weswegen Patienten ärztlichen Rat suchen. Typischerweise gehen Symptome, die länger als 6 Monate anhalten, mit langem Persistieren der Beschwerden, zahlreichen Krankheitsfehltagen, Einschränkungen im Alltag sowie Minderung der Lebensqualität einher.

Die Prävalenz von chronischen Schmerzen (die folgenden Zahlen betreffen chronische Schmerzen allgemein) wie Rücken-, Gelenks- oder Kopfschmerzen liegt in der erwachsenen Bevölkerung bei bis zu 50% [43], für die Gesamtbevölkerung werden etwas niedrigere Raten angegeben [165].

Bezüglich der Prävalenz der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung finden sich in verschiedenen Veröffentlichungen sehr inhomogene Angaben (0,3 - 45%). Die Mehrzahl dieser Studien untersuchte die Prävalenz der psychogenen Schmerzstörung (nach DSM-III) in Populationen mit chronischem Schmerz aus Schmerzzambulanzen oder psychiatrischen Ambulanzen [69]. In einem bundesdeutschen Gesundheits-Survey 1998 fanden Wittchen et al. [175] in der Gesamtbevölkerung eine Ein-Jahresprävalenz der somatoformen Schmerzstörung von 8,14% und eine Lebenszeitprävalenz von 12,74%, wobei die Häufigkeit bei Frauen etwa doppelt so hoch war wie bei Männern.

Unter den somatoformen Störungen sind Schmerzen weltweit das verbreitetste Beschwerdebild, wobei sie je nach Anzahl, Lokalisation und Muster nicht nur der "Anhaltenden Somatoformen Störung", sondern anderen somatoformen Diagnosekategorien zuzuordnen sind [71].

Definition und Diagnostik

Um der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 zugeordnet zu werden, muß die vorherrschende Beschwerde ein anhaltender, schwerer und quälender Schmerz sein, der durch organische Befunde nicht ausreichend erklärbar ist. Zudem muss den Schmerzen ein emotionaler Konflikt oder eine psychosoziale Problematik zugrunde liegen [38].

Die letzten beiden Kriterien festzustellen bzw. auszuschließen bereitet in der praktischen Umsetzung erhebliche Probleme. Die Symptome vieler Patienten mit chronischen Schmerzen werden durch zentralnervöse bzw. psychologische Prozesse hervorgerufen bzw. aufrechterhalten und können durch rein biomedizinische Erklärungsmodelle nicht ausreichend begründet werden [137]. In einer Untersuchung von Patienten mit organisch verursachten chronischen Schmerzen konnte gezeigt

werden, dass Gedanken, Gefühle und Verhalten deutlich zur Veränderung der Symptomatik beitragen [137]. Auch psychosoziale Faktoren wie beispielsweise die Angst vor Schmerzen oder Unzufriedenheit am Arbeitsplatz können die Symptomatik stark beeinflussen [162]. Zu entscheiden wann psychosoziale Probleme oder emotionale Konflikte ursächlich (wie in der ICD-10 Definition der somatoformen Schmerzstörung gefordert) und wann lediglich als aufrechterhaltende oder verstärkende Faktor wirken, kann im Einzelfall sehr schwierig sein.

Auch das Kriterium "nicht ausreichend durch organische Befunde erklärbar" bringt diagnostische Schwierigkeiten mit sich: Der Zusammenhang zwischen dem medizinischen Befund und der tatsächlichen Einschränkung der Patienten ist auch bei Patienten mit nicht somatoformen chronischen Schmerzen häufig gering und es können Beschwerden vorliegen, die dem organischen Befund in ihrer Ausprägung nicht entsprechen [87],[173].

Kritiker der ICD-10 Kriterien für "Anhaltende somatoforme Schmerzstörung" bemerkten, dass eine ausschließlich psychologische Schmerzursache genauso insuffizient sei wie das rein biomedizinische Erklärungsmodell. Ein Expertengremium schlug 2008 vor, eine weitere Schmerzdiagnose in den Bereich psychischer Erkrankungen (F) der ICD-10 einzuführen: "pain disorder with somatic and psychological factors" [137]. Somit wäre die "wenig sinnvolle, strikt dichotome Unterscheidung" [16] aufgehoben.

In der im englischsprachigen Raum üblichen DSM-IV Klassifikation wurde dies bereits in der Umbenennung von "psychogen/somatoformer Schmerzstörung" zur allgemeineren Bezeichnung "pain disorder" also "Schmerzstörung" berücksichtigt. Auch muss in dieser Klassifikation der emotionaler Konflikt nicht mehr ursächlich sein, sondern lediglich eine "allgemein wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad, Verschlimmerung, Aufrechterhaltung der Schmerzen" [3] spielen. Allerdings werden vor allem auch in der englischsprachigen Literatur verschiedenste Begriffe zur Beschreibung der somatoformen Schmerzstörung verwendet, z.B. benign chronic pain, idiopathic pain disorder etc.

(Die Anwendung unterschiedlicher Nomenklatur in der Literatur sowie die Schwierigkeiten in der diagnostischen Zuteilung tragen zu den unterschiedlichen Prävalenzangaben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei.)

1.7 Therapie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

Bei der Therapie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung muss unterschieden werden zwischen pharmakologischen und psychotherapeutischen Verfahren. In der medikamentösen Behandlung stehen Analgetika (Schmerzmittel) und Psychopharmaka im Vordergrund. Rein analgetische Behandlung bringt Patienten mit anhaltend somatoformer Schmerzstörung selten langfristige Beschwerdelinderung. Stellen sich Patienten bereits mit einer analgetischen Vormedikation vor, so ist diese evtl. in Zusammenarbeit mit speziellen

Schmerzzentren zu optimieren (Einnahme nach Schema, nicht nach Bedarf), wobei opiathaltige Analgetika stufenweise abgesetzt werden sollten. Unter den Psychopharmaka gilt vor allem die Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva als gesichert [49], die Studienlage zur Langzeitwirkung ist jedoch unbefriedigend.

Psychotherapeutische Ansätze sind derzeit die empirisch am besten abgesicherten Behandlungsmethoden [164] und sollten sich konzeptuell an den Leitlinien für Somatoforme Störungen [69] orientieren, welche im folgenden Kapitel ausführlich vorgestellt werden. Henningsen und Martin [71] betonen, dass es angesichts der beschriebenen Unsicherheiten in der diagnostischen Kategorisierung wichtig sei, unter Patienten mit chronischen Schmerzen diejenige Patientengruppen zu identifizieren, bei denen über allgemeine Schmerzbewältigungsprogramme hinaus weiterreichende Psychotherapie eingesetzt werden sollte. Diese Identifizierung sollte dimensional, anhand des Beschwerdemusters, der Schmerzbeschreibung, der Ursachenüberzeugung, des Krankheitsverhaltens sowie biografischer und persönlicher Aspekte der Patienten erfolgen. Ein Großteil der PISO-Patienten konnte in Zusammenarbeit mit Schmerzambulanzen auf diese Weise identifiziert werden.

1.8 Psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen, status quo

Im Folgenden werden die aktuellen Behandlungsrichtlinien für Patienten mit somatoformen Störungen vorgestellt.

Handlungsempfehlungen in der ambulanten und stationären Primärversorgung

Aufgrund der hohen Prävalenz somatoformer Störungen in der medizinischen Erstversorgung sowie der besonderen Bedeutung, die dem ärztlichen Verhalten bezüglich des Verlaufs somatoformer Störungen zukommt, ist es besonders wichtig, dass auch hier eine psychosomatische Grundversorgung gewährleistet ist. Hierfür liegen Handlungsempfehlungen bei AWMF online [68] vor. Ergänzende Informationen finden sich in den Arbeiten von Rief et al. [136] und Benedikt et al [11], die sich mit Früherkennung und Behandlung somatoformer Störungen in der Allgemeinmedizin befassen. Da der Schwerpunkt dieser Arbeit jedoch auf der psychotherapeutischen Behandlung somatoformer Beschwerden im Rahmen der ambulanten Fachpsychotherapie liegt, wird auf die Handlungsempfehlungen in der Primärversorgung hier nicht näher eingegangen.

Handlungsempfehlungen in der ambulanten Fachpsychotherapie

In den „Leitlinien und Quellentexten“ von Henningsen et al. [68] finden sich psychotherapeutischen Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit somatoformen Patienten. Das für die PISO-Studie erstellte Manual basiert inhaltlich unter anderem auf diesen Leitlinien. (Schwerpunkte und Besonderheiten des PISO-Manuals werden im Kapitel 1.12 „Manuale in der Psychotherapie“ ausführlich beschrieben.)

Bezüglich der Diagnostik heißt es in den Leitlinien, dass dem Patienten ausreichend Zeit eingeräumt werden sollte, seine Beschwerden und die medizinische

Vorgeschichte zu schildern. Unterformen somatoformer Störungen sollten diagnostiziert und psychopathologische/ psychotherapeutische Differentialdiagnose erstellt werden. Eine Erhebung der biographischen Anamnese inkl. Traumatisierungen mit dem Ziel, ein Verständnis der psychischen Entwicklung des Patienten zu gewinnen, sollte stattfinden. Ggf. können zu diagnostischen Zwecken auch Fremdanamnese (Einbeziehung der Angehörigen) und die Nutzung testpsychologischer Instrumente eingesetzt werden, z.B. SOMS als Screening-Instrument, oder weniger ausführlich die Unterskala PHQ-15. (Beide Instrumente wurden bei Patienten der PISO-Studie eingesetzt.) Kann keine Indikation zur Psychotherapie gestellt werden oder besteht keine Motivation von Seiten des Patienten, sollte der Therapeut ein niedrigschwelliges Angebot erneuter Kontaktaufnahme aussprechen [68].

Allgemein und unabhängig von der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung gelten folgende Grundsätze in der **Psychotherapie somatoformer Störungen**:

Patienten muss der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung durch eine Anpassung des Behandlungskonzepts an ihre speziellen Schwierigkeiten und Bedürfnisse erleichtert werden, ein störungsspezifischer Ansatz ist hilfreich.

Die Erarbeitung und Aufrechterhaltung einer Motivation zur Psychotherapie kann längere Zeit in Anspruch nehmen und geht parallel zum langsamen Aufbau einer emotional tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung einher – sie ist nicht als "Bringschuld" des Patienten anzusehen, sondern als wichtiges erstes Therapieziel. [68] Weiterhin besteht der Konsensus, dass es besonders in der Initialphase wichtig ist eine akzeptierende und supportive Haltung einzunehmen, um ein stabiles Arbeitsbündnis zu erarbeiten. Psychologisierendes, deutendes oder konfrontatives Verhalten sollte vor allem in der Initialphase aktiv vermieden werden [71], stattdessen kommt der Vermittlung störungsspezifischer Informationen im Sinne psychoedukativer Aufklärung besondere Bedeutung zu. Hierbei sollte der Patient langsam von der rigiden Vorstellung „entweder legitime organische Krankheit oder „illegitime“ psychische Störung“ an ein „Sowohl-als-auch“-Modell herangeführt werden und so eine Erweiterung seines Erklärungsmodells erfahren [71].

Der Patient soll in seinem Kranksein begleitet und unterstützt werden, es soll ihm ermöglicht werden seine Symptome so zu bewältigen, dass sie ihre herausragende Bedeutung verlieren. Beschwerdelinderung ist ein eigenständiges und vor allem in der initialen Therapiephase vordringliches Behandlungsziel [68], der Akzent sollte jedoch bereits im Erstgespräch auf Beschwerdebewältigung statt auf Heilung gelegt werden [71]. Allgemein sollen wieder andere Lebensthemen, Schwierigkeiten, Befürchtungen, Hoffnungen und Ziele in den Vordergrund treten [68].

Wichtig ist auch die Kontaktaufnahme und enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt oder anderen behandelnden Fachärzten bzw. klinischen Einrichtungen. Dies ist notwendig, um ggf. unnötige oder schädigende Diagnostik bzw. Therapie zu verhindern und den beteiligten Ärzten Handlungsempfehlungen zu vermitteln. Gleichzeitig vermittelt diese Zusammenarbeit dem Patienten, dass entgegen seiner Erfahrungen der „Beziehungsstörung im Gesundheitswesen“ ein wertschätzender Umgang der Behandler untereinander und mit ihm möglich ist [71]. Die Grundzüge

der therapeutischen Zielsetzungen [71] sind schulenübergreifend ähnlich. Sie beinhalten unter anderem:

- Körperliche Missempfindungen und Krankheitszeichen unterscheiden lernen
- Das somatische Erklärungsmodell in psychosomatische Richtung erweitern
- Psychische Begriffe wie z.B. Belastung im Krankheitsverständnis einzuführen
- Mit körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen verantwortlich umgehen lernen
- Reduktion der Aufmerksamkeit für Körpervorgänge, Förderung des Interesses für die Umwelt
- Erreichung bestmöglicher Lebensqualität, auch bei Fortbestehen der Symptomatik
- Verhinderung von Chronifizierung und Selbstschädigung durch repetitive Diagnostik und riskante Therapien

Weitere Behandlungsziele, z.B. Veränderung im Erleben und im Umgang mit der eigenen Körperlichkeit und Förderung des Zugangs zu innerpsychischen Konflikten, hängen vom Behandlungsauftrag und der individuellen Problematik ab. Hierbei ist das Aufstellen und Durchsprechen eines zeitlich und bezüglich der Therapiemaßnahmen gestuften Behandlungsplans anzustreben [68].

1.9 Übersicht über die aktuelle Studienlage zur Psychotherapie somatoformer Störungen

In einer aktuellen Metaanalyse untersuchten Kroenke et al. [98] 34 randomisierte, kontrollierte Studien, die 1966 bis 2006 zur Psychotherapie somatoformer Störungen veröffentlicht worden waren. (Eine ausführlichere Tabellenübersicht findet sich als Auszug des Originaltextes von Kroenke im Anhang.) Die Studie zeigte, dass CBT in 11 von 13 Studien erfolgreich angewandt wurde, Antidepressiva in 4 von 5 Studien, andere Therapieformen (z.B. Konsultationsbrief an den Hausarzt) in 8 von 16 Studien. CBT stellt in dieser Metaanalyse somit die am besten etablierte Therapieform zur Behandlung somatoformer Störungen dar. Es muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass nur zwei Studien zu Nicht-CBT Therapieformen in die Metaanalyse eingeschlossen wurden, darunter keine Studie zur psychodynamischen Therapie, die in anderen Veröffentlichungen als wirksame Therapieform somatoformer Störungen beschrieben wurde [32],[63],[66].

Allen et al. [2] zeigten in einer Metaanalyse einige Jahre zuvor, dass die in der Literatur beschriebenen psychosozialen Interventionen zu messbaren, aber insgesamt nur geringen Verbesserungen führten, unabhängig von Psychotherapieform und Art der somatoformen Störung. Angemerkt werden muss hier, dass Allen et al. unterschiedlichste Therapieformen und Settings sowie verschiedene Arten und Ausprägungen von somatoformen Störungen einschlossen. Darunter befand sich nur eine Studie zu psychodynamischer Kurzzeittherapie, (Guthrie 1991 [63]) die deutliche Verbesserung der Patienten nach psychotherapeutischer Behandlung beschrieb, deren Studiendesign jedoch von Allen kritisiert wurde.

Henningsen et al untersuchten [69] verschiedene Behandlungsformen somatoformer Störungen hinsichtlich des wissenschaftlichen Evidenzgrades ihrer Wirksamkeit: Das Ergebnis zeigte für alle Behandlungsformen der Somatisierungsstörung und der undifferenzierten Somatisierungsstörung lediglich niedrige Grade an Evidenzbasierung (Niveaus „III“ bis „V“, d.h. „wahrscheinlich wirksam“ und „möglicherweise wirksam“)

Zusammenfassend kann man sagen, dass in verschiedenen Studien eine, wenn auch teilweise mäßige Wirksamkeit sowohl für kognitiv-behaviorale als auch für interpersonell-psychodynamische Therapieansätze gezeigt werden konnte. Ein störungsspezifischer, evidenzbasierter Therapieansatz zur Behandlung somatoformer Störungen liegt jedoch bisher nicht vor.

Agrund der Relevanz der Thematik wurden jedoch vielversprechende Forschungsprojekte initiiert. In der PISO-Studie beispielsweise wird ein evidenzbasierter, psychodynamisch orientierter Therapieansatz, der schulenübergreifend Elemente anderer Therapierichtungen integriert, in einem randomisierten, kontrollierten Setting auf seine Wirksamkeit untersucht.

1.10 Therapieformen

Das störungsorientierte Konzept der PISO-Studie integriert verschiedene therapeutische Techniken, die sich in der klinischen Erfahrung als hilfreich erwiesen haben, unabhängig davon welcher Orientierung sie entstammen. Die Therapieformen, denen die in der PISO-Studie eingesetzten Techniken im klassischen Schulenverständnis zugeordnet werden, werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Entspannungsverfahren

Zu den wissenschaftlich entwickelten Methoden zählen das autogene Training nach J.H. Schulz, die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, das Biofeedback-Verfahren sowie moderne Formen der Hypnose [122].

Im Rahmen der PISO-Studie wurde die progressive Muskelrelaxation angewandt. In dieser von Jacobsen um 1930 entwickelten Entspannungsmethode wird der Patient aufgefordert, nacheinander bestimmte Muskelpartien anzuspannen und später wieder zu entspannen. Nach und nach erstreckt sich die Entspannung so über den gesamten Körper.

Im PISO-Manual ist festgelegt, dass dieses Entspannungsverfahren dem Patienten unter Anleitung des Therapeuten mit Hilfe einer CD und gemeinsamer Einübung näher gebracht werden soll. Die eigenständige Anwendung soll angeregt und deren Durchführung erfragt werden.

Psychoedukation

Unter Psychoedukation versteht man systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, die Patienten über die jeweilige Erkrankung und verschiedene Therapiemöglichkeiten informieren. Das Krankheitsverständnis und ein positiver Umgang mit der Erkrankung sollen gefördert sowie die

Krankheitsbewältigung unterstützt werden [109]. Im Rahmen der PISO-Studie konnten die Therapeuten mit den Patienten Informationsmaterial besprechen, beispielsweise zum Thema natürlicher, möglicherweise fehlinterpretierter Körperreaktionen (z. B. Herzrasen, Pulsfrequenzsteigerung und Schweißausbrüche bei Angst durch Aktivierung des sympathischen Nervensystems). Mögliche bio-psycho-soziale Ursachen von Beschwerden (psychische Anspannung führt zu verkrampfter Haltung vor allem im Schulter-Nackengebiet mit schmerzhaften Verspannungen und Kopfschmerzen als Folge) dienen zur Erweiterung des Erklärungsmodells der Patienten.

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie dient als Oberbegriff für ein breites Spektrum von Behandlungsverfahren, unter anderem die kognitiv-behaviorale Therapie. Nach Margraf [116] ist den verschiedenen Behandlungsverfahren jedoch Folgendes gemeinsam: Prädisponierende, auslösende oder aufrechterhaltende Krankheitsfaktoren dienen in der Verhaltenstherapie als Ansatzpunkt, der Therapeut leistet gegenwartsbezogen „Hilfe zur Selbsthilfe“ und geht ziel- und handlungsorientiert vor. Die Behandlung, deren Dauer meist im Bereich von Monaten liegt, wird transparent gestaltet, d.h. der Patient wird umfassend aufgeklärt und informiert.

Als theoretische Basis dienen die klassische Konditionierung, die instrumentelle oder operante Konditionierung und das Modelllernen. Krankhaftes Verhalten wird als falsch erlerntes Verhalten verstanden und ein „Um- oder Neulernen“ wird angestrebt. Eine konkrete Therapieplanung erfolgt nach Beschreibung des Problems anhand von Problem- und Verhaltensanalysen. Ein hohes Maß an psycho-educativer Aktivität des Therapeuten sowie aktive Mitarbeit des Patienten (z.B. Hausaufgaben) sind essentielle Elemente der Verhaltenstherapie.

In der kognitiven Therapie kommen gedankliche Übungen hinzu, welche inadäquaten, pathogenen Denkmustern entgegenwirken und eine realitätsnähere Neuinterpretation und Bewertung ermöglichen sollen [122].

Wichtige Verfahren der Verhaltenstherapie, die auch im Rahmen der PISO-Studie zur Anwendung kommen, sind beispielsweise

- der Aufbau von Kompetenzen („Skill-Training“), d.h. das Training von Fertigkeiten, beispielsweise der gezielte Aufbau angenehmer Tätigkeiten und das Erlernen von Genussfähigkeit.
- die Förderung der Selbstbeobachtung durch Anwendung eines Schmerztagebuchs, das in Form von täglichen Eintragungen die aktive Beteiligung des Patienten erfordert (Hausaufgaben).

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (dynamische Psychotherapie)

Die Grundannahmen der klassischen Psychoanalyse gelten auch für diese modifizierte Form. Während die klassische Analyse jedoch eine strukturelle Änderung der Persönlichkeit anstrebt, zielt die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf die Bearbeitung eines umschriebenen, bewusstseinsnahen Konfliktes ab [122]. Der Therapeut übernimmt eine aktivere und häufiger intervenierende Rolle. Die auf höchstens 100 Sitzungen beschränkte Therapie soll so

eine realitätsbezogene Aufarbeitung aktueller neurotischer Konflikte ermöglichen. Die psychodynamische therapeutische Haltung, die aus diesem Erklärungsmodell der frühkindlichen Beziehungsstörung resultiert (s. h. 2.2.3. Ätiopathogenese), ähnelt dem anstrebenswerten Verhalten einer frühen Bezugsperson: Supportive Elemente stehen im Vordergrund. Im therapeutischen Konzept der PISO-Studie so z.B. die geduldig- interessierte Annahme der Symptomklage, die begleitend-unterstützende und annehmende Grundhaltung.

Die hohen Ansprüche des Patienten wie z.B. sofortige, völlige Heilung werden relativiert und das „Prinzip der kleinen Schritte“ wird nahe gebracht. Informationen über somatoforme Zusammenhänge (und physiologische Reaktionen des Körpers) werden aktiv gegeben und eine Kooperation mit den anderen behandelnden Ärzten wird angestrebt [141].

Weitere spezifische therapeutische Elemente der psychodynamischen Behandlung werden in der Beschreibung des PISO-Manuals im Methodenteil erklärt.

Eine Sonderform der psychodynamischen Therapie, die immer mehr an Bedeutung gewinnt und auch bei der Behandlung somatoformer Störungen nachweislich Wirkung zeigt, ist die psychodynamische Kurzzeittherapie.

Interpersonelle Therapie

Die interpersonelle Therapie nach Klerman und Weissman [94] zählt zu den Kurzzeit-Psychotherapien (12 bis 20 Sitzungen) und arbeitet gegenwartsbezogen mit bewussten und unbewussten Inhalten. Sie wurde ursprünglich speziell für die Depressionsbehandlung entwickelt und wirkt bei dieser Erkrankung ebenso effektiv wie die kognitive Verhaltenstherapie [42]. Die interpersonelle Therapie wurzelt in der psychodynamischen Theorie und fokussiert vor allem auf die soziale Funktionsfähigkeit des Patienten. Angestrebt werden Symptomreduktion und Verbesserung der sozialen Kompetenz sowie Erweiterung zwischenmenschlicher Beziehungen. Die aktuellen interpersonellen Beziehungen des Patienten stehen im Mittelpunkt, der Therapiefokus liegt auf dem „Hier und Jetzt“. Der Therapeut unterstützt den Patienten bei der Klärung von Emotionen sowie bei der Realitätsprüfung aktueller Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen. Wichtig ist die Erfassung der Rolle des Patienten in seinem sozialen Gefüge mit speziellem Fokus auf Dominanz und Unterwerfung, Abhängigkeit und Autonomie, Intimität und Sexualität.

Inhaltlich ist die interpersonelle Therapie in ihrem Vorgehen klar strukturiert, es lassen sich drei Phasen beschreiben [140]:

- In der Anfangsphase steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Mittelpunkt. Zentrale zwischenmenschliche Beziehungen werden analysiert („interpersonelles Inventar“) und psychoedukative Elemente werden eingebracht. Ein Behandlungsschwerpunkt wird aus verschiedenen Problembereichen gemeinsam herausgearbeitet und
- in der darauf folgenden Mittelphase durch Klärung, Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung bearbeitet. Im späteren Verlauf steht auch zunehmend konkrete Problembewältigung im Mittelpunkt.

- In der Endphase wird der Verlauf der Therapie zusammengefasst, eine weitere Stabilisierung angestrebt und das Ende der Therapie vorbereitet.

Das therapeutische Konzept der PISO-Studie weist ebenfalls die klare Strukturierung in drei Phasen mit den oben genannten inhaltlichen Schwerpunkten auf.

Psychodynamisch-interpersonelle Therapie

Die psychodynamisch-interpersonelle Therapie lässt sich zwischen traditionellen psychodynamischen Ansätzen und der interpersonellen Therapie nach Klerman [94] einordnen [62].

Theoretische Grundlage für das von R.F. Hobson entwickelte Konzept sind psychodynamische Prinzipien. Ursprünglich nannte er das Modell, welches auch humanistische und interpersonelle Ansätze in sich vereint, „Konversationelles Therapiemodell“ [78]. Hobson versuchte sich mit seinem Modell von der einseitigen, asymmetrischen therapeutischen Beziehung der traditionellen Psychoanalyse zu entfernen. Im „Konversationellen Modell“ ist es die Hauptaufgabe des Therapeuten eine authentische „gemeinsame Gefühlssprache“ mit dem Patienten zu entwickeln in welcher die innersten Ängste und Gefühle geteilt werden können [79]. In Hobsons Modell entstehen Einsicht und Verständnis aus Momenten gemeinsam wahrgenommener Gefühle.

Das therapeutische Konzept zeichnet sich durch sieben Hauptkomponenten aus [62]:

- „Exploratory rationale“ (Identifizierung zentraler interpersoneller Schwierigkeiten, Verbindung dieser Probleme mit den Symptomen)
- „Shared understanding“ (Erarbeitung eines umfassenden Verständnisses der Erfahrungen und Gefühle des Patienten. Hierzu dient beispielsweise die „gemeinsame Sprache“ („wir“ statt „ich“), der „verhandelnde Stil“ in den Aussagen des Therapeuten, der Einsatz von Metaphern und „verstehenden Hypothesen“ etc.)
- „Staying with feelings“ (Gefühle, die in der Therapeut-Patient-Interaktion entstehen, werden zum zentralen Thema - der Fokus wird auf das „Hier und Jetzt“ gelenkt.)
- „Focus on difficult feelings“ (Arbeit mit für den Patienten schwierigen Gefühlen.)
- „Gaining insight“ (Aufzeigen von Parallelen verschiedener interpersoneller Beziehungen, z.B. mit Hilfe der „verbindenden Hypothese“, die in der Sitzung auftauchende Gefühle mit denen aus anderen Beziehungen in Verbindung bringt.)
- „Sequencing interventions“ (Die verschiedenen Komponenten des Modells sollten in sinnvoller Aufeinanderfolge angewendet werden.)
- „Making changes“ (Fortschritte, die der Patient seit Therapiebeginn gemacht hat, werden durch den Therapeuten aktiv betont.)

Zielgruppe der psychodynamisch-interpersonellen Therapie sind vor allem Patienten, deren Symptome und Probleme auf Schwierigkeiten und Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen basieren. Dies spielt auch im multifaktoriellen Modell der

Ätiopathogenese somatoformer Störungen eine grundlegende Rolle (s. h. Kapitel 1.3 Ätiopathogenese).

Guthrie trug entscheidend zur Entwicklung eines psychodynamisch-interpersonellen Therapiekonzeptes für Patienten mit somatoformen Störungen bei [63], und wirkte maßgeblich bei der Erstellung des therapeutischen Konzeptes der PISO-Studie mit. Shapiro und Startup entwickelten 1991 im Rahmen der Sheffield Studie [144] ein kurzes Manual für eine psychodynamisch-interpersonelle Therapie der Depression sowie eine dazugehörige Rating-Skala, auf die im Verlauf noch ausführlicher eingegangen wird (s. h. Kapitel 2.4.2 „PISO Adhärenz Rating Skala“).

1.11 Kurzzeittherapie

Unter Kurzzeittherapie versteht man ein Setting mit üblicherweise 12 bis 30 Sitzungen (7 - 40 Spanne). Therapieformen, die aus 6 Sitzungen oder weniger bestehen, werden als ultrakurz bezeichnet [112].

Die Therapie wird meist ein- bis zweimal wöchentlich in einem Face-to-face Setting durchgeführt.

Besonders im Bereich der psychodynamischen Therapie hat die Kurzzeittherapie in den letzten Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung gewonnen (englische Bezeichnung: Short-term dynamic psychotherapy = STDP).

Im Folgenden werden sechs Studien vorgestellt (vier davon Metaanalysen), die die Wirksamkeit dieser Therapieform (teilweise sogar speziell im Bezug auf somatoforme Störungen) untersucht haben:

- 1991 Guthrie [63]: A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. Guthrie untersuchte die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie (7 Sitzungen), Entspannungsübungen und medizinischer Standardversorgung im Vergleich zu ausschließlich medizinischer Standardversorgung bei therapierefraktären Patienten mit Reizdarmsyndrom. Es konnte gezeigt werden, dass die Symptomatik nach drei Monaten bei fast 70% der Patienten deutlich abgenommen hatte.
- 1992 Crits-Christoph [34]: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. Crits-Christoph et al. schlossen 11 Studien ein und kamen zu dem Ergebnis, dass STDP nicht weniger effektiv ist als bereits etablierte Therapieformen. In Bezug auf die Ziel-Symptome ergab sich eine durchschnittliche Effektgröße von 1,1, generelle Symptome 0.82, im sozialen Bereich 0.81.
- 1995 Anderson und Lambert [4] untersuchten 26 Studien zur „effectiveness of short-term dynamic psychotherapy“ und fanden sie gleichwertig zu anderen Therapieformen, sie beschreiben sogar etwas bessere Langzeitergebnisse der STDP. In Bezug auf die Anwendung der STDP bei Patienten mit somatoformen Störungen (die auch in dieser Studie unter die Kategorie „patients difficult to treat“ fallen) fanden die Forscher folgenden Zusammenhang: Effektgröße in Bezug zu keiner Behandlung bei Einschluss aller

Erkrankungen: 0,71 und Effektgröße in Bezug zu keiner Behandlung bei Ausschluss von somatoformen Störungen: 0.85 Dies zeigt, dass Patienten mit somatoformen Störungen in den untersuchten Studien insgesamt schlechter auf die STDP angesprochen haben als andere Patientengruppen. Offen bleibt bei diesem Ergebnis jedoch, ob psychosomatische Patienten auf andere Therapieformen besser ansprechen oder als „patients difficult to treat“ insgesamt etwas schlechter auf jegliche Psychotherapie ansprechen und die in Relation zu anderen Krankheitsgruppen kleine Verbesserung immer noch als gut zu bewerten ist.

- 2004 führten Leichsenring, Rabung und Leibing [112] eine Metaanalyse über die Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzzeittherapien als Behandlungsform spezifischer psychiatrischer Erkrankungen durch. Den Einschlusskriterien genügten 17 randomisierte kontrollierte Studien, von denen eine sich mit Anhaltender Somatoformer Schmerzstörung beschäftigte. Die untersuchte Therapieform erzielte in allen Fällen bessere Ergebnisse als „Treatment as usual“ oder keine Behandlung. Gegenüber anderen bereits etablierten Therapieformen wie z.B. CBT zeigten sich keinerlei Unterschiede in Bezug auf Veränderung der Zielprobleme, genereller psychiatrischer Probleme und sozialer Funktionsfähigkeit.
- Leichsenring und Leibing führten 2007 eine weitere Metaanalyse durch: „Psychodynamic Psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence.“ [111]. 15 der untersuchten randomisierten kontrollierten Studien bezogen sich auf psychodynamische Kurzzeittherapie und jede dieser Studien belegte die Wirksamkeit (efficacy) der jeweils untersuchten Therapieform. Folgende der 15 RCTs bezogen sich auf somatoforme Störungen: Creed et al, 2003 ; Guthrie, Creed, Dawson & Tomenson, 1991 (s. h. oben); Hamilton et al, 2000
- C.E. Scheidt empfiehlt 2002 in seiner Veröffentlichung „Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen“ [142] ein methodenintegratives Vorgehen und stellt ein Therapiemanual für störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie vor.

1.12 Manuale in der Psychotherapie

Für die wissenschaftliche, evidenzbasierte Evaluation einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein, die eine möglichst gute Replizierbarkeit sowie eine hohe interne Validität gewährleisten. Moher et al. [121] geben in den CONSORT-Richtlinien 2001 zur Publikation randomisierter, kontrollierter, klinischer Studien unter anderem vor, dass die Behandlung in Form eines Manuals beschrieben werden sollte.

Manuale wurden bereits in den sechziger Jahren in der Psychotherapie eingesetzt [108], erst in den siebziger Jahren fanden sie jedoch häufigere Anwendung. Sie

brachten entscheidende Veränderungen für Forscher, Lehrer und Therapeuten mit sich: Manuale steigern die interne Validität und Integrität einer Behandlung und ermöglichen den objektiven Vergleich von Behandlungen in verschiedenen Kontexten und Formaten, indem sie starke Confounder eliminieren (z.B. Häufigkeit und Länge der Sitzungen, Zeit zwischen den Sitzungen, Gesamtzahl der Sitzungen). Zudem tragen sie ausschlaggebend zur Wiederholbarkeit von Therapie-Outcome-Studien bei, da therapeutisches Handeln an im Manual festgehaltene Inhalte und Verhaltensweisen geknüpft ist.

Sie erleichtern die Schulung, indem sie Techniken und Strategien, die für die jeweilige studienspezifische Therapieform wichtig sind, vermitteln und gegenüber nicht erwünschten Verhaltensweisen abgrenzen [107].

Die Anwendung von Manualen in der Psychotherapie unterliegt jedoch auch einigen Einschränkungen und weist Nachteile auf. So lassen sich einige wichtige therapeutische Vorgehensweisen, wie z. B. empathisches Integrieren, Bearbeiten von bzw. Eingehen auf individuelle biographische Zusammenhänge, Probleme und Eigenheiten des Patienten nur schwer in Form eines Manuals erfassen und festlegen [106]. Auch wie Psychotherapeuten im Rahmen des Modelllernens als erwachsenes Vorbild fungieren können, wobei Lebenserfahrung, Persönlichkeit und Moralvorstellungen der Therapeuten eine wichtige Rolle spielen, kann nach Meinung von Strupp und Anderson nicht in eine manualisierte Anleitung verpackt werden [158].

Andere grundlegende psychotherapeutische Elemente wie Intuition, kreative Spontaneität und klinische Flexibilität, können durch die Anwendung von Manualen eingeschränkt werden. Addis et al. [1] zeigten 2000, dass viele Psychotherapeuten aus eben genannten Gründen eine negative Einstellung gegenüber der Anwendung von Manualen hatten. Für einige Therapeuten bedeutete ein manualisiertes Vorgehen in spezifischen Situationen sogar einen ideologischen Widerspruch zu ihrem beruflichen Selbstverständnis.

Lahmann et al. [106] berichten 2007 in ihrer Übersichtsarbeit zur PISO-Studie, dass diesen Einschränkungen von Behandlungsmanualen zumindest teilweise begegnet wurde, indem flexible Therapiestrategien beschrieben wurden, die von den Therapeuten an die jeweilige Therapiephase orientiert eingesetzt werden konnten. In den Anfängen dienten Manuale primär dazu, bereits klinisch validierte Therapieformen zu standardisieren und die interne Validität zu verbessern [14]. Inzwischen werden Manuale vor allem für neu entwickelte, meist störungsspezifische Therapieansätze geschrieben, bevor diese im Rahmen klinischer Studien an selektierten Patientengruppen erprobt werden [148]. Ein solches Vorgehen stellt zum einen (wie bereits zu anfangs erwähnt) eine wichtige Voraussetzung für die wissenschaftliche, evidenzbasierte Evaluation einer psychotherapeutischen Behandlung dar [121]. Zum anderen trägt das auf einem Manual basierte therapeutische Vorgehen einen wesentlichen Schritt zur Entwicklung innovativer und effektiver Therapieverfahren bei [106].

Das PISO-Manual

Das PISO-Manual sieht für die 12-stündige einzeltherapeutische Kurzzeitintervention eine Gliederung in drei Phasen mit unterschiedlichen Schwerpunkten vor. Relevante Grundthemen sollen jedoch durch alle Sitzungen hindurch als „Hintergrundrauschen“ fortlaufen.

Therapeutische Grundsätze sind im Manual festgelegt und sollten über den gesamten Behandlungsverlauf Beachtung finden [106]:

- **Entgegennahme der Symptomklage:** Besonders initial - aber auch in den späteren Sitzungen - ist es wichtig, dass die Symptomklage des Patienten aktiv entgegengenommen, organisiert und strukturiert wird. Sie ist wichtiges Material für den therapeutischen Prozess und sollte nicht als Zeitverschwendung oder „Widerstand“ des Patienten wahrgenommen werden.
- **Tangentiale Gesprächsführung:** Die Therapeuten sollen eine aktiv stützende, nicht jedoch auf psychische Einsicht drängende Haltung annehmen. Allgemeine psychische Begriffe wie z.B. Stress oder Belastung sollen beiläufig eingeführt werden.
- **Verzicht auf Konfrontation und psychosoziale Deutung:** Arbeitsbündnisgefährdende Konfrontationen des Patienten mit problematischen und unbewussten Aspekten sollen vermieden werden. Auch Diskussionen über Ursachen und Krankheitserklärungs- Modelle sollen vom „Entweder-oder“ ins „Sowohl-als-auch“-Prinzip überführt werden. Darunter versteht man die Anerkennung der möglichen organischen Ursache mit gleichzeitiger Betonung, dass ein ausschließlich organisches Erklärungsmodell nicht ausreicht, um die Beschwerden zu verstehen.
- **Selektiv-authentisches Reagieren:** Vor allem für den Aufbau des Arbeitsbündnisses ist die „selektiv-authentische“ Haltung des Therapeuten notwendig und hilfreich: Informieren und Beantworten von Fragen anstelle von Deutung. Von besonderer Bedeutung ist hierbei auch die aktiv wohlwollende Grundhaltung des Therapeuten.

Diese therapeutischen Prinzipien sind vor allem in der Anfangsphase des Beziehungsaufbaus von Bedeutung, sollten aber auch im weiteren Verlauf als psychotherapeutische Orientierung dienen. Folgende Phasen sind im Manual definiert:

- Phase 1: Symptomverständnis (Sitzung 1-3)
- Phase 2: Beziehung zum Körper, Affekte und Beziehungserfahrungen (Sitzung 4-9)
- Phase 3: Bilanz und Therapieabschluss (Sitzung 10-12)

Während der Anfangsphase steht der Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses von Patient und Therapeut im Vordergrund. Hierbei spielt bei somatoformen Patienten die ausführliche, wertschätzende Entgegennahme der Symptomklage und die Entwicklung eines gemeinsamen Symptomverständnisses eine besondere Rolle. Ein weiteres Kernelement ist die Förderung der Motivation des Patienten für die therapeutische Behandlung.

Zudem sollten der äußere Rahmen geklärt, verschiedene formelle Vereinbarungen

getroffen und psycho-edukative Informationen geben werden. Dadurch erhalten die ersten Sitzungen einen eher formalen und diagnostischen als therapeutischen Charakter.

Die zweite Therapiephase beschäftigt sich vorwiegend mit der Exploration und der aktiven Veränderung der Beziehung des Patienten zu seinem Körper mittels Entspannungsverfahren, Förderung neuer und positiver körperlicher Aktivitäten besonders bei Patienten, die - aus Angst davor ihre Symptome zu verstärken - eine körperliche Schonhaltung einnehmen. Die Symptomklage des Patienten wird durch Affekte und Bilder des Therapeuten erweitert und in Situations- und Beziehungskontexte eingebettet. Im Verlauf dieser Phase sollen Affekte, deren Differenzierung und Annahme, sowie Beziehungserfahrungen des Patienten in den Vordergrund treten.

Die Endphase beinhaltet die gemeinsame Beendigung und Bilanzierung der Therapie, Planung weiterer psycho-sozialer und beruflicher oder privater Maßnahmen, gemeinsames Erarbeiten von Strategien, um bereits erreichte Verbesserungen zu erhalten, sowie das Erstellen einer Rückfallprophylaxe. Wichtige im Manual festgelegte Mittel hierbei sind die schriftliche Planung konkreter Ziele in den folgenden drei Monaten sowie die Aushändigung eines „Patienten-Briefes“, in welchem der Therapeut bearbeitete Prozesse umreißt und Geklärtes zusammen-fasst.

1.13 Adhärenz

Wird in einer Studie die Wirksamkeit eines manualisierten Therapieansatzes überprüft, so ist es von großer Bedeutung, auch die Umsetzung der im Manual vorgeschriebenen Intervention durch die Therapeuten in den Sitzungen zu erheben [128]. Dieser als Adhärenz-Messung bezeichnete Vorgang (lat. adhaerere- anhaften) kann durch Selbstbewertung der Therapeuten oder besser durch Fremd-Rating von Audio- oder Videokassetten mit Hilfe einer dafür entwickelten Einschätzungs-Skala (engl. „Rating Scale“) gemessen werden [170]. (Im weiteren Verlauf der Arbeit wird vor allem auch die englische Bezeichnung „Rating Scale“ oder als Mischform „Rating Skala“ benutzt werden, da das englische Verb „to rate“ in seiner Bedeutung (einschätzen, einstufen, festlegen, bemessen) frei von Wertung ist und den beobachtenden Prozess in den Vordergrund stellt. In den meisten deutschen Übersetzungen (Beurteilungs-, Bewertungs-, Einschätzungs-Skala) ist dies weniger glücklich gelöst.

Wegweisend in der Weiterentwicklung der Rating-Skalen zur Erhebung der Manualtreue von Psychotherapeuten war die Ausarbeitung der „Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale“ (kurz: CSPRS) im Rahmen des „Treatment of Depression Collaborative Research Program“ 1985 [41]. Zwei Studien zeigten, dass mit Hilfe der CSPRS die Adhärenz zu Manualen der kognitiven Verhaltenstherapie, der interpersonellen Therapie und eines klinisch-pharmakologischen Managements adäquat überprüft werden konnte. Auch konnten die drei therapeutischen Ansätze

mittels CSPRS eindeutig voneinander differenziert werden, d.h. die Therapeuten arbeiteten deutlich mehr mit Interventionen, die ihrer jeweiligen Ausrichtung entsprachen, als mit den umschriebenen Elementen der anderen ebenfalls eingeschlossenen Therapieformen [76],[80]. (Im Rahmen dieser Arbeit spielt die Differenzierung zwischen verschiedenen therapeutischen Ansätzen keine Rolle, da es sich bei der PISO-Studie um ein störungsspezifisches Konzept handelt, welches therapeutische Techniken und Elemente verschiedener Schulen integriert. Es ist somit erwünscht, dass die Therapeuten mit Elementen psychodynamisch-interpersoneller sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze arbeiten. Eine differenzierende Zuordnung zu den psychotherapeutischen Schulen wäre wenig sinnvoll.)

Die Anwendung der CSPRS auf psychodynamisch-interpersonelle Psychotherapie nach dem konversationellen Model von Hobson [78],[79] wurde 1990 ermöglicht durch die Weiterentwicklung zur „Sheffield Psychotherapy Rating Scale“ (SPRS) [146],[154] durch Shapiro und Startup. Die Sheffield Studie verglich die Wirksamkeit von „prescriptiver“ und „explorativer“ Kurzzeittherapie bei depressiven Patienten. Der „prescriptive“ Ansatz entspricht einer multimodalen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung [48], während der „explorative“ Ansatz psychodynamisch-interpersonellen Prinzipien folgt [79]. Die SPRS erwies sich zur Adhärenz-Messung sowie zur Differenzierung zwischen den beiden Therapieformen als gut geeignet [154].

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass es sich bei dieser Rating-Skala zudem um ein Instrument von hoher Validität und Reliabilität handelt [154],[145].

Das therapeutische Konzept der PISO-Studie orientiert sich ebenfalls an Prinzipien der psychodynamisch-interpersonellen Psychotherapie. Guthrie, die bereits mehrfach Studien mit psychodynamisch-interpersonellem Therapieansatz unternahm [63] und auch an der zuvor erwähnten Sheffield Studie beteiligt war, trug wesentlich zur Gestaltung des PISO-Konzeptes bei. Dank dieser inhaltlichen Nähe konnte ein Großteil der psychodynamisch-interpersonellen Elemente der SPRS zur Erfassung der Adhärenz auch in der PISO-Studie angewendet werden. Einige Elemente der SPRS, welche Interventionen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz beschreiben, finden sich im schulenübergreifenden, integrativen PISO-Konzept ebenfalls wieder. Auch sie konnten nach entsprechender Vorauswahl in die neue Rating Skala übernommen werden.

Sowohl die CSPRS als auch die SPRS beschreiben eine weitere Subskala, die „facilitative Conditions“ (sinngemäß übersetzt: allgemein erleichternde Bedingungen). Diese Subskala diente sowohl im „Treatment of Depression Collaborative Research Program“ als auch in der Sheffield Studie primär dazu festzustellen, ob die spezifischen therapeutischen Elemente von allgemein hilfreichen und erleichternden Interventionen wie Unterstützen und Ermutigen, Vermitteln von Wärme und Empathie etc. zu differenzieren seien.

In diesen allgemein erleichternden Interventionen spiegelt sich die Grundhaltung der Therapeuten, welche im PISO-Manual genau definiert wird und vor allem beim Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses eine wesentliche Rolle spielt. Um eine

umfassende Adhärenz-Messung zu gewährleisten, wurden daher auch die Elemente dieser Subskala in das neue Rating-Instrument aufgenommen. Allerdings nicht mit der Intention der Differenzierung und Abgrenzung zu den anderen therapeutischen Ansätzen sondern, um festzustellen inwieweit die Therapeuten in ihrer Grundhaltung bzw. in der Umsetzung der allgemein hilfreichen unspezifischen Interventionen den Manualvorgaben nachkamen.

Störungsspezifische, neuartige Inhalte wurden durch die Entwicklung von 23 neuen Items erfasst. Anhand des PISO-Manuals konnten wichtige störungsbezogene therapeutische Elemente wie z. B. die Organisation der Symptomklage identifiziert werden. In Anlehnung an die Itemstruktur der SPRS wurden die therapeutischen Elemente umschrieben und ihre praktische Anwendung in Probe-Ratings überprüft. Bei einigen Elementen mussten präzise Angaben für die Rater entwickelt und formuliert werden um eine eindeutige und exakte Erfassung des jeweiligen Therapeutenverhaltens zu ermöglichen. Das so entstandene Instrument zur Adhärenz-Messung im Rahmen der PISO-Studie wird im Folgenden als „PISO Adhärenz Rating Skala“ bezeichnet.

Mit der PISO Adhärenz Rating Skala erfasst der Beobachter nicht nur, ob eine Intervention durchgeführt wurde oder nicht („Occurrence- nonoccurrence“ [170]), sondern kann darüber hinaus Aussage über die Frequenz bzw. Intensität treffen, mit der diese vom Therapeuten in der Sitzung umgesetzt wurde.

Sowohl der Aufbau und die Struktur als auch der Inhalt der PISO Adhärenz Rating Skala werden in den Methoden ausführlich dargestellt. Die PISO Adhärenz Rating Skala zeigte eine zufrieden stellende interne Konsistenz sowie gute Interrater Reliabilität (s. h. Abschnitt Ergebnisse).

Startup und Shapiro, die Autoren der SPRS, weisen auf die Möglichkeit hin, dass Patientenmerkmale, vor allem die Schwere der Beeinträchtigung der Patienten durch ihre Symptome und die Beschwerdeintensität der Symptome, die Adhärenz der Therapeuten, bzw. Art und Ausmaß ihrer therapeutischen Interventionen, beeinflussen könnten [154]. Diese möglichen Zusammenhänge, sowie Zusammenhänge zwischen dem Therapeutenverhalten und einer Auswahl weiterer Patientenmerkmale sowie dem Patienten-Outcome sollen in dieser Arbeit ebenfalls untersucht werden.

1.14 Eigene Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit

Die Messung der Adhärenz spielt in der Evaluierung randomisierter kontrollierter Studien zur Wirksamkeitsmessung psychotherapeutischer Konzepte eine wichtige Rolle. In dieser Arbeit soll ein adäquates Instrument zur Messung der Adhärenz in einer manualisierten, psychodynamisch orientierten Kurzzeittherapie zur Behandlung schmerzdominanter somatoformer Störungen entwickelt werden. Mit Hilfe dieses Instrumentes sollen anhand von Videoaufnahmen der Sitzungen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- Werden die definierten therapeutischen Elemente in den psychotherapeutischen Sitzungen umgesetzt und wenn ja, mit welcher Häufigkeit bzw. Intensität?

Über die Adhärenz-Messung hinaus sollen verschiedene Zusammenhänge überprüft werden:

- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Umsetzung therapeutischer Elemente und der Art und Ausprägung der psychischen und/oder körperlichen Beeinträchtigung der Patienten (z.B. Depression, Schmerzsymptomatik)?
- Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Umsetzung therapeutischer Elemente und der Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Beeinträchtigung zum Behandlungserfolg (eingeschätzt durch Patient und Therapeut)?

2 Methoden

2.1 Studiendesign

PISO, das Akronym der Studie, steht für „Psychosomatische Intervention bei Patienten mit schmerzdominanter somatoformer Störung“.

Ziel der Studie ist es, nach Kriterien evidenzbasierter Medizin einen Wirksamkeitsnachweis für eine speziell für Patienten mit multiplen schmerzdominierten somatoformen Beschwerden entwickelte psychodynamisch orientierte Kurzzeittherapie zu erbringen. Es sollte vor allem im Bereich der körperlichen Lebensqualität eine klinisch relevante und signifikant stärkere Verbesserung im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

Die Studie ist randomisiert, kontrolliert und multizentrisch organisiert (Düsseldorf, Hannover, Heidelberg, München, Münster, Regensburg). Sie wird im Rahmen des Programms „Klinische Studien“ von der Deutschen Forschungsgesellschaft gefördert.

In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit schmerzdominanter multisomatoformer Störung (nach den Kriterien von Kroenke [103] (s. h. Kapitel 1.2)) und deutlich beeinträchtigter körperlicher Lebensqualität, die von den Therapeuten aus somatischen Spezialabteilungen oder schmerz- und palliativmedizinischen Zentren rekrutiert wurden. Folgende Ausschlusskriterien galten: Alter unter 18 Jahren, unzureichende Deutschkenntnisse, kognitive Einschränkungen (Mini Mental State Test < 24), schwere chronische körperliche Erkrankung oder eine schwere, sozial stark beeinträchtigende psychische Störung. Auch Patienten mit einer primär hypochondrischen Störung wurden nicht eingeschlossen. Insgesamt wurden per Zufall 105 Patienten der Kontrollgruppe und 109 Patienten der Interventionsgruppe zugeteilt. Patienten der Kontrollgruppe wurde eine optimierte Behandlung ihrer Hauptsymptomatik in Form einer dreistündigen „verbesserten medizinischen Standardbehandlung“ nach dem Konzept der integrierten psychosomatischen Grundversorgung der Leitlinien [69] zuteil. Die Kontrollgruppe ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Patienten des Intervention-Armes nahmen an einer manualisierten, phasendefinierten, 12-stündigen Kurzzeitintervention nach den Prinzipien der psychodynamisch-interpersonellen Psychotherapie teil.

Nach einem Jahr sollte in einer ersten Follow-up Untersuchung erneut der primäre Outcome-Parameter der körperlichen Lebensqualität der Patienten mit Hilfe des „Short Form 36“-Fragebogens erhoben werden, sowie weitere sekundäre Parameter.

Ziel der Studie ist es, eine evidenzbasierte, allgemein wirksame Behandlungsform für Patienten mit unterschiedlichen somatoformen Beschwerden zu finden. Daher wurde bei PISO, im Gegensatz zu anderen Studien [63],[66], eine diagnostische Kategorie (schmerzdominante multisomatoforme Störung) angewandt, die unabhängig von einem speziellen Beschwerdetyp ist.

Sollte sich die psychodynamisch-interpersonelle Kurzzeitintervention als effektive Behandlungsform bestätigen, würde nicht nur einer großen Patientengruppe mit

hohem Leidensdruck, hoher Rate an psychischer Komorbidität und stark beeinflusster Lebensqualität geholfen werden. Auch das Gesundheitssystem, welches momentan von dieser als „High utilizer“ bekannten Patientengruppe stark beansprucht wird, würde von einer standardisierten, effizienten und effektiven Behandlung profitieren.

2.2 Therapeuten

Die Kurzzeittherapie wurde durch insgesamt acht Therapeuten ausgeführt. Als Vorbereitungen der Therapeuten zur Teilnahme an der Studie fand eine intensive Manual-Schulung statt: drei gemeinsame jeweils zweitägige Fortbildungen, Telefonate zwischen den Fortbildungen, sowie drei unter Supervision durchgeführte komplette Therapiezyklen (drei Patienten mit jeweils 12 Sitzungen). Während der Studienlaufzeit nahmen die Therapeuten einmal wöchentlich an einem Supervisions-Treffen teil.

Für die Ratings wurden (aufgrund ihrer Möglichkeit Videoaufnahmen zu erstellen) zwei männliche und zwei weibliche Psychotherapeuten der Universitäten TU München und Heidelberg ausgewählt. Eine Therapeutin ist Diplom-Psychologin, die anderen drei sind Ärzte mit der Facharztausbildung Psychiatrie (2) und Innere Medizin/Psychosomatik. Alle praktizieren seit mehreren Jahren als Psychotherapeuten.

2.3 Sampling Design

Per Zufall wurden 15 Patienten der oben genannten Therapeuten ausgewählt. Pro Patient wurden mit Hilfe einer Randomisierungsliste vier Sitzungen ausgewählt. Mit Hilfe dieses Randomisierungsverfahrens konnten gleichförmige Abstände zwischen den untersuchten Sitzungen eingehalten werden sowie die gleiche Anzahl von Sitzungen pro Therapiephasen untersucht werden: jeweils eine Sitzung der Anfangs- und Endphase sowie zwei Sitzungen der Mittelphase.

Randomisierungsliste: Hier beispielhaft dargestellt für 5 Patienten, deren Namen verschlüsselt sind. Die Zuteilung der Patienten zu den einzelnen Spalten erfolgte per Zufall.

Tabelle 2.1: Randomisierungsliste für die Auswahl der Sitzungen

Pat_ID	MC_14	MC_12	HD_12	HD_04	MC_24
Sitzung					
1	0	0	1	0	0
2	1	0	0	1	0
3	0	1	0	0	1
4	0	0	1	0	0
5	1	0	0	1	0
6	0	1	0	0	1
7	0	0	1	0	0
8	1	0	0	1	0
9	0	1	0	0	1
10	0	0	1	0	0
11	1	0	0	1	0
12	0	1	0	0	1

Der Schwerpunkt der Ratings wurde mit zwei untersuchten Sitzungen auf die mittlere Phase gelegt, da die untersuchten therapeutischen Elemente vor allem in diesem Abschnitt der Therapie, der sich mit zentralen Themen der Beziehung zum Körper, Affekten und Beziehungserfahrungen auseinandersetzt, zum Tragen kommen. In der Anfangsphase spielen vor allem Beziehungsaufbau und Psycho-Edukation eine Rolle. In der Endphase kommen zu den zentralen Therapiethemen der Mittelphase, die weiterhin bearbeitet werden, das Ziehen von Bilanz und die Auseinandersetzung mit dem Therapie-Ende hinzu.

Konnte eine der Sitzungen aus technischen Gründen (z.B. mangelhafte Videoaufzeichnung) nicht verwendet werden, so wurde stattdessen die vorhergehende oder nachfolgende Sitzung aus derselben Phase benutzt, wobei die Priorität darauf lag eine Sitzung derselben Phase zu untersuchen.

2.4 Instrumente

2.4.1 Instrumente zur Erhebung von Patientenmerkmalen

Im Rahmen der PISO-Studie kamen verschiedene, mehrfach auf ihre Validität geprüfte Fragebögen zur Erhebung von Patientenmerkmalen zum Einsatz. Von diesen werden hier fünf für die Arbeit relevante Instrumente vorgestellt.

2.4.1.1 Short Form 36 (SF-36)

Der Fragebogen Short Form 36 (SF-36) [21] untersucht die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Er erfasst acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit mit verschiedenen Itemanzahlen, wobei die körperliche Funktionsfähigkeit und die psychische Gesundheit im Vordergrund stehen.

- Die standardisierte körperliche Summenskala erfasst die Schwere der körperlichen Beeinträchtigung (Beschwerden) und setzt sich aus folgenden vier Dimensionen zusammen: Körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, sowie allgemeine

Gesundheitswahrnehmung. Ein hoher Wert steht für gute körperliche Verfassung, also wenig Beeinträchtigung.

- Dementsprechend erfasst die psychische Summenskala die Schwere der psychischen Beeinträchtigung. Sie wird in folgenden vier Kategorien erhoben: Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden. Ein hoher Wert bedeutet ein hohes Maß an psychischer Gesundheit und wenig Beeinträchtigung.

2.4.1.2 Screening für somatoforme Störungen (SOMS)

Der Fragebogen "Screening für somatoforme Störungen", kurz SOMS, ist ein Instrument, das zum einen als Screeningverfahren für das Vorliegen einer somatoformen Störung angewendet werden kann. Zum Anderen dient das Verfahren der Erleichterung der Klassifikation, der Quantifizierung sowie der Verlaufsbeschreibung von Personen mit somatoformen Störungen. Es werden sowohl die Kriterien von DSM-IV als auch von ICD-10 berücksichtigt. Der Hauptteil des Verfahrens besteht aus einer Liste der Symptome (68 Items) mit Ja/Nein-Antwortalternative, die für eine Somatisierungsstörung von Relevanz sein können. Zur Veränderungsmessung wird eine Sonderform des Fragebogens (53 Items, Intensitätsangaben auf einer 5-Punkte Likert-Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“) vorgegeben, in dem die einzelnen körperlichen Beschwerden für die vergangenen sieben Tage (SOMS-7) eingeschätzt werden. Bei der Auswertung dieser Symptomliste mit Intensitätsangaben lassen sich unter anderem die Anzahl der Beschwerden, die Anzahl an schwerwiegenden Beschwerden und die Beschwerdeintensität feststellen [135].

2.4.1.3 Patient Health Questionare (PHQ)

Der Patient Health Questionare (PHQ) zu Deutsch „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ wurde entwickelt, um die Erkennung und die Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen zu erleichtern. Er beruht ausschließlich auf Selbstangaben der Patienten. Eine validierte deutsche Übersetzung liegt vor [59].

Die Komplettversion des PHQ-D besteht aus insgesamt 78 Items und setzt sich aus mehreren Modulen zusammen. Das Depressionsmodul besteht aus 9 Items (auch "PHQ-9" genannt), das Modul zu somatoformen Syndromen aus 13 Items. Außerdem beinhaltet der PHQ-D das Panikmodul, das Modul zu anderen Angststörungen, das Essstörungsmodul, das Alkoholmodul, sowie das Modul zu psychosozialen Stressoren. 10 weitere Items erfragen die Funktionsfähigkeit, medikamentöse Behandlung und ausschließlich Frauen betreffende Themen. In einigen Modulen existieren Sprungregeln, so dass der Patient nicht alle Fragen beantworten muss. Die Auswertung des PHQ-D erfolgt nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV, für die depressive Störungen auch ICD-10, d.h. es muss pro Sektion jeweils eine vorgegebene Anzahl von Symptomen diagnostiziert werden.

Für diese Arbeit sind vor allem der Grad der Somatisierung sowie die Schwere einer evtl. vorliegenden Depression relevant. Auf die Auswertung dieser beiden Einheiten soll deswegen kurz näher eingegangen werden:

Der Skalenpunktwert "Depressivität" entspricht der Summe der Punktwerte über die neun Items und variiert zwischen 0 und 27. Ein Punktwert unter 5 entspricht praktisch immer dem Fehlen einer depressiven Störung, ein Punktwert zwischen 5 und 10 wird zumeist bei Patienten mit leichten oder unterschweligen depressiven Störungen gefunden. Bei Patienten mit Major Depression ist ein Punktwert von 10 und höher zu erwarten.

Ein somatoformes Syndrom liegt vor, wenn mindestens drei der 13 aufgeführten Beschwerden (wie z. B. Bauch- oder Kopfschmerzen) ohne organische Grundlage zu sehr starker Beeinträchtigung innerhalb der letzten vier Wochen geführt haben. Ein hoher Punktwert spricht für einen hohen Grad an Somatisierung [59].

2.4.1.4 Whitely-Index

Der Whitely-Index für Gesundheitsangst [129] gilt in der internationalen Forschung als Goldstandard der Testverfahren zur Erfassung von Hypochondrie. Anhand von 14 dichotom skalierten Items werden zentrale emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Merkmale erfasst. Interpretierbare Faktoren sind hierbei Krankheitsängste (z.B.: „Machen Sie sich viele Sorgen um Ihre Gesundheit?“), Krankheitsüberzeugungen (z.B.: „Denken Sie, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?“) und somatische Beschwerden („Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?“). Werte über 10 Punkten sprechen für das Vorliegen einer hypochondrischen Störung.

2.4.1.5 Illness Perception Questionnaire (IPQ)

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Krankheitsannahmen von Patienten einen wichtigen Parameter in der Voraussage von Anpassungs- - sowie der Genesungsprozessen chronischer Erkrankungen darstellt [123]. Unter Krankheitsannahmen versteht man die subjektiven Repräsentationen einer Person zu Art, Ursachen, Verlauf, Kontroll- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Konsequenzen von Symptomen. Sie bilden subjektive Krankheitsmodelle und determinieren deren kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Konsequenzen. Um diese subjektiven Krankheitsannahmen möglichst umfänglich einschätzen zu können, haben Weinman und Kollegen (1996) den Illness Perception Questionnaire (kurz IPQ) entwickelt, der 2002 modifiziert wurde [123] und seit 2005 in einer deutschen Übersetzung von zufrieden stellender psychometrischer Qualität vorliegt [53].

Für diese Arbeit sind sechs Bereiche, die der IPQ untersucht, von Bedeutung: Konsequenzen, persönliche Kontrolle, Kohärenz, emotionale Repräsentation, zyklisches Auftreten sowie akuter oder chronischer Zeitverlauf. Diese Bereiche stellen Subskalen dar, die in der hier angewendeten Kurzversion des IPQ jeweils aus drei Aussagen bestehen, zu welchen der Patient in Form von abgestufter Zustimmung oder Ablehnung Stellung nehmen soll:

„Stimmt überhaupt nicht“ (1 Punkt) „Stimmt nicht“ (2 Punkte) „Weder noch“ (3 Punkte) „Stimmt“ (4 Punkte) „Stimmt voll und ganz“ (5 Punkte)

Zur Auswertung müssen die Ergebnisse dieser 5- Punkte Likert-Skala für die Aussagen einer Subskala summiert werden (bei je drei Aussagen also maximal 15 Punkte pro Subskala). Eine Ausnahme stellen hierbei Items dar, die negativ gepolt sind und vor der Summierung umkodiert werden müssen, z.B.: „Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen“. Die Punktevergabe hier: „Stimmt überhaupt nicht“ (5 Punkte) „Stimmt voll und ganz“ (1Punkt). Aussagen, die umkodiert werden müssen, sind im Folgenden mit einem (*) gekennzeichnet. Nach der Umkodierung der entsprechenden Aussagen kann die Gesamtsumme der Ergebnisse einer Subskala gebildet werden, welche wiederum durch die Anzahl an Aussagen (hier immer drei Aussagen pro Subskala) geteilt wird. So erhält man aussagekräftige Werte für die sechs Bereiche der Krankheitsannahmen der Patienten [172].

Die drei Aussagen zu „Konsequenzen“ der Erkrankung erfassen die Vorstellungen des Patienten in Bezug auf das Ausmaß der Folgen und Auswirkungen seiner Krankheit.

„Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben“

„Meine Krankheit hat großen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen“

„Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld“

Eine hohe Punktzahl bedeutet hier, dass der Patient mit großen Auswirkungen seiner Krankheit auf sein Leben, auf Fremdeinschätzung durch andere und auf sein soziales Umfeld rechnet.

Die Kategorie „Persönliche Kontrolle“ untersucht die Kontrollüberzeugungen des Patienten und sein Verständnis der Selbstwirksamkeit, vor allem in Bezug auf heilungsfördernde Maßnahmen.

„Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen“(*)

„Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen“

„Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Krankheit nicht beeinflussen“(*)

Eine hohe Punktzahl bedeutet hier, dass der Patient davon überzeugt ist den Verlauf seiner Erkrankung aktiv beeinflussen zu können.

Die „Kohärenz“ (lat. cohaerentia; Zusammenhang) der Krankheitsannahmen beschreibt, inwieweit die Krankheit für den Patienten verständlich ist und wird mit folgenden Aussagen erfasst:

„Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel“(*)

„Ich verstehe meine Krankheit nicht“(*)

„Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn“(*)

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass der Patient seine Erkrankung in sein Selbstkonzept einordnen kann und dass sie ihm verständlich ist.

Die Subskala „Emotionale Repräsentation“ erfasst, ob die Krankheit negative Emotionen wie Niedergeschlagenheit, Beunruhigung und Angst im Patienten hervorruft [20]. Sie setzt sich aus folgenden drei Komponenten zusammen:

„Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert“

„Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke“

„Es macht mich ängstlich, dass ich diese Krankheit habe„

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass die Krankheit im Patienten in hohem Maße Niedergeschlagenheit, Beunruhigung und Angst auslöst.

Die Subskala „Zyklisches Auftreten“ erfasst gemeinsam mit der Subskala „akuter und chronischer Zeitverlauf“ die Annahmen des Patienten in Bezug auf den Verlauf seiner Erkrankung: das zeitliche Muster des Auftretens der Symptome („zyklischer Verlauf“) und die wahrscheinliche Dauer der Krankheit („akuter und chronischer Zeitverlauf“).

Die Subskala „Zyklisches Auftreten“ setzt sich aus den folgenden Aussagen zusammen:

„Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster“

„Meine Krankheit ist sehr unberechenbar“

„Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist“

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass der Patient den Verlauf seiner Erkrankung nicht als gleichförmig-anhaltend, sondern als zyklisch-wiederkehrend wahrnimmt. Dies zeigt sich in wiederkehrenden Verlaufsmustern der Symptome, in einem unberechenbaren Kommen und Gehen oder in phasenhafter Verbesserung bzw. Verschlechterung.

Die Subskala „Akuter oder chronischer Zeitverlauf“ beschreibt die wahrscheinliche Dauer, die der Patient für den Verlauf seiner Erkrankung annimmt:

„Meine Erkrankung ist eher chronisch als nur kurzzeitig“

„Meine Krankheit wird lange Zeit andauern“

„Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde“

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass der Patient annimmt, dass seine Erkrankung einen sehr langwierigen, chronischen Verlauf nehmen wird.

2.4.2 “PISO Adhärenz Rating Skala”

Für die adäquate Erfassung der Manualtreue der Therapeuten der PISO-Studie wurde die PISO Adhärenz Rating Skala entwickelt. Im Folgenden soll auf den theoretischen Hintergrund und die Entwicklung des Instrumentes, die formale Struktur sowie auf den Inhalt eingegangen werden.

2.4.2.1 Theorie

Die “PISO Adhärenz Rating Skala” ist ein Instrument, welches für die Messung der Manualtreue der Therapeuten in der PISO-Studie entwickelt wurde. Anhand der umschriebenen Elemente dieser Skala konnte geprüft werden, inwieweit Therapeuten die im Manual vorgegebenen Interventionen einer psychodynamisch orientierten Kurzzeittherapie für Patienten mit schmerzdominanter multisomatoformer Störung in den Sitzungen umsetzen.

Als geeignete Grundlage für die Entwicklung der PISO Adhärenz Rating Skala wurde die Sheffield Psychotherapy Rating Scale (SPRS) [145] ausgewählt. Sie ist ein mehrfach auf Validität und Reliabilität getestetes Instrument und die in ihr umschriebenen Interventionen zeigen inhaltliche Nähe zu Konzepten der PISO-Studie. In der Sheffield Studie wurde ein Wirksamkeitsvergleich zweier Therapieansätze bei depressiven Patienten unternommen, wobei die SPRS sowohl zur Messung der Manualtreue als auch zur Unterscheidung zweier Therapieformen diente: "Prescriptive v. Exploratory psychotherapy" [146]. Erstere bezeichnet hier einen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten, letztere einen psychodynamisch-interpersonell orientierten therapeutischen Ansatz. Wie auch in der PISO-Studie liegen dem psychodynamisch-interpersonellen Ansatz der Sheffield Studie die Prinzipien aus Hobsons Modell sowie eine Weiterentwicklung durch Guthrie (s.h. Kapitel 1.10) zu Grunde. Da die PISO-Studie über ihre psychodynamische Orientierung hinaus einen integrativen, störungsspezifischen Ansatz darstellt, der auch verhaltenstherapeutische Prinzipien beinhaltet, eignete sich die SPRS gut als Ausgangsbasis zur Entwicklung einer geeigneten Rating Skala. Viele Umschreibungen psychodynamisch-interpersoneller, verhaltenstherapeutischer sowie "allgemein erleichternder" therapeutischer Interventionen konnten aus der SPRS übernommen werden. Für weitere in der SPRS nicht beschriebene, störungsspezifische Interventionen der PISO-Studie wurden Elemente anhand des Manuals neu entwickelt und beschrieben. Diese neuen Elemente sind unter der "Störungsbezogenen Skala" zusammengefasst und umfassen Inhalte wie z.B. das Organisieren der Symptomklage des Patienten, Differenzierung von Gefühl und körperlichem Befinden.

Kriterium im Auswahlprozess der Items aus der SPRS war primär die inhaltliche Nähe der umschriebenen Interventionen zum PISO-Manual sowie deren Relevanz im therapeutischen Prozess.

Die so entstandene "PISO Adhärenz Rating Skala" wurde ausschließlich zur Messung der Manualtreue eingesetzt. Eine zusätzliche Unterscheidung verschiedener Therapieformen, wie sie mit Hilfe der Rating Skala im Rahmen der Sheffield Studie vorgenommen wurde, wurde nicht angestrebt. Dem therapeutischen Konzept der PISO Studie liegt ein schulenübergreifender, störungsspezifischer Ansatz zugrunde, d.h. Elemente verschiedener therapeutischer Ausrichtungen werden integriert – eine Unterscheidung der Therapieformen wäre hier somit nicht sinnvoll gewesen.

2.4.2.2 Formale Struktur der „PISO Adhärenz Rating Skala“

Im Folgenden werden der strukturelle Aufbau des Instrumentes sowie formale Vorgaben zur Rater Anleitung und Bewertung der Elemente näher erläutert.

Struktureller Aufbau

Das für die Adhärenz-Messung in der PISO-Studie entwickelte Rating Instrument ist der phasen-spezifischen Struktur des PISO-Manuals mit seinen unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten angepasst.

Es besteht aus einer Checkliste von 14 Items, der eigentlichen „PISO Adhärenz Rating Skala“ mit 55 Items und einer weiteren abschließenden Minicheckliste von zwei Items.

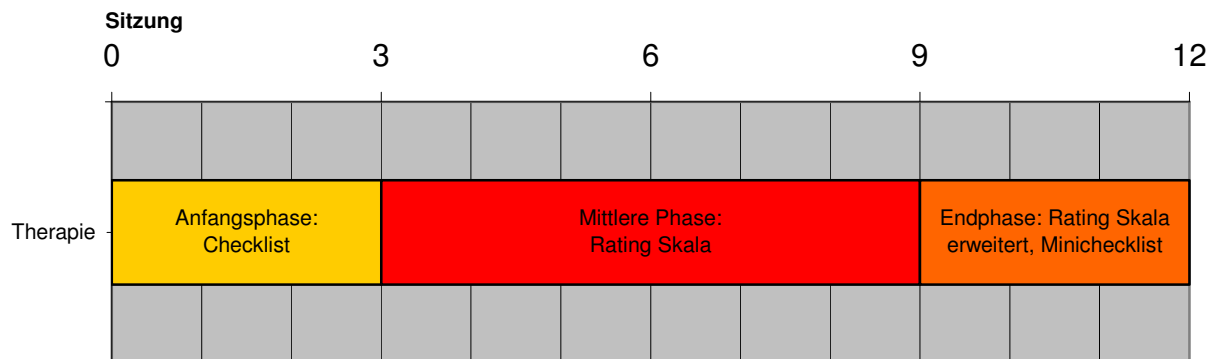


Abbildung 2.1: Aufbau der Rating Skala im Behandlungsverlauf

Das Schaubild stellt den 12-stündigen Behandlungsverlauf mit den drei Phasen - Anfangsphase, Mittlere Phase und Endphase - sowie den zugehörigen Entsprechungen des Instrumentes dar: Checklist (ist nicht Gegenstand dieser Arbeit), Rating Skala der Mittelphase, erweiterte Rating Skala mit Minichecklist (ebenfalls nicht Gegenstand dieser Arbeit).

Die erste Phase (Sitzung 1-3) wird aufgrund ihres eher formalen und diagnostischen Charakters mit einer „Ja-Nein“-Checkliste gerated, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll. Sie wird im Anhang der Arbeit gezeigt.

Die PISO Adhärenz Rating Skala der zweiten und dritten Phase gleicht im Aufbau der SPRS, die eine Bewertung auf einer 7-Punkte-Skala vorsieht und quantitative (und bei einigen Items qualitative) Aspekte mit einbezieht (s. h. Bewertung der Items).

Da der inhaltliche Schwerpunkt der Endphase sich von dem der mittleren Phase unterscheidet, enthält die PISO Adhärenz Rating Skala für die Endphase sieben zusätzliche Items, die im Anhang beschrieben sind, sowie eine Mini-Checkliste von 2 Items.

Rater-Anleitung zur Anwendung der PISO Adhärenz Rating Skala

In der Anleitung für die Rater der PISO Adhärenz Rating Skala werden für jedes Item, soweit sinnvoll, folgende Angaben gemacht (in Anlehnung an das Rater-Manual der SPRS [144]):

- Ausarbeitung der Absicht /des Zwecks des Items
- Definitionen der verwendeten Ausdrücke
- Generelle Leitlinien zur Bewertung des Items
- Beispiele für Verhaltensweisen des Therapeuten, die in die Bewertung eingehen bzw. nicht eingehen sollen
- Spezifische Regeln zur Bewertung des Items

- Wichtige Unterscheidungen, die zwischen ähnlichen Items vorgenommen werden müssen

Bewertung der Items

Sowohl in der SPRS als auch in der PISO Adhärenz Rating Skala werden die Elemente entsprechend der Frequenz bzw. Intensität ihrer Umsetzung auf einer 7-Punkte Skala des Likert-Typs bewertet, die an vier Punkten der Skala so genannte Anker aufweist.

Typische aus der SPRS übernommene Anker-Bezeichnungen sind: „überhaupt nicht“ (1), „etwas“ (3), „überwiegend“ (5), „völlig“ (7)

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

Sowohl bei der Übersetzung der SPRS als auch bei der Erstellung der PISO- Items hat sich jedoch die Notwendigkeit ergeben Variationen zu den oben genannten Bezeichnungen zu finden, um sprachliche und inhaltliche Zweideutigkeiten und Missverständnisse zu vermeiden.

Sämtliche Variationen der Anker-Bezeichnungen werden in der Rater-Version der PISO Adhärenz Rating Skala im Anhang gezeigt.

Besonderheiten in der Bewertung einiger Items

In den Bewertungsbalken einiger Items befinden sich Doppelstriche, welche den Rater darauf hinweisen sollen, dass eine Wertung oberhalb der Doppelstriche nur vergeben werden darf, wenn das Verhalten des Therapeuten in der jeweiligen Sitzung besondere, zusätzlich im Manual vermerkte Kriterien erfüllt.

Beispiel:

17. Verhandelnder Stil: Drückte der Therapeut seine Ansichten die Erfahrungen und Lebensumstände des Klienten betreffend in Form verhandelbarer Vorschläge – d.h. für Korrekturen offen - aus und lud er zu weiteren Präzisierungen und Rückmeldungen ein?

1	2	3	4	5	6 //	// 7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

Um eine Wertung von 7 zu erhalten, muss der Therapeut den „verhandelnden Stil“ bei interpersonellen Themen der Therapeut-Patient-Beziehung anwenden.

Nummerierung

Die Nummerierung der SPRS-Items wurde unverändert übernommen, für die PISO-Items wurden Großbuchstaben zur Identifikation gewählt, um eine leichtere Unterscheidung zu ermöglichen. Die Itembezeichnung „Q“ wurde nicht vergeben, um eine Verwechslung mit „O“ auszuschließen.

2.4.2.3 Inhaltliche Struktur, Skalen

Die 55 Items der „PISO Adhärenz Rating Skala“ lassen sich inhaltlich vier verschiedenen Subskalen zuordnen. Dabei wurde für aus der SPRS übernommene Items die Skalen-Zuordnung der Elemente beibehalten, welche Shapiro et al. 1992 [147] mittels Faktorenanalyse bestätigen konnten. Die Bezeichnung der Skalen selbst wurde teilweise verändert. Im Folgenden werden die vier Skalen vorgestellt, ihnen zugeordnete Elemente werden an anderer Stelle näher beschrieben.

„Allgemein erleichternde“ Skala

Die „Allgemein erleichternde“ Skala setzt sich aus acht Elementen zusammen, welche unverändert aus der „Facilitative Conditions“ Skala der SPRS übernommen wurden. Als Skalenbezeichnung wurde statt „Facilitative Conditions“ (engl. facilitative: unterstützend, erleichternd, ermöglichend, fördernd; Condition: Kondition, Voraussetzung), die sinngemäße deutsche Entsprechung „allgemein erleichternd“ verwendet („erleichternd“ im Sinne von „etwas leichter machen, jmd. etwas erleichtern“). Die „allgemein erleichternden“ Elemente umfassen Verhaltensweisen der Therapeuten, die für den Patienten allgemein hilfreich und förderlich sind, wie z.B. unterstützen und ermutigen, vermitteln von Wärme und Empathie etc. Lambert zählt diese Elemente konzeptuell zu den „common factors“, allgemeine Faktoren, die nicht spezifisch einer Therapieform zugeordnet werden, sondern in unterschiedlichen Settings und bei verschiedenen therapeutischen Ansätzen vorkommen. Er betont, dass sie nicht als trivial betrachtet werden sollten, sondern zentrale psychologische Interventionen darstellen [107] und den Therapieerfolg beeinflussen [22].

Werden „allgemein erleichternde“ Elemente in der PISO Adhärenz Rating Skala explizit bewertet, so besteht die Möglichkeit diese Elemente nach abgeschlossener Bewertung als mögliche Confounder aus der Gesamtwertung zu nehmen, um so (gezielt) den Effekt anderer spezifischerer Skalen bzw. ihrer Elemente überprüfen zu können.

Die „common factors“ werden auch als Grundhaltung des Therapeuten beschrieben, die zwar in eine bestimmte Richtung weisen kann aber doch unspezifisch ist. Weinberger [171] postuliert, dass die verschiedenen therapeutischen Schulen in Bezug auf die Wichtigkeit der allgemeinen Faktoren unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Psychodynamische Ansätze beispielsweise betonen nach Weinberger vor allem bindungsfördernde Elemente, welche die therapeutische Arbeitsbeziehung stärken. Das Erarbeiten einer tragfähigen Arbeitsbeziehung steht auch im psychodynamischen orientierten PISO-Therapiekonzept im Vordergrund. Dazu soll unter anderem eine (im PISO-Manual ausdrücklich vorgegebene) unterstützende, aktiv-engagierte, wohlwollende und zugewandte Grundhaltung des Therapeuten sowie empathisches Annehmen des Patientenberichtes beitragen. Um die Adhärenz des Therapeuten zum Manual umfassend und treffend zu erfassen ist es also wichtig, diesbezügliches Therapeutenverhalten ebenfalls zu untersuchen.

„Psychodynamisch-interpersonelle“ Skala

Die ursprüngliche Bezeichnung als „explorative“ Skala in der SPRS wurde ihrer inhaltlichen Entsprechung nach durch „psychodynamisch-interpersonell“ ersetzt. Von den 19 Items der „explorativen“ Skala der SPRS wurden 13 Items aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe zum PISO-Manual in die PISO Adhärenz Rating Skala übernommen. Die weitere Unterteilung der psychodynamisch interpersonellen Skala in Subskalen der SPRS wurde aufgehoben. Mit ihrem psychodynamisch-interpersonellen Schwerpunkt umschreiben die übernommenen Elemente dieser Skala größtenteils Kernthemen des PISO-Manuals: So ist beispielsweise das Wahrnehmen, Zulassen und Annehmen von Affekten besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen zentraler Bestandteil der Mittelphase der Therapie. Auch die Art und Weise der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient spielt sowohl im störungsspezifischen Konzept der PISO-Studie als auch in Hobsons psychodynamisch-interpersonellen Ansatz eine wichtige Rolle: Hobson bezeichnet die Entwicklung einer authentischen „gemeinsamen Gefühlssprache“ in welcher die innersten Ängste und Gefühle des Patienten geteilt werden können als zentrale Aufgaben des Therapeuten. Diese Aufgabe spiegelt sich in zahlreichen Elementen wie z. B. „gemeinsame Sprache“, „verhandelnder Stil“ oder „verstehende Hypothese“ wider. Im PISO-Manual findet sich hierzu zahlreiche Entsprechungen, beispielsweise die Vorgabe Äußerungen möglichst „verhandelbar“ und „vorschlagend“ zu formulieren.

„Störungsbezogene“ Skala

20 „störungsbezogene“ Items wurden anhand des PISO-Manuals neu entwickelt. Mit der Bezeichnung dieser Skala soll nicht ausgesagt werden, dass die hier zugeordneten Elemente generell „störungsspezifischer“ sind als die anderen Skalen zugeordneten Interventionen. Es handelt sich aber doch bei den meisten Elementen dieser Skala um spezifische, entsprechend der Leitlinien für somatoforme Störungen entwickelte Interventionen, die zentrale therapeutische Themen des PISO-Konzeptes umschreiben. In der für die Adhärenz-Messung der Behandlung depressiver Symptomatik entwickelten Sheffield Rating Scale waren keine vergleichbaren Interventionen vorbeschrieben, die Items mussten daher neu entwickelt werden. Bereits in der SPRS existierende Items wurden nur dann als „störungsbezogene“ Elemente neu formuliert, wenn der Inhalt nicht gänzlich oder nicht spezifisch genug vom bereits bestehenden Item erfasst wurde. Die so teilweise entstehenden Überschneidungen wurden der exakten Erfassung der Inhalte wegen in Kauf genommen (s. h. Überschneidungen Kapitel 2.4.3.5).

„Kognitions- und verhaltensorientierte“ Skala

Diese Skala besteht aus 14 Items, welche aus der „Cognitive Therapy Scale“ der SPRS übernommen wurden. Die weitere Gliederung in 6 Subskalen wurde jedoch aufgehoben, da durch die PISO-spezifische Selektion (nur 14 der ursprünglich 28 Items) diese Einteilung weder notwendig noch sinnvoll einsetzbar war.

Das störungsspezifische PISO-Konzept integriert auch therapeutische Interventionen, die am treffendsten durch Elemente der „Cognitive Therapy Scale“ umschrieben werden. Das Element „Aufbau angenehmer Aktivitäten“ beispielsweise findet seine Entsprechung in der Vorgabe des PISO-Manuals den therapeutischen Fokus bewusst auf positive Aktivitäten zu legen und Ressourcen der Patienten zu stärken. Das Führen eines Schmerztagebuches, welches für den therapeutischen Prozess bei somatoformen Patienten eine wichtige Rolle spielt, wird durch das Element „Selbstbeobachtung“ erfasst. In diese Skala wurden der Vollständigkeit wegen auch einige Elemente aufgenommen, denen im PISO-Konzept eine untergeordnete Wichtigkeit zukommt, wie z.B. das Vermitteln eines Grundmodells für Aktivitäts-/Verhaltensaufbau.

2.4.3 Elemente der “PISO Adhärenz Rating Skala”

In Anlehnung an das PISO-Manual für Psychotherapeuten, welches voraussichtlich 2010 bei Hogrefe erscheinen wird, konnten wichtige therapeutische Elemente im „PISO Adhärenz Rating Instrument“ zur Erfassung der Manualtreue der Therapeuten beschrieben und zusammengefasst werden.

2.4.3.1 Checkliste Phase 1

Die Sitzungen 1 bis 3 machen die Anfangsphase der Kurzzeittherapie von PISO aus, hier kann die Manualtreue der Therapeuten mit Hilfe einer Checkliste überprüft werden. Da die Checkliste nicht zentraler Gegenstand dieser Arbeit ist, soll hier nicht näher auf den Inhalt eingegangen werden. Im Anhang befinden sich eine anwendungsbereite Version der Checkliste, sowie eine ausführliche Erläuterung der einzelnen Elemente.

2.4.3.2 PISO Adhärenz Rating Skala: Phase 2

Die zweite Phase der Therapie (Sitzung 4 bis 9) wurde mit Hilfe von 47 Items untersucht. 13 davon wurden anhand des PISO-Manuals neu entwickelt und umschreiben Interventionen, die meist direkten Bezug zum multisomatoformen, schmerzdominanten Störungsbild der Patienten aufweisen.

Störungsbezogene Elemente:

A Symptomklage organisiert/symbolisiert:

Wurde eine qualitative, körperliche, zeitliche und situative Zuordnung der vom Patienten geschilderten Symptome vorgenommen und/oder wurden diese mit einer Bedeutung belegt, die über das rein Körperliche hinausgeht? Über die aktiv-supportive Entgegennahme der Symptomklage in Phase 1 hinaus, wird diese nun zudem strukturiert und organisiert. Weiterhin wird gemeinsam mit dem Patienten versucht sprachliche Symbole zu finden.

B Symptomklage durch eigene Affekte angereichert:

Brachte der Therapeut eigene Bilder und Affekte in die Schilderungen des Patienten mit ein? (Z. B.: „In mir löst der von Ihnen beschriebene Druck ein Gefühl der Beklemmung aus, als würde eine schwere Last mich niederdrücken...“)

C Enttäuschung:

Sprach der Therapeut die Enttäuschung und/oder Scham an, welche durch die fehlende Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers ausgelöst wird?

D Enttäuschungsaggression:

Wurde (ggf. aufbauend auf obigem Thema) der Affekt „Aggression“ thematisiert, welcher aus dieser Enttäuschung erwachsen kann? Bearbeitung der Enttäuschungsaggression in unterschiedlichen Kontexten: Aggression gegen den eigenen „nicht funktionsfähigen“ Körper, gegen medizinisches Personal, Therapeuten, Angehörige, Partner (hier evtl. auf Beziehungsabbrüche eingehen.)

E Alternativer Umgang mit Enttäuschung:

Wurden bessere Möglichkeiten erarbeitet, wie mit dieser Enttäuschung umgegangen werden kann?

F Situations- und Beziehungsaspekte:

Sprach der Therapeut Situations- und Beziehungsaspekte im Zusammenhang mit Körperbeschwerden an? Wurden die Beschwerden in Bezug mit dem aktuellen Lebenskontext des Patienten gesetzt? Wurden mögliche Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und bestimmten Situationen in zwischenmenschlichen Beziehungen gemeinsam erarbeitet? Auch die therapeutische Beziehung kann mit den aktuellen Symptomen des Patienten in Bezug gesetzt werden.

G Zusammenhang Symptomatik/Beziehungserfahrung:

Wurde ein Zusammenhang der körperlichen Symptome des Patienten mit dessen Beziehungserfahrungen gemeinsam erarbeitet? Fand eine biographische Exploration der Symptomatik in Verbindung mit zwischenmenschlichen Beziehungen statt? Z.B. Umgang der Familie mit den Symptomen falls schon seit Kindes-/Jugendalter vorhanden, Umgang des/der (Ex-)Partner mit den Beschwerden und evtl. daraus resultierenden Einschränkungen, Beziehungsabbrüche etc.

H Affektregulierung in Beziehungen:

Wurde thematisiert, welche Möglichkeiten angemessener und/oder unangemessener Formen von Affektregulierung in Beziehungen auftreten können UND welche für den Patienten sinnvoll anwendbar sind? Hier muss auch die patientenspezifische Anwendbarkeit besprochen werden um eine Wertung höher als 1 zu erzielen, z. B.: Affekttoleranz verbessern durch Sinnggebung, durch Betonung des „normalen“ Aspektes des jeweiligen Gefühles mehr als des pathologischen. Umgang mit Affekten verändern, z.B. aktive Antizipation, Ablenkung, Konzentration auf die Sinne.

I Differenzierung von Gefühl und körperlichem Befinden:

Wurde die Differenzierung von Gefühlen und Körperbeschwerden angesprochen/bearbeitet? Erarbeitung anhand des Symptomtagebuchs ist sinnvoll. Wurde der Patient bei der Unterscheidung von Affekten und körperlichem Befinden unterstützt, z.B. durch gezieltes Fragen: „Beschreiben Sie die Beschwerden bitte genau.“ „Welches Gefühl ist damit verbunden?“ (z.B. Verzweiflung, Ohnmacht).

J Hausaufgaben zur regelmäßigen Entspannungsübung:

Wurden Hausaufgaben zur regelmäßigen Ausübung der erlernten Entspannungsübungen vereinbart? Wertung abhängig von der Ausführlichkeit und expliziten Patientenbezogenheit:

Wertung 1: keine Aufforderung

Wertung 3: vage Anregung z. B.: „Die Entspannungsübungen machen Sie selbstständig weiter, oder?“

Wertung 5: konkrete Vereinbarung, z.B.: „Dann kommen wir jetzt überein, dass Sie versuchen werden, sich täglich einmal eine halbe Stunde Zeit zu nehmen für die Entspannungsübungen.“

Wertung 7: explizite patientenbezogene Aufforderung (Beispiel aus einer beobachteten Therapiesitzung), Therapeut: „Ja, wenn die Entspannungsübungen Sie so müde machen, wie Sie berichtet haben, ist es wohl wirklich das Beste, wenn Sie sie abends vor dem Einschlafen durchführen. Vielleicht können Sie ja mit Ihrem Mann vereinbaren, dass er sich jeden zweiten Abend um die Kinder kümmert, so dass Sie sich in Ruhe Zeit für die Entspannung nehmen können....“

K Körperliche Aktivität und Körperwahrnehmung:

Wurde mit dem Patienten der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und der Körperwahrnehmung (Teufelskreis Schonverhalten) besprochen? Schonverhalten führt zu verstärkter Schmerzwahrnehmung, verstärkte Schmerzwahrnehmung wiederum führt zu Intensivierung der Schonhaltung. Bei diesem Item wird jedoch auch die Bearbeitung des „inversen Teufelskreises“ in die Wertung miteinbezogen: Einige Patienten neigen dazu, trotz Schmerzen intensiver körperlicher Belastung nachzugehen und den daraufhin heftigeren Schmerzen mit weiterer unangemessener körperlicher Aktivität zu begegnen (Renovierung einer Wohnung, Erledigung aller Hausarbeiten auf ein Mal etc.). Es geht bei diesem Item also darum mit dem Patienten über das für ihn angemessene Maß an körperlicher Aktivität zu sprechen und ihn auf schädende Aktivitätslevel beider Richtungen aufmerksam zu machen.

L Neue körperliche Erfahrungen:

Wurde die Förderung körperlicher Aktivitäten des Patienten angeregt und/oder neu aufgetretene körperliche Erfahrungen in diesem Zusammenhang thematisiert? Wurde der Patient bestärkt körperbezogenen Eigenaktivitäten wie z.B. Sport oder Entspannung nachzugehen, um positive Körpererfahrungen zu sammeln, Fähigkeiten und Grenzen neu zu erfahren (Lust, Unlust, Vitalität) und mehr Zutrauen in die körperliche Belastbarkeit zu finden? Wurde gemeinsam versucht positive körperliche Affektreaktionen aufzuspüren?

M Hausaufgabenbesprechung:

Wurden die in der vergangenen Stunde vereinbarten Hausaufgaben besprochen (z.B. Entspannungsübungen, sportliche Aktivitäten, Schmerztagebuch)? Die Wertung ist hier abhängig davon, wie viele der gegebenen Hausaufgaben in welcher Ausführlichkeit besprochen wurden. Z.B: Entspannungsübungen werden 15 min lang thematisiert, es wird aber nur kurz nachgefragt, ob der Patient denn diese Woche dazu gekommen sei Rad zu fahren, wie in der vorherigen Stunde vereinbart. Wertung nicht höher als 5.

Folgende Subskalen und Items wurden weitgehend unverändert aus der SPRS übernommen, da sie Interventionen umschreiben, die auch dem therapeutischen Konzept der PISO-Studie entsprechen:

„Allgemein erleichternde“ Elemente:

7. Unterstützen und Ermutigen: Verhielt sich der Therapeut unterstützend für den Klienten, indem er dessen Fortschritte während der Therapie bestätigte ODER indem er dem Klienten versicherte, dass die Fortschritte durchaus noch eintreten werden?

8. Kompetenz vermitteln: Versicherte der Therapeut dem Klienten, dass er/sie dessen Probleme versteht und ihm helfen kann?

9. Kommunikationsstil des Therapeuten: Wie anregend bzw. interessant war der Kommunikationsstil des Therapeuten? (Beurteile (1) die Lebendigkeit ihrer/seiner Sprache, (2) die Originalität seiner Ideen und (3) die Lebendigkeit seiner Art zu sprechen).

10. Engagement: Wie beteiligt bzw. aufmerksam war der Therapeut?

11. Wärme: Vermittelte der Therapeut ein Gefühl der Wärme?

12. Übereinstimmung: Wie viel Übereinstimmung fand sich zwischen Therapeut und Klient, d.h. wie gut bzw. harmonisch kamen die Gesprächspartner miteinander zurecht?

13. Empathie: Verhielt sich der Therapeut einführend, d.h. vermittelte er ein intimes und feinfühliges Verständnis bezüglich der Erfahrungen und Gefühlen des Klienten?

14. Formalität: Striktes Einhalten der therapeutischen Rolle, sodass wenig von der Persönlichkeit des Therapeuten während der Sitzung durchscheint. Nahm der Therapeut eine angemessen förmliche Haltung in seinen Interaktionen mit dem Klienten ein?

21. Spezifische Beispiele: Forderte der Therapeut den Klienten auf konkrete und spezifische Beispiele für Überzeugungen ODER Ereignisse zu geben?

71. Training von Fertigkeiten: Versuchte der Therapeut während der Sitzung dem Klienten bestimmte Fertigkeiten zu vermitteln (z.B. Durchsetzungsvermögen, soziale Kompetenz, aufgabenrelevante Fertigkeiten)?

Psychodynamisch-interpersonelle Elemente:

17. Verhandelnder Stil: Drückte der Therapeut seine Ansichten die Erfahrungen und Lebensumstände des Klienten betreffend in Form verhandelbarer Vorschläge – d.h. für Korrekturen offen - aus und lud er zu weiteren Präzisierungen und Rückmeldungen ein?

18. Gemeinsame Sprache: Benutzte der Therapeut Formulierungen im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Streben/Bemühen („Ich“ und „Wir“)

31. Metaphern: Ermutigte der Therapeut den Patienten Metaphern zu benützen, half er ihm diese auszubauen?

34. Selbstmitteilungen: Gebrauchte der Therapeut Selbstäußerungen angemessen, um ein gemeinsames Verständnis der Ereignisse und Prozesse in der Therapie voranzubringen?

36. Verstehende Hypothesen: Äußerte der Therapeut empathisches Verständnis, indem er seine eigene Sichtweise einbrachte und im Sinne wechselseitigen Verständnisses überprüfte?

30. Hinweis-Basis: Baute der Therapeut seine Interventionen explizit auf Hinweisen (verbalen und nonverbalen) auf, die der Klient gibt?

32. Fokussieren: Fokussierte der Therapeut auf das „Hier und Jetzt“-Erleben des Klienten, indem er ihn ermutigte, seine Gefühle erst einmal wirken zu lassen, statt sie gleich zu erklären/rechtfertigen?

51. Exploration von Gefühlen: Half der Therapeut dem Klienten seine Gefühle in interpersonellen Beziehungen zu erforschen?

52. Wahrnehmen/Zulassen von Affekten: Versuchte der Therapeut dem Klienten zu helfen, Affekte wahrzunehmen und zuzulassen, welche er noch nicht zum Ausdruck gebracht hat oder derer er sich noch nicht bewusst war?

53. Affekte annehmen: Ermutigte der Therapeut den Klienten Gefühle zu akzeptieren, welche dem Patienten zwar bewusst, aber unangenehm oder schmerzlich sind?

37. Verbindende Hypothesen: Verband der Therapeut gegenwärtige Gefühle des Klienten mit Gefühlen in anderen Kontexten und Zeiten und stellte er die zentrale Verbindung von all diesen Gefühlen mit dem „Hier und Jetzt“ - Erleben in der therapeutischen Beziehung her?

38. Erklärende Hypothesen: Führt der Therapeut mögliche Gründe (welche nicht unbedingt als „Ursachen“ bewertet werden müssen) für die Verhaltensweisen und Erfahrungen des Patienten ein, besonders hinsichtlich Störungen der Beziehungen innerhalb und außerhalb der Therapie?

40. Sitzungen strukturieren: Sorgte der Therapeut für eine angemessene Struktur der Sitzung, indem er dem Klienten ermöglichte, herausfordernde Interventionen während der Sitzung anzunehmen und zu beantworten?

Kognitions- und verhaltensorientierte Elemente:

1. Entwurf und Entwicklung einer Agenda: Arbeitete der Therapeut in Zusammenarbeit mit dem Patienten daran, eine Agenda für die Sitzung zu formulieren und zu verfolgen?

54. Beziehung von Gefühlen und Gedanken: Ermutigte der Therapeut den Klienten eine Beziehung zwischen erlebten (oder noch bevorstehenden) Gefühlszuständen und seinen zu diesem Zeitpunkt *ablaufenden* Gedanken herzustellen?

57. Kognitionen erfragen: Erfragte der Therapeut spezifische Gedanken des Klienten (möglichst wortgetreu), welche entweder in der Sitzung selbst oder vorher auftraten?

58. Exploration der persönlichen Bedeutung: Erkundete der Therapeut die Annahmen/Überzeugungen des Klienten in Bezug auf von ihm berichtete Gedanken, um die persönliche Bedeutung dieser Gedanken für den Klienten zu erfahren?

68. Grundmodell für Aktivitäts-/Verhaltensaufbau: Vermittelte der Therapeut dem Klienten ein Modell, das betont, warum die Ausübung bestimmter

Verhaltensweisen/Aktivitäten für den Klienten wichtig ist, um eine Symptomverbesserung zu erreichen?

71. Training von Fertigkeiten: Versuchte der Therapeut während der Sitzung dem Klienten bestimmte Fertigkeiten zu vermitteln (z.B. Durchsetzungsvermögen, soziale Kompetenz, aufgabenrelevante Fertigkeiten)?

72. Hausaufgaben: Entwickelte der Therapeut eine oder mehrere spezifische „Hausaufgaben“ mit dem Klienten?

73. Aufbau angenehmer Aktivitäten: Unterstützt der Therapeut den Klienten darin, verstärkt angenehmen Aktivitäten nachzugehen, welche dem Klienten auch eine Form der Bestätigung vermitteln?

75. Selbstbeobachtung: Bestärkte der Therapeut den Klienten eigene Gefühle, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen ODER besprach er diese Aufzeichnungen mit dem Klienten nach?

78. Verhandeln/Besprechen des Therapie-Inhalts: Vermittelte der Therapeut dem Klienten die Aufgaben, eventuelle Fokus-Änderungen und Schwerpunkte der Sitzung in einer Art und Weise, die dem Klienten Gelegenheit gab sich ebenfalls einzubringen?

79. Klärung der therapeutischen Absicht: Erklärte der Therapeut dem Klienten, warum er ein bestimmtes Thema in der Sitzung verfolgte?

80. Zusammenfassen: Fasste der Therapeut die wesentlichen Punkte dieser beziehungsweise einer früheren Sitzung zusammen ODER ließ er dies (gezielt) den Klienten tun?

2.4.3.3 PISO Adhärenz Rating Skala: Phase 3

Sieben Elemente wurden anhand des PISO-Manuals für die besondere Thematik der letzten, abschließenden Phase der Therapie entwickelt. Beispiele hierfür sind „Therapie-Ende und noch nicht Erreichtes“ oder „Rückfallprohylaxe“. Diese Arbeit konzentriert sich auf Adhärenz-Messung in der Mittelphase der Therapie, die zusätzlichen Elemente der Endphase wurden der Vollständigkeit wegen beschrieben und befinden sich im Anhang.

2.4.3.4 Inhaltliche Veränderungen des SPRS Manuals

Zur Anpassung an die PISO-Studie wurden dem SPRS-Manual für ausgewählte Elemente einige zusätzliche Informationen, Beispiele und Festlegungen hinzugefügt:

Item 9: Kommunikationsstil des Therapeuten: Wie interessant ist der Kommunikationsstil des Therapeuten?

Zusätzliche Festlegung: Die Bewertung 4 (durchschnittlich interessant) orientiert sich am durchschnittlichen Bürger, d.h. es werden nicht therapeuten-intern Vergleiche angestellt. Und auch wenn nur einer der drei Aspekte (Bildhaftigkeit, Originalität, Lebhaftigkeit) verstärkt eingesetzt wird, kann eine hohe Wertung gegeben werden.

Item 12: Übereinstimmung: Wie gut/harmonisch kamen die Gesprächspartner miteinander zurecht?

Zusätzliche Festlegung: Die äußere Form des Gesprächsflusses trägt ausschlaggebend zur Bewertung bei („unangenehme“ Pausen, wiederholte Unterbrechungen („ins Wort fallen“), gleichzeitiges Sprechen etc.)

Item 18: Gemeinsame Sprache: Benutzte der Therapeut Formulierungen des gemeinsamen Bemühens („ich“ oder „wir“)?

Alleiniges häufiges Benutzen des Personalpronomens „ich“ rechtfertigt kein Rating über 3 (so im Manual festgehalten).

Zusätzliche Festlegung: Sobald „wir“ benutzt wird, darf der Wert 3 vergeben werden, ca. dreimaliges Benutzen im Kontext des gemeinsamen Bestrebens führt zur Wertung 4, ca. sechsmaliges Benutzen zur Wertung 5 etc.

Item 30: Hinweisbasis: Baute der Therapeut seine Interventionen explizit auf den Hinweisen seines Klienten auf?

Zusätzliche Festlegung: Nicht nur „Pluspunkte“ für patientennahe Interventionen können gesammelt werden, auch „Minuspunkte“ für einschneidende oder unterbrechende Themenwechsel können mit in die Bewertung eingehen. (Es erfolgt dann ein Abwägen von plus und minus gegeneinander, bei Überwiegen der „Minuspunkte“ Wertung 1, „Gleichstand“ Wert 2 usw.).

2.4.3.5 Überschneidungen von störungsbezogenen Elementen mit aus der SPRS übernommenen Elementen:

Item 72: Hausaufgaben: Entwickelte der Therapeut spezifische Hausaufgaben mit dem Klienten?

Item J: Hausaufgaben zur regelmäßigen Entspannungsübung: Wurden Hausaufgaben zur regelmäßigen Ausübung der erlernten Entspannungsübungen vereinbart?

Bei beiden Items wurden Hausaufgaben zur Entspannungsübungen in die Wertung miteinbezogen. Bei Item 72 erforderte eine Bewertung größer 1 („nie“) in Bezug auf Entspannungsübungen jedoch deren gemeinsame „Entwicklung“ bzw. Vorbesprechung/Planung, reine Aufforderung oder Vereinbarung zur Ausführung reichte, anders als bei Item J, nicht aus. Zusätzlich erfasst Item 72 Hausaufgaben anderer Bereiche - bei diesem Element der kognitions- und verhaltensorientierten Skala stand vor allem die Entwicklung individueller Hausaufgaben für den einzelnen Patienten im Vordergrund. Item J hingegen bezog sich ausschließlich auf das Vereinbaren von Entspannungsübungen, zu deren Ausübung alle Patienten gleichermaßen angehalten werden sollten.

Item 75: Selbstbeobachtung: Bestärkte der Therapeut den Klienten eigene Gefühle, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen ODER besprach er diese Aufzeichnungen mit dem Klienten nach?

Item M: Hausaufgabenbesprechung: Wurden die in der vergangenen Stunde vereinbarten Hausaufgaben besprochen?

Eine Überschneidung hierbei stellt die Nachbesprechung des Schmerztagebuchs dar, die inhaltlich sowohl der Hausaufgabenbesprechung (Item M) als auch Selbstbeobachtung zugeordnet werden kann. Gemeinsam hohe bzw. niedrige Wertung in Bezug auf Besprechung des Schmerztagebuchs.

2.5 Rater

Die Ratings wurden nach intensivem Training hauptsächlich von einer medizinischen Doktorandin und bei Zweit- und Drittbewertungen zusätzlich von einer weiteren Medizinstudentin und einem Diplompsychologen (Studienkoordinator) durchgeführt. Die vorbereitende Schulungsphase dauerte etwa ein halbes Jahr und umfasste ca. 45 Stunden. Das Training bestand aus gemeinsamer Lektüre des SPRS-Manuals und Diskussion der übernommenen SPRS-Items, sowie Erörterung der Bedeutung der einzelnen PISO-Items. Anhand von 15 kompletten Sitzungen zweier Patienten, die zu Beginn gemeinsam, im Verlauf teilweise allein angesehen wurden, wurden die Items veranschaulicht und Probe-Ratings vorgenommen.

Um Drift (d. h. Instabilität bzw. Veränderung der Bewertungsstrenge von einem Rater im Laufe der Zeit [13]) zu vermeiden, fanden während der 10-monatigen Rating-Phase regelmäßig Treffen zur Diskussion der Ratings statt [117] und die Interrater-Reliabilität wurde überprüft [154].

2.6 Ratings

Insgesamt wurden nach Abschluss der Trainingsphase 60 verschiedene Sitzungen untersucht, davon 7 von zwei und 6 von drei Beobachtern.

Sitzungen der zweiten und dritten Phase entsprachen der Standardlänge (ca. 50min), die der ersten Phase waren in der Regel länger (60 bis 90 min), um Therapeut und Patient eine bessere Möglichkeit zu bieten ein therapeutisches Arbeitsbündnis zu entwickeln und die Symptome in einer gewissen Tiefe zu erkunden [61].

Um bestmögliche Vergleichbarkeit zu schaffen und maximale Information zu erhalten, wurde ausschließlich mit Videoaufnahmen gearbeitet [170]. Um Fehler in der Bewertung durch Ermüdungserscheinungen und Nachlassen der Konzentration der Rater zu vermeiden [77], wurde nie mehr als eine Sitzung am Stück bewertet.

Die Aufnahmen wurden nach Beendigung der Trainingsphase immer alleine angesehen und währenddessen wurden Notizen mit Minutenverweisen angefertigt. Beim anschließenden Raten wurden meist Ausschnitte der Sitzung, die bestimmte relevante Verhaltensweisen des Therapeuten aufwiesen, nochmals angesehen.

Wurde eine Sitzung von mehreren Ratern bewertet, so fand später eine ausführliche Besprechung und Diskussion unter Zu-Hilfe-Nahme der Notizen und des Manuals statt. Diskrepanz bewertete Items (ab inklusive 2 Bewertungspunkten Unterschied) wurden besonders ausführlich besprochen und gegebenenfalls wurden gemeinsam zusätzliche Angaben zur Definition des jeweiligen Items erarbeitet und veranschaulichende Beispiele entwickelt.

Auf den Prozess des Beobachtens und Bewertens trifft ein Ausspruch Georg Christoph Lichtenbergs zu:

„Die Menschen können nicht sagen,
wie sich eine Sache zugetragen,

sondern nur wie sie meinen,
dass sie sich zugetragen hätte“ [19], (S.8).

Es handelt sich um subjektive Einschätzungen, auch wenn diese nach ausführlicher Schulung und mit Hilfe eines reliablen Instrumentes getroffen, sowie mittels Erfassung der Interrater Reliabilität überprüft wurden. In den folgenden Abschnitten der Arbeit kommt der Aspekt der Subjektivität sprachlich nicht immer deutlich zum Ausdruck, da er teilweise lange, verwirrende Formulierungen erfordern würde. Beispiel: „Die Therapeuten arbeiteten bei diesen Patienten verstärkt mit „allgemein erleichternden“ Elementen...“ so ist dies folgendermaßen aufzufassen: „Nach Beobachtung und Einschätzung der Rater arbeiteten die Therapeuten bei diesen Patienten verstärkt mit „allgemein erleichternden“ Elementen...“ Aus Gründen des Sprachflusses und des inhaltlichen Verständnisses wurde jedoch häufig die kürzere Formulierung gewählt.

2.7 Statistische Verfahren

Zur Anwendung kamen folgende statistische Verfahren:

- Soziodemographische Daten der Patientengruppe wurden tabellarisiert dargestellt und anschließend beschrieben.
- Für die Häufigkeit der Items wurden Mittelwerte aus den Werten der 45 untersuchten Sitzungen der Mittel- und Endphase gebildet. Der für Ausreißer weniger anfällige Median wurde zu Kontrollzwecken ebenfalls berechnet, es zeigten sich jedoch kaum Unterschiede.
- Für die Prüfung der Zusammenhänge der Skalen mit den Patientenmerkmalen wurde das statistische Standardprogramm SPSS benutzt und nach dem Modell von Bravais und Pearson für parametrische Korrelationen gerechnet. Die Voraussetzungen für die Anwendung des Pearson Koeffizienten mit annähernder Normalverteilung und Erwartung eines linearen Zusammenhangs waren ausreichend erfüllt [177].
- Der Zusammenhang der therapeutischen Interventionen mit dem Outcome der Patienten (bzw. der Einschätzung des Behandlungserfolgs durch Therapeut und Patient) wurde durch Spearman-Rhos Korrelationskoeffizienten erfasst.
- Güte-Kriterien: Die Reliabilität der vier Subskalen des Instrumentes wurde als interne Konsistenz mittels Cronbachs Alpha [35] erhoben, die Interrater-Reliabilität wurde mit Cohens Kappa [28] bestimmt. Da sowohl die interne Konsistenz als auch die Interrater-Reliabilität für die Aussagekraft der mithilfe der PISO Adhärenz Rating Skala gewonnen Ergebnisse von Bedeutung sind, soll im Folgenden ausführlicher darauf eingegangen werden.

Interne Konsistenz

Zur Feststellung der Reliabilität der Skalen wurde die interne Konsistenz erhoben. Da es sich um bei der SPRS um eine mehrdimensionale Skala handelt, die sich aus verschiedenen Teilskalen zusammensetzt, die unterschiedliche Aspekte eines

komplexen Merkmals erfassen, erwies es sich als sinnvoll, die interne Konsistenz der Subskalen einzeln zu bestimmen.

Hierfür wurde der Alphakoeffizient nach Cronbachs Modell [35] errechnet, das auch für polytome Items anwendbar ist. (Allerdings unterschätzt Cronbachs Alpha die Reliabilität bei mehrdimensionalen Tests häufig [17]. Alternativ entwickelte Cliff 1988 ein Konzept, welches speziell auf die Messung der Reliabilität mehrerer Teiltests abzielt und auf Resultaten der Faktorenanalyse basiert. Da die Durchführung einer Faktorenanalyse aufgrund der hohen Itemanzahl und der vergleichsweise geringen Anzahl von Ratings jedoch nicht sinnvoll ist, wurde Cronbachs Modell angewendet. Es muss jedoch von einer leichten Unterschätzung der Reliabilität ausgegangen werden.)

Die für alle 45 untersuchten Sitzungen der Mittelphase untersuchte interne Konsistenz, errechnet als Alphakoeffizient, betrug für die einzelnen Skalen:

0,64 für die kognitions- und verhaltensorientierte Skala,

0,67 für die allgemein erleichternde Skala,

0,68 für die störungsbezogene Skala,

0,71 für die psychodynamisch-interpersonelle Skala.

Die interne Konsistenz stellt einen von 0 bis 1 normierten Wert dar. Werte, die größer als 0,7 sind, werden in der Literatur als akzeptabel betrachtet [126].

Da es sich bei dieser Rating Scale um ein neu entwickeltes und erstmals geprüftes Instrument handelt und Cronbachs Alpha bei mehrdimensionalen Tests die Reliabilität zudem tendenziell unterschätzt, können die Werte als zufrieden stellend betrachtet werden, die Skalen weisen eine ausreichende bis gute interne Konsistenz auf.

Interrater Reliabilität

Die Erhebung der Interrater Reliabilität dient ebenfalls zur Erfassung der Reliabilität der angewendeten Skala.

Sie misst den Grad der Übereinstimmung (=Konkordanz) der Einschätzungsergebnisse unterschiedlicher Beobachter. Hierdurch kann angegeben werden, inwieweit die Ergebnisse vom Beobachter unabhängig sind.

Da es sich um intervallskalierte Daten zweier (in wenigen Fällen auch dreier) Beobachter handelt, wurde das von Cohen 1960 entwickelte Maß Kappa angewendet [28]. Hierbei wird das Ausmaß an Konkordanz unter Berücksichtigung des durch "zufälliges Einschätzen" typischerweise erreichbaren Ausmaßes an Übereinstimmung erhoben.

Für 11 Sitzungen lagen Wertungen mehrerer Beobachter vor: bei 7 Sitzungen hatten zwei und bei 6 Sitzungen drei Beobachter gerated. Lagen Werte von 3 Beobachtern vor, wurden die Übereinstimmungen paarweise berechnet und Medianwerte aus den einzelnen Kappa-Werten gebildet.

Als durchschnittlicher Kappa-Wert für die 11 Sitzungen wurde ein Wert von 0,68 errechnet, wobei die Spannweite der Werte von 0,58 bis 0,91 reichte.

Eine gute Übereinstimmung fordert nach Fleiss und Cohen [50] Kappa-Werte über 0,6. Lediglich zwei der erreichten Werte (0,58 und 0,59) lagen knapp unterhalb dieser Grenze, der durchschnittlicher Kappa-Wert lag mit 0,68 deutlich darüber. Es liegt somit eine gute bis zufrieden stellende Übereinstimmung der Beobachter vor.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographie

Tabelle 3.1: Soziodemographische Daten der untersuchten Patientengruppe

		Patienten N = 15
		Häufigkeit (prozentualer Anteil)
Geschlecht	Weiblich	12 (80%)
Staatsangehörigkeit	Deutsch	12 (80%)
Familienstand	Ledig, getrennt lebend, geschieden,	5 (33,3%)
Kinder	verheiratet - zusammen lebend	10 (66,7%)
	Kinder	11 (73,3%)
Partnerschaft	kein/e Partner/in (>6 Monate)	5 (33,3%)
	feste/r Partner/in	10 (66,7%)
Wohnsitz	Allein im eigenen Haushalt	5 (33,3%)
	Mit Partner/in, eigener Familie	9 (60%)
	In Wohngemeinschaft, Wohnheim	1 (6,7%)
Schulbildung	≤ 10 Jahre	9 (60%)
	≥ 10 Jahre	5 (33,3%)
	Sonstige	1 (6,7%)
Berufsabschluss	Lehre / Fachschule	8 (53,3%)
	Fachhochschule / Universität	2 (13,3%)
	ohne Berufsabschluss	4 (26,7)
Aktueller Berufsstand	Berufstätig	4 (26,7%)
	nicht berufstätig/ arbeitslos	6 (40%)
	Frührente/ Pension	5 (33,3%)
Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten	Ja	8 (53,3%)
	Nein	6 (40%)
Rente	Rentenantrag geplant/ gestellt/ Rentenstreit	4 (26,7%)
	Ich beziehe (Zeit-) Rente	5 (33,3%)
Art der Hauptkrankheit (Patienteneinschätzung)	Körperliche Beschwerden	9 (60%)
	Körperliche und seelische Beschwerden	6 (40%)

(Aufgrund fehlender Patientenangaben ergeben sich Variationen der Patientenanzahl: Kinder N=12, Berufsabschluss N=14, Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten N=13.)

Im Folgenden schließt die Bezeichnung „Patient“ auch „Patientin“ mit ein, „Partner“ auch „Partnerin“ usw. Bei allen Angaben handelt es sich um Selbstauskünfte der Patienten.

In der obigen Tabelle nicht aufgeführt ist das Alter der Patienten: Als Durchschnittsalter ergaben sich 50 Jahre mit einer Standardabweichung von 12,8. Die jüngste Patientin war 30, die älteste 77 Jahre alt. Von den 15 untersuchten Patienten, waren 12 weiblichen Geschlechts, 12 waren deutscher Nationalität. 10 Patienten waren verheiratet und lebten mit dem Partner zusammen, die übrigen fünf lebten getrennt, hatten die Scheidung beantragt oder waren bereits mehrfach geschieden. 11 der Patienten hatten ein, zwei oder drei Kinder, ein Patient war kinderlos. Von den übrigen drei Patienten gibt es hierzu keine Angaben. Fünf Patienten hatten zum Zeitpunkt der Befragung seit über sechs Monaten keinen festen Partner, 10

Patienten waren in einer festen Beziehung. Allein im eigenen Haushalt wohnten fünf Patienten, im eigenen Haushalt mit Partner und/oder Familie wohnten neun Patienten, in einer Wohngemeinschaft bzw. einem Wohnheim wohnte ein Patient. Eine Schulausbildung von 10 oder weniger Jahren Dauer hatten neun Patienten absolviert, fünf Patienten hatten eine über 10-jährige Schulausbildung und ein Patient gab „sonstige Schulausbildung“ an. Vier Patienten blieben ohne Berufsabschluss, acht Patienten absolvierten eine Lehre und zwei Patienten erreichten einen Universitätsabschluss. Vier Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig, sechs waren nicht berufstätig oder arbeitslos, fünf Patienten erhielten Frührente oder Pension. Acht Patienten bejahten die Frage: „Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?“ Fünf Patienten verneinten, von zwei Patienten liegen keine Daten hierzu vor. Sechs Patienten waren nicht in Rente und hatten keine diesbezüglichen Pläne, vier überlegten einen Rentenantrag zu stellen, hatten zu dem Zeitpunkt einen Rentenantrag gestellt oder befanden sich zur Zeit der Befragung in einem Rentenstreit. Die übrigen fünf Patienten bezogen bereits Rente. Befragt zu der Art ihrer Hauptkrankheit gaben neun Patienten an diese sei körperlicher Natur, sechs Patienten gaben an unter körperlichen UND seelischen Beschwerden zu leiden.

3.2 Umsetzung der therapeutischen Elemente

Für die Beschreibung der Häufigkeit bzw. Intensität der Umsetzung der Elemente wurden Mittelwerte gebildet, die sich ausschließlich aus Element-Werten der Mittel- und Endphase zusammensetzen. Der inhaltliche Schwerpunkt lag auf den therapeutischen Themen der Mittelphase, spezifische Elemente der Endphase (z. B. Bilanz, Therapie-Ende), finden sich im Folgenden daher nicht wieder.

Zum erleichterten Verständnis der folgenden Häufigkeitsbeschreibung wird hier die zur Wertung eingesetzte Likert-Skala mit den jeweiligen Ankerpunkten nochmals kurz dargestellt:

Werte von eins bis sieben, wobei eins vergeben wird, wenn ein Element in der Sitzung nie angewendet wurde und sieben eine extrem ausführliche und intensive Umsetzung beschreibt:

1 „nie“

2

3 „etwas“

4

5 „überwiegend“

6

7 „völlig“

Diese Ankerpunkte werden auch bei jeder Tabellendarstellung in der Legende gezeigt.

Das Minimum der hier untersuchten Mittelwerte beträgt 1,10, das Maximum liegt bei 5,67. Die Spannweite der vergebenen Wertungen liegt somit bei 4,57 und nimmt

einen großen Anteil des festgelegten Wertebereichs von 1 („nie“) bis 7 („völlig“) ein, die 7 Punkte Skala hat sich somit als gut geeignet erwiesen.

Die Häufigkeit bzw. Intensität der Umsetzung der einzelnen Elemente wird der Übersicht wegen gruppiert nach den vier Skalen („allgemein erleichternd“, „psychodynamisch-interpersonell“, „kognitions- und verhaltensorientiert“ sowie „störungsbezogen“) dargestellt und beschrieben.

3.2.1 „Allgemein erleichternde“ Elemente

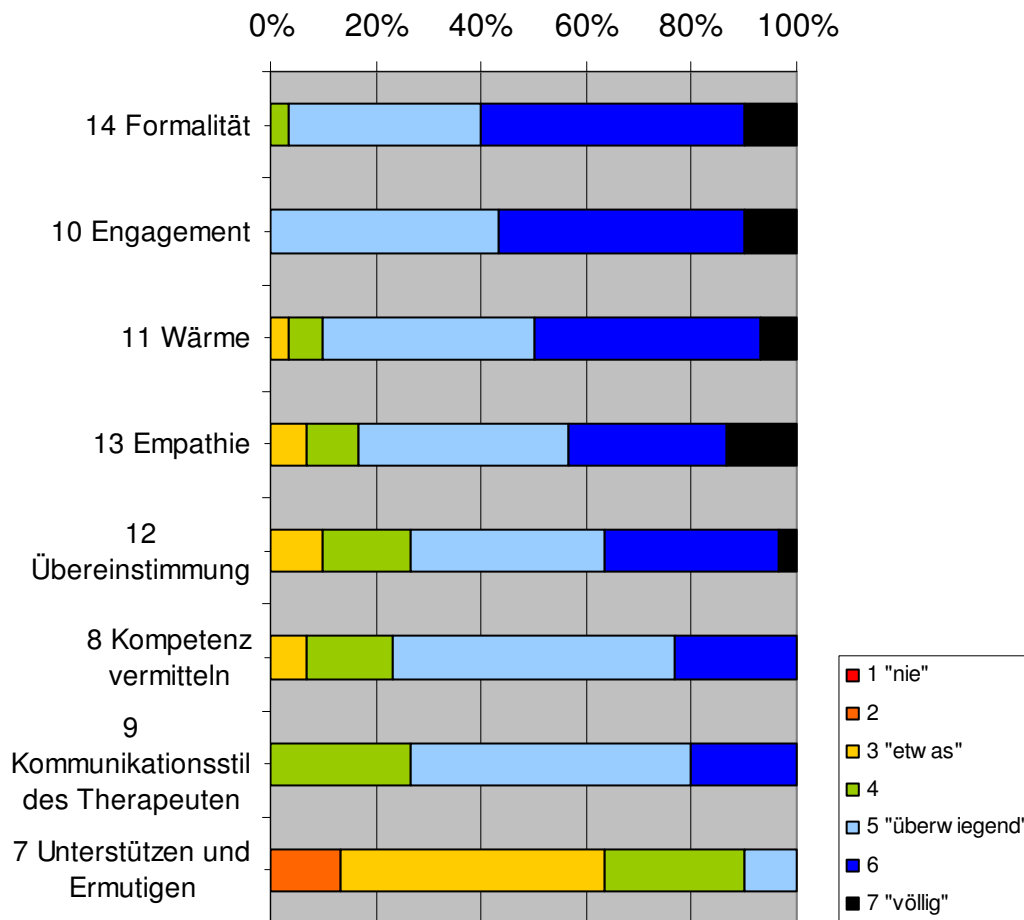


Abbildung 3.1: beobachtete Häufigkeit/Intensität der „allgemein erleichternden“ Elemente

Die „allgemein erleichternden“ Elemente beschreiben Verhaltensweisen der Therapeuten, die für den Patienten allgemein hilfreich und förderlich sind, wie z.B. Unterstützen und Ermutigen, Vermitteln von Wärme und Empathie usw. Lambert zählt diese Elemente konzeptuell zu den „common factors“, allgemeine Faktoren, die nicht spezifisch einer Therapieform zugeordnet werden, sondern in unterschiedlichen Settings und bei verschiedenen therapeutischen Ansätzen vorkommen. Er bezeichnet sie als zentrale psychologische Interventionen, deren Wirkung trotz oder gerade wegen ihrer Unspezifität nicht unterschätzt werden sollte [107].

In 45 Sitzungen der Mittel- und Endphase wurde mit Hilfe der PISO Adhärenz Rating Skala untersucht, wie häufig bzw. intensiv die Therapeuten die einzelnen Elemente umsetzten. Die hier dargestellte Grafik setzt sich aus den so erhobenen Werten der 8 Elemente der „allgemein erleichternden“ Skala zusammen. 100% entsprechen 45 Sitzungen, 50% ca. 22,5 Sitzungen usw. Die farbige Unterteilung der Querbalken markiert den (prozentualen) Anteil der Sitzungen, in denen ein Element als z.B. „überwiegend“ (hellblau) vom Therapeuten umgesetzt bewertet wurde. Für jedes Element wurde zudem der Mittelwert aus den 45 Sitzungen gebildet. Die 8 Elemente

sind nach Mittelwert absteigend in der Grafik angeordnet: Das zuoberst erscheinende Element „Formalität“ ist über alle 45 Sitzungen gemittelt am häufigsten bzw. intensivsten umgesetzt worden, „Unterstützen und Ermutigen“ am seltensten von den Elementen dieser Skala.

Zur Verdeutlichung ein konkretes Beispiel: „Formalität“: Striktes Einhalten der therapeutischen Rolle, sodass wenig von der Persönlichkeit des Therapeuten während der Sitzung durchscheint. Das Verhalten der Therapeuten bzgl. ihrer „Formalität“ wurde in den 45 untersuchten Sitzungen folgendermaßen bewertet (s. h. oberster Querbalken der Grafik): In ca. 5% (also etwa 2 Sitzungen) zeigten die Therapeuten mehr als „etwas“ Formalität (hellgrün, Wert 4), in etwa 35% der Sitzungen ein „überwiegend“ formales Verhalten, (hellblau, Wert 5) und in etwa der Hälfte der untersuchten Sitzungen erhielten sie eine noch höhere Wertung (dunkelblau, Wert 6), die noch strengerem Einhalten der therapeutischen Rolle entspricht. In ca. 10% (also 4 bis 5 Sitzungen) zeigten die Therapeuten ein „völlig“ (schwarz, Wert 7) formales Rollenverhalten, von ihrer Persönlichkeit zeigte sich den Beobachtern während dieser Sitzungen sehr wenig.

Die 8 Elemente der „allgemein erleichternden“ Skala zeichnen sich insgesamt durch hohe Werte aus, das Minimum der einzelnen Mittelwerte liegt bei 3.33 (Item7 „Unterstützen und Ermutigen“), das Maximum bei 5,67 (Item14 „Formalität“), der durchschnittliche Mittelwert liegt bei 5.04. Dies zeigt, dass die therapeutischen Elemente dieser Skala sehr häufig bzw. intensiv von den Therapeuten umgesetzt wurden (bzw. dies so von den Ratern beobachtet wurde). Zu den hohen Werten trägt unter anderem die Qualität der Elemente bei: Allgemein erleichternde Elemente sind als Grundhaltung der Therapeuten zu verstehen, die mehr in ihrer Gesamtheit als im explizit zählbaren Einsatz bewertet werden.

Beispiel aus dem SPRS- Manual für F10 „Engagement“ engl. „Involvement“ [144], (S.21):

“This item is intended to measure how involved the therapist appears to be in the session. The rater should consider how carefully the therapist paid attention to what the client was saying and how responsive the therapist was to questions or comments by the client. Ratings for this item should not be based on frequency of therapist verbal response.”

Fast alle Elemente der Skala erhielten herausragend positive Wertungen mit etwa $\frac{3}{4}$ der Werte im obersten Bereich (5, 6, 7) was in der Tabelle durch deutliches Überwiegen der hell- und dunkelblauen Anteile veranschaulicht wird.

Nur das Item F7 „Unterstützen und Ermutigen“ weist deutlich niedrigere Bewertungen auf. Insgesamt wurde es als in jeder Sitzung vorkommend gewertet (keine Bewertung mit „nie“=1) und über 80% liegen im Bereich von „etwas“ (Wert 3) oder darüber. Dieses Element unterscheidet sich von den anderen „allgemein erleichternden“ Elementen dadurch, dass die „Unterstützung“ laut Manual der SPRS ausdrücklich verbalisiert werden muss, um in die Bewertung einzugehen; eine ermutigende Grundhaltung (z.B. ermunterndes Brummen) des Therapeuten reicht hierbei nicht für eine höhere Wertung als 1 „nie“ aus. Die im Manual geforderte

explizite Verbalisierung erfordert Aussagen wie z.B. „Sie machen das gerade sehr gut, auch wenn es schwer fällt, versuchen Sie weiter zu beschreiben wie...“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die „allgemein erleichternde Skala“ als einzige Skala ausschließlich Elemente aufweist, die mindestens gelegentlich (2) und meist deutlich häufiger vorkommen.

Formalität, Engagement, Wärme, Empathie und Übereinstimmung wurden sogar in mehreren Sitzungen mit 7 („völlig“) bewertet, die Wertungen 5 („überwiegend“) und 6 bestimmen das Gesamtbild.

Dies entspricht der im PISO-Manual angeregten aktiv-wohlwollenden Grundhaltung des Therapeuten.

3.2.2 Psychodynamisch-interpersonelle Elemente

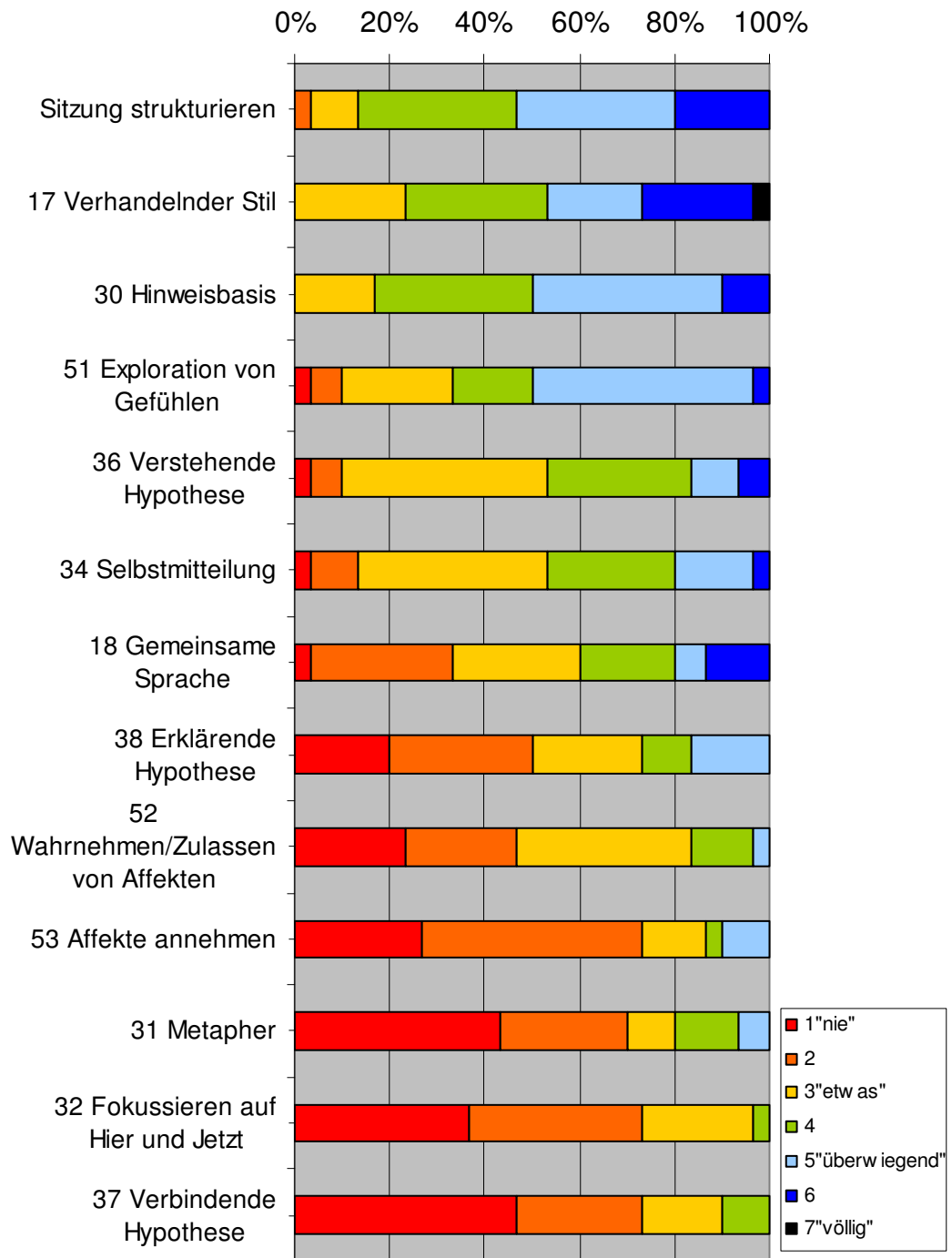


Abbildung 3.2: beobachtete Häufigkeit/Intensität der psychodynamisch interpersonellen Elemente

(Der Aufbau dieser Grafik entspricht dem der vorangegangenen Abbildung 3.1 für „Allgemein erleichternde Elemente“ nähere Erläuterungen finden sich dort.)

Die Elemente der psychodynamisch-interpersonellen Skala untersuchen überwiegend zwischenmenschliche Aspekte des Therapiegeschehens. Dabei stehen sowohl die Art und Weise der Kommunikation des Therapeuten (z.B. Gemeinsame

Sprache: „Benutzte der Therapeut Formulierungen im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Streben/Bemühen („Ich“ und „Wir“?) wie auch inhaltliche Prozesse zwischenmenschlicher Beziehung im Vordergrund (z.B. Exploration von Gefühlen: „Half der Therapeut dem Klienten seine Gefühle in interpersonellen Beziehungen zu erforschen?“).

Das Minimum der Elemente der psychodynamisch-interpersonellen Skala liegt bei 1,90 (Mittelwert des Elements „Verbindende Hypothesen“). Das Maximum bei 4,57 (Mittelwert des Elements „Sitzung strukturieren“, d. h. die Therapeuten sorgten in allen 45 Sitzungen überwiegend für eine angemessene Struktur der Sitzungen, es ist somit das am häufigsten bzw. intensivsten umgesetzte Element dieser Skala.) Der Mittelwert aller Elemente der psychodynamisch-interpersonellen Skala beträgt 3,19. Insgesamt kamen die Elemente dieser Skala also relativ häufig zum Einsatz.

Von den 13 Elementen der Psychodynamisch-interpersonellen Skala kommen folgende drei mindestens gelegentlich vor (ausschließlich Werte ≥ 2) und wurden mit über 75% mit 4 oder höher bewertet: 40 „Sitzung strukturieren“, 17 „Verhandelnder Stil“, 30 „Hinweisbasis“.

Diese drei Elemente der psychodynamisch-interpersonellen Skala, welche von den Therapeuten am häufigsten bzw. intensivsten umgesetzt wurden, beziehen sich inhaltlich auf folgende Thematik:

- 40 „Sitzung strukturieren“: Sorgte der Therapeut für eine angemessene Struktur der Sitzung, indem er dem Klienten ermöglichte, herausfordernde Interventionen während der Sitzung anzunehmen und zu beantworten?
- 17 „Verhandelnder Stil“: Drückte der Therapeut seine Ansichten die Erfahrungen und Lebensumstände des Klienten betreffend in Form verhandelbarer Vorschläge – d.h. für Korrekturen offen - aus und lud er zu weiteren Präzisierungen und Rückmeldungen ein?

Im psychodynamisch-interpersonellen Konzept nimmt dieses therapeutische Element eine zentrale Rolle ein. Guthrie, welche entscheidend zur Entwicklung eines psychodynamisch-interpersonellen Therapiekonzeptes für Patienten mit somatoformen Störungen beitrug [63], und maßgeblich bei der Entwicklung des PISO-Manuals mitwirkte, betonte die Wichtigkeit des vorsichtigen, vorläufigen Formulierens wiederholt.

- 30 „Hinweisbasis“: Baute der Therapeut seine Interventionen explizit auf Hinweisen (verbalen und nonverbalen) auf, die der Klient gibt?

Die vier Elemente 51 „Exploration von Gefühlen“, 36 „Verstehende Hypothese“, 34 „Selbstmitteilung“ sowie 18 „Gemeinsame Sprache“, wurden insgesamt häufig eingesetzt: In etwa 95% der Sitzungen wurden sie mindestens gelegentlich während der Sitzung beobachtet, insgesamt wurden sie als häufig eingesetzt bewertet, die Werte 3 („etwas“), 4 und 5 („überwiegend“) überwiegen.

Inhaltlich stehen in dieser Gruppe von Items sprachliche Aspekte sowie Formulierung des therapeutischen Verständnisses im Vordergrund:

- 36 „Verstehende Hypothese“: Äußerte der Therapeut empathisches Verständnis, indem er seine eigene Sichtweise einbrachte und im Sinne wechselseitigen Verständnisses überprüfte?

- 34 „Selbstmitteilung“: Gebrauchte der Therapeut Selbstäußerungen angemessen, um ein gemeinsames Verständnis der Ereignisse und Prozesse in der Therapie voranzubringen?
- 18 „Gemeinsame Sprache“: Benutzte der Therapeut Formulierungen im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Streben/Bemühen („Ich“ und „Wir“)?
- 51 „Exploration von Gefühlen“: Half der Therapeut dem Klienten seine Gefühle in interpersonellen Beziehungen zu erforschen?

Folgende drei Elemente kamen insgesamt etwas seltener vor, in drei Viertel der Sitzungen wurden sie mindestens gelegentlich (≥ 2) umgesetzt: Item 38 „Erklärende Hypothese“, 52 „Wahrnehmen und Zulassen von Affekten“ und 53 „Affekte annehmen“.

- 38 „Erklärende Hypothese“: Führte der Therapeut mögliche Gründe (welche nicht unbedingt als „Ursachen“ bewertet werden müssen) für die Verhaltensweisen und Erfahrungen des Patienten ein, besonders hinsichtlich Störungen der Beziehungen innerhalb und außerhalb der Therapie? Im Gegensatz zur „Verstehenden Hypothese“, die als grundlegendste der drei Hypothesen (verstehend, erklärend, verbindend) angesehen werden kann, bringt der Therapeut bei der „Erklärenden Hypothese“ nicht nur in rückfragender Weise sein Verständnis des Erarbeiteten ein („Verstehende Hypothese“), sondern formuliert darüber hinaus eine mögliche Erklärung, stellt sozusagen eine hypothetische Kausalität her, die vom Patienten bearbeitet werden kann. Diese relativ komplexe Technik setzt also ein bereits erarbeitetes gemeinsames Verständnis voraus, es ist daher nahe liegend, dass die „Erklärende Hypothese“ seltener zum Einsatz kommt als die „Verstehende Hypothese“.
- Die Elemente 52 „Wahrnehmen und Zulassen von Affekten“ und 53 „Affekte annehmen“ beschäftigen sich mit bisher nicht zum Ausdruck gebrachten, unbewussten oder als unangenehm bzw. schmerzlich empfundenen Gefühlen. Die therapeutische Arbeit geht über die reine „Exploration von Gefühlen“ (51) hinaus, der Therapeut soll dem Patienten Hilfestellung leisten diese zuzulassen und zu akzeptieren.

Die Elemente 31 „Metaphern“, 32 „Fokussieren auf Hier und Jetzt“ und 37 „Verbindende Hypothese“ kamen sehr selten vor: In nur einem Drittel der Sitzungen wurden sie gelegentlich (Wertung 2) eingesetzt.

- „Metaphern“: Ermutigte der Therapeut den Patienten Metaphern zu benützen, half er ihm diese auszubauen?
- Item 32 „Fokussieren auf Hier und Jetzt“ untersuchte Anstrengungen des Therapeuten den Fokus auf in der Sitzung gegenwärtige Gefühle zu lenken.
- „Verbindende Hypothesen“: Verband der Therapeut gegenwärtige Gefühle des Klienten mit Gefühlen in anderen Kontexten und Zeiten und stellte er die zentrale Verbindung von all diesen Gefühlen mit dem „Hier und Jetzt“ - Erleben in der therapeutischen Beziehung her?

Dieses sehr selten umgesetzte Element beschreibt also den Versuch des Therapeuten in der Sitzung und in der Patient-Therapeut-Interaktion präsent

Gefühle mit Gefühlszuständen aus anderen Situationen zu verbinden. Es setzt somit den therapeutischen Fokus auf interaktionelle Abläufe sowie weitgehende Affektdifferenzierung von Seiten des Patienten voraus.

3.2.3 Störungsbezogene Elemente

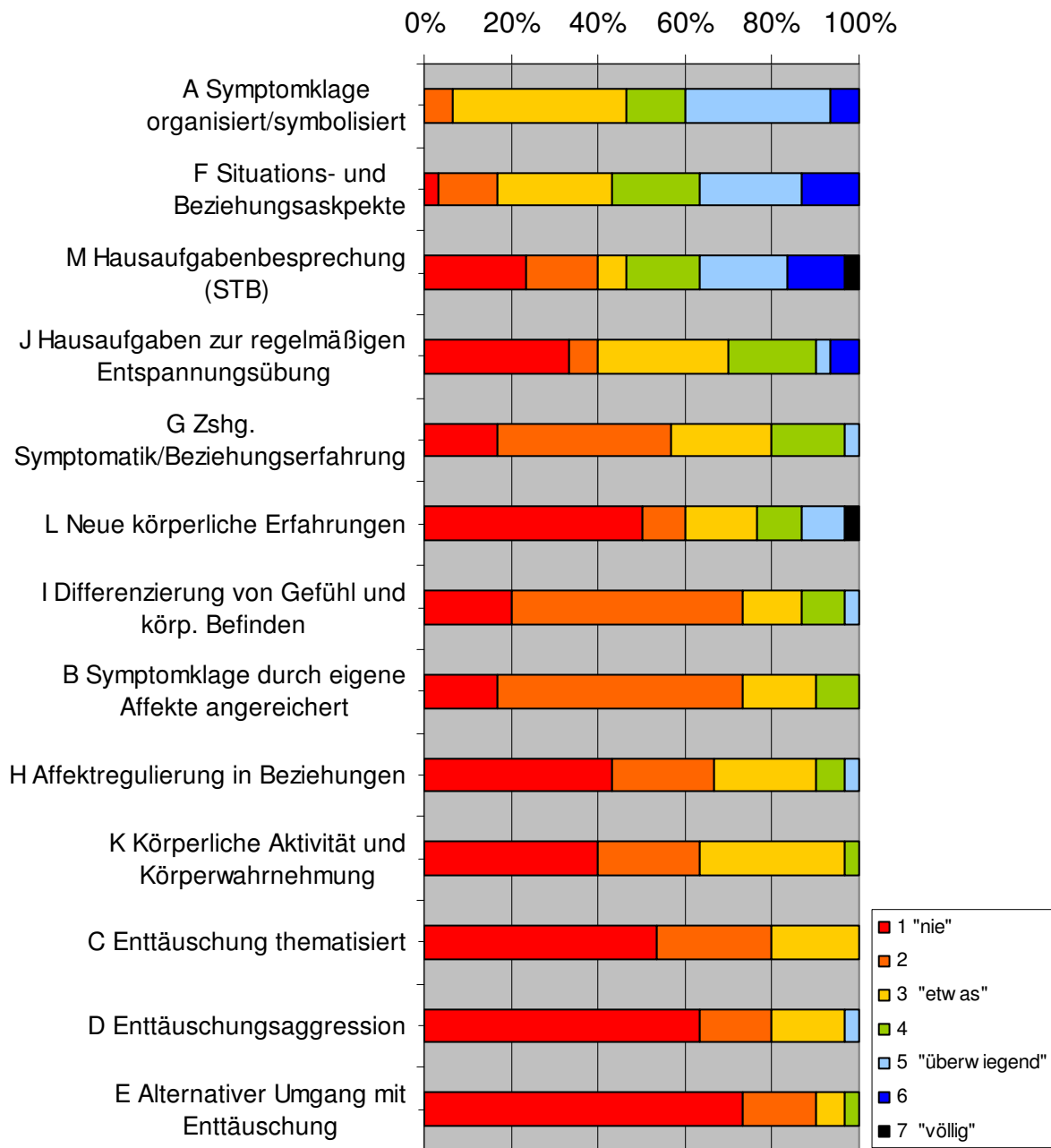


Abbildung 3.3: beobachtete Häufigkeit/Intensität der störungsbezogenen Elemente

In der störungsbezogenen Skala wurden Elemente verschiedener Themengruppen zusammengefasst, welche speziell für die PISO-Kurzzeittherapie entworfen worden waren. Diese Ergänzung der SPRS-Elemente war notwendig, um alle wichtigen Aspekte der untersuchten Therapie in Bezug auf Häufigkeit und Wirkung erfassen zu können. Die unter der störungsbezogenen Skala zusammengefassten Elemente gehen auf inhaltliche Besonderheiten der störungsspezifischen PISO-Therapie ein:

Sie beziehen sich teils spezifisch auf die Symptome der multisomatoformen Schmerzstörung, teils auf andere relevante Therapieinhalte, wie z. B. die Arbeit mit Affekten, sowie interaktionelle Vorgehensweisen des Therapeuten. Sie kommen in der Mittelphase mit sehr unterschiedlicher Häufigkeit bzw. Intensität zum Einsatz:

Die störungsbezogene Skala weist, bezogen auf die Werte der Mittelphase, ein Minimum von 1,31 (Mittelwert des Elementes „Alternativer Umgang mit Enttäuschung“) und ein Maximum von 3,57 auf: Mittelwert des Elementes „Symbolklage organisiert/ symbolisiert“, die Therapeuten thematisierten also über alle Sitzungen hinweg relativ häufig bzw. intensiv die Verarbeitung der Symptomklage. Der Mittelwert aller Elemente dieser Skala liegt bei 2,35; sie wurden also in den 45 untersuchten Sitzungen der Mittelphase selten bis „etwas“ (Wert 3) von den Therapeuten umgesetzt.

Das Element „Symptomklage organisiert/ symbolisiert“ sowie das Element „Situations- und Beziehungsaspekte“ wurden in fast jeder Sitzung eingesetzt.

- „Symptomklage organisiert/ symbolisiert“: Wurde eine qualitative, körperliche, zeitliche und situative Zuordnung der vom Patienten geschilderten Symptome vorgenommen und/oder wurden diese mit einer Bedeutung belegt, die über das rein Körperliche hinausgeht?
- „Situations- und Beziehungsaspekte“: Sprach der Therapeut Situations- und Beziehungsaspekte im Zusammenhang mit Körperbeschwerden an?

Die Therapeuten arbeiteten in jeder Sitzung zumindest gelegentlich mit dem Patienten an dessen Schilderung der Symptome. In 95% der Sitzungen wurden die Beschwerden situativ eingeordnet und Beziehungsaspekte angesprochen. Insgesamt wurden beide Elemente relativ häufig bzw. intensiv umgesetzt (Werte von 3 („etwas“) bis 6 dominieren das Bild).

Die „Hausaufgabenbesprechung“ und ebenso das Vereinbaren von „Hausaufgaben zur regelmäßigen Entspannungsübung“ wurden in 60% der Sitzungen mit 3 („etwas“) bis 7 („völlig“) bewertet, d.h. wenn sie zum Einsatz kamen, dann z. T. auch sehr häufig bzw. intensiv. Es kamen jedoch auch einige Sitzungen vor, in denen diese Themen überhaupt nicht besprochen wurden, in ca. 25% der Sitzungen fand keine Hausaufgabenbesprechung und in über 30% der Sitzungen wurden keine Hausaufgaben zur regelmäßigen Entspannungsübung vereinbart.

- „Hausaufgabenbesprechung“: Hierunter fällt sowohl die Nachbesprechung von individuellen Hausaufgaben (z.B. sportliche Aktivitäten), wie auch von Entspannungsübungen und Schmerztagebuch.
- „Hausaufgaben zur regelmäßigen Entspannungsübung“: Dieses Element untersucht, ob die Ausübung der erlernten Entspannungsübungen vereinbart wurde. Die Wertung ist dabei abhängig von der Ausführlichkeit und expliziten Patienten-Bezogenheit.

Ein ähnliches Häufigkeitsmuster zeigt sich beim therapeutischen Verhalten bzgl.

- „Neue körperliche Erfahrungen“: Wurde die Förderung körperlicher Aktivitäten des Patienten angeregt und/oder wurden neu aufgetretene körperliche Erfahrungen in diesem Zusammenhang thematisiert?

In etwa der Hälfte aller Sitzungen war die Förderung körperlicher Aktivitäten, bzw. neuer körperlicher Erfahrungen mindestens gelegentlich Thema der Sitzung, teilweise sogar sehr ausführlich und intensiv, in ca. 5% Bewertungen von 7 „völlig“.

Ein anderes Häufigkeitsprofil zeigen folgende 3 Elemente:

- „Zusammenhang von Symptomatik und Beziehungserfahrungen thematisiert“: Wurde ein Zusammenhang der körperlichen Symptome des Patienten mit dessen Beziehungserfahrungen gemeinsam erarbeitet?
- „Differenzierung von Gefühl und körperlichem Befinden“: Wurde der Patient bei der Unterscheidung von Affekten und körperlichem Befinden unterstützt, z.B. durch gezieltes Fragen: „Beschreiben Sie die Beschwerden bitte genau. - Welches Gefühl ist damit verbunden?“ (z.B. Verzweiflung, Ohnmacht)
- „Anreicherung der Symptomklage mit eigenen Affekten“: Brachte der Therapeut eigene Bilder und Affekte in die Schilderungen des Patienten mit ein?

Diese drei Elemente kommen in über 80% der Sitzungen zumindest gelegentlich vor und zeigen einen auffallend großen Anteil an Wertungen von 2, was einem seltenen Einsatz entspricht: „Symptomatik/ Beziehungserfahrungen“ in ca. 40% der Sitzungen, „Differenzierung Gefühl und körperliches Befinden“ sowie „Anreicherung der Symptomklage“ in über der Hälfte der Sitzungen Wert 2.

Die übrigen Sitzungen, in denen die Bearbeitung dieser Themenbereiche durch den Therapeuten beobachtet wurde, wurden zu fast gleichen Teilen mit 3 „etwas“ oder 4 bewertet. In ca. 5% der Sitzungen wurde ausführlich bzw. intensiv an Zusammenhängen zwischen Symptomatik und Beziehungserfahrungen sowie an der Differenzierung von Gefühl und körperlichem Befinden gearbeitet (Wert 5 „überwiegend“).

Die Möglichkeiten der Affektregulierung in Beziehungen sowie Zusammenhänge von körperlicher Aktivität und Körperwahrnehmung wurden in ca. 60% der Sitzungen angesprochen und überwiegend mit 2 und 3 („etwas“) bewertet:

- „Affektregulierung in Beziehungen“: Wurde thematisiert, welche Möglichkeiten angemessener und/oder unangemessener Formen von Affektregulierung in Beziehungen auftreten können UND welche für den Patienten sinnvoll anwendbar sind?
- „Körperliche Aktivität und Körperwahrnehmung“: Wurde mit dem Patienten der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und der Körperwahrnehmung (Teufelskreis Schonverhalten) besprochen?

Therapeutische Auseinandersetzung mit dem Thema Enttäuschung, welches durch folgende 3 Elemente untersucht wurde, kam insgesamt selten vor: „Enttäuschung thematisiert“, Item „Enttäuschungsaggression thematisiert“ und „Alternativer Umgang mit Enttäuschung“.

Anzumerken bleibt hier, dass mit den drei „Enttäuschungs“-Elemente aufgrund ihrer Kurzbeschreibung im Manual nicht alle Facetten des Affektes Enttäuschung bzw. ihre Bearbeitung in der Therapie untersucht wurden, sondern ausschließlich Enttäuschung in Bezug auf „fehlende Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers“ und/oder „Enttäuschung in der Arzt- Patient- Beziehung“.

Dieser somit recht eng umschriebene Themenkomplex wurde in den Sitzungen der Mittelphase in über 50% mit „nie“ vorkommend bewertet (Wertung 1).

Der Anteil der Werte 3 oder höher liegt bei den Elementen Enttäuschung und Enttäuschungsaggression bei ca. 20%. Der „Alternative Umgang mit Enttäuschung“, welcher die Besprechung derselben als Voraussetzung hat, weist nur etwa bei 10% der Sitzungen diesen Wertebereich auf.

3.2.4 Kognitions- und verhaltensorientierte Elemente

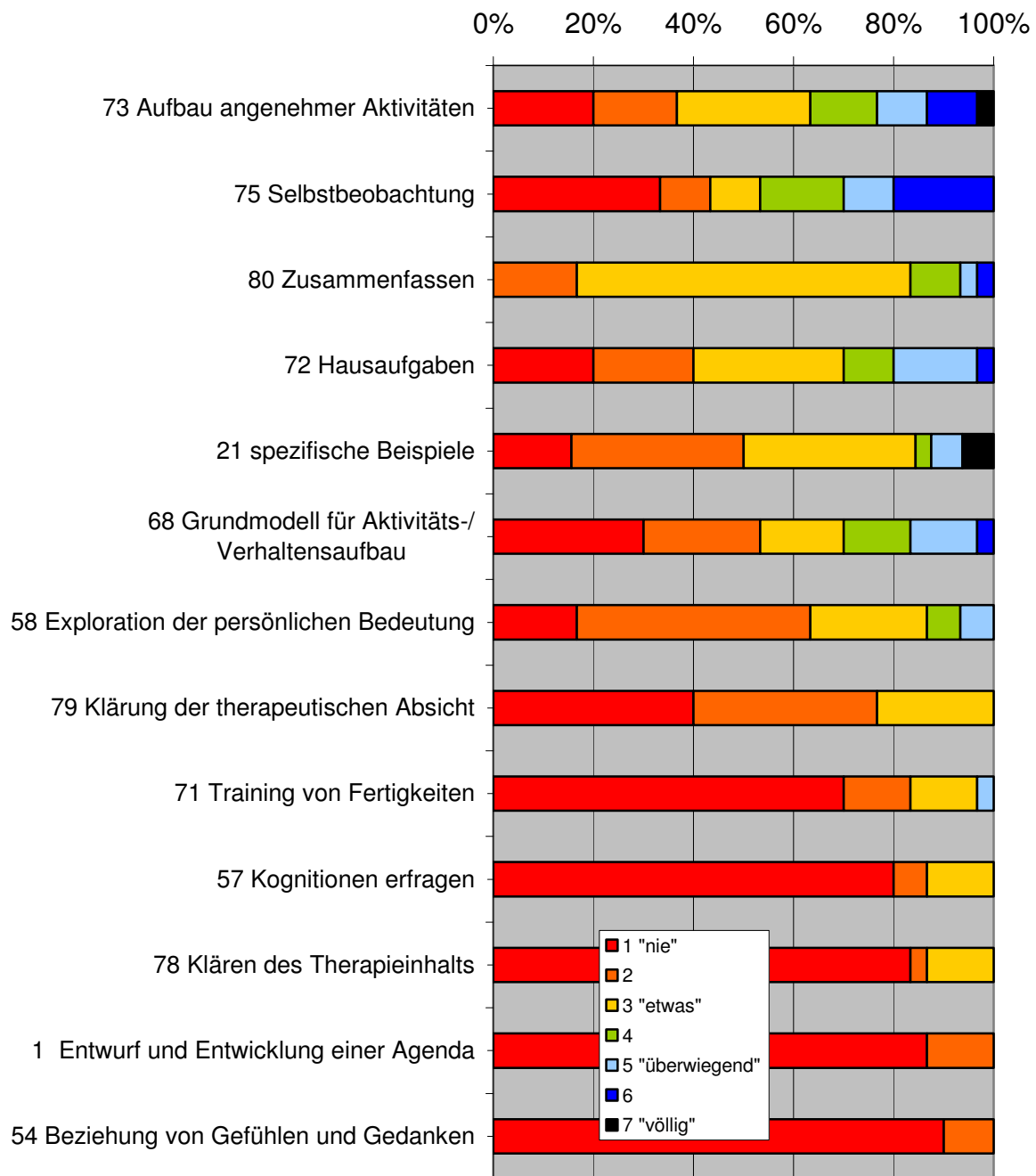


Abbildung 3.4: beobachtete Häufigkeit/Intensität der kognitions- und verhaltensorientierten Elemente

Die Elemente der kognitions- und verhaltensorientierten Skala beschreiben verschiedene therapeutische Arbeitsbereiche wie Transparenz der Therapie, Fertigkeiten und Kognitionen. Ein Großteil dieser therapeutischen Interventionen wurde als nie oder selten vorkommend gewertet. Die Mittelwerte der Elemente der Mittelphase zeigen ein Minimum von 1,1 („Beziehung von Gefühlen und Gedanken“) und ein Maximum von 3,2 („Aufbau angenehmer Aktivitäten“). Der Mittelwert aller Elemente dieser Skala liegt bei 2,07, was einer insgesamt

zurückhaltenden therapeutischen Arbeit mit den Themenbereichen der kognitions- und verhaltensorientierten Skala entspricht.

Die Elemente „Aufbau angenehmer Tätigkeiten“ und „Spezifische Beispiele“ zeigen als einzige der kognitions- und verhaltensorientierte Elemente Werte von 7 „völlig“. Beide Bereiche wurden somit zumindest in einigen Sitzungen sehr intensiv besprochen bzw. das untersuchte therapeutische Verhalten trat außergewöhnlich häufig auf.

- „Aufbau angenehmer Tätigkeiten“: Unterstützt der Therapeut den Klienten darin verstärkt angenehmen Aktivitäten nachzugehen, welche dem Klienten auch eine Form der Bestätigung vermitteln?

Dieses Element weist in über 60% Wertungen von 3 und höher auf, mit relativ homogener Verteilung auf die einzelnen Wertebereiche, es wurde also in den verschiedenen Sitzungen in sämtlichen Intensitätsabstufungen bearbeitet.

Bei dem Element „Spezifische Beispiele“ dominieren hingegen deutlich Wertungen von 2 und 3, sie machen etwa 70% aus, insgesamt wurde während der untersuchten Sitzungen vom Therapeuten demnach selten nach spezifischen Beispielen gefragt, in einzelnen wenigen Sitzungen dagegen sehr häufig, bzw. intensiv (über 5% der Sitzungen mit Wert 7 „völlig“).

Die Elemente „Selbstbeobachtung“, „Hausaufgaben“ und „Grundmodell für Aktivitäts-/Verhaltensaufbau“ zeigen Anteile an allen Wertebereichen von 1 bis 6.

- „Selbstbeobachtung“: Bestärkte der Therapeut den Klienten eigene Gefühle, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen ODER besprach er diese Aufzeichnungen mit dem Klienten nach? Hierunter fallen auch die Anregung zum Führen des Schmerztagebuchs sowie dessen Nachbesprechung.
- „Hausaufgaben“: Entwickelte der Therapeut eine oder mehrere spezifische „Hausaufgaben“ mit dem Klienten?
- „Grundmodell für Aktivitäts-/Verhaltensaufbau“: Vermittelte der Therapeut dem Klienten ein Modell, das betont, warum die Ausübung bestimmter Verhaltensweisen/Aktivitäten für den Klienten wichtig ist, um eine Symptomverbesserung zu erreichen?

Während die Therapeuten in ca. 20% der Sitzungen ihre Patienten intensiv ermutigten (Wertung 6), Selbstbeobachtungen zwischen den Sitzungen anzustellen und aufzuzeichnen bzw. diese Aufzeichnungen mit ihnen ausführlich nachbesprachen, kam eine solch intensive Auseinandersetzung mit der Erstellung von Hausaufgaben oder der Erarbeitung eines Grundmodells hingegen nur in ca. 5% der Sitzungen vor. Fast 50% der Wertungen zur „Selbstbeobachtung“ sind höher als 3, bei den Elementen „Hausaufgaben“ und „Grundmodell“ sind dies je nur etwa 25%. Die eben beschriebenen hohen Werte des Elements „Selbstbeobachtung“ spiegeln wieder, dass auch die Ermunterung zur Führung bzw. die Besprechung des Schmerztagebuches, welche durch das Konzept der PISO-Studie bei jedem Patienten vorgesehen wird, mit in die Wertung eingingen.

Das Element „Zusammenfassen“ wurde als einziges dieser Skala als in allen Sitzungen vorkommend bewertet (keine Wertung von 1 „nie“). Auffallend ist der

große Anteil (über 60%) an Wertungen von 3 „etwas“, was darauf hinweist, dass die Therapeuten kontinuierlich und in beständiger Intensität und Häufigkeit über viele Therapiestunden hinweg selbst Therapieinhalte zusammenfassten oder die Patienten dazu veranlassten dies zu tun.

In der Häufigkeitsverteilung des Elementes „Exploration der persönlichen Bedeutung“ überwiegen Wertungen von 2 mit über 40% der Sitzungen, die Werte 1 und 3 machen mit jeweils ca. 20% einen weiteren großen Anteil aus. Es kamen jedoch auch Sitzungen vor, in denen intensiver (Werte von 4 und 5) mit dem Thema gearbeitet wurde. Für die Bewertung dieses Elements wurde ausschließlich in Betracht gezogen, ob der Therapeut die Annahmen und Überzeugungen des Patienten in Bezug auf von ihm berichtete Gedanken erkundete, um dadurch die persönliche Bedeutung dieser Gedanken für den Patienten zu erfahren. Der explizite Bericht von Gedanken ist also Voraussetzung für die therapeutische „Exploration der persönlichen Bedeutung“ - die therapeutische Aktivität, die durch das Item erfasst wird, ist somit auch hier wieder sehr eng umschrieben.

Die „Klärung der therapeutischen Absicht“ wurde in keiner der untersuchten Sitzungen häufiger als „etwas“ (Wert 3) beobachtet. In ca. 40% der Sitzungen wurden vom Therapeuten keine Versuche zur Klärung der therapeutischen Absicht unternommen (Wert 1), die restlichen 60% unterteilen sich in die Wertebereiche 2 und 3 (gelegentlich bis etwas). Insgesamt wurde also den Beobachtern zufolge vom Therapeuten wenig darauf eingegangen, warum er ein bestimmtes Thema verfolgte, die Transparenz seines Handelns stand nicht im Vordergrund.

Folgende Elemente kamen selten (in bis zu einem Drittel der Sitzungen) zum Einsatz: „Training von Fertigkeiten“, „Kognitionen erfragen“, „Klären des Therapieinhalts“, „Entwurf und Entwicklung einer Agenda“, sowie die therapeutische Anregung zur Untersuchung von „ Beziehung von Gefühlen und Gedanken“. Das therapeutische Element „Training von Fertigkeiten“, welches untersucht, inwieweit der Therapeut während der Sitzung versucht, dem Patienten Fertigkeiten zu vermitteln, weist als einziges Item dieser Gruppe in einigen Sitzungen Bewertungen von 5 „überwiegend“ auf, d.h. es wurde oft überhaupt nicht (70% nie), aber wenn, dann teilweise sehr intensiv eingesetzt. Gemeinsames Einüben der vom PISO-Manual vorgesehenen progressiven Muskelrelaxation nach Jakobson ging bei diesem Item ebenfalls in die Bewertung mit ein.

Der „Entwurf und Entwicklung einer Agenda“ sowie das Element „ Beziehung von Gefühlen und Gedanken“ wurden als einzige Elemente dieser Skala mit maximal 2 bewertet, kamen also in den untersuchten Therapiestunden sehr selten zum Einsatz.

- Item 1 „Entwurf und Entwicklung einer Agenda“ untersucht, ob der Therapeut in Zusammenarbeit mit dem Patienten daran arbeitete eine Agenda für die Sitzung zu formulieren und zu verfolgen.
- Item 54 „ Beziehung von Gefühlen und Gedanken“ umschreibt sehr eng folgende therapeutische Aktivität: Ermutigte der Therapeut den Klienten, eine Beziehung zwischen erlebten (oder noch bevorstehenden) Gefühlszuständen und seinen zu diesem Zeitpunkt ablaufenden Gedanken herzustellen?

3.3 Korrelationen

Die nachfolgend beschriebenen Zusammenhänge zwischen den Skalen der PISO Adhärenz Rating Skala und verschiedenen Patientenmerkmalen sowie Outcome Parametern zeichnen sich durch ihre Richtung (positive oder negative Korrelation, entscheidend für die Aussage) sowie durch ihre Höhe (entspricht der Stärke des Zusammenhangs) und Signifikanz aus. Rückschlüsse auf die Kausalität der Zusammenhänge sowie auf die Richtung der Abfolge (a führt zu b oder umgekehrt) können aus den Ergebnissen nicht gezogen werden.

Die Zusammenhänge werden mit Korrelationskoeffizienten beschrieben. Diese haben einen Wertebereich von -1 bis +1, wobei das Vorzeichen die Richtung und der Betrag die Stärke des Zusammenhangs wiedergibt. Der Korrelationskoeffizient lässt sich unmittelbar wie eine Effektstärke interpretieren. Hierbei indiziert eine Effektstärke („r“) nach Cohen [29] von $r = 0,1$ einen kleinen Effekt, $r = 0,3$ einen mittleren und $r = 0,5$ einen starken Effekt.

Es hat sich für die Interpretation der Korrelationen als sinnvoll erwiesen, die Beschreibung auf Zusammenhänge mittlerer und starker Effektstärken zu begrenzen [17], d.h. es werden ausschließlich Zusammenhänge mit Werten von $r \geq +0,3$ und $r \leq -0,3$ näher beschrieben.

Wenige der im Folgenden beschriebenen Ergebnisse weisen eine statistische Signifikanz auf, da die zumeist geringen bis mittleren Effektstärken größere Versuchsgruppen erfordert hätten, um statistisch signifikante Ergebnisse zu liefern. Eine Poweranalyse ergab, dass eine Verdoppelung der Patientenzahl auf $N = 30$ notwendig gewesen wäre, um Zusammenhänge mittlerer Effektstärke signifikant werden zu lassen. (S. h. hierzu auch „Limitationen“).

Die Zusammenhänge der Skalen mit den Patientenmerkmalen wurden nach dem Modell von Bravais und Pearson für parametrische Korrelationen errechnet [6].

Zusammenhänge der therapeutischen Interventionen mit dem Outcome der Patienten wurden durch Spearman-Rhos-Korrelationskoeffizienten für nicht-parametrische Zusammenhänge erfasst [6].

3.3.1 Skaleninterkorrelationen

Die Messung der Skaleninterkorrelationen dient statistisch vor allem dazu zu messen, inwieweit die Skalen voneinander unabhängig sind [17].

Tabelle 3.2: Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen. N = 45

		Allgemein erleichternde Skala	Psychodyn.-interspers. Skala	Kognitions-verhaltensorientierte Skala	Störungsbezogene Skala
Allgemein erleichternde Skala	Korr.-koeff.	1,0	,48**	,48**	,08
	Sig. (2-seitig)	.	,001	,001	,59
Psychodynamisch-interpersonelle Skala	Korr.-koeff.	,48**	1,0	,48**	,28
	Sig. (2-seitig)	,001	.	,001	,06
Kognitions-,verhaltensorientierte Skala	Korr.-koeff.	,48**	,48**	1,0	,57**
	Sig. (2-seitig)	,001	,001	.	,000
Störungsbezogene Skala	Korr.-koeff.	,08	,28	,57**	1,0
	Sig. (2-seitig)	,59	,06	,000	.

Die Korrelationsmatrix der Skalen zeigt insgesamt heterogene Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen, die störungsbezogene Skala weist als einzige schwache Zusammenhänge mit zwei der anderen Skalen auf.

Die psychodynamisch-interpersonelle Skala zeigt deutliche Zusammenhänge zur „allgemein erleichternden Skala“ sowie zur kognitions- und verhaltensorientierten Skala. Zur störungsbezogenen Skala besteht ein schwacher Zusammenhang.

Die „allgemein erleichternde Skala“ weist sowohl zur kognitions- und verhaltensorientierten Skala als auch zur psychodynamisch-interpersonellen Skala starke Zusammenhänge auf. Zur störungsbezogenen Skala besteht kein deutlicher Zusammenhang.

Die kognitions- und verhaltensorientierte Skala zeigt starke Zusammenhänge zu allen drei anderen Skalen auf, als einzige auch zur störungsbezogenen Skala.

Die störungsbezogene Skala weist zur „allgemein erleichternden“ und zur psychodynamisch-interpersonellen Skala keine deutlichen Zusammenhänge auf, wohl aber, wie beschrieben, zur kognitions- und verhaltensorientierten Skala.

Bis auf die störungsbezogene Skala weisen alle Skalen starke Zusammenhänge untereinander auf, sie sind also statistisch nicht voneinander unabhängig. Hierzu tragen die inhaltlichen Überschneidungen bei, die teilweise zur umfassenden Erfassung der Inhalte in Kauf genommen wurden, z.B. zum Thema Hausaufgaben: Aus der kognitions- und verhaltensorientierten Skala: „Entwickelte der Therapeut spezifische Hausaufgaben mit dem Klienten?“

Aus der störungsbezogenen Skala: „Wurden Hausaufgaben zur regelmäßigen Ausübung der erlernten Entspannungsübungen vereinbart?“

Werden Hausaufgaben zum Thema Entspannung vom Therapeuten entwickelt, so kann dies bei der Bewertung beider Elemente mit eingehen. Der inhaltliche Schwerpunkt des kognitions- und verhaltensorientierten Elementes liegt jedoch stärker auf der Entwicklung individueller Hausaufgaben für den einzelnen Patienten in seiner spezifischen Situation.

Möglich wäre auch, dass bei einigen Patienten von allen Items der „allgemein erleichternden“, psychodynamisch-interpersonellen und kognitions- und verhaltensorientierten Skalen viele Elemente während der Sitzung beobachtet wurden (sozusagen „mehr psychotherapeutisch gearbeitet wurde“), bei anderen Patienten wiederum wenige Elemente dieser drei Skalen. Die Umsetzung der störungsbezogenen Elemente wäre nach dieser Überlegung unabhängig zu den Elementen der anderen Skalen erfolgt.

3.3.2 Korrelationen der Skalen mit Patientenmerkmale der psychischen / physischen Beeinträchtigung, erhoben mit SF 36, PHQ und Whiteley Index

Tabelle 3.3: Zusammenhänge der Skalen mit Patientenmerkmalen der psychischen / physischen Beeinträchtigung N= 15

		t0 Standard. Körperliche Summenskala	t0 Standard. Psychische Summenskala	PHQ Somatisierung Summe	PHQ Depression Summe	Whiteley Index Gesundheitsangst
Allgemein- erleichternde Skala	Korrelations- koeffizient	-,02	,37	-,27	-,14	-,12
	Sig. (2-seitig)	,94	,18	,33	,63	,67
Psychodyn.- interspers. Skala	Korrelations- koeffizient	,27	,33	-,42	-,25	-,15
	Sig. (2-seitig)	,33	,23	,12	,36	,59
Kognitions- verhaltens- Skala	Korrelations- koeffizient	-,25	-,04	-,04	,47	,14
	Sig. (2-seitig)	,36	,88	,90	,08	,61
Störungs- bezogene Skala	Korrelations- koeffizient	-,19	-,38	,11	,18	-,20
	Sig. (2-seitig)	,51	,17	,69	,51	,48

Dargestellt wird hier der Zusammenhang zwischen den einzelnen Skalen und verschiedenen vor Beginn der Therapie (t0) erhobenen Patientenmerkmalen:

Die standardisierte körperliche Summenskala des SF- 36 erfasst die Schwere der allgemeinen körperlichen Beeinträchtigung und umfasst die Bereiche

- körperliche Funktionsfähigkeit (wie Selbstversorgung, Gehen, Treppen Steigen, Bücken, Heben)

körperliche Rollenfunktion (erfasst das Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt)

- körperliche Schmerzen (Ausmaß an Schmerzen und der Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit),
- sowie allgemeine Gesundheitswahrnehmung (persönliche Beurteilung der Gesundheit, Erwartungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen).

Ein hoher Gesamtwert steht für gute körperliche Verfassung, also wenig Beeinträchtigung durch die Erkrankung [21].

Dementsprechend erfasst die psychische Summenskala des SF-36 die Schwere der psychischen Beeinträchtigung und umfasst die Bereiche Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Ein hoher Wert bedeutet ein hohes Maß an psychischer Gesundheit und wenig Beeinträchtigung [21].

Mit Hilfe des Personal Health Questionare (PHQ) wurde der Grad der Somatisierung erhoben und geht als „Somatisierungssumme“ in die Tabelle ein (Werte von 0 bis 45,

ein hoher Wert spricht für das Vorliegen eines somatoformen Syndroms). Die Schwere einer evtl. vorliegenden Depression wurde mit demselben Instrument (PHQ) festgestellt (Werte von 0 bis 27, über 5 Punkte: leichte oder unterschwellige depressive Störung, Major Depression bei einem Punktwert von 10 und höher.).

Die Gesundheitsangst wurde anhand des Whiteley-Index ermittelt, ein hoher Wert spricht hier für das Vorliegen von Hypochondrie.

Die mit den verschiedenen Instrumenten erhobenen Patientenmerkmale zeigen heterogene Zusammenhänge mit den vier Skalen.

Die körperliche Lebensqualität, erhoben mit der standardisierten körperlichen Summenskala, zeigt mit keiner der Skalen einen deutlichen Zusammenhang.

Im Folgenden werden Zusammenhänge von mittlerer und großer Effektstärke der anderen Patientenmerkmale mit den Skalen beschrieben:

Ein relativ hohes Maß an psychischer Gesundheit und Lebensqualität (hohe Werte in der standardisierten psychischen Summenskala) weist einen stark positiven Zusammenhang (0,37) mit der „allgemein erleichternden“ Skala auf. Dies bedeutet, dass die Therapeuten in Sitzungen mit Patienten, die psychisch weniger beeinträchtigt waren, ein höheres Maß an Wärme, Empathie, Übereinstimmung und anderen bindungsstärkenden und allgemein erleichternden Verhaltensweisen zeigten.

Auch mit der psychodynamisch-interpersonellen Skala korreliert die standardisierte psychische Summenskala hoch (0,33). Ein relativ hohes Maß an psychischer Gesundheit und Lebensqualität erlaubt dem Therapeuten also einen verstärkten Einsatz interpersoneller, Einsicht und Struktur fördernder Elemente.

Starke psychische Beeinträchtigung geht außerdem einher mit intensiverem Einsatz von störungsbezogenen Elementen (-0,38).

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich auch zwischen Somatisierung (erhoben mittels PHQ, Range von 0 bis 45) und der psychodynamisch-interpersonellen Skala (negative Korrelation von -0,42). Das heißt je ausgeprägter Somatisierung bei einem Patienten vorliegt, desto weniger Elemente der psychodynamisch-interpersonellen Skala (wie z. B. geteiltes Verstehen, Fokus auf „Hier und Jetzt“, Arbeit mit Affekten etc.) wurden vom Therapeuten eingesetzt.

Beim Vorliegen eines hohen Ausmaßes an Depressivität (erhoben mittels PHQ) setzten die Therapeuten vermehrt Items der kognitions- und verhaltensorientierte Skala ein (positive Korrelation von 0,47).

Der Whiteley Index für Gesundheitsangst, der als Goldstandard zur Erfassung von Hypochondrie gilt, zeigt mit keiner der Skalen eine deutliche Korrelation.

3.3.3 Korrelationen der Skalen mit symptombezogenen Patientenmerkmalen, erhoben mit "SOMS"

Tabelle 3.4: Zusammenhänge der Skalen mit symptombezogenen Patientenmerkmalen, N= 15

		Anzahl der Beschwerden	Anzahl der Beschwerden mit schwerer Ausprägung	Beschwerde-Intensität
Allgemein erleichternde Skala	Korrelationskoeffizient	-,19	-,40	-,31
	Sig. (2-seitig)	,50	,14	,27
Psychodynamisch-interpersonelle Skala	Korrelationskoeffizient	-,45	-,54	-,42
	Sig. (2-seitig)	,09	,04	,12
Kognitions- und verhaltensorientierte Skala	Korrelationskoeffizient	-,005	,22	,28
	Sig. (2-seitig)	,99	,44	,31
Störungsbezogene Skala	Korrelationskoeffizient	,18	-,24	-,30
	Sig. (2-seitig)	,52	,39	,29

Hier werden Zusammenhänge der Rating Skalen mit Ergebnissen des Screening Fragebogens für somatoforme Störungen (SOMS) dargestellt. Ähnlich wie das Modul für Somatisierung des Patient Health Questionnaire, erfasst der SOMS das Vorliegen einer somatoformen Störung. Der SOMS fragt im Vergleich zum PHQ (13 Elemente im Modul Somatisierung) eine wesentlich größere Bandbreite an Symptomen ab und ermöglicht zudem die Quantifizierung und Veränderungsmessung der Beschwerden: Der Hauptteil des SOMS besteht aus einer Liste von 68 Symptomen (wie z. B. Rückenschmerzen, Übelkeit, Herzrasen), die für eine somatoforme Störung von Relevanz sein können. Der für diese Arbeit herangezogene Zusatzfragebogen SOMS 7 erfragt ausschließlich Symptome der letzten sieben Tage und dient so zur Veränderungsmessung und Verlaufsbeschreibung. Anhand einer Liste von 53 Symptomen müssen die Patienten auf einer 5-Punkte Likert-Skala angeben, wie sehr sie in der letzten Woche unter den Beschwerden gelitten haben (von „gar nicht“ bis „sehr stark“). Bei der Auswertung dieser Symptomliste mit Intensitätsangaben lassen sich unter anderem die Anzahl der Beschwerden, die Anzahl an schwerwiegenden Beschwerden und die Beschwerdeintensität feststellen. Die dieser Tabelle zugrunde liegenden Daten wurden vor Therapiebeginn (t 0) erhoben.

Deutliche Korrelationen traten ausschließlich in negativer Richtung auf.

Elemente der „allgemein erleichternden“ Skala wurden beispielsweise deutlich weniger intensiv eingesetzt, wenn eine große Anzahl an schwerwiegenden Beschwerden vorlag (-0,40).

Ein ähnlicher Zusammenhang zeigte sich auch mit der „Beschwerdeintensität“ (-0.31). Waren die Beschwerden sehr intensiv, wurden die Items der „allgemein erleichternden“ Skala als weniger intensiv eingesetzt bewertet.

Die psychodynamisch-interpersonelle Skala korrelierte mit jedem der hier überprüften Patientenmerkmale sehr hoch negativ. Umso mehr die somatische Symptomatik im Vordergrund stand, umso weniger kamen Elemente der psychodynamisch-interpersonellen Skala wie z. B. die Arbeit mit Affekten oder komplexe Techniken wie z.B. verstehende, erklärende, verbindende Hypothesen zum Einsatz.

Die Korrelation dieser Skala mit der Anzahl an schweren Beschwerden (-0,54) wies zudem eine hohe Signifikanz auf (0,04).

Die kognitions- und verhaltensorientierte Skala wies keine deutlichen Zusammenhänge mit den hier untersuchten Merkmalen auf.

Die Skala der störungsbezogenen Elemente zeigte einen negativen Zusammenhang mit der Intensität der Beschwerden (-0,3). Umso intensiver die Beschwerden der Patienten insgesamt waren, umso weniger arbeiteten die Therapeuten mit störungsbezogenen Elementen, wie z. B. Affektarbeit.

3.3.4 Korrelationen der Skalen mit Patientenmerkmalen der subjektiven Krankheitsannahme, erhoben mit Illness perception questionnaire

Tabelle 3.5: Zusammenhänge der Skalen mit subjektiven Krankheitsannahmen

		Konsequenzen	Persönliche Kontrolle	Kohärenz	Zyklisches Auftreten	Emotionale Repräsentation
N		14	13	12	14	15
„Allgemein erleichternde“ Skala	Korrelationskoeffizient	-,20	,05	-,51	,04	-,12
	Sig.(2-seitig)	,49	,86	,09	,88	,66
Psychodyn.-interpersonelle Skala	Korrelationskoeffizient	-,30	,14	-,23	-,32	-,05
	Sig.(2-seitig)	,30	,65	,48	,27	,86
Kognitions- u. Verhaltens-Skala	Korrelationskoeffizient	,25	-,16	,28	-,46	-,11
	Sig.(2-seitig)	,39	,61	,38	,10	,71
Störungsbezogene Skala	Korrelationskoeffizient	-,14	,36	,09	-,07	-,33
	Sig.(2-seitig)	,64	,23	,78	,80	,23

Da für die subjektiven Krankheitsannahmen nicht die kompletten Daten aller Patienten vorlagen, ist die Anzahl der Patienten hier unterschiedlich. Die subjektiven Krankheitsannahmen der Patienten wurden mit Hilfe des „Illness Perception Questionnaire“ (kurz IPQ) erhoben (s. h. auch Kapitel 2.4.1. Instrumente).

Unter Krankheitsannahmen versteht man die subjektiven Repräsentationen einer Person zu Art, Ursachen, Verlauf, Kontroll- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Konsequenzen von Symptomen. Sie bilden subjektive Krankheitsmodelle und determinieren deren kognitive, emotionale und verhaltensmässige Konsequenzen. Um diese subjektiven Krankheitsannahmen möglichst umfänglich einschätzen zu können, haben Weinman und Kollegen den Illness Perception Questionnaire entwickelt [172].

Für diese Arbeit sind sechs Bereiche, die der IPQ untersucht, von Bedeutung: Konsequenzen, Persönliche Kontrolle, Kohärenz, Emotionale Repräsentation, Zyklisches Auftreten sowie Akuter oder chronischer Zeitverlauf.

In der Tabelle gezeigt werden Korrelationen von fünf der sechs Subskalen (Konsequenzen, Persönliche Kontrolle, Kohärenz, Zyklisches Auftreten, Emotionale Repräsentation) mit den Subskalen der PISO Adhärenz Rating Skala. Die IPQ-Subskala „Akuter oder chronischer Zeitverlauf“ wies keinerlei Zusammenhänge mittlerer oder großer Effektstärke auf und wird nicht in der Tabelle gezeigt.

Zum erleichterten Verständnis werden die Aussagen der jeweiligen IPQ-Subskalen hier nochmals aufgeführt.

Die drei Aussagen zu „Konsequenzen“ der Erkrankung erfassen die Vorstellungen des Patienten in Bezug auf das Ausmaß der Folgen und Auswirkungen seiner Krankheit.

„Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben“

„Meine Krankheit hat großen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen“

„Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld“

Eine hohe Punktzahl bedeutet hier, dass der Patient mit großen Auswirkungen seiner Krankheit auf sein Leben, auf Fremdeinschätzung durch andere und auf sein soziales Umfeld rechnet.

Die Subskala „Konsequenzen“ zeigte lediglich einen Zusammenhang mit der psychodynamisch-interpersonellen Skala (-0,5). Bei Patienten, die weniger davon ausgingen, dass ihre Krankheit Auswirkungen auf ihr Leben, auf Fremdeinschätzung und auf soziale Schwierigkeiten hatte, zeigte sich in den untersuchten Therapiestunden vermehrter Einsatz psychodynamisch-interpersoneller Elemente.

Die Kategorie „persönliche Kontrolle“ untersucht die Kontrollüberzeugungen des Patienten, sein Verständnis der Selbstwirksamkeit, vor allem in Bezug auf heilungsfördernde Maßnahmen.

„Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen“(*)

„Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen“

„Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Krankheit nicht beeinflussen“(*)

Eine hohe Punktzahl bedeutet hier, dass der Patient davon überzeugt ist, den Verlauf seiner Erkrankung aktiv beeinflussen zu können.

Diese Subskala („Persönliche Kontrolle“) wies eine deutliche positive Korrelation mit der störungsbezogenen Skala auf (0,36). Bei Patienten, die überzeugt sind ihre Krankheit in hohem Maße beeinflussen zu können, sich ihr also wenig ausgesetzt fühlen, zeigten sich in den untersuchten therapeutischen Interventionen vermehrt Elemente der störungsbezogenen Skala.

Die „Kohärenz“ (lat. cohaerentia; Zusammenhang) der Krankheitsannahmen beschreibt, inwiefern die Krankheit für den Patienten verständlich ist und wird mit folgenden Aussagen erfasst:

„Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel“(*)

„Ich verstehe meine Krankheit nicht“(*)

„Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn“(*)

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass der Patient seine Erkrankung in sein Selbstkonzept einordnen kann und dass sie ihm verständlich ist.

Hier zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang:

Bei Patienten, die ihre Krankheit als rätselhaft, unverständlich und sinnlos empfanden, kam es während den therapeutischen Sitzungen deutlich verstärkt zum Einsatz „allgemein erleichternder“ Elemente (-0.51).

Die Subskala „zyklisches Auftreten“ erfasst die Patientenannahmen bzgl. des zeitlichen Verlaufes seiner Erkrankung und setzt sich aus den folgenden Aussagen zusammen:

„Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster“

„Meine Krankheit ist sehr unberechenbar“

„Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist“

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass der Patient den Verlauf seiner Erkrankung nicht als gleichförmig anhaltend, sondern als zyklisch wiederkehrend wahrnimmt. Dies zeigt sich in wiederkehrenden Verlaufsmustern der Symptome, in einem unberechenbaren Kommen und Gehen oder in phasenhafter Verbesserung bzw. Verschlechterung.

Die Untersuchung dieser Subskala zeigte eine negative Korrelation mit der psychodynamisch-interpersonellen Skala (-0.32) und einen ebenfalls deutlich negativen Zusammenhang mit der kognitions- und verhaltensorientierten Skala (-0,46). Therapiestunden von Patienten, die ein hohes Maß an Zyklizität im Auftreten ihrer Symptome erkennen, weisen einen geringeren Einsatz psychodynamisch-interpersoneller und kognitions- und verhaltensorientierter Elemente auf.

Die Subskala „emotionale Repräsentation“ erfasst, ob die Krankheit negative Emotionen wie Niedergeschlagenheit, Beunruhigung und Angst im Patienten hervorruft [20]. Sie setzt sich aus folgenden drei Komponenten zusammen:

„Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert.“

„Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke.“

„Es macht mich ängstlich, dass ich diese Krankheit habe.“

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass die Krankheit im Patienten in hohem Maße Niedergeschlagenheit, Beunruhigung und Angst auslöst.

Es fand sich ein negativer Zusammenhang dieser Kategorie mit der störungsbezogenen Skala (-0.33). Patienten, die sich in Bezug auf ihre Krankheit wenig deprimiert, beunruhigt oder ängstlich fühlten, wurden Therapiestunden mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Elementen der störungsbezogenen Skala zuteil.

Die Subskala „akuter oder chronischer Zeitverlauf“ beschreibt die wahrscheinliche Dauer, die der Patient für den Verlauf seiner Erkrankung annimmt:

„Meine Erkrankung ist eher chronisch als nur kurzzeitig“

„Meine Krankheit wird lange Zeit andauern“

„Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde.“

Ein hoher Wert bedeutet hier, dass der Patient annimmt, dass seine Erkrankung einen sehr langwierigen, chronischen Verlauf nehmen wird.

Wie bereits zu Anfang erwähnt fanden sich keine deutlichen Zusammenhänge dieser Subskala zum Verhalten der Therapeuten, soweit es durch die PISO Adhärenz Rating Skala erfasst wurde.

3.3.5 Korrelationen der Skalen mit Outcome Parametern

Tabelle 3.6: Zusammenhänge der Skalen mit verschiedenen Outcome Parametern

		Veränderung der körperlichen Lebensqualität (KSK Differenz t1-t0)	Veränderung der psychischen Lebensqualität (PSK Differenz t1-t0)	Patient: Behandlungserfolg	Therapeut: Behandlungserfolg
N		13	13	12	14
Allgemein erleichternde Skala	Korrelationskoeffizient	,18	-,31	-,07	-,10
	Sig. (2-seitig)	,56	,30	,82	,73
Psychodyn.-interspers. Skala	Korrelationskoeffizient	,11	,03	,02	,23
	Sig. (2-seitig)	,73	,94	,94	,43
Kognitions- u. verhaltens Skala	Korrelationskoeffizient	-,16	-,33	,20	-,02
	Sig. (2-seitig)	,6	,28	,53	,94
Störungsbezogene Skala	Korrelationskoeffizient	,09	-,15	,30	-,17
	Sig. (2-seitig)	,78	,63	,33	,57

Es lagen leider nicht die vollständigen Outcome-Daten für alle Patienten vor, daher ist die Anzahl der Patienten hier unterschiedlich.

Als Maß des Therapieerfolges wurden hier, wie auch im Design der PISO-Studie vorgesehen, folgende vier Parameter untersucht:

- Die Differenzen t1- t0 (Wert nach Abschluss der Therapie minus den Wert vor Therapiebeginn) der psychischen Summenskala sowie der körperlichen Summenskala (entspricht Veränderung in der psychischen bzw. körperlichen Lebensqualität). Diese Differenzen werden im Folgenden als Veränderungswerte bezeichnet - ein positiver Veränderungswert bedeutet Verbesserung.
- Die subjektive Einschätzung der Patienten und der Therapeuten über den Behandlungserfolg diente ebenfalls als Outcome-Parameter. Auf einer Skala von 1 bis 7 sollte der Behandlungserfolg beurteilt werden, Ankerpunkte der Skala waren hierbei „sehr viel verschlechtert“ (1), „unverändert“ (4) und „sehr viel verbessert“ (7).

Die überwiegende Anzahl der Zusammenhänge zwischen diesen vier Parametern und den Skalen der Items zeichnete sich durch eine geringe Effektstärke aus. Nur drei Zusammenhänge zeigten eine mittlere Effektstärke:

Wenig Verbesserung bzw. Verschlechterung der psychischen Lebensqualität nach Teilnahme an der Kurzzeittherapie geht einher mit verstärkter Umsetzung von allgemein erleichternden Elementen durch den Therapeuten.

Ein ähnlicher Zusammenhang besteht mit den Elementen der kognitions- und verhaltensorientierten Skala.

Die Patienteneinschätzung des Behandlungserfolges korreliert positiv mit störungsbezogenen Elementen (0,31), das heißt, in einer aus Patientensicht erfolgreichen Therapie arbeiteten die Therapeuten (während der hier untersuchten Mittel- und Endphase) häufiger bzw. intensiver mit störungsbezogenen Elementen.

4 Diskussion

4.1 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit war es durch Auswertung von Videoaufnahmen der Sitzungen einer Kurzzeittherapie mit einer dafür entwickelten Rating Skala zu erfassen, inwieweit die Therapeuten die im Manual festgelegten therapeutischen Interventionen umsetzten (Adhärenz-Messung). Zudem sollte untersucht werden, ob und in welchem Ausmaß diese Umsetzung durch bestimmte Patientenmerkmale beeinflusst wurde und inwieweit Zusammenhänge zwischen dem Schwerpunkt therapeutischer Interventionen und dem Therapieergebnis bestanden.

4.1.1 Bedeutung der Adhärenz-Messung für die Psychotherapieforschung

Die Adhärenz-Messung spielt in der modernen Psychotherapieforschung eine wichtige Rolle, da nur dann Aussagen über Zusammenhänge von definierten Behandlungen und Therapieerfolgen getroffen werden können, wenn die Behandlung tatsächlich so umgesetzt wurde wie im Studiendesign geplant.

Die Adhärenz-Messung ist somit ein Mittel zur Sicherstellung der Integrität einer Behandlung.

Behandlungsintegrität beginnt beim Studiendesign mit der Erstellung einer möglichst klaren und umfassenden Definierung und Manualisierung der therapeutischen Behandlung [89], entsprechender Schulung [155] und kontinuierlicher Supervision der Therapeuten. Diesen Prozess bezeichnet Perepletichikova [128] als „Establishing treatment integrity“. Von ebenso großer Bedeutung ist die darauf folgende Messung der Behandlungsintegrität („Assessment of treatment integrity“), welche nach Waltz [170] folgende drei Aspekte untersuchen sollte: die Adhärenz des Therapeuten zum Behandlungsmanual, die Kompetenz des Therapeuten in der Ausführung der Interventionen sowie die Differenzierung, bzw. Abgrenzung zu anderen Behandlungskonzepten. Diese Arbeit konzentriert sich größtenteils auf die Messung der Adhärenz der Therapeuten, die Themen Kompetenz und Differenzierung werden im Abschnitt „Limitationen“ diskutiert.

Die Messung der Adhärenz wurde, wie im Methodenteil der Arbeit bereits beschrieben, mit der PISO Adhärenz Rating Skala, einer Auswahl von teilweise angepassten Elementen der „Sheffield Psychotherapy Rating Scale“ sowie weiteren entsprechend des PISO-Manuals neu entworfenen Elementen, durchgeführt. Die PISO Adhärenz Rating Skala ist ein Instrument mit 55 Items, welche im Studien-Manual festgehaltene Prinzipien und Interventionen beschreiben. Ihrer inhaltlichen Ausrichtung entsprechend sind sie vier verschiedenen Skalen zugeordnet:

- Die „allgemein erleichternde“ Skala umfasst Therapieelemente wie beispielsweise Wärme, Empathie und Engagement.
- Elemente, die inhaltliche Nähe zur kognitiv-behavioralen oder psychodynamisch-interpersonellen Therapie aufweisen, sind den

entsprechenden Skalen („kognitions- und verhaltensorientiert“ und „psychodynamisch-interpersonell“) zugeordnet.

- In der „störungsbezogenen“ Skala finden sich Elemente wieder, die anhand des PISO-Manuals und der Leitlinien für somatoforme Störungen spezifisch für die Behandlung der Schmerzpatienten mit multisomatoformem Syndrom entwickelt worden sind. Diese Elemente umschreiben zentrale therapeutische Interventionen des PISO-Konzeptes wie beispielsweise die Annahme und Organisation der Symptomklage oder die Affektarbeit.

In der Sheffield Studie diente diese Zuordnung der Items zu den einzelnen Skalen zur komparativen Differenzierung zwischen zwei therapeutischen Ausrichtungen. Dabei diente die SPRS sowohl zur Messung der Manualtreue als auch zur Unterscheidung zwischen den Therapieformen: „Prescriptive v. Exploratory psychotherapy“ [146]. Erstere bezeichnet hier einen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten, letztere einen psychodynamisch-interpersonell orientierten therapeutischen Ansatz.

Im Rahmen der PISO-Studie soll keine Schulen-Differenzierung stattfinden. Vielmehr sollen die Skalen als inhaltliche Zuordnungshilfen für Facetten eines Therapiekonzeptes verstanden werden, welches speziell für die Behandlung von Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung entworfen wurde und Vorgehensweisen verschiedener Therapierichtungen in sich vereint.

4.1.2 Die Adhärenz beeinflussende Faktoren

Bei der Betrachtung der Häufigkeit bzw. Intensität, mit welcher die Therapeuten die umschriebenen Interventionen während der Therapie umsetzen konnten, muss der Einfluss verschiedener Faktoren bedacht werden.

Zu diesen Faktoren zählen:

- Therapeutenmerkmale (Therapeutische Erfahrung hat Einfluss darauf, inwieweit sich ein Therapeut adhärent zum Manual verhält, auch therapeutische Ausrichtung, vorbereitende Schulung, Supervision etc. können dies beeinflussen. Da der Fokus dieser Arbeit jedoch nicht auf dem einzelnen Therapeuten liegt, soll dies hier nicht näher diskutiert werden.)
- Patientenmerkmale (auf eine Auswahl von Patientenmerkmalen und Zusammenhänge mit therapeutischen Interventionen wird in dieser Arbeit eingegangen, z. B. körperliche und psychische Lebensqualität), Patientenverhalten.
- Hierarchie der Items: Therapeutische Interventionen zeigen deutliche Unterschiede in ihrer Komplexität und den Voraussetzungen, die für ihren sinnvollen Einsatz erfüllt sein müssen. Einige Autoren legen unterschiedliche Komplexitäts-Niveaus nach der inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen fest. Perepletchikova et al. schreiben (übersetzt aus dem Englischen): „Interventionen zum Erlernen bestimmter Fertigkeiten (z.B. kognitiv-behaviourale Interventionen) können als weniger komplex betrachtet werden als prozessorientierte Interventionen (z.B. psychodynamische Therapien).“ [128], (S.835). Sie begründet dies damit, dass Interventionen zum Erlernen

bestimmter Fertigkeiten meist direkter und einfacher seien, da sie die psychische Störung durch Lösung der vorliegenden Probleme mittels spezifischer Strategien und Techniken lindern sollten. Im Gegensatz hierzu, so die Autorin, konzentrierten sich prozessorientierte Herangehensweisen mehr auf Einsichtgewinnung in innerpsychische Prozesse und Exploration der zugrunde liegenden Dynamik. Es wäre jedoch sicherlich zu vereinfachend hieraus zu schließen, dass beispielsweise alle Interventionen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung weniger komplex seien als psychodynamisch-interpersonelle Elemente, da sich auch innerhalb der verschiedenen therapeutischen Ausrichtungen starke Variabilität im Komplexitätsniveau zeigt. Betrachtet man beispielsweise einige verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Elemente, so erscheint es deutlich einfacher einen Patienten dazu anzuhalten, seine Äußerungen mit Beispielen zu verdeutlichen (21 „Spezifische Beispiele“) als ihn zu ermutigen, eine Beziehung zwischen erlebten Gefühlszuständen und seinen zu diesem Zeitpunkt ablaufenden Gedanken herzustellen. (54 „Beziehung von Gefühlen und Gedanken“).

Unabhängig von der Komplexität eines Therapieelements hängt die Umsetzbarkeit in der Praxis zusätzlich stark davon ab, welche Voraussetzungen für die sinnvolle Anwendung erfüllt sein müssen.

So bauen einige Elemente direkt auf der erfolgreichen Umsetzung anderer Interventionen im Vorfeld auf, wie beispielsweise folgende affektbezogene psychodynamisch-interpersonelle Elemente:

- „Exploration von Gefühlen“: Half der Therapeut dem Klienten seine Gefühle in interpersonellen Beziehungen zu erforschen?
- „Wahrnehmen/Zulassen von Affekten“: Versuchte der Therapeut dem Klienten zu helfen, Affekte wahrzunehmen und zuzulassen, welche er noch nicht zum Ausdruck gebracht hat oder derer er sich noch nicht bewusst war?
- „Affekte annehmen“: Ermutigte der Therapeut den Klienten Gefühle zu akzeptieren, welche dem Patienten zwar bewusst, aber unangenehm oder schmerzlich sind?

In der Trias dieser affektbezogenen Items ist ein deutliches inhaltliches aufeinander Aufbauen zu erkennen. Dies spiegelt sich in der absteigenden Häufigkeit und Intensität, mit welcher die Elemente in den Sitzungen vorkamen (erst, wenn Gefühle exploriert und daraufhin wahrgenommen werden, kann an der Akzeptanz dieser Gefühle gearbeitet werden).

Auch müssen bei einigen Interventionen von Patientenseite verschiedene Voraussetzung erfüllt werden. So spielen patienteneigene Eigenschaften wie Strukturniveau, Intelligenz, Reflexionsvermögen etc. eine Rolle. Ebenso wichtig ist die Frage, inwieweit der Patient sich auf verschiedene Therapieprozesse einlassen kann und will: Bleibt er auf Symptom-Ebene, ist er bereit sich mit interpersoneller oder psychosozialer Problematik auseinander zu setzen, nimmt er Gefühle wahr, kann er sie differenzieren und ausdrücken, etc.

4.2 Diskussion der empirischen Ergebnisse

4.2.1 Diskussion der Ergebnisse aus der Häufigkeits- bzw. Intensitätsmessung therapeutischer Elemente

Wie im Abschnitt „Umsetzung der therapeutischen Elemente“ Kapitel 3.2 des Ergebnisteils dargestellt und beschrieben, kommen alle Therapieelemente in mindestens einer der untersuchten Sitzungen vor, es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede im Umfang ihrer Anwendung.

Die unterschiedlich häufig beobachtete Umsetzung der verschiedenen Items wird im Folgenden auf der Ebene der einzelnen Elemente besprochen, sie werden jedoch in den Kontext der jeweiligen Skalen eingeordnet. Im nächsten Abschnitt wird beispielsweise zuerst die Skalenhäufigkeit besprochen, dann die Einordnung der Skala vorgenommen und ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozess erörtert, bevor auf die Häufigkeit einzelner Items eingegangen wird.

4.2.1.1 Häufigkeit bzw. Intensität der „allgemein erleichternden“ Elemente

„Allgemein erleichternde“, arbeitsbündnis-stärkende Verhaltensweisen wurden von allen Therapeuten in sämtlichen untersuchten Sitzungen sehr häufig und intensiv umgesetzt. Sie unterschieden sich im Umfang ihrer Anwendung deutlich von den anderen spezifischeren Interventionen, die insgesamt seltener bzw. weniger intensiv umgesetzt wurden.

Einordnung der „allgemein erleichternden“ Elemente als wichtige Komponente der „Therapeutischen Allianz“ in den Kontext aktueller Psychotherapieforschung: Empathie und Engagement, zwei wichtige „allgemein erleichternde“ Elemente, wurden von Gaston 1990 als Kernkomponenten der therapeutischen Beziehung bezeichnet [56].

Gemeinsam mit den drei anderen Komponenten (die gefühlsmäßige Bindung des Patienten zum Therapeuten, die Fähigkeit des Patienten gezielt in der Therapie mitzuarbeiten, sowie die Übereinstimmung von Patient und Therapeut über die Anforderungen und Ziele der Therapie) bilden sie als „Therapeutische Allianz“ einen wichtigen Einflussfaktor auf das Therapieergebnis [56]. (Hierauf wird im Abschnitt „Zusammenhang der allgemein erleichternden Skala mit Veränderung der psychischen Lebensqualität“ genauer eingegangen.)

Zum Aufbau bzw. Erhalt eines stabilen Bündnisses trägt auch das Therapieelement „Übereinstimmung“ bei, welches untersucht, wie gut Therapeut und Patient im therapeutischen Gespräch miteinander zurechtkommen. Es findet seine Entsprechung im PISO-Manual in der Anweisung an die Therapeuten, arbeitsbündnisgefährdende Konfrontationen des Patienten mit problematischen und unbewussten Aspekten zu vermeiden sowie Diskussionen über Ursachen und Krankheitserklärungs-Modelle vom „Entweder-oder“- ins „Sowohl-als-auch“-Prinzip zu überführen. (Das „Entweder-oder“-Prinzip beschreibt ein streng dichotomes Erklärungsmodell, in dem entweder rein physisch oder rein psychisch begründbare Erkrankungen existieren. Unter dem „Sowohl-als-auch“-Prinzip versteht man die Anerkennung der möglichen organischen Ursachen mit gleichzeitiger Betonung, dass

ein ausschließlich organisches Erklärungsmodell nicht ausreicht, um die Beschwerden zu verstehen.)

Eine enge Adhärenz zu diesen Manual-Vorgaben begünstigt somit „harmony and accord“ der Therapeut-Patient-Interaktion, wie sie durch das Element „Übereinstimmung“ untersucht werden soll. Zu den „allgemein erleichternden“ Elementen zählt außerdem das Element „Formalität“. Im SPRS- Manual findet sich zu „Formalität des Therapeuten“ folgende Erläuterung: Der „formelle“ Therapeut erhält absichtlich eine Distanz zum Klienten aufrecht. Seine Gefühle oder Gedanken drückt er nur soweit aus, wie es sein Verhalten als Therapeut erfordert. Diese therapeutische Haltung entspricht den Grundprinzipien des PISO-Manuals im Sinne der „selektiv-authentischen“ Haltung des Therapeuten. Inhaltlich findet sich dieses Verständnis von Formalität im PISO-Manual außerdem als therapeutischer Schwerpunkt auf sachlichem Informieren und Beantworten von Fragen im Gegensatz zur persönlichen Deutung wieder. Von den „allgemein erleichternden“ Elementen erhielt dieses Element die höchste Wertung.

4.2.1.2 Häufigkeit bzw. Intensität der psychodynamisch-interpersonellen Elemente

Auch mit den psychodynamisch-interpersonellen Interventionen arbeiteten die Therapeuten insgesamt häufig und intensiv. Bei diesen Interventionen zeichnet sich jedoch ein sehr breites Spektrum an Häufigkeit und Intensität ab: So strukturierten die Therapeuten alle Sitzungen („Sitzung strukturieren“), formulierten ihre Interventionen sehr häufig als verhandelbare, durch den Patienten korrigierbare Aussagen („verhandelnder Stil“) oder nutzten Patientenhinweise als Ausgangspunkt für ihre Interventionen („Hinweisbasis“). Dies spiegelt einen zwar durch den Therapeuten geführten, aber wenig konfrontativ gestalteten und auf Patientenbedürfnisse ausgelegten Therapieprozess wieder.

Bei einigen Elementen der psychodynamisch-interpersonellen Skala bleibt jedoch unklar, ob sie von den Therapeuten so umgesetzt worden sind wie dies möglicherweise von den Autoren des PISO-Manual beabsichtigt war. Die „Verbindende Hypothese“ z. B. wird im Manual [70] der PISO-Therapie-Techniken als eine der angestrebten Interventionen der zweiten Therapiephase bezeichnet.

Die Wichtigkeit, die diesem Therapieelement im Manual eingeräumt wird, steht in deutlichem Gegensatz zur beobachteten Umsetzung in den untersuchten Therapiestunden: Es wurde als am wenigsten häufig eingesetztes Element der psychodynamisch-interpersonellen Skala bewertet, in der Hälfte der untersuchten Sitzungen wurde die „Verbindende Hypothese“ als „nie“ eingesetzt gerated. Kam sie zum Tragen, dann nur selten und ohne Ausführlichkeit.

Zu dieser Diskrepanz trägt die sehr eng umschriebene Definition der „Verbindenden Hypothese“ im SPRS-Manual bei: In der Sitzung beim Patienten und in der Patient-Therapeut-Interaktion präsente Gefühle sollen mit Gefühlszuständen aus anderen Situationen und Kontexten verbunden werden. Hierfür muss der Patient in der Lage sein (möglicherweise negative) Affekte wahrzunehmen und weitgehend zu differenzieren. Bei vielen Patienten waren diese Voraussetzungen möglicherweise

nicht gegeben und konnten teilweise bis Beendigung der Mittelphase der Kurzzeittherapie nicht geschaffen werden. Daher konnte diese sehr komplexe und in der Hierarchie der Elemente thronnah anzusiedelnde Intervention durch die Therapeuten nur bei wenigen Patienten und nur in einigen Sitzungen angewendet werden.

Im PISO-Manual sollen Gefühle, die in der Sitzung beim Patienten präsent sind, angesprochen werden und auch Emotionen, die in der Therapeut- Patient- Beziehung spürbar werden, sollen - wenn möglich - exploriert werden. Deren Verbindung mit Gefühlszuständen aus anderen Situationen und Kontexten ist aber nicht als zwingend notwendig beschrieben. Ausgangspunkt kann hier auch die erlebte Beeinträchtigung durch die körperlichen Symptomatik sein [70].

Für weitere Adhärenz-Messungen wäre eine Anpassung und inhaltliche Erweiterung des Elementes daher sinnvoll.

4.2.1.3 Häufigkeit bzw. Intensität der störungsbezogenen Elemente

Die Items, die zur Umschreibung von Interventionen der PISO- Kurzzeitintervention neu entwickelt wurden, setzten die Therapeuten in der Mittelphase mit unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität um. Inhaltlich beziehen sie sich konkret auf das Symptomerleben der Patienten, auf damit zusammenhängende Beziehungserfahrungen und -konflikte sowie auf Affektarbeit.

Insgesamt häufig und intensiv arbeiteten die Therapeuten laut Rating-Ergebnissen mit Elementen, die direkt an den Symptomen der Patienten ansetzen: Die Symptomklage wurde in fast jeder Sitzung aktiv vom Therapeuten entgegengenommen und organisiert, auch mit der Symptomklage zusammenhängende Situations- und Beziehungsaspekte sowie Beziehungserfahrungen wurden oft bearbeitet. Einerseits deutet dies auf die Wichtigkeit hin, die der Bearbeitung der Symptomebene mit ihren Erweiterungsmöglichkeiten in der Psychotherapie somatoformer Schmerzpatienten zukommt. Andererseits spielt sicher auch die gute Umsetzbarkeit symptombezogener Interventionen eine Rolle: Es handelt sich um konkrete, für den Patienten bekannte und leicht erfassbare und relevante Inhalte. Anders verhält es sich, wenn Gefühle, deren Differenzierung und Regulierung in zwischenmenschlichen Beziehungen zum zentralen Therapiethema werden.

Die PISO- Elemente mit Bezug auf die Arbeit mit Affekten, unter anderem die „Differenzierung von Gefühl und körperlichem Befinden“, die „Affektregulierung in Beziehungen“ und drei verschiedene Items zum Thema Enttäuschung, konnten durch die Therapeuten insgesamt deutlich seltener umgesetzt werden.

In der Literatur wird für die Ätiopathogenese somatoformer Störungen neben Traumatisierung, somatoformen Erkrankungen in der Familie, Bindungsstörung oder Grundkonflikten auch Alexithymie diskutiert [69]. (S. h. auch Ätiopathogenese 1.3. der Einleitung). Alexithymie bezeichnet die Unfähigkeit Gefühle zu erkennen, zu differenzieren und zu benennen. Waller und Scheidt schrieben hierzu: „(...) The findings suggest that somatoform disorders are linked to a diminished capacity to consciously experience and differentiate affects and express them in an adequate and healthy way.“ [168], (S.13). Diese verminderte Fähigkeit der Wahrnehmung,

Differenzierung und des Ausdrucks von Gefühlen zeigt sich bei vielen somatoformen Patienten im therapeutischen Prozess als enge Haftung an der rein körperliche Ebene. Oft sind anfangs weder Bereitschaft noch Fähigkeit vorhanden sich näher mit evtl. auch als negativ oder bedrohlich wahrgenommenen Affekten auseinander zu setzen. Henningsen et al [71] beschreiben eine „Schichtenregel“ in Bezug auf Affektarbeit bei somatoformen Patienten: Erst nach Bearbeitung der mit dem Gefühl von Infragestellung einhergehenden wechselseitigen negativen Gefühlen und nach der Auseinandersetzung mit der oft komorbid auftretenden Depressivität und Angst, kann in dritter Linie auf Affektwahrnehmung und –differenzierung eingegangen werden. Obwohl die therapeutische Auseinandersetzung mit Gefühlen also gerade bei dieser Patientengruppe ein zentrales Thema darstellt, ist ein aufeinander aufbauendes, schrittweises Vorgehen notwendig, für welches von Patientenseite gewisse Voraussetzungen erfüllt sein bzw. erarbeitet werden müssen (z. B. die Bereitschaft des Patienten den Kontakt zum eigenen emotionalen Erleben zu stärken, sich mit negativen Emotionen auseinander zu setzen, etc.). In Anbetracht der größtenteils schwersten Beeinträchtigung der Patienten und der damit einhergehenden hohen Rate an psychischer Komorbidität [92],[47] sowie der knapp bemessenen Zeit im Rahmen der Kurzzeitintervention könnte dies zur seltenen Umsetzung dieser störungsbezogener Elemente (Affektdifferenzierung und Affektregulierung) beigetragen haben.

Möglich ist auch, dass die Auseinandersetzung mit Enttäuschung in Bezug auf „fehlende Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers“ bzw. „Enttäuschung in der Arzt-Patient-Beziehung“ oft bereits in den ersten drei Sitzungen der Eröffnungsphase anklingt. In diesen Sitzungen werden Rahmenbedingungen und Organisatorisches geklärt, der Therapeut soll jedoch auch versuchen mit dem Patienten eine „Landkarte der Beschwerden“ zu erstellen sowie eine Absprache über sonstige somatische Behandlungen zu treffen. In diesem Rahmen werden häufig Wut und Enttäuschung über das „Nichtfunktionieren“ des eigenen Körpers sowie frustrierende Arztbesuche und -wechsel in der Vergangenheit angesprochen und Enttäuschung wird thematisiert. Evtl. trägt dies dazu bei, dass dieser Themenkomplex in den Sitzungen der Mittelphase selten zum Fokus der Therapie wurde.

Es sollte erwogen werden, ob die drei Elemente, die Enttäuschungsthematik beschreiben, evtl. als einzelne Items zu ausdifferenziert sind und zu einem Element zusammengefasst werden sollten.

4.2.1.4 Häufigkeit bzw. Intensität der kognitions- und verhaltensorientierten Elemente

Mit einigen Elementen der kognitions- und verhaltensorientierten Skala arbeiteten die Therapeuten relativ häufig. Der „Aufbau angenehmer Aktivitäten“ beispielsweise wurde durch die Therapeuten in den meisten Sitzungen angeregt. Indem die Therapeuten mit den Patienten individuell Aktivitäten erarbeiteten, die für diese angenehm waren, hatten sie die Möglichkeit mit den Patienten Selbstachtsamkeit zu üben und den Fokus der Aufmerksamkeit von den Beschwerden weg auf positive Inhalte zu lenken. (Zur Verdeutlichung ein Beispiel aus einer beobachteten

therapeutischen Sitzung: Der Therapeut fordert den Patienten dazu auf darüber nachzudenken: „Was empfinde ich als angenehme Tätigkeit, was tut mir gut?“). Zudem konnten beim Patienten evtl. in Vergessenheit geratene Ressourcen mit Hilfe dieses therapeutischen Elementes reaktiviert werden. (Beispiel einer Patientenaussage aus einer Therapie-Sitzung: „Ja, früher bin ich oft mit Hanne ins Kino gegangen... Doch, das hat uns schon Spaß gemacht,... ich weiß selbst nicht genau, warum wir das aufgehört haben.“). Gelang der Aufbau angenehmer Aktivitäten, stellten diese dann wiederum Grundlage für andere Interventionen dar (z. B. positives Körpererleben beim Spaziergehen, Schwimmen etc.). Die relativ häufige und intensive Umsetzung dieses therapeutischen Elementes entspricht den Vorgaben des PISO-Manuals, welches Aktivierung und Stärkung von Ressourcen betont und den therapeutischen Fokus bewusst auf positive Aktivitäten und auf Stärken des Patienten legt. Auch das neue Erlernen bzw. Wieder-Erlernen von Genuss und das Erfahren von Vitalität und Lust sind gekoppelt an den „Aufbau angenehmer Aktivitäten“ und stellen wichtige Inhalte der Mittelphase des PISO-Manuals dar. Andere Elemente der kognitions- und verhaltensorientierten Skala wurden dagegen seltener bzw. weniger intensiv umgesetzt:

Die Elemente „Kognitionen erfragen“, „ Klären des Therapie-inhalts“, „Entwurf und Entwicklung einer Agenda“, sowie „ Beziehung von Gefühlen und Gedanken“ wurden in weniger als einem Drittel der untersuchten Sitzungen überhaupt eingesetzt und auch dann nur ansatzweise. Als mögliche formell-strukturelle Gründe für die selten beobachtete Umsetzung von „ Klären des Therapieinhalts“ und „Entwurf und Entwicklung einer Agenda“ könnte angenommen werden, dass die Aufklärung über den äußeren Rahmen der Therapie in der bereits beschriebenen 1. Phase erfolgte (Sitzungen 1-3). Hierbei kam es häufig auch zu einer „ Klärung des Therapieinhalts“ als Vorausblick sowie teilweise zum Entwurf einer Agenda. Diese „Eröffnungsphase“ der Therapie geht jedoch nicht in das Häufigkeitsprofil der Items ein, hierfür dienen ausschließlich die untersuchten Sitzungen der Mittelphase. Zudem ist zu bedenken, dass während der Entwicklungsphase der PISO Adhärenz Rating Skala versucht wurde, alle Interventionen der PISO-Studie abzudecken und daher auch teilweise Items aus der SPRS übernommen wurden, denen im therapeutischen Konzept der PISO-Studie weniger Bedeutung zukommt. Vor weiterer Anwendung des Instrumentes sollte erwogen werden, ob die Elemente „Kognitionen erfragen“ und „Beziehung von Gefühlen und Gedanken“ mit ihrem starken Fokus auf gedanklichen Prozessen nach diesen ersten Ergebnissen als nicht relevante Items entfernt werden sollten.

4.3 Diskussion der Zusammenhänge von Skalen therapeutischer Elemente mit Patientenmerkmalen

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war es, den möglichen Einfluss der Art und Ausprägung der psychischen und/oder körperlichen Beeinträchtigung der Patienten auf den Umfang des Einsatzes therapeutischer Interventionen zu untersuchen.

4.3.1 Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf den psychotherapeutischen Prozess

Clarkin äußert sich im „Handbook of psychotherapy and behavior change“ zu diesem Thema folgendermaßen (übersetzt aus dem Englischen): „Die Debatte über Patientenmerkmale ist eine abstrakte Art Offensichtliches zu benennen: keine zwei Patienten beginnen Psychotherapie in derselben Ausgangslage. Jeder Patient ist einzigartig in Bezug auf das Ausmaß seiner Probleme, seiner Entwicklungsgeschichte und Erfolge, seiner interpersonellen Fertigkeiten, Intelligenz, Schmerzzustand und Veränderungswunsch. Viele Patientenmerkmale können potentiell den therapeutischen Prozess beeinflussen. Gleichzeitig wird das Patientenverhalten von den Charakteristika und dem Verhalten des einzelnen Therapeuten beeinflusst werden, denn der therapeutische Prozess ist im Grunde genommen ein interpersonelles Phänomen.“ [27], (S. 194).

Diese gegenseitige Bedingtheit spiegelt sich auch in den vorliegenden Ergebnissen wieder: Bei mehreren der untersuchten Patientenmerkmale fanden sich deutliche Zusammenhänge mit dem Interventionsverhalten der Therapeuten.

4.3.1.1 Zusammenhänge von Skalen therapeutischer Elemente mit der psychischen und körperlichen Beeinträchtigung

Die Zusammenhänge wurden nicht für einzelne Items, sondern für die vier Subskalen berechnet. Im folgenden Text werden zur inhaltlichen Veranschaulichung und Verdeutlichung jedoch wiederholt auch einzelne Elemente der jeweiligen Skala genannt.

Allgemein erleichternde Skala und psychische Lebensqualität

In der therapeutischen Arbeit mit psychisch weniger beeinträchtigten Patienten wurden die Therapeuten als (beispielsweise) wärmer, empathischer und unterstützender bewertet.

Dieses Ergebnis entspricht zunächst nicht der evtl. bestehenden Erwartung, einem psychisch schwer beeinträchtigten Patienten werde vom Therapeuten wie selbstverständlich mehr an „allgemein erleichternden“ Interventionen zuteil nach dem Konzept: Wem es psychisch schlechter geht, der bekommt mehr Wärme, empathische Zuwendung und andere unterstützende Verhaltensweisen vom Therapeuten.

Therapie darf jedoch auch hier nicht als einseitiger Prozess verstanden werden, denn Patient und Therapeut bedingen sich in ihrem Verhalten gegenseitig. Der psychisch gesündere Patient reagiert möglicherweise bereitwilliger auf die Bemühungen des Therapeuten ein stabiles Arbeitsbündnis zu erarbeiten, öffnet sich evtl. emotional leichter und ermöglicht so erst die empathische Anteilnahme des Therapeuten.

Denkbar wäre auch, dass psychisch stärker beeinträchtigte Patienten die Therapeuten nicht, wie oben vorgeschlagen, zu einer wärmeren, empathischeren Haltung anregen, sondern vielmehr dazu, sich deutlicher abzugrenzen. Verminderte Anteilnahme, Wärme, Empathie etc. von Therapeutenseite könnten hier Ausdruck einer bewussten Distanzierung oder eines intuitiven Abwehrmechanismus sein.

Psychodynamisch-interpersonelle Skala und psychische Lebensqualität

Auch zu den Interventionen der psychodynamisch-interpersonellen Skala wies die psychische Lebensqualität einen deutlichen Zusammenhang auf: Ein relativ hohes Maß an psychischer Lebensqualität geht mit häufiger bzw. intensiver Umsetzung psychodynamisch-interpersoneller Therapieelemente einher. Das bedeutet, dass die Therapeuten bei psychisch weniger beeinträchtigten Patienten verstärkt mit interpersonellen, Einsicht und Struktur fördernden Elementen arbeiteten.

Es ist anzunehmen, dass die mit besserer psychischer Gesundheit einhergehende Stabilität strukturell anspruchsvollere und für den Patienten anstrengendere Interventionen ermöglicht, wie beispielsweise die Arbeit mit Affekten oder die Bearbeitung interpersoneller Konflikte. Das Ansprechen und Erleben von Emotionen kann möglicherweise mehr toleriert werden. Bei instabilen Patienten mit strukturellen Störungen soll laut PISO-Manual die Affektarbeit begrenzt werden, um affektives „Überschwemmt-Werden“ des Patienten zu vermeiden bzw. dem rechtzeitig gegenzusteuern [70].

Zusammenhang zwischen der „störungsbezogenen“ Skala und der psychischen Lebensqualität

Bei Patienten, die eine starke psychische Beeinträchtigung zeigten, wurde eine deutlich häufigere und intensivere Umsetzung von störungsbezogenen Interventionen beobachtet.

In der therapeutischen Arbeit mit dieser schwer beeinträchtigten Gruppe von psychosomatischen Patienten bietet es sich an, diese „dort abzuholen wo sie zunächst stehen“ und am ehesten zugänglich sind: beim Berichten über ihre Symptome [69]. Die ausführliche, empathische Entgegennahme und Organisation der Symptomklage sind wichtiger Bestandteil des therapeutischen Konzeptes der PISO-Studie. Von dieser Grundlage ausgehend, findet oft erweiterte Arbeit mit körperlichen Empfindungen und langsames Herantasten an Affekte und zwischenmenschliche Beziehungen statt.

Auch Hausaufgaben (wie beispielsweise das Führen eines Schmerztagebuchs oder das Einüben von Entspannungsübungen) und die Verpflichtung zwischen den Sitzungen zu üben, können bei psychisch stark beeinträchtigten Patienten als stabilisierende Maßnahme und Ausgangspunkt für therapeutische Interventionen sehr hilfreich sein. Das Einführen von regelmäßigen, evtl. ritualisierten Abläufen wie z.B. jeden Abend Entspannungsübungen, jeden Morgen ein kurzer Spaziergang o. Ä., können wesentlich zur Strukturierung des Alltags und somit zur Stabilisierung dieser Patienten beitragen.

Körperliche Lebensqualität

Deutliche Zusammenhänge zwischen therapeutischen Interventionen und der körperlichen Lebensqualität der Patienten (erhoben mittels SF-36) fanden sich nicht. In Anbetracht der zahlreichen starken Zusammenhänge, die (wie im Folgenden beschrieben) zwischen therapeutischen Interventionen und symptombezogenen Patientenmerkmalen (erhoben mittels SOMS) wie z.B. Beschwerdeanzahl oder -

intensität bestehen, überrascht dies zunächst, da körperliche Lebensqualität und Symptomstärke auf den ersten Blick ähnliche Inhalte beschreiben.

Mit der Summenskala des SF-36 zur Erfassung der körperlichen Lebensqualität wird jedoch über die reine Erhebung der körperlichen Schmerzsymptomatik hinaus vor allem die Funktionsfähigkeit im Alltag sowie die körperliche Rollenfunktion und allgemeine Gesundheitswahrnehmung beschrieben. Bis auf die Rubrik „körperliche Schmerzen“ unterscheiden sich die Inhalte der „körperlichen Lebensqualität“ und der „symptombezogenen Patientenmerkmale“ also deutlich voneinander.

Denkbar wäre auch, dass die Vorauswahl im Rahmen der PISO-Studie zu einer gewissen Nivellierung dieses Patientenmerkmals führte: Als Teilnahmevoraussetzung lag bei allen Patienten mindestens eine starke Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität vor ($KSK \leq 40$). So entstand möglicherweise ein so genannter Bodeneffekt, d.h. der Unterschied zwischen starker und sehr starker Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität als Patientenmerkmal war zu gering um sich in einem Zusammenhang mit dem Therapeutenverhalten zu zeigen.

Kognitions- und verhaltensorientierte Skala und Depression

Auch Vorliegen und Schwere von Depressivität der Patienten wiesen einen starken Zusammenhang zum Therapeutenverhalten auf: Litten die Patienten an einer ausgeprägten depressiven Symptomatik, arbeiteten die Therapeuten vermehrt mit kognitiv- verhaltenstherapeutischen Elementen. Interventionen wie z.B. der „Aufbau angenehmer Aktivitäten und Förderung der Genussfähigkeit“ und das gezielte „Training von Fertigkeiten“ sind gerade bei depressiven Patienten, die oftmals unter Antriebsmangel leiden, von großer Wichtigkeit. Auch ist die Arbeit mit Kognitionen zu Beginn der Therapie evtl. leichter umsetzbar als die Arbeit mit Affekten, welche bei dieser Patientengruppe typischerweise abgeflacht und stark von Leere und Niedergeschlagenheit geprägt sind [122].

Auch könnten weitere in dieser Arbeit nicht untersuchte Patientenmerkmale, die mit Depression vergesellschaftet sind, einen Einfluss auf den Zusammenhang haben. Beispielsweise fanden Hardy et al. [67] in der bereits zitierten Arbeit, dass kognitive Interventionen vermehrt bei Patienten mit wenig involviertem, ablehnendem interpersonellen Verhalten angewendet wurden. Zumindest ersteres Merkmal (geringe Beteiligung), ist für depressive Patienten im Sinne einer Hemmung von Antrieb und Psychomotorik charakteristisch [122].

Psychodynamisch-interpersonelle Skala und Anzahl sowie Intensität der Beschwerden

Für die Überlegung im vorigen Abschnitt spricht ebenfalls, dass auch sämtliche anderen untersuchten symptombezogenen Patientenmerkmale einen ähnlichen Zusammenhang mit Elementen der psychodynamisch-interpersonellen Skala aufwiesen:

Umso mehr die Schmerz-Symptomatik im Vordergrund stand und umso ausgeprägter das somatoforme Profil der Beschwerden war, umso weniger

arbeiteten die Therapeuten mit den psychodynamisch-interpersonellen Interventionen: Es zeigten sich deutliche Zusammenhänge zur Anzahl der Beschwerden, Anzahl der als schwerwiegend eingestuften Beschwerden und der Beschwerdeintensität. Bei „Anzahl der als schwerwiegend eingestuften Beschwerden“ wurden die Zusammenhänge sogar signifikant.

Die Umsetzung der psychodynamisch-interpersonellen Elemente mit ihrem interpersonellen Schwerpunkt wird demnach von der Ausprägtheit der Schmerzsymptomatik stark beeinflusst. Arbeit mit diesen Elementen scheint für Therapeuten bei Patienten mit schwerer Schmerzsymptomatik erschwert umsetzbar, bzw. nicht von vorrangiger Wichtigkeit.

In den bisher unveröffentlichten PISO-Explikationen heißt es hierzu: „Falls der Patient sehr auf die körperliche Symptomatik zentriert ist und er keine interpersonelle oder psychosoziale Problematik anspricht bzw. die Beziehung idealisiert (alles sehr gut), sollte zunächst auf die erlebte Beeinträchtigung durch die körperliche Symptomatik zentriert werden (...).“ [105], (S.1). Das bedeutet, solange die Schmerzsymptomatik für den Patienten zentrales Thema ist (und das ist bei ausgeprägter Schmerzsymptomatik zu Beginn wahrscheinlich), soll dies vom Therapeuten auch so wahr- und angenommen werden. Nach dem Prinzip des „nicht-konfrontativen“ Therapeutenverhaltens werden interpersonelle und psychosoziale Konflikte (und damit auch die entsprechenden Interventionen) erst dann zum zentralen Therapiethema, wenn der Patient diese anspricht oder dem Therapeuten zumindest Hinweise gibt, die dieser aufgreifen kann.

Allgemein erleichternde Skala und Anzahl sowie Intensität der Beschwerden

Auch mit „allgemein erleichternden“, bindungsstärkenden Interventionen arbeiteten die Therapeuten weniger, wenn bei den Patienten eine große Anzahl an schwerwiegenden Beschwerden vorlag oder die Beschwerden vom Patienten als sehr intensiv bewertet worden waren.

Hierfür sind verschiedene mögliche Begründungen denkbar:

(Die folgenden Überlegungen basieren auf der Annahme, dass Patienten, die als Merkmal sehr intensive Schmerzen oder eine große Anzahl intensiver Beschwerden haben, dies während der Therapie auch mitteilen. Die Mehrzahl der Patienten mit somatoformen Störungen teilen ihre Beschwerden meist mit Breitwilligkeit, Ausführlichkeit und außergewöhnlicher Wortwahl (z. B. „wühlender, tobend-verzehrender Schmerz“) mit [122]).

Es ist zu überlegen, ob die Nachvollziehbarkeit als Voraussetzung für empathische Anteilnahme des Therapeuten bei Patientenangaben über extrem hohe Beschwerdeanzahl oder -intensität, die evtl. zusätzlich nicht kongruent zu den Beobachtungen des Therapeuten sind, abnimmt. Als Folge käme es zu weniger empathischer Entgegennahme der Klage. Diese Nachvollziehbarkeit hängt sowohl von den konkreten Inhalten der Schmerzschilderung als auch von verschiedenen Aspekten der Darstellung bzw. Schilderung durch den Patienten ab. Der Ausdruck von Schmerzerleben in den Gesichtszügen ist wohl der stärkste implizite („bottom-up“) Faktor für empathische Wahrnehmung von Schmerzschilderungen [174]. Die bei

somatoformen Schmerzpatienten häufig komorbid vorliegende Depression mindert charakteristischer Weise die Lebhaftigkeit des Gesichtsausdruckes erheblich („erstarrte Mimik“) [122]. Somit wird das bedeutendste Mittel nonverbaler, impliziter Schmerzkommunikation deutlich abgeschwächt.

Fallbeispiel: Die äußerlich ruhig wirkende Patientin K.S. antwortete auf die Frage des Therapeuten, wenn sie ihre Schmerzen jetzt auf einer Intensitäts-Skala von 1 bis 10 einstufen müsse, wobei 10 für kaum auszuhaltenden Schmerz stehe „bei dem Sie das Gefühl haben aus dem Fenster springen zu müssen“, dass ihr Schmerz momentan eine Intensität von 9 hätte. Woraufhin der Therapeut ihr seinen Eindruck schilderte („Ich sehe Sie hier so ruhig sitzen“), und seine Schwierigkeiten, die eigene Wahrnehmung mit der Aussage der Patientin in Einklang zu bringen, deutlich wurden.

Die Aussage der Patientin war für den Therapeuten in der geschilderten Situation wenig nachvollziehbar, empathisches Entgegennehmen wurde dadurch erschwert.

Eine weitere Überlegung bezieht sich auf mögliche Abwehrmechanismen im interpersonellen Verhalten: Verminderte Anteilnahme, Wärme, Empathie etc. von Therapeutenseite könnte als Ausdruck einer formellen Distanzierung im Sinne eines Abwehrmechanismus interpretiert werden. In den letzten Jahren haben sich viele Forschergruppen mit dem System der Spiegelneuronen auseinandergesetzt. Hierbei wurde mit Hilfe des funktionalen MRT Aktivität in bestimmten Hirnarealen bei der Ausführung von Verhaltensweisen, beim Wahrnehmen von körperlichen Empfindungen oder auch Emotionen beobachtet. Interessant war dabei vor allem der Nachweis von Aktivität in denselben Hirnregionen beim Beobachter wie bei der agierenden, beobachteten Person (z.B. Gallese et al 2004 [54]). Sogar bei körperlicher Erfahrung von Schmerzreiz und Beobachtung desselben an einem Gegenüber lässt sich nachweisen: Bei der bloßen Beobachtung herrscht ähnliche neuronale Aktivität als würde der Beobachter den Schmerz selbst erleben [18],[84]. Die Erfahrung des Beobachters ähnelt der des Beobachteten, unterscheidet sich jedoch auch von ihr: Die affektive Antwort des Beobachters beispielsweise, der das Leid einer anderen Person mit ansieht, setzt sich aus einer auf sich selbst bezogenen Antwort (z.B. Gefühl von Bedrängnis) und einer auf das gegenüber bezogenen Antwort (z.B. Mitleid) zusammen. Diese beiden Affektantworten haben unterschiedliches Verhalten zur Folge: Während die zum Gegenüber hin orientierte Antwort eine altruistische motivierte Hilfestellung anstoßen kann, löst die selbstorientierte Antwort möglicherweise den egoistischen Impuls aus, die eigene Bedrängnis, die durch die Beobachtung des anderen ausgelöst wurde, zu vermindern [10]. Bei ständiger Konfrontation mit Schilderungen vielfacher und intensiver Schmerzen könnte es sein, dass in Therapeuten Abwehrmechanismen als Reaktion auf dominierende „selbst-bezogene“ Affektantwort zum Tragen kommen und sie sich vom therapeutischen Geschehen etwas distanzieren, um durch diese formelle Distanz eine Erleichterung der emotionalen Bedrängnis zu erfahren. Im

unten gezeigten Schaubild entspräche dies als „behavioral response“ einem „withdrawal“- (Sich-Zurückziehen). Die angestrebte, ideale therapeutische Antwort in der Arbeit mit somatoformen Schmerzpatienten würde eher in Richtung der anderen aufgeführten (aus der auf das Gegenüber bezogenen Affektantwort entstandenen) Verhaltensweisen „reassurance“ und „providing comfort“ tendieren.

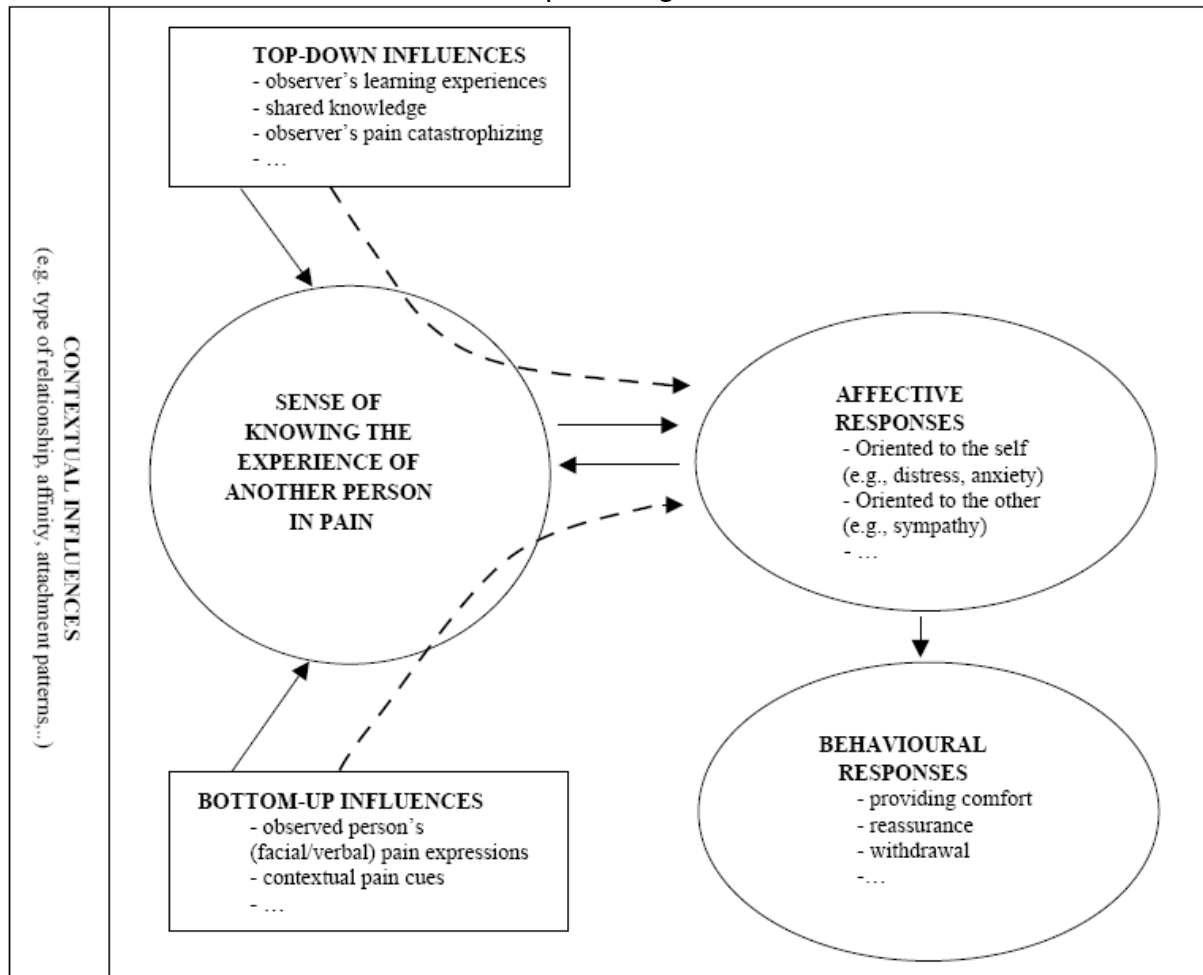


Abbildung 4.1: „Facing others in pain: the effects of empathy“ aus Goubert, 2005 [57], (S.286)

Bottom-up und Top-down Faktoren beeinflussen die Nachvollziehbarkeit von Schmerzerleben Anderer und die damit zusammenhängende affektive Antwort. Gegenseitige Einflüsse der Nachvollziehbarkeit („Sense of knowing“) und der Affektantwort bestimmen die Antwort auf Verhaltensebene [57].

Aus lerntheoretischer Sicht spielt Verstärkung bei der Aufrechterhaltung von Schmerzverhalten eine große Rolle. Turk et al. [163], (S.215) beschrieben diesen Mechanismus sehr anschaulich:

„Ärzte und (Schmerz-)Patienten zeigen eine starke reziproke Beziehung der Verstärkung/Bestärkung, die das gegenseitige Verhalten beeinflusst. Studien zeigten, dass Ärzte Schmerzmedikation aufgrund von Verhalten und emotionaler Beeinträchtigung der Patienten verschrieben und weniger aufgrund der physischen Pathologie oder der Schmerzstärke.

Umgekehrt nehmen Patienten das ärztliche Verhalten wahr (der Lernprozess kann hier auch unbewusst ablaufen) und wenn sie bemerken, dass der behandelnde Arzt

eine höhere Dosis an Schmerzmedikation verschreibt, wenn sie ihr Leiden stärker demonstrieren (Schmerzverhalten, mehr Wehklagen, verstärktes nach außen getragenes emotionales Leid) werden sie möglicherweise beim nächsten Besuch extremer auftreten, um die gewünschte Aufmerksamkeit und Schmerzmedikation zu erlangen“.

Das Verringern von Wärme, Empathie, Unterstützung etc. der Therapeuten bei besonders schmerzbeeinträchtigten Patienten könnte demnach evtl. zur Vermeidung der positiven Verstärkung dienen, wobei unklar ist, ob dies ein absichtsvolles oder mehr intuitives Verhalten darstellt. Die Symptomklage wird zwar empathisch entgegengenommen, der Patient erhält im Moment des Wehklagens jedoch kein „Mehr“ sondern ein „Gleich“ bzw. „Weniger“ an „allgemein erleichternden“ Verhaltensweisen vom Therapeuten. Das Prinzip hierzu könnte lauten: Bestätigung ja, Bestärkung nein,

Cano et al. beschreiben, dass sich die Konzepte von Schmerz-Validierung bzw. Invalidierung mit den operanten Konzepten von fürsorglichen und strafenden Verhaltensweisen (hier: des Partners) teilweise überschneiden. Er weist aber auf Unterschiede im theoretischen Hintergrund und schließt: „validation is not conceptualized as having an operant function with respect to pain behaviors“. [23], (S. 679). Um diesen in der Theorie bereits festgelegten funktionalen Unterschied zwischen empathischer Validierung und operant verstärkendem Verhalten auch in der Praxis umzusetzen, bedarf es möglicherweise dieser gewissen Zurückhaltung, die die Therapeuten an „allgemein erleichternden“ Interventionen bei Patienten mit einer großen Anzahl intensiver Beschwerden zeigten.

Ein weiterer Aspekt, der in Betracht gezogen werden sollte ist der Bias der Rater: Bei Patienten, die an einer großen Anzahl intensiver Beschwerden sowie hoher Intensität der Beschwerden leiden, erwartet der Bewertende evtl. unbewusst verstärkt „allgemein erleichternde“ Interventionen und wertet dementsprechend, wenn nicht mehr eingesetzt werden als in den anderen Sitzungen, ein subjektiv wahrgenommenes „Weniger“ (s. h. auch Schwierigkeiten bei der Bewertung, Kapitel 4.5).

4.3.1.2 Zusammenhänge von Skalen therapeutischer Elemente mit subjektiven Krankheitsannahmen

Die subjektiven Krankheitsannahmen der Patienten wurden ebenfalls auf Zusammenhänge mit dem Anwendungsprofil therapeutischer Interventionen untersucht. Die Patientenangaben wurden vor Therapiebeginn mit Hilfe des „Illness Perception Questionnaire“, kurz IPQ, (im Methodenteil ausführlich beschrieben) für die Bereiche „Konsequenzen“, „Persönliche Kontrolle“, „Kohärenz“, „Zyklisches Auftreten“, „Emotionale Repräsentation“ sowie „Akuter oder chronischer Zeitverlauf“ erhoben. Letzterer wies keinerlei deutliche Zusammenhänge auf und wird deshalb hier nicht näher beschrieben.

Bezüglich der Bedeutung der subjektiven Krankheitsannahmen von Patienten für die Therapie und Therapieergebnisse fand Hagger [64], dass Zusammenhänge

zwischen der Krankheitswahrnehmung der Patienten und ihrer mentalen und körperlichen Funktionsfähigkeit bestehen. Frosthalm et al. zeigten 2007 [52], dass vor allem bei Patienten mit „MUS“ die subjektiven Krankheitskonzepte eine wichtige Rolle spielen bezüglich des Symptombeginns und -fortbestandes sowie der Schwere der Beeinträchtigung. Zudem stellten sie fest, dass sie die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient beeinflussten.

Beobachtungen zu Zusammenhängen subjektiver Krankheitsannahmen und therapeutischer Interventionen sind in der Literatur bisher nicht beschrieben bzw. konnten bei ausführlicher Recherche mit Hilfe der üblichen Literatursuchmaschinen nicht gefunden werden. In den hier untersuchten Sitzungen zeigten sich mehrere Zusammenhänge zwischen verschiedenen IPQ-Dimensionen und dem Therapeutenverhalten.

Allgemein erleichternde Skala und subjektive Krankheitsannahmen

Bei Patienten, die ihre Krankheit als rätselhaft, unverständlich und sinnlos empfanden (entspricht einem niedrigen Wert der Dimension „Kohärenz“ des IPQ), wurde während den therapeutischen Sitzungen eine deutlich häufigere bzw. intensivere Umsetzung „allgemein erleichternder“ Elemente beobachtet (Korrelation von -0.51).

Man könnte vermuten, dass Patienten, die ihre Krankheit als rätselhaft empfinden und sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können, sich von den Therapeuten weniger verstanden fühlen (in etwa: Wenn ich es selbst nicht verstehe, können Sie es erst recht nicht verstehen). Dieses Verhalten des Patienten könnte bei den Therapeuten wiederum verstärkte Bemühungen um empathisches Verstehen sowie andere unterstützende Interventionen der „allgemein erleichternden“ Skala hervorrufen.

Denkbar wäre auch, dass Patienten, die unter anhaltenden Beschwerden leiden, welche sie nicht einordnen können (mangelnde Kohärenz) und welche ihre körperliche Lebensqualität stark beeinträchtigen (alle PISO-Patienten weisen eine starke Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität auf), insgesamt sehr verunsichert sind. Verunsichert, weil etwas, das ihr Leben nachhaltig negativ beeinflusst, für sie so wenig zugänglich und verständlich ist. Die Therapeuten wiederum könnten auf diese Verunsicherung und Hilflosigkeit mit verstärktem Einsatz „allgemein erleichternder“ Elemente reagieren: Noch mehr Unterstützung und Ermutigung, eine intensiviert zugewandt-wohlwollende Haltung, etc.

Psychodynamisch-interpersonelle Skala und subjektive Krankheitsannahmen

Zu den subjektiven Krankheitsannahmen gehört auch die Einschätzung der Patienten hinsichtlich des Zeitverlaufes ihrer Krankheit. Dies wird in den Kategorien „zyklisches Auftreten“ und „akuter oder chronischer Zeitverlauf“ erfasst. Ein hoher Wert in „zyklischen Auftreten“ bedeutet, dass der Patient den Verlauf seiner Erkrankung nicht als gleichförmig-anhaltend, sondern als zyklisch-wiederkehrend wahrnimmt. Dies kann sich zeigen in wiederkehrenden Verlaufsmustern der

Symptome, in einem unberechenbaren Kommen und Gehen oder in phasenhafter Verbesserung bzw. Verschlechterung.

Die Sitzungen von Patienten, die dem Auftreten ihrer Symptome ein hohes Maß an Zyklizität zuschrieben, wiesen weniger psychodynamisch-interpersonelle und kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Elemente auf. Das lässt darauf schließen, dass die Therapeuten bei Patienten, die einen gewissen Rhythmus im Auftauchen ihrer Symptome erkennen, statt mit psychodynamisch-interpersonellen und kognitions- und verhaltensorientierten Interventionen mehr mit Elementen arbeiteten, die dieses Patientenverständnis der Zyklizität ihrer Symptome nutzen: beispielsweise die situative Einordnung der wiederkehrenden Symptome sowie die Einbindung in den Beziehungskontext. Zur Veranschaulichung hier ein Beispiel aus einer der beobachteten therapeutischen Sitzungen: Therapeut: „...Alle zwei Wochen wird es besonders schlimm sagen Sie, gibt es da vielleicht etwas in Ihrem Alltag, das Sie alle zwei Wochen tun... Sie besuchen ihre Mutter im Altenheim... wie ist das für Sie?“

Störungsbezogene Skala und subjektive Krankheitsannahmen

Bei Patienten, die überzeugt waren ihre Krankheit in hohem Maße beeinflussen zu können, sich ihr also wenig ausgesetzt fühlten („Persönliche Kontrolle“), setzten die Therapeuten verstärkt störungsbezogene Elemente ein. Patienten, die das Gefühl haben etwas mehr Kontrolle über ihre Krankheit zu haben, wissen zumindest ansatzweise, was sie tun können, um die Symptomatik zu beeinflussen, d.h. welche Verhaltensweisen sie verstärken oder unterlassen müssen, damit Besserung eintritt. Therapeutisch können diese verbessernden bzw. verschlechternden Faktoren mit dem Patienten erweiternd in den Kontext verschiedener Situationen im zwischenmenschlichen Bereich eingeordnet werden, der Zusammenhang zu Beziehungserfahrungen kann hergestellt werden. Dem Patienten bereits bekannte Einflussfaktoren können auf affektive Komponenten untersucht und somit evtl. eine Differenzierung von Affekt und Körperbeschwerden eingeleitet werden.

Auch bei Patienten, die sich in Bezug auf ihre Krankheit eher zuversichtlich und ruhig als deprimiert, beunruhigt oder ängstlich fühlten („Emotionale Repräsentation“), wurden vermehrt Elemente der störungsbezogenen Skala als häufig bzw. intensiv vorkommend bewertet. Patienten mit einer positiven emotionalen Repräsentation leiden vermutlich weniger an einer starken affektiven Störung oder Angststörung, die bei somatoformen Schmerzpatienten häufig im Sinne einer Komorbidität auftreten. Typisch verhaltenstherapeutische Interventionen wie beispielsweise der Aufbau angenehmer Aktivitäten und das Training von Fertigkeiten sowie auf Kognitionsmuster zentrierte Interventionen treten eher in den Hintergrund. Auch psychodynamische Elemente wie die intensive Arbeit mit den häufig als negativ bewerteten Gefühlen Angst und Trauer, Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, typische Symptome einer Depression, werden nicht zum zentralen Therapiethema. Stattdessen kann der therapeutische Fokus hier auf kontextuelle Einordnung der

Symptomatik, auf vom körperlichen Befinden ausgehende weiterführende Interventionen und andere Elemente der störungsbezogenen Skala gelegt werden.

Akuter und chronischer Zeitverlauf

Annahmen der Patienten zum Zeitverlauf ihrer Erkrankung in Bezug auf Besserung oder Genesung zeigten keinen deutlichen Zusammenhang mit den Skalen der PISO Adhärenz Rating Skala. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass ein Aufnahmekriterium in die Studie eine bereits eingetretene Chronifizierung der Beschwerden mit Bestehen über mindestens zwei Jahre hinweg darstellte. In der Befragung zu den subjektiven Krankheitsannahmen vor Studienbeginn gaben alle der 15 ausgewählten Patienten höchste Werte bezüglich der von ihnen erwarteten Chronizität ihrer Erkrankung an. Die Patienten unterschieden sich in diesem Merkmal somit kaum voneinander, was möglicherweise dazu beigetragen hat, dass sich kein Zusammenhang mit dem Therapeutenverhalten (bzw. der gemessenen Häufigkeit bzw. Intensität in der Umsetzung der therapeutischen Elemente) zeigte.

4.4 Diskussion der Zusammenhänge von Skalen therapeutischer Elemente mit den Therapieergebnissen

4.4.1 Einblick in die Debatte über Prozess-Outcome-Korrelationen

In der Literatur lässt sich seit Jahren eine Auseinandersetzung über Zusammenhänge von Therapieprozess und Therapieergebnis verfolgen.

Hill et al. äußerten sich dazu kritisch:

„(...) Diese Korrelations-Designs (Frequenz-Bestimmung bestimmter Prozess-Variablen korreliert mit dem Outcome) sind nicht adäquat, da sie Timing, Angemessenheit, Qualität und Kontext der untersuchten Prozess-Variablen nicht berücksichtigen.“ [75], (S.100).

Außerdem bemerkte Stiles [156], dass das Korrelations-Design die Bedürfnisse des Klienten nicht mit einbezieht. Psychisch stark beeinträchtigte Klienten benötigen möglicherweise einige Interventionen in größerem Umfang und zeigen nach Therapie-Ende dennoch ein schlechteres Outcome, nicht weil die Interventionen ineffektiv waren, sondern weil die Patienten die Interventionen nicht für sich umsetzen konnten. Daraus folgt, dass der Grad der psychischen Beeinträchtigung („disturbance level“) Prozess-Outcome-Zusammenhänge beeinflussen könnte.

Allgemein erleichternde sowie kognitions- und verhaltensorientierte Skala und Veränderung der psychischen Lebensqualität

Bei Patienten, die eine weniger ausgeprägte Verbesserung oder gar Verschlechterung der psychischen Lebensqualität nach Teilnahme an der Kurzzeittherapie zeigten, beobachteten die Rater eine verstärkte Umsetzung von Elementen der „allgemein erleichternden“ sowie der kognitions- und verhaltensorientierten Skala.

Wie auch bei den anderen bisher beschriebenen Zusammenhängen kann hier keine simple Kausalität angenommen werden.

Betrachtet man die „allgemein erleichternden“ Elemente als Komponente der therapeutischen Bindung, so widerspricht dieses Ergebnis bisherigen Studien zum gleichen Thema: Martin et al. [119] zeigten in einer Analyse einer großen Anzahl veröffentlichter sowie unveröffentlichter Studien (N= 79), dass die therapeutische Bindung in beachtlichem und konsistentem Ausmaß ($d= 0,22$) mit dem Therapieergebnis assoziiert war. Nach Lambert und Ogles stärkt die hierdurch bewiesene Wirksamkeit der therapeutischen Bindung die Argumente für allgemeine Faktoren als Mediatoren von Veränderung [107].

Es gibt jedoch Evidenz dafür, dass allgemeine Faktoren (wie z.B. therapeutische Bindung) in Kontroll-Bedingungen wichtiger sind als in spezifischen Behandlungen. Z.B. untersuchten Carroll et al. [24] die Beziehung der therapeutischen Bindung zum Therapieergebnis in einer aktiven therapeutischen Behandlung (...) im Vergleich zu Kontrollbedingungen. Obwohl die Bindungswerte in der aktiven Behandlung insgesamt höher waren, war der Zusammenhang zwischen Bindung und Therapieergebnis in der Kontrollbedingung stärker.

Man könnte also argumentieren, dass die wirksamen Bestandteile der PISO-Kurzzeitintervention weniger die allgemeinen Faktoren, sondern die verschiedenen spezifischen Interventionen sind. Wobei angemerkt werden muss, dass keine der drei anderen spezifischeren Skalen deutliche positive Zusammenhänge mit der Verbesserung der psychischen Lebensqualität aufweist, die Skala der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elemente weist vielmehr einen ähnlich negativen Zusammenhang wie die der „allgemein erleichternden“ Elemente auf.

Auch wenn man die „allgemein erleichternden“ Elemente nicht in den Kontext der therapeutischen Bindung einordnet, sondern als alternative Einteilung die „friendly behaviours“ wählt [14], zu denen zumindest die Elemente Wärme, Empathie, Übereinstimmung und Unterstützen gezählt werden können, so entsprechen die Ergebnisse nicht Studienergebnissen zu diesem Thema in der Literatur. Denn auch „freundliches Verhalten“, ein Konzept, das die Forschung über „positives Therapeutenverhalten“ einschließt, ist fast durchwegs mit positivem Outcome assoziiert [74], [124], [161]. Mit Ergebnissen von Barber et al. ist der beschriebene Zusammenhang der Verschlechterung der psychischen Lebensqualität und der „allgemein erleichternden“ Skala jedoch konform [7]. Barber zeigte, dass Therapeuten in der Arbeit mit Patienten, die von Beginn an von der Therapie profitieren, leichter spezielle, im Manual vorgeschriebene Techniken umsetzen können. Im Umkehrschluss fällt ihnen dies schwerer bei Patienten, die keine Verbesserung während der Therapie aufzeigen, hier kommen primär allgemein erleichternde und somit wenig spezifische therapeutische Elemente zum Einsatz. In Bezug auf Veränderungen der körperlichen Lebensqualität zeigten sich keine deutlichen Zusammenhänge mit den Skalen.

Zusammenhang zwischen der störungsbezogenen Skala und der Patienteneinschätzung des Behandlungserfolges

In einer aus Patientensicht erfolgreichen Therapie wendeten die Therapeuten während der Mittelphase verstärkt störungsbezogene Elemente an.

Patienten beurteilen eine Therapie in der Regel als erfolgreich, wenn sie sich danach physisch und/oder psychisch besser fühlen.

Subjektive Krankheitsannahmen beeinflussen die selbst wahrgenommene Gesundheit (erfasst mittels SF-36), deren Verbesserung wiederum zum subjektiven Gefühl des „Es geht mir besser, diese Therapie hat mir geholfen“ führt. Die Elemente der störungsbezogenen Skala zeigen Zusammenhänge mit positiver emotionaler Repräsentation, die wie Frosthalm zeigte, mit Patientenzufriedenheit assoziiert ist sowie mit dem Gefühl persönlicher Kontrolle über die Krankheit [51]. Der intensive Einsatz störungsbezogener Elemente wurde demnach vor allem bei denjenigen Patienten beobachtet, die einen hohen Wert in einer Kategorie der subjektiven Krankheitsannahmen haben, welche sich als prädiktiv für Patientenzufriedenheit erwiesen hat - bei dem Zusammenhang der störungsbezogenen Skala mit der positiven Patientenbewertung nach Therapie-Ende könnte es sich also um einen moderierten Effekt handeln.

Eine andere mögliche Erklärung könnte sein, dass die störungsbezogenen Elemente, die zum Großteil direkt an der Schmerzsymptomatik ansetzen und der Symptomklage viel Raum geben, dem Patienten während der Therapie stark das Gefühl geben endlich mit seinen Beschwerden gehört und verstanden zu werden. Dies könnte selbst ohne weitere Einsichtgewinnung im Therapieprozess bereits zu einer Reduktion negativer Gefühle und einem gelasseneren Umgang mit der eigenen Erkrankung führen und somit zu einem positiven Rückblick des Patienten auf die Therapie und die erreichte Verbesserung führen. Das eben erwähnte Gefühl des „Verstanden-Werdens“ könnte auch Grundlage eines stabilen Arbeitsbündnisses sein, welches wiederum eine wichtige Voraussetzung für weitere Interventionen darstellt.

In Bezug auf die Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolges fand sich kein Zusammenhang mit der häufigen oder intensiven Anwendung spezifischer Interventionen.

4.5 Schwierigkeiten bei der Bewertung

Die „allgemein erleichternden“ Elemente zeichnen sich fast alle durch eine bereits in den Ergebnissen beschriebene Eigenschaft aus: Sie charakterisieren primär die Grundhaltung der Therapeuten in der jeweiligen Sitzung, die mehr in ihrer Gesamtheit als im explizit zählbaren Einsatz oder Äußerungen erfassbar ist.

Mehr als bei Elementen anderer Skalen ist der Beobachter somit darauf angewiesen nicht nur ausdrücklich Formuliertes, sondern auch nonverbal Kommuniziertes und leise Angedeutetes in die Wertung mit einfließen zu lassen. (Nonverbal meint hier: Nicht in Worten ausformuliert, z. B. ermutigendes Gebrumm oder Pausen, die den Patienten dazu auffordern, weiter an einem Thema zu bleiben etc. Da die Therapeuten für die Beobachter auf den Videos nie zu sehen waren, ging Kommunikation durch Gestik, Mimik und Haltung des Therapeuten nicht in die Wertung ein.)

Dies soll am Beispiel von „Empathie“ verdeutlicht werden:

- Empathie: Verhielt sich der Therapeut einführend, d.h. vermittelte er ein intimes und feinfühliges Verständnis bezüglich der Erfahrungen und Gefühlen des Klienten?

Die Anweisungen aus dem Rater Manual der SPRS lauten hierfür:

- “EMPATHY: Was the therapist empathic toward the client (i.e. did she/he convey an intimate understanding of and sensitivity to the client's experiences and feelings)?” [144], (S. 24).

Die Autoren orientieren sich an der Definition der Empathie nach Rogers and Truax: „Die Fähigkeit des Therapeuten die Erfahrungen des Klienten während der („moment-to-moment“) Begegnung in der Psychotherapie genau und einfühlsam zu verstehen“. Als Hinweise für den Beobachter, schreiben die Autoren unter anderem:

„To rate this item, the rater will need to try to rely to some degree on nonverbal therapist cues including tone of voice, expressiveness (...).“ [144], (S.24).

Zwar wird im Folgenden dringend darauf hingewiesen, dass der Beobachter jede Bewertung größer als “1” rechtfertigen können muss - der etwas schwerer quantifizier- und fassbare Charakter dieser Items bleibt jedoch erhalten.

Obwohl die Interrater Reliabilität insgesamt gut war, beschreibt auch Shapiro bei der Anwendung der „allgemein erleichternden“ Skala gewisse Unschärfen bei der Bewertung: “Reliability for the Facilitative Conditions Scale tended to be lower and was barely adequate for two raters (...).“ [147], (S.197). Die Ratings der “allgemein erleichternden” Skala wurden daher bei der Besprechung oft einer intensiven Prüfung unterzogen, ausführliches Diskutieren der vergebenen Bewertungen sollte zu möglichst objektiv begründbaren Wertungen führen.

4.6 Limitationen

Geringe Fallzahl, wenige signifikante Ergebnisse

Eine Einschränkung in der Aussagekraft der Ergebnisse dieser Arbeit ergibt sich durch die wenigen signifikanten Ergebnisse. Die geringe Fallzahl von 15 Patienten hat hierzu sicherlich beigetragen, die Adhärenz-Messung weiterer Sitzungen der Studie sollte angestrebt werden. Eine Poweranalyse ergab, dass für etwa 30 Patienten auch Zusammenhänge mittlerer Effektstärke signifikant geworden wären [17].

Adhärenz- Messung: Ein Teilaspekt der Erfassung der Behandlungsintegrität

Zur vollständigen Erfassung der Behandlungsintegrität einer neuen Therapieform zählen nach Perepletchikova [128] neben der Messung der Adhärenz auch die Erhebung der Kompetenz der Therapeuten sowie die Differenzierung zwischen verschiedenen in der Studie verglichenen Therapieformen.

Im Folgenden wird zunächst auf Adhärenz und Kompetenz eingegangen.

Die Adhärenzmessung wurde mit Hilfe der PISO Adhärenz Rating Skala durchgeführt. Diese besteht aus einer Auswahl von teilweise angepassten Elementen der 1993 von Startup und Shapiro entwickelten, mehrfach validierten „Sheffield Psychotherapy Rating Scale“ (SPRS) [154] sowie weiteren, entsprechend des PISO-Manuals neu entworfenen Items. Mit der SPRS wurde hauptsächlich erfasst ob, wie oft und wie intensiv therapeutische Elemente eingesetzt wurden. Diese eher quantitative Messung von Frequenz und Intensität wird im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ [14] als Adhärenz oder „specific competence“ bezeichnet. Die Autoren der SPRS, Shapiro et al., äußern sich hierzu folgendermaßen [154]: „This approach involves rating chiefly the extensiveness, that is the frequency and intensity, of therapist behaviours rather than the quality, though the two are not entirely independent.“ Im SPRS Manual wird dies noch verstärkt durch den Hinweis: „Although extensiveness is not totally independent of the quality of therapist behaviour, the rater should not consider the quality of the therapist behaviour per se.“ [144].

Die durch die Autoren bereits angedeutete Schwierigkeit Adhärenz und Kompetenz, bzw. Quantität und Qualität therapeutischer Interventionen klar zu trennen, zeigt sich bei einigen Elementen, die eine deutliche qualitative Komponente aufweisen:

So lautet die Beschreibung des Elementes „Disclosure“:

- „Selbstmitteilungen“: Gebrauchte der Therapeut Selbstäußerungen angemessen, um ein gemeinsames Verständnis der Ereignisse und Prozesse in der Therapie voranzubringen?

Dies wird im Manual weiter ausgeführt [144]: „Selbstmitteilungen sind dann angemessen, wenn sie das gemeinsame Verständnis der Beteiligten darüber was in der Sitzung geschieht und wie dies in Beziehung zum interpersonellen Verhalten und Erfahrungen des Klienten steht, voranbringen. Selbstmitteilungen die eher dem persönlichen Bedürfnis des Therapeuten als dem des Klienten dienen, werden nicht

hoch bewertet, ebenso wenig wie Selbstmitteilungen, die unreflektiert auf Bedürfnisse des Klienten erfolgen.“

In der Erläuterung wird deutlich, dass auch die inhaltliche Ebene und somit die „Qualität“ des therapeutischen Handelns in die Bewertung mit einfließen soll. Es soll untersucht und bewertet werden, wie angemessen und gekonnt („skillful“) der Therapeut die jeweilige Intervention ausführt. Beutler et al. [14] bezeichnen dieses Geschick des Therapeuten als „general competence“, allgemeine Kompetenz.

Barber, Crits-Christoph and Luborsky zeigten 1996 [7], dass die Konzepte der spezifischen und der allgemeinen Kompetenz nur gering miteinander korrelieren. Das heißt, ein Therapeut kann sich durchaus an das Manual halten und somit ein hohes Maß an spezifischer Kompetenz bzw. Adhärenz zeigen, zugleich in seinem therapeutischen Handeln aber wenig generelle Kompetenz aufzeigen und vice versa. In der erwähnten Arbeit untersuchten Barber et al. das Therapeutenverhalten während einer psychodynamischen Kurzzeittherapie und fanden unter anderem heraus, dass die Frequenz, mit der umschriebene therapeutische Interventionen stattfanden, keinen Einfluss auf das Outcome hatte, wohl aber die Kompetenz mit der spezifische Items (in diesem Fall Elemente expressiver Therapie) ausgeführt wurden. Auch die Diskussion um Prozess-Outcome-Korrelationen begründet sich teilweise durch die nur mangelhaft erfasste qualitative Komponente.

Die SPRS legt, wie oben bereits beschrieben, ihren Fokus primär auf den Umfang, also Frequenz und Intensität, mit der spezifische therapeutische Elemente eingesetzt werden, wobei diese nicht in allen Fällen von der Kompetenz der Ausführung getrennt werden können.

Bei ausgewählten Elementen, bei denen Art und Weise ihrer Anwendung den Autoren von besonderer Wichtigkeit erschienen, finden sich in der Anleitung zur Bewertung genaue Hinweise zur Berücksichtigung der qualitativen Komponente. Auch Waltz [170] bemerkt in ihrer Arbeit über methodische Entwicklungen in der Behandlungsintegritätsmessung, dass die Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS), Vorreiter der SPRS, teilweise über die reine Frequenzmessung hinaus vom Bewertenden Folgerungen über die Kompetenz der Ausführung gewisser Interventionen fordert. Adhärenz und Kompetenzerhebung überschneiden sich laut Waltz bei der Bewertung einiger Items deutlich, obwohl die CSPRS, wie auch die SPRS, von den Autoren ausschließlich für Adhärenzmessung entwickelt worden war. Eine explizite Wertung der Kompetenz der Ausführung therapeutischer Interventionen findet im Allgemeinen nicht statt.

Dies hängt auch mit der Design der SPRS zusammen: Sie ist für Rater anwendbar, die außer der SPRS- Schulung über keine fachspezifischen Vorkenntnisse verfügen. Eine Wertung qualitativer Aspekte therapeutischer Interventionen hingegen wäre für Rater, die psychotherapeutisch nicht geschult sind, schwerlich adäquat durchführbar [170]. Eine Skala, die Kompetenz berücksichtigt, wäre somit im Rahmen dieser medizinischen Dissertation nicht anwendbar gewesen.

Im Folgenden soll näher auf den dritten Teilaspekt der Behandlungsintegritätsmessung, die Differenzierung, eingegangen werden. Die SPRS war ursprünglich entworfen worden, um die Adhärenz von Therapeuten zum jeweiligen

therapeutischen Manual zu messen und außerdem zwischen zwei unterschiedlichen Therapierichtungen zu differenzieren: „Prescriptive vs. Psychodynamisch-interpersonelle Psychotherapy“ titelte Shapiro 1987 [146].

Differenzierung zwischen Therapierichtungen, die nach Perepletchikova [128] eine der drei Säulen der Feststellung der „Behandlungsintegrität“ darstellt, ist vor allem notwendig, wenn therapeutische Konzepte von anderen abgegrenzt bzw. ihre Wirkung im Vergleich zu anderen Konzepten untersucht werden soll. Das Design der PISO-Studie, deren störungsspezifisches Therapiekonzept einen integrativen Ansatz verfolgt und Wirkprinzipien verschiedener Schulen in sich vereint, strebt nicht nach einem solchen Vergleich. Im Kontrollarm findet eine optimierte Behandlung der Hauptsymptomatik in Form einer dreistündigen „verbesserten medizinischen Standardbehandlung“ nach dem Konzept der integrierten psychosomatischen Grundversorgung der Leitlinien [69] statt. Die Zuordnung der verschiedenen therapeutischen Interventionen zu den Skalen unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung diente im Rahmen dieser Arbeit lediglich der inhaltlichen Strukturierung, nicht aber der Differenzierung.

4.7 Ausblick

Anregungen für weitere Untersuchungen und Fragestellungen zum Themengebiet dieser Arbeit:

- Wie im Kapitel „Limitationen“ genauer erläutert, wäre die Erfassung der Kompetenz der Therapeuten beim Ausführen therapeutischer Interventionen zur verlässlichen Erhebung der Behandlungsintegrität sinnvoll und notwendig: Im Rahmen einer erweiterten Prozessforschung sollte die kontextuale Einbindung der Interventionen sowie die Art und Weise ihrer Umsetzung untersucht werden.
- In dieser Arbeit lag der Fokus zudem fast ausschließlich auf dem Therapeuten. Der Patient im Gespräch und in der therapeutischen Interaktion wurde wenig erfasst, sein Einfluss kam in der Untersuchung ausschließlich im Sinne verschiedener Patientenmerkmale zum Tragen. Das individuelle Gesprächsverhalten, welches das Interventionsverhalten des Therapeuten wiederum beeinflusst, wurde nicht untersucht, eine dahingehende Erweiterung wäre von Interesse. Neben dem Gesprächsverhalten wäre die Untersuchung weiterer Patientenmerkmale und ihres Einflusses auf das therapeutische Interventionsverhalten interessant, beispielsweise die Erhebung des Persönlichkeits-Struktur-Niveaus der Patienten. (Hypothese: Der Therapeutische Handlungsspielraum ist durch niedriges Struktur-Niveau eingeschränkt, gewisse Interventionen sind grundsätzlich nicht möglich.)
- Von großer Bedeutung wäre auch die Untersuchung möglicher Zusammenhänge der Umsetzung therapeutischer Interventionen mit den zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorliegenden Ergebnissen der Ein-Jahres-Katamnese.

4.8 Zusammenfassung

Patienten mit somatoformen Störungen leiden an anhaltenden, organisch nicht ausreichend erklärbaren Körperbeschwerden, die meist mit großem Leidensdruck, starker Beeinträchtigung der Lebensqualität und psychischer Komorbidität einhergehen [69]. Aufgrund der hohen Prävalenz dieses Krankheitsbildes in der Allgemeinbevölkerung [175] und der überproportionalen und dysfunktionalen Inanspruchnahme medizinischer Behandlung, die per Definition mit der Erkrankung einhergeht [38], stellt diese Patientengruppe eine erhebliche Belastung für das Gesundheitswesen dar [151]. Trotz der aktuellen Relevanz der somatoformen Störungen sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene liegen bisher kaum evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungsansätze vor.

PISO („Psychosomatische Intervention bei Patienten mit schmerzdominanter somatoformer Störung“) ist eine randomisierte, kontrollierte und multizentrisch organisierte Studie. Sie untersucht die Wirksamkeit einer dreiphasigen, manualisierten, psychodynamisch orientierten Kurzzeitpsychotherapie, die störungsspezifisch für Patienten mit schmerzdominierten multisomatoformen Beschwerden entwickelt wurde.

Um Aussagen über die Wirksamkeit dieses neu entwickelten Therapieansatzes treffen zu können, muss untersucht werden inwieweit die Therapeuten im Therapie-Manual beschriebene Interventionen tatsächlich in den Sitzungen anwenden [128]. Diese sogenannte Adhärenz-Messung wird am verlässlichsten durch Fremd-Rating von Videoaufnahmen vollständiger Sitzungen mit Hilfe einer dafür entwickelten Einschätzungs- bzw. „Rating“-Skala durchgeführt [170].

Als Grundlage für die Entwicklung eines für das PISO-Konzept adäquaten Rating-Instrumentes wurde die Sheffield-Psychotherapy-Rating-Scale (SPRS) verwendet, ein bereits mehrfach hinsichtlich Reliabilität und Validität geprüfetes [154] und in seinem psychodynamisch-interpersonellem Ansatz inhaltlich geeignetes Rating-Instrument [145]. Störungsspezifische Ansätze des PISO-Konzeptes wurden durch die Entwicklung 23 neuer Elemente erfasst, welche anhand des PISO-Manuals und in Anlehnung an die Elementstruktur der SPRS beschrieben wurden.

Die so entstandene PISO Adhärenz Rating Skala (PARS) ist ein Instrument mit 55 Elementen, welche im PISO-Manual festgehaltene Prinzipien und Interventionen beschreiben. Mit ihren vier Subskalen denen die einzelnen Elemente zugeordnet sind (allgemein erleichternde, psychodynamisch-interpersonelle, kognitions- und verhaltensorientierte sowie störungsbezogene Skala), wird die PARS dem störungsspezifischen Therapieansatz der PISO-Studie gerecht und umschreibt die im Manual festgelegten therapeutischen Elemente adäquat.

In einer sechsmonatigen Trainingsphase wurden insgesamt drei Rater für die Anwendung der PARS ausgebildet. Nach Beendigung der Schulungsphase wurden von 15 zufällig ausgewählten Patienten insgesamt 60 Sitzungen untersucht. Die Auswahl der Sitzungen erfolgte randomisiert und auf die Therapiephasen abgestimmt.

Bei der Überprüfung der Reliabilität der PARS zeigte sich, errechnet nach Cronbachs Alpha, eine zufrieden stellende interne Konsistenz. Die Interrater Reliabilität wurde nach Cohens Kappa errechnet und zeigte eine gute Übereinstimmung der Rater untereinander.

Die Auswertung der Rating-Ergebnisse zeigte, dass sich die Therapeuten in den beobachteten Sitzungen insgesamt an die Manualvorgaben hielten. Die Analyse der Häufigkeit bzw. Intensität, mit der die einzelnen therapeutischen Interventionen umgesetzt worden waren, ergab folgende Trends:

In allen Sitzungen zeigten die Therapeuten ein sehr engagiertes, aktives, unterstützendes Verhalten und brachten den Patienten ein hohes Maß an Wärme und Empathie entgegen. Somit wurden sie der im PISO-Manual beschriebenen aktiven, wohlwollenden und zugewandten Grundhaltung völlig gerecht.

Von den spezifischen therapeutischen Interventionen wandten die Therapeuten am häufigsten psychodynamisch interpersonelle Elemente wie z.B. die „Exploration von Gefühlen“ an und entsprachen somit dem konzeptuellen Schwerpunkt der PISO-Studie.

Weitgehend adhärent verhielten sich die Therapeuten auch bei der Umsetzung der neu entwickelten störungsbezogenen Elemente: Mit der Mehrzahl der beschriebenen Interventionen arbeiteten die Therapeuten häufig und intensiv, beispielsweise, wenn sie die Symptomklage des Patienten organisierten oder die Entspannungsübungen besprachen. Einige andere therapeutische Elemente wiederum konnten nur in wenigen Sitzungen beobachtet werden, z.B. die Auseinandersetzung mit Enttäuschung. Diese Elemente kamen somit evtl. nicht in dem Ausmaß zum Einsatz, wie dies von den Autoren des Manuals vorgesehen worden war.

Bei den kognitions- und verhaltensorientierten Elementen zeichnete sich tendenziell eine seltenere Umsetzung durch die Therapeuten ab, wobei einige Elemente, wie z.B. die Anregung zu angenehmen Aktivitäten oder zum Führen eines Schmerztagebuchs, durchaus häufig bzw. intensiv thematisiert wurden. Mit der Mehrzahl der kognitions- und verhaltensorientierten Elemente arbeiteten die Therapeuten seltener, z. B. „Erfragen von Kognitionen“ oder „Entwickeln einer Agenda“. Einige dieser selten umgesetzten Elemente beschreiben keine zentralen Inhalte des PISO-Konzeptes und waren der Vollständigkeit wegen in die PARS aufgenommen worden. Sie sollten daher evtl. vor weiterer Anwendung des Instrumentes modifiziert oder entfernt werden.

Weiterhin wurde untersucht ob und inwieweit das Verhalten der Therapeuten mit dem Grad der physischen und psychischen Beeinträchtigung, dem Vorliegen psychischer Komorbidität sowie den subjektiven Krankheitsannahmen der Patienten zusammenhängt. Es konnten mehrere deutliche, insgesamt heterogene Zusammenhänge gezeigt werden:

Allgemein erleichternde Interventionen wurden von den Therapeuten vermehrt bei Patienten angewandt, die psychisch weniger beeinträchtigt waren, weniger

intensive Beschwerden hatten und die zudem angaben ihre Krankheit sei ihnen ein Rätsel.

Psychodynamisch interpersonelle Elemente wurden vor allem in Sitzungen mit psychisch weniger beeinträchtigten Patienten beobachtet, die ein geringeres Maß an Somatisierung, Beschwerdeanzahl und -intensität aufwiesen und zudem angaben, dass ihre Beschwerden kontinuierlich aufträten und eher schlecht beeinflussbar seien.

Mit störungsbezogenen Elementen arbeiteten die Therapeuten vermehrt bei psychisch stärker beeinträchtigten Patienten, die weniger intensive, gut beeinflussbare Beschwerden hatten und wenig Angst oder Niedergeschlagenheit im Hinblick auf ihre Erkrankung empfanden.

Die Anwendung von kognitions- und verhaltensorientierten Interventionen wurde häufiger bzw. intensiver bei Patienten beobachtet, die zusätzlich an Depressionen litten und den zeitlichen Verlauf ihrer Krankheit als kontinuierlich empfanden.

Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Therapeuten und dem Therapie-Outcome der Patienten wurden ebenfalls untersucht. Als Outcome-Parameter wurden die Veränderung der psychischen bzw. körperlichen Lebensqualität sowie die subjektive Einschätzung der Patienten und der Therapeuten über den Behandlungserfolg herangezogen.

Wenig Verbesserung oder gar Verschlechterung der psychischen Lebensqualität nach Teilnahme an der Kurzzeittherapie ging einher mit verstärkter Umsetzung von allgemein erleichternden und kognitions- und verhaltensorientierten Elementen durch den Therapeuten.

Die intensive Arbeit der Therapeuten mit störungsbezogenen Elementen zeigte einen deutlichen Zusammenhang mit positiven Angaben der Patienten bezüglich des Therapieerfolges.

Aus den Ergebnissen der Häufigkeits- und Intensitätsmessung der therapeutischen Interventionen geht hervor, dass sich die Therapeuten in ihrem psychotherapeutischen Handeln insgesamt nach den Vorgaben im Manual richteten. Einige Elemente der störungsbezogenen sowie der kognitiv- verhaltensorientierten Skala der PARS sollten evtl. den Schwerpunkten des PISO-Konzeptes weiter angepasst werden.

Die Manualtreue der Therapeuten zeigte heterogene Zusammenhänge mit verschiedenen Patientenmerkmalen und dem Outcome der Patienten auf. Nicht alle dieser Zusammenhänge waren jedoch signifikant, weitere Messungen mit einer größeren Patientenzahl sollten vorgenommen werden.

5 Literaturverzeichnis

1. Addis, M.E., Krasnow, A.D., A national survey of practicing psychologists attitude toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68 (2000) S. 1-9.
2. Allen, L.A., Escobar, J.I., Lehrer, P.M., Gara, M.A. und Woolfolk, R.L., Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med*, 64 (2002) S. 939-950.
3. American-Psychiatric-Association, DSM-IV-TR: Diagnosis and statistical manual of mental disorders APA, Washington, (2000)
4. Anderson, E.M., Lambert, M.J., Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15 (1995) S. 503- 514.
5. Badura, A.S., Reiter, R.C., Altmaier, E.M., Rhomberg, A. und Elas, D., Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, 90 (1997) S. 405-410.
6. Bamberg, G., Baur, F., Krapp, M., Statistik Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, (2008)
7. Barber, J.P., Crits-Christoph, P. und Luborsky, L., Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol*, 64 (1996) S. 619-622.
8. Barsky, A.J. und Borus, J.F., Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*, 274 (1995) S. 1931-1934.
9. Barsky, A.J. und Wyshak, G., Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*, 157 (1990) S. 404-409.
10. Batson, C.D., *The altruism question: toward a social-psychological answer* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, (1991) 44ff.
11. Benedikt, G., Herzog, W., Sauer, N., Schäfer, R., Schell, T., Szecsenyi, J., Wilke, S., Zipfel, S., Henningsen, P., *FUNKTIONAL- Ein Curriculum zur Früherkennung und Behandlung somatoformer/funktioneller Beschwerden für Allgemeinärzte. Z Allgem Med*, 81 (2005) S. 127-130.
12. Benjamin, S., Eminson, D.M., Abnormal illness behavior: Childhood experiences and long-term consequences. *International Journal of Psychiatry*, 4 (1992) S. 55-70.
13. Benoit, H., Mulsant, M.D., Kari, B., Kastango, M.S., Rosen, J., Stone, R., Mazumdar, S., Pollock, B.G., Interrater Reliability in Clinical Trials of Depressive Disorders *Am J Psychiatry* 159 (2002) S. 1598-1600.
14. Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E., *Therapist Variables*, in Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, (2004), 227-307.
15. Bhatt, A., Tomenson, B. und Benjamin, S., Transcultural patterns of somatization in primary care: a preliminary report. *J Psychosom Res*, 33 (1989) S. 671-680.
16. Binzer, M., Almay, B. und Eisemann, M., Chronic pain disorder associated with psychogenic versus somatic factors: a comparative study. *Nord J Psychiatry*, 57 (2003) S. 61-66.
17. Bortz, J., Döring, N., *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* Springer, Heidelberg, (2006)

18. Botvinick, M., Jha, A.P., Bylsma, L.M., Fabian, S.A., Solomon, P.E. und Prkachin, K.M., Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimage*, 25 (2005) S. 312-319.
19. Bovenschen, S., *Älter werden. Notizen.* Fischer Verlag, Frankfurt, (2006) 154.
20. Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. und Weinman, J., The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*, 60 (2006) S. 631-637.
21. Bullinger, M., Kirchberger, I., *Fragebogen zum Gesundheitszustand Hogrefe*, Göttingen, (1998)
22. Butler, S.F., Strupp, H.H., Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23 (1986) S. 303-313.
23. Cano, A., Barterian, J.A. und Heller, J.B., Empathic and nonempathic interaction in chronic pain couples. *Clin J Pain*, 24 (2008) S. 678-684.
24. Carroll, K.M., Nich, C. und Rounsaville, B.J., Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*, 65 (1997) S. 510-514.
25. Cassidy, J.D., Carroll, L.J., Cote, P., Lemstra, M., Berglund, A. und Nygren, A., Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med*, 342 (2000) S. 1179-1186.
26. Cheng, T.A., Symptomatology of minor psychiatric morbidity: a crosscultural comparison. *Psychol Med*, 19 (1989) S. 697-708.
27. Clarkin, J.F., Kenneth, N.L., The Influence of Client Variables on Psychotherapy, in Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, (2004), 194-226.
28. Cohen, J., A coefficient of agreement for nominal scales. *Education and Psychological Measurement*, 20 (1960) S. 37-47.
29. Cohen, J., A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1992) S. 155-159.
30. Cox, B.J., Kuch, K., Parker, J.D., Shulman, I.D. und Evans, R.J., Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *J Psychosom Res*, 38 (1994) S. 523-527.
31. Craig, T.K., Cox, A.D. und Klein, K., Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med*, 32 (2002) S. 805-816.
32. Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N., Rigby, C., Thompson, D. und Tomenson, B., The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124 (2003) S. 303-317.
33. Crimlisk, H.L., Bhatia, K., Cope, H., David, A., Marsden, C.D. und Ron, M.A., Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ*, 316 (1998) S. 582-586.
34. Crits-Christoph, P., The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 149 (1992) S. 151-158.
35. Cronbach, L.J., Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (1951) S. 297-334.
36. de Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A. und van Hemert, A.M., Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*, 184 (2004) S. 470-476.
37. Dickinson, W.P., Dickinson, L.M., deGruy, F.V., Candib, L.M., Main, D.S., Libby, A.M. und Rost, K., The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. *Gen Hosp Psychiatry*, 25 (2003) S. 1-7.

38. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Marwort, E., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien, Weltgesundheitsorganisation. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, (1994)
39. Ebel, H., Podoll, K., Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen, Schattauer, Stuttgart, (1998), 25-38.
40. Egle, U.T., Nickel, R., Risikofaktoren bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Z Psychosom Med Psyc* 44 (1998) S. 21-36.
41. Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W. und Autry, J.H., NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry*, 42 (1985) S. 305-316.
42. Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., undet al., National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46 (1989) S. 971-982; discussion 983.
43. Elliott, A.M., Smith, B.H., Penny, K.I., Smith, W.C. und Chambers, W.A., The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 354 (1999) S. 1248-1252.
44. Epstein, R.M., Quill, T.E. und McWhinney, I.R., Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med*, 159 (1999) S. 215-222.
45. Escobar, J.I., Gara, M., Silver, R.C., Waitzkin, H., Holman, A. und Compton, W., Somatisation disorder in primary care. *Br J Psychiatry*, 173 (1998) S. 262-266.
46. Escobar, J.I., Manu, P., Matthews, D., Lane, T., Swartz, M. und Canino, G., Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatr Dev*, 7 (1989) S. 235-245.
47. Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M. und Munk-Jorgensen, P., Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40 (1999) S. 330-338.
48. Firth, J.A., Shapiro, D.A., Prescriptive therapy manual for the Sheffield Psychotherapy Project (1985): Sheffield University.
49. Fishbain, D.A., Cutler, R.B., Rosomoff, H.L. und Rosomoff, R.S., Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med*, 60 (1998) S. 503-509.
50. Fleiss, J.L., Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76 (1971) S. 378-382.
51. Frostholm, L., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K.S., Toft, T., Olesen, F. und Weinman, J., The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosom Med*, 67 (2005) S. 897-905.
52. Frostholm, L., Oernboel, E., Christensen, K.S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J. und Fink, P., Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *J Psychosom Res*, 62 (2007) S. 129-138.
53. Gaab, J., Ehlert, U., Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom Hogrefe, Göttingen, (2005)
54. Gallese, V., Keysers, C. und Rizzolatti, G., A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cogn Sci*, 8 (2004) S. 396-403.

55. Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Ikonomidis, N., Donias, S., Giouzevas, J. und Dimitriou, E., Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Compr Psychiatry*, 40 (1999) S. 299-307.
56. Gaston, L., The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychother* 27 (1990) S. 143-153.
57. Goubert, L., Craig, K.D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M.J., de, C.W.A.C., Cano, A. und Crombez, G., Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*, 118 (2005) S. 285-288.
58. Grabe, H.J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Freyberger, H.J., Dilling, H. und John, U., Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*, 44 (2003) S. 304-311.
59. Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B., Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50 (2004) S. 171-181.
60. Gureje, O., Simon, G.E., Ustun, T.B. und Goldberg, D.P., Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*, 154 (1997) S. 989-995.
61. Guthrie, E., Adaption des psychodynamischen-interpersonellen Modells zur Behandlung funktioneller somatischer Störungen
62. Guthrie, E., Psychodynamic interpersonal therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 5 (1999) S. 135-145.
63. Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D. und Tomenson, B., A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100 (1991) S. 450-457.
64. Hagger, M.S., Orbell, S., A meta-analytic review of the common sense model of illness representation. *Psychology and Health*, 18 (2003) S. 141-184.
65. Hahn, S.R., Thompson, K.S., Willis, T.A., Stern, V., Budner, N.S., The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*, 47 (1994) S. 647-657.
66. Hamilton, J., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., Tomenson, B., Bennett, R., Moriarty, K., Stephens, W. und Liston, R., A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119 (2000) S. 661-669.
67. Hardy, G.E., Stiles, W.B., Barkham, M. und Startup, M., Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol*, 66 (1998) S. 304-312.
68. Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C.E., Moderation Rudolf, G. Leitlinie Somatoforme Störungen 1. AWMF Leitlinien online 2001 21.09.2007; Available from: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_list.htm.
69. Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C.E., Rudolf, G., Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quellentexte Schattauer Verlag, Stuttgart, (2002)
70. Henningsen, P., Kruse, J., Schneider, G., Burgmer, M., Sauer, N., Lahmann, C., Loew, T., Sack, M., Gündel, H., Psychosomatische Intervention im Rahmen der PISO- Studie. 2006: München.
71. Henningsen, P., Martin, A., Somatoforme Störungen, in Störungsorientierte Psychotherapie, Urban&Fischer, München, (2008), 541-559.
72. Henningsen, P. und Priebe, S., Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. *J Psychosom Res*, 46 (1999) S. 209-214.

73. Henningsen, P., Zipfel, S. und Herzog, W., Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369 (2007) S. 946-955.
74. Henry, W.P., Schacht, T.E. und Strupp, H.H., Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *J Consult Clin Psychol*, 58 (1990) S. 768-774.
75. Hill, C.E., Lambert, M.J., Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes, in Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change Wiley, New York (2004), 84-136.
76. Hill, C.E., O'Grady, K.E. und Elkin, I., Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *J Consult Clin Psychol*, 60 (1992) S. 73-79.
77. Hill, C.E., O'Grady, K.E., Price, P., A method for investigating sources of rater bias. *J Couns Psych*, 35 (1988) S. 346-350.
78. Hobson, R.F., A conversational model of psychotherapy, in Association of University Teachers of Psychiatry Newsletter. 1977.
79. Hobson, R.F., *Forms of Feeling* Tavistock, London, (1985)
80. Hollon, S.D., Evans, M.D., Auerbach, A., DeRubeis, R.J., Elkin, I., Lowery, A., Kriss, M., Grove, W., Tuason, V.B., Piasecki, J., Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating Cognitive Therapy, Interpersonal Therapy, and Clinical Management. (1988): Minneapolis.
81. Hotopf, M., Preventing somatization. *Psychol Med*, 34 (2004) S. 195-198.
82. Hotopf, M., Wilson-Jones, C., Mayou, R., Wadsworth, M. und Wessely, S., Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations. Results from a national birth cohort study. *Br J Psychiatry*, 176 (2000) S. 273-280.
83. Jackson, J.L. und Kroenke, K., Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med*, 70 (2008) S. 430-434.
84. Jackson, P.L., Meltzoff, A.N. und Decety, J., How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage*, 24 (2005) S. 771-779.
85. Jacobi, F., Wittchen, H.U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N. und Lieb, R., Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34 (2004) S. 597-611.
86. Janca, A., Tacchini, G., Isaac, M., WHO international study of somatoform disorders: an overview of methods and preliminary results., in *Somatoform disorders. A worldwide perspective*, Springer Tokio, (1999), 125-131.
87. Jensen, M.C., Brant-Zawadzki, M.N., Obuchowski, N., Modic, M.T., Malkasian, D. und Ross, J.S., Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*, 331 (1994) S. 69-73.
88. Katon, W.J. und Walker, E.A., Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20 (1998) S. 15-21.
89. Kazdin, A.E., *Research design in clinical psychology* Allyn, Bacon, Boston, (2003)
90. Khan, A.A., Khan, A., Harezlak, J., Tu, W. und Kroenke, K., Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*, 44 (2003) S. 471-478.
91. Kirkwood, C.R., Clure, H.R., Brodsky, R., Gould, G.H., Knaak, R., Metcalf, M. und Romeo, S., The diagnostic content of family practice: 50 most common

- diagnoses recorded in the WAMI community practices. *J Fam Pract*, 15 (1982) S. 485-492.
92. Kisely, S., Goldberg, D. und Simon, G., A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med*, 27 (1997) S. 1011-1019.
 93. Kleinman, A., Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry*, 6 (1982) S. 117-190.
 94. Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., *Interpersonal psychotherapy of depression* Basic Books, New York, (1984)
 95. Kouyanou, K., Pither, C.E. und Wessely, S., Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med*, 59 (1997) S. 597-604.
 96. Kriebel, R., Paar, G.H., Staecker, K.H., Somatisierung. *Psychotherapeut*, 41 (1996) S. 201-214.
 97. Kroenke, K., Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12 (2003) S. 34-43.
 98. Kroenke, K., Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69 (2007) S. 881-888.
 99. Kroenke, K. und Mangelsdorff, A.D., Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*, 86 (1989) S. 262-266.
 100. Kroenke, K. und Price, R.K., Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*, 153 (1993) S. 2474-2480.
 101. Kroenke, K., Rosmalen, J. G., Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am*, 90 (2006) S. 603-626.
 102. Kroenke, K. und Spitzer, R.L., Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*, 60 (1998) S. 150-155.
 103. Kroenke, K., Spitzer, R.L., deGruy, F.V., 3rd, Hahn, S.R., Linzer, M., Williams, J.B., Brody, D. und Davies, M., Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 54 (1997) S. 352-358.
 104. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Linzer, M., Hahn, S.R., deGruy, F.V., 3rd und Brody, D., Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med*, 3 (1994) S. 774-779.
 105. Kruse, G., *Explikation PISO, unveröffentlichtes Manual*. (2006): München.
 106. Lahmann, C., Sack, M., Ronel, J., PISO – ein evidenzbasierter Ansatz zur manualisierten Therapie somatoformer Störungen. *Psychodyn Psychother*, 6 (2007) S. 131-139.
 107. Lambert, M.J., Ogles, B.M., *The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*, in Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, (2004), 139-193.
 108. Lang, P.J. und Lazovik, A.D., Experimental desensitization of a phobia. *J Abnorm Soc Psychol*, 66 (1963) S. 519-525.
 109. Laux, G., *Psychotherapie*, in *Psychiatrie und Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart, (2009), 543-544.
 110. Lee, S., A Chinese perspective of somatoform disorders. *J Psychosom Res*, 43 (1997) S. 115-119.

111. Leichsenring, F. und Leibing, E., Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother*, 80 (2007) S. 217-228.
112. Leichsenring, F., Rabung, S. und Leibing, E., The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 61 (2004) S. 1208-1216.
113. Lipowski, Z.J., Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145 (1988) S. 1358-1368.
114. Loewenstein, R.J., Somatoform disorders in victims of incest and child abuse, in *Incest related syndromes of adult psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington, (1990), 75-111.
115. Looper, K.J. und Kirmayer, L.J., Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res*, 57 (2004) S. 373-378.
116. Margraf, J., *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* Springer, (2000)
117. Markowitz, J.C., Spielman, L.A., Scarvalone, P.A., Perry, S.W., Psychotherapy Adherence of Therapists Treating HIV-Positive Patients With Depressive Symptoms. *J Psychother Pract Res* 9(2000) S. 75-80.
118. Marple, R.L., Kroenke, K., Lucey, C.R., Wilder, J. und Lucas, C.A., Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome. *Arch Intern Med*, 157 (1997) S. 1482-1488.
119. Martin, D.J., Garske, J.P. und Davis, M.K., Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 68 (2000) S. 438-450.
120. Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., Kroenke, K. und Sharpe, M., Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*, 162 (2005) S. 847-855.
121. Moher, D., Schulz, K.F. und Altman, D.G., The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet*, 357 (2001) S. 1191-1194.
122. Möller, H.J., Laux, G., Deister, A., *Psychiatrie und Psychotherapie. Duale Reihe* Thieme, Stuttgart, (2005)
123. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., Buick, D., The revised illness perception questionnaire. *Psychology and Health*, 17 (2002) S. 1-16.
124. Najavits, L.M., Strupp, H.H., Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process- outcome study. *Psychother*, 31 (1994) S. 114-123.
125. Nimnuan, C., Hotopf, M. und Wessely, S., Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*, 51 (2001) S. 361-367.
126. Nunnally, J.C., *Psychometric theory* Mc Graw-Hill, New York, (1978) 245-245.
127. Page, L.A. und Wessely, S., Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med*, 96 (2003) S. 223-227.
128. Perepletchikova, F., Treat, T.A. und Kazdin, A.E., Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *J Consult Clin Psychol*, 75 (2007) S. 829-841.
129. Pilowsky, I., Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry*, 113 (1967) S. 89-93.

130. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. und Hotopf, M., Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*, 322 (2001) S. 767.
131. Rief, W. und Barsky, A.J., Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (2005) S. 996-1002.
132. Rief, W., Henningsen, P. und Hiller, W., Classification of somatoform disorders. *Am J Psychiatry*, 163 (2006) S. 746-747; author reply 747-748.
133. Rief, W. und Hiller, W., Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res*, 46 (1999) S. 507-518.
134. Rief, W., Hiller, W. und Margraf, J., Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol*, 107 (1998) S. 587-595.
135. Rief, W., Hiller, W., Heuser, J., SOMS- Das Screening für Somatoforme Störungen (Manual zum Fragebogen) Huber, Bern, (1997)
136. Rief, W., Martin, A., Rauh, E., Zech, T. und Bender, A., Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics*, 47 (2006) S. 304-311.
137. Rief, W., Zenz, M., Schweiger, U., Ruddel, H., Henningsen, P. und Nilges, P., Redefining (somatoform) pain disorder in ICD-10: a compromise of different interest groups in Germany. *Curr Opin Psychiatry*, 21 (2008) S. 178-181.
138. Ring, A., Dowrick, C.F., Humphris, G.M., Davies, J., Salmon, P., The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 61 (2005) S. 1505-1515.
139. Ronel, J., Kruse, J., Gündel, H., Somatoforme Störungen- Erfahrungen und neue Behandlungsmöglichkeiten. *Psychosom Konsiliarpsychiatr*, 1 (2007) S. 132-140.
140. Roth, A.D., Fonagy, P., What works for whom? A critical review of psychotherapy research Guilford, New York, (1996)
141. Rudolf, G. und Henningsen, P., [Psychotherapy of somatoform disorders]. *Z Psychosom Med Psychother*, 49 (2003) S. 3-19.
142. Scheidt, C.E., Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut*, 47 (2002) S. 110- 123.
143. Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Scudlek, G., Strasser, F., Strasser, P., Wirsching, M., Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. *Psychotherapeut*, 43 (1998) S. 92-101.
144. Shapiro, D., Startup, M.J., Raters´ Manual for the Sheffield Psychotherapy Rating Scale University of Leeds, Leeds, (1991)
145. Shapiro, D.A., Barkham, M., Hardy, G.E. und Morrison, L.A., The Second Sheffield Psychotherapy Project: rationale, design and preliminary outcome data. *Br J Med Psychol*, 63 (Pt 2) (1990) S. 97-108.
146. Shapiro, D.A. und Firth, J., Prescriptive v. exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project. *Br J Psychiatry*, 151 (1987) S. 790-799.
147. Shapiro, D.A., Startup, M., Measuring therapist adherence in exploratory psychotherapy. *Psychother Research*, 2 (1992) S. 193-203.
148. Silverman, W.H., Cookbooks, manuals and paint-by-number-psychotherapy in the 90s. *Psychotherapy*, 33 (1996) S. 207-215.

149. Simon, G.E. und Von Korff, M., Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*, 148 (1991) S. 1494-1500.
150. Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. und Ormel, J., An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*, 341 (1999) S. 1329-1335.
151. Smith, G.R., Jr., Monson, R.A. und Ray, D.C., Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med*, 146 (1986) S. 69-72.
152. Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B., deGruy, F.V., 3rd, Brody, D. und Davies, M., Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274 (1995) S. 1511-1517.
153. Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., 3rd, Hahn, S.R., Brody, D. und Johnson, J.G., Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272 (1994) S. 1749-1756.
154. Startup, M. und Shapiro, D.A., Therapist treatment fidelity in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. *Br J Clin Psychol*, 32 (Pt 4) (1993) S. 443-456.
155. Sterling-Turner, H.E., Watson, T.S., Moore, J.W., The effects of direct training and treatment integrity on treatment outcomes in school consultation. *School Psychology Quarterly*, 16 (2002) S. 47-77.
156. Stiles, W.B. und Shapiro, D.A., Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations. *J Consult Clin Psychol*, 62 (1994) S. 942-948.
157. Stone, J., Wojcik, W., Durrance, D., Carson, A., Lewis, S., MacKenzie, L., Warlow, C.P. und Sharpe, M., What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ*, 325 (2002) S. 1449-1450.
158. Strupp, H.H., Anderson, T., On the Limitations of Therapy Manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1997) S. 76-82.
159. Sykes, R., Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *J Psychosom Res*, 60 (2006) S. 341-344.
160. Thomassen, R., van Hemert, A.M., Huyse, F.J., van der Mast, R.C. und Hengeveld, M.W., Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 25 (2003) S. 8-13.
161. Thompson, B.J., Hill, C.E., Client perceptions of therapist competence. *Psychother Research*, 3 (1993) S. 124-130.
162. Turk, D.C., The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiol Scand*, 43 (1999) S. 885-888.
163. Turk, D.C., Swanson, K.S. und Tunks, E.R., Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients--when pills, scalpels, and needles are not enough. *Can J Psychiatry*, 53 (2008) S. 213-223.
164. van Tulder, M.W., Ostelo, R., Vlaeyen, J.W., Linton, S.J., Morley, S.J. und Assendelft, W.J., Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 25 (2000) S. 2688-2699.
165. Verhaak, P.F., Kerssens, J.J., Dekker, J., Sorbi, M.J. und Bensing, J.M., Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77 (1998) S. 231-239.

166. Waldinger, R.J., Schulz, M.S., Barsky, A.J. und Ahern, D.K., Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*, 68 (2006) S. 129-135.
167. Walker, E.A., Katon, W.J., Neraas, K., Jemelka, R.P. und Massoth, D., Dissociation in women with chronic pelvic pain. *Am J Psychiatry*, 149 (1992) S. 534-537.
168. Waller, E. und Scheidt, C.E., Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int Rev Psychiatry*, 18 (2006) S. 13-24.
169. Waller, E., Scheidt, C.E., Somatoforme Störungen und Bindungstheorie. *Psychotherapeut*, 47 (2002) S. 157-164.
170. Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K. und Jacobson, N.S., Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol*, 61 (1993) S. 620-630.
171. Weinberger, J., Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1995) S. 45-69.
172. Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., HORNE, R., The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness *Psychology and Health*, 11 (1996) S. 431- 435.
173. Wiesel, S.W., Tsourmas, N., Feffer, H.L., Citrin, C.M. und Patronas, N., A study of computer-assisted tomography. I. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine*, 9 (1984) S. 549-551.
174. Williams, A.C., Facial expression of pain: an evolutionary account. *Behav Brain Sci*, 25 (2002) S. 439-455.
175. Wittchen, H.U., Ustun, T.B. und Kessler, R.C., Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychol Med*, 29 (1999) S. 1021-1027.
176. Wool, C.A. und Barsky, A.J., Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35 (1994) S. 445-452.
177. Zöfel, P., Statistik für Psychologen im Klartext Pearson Studium, München, (2003)

6 Danksagung

Zunächst möchte ich Prof. Dr. Henningsen danken für die Ermöglichung der Durchführung einer klinischen Doktorarbeit an seinem Lehrstuhl. Seine äußerst schnelle Beantwortung von emails sowie die klaren und konkreten Verbesserungsvorschläge waren sehr hilfreich.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dipl. Psych. Sattel, (Studienkoordinator), für die konstruktive und kontinuierliche Betreuung über Jahre hinweg. In seiner humorvollen Art war er jederzeit ein hilfsbereiter und kompetenter Ansprechpartner für mich. Danke!

Bei Angela Glaser möchte ich mich bedanken für die Teilnahme am Rater-Training und das Durchführen von Ratings.

Meiner Tante aus dem Allgäu danke ich für das mehrfache, geduldige Korrekturlesen der Arbeit und Max Heinig für die Hilfe bei Word-Problemen.

Bei vielen anderen Familienmitgliedern und Freunden bedanke ich mich für die stete Unterstützung und Ermutigung.

7 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name **Marianne Haack**
Anschrift Bismarckstr. 1
D - 80803 München
Geburtstag und –ort 21.07.1983 in Überlingen
Familienstand ledig
Nationalität deutsch

Schulbildung

09/1989 – 07/1993 Grundschule Owingen
09/1993 – 06/1994 Realschule Überlingen
09/1994 – 06/2002 Gymnasium Kloster Wald
06/2002 Abitur, Note: 1,0

Handwerkliche Berufsausbildung

01/1999 – 02/2003 Lehre zur Holzbildhauerin (schulbegleitend, ab 06/2002 Vollzeit)
02/2003 Gesellenprüfung, Note: 1,3

Akademische Berufsausbildung

Seit 04/2003 Medizinstudium Ludwig-Maximilians-Universität München
03/2005 Physikum, Note: 3,0
04/2005 Fortsetzung des Studiums an der Technischen Universität München
09/2009 Staatsexamen, Note: 2,0
Seit 10/2006 Promotion, Mitarbeit in der PISO-Arbeitsgruppe der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Rechts der Isar

Praktisches Jahr und Weiterbildung

02/2008 – 04/2008 Deutsches Herzzentrum München, Kardiologie
04/2008 – 06/2008 Hospital Universitario Granada, Spanien, Kardiologie
06/2008 – 09/2008 Klinikum Rechts der Isar, München, Psychosomatik
10/2008 – 11/2008 Hospital Universitario Granada, Spanien, Viszeralchirurgie
10/2008 – 11/2008 Klinikum Rechts der Isar, München, Viszeralchirurgie
03/2008 PJ-Vortrag im Deutschen Herzzentrum
03/2007 Teilnahme an der Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Nürnberg
03/2008 Teilnahme an der Jahrestagung des DKPM, Freiburg
03/2009 Teilnahme an der Jahrestagung des DKPM, Mainz

Aktuelle Arbeitsstelle

Seit Juni 2010 Assistenzärztin der Kardiologie am Uniklinikum Schleswig Holstein

Auslandsaufenthalte

06/1998 – 08/1998 Schüleraustausch Adelaide, Australien
07/1999 – 09/2000 Highschool Kelowna, Kanada, Abschluss mit Universitätszugang
02/2004 – 04/2004 Pflegepraktikum Mbeya, Tansania
07/2006 – 09/2006 Famulatur und Sprachkurs in La Laguna, Spanien
09/2007 – 02/2008 Auslandssemester Granada, Spanien, Erasmusstipendium
04/2008 – 06/2008 Praktisches Jahr, Innere Medizin, Universitätsklinik Granada, Spanien
10/2008 – 12/2008 Praktisches Jahr, Viszeralchirurgie, Universitätsklinik Granada, Spanien

Sonstige Kenntnisse

Fremdsprachen Deutsch Muttersprache, Englisch verhandlungssicher, Spanisch fließend
in Wort und Schrift, Französisch gute Kenntnisse, Kiswaheli
Grundkenntnisse
EDV Gute Kenntnisse von Microsoft Office, SPSS

München, 16. Februar 2011

8 Anhang

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

1	Auszug der Arbeit von Kroenke et al. 2007	127
2	Fragebogen Illness Perception Questionnaire, Kurzform	129
3	PISO Adhärenz Rating Skala	132
4	PISO Checkliste der Phase 1	141
5	PISO Adhärenz Rating Skala der Phase 3	143

Anmerkung zum Anhang: Da es sich bei den hier aufgeführten Dokumenten um unveränderte Auszüge aus Veröffentlichungen bzw. um Originalfragebögen handelt, treten teilweise Abweichungen in der formalen Gestaltung von den vorangegangenen Kapiteln auf (z.B. Schrifttyp etc.).

1 Auszug der Arbeit von Kroenke et al. 2007: "Efficacy of Treatment of Somatoform Disorders: A Review of Randomized Contolled Trials" [98]

TABLE 1. Summary of 34 Randomized Clinical Trials Testing Treatments for Somatoform Disorders

Reference	n ^a	Disorder(s)	Treatment, No. Sessions (hours)	Control	Follow-up (mo)	Outcomes ^b		Comments
						Symptoms	Psychologic	
Smith et al. 1986 (20)	38	SD	Consult letter to PCP	Usual care	18	-	-	↓ Costs
Rost et al. 1994 (21)	73	SD	Consult letter to PCP	Usual care	12	+	-	↓ Costs
Kashner et al. 1995 (22)	70	SD	Psychotherapy-group, 8 (2 hr)	Consult letter to PCP	12	+	+	↓ Costs
Allen et al. 2006 (23)	84	SD	CBT, 10 (1 hr)	Consult letter to PCP	15	+	+	Response difference = 35%; ↓ costs
Smith et al. 1995 (24)	56	ASD	Consult letter to PCP	Usual care	24	+	-	↓ Costs
Sumathipala et al. 2000 (25)	68	ASD	CBT, 6 (1/2 hr)	Usual care	3	+	+	↓ Utilization
Schilte et al. 2001 (26)	137	ASD	Writing disclosure, 2 (1.5 hrs)	Usual care	24	-	-	No effect on utilization
Larisch et al. 2004 (27)	127	ASD or greater	PCP training in reattribution (12 hr)	PCP trained in psycho-social care	6	+	-	Used active instead of usual care comparator. Patients in each group got mean of 4.5 sessions
Dickinson et al. 2003 (28)	111	MSD	Consult letter to PCP	Usual care	24	+	-	5.5 ↑ PCS score (ES = 0.48); change similar for SD and ASD
Kroenke et al. 2006 (29)	112	MSD	Venlafaxine	Placebo	3	±	+	Pain improved, but not total somatic symptom score
Volz et al. 2000 (30)	200	SD, USD, SAD	Opipramol	Placebo	1/12	+	+	ES < St. John's wort trials
Volz et al. 2002 (31)	149	SD (108) USD (7) SAD (38)	St. John's wort	Placebo	1/12	+	+	Independent of depression improvement
Muller et al. 2004 (32)	173	SD (67) USD (30) SAD (90)	St. John's wort	Placebo	1/12	+	+	Response difference = 25%; excluded major depression
Hellman et al. ^a 1990 (33)	61	MUS	CBT-group, 6 (1.5 hr)	Stress management	6	+	+	↓ Utilization; ES = 0.38 to 0.88
Speckens et al. 1995 (34)	79	MUS	CBT, 6 to 16 (1 hr)	Usual care	12	+	±	Response difference = 18%; ES = 0.54 and 36 (6 and 12 months)
Lidbeck 1997 (35)	50	MUS	CBT-relaxation therapy, 8 (3 hr)	Wait list	6	-	-	↓ HC; ↓ medications
McLeod et al. ^a 1997 (36)	82	MUS	CBT-group, 6	Wait list	6	+	+	ES = 0.43
Peters et al. 2002 (37)	228	MUS	Exercise, 20 (1 hr)	Stretching, 20 (1 hr)	6	-	-	Active instead of usual care comparator. Both groups improved
Kolk et al. 2004 (38)	98	MUS	Psychotherapy, ≤12 (1 hr)	Usual care	12	-	-	Low power—imbalanced groups (only 18 controls)
Smith et al. 2006 (39)	200	MUS	Bundled (CBT and/or antidepressant)	Usual care	12	+	+	Response difference = 16%

(Continued)

TABLE 1. Continued

Reference	n ^a	Disorder(s)	Treatment, No. Sessions (hours)	Control	Follow-up (mo)	Outcomes ^b		Comments
						Symptoms	Psychologic	
Rosendal et al. 2007 (40)	667	MUS	GP training in reattribution (25 hr)	Usual care	12	-	-	
Rief et al. 2006 (41)	295	MUS ≥2	GP training (8 hr)	Usual care	6	-	-	↓ Utilization
Martin et al. 2007 (42)	140	MUS ≥2	CBT-group, 1 (3.5 hr)	Wait list	6	±	-	↓ Utilization; ↓ medications; mixed somatization results
Warwick et al. 1996 (43)	32	HC	CBT, 16	Wait list	7	±	+	↓ HC cognitions/behaviors
Clark et al. 1998 (44)	48	HC	CT or stress management, 17 (1 hr)	Wait list	12		+	↓ HC cognitions/behaviors; CT = stress management in efficacy
Fava et al. 2000 (45)	20	HC	Explanatory, 8 (1/2 hr)	Wait list	6		+	↓ HC cognitions/behaviors; ↓ utilization
Visser et al. 2001 (46)	78	HC	CT or exposure Rx, 12 (1 hr)	Wait list	7	+	+	↓ HC cognitions/behaviors; CT = exposure in efficacy
Barsky et al. 2004 (47)	187	HC	CBT, 6 (1.5 hr)	Usual care	12		+	↓ HC cognitions/behaviors; no effect on HC somatic sx
Moene et al. 2002 (48)	45	CD (motor)	Inpatient treatment for 12 weeks plus hypnosis, 8 (1 hr)	Inpatient treatment for 12 weeks	8	-		Hypnosis provided no added benefit to inpatient treatment
Moene et al. 2003 (49)	44	CD (motor)	Hypnosis, 10 (1 hr)	Wait list	6	±	-	↓ Motor signs using video rating scale immediately post treatment but not assessed at follow-up
Ataoglu et al. 2003 (50)	30	CD (pseudoseizures)	Paradoxical intention twice daily for 3 weeks as inpatient	Diazepam	1.5	±	+	1/15 versus 6/15 seizures (<i>p</i> = .08)
Rosen et al. 1995 (51)	54	BDD	CBT with exposure rx, 8 (2 hr)	Wait list	6		+	↓ Obsessive-compulsive BDD beliefs and behaviors
Veale et al. 1996 (52)	19	BDD	CBT, 12	Wait list	3		+	↓ Obsessive-compulsive BDD beliefs and behaviors
Phillips et al. 2002 (53)	67	BDD	Fluoxetine	Placebo	3		+	↓ Obsessive-compulsive BDD beliefs and behaviors

SD = somatization disorder; ASD = abridged somatization disorder; MSD = multisomatoform disorder; MUS = medically unexplained symptoms; SAD = somatoform autonomic dysfunction; HC = hypochondriasis; BDD = body dysmorphic disorder; CBT = cognitive-behavioral therapy; PCP = primary care physician; ES = effect size (mean group difference ÷ SD); USD = undifferentiated somatoform disorder; CD = conversion disorder; GP = general practitioner; CT = cognitive therapy; Sx = symptoms; Rx = therapy.

^a Drop-outs are not included in *n* if not included in the analysis of the original paper.

^b + = treatment group was better than control group on this outcome; ± = there was a trend favoring the treatment group but the difference was not statistically significant; - = the groups did not differ on this outcome.

2 Fragebogen Illness Perception Questionnaire, Kurzform

ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R) Kurzform

Name.....

Datum.....

KRANKHEITSANNAHMEN

Mit diesem Fragebogen sollen Ihre persönlichen Annahmen und Vermutungen über Ihre Beschwerden erfragt werden. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Im folgenden sind verschiedene Beschwerden aufgelistet, die Sie möglicherweise im Verlauf Ihrer Krankheit erlebt haben. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, ob Sie die betreffenden Symptome im Verlauf Ihrer Krankheit erlebt haben und ob Sie glauben, dass diese Symptome durch Ihre Krankheit verursacht werden.

	Ich habe dieses Symptom im Verlauf meiner Krankheit erlebt		Dieses Symptom wird durch meine Krankheit verursacht	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Schmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Halsschmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Übelkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
Atemlosigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
Gewichtsverlust	Ja	Nein	Ja	Nein
Erschöpfung	Ja	Nein	Ja	Nein
Gelenkschmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Brennende Augen	Ja	Nein	Ja	Nein
Kurzatmigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
Kopfschmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Verdauungsprobleme	Ja	Nein	Ja	Nein
Schlafstörungen	Ja	Nein	Ja	Nein
Schwindel	Ja	Nein	Ja	Nein
Kraftlosigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein

Wir sind daran interessiert, zu erfahren, wie Sie momentan Ihre aktuellen Krankheitssymptome einschätzen. Bitte geben Sie dazu durch Ankreuzen der betreffenden Antworten an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

		STIMMT ÜBERHAUPT NICHT	STIMMT NICHT	WEDER NOCH	STIMMT	STIMMT VOLL UND GANZ
IP1	Meine Erkrankung ist eher chronisch als nur kurzzeitig					
IP2	Meine Krankheit wird lange Zeit andauern					
IP3	Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde					
IP4	Meine Krankheit hat grosse Auswirkungen auf mein Leben					
IP5	Meine Krankheit hat grossen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen					
IP6	Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld					
IP7*	Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen					
IP8	Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen					
IP9*	Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Krankheit nicht beeinflussen					
IP10*	Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel					
IP11*	Ich verstehe meine Krankheit nicht					
IP12*	Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn					
IP13	Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster					
IP14	Meine Krankheit ist sehr unberechenbar					
IP15	Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist					
IP16	Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert					
IP17	Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke					
IP18	Es macht mich ängstlich, dass ich diese Krankheit habe					

KRANKHEITSURSACHEN

Bitte geben Sie uns zuletzt noch an, welche drei Faktoren Ihrer Meinung nach am meisten verantwortlich für Ihre Krankheit sind.

Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind:

1. _____
2. _____
3. _____

AUSWERTUNG des IPQ-R

Die Skalen

1. *Identität*: Summe der Ja-Antworten bei den 14 Items der Symptomabfrage (1. Spalte: "Ich habe dieses Symptom im Verlauf meiner Krankheit erlebt") und Summe der Ja-Antworten derselben 14 Items (2. Spalte: "Dieses Symptom wird durch meine Krankheit verursacht")
2. Timeline (akuter oder chronischer Verlauf): Items IP1 - IP3
3. Konsequenzen: IP4 - IP6
4. Persönliche Kontrolle: IP7 - IP9
5. Kohärenz: IP10 - IP12
6. Zyklisches Auftreten: IP13 - IP15
7. : Emotionale Repräsentation IP16 - IP18
8. *Ursachen*: Sollte nicht als Skala verwendet werden! Durchführen der Analyse mit den einzelnen Items, die als Gruppierungsvariablen dienen (Proband glaubt an Ursachefaktoren / Proband glaubt nicht an Ursachefaktoren). Bei einem Stichprobenumfang von n=90 oder grösser kann zur Identifikation von Gruppen mit Annahmen zu den Krankheitsursachen (z.Bsp. Stress, Lifestyle) eine Faktorenanalyse durchgeführt werden. Diese Gruppen können dann als Subskalen dienen.

Scoring:

Ausser bei den Skalen *Identität* und *Ursachen* wird von allen Skalen der Gesamtscore berechnet, wobei gilt:

- 1=stimmt überhaupt nicht
- 2=stimmt nicht
- 3=weder noch
- 4=stimmt
- 5=stimmt voll und ganz

AUSNAHME: Die mit einem (*) versehenen Items sind negativ gepolt und müssen rekodiert werden:

- 5=stimmt überhaupt nicht
- 4=stimmt nicht
- 3=weder noch
- 2=stimmt
- 1=stimmt voll und ganz

3 PISO Adhärenz Rating Skala

Band..... Rater..... Datum.....

PISO Adhärenz Rating Skala

Doppelte Schrägstriche // in der Skala: Spezifische Regeln für die Bewertung im Handbuch beachten!

7. **Unterstützen und Ermutigen:** Verhielt sich der Therapeut unterstützend für den Klienten, indem er dessen Fortschritte während der Therapie bestätigte ODER indem er dem Klienten versicherte, dass die Fortschritte durchaus noch eintreten werden?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

8. **Kompetenz vermitteln:** Versicherte der Therapeut dem Klienten, dass er/sie dessen Probleme versteht und ihm helfen kann?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

9. **Kommunikationsstil des Therapeuten:** Wie anregend bzw. interessant war der Kommunikationsstil des Therapeuten? (Beurteile (1) die Lebendigkeit ihrer/seiner Sprache, (2) die Originalität seiner Ideen und (3) die Lebendigkeit seiner Art zu sprechen).

1	2	3	4	5	6	7
uninteressiert, nicht anregend		unterdurchschnittlich anregend		überdurchschnittlich anregend		sehr anregend

10. **Engagement:** Wie beteiligt / aufmerksam war der Therapeut?

1	2	3	4	5	6	7
Sehr abgegrenzt		etwas abgegrenzt		Ziemlich beteiligt		sehr beteiligt

11. **Wärme:** Vermittelte der Therapeut ein Gefühl der Wärme?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht, Gleichgültigkeit		etwas		überwiegend		völlig

12. **Übereinstimmung:** Wie viel Übereinstimmung fand sich zwischen Therapeut und Klient, d.h. wie gut bzw. harmonisch kamen die Gesprächspartner miteinander zurecht?

1	2	3	4	5	6	7
völliges Fehlen von Übereinstimmung		etwas Übereinstimmung		nennenswerte Übereinstimmung		ausgezeichnete Übereinstimmung

13. **Empathie:** Verhielt sich der Therapeut einführend, d.h. vermittelte er ein intimes und feinfühliges Verständnis bezüglich der Erfahrungen und Gefühlen des Klienten?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		Überwiegend		völlig

14. **Formalität:** Striktes Einhalten der therapeutischen Rolle, sodass wenig von der Persönlichkeit des Therapeuten während der Sitzung durchscheint. Nahm der Therapeut eine angemessen förmliche Haltung in seinen Interaktionen mit dem Klienten ein?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht Therapeut wirkte wie (Privat-)Person		etwas rollen- konform		überwiegend rollenkonform		ausgeprägt rollen- konform

17. **Verhandelnder Stil:** Drückte der Therapeut seine Ansichten die Erfahrungen und Lebensumstände des Klienten betreffend in Form verhandelbarer Vorschläge – d.h. für Korrekturen offen - aus und lud er zu weiteren Präzisierungen und Rückmeldungen ein?

1	2	3	4	5	6 //	// 7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

18. **Gemeinsame Sprache:** Benutzte der Therapeut Formulierungen im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Streben/Bemühen („Ich“ und „Wir“)

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		Etwas		überwiegend		sehr häufig

31. **Metaphern:** Ermutigte der Therapeut den Patienten Metaphern zu benutzen oder half er ihm diese auszubauen?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		Überwiegend		sehr häufig/intensiv

34. **Selbstmitteilungen:** Gebrauchte der Therapeut Selbstäußerungen angemessen, um ein gemeinsames Verständnis der Ereignisse und Prozesse in der Therapie vorzubringen?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/offen

36. **Verstehende Hypothese:** Äußerte der Therapeut empathisches Verständnis, indem er seine eigene Sichtweise einbrachte und im Sinne wechselseitigen Verständnisses überprüfte?

1	2	3	4	5	6	7
Überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

37. **Verbindende Hypothese:** Verband der Therapeut gegenwärtige Gefühle des Klienten mit Gefühlen in anderen Kontexten und Zeiten und stellte er die zentrale Verbindung von all diesen Gefühlen mit dem „Hier und Jetzt“ - Erleben in der therapeutischen Beziehung her?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig

38. **Erklärende Hypothese:** Führte der Therapeut mögliche Gründe (welche nicht unbedingt als „Ursachen“ bewertet werden müssen) für die Verhaltensweisen und Erfahrungen des Patienten ein, besonders hinsichtlich Störungen der Beziehungen innerhalb und außerhalb der Therapie?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig

30. **Hinweis-Basis:** Baute der Therapeut seine Interventionen explizit auf Hinweisen (verbalen und nonverbalen) auf, die der Klient gibt?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig

32. **Fokussieren:** Fokussierte der Therapeut auf das „Hier und Jetzt“-Erleben des Klienten, indem er ihn ermutigte, seine Gefühle erst einmal wirken zu lassen, statt sie gleich zu erklären/rechtfertigen?

1	2	3	4	5	6 //	// 7
überhaupt nicht		Etwas		Überwiegend		sehr häufig/intensiv

A Symptomklage organisiert/symbolisiert: Wurde eine qualitative, körperliche, zeitliche und situative Zuordnung der vom Patienten geschilderten Symptome vorgenommen und/oder wurden diese mit einer Bedeutung belegt die über das rein Körperliche hinausgeht?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

B Symptomklage durch eigene Affekte angereichert: Brachte der Therapeut eigene Bilder und Affekte in die Schilderungen des Patienten mit ein?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

I Differenzierung von Gefühl und körperlichem Befinden: Wurde Differenzierung von Gefühlen und Körperbeschwerden angesprochen/ bearbeitet?

1	2	3	4	5	6	7
Keine Versuche, diese Differenzierung anzusprechen		Einige Versuche diese Differenzierung anzusprechen		Nennenswerte Versuche diese Differenzierung anzusprechen		Differenzierung nahm sehr viel Raum ein

51. **Exploration von Gefühlen:** Half der Therapeut dem Klienten seine Gefühle in interpersonellen Beziehungen zu erforschen?

1	2	3	4	5	6	7
Überhaupt nicht		etwas Unterstützung bei der Exploration der Gefühle bezüglich interpersonaler Beziehungen		nennenswerte Unterstützung bei der Exploration der Gefühle bezüglich interpersonaler Beziehungen		gründliche Exploration

52. **Wahrnehmen/Zulassen von Affekten:** versuchte der Therapeut dem Klienten zu helfen Affekte wahrzunehmen und zuzulassen, welche er noch nicht zum Ausdruck gebracht hat oder derer er noch nicht bewusst war?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

53. **Affekte annehmen:** Ermutigte der Therapeut den Klienten Gefühle zu akzeptieren, welche dem Patienten zwar bewusst aber unangenehm oder schmerzlich sind?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

F Situations- und Beziehungsaspekte: Sprach der Therapeut Situations- und Beziehungsaspekte im Zusammenhang mit Körperbeschwerden an?

1	2	3	4	5	6	7
Keine Versuche diese Aspekte einzubringen		Einige Versuche diese Aspekte einzubringen		Nennenswerte Versuche diese Aspekte einzubringen		Aspekte wurden sehr häufig eingebracht

H Affektregulierung in Beziehungen: wurde thematisiert, welche Möglichkeiten angemessener und/oder unangemessener Formen von Affektregulierung in Beziehungen auftreten können UND welche für den Patienten sinnvoll anwendbar sind?

1	2	3	4	5	6	7
nein		wird etwas thematisiert		wird nennenswert thematisiert		wird ausführlich thematisiert

G Zusammenhang Symptomatik / Beziehungserfahrung thematisiert: Wurde ein Zusammenhang der körperlichen Symptome des Patienten mit dessen Beziehungserfahrungen gemeinsam erarbeitet?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		wenig		beträchtlich		sehr ausführlich

C Enttäuschung thematisiert: Sprach der Therapeut die Enttäuschung und/oder Scham an, welche durch die fehlende Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers ausgelöst wird?

1	2	3	4	5	6	7
nein		wird etwas thematisiert		wird nennenswert thematisiert		wird ausführlich thematisiert

D Enttäuschungsaggression thematisiert: Wurde (ggf. aufbauend auf obigem Thema) der Affekt „Aggression“ thematisiert, welcher aus dieser Enttäuschung erwachsen kann?

1	2	3	4	5	6	7
nein		wird etwas thematisiert		wird nennenswert thematisiert		wird ausführlich thematisiert

E Alternativer Umgang mit Enttäuschung: Wurden bessere Möglichkeiten erarbeitet, wie mit dieser Enttäuschung umgegangen werden kann?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		wenig		beträchtlich		sehr ausführlich

54. **Beziehung von Gefühlen und Gedanken:** Ermutigte der Therapeut den Klienten eine Beziehung zwischen erlebten (oder noch bevorstehenden) Gefühlszuständen und seinen zu diesem Zeitpunkt ablaufenden Gedanken herzustellen?

1	2	3	4	5	6	7
nein		wird etwas thematisiert		wird nennenswert thematisiert		wird ausführlich thematisiert

57. **Kognitionen erfragen:** Erfragte der Therapeut spezifische Gedanken des Klienten (möglichst wortgetreu) welche entweder in der Sitzung selbst oder vorher auftraten?

1	2	3	4	5	6	7
nein		seltene Nachfragen		nennenswerte Nachfragen		Häufige Nachfragen

58. **Exploration der persönlichen Bedeutung:** Erkundete der Therapeut die Annahmen/Überzeugungen des Klienten in Bezug auf von ihm berichtete Gedanken um die persönliche Bedeutung dieser Gedanken für den Klienten zu erfahren?

1	2	3	4	5 //	// 6	7
Nein		Wenig Erkundung von Grundannahmen des Klienten		nennenswerte Erkundung von Grundannahmen des Klienten		ausführliche Erkundung der Grundannahmen des Klienten incl. Diskussion darüber, wie diese Annahmen mit den Gefühlen des Klienten verbunden sind

1. **Entwurf und Entwicklung einer Agenda:** Arbeitete der Therapeut in Zusammenarbeit mit dem Patienten daran eine Agenda für die Sitzung zu formulieren und zu verfolgen?

1	2	3	4	5 //	// 6	7
überhaupt nicht		wenig		beträchtlich		sehr ausführlich

40. **Sitzungen strukturieren:** Sorgte der Therapeut für eine angemessene Struktur der Sitzung, indem er dem Klienten ermöglichte, herausfordernde Interventionen während der Sitzung anzunehmen und zu beantworten?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

78. **Verhandeln/Besprechen des Therapie-Inhalts:** Vermittelte der Therapeut dem Klienten die Aufgaben, eventuelle Fokus- Änderungen und Schwerpunkte der Sitzung in einer Art und Weise, die dem Klient Gelegenheit gab sich ebenfalls einzubringen?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

79. **Klärung der therapeutische Absicht:** Erklärte der Therapeut dem Klienten warum er ein bestimmtes Thema in der Sitzung verfolgte?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		wenig		beträchtlich		sehr ausführlich

59. **Erkennen kognitiver Fehler:** Half der Therapeut dem Klienten besondere Arten kognitiver Verzerrungen oder Fehler zu identifizieren, die im Denken des Klienten gegenwärtig waren?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		sehr häufig/intensiv

21. **Spezifische Beispiele:** Forderte der Therapeut den Klienten auf konkrete und spezifische Beispiele für Überzeugungen ODER Ereignisse zu geben?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		Etwas		überwiegend		sehr häufig

80. **Zusammenfassen:** Fasste der Therapeut die wesentlichen Punkte dieser beziehungsweise einer früheren Sitzung zusammen ODER ließ er dies (gezielt) den Klienten tun?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

71. **Training von Fertigkeiten:** Versuchte der Therapeut während der Sitzung dem Klienten bestimmte Fertigkeiten zu vermitteln (z.B. Durchsetzungsvermögen, soziale Kompetenz, aufgabenrelevante Fertigkeiten)?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		wenig		beträchtlich		sehr ausführlich

J Hausaufgaben zur regelmäßigen Entspannungsübung: Wurden Hausaufgaben zur regelmäßigen Ausübung der erlernten Entspannungsübungen vereinbart?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		vage Anregung		konkrete Vereinbarungen		Explizite patientenbezogene Vereinbarungen

K körperliche Aktivität und Körperwahrnehmung: Wurde mit dem Patienten der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und der Körperwahrnehmung (Teufelskreis Schonverhalten) besprochen?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		wenig		beträchtlich		sehr ausführlich

L Neue körperliche Erfahrungen: Wurde die Förderung körperlicher Aktivitäten des Patienten angeregt und/oder neu aufgetretene körperliche Erfahrungen in diesem Zusammenhang thematisiert?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		beträchtlich		Explizite patientenbezogene Vorschläge für körperliche Aktivitäten und Besprechung der aufgetretenen Veränderungen

72. **Hausaufgaben:** Entwickelte der Therapeut eine oder mehrere spezifische „Hausaufgaben“ mit dem Klienten?

1	2	3	4	5 //	// 6	7
nein		Einige Versuche, Hausaufgaben zu entwickeln		Nennenswerte Versuche, Hausaufgaben zu entwickeln		Ausführliche Versuche, Hausaufgaben zu entwickeln

M Hausaufgaben Besprechung: Wurden die in der vergangenen Stunde vereinbarten Hausaufgaben besprochen?

1	2	3	4	5	6	7
nein ODER keine vereinbart		geringe Beachtung		einige Beachtung		ausführliche Nachbesprechung und Integration in die gesamte Sitzung

68. **Grundmodell für Aktivitäts-/Verhaltensaufbau:** Vermittelte der Therapeut dem Klienten ein Modell, das betont warum die Ausübung bestimmter Verhaltensweisen / Aktivitäten für den Klienten wichtig ist, um eine Symptomverbesserung zu erreichen?

1	2	3	4	5	6	7
Nein		wird etwas thematisiert		wird nennenswert thematisiert		wird ausführlich thematisiert

73. **Aufbau angenehmer Aktivitäten:** Unterstützt der Therapeut den Klienten darin verstärkt angenehme Aktivitäten nachzugehen, welche dem Klienten auch eine Form der Bestätigung vermitteln?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		vage Anregung		konkrete Vereinbarungen		Explizite patientenbezogene Vereinbarungen

75. **Selbstbeobachtung:** Bestärkte der Therapeut den Klienten eigene Gefühle, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen ODER besprach er diese Aufzeichnungen mit dem Klienten nach?

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht		etwas		überwiegend		völlig

4 PISO Checkliste Phase 1

Die erste Phase (Sitzung 1-3) wird aufgrund ihres eher formalen und diagnostischen Charakters mit einer Checkliste gerated. Anhand der 14 Items dieser Checkliste wird überprüft, ob die vorgegebenen Aktivitäten durchgeführt wurden. Qualitative oder quantitative Aspekte können vernachlässigt werden, oder sind bereits im Item impliziert. Durch die Formulierung des Items „Landkarte der Beschwerden erstellen“ beispielsweise, wird bereits deutlich, dass hier nur eine positive Bewertung gegeben werden darf, wenn die Symptome entsprechend des Manuals sehr ausführlich erfragt wurden.

Als Checkliste wurden für die Sitzungen der Phase 1 folgende hier mit Erklärung aufgelistete Items abgefragt:

Phase 1: Sitzung 1- 3	nein	ja
Aufbau / inhaltliche Struktur erläutert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapierahmen geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absprache über sonstige somatische Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation medizinischer Kontakte vereinbart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subjektives Symptomverständnis erhoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ursachenüberzeugung erfragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomtagebuch besprochen (3x sukzessive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsübungen eingeführt/geübt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landkarte der Beschwerden erstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungserwartungen besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende anamnestische Informationen erhoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychophysiologische. Zusammenhänge vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutisches Grundmodell vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziele formuliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhaltliche Ausführungen für die Rater:

- Aufbau / inhaltliche Struktur erläutert**
 Aufklärung über den manualisierten Charakter der Therapie, die unterschiedlichen Therapieelemente wie z.B. Entspannungsübungen, Symptomtagebuch etc. Wird deutlich, dass Therapeut und Patient dies bereits im Vorfeld besprochen haben und der Therapeut deshalb nur kurz darauf eingeht, kann trotzdem eine positive Wertung gegeben werden
- Therapierahmen geklärt**
 Kurze Aufklärung über die Dauer und Anzahl und Frequenz der Therapiestunden, evtl. über die PISO-Studie.
- Absprache über sonstige somatische Behandlungen**
 Erstellen und Besprechen einer aktuellen Medikationsliste und evtl. anderer Behandlungsformen wie z.B. Krankengymnastik, Massagen o. ä. Evtl. beraten, bzw. Abraten in Hinblick auf weitere Untersuchungen. Hier genügt einer der Aspekte um eine positive Wertung zu erhalten.
- Dokumentation medizinischer Kontakte vereinbart**

Wurde mit dem Patienten vereinbart alle medizinischen Kontakte, inklusive Besuche beim Hausarzt, aufzuschreiben und evtl. zu besprechen?

- **Subjektives Symptomverständnis erhoben**
Erarbeitete der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten dessen Verständnis von Körperempfindungen und Beschwerden, bzw. Symptomen? Hier ist es wichtig zu verstehen ob der Patient Missempfindungen wie Herzklopfen, Kloßgefühl im Hals und ähnliches als Symptom einordnet.
- **Ursachenüberzeugung erfragt**
Aktives Fragen, wie z.B.: „Haben Sie eine Vermutung woher Ihre Beschwerden kommen?“ oder „Ich vermute Sie haben sich schon Gedanken darüber gemacht woher Ihre Beschwerden kommen. Bitte erzählen Sie mir davon.“
- **Symptomtagebuch eingeführt/besprochen**
Erläuterung des Symptomtagebuches sowie Vereinbarung von dessen Führung über einen gewissen Zeitraum. Evtl. auftretende Bedenken oder Ängste des Patienten hinsichtlich des Tagebuches sollen besprochen werden. Ausgabe während der 2. oder 3. Stunde.
- **Entspannungsübungen eingeführt/geübt**
Wurden die Entspannungsübungen während der Stunde gemeinsam durchgeführt oder wurde dem Patienten eine einführende Erläuterung gegeben? Alleiniges Überreichen der CD mit der Ermunterung „das doch mal auszuprobieren“ genügt nicht für eine positive Wertung.
- **Landkarte der Beschwerden erstellt**
Ausführliches Erfragen der physischen und psychischen Beschwerden, der beschwerde- begleitenden Beziehungen, der zugehörigen Affekte und Delegitimierungs- Erfahrungen. Beziehungen sind hier als allgemeinzwischenmenschlich zu verstehen, also nicht nur zu Partnern, Angehörigen etc. sondern besonders auch zu den jeweils behandelnden Ärzten.
- **Behandlungserwartungen besprochen**
Aktives Erfragen der Behandlungserwartungen wie z.B. „Was möchten Sie in der Therapie erreichen?“, „Welche Ziele haben Sie sich vorgenommen?“
- **Ergänzende anamnestische Informationen erhoben**
Hierunter fällt beispielsweise eine ausführliche Familienanamnese, Erfragen der Situation am Arbeitsplatz etc.
- **Psychophysiologische Zusammenhänge wurden vermittelt**
Mit besonderem Schwerpunkt auf dem individuellen Leitsymptom wurde der Patient über psychophysiologische Zusammenhänge aufgeklärt, evtl. anhand des visuellen Materials und studienspezifischer Handouts.
- **Therapeutisches Grundmodell vermittelt**
Versuchte der Therapeut dem Patienten den Therapieansatz, Elemente der Therapie oder deren Wirkungsweise näher zu bringen und so ein gemeinsames Verständnis der bevorstehenden Prozesse herzustellen?
- **Therapieziele formuliert**

Gemeinsames Formulieren von Zielen der verabredeten Gespräche oder Auswahl verschiedener möglicher Ziele aus einer Liste mit Hierarchie- Bildung und der Anregung individuelle Ziele hinzuzufügen.

5 PISO Adhärenz Rating Skala: Phase 3

Die Manualtreue der PISO- Therapeuten während der Sitzungen der Endphase (Sitzung 9 bis 12) kann mit folgenden Elementen erfasst werden:

N Therapie- Ende und noch nicht Erreichtes:

Ermutigte der Therapeut den Patienten sich mit Gedanken und Gefühlen in Bezug auf das Therapie- Ende und bisher noch nicht Erreichtes zu beschäftigen?

Ansprechen möglicher Affekte des Patienten hinsichtlich des Endes der Therapie (Angst, Enttäuschung, Gleichgültigkeit...) Besprechung der positiven Entwicklungen des Patienten und Würdigung der harten Arbeit (hier für eine positive Wertung nicht zwingend notwendig), aber auch aktive Betonung des Nicht- Erreichten, gemeinsamer Versuch zu verstehen warum eine Veränderung im jeweiligen Bereich nicht möglich war.

O Bilanz der Behandlungselemente:

Fand eine Bilanzierung der Elemente der Behandlung statt?

Wurden die einzelnen Elemente der Therapie wie z.B. Entspannungsübungen, Schmerztagebuch etc. hinsichtlich des individuellen Nutzens für den Patienten besprochen?

P Rückfallprophylaxe/Aufrechterhaltung von Verbesserung:

Bestärkte der Therapeut den Patienten darin, die Verbesserungen, die letzterer in der Therapie erworben hat, auch nach der Therapie anzuwenden bzw. beizubehalten?

Um hier eine Wertung größer 4 zu erhalten muss der Therapeut über das Bestärken hinaus konkrete Pläne mit dem Patienten erarbeiten um einen möglichen Rückfall zu verhindern, bzw. gemeinsam mit dem Patienten Alltags- Strukturen entwickeln, die ein Aufrechterhalten der Verbesserungen erleichtern.

R Umsetzung/Anwendung des Geklärten/Gelernten:

Wurden Möglichkeiten zur Umsetzung und Anwendung des Geklärten und Gelernten anhand expliziter Beispiele gemeinsam erarbeitet?

Expliziter Patientenbezug wichtig, Beispiele aus dem alltäglichen Leben des Patienten, ausführliche Ausarbeitung möglicher Anwendung, evtl. Rollenspiel o. ä.

S Planung psycho-/sozialtherapeutische Maßnahmen:

Fand eine konkrete Planung weiterer psycho- oder sozialtherapeutischer Maßnahmen statt? Besprechung der möglichen Fortsetzung der Therapie, Informieren über die zur Auswahl stehenden Therapieformen, Hilfestellung beim Finden, bzw. Überweisen an einen geeigneten Therapeuten / Institution.

T Planung berufliche/private Aktivitäten:

Ging der Therapeut auf die Planung der beruflichen oder privaten Aktivitäten des Patienten nach Beendigung der Therapie ein? Patientenspezifische gemeinsame Ausarbeitung der beruflichen und privaten Perspektiven des Patienten nach Therapie- Ende und konkrete Planung soweit möglich.

U Besprechung einer schriftlichen Zusammenfassung:

Wurde dem Patienten eine schriftliche Zusammenfassung der Therapieergebnisse ausgehändigt UND diese mit ihm besprochen?

Hier liegt der Schwerpunkt auf dem gemeinsamen Durchsprechen der schriftlichen Zusammenfassung, auf der Klärung möglicher Unklarheiten und der offenen Diskussion eventueller Diskrepanzen.