

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

**Zusammenhänge zwischen zwei niedrigschweligen
psychosomatischen Interventionen
und dem proximalen Behandlungserfolg bei Patienten mit
multisomatoformer
Schmerz-Störung**

Eine Untersuchung im Rahmen der multizentrischen, manualisierten und randomisierten
klinischen Ergebnisstudie „PISO –Psychosomatische Intervention bei Patienten mit
schmerzdominierter multisomatoformer Störung“
(gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft AZ: HE 3200/4-1)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor rerum medicinalium
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Johanna Silvia Kahl
aus Marburg
2009

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Frau Professor Dr. med. G. Schneider

2. Berichterstatter: Herr Professor Dr. Dr. St. Evers

Tag der mündlichen Prüfung: 02.12.2009

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. W. Schmitz

Referent: Prof. Dr. med. G. Schneider

Koreferent: Prof. Dr. Dr. St. Evers

Zusammenfassung: Zusammenhänge zwischen zwei niedrigschwelligen psychosomatischen Interventionen und dem proximalen Behandlungserfolg bei Patienten mit multisomatoformer Schmerz-Störung - Eine Untersuchung im Rahmen der multizentrischen, manualisierten randomisierten klinischen Ergebnisstudie „PISO –Psychosomatische Intervention bei Patienten mit multisomatoformer Störung“

Verfasserin: Johanna S. Kahl

Es wurde die Münsteraner Stichprobe aus der randomisierten, klinischen PISO-Studie betrachtet mit dem Ziel, die kurzfristigen Effekte einer psychotherapeutisch ausgerichteten Intervention auf Patienten mit einer schmerzdominierten multisomatoformen Störung nach drei Monaten im Vergleich zu einer an der psychosomatischen Grundversorgung orientierten Kontrollbedingung darzustellen. Erfolgskriterien waren Veränderungen der erlebten körperbezogenen Lebensqualität (SF-36), der Körpersymptome (SOMS), des Krankheitsverhaltens, operationalisiert über ihre Inanspruchnahme medizinischer Hilfen, sowie des Krankheitskonzeptes (IPQ-R). Bewährter Prädiktor war die Alexithymie (TAS). Es wurden 34 erwachsene Patienten beider Geschlechter behandelt. Für beide Interventionen konnten positive Effekte auf die körperbezogene Lebensqualität nachgewiesen werden. Im Intergruppenvergleich ließ sich zum Behandlungsende keine Überlegenheit der Intervention nachweisen. Die Patienten beider Bedingungen haben zu Behandlungsende weniger körperliche Beschwerden als zu Beginn. Auch bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte die Überlegenheit der Interventions- gegenüber der Kontrollbedingung nicht nachgewiesen werden. Deskriptiv fanden sich Hinweise auf eine Zunahme an Erklärungsmodellen zur Erkrankung überhaupt und an eher psychosomatischen Erklärungen, inferenzstatistisch ließ sich dies nicht nachweisen. Deskriptiv ergaben sich Hinweise für eine leichte Abnahme von Inanspruchnahme medizinischer Hilfen. Therapeuten und Patienten schätzen den globalen Therapieverlauf ähnlich günstig ein, so dass es zu einem Neuanfang in helfenden Beziehungen im Gesundheitswesen zu kommen scheint. Schwachpunkte der Untersuchung sind die geringe Stichprobengröße und damit die fehlende Teststärke.

Tag der mündlichen Prüfung: 02.12.2009

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen

Verzeichnis der Abbildungen

1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen	3
2.1. Somatoforme Störungen	3
2.2. Krankheitsmodell somatoformer Störungen	6
2.3. Allgemeine Therapieempfehlungen	7
2.4. Evidenzbasierung der Therapiekonzepte	7
2.5. Die Multisomatoforme Störung	9
3. Problemstellung der PISO-Studie	10
4. Methode.....	11
4.1. Zielsetzung der vorliegenden Arbeit	11
4.2. Ein- und Ausschlusskriterien	12
4.3. Die zwei Arme der Intervention.....	13
4.3.1. Die PISO-Intervention	13
4.3.1.1. Vier therapeutische Prinzipien	15
4.3.1.2. Die Phasen der Intervention	17
4.3.2. EMC – Enhanced Medical Care	24
4.4. Hypothesen.....	26
4.5. Untersuchungsdesign.....	27
4.6. Diagnostik - Darstellung der Instrumente.....	28
4.6.1. Screening.....	33
4.6.2. t0- und t1-Messzeitpunkte.....	34
4.7. Poweranalyse.....	34
5. Durchführung der Untersuchung	36
5.1. Stichprobenrekrutierung und Screening	36
5.2. Beschreibung der kooperierenden Kliniken.....	37
6. Ergebnisse.....	38
6.1. Deskriptive Statistik	38
6.1.1. Geschlechterverteilung.....	39

6.1.2.	Altersverteilung	39
6.1.3.	Schulbildung und Berufsausbildung	39
6.1.4.	Beschäftigungsstatus, Arbeitsunfähigkeit und Rente	40
6.1.5.	Aktuelle Wohnsituation, Familienstand und Partnerschaft, Kinder	42
6.1.6.	Art der Hauptbeschwerde und Komorbiditäten.....	44
6.1.7.	Arztkonsultationen und Einnahme von Medikamenten.....	49
6.2.	Inferenzstatistische Überprüfung der Hypothesen	54
6.2.1.	Subjektive Einschätzung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes (SF-36).....	54
6.2.2.	Überprüfung eines möglichen Rückgangs von Körperbeschwerden (SOMS)	58
6.2.3.	Überprüfung der Veränderung des Krankheitskonzeptes (IPQ-R).....	61
6.2.4.	Beurteilung des Verlaufs aus Patienten- und aus Therapeutesicht (HAQ)	71
6.2.5.	Beurteilung der partnerschaftlichen Bindung (BoBi) und der Alexithymie (TAS)	73
6.3.	Unerwünschte Ereignisse und Dropouts.....	75
6.4.	Kasuistik: Zwei Therapie-Abschlussbriefe.....	76
7.	Diskussion	84
7.1.	Inhaltliche Ergebnisbewertung.....	84
7.1.1.	Hypothesentestung.....	84
7.1.2.	Vergleichbarkeit der Stichprobe	88
7.1.3.	Komorbidie psychische Störungen	89
7.1.4.	Diskussion der Dropouts.....	90
7.2.	Methodische Ergebnisbewertung	91
7.2.1.	Zu den Messinstrumenten	92
7.2.2.	Diskussion der Randomisierung und differentieller Aspekte.....	93
8.	Abschließende Bewertung & Schlussfolgerungen.....	94
9.	Literatur	98
10.	Anhang	108

Lebenslauf und Danksagung

Verzeichnis der Tabellen

1. Einschlusskriterien
2. Ausschlusskriterien
3. Darstellung Screening
4. Altersverteilung
5. Schulbildung
6. Berufsausbildung
7. Berufliche Situation
8. Arbeitsunfähigkeit
9. Wohnsituation
10. Partnersituation
11. Angaben zu den Kindern
12. Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder
13. PHQ: Hinweis auf unerklärte Körperbeschwerden, kategorial ausgewertet
14. PHQ: depressives Syndrom, kategorial ausgewertet
15. Summenwerte im Whiteley-Index zu t0 und t1
16. Somatische Diagnosen
17. Anzahl und Häufigkeit der Arztkonsultationen
18. Anzahl und Häufigkeit adjuvanter bzw. alternativer Behandlungsmethoden
19. Varianzanalyse: Zeitpunkte t0 und t1, Therapie mit PISO und EMC als die beiden unabhängigen Variablen, Skala "Körperliche Summenskala" im SF-36 als die abhängige Variable
20. Darstellung der Interaktion: Therapie * Zeitpunkt auf der Skala „Körperliche Summenskala“
21. Korrelation von körperbezogener und psychischer erlebter Lebensqualität zu t0
22. Korrelation von körperbezogener und psychischer erlebter Lebensqualität zu t1
23. Varianzanalyse: Zeitpunkte t0 und t1, Therapie mit PISO und EMC als die beiden unabhängigen Variablen, Skala "Psychische Summenskala" im SF-36 als die abhängige Variable
24. Darstellung der Interaktion: Therapie * Zeitpunkt auf der Psychischen Summenskala

25. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Beschwerdezahl im SOMS als der abhängigen Variable
26. Darstellung der Interaktion: Therapie * Zeitpunkt
27. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Beschwerdezahl im SOMS größer, gleich 3 als der abhängigen Variable
28. Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt
29. Patientenselbstauskunft im IPQ-R: „Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind...“
30. Ergebnisse des Sign-Test
31. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Timeline“ - Zeitlicher Verlauf der Erkrankung chronisch vs. akut (IPQ-R) als der abhängigen Variable
32. Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Timeline“ (IPQ-R)
33. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Persönliche Kontrolle“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable
34. Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Persönliche Kontrolle“ (IPQ-R)
35. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Emotionale Repräsentanz“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable
36. Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Emotionale Repräsentanz“ (IPQ-R)
37. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Kohärenz“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable
38. Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Kohärenz“ (IPQ-R)
39. Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Zyklisches Auftreten“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable

40. Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Zyklisches Auftreten“ (IPQ-R)
41. Mittlere Einschätzung der wahrgenommenen therapeutischen Beziehung und des wahrgenommenen therapeutischen Prozesses aus Patientensicht (HAQ), getrennt für PISO und EMC
42. Mittelwerte der BoBi-Dimensionen Angst und Vermeidung
43. TAS-Werte

Verzeichnis der Abbildungen

1. Ablaufdiagramm der vorliegenden Arbeit in gekürzter - der Übersichtlichkeit dienenden - Form
2. Dauer der Krankschreibung in Wochen bezogen auf die letzten 12 Monate
3. Familienstand
4. Art der Hauptbeschwerde zum Zeitpunkt t0
5. Verlauf global – laut Patient
6. Verlauf global – laut Therapeut

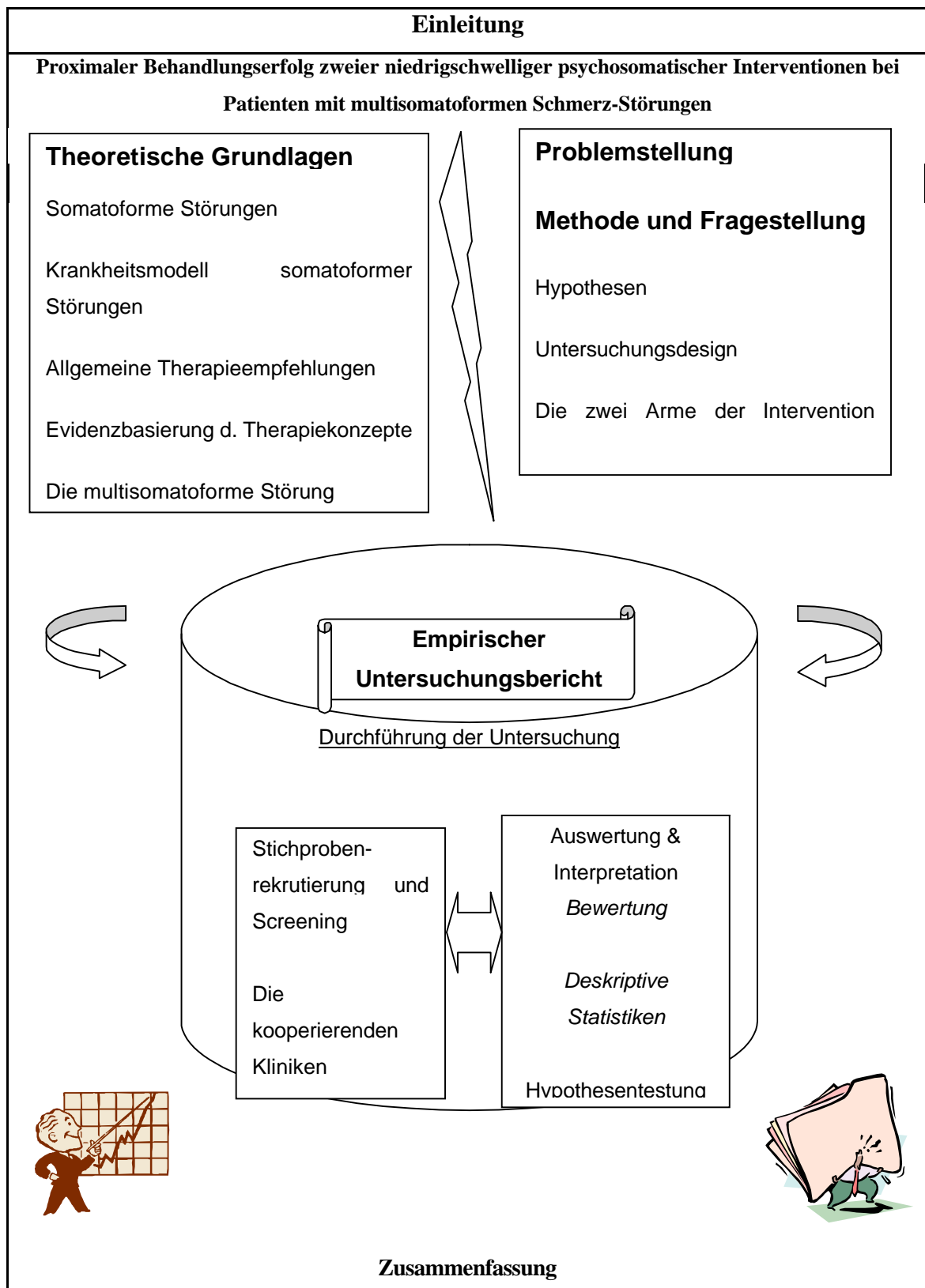
1. Einleitung

In der multizentrischen, zweiarmigen, randomisierten klinischen PISO-Studie geht es um die Überprüfung der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention, basierend auf Prinzipien der psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeittherapie. Diese Therapieform hat sich für verschiedene Patientengruppen und Settings als grundsätzlich wirksam erwiesen (Leichsenring et al., 2004). Das Akronym PISO steht dabei für Psychosomatische Intervention bei Patienten mit Multisomatiformer (Schmerz-) Störung. In der PISO-Studie werden therapeutische Erweiterungen für Patienten mit somatoformen Störungen von Guthrie in Manchester, Großbritannien, als Beraterin der Studie (vergleiche unveröffentlichtes Manuskript), und von Rudolf und Henningsen (2003) in Deutschland wesentlich berücksichtigt. Das zu überprüfende therapeutische Angebot richtet sich an Patienten mit einer schmerzdominierten multisomatoformen Störung, die in somatischen Kliniken und Spezialeinrichtungen rekrutiert werden.

Die vorliegende Arbeit stellt einen speziellen Teilaspekt aus der gesamten PISO-Studie dar, welche von der DFG im Rahmen des Programms „Klinische Studien“ unter Federführung von Professor Dr. Peter Henningsen, Technische Universität München gefördert wurde (AZ: HE 3200/4-1). Sie betrachtet lediglich die Münsteraner Stichprobe, und zwar zu den Zeitpunkten t0, vor Beginn, und zu t1, nach Abschluss der Intervention nach drei Monaten, ohne die Ergebnisse der Einjahreskatamnese mit einzubeziehen. Diese Arbeit befasst sich also mit den verschiedenen Fragestellungen, die den proximalen Behandlungserfolg betreffen. Der Datenerhebungszeitraum für t0 und t1 ging von Mai 2006 bis Dezember 2007.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Zunächst werden das Störungsbild und therapeutische Implikationen dargestellt, was in die Problemstellung der Arbeit mündet. Die Methodik und die konkreten Fragestellungen werden abgeleitet. Einen großen Raum nimmt die Darstellung der Intervention ein. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse sowohl deskriptiv- als auch inferenzstatistisch dargestellt und kritisch diskutiert.

Abbildung 1: Ablaufdiagramm der vorliegenden Arbeit in gekürzter - der Übersichtlichkeit dienenden - Form



2. Theoretische Grundlagen

2.1. Somatoforme Störungen

Entsprechend den Leitlinien der AMWF¹ zu somatoformen Störungen kommen diese in der medizinischen Erstversorgung regelhaft vor, sind also keineswegs Randerscheinungen im ärztlichen Alltag. Sie liegen bei bis zu jedem fünften Hausarztpatienten in der Primärversorgung und bis zu jedem 2,5. bis 10. Patienten in der stationären medizinischen Versorgung vor.

Kirmayer und Robbins (1991) beziffern für Patienten einer Allgemeinarztpraxis die Häufigkeit von Somatisierungssyndromen mit 16% und von chronischen Schmerzstörungen mit 12%. Nimnuan et al. (2001) und Reid et al. (2001) nennen für gastroenterologische und neurologische Abteilungen Häufigkeiten schwerer Schmerzsymptome und körperlicher Dysfunktionen von 30-40%, die nach angemessener organmedizinischer Abklärung unerklärt bleiben, für den Bereich der Gynäkologie nennen sie Werte bis zu sogar 66 %. Grabe et al. (2003) beziffern die Lebenszeitprävalenz einer schmerzdominierten somatoformen Störung in der deutschen Bevölkerung auf 33,7%. Bleichhardt und Hiller (2006) beziffern die 12-Monats-Prävalenz für Deutschland mit 11% für somatoforme Störungen (vergleiche auch Eichenberg, 2004; Wittchen et al., 1999, 2002; Grabe & Freyberger, 2003). In einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung in Deutschland kommen Hiller et al. (2006) sogar zu dem Schluss, dass somatisch unerklärte Körpersymptome ein alltägliches Phänomen darstellen: Gut 80% der Befragten gaben aus einer Liste mit allen in der ICD-10 und dem DSM-IV beschriebenen 53 Symptomen an, in den letzten sieben Tagen mindestens ein Symptom und dadurch eine leichte Beeinträchtigung verspürt zu haben, gut 20 % immerhin mindestens ein Symptom, welches eine schwerere Beeinträchtigung nach sich zog (vergleiche auch Nanke & Rief, 2003). Rief et al. (2001) erhoben Rückenschmerzen als das häufigste somatoforme Schmerzsymptom der Deutschen, gefolgt von Gelenkschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten und Kopfschmerzen.

¹ <http://awmf.org/>

Demnach dominieren die somatoformen Schmerzsymptome. Aufgrund der Forschungsergebnisse stellen Menschen mit somatoformen Störungen eine große und damit auch bedeutsame Patientengruppe innerhalb unseres Gesundheitssystems dar.

Somatoforme Patienten gelten als „schwierig“ beim Allgemeinmediziner und „unmotiviert“ beim Psychotherapeuten (siehe auch Berwald, 1991, Rief & Henningsen, 2005, Herrmann, 2006, Gündel et al., 2005, Nanke & Rief, 2003). Nanke und Rief (2003) werfen die Frage einer psychotherapeutischen Unterversorgung speziell dieser Patientengruppe auf. Auch Wittchen et al. (1999, 2002) machen darauf aufmerksam, dass sich für somatoforme Störungen niedrige und damit unzureichende Versorgungsraten ergeben.

Dies lässt erkennen, dass die bereitgestellten Angebote zur effektiven Erreichung und Behandlung dieser Patientengruppe in unserem Gesundheitswesen bislang völlig unzureichend sind. Weiter zeichnet sich hier ab, dass diese Patienten Einbußen in ihrer Lebensqualität zu verzeichnen haben. Gureje und Simon (1999), auch Reid et al. (2003) wiesen nach, dass unbehandelt viele Patienten mit medizinisch unerklärten Symptomen unter diesen auch drei Jahre später oft noch leiden, was einen Beleg für die Chronifizierungsneigung dieser Störungen darstellt.

In der ICD-10 (Dilling, 2005) werden als charakteristische Hauptmerkmale des Beschwerdebildes dieser großen Patientengruppe benannt: das wiederholte Vorhandensein und das Darbieten von häufig nicht mit anatomischen Gegebenheiten übereinstimmenden körperlichen Symptomen, gekoppelt mit dem Wunsch der Patienten nach organmedizinischer Behandlung, den negativen Befunden und Aussagen der behandelnden Ärzte über ein fehlendes, suffizient erklärendes organisches Korrelat zum Trotz. Dabei können alle Organsysteme von den Beschwerden betroffen sein. Die Art der Symptome legt einen medizinischen Krankheitsfaktor nahe, der sich jedoch nicht oder nicht ausreichend objektiveren lässt. Weiter kennzeichnend sind das organische Krankheitskonzept der Patienten und die organische Kausalattribution der Symptomenese (Martin et al., 2007), verbunden mit einer Abwehr eines psychologischen oder besser psychosomatischen Krankheitsmodells. Häufig kommt es auch zu einer ängstlichen Beschäftigung mit der vermeintlich organischen Erkrankung. Des weiteren ist ein Wechsel der Symptome charakteristisch - obwohl es auch

oligosymptomatische Krankheitsverläufe gibt - ebenso wie häufige Arztkonsultationen und Arztwechsel, auch einer Enttäuschung über eine Behandlung geschuldet, die nicht die gewünschte Linderung der Beschwerden nach sich zieht. In diesem Aspekt deutet sich eine „Beziehungsstörung“ (Rudolf, Henningsen, 1998, 2003) der betroffenen Patienten mit Helfern im Rahmen des Gesundheitswesens an. Es zeichnet sich außerdem ein Wechselspiel von Hoffnung auf Linderung, Bereitschaft zu oft invasiven Eingriffen und von Enttäuschung über den konsequenterweise ausbleibenden Behandlungserfolg der somatischen Diagnostik und Therapie, ggf. eine iatrogene Schädigung ab. Oft folgt ein Arztwechsel, sog. „doctor-shopping“, und erneut Hoffnung auf eine erfolgreiche Behandlung (Herrmann 2006). Diese Patientengruppe ist sowohl körperlich als auch interpersonell stark beeinträchtigt und häufig sehr klagsam, um Legitimation der Beschwerden ringend. Es entsteht großes subjektives Leid infolge der Beschwerden, aber auch infolge der oftmals erfolglosen somatischen Behandlungsversuche.

Bei dieser Patientengruppe finden sich gemäß den Leitlinien *Somatoforme Störungen* (siehe oben) häufig anamnestisch Hinweise auf affektive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, auch in Kombination mit belasteten Biografien, oftmals Gewalterleben, körperliche, psychische und sexuelle Traumatisierungen, und komorbid andere psychische wie körperliche Störungen (Wittchen et al., 2002, Herrmann, 2006, Schneider, 2004, Rossa et al., 2004). Die Körpersymptome treten häufig initial in Koinzidenz mit psychosozialen Belastungsfaktoren auf – für Außenstehende einen Zusammenhang erkennen lassend, der jedoch von den Betroffenen regelhaft negiert wird.

Hiller et al. (2003, 2004) belegten, dass diese „High utilizer“ der medizinischen Versorgung ca. 2,2mal mehr Kosten im Gesundheitssystem als „Durchschnittspatienten“ verursachen. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen Barsky et al. (2005). Dieser ökonomische Aspekt weist – neben dem großen Leid für Betroffene – auf die gesamtgesellschaftliche Dimension der Problemstellung hin. Somit wird deutlich, wieso sich die Fragen nach einem verbesserten Zugang zur Behandlung dieser Klientel so drängend stellen.

2.2. Krankheitsmodell somatoformer Störungen

Lipowsky (1988) beschreibt den Vorgang der Somatisierung als „...die Tendenz, psychischen Stress in Form körperlicher Beschwerden, denen keine medizinischen Befunde entsprechen, zu erleben und auszudrücken; die Tendenz, diese Beschwerden auf körperliche Erkrankungen zurückzuführen und dafür medizinische Hilfe zu suchen.“ In dieser Definition von Somatisierung finden sich zwei Aspekte, die für die Behandlung wichtig sind: Das Ausdrücken seelischen Erlebens primär im Körperlichen, aber auch die Kausalattribution in einem organischen Krankheitsmodell.

Damit in Verbindung steht das Konzept der Alexithymie, womit in psychoanalytischer Tradition nach John C. Nemiah und Peter E. Sifneos, die den Begriff 1973 maßgeblich prägten, eine Unfähigkeit beim Erkennen und Ausdrücken von Emotionen, sowie eine konkretistische, extern orientierte Denkweise mit Mangel an Fantasietätigkeit gemeint ist (Bach et al., 1996; Kampfhammer, 2001). Gleichzeitig gilt Alexithymie als ein Risikofaktor für verschiedene psychiatrische und psychosomatische Störungen (Bagby et al., 1994). Auch Kampfhammer (ebenda) zitiert Pennebaker und beschreibt damit somatoforme Symptome als ein Symbol für ein emotionales Erleben, für eine „Negative Affektivität“. Fenichel (1945 / 1983) formulierte das Modell der Affektäquivalente oder Affektkorrelate, welches besagt, dass bei somatoformen Störungen lediglich die körperliche Affektkomponente für die Betroffenen spürbar werde, ohne ein ganzheitliches Affekterleben.

Henningsen und Rudolf (1998, 2003) ergänzten diese intrapsychischen-intrapersonellen Modelle: Die interpersonell-affektive Komponente werde von diesen traditionell intrapersonalen Erklärungsmodellen nicht berücksichtigt: Initial besteht eine Körperbeziehungsstörung als maladaptive Körperumgangserfahrungen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Diese disponiert die betroffene Person zu negativ getönten Körpererfahrungen, fußend auf maladaptiven Erfahrungen in der Mutter-Kind-Dyade mit dem Risiko einer sich später entwickelnden „Beziehungsstörung im Gesundheitswesen“ in der ebenfalls abhängig asymmetrisch aufgebauten Arzt-Patienten-Dyade. Es ist im Kontakt mit diesen Patienten hochgradig auffällig, dass der Affekt im Bericht über Lebenssituationen ausbleibt - vergleichbar einer in Termini der OPD-2 (2006) eingeschränkten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung - sich wohl aber negativ getönte Affekte im Kontext wechselseitiger Infragestellung von Leiden und

Kompetenz in der Beziehung zu Helfern im Gesundheitswesen manifestierten. Henningsen und Rudolf (1998, 2003) beschreiben die somatoformen Störungen weiter als eine spezifische Störung im Körperbild bzw. der Körperwahrnehmung, Somatisierung als spezifische, kulturell mitgeprägte affektive Störung mit typischem körperzentriertem Erleben, komplexer Struktur und eventuell physiologischen Normabweichungen. Diese Aspekte finden in der PISO-Intervention besondere Berücksichtigung. Diese Sichtweise hilft den Behandelnden ganz praktisch, die Körpersymptome und die daran geknüpften Beziehungsepisoden als primären Gegenstand der Therapie anzunehmen und darüber ausführlich mit den Patienten zu sprechen.

2.3. Allgemeine Therapieempfehlungen

Hiller und Rief (1998) benennen als Grundregel zum Umgang mit somatoformen Patienten den Aufbau einer empathischen Beziehung: Dies beinhaltet wesentlich, den Patienten mit seinen Beschwerden ernst zu nehmen und die Beschwerden als Teil der persönlichen Kommunikation des Patienten aufzufassen. Es ist auch zentral, dem „Doctor-shopping“ entgegenzuwirken, das heißt offene Absprachen über Arztkonsultationen zu treffen und auf eine regelmäßige Konsultation „nach Schema“, nicht nach Bedarf hinzuarbeiten (Gralow, 2002). Weiter empfehlen sie, in der Behandlung realistische, definierbare Ziele, sog. „Babysteps“ (Rief, Henningsen 2005) ins Auge zu fassen, keine Beschwerdefreiheit zu versprechen und sich langsam an psychische Aspekte heranzutasten. Auch aus der Schmerztherapie kennt man derartige Herangehensweisen, in denen es um Akzeptanz, Umbewertung und Konzentration auf erreichbare Ziele geht (Pfungsten et al., 2007), damit auch um die Erhöhung internaler Kontrollüberzeugungen.

2.4. Evidenzbasierung der Therapiekonzepte

Es wurden sowohl in analytisch-tiefenpsychologischen als auch in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren jeweils Behandlungskonzepte zur Therapie

somatoformer Störungen entwickelt (Creed und Guthrie, 1993; Sharpe et al., 1992; Nickel und Egle, 1998; Rief, Hiller, 1998, Scheidt, 2002). Einen guten Überblick über Therapiekonzepte liefern beispielsweise die von Hiller, Leibing, Leichsenring und Sulz 2004 erstmals herausgegebenen Lehrbücher der Psychotherapie, Band 1-3.

Ronel et al. (2007) machen darauf aufmerksam, wie dünn die wissenschaftliche und evidenzbasierte Untermauerung derartiger Konzepte ist. Auch Hiller und Rief (1998) merken humorvoll an, dass „die weltweite Forschungstätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch recht leicht zu überblicken ist. Kontrollierte Therapiestudien (...) liegen bislang nur von 7 Arbeitsgruppen vor.“ Auch in der Literaturübersicht von Allen et al. (2002), die sich mit Möglichkeiten der Psychotherapie bei Patienten mit somatoformer Störung befasst, bleiben viele Fragen offen: Es gebe messbare, aber lediglich bescheidene Verbesserungen, unabhängig von der Art der durchgeführten psychosozialen Intervention. Auch Henningsen et al. (2002) stellen einen Mangel an qualitativ hochwertigen, randomisierten und kontrollierten klinischen Studien fest. Gleichwohl konstatierten sie, ebenso wie Leichsenring et al. (2004), Kroenke (2007), Hiller et al. (2004) und viele andere, dass eine mäßige Wirksamkeit interpersonell-psychodynamischer Ansätze und kognitiv-behavioraler Methoden als belegt gelten kann.

Daraus leitet sich die Forderung nach weiterer Evidenzbasierung im Rahmen von randomisierten und kontrollierten Therapiestudien ab. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, die Patienten direkt „vor Ort“ in den somatischen Abteilungen und Praxen für eine solche psychotherapeutische Intervention zu gewinnen, dabei ihren störungsimmanenten Vorbehalten gegenüber einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Setting Rechnung zu tragen und ihre langen Leidenswege durch das Gesundheitswesen im Rahmen des „Doctor-Shoppings“ effektiv abzukürzen.

Die gesamte PISO-Studie stellt einen solchen Versuch der Evidenzbasierung dar: Eine Behandlungsmethode wird im multizentrischen Großversuch geprüft.

2.5. Die Multisomatoforme Störung

Der Vorteil des Konstruktes der Multisomatoformen Störung, welches von Kroenke et al (1997) geprägt und gleichzeitig auch empirisch validiert wurde, gegenüber den gemäß ICD-10 und DSM-IV definierten somatoformen Störungen liegt darin, dass analog zur Somatisierungsstörung einerseits organübergreifend verschiedene Organsysteme abgedeckt werden (vergleiche Ronel et al., 2008), was die klinische Realität besser abbildet als die Definition einzelner somatoformer autonomer und dissoziativer Störungen, andererseits für die Diagnosestellung aber weniger Symptome als für die Somatisierungsstörung gefordert werden. Das niedrigschwelligere Zeitkriterium entspricht ebenfalls besser der klinischen Realität als in der ICD-10 und dem DSM-IV, wo das Vorhandensein von verschiedenen Symptomen über zwei Jahre persistierend gefordert wird.

Kroenke et al. (1997) argumentieren, dass auch Patienten, die nicht vollständig die Kriterien der Somatisierungsstörung erfüllen, beträchtliche Einbußen an Lebensqualität erleiden, also auch behandlungsbedürftig klinisch erkrankt sind. Ferner erscheint es sinnvoll, die Patienten schon vor dem Ablauf von zwei Jahren identifizieren und behandeln zu können, um Chronifizierung vorzubeugen. Eine Multisomatoforme Störung kann also leichter diagnostiziert werden, was den Patienten leichter ermöglicht, eine Behandlung zu bekommen.

Die „Kroenke-Kriterien“ zur Definition der Multisomatoformen Störung lauten:

- A. Drei oder mehr somatoforme Symptome sind gegenwärtig vorhanden (das heißt im letzten Monat).
- B. Ein somatoformes Symptom liegt vor, wenn Kriterium 1 oder 2 zutrifft:
 - 1) Nach einer gründlichen Untersuchung kann das Symptom nicht vollständig durch die direkte physiologische Folge eines bekannten allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktors oder einer Substanz (zum Beispiel Drogenmissbrauch, Medikamente) erklärt werden.
 - 2) Falls es einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor gibt, übersteigen die körperlichen Beschwerden oder die soziale oder berufliche Beeinträchtigung bei weitem das, was aufgrund der Vorgeschichte, körperlichen Untersuchungen oder Laborbefunden zu erwarten wäre.

- C. Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.
- D. Obwohl sich die einzelnen Symptome ändern können, hat die Person ein oder mehrere somatoforme Symptome an mehr als 50% der Tage, über mindestens 2 Jahre.
- E. Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung sind nicht erfüllt; die Symptome sind auch nicht Teil der diagnostischen Kriterien einer gegenwärtig vorhandenen psychischen Störung (zum Beispiel Müdigkeit oder Schlaflosigkeit bei einem Patienten mit einer depressiven Störung oder Brustschmerzen und Schwindel, der nur während einer Panikattacke bei einem Patienten mit Panikstörung auftritt).
- F. Das Symptom wird nicht absichtlich vorgespielt oder produziert (wie zum Beispiel bei einer artifiziellen Störung oder bei Simulation).

3. Problemstellung der PISO-Studie

Die PISO-Studie wurde aufgrund klinischer Fragestellungen konzipiert: Bei hohem subjektiven Leid und starken Einbußen hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität, Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit ist die hohe Ambivalenz der betroffenen Patienten gegenüber psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten störungs-immanent. Entsprechend selten frequentieren diese Patienten einen Psychotherapeuten, suchen stattdessen somatische Behandler auf, wo sie ineffektiv Kosten verursachen, ohne dass ihnen wirksame und nachhaltige Hilfe zuteil wird. Daraus leitet sich die Frage ab, wie diese große Patientengruppe nicht nur erreicht, sondern auch effektiv behandelt werden kann.

Hier setzt die PISO-Studie an und rekrutiert die Patienten „da, wo sie sind“, nämlich in den somatischen Abteilungen und trägt damit auch in ihrer inhaltlichen Konzeption dem somatischen Krankheitsmodell der Patienten Rechnung. Dieser Rekrutierungsmodus bietet bei Gelingen praktischen Nutzen: Die Patienten kommen niedrigschwellig im

somatischen Setting mit dem Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Kontakt, was einen fließenden Übergang in die Psychotherapie und einen Neuanfang an Beziehung im Gesundheitswesen ermöglichen soll.

Sollte sich die PISO-Intervention an der Schnittstelle von somatischer Medizin zu psychosomatischer Medizin und Psychotherapie als erfolgreich erweisen, so wäre eine gute Möglichkeit gefunden, der fraglichen Patientengruppe eine Behandlung zu bieten, welche ihrerseits möglicherweise in der Lage ist, den Weg in die reguläre Psychotherapie zu ebnen. Weiter könnten die Erfahrungen genutzt werden, um auch seitens der somatisch tätigen Mediziner das Handlungswissen für diese Patientengruppe und insgesamt die Schnittstellenarbeit mit diesen „schwierigen“ Patienten zu verbessern.

Die PISO-Studie begrenzt sich mit der Fokussierung auf die multisomatoforme Störung als diagnostischer Kategorie nicht auf ein Organsystem. Damit ist die Voraussetzung für eine hohe Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Patientengruppen mit verschiedenen somatoformen Symptomen gegeben. Dies fehlt bislang in den wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit somatoformer Symptomatik, und das erhöht die klinische Relevanz.

4. Methode

4.1. Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Die PISO-Studie ist als multizentrische Studie mit sechs Studienzentren konzipiert. Die vorliegende Arbeit untersucht die Stichprobe, die am Universitätsklinikum Münster rekrutiert und behandelt wurde.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die kurzfristigen Effekte der PISO-Intervention auf die Patienten zum Ende der Behandlung im Vergleich zur Kontrollbedingung darzustellen. Erfolgskriterien der Intervention sind Veränderungen der subjektiv erlebten körperbezogenen Lebensqualität, der Körpersymptome, des Krankheitsverhaltens der Patienten sowie ihres Krankheitskonzeptes. Evaluiert werden die Prä-Post-Effekte beider Bedingungen sowie Intervention und Kontrollbedingung im

Vergleich. Ferner sollen Erfahrungen in der Gewinnung von Patienten an der Schnittstelle zur somatischen Medizin gesammelt werden.

4.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden eine Reihe von Einschluss- und Ausschlusskriterien definiert, um eine umschreibbare Stichprobe zu ziehen. Die Kriterien lauten wie in den beiden folgenden Tabellen dargestellt:

Tabelle 1: Einschlusskriterien

Einschlusskriterien

- Erfüllung der oben dargestellten „Kroenke-Kriterien“
 - SF-36 (Bullinger, M., Kirchberger, I., 1998): körperliche Summenskala Wert von = 40
 - Mindestalter 18 Jahre
 - Gute deutsche Sprachkenntnisse
 - Schriftliches „Informiertes Einverständnis“ der Patienten
-

Tabelle 2: Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien

- Mini-Mental-State-Examination (Folstein et. al., 1975): Ergebnis von < 27 zum Ausschluss einer relevanten kognitiven Störung
 - eine aktuell laufende psychotherapeutische Behandlung
 - Schwere und chronische körperliche Komorbiditäten, bspw. höhergradige Herzinsuffizienz oder Multiple Sklerose
 - schwere psychische komorbide Erkrankungen mit starker Beeinträchtigung sozialer Funktionen, bspw. Abhängigkeitserkrankungen oder eine schwere depressive Episode
-

Der Cut-Off-Wert im SF-36 wurde mit = 40 definiert, da die körperbezogene Lebensqualität das zentrale Erfolgskriterium in PISO darstellt. Er entspricht einer

Abweichung von einer Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes in der Normpopulation. In der PISO-Arbeitsgruppe wurde darüber diskutiert, wie mit früheren psychotherapeutischen Behandlungen zu verfahren sei. Ein Einschluss sollte davon abhängig gemacht werden, ob die Psychotherapie auch die aktuelle Symptomatik zum Inhalt hatte oder wegen anderer Beschwerden stattfand. Letzteres ist mit einer Teilnahme an PISO vereinbar.

4.3. Die zwei Arme der Intervention

4.3.1. Die PISO-Intervention

Die PISO-Intervention wurde in der Arbeitsgruppe von Henningsen, Gündel, Kruse, Sack, Sauer und Schneider als 12stündige phasendefinierte Intervention auf psychodynamischer Basis bei Patienten mit multisomatoformer Störung konzipiert (Publikation des Manuals in Vorbereitung). Die Behandlung ist damit stärker zu strukturieren, als es ansonsten in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie üblich ist. Psychotherapeutisch basieren die Ideen und Methoden - neben den grundsätzlich beispielsweise gemäß Leichsenring et al. (2004) als wirksam evaluierten psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeittherapieprinzipien - einerseits auf den empirisch gut belegten Konzepten von Guthrie (1991, 2000), andererseits auf denen von Rudolf und Henningsen (2003). Guthrie et al. (1991) wiesen im Rahmen einer kontrollierten randomisierten klinischen Studie den Erfolg einer sich über drei Monate erstreckenden psychotherapeutischen Intervention hinsichtlich Symptomreduktion nach, welche auch den Einsatz von Entspannungsverfahren beinhaltete. Vergleichspunkt war auch hier eine medizinische Standardbehandlung. Als therapeutische Haltung und gleichsam Leitlinie mit zahlreichen Interventionsvorschlägen wurden die „Adaptation of the Psychodynamic-interpersonal model to work with functional somatic disorders“ von Else Guthrie (unveröffentlicht) und die Leitlinie „Somatoforme Störungen“ der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zugrunde gelegt.

Die Behandlung ist zunächst an das Leitsymptom angepasst und geht im Verlauf mehr zu allgemeineren Aspekten im Kontext „unerklärter“ Körpersymptome über (PISO

Clinical Trial Protocol, Revised version, 12.07.2005, Übersetzung durch die Autorin). Die in PISO realisierten Haltungen seitens des Therapeuten erscheinen darüber hinaus auch für eine allgemeine klinische psychosomatisch-psychotherapeutische Arbeit sinnvoll.

Die folgende Darstellung im gesamten Kapitel 4.3.1 bezieht sich auf das in Publikationsvorbereitungen befindliche PISO-Manual der genannten Arbeitsgruppe.

Die Therapie folgt einem adaptierten Säulenmodell. Das bedeutet, dass Elemente einer früheren Phase auch in einer späteren Phase der Therapie noch Platz haben können, oder dass auf frühere Elemente adaptiv in Abhängigkeit vom Verlauf und den individuellen Bedürfnissen des Patienten erneut Bezug genommen werden kann. Die Patienten werden zu Beginn über den manualisierten Charakter der Therapie informiert. Dies soll eine „Entpsychologisierung“ bewirken und Ängste abbauen. Nach jeder Sitzung soll eine kurze Rückmeldung und Zusammenfassung der besprochenen Themen erfolgen, um die Transparenz im Vorgehen zu erhöhen und den therapeutischen Fortschritten die angemessene Bedeutung zu geben, also „das Bearbeitete explizit“ zu machen und darüber die Therapiemotivation zu erhöhen.

Weiter ist im Manual das körperorientierte Arbeiten mit Entspannungselementen, in der Regel Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, als fester Bestandteil vorgesehen. Auch hier ist der wichtige Aspekt, die Patienten in ihrer Nähe zum körperlichen Erleben sehr ernst zu nehmen und dem ein Höchstmaß an Beachtung zu schenken, wie im nächsten Abschnitt noch vertiefend erläutert wird. Ferner werden Haus- und Übungsaufgaben aufgegeben, beispielsweise das Üben der Progressiven Muskelentspannung, das Führen des Symptomtagebuchs² oder auch die Durchführung angenehmer Aktivitäten zur Wiedererlangung von Genussfähigkeit.

Weiter sind Arztbriefe an den Hausarzt zu Studienbeginn und am Ende der Intervention zu verfassen, um für Transparenz im Behandlungsprozess zu sorgen.

² Siehe Anhang

4.3.1.1. Vier therapeutische Prinzipien

Grundlegend wurden von den PISO-Autoren vier therapeutische Prinzipien formuliert, an denen sich die Intervention orientiert.

1. Das Entgegennehmen der Symptomklage

Die von den Patienten vorgebrachten Körperbeschwerden und die an diese geknüpften Beziehungsepisoden sollten, nicht nur im Erstgespräch, das primäre Material der Therapie sein. Sie werden also in PISO weder als „Zeitverschwendung“ noch als „Widerstand“ verstanden. Das Entgegennehmen der Symptomklage geht im Sinne einer komplementären Beziehungsgestaltung noch einen Schritt weiter: Der Therapeut ist dabei nicht nur passiv, entgegennehmend, sondern er organisiert und strukturiert die Klage mit seinen Anregungen und Reaktionen, er zeigt Interesse für die Körpersymptome. Der Patient wird dadurch ernst genommen und „da abgeholt, wo er gerade steht.“ Die Schwelle zur Psychotherapie soll damit für die Patienten sehr niedrig gehalten werden. Die intensive Darbietung der Symptome soll weiter den Kontext von Beziehungsepisoden und Affekten deutlich werden lassen, welcher in der zweiten Phase der Intervention eine zentrale Bedeutung bekommt. Das Entgegennehmen der Symptomklage ist in den Termini der strukturbezogenen Psychotherapie (Rudolf, 2006) als ein sich hinter den Patienten stellen, oder auch als „Containing“ zu verstehen.

2. Tangentiale Gesprächsführung

Dies beinhaltet ein aktiv-stützendes, nicht forderndes Vorgehen. So sind die PISO-Therapeuten explizit aufgefordert, eigene Statements zu geben und von den Patienten keine psychologische Einsicht zu fordern. Psychologische Themen sollen eher beiläufig angesprochen werden, mit allgemeinen Begriffen wie „Stress“, „Belastung“ oder ähnlichem, auch eher von der eigenen Person des Therapeuten her beispielhaft Zusammenhänge vorschlagend als sie dem Patienten nahe zu legen („ich kenne es so, dass...“), um jeglichem Gefühl von Stigmatisierung auf Patientenseite vorzubeugen. Dem zugrunde liegt als Motto: „Psychotherapeutische Prozesse kommen am ehesten zustande, wenn sie anfangs weder vom Rahmen her noch von der Wortwahl als solche explizit angestrebt werden“.

3. Verzicht auf Konfrontation mit Widerstand und Deutungen

Hintergrund hierfür ist die klinische Erfahrung, dass besonders initial Deutungen möglicher psychosozialer Zusammenhänge der (Körper-) Beschwerden leicht als Infragestellung derselben und nicht als hilfreiche Anregung zur emotional-kognitiven Reflexion erlebt werden können und eher in einen Beziehungsabbruch münden als in die Fortführung der psychotherapeutischen Arbeit. Und dieser Beziehungsabbruch soll - eingedenk der postulierten Beziehungsstörung – verhindert werden, um eine neue, korrigierende Erfahrung zu ermöglichen. Bei der Diskussion über Ursachen der Beschwerden zwischen Therapeut und Patient sollen kategoriale „Entweder-Oder“-Diskussionen vermieden werden. Vielmehr ist die Zielsetzung, auf eine Erweiterung des Krankheits- und auch Gesundheitskonzeptes im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses und damit eines „Sowohl als auch“ hinzuarbeiten. Eine mögliche organische Beteiligung am Beschwerdebild kann in das Störungsmodell einfließen, unter Betonung, dass eine ausschließlich organische Erklärung nicht ausreicht, um die Beschwerdeproblematik zu verstehen. Weiter soll eine Konfrontation mit problematischen und unbewussten Aspekten des Verhaltens und Erlebens möglichst unterbleiben, um nicht das ohnehin per definitionem fragile Arbeitsbündnis zu gefährden. Die Ausnahme dabei sollen akute Selbst- oder Fremdschädigung bilden.

Die Intervention soll in einer Atmosphäre von Präsenz, Respekt und Akzeptanz (Heigl-Evers, Ott, 2002) stattfinden, innerhalb derer die Äußerungen des Patienten als seine spezifische Kommunikationsform, nicht als Epiphänomen unbewusster Konflikte, sondern als Ressource verstanden werden.

4. Selektiv-authentisches Reagieren

Dieses „Prinzip Antwort“ anstelle des „Prinzips Deutung“ und anstelle der analytischen Neutralität als „Einladung zur Selbstreflexion“ hat sich in der Psychotherapie mit persönlichkeitsstrukturell beeinträchtigten Patienten bewährt (bspw. Rudolf & Horn, 2006), in der sog. psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie ist es zum Beispiel die zentrale Interventionsform (Heigl-Evers, Ott, 2002). Auch im Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen ist dieses Prinzip unabhängig vom Niveau der Persönlichkeitsstruktur zum Aufbau der Arbeitsbeziehung hilfreich und notwendig. Es umfasst in der in PISO konzipierten Kurztherapie insbesondere eine aktive

wohlwollende, nicht neutrale sondern zugewandte Haltung (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript), in der der Therapeut als „Hilfs-Ich“ ein therapeutisches „Wir“ fördert (Rudolf, 2006).

4.3.1.2. Die Phasen der Intervention

Aufbauend auf diesen vier grundlegenden Therapieprinzipien wurden drei therapeutische Phasen formuliert:

Phase 1: Symptomverständnis (3-4 Sitzungen)

Phase 2a: Beziehung zum Körper

Phase 2b: Affekte und Beziehungserfahrungen (Phase 2 insgesamt 5-6 Sitzungen)

Phase 3: Bilanz (3 Sitzungen)

Für die Phase 1 stehen drei bis vier Sitzungen zur Verfügung. Die erste davon kann bis zu 100 Minuten dauern, um mit den Patienten gut in Kontakt zu kommen, um eine empathische therapeutische Arbeitsbeziehung, ein „conversational model“ (Hobson, nach Guthrie, 1991) aufzubauen. In dieser Phase soll intensiv am beiderseitigen Symptomverständnis gearbeitet werden, auch über eine wertschätzende Entgegennahme der Symptomklagen und „using the patient’s language“ (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript), ferner an einer detaillierten Erhebung der subjektiven Krankheitstheorie und der Ursachenüberzeugungen (Wöller, Kruse, 2005). Ein Ziel ist die vollständige Erstellung einer „Landkarte der Beschwerden“. Hier wird anhand einer Checkliste³ der ganze Körper nach Beschwerden durchgefragt: Schmerzen, Beschwerden in der Kopfregion, der Mundregion, der Bauchregion, im Zusammenhang mit der Verdauung, in der Unterleibsregion, im Brustraum, im Zusammenhang mit der Atmung, der Haut, der Gelenke, der Muskulatur sowie sonstige unspezifische, nicht lokale Beschwerden wie starke Erschöpfung nach geringer Anstrengung, Zittern etc. Auf Therapeutenseite ist es wichtig, auf mitschwingende Affekte zu achten, ohne diese an dieser Stelle zu kommunizieren. Ergänzend ist die Erhebung anamnestischer und biografischer Eckdaten, auch vor Auftreten der Symptome (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript)

³ S. Anhang

sowie zur aktuellen Lebenssituation, aber entscheidend auch zu Behandlungsvorerfahrungen, Delegitimierungs- oder Invalidierungserfahrungen und Affekten in dem Zusammenhang vorgesehen. Die Symptome sind für die Patienten oftmals prägende Elemente ihres Lebens mit jahrelangen Auswirkungen in alle Bereiche ihrer Biografie. Das gilt es zu verstehen. Häufig ist es für die Patienten leichter, psychische Folgesymptome auf die körperlichen Belastungen einzuräumen und damit bereits somato-psychische Zusammenhänge zuzulassen, als im weiteren die Erarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge und Modelle (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript). Sich intensiv den körperlichen Symptomen zu widmen, „sich hinter den Patienten zu stellen“ und das „Containing“ (Rudolf, 2006) soll gleichzeitig auch dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung dienen. Das stellt für die Patienten eine Herausforderung dar, besonders vor dem Hintergrund bisheriger Beziehungserfahrungen im Gesundheitswesen, aber auch eingedenk der organischen Krankheitsmodelle der Patienten. Guthrie empfiehlt auch, in der Gegenübertragung in der therapeutischen Erfahrung sehr aufmerksam zu sein und auf „Moments of togetherness“ beziehungsweise „moments of aloneness“ (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript) zu achten: damit ist unmittelbar ein Berührungspunkt mit der therapeutischen Beziehung und möglicherweise auch anderen Beziehungserfahrungen des Patienten im Kontext der Symptome hergestellt, der weiter bearbeitet werden kann. Guthrie regt in ihrem unveröffentlichten Manuskript an, die Ressourcen, die Anstrengungen, die die Patienten bereits im Zusammenhang mit den Beschwerden unternommen haben, aktiv zu würdigen und wertzuschätzen. Interpersonelle Hypothesen können vom Therapeuten bereits anhand von Informationen über Reaktionen und Umgang von Bezugspersonen mit den Beschwerden generiert werden - sollten aber noch nicht besprochen werden.

Vor dem Hintergrund des Postulats von Hennigsen (1998) der somatoformen Störung als Beziehungsstörung sollen explizit zu Beginn der Intervention, auch in Anlehnung an die Vorschläge von Guthrie, Therapieziele besprochen und vereinbart werden, mit dem Schwerpunkt auf einem veränderten Umgang des Patienten mit seiner Störung, seinen Beschwerden, auch sensu Rudolf (2006). Hier geht es also um einen Aspekt von Bewältigung, aber auch auf ein Hinarbeiten auf ein verändertes Gesundheitskonzept im Sinne des von Antonovsky (1997) beschriebenen Gesundheitskonzepts als

mehrdimensionalem Kontinuum. Demnach beinhaltet Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Dabei soll auf das aktive Relativieren der überhöhten Zielvorstellungen auf Patientenseite ein wichtiges Augenmerk gelegt werden, um einer erneuten Enttäuschung in einer helfenden Beziehung innerhalb des Gesundheitswesens - überhöhten Zielvorstellungen und Heilserwartungen geschuldet - aktiv vorzubeugen und einen echten Neuanfang einer Beziehungsgestaltung zu ermöglichen, auch als ein „sich neben den Patienten stellen“ (Rudolf, 2006). Damit ist eine therapeutische Haltung der strukturbezogenen psychodynamischen Therapie nach Rudolf (2006) gemeint: Die Position eines dritten, der zwischen dem Patienten und seinen Objekten vermittelt, indem sowohl die Sicht des Patienten als auch die der Objekte bzw. der äußeren Wirklichkeit vertreten wird. Die Formulierung von Therapiezielen dient dazu, den Patienten von Anfang an verantwortlich in seine Behandlung mit einzubinden. Dazu steht ein Formblatt zur Verfügung⁴.

Es wird als wesentlich erachtet, sehr frühzeitig und aktiv Ambivalenzen gegenüber einer psychosomatischen Intervention anzusprechen, damit offen zu machen und wohlwollend anzunehmen.

Weitere Elemente der Phase 1 sind an das Leitsymptom angepasste psychoedukative Elemente beinhalten, die idealer Weise an den subjektiven Krankheitstheorien andocken und diese erweitern bzw. korrigieren, auch unterstützt durch bild- und textliches Anschauungsmaterial. Hier lieferten in der Durchführung „Der gesunde Kranke“ von Lieb und Pein (2001) ebenso wertvolle Anregungen wie das Büchlein von Rauh und Rief (2006) „Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste“. Die Arbeit mit einem zu Hause zu führenden Symptomtagebuch⁵ vertieft dies: Ziel ist, die Patienten aktiv einzubeziehen, zur eigenständigen Hypothesenbildung und sorgsamsten Wahrnehmung von eventuellen Parallelitäten vom inneren und körperlichen Erleben mit äußeren Beziehungsepisoden, situativ-gedanklichen und behavioralen Aspekten anzuregen. Bestenfalls kann dadurch eine Stärkung des internalen Kontrollerlebens erfolgen. Auch soll mit dem Tagebuch die häufige Fehlwahrnehmung, die Beschwerden seien „immer gleich“, korrigiert werden (Rief, Henningsen, 2005). Derartige Zusammenhänge können ihrerseits, zunächst neutral und allgemein psychoedukativ,

⁴ s. Anhang

⁵ s. Anhang

dann jedoch vermehrt am Beispiel des Patienten, dennoch tangential, mit Hilfe des Symptomtagebuches vertiefend besprochen werden.

Das Symptomtagebuch steht in zwei aufeinander aufbauenden Versionen zur Verfügung, die nacheinander in der Therapie zum Einsatz kommen: Einmal sollten die Art und Stärke der Beschwerde und Aspekte der äußeren Situation protokolliert werden, ein anderes Mal - etwas elaborierter - zusätzlich Angaben zur „inneren Situation“, also begleitenden Gedanken und Gefühlen.

Weiter soll in Phase 1 mit der Vermittlung von Entspannungsverfahren begonnen werden: Das Prinzip der Jacobson'schen Relaxation sollte den Patienten erklärt und die praktische Durchführung vermittelt werden. Zusätzlich zur Vereinbarung des häuslichen Übens soll auch in den Sitzungen der Übungsstand und damit auch ein verbessertes Körperbewusstsein und Körpergefühl evaluiert und gemeinsam eine Kurzversion geübt werden. Die aktive Entspannung soll auch als motivationales Element die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Patienten hinsichtlich ihrer Körperbeschwerden günstig beeinflussen.

In Phase 2a, also dem Beginn der zweiten Phase, soll es um die Beziehung zum eigenen Körper und um eine Symptomkontextklärung gehen. Ein explizites Therapieziel aus der Vereinbarung in Phase 1 könnte auch „dem eigenen Körper wieder mehr vertrauen“ sein. Dazu soll der Therapeut die Symptomklage als primäres Material der Therapie „anreichern mit eigenen Affekten und Bildern, die Klage organisieren und sprachlich symbolisieren“ (vergleiche Wöller und Kruse, 2005, „Feeling language“, Guthrie, Manchester, unveröffentlichtes Manuskript). Dazu lieferte die Liste körperbezogener Redewendungen nach Hansen und Vogeler (1981, zitiert nach Lieb und Pein, 2001) wertvolle Hilfestellung. Es geht demnach um die Erweiterung von realen körperlichen Beschwerden um eine differenzierte affektive Dimension und damit auch ein zunehmendes „sich dem Patienten Gegenüberstellen“, aber auch eine spiegelnde Beschreibung nicht bewusster Aspekte (Rudolf, 2006). Es soll auf eine Differenzierung von Körper - Affekt, Gefühl – Gedanke, Bewertung und Verhalten hingearbeitet werden, um auch zu erkennen, dass an diesen unterschiedlichen Elementen der Verhaltenskette jeweils Entscheidungen und Veränderungen möglich sind. Es sollen sowohl die Beschwerden, als auch die damit verknüpften Affekte jeweils ernst

genommen und validiert werden (Wöller, Kruse, 2005). Im Sinne der tangentialen Gesprächsführung kann „Mein Freund John“ o. ä. (vergleiche Wöller und Kruse, 2005) eine passende Intervention darstellen, aber auch die Vorschläge von Guthrie (unveröffentlichtes Manuskript) berücksichtigend, Interesse signalisieren, „Und wie ist das bei ihnen?“, oder aber auch mit Heigl-Evers und Ott (2002) Antworten in Harmonie wie „Auf mich wirken sie jetzt...Könnte da was dran sein?“.

Weiter wesentlich in dieser Phase ist die Förderung der körperlichen Aktivität zur Durchbrechung von dysfunktionalen Teufelskreisen aus Schonung und Beschwerden. Die Patienten sollen wieder positive Erfahrungen bei körperbezogener Eigenaktivität sammeln und damit verknüpfte positive Affekte - Lust, Unlust, Vitalität – erleben. So können beispielsweise als Hausaufgaben ein Kinobesuch, Spaziergänge oder andere lustvolle Aktivitäten zur Förderung der Genussfähigkeit und Selbstfürsorge vereinbart werden, auch unter Bezugnahme und individualisierter Anwendung der von Koppenhöfer und Lutz (1984, zitiert nach Koppenhöfer, 2004) publizierten „Genussregeln“. Demgegenüber sollen die bisherige Enttäuschung als starker Affekt am eigenen Körper und Affekte der Scham thematisiert werden. Das Repertoire an Gefühls- und Reaktionsmöglichkeiten soll sukzessive erweitert und komplettiert werden, um auch eine Neubewertung des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit vornehmen zu können.

In Phase 2b kommt ein stärker interpersonelles Moment in die Therapie: Der Schwerpunkt liegt hier auf den Affekten und den Beziehungserfahrungen im Zusammenhang mit den Körperbeschwerden („linking hypothesis“, „the psychological formulation“, Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript). Wesentlich ist hier die Differenzierung von Gefühlen und Körperbeschwerden. Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen und deren Zusammenhänge zur Symptomatik sollen thematisiert und klarifiziert werden. Hinsichtlich der Beziehungserfahrungen geht es sowohl um die aktuelle Lebenssituation - auch im Gesundheitswesen und in der therapeutischen Beziehung in PISO als originär psychodynamisch orientiertem Therapieelement mit Orientierung am „Hier und Jetzt“ - als auch um vergangene Beziehungserfahrungen. Der Fokus wird dabei auf die Affektregulierung und die intrapsychische Verknüpfung von Körpererleben, Affekt mit Versprachlichung und

interpersonellen Aspekten gelegt. Weiter dient die Arbeit an der Enttäuschungsaggression der Vertiefung der Affektregulierung. Hier sollen sowohl die Enttäuschungsaggression am eigenen Körper, als auch an medizinischen und anderen Helfern, damit einhergehende Beziehungsabbrüche und der konstruktive und funktionale Umgang mit Enttäuschungen in einem wertschätzenden und akzeptierenden Rahmen erarbeitet werden.

Das heißt, im Mittelteil der Intervention geht es sehr viel stärker als zu Beginn um die Einbeziehung situativer und interpersoneller Aspekte in die Symptomklage, auch im Sinne einer motivationalen Klärung. Es soll auf diesem Weg der Wahrnehmung, Spiegelung, Differenzierung und Elaboration der Symptomklage eine Verbesserung der Affektregulierung in interpersonellen Beziehungen erlernt werden. 5-6 Sitzungen stehen für diese Phase 2 insgesamt zur Verfügung.

In der dritten Phase mit drei Sitzungen geht es um Therapiebeendigung und Bilanz sowie Stabilisierung, Transfer des Erarbeiteten. Dies soll eine interaktionelle Bearbeitung des Ende-/ Grenze-Themas unter aktiver Betonung des Nichterreichten beinhalten (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript) und somit ein neues Erleben eines Beziehungsendes als Teil einer neuen Beziehungserfahrung realisieren. Eine Rückfallprophylaxe - bestehend aus Antizipation und Planung der Zeit nach der Intervention sowie der Anwendung des Geklärten - stellt ein weiteres Element dieser Phase dar. Zusätzliche (psycho-)therapeutische Maßnahmen sollen in dieser Phase vereinbart werden. Themen, die aufgrund der Kürze der Therapie hier nicht bearbeitet werden konnten, beispielsweise zurückliegende Gewalterfahrungen, sollen vom Therapeuten aktiv aufgegriffen werden mit der Anregung zur weiterführenden vertiefenden Psychotherapie, ambulant oder stationär. Im Sinne eines Übergangsobjektes soll seitens des Therapeuten ein individueller Abschiedsbrief an den Patienten verfasst werden (Guthrie, unveröffentlichtes Manuskript), in dem die Entwicklung in der Therapie, die angestellten Überlegungen und formulierten Hypothesen in der Sprache des Patienten zusammengefasst werden, auch mit Blick auf die Zukunft und weiter notwendige Hilfestellungen. Der Brief soll auch mit dem Patienten besprochen werden, um ihm die Gelegenheit zu geben, mögliche

Missverständnisse zu klären. Eine Boostersitzung drei Monate nach Therapieende soll vereinbart werden, um die Ergebnisse zu stabilisieren.

Weiter geben die Autoren des PISO-Manuals Richtlinien vor für den Umgang mit speziellen Themen während der Intervention:

Bei parallelen somatischen Behandlungen und diagnostischen Prozeduren soll die Haltung des PISO-Therapeuten kooperativ gegenüber Patient und Mitbehandler sein. Hintergrund der Haltung ist das Ziel eines „Neuanfangs“ in der Beziehungsstörung im Gesundheitswesen. Die Patienten sollen zur Transparentmachung bezüglich medizinischer Maßnahmen angehalten werden. Eine praktizierte Transparenz dieser Maßnahmen und ein freiwilliger Verzicht sind milde positiv zu konnotieren, Abstinenz von parallelen medizinischen Maßnahmen ist jedoch nicht zu verlangen. Bei erkennbar (finanziell) selbstschädigenden Maßnahmen wie teuren Operationen oder invasiver Diagnostik ist eindeutig Stellung zu beziehen.

Gegenüber einer parallelen medikamentösen Behandlung ist eine analoge Haltung einzunehmen: Eine parallele Medikation, ob somatisch, analgetisch oder antidepressiv, ist zunächst zu akzeptieren, gegebenenfalls wird auf eine Medikamenteneinnahme nach Schema statt nach Bedarf hingewirkt. Auch hier gilt: Eine praktizierte Transparenz der Maßnahmen und ein freiwilliger Verzicht auf nicht medizinisch indizierte sind milde positiv zu konnotieren, nur bei Kontraindikation (Opiate, Benzodiazepine, Imap) ist eindeutig Stellung zu beziehen.

Auf wiederholte Nachfragen seitens der Patienten nach organischer Ursache der Beschwerden kann initial und in labileren Situationen wiederholt eine entsprechende Versicherung, dass „nichts Ernsthaftes“ vorliegt, hilfreich sein, wenn zugleich das Muster thematisiert und die Wiederkehr der Angst antizipiert wird. Später und in stabileren Situationen kann mit dem Patienten vereinbart werden, dass keine Versicherung gegeben wird und er die dadurch ausgelöste Angst aushält, bis sie nachlässt.

Ganz im Sinne des adaptierten Säulenmodells ist es in Situationen der „Re-“ Somatisierung, welche fast regelhaft bei ausgeprägt „somatoformen“ Patienten auftritt, wichtig, das erneut somatisierende Angebot als derzeit notwendig für den Patienten zu akzeptieren und ihn nicht, womöglich enttäuscht-vorwürflich, mit den zwischenzeitlich

verlorenen Einsichten zu konfrontieren. Umgekehrt, wenn Patienten sehr rasch nur noch über innerpsychische und allgemeine Beziehungsprobleme berichten und die Symptome und Beeinträchtigungen spontan gar nicht oder kaum noch auftauchen, muss der Behandler aktiv danach fragen. In dieser Konstellation besteht sonst das Risiko, dass die Psychologisierung zum Beispiel einer latenten Entwertung oder Unterwerfung unter den Behandler entspringt und nicht Folge einer veränderten Einbettung des Symptoms in den aktuellen Lebenskontext ist.

Um Therapieabbrüchen zu verhindern, ist die Ambivalenz gegenüber der Behandlung immer wieder aktiv durch den Behandler zu thematisieren und wohlwollend anzuerkennen, nicht zu zerreden. Auch in der therapeutischen Beziehung ist darauf zu achten, dass es nicht zur Wiederholung von Enttäuschungserfahrungen in Behandlungen kommt, zum Teil nach vorheriger Idealisierung des Behandlers und durch die häufig geringe Toleranz der Patienten, diese Enttäuschung in der therapeutischen Beziehung auszuhalten. Somit ist der Behandler aufgefordert, auf Lob und Anerkennung, Idealisierungstendenzen des Patienten eher relativierend zu reagieren. Auf Enttäuschung des Patienten mit der Behandlung ist empathisch einzugehen, um auch Hypothesen über mögliche reale oder übertragungsbedingte Ängste und Affekte entwickeln und mit dem Patienten besprechen zu können.

Unentschuldigtes Fernbleiben soll aktiv durch den Therapeuten thematisiert, auch der Kontakt zum Patienten erneut durch den Therapeuten initiiert werden.

4.3.2. EMC – Enhanced Medical Care

Dieser zweite Arm stellt eine medizinisch orientierte Kontrollbedingung dar (Ronel et al., 2007), basierend auf den störungsorientiert angepassten Prinzipien der „Psychosomatischen Grundversorgung“, einem Anteil sprechender Medizin durch entsprechend qualifizierte Ärzte (Best in Hiller et. al, Hrsg., 2004). EMC findet zusätzlich zum „treatment as usual“ statt. EMC besteht aus drei Sitzungen, die im Abstand von jeweils sechs Wochen stattfinden. Die Haltung des Behandlers soll die „eines Arztes im weißen Arztkittel“ sein, der die Beschwerden ernst nimmt und daran interessiert ist, gangbare Wege im Umgang mit den Beschwerden zu identifizieren

(vergleiche Gündel, 2005). Klar davon abzugrenzen ist die Haltung eines Psychotherapeuten.

Ziele sind eine Kompetenzerweiterung des Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung sowie ein gemeinsamer Entscheidungsprozess bezüglich des Krankheitsverhaltens.

In der ersten Sitzung soll in maximal 45 Minuten, neben formalen Erfordernissen der Studie wie regelmäßige Teilnahme und Ausfüllen der Dokumentation, folgendes besprochen werden: Eine kurze Anamnese zu den Symptomen, ihrer Zu- und Abnahme, dem Umgang damit und möglichem Vermeidungsverhalten. Darüber hinaus eine kurze Erhebung aktueller psychosozialer Belastungsfaktoren mit Blick auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell, welches seinerseits zu erläutern ist – statt einer ausschließlichen Rückmeldung von organischen Negativbefunden. Nach diesem Anamneseteil soll sich ein edukativer Teil anschließen, in welchem Informationen über die multisomatoforme Störung zu vermitteln sind, ebenso ein Abfragen der Behandlungserwartungen. Auch hier sind die Erwartungen aktiv zu relativieren, ebenso ist eine mögliche Enttäuschung über die Zuweisung zu diesem Behandlungsarm anzusprechen. Hervorzuheben ist gegenüber den Patienten, dass die Datenlage unklar ist bezüglich der klaren Überlegenheit eines der beiden Behandlungsarme. Im Sinne einer Beratung sollten im dritten Teil der ersten Sitzungen Ressourcen erarbeitet und regelmäßige körperliche Übungen im Wechsel mit Schonung vereinbart werden.

Der zweite Termin sechs Wochen nach dem ersten dauert 30 Minuten und dient der Verlaufskontrolle der Symptomatik und der verfügbaren Umgangsmöglichkeiten. Nach diesem befragenden Teil der Sitzung schließt wieder ein edukatives Element an: Den Patienten sollen Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten, auch ergänzenden Heilmethoden, aber auch iatrogenen Schädigungen und günstigen wie ungünstigen Faktoren im Verlauf vermittelt werden. Im Sinne einer Beratung soll diese Sitzung schließen mit dem Gespräch über einen konstruktiven Umgang mit Arztbesuchen, Operationen und Medikamenten (vergleiche Gündel, 2005).

Der dritte und letzte Termin, weitere sechs Wochen später, erstreckt sich auch über 30 Minuten. Neben der Verlaufskontrolle von Symptomatik und den verfügbaren Umgangsmöglichkeiten damit dient diese Sitzung dem Abschluss dieser Behandlung ebenso wie der Planung der weiteren Behandlung. Dies beinhaltet gegebenenfalls auch den Beginn einer ambulanten Psychotherapie bei entsprechender Indikation.

Die gesamte Zeit über ist auf eine Vermeidung nicht streng indizierter apparativer und invasiver Prozeduren hinzuarbeiten und diesbezüglich auch eindeutig Stellung zu beziehen. Somatische Zufalls- und Bagatellbefunde sind kritisch zu bewerten.

Zusammenfassend lassen sich folgende wesentliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Interventionen beschreiben:

Gemeinsamkeiten sind in dem strukturierten Vorgehen in den Sitzungen und den Kontakten mit dem Hausarzt bei Beginn und Ende zu sehen, um Transparenz im Behandlungsprozess zu gewährleisten. Weitere Gemeinsamkeiten liegen in der Entgegennahme der Symptomklage mit Fokus auf Beschwerdebewältigung bei gleichzeitigem aktiven Relativieren überhöhter Heilserwartungen.

Die beiden wesentlichen Unterschiede liegen in der Zeitdauer der Intervention einerseits und andererseits in der therapeutischen Haltung. Die Zeitdauer bietet damit die Möglichkeit, in der Interventionsbedingung ausführlicher und individueller auf den jeweiligen Patienten und seine individuellen Beschwerdemuster einzugehen, ja intensiver an einem individuellen biopsychosozialen Krankheitskonzept zu arbeiten. Die therapeutische Haltung in der Interventionsbedingung ist sie die eines aktiv wohlwollenden Psychotherapeuten. In der Kontrollbedingung ist die Haltung entschieden die eines Arztes im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung.

4.4. Hypothesen

Es wurden vier Hypothesen, zwei davon bezogen auf den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollbedingung, formuliert.

H1.	Beide Interventionen haben positive Effekte auf die erlebte körperbezogene Lebensqualität.
H.1.1	Die PISO-Intervention führt in stärkerem Ausmaß als die Kontrollbedingung zu Verbesserungen in der erlebten körperbezogenen Lebensqualität.

H2. Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, haben insgesamt am Behandlungsende weniger körperliche Beschwerden als zu Behandlungsbeginn.

H2.1 Patienten, die in der Interventionsbedingung teilgenommen haben, haben bei gleicher Ausgangslage weniger Beschwerden als die Teilnehmer der Kontrollbedingung.

H3. Beide Interventionen verändern das Krankheitskonzept in Richtung eines stärker psychosomatischen Modells.

H4. Das Krankheitsverhalten ändert sich: Die Patienten beider Bedingungen werden das Gesundheitswesen anderweitig weniger intensiv frequentieren.

Die Hypothese 4 kann aufgrund der Datenlage nicht inferenzstatistisch, sondern nur klinisch beschreibend dargestellt und kritisch bewertet werden.

4.5. Untersuchungsdesign

Es handelt sich um ein prospektives zwei-Gruppen-Prä-Post-Design (Rossi et al., 1999; Kerlinger, 2000). Es bietet die Möglichkeit, konfundierende Variablen zu kontrollieren und ein hohes Maß an interner Validität zu gewährleisten.

$$t_0 - X_{\text{PISO}} - t_1$$

$$t_0 - X_{\text{EMC}} - t_1$$

t_0 = Beobachtung vor Beginn des Treatments

X = Treatment / PISO / EMC

t_1 = Beobachtung nach Abschluss des Treatments

Es wird ein experimentelles Vorgehen praktiziert, welches eine Randomisierung und eine aktive Bedingungsmanipulation beinhaltet. Es werden zwei gleich große Gruppen angestrebt. Ein Blinding sowohl der Patienten als auch der Therapeuten bezüglich der

Behandlungsform zur weiteren Sicherung der internen Validität ist in dieser Untersuchung nicht möglich.

Es gibt zwei Messpunkte: Nach erfolgreichem Einschluss in die Studie erfolgt die t0-Messung, nach Abschluss der jeweiligen Intervention etwa drei Monate später die t1-Messung.

Es handelt sich um eine eher summative Evaluation (Scriven, 1973, nach Wittmann, 1985) mit einem Optimierungsaspekt: Nach dem Ende der Intervention soll eine differenzierte Bewertung erfolgen, aus der Ideen zu Verbesserungen gewonnen werden sollen. Diese summative Evaluation bewegt sich auf einer Makroebene und ist primär output-orientiert, hat jedoch durch den Rekrutierungsmodus in den somatischen Kliniken durchaus einen explorativen Anteil hinsichtlich der Frage, ob und wie gut es möglich ist, die betreffende Patientengruppe in der somatischen Medizin zu erreichen.

4.6. Diagnostik - Darstellung der Instrumente

Es wurden folgende Verfahren eingesetzt:

1. Der SF-36 (Bullinger, Kirchberger, 1998) als krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Er wurde oft zur Evaluation von Behandlungsverfahren eingesetzt, wie es auch hier der Fall ist (ebenda).

Er erfasst 8 Dimensionen von Gesundheit, die sich konzeptuell in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen: „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Körperliche Schmerzen“, „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“ (ebenda). Er gilt als das international am häufigsten eingesetzte Instrument zur Messung der subjektiven Lebensqualität (Bellach et al., 2000). Er dient der Erfassung des Haupt-Outcome-Kriteriums, nämlich der körperbezogenen Lebensqualität. Im PISO-Studienprotokoll wird die Wahl dieses Instrumentes damit begründet, dass Effekte bei Patienten mit somatoformer Symptomatik zunächst einmal eher im Bereich „Beeinträchtigung durch die Symptomatik“ zu erwarten seien, als im Bereich „Reduktion der Symptome“. Dies kann im SF-36 gut abgebildet werden.

Die Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ erfasst das Ausmaß der Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppensteigen, Bücken, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten durch den Gesundheitszustand. Mit der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“ wird das Ausmaß erfasst, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, zum Beispiel weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten, bestimmte Aktivitäten auszuführen. Das Ausmaß an Schmerzen und der Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im Haus als auch außerhalb des Hauses, wird durch die Dimension „Körperliche Schmerzen“ erfasst. Unter „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ wird die persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, der zukünftigen Erwartungen und der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen, verstanden. Mit der Dimension „Vitalität“ wird erfasst, ob sich die Person energiegeladener und voller Schwung fühlt, oder ob sie eher müde und erschöpft ist. Die Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ erfasst das Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme die normalen sozialen Aktivitäten beeinträchtigen. Die Dimension „Emotionale Rollenfunktion“ beschreibt das Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; unter anderem weniger Zeit für Aktivitäten aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. Mit der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ wird die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Stimmung erfasst. Mit dem Zusatz-Item „Veränderung der Gesundheit“ kann die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum vergangenen Jahr erfolgen (Bullinger, Kirchberger, 1998).

Darüber hinaus ist die Bildung zweier stärker aggregierter und damit abstrakterer Skalen vorgesehen: die körperliche und die psychische Summenskala, in die mit unterschiedlichen Gewichtungen alle Subskalen einfließen.

Die Skalen stellen eine Quantifizierung der subjektiven Sicht der Gesundheit seitens der Befragten dar. Es sind sowohl – wie im Screening – Vergleiche zu Referenzgruppen möglich als auch Veränderungsaussagen im intra-individuellen oder Gruppen-Längsschnitt, wie in der Betrachtung t0-t1.

2. Der Abschnitt zu den somatoformen Störungen aus dem halbstandardisierten **SKID-1- Interview** (Wittchen, et al. 1997), somit ein Verfahren der Fremdbeurteilung, wurde eigens an die Kroenke-Kriterien angepasst. Das SKID-1-Interview stellt ein bewährtes Verfahren klassifikatorischer Diagnostik psychischer Störungen dar mit soliden Reliabilitäts- und Validitätskennwerten, dessen Einsatz für klinische Forschungsarbeiten unbedingt empfohlen wird (Amelang, Zielinski, 1997).

3. Die vier **CAGE-Fragen** (Mayfield et al., 1974) kamen zum Ausschluss einer Alkoholabhängigkeit zum Einsatz. Sie lauten wie folgt:

Cut down Drinking: Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?

Annoyance: Haben Sie jemals bei anderen Menschen Anstoß erregt, weil Sie nach deren Meinung zu viel trinken?

Guilty: Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?

Eye Opener: Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

Diese Fragen gelten als sehr nützlich, weil bereits zwei oder mehr bejahte Fragen eine Sensitivität von 60 bis 95% und eine Spezifität von 40 bis 95% hinsichtlich eines Alkoholmissbrauches aufweisen (Nissenbaum et al., 1990, zitiert nach Oneta, 2004).

4. Das veränderungssensitive **SOMS-7**, Screening für Somatoforme Störungen in der 7-Tage-Version, das als Selbstauskunft 53 verschiedene somatoforme Symptome, alle diagnostischen Aspekte nach DSM-IV und ICD-10 abdeckend, erfragt (Rief, Hiller, 1997 u. 2003), dient der Erfassung von Veränderungen auf Symptomebene und damit einer Überprüfung der zweiten Hypothese. Ausgewertet werden können zur Diagnostik ein Somatisierungsindex nach DSM-IV, ein Somatisierungsindex nach ICD-10, ein Somatoform autonomic dysfunction-Index ICD-10 sowie eine Beschwerdeindex Somatisierung. Es sind darüber hinaus zwei Parameter bestimmbar, die beide veränderungssensitiv sind: die Symptomanzahl und die Symptomschwere, jeweils in den letzten 7 Tagen (Rief und Hiller, 2003).

5. Die **TAS**, Toronto Alexithymia Scale, (Bagby et al. 1994) ist eine klinisch relevante Selbstbeurteilungsskala mit 20 Items zur Messung von Alexithymie als dreifaktoriellem

Konstrukt mit mäßig guten internen Konsistenzen der Subskalen, einer guten Retestreliaibilität und einer noch nicht letztlich geklärten Faktorenstruktur kongruent zum Alexithymiekonzept (Bagby, et al., 1994, Amendment zum Studienprotokoll PISO Version 1, 12.7.2005 auf Version 2 6.4.2006, Swift, et al., 2006; Schäfer, Schneider, et al., 2002; Bach et al., 1996). Bei den drei Faktoren handelt es sich um die Faktoren F1 „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“, F2 „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und F3 „external orientierter Denkstil“. Die beiden ersten Faktoren korrelieren hoch miteinander, etwas weniger hoch mit dem dritten Faktor. Schäfer et al. (2002) empfehlen, lediglich den TAS-Summscore heranzuziehen, da noch ein vierfaktorielles Modell, welches eine reduzierte Fantasietätigkeit mitberücksichtigt, in der Diskussion befindlich ist. Die TAS soll als Prädiktor genutzt werden und wird demnach nur zu t0 vorgegeben.

6. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten, **PHQ 15** (Löwe, 2001), dient dem ökonomischen Erfassen komorbider psychischer Störungen auf Syndromebene und psychosozialen Belastungsfaktoren. Er ist als Selbstbewertungsinstrument zum Einsatz in Primärmedizin und Forschung konzipiert. Er lässt sich zur Querschnittsdiagnostik und zur Verlaufsmessung einsetzen. In PISO dient sein Einsatz deskriptiven Interessen, aber auch Fragen nach möglichen Prädiktoren. Erfasst werden neben unerklärten Körpersymptomen mögliche depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Weiter wird nach kritischen Lebensereignissen und Stressoren gefragt, bei Frauen zusätzlich nach dem Bereich Menstruation, Schwangerschaft, Geburt.

7. Der Illness Perception Questionnaire-Revised, **IPQ-R**, in der Kurzform (Moss-Morris et al., 2002) wird zur Messung der Veränderung des Krankheitskonzeptes eingesetzt. Er beginnt mit einer Liste von körperlichen Beschwerden, die in PISO keine Verwendung fand, da die Beschwerden bereits durch andere Tests wie SOMS umfassend erhoben wurden. Er besteht weiterhin aus 18 verschiedenen Items, die die kognitiven und emotionalen Repräsentationen der Krankheit erfassen. Sein Einsatz in PISO dient demnach der Überprüfung der dritten Hypothese, welche eine Veränderung im Krankheitskonzept postuliert. Abschließend wird die offene Frage nach den drei

wichtigsten angenommenen Ursachen der Erkrankung formuliert. Inhaltlich werden Skalen gebildet zu folgenden Aspekten: dem zeitlichen Verlauf der Erkrankung (Item 1-3), chronisch versus akut, den Konsequenzen der Erkrankung auf das eigene Leben und auf soziale Bezüge (Item 4-6), der wahrgenommenen eigenen Kontrolle hinsichtlich des Verlaufs (Item 7-9), das Erleben von Kohärenz (Item 10-12), zyklisches Auftreten (Item 13-15) und die emotionale Repräsentanz (Item 16-18). Die Frage nach den Ursachen ist keiner Skala zugeordnet.

8. Der **HAQ**, Helpful Alliance Questionnaire, (Luborsky, 1984, German Version: Bassler et al., 1995) besteht aus 12 Items zur Messung der wahrgenommenen therapeutischen Beziehung und des wahrgenommenen therapeutischen Prozesses. Er ist sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten zu t1 auszufüllen und erlaubt Interpretationen zu möglichen relevanten Moderatoren des Therapieoutcomes (t1, Amendment zum Studienprotokoll PISO Version 1, 12.7.2005 auf Version 2 6.4.2006). "Therapeutische Beziehungszufriedenheit" und "Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis" sind die beiden immanenten Faktoren des Instruments. Normen liegen bislang nicht vor.

9. Der **Whiteley-Index 7** (zuerst von Pilowsky beschrieben, deutsch von Hiller & Rief 1994 & 2004), ein international weit verbreitetes Instrument mit nachgewiesener Reliabilität und Validität, wurde eingesetzt zur Erfassung der hypochondrischen Ängste und Überzeugungen, die bei Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Syndromen bedeutsam sind. Hypochondrische Ängste können auch in Reinform vorkommen. Es bestehen bedeutsame Interkorrelationen der WI-Faktoren mit dem SOMS, jedoch klären beide Verfahren nachgewiesenermaßen auch eigenständig Varianzen auf. Hier sind also auch Aspekte von Komorbidität und Moderation, Prädiktion angesprochen. Im WI können drei Faktoren bestimmt werden: Krankheitsängste, Somatische Beschwerden und Krankheitsüberzeugung. In PISO wird eine fünfstufige Antwortskala verwendet, häufig findet sich heute jedoch nur noch eine dichotome Antwortskala ja-nein. Der WI kann auch zur Veränderungsmessung eingesetzt werden.

10. Der **BoBi**, Bochumer Bindungsfragenbogen (Neumann, Rohmann, Bierhoff, 2007) als die deutsche Version des Fragebogens „Experiences in Close Relationships“ (ECR) von Brennan, Clark und Shaver (1998, zitiert nach Neumann et al., 2007) misst als Selbstbewertung dimensionale partnerschaftliche Bindung auf Basis der Bindungstheorie von Bowlby (1969/1982, zitiert nach Neumann et al., 2007). Gemessen werden die beiden theoretisch orthogonalen Dimensionen Angst und Vermeidung. Angst bedeutet Besitz ergreifendes, anklammerndes Verhalten, Vermeidung steht für Vermeiden von emotionaler Nähe in der Partnerschaft. Der BoBi verfügt über sehr gute messtheoretische Kennwerte (ebenda).

4.6.1. Screening

Zur Prüfung, ob die Patienten die Einschlusskriterien erfüllen, wurden folgende Verfahren zum Screening eingesetzt:

1. Der SF-36 (Bullinger, Kirchberger, 1998)

Im Screening wird der Körperliche Summenscore (physical component summary) berücksichtigt. Sein Mittelwert liegt für eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe bei 50,0 mit einer Standardabweichung von 10,0, für eine Stichprobe von Patienten mit somatoformer Störung bei 45,8 mit ebenfalls einer Standardabweichung von 10. Gemäß den Einschlusskriterien ist ein Wert von kleiner oder gleich 40 – dies entspricht einer Abweichung nach unten von einer Standardabweichung in der Normpopulation – auf der körperlichen Summenskala als Cut off für den Einschluss definiert.

2. Anschließend wird der Abschnitt zu den somatoformen Störungen aus dem halbstandardisierten **SKID-1-Interview** (Wittchen, et al. 1997) durchgeführt. Differentialdiagnostisch wird mittels SKID-Interview eine Hypochondrie, bei der die Patienten mehr unter ihren Ängsten als unter den Beschwerden selber leiden, ausgeschlossen.

3. Für den Verdachtsfall einer komorbiden Alkoholabhängigkeit, welche ein Ausschlusskriterium darstellen würde, stehen die **CAGE-Fragen** zur Verfügung.

Nach einem positiven Screening wird der Patient ausführlich über die geplante Studie informiert und um seine Zustimmung zur Teilnahme gebeten. Anschließend daran wird

von der Koordinierungsstelle für Klinische Studien Düsseldorf die Randomisierung vorgenommen. Bezüglich des Vorgehens wurde von der Ethikkommission Westfalen-Lippe ein positives Votum ausgesprochen.

4.6.2. t0- und t1-Messzeitpunkte

Nach Einschluss, zeitgleich mit der Randomisierung, wird den Patienten ein Paket von Selbstbeurteilungsverfahren zum Zeitpunkt t0 (Studienbeginn) ausgehändigt. Nach Abschluss der jeweiligen Intervention etwa drei Monate später wurde den Patienten erneut diese Batterie an Tests zur Bearbeitung vorgegeben (t1). Die Testbatterie bestand aus folgenden Verfahren:

- SF-36 (Bullinger, Kirchberger, 1998)
- SOMS-7 (Rief, Hiller, 1997 u. 2003)
- TAS (Bagby et al. 1994) (nur t0)
- PHQ 15 (Löwe, 2001)
- IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002)
- HAQ (Luborsky, 1984, German Version: Bassler et al., 1995) (nur t1, Vorgabe an Patienten und Therapeuten)
- Whiteley-Index 7 (Hiller & Rief 2004)
- BoBi (Neumann et al., 2007) (nur t0)

Deskriptiv wurden zahlreiche weitere Fragen nach gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, insbesondere Arztkonsultationen, Medikamenteneinnahme und Behandlungsmaßnahmen gestellt.

4.7. Poweranalyse

Die Poweranalyse liefert bereits im Rahmen der Untersuchungsplanung Auskunft darüber, in welcher Größe ein Effekt bei einer bestimmten Probandenanzahl und bei einem festgelegten α -Fehlerniveau nachweisbar ist. Die Teststärke ist eine Funktion der

Probandenzahl, des Alpha-Signifikanz-Niveaus und der Effektstärke (Cohen, 1992; Cohen & Cohen, 1983).

Da die vorliegende Arbeit nur einen kleinen Teil der Patienten betrachtet, die an der gesamten PISO-Studie teilgenommen haben, ist von vornherein davon auszugehen, dass die Power ungünstig ausfallen wird. Die im Vorfeld der PISO-Studie angestellten Berechnungen zur Power sind auf die Gesamtstichprobe ausgerichtet. Für die gesamte PISO-Stichprobe wird eine mittlere Effektstärke postuliert und begründet (vergleiche PISO- Full Application Version 5 – 26.01.2005).

Um eine verbesserte Bewertungsgrundlage der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu haben, wurde auch hier, wenn gleich post hoc, die Power berechnet.

Mit Hilfe des Programms G-Power (Faul & Erdfelder, 2007) wurde bei Kenntnis der drei Parameter $\alpha=5\%$, $N_{\text{ges}}=35$ und $ES=d=.5$ die Power ($1-\beta$) berechnet. Es ergibt sich für den Zwei-Gruppen-Test eine Power von .42. Wird die Power für die Overall-Berechnungen bestimmt, ergibt sich immerhin ein Wert von $\beta=.89$.

Das bedeutet:

Im Falle des Gruppenvergleiches von Effekten zwischen PISO und EMC besteht ein Risiko von 58 %, den β -Fehler zu begehen, also fälschlicherweise die Nullhypothese beizubehalten, einen vorhandenen Effekt nicht zu entdecken.

Bei der Hypothesentestung insgesamt über beide Interventionen aggregiert besteht ein Risiko von 11% für den Fehler zweiter Art.

Die eher niedrige Power für den interessierenden Gruppenvergleich schränkt die Aussagekraft der darauf bezogenen Ergebnisse erheblich ein. Außerdem bleiben in dieser Power-Berechnung hier fehlende Werte unberücksichtigt, welche die Stichprobe und damit auch die Power zusätzlich vermindern.

5. Durchführung der Untersuchung

5.1. Stichprobenrekrutierung und Screening

Der erste Schritt der Rekrutierung war der persönliche Vor-Ort-Kontakt der Studientherapeutin mit dem somatisch behandelnden Arzt. Im zweiten Schritt kam es zum Patientenkontakt in der somatischen Klinik, unmittelbar am Bett des stationären Patienten. Es wurde darauf geachtet, die Schwelle niedrig zu halten, eher mit einer „Forscherhaltung“ denn einer psychotherapeutischen aufzutreten und selbstverständlich die eigene „Herkunft“ aus der Psychosomatischen Klinik anzusprechen. Dies beinhaltete weiter ein Auftreten im weißen Arztkittel ebenso wie ein starker Fokus im Gespräch auf der Körpersymptomatik. Zunächst wurde das Einverständnis der Patienten zum Screening und zur Aufklärung über die PISO-Studie eingeholt. Dazu erhielten die Patienten auch schriftliche Informationsmaterialien⁶. Bereits dieser kurzen Sequenz am Krankenbett kam eine wichtige Bedeutung zu: Es ging darum, mit den Patienten in Beziehung zu treten, sie zu motivieren und für die Intervention zu gewinnen. So kam es nicht selten vor, dass Patienten an diesem Punkt schon sagten, „Ich simuliere doch nicht.“ oder auch körpersprachlich Distanz und Unbehagen signalisierten. Um den Patienten nicht zu verlieren, war es wichtig, Stellung zu beziehen, die Realität und die Beeinträchtigung durch die Beschwerden zu validieren, ein positives Erklärungsmodell in Aussicht zu stellen, um nicht erneut den Patienten zu signalisieren „Sie haben nichts“ (Rief, Henningsen, 2005). Wichtig war auch, die nicht selten auftretende therapeutische aggressive Gegenübertragung zu kontrollieren. An dieser Stelle war an dieser Stelle trotz einer „dezidierten Forscherhaltung“ eher regelhaft die starke Ambivalenz der Patienten gegenüber dem Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie zu spüren, was auch in manchen Fällen zu einer Nichteinwilligung im Screening führte.

Nach diesem ersten Vorgespräch wurde mit Einverständnis des Patienten mit der Durchführung des Screening begonnen. Wesentlich war die Abklärung allgemeiner medizinischer Krankheitsfaktoren, der ausreichenden somatischen Erklärung der Beschwerden und des Schweregrades. Dies wurde mit den somatisch tätigen Ärzten erörtert unter Hinzuziehung der jeweiligen Krankenakte.

⁶ Siehe Anhang Aufklärung Screening Patienteninformation

Im Falle eines Negativscreenings wurden die Patienten weiter beraten. So kam es mehrfach zur Empfehlung einer vertieften Abklärung in der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, zum Erlernen eines Entspannungsverfahrens oder von Methoden der Stressbewältigung, auch im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie.

Rückmeldung an die somatischen Kollegen fand zum einen mündlich vor Ort, zum anderen aber auch in Form eines Arztbriefes mit Befund und Empfehlungen statt.

Beginn des Einschlusses war Juli 2006. Ende September 2007 waren 35 Patienten aus dem Universitätsklinikum Münster in die Studie eingeschlossen. Davon kamen 18 über die Stationen aus der Neurologischen Klinik, einer über die Kopfschmerzsprechstunde, ebenfalls zur Neurologischen Klinik gehörig, sieben Patienten aus der Orthopädischen Klinik, drei aus der Schmerzambulanz der Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, fünf über die eigene Ambulanz der Psychosomatischen Klinik und ein Patient aus der Medizinischen Klinik B.

Tabelle3: Darstellung Screening

Anzahl der insgesamt gescreenten Patienten Ende September 2007	75
Davon eingeschlossen	35
Davon ungeeignet, Nichterfüllung der Einschlusskriterien	26
Davon positiv gescreent, aber Einverständnis zur Teilnahme verweigert	14
Verweigerung des Screenings	3

5.2. Beschreibung der kooperierenden Kliniken

Am Universitätsklinikum Münster wurde für die PISO-Studie zur Rekrutierung der Studien-Patienten jeweils eine Kooperation vereinbart zwischen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Direktor Universitäts-Professor Dr. med. Gereon Heuft, lokale Studienleitung Frau Professor Dr. med. Gudrun Schneider und

- der Medizinischen Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B (Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten), Direktor: Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfram Domschke.
- der Medizinischen Klinik und Poliklinik D (Allgemeine Innere Medizin sowie Nieren- und Hochdruckkrankheiten), Direktor: Universitäts-Professor Dr. med. Hermann-Joseph Pavenstädt.
- der Klinik und Poliklinik für Neurologie, Direktor: Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h. c. Erich Bernd Ringelstein.
- der Klinik und Poliklinik für Allgemeine Orthopädie, Direktor Universitäts-Professor Dr. med. Winfried Winkelmann. Als Ansprechpartner stand Herr Diplom-Psychologe Dr. H. Berwald zur Verfügung.
- und der Schmerzambulanz und Schmerz-Tagesklinik, Leitung: Oberärztin Privat-Dozentin Dr. med. Diplom-Psychologin I. Gralow, als Teil der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Direktor Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h.c. Hugo Van Aken.

6. Ergebnisse

Zunächst soll die Stichprobe deskriptiv dargestellt werden. Anschließend werden inferenzstatistisch die Hypothesen überprüft. Zur Auswertung wurde das Statistikprogramm SPSS in der Version 15.0 verwendet.

7

6.1. Deskriptive Statistik

Es liegen zwei Behandlungsgruppen mit einer Stichprobenstärke von insgesamt 34 Patienten vor. Beide Gruppen umfassen jeweils genau 17 Patienten.



⁷ aus Huber, 1999

27 der Patienten sind deutscher Staatsangehörigkeit, 5 haben ausländische Nationalitäten (jugoslawisch, zweimal türkisch, dänisch, niederländisch).

6.1.1. Geschlechterverteilung

Es handelt sich um 22 Frauen (64,7%) und 12 Männer (35,3%).

6.1.2. Altersverteilung

Von 32 Patienten liegen Angaben zu ihrem Alter vor. Das durchschnittliche Alter beträgt 43,91 Jahre bei einer Standardabweichung von 12,72. Der Range geht von 22 bis 72 Jahren.

Tabelle 4: Altersverteilung

Alter	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-72
Anzahl	3	9	12	4	2	2

6.1.3. Schulbildung und Berufsausbildung

Tabelle 5: Schulbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Hauptschule ohne Abschluss	1	2,9	3,3
	Fachschule	3	8,8	10,0
	Abitur	6	17,6	20,0
	Mittlere Reife (oder Vergleichbares)	7	20,6	23,3
	Hauptschule mit Abschluss	13	38,2	43,3
	Gesamt	30	88,2	100,0
Fehlend	System	4	11,8	
Gesamt		34	100,0	

Es sind in der gesamten Stichprobe alle Schularten vertreten mit einem Schwerpunkt bei Hauptschule mit Abschluss. Dies setzt sich fort in der Berufsausbildung: Gut die Hälfte der Stichprobe hat eine Lehre bzw. eine Fachschule absolviert.

Tabelle 6: Berufsausbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	noch in der Berufsausbildung	1	2,9	3,4
	Meister	1	2,9	3,4
	sonstige	2	5,9	6,9
	ohne Berufsabschluss	3	8,8	10,3
	Fachhochschule/ Universität	4	11,8	13,8
	Lehre/Fachschule	18	52,9	62,1
	Gesamt	29	85,3	100,0
Fehlend	System	5	14,7	
Gesamt		34	100,0	

6.1.4. Beschäftigungsstatus, Arbeitsunfähigkeit und Rente

Die aktuelle berufliche Situation stellt sich wie folgt dar: Immerhin vier Personen sind berentet, davon jedoch auch Altersrente. Man denke an die 72jährige Teilnehmerin. Nur 12 Personen sind in Vollzeit berufstätig.

Tabelle 7: berufliche Situation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	
Gültig	Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit	1	2,9	3,4	
	Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer	1	2,9	3,4	
	sonstige	1	2,9	3,4	
	Hausfrau/ Hausmann/nicht berufstätig	2	5,9	6,9	
	Schule/Ausbildung	2	5,9	6,9	
	Frührente/Altersrente/ Pension	2	5,9	6,9	
	arbeitslos	3	8,8	10,3	
	berufstätig, Teilzeit	5	14,7	17,2	
	berufstätig, Vollzeit	12	35,3	41,4	
	Gesamt	29	85,3	100,0	
	Fehlend	System	5	14,7	
	Gesamt		34	100,0	

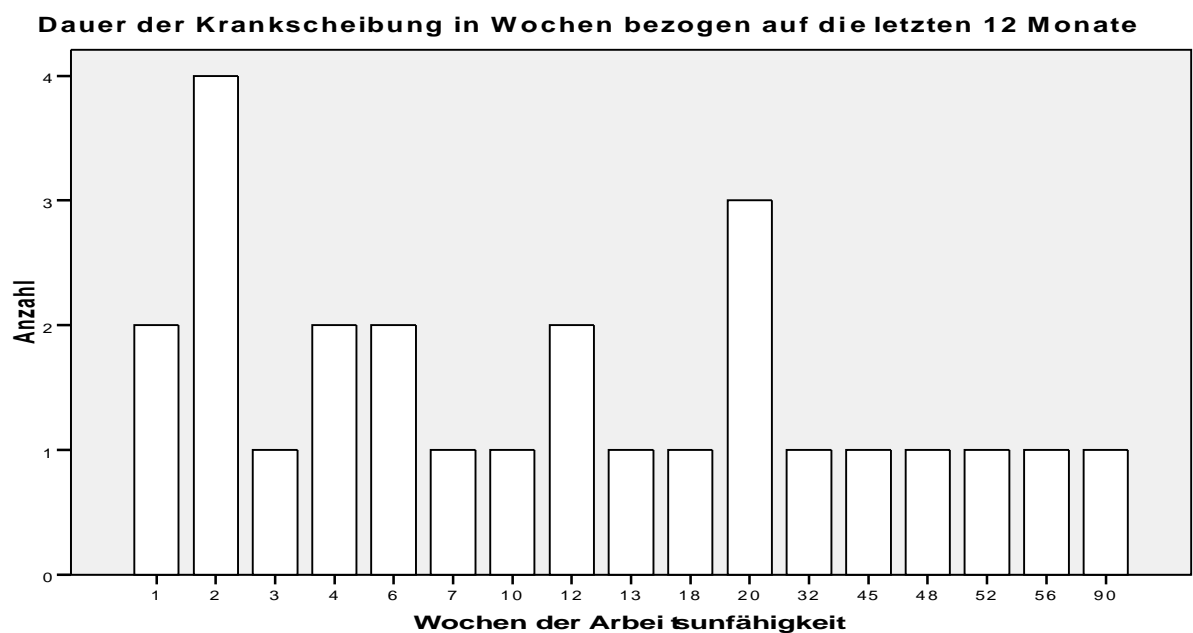
In den letzten 12 Monaten sind fast zwei Drittel der Stichprobe auch arbeitsunfähig gewesen.

Tabelle 8: Arbeitsunfähigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	NEIN	5	14,7	16,7
	JA	25	73,5	83,3
	Gesamt	30	88,2	100,0
Fehlend	System	4	11,8	
Gesamt		34	100,0	

26 Patienten haben Angaben gemacht zur Dauer der Krankschreibung:

Abbildung: 2:



Demnach waren von den arbeitsunfähigen 9 Personen bis zu vier Wochen krankgeschrieben. Die restlichen 17 Personen, welche zahlenmäßig die Hälfte der gesamten Stichprobe darstellen, waren länger als vier Wochen bis hin zu 90 Wochen krank geschrieben. Das verdeutlicht die Schwere der Beeinträchtigung.

Zur Rentensituation: 27 Personen hatten zu Studienbeginn keinen Rentenanspruch gestellt, drei Personen hatten einen Rentenanspruch gestellt. Weitere drei Personen bezogen zu Beginn eine (Zeit-)Rente. Von einer Person fehlte die Angabe.

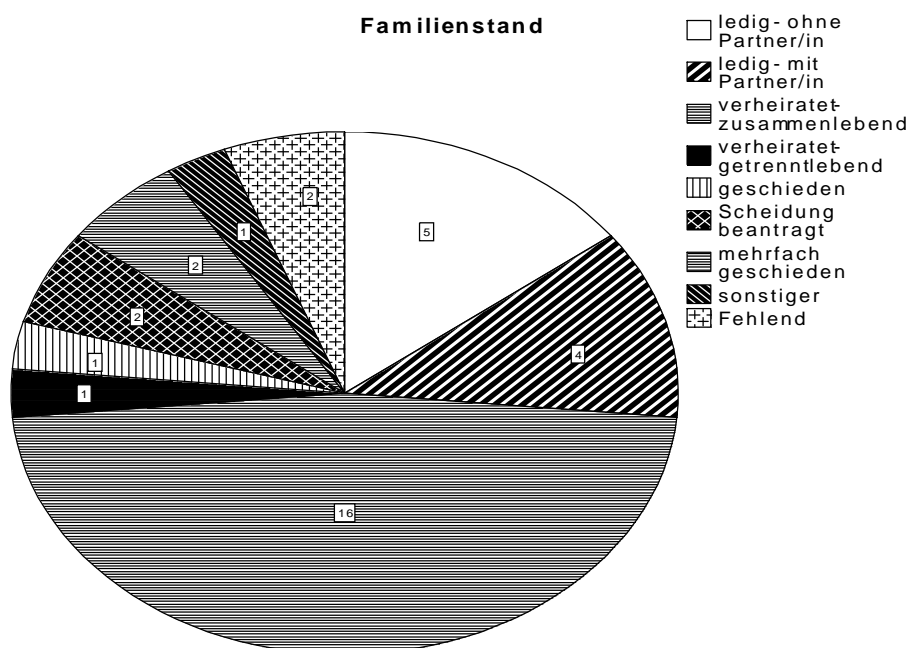
6.1.5. Aktuelle Wohnsituation, Familienstand und Partnerschaft, Kinder

Der Großteil der Patienten wohnt in einer eigenen Wohnung gemeinsam mit Partner und Familie. Ein Fünftel der Patienten wohnt alleine. Dies liefert deskriptiv einen Hinweis auf das Vorhandensein von sozialer Unterstützung. Eine Aussage über die Qualität dieser ist nicht möglich.

Tabelle 9: Wohnsituation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	In einer Wohngemeinschaft/ einem Wohnheim	1	2,9	3,1
	Im Haushalt meiner Eltern	3	8,8	9,4
	Allein im eigenen Haushalt	7	20,6	21,9
	Im gemeinsamen Haushalt mit Partner/in, eigener Familie	21	61,8	65,6
	Gesamt	32	94,1	100,0
Fehlend		2	5,9	
Gesamt		34	100,0	

Abbildung 3: Familienstand



Knapp die Hälfte aller teilnehmenden Patienten (16) ist verheiratet zusammenlebend. Vier weitere leben mit einem Partner zusammen. Acht leben allein, getrennt, Scheidung ist beantragt oder sind mehrfach geschieden.

Dies spiegelt sich hier wieder in der Frage nach der Partnersituation, unabhängig vom Familienstand:

Tabelle 10: Partnersituation

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig kurzfristig keine/n P. (kürzer als 6 Mon)	3	8,8	9,7
keine/n Partner/in (länger als 6 Monate)	8	23,5	25,8
feste/n Partner/in	20	58,8	64,5
Gesamt	31	91,2	100,0
Fehlend	3	8,8	
Gesamt	34	100,0	

Von 32 Patienten liegen Angaben zu ihren Kindern vor:

Zehn sind kinderlos. Zwei haben ein Kind, 12 haben zwei Kinder, sechs haben drei Kinder und zwei haben vier Kinder. Insgesamt ist unter den Kindern ein Adoptivkind.

Tabelle 11: Angaben zu den Kindern

Kinderzahl	1	2	3	4
Häufigkeit	2	12	6	2

Tabelle 12: Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder

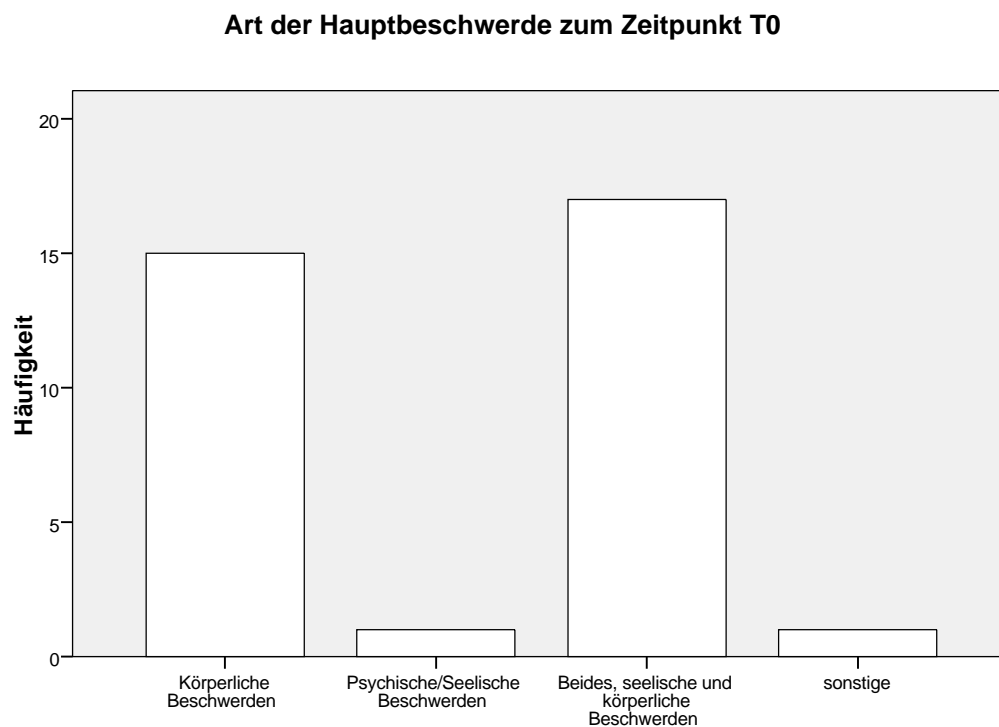
Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder	0	1	2	3
Häufigkeit	7	4	4	3

Das heißt: Einige der Kindern wohnen nicht mehr mit im Elternhaus, was auch mit der Alterstruktur der Stichprobe zusammenhängt.

6.1.6. Art der Hauptbeschwerde und Komorbiditäten

Die Patienten wurden zu t0 direkt danach gefragt, welcher Art ihre Haupterkrankung bzw. Hauptbeschwerde sei: Körperlich, psychisch / seelisch oder beides seelisch und körperlich. Daneben gab es noch die Möglichkeit, mit „Sonstigem“ zu antworten.

Abbildung: 4:



Genau die Hälfte der Stichprobe gibt zu t0 sowohl körperliche als auch seelische Beschwerden an. 15 Personen aber räumen lediglich körperliche Beschwerden ein, was einen Hinweis auf ein sehr organisch fokussiertes Krankheitskonzept darstellt. Die Angabe Sonstiges wurde mit „Kopfschmerzen“ beschrieben.

Der PHQ 15 lässt in den Selbstaussagen der Patienten folgende Diagnosen auf Syndromebene deutlich werden:

Tabelle 13: PHQ: Hinweis auf unerklärte Körperbeschwerden, kategorial ausgewertet

		Häufigkeit		Gültige Prozenze	
				Prozent	Prozenze
t0	Fehlend	System	2	100,0	
		nein	9	26,5	31,0
		ja	20	58,8	69,0
		Gesamt	29	85,3	100,0
t1	Fehlend	System	5	14,7	
	Gesamt		34	100,0	
		nein	13	41,9	48,1
		ja	14	45,2	51,9
		Gesamt	27	87,1	100,0
	Fehlend	System	4	12,9	
	Gesamt	31	100,0		

Zum Messzeitpunkt t0 ergibt sich für 20 Patienten ein Hinweis auf unerklärte Körperbeschwerden in der Selbstausskunft des PHQ. Zum Messzeitpunkt t1 sind es nur 14 Patienten. Anhand eines Chi²-Tests ergibt sich jedoch kein Nachweis einer signifikanten Veränderung in den unerklärten Körperbeschwerden von t0 zu t1 (Chi²=0,280, df=1, a=.05, p=0,597). Weiter ergibt sich anhand eines weiteren Chi²-Tests erwartungsgemäß kein Nachweis einer signifikanten Unterschiedlichkeit in den unerklärten Körperbeschwerden zum Zeitpunkt t0 zwischen der Interventions- und Kontrollbedingung (Chi²=0,79, df=1, a=.05, p=0,779). Eine weitere inferenzstatistische Prüfung des Symptomrückgangs erfolgt weiter unten unter 6.2. Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt anhand der Daten des SOMS.

Deskriptiv betrachtet haben 13 Personen bei Beginn der Studienteilnahme in der Selbstausskunft auf Syndromebene eine majore Depression, drei eine minore, und acht geben keine depressive Symptomatik an. Nach der Studie geben 13 Personen keine depressive Symptomatik an, eine Person eine minore, drei eine Major Depression. Das heißt: Depressive Symptomatiken scheinen sich deskriptiv rückläufig zu entwickeln, jedoch ergab sich anhand eines Chi²-Tests kein Nachweis einer signifikanten Veränderung in den depressiven Syndromen von t0 zu t1 (Chi²=17,135, df=16, a=.05, p=.377). Weiter ergibt sich anhand eines weiteren Chi²-Tests erwartungsgemäß kein Nachweis einer signifikanten Unterschiedlichkeit in der Depressivität zum Zeitpunkt t0 zwischen der Interventions- und Kontrollbedingung (Chi²=2,145, df=2, a=.05, p=.342).

Zu beiden Messzeitpunkten muss die große Anzahl fehlender Werte beachtet werden, welche die Aussagekraft einschränkt:

Tabelle 14: PHQ: depressives Syndrom, kategorial ausgewertet

				Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
t0	Fehlend	System		2	100,0	
	Gültig	keines		8	23,5	33,3
		minor		3	8,8	12,5
		major		13	38,2	54,2
		Gesamt		24	70,6	100,0
	Fehlend	System		10	29,4	
	Gesamt		34	100,0		
t1	Gültig	keines		13	41,9	76,5
		minor		1	3,2	5,9
		major		3	9,7	17,6
		Gesamt		17	54,8	100,0
		Fehlend	System		14	45,2
	Gesamt		31	100,0		

Fehlende Werte erschwerten die Auswertung der Daten für andere mögliche Syndrome, wie der Verdacht auf Bulimia nervosa und Verdacht auf Binge Eating-Störung, so dass darauf verzichtet wurde.

Im Whiteley-Index wurde eine kategoriale Auswertung zur Gesundheitsangst vorgenommen.

Acht Personen weisen gemäß Tabelle 15 bei Studienbeginn mit einem Gesamtwert von 7 einen Verdacht auf eine Hypochondrie auf. Bei Ende der Interventionen sind es nur noch zwei Personen. Auch hier müssen wieder zahlreiche fehlende Werte in Rechnung gestellt werden. Daher werden die Unterskalen des WI nicht gesondert betrachtet. Die Aussagekraft wäre zu schwach.

Tabelle 15: Summenwerte im Whiteley-Index zu t0 und t1

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
t0	Fehlend	System	2		
	Gültig	1,00	1	2,9	5,0
		3,00	2	5,9	10,0
		4,00	2	5,9	10,0
		5,00	4	11,8	20,0
		6,00	3	8,8	15,0
		7,00	8	23,5	40,0
		Gesamt	20	58,8	100,0
	Fehlend	System	14	41,2	
	Gesamt		34	100,0	
t1	Gültig	,00	1	3,2	6,7
		3,00	2	6,5	13,3
		4,00	4	12,9	26,7
		5,00	3	9,7	20,0
		6,00	3	9,7	20,0
		7,00	2	6,5	13,3
		Gesamt	15	48,4	100,0
	Fehlend	System	16	51,6	
Gesamt		31	100,0		

Der Mittelwert von 5,45 zu t0, von 4,6 zu t1 liegt deutlich über dem Mittelwert des WI in der Allgemeinbevölkerung mit 2,44 (Hiller & Rief, 2004). Er liegt unterhalb des Mittelwertes des WI bei psychosomatischen Patienten von 6,22, jedoch bei einer Standardabweichung von 3,49 innerhalb des Konfidenzintervalls dieses Wertes (ebenda). Anhand eines t-Tests für abhängige Stichproben wurden die empirischen Mittelwerte zu t0 und t1 auf signifikante Unterschiedlichkeit geprüft. Dabei ergab sich mit einem t-Wert von 1,235, $df=13$ und einem festgesetzten $\alpha=.05$ ein $p=.239$. Demnach lässt sich kein signifikanter Rückgang von Gesundheitsängsten nachweisen.

Weiter ergab ein t-Test für unabhängige Stichproben zum Zeitpunkt t0 erwartungsgemäß keinen signifikanten Mittelwertsunterschied hinsichtlich der Gesundheitsängste in der Interventions- und Kontrollbedingung ($t=-2,024$, $df=19$, $\alpha=.05$ $p=.057$).

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der gemessenen psychischen Komorbiditäten sagen: Die vorliegende Stichprobe ist in Teilen neben der multisomatoformen Störung

stark belastet durch depressive Syndrome und hypochondrische Ängste. Bei Therapieende scheint die Belastung deskriptiv zurückzugehen, jedoch erreichten diese Veränderungen keine statistische Signifikanz, möglicherweise aufgrund der geringen Fallzahlen.

Daneben wurden bei Einschluss somatische Diagnosen erhoben:

Tabelle: 16: Somatische Diagnosen

Diagnose	Quelle
Chronisch unbeeinflussbarer Schmerz	Arztbrief
Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur, Chronischer Spannungskopfschmerz, CK-ämien unklarer Genese	Aktuell behandelnder Arzt
medikamenteninduzierter Kopfschmerz, Migräne mit Aura, Spannungskopfschmerz	Überweiser
Herpes zoster ophtalmicus rechts, Spannungskopfschmerz	Migräne, Arztbrief
Kopfschmerz, Migräne ohne Aura, sonstiger Hydrocephalus	Überweiser
Osteochondrose, Z.n. Bandscheibenprothese L5/S1	Arztbrief
Chronifizierte Cervicobrachialgien	Arztbrief
Kopfschmerz	Überweiser
Schulter- und Nackenschmerzen	Überweiser
Schwankschwindel intern	Überweiser
Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, Hyperthyreosis factitia, Spannungskopfschmerz	Überweiser
Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz	Akte
Beobachtung bei Verdachtsfall n. n. b., Kopfschmerz, Schmerzen im Unterbauch	Überweiser
Folgen sonstiger und n.n.b. zerebrovaskulärer Krankheiten, Migräne ohne Aura, Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems	Überweiser
Pulpitis	Überweiser
Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems, Schwindel und Taumel	Akte
Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbosakralbereich, sonstige primäre Gonarthrose, Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	Akte
chronisches Schmerzsyndrom, Spinalkanalstenose	Hypertonie, Überweiser
Asthma Bronchiale, Deckenplatteneinbruch	Überweiser

Bandscheibenprotrusion Th5/6, Th7/8, Dorsalgien	Arztbrief
thorakal, Scapulothorakale Dysfunktion links mit willkürlich auslösbaren Subluxationen des linken Schultergelenks	
Chronische Gastritis, Chronische Kopfschmerzen,	Arztbrief
Chronische Rückenschmerzen, Hiatushernie	
Sonstige inkomplette Querschnittsverletzungen des zervikalen Rückenmarks	Überweiser
Verlust eines oder mehrere Genitalorgane,	Überweiser
Zervikobrachialgie	
Bluthochdruck, Juckreiz	Arztbrief
Hypästhesie der Haut	Überweiser
Chronische Oberbauchschmerzen, Chronische Typ C-Gastritis, Gewichtsverlust, Gluten / Laktoseallergie, Kachexie, kongenitale Faszialisparese, konsekutive Konjunktivitis, Magenausgangsstenose, Obstipation	Arztbrief
Asthma Bronchiale, Gelenkssteife, Akte	
Kniegelenksendoprothese, Mechanische Komplikation durch Endoprothese, Reizdarmsyndrom	

Diagnosen, die zusammenstehen, kennzeichnen Mehrfachdiagnosen bei einem Patienten. Bei 7 Patienten wurden keine somatischen Diagnosen gestellt. Demnach ist die überwiegende Mehrheit aller Patienten auch somatisch erkrankt, jedoch vermögen die gestellten Diagnosen nie die gezeigte Symptomatik suffizient zu erklären. Es bleibt darüber hinaus die Multisomatoforme Störung erkennbar.

6.1.7. Arztkonsultationen und Einnahme von Medikamenten

Zum t0 und t1-Messzeitpunkt wurden die Patienten jeweils auch nach ihren Arzt-, Facharzt- und Therapeutenkonsultationen sowie stationären Behandlungen befragt. Die Messung t0 bezieht sich auf die sechs Monate vor Therapiebeginn, die Messung t1 auf die drei Monate während der Studiendurchführung. Hierbei geht es darum, die Nutzung des Gesundheitssystems abzubilden.

Tabelle 17: Anzahl und Häufigkeit der Arztkonsultationen

Arzt/ Therapeut	Facharzt/ Anzahl der Patienten, die ihn aufgesucht haben zu t0	Maximale Anzahl der Besuche zu t0 ⁸ für einen einzelnen Patienten	Maximale Anzahl der Besuche für die gesamte Stichprobe zu t0	Anzahl der Besuche die aufgesucht haben zu t1	Anzahl der Patienten, die ihn aufgesucht haben zu t1	Maximale Anzahl der Besuche zu t1 für einen einzelnen Patienten	Anzahl der Besuche insgesamt für die gesamte Stichprobe zu t1
Allgemeinarzt (Hausarzt)	32	20	142	21	30	85	
Anästhesist	1	2	2	0	0	0	
Augenarzt	16	2	13	5	2	7	
Chirurg	3	3	3	2	1	1	
Dermatologe	4	6	10	5	6	12	
Gynäkologe	10	5	14	5	3	12	
Hals-Nasen- Ohren-Arzt	9	6	29	3	3	6	
Internist	4	20	29	2	3	5	
Kardiologe	3	1	1	1	1	1	
Psychiater	6	12	21	4	2	5	
Psychotherapeut	1	5	5	4	12	27	
Proktologe Enddarmfacharzt	/ 3	2	3	2	2	2	
Pneumologe Lungenfacharzt	/ 3	2	5	0	0	0	
Neurologe	15	8	32	5	8	16	
Orthopäde	17	30	93	8	6	20	
Radiologe	8	6	18	4	1	4	
Urologe	4	5	12	1	2	2	

⁸ In dieser Spalte und der nächsten Spalte ist zu berücksichtigen, dass es bei der Anzahl der Arztbesuche zahlreiche fehlende Werte gab, so dass auch rechnerisch die Werte beider Spalten nicht übereinstimmen müssen. Gleiches gilt für die Darstellung bei t1.

Zahnarzt	/ 8	10	24	3	2	2
Kieferchirurg						
Arzt	und 1	1	1	1	1	1
Heilpraktiker						
Nichtärztlicher	1	1	1	1	1	1
Heilpraktiker						
Sonstiger	4	1	3	1	6	6
(Ärztin für Schmerztherapie, Krankengymnastik; Massage, Berufsbedingte Untersuchungen, Bioenergetische Meditation, Chiropraktiker)						

Fast alle Patienten haben in den sechs Monaten zuvor mindestens den Hausarzt aufgesucht, zum Teil vielfach. Darüber hinaus wurden zahlreiche Fachärzte zum Teil höherfrequent konsultiert. Deskriptiv zeichnet sich ein Rückgang der Arztkonsultationen zu t1 hin ab. Bis zu t0 waren es 461 Arztbesuche im Ganzen, zwischen t0 und t1 215 Arztbesuche.

Dies ist somit ein deskriptiver Hinweis auf eine Bestätigung der Hypothese H4- das Krankheitsverhalten scheint sich zu leicht ändern: Die Patienten beider Bedingungen werden das Gesundheitswesen anderweitig weniger intensiv frequentieren. Unklar bleibt jedoch die Interpretation.

Weiter wurden sie nach den Medikamenten befragt, die sie momentan und in den drei Monaten vor Studienbeginn zu t0 bzw. bei t1 gegenwärtig regelmäßig und nach Bedarf nehmen.

Vier Patienten machten keine Angaben zu ihrem regelmäßigen Medikamentenkonsum. Dabei bleibt unklar, ob sie keine nehmen oder lediglich die Angabe fehlt. Hinsichtlich der Regelmedikation wurden zwei Schwerpunkte deutlich: Die mit Abstand meisten Medikamente waren aus dem Bereich der Analgetika, hier wiederum der Nichtopiodanalgetika, häufig mehrere Präparate parallel. Es kamen vereinzelt auch schwache und einem Fall starke Opioide zum Einsatz. Daneben kamen in 2 Fällen

Psychopharmaka aus dem Spektrum der Antidepressiva zum Einsatz, bei 3 Personen Benzodiazepine (nicht aktuell, aber anamnestisch) sowie Schlafmittel.

Weiter wurde die Frage nach stationären Behandlungen gestellt, die im Jahr vor der Studie in Anspruch genommen wurden. 28 Patienten waren bis zu sechs Mal in stationärer Behandlung, in denen sie sich zahlreichen Organspiegelungen, Sonografien, Röntgenaufnahmen und Computertomografien aller möglicher Körperpartien unterzogen. Dies unterstreicht, wie sehr die Patienten auf der Suche nach medizinischer Behandlung sind.

Darüber hinaus wurden adjuvante bzw. alternative Behandlungsmethoden erfragt wie Akupunktur, Massagen oder Biofeedback, auch jeweils für einen Sechs-Monatszeitraum zu t0 und einen Drei-Monatszeitraum zu t1. Dabei ergab sich das folgende Bild:

Tabelle 18: Anzahl und Häufigkeit adjuvanter bzw. alternativer Behandlungsmethoden

Behandlungsmethode	Anzahl der Patienten, die die Behandlungsmethode nachgesucht haben zu t0	Maximale Anzahl der Behandlungen zu t0⁹ für einzelnen Patienten	Anzahl der Behandlungen insgesamt für die Stichprobe zu t0	Anzahl der Patienten, die die Behandlungsmethode nachgesucht haben zu t1	Maximale Anzahl der Behandlungen zu t1 für einzelnen Patienten	Anzahl der Behandlungen insgesamt für die Stichprobe zu t1
Akupunktur	8	10	36	5	10	31
Homöopathische Behandlung	4	10	15	1	4	4
Osteopathie	1	1	1	2	6	7
Chiropraktische Behandlungen	3	1	3	3	4	11

⁹ In dieser Spalte und der nächsten Spalte ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Behandlungen zahlreiche fehlende Werte enthielt, so dass auch rechnerisch die Werte beider Spalten nicht übereinstimmen müssen. Dies gilt analog für den Zeitpunkt t1.

Massagen	12	15	63	4	6	11
Biofeedback- Behandlung	2	6	11	0	0	0
Elektrotherapie	4	6	12	2	8	8
Krankengymnastische Behandlung	7	50	100	4	25	43
Nach Grundsätzen der Chinesischen Medizin	0	0	0	0	0	0
Naturheilverfahren	0	0	0	0	0	0
Bachblüten	0	0	0	0	0	0
Halsmanschette	1	20	20	1	4	4
Wärmebehandlungen	3	10	10	1	2	2
Sonstige (Sport und Gewichtsreduktion bei T0, Atemtherapie, Yoga, Entspannung, Wassergymnastik, Ultraschall der Verdauungsorgane zu T1)	2	f.A.	f.A.	2	1	2

Das Bild hier ist heterogen: Zum Teil findet sich deskriptiv ein Rückgang in der Inanspruchnahme anderer Behandlungsmethoden wie beispielsweise bei der Massage und Krankengymnastik. Andere wiederum werden deskriptiv vermehrt in Anspruch genommen wie Osteopathie und chiropraktische Verfahren.

6.2. Inferenzstatistische Überprüfung der Hypothesen

Gemäß dem Intention-to-treat-Ansatz wurden auch Daten von Therapieabbrechern in die Analyse miteinbezogen.

6.2.1. Subjektive Einschätzung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes (SF-36)

In diesem Abschnitt geht es um die Überprüfung der ersten beiden Hypothesen H1 und H1.1, also das Postulat von positiven Effekten der Interventionen auf die körperbezogene Lebensqualität als zentralem Outcomekriterium der Studie. Dazu dient die Skala „Körperliche Summenskala“ des SF-36. Zusätzlich soll auch eine Prüfung von Veränderungen hinsichtlich der psychischen Lebensqualität durchgeführt werden. Da die hier betrachtete Stichprobe ohnehin sehr klein ist, werden lediglich die höher aggregierten Summenskalen des SF-36 und nicht die einzelnen Subskalen für die Analyse verwandt. Zudem gibt es keine spezifischen Hypothesen diesbezüglich, des Weiteren gäbe es das Problem multipler Testung innerhalb des SF-36 und damit die Gefahr, zufällige Signifikanzen zu erhalten. Eine Bonferronikorrektur scheint in Anbetracht der kleinen Stichprobe wenig Erfolg versprechend.

Die Skalen des SF36 weisen Intervallskalenniveau auf, somit ist diese Voraussetzung zur Anwendung des allgemeinen linearen Modells gegeben. Die Normalverteilungsannahme der Einschätzung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens ist in dieser Stichprobe fraglich, vielmehr wäre eine linksschiefe Verteilung zu postulieren. Aber das Allgemeine lineare Modell gilt als robust gegen Verletzungen der Normalverteilungsannahme, so dass das Vorgehen beibehalten wurde. Da eine Verbesserung der Symptomatik durch die Behandlung vermutet wird, erfolgt eine einseitige Testung mit einem α -Niveau von 5%.

Konkret handelt es sich um eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, die durchgeführt wurde. Dazu wurden zunächst gemäß dem Auswertungsalgorithmus des SF-36 die Körperliche bzw. Psychische Summenskala berechnet, dann über alle Stichprobenelemente aggregiert und schließlich im Allgemeinen Linearen Modell die Berechnung der Varianzanalyse vorgenommen.

Es lagen die vollständigen Daten von 13 Patienten aus der PISO-Gruppe, von 14 Patienten aus der EMC-Gruppe vor.

Tabelle 19: Varianzanalyse: Zeitpunkte t0 und t1, Therapie mit PISO und EMC als die beiden unabhängigen Variablen, Skala "Körperliche Summenskala" im SF-36 als die abhängige Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	273,084	1	273,084	8,006	,009
Zeitpunkt * Therapie	1,276	1	1,276	,037	,848
Fehler(Zeitpunkt)	852,797	25	34,112		

Anhand der Berechnung wird deutlich: Der Messzeitpunkt ist signifikant bedeutsam für die erlebte körperbezogene Lebensqualität. Es lässt sich jedoch keine bedeutsame Interaktion von Messzeitpunkt und Therapieart nachweisen.

Eine Betrachtung der jeweiligen Gruppenmittelwerte verdeutlicht die Interpretation:

Tabelle 20: Darstellung der Interaktion: Therapie * Zeitpunkt auf der Skala Körperliche Summenskala des SF-36

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	29,281	2,257	24,634	33,929
	t1	33,474	3,220	26,843	40,106
EMC	t0	30,030	2,175	25,552	34,509
	t1	34,839	3,103	28,449	41,229

Die Patienten der Interventionsgruppe sind etwas schlechter gestartet als die der EMC-Gruppe. Anhand der Standardfehler und der Konfidenzintervalle wird jedoch auch ohne Signifikanzprüfung deutlich, dass die Randomisierung geglückt ist, denn die Unterschiede zu Beginn sind sehr gering. Die Verbesserung liegt in beiden Gruppen bei etwa 4 Punktwerten. Auch zu t1 sind die EMC-Patienten etwas weniger eingeschränkt in ihrer erlebten körperbezogenen Lebensqualität.

Dies bedeutet für die Testung der Hypothesen:

Die erste Hypothese, beide Interventionen haben positive Effekte auf die erlebte körperbezogene Lebensqualität, kann als bestätigt gelten.

Neben dem Feststellen von Signifikanz wird auch ein Indikator des quantitativen Ausmaßes der im Verlauf beider Therapien insgesamt erzielten Veränderungen bestimmt. Als quantitative Maße der Effektstärke dienen standardisierte Mittelwertsunterschiede zwischen Prä- und Post-Messung. In der Literatur werden verschiedene Varianten dieser Effektstärken diskutiert (Rosenthal, 1994). Für das vorliegende Prä-Post-Design insgesamt empfiehlt sich die Berechnung nach Glass (1981, zitiert nach Rosenthal, 1994): $ES = x_{\text{post}} - x_{\text{prä}} / s_{\text{prä}}$. Diese Effektstärke wird als d bezeichnet. Die Standardisierung dieser Differenz erfolgt unter Heranziehung der entsprechenden Standardabweichung der gesamten vorliegenden Prä-Daten. Damit ergibt sich folgende Effektstärke:

$$ES = d = (34,7773 - 30,8587) / 7,58707 = 3,9186 / 7,58707 = 0,516.$$

Dies entspricht genau der im Rahmen der Poweranalyse postulierten mittleren Effektstärke.

Die zweite Hypothese H1.1, die PISO-Intervention führt in stärkerem Ausmaß als die Kontrollbedingung zu Verbesserungen in der erlebten körperbezogenen Lebensqualität, kann anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Zum Zeitpunkt t1 scheint die dreistündige Intervention der 12-stündigen ebenbürtig zu sein, deskriptiv sogar etwas besser, jedoch nicht signifikant.

Es wurde die Korrelation der beiden Skalen körperbezogener und psychischer erlebter Lebensqualität zum Zeitpunkt t0 berechnet und auf Signifikanz geprüft. Es gibt demnach zu Beginn einen bedeutsamen, aber gegenläufigen Zusammenhang zwischen beiden Maßen.

Tabelle 21: Korrelation von körperbezogener und psychischer erlebter Lebensqualität zu t0

		t0 Standard. Körperl. Summenskala	t0 Standard. Psych. Summenskala
t0 Standard. Körperl. Summenskala	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	1 36	-,355(*) 36 ,034
t0 Standard. Psych. Summenskala	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,355(*) 36 ,034	1 36

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 22: Korrelation von körperbezogener und psychischer erlebter Lebensqualität zu t1

		t1 Standard. Körperl. Summenskala	t1 Standard. Psych. Summenskala
t1 Standard. Körperl. Summenskala	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	1 28	,042 28 ,831
t1 Standard. Psych. Summenskala	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,042 28 ,831	1 28

Ein solcher Zusammenhang ist zum Zeitpunkt t1 nicht mehr nachweisbar. Hier sind die körperbezogene und psychische Lebensqualität voneinander unabhängig.

Weiter soll an dieser Stelle die Skala „psychische Summenskala“ betrachtet werden, welche Veränderungen sich hier ergeben haben.

Tabelle 23: Varianzanalyse: Zeitpunkte t0 und t1, Therapie mit PISO und EMC als die beiden unabhängigen Variablen, Skala "Psychische Summenskala" im SF-36 als die abhängige Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	352,121	1	352,121	3,763	,064
Zeitpunkt * Therapie	5,896	1	5,896	,063	,804
Fehler(Zeitpunkt)	2339,174	25	93,567		

Weder der Zeitpunkt der Messung noch die Interaktion von Zeitpunkt und Therapieform scheinen bedeutsam zu sein für eine Veränderung auf der Psychischen Summenskala.

Tabelle 24: Darstellung der Interaktion: Therapie * Zeitpunkt auf der Psychischen Summenskala

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	37,328	4,118	28,847	45,808
	t1	41,777	3,285	35,012	48,543
EMC	t0	37,498	3,968	29,326	45,670
	t1	43,270	3,166	36,750	49,789

Deskriptiv zeichnet sich hier ab, dass beide Gruppen gleich gestartet sind, was wiederum zeigt, dass die Randomisierung geglückt ist. Weiter lassen sich die Werte aufgrund der großen Standardfehler nicht interpretieren.

6.2.2. Überprüfung eines möglichen Rückgangs von Körperbeschwerden (SOMS)

An dieser Stelle schließt die Überprüfung der Hypothese H2 - Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, haben insgesamt zu Behandlungsende weniger körperliche Beschwerden als zu Behandlungsbeginn - und H2.1 - Patienten, die in der Interventionsbedingung teilgenommen haben, haben bei gleicher Ausgangslage weniger Beschwerden als die Teilnehmer der Kontrollbedingung - an.

Dazu wird auf die Daten des SOMS zurückgegriffen, welche ebenfalls Intervallskalenniveau aufweisen, somit ist diese Voraussetzung zur Anwendung des allgemeinen linearen Modells gegeben. Die Normalverteilungsannahme der Einschätzung der Beschwerden in Zahl und Stärke ist in dieser Stichprobe fraglich, vielmehr wäre eine rechtsschiefe Verteilung zu postulieren. Aber das Allgemeine lineare Modell gilt als robust gegen Verletzungen der Normalverteilungsannahme, so dass das Vorgehen beibehalten wurde.

Da ein Rückgang der Beschwerden durch die Behandlung vermutet wird, erfolgt eine einseitige Testung mit einem α -Niveau von 5%.

Konkret handelt es sich um eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, die durchgeführt wurde. Dazu wurde zunächst gemäß dem Auswertungsalgorithmus des SOMS die Beschwerdesumme bestimmt, auch die Beschwerdesumme größer oder gleich 3 und 4, dann über alle Stichprobenelemente aggregiert und schließlich im Allgemeinen Linearen Modell die Berechnung der Varianzanalyse vorgenommen. Inhaltlich bedeuten Werte von größer, gleich 3 mittelmäßige, starke und sehr starke Beschwerden.

Es lagen die vollständigen Daten von 17 Patienten aus der PISO-Gruppe, von 15 Patienten aus der EMC-Gruppe vor.

Tabelle 25: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Beschwerdezahl im SOMS als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	202,743	1	202,743	7,740	,009
Zeitpunkt * Therapie	2,993	1	2,993	,114	,738
Fehler(Zeitpunkt)	785,867	30	26,196		

Anhand der Berechnung wird deutlich: Der Messzeitpunkt ist signifikant bedeutsam für die Beschwerdezahl. Es lässt sich jedoch keine bedeutsame Interaktion von Messzeitpunkt und Therapieart nachweisen.

Eine Betrachtung der jeweiligen Gruppenmittelwerte verdeutlicht die Interpretation:

Tabelle 26: Darstellung der Interaktion: Therapie * Zeitpunkt

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	T0	18,235	1,735	14,693	21,778
	T1	14,235	2,256	9,628	18,843
EMC	T0	18,400	1,847	14,629	22,171
	T1	15,267	2,402	10,361	20,172

Die Patienten starten mit gleicher Beschwerdezahl zu Beginn, was zeigt, dass auch hier die Randomisierung erfolgreich war. Die Patienten der PISO-Gruppe haben etwas

weniger Beschwerden nach Abschluss der Intervention als die der EMC-Gruppe, jedoch nicht signifikant.

Nun erfolgt noch die Betrachtung der Beschwerden, die als mittelmäßig, stark und sehr stark eingeschätzt wurden. Diese Betrachtung ist demnach etwas differenzierter als die obige.

Tabelle 27: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Beschwerdezahl im SOMS größer, gleich 3 als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	32,385	1	32,385	4,849	,035
Zeitpunkt * Therapie	1,510	1	1,510	,226	,638
Fehler (Zeitpunkt)	200,349	30	6,678		

Auch in dieser Testung bleibt der Einfluss des Zeitpunktes signifikant, wenn auch nicht ganz so deutlich wie bei der Testung über alle Symptome unabhängig von der Stärke. Das bedeutet inhaltlich: Es findet auch ein Rückgang der besonders schweren Symptome statt. Es lässt sich jedoch wieder keine bedeutsame Interaktion von Messzeitpunkt und Therapieart nachweisen.

Eine Betrachtung der jeweiligen Gruppenmittelwerte verdeutlicht die Interpretation:

Tabelle 28: Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	5,000	,858	3,247	6,753
	t1	3,882	1,130	1,574	6,190
EMC	t0	5,133	,914	3,267	6,999
	t1	3,400	1,203	,943	5,857

Auch hier: Die Patienten starten mit gleicher Beschwerdezahl. Der Rückgang der schweren Beschwerden scheint deskriptiv in der EMC-Gruppe deutlicher zu sein als in der PISO-Gruppe.

Da die Daten nicht signifikant sind, verbietet sich jedoch eine weitergehende Interpretation.

Dies bedeutet für die Testung der Hypothesen:

Die Hypothese H2 - Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, haben insgesamt zu Behandlungsende weniger körperliche Beschwerden als zu Behandlungsbeginn - kann als bestätigt gelten.

Auch hier wird analog dem in Kapitel 6.2.1. beschriebenen Vorgehen ein Effektstärkemaß bestimmt, welches sich auf den Rückgang aller Körpersymptome im SOMS bezieht. Damit ergibt sich folgende Effektstärke:

$$ES = d = (17,4444 - 14,3333) / 7,94785 = 3,1111 / 7,94785 = 0,391.$$

Dies entspricht knapp der im Rahmen der Poweranalyse postulierten mittleren Effektstärke.

Die Hypothese H2.1 - Patienten, die in der Interventionsbedingung teilgenommen haben, haben bei gleicher Ausgangslage weniger Beschwerden als die Teilnehmer der Kontrollbedingung - kann anhand der vorliegenden Daten nicht belegt werden. Zum Zeitpunkt t1 scheint jedoch deskriptiv die 12-stündige Intervention der 3-stündigen überlegen zu sein, wenn alle Symptome betrachtet werden, jedoch nicht signifikant. Zieht man nur die schwereren Symptome heran, kehrt sich dieser Trend zwischen den Gruppen um, so dass sich an dieser Stelle eine weitergehende Interpretation der Daten verbietet.

6.2.3. Überprüfung der Veränderung des Krankheitskonzeptes (IPQ-R)

Nun erfolgt die Testung der Hypothese 3, beide Interventionen verändern das Krankheitskonzept in Richtung eines stärker psychosomatischen Modells. Dazu wird auf die direkte Frage nach den drei Faktoren, die nach Meinung des Patienten am meisten für die Krankheit verantwortlich sind, zurück gegriffen – als ein Element des

IPQ-R. Hier erfolgt die Auswertung deskriptiv. Die Angaben der Patienten werden wörtlich zitiert.

Tabelle 29: Patientenselbstauskunft im IPQ-R: „Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind...“

t0 Reason 1	t0 Reason 2	t0 Reason 3	t1 Reason 1	t1 Reason 2	t1 Reason 3
körperlich zu schwer und zu hart gearbeitet	psychische Belastungen: Stress, Schlaflosigkeit, Eheprobleme	Rheumatische und orthopädische Probleme (3 schwere OPs)	Rheuma	Bandscheibe	Schlaflosigkeit, Ärger mit der Schwiegermutter
?	Vielleicht psychisch?		Psychische Probleme		
			kein Unfall oder so was, die Beschwerden sind einfach da		
Überforderung	Flucht vor dem Alltag	Legitimation zum Ausruhen			
Stress, Mobbing	Familiäre Probleme	Probleme in der Beziehung	Stress		
Druckschmerzen im Bereich Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Leiste, Hoden	Brennendes Gefühl in den Beinen, Kniegelenk und Füße	Taubgefühl in den Armen	Druckschmerzen im Bereich Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Leiste, Hoden		
Hydrocephalus internus	Kopfschmerzen ungeklärter Ursache		Hydrocephalus intern mit Shuntfunktion		
			Rückenschmerzen Wirbelsäule	Bewegungsschmerzen im ganzen Körper	Beinlähmungen im rechten Bein, Kribbeln in Beinen, Armen und Hände
			Schmerzen sind körperlich, werden bei Aktivität mehr	auch bei Ärger werden sie mehr	
FSME-Impfung			FSME-Impfung		
Unfall HWS-Fraktur nach Anbruch	Fall aus ca 8m Höhe, nachfolgende				

	med. und physik. Weiterbehandlung mangelhaft								
				Elternhaus	Verschleiß		zu wenig Sport		
Osteoporose	Verschleiß der Wirbelsäule	Schwindel		Verschleiß der Wirbelsäule	Ich habe viel gearbeitet in eigener Fleischerei	vielleicht das Alter? (Schlaganfall)			
Vorratsmilbenallergie, Atembeschwerden	Wetterfühligkeit	Innere Körperspannung		Allergie Vorratsmilben	Wirbelsäulenproblem	Bürokratie, zuviel betriebliche Regelungen			
Stress	Halswirbelsäule	Rückenschmerzen		Stress					
Kopfschmerzen	Rückenschmerzen			Kopfschmerzen	Stress	Schlaflosigkeit			
Sturz vom Bücherregal	keine ausreichende Untersuchungen			Sturz vom Bücherregal in der Jugend					
Verhärtung der Muskulatur	Verkürzung der Muskulatur			Muskelverkürzung (Ursache oder Folge?)	Muskelverhärtung (Ursache oder Folge?)	13 Jahre Fernverkehr			
manchmal wenn mich im Kopf was beschäftigt	Regel kommt ohne Grund (ganz oft so, das kann nicht immer psychisch sein)			Migräne, Kopfschmerzen, Kopfdruck	Nackenschmerzen (HWS- Bandscheibenvorfall)	Gelenkschmerzen			
				Stress	Ungewissheit	Unregelmäßigkeit			
Schwindel: Nachhinein Zwiespalt Mutter (eigene Grenzen wahrnehmen und vertreten)	im Denkestress, es geht rund im Kopf			eigene Bedürfnisse nicht erkennen	sich für andere verantwortlich fühlen	über eigene Grenzen gehen, nicht genügend abgrenzen			
Bein (Knie)	Rücken, Nacken, Wirbelsäule	Tinnitus		Verschleiß durch ausdauernde körperliche Belastung (HWS- LWS-Knie)	Stress	häufige Kopfschmerzen durch Überanstrengung des rechten Auges			
Mehrfachbelastung (mehr als 20 Jahre) als berufstätige (Vollzeit) Alleinerziehende (zwei Kinder sowie gleichzeitige Betreuung der hoch betagten	Ich bin seit 1972 verwitwet und erhielt weder für mich noch für die Kinder Unterstützung			Verschleiß eventuell, mangelnde Bewegung (Bürotätigkeit ganztags)	keine Zeit für Bewegung und Ausgleichssport	Dreifachbelastung: Beruf, alleinerziehend und Betreuung und Pflege der blinden betagten Mutter,			

blinden Mutter						Sparsamkeit
Deckplatteneinbruch		Stechen in der Brust hauptsächlich links, zeitweise auch rechts, Ausstrahlung bis zum Arm		Gefühl des Durchbrechens im Bereich der Brustwirbelsäule, Schmerzen in der Halswirbelsäule		Druck in den Augen und Sehstörungen, Schmerzen im Steißbereich
		Körperhaltung	Fußball			
		Unzufriedenheit	Eheprobleme	psychosoziale Probleme		
Unfall (Fuß)	Thrombose	Übergewicht / Nikotin				
Überbelastung physischer und psychischer Natur		Stress, negative Spannung		Körperliche Überanstrengung		
Schmerzen	ich bin mein Leben lang unter Druck gewesen	Seele	Haut	Knochen		
Nieren /Darmprobleme Ursache?	Stress Ursache?					
Unterbauchbeschwerden & Schmerzen im Blasen-, Darmbereich, Geschlechtsorgane, Schleimhäute	Infekte durch Sperma, sie lösen Scheiden-& Blasenentzündung aus		Magenschleimhaut / Darmentzündung		Nagelpilz	
Stress	hohes Sicherheitsdenken	Gedanken an meine Krankheit	an Angst vor Krankheiten	vor Stress, bedingt	zeitlich	
Stress, berufliche Situation			Essen	Stress	Ungewissheit	
Knie	Angstzustände, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Depression	Schmerzen im Rücken, Armen und Beinen	Schmerzen	Depression	Angstzustände	

Es lagen zu t0 Daten von 27 Patienten vor. Die restlichen Patienten hatten dies Item unbeantwortet gelassen. Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf ein fehlendes, aus Patientensicht suffizientes Krankheitsmodell.

Zu t1 lagen Daten von 7 Patienten Daten vor, die die Frage zu t0 unbeantwortet gelassen haben, insgesamt von 30 Personen liegen zu t1 Daten vor. Möglicherweise

kann dies auch als Hinweis darauf verstanden werden, dass innerhalb der Stichprobe tendenziell eine Zunahme an Krankheitsmodellen stattgefunden hat.

Insgesamt gibt es wenige Patienten, bei denen sich in der Ursachenattribution in dieser offenen Frage nichts verändert. So kann dies als Hinweis auf Bewegung, Veränderung aufgefasst werden im Krankheitskonzept beziehungsweise der Kausalattribution der Beschwerden.

In der Tabelle sind die psychosomatisch anmutenden Attributionen (subjektive Einschätzungen der Autorin) blau unterlegt. Um die zahlenmäßige Veränderung auf Signifikanz zu prüfen, wurde im Programm Systat 7.0.1 ein nonparametrischer Signtest gerechnet, der in der Lage ist, die Summe der jeweiligen blau unterlegten Variablen auf signifikante Unterschiedlichkeit im Sinne der Veränderungshypothese zu prüfen (α -Niveau von 5%.)

Tabelle 30: Ergebnisse des Sign-Test

Anzahl der Differenzen (Zeilen-Variable größer als Spalten-Variable)		
	REASONS t0	REASONS t1
REASONS t0	0	3
REASONS t1	11	0
Zwei-seitige Wahrscheinlichkeiten für jedes Variablenpaar		
	REASONS t0	REASONS t1
REASONS t0	1.000	
REASONS t1	0.057	1.000

Das heißt für die Hypothese 3: Anhand der offenen Frage nach Kausalattributionen vor und nach der Intervention lässt sich keine signifikante Veränderung nachweisen. Auf der deskriptiven Ebene lässt sich eine Zunahme an Attributionen überhaupt und an eher psychosomatischen Erklärungen in der Tendenz erkennen (18 zu 24).

Daneben werden die metrischen Skalen des IPQ-R zur Beantwortung der Fragestellung genutzt, bei denen es um die Gesundheitswahrnehmung hinsichtlich spezifischer Aspekte geht.

Die Skalen weisen Intervallskalenniveau auf, somit ist diese Voraussetzung zur Anwendung des allgemeinen linearen Modells gegeben. Die Normalverteilungsannahme der Einschätzung der Gesundheitswahrnehmung ist in Anbetracht der schweren Beeinträchtigungen der Patienten in dieser Stichprobe fraglich, vielmehr wäre eine linksschiefe Verteilung zu postulieren. Aber das Allgemeine Lineare Modell gilt als robust gegen Verletzungen der Normalverteilungsannahme, so dass das Vorgehen beibehalten wurde.

Da im Sinne der Hypothese eine Veränderung der Einschätzungen erwartet wird, erfolgt jeweils eine zweiseitige Testung mit einem α -Niveau von 5%.

Konkret handelt es sich um eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, die durchgeführt wurde. Dazu wurden zunächst gemäß dem Auswertungsalgorithmus des IPQ-R die jeweilige Skala berechnet, dann über alle Stichprobenelemente aggregiert und schließlich im Allgemeinen Linearen Modell die Berechnung der Varianzanalyse vorgenommen.

Zunächst wird die Skala „Timeline“ betrachtet. Hier geht es um die Repräsentanz des zeitlichen Verlaufs der Erkrankung. Differenziert wird zwischen einem Erleben der Erkrankung als kurzfristig und akut oder als eher chronisch persistierend.

Tabelle 31: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Timeline“ - Zeitlicher Verlauf der Erkrankung chronisch vs. akut (IPQ-R) als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	1,035	1	1,035	1,822	,191
Zeitpunkt * THERAPIE	,107	1	,107	,189	,668
Fehler(Zeitpunkt)	11,926	21	,568		

Hier ist weder der Faktor Zeitpunkt noch die Interaktion signifikant. Eine Veränderung lässt sich hier also nicht nachweisen. Die Stichprobengröße beträgt 10 für PISO, 13 Personen für EMC.

Tabelle 32: . Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Timeline“ (IPQ-R)

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	3,633	,253	3,107	4,160
	t1	4,033	,274	3,463	4,603
EMC	t0	3,923	,222	3,461	4,385
	t1	4,128	,240	3,628	4,628

Deskriptiv bei der Betrachtung der Gruppenmittelwerte lässt sich jedoch eine Zunahme der Werte erkennen. Inhaltlich bedeutet dies: Das Krankheitskonzept verändert sich in Richtung des Krankheitserlebens als einer chronischen, langandauernden Störung, für die es entsprechend auch keine schnelle Heilung geben kann.

Nun wird die Skala „Persönliche Kontrolle“ des IPQ-R betrachtet. Zu erwarten wäre eine Zunahme auf der Skala Kontrolle. Die Kontrolle sollte in PISO stärker zunehmen als in EMC. Hier wurde entsprechend einseitig getestet.

Tabelle 33: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Persönliche Kontrolle“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	,166	1	,166	,502	,487
Zeitpunkt * THERAPIE	,108	1	,108	,326	,574
Fehler(Zeitpunkt)	6,940	21	,330		

Hier ist weder der Faktor Zeitpunkt noch die Interaktion signifikant. Eine Veränderung lässt sich hier also nicht nachweisen. Die Stichprobengröße beträgt 9 für PISO, 14 Personen für EMC.

Tabelle 34: Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Persönliche Kontrolle“ (IPQ-R)

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	3,333	,256	2,801	3,866
	t1	3,556	,269	2,996	4,115
EMC	t0	3,524	,205	3,097	3,951
	t1	3,548	,216	3,099	3,996

Deskriptiv lässt sich allenfalls in der PISO-Bedingung minimal eine – aufgrund der umgekehrten Polung der Skala hier - Abnahme an persönlicher Kontrolle, als die Möglichkeit auf den Verlauf der eigenen Erkrankung Einfluss zu nehmen, erkennen, aber so minimal, dass diese Werte nicht zu interpretieren sind.

Es lässt sich also anhand der vorliegenden Daten keine Zunahme der persönlichen Kontrolle auf die Erkrankung nachweisen, weder global noch in der PISO-Bedingung.

Hier wird an dieser Stelle die Skala „Emotionale Repräsentanz“ des IPQ-R betrachtet. Damit geht es inhaltlich um Aspekte von Beunruhigung, Angst und Depression in der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung.

Tabelle 35: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Emotionale Repräsentanz“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	,190	1	,190	,669	,421
Zeitpunkt * THERAPIE	,017	1	,017	,061	,807
Fehler(Zeitpunkt)	7,110	25	,284		

Hier ist weder der Faktor Zeitpunkt noch die Interaktion signifikant. Eine Veränderung lässt sich hier also nicht nachweisen. Die Stichprobengröße beträgt 12 für PISO, 15 Personen für EMC.

Tabelle 36: Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Emotionale Repräsentanz“ (IPQ-R)

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	3,222	,294	2,616	3,828
	t1	3,139	,287	2,547	3,730
EMC	t0	3,311	,263	2,769	3,853
	t1	3,156	,257	2,627	3,685

Die Werte sind nicht zu interpretieren in Anbetracht der Größe der Standardfehler. Es lässt sich also anhand der vorliegenden Daten keine Zunahme der Emotionalen Repräsentanz der Erkrankung nachweisen, weder global noch in der PISO-Bedingung.

Nun geht es um die Skala „Kohärenz“ des IPQ-R. Wesentliche inhaltliche Aspekte von Kohärenz sind das Erleben von Sinnhaftigkeit und Verstehbarkeit. Damit ist implizit auch das subjektive Krankheitsmodell angesprochen.

Tabelle 37: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Kohärenz“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	,155	1	,155	,424	,521
Zeitpunkt * THERAPIE	1,044	1	1,044	2,851	,105
Fehler(Zeitpunkt)	8,057	22	,366		

Hier ist weder der Faktor Zeitpunkt noch die Interaktion signifikant. Eine Veränderung lässt sich hier also nicht nachweisen. Die Stichprobengröße beträgt 11 für PISO, 13 Personen für EMC.

Tabelle 38: Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Kohärenz“ (IPQ-R)

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	2,939	,369	2,174	3,705
	t1	3,121	,303	2,492	3,750
EMC	t0	3,359	,339	2,655	4,063
	t1	2,949	,279	2,370	3,527

Interessanterweise deutet sich hier deskriptiv an, dass in der EMC-Bedingung das Kohärenzerleben zunimmt. Auch diese Skala ist umgepolt, niedrige Werte bedeuten eine hohe Ausprägung von Kohärenzerleben.

Nun wird die Skala „Zyklisches Auftreten“ des IPQ-R genauer betrachtet. Inhaltlich geht es hier auch um das Erleben von Unberechenbarkeit oder Zyklen im Verlauf der Erkrankung.

Tabelle 39: Varianzanalyse mit den Zeitpunkten t0 und t1 sowie PISO und EMC als den beiden unabhängigen Variablen und der Skala „Zyklisches Auftreten“ (IPQ-R) als der abhängigen Variable

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zeitpunkt	,022	1	,022	,049	,826
Zeitpunkt * THERAPIE	,022	1	,022	,049	,826
Fehler(Zeitpunkt)	10,903	24	,454		

Hier ist weder der Faktor Zeitpunkt noch die Interaktion signifikant. Eine Veränderung lässt sich hier also nicht nachweisen. Die Stichprobengröße beträgt 12 für PISO, 14 Personen für EMC.

Tabelle 40: Darstellung der Interaktion Therapie * Zeitpunkt, Skala „Zyklisches Auftreten“ (IPQ-R)

THERAPIE	Zeitpunkt	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
PISO	t0	3,250	,271	2,690	3,810
	t1	3,333	,174	2,974	3,692
EMC	t0	3,595	,251	3,077	4,113
	t1	3,595	,161	3,263	3,927

Die Werte sind nicht zu interpretieren in Anbetracht der Größe der Standardfehler. Es lässt sich also anhand der vorliegenden Daten keine Veränderung in der Wahrnehmung des Zyklischen Auftretens der Erkrankung nachweisen, weder global noch in der PISO-Bedingung.

Die Skala „Konsequenzen auf das eigene Leben“ des IPQ-R als ein weiterer Aspekt eines Modells der Störung lässt sich nicht untersuchen, da zu ihr lediglich Daten zum Zeitpunkt t0 vorliegen.

Die Hypothese 3 muss zusammenfassend folgendermaßen beurteilt werden: Anhand der metrischen Skalen des IPQ-R als Indikatoren für ein Krankheitsmodell und Kausalattributionen der eigenen Erkrankung lassen sich keine Veränderungen nachweisen. Bei der offenen Frage nach Kausalattributionen finden sich deskriptiv dezente Hinweise auf eine Zunahme an Attributionen überhaupt und an eher psychosomatischen Erklärungen.

Die dritte Hypothese muss anhand der Datenlage demnach verworfen werden.

6.2.4. Beurteilung des Verlaufs aus Patienten- und aus Therapeutesicht (HAQ)

Im HAQ geben Patienten und Therapeuten jeweils nach Abschluss der Therapien ihre Einschätzung hinsichtlich der wahrgenommenen therapeutischen Beziehung und des wahrgenommenen therapeutischen Prozesses sowie eine globale Erfolgseinschätzung der Therapie ab.

Tabelle 41: Mittlere Einschätzung der wahrgenommenen therapeutischen Beziehung und des wahrgenommenen therapeutischen Prozesses aus Patientensicht (HAQ), getrennt für PISO und EMC

Item	Mittelwert _{PISO}	Mittelwert _{EMC}	Mittelwert _{gesamt}
1. Ich glaube, dass mein Therapeut mir geholfen hat.	3,69	3,33	3,52
2. Ich glaube, dass mir die Behandlung geholfen hat.	3,62	3,25	3,44
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	4,08	3,92	4,00
4. Seit der Behandlung fühle ich mich besser.	2,69	3,25	2,96
5. Ich kann bereits absehen, dass ich die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	2,23	3,08	2,64
6. Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf den Therapeuten verlassen konnte	5,00	4,75	4,88
7. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut mich verstanden hat.	5,08	4,92	5,00
8. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut wollte, dass	5,23	5,08	5,16

ich meine Ziele erreiche.			
9. Ich habe das Gefühl, dass ich und der Therapeut ernsthaft an einem Strang gezogen haben.	4,69	4,58	4,64
10. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.	4,23	4,92	4,56
11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt besser verstehe und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).	3,25*	4,42*	3,83
12. Globaleinschätzung des Behandlungserfolgs im Vergleich zu Behandlungsbeginn	5,00	4,92	4,96

* Differenz der Mittelwerte PISO und EMC auf 5%-Niveau signifikant

Den Items liegt eine Likert-Skalierung von 1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend zugrunde. Der Behandlungserfolg insgesamt wird demnach von allen Patienten als zutreffend, also vorhanden beurteilt. Dies findet sich in den jeweiligen globalen Bestätigungen der Hypothesen 1 und 2, Wiedergewinn an körperbezogener Lebensqualität und Rückgang von Körperbeschwerden, wieder.

Die Mittelwerte der Items wurden jeweils anhand eines t-Tests für unabhängige Gruppen auf signifikante Unterschiedlichkeit geprüft (α -Niveau von 5%). Lediglich bei Item 11 findet sich ein bedeutsamer Gruppenunterschied dahingehend, dass die EMC-Gruppe sich besser in der Lage fühlt, sich im Anschluss an die Therapie eigenständig mit ihren Problemen auseinander zu setzen. Ansonsten beurteilen alle Patienten ihren individuellen Behandlungserfolg gleichermaßen günstig.

Abbildung 5: Verlauf global – laut Patient

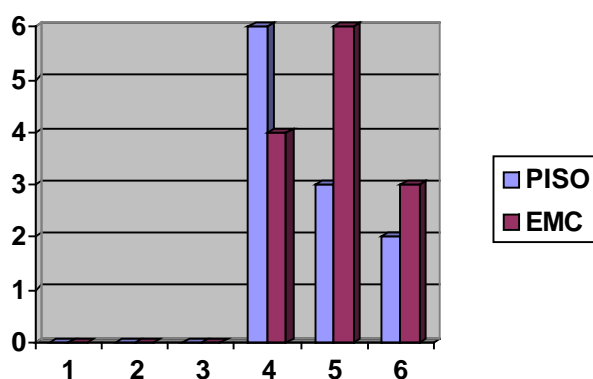
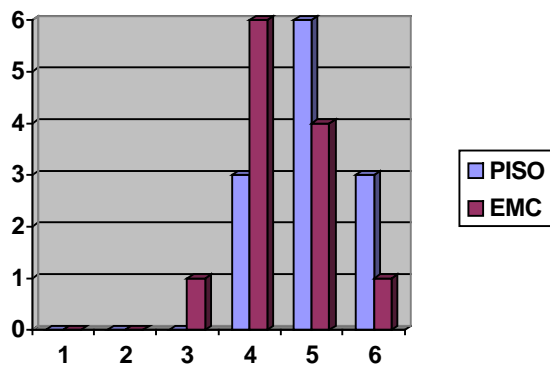


Abbildung 6: Verlauf global – laut Therapeut



Deskriptiv wird hier anhand der globalen Verlaufs- und Erfolgseinschätzungen durch Therapeuten und Patienten deutlich, dass ihre Einschätzungen nahezu alle im oberen Skalenbereich, also in den Bereichen eher zutreffend bis sehr zutreffend angesiedelt sind, die Einschätzungen scheinen sich zu ähneln. Aufgrund der kleinen Fallzahlen verbietet sich jedoch auch an dieser Stelle eine weitergehende Interpretation.

Der Mittelwert der globalen Verlaufsbeurteilung basierend auf der Therapeuteneinschätzung für die PISO-Gruppe beträgt 5,00, der für die EMC-Gruppe 4,42. Mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben (α -Niveau von 5%) konnte keine bedeutsame Unterschiedlichkeit dieser Gruppenmittelwerte nachgewiesen werden. Die Therapeuten beider Gruppen schätzen den Behandlungserfolg demnach gleichermaßen günstig ein.

6.2.5. Beurteilung der partnerschaftlichen Bindung (BoBi) und der Alexithymie (TAS)

Im BoBI geben die Patienten selber Einschätzungen hinsichtlich ihrer partnerschaftlichen Bindung ab. Auf den beiden Dimensionen des Messinstrumentes ergeben sich folgende Werte:

Tabelle 42: Mittelwerte der BoBi-Dimensionen Angst und Vermeidung

		Vermeidung	Angst
N	Gültig	30	30
	Fehlend	6	6
Mittelwert		2,9217	3,2893
Standardabweichung		1,17721	1,20926
Minimum		1,00	1,00
Maximum		4,94	6,11

Die Vergleichswerte bei Vermeidung liegen in der studentischen Ausgangsstichprobe bei 2,67 ($ES = d_{\text{Vermeidung PISO/Studenten}} = 0,24$), in der klinischen Replikationsstichprobe bei 3,07 ($ES = d_{\text{Vermeidung PISO/klinische Stichprobe}} = -0,13$). Somit beschreibt sich die hiesige Stichprobe als geringfügig bindungsvermeidender verglichen mit den Gesunden (kleiner Effekt) und als sehr ähnlich der klinischen Vergleichsstichprobe, statistisch nicht bedeutsam weniger vermeidend als die klinische Vergleichsgruppe (kein Effekt).

Für die Angstsкала liegt der Referenzwert der Studenten bei 3,58 ($ES = d_{\text{Angst PISO/Studenten}} = -0,27$), der der klinischen Replikationsstichprobe bei 3,77 ($ES = d_{\text{Angst PISO/klinische Stichprobe}} = -0,39$). Somit beschreibt sich die hiesige Stichprobe als geringfügig weniger bindungsängstlich gegenüber der Gruppe der Studenten (kleiner Effekt), aber als deutlich weniger bindungsängstlich als die klinische Vergleichsstichprobe (kleiner bis mittlerer Effekt).

In der TAS beschreibt sich die Stichprobe folgendermaßen:

Tabelle 43: TAS-Werte

N	Gültig	34
	Fehlend	2
Mittelwert (als Rohwert/Itemzahl dargestellt)		2,3106
Standardabweichung		,54951
Minimum		1,15
Maximum		3,29

Dies bedeutet für die Alexithymieausprägung in der vorliegenden Stichprobe: Der Cut-off-Wert von $RW/n = 3,00$ wird deutlich nicht überschritten. Die hiesige Stichprobe kann nicht als alexithym charakterisiert werden. Der vorliegende Wert entspricht einem

Prozentrang von PR= 46. Dies bedeutet, die vorliegende Stichprobe ist im Vergleich zur bevölkerungsrepräsentativen Normierungsstichprobe der TAS nicht durch eine hohe Alexithymieausprägung gekennzeichnet, im Gegenteil: 54% der Normierungsstichprobe beschreiben sich als alexithymer. Die vorliegende Stichprobe ist hinsichtlich der Alexithymieausprägung als äußerst heterogen anzusehen wie die Streubreite deutlich macht. Mit einem Minimum von 1,15 und einem Maximalwert von 3,29 werden Ausprägungsbereiche der Alexithymie von einem Prozentrang von 0 bis zu einem Prozentrang von 97 abgedeckt (Kupfer et al. 2001).

Um die TAS als Prädiktor zum Einsatz zu bringen, wurden Korrelationen berechnet mit zentralen Ergebnisparametern: So wurde die TAS-Gesamtskala mit den SOMS-Skalen Beschwerdezahl und Beschwerdeintensität, der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-36 – jeweils zu beiden Messzeitpunkten - den beiden BoBi-Skalen Angst und Vermeidung korreliert. Dabei ergab sich folgendes Bild:

Die Korrelation TAS-BoBi Vermeidung ist als einzige mit $r=.458$ signifikant, dies ist inhaltlich aufgrund der Sinnverwandtheit der Konstrukte erwartbar gewesen ($ES=d=1,03$). Hinsichtlich der Beschwerdeentwicklung und der erlebten körperbezogenen und psychischen Lebensqualität lässt sich anhand der TAS-Daten unter Zugrundelegung von statistischer Signifikanz als Minimalkriterium keine Vorhersage über den Therapieoutcome abgeben. Keine der bestimmten, zum Teil höher ausgeprägten Korrelationen wird signifikant. Dies ist zunächst kontraintuitiv und möglicherweise der kleinen Stichprobengröße geschuldet, da sich bei Berechnung von Effektstärken ein anderes Bild ergibt: $r_{TAS/SF-36 \text{ Körperliche Summenskala } t0} = .231$ ($ES=d=0,47$); $r_{TAS/SF-36 \text{ Psychische Summenskala } t0} = -.317$ ($ES=d=-0,67$); $r_{TAS/BoBi \text{ Angst}} = .241$ ($ES=d=0,50$); $r_{TAS/SF-36 \text{ Körperliche Summenskala } t1} = .200$ ($ES=d=0,41$); $r_{TAS/SF-36 \text{ Psychische Summenskala } t1} = -.307$ ($ES=d=-0,65$). Die Darstellung der Korrelationen als standardisierte Mittelwertsunterschiede lässt die prädiktiven Qualitäten der TAS erkennen.

6.3. Unerwünschte Ereignisse und Dropouts

Das schwerwiegendste und gleichzeitig auch das einzige unerwünschte Ereignis war die schwer depressive Dekompensation einer Patientin in der Interventionsbedingung. Sie

äußerte auch suizidale Gedanken. Inhaltlich war der Hintergrund in einer massiven aktuellen, auch traumatischen Belastungssituation zu sehen. Wir empfahlen ihr eine stationär-psychiatrische Behandlung und halfen ihr bei der Vermittlung. Sie griff dies dankbar auf und meldete sich nach Abschluss der dortigen Behandlung zur Fortführung von PISO erneut bei uns.

Es gab Dropouts in beiden Behandlungsbedingungen: 5 aus der PISO-Bedingung, 3 aus EMC haben abgebrochen. Zwei Patientinnen sind nie erschienen, haben also nach Einschluss direkt wieder abgebrochen. Das Manual erlaubt zwei unentschuldigte Fehltermine, dann wird die Therapie als abgebrochen gewertet. Teilweise blieben die Patienten unentschuldigt den Sitzungen fern, andere informierten über ihren Behandlungsabbruch. Meist geschah dies telefonisch. Eine Patientin brach im Zusammenhang mit einem Therapeutenwechsel die Therapie ab.

Die Dropout-Rate betrug somit 10 Personen, also 29% der Stichprobe. 71% der Patienten, 27 Personen, haben die Therapie regulär beendet.

Interessant wäre eine Überprüfung der Abbrecher auf bestimmte Charakteristika. Denkbar wäre, dass sich die Dropouts aus der angegebene Art der Hauptbeschwerde, ausschließlich Körperbeschwerden, vorhersagen lassen. Die geringe Stichprobengröße macht dies Vorgehen an dieser Stelle jedoch unmöglich.

6.4. Kasuistik: Zwei Therapie-Abschlussbriefe

Beispielhaft sollen an dieser Stelle von zwei der durchgeführten PISO-Therapien die zusammenfassenden Abschlussbriefe eingefügt werden. So soll kasuistisch ein lebendiger Eindruck der durchgeführten Therapien entstehen.

Abschlussbrief 1, Frau K.

Liebe Frau K.,

in den letzten Wochen und Monaten haben Sie, mit Unterbrechungen durch Ihre Klinikaufenthalte in der örtlichen psychiatrischen Klinik wegen Ihrer aufgebrochenen schweren Depression, an strukturierten Gesprächen teilgenommen, die der Erleichterung der Schmerzen und anderen Körperbeschwerden dienten, wegen derer Sie ursprünglich in der Neurologie

stationäre Hilfe gesucht hatten. Ich möchte zum Abschluss wesentliche Punkte zusammenfassen, die wir im Verlauf der Gespräche gemeinsam erarbeitet haben.

Ihre wichtigsten körperlichen Beschwerden waren folgende: Sie erzählten, sich in den letzten Jahren ständig krank und schlecht gefühlt zu haben. Sie litten aktuell unter unerklärten Schwächephasen, unter einem immer wieder auftretenden Kloß-im-Hals-Gefühl und punktuell unter Doppelbildern. Darüber hinaus berichteten Sie von andauerndem Schwindel und von Erschöpfung, was Sie ebenfalls sehr beeinträchtigte, es sei jedoch keine organische Erklärung auffindbar. Auch haben Sie immer wieder Gedächtnislücken, was sie sehr erschreckt habe.

Zusätzlich klagten Sie bei unserem Kennenlernen über erhebliche Kopfschmerzen seit über zwei Jahren, Unterleibs- und Bauchschmerzen, Rücken- und Gelenkschmerzen, aber auch Schmerzen in der Muskulatur der Extremitäten, am schlimmsten in den Armen, teilweise auch Schmerzen im Brustkorb. Weiter leiden Sie fast permanent seit gut zwei Jahren an Übelkeit, teilweise Erbrechen. Sie schlafen sehr schlecht, die Symptome wirkten sich auf Ihr Privatleben aus: Sie schafften immer weniger als sie wollten. Ihre Kontakte litten, da sie sich auch sehr zurückziehen. Sie fühlten sich permanent niedergeschlagen, öfters entmutigt und traurig. Insbesondere unter dem Verlust Ihrer Arbeitsfähigkeit litten Sie sehr.

Nach dieser ersten Bestandsaufnahme haben wir zunächst einmal besprochen, dass Ihre Schmerzen und anderen Beschwerden, obwohl sich für sie kein klarer organischer Befund festmachen lässt, dennoch genauso „real“ sind wie andere Körperbeschwerden auch.

Sie waren sich unsicher, wie Sie sich selber das Vorhandensein dieser Beschwerden erklären können. Auch war es Ihnen zu Beginn einerseits unangenehm, so detailliert über die Beschwerden zu reden, andererseits bemerkten Sie eine Entlastung durch das Gespräch darüber.

Wiederholt kamen wir im Verlauf darauf zu sprechen, dass Sie, wenn beispielsweise Ihre Arbeitskollegen fragen, wie es Ihnen ginge, immer „gut“ sagen würden. Ihnen war sehr wichtig, dass andere Sie nicht für „verrückt“ halten wegen der Beschwerden. Auf der anderen Seite wurde deutlich, wie sehr Sie enttäuscht sind, dass andere Ihnen so wenig Aufmerksamkeit und Unterstützung entgegenbringen, obwohl Sie selbst immer für andere da gewesen sind und weiterhin sind.

Wiederholt haben wir überlegt, was Elemente einer guten Selbstfürsorge sein können, wie Sie sich selber auch unterstützen und gut versorgen können mit dem, was Sie brauchen. Erste Ideen waren regelmäßige Spaziergänge, Wannenbäder, Saunagänge, das weitere Praktizieren der Muskelentspannung, die wir auch gemeinsam geübt haben.

Anhand von Materialien, die Sie erhalten haben, haben wir gemeinsam erarbeitet, dass solche somatoformen Beschwerden durch eine Vielzahl von Faktoren mitbedingt sein können.

Die enge Verbindung, die das Nervensystem zu allen Organen des Körpers unterhält, machte es verständlich, dass derartige Beschwerden auch durch äußere Ereignisse wie Stress und Ärger, Sorgen verstärkt werden können. Genau das haben Sie erlebt, als Ihre beiden Söhne sich bei Ihnen und Ihrem Mann einquartiert haben. Ihnen ging es in dieser Zeit auch vom körperlichen Erleben deutlich schlechter. Sie haben sogar wieder mehr Schmerzmedikamente genommen. Sie konnten immer wieder und deutlicher feststellen, dass Ihre Schmerzen bei äußeren Belastungen und inneren Sorgen immer stärker werden.

Im ungünstigen Fall entstehen sog. Teufelskreise, z.B. zwischen Anspannung und Schmerz, oder zwischen Erschöpfung und mangelnder Aktivität, die unabhängig von der ursprünglichen Ursache die Beschwerden weiter verstärken können. Auch das haben Sie selber an sich beobachten können.

Weiter haben wir besprochen, dass auch der umgekehrte Fall denkbar ist: Dass Körperbeschwerden durch positive Einflüsse erleichtert werden können. Möglicherweise ist Ihnen das durch den Aufenthalt in der Psychiatrie so ergangen. Auch in und nach unseren Gesprächen haben Sie sich oft entlastet und erleichtert gefühlt durch die erfahrene Unterstützung, aber auch das Zuhören.

Es fiel Ihnen schwer, zur vertieften Erarbeitung möglicher Zusammenhänge von Beschwerden und Aktivitäten ein Symptomtagebuch zu führen. Vermutlich auch, weil Sie durch die Ereignisse zu Hause, die großen Sorgen wegen der Söhne nicht zur Ruhe kamen.

Ich war erleichtert, als Sie sich zur stationären Behandlung in der Psychiatrie entschlossen, um für die Bewältigung der häuslichen Situation Kraft zu tanken, aber auch, um zur Ruhe zu kommen, Abstand zu bekommen. Ihr großer Wunsch war es, „einfach weg zu sein“.

Ich glaube, Sie haben in dieser Situation erlebt, wie und dass Sie Ihre Erfahrungen mit Ärzten und anderen Helfern im Gesundheitswesen so gestalten können, dass Sie das Gefühl haben können, von den dortigen Besuchen zu profitieren, Hilfe annehmen zu können. Das war ein toller Erfolg!

Leider haben Sie in der Tagesklinik erlebt, „Keiner hört mir zu.“ Sie erzählten auch, das aus dem beruflichen und privaten Zusammenhang zu kennen. Wir haben überlegt, wie Sie auch in

solchen Beziehungen zu anderen Menschen gut für sich sorgen und sich Gehör verschaffen können. Sie schienen da hin und her gerissen: Wiederholt sagten Sie, Sie wollten nicht, dass andere, bspw. Ihre Mutter wüsste, wie schlecht es Ihnen geht, damit diese sich keine Sorgen machen. Wir haben besprochen, dass der Preis für dies Verschweigen ist, dass andere Sie auch entsprechend weniger versorgen und Ihnen weniger zuhören, weniger für Sie unterstützend da sein können.

Bei Ihrem Arbeitsversuch haben Sie schnell erlebt, dass Sie das noch überfordert und zu sehr angestrengt hat. Sie waren wieder sehr von sich und Ihrem Körper enttäuscht. Auch war es für Sie sehr kränkend, als Ihnen vorgeschlagen wurde, sich um eine vorzeitige Berentung zu kümmern. Dann haben Sie sich aber doch dazu entschlossen. Hier haben wir noch mal besprochen, dass Ihr innerer Druck, den Sie sich machen mit Ihrem immens starken Wunsch, wieder arbeiten zu gehen, eher dazu führt, dass Ihre Schmerzen stärker werden, weil sich Ihr ganzer Körper dann verkrampft.

Sie waren sehr stolz auf sich, als Ihre Söhne ausgezogen waren, merkten auch deutlich, dass Sie sich wohler fühlen, je weniger Kontakt Sie mit ihnen haben. Wobei auch dies wiederum eine sehr schmerzliche Erkenntnis war.

Im Zusammenhang mit Weihnachten und Ihrer Enttäuschung, dass Ihre Söhne Ihnen die Tür nicht öffneten, konnten Sie wieder gut erkennen, dass Ihre Schmerzen bei Belastungen viel stärker werden, dass Ihr Körper leidet und dies zum Ausdruck bringt. Hier wurde sehr deutlich, wie seelische Schmerzen in körperliche Schmerzen übergehen.

Was Ihre allgemeinen Aktivitäten angeht, haben wir besprochen, dass es wichtig ist, dass Sie sich angenehme und genussvolle Aktivitäten gönnen, Spaziergänge, Handarbeiten, Besuche bei Freunden, Radfahren... Das bedeutet auch, dass Sie nicht jede Energie gleich wieder in die Arbeit stecken müssen. Sie äußerten den Wunsch, wieder mehr bummeln zu gehen, auch schwimmen zu gehen und vor allem an früher bestehende Kontakte zu Arbeitskollegen und anderen Freunden wieder vermehrt anzuknüpfen. Das halte ich für eine sehr gute Idee!

Insgesamt konnten Sie sich langsam wieder mehr Aktivität zutrauen, mussten sich nicht nur schonen. Das hat mich sehr gefreut, da zu viel Schonung auch die Belastbarkeit weiter vermindern kann, wie wir erarbeitet hatten. Allerdings ist es dabei sehr wichtig, stufenweise vorzugehen, damit nicht auf vermehrte Aktivität wieder ein Gefühl vermehrter Beschwerden folgt.

Der Besuch Ihrer Schwägerin über Weihnachten bot Ihnen weitere Gelegenheit, die positiven Effekte von Aktivitäten noch mehr zu nutzen. Auch gelang es Ihnen, sich Ihrer Schwägerin anzuvertrauen und auch von Ihren Schmerzen zu erzählen. Das hat mich sehr gefreut.

In unseren Gesprächen wurde im übrigen deutlich, dass die Erfahrungen, die Sie gemacht haben, nämlich dass Sie als Kind zu ihrem Onkel abgegeben und als Mädchen schon mit sehr viel Arbeit in den Erwerb des Lebensunterhalts miteinbezogen wurden, dazu führten, dass Sie nie wirklich gelernt haben, sich um sich zu kümmern und um sich Sorge zu tragen, sondern dass es in Ihrem Leben immer schon darum ging, für andere da zu sein, zu unterstützen und sehr viel, auch körperlich zu leisten und zu arbeiten. Auch bei der Frage der Berentung merkten Sie, dass ohne Arbeit bei Ihnen Gefühle von Nutz- und Wertlosigkeit auftraten.

Umso wichtiger erschien uns erneut der Punkt einer angemessenen Selbstfürsorge.

Im Hinblick auf die zu Anfang der Gespräche von Ihnen formulierten Zielwünsche haben wir festgestellt, dass Sie folgende Punkte erreicht haben: Ich denke, dass es Momente gibt, in denen Sie sich etwas zufriedener fühlen. Folgende Ziele haben Sie noch nicht erreicht: Weniger Krankentage, seltener zum Arzt gehen und weniger Medikamente nehmen.

Für die weitere Zukunft haben wir ins Auge gefasst, dass Sie, auch unterstützt durch Ihre Hausärztin, eine ambulante Psychotherapie aufnehmen werden. Das freut mich sehr, dass Sie diesen Entschluss gefasst haben. Hier werden Sie sicherlich auch gewinnbringend am Thema Selbstfürsorge weiterarbeiten können. Darüber hinaus prüfen wir gerade noch, ob auch eine stationäre psychosomatische Rehabilitation für Sie in Frage kommt.

Mit guten Wünschen und freundlichen Grüßen

Abschlussbrief 2, Herr O.

Lieber Herr O.,

in den letzten Wochen haben Sie an strukturierten Gesprächen teilgenommen, die der Bewältigung der Schmerzen und anderen Körperbeschwerden dienten, wegen derer Sie ursprünglich in der Neurologie Hilfe gesucht hatten. Ich möchte zum Abschluss kurz wesentliche Punkte zusammenfassen, die wir im Verlauf der Gespräche gemeinsam erarbeitet haben.

Ihre wichtigsten körperlichen Beschwerden waren folgende: Sie erzählten, sich in den letzten Jahren häufig krank und schlecht gefühlt zu haben. Sie litten aktuell unter unerklärten Schwierigkeiten mit dem Gehen, unter einem fast permanenten Kloß-im-Hals-Gefühl und Herzrasen. Darüber hinaus berichteten Sie von andauerndem Schwindel und Erschöpfung, was Sie ebenfalls sehr beeinträchtigte, es sei jedoch keine organische Erklärung auffindbar.

Zusätzlich klagten Sie über erhebliche Kopfschmerzen seit über zwei Jahren, Rücken- und Gelenkschmerzen, aber auch Schmerzen in der Muskulatur der Extremitäten, am schlimmsten in den Beinen, teilweise auch Schmerzen im Gesicht. Weiter leiden Sie fast permanent seit gut zwei Jahren an übermäßigen Blähungen und Völlegefühl.

Die Symptome wirkten sich auf Ihr Privatleben, aber auch auf Ihr Studium negativ aus. Sie schafften immer weniger als Sie wollten. Ihre Kontakte litten. Sie fühlten sich öfters entmutigt und traurig.

Nach dieser ersten Bestandsaufnahme haben wir zunächst einmal besprochen, dass Ihre Schmerzen und anderen Beschwerden, obwohl sich für sie kein klarer organischer Befund festmachen lässt, dennoch genauso „real“ sind wie andere Körperbeschwerden auch.

Sie waren sich unsicher, wie Sie sich selber das Vorhandensein dieser Beschwerden erklären können.

Anhand von schriftlichen und bildlichen Materialien, die Sie erhalten haben, haben wir gemeinsam erarbeitet, dass solche somatoformen Beschwerden durch eine Vielzahl von Faktoren mitbedingt sein können.

Die enge Verbindung, die das Nervensystem zu allen Organen des Körpers unterhält, machte es verständlich, dass derartige Beschwerden auch durch äußere Ereignisse wie Stress und Ärger verstärkt, durch positive Einflüsse aber auch erleichtert werden können. Genau das haben Sie während Ihrer Fahrten nach München zu Ihrer Bekannten und auch ansonsten im Zusammenhang mit Ihrer Verliebtheit in die lindernde Richtung erlebt, aber auch in die Gegenrichtung, als Sie wieder viel darüber nachdachten, wie Sie wohl bei der Frau ankommen. Ihre Verliebtheit gab Ihnen viel Auftrieb und verstärkte den Wunsch, Ihr Leben anzugehen und einiges zu verändern. Gleichzeitig verspürten Sie eine Linderung Ihrer Körperbeschwerden. Diese Linderung einhergehend mit einem guten Gefühl verspürten Sie auch, als Sie wieder zum Schwimmen gegangen sind.

Im ungünstigen Fall entstehen sog. Teufelskreise, z.B. zwischen Anspannung und Schmerz, oder zwischen Erschöpfung und mangelnder Aktivität, die unabhängig von der ursprünglichen Ursache die Beschwerden weiter verstärken können. Genau das haben Sie auch erlebt, als Sie in den Semesterferien viel im Bett lagen und wenig das Haus verließen.

Es fiel Ihnen schwer, zur vertieften Erarbeitung möglicher Zusammenhänge von Beschwerden und Aktivitäten ein Symptomtagebuch zu führen. Auch da kamen Ihnen Gedanken, ob das wohl schlimme Folgen für Sie haben könnte.

Sie sind mehrfach zu unseren Gesprächen zu spät gekommen, haben sogar mal den Termin vergessen. Das war Ihnen immer sehr unangenehm, fast peinlich. Wir haben auch darüber gesprochen, dass Ihre Körperbeschwerden es Ihnen teilweise erschweren, Dinge und Termine, die Sie sich vorgenommen haben, einzuhalten. Gleichzeitig haben Sie aber auch immer wieder betont, dass wenn die Beschwerden nicht wären, sich dann andere Hindernisse in den Weg stellen würden. Hier nannten Sie beispielsweise Ihren Grübelzwang und die häufige Vorstellung, Gedanken zu Ende denken zu müssen. Weiter beschrieben Sie sich, was soziale Kontakte betrifft, als schüchtern, äußerten aber immer wieder die Sehnsucht nach Beziehungen und Kontakten mit anderen.

Im weiteren Verlauf der Gespräche war Thema, dass Sie immer wieder sehr viel Wut und Ärger verspüren, dass Sie Dinge nicht in Angriff nehmen. Gleichzeitig erzählten Sie, dass Sie große Angst hätten vor möglichen Konsequenzen, wenn Sie die Wut raus ließen. Sie erzählten von schlimmen Gedanken und Flüchen, mit denen Sie insbesondere Ihre Mutter belegten, und befürchten, dass sich das bewahrheiten könnte. Wir haben gemeinsam überlegt, ob diese unterdrückte sehr starke Wut eventuell mit dem schlappen Körpergefühl in Verbindung stehen könnte.

Wir haben in diesem Zusammenhang auch untersucht, welche Möglichkeiten es für Sie gibt, im Anschluss an unsere Gespräche an dieser Thematik weiterzuarbeiten. Sie fassten den Entschluss, eine ambulante Psychotherapie anzustreben. Ich freue mich sehr, dass Sie diese Entscheidung getroffen haben.

Was Ihre allgemeinen Aktivitäten angeht, haben wir besprochen, dass es wichtig ist, dass Sie sich langsam wieder mehr Aktivität zutrauen und sich nicht nur schonen, da dies die Belastbarkeit weiter vermindern kann. Allerdings ist es dabei sehr wichtig, stufenweise vorzugehen, damit nicht auf vermehrte Aktivität wieder ein Gefühl vermehrter Beschwerden folgt. Um die positiven Effekte von Aktivitäten noch mehr zu nutzen, hatten wir ins Auge

gefasst, dass Sie regelmäßig spazieren gehen. Sie haben den Wunsch formuliert, sich ein Fahrrad zu kaufen und nicht mehr wie bisher alle Ihre Wege mit dem Auto zu machen. Weiter haben wir, auch auf Ihren Wunsch hin, gemeinsam die Entspannung anhand der Progressiven Muskelrelaxation geübt. Sie für sich haben die Wiederaufnahme des Autogenen Trainings bspw. im Rahmen eines Volkshochschulkurses geplant.

In unseren Gesprächen wurde an verschiedenen Stellen immer wieder deutlich, dass Sie sich Struktur wünschen, es Ihnen aber schwer fällt, diese zu erzielen und aufrecht zu erhalten. Deswegen habe ich Sie mit der Erstellung eines Wochenplans, auch für Ihre Studienaktivitäten, beauftragt.

Weiter wurde Ihre Zerrissenheit spürbar zwischen dem Wunsch nach Nähe, auch nach einer Paarbeziehung, andererseits aber auch Ihre Angst vor Ablehnung und damit Vermeidung von engeren Beziehungen schon im Vorfeld.

Im Hinblick auf die zu Anfang der Gespräche vereinbarten Ziele haben wir festgestellt, dass Sie folgende Punkte erreicht haben: Mit Schwankungen haben Sie das Gefühl, insgesamt zufriedener zu sein, mehr Lebensfreude zu verspüren. Öfters haben Sie mir von Ihrer Aufbruchstimmung erzählt. Sie haben insgesamt neue Motivation gefasst und eine Perspektive für sich entwickeln können. Auch im Bereich Ihrer sozialen Kontakte haben Sie mehr Zuversicht und Tatkraft. Zuletzt waren Sie im Internet aktiv auf Suche nach Bekanntschaften, auch haben Sie sich zu einem Kursus gegen Schüchternheit angemeldet. Ein Flirtkurs soll sich eventuell mal anschließen. Insgesamt gibt es auch Phasen, in denen Sie weniger an die Beschwerden denken und sich weniger Sorgen um Ihre Gesundheit machen. Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, dass es auch andere Phasen gibt, in denen Sie sich gelähmt und depressiv fühlen, die Beschwerden wieder mehr in den Vordergrund treten.

Wir haben das Bild von einem Tunnel entworfen, an dessen Ende bereits helles Licht zu sehen ist, der aber noch durchquert werden muss.

Mit guten Wünschen und freundlichen Grüßen

Den individuellen Brief an den Patienten mit einer Zusammenfassung des gesamten Therapieverlaufes aus Therapeutensicht, den sie am Ende der vorletzten Sitzung erhielten, erlebten viele Patienten als Geschenk und Wertschätzung, konnten ihn als Übergangsobjekt „mitnehmen“.

7. Diskussion

7.1. Inhaltliche Ergebnisbewertung

7.1.1. Hypothesentestung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchungen, die Darstellung der kurzfristigen Effekte der beiden Interventionsformen, konnte realisiert werden:

Die ersten beiden Hypothesen konnten für die gesamte Stichprobe bestätigt werden. Es kam zu einem Wiedergewinn an körperbezogener Lebensqualität (SF-36) und zu einer Abnahme an Körperbeschwerden (SOMS). Die Überlegenheit der PISO-Intervention gegenüber der EMC-Bedingung ließ sich nicht nachweisen. Hier ist jedoch kritisch die geringe Stichprobengröße anzumerken und die damit einhergehende geringe Teststärke mit einer maximal 58%-Wahrscheinlichkeit für den β -Fehler. Insofern bleibt abzuwarten, wie sich die Intergruppenbewertung in der gesamten PISO-Studie darstellt.

Insgesamt bedeuten diese Ergebnisse aber auch, bezugnehmend auf die formulierte Problemstellung der Studie: Es ist möglich, die intendierte Patientengruppe in Teilen für ein psychosomatisches Angebot in Form von sowohl PISO als auch EMC zu gewinnen und damit effektiv zu behandeln. Die Beschwerden entwickelten sich bereits nach drei Monaten rückläufig, die körperbezogene Lebensqualität nahm zu. Es wird daher als sinnvoll erachtet, die Schnittstelle von der somatischen zur Psychosomatischen Medizin weiter zu verbessern und zu intensivieren, um diesen Patienten eine effektivere Behandlung zukommen zu lassen.

Die Daten des HAQ bestätigen die Bewertung der Ergebnisse der ersten beiden Hypothesen: Alle Patienten, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit, und die Therapeuten erleben die Behandlungen als effektiv sowohl hinsichtlich des Ergebnisses als auch hinsichtlich der therapeutischen Beziehung. Das eröffnet den Blick auf einen neuen Aspekt: Neben der Symptomreduktion gelingt es, in beiden Interventionsformen ein Beziehungsangebot zu machen, welches von den Patienten als hilfreich und unterstützend erlebt wird. Damit scheinen diese weichen Daten einen Neuanfang in der postulierten Beziehungsstörung im Gesundheitswesen zu markieren. Dies muss als höchst bedeutsames Ergebnis gewertet werden.

Die dritte Hypothese (IPQ-R) muss anhand der Datenlage verworfen werden. Auch hier bleibt der Einfluss der Stichprobengröße unklar. Denkbar wäre auch, dass der betrachtete Zeitraum und das untersuchte Konstrukt Krankheitskonzept nicht symmetrisch zueinander sind. Interessant wäre der Vergleich der vorliegenden Dreimonatsdaten mit der Einjahreskatamnese. Möglicherweise vollzieht sich die Veränderung des Krankheitskonzeptes langsamer und ist erst zu einem späteren Zeitpunkt nachweisbar. Auch wäre denkbar, dass der IPQ-R nicht symmetrisch zu den Veränderungen auf Patientenseite misst. Die Items des Tests sind eventuell zu allgemein, zu abstrakt, zu wenig differenziert für die sich ergebenden kleinen Veränderungen in den Krankheitskonzepten der Patienten. Denn im klinischen Bild der Patienten war in der Arbeit mit ihnen, insbesondere in der PISO-Bedingung, durchaus des Öfteren eine klare Modifikation ihrer Beschwerde-Attributionen erkennbar.

Hinsichtlich der vierten Hypothese entsteht ein diffuses Bild in der Ergebnisbewertung: Hinsichtlich der Arztkonsultationen zeichnet sich deskriptiv ein zahlenmäßiger Rückgang ab, allerdings liegen unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume zugrunde (6 versus 3 Monate). Unklar bleibt auch die Erklärung für den Rückgang: Die Patienten wurden im Rahmen der Intervention *expressis verbis* aufgefordert, keine anderen Ärzte aufzusuchen. Es ist also nicht möglich, den deskriptiven Rückgang als ein intrinsisch verändertes Verhalten, welches auf eine Einstellungsänderung zurückgeht, zu interpretieren. Demnach ist dieser Befund lediglich als ein Hinweis auf eine Bestätigung der Hypothese 4, eine Veränderung im Gesundheitsverhalten, zu interpretieren, nicht aber eine Bestätigung der Hypothese.

Zum Begriff des Psychotherapeuten als einem optionalen Behandler im Fragebogen: Sowohl zu t0 als auch zu t1 geben einige Patienten an, einen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben. Unklar bleibt die Interpretierbarkeit dieses Items: Ist im Verständnis der Patienten der PISO-Therapeut gemeint oder ein Physiotherapeut, was im Sprachgebrauch des klinischen Alltags durch Patienten mitunter verwechselt wird? Ein anderer „regulärer“ Psychotherapeut sollte gemäß den Einschlusskriterien ausgeschlossen sein. Die Formulierung des Items lässt an Eindeutigkeit zu wünschen übrig und ist daher schwer zu interpretieren. Zum t1-Zeitpunkt sieht es etwas anders aus: Die Angaben mit 12 Sitzungen in den letzten drei Monaten lassen auf die PISO-

Intervention schließen. Es bleibt aber auch hier spekulativ, dies als Hinweis auf ein erweitertes Krankheitskonzept zu interpretieren.

Gleiches - wie oben für die Frage nach den Arztkonsultationen beschrieben - gilt analog für die Fragen nach alternativen bzw. adjuvanten Behandlungen: Es liegen unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume zugrunde (6 versus 3 Monate). Das Bild ist heterogen, es ist kein klarer Rückgang der Inanspruchnahme erkennbar. Diese Daten sind hinsichtlich eines veränderten Krankheitsverhaltens kaum sinnvoll interpretierbar, ohne Gefahr zu laufen, den Zufall zu kapitalisieren.

Hinsichtlich der Ergebnisse im BoBi bleibt festzuhalten: Es widerspricht der klinischen Beobachtung, dass die Werte nur geringfügig erhöht sind gegenüber der normalen Bevölkerung. Die gemessene geringe Bindungsangst wirft Fragen auf, zumal diese sich nicht durch Alexithymie erklären lässt. Es ist zu vermuten, dass diese besondere Patientengruppe eine hohe Idealisierungsneigung hat. Leider wurden keine Fragebogen zur sozialen Erwünschtheit eingesetzt, so dass diese Vermutung nicht überprüfbar ist.

Die Daten der TAS eignen sich nicht im Sinne statistischer Signifikanz zur Vorhersage von Therapieergebnissen, was kontraintuitiv ist. Zu erwarten gewesen wäre neben einer ausgeprägteren Alexithymie der Stichprobe eine bedeutsame Korrelation zwischen der Alexithymie und dem Ausmaß an Belastetheit durch Körperbeschwerden, also Anzahl an Körperbeschwerden (SOMS), und der erlebten körperbezogenen und psychischen Lebensqualität (SF-36). Es muss kritisch auf die Manipulierbarkeit von Signifikanzen durch Stichprobengrößen hingewiesen werden. Es handelt sich hier möglicherweise um ein Artefakt. Des Weiteren ist die Frage zu stellen, ob innerhalb der Stichprobe bisher unerkannte Untergruppen hinsichtlich der Alexithymie vorliegen, worauf die extreme Streubreite der Alexithymiewerte einen möglichen Hinweis liefert. Anhand der gesamten PISO-Studienstichprobe wird man zu differenzierteren Aussagen hinsichtlich der prädiktiven Validität der TAS anhand von statistischen Signifikanzen gelangen können.

Löst man sich von der statistischen Signifikanz als Beurteilungskriterium und betrachtet die anhand der Korrelationen bestimmten Effektstärken, so wird das Bild differenzierter und aussagekräftiger: Dem Zusammenhang zwischen der Alexithymie und der

körperbezogenen Lebensqualität zu Studienbeginn entspricht ein eher hoher Effekt ($ES=d=0,47$, $r_{TAS/SF-36 \text{ Körperliche Summenskala } t_0} = .231$). Dies bedeutet, dass bei Kenntnis der Alexithymieausprägung eines Studienteilnehmers seine körperbezogenen Lebensqualität zu 23% besser vorhergesagt werden kann als ohne Kenntnis des Alexithymiewertes. Dies ist im Sinne klinischer Relevanz als hochbedeutsam einzuschätzen.

Zu ähnlichen Beurteilungen gelangt man bei der Betrachtung weiterer Korrelationen der TAS, jenseits der statistischen Signifikanz über die Heranziehung von Effektstärken als alternatives Maß der Bedeutsamkeit:

Dem Zusammenhang zwischen der Alexithymie und der psychischen Lebensqualität zu Studienbeginn entspricht ein sehr hoher, gegenläufiger Effekt ($ES=d=-0,67$, $r_{TAS/SF-36 \text{ Psychische Summenskala } t_0} = -.317$): Bei Kenntnis der Alexithymieausprägung eines Studienteilnehmers lässt sich seine psychische Lebensqualität zu 32% besser vorhersagen als ohne Kenntnis des Alexithymiewertes. Den Korrelationen Alexithymie Bindungsangst ($r_{TAS/BoBi \text{ Angst}} = .241$) und Alexithymie körperbezogene Lebensqualität bei Therapieende ($r_{TAS/SF-36 \text{ Körperliche Summenskala } t_1} = .200$) entsprechen ebenfalls mittlere Effekte ($ES=d=0,50$ und $ES=d=0,41$); der Korrelation Alexithymie psychische Lebensqualität bei Therapieende ($r_{TAS/SF-36 \text{ Psychische Summenskala } t_1} = -.307$) entspricht ein eher großer Effekt ($ES=d=-0,65$).

Es ist also trotz der Heterogenität der Alexithymiewerte möglich, bei ihrer Kenntnis zu einer deutlich besseren Vorhersage der Bindungsangst und der körperbezogenen und psychischen Lebensqualität bei Therapiebeginn und -ende zu gelangen. Das Alexithymiekonstrukt eignet sich demnach als Prädiktor zentraler Ergebnisparameter, trotz der fehlenden Signifikanz korrelativer Zusammenhänge unter Heranziehung von Effektstärkemaßen als alternative Kenngrößen für Bedeutsamkeit.

Allerdings muss auch bei der Effektstärkeschätzung auf der Basis der Stichprobenkennwerte beachtet werden, dass diese umso vertrauenswürdiger ist, je repräsentativer die Stichprobe und je größer die Anzahl der Versuchspersonen ist.

7.1.2. Vergleichbarkeit der Stichprobe

Wittchen et al. (2002) weisen darauf hin, dass Frauen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Männer, mit Ausnahme der Suchterkrankungen. Knapp 65% der Stichprobe hier besteht aus Frauen, was somit ein gutes Bild der klinischen Realität widerspiegelt. Hinsichtlich des hohen Konsums von Medikamenten, der zahlreichen Krankenhausaufenthalte und durchgeführten Spezialuntersuchungen ist die Stichprobe insgesamt eine sehr prototypische: Genau diese schwer beeinträchtigten Patienten mit langen Krankheitsgeschichten und verschiedenen Beziehungen zu diversen Behandlern sollten erreicht werden.

Es muss beachtet werden: Es handelt sich um eine selbstselektive Stichprobe von Patienten. Es gab in einem nicht geringen Ausmaß Patienten, die ihr Einverständnis zu einer Teilnahme an der Studie und sogar am Screening nicht gegeben haben. Vermutlich handelt es sich bei diesen „Therapieverweigerern“ um eine besonders schwer erreichbare, besonders schwer für einen psychosomatischen Ansatz motivierbare Gruppe von Patienten mit somatoformen Beschwerdebildern. Diese Patientengruppe kann nicht genauer beschrieben werden. Möglicherweise sind die zur Teilnahme bereiten Patienten ohnehin bereits diejenigen, die ihr organisches Krankheitskonzept in Frage stellen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Patientengruppen mit multisomatoformen Störungen als ein Aspekt externer Validität ist allerdings damit nicht vollständig gegeben. Offen bleibt, wie die „Therapieverweigerer“ und die Abbrecher angemessener erreicht werden können.

So war bei einem Patienten aus einem internistischen Kontext viel Kränkung spürbar, mit einem Mitarbeiter aus der Psychosomatik in Kontakt zu treten. Er war sehr vorwurfsvoll den internistischen Kollegen gegenüber und hielt sein organisches Krankheitskonzept vor sich wie einen Schild zu seiner Verteidigung, massiv betonend, dass er nicht simuliere, sondern ernsthaft beeinträchtigt sei. Eine andere Patientin aus einem orthopädischen Kontext zeigte im Kontakt zur Studientherapeutin narzisstische und histrionische Verhaltensmuster, voller Abwertung den Screeninginstrumenten gegenüber, aber auch die Kompetenz der Therapeutin in Frage stellend. Beide Patienten erfüllten die Einschlusskriterien der Studie vollständig, gaben aber kein Einverständnis zur Teilnahme. Sie sind demnach durch PISO trotz einer akzeptierenden Haltung im Screening, trotz Verbalisierung ihrer Befürchtungen und Betonung der Realität der

Beschwerden nicht zu erreichen gewesen. Mit der PISO-Studie konnten folglich nicht alle Patienten erreicht werden, auf die sie zugeschnitten war. Es stellt sich die Frage, wie die verbleibenden Patienten für psychosomatische Interventionen gewonnen werden können. Der Rekrutierungsablauf könnte beispielsweise durch eine noch engere Verzahnung des in der Somatik tätigen Mediziners mit dem Psychosomatiker verbessert werden. Die Ausweitung von Liäsondiensten könnte der Präsenz von psychosomatischem Denken und Handeln in den somatischen Kliniken und damit auch dem Abbau von Vorurteilen bis hin zur Enttabuisierung dienlich sein. Ein fester Liäsondienst könnte die Schwelle zur psychosomatischen Medizin weiter erniedrigen. Weiter sollten diese Erfahrungen auch Eingang in die Ärzteaus- und -weiterbildung finden, um für eine breite Kommunikation zu sorgen. Denn es war an verschiedenen Stellen der Patientenrekrutierung spürbar, dass somatisch ausgerichtete Ärzte ähnliche Vorbehalte gegenüber dem Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie hegten, wie sie auch von Patientenseite mitunter zu spüren waren.

7.1.3. Komorbide psychische Störungen

Der PHQ15 liefert Angaben über psychische Störungen auf Syndromebene, nicht auf Störungsebene. Dazu wäre der Ausschluss anderer Aspekte notwendig, beispielsweise einer manischen Episode in der Vorgeschichte zur Diagnose einer depressiven Störung. Erstaunlich ist der deskriptive Rückgang depressiver Syndrome. Gemäß der zugrunde liegenden Veränderungstheorie wäre eher eine Zunahme an Depressivität auch im Sinne einer Abnahme von Alexithymie, aber auch von Ausdruck von Affekten im Körperlichen zu erwarten. Hier wäre es wichtig, die gesamte Stichprobe der PISO-Studie zu betrachten, um zu valideren Aussagen hinsichtlich der Entwicklung der Depressivität zu gelangen. Andererseits könnte die Abnahme der Depressivität mit der Abnahme der körperlichen Beschwerden oder der Erfahrung einer hilfreichen Beziehung zusammenhängen.

Die Belastung durch hypochondrische Beschwerden scheint sich auf einer deskriptiven Ebene rückläufig zu entwickeln. In beiden Interventionen, PISO und EMC, wurde an einem biopsychosozialen Krankheitsmodell gearbeitet. Demnach kann das Ergebnis hinsichtlich der hypochondrischen Beschwerden als Hinweis darauf verstanden werden,

dass die Erweiterung des Krankheitsmodells und das Fokussieren auf individuell den Beschwerdeverlauf moderierende Faktoren auch einer konstruktiven Bewältigung bezüglich der hypochondrischen Fehlüberzeugungen dienen.

7.1.4. Diskussion der Dropouts

Im PISO-Projektantrag (PISO- Full Application Version 5 – 26.01.2005) wird eine unveröffentlichte Metaanalyse aus der Schweiz von Gallati (2003) zitiert: In dieser Metaanalyse wird eine kombinierte Rate von Noncompliance und Psychotherapieabbruch von 25% geschildert. Hamilton et al. (2000) berichten aus ihrer Arbeit eine Rate von ca 15%. Grawe et al. (1994) berichten von über 20% Therapieabbrüchen und werten dies als Hinweis auf ein zu starres therapeutisches Angebot.

Eine Vermutung zur Erklärung der hier vorgefundenen hohen Dropout-rate von 29% bezieht sich auf den Rekrutierungsmodus: Die Patienten werden zum ganz überwiegenden Teil erstmalig im Zusammenhang mit dem Screening im Arztkittel in der somatischen Medizin am Krankenbett aufgesucht. Meistens wussten sie vorher nicht, dass „jemand aus der Psychosomatik“ auf sie zukommen würde oder allenfalls, „Es kommt jemand aus der Psychosomatik“. Sie haben ein somatisches Krankheitskonzept und sind in der Regel maximal ambivalent der Psychosomatik gegenüber. Vorstellbar ist, dass das Ausmaß an Ambivalenz ein anderes ist als bei einem Patienten, der beispielsweise vom psychosomatisch (grundversorgenden) Schmerztherapeuten ambulant zur Psychosomatik geschickt wird und womöglich selber dort einen Termin zum Screening vereinbart – wie es in anderen PISO-Studienzentren der Fall gewesen ist.

Denkbar wäre parallel, dass manch ein Patient zunächst in der Hoffnung auf Hilfe, „egal durch wen“, vordergründig während der stationären Behandlung in die Studienteilnahme einwilligt. Nach der Entlassung nach Hause setzen möglicherweise andere Bewertungsprozesse ein, die kognitive Dissonanz wird erniedrigt durch die Absage bzw. das unentschuldigte Nichtwahrnehmen von vereinbarten Terminen. Oder sie kommen ein paar Mal, erleben keine unmittelbare Besserung und brechen dann zur kognitiven Dissonanzreduktion ab.

Ein weiterer Diskussionspunkt, der im Zusammenhang mit der Dropout-Rate auftaucht: Die Randomisierung kann vor dem Hintergrund möglicher differentieller Therapieindikationen durchaus kritisch hinterfragt werden. Spontan äußerten einige der Patienten eine Vorliebe für eine der beiden Bedingungen, keineswegs immer die Interventionsbedingung. Es ist in Anbetracht der hiesigen Ergebnislage durchaus plausibel anzunehmen, dass für manche Patienten EMC besser geeignet ist, für andere aber die PISO-Intervention als ersten psychosomatischen Baustein in der längerfristigen Behandlung. Sinnvoll wäre es, in weiteren Arbeiten die Gruppen der Therapieverweigerer und –abbrecher genauer zu untersuchen, um fundiertere Aussagen treffen zu können.

7.2. Methodische Ergebnisbewertung

Eine Stärke der Untersuchung liegt im Ansprechen realer klinischer Populationen und in der Realisierung verschiedener Messzeitpunkte, so dass Veränderungswerte erstellt werden können. Damit geht auch eine große Augenscheinvalidität einher. Direkte Veränderungsmessungen haben jedoch neben der hier praktizierten indirekten Veränderungsmessung den Vorteil, dass sie reliabler sind als abgeleitete Differenzwerte und auch mathematisch unabhängig sind. Sinnvoll wäre daher auch, eine direkte und indirekte Veränderungsmessung parallel durchzuführen.

Der kritischste Punkt ist in der geringen Fallzahl und damit großen Gefahr des Fehlers zweiter Art zu sehen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wird jedoch auf Ebene der gesamten Studie deutlich größer werden, da die Fallzahl dort etwa das Sechsfache umfasst.

Das experimentelle Vorgehen soll ein Höchstmaß an interner Validität sicherstellen. Das Design vermag dennoch nicht, konfundierende unspezifische Effekte über die Zeit zu kontrollieren. Weiter besteht keine Kontrolle über den Einfluss der mit dem Patienten verbrachten Zeit unabhängig vom Inhalt. Dennoch sind die Ergebnisse inhaltlich als klinisch bedeutsam einzustufen, was wiederum den Aspekt der externen Validität betont.

Die in Bezug auf die spezifischeren Hypothesen H1.1 und H2.1 unbefriedigenden Ergebnisse bezüglich einer Differenzierung zwischen beiden Interventionsformen geben

neben der kritischen Stichprobengröße zu bedenken, ob die formulierten Fragestellungen möglicherweise zu allgemein formuliert sind. Möglicherweise hätte eine spezifischere, differenziertere Fragestellung mehr Potenz, vorhandene Effekte aufzufinden.

7.2.1. Zu den Messinstrumenten

Anders als von Bullinger und Kirchberger (1998) beschrieben, war die Akzeptanz des SF-36 keinesfalls immer gegeben. Fragen nach emotionalen Aspekten erregten teilweise Widerwillen seitens der Patienten. Dies wurde im Screening oftmals von den Patienten thematisiert, die Fragen in ihrer Nützlichkeit in Frage gestellt. Dies muss als Ausdruck der ausgeprägten Skepsis und Abwehr der in PISO angesprochenen Patientengruppe gegenüber Fragen nach seelischem Erleben verstanden werden.

Der IPQ-R ist nicht zur Veränderungsmessung konzipiert. Im Gegenteil, er weist eine hochsignifikante Test-Retest-Reliabilität nach drei Wochen und sechs Monaten auf (Moss-Morris et al., 2002). Dies widerspricht einem Einsatz zur Veränderungsmessung und schwächt die interne Validität. Die Auswertung auf Skalenebene bezieht sich jeweils auf drei Items, die gemeinsam eine Skala ergeben. Die Datenbasis für die Aussagen ist somit auch relativ gering, das inhaltliche Aggregationsniveau der Skalen vergleichsweise hoch. Möglicherweise stimmt die Symmetrie zwischen dem infrage stehenden Konstrukt Krankheitskonzept und dem Messinstrument nicht, bzw. der therapeutischen Arbeit mit den Patienten. Diese fand auf einem viel spezifischeren Niveau statt als es die Items hier abbilden. Die kleine Stichprobengröße erschwert ihrerseits das Auffinden vorhandener Effekte. Aus methodischer Perspektive bleibt die dritte Hypothese insofern unklar. Der Einsatz des IPQ-R ist kritisch zu hinterfragen. Eine Überprüfung und Replikation der hiesigen Ergebnisse bezüglich der dritten Hypothese wäre sehr sinnvoll.

7.2.2. Diskussion der Randomisierung und differentieller Aspekte

Fydrich (2008) äußert sich kritisch gegenüber randomisierten kontrollierten Studien in der Psychotherapie: Den Vorwurf der Behandlung lediglich monosymptomatischer Patienten muss sich PISO allerdings keineswegs gefallen lassen. In dieser Studie werden hoch komorbid und komplex erkrankte Patienten behandelt, die nicht zuletzt aufgrund des Rekrutierungsmodus der klinischen Realität entspringen.

Denkbar wäre aber auch als Alternative zur Randomisierung, dass sich eine adaptive Zuweisung der Patienten zu PISO oder EMC als sinnvoll erweisen könnte: Die vorliegenden Ergebnisse sind für beide Interventionsformen günstig, in beiden Bedingungen gab es Therapieabbrecher. Eventuell wäre für manche der PISO-Abbrecher ein zeitlich weniger forderndes Angebot attraktiver und umgekehrt. Sinnvoll wäre es, die EMC-Bedingung nicht nur als Kontrollbedingung aufzufassen, sondern sie ihrerseits auch zum eigenständigen Forschungsgegenstand zu machen. Differentielle Wirkungen therapeutischer Methoden sind nämlich ein weit verbreitetes Phänomen (Grawe et al., 1994). Des Weiteren würde dies auch praktischen Nutzen bergen: EMC könnte von gut ausgebildeten Hausärzten im Rahmen der Primärversorgung als Vorstufe zur ambulanten Fachpsychotherapie durchgeführt werden. Auf diesem Wege ließen sich vermutlich zahlreiche Patienten erreichen.

Bei größeren Stichproben wie in der gesamten PISO-Studie wäre es sinnvoll, neben der Prüfung von Mittelwertsunterschieden jeweils auch eine Prüfung der Veränderungsvarianzen durchzuführen, um explizit Hinweise auf mögliche differentielle Wirkungen zu erhalten. „Eine differentielle Wirkung müsste sich in einer erhöhten Streuung der Veränderungsmasse innerhalb der jeweiligen Behandlungsgruppe gegenüber der jeweiligen Streuung innerhalb der Kontrollgruppe... zeigen“ (Grawe et al., 1994). Es könnte auch in der PISO-Studie so sein, dass eine der beiden Behandlungsformen zwar nicht im Durchschnitt wirksamer als die andere ist, aber für einige Patienten schon. Ein Hinweis dafür wäre eine Zunahme der Intragruppenstreuung. In der vorliegenden Untersuchung verbietet sich diese differenzierte Analyse wieder aufgrund der kleinen Stichprobengröße. Auch wären Verlaufsdaten zur genaueren Analyse differentieller Aspekte von Interesse.

8. Abschließende Bewertung & Schlussfolgerungen

Die vorliegende randomisierte, klinische Untersuchung befasste sich mit der Wirksamkeitsüberprüfung einer 12-stündigen, phasendefinierten manualisierten psychotherapeutischen Intervention basierend auf Prinzipien der psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeittherapie an der Schnittstelle der somatischen zur psychosomatischen Medizin, durchgeführt am Universitätsklinikum Münster. Damit ist sie die Darstellung lediglich eines Teils der gesamten multizentrischen PISO-Studie, welche von der DFG im Rahmen des Programms „Klinische Studien“ unter Federführung von Professor Dr. Peter Henningsen, Technische Universität München, gefördert wurde und an der insgesamt sechs universitäre Zentren beteiligt gewesen sind. Generell sind Wirksamkeitsnachweise für die psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeittherapie erbracht (Leichsenring et al., 2004). In der PISO-Studie wurden therapeutische Erweiterungen von Guthrie, Manchester (unveröffentlichtes Manuskript) und Rudolf und Henningsen (2003) in Deutschland mit berücksichtigt. Intendierte Zielgruppe waren Patienten mit einer schmerzdominierten multisomatoformen Störung (Kroenke et al., 1997), die niedrigschwellig in somatischen Kliniken zur Teilnahme an dem psychosomatischen Behandlungsangebot rekrutiert wurden.

Die bislang vorliegenden Forschungsergebnisse (Kirmayer, Robbins, 1991; Nimnuan et al., 2001; Reid et al., 2001; Grabe et al., 2003; Eichenberg, 2004; Wittchen et al., 1999, 2002; Grabe & Freyberger, 2003; Bleichhardt und Hiller, 2006) belegen, dass Menschen mit somatoformen Störungen eine große und damit auch bedeutsame Patientengruppe innerhalb unseres Gesundheitssystems darstellen. Gleichzeitig findet sich ein unzureichendes bzw. ineffektives Versorgungsangebot. Ein Merkmal dieser Patienten ist es, Hilfe in organmedizinischen Spezialeinrichtungen zu suchen und an einem organischen Krankheitskonzept festzuhalten, trotz fehlender, die Symptomatik ausreichend erklärender Befunde, was wiederum aversive Gegenübertragungen beim behandelnden Arzt auslöst und in eine „Beziehungsstörung im Gesundheitswesen“ (Rudolf, Henningsen, 1998, 2003) mündet. Beim Psychotherapeuten sind sie nur selten und oft erst nach Jahren der ineffektiven Behandlung anzutreffen. Daraus leiten sich die Fragen ab, wie diese Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Krankheitsgeschichte für ein empathisches, die körperlichen Beschwerden ernst

nehmendes (psycho-)therapeutisches Beziehungsangebot, wie es in PISO realisiert wurde, gewonnen werden können, und wie effektiv dieses ist.

Ziel dieser Arbeit war die Darstellung der kurzfristigen Effekte der psychotherapeutischen PISO-Intervention im Vergleich zu der an der psychosomatischen Grundversorgung orientierten Kontrollbedingung Enhanced Medical Care. Neben einer umfassenden inhaltlichen Beschreibung der zu überprüfenden Kurzpsychotherapie und der Vergleichsbedingung wurden die Stichprobe und ihre Rekrutierung ausführlich beschrieben.

In der Dreimonats-Katamnese wurden kurzfristige Effekte der Interventionen erhoben. In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigen sich gute Belege für die Wirksamkeit des gewählten Behandlungsansatzes allgemein, der Nachweis einer klaren Überlegenheit der Kurzpsychotherapie gegenüber der Vergleichsbedingung scheiterte - vermutlich an der geringen Stichprobengröße. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und Erkenntnisse ist hier lediglich in der allgemeinen Form, aggregiert über beide Patientengruppen, gegeben für Patienten mit schmerzdominierter multisomatoformer Störung innerhalb der organmedizinischen Versorgung. Die hiesigen Subgruppen sind zu klein, es fehlt an Power, um mögliche vorhandene Effekte zuverlässig nachweisen zu können. Hier offene gebliebene Fragen im Bereich der spezifischen Hypothesentestung, die Differenzierung zwischen beiden Interventionsformen betreffend, können anhand der Publikationen zur gesamten PISO-Studie und damit auch gesamten Patientenstichprobe sicherlich zufriedenstellend beantwortet werden.

Die hier vorliegende Stichprobe war in weiten Teilen neben der multisomatoformen Störung stark belastet durch depressive Syndrome und hypochondrische Ängste. Bei Therapieende schien die Belastung durch komorbide seelische Erkrankungen zurückzugehen. Die überwiegende Mehrheit der Patienten war neben der multisomatoformen Störung auch somatisch erkrankt.

In dem halben Jahr vor der Behandlung haben alle Patienten gemäß des Störungsbildes zahlreiche Ärzte, vor allem, den Hausarzt aufgesucht. Es zeichnete sich während der Intervention ein vager, wenn überhaupt leichter Rückgang ab, der jedoch nicht eindeutig im Sinne einer Einstellungsänderung zu interpretieren ist.

Es konnte nachgewiesen werden, dass beide Interventionen positive Effekte auf die erlebte körperbezogene Lebensqualität haben (SF-36). Die Überlegenheit der Interventions- gegenüber der Kontrollbedingung konnte nicht belegt werden.

Es ließ sich ein Rückgang der Körperbeschwerden bei allen Patienten zeigen, eine klare Überlegenheit der PISO-Intervention gegenüber EMC konnte nicht festgestellt werden (SOMS).

Die Interventionen scheinen die Beschwerdeattributionen zu verändern (IPQ-R). Die Richtung bleibt noch unklar, aber es wird deutlich, dass eine vermehrte Auseinandersetzung mit dem Krankheitsmodell, wie intendiert, stattfindet. Unklar bleibt die Erklärung. Methodische Mängel, eine ungenügende Abstimmung von Messinstrument und Konstrukt können nicht ausgeschlossen werden.

Trotz fehlender statistischer Signifikanz gelingt es, zentrale Ergebnisparameter anhand der Alexithymiewerte (TAS) besser vorherzusagen als ohne Kenntnis dieser Werte. Sowohl die Patienten selber als auch die Therapeuten beider Behandlungsgruppen schätzen den Therapieerfolg hinsichtlich Ergebnis- und Beziehungsqualität als günstig ein (HAQ).

75% der Patienten haben die Therapiemaßnahme jeweils regulär beendet. Die Dropout-Rate ist damit relativ hoch, was mit dem somatischen Krankheitskonzept und der Art der Rekrutierung und dem Wechsel von stationärer zu ambulanter Behandlung zusammenhängen könnte. Letztlich bleibt dies unklar und sollte auch in weiteren Arbeiten geprüft werden.

Als zentrale Ergebnisse der Untersuchung bleiben festzuhalten: Es gelingt, einen großen Teil der in Frage stehenden Patientengruppe für ein psychosomatisches Behandlungskonzept und Beziehungsangebot zu gewinnen und effektiv zu behandeln. Die körperbezogene Lebensqualität nimmt zu, die Körperbeschwerden nehmen ab. Die therapeutische Beziehung und der Prozess werden gleichermaßen von Patienten und Therapeuten als günstig bewertet. Dies kann auch als der intendierte Neuanfang in der Beziehungsstörung im Gesundheitswesen aufgefasst werden. Möglicherweise ist das Nichtauffinden von Therapieeffekten hinsichtlich der Differenzierung zwischen beiden Behandlungsarmen den geringen Stichprobengrößen geschuldet und somit ein methodisches, kein inhaltliches Problem. Die Ergebnisse der gesamten PISO-Studie und

deren Hauptzeitpunkt die Einjahreskatamnese sollten bei der abschließenden Beurteilung berücksichtigt werden.

Offen bleibt, wie die Gruppe der „Therapieverweigerer“, sowohl der Abbrecher als auch derjenigen, die von vornherein einer Teilnahme nicht zugestimmt haben, trotz Erfüllung der Einschlusskriterien erreicht werden kann. Dieser Frage sollte in weiteren Forschungsarbeiten nachgegangen werden. Es sollte auch in Betracht gezogen werden, den Teil der Rekrutierung, der vor dem Erstkontakt zum Psychosomatiker erfolgt stärker zu standardisieren und zu professionalisieren. Die Art, wie der somatisch tätige Arzt den psychosomatisch tätigen Kollegen ankündigt, ist sicherlich für die Offenheit des Patienten, sich auf ein psychosomatisches Behandlungsangebot einzulassen, nicht zu unterschätzen.

Sinnvoll wäre eine weitere Verbesserung der Vernetzung von somatischen und psychosomatischen Kliniken, beispielsweise in Form von fest etablierten Liaisondiensten. Die Ergebnisse sollten auch zur Vernetzung Eingang finden in die Ärzteaus- und -weiterbildung, damit die Erkenntnisse breit zugänglich und nutzbar gemacht werden.

9. Literatur

Allen, LA, Escobar, JI, Lehrer, PM, Gara, MA, Woolfolk, RL (2002) Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med* 64:939-950.

Amendment zum Studienprotokoll Piso Version 1, 12.7.2005 auf Version 2 6.4.2006

Amelang, M., Zielinski, W. (1997) *Psychologische Diagnostik und Intervention*. 2. korrigierte aktualisierte und überarbeitete Auflage. Springer-Verlag

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Huber

Bach, M., Bach, D., Zwann de M., Serim, M., Böhmer, F. Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 46 (1996) 23-28

Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* (1995) 40:23-32

Bagby, RM, Parker, JD, Taylor, GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994 Jan; 38(1):23-32.

Barsky, AJ, Orav, EJ, Bates, DW. (2005) Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen psychiatry.* 2005; 62, 903-910.

Bellach, B.-M., Ellter, U., Radoschewski, M.. Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey, Erste Ergebnisse und neue Fragen. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz, 2000, 43; 210-216. Springer-Verlag

Berwald, HG., (1991) Behandlungsgrundsätze bei Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen. Unveröffentl. Vortrag

Best, D. (2004) Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis. In: Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. und Sulz, S. (Hrsg.) (2004, 1. Aufl.) Lehrbuch der Psychotherapie, Band 1-3. CIP-Medien, 441-455

Bleichhardt, G., Hiller, W. (2006) Krank ohne Organbefund. Entstehung und Therapie somatoformer Störungen. Info Neurologie & Psychiatrie 2006 Vol. 8 Nr. 4

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe

Cohen, J. & Cohen, P. (1983). Applied multiple regression / correlation analysis for the behavioral sciences. 2nd. Ed.. Hillsdale, N.Y.: Lawrence Erlbaum.

Cohen, J (1992). A power primer. In: Psychological Bulletin. 112, 155-159.

Creed F, Guthrie E (1993) Techniques for interviewing the somatising patient. Br J Psychiatry 162: 467-471

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation. 5.Aufl. Verlag Hans Huber, Bern

Eichenberg, C. (2004) Internet-Recherche: Somatoforme Störungen Deutsches Ärzteblatt PP Heft 4 April 2004 171-172.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

Fenichel, O.. (1945 /1983) *Psychoanalytische Krankheitslehre*. Berlin, Wien: Ullstein.

Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198.

Fydrich, T. (2008) Der Erfolg von Psychotherapie ist messbar. *Deutsches Ärzteblatt*, PP, 1 2008:18-20

Gallati, D. (2003) Metaanalysis on measurmenet of treatment success in trails on depression treatment. Unpublished thesis, Institute of Psychology, University Bern, Switzerland. Zitiert nach: Piso- Full Application Version 5 – 26.01.2005

Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U. et al. Somatoform pain disorder in the general population. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 88-94

Grabe, H. J., Freyberger, H. J. Körperliche Symptomatik ohne Ursache – Somatisierungsstörung? *Psychoneuro* 2003; 29(11): 513-517.

Gralow, I. (2002) Nichtopioidanalgetika. In: Gralow, I., Husstedt, I. et al. (Hrsg.) (2002) *Schmerztherapie interdisziplinär*. Schattauer

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe

Gündel, H. , Henningsen, P. Aspekte des psychoherapeutischen Umgangs bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Notfall & Hausarztmedizin* 2005; 31: 590-593

Gureje, O., Simon, GE. The natural history of somatization on primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 669-676.

Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D., Tomenson, B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 100: 450-457.

Guthrie, E. (2000) Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *Br J Psychiatry* 177:131-137

Guthrie, E. (Manchester). Adaptation of the Psychodynamic-interpersonal model to work with functional somatic disorders (bislang unveröffentlichtes Dokument und Arbeitspapier in der Piso-Gruppe, „Piso-Reader“)

Hamilton, J., Guthrie, E., Creed, F. et al. (2000) A randomized controlled trail of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenerology* 2000; 119:661-669.

Heigl-Evers, A., Ott, J. (Hrsg.) (2002) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck & Ruprecht.

Henningsen, P. & Burgmer, Gündel, Kruse, Sack, Sauer und Schneider (2005)
PISO-Manual, bislang unveröffentlicht

Henningsen, P.; Rudolf, G. (1998) Somatoforme Störungen. Schattauer

Henningsen, P. et al., (2005 /06), bislang unveröffentlichte Studienunterlagen PISO-Studie

Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T. (2002) Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quelltexte (Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) Schattauer, F.K. Verlag

Herrmann, M. Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden – Erkenntnis durch Beziehungsarbeit. *Z Allg Med* 2006; 82: 214-218

Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. und Sulz, S. (Hrsg.) (2004, 1. Aufl.) *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 1-3. Cip-Medien*

Hiller, W., Rief, W. (1998) Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen: Ein Literaturüberblick. *Verhaltenstherapie* 8:125-136

Hiller, W. & Rief, W. (2004). Internationale Skalen für Hypochondrie. Deutschsprachige Adaptation des Whiteley-Index (WI) und der Illness Attitude Scales (IAS). Bern: Verlag Hans Huber

Hiller, W., Rief, W., Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2006) 41:704–712

Hiller, W., Fichter, M.M., Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of health care utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 369-380.

Hiller, W., Kroymann, R., Leibbrand, R., Cebulla, M., Korn, H.-J., Rief, W., Fichter, M. M. (2004). Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effekte der stationären Therapie somatoformer Störungen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 2004; 72: 136-146.

Huber, O. (1999). *Find yourself! Cartoons für Psychologen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Kampfhammer, H. P. Somatisierung – somatoforme Störungen – Ätiopathogenetische Modelle. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 58-77.

Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research*. Fort Worth: Harcourt College.

Kirmayer LJ, Robbins JM (1991) Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 179: 647-655

Kupfer, J., Brosig, B., Brähler, E. (2001). TAS-26. Toronto-Alexithymie-Skala-26, deutsche Version. Manual. Göttingen: Hogrefe

Koppenhöfer, E. (2004) Kleine Schule des Genießens. Pabst Science Publishers

Kroenke, K., Spitzer, RL., de Gruy, FV 3rd et al. (1997) Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 54:352-358

Kroenke, K. (2007) Efficacy of treatment for somatoform disorder: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine* 69: 881-888 (2007)

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibung, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61:1208-1216

Lieb, H., Pein, von, A. (2001). *Der kranke Gesunde*. Trias, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Lipowski ZJ (1988b) An inpatient programme for persistent somatizers. *Can J Psychiatry* 33: 275-278

Löwe, B. (2001) *Gesundheitsfragen für Patienten : PHQ-D*. Karlsruhe: Pfizer, 2001

Martin, A., Korn, H., Cebulla, M., Saly, M., Fichter, M., Hiller, W. (2007). Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55(I), 31-41-

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121–1123

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17, 1-16.

Neumann, E., Rohmann, E., Bierhoff, H.-W. (2007). Entwicklung und validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften, Der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi). *Diagnostica*, 53, Heft 1, 33-47. Hogrefe.

Nickel R, Egle UT (1999): Therapie somatoformer Schmerzstörungen - Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. 1. Aufl. Schattauer Verlag, Stuttgart

Nanke, A.; Rief, W. Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut* 2003. 48: 329-335

Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Research* 2001; 51: 361-367

Oneta, C. M. Pathogenese und Management der alkoholischen Lebererkrankung. *Schweiz Med Forum* 2004;4:131–137. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG

Pfingsten, M., Nilges, P. (2007) Patienten mit chronischen Schmerzen. Versorgungsdefizite bei spezieller Schmerzpsychotherapie *Report Psychologie* 32 3/2007:116.124

Piso Clinical trail Protocol, Revised version, 12.07.2005

Piso- Full Application Version 5 – 26.01.2005

Rauh, E., Rief, W. (2006). Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste. Göttingen Hogrefe

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospectiv cohort study. BMJ 2001; 322: 767

Reid, S., Crayford, T., Patel, A. Wessely, S. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. Psycholo Med 2003; 33: 519-524.

Rief, W., Henningsen, P. Somatoforme Störungen. In Senf, W., Broda, M.: Praxis der Psychotherapie 3. Aufl. Kap. X736. Stuttgart: Thieme 2005, p529-544

Rief, W., Hessel, A., Braehler, E. Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population Psychosomatic Medicine 63:595-602 (2001)

Rief, W., Hiller, W. (1998). Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Göttingen: Hogrefe.

Rief, W., Hiller, W. A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders Psychosomatics 44:6. 492-498, 12 2003

Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen (SOMS The Screening for Somatoform Symptoms). Bern: Huber.

Ronel, J., Kruse, J., Gündel, H. (2007) Somatoforme Störungen, Erfahrungen und Behandlungsmöglichkeiten. Psychosom Konsiliarpsychiatr 1: 130-138.

Ronel, J. Noll-Hussong, Lahmann, C. (2008) Somatoforme Störungen _ Geschichte, Konzepte, Epidemiologie, Diagnostik. Psychotherapie im Dialog. In press.

Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In: H. Cooper. & L.V. Hedges (Hrsg.), The handbook of research synthesis (S. 231-245). New York: Russell Sage Foundation.

Rossa, B., Breull, A. Somatoforme Störungen in der Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2004; 80: 282-288.

Rossi, P. H.; Freeman, H. E. & Lipsey, M. W. (1999). Evaluation: A Systematic Approach. 6. Aufl. Lipsey. Thousand Oaks : Sage.

Rudolf, G., Henningsen, P. (2003) Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. Z Psychosom Med Psychother 49:3-19

Rudolf, G., Horn, H. (2006). Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, 2. neu überarbeitete und erweiterte Auflage.

Schäfer, R., Schneider, C., Sitte, W., Franz, M. (2001). Validitätshinweise der Deutschen Version der TAS-20. Psychother Psych Med 2002;523; 449-453.

Scheidt, C. E. (2002) Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. Psychotherapeut 47: 110-123.

Schneider, G. Posttraumatische Belastungsstörung und Schmerz. MedReport 39 28. Jahrgang, 2004, S. 9.

Schors, R. (1993) Psychoanalytische Einzeltherapie bei Schmerz. I: Egle, UT, Hoffmann, SO (Hrsg.) Der Schmerzkranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer, Stuttgart p 369-379

Sharpe M, Peveler R, Mayou R (1992) The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. J Psychosom Res 36: 515-529

Swift, L., Stephenson, R., Royce, J. (2006). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: validation of factor solutions using confirmatory factor analysis on physiotherapie out-patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory and Practice* (2006), 79, 83-88.

Wittchen et al. (1997) SKID Strukturiertes Klinisches Interview (Original: Spitzer et al.). Göttingen: Hogrefe.

Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H. Winter, S. Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 216-222.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal* 2/2002. 6-15.

Wittmann, W. W. (1985). *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin: Springer.

Wöller, W., Kruse, J. (2005). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Schattauer*. 2. neu überarbeitete und erweiterte Auflage.

10. Anhang

Patient t0-Fragebogen

Patient t1-Fragebogen

Therapeut t1-Fragebogen

Materialien für die Durchführung der PISO-Intervention

PISO – Symptomcheckliste zur Komplettierung der „Landkarte der Beschwerden“

Therapieziele am Anfang der Therapie

Beschwerdetagbuch in zwei Versionen

Materialien für Screening und Einschluss

Patienteninformation Screening

Einverständniserklärung Screening

Screening Fragebogen

Patienteninformation für die Studie:

Einverständniserklärung Studie

Votum der Ethikkommission

Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät
der WWU Münster

Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München

Tag	Monat		Jahr		

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

**„Psychosomatische Behandlung bei somatoformen Beschwerden –
PISO“
Studienunterlagen**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

für die Studie PISO zur Behandlung von körperlich nicht vollständig erklärbaren Beschwerden (somatoforme Beschwerden) benötigen wir eine ganze Reihe von Angaben von Ihnen. Viele dieser Fragen werden wir Ihnen in einem Fragebogen auch im Anschluss an die Behandlung und ein Jahr nach Behandlungsbeginn stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

Name (bitte in Druckbuchstaben)

Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
t t m m j j j j

Geschlecht weiblich
männlich

Anschrift:

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon privat:
geschäftlich
mobil

Fax

Instruktion

Staats- angehörigkeit	deutsch	<input type="checkbox"/>
	andere	<input type="checkbox"/>
	falls andere:	
Familienstand:	<u>Ledig</u> : ohne Partner/in	<input type="checkbox"/>
	mit Partner/in	<input type="checkbox"/>
	<u>Verheiratet</u> : zusammen lebend	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend	<input type="checkbox"/>
	Scheidung beantragt	<input type="checkbox"/>
	<u>Geschieden</u>	<input type="checkbox"/>
	falls mehrfach geschieden, wie oft?	_ _ .
	<u>verwitwet</u>	<input type="checkbox"/>
	sonstiger:	
Partnersituation:	keine/n Partner/in (länger als 6 Monate)	<input type="checkbox"/>
	kurzfristig keine/n Partnerin (kürzer als 6 Mon.)	<input type="checkbox"/>
	wechselnde Partner/innen (mehr als 3 im	
	letzten Jahr)	<input type="checkbox"/>
	mehrere Partner/innen	<input type="checkbox"/>
	feste/n Partner/in	<input type="checkbox"/>
Kinder:	Anzahl der Kinder?	_ _
	Davon adoptiert	_ _
	Davon im eigenen Haushalt lebend:	_ _
Wohnsituation:	.. im Haushalt meiner Eltern	<input type="checkbox"/>
	.. allein im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>
	.. im gemeinsamen Haushalt mit Partner/in,	<input type="checkbox"/>
	eigener Familie	<input type="checkbox"/>
	in einer Wohngemeinschaft/einem Wohnheim	<input type="checkbox"/>
	.. kein fester Haushalt	<input type="checkbox"/>
	sonstige:	

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="font-size: small;">Tag Monat Jahr</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <p style="font-size: small;">Prüfzentr.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="font-size: small;">Patientidentifikation</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <p style="font-size: small;">InitialienTher..</p>
--	---	---	---

Schulbildung:	gehe noch zur Schule <input type="checkbox"/> .. Sonderschule <input type="checkbox"/> .. Hauptschule ohne Abschluss <input type="checkbox"/> .. Hauptschule mit Abschluss <input type="checkbox"/> .. Mittlere Reife (oder Vergleichbares) <input type="checkbox"/> .. Fachschule <input type="checkbox"/> .. Gymnasium ohne Abschluss <input type="checkbox"/> .. Abitur <input type="checkbox"/>	
---------------	--	--

sonstige:

Höchster berufl. Abschluss	noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre / Fachschule <input type="checkbox"/> Meister <input type="checkbox"/> Fachhochschule / Universität <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/>	
----------------------------	--	--

sonstige:

Derzeitige berufl. Tätigkeit	berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann / nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Schule / Ausbildung <input type="checkbox"/> Wehr- / Zivildienst / freiwilliges soziales Jahr <input type="checkbox"/> Beschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Erwerbs - / Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit <input type="checkbox"/> Erwerbs - / Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer <input type="checkbox"/> Frührente / Altersrente / Pension <input type="checkbox"/>	
------------------------------	---	--

sonstige:

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?	Nein	<input type="checkbox"/>
	Ja	<input type="checkbox"/>
Falls „Ja“: wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

Läuft derzeit ein Rentenverfahren?	.. nein <input type="checkbox"/> .. ich überlege, einen Rentenantrag zu stellen <input type="checkbox"/> .. Rentenantrag ist gestellt <input type="checkbox"/> .. es läuft ein Rentenstreit <input type="checkbox"/> .. ich beziehe (Zeit-)Rente/Pension <input type="checkbox"/>	
------------------------------------	---	--

Welcher Art ist Ihre Hauptkrankung/ Hauptbeschwerde?	Körperliche Beschwerden <input type="checkbox"/> Psychische/ seelische Beschwerden <input type="checkbox"/> Beides seelische und körperliche Beschwerden <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>	
--	--	--

sonstige:

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation					

InitialienTher..		

Bei den folgenden Fragen möchten wir gerne erfahren, welche medizinischen Maßnahmen wie Arztbesuche, Medikamente und Untersuchungen wegen der obengenannten Beschwerden zur Anwendung kamen.

Bei welchen Ärzten, Fachärzten oder Therapeuten waren Sie wegen Ihrer Beschwerden **innerhalb der letzten 6 Monate** in Behandlung?
 (Bitte antworten Sie möglichst sorgfältig, falls Sie sich nicht mehr sicher sind, schätzen Sie bitte möglichst genau)

	Falls ja, bitte ankreuzen	Falls ja, wie oft?
Allgemeinarzt(Hausarzt)	<input type="checkbox"/>	
Anästhesist	<input type="checkbox"/>	
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	
Chirurg	<input type="checkbox"/>	
Dermatologe	<input type="checkbox"/>	
Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/>	
Internist	<input type="checkbox"/>	
Kardiologe	<input type="checkbox"/>	
Psychiater	<input type="checkbox"/>	
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	
Proktologen/Enddarmfacharzt	<input type="checkbox"/>	
Pneumologen/Lungenfacharzt	<input type="checkbox"/>	
Neurologen	<input type="checkbox"/>	
Orthopäden	<input type="checkbox"/>	
Radiologen	<input type="checkbox"/>	
Urologen	<input type="checkbox"/>	
Zahnarzt/Kieferchirurg	<input type="checkbox"/>	
Arzt und Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	
Nichtärztlicher Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	
Sonstiger	<input type="checkbox"/>	

falls sonstiger,

Waren Sie **im letzten Jahr** in stationärer Behandlung? Wenn ja,

Stat. Behandlung / Klinikart und Ort	Wann	Dauer (Tage)	Behandlungsgrund/Diagnose
1			
2			
3			
4			
5			

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation					

InitialienTher..	

Bei den nächsten Fragen geht es um die Medikamente, die Sie momentan einnehmen oder in den letzten drei Monaten eingenommen haben. Bitte tragen Sie nicht nur den Namen, sondern auch die Verabreichungsform und die Stärke (z. B. Tabletten, Tropfen, z. B. Acemuc 100 oder 500) genau ein. Im Zweifelsfall ziehen Sie bitte die Verpackung des Medikaments zu Rate.

Welche Medikamente nehmen Sie **gegenwärtig** REGELMÄßIG ein?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?

Welche Medikamente nehmen Sie **gegenwärtig** NACH BEDARF ein?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?

Gibt es **weitere** Medikamente, die Sie im Zeitraum der letzten **3 Monate** REGELMÄßIG eingenommen haben?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?

Gibt es **weitere** Medikamente, die Sie im Zeitraum der letzten **3 Monate** NACH BEDARF eingenommen haben?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..	

Welche **medizinischen Spezialuntersuchungen** wurden bei Ihnen im letzten Jahr durchgeführt?

	Falls ja, bitte ankreuzen	Falls ja, wie oft?
Körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus)	<input type="checkbox"/>	_ _
Symptombezogene körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>	_ _
Auskultation und Perkussion	<input type="checkbox"/>	_ _
Neurologische Untersuchung mit Reflexhammer, etc.	<input type="checkbox"/>	_ _
Sonographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Doppler-Sonographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Röntgen	<input type="checkbox"/>	_ _
Spiegelung	<input type="checkbox"/>	_ _

Wenn ja, was wurde gespiegelt?

EKG	<input type="checkbox"/>	_ _
Computertomographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	_ _

Wenn ja bei Computer- oder Kernspin-tomographie, was wurde untersucht?

HNO	<input type="checkbox"/>	_ _
Augen	<input type="checkbox"/>	_ _
Dermatologie	<input type="checkbox"/>	_ _
Labor	<input type="checkbox"/>	_ _
Spezialuntersuchung Blut	<input type="checkbox"/>	_ _
Mammographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Biopsien	<input type="checkbox"/>	_ _
Krebsvorsorge-Untersuchung	<input type="checkbox"/>	_ _
Lungenfunktionsprüfungen	<input type="checkbox"/>	_ _
Knochenszintigraphie	<input type="checkbox"/>	_ _
Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/>	_ _

Wurden in den letzten 6 Monaten folgende Behandlungen durchgeführt?

	Falls ja, bitte ankreuzen	Falls ja, wie oft?
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Homöopathische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Chiropraktische Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biofeedback- Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Elektrotherapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Krankengymnastische Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nach Grundsätzen der Chinesischen Medizin		
Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bachblüten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Halsmanschette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wärmebehandlungen		
Sonstige;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
falls sonstige,		

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.
.....

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..	

Diese Fragen sind ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Therapeuten helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können.

Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht be- einträchtig	Wenig be- einträchtig	Stark be- einträchtig
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr	Prüfzentr.	Patientidentifikation	InitialienTher..
-----	-------	------	------------	-----------------------	------------------

Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

3. Fragen zum Thema „Angst“.

- a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)

NEIN

JA

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

- b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

- a. Bekamen Sie schlecht Luft?
- b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?
- c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?
- d. Haben Sie geschwitzt?
- e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?
- f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?
- g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?
- h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?
- i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?
- j. Zitterten oder bebten Sie?
- k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

NEIN

JA

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation					

InitialienTher..	

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

- b. Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt
- c. Leichte Ermüdbarkeit
- d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen
- e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen
- f. Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen
- g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fragen zum Thema „Essen“.

- a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wieviel und was Sie essen?
- b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.

- c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfters eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

- a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?
- b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?
- c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?
- d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..	

9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

NEIN

JA

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

NEIN

JA

- a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?
- b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?
- c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?
- d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?
- e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten?

11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

12. Wie stark fühlten Sie sich in den <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Probleme beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Etwas Schlimmes, das <u>vor kurzem</u> passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, ein Überfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Sind Sie im <u>letzten Jahr</u> geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden, oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?.....	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
--	---	---------------------------------------

14. Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

.....

.....

15. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
---	---	---------------------------------------

Tag	Monat	Jahr		

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

16. NUR FÜR FRAUEN: Fragen zum Thema „Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt“.

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

<p>Monatsblutung ist unverändert</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Monatsblutung bei Hormonersatztherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die „Pille“</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	---	--	--	---

NEIN	JA
(oder trifft nicht zu)	

<p>b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung <u>ausgeprägte</u> Probleme mit Ihrer Stimmung - z.B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>c. Wenn JA: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

Im Folgenden finden Sie eine Liste von körperlichen Beschwerden.
 Bitte geben Sie an, ob und wie sehr Sie im Laufe der vergangenen 7 Tage unter diesen Beschwerden gelitten haben.
 Geben Sie nur solche Beschwerden an, für die von den Ärzten keine genauen Ursachen gefunden wurden und die Ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt haben.

Ich habe in den vergangenen 7 Tagen unter folgenden Beschwerden gelitten:	gar nicht	leicht	mittel mäßig	stark	sehr stark
1 Kopf- oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Schmerzen in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Schmerzen im Enddarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Völlegefühl (sich aufgebläht fühlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Vermehrtes Aufstoßen (in der Speiseröhre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 „Luftschlucken“, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Häufiger Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Häufiger Stuhldrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Herzrasen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Druckgefühl in der Herzgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

Ich habe in den vergangenen 7 Tagen unter folgenden Beschwerden gelitten:		gar nicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
27	Hitzewallungen oder Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Atemnot (außer bei Anstrengungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Flecken oder Farbveränderungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Sexuelle Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Lähmung oder Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Flüsterstimme oder Stimmverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Unangenehme Kribbelempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Sehen von Doppelbildern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Verlust des Hörvermögens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Gedächtnisverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Bewußtlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen:		gar nicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
48	Schmerzhafte Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Unregelmäßige Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Übermäßige Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluß aus der Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Männer:		gar nicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
	Impotenz oder Störungen des Samenergusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der betreffenden Antworten an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

Wie sehr fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen beeinträchtigt durch ...	gar nicht	leicht	mittel-gradig	relativ stark	sehr stark
1. ... Sorgen, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Sorgen, dass Sie an einer Krankheit leiden, von der Sie gelesen oder gehört haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... eine Vielzahl von Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Gedanken, der Arzt könnte sich irren, wenn er Ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis vorliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... viele Sorgen über Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

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
Meine Erkrankung ist eher chronisch als nur kurzzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit wird lange Zeit andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Krankheit hat grosse Auswirkungen auf mein Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat grossen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Krankheit nicht beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe meine Krankheit nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit ist sehr unberechenbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mich ängstlich, dass ich diese Krankheit habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden 20 Aussagen auf Sie zutreffen. Sie können den Grad der Zustimmung oder Ablehnung anhand einer 5-Punkte Skala einschätzen:

Wie sehr treffen die folgenden Punkte auf Sie zu?						
		über- haupt nicht	selten	teils / teils	oft	immer
1.	Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade so passiert sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sich mit Gefühlen zu beschäftigen finde ich sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ich weiß nicht, was in mir vorgeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gerne über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich sehe mir lieber 'leichte' Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ich kann mich jemandem sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ich finde, daß das Mir-Klarwerden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</p>						<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Prüfzentr.</p>			<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Patientidentifikation</p>						<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">InitialienTher..</p>		

In diesem Teil geht es um Ihr Verhalten und Erleben in Ihrer Partnerschaft. Bitte geben Sie auf der siebenstufigen Skala an, inwieweit jede Aussage auf Sie zutrifft. Die 1 bedeutet, dass Sie der Aussage überhaupt nicht zustimmen, die 4 steht für mittlere Zustimmung, und die 7 bedeutet, dass Sie der Aussage voll und ganz zustimmen. Dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten; es geht um Ihr persönliches Empfinden. Die Formulierung „Partner“ kann sowohl für einen Mann als auch für eine Frau stehen. Wenn Sie zur Zeit keinen Partner haben, versuchen Sie, sich an Ihre letzte Beziehung zu erinnern.

		Stimmt überhaupt nicht					Stimmt voll und ganz	
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Ich zeige einem Partner nicht gern, wie es tief in mir aussieht.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ich mache mir Gedanken darüber, dass ich verlassen werden könnte.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Ich fühle mich sehr wohl, wenn ich einem Partner nahe bin.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Ich mache mir sehr viele Gedanken über meine Beziehungen.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Immer dann, wenn mein Partner mir sehr nahe kommt, ziehe ich mich zurück.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Ich mache mir Gedanken darüber, dass mein Partner sich nicht so um mich kümmert wie ich mich um ihn.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Ich fühle mich unwohl, wenn mein Partner mir sehr nahe sein will.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Ich mache mir sehr oft Gedanken darüber, dass ich meinen Partner verlieren könnte.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Ich fühle mich nicht wohl dabei, wenn ich mich einem Partner gegenüber öffnen soll.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Ich wünsche mir oft, dass die Gefühle meines Partners für mich genau so stark wären wie meine Gefühle für ihn.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Ich möchte meinem Partner nahe sein, halte mich aber trotzdem zurück.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Ich will mit einem Partner vollkommen verschmelzen, und das schreckt andere manchmal ab.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Ich werde nervös, wenn ein Partner mir zu nahe kommt.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Ich mache mir oft Gedanken über das Alleinsein.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Ich fühle mich wohl dabei, wenn ich meine innersten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner teilen kann.	1	2	3	4	5	6	7

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation					

InitialienTher..	

		Stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	7	Stimmt voll und ganz
16.	Mein Verlangen nach Nähe schreckt andere Menschen manchmal ab.	1	2	3	4	5	6	7		
17.	Ich versuche zu vermeiden, meinem Partner zu nahe zu kommen.	1	2	3	4	5	6	7		
18.	Ich brauche die Bestätigung, dass mein Partner mich liebt.	1	2	3	4	5	6	7		
19.	Es fällt mir relativ leicht, meinem Partner nahe zu kommen.	1	2	3	4	5	6	7		
20.	Manchmal merke ich, dass ich meinen Partner dränge, mehr Gefühl und Verbindlichkeit zu zeigen.	1	2	3	4	5	6	7		
21.	Ich habe Schwierigkeiten damit zuzulassen, von einem Partner abhängig zu sein.	1	2	3	4	5	6	7		
22.	Ich mache mir kaum Gedanken darüber, dass ich verlassen werden könnte.	1	2	3	4	5	6	7		
23.	Ich bin einem Partner nicht gern zu nahe.	1	2	3	4	5	6	7		
24.	Wenn ich es nicht schaffe, das Interesse meines Partners auf mich zu ziehen, rege ich mich auf oder werde ärgerlich.	1	2	3	4	5	6	7		
25.	Ich rede mit meinem Partner über fast alles.	1	2	3	4	5	6	7		
26.	Ich finde, mein Partner will nicht so viel Nähe wie ich.	1	2	3	4	5	6	7		
27.	Ich bespreche meine Sorgen und Probleme meistens mit meinem Partner.	1	2	3	4	5	6	7		
28.	Wenn ich keine Beziehung habe, fühle ich mich irgendwie ängstlich und unsicher.	1	2	3	4	5	6	7		
29.	Ich fühle mich wohl, wenn ich von einem Partner abhängig bin.	1	2	3	4	5	6	7		
30.	Es frustriert mich, wenn mein Partner nicht so oft bei mir ist, wie ich es will.	1	2	3	4	5	6	7		
31.	Es fällt mir nicht schwer, einen Partner um Trost, Hilfe oder einen Rat zu bitten.	1	2	3	4	5	6	7		
32.	Es frustriert mich, wenn ich gern einen Partner hätte und niemand da ist.	1	2	3	4	5	6	7		
33.	Es hilft mir, mich an meinen Partner zu wenden, wenn ich es brauche.	1	2	3	4	5	6	7		
34.	Wenn ein Partner eine negative Meinung über mich hat, geht es mir richtig schlecht.	1	2	3	4	5	6	7		
35.	Ich wende mich oft an meinen Partner, z.B. wenn ich Trost und Bestätigung brauche.	1	2	3	4	5	6	7		
36.	Es ärgert mich, wenn mein Partner Zeit ohne mich verbringt.	1	2	3	4	5	6	7		

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Tag		Monat		Jahr	

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

**„Psychosomatische Behandlung bei somatoformen Beschwerden –
PISO“
Studienunterlagen**

Nach Abschluss des Behandlungsprogramms im Rahmen der Studie PISO zur Behandlung von körperlich nicht vollständig erklärbaren Beschwerden (somatoforme Beschwerden) bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Bitte händigen Sie den Fragebogen Ihrem Studientherapeuten aus oder schicken Sie ihn an die angegebene Adresse:

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

Name (bitte in Druckbuchstaben)

Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
t t m m j j j j

Geschlecht weiblich
männlich

Anschrift:

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon: Festnetz

Mobil

Fax

--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

Haben in Ihrer Lebenssituation seit Beginn der Behandlung grundsätzliche Veränderungen (Partnersituation, berufliche Situation oder Wohnungswechsel, Einleitung eines Rentenverfahrens etc.) stattgefunden?
(falls ja, bitte eintragen, ansonsten weiter mit der nächsten Frage)

Ja, nämlich:

.....

.....

.....

Bei den folgenden Fragen möchten wir gerne erfahren, welche medizinischen Maßnahmen wie Arztbesuche, Medikamente und Untersuchungen wegen der oben genannten Beschwerden zur Anwendung kamen.

Waren Sie **in den letzten 3 Monaten** krankgeschrieben? Nein
Ja

Falls „Ja“: wie viele **Wochen** waren Sie in den letzten 3 Monaten krankgeschrieben? |_|_|

Bei welchen Ärzten, Fachärzten oder Therapeuten waren Sie wegen Ihrer Beschwerden **innerhalb der letzten 3 Monate** in Behandlung?
(Bitte antworten Sie möglichst sorgfältig, falls Sie sich nicht mehr sicher sind, schätzen Sie bitte möglichst genau)

	Falls ja, bitte ankreuzen	Falls ja, wie oft?
Allgemeinarzt(Hausarzt)	<input type="checkbox"/>	_ _
Anästhesist	<input type="checkbox"/>	_ _
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	_ _
Chirurg	<input type="checkbox"/>	_ _
Dermatologe	<input type="checkbox"/>	_ _
Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	_ _
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/>	_ _
Internist	<input type="checkbox"/>	_ _
Kardiologe	<input type="checkbox"/>	_ _
Psychiater	<input type="checkbox"/>	_ _
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	_ _
Proktologen/Enddarmfacharzt	<input type="checkbox"/>	_ _
Pneumologen/Lungenfacharzt	<input type="checkbox"/>	_ _
Neurologen	<input type="checkbox"/>	_ _
Orthopäden	<input type="checkbox"/>	_ _
Radiologen	<input type="checkbox"/>	_ _

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Urologen	<input type="checkbox"/>	_ _
Zahnarzt/Kieferchirurg	<input type="checkbox"/>	_ _
Arzt und Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	_ _
Nichtärztlicher Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	_ _
Sonstiger	<input type="checkbox"/>	_ _

falls sonstiger,

Waren Sie **in den letzten drei Monaten** in stationärer Behandlung? Wenn ja,

Stat. Behandlung / Klinikart	Wann	Dauer (Tage)	Behandlungsgrund/Diagnose und Ort
1			
2			
3			
4			
5			

Bei den nächsten Fragen geht es um die Medikamente, die Sie momentan einnehmen oder in den letzten drei Monaten eingenommen haben. Bitte tragen Sie nicht nur den Namen, sondern auch die Verabreichungsform und die Stärke (z. B. Tabletten, Tropfen, z. B. Acemuc 100 oder 500) genau ein. Im Zweifelsfall ziehen Sie bitte die Verpackung des Medikaments zu Rate.

Welche Medikamente nehmen Sie **gegenwärtig** REGELMÄßIG ein?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?

Welche Medikamente nehmen Sie **gegenwärtig** NACH BEDARF ein?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?

--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Gibt es **weitere** Medikamente, die Sie im Zeitraum der letzten **3 Monate** REGELMÄßIG eingenommen haben?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?
------------	--------------------------------	-----------------

Gibt es **weitere** Medikamente, die Sie im Zeitraum der letzten **3 Monate** NACH BEDARF eingenommen haben?

Medikament	Dosierung / Verabreichungsform	Wie oft am Tag?
------------	--------------------------------	-----------------

Welche **medizinischen Spezialuntersuchungen** wurden bei Ihnen in den **letzten drei Monaten** durchgeführt?

	Falls ja, bitte ankreuzen	Falls ja, wie oft?
Körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus)	<input type="checkbox"/>	_ _
Symptombezogene körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>	_ _
Auskultation und Perkussion	<input type="checkbox"/>	_ _
Neurologische Untersuchung mit Reflexhammer, etc.	<input type="checkbox"/>	_ _
Sonographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Doppler-Sonographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Röntgen	<input type="checkbox"/>	_ _
Spiegelung	<input type="checkbox"/>	_ _

Wenn ja, was wurde gespiegelt?

EKG	<input type="checkbox"/>	_ _
Computertomographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	_ _

Wenn ja bei Computer- oder Kernspin-Tomographie, was wurde untersucht?

HNO	<input type="checkbox"/>	_ _
Augen	<input type="checkbox"/>	_ _
Dermatologie	<input type="checkbox"/>	_ _
Labor	<input type="checkbox"/>	_ _
Spezialuntersuchung Blut	<input type="checkbox"/>	_ _
Mammographie	<input type="checkbox"/>	_ _
Biopsien	<input type="checkbox"/>	_ _
Krebsvorsorge-Untersuchung	<input type="checkbox"/>	_ _
Lungenfunktionsprüfungen	<input type="checkbox"/>	_ _
Knochenszintigraphie	<input type="checkbox"/>	_ _
Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/>	_ _

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr
(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

Wurden in den letzten 3 Monaten folgende Behandlungen durchgeführt?

	Falls ja, bitte ankreuzen	Falls ja, wie oft?
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	
Homöopathische Behandlung	<input type="checkbox"/>	
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	
Chiropraktische Behandlungen	<input type="checkbox"/>	
Massagen	<input type="checkbox"/>	
Biofeedback- Behandlung	<input type="checkbox"/>	
Elektrotherapien	<input type="checkbox"/>	
Krankengymnastische Behandlungen	<input type="checkbox"/>	
Nach Grundsätzen der Chinesischen Medizin		
Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	
Bachblüten	<input type="checkbox"/>	
Halsmanschette	<input type="checkbox"/>	
Wärmebehandlungen		
Sonstige;	<input type="checkbox"/>	

falls sonstige,

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.
.....

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

- | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | Ausgezeichnet | Sehr gut | Gut | Weniger Gut | Schlecht |
| 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. Im Vergleich zur vergangenen Woche, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? | Derzeit viel besser | Derzeit etwas besser | Etwa wie vor einer Woche | Derzeit etwas schlechter | Derzeit viel schlechter |
| | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie an einem normalen Tag vielleicht ausüben.

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| | Ja, stark eingeschränkt | Ja, etwas eingeschränkt | Nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
| | 1 | 2 | 3 |
| 3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? | | | |
| 3.a anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.b mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.c Einkaufstaschen heben oder tragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.d mehrere Treppenabsätze steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.e einen Treppenabsatz steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.f Sich beugen, knien, bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.g mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.h mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.i Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.j Sich baden oder anziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? | Ja | Nein |
| | 1 | 2 |
| 4.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.c Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.d Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr
(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

5. Hatten Sie *in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Ja Nein
1 2

- 5.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein
- 5.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte
- 5.c Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Überhaupt nicht Etwas Mäßig Ziemlich Sehr
1 2 3 4 5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?

Keine Sehr leicht Leicht Mäßig Stark Sehr stark
1 2 3 4 5 6

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht Ein bisschen Mäßig Ziemlich Sehr
1 2 3 4 5

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in der vergangenen Woche gegangen ist*. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.) Wie oft waren Sie *in der vergangenen Woche*

Immer Meistens Ziemlich Manchmal Selten Nie
1 2 oft 3 4 5 6

- 9.a voller Schwung?
- 9.b sehr nervös?
- 9.c so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?
- 9.d ruhig und gelassen?
- 9.e voller Energie?
- 9.f entmutigt und traurig?
- 9.g erschöpft?
- 9.h glücklich?
- 9.i .müde?

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der *vergangenen Woche* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.d Ich erfreue mich ausgezeichnete Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Fortsetzung auf der folgenden Seite)

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr
(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. ... Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt	
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Herzklopfen oder Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

3. Fragen zum Thema „Angst“.

NEIN

JA

- a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

- b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

NEIN

JA

- a. Bekamen Sie schlecht Luft?
- b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?
- c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?
- d. Haben Sie geschwitzt?
- e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?
- f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?
- g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?
- h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?
- i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?
- j. Zitterten oder bebten Sie?
- k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr
(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

- b. Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt
 c. Leichte Ermüdbarkeit
 d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen
 e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen
 f. Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen
 g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fragen zum Thema „Essen“.

- a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wieviel und was Sie essen?
 b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.

- c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfters eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

- a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?
 b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?
 c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?
 d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr
(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

NEIN

JA

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

NEIN

JA

- a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?
- b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?
- c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?
- d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?
- e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten?

11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

12. Wie stark fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch die folgenden Probleme beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt Wenig beeinträchtigt Stark beeinträchtigt

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sorgen über Ihre Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Finanzielle Probleme oder Sorgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Etwas Schlimmes, das <u>vor kurzem</u> passiert ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, ein Überfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden, oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?.....

NEIN JA

14. Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

.....

.....

15. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

NEIN JA

Tag	Monat	Jahr			

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

13. NUR FÜR FRAUEN: Fragen zum Thema „Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt“.

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

Monatsblutung ist unverändert	Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt	Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Hormonersatztherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die „Pille“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NEIN (oder trifft nicht zu)	JA
b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung <u>ausgeprägte</u> Probleme mit Ihrer Stimmung - z.B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenn JA: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der betreffenden Antworten an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

Wie sehr fühlen Sie sich in den letzten vier Wochen beeinträchtigt durch ...		gar nicht	leicht	mittel-gradig	relativ stark	sehr stark
1	Sorgen, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sorgen, dass Sie an einer Krankheit leiden, von der Sie gelesen oder gehört haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	eine Vielzahl von Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Gedanken, der Arzt könnte sich irren, wenn er Ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis vorliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	viele Sorgen über Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

Im Folgenden finden Sie eine Liste von körperlichen Beschwerden.
 Bitte geben Sie an, ob und wie sehr Sie im Laufe der vergangenen 7 Tage unter diesen Beschwerden gelitten haben.
 Geben Sie nur solche Beschwerden an, für die von den Ärzten keine genauen Ursachen gefunden wurden und die Ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt haben.

Ich habe in den vergangenen 7 Tagen unter folgenden Beschwerden gelitten:		gar nicht	leicht	mittel mäßig	stark	sehr stark
1	Kopf- oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Schmerzen in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Schmerzen im Enddarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Völlegefühl (sich aufgebläht fühlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Vermehrtes Aufstoßen (in der Speiseröhre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	„Luftschlucken“, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Häufiger Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Häufiger Stuhldrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Herzrasen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Druckgefühl in der Herzgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

Ich habe in den vergangenen 7 Tagen unter folgenden Beschwerden gelitten:		gar nicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
27	Hitzewallungen oder Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Atemnot (außer bei Anstrengungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Flecken oder Farbveränderungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Sexuelle Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Lähmung oder Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Flüsterstimme oder Stimmverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Unangenehme Kribbelempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Sehen von Doppelbildern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Verlust des Hörvermögens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Gedächtnisverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Bewußtlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen:		gar nicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
48	Schmerzhafte Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Unregelmäßige Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Übermäßige Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluß aus der Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Männer:		gar nicht	leicht	mittel-mäßig	stark	sehr stark
	Impotenz oder Störungen des Samenergusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr
(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

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
Meine Erkrankung ist eher chronisch als nur kurzzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit wird lange Zeit andauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Krankheit hat grosse Auswirkungen auf mein Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat grossen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichts was ich tue, wird meine Krankheit beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Krankheit nicht beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe meine Krankheit nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit ist sehr unberechenbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mich ängstlich, dass ich diese Krankheit habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Wird vom Studientherapeuten ausgefüllt)

--	--

Prüfzentr.

--	--	--	--	--

Patientidentifikation

--	--

InitialienTher..

Bitte schätzen Sie die Behandlung rückwirkend ein und kreuzen Sie dazu bitte für jede Frage auf der 6-stufigen Skala an, inwieweit jede Aussage auf Sie zutrifft. (es bedeutet hier 1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend)

	Sehr un- zutreffend						Sehr zu- treffend
1. Ich glaube, dass mein Therapeut mir geholfen hat	1	2	3	4	5	6	
2. Ich glaube, dass mir die Behandlung geholfen hat	1	2	3	4	5	6	
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen	1	2	3	4	5	6	
4. Seit der Behandlung fühle ich mich besser	1	2	3	4	5	6	
5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam	1	2	3	4	5	6	
6. Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf den Therapeuten verlassen konnte	1	2	3	4	5	6	
7. Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut verstanden hat	1	2	3	4	5	6	
8. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut wollte, dass ich meine Ziele erreiche	1	2	3	4	5	6	
9. Ich habe das Gefühl, dass ich und der Therapeut ernsthaft an einem Strang gezogen haben	1	2	3	4	5	6	
10. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben	1	2	3	4	5	6	
11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt besser verstehe und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe)	1	2	3	4	5	6	

Bitte schätzen Sie den Erfolg der Behandlung im Vergleich zum Behandlungsbeginn ganz global ein. Dabei bedeutet nun

1 = sehr viel verschlechtert, 4 = unverändert, 7 = sehr viel gebessert

	Sehr viel ver- schlechtert					Unver- ändert		Sehr viel gebessert
12. Behandlungserfolg insgesamt	1	2	3	4	5	6	7	

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Tag		Monat		Jahr	

Prüfzentr.	

Patientidentifikation					

InitialienTher..	

Falls Änderungen bei wesentlichen Angaben zur Person bekannt geworden sind (vor allem Adressänderungen, auch geplante!), bitte hier dokumentieren

Änderung von:

Name (bitte in Druckbuchstaben)

Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Anschrift:

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Haben in der Lebenssituation seit Beginn der Behandlung grundsätzliche Veränderungen (Partnersituation, berufliche Situation oder Wohnungswechsel, Einleitung eines Rentenverfahrens etc.) stattgefunden?
(falls ja, bitte eintragen, ansonsten weiter mit der nächsten Frage)

Ja, nämlich:

.....

.....

.....

.....

Tag	Monat	Jahr				

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..	

Bitte schätzen Sie den Therapieverlauf rückblickend ein. Dabei bedeutet 1 = sehr unzutreffend und 6 = sehr zutreffend

		Sehr un- zutreffend				Sehr zu- treffend	
1.	Ich glaube, dass ich als Therapeut dem Patienten geholfen habe	1	2	3	4	5	6
2.	Ich glaube, dass Behandlung dem Patienten geholfen hat	1	2	3	4	5	6
3.	Der Patient hat einige neue Einsichten gewonnen	1	2	3	4	5	6
4.	Der Patient fühlt sich seit der Behandlung besser	1	2	3	4	5	6
5.	Es ist abzusehen, dass der Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam	1	2	3	4	5	6
6.	Der Patient hatte das Gefühl, sich auf den Therapeuten verlassen zu können	1	2	3	4	5	6
7.	Der Patient hatte das Gefühl, dass der Therapeut ihn versteht	1	2	3	4	5	6
8.	Der Patient hatte das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass er seine Ziele erreicht	1	2	3	4	5	6
9.	Der Patient hatte das Gefühl, dass er und auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang gezogen haben	1	2	3	4	5	6
10.	Ich glaube, dass der Patient und der Therapeut dessen Probleme ähnlich sehen und beurteilt haben	1	2	3	4	5	6
11.	Der Patient kann sich jetzt selbst verstehen und selbständig mit sich auseinandersetzen (d.h. auch dann, wenn er mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr hat).	1	2	3	4	5	6

Bitte schätzen Sie den **Behandlungserfolg** global ein. Dabei bedeutet 1 = sehr viel verschlechtert, 4 = unverändert, 7 = sehr viel gebessert

		Sehr viel ver- schlechtert			Unver- ändert		Sehr viel gebessert	
12.	Behandlungserfolg insgesamt	1	2	3	4	5	6	7

Tag		Monat		Jahr		

Prüfzentr.	

Patientidentifikation					

InitialienTher..	

Phase 3: Sitzung 10- 12	10	11	12
Therapieende und noch nicht Erreichtes thematisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilanz der Behandlungselemente gezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückfallprophylaxe/ Aufrechterhaltung besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung/Strukturierung für die Zeit nach der Intervention hinsichtlich Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung und Anwendung des Gekläärten und Gelernten besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung weiterer psycho- oder sozialtherapeutischer Maßnahmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung beruflicher oder privater Aktivitäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Planung der konkreten Veränderungsziele in den nächsten 3 Monaten erarbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aushändigung und/oder Besprechung einer schriftlicher Zusammenfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boostersitzung (3 Monate) vereinbart (Cave! Studienzeitraum/Studienende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnerung an abschließende Befragung nach 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PISO – Symptomcheckliste zur Komplettierung der „Landkarte der Beschwerden“

Schmerzen/Beschwerden in der Kopfregion

- Helmgefühl, Druck auf dem Kopf
- Kopfschmerz / Gesichtsschmerz
- Schwindel
- Ohrensausen (Tinnitus), Ohrenschmerzen, Hörminderung
- Verschwommenes Sehen, Sehen von Doppelbildern, vorübergehende Blindheit, Tunnelblick
- Brennen oder Tränen der Augen
- Behinderte Nasenatmung („verstopfte Nase“)

Schmerzen/Beschwerden in der Mundregion

- Unangenehmer Geschmack im Mund / stark belegte Zunge
- Trockener Mund oder Brennen im Mundraum
- Schluckbeschwerden oder Kloßgefühl im Hals
- Flüsterstimme oder Stimmlosigkeit

Schmerzen/Beschwerden in der Bauchregion, ggf im Zusammenhang mit der Verdauung

- Sodbrennen / saures Aufstoßen / Schluckauf / Luftschlucken
- Magenschmerzen / Oberbauchschmerzen
- Appetitlosigkeit, Unverträglichkeit bestimmter Speisen
- Übelkeit / Erbrechen
- Unruhe oder Kribbeln im Bauch
- Bauchschmerzen / Blähungen
- Verstopfung oder Durchfall
- Austritt von Flüssigkeit / Schleim aus dem Darm
- Schmerzen im Enddarm
- Gewichtsverlust oder Gewichtsschwankungen
- Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Stuhlgang / häufiger Stuhldrang
- Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Wasserlassen / häufiger Harndrang

Schmerzen/Beschwerden im Unterleibsregion

- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Nachlassen des sexuellen Interesses
- Bei Männern: Erektions- oder Ejakulationsstörungen
- Bei Frauen:
 - schmerzhaft, unregelmäßige oder Übermäßige Regelblutung
 - Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft
 - ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss aus der Scheide

Schmerzen/Beschwerden im Brustraum, ggf. im Zusammenhang mit der Atmung

- Brustschmerzen / Druckgefühl im Brustkorb
- Herzstolpern oder –rasen
- Atemnot auch in Ruhe oder sehr leichter Belastung
- Neigung zu übermäßig schneller Atmung („Hecheln“)
- (Reiz-)husten

Unspezifische / nicht lokale Beschwerden

- Starke Erschöpfung bereits nach geringer Anstrengung, Muskelschwäche
- Krampfanfälle oder unkontrollierbare Bewegungen bestimmter Körperregionen
- Gefühl der mangelnden Kontrolle über Bewegungsabläufe bei Alltagshandlungen
- Zittern
- Bewusstlosigkeit / Ohnmachtsanfälle / Beinahe-Ohnmacht
- Gedächtnisschwierigkeiten, Gedächtnislücken
- Zeitweises Gefühl von Verwirrtheit
- Sinnestäuschungen
- Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen
- Schwierigkeiten oder Unfähigkeit normal zu gehen oder zu stehen
- Schweißausbrüche oder Hitzewallungen

Schmerzen/Beschwerden der Haut, der Gelenke, und oder der Muskulatur

- Minderung der Berührungsempfindlichkeit oder unangenehme Kribbelempfindungen
- Juckreiz, Brennen oder wiederholtes Wundsein der Haut
- Flecken auf der Haut / schnelles Erröten oder andere Farbänderungen der Haut
- Gelenk- oder Weichteilschmerzen
- Rücken, Nacken- oder Schulterschmerzen, Schmerzen der Extremitäten

Therapieziele am Anfang der Therapie

Ich möchte ...	x	Wichtigkeit
... weniger Krankentage haben		
... zufriedener leben		
... mehr unternehmen		
... mich wieder mit Freunden treffen		
... mit meinem Partner/ Partnerin wieder etwas unternehmen		
... mit meinen Kindern wieder was unternehmen		
... wieder arbeiten gehen		
... mit den Beschwerden besser zurecht kommen		
... seltener zum Arzt gehen		
... weniger Sorgen um meinen Körper haben		
... an andere Dinge als an meine Krankheit denken		
... gelassener mit meinem Körper umgehen		
... den Körper weniger beobachten müssen		
... weniger Medikamente nehmen		
... die Ursachen meiner Krankheit besser verstehen		
... Zusammenhänge besser verstehen		
... weniger verspannt sein		
... meinem Körper wieder vertrauen		
... meinen Körper mehr verwöhnen		
...		
...		
...		
...		

Bitte fünf Therapieziele aussuchen (oder eigene anfügen) und nach der Wichtigkeit sortieren. Wichtigstes Therapieziel=1, zweitwichtigstes Therapieziel=2, usw....

Name: _____

Wochentag: _____

Datum: _____

Uhrzeit	Beschwerden	Stärke der Beschw. 0 bis 10 (nicht bis extrem)	Situation, Aktivität, wo, mit wem
6-8			
8-10			
10-12			
12-14			
14-16			
16-18			
18-20			
20-22			
22-24			
Kommentare			

Name: _____

Wochentag: _____

Datum: _____

(Stufe 1)

Uhrzeit	Beschwerden	Stärke Beschw. 0 bis 10 (nicht bis extrem)	Situation, Aktivität, wo, mit wem	Gedanken, Gefühle, Stimmung
6-8				
8-10				
10-12				
12-14				
14-16				
16-18				
18-20				
20-22				
22-24				



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster



Universitätsklinikum Münster • Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie • 48129 Münster

**Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Domagkstraße 22
48149 Münster

Name: Lt. OÄ Prof. Dr. med. G. Schneider

Durchwahl: (02 51) 83 – 55 600

Fax: (02 51) 83 – 5 29 03

E-Mail: Johanna.Kahl@ukmuenster.de

<http://psychosomatik.klinikum.uni-muenster.de/>

Vermittlung: (02 51) 83 – 0

**Patienteninformation Screening
Zum Ausfüllen eines Screening-Fragebogens
Und Teilnahme an einem Gespräch über Körperbeschwerden**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster führt in Kooperation mit weiteren Universitätskliniken eine Studie zur Behandlung von körperlich nicht vollständig erklärbaren Schmerzbeschwerden (somatoforme Beschwerden) durch, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wird.

Um zu überprüfen, ob Sie für eine Teilnahme an der Studie in Frage kämen, möchten wir Sie bitten, einen Fragebogen zu Körperbeschwerden auszufüllen. Anschließend kann es sein, dass wir Sie zu einem kurzen Gespräch über Ihre Körperbeschwerden bitten und dann dazu befragen, ob Sie prinzipiell bereit wären, an einer Behandlungsstudie Ihrer Beschwerden teilzunehmen. Das Gespräch wird ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Die erhobenen Informationen werden anonym ausgewertet und unterliegen sämtlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Falls Sie sich gegen das Ausfüllen des Screening-Fragebogens und gegen das Gespräch entscheiden, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen.

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Direktor der Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Gudrun Schneider
Ltd. Oberärztin der
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und
Psychotherapie

Dipl.-Psych. Johanna Kahl
Wiss. Mitarbeiterin



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster



Universitätsklinikum Münster • Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie • 48129 Münster

**Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Domagkstraße 22
48149 Münster

Name: Lt. OÄ Prof. Dr. med. G. Schneider

Durchwahl: (02 51) 83 – 55 600
Fax: (02 51) 83 – 5 29 03
E-Mail: Johanna.Kahl@ukmuenster.de
<http://psychosomatik.klinikum.uni-muenster.de/>
Vermittlung: (02 51) 83 – 0

Name:

Interne Nummer:	
Datum:	
Aufgeklärt von:	

Einverständniserklärung:

Ich stimme der Ausfüllung eines Beschwerdefragebogens, der möglichen Teilnahme an einem Gespräch über Körperbeschwerden sowie der Aufklärung über eine mögliche Behandlungsstudie zu.
Ich weiß, dass ich diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen jederzeit und ohne Nachteile für meine weitere medizinisch-therapeutische Versorgung widerrufen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass mein Name und alle anderen vertraulichen Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unterliegen. Eine Weitergabe von Patientendaten erfolgt ggf. nur in anonymisierter Form. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalkrankenunterlagen.

Die schriftliche Patientenaufklärung habe ich erhalten und gelesen; darüber hinaus bin ich mündlich aufgeklärt worden. Dabei wurden alle meine Fragen beantwortet.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

Initialien Ther..	

(wird vom behandelnden Therapeuten ausgefüllt)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten helfen uns, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können.

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt (0)	Wenig beeinträchtigt (1)	Stark beeinträchtigt (2)
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (1)	Beinahe jeden Tag (2)
a. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger Gut	Schlecht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Im Vergleich zur vergangenen Woche, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einer Woche	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation			

InitialienTher..	

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie an einem normalen Tag vielleicht ausüben.

3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
	1	2	3
3.a anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.b mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.c Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.d mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.e einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.f Sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.g mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.h mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.i Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.j Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?		Ja 1	Nein 2
4.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.c Ich konnte nur bestimmte Dinge tun		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.d Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?		Ja 1	Nein 2
5.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.c Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr				

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..		

(wird vom behandelnden Therapeuten ausgefüllt)

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft ganz zu 1	trifft weitgehend zu 2	weiß nicht 3	trifft weitgehend nicht zu 4	trifft überhaupt nicht zu 5
11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..	

Vergabe der Pat-Id nach Einschluss in die Studie, Eintrag in Patientenfragebogen

Einschlusskriterien

	ja	nein
Pat hat das 18. Lebensjahr abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine klinisch bedeutsame kognitive Beeinträchtigung (MMSE \geq 27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF36 „ Körperlicher Summenscore “ kleiner/gleich 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypochondrie-Kriterium nicht erfüllt (SKID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine schwere und chronische org. (nichtpsychiatrische) Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine schwere (auch comorbide) psychiatrische Erkrankung mit einer starken Beeinträchtigung der sozialen Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informed consent liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriterium erfüllt: pain-predominant multi-somatoform disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome nicht hinreichend organisch erklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gegenwärtige organische Diagnosen (Freitext)

Quelle: Akte, Arztbrief Überweiser, aktuell behandelnder Arzt

.....
Gegenwärtige organische Diagnose 1

.....
Gegenwärtige organische Diagnose 2

.....
Gegenwärtige organische Diagnose 3

	ja	nein
Weitere gegenwärtige organische Diagnosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tag	Monat	Jahr		

Prüfzentr.	

Patientidentifikation				

InitialienTher..	

SKID: Somatoforme Störung		Sektion G: Somatoforme Störungen (G1-G2)		
Einleitung	Wie war Ihre Gesundheit in den letzten Jahren? Waren Sie in den letzten Jahren häufig krank?			
	Kriterium: Liegt der Beginn Ihrer Beschwerden zwei Jahre oder länger zurück?			
	falls eines der aufgeführten Einzelsymptome bejaht wird, bitte detailliert die Kriterien A-C abfragen (Detaillierte Erläuterung siehe SKID): A Arztbesuch B Beeinträchtigung C Drogen: zusätzlich: D: persistieren die Beschwerden?			
Kam es jemals vor, dass Sie...	Letzter Monat?	letzte 2 Jahre?	50% der Tage?	
... Schwierigkeiten mit dem Gehen hatten? (beeinträchtigte Koordination oder Balance) ... Lähmungserscheinungen oder Schwächephasen hatten, so daß Sie Dinge nicht mehr heben oder wegbewegen konnten, die Ihnen gewöhnlich keine Schwierigkeiten machten? ...Lähmung oder lokalisierte Schwäche ... Probleme mit dem Schlucken oder ein Kloßgefühl im Hals hatten? ... Schwierigkeiten mit dem Schlucken oder Kloßge fühl im Hals ... Ihre Stimme für länger als einige Minuten verloren hatten? ... Verlust der Stimme ... über einen ganzen Tag hinweg nicht in der Lage waren, Wasser zu lassen (ausgenommen nach Geburt oder Verletzung)? ... Hamverhaltung oder Miktionschwierigkeiten ... für eine Zeitlang doppelt gesehen haben ...Doppeltsehen ... oder für ein paar Sekunden oder länger völlig blind gewesen sind?...Blindheit ... für eine gewisse Zeit völlig taub waren? ...Taubheit ... einen Krampfanfall hatten? ...Krampfanfall ... oder eine Gedächtnislücke hatten, so daß Sie sich nicht mehr daran erinnern konnten, was während einer Zeitspanne von mehreren Stunden oder Tagen passiert war?Amnesie ... unter Schwindel litten? (ergänzt) ... vermehrt erschöpft waren? (ergänzt) ... unter starken Ohrengeräuschen (Tinnitus) litten? (ergänzt)				

Tag	Monat	Jahr					

Prüfzentr.		

Patientidentifikation					

InitialienTher..		

Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren?			
<p>Wenn ja: Kam dies aufgrund eines Schwächeanfalls vor? ... Verlust des Bewußtseins (nicht nur Schwächeanfall)</p>			
Hatten Sie jemals ...	Letzter Monat?	letzte 2 Jahre?	50% der Tage?
<p>...erhebliche Probleme mit Kopfschmerzen? ...Kopf ...erhebliche Probleme mit Unterleibs- oder Bauchschmerzen? ...Unterleib ...große Schwierigkeiten mit Rückenschmerzen? ...Rücken ...Gelenkschmerzen? ...Gelenke ...Schmerzen in den Armen oder Beinen, abgesehen von Gelenkschmerzen? ...Extremitäten ...Schmerzen im Brustkorb?...Brust ...Schmerzen im Gesicht?... (ergänzt) Bei Frauen: Hatten Sie abgesehen von Ihrem 1. Menstruationsjahr sehr schmerzvolle Menstruationsphasen? (Schmerzvoller als bei den meisten anderen Frauen)?... während der Menstruation ... oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?während des Geschlechtsverkehrs ...oder beim Wasserlassen?...während des Wasserlassens Hatten Sie schon einmal irgendwelche anderen Schmerzen, über die wir noch nicht gesprochen haben? ... andere Funktionsbereiche Hatten Sie jemals erhebliche Probleme mit... ... Übelkeit, d.h. war es Ihnen vom Magen her übel, ohne daß es jedoch zu Erbrechen kam?... Übelkeit ... übermäßigen Blähungen oder Völlegefühl im Magen-Darm-Bereich? ... Blähungen ... Erbrechen (ausgenommen Erbrechen in der Schwangerschaft)? ...Erbrechen (ausgenommen Schwangerschaftserbrechen) ...flüssigem Stuhlgang oder Durchfall? ...Durchfall Gab es irgendwelche Nahrungsmittel, die Sie nicht essen konnten, weil Sie diese nicht vertragen haben oder krank davon wurden? Um welche handelte es sich? ...Unverträglichkeit von mehreren Nahrungsmitteln Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu Ihrer Sexualität stellen ... War Ihnen Sexualität im allgemeinen recht wichtig oder wären Sie auch gut ohne Sexualität ausgekommen? - sexuelle Gleichgültigkeit Bei Männern: Hatten Sie öfter irgendwelche sexuellen Probleme, wie z.B. keine Erektion bekommen zu können? ... Erektions- oder Ejakulationsschwierigkeiten Bei Frauen: War Ihre Menstruation jemals unregelmäßig (abgesehen vom 1. Menstruationsjahr oder Menopause)?...unregelmäßige Menstruationsphasen</p>			

Tag	Monat		Jahr			

Prüfzentr.	

Patientidentifikation						

InitialienTher..	

	<p>Kroenke - Kriterien</p> <p>A: im letzten Monat vorhanden: 3 Symptome</p> <p>D: Zwei Jahre: ein oder mehrere somatoforme Symptome an mehr als 50% der Tage, über mindestens 2 Jahre.</p> <p>F: nicht absichtlich vorgespield oder produziert</p>	
	<p>C: Leidensdruck: siehe sf-36</p>	
	<p>B: Symptom kann nicht vollständig durch einen bekannten allg. med. Krankheitsfaktor oder eine Substanz (z.B. Drogenmißbrauch, Medikamente) erklärt werden.</p> <p>Falls es einen allg. med. Krankheitsfaktor gibt, körperliche Beschwerden / soziale oder berufliche Beeinträchtigung bei weitem das größer als erwartet</p>	
	<p>Multisomatoforme Störung: Kriterien erfüllt?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

- ? = unsicher/ zuwenig Informationen
 1 = nein/ nicht vorhanden
 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt
 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt

SKID: Hypochondrie (derzeitig)			Sektion G: Somatoforme Störungen (G53-G59)	
G53	Machen Sie sich unablässig Sorgen darüber, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, die Ihre Ärzte bislang noch nicht erkannt und diagnostiziert haben? (Welche Krankheit? Warum denken Sie das?)	A. Übermäßige Beschäftigung mit der Angst bzw. der Überzeugung, eine schwere Krankheit zu haben. Die Angst beruht auf der subjektiven (Fehl) Interpretation körperlicher Phänomene oder Empfindungen als Beweis für eine körperliche Erkrankung.	? 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G54	Was haben Ihnen Ihre Ärzte gesagt? (Wurden Sie untersucht?)	B. Die Angst oder Überzeugung, an einer Krankheit zu leiden, besteht trotz gegenteiliger Versicherung des Arztes weiter.	? 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G55 Beurteilen Sie:		C. Die Überzeugung (Kriterium A) hat nicht die Intensität einer Wahnidee (wie z.B. bei einer Wahnstörung vom somatischen Typus) und ist nicht auf einen umschriebenen Körperbereich beschränkt (wie z.B. bei der Körperwahrnehmungsstörung).	? 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G56 Beurteilen Sie:	Beachten Sie! Falls Kriterien A und B mit „ja“ kodiert sind, kodieren Sie „ja“, ohne zu fragen!	D. Die Angst verursacht ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.	? 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G57 Falls unklar:	Wann hat das alles angefangen?	E. Die Störung dauert mindestens 6 Monate an.	Ja	<input type="checkbox"/>
G58 Beurteilen Sie:		F. Die übermäßige Beschäftigung kann nicht besser durch eine Generalisierte Angststörung, eine Zwangsstörung, Panikstörung, MDE, Trennungsangst oder eine andere Somatoforme Störung erklärt werden.	? 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G59 Beurteilen Sie:		Die Kriterien A, B, C, D, E und F einer Hypochondrie sind mit 3 kodiert Kodieren Sie ggf. das entsprechende Kriterium der Unspezifischen Somatoformen Störung (G52) um.		



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster



Universitätsklinikum Münster • Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie • 48129 Münster

**Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Domagkstraße 22
48149 Münster

Name: Lt. OÄ Prof. Dr. med. G. Schneider

Durchwahl: (02 51) 83 – 55 600

Fax: (02 51) 83 – 5 29 03

E-Mail: Johanna.Kahl@ukmuenster.de

<http://psychosomatik.klinikum.uni-muenster.de/>

Vermittlung: (02 51) 83 – 0

Patienteninformation für die Studie:

„Psychosomatische Behandlung bei somatoformen Beschwerden – PISO“!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster führt in Kooperation mit weiteren Universitätskliniken eine Studie zur Behandlung von körperlich nicht vollständig erklärbaren Schmerzbeschwerden (somatoforme Beschwerden) durch, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Ministerium für Bildung und Forschung gefördert wird.

Im Rahmen dieser Studie soll die Wirksamkeit einer neuartigen Behandlungsform überprüft werden, die speziell für Patienten entwickelt wurde, deren Beschwerden länger als 2 Jahre vorhanden sind, für deren Beschwerden bisher keine ausreichende körperliche Ursache gefunden werden konnte und deren Beschwerden mit den durchgeführten Behandlungen nicht gelindert werden konnten.

Die neue Behandlung wird dabei mit einer verbesserten Standardbehandlung (enhanced medical care) verglichen.

Wir möchten nun prüfen, ob Sie an einer solchen Studie teilnehmen würden. Es handelt sich somit erst einmal nur um die Frage, ob Sie bei einem Angebot sich vorstellen könnten, an der beschriebenen psychosomatischen Behandlung teilzunehmen.

Studienbeschreibung:

Alle in die Studie aufgenommenen Patienten werden **per Zufall** der neuen Behandlungsmaßnahme oder einer verbesserten Standardbehandlung zugeteilt. D.h. nicht alle Patienten, die in die Studie aufgenommen werden, werden automatisch der neuen Behandlungsmaßnahme zugeführt.

Die Studie dauert für alle Patienten ca. 4 Monate. Nach einem Jahr erhalten alle Patienten einen Fragebogen per Post. Der Versand der Fragebögen erfolgt zentral in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München. Für den Postversand von Fragebogen übermittelte persönliche Daten werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Für die Datenübermittlung werden persönliche Daten stets strikt pseudonymisiert.

Die Patienten, die der neuen Behandlungsmaßnahme zugeteilt werden, haben zusätzlich zum regulären Behandlungsangebot ca. 12 Termine (à 50 min).

Eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen ist für den Erfolg notwendig.

Die **Vergleichsgruppe** erhält die regulären Behandlungsangebote in optimierter Form, d.h. mit regelmäßigen, fest vereinbarten Kontrollterminen zum Gesamtbehandlungsverlauf, jedoch ohne die spezielle Behandlungsmaßnahme.

Die **neue Behandlungsmethode** besteht aus den folgenden Teilen:

1. Teil der Sitzungen: Besseres Verstehen der Beschwerden

- Ausführliche Beschwerdeanamnese
- Informationsvermittlung über Beschwerdeentstehung, -verstärkung und Verringerung
- Erlernen von Entspannungsmethoden

2. Teil der Sitzungen: Besserer Umgang mit Beschwerden

- Erarbeiten von Fähigkeiten, die Beschwerden nicht ins Zentrum der alltäglichen Lebensgestaltung zu stellen
- Verbesserung der Wahrnehmung körperlicher Signale
- Verbesserung der Wahrnehmung von Schwierigkeiten im Umgang mit den Beschwerden, auch im Kontakt mit Behandlern und Angehörigen
- konkrete, realisierbare, individuelle Vorschläge zur langsamen Steigerung der Aktivität und zum Wiedereinstieg in leichte körperliche und/ oder sportliche Aktivitäten

3. Teil der Sitzungen: Übertragen der neuen Erfahrungen in den Alltag

- Strategien zur Erhaltung der Verbesserungen
- Rückfallprophylaxe
- Planung konkrete, realisierbare, individuelle Maßnahmen

Somit handelt es sich bei dem Programm um eine Behandlung, die dazu dient, neue Erfahrungen über die körperlichen Beschwerden zu sammeln, die helfen, weniger durch die Beschwerden beeinträchtigt zu sein und wieder einen größeren Handlungs- und Bewegungsspielraum zu erlangen. z.B. durch Wiederaufnahme früherer Hobbys.

Erste Studien zeigen, dass derartige Behandlungsprogramme zu einer spürbaren und anhaltenden Besserung im oben beschriebenen Sinne führen, wenn sie konsequent befolgt werden.

Die Messung des Behandlungserfolgs erfolgt mit Fragebögen und zusätzlich mit einer Messung der natürlichen Schwankung des Herzrhythmus, um die Fähigkeit zur Stressbewältigung zu erfassen

Der Ablauf der Herzfrequenzmessung:

Je stärker bei einer Person Herzrhythmuschwankungen ausgeprägt sind, desto höher ist ihre Anpassungsfähigkeit und die Fähigkeit, Stressbelastungen zu bewältigen. Die Herzfrequenz wird mit einfachen technischen Mitteln – einem Brustgurt mit eingebautem Sender – aufgezeichnet. Der Sender sendet drahtlos EKG Signale an einen PC. Eine Gefährdung durch elektrischen Strom ist absolut ausgeschlossen. Das Produkt besitzt ein CE Prüfsiegel nach Euro-Norm 93/94.

Was kommt auf Sie im Falle einer Studienteilnahme zu?

- Alle Patienten erhalten von uns Fragebögen, die in ca. 20 min. bearbeitet werden können. Diese Bögen erhalten Sie zu Beginn der Studie und nach Ende der Behandlung und nach 12 Monaten noch einmal.
- Bei allen teilnehmenden Patienten werden die Schwankungen des Herzrhythmus gemessen, um die Fähigkeit zur Stressbewältigung zu erfassen. Gemessen wird zu Beginn der Studie, nach 12 Wochen und 12 Monaten, jeweils für ca. 20 min.
- Für die Patienten, die dem Behandlungsprogramm zugeteilt werden, bedeutet dies, zusätzlich zu den Fragebögen, einen Zeitaufwand von etwa 12x 50 min. für die psychosomatische Behandlung.

Dieses Angebot soll Sie dabei unterstützen, in Zukunft mit Ihren Beschwerden besser fertig zu werden. Da auch die Vergleichsgruppe an einer besonders strukturierten Behandlung teilnimmt, haben Sie selbst in jedem Fall einen Nutzen aus der Teilnahme an der Studie.

Als **Risiko bzw. Nebenwirkung** kann es für Teilnehmer der Behandlungsgruppe selten zu einer vorübergehenden Zunahme von Depressivität kommen. Diese würde im Rahmen der psychosomatischen Behandlung berücksichtigt werden.

Mit Ihrer Teilnahme an der Studie helfen Sie uns bei der Verbesserung des therapeutischen Angebots für Patienten mit somatoformen Beschwerden, das Ihnen jetzt und anderen Betroffenen in Zukunft zugute kommen kann.

Sollten Sie nicht an der Studie teilnehmen wollen, so entstehen daraus keinerlei Nachteile für Sie. Sie bekommen die reguläre Versorgung im Schmerzzentrum angeboten, allerdings ohne die Möglichkeit einer Teilnahme am oben beschriebenen Programm.

Selbstverständlich unterliegen Ihre persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt anonym, d.h. ohne Namensnennung oder Möglichkeit, auf Ihre Person zurück zu schließen.

Für den Postversand von Fragebogen übermittelte persönliche Daten werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Für die Datenübermittlung werden persönliche Daten stets strikt pseudonymisiert.

Für die Studie werden ausschließlich zum Zwecke der Qualitätssicherung von den Sitzungen Audioaufnahmen angefertigt. Die Auswertung dieser Aufnahmen erfolgt ebenfalls zentral in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München. Die Aufnahmen werden Dritten nicht zugänglich gemacht und nach Abschluss der Studie ebenfalls gelöscht.

Natürlich ist die Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig. Sie können sie jederzeit ablehnen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile in der medizinisch-therapeutischen Versorgung erwachsen. Im Falle eines Rücktritts werden wir Sie erneut fragen, ob Sie der Verwendung der bisher gewonnenen Daten zustimmen.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte ohne zu zögern an die unten angegebenen Kontaktadresse.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen.

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Direktor der Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Gudrun Schneider
Ltd. Oberärztin der
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik
und Psychotherapie

Dipl.-Psych. Johanna Kahl
Wiss. Mitarbeiterin

Kontaktadressen

Prof. Dr. med. Gudrun Schneider
Ltd. Oberärztin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr.22, 48149 Münster
Tel: 0251-8352910
Fax: 0251-8352903
Email: schneig@mednet.uni-muenster.de

Dipl.-Psych. Johanna Kahl
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr.22, 48149 Münster
Tel: 0251-8355600
Fax: 0251-8352903
Email: Johanna.Kahl@ukmuenster.de



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster

Universitätsklinikum Münster • Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und
Psychotherapie • 48129 Münster



**Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Domagkstraße 22
48149 Münster

Name: Lt. OÄ Prof. Dr. med. G. Schneider

Durchwahl: (02 51) 83 – 55 600
Fax: (02 51) 83 – 5 29 03
E-Mail: Johanna.Kahl@ukmuenster.de
<http://psychosomatik.klinikum.uni-muenster.de/>
Vermittlung: (02 51) 83 – 0

Name:

Interne Nummer:	
Datum:	
Aufgeklärt von:	

Einverständniserklärung:

Zur Teilnahme an der Studie:

*„Psychosomatische Behandlung bei somatoformen Beschwerden –
PISO“*

und damit zur zufälligen Verteilung auf zwei unterschiedliche Therapiemaßnahmen
im Rahmen dieser Studie.

Ich stimme der Teilnahme an der klinischen Studie „Psychosomatische Behandlung bei
somatoformen Beschwerden –PISO“ zu. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich zufällig
entweder dem neuen oder dem optimierten herkömmlichen Behandlungsangebot zugeteilt
werde. Ich stimme der audiovisuellen Aufnahme der jeweiligen Behandlungsmaßnahme
zu. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen jederzeit und ohne
Nachteile für meine weitere medizinisch-therapeutische Versorgung widerrufen kann.

*Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass mein Name und alle anderen vertraulichen
Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des
Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unterliegen. Eine Weitergabe von Patientendaten erfolgt ggf.
nur in anonymisierter Form. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalkrankenunterlagen.*

Die Auswertung der Studienergebnisse erfolgt zentral in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München. Für den Postversand von Fragebögen übermittelte persönliche Daten werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Für die Studie zum Zwecke der Qualitätssicherung angefertigte Audio- oder Videoaufnahmen werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Für die Datenübermittlung werden persönliche Daten stets strikt pseudonymisiert.

Im Falle meines Rücktritts von dieser Studie bin ich mit der Auswertung von bereits vorhandenem (Daten-) Material einverstanden.

Ja

Nein

Die schriftliche Patientenaufklärung habe ich erhalten und gelesen; darüber hinaus bin ich mündlich aufgeklärt worden. Dabei wurden alle meine Fragen beantwortet.

Ort/ Datum/ Unterschrift



Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe
und der Medizinischen Fakultät der WWU Münster

Frau PD Dr. med. G. Schneider
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psycho-
therapie / UKM
Domagkstr. 22
48149 Münster

D-48129 Münster, 26.05.2006

Geschäftsstelle: bue/wei
Von-Esmarch-Str. 62
D-48149 Münster

Vermittlung: ++49 (0) 251 83 - 0

Durchwahl: ++49 (0) 251 83-55290
Fax: ++49 (0) 251 83-57097
E-Mail: ethikkom@uni-muenster.de

<http://www.klinikum.uni-muenster.de/ethikkommission>

Reg.Nr.: 5/321 Schneider 1 (Ohne diese Angabe keine Bearbeitung möglich!)

Betr.: Beurteilung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens am Menschen durch die Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Hier: Beteiligung an einem multizentrischen Forschungsvorhaben, das bereits von einer unabhängigen und nach Landesrecht gebildeten deutschen Ethikkommission zustimmend bewertet wurde

Titel: „Psychosomatic intervention in patients with somatoform disorders“ (PFSO)

Folgende Unterlagen haben uns vorgelegen: Das Studienprotokoll revised version vom 12.07.2005 und 06.04.06, dt. Prüfplan-Synopse, Version 08.07.05, die Patientenaufklärung und das Einwilligungsfomular o.D. und in geänderter Version und das Votum der Ethikkommission der Technischen Universität München vom 05.08.2005, 05.05.06, 12.05.06

Sehr geehrte Frau Doktor Schneider,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 23.05.2006, mit dem Sie uns zur o.g. Studie folgende Dokumente senden:

Das geänderte Studienprotokoll einschließlich Amendment (revised version) vom 06.04.2006 nebst Protocol changes und geänderter Patientenaufklärung und –einwilligung sowie die diesbezüglichen Stellungnahmen der Ethikkommission der TU München vom 05.05. resp. 12.05.2006.

Wir schließen uns diesen Stellungnahmen an und nehmen die Unterlagen zu den Akten.

Mit freundlichen Grüßen


Bärbel Uebing
Leiterin der Geschäftsstelle



Ethikkommission der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München

Prof. Dr. A. Schömig, Vorsitzender
Prof. Dr. F. B. Hofmann, Stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. G. Schmidt, Geschäftsführung



Herrn
Prof. Dr. P. Henningsen
Klinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
Langerstr. 3

2006.05.12

→ Sattel

81675 München

cc: Herr PD Dr. Gündel
Herr H. Sattel

Projektnummer: 1359/05 - Amendment – Schreiben Herr Sattel vom 11.05.2006

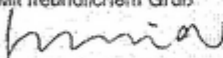
**Psychosomatische Behandlung von Patienten mit somatoformen Schmerzbeschwerden
PISO**

Sehr geehrter Herr Professor Henningsen,

hiermit bestätigen wir den Eingang des Schreibens von Herrn Sattel mit überarbeiteter
Patienteninformation/Einverständniserklärung zu o.g. Studie.

Die Ethikkommission erhebt nun keine Einwände mehr gegen diese
Information/Einverständniserklärung, wenn im Klinikkopf der Patienteninformation und
Einverständniserklärung die Adresse der Klinik angegeben wird.

Mit freundlichem Gruß


Prof. Dr. G. Schmidt
Geschäftsführendes Mitglied der Ethikkommission

Anschrift:
Langerstr. 3
81675 München

Telefon:
089 4140-4371

Telefax:
089 4140-4100

E-Mail:
etk@ak.med.tu-mun.de

Internet:
www.ek.med.tu-mun.de

Bankverbindung:
Bayernische
Landesbank
München
BLZ 750 500 00
Kto-Nr. 20 272

Danksagung

Danksagen möchte ich zuvorderst Frau Prof. Dr. Schneider und Herrn Univ.-Prof. Dr. Heuft für das Angebot zu dieser Dissertation, ihre Betreuung sowie ihre Anregungen.

Herr Heribert Sattel danke ich für die hervorragende Erstellung des Datensatzes.

Herr Ralf Laumann und seine Frau Katharina Cless standen mir beruhigend und helfend bei den statistischen Analysen zur Seite.

Frau Dr. Rose, Frau Antje Lettau und meiner Mutter Anna Kahl möchte ich für das hervorragende Korrekturlesen der Dissertation danken.

Frau Anita Billes beriet mich bei formalen Fragen. Auch ihr sei herzlich dafür gedankt.

Ohne die rege Beteiligung der Patienten wäre diese Untersuchung natürlich nicht möglich gewesen. Herzlichen Dank dafür.